

V. KẾT LUẬN

• Tỷ lệ biến cố sau 90 ngày: Có 43 bệnh nhân (14,0%) gặp biến cố bất lợi, bao gồm 9 trường hợp tử vong (2,9%) và 34 trường hợp tái nhập viện (11,1%).

• Giá trị tiên lượng của NLR: Phân tích ROC xác định điểm cắt NLR = 2,855 có độ nhạy 88,4%, độ đặc hiệu 29,9%, giá trị tiên đoán âm 94% và AUC = 0,538 trong tiên lượng biến cố 90 ngày.

• Trong phân tích hồi quy đa biến, NLR $\geq$ 2,855 là yếu tố tiên lượng độc lập với nguy cơ tái nhập viện hoặc tử vong (OR = 3,07; KTC 95%: 1,14–8,25; $p = 0,025$). Ngoài ra, Killip > I (OR = 5,93; $p = 0,004$) và EF $\leq$ 40% ($p = 0,02$) cũng liên quan có ý nghĩa thống kê với biến cố bất lợi. Bệnh nhân có NLR $\geq$ 2,855 thường có EF thấp, dòng chảy TIMI kém và troponin tăng, cho thấy mối liên hệ giữa phản ứng viêm, hoại tử cơ tim và tưới máu mạch vành suy giảm.

Nghiên cứu này khẳng định vai trò độc lập của NLR trong tiên lượng ở bệnh nhân HCVC, giúp nhận diện nhóm nguy cơ cao có khả năng tái nhập viện hoặc tử vong trong 90 ngày. Việc tích hợp xét nghiệm NLR vào quy trình đánh giá và theo dõi bệnh nhân HCVC có thể góp phần

phân tầng nguy cơ sớm, tối ưu hóa điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang X, Zhang J, Li Y, et al. Prognostic value of inflammatory markers in acute coronary syndrome: A 3-month follow-up study. *Front Cardiovasc Med.* 2023;10:112345.
2. Horne BD, Anderson JL, John JM, et al. Association of the neutrophil-to-lymphocyte ratio with mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 2020;125(4):534–540.
3. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2023;44(36):3212–3336.
4. Kaya A, Yilmaz S, Isik T, et al. Association between neutrophil-to-lymphocyte ratio and slow coronary flow in patients with acute coronary syndrome. *Angiology.* 2019;70(7):645–651.
5. Li H, Wang J, Wu Q, et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio and long-term outcomes in patients with acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2021;11(5):1127–1136.
6. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. The management of ST-elevation myocardial infarction: A scientific statement. *Circulation.* 2022;145(9):e560–e616.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN

Cao Thị Huyền Trang¹, Đào Thị Hương Giang¹
Phan Thị Hồng Giang², Phạm Thị Ánh Tuyết¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu được tiến hành nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân loãng xương tại khoa nội IV, bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, trên 202 bệnh nhân, theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thời gian từ 3/2023 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 69,41 $\pm$ 8,80, tỷ lệ nữ/nam là 16/1, tuổi mãn kinh trung bình là 48,28 $\pm$ 2,22. Lâm sàng: 2,97% tiền sử gãy xương, 61,88% ít vận động thể lực, 75,25% thoái hóa khớp, 48,52% tăng huyết áp. 81,68% đau cột sống thắt lưng, 31,19% đau cột sống cổ, 14,85% giảm chiều cao $\geq$ 4cm. Cận lâm sàng: hình ảnh Xquang (56,04%

lún xẹp đốt sống, 30,77% giảm mật độ xương); Đo BMD: Giá trị trung bình chỉ số T-score tại cột sống thắt lưng là -2,84 $\pm$ 0,98 SD và tại cổ xương đùi là -1,61 $\pm$ 1,09 SD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Từ khóa:** Loãng xương, y học hiện đại, y học cổ truyền, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF OSTEOPOROSIS PATIENTS AT THE TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Objective: This study aimed to investigate the clinical and paraclinical characteristics of osteoporosis patients treated in Department of Internal Medicine IV, Traditional Medicine Hospital, Ministry of Public Security. **Subjects and methods:** This prospective, descriptive, cross-sectional study included 202 patients recruited by convenience sampling from March 2023 to March 2024. **Results:** The mean age of participants was 69.41 $\pm$ 8.80 years, with a female-to-male ratio of 16:1, the mean menopausal age at

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Y học Cổ truyền Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ánh Tuyết

Email: drtuyetyhct@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

menopause was 48.28 ± 2.22 years. Clinically: 2.97% reported a fracture history, 61.88% reported infrequent physical activity, 75.25% had osteoarthritis, and 48.52% had hypertension. Clinical manifestations included low back pain (81.68%), cervical spine pain (31.19%), and height reduction of ≥ 4 cm (14.85%). Paraclinical findings: Radiographic examination revealed vertebral compression fractures in 56.04% and reduced bone density in 30.77% of patients. Bone Mineral Density (BMD) measurements yielded mean T-scores of -2.84 ± 0.98 SD at the lumbar spine and -1.61 ± 1.09 SD at the femoral neck. This difference was statistically significant ($p < 0.05$).

Keywords: Osteoporosis, modern medicine, traditional medicine, clinical, paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một rối loạn chuyển hóa xương được đặc trưng bởi mật độ xương (BMD), suy giảm vi cấu trúc xương, dẫn đến tăng độ giòn của xương và nguy cơ gãy xương. Trong năm 2000, trên toàn thế giới ước tính có khoảng 8 triệu ca gãy xương do loãng xương, trong đó có 1,6 triệu ca ở đùi, 1,7 triệu ca ở cẳng tay [8]. Hậu quả của bệnh loãng xương là khá nghiêm trọng, không chỉ ảnh hưởng lớn đến sức khỏe mà còn tác động đến kinh tế - xã hội. Chi phí chăm sóc sức khỏe trực tiếp liên quan đến bệnh loãng xương được ước tính là 38 triệu đô la mỗi ngày, có thể so sánh với chi phí do suy tim xung huyết (CHF) hoặc hen phế quản [4]. Tại Việt Nam, chi phí điều trị cho mỗi ca gãy cổ xương đùi (CXĐ) tại bệnh viện tối thiểu khoảng 30 triệu đồng [3]. Việc nâng cao kiến thức của các y bác sĩ trong chẩn đoán và điều trị sớm cũng như tăng cường nhận thức của người dân sẽ có hiệu quả ngăn ngừa bệnh, làm giảm gánh nặng tài chính lớn đối với hệ thống bảo hiểm y tế của các quốc gia. Tại khoa Nội IV - bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an, tỷ lệ bệnh nhân (BN) mắc các bệnh lý cơ xương khớp, đặc biệt là loãng xương ngày càng gia tăng nhưng cho đến nay chưa có số liệu thống kê cụ thể. Do đó, việc tìm hiểu tình hình điều trị BN loãng xương thực sự rất cần thiết nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và phân bổ nguồn lực phù hợp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân loãng xương tại bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả BN được chẩn đoán loãng xương. Sử dụng phương pháp đo DEXA ít nhất một vị trí trung tâm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO: Loãng xương: T-score $\leq -2,5$ [1]. BN đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ điều trị.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các BN không có khả năng trả lời phỏng vấn như sa sút trí tuệ, hôn mê, thất ngôn sau tai biến mạch máu não, tâm thần... Mắc bệnh lý mạn tính nặng kèm theo như suy gan, suy thận, lao, ung thư, HIV. BN tái khám và điều trị ngoại trú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện, thu nhận được 202 bệnh nhân.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Theo mẫu bệnh án được thiết kế sẵn.

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, đặc điểm theo phụ nữ.

- Đặc điểm lâm sàng: Yếu tố nguy cơ, BMI, bệnh lý kèm theo, các triệu chứng.

- Đặc điểm cận lâm sàng: X quang cột sống, đo mật độ xương (BMD) ở 2 vị trí cột sống thắt lưng (CSTL) và cổ xương đùi (CXĐ)

2.3. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Từ 3/2023 đến 3/2024 tại khoa nội IV – Bệnh viện YHCT Bộ công an.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu nhập và xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $69,41 \pm 8,80$. Tỷ lệ nữ/nam là 16/1. Trong đó, 88,42% phụ nữ mãn kinh, 56,31% có số lần sinh > 3 con.

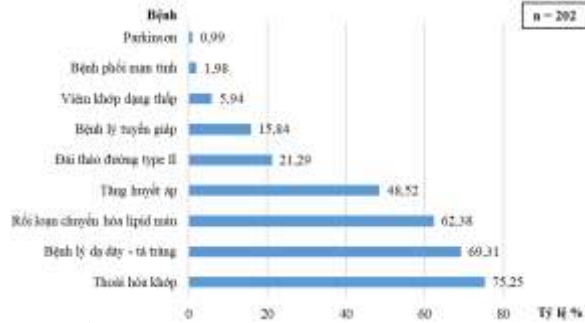
3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng

Chỉ số			Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Yếu tố nguy cơ (n=202)	Tiền sử gãy xương		6	2,97
	Thói quen sinh hoạt	Hút thuốc	3	1,49
		Uống rượu	11	5,45
		Ít vận động thể lực	125	61,88
	Tiền sử bệnh lý mạn tính kèm theo		196	97,03
BMI (n=202)	Gầy		12	5,94
	Trung bình		113	55,94
	Thừa cân		47	23,27
	Béo phì		30	14,85
	Trung bình (X ± SD) (kg/m ²)		22,29±2,84	
Triệu chứng	Đau cột sống cổ		63	31,19
	Đau CSTL		165	81,68
	Đau dọc xương dài		40	19,80

(n=202)	Rối loạn tư thế cột sống	71	35,15
	Giảm chiều cao $\geq 4\text{cm}$	30	14,85
	Gãy xương	2	0,99

2,97% BN có tiền sử gãy xương, 61,88% BN ít vận động thể lực. 5,94% BMI gầy. Đa số đau CSTL (81,68%). 14,85% giảm chiều cao $\geq 4\text{cm}$ và 0,99% gãy xương.



Biểu đồ 3.1. Các bệnh lý kèm theo trên bệnh nhân loãng xương

Thoái hóa khớp (75,25%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (62,38%), tăng huyết áp (48,52%), đái tháo đường type II (21,29%) là các bệnh lý đi kèm phổ biến.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.3. Đặc điểm trên phim Xquang

Triệu chứng	Số BN (n=91)	Tỷ lệ (%)
Mật độ xương giảm	28	30,77
Xếp đốt sống	D12	4
	L1	32
	L2	20
	L3	21
	L4	24
	L5	21
Tổng	51	56,04
Bình thường	12	13,19

Trên phim Xquang có 56,04% BN xếp đốt sống, 30,77% BN giảm mật độ xương

Bảng 3.4. Tỷ lệ loãng xương ở các vị trí và giá trị T-score trung bình

Vị trí	Số BN (n=202)	Tỷ lệ (%)	T-score trung bình ($\bar{X} \pm \text{SD}$)
Cột sống thắt lưng	L1	149	73,76
	L2	173	85,64
	L3	137	67,82
	L4	131	64,85
Cổ xương đùi	39	19,31	-1,61 $\pm$ 1,09
p			<0,05

BMD tính theo T-score, giá trị trung bình tại cột sống thắt lưng là $-2,84 \pm 0,98$ SD, thấp hơn tại CXĐ là $-1,61 \pm 1,09$ SD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Vị trí có tỷ lệ loãng xương cao nhất là L2 với 85,64%, thấp nhất là

tại CXĐ với 19,31%.

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chỉ ra mối liên quan giữa độ tuổi mãn kinh, số lần sinh con với nguy cơ loãng xương. Về độ tuổi mãn kinh, các nghiên cứu trên đều cho thấy rằng sự ảnh hưởng của mãn kinh lên BMD, chủ yếu thông qua sự thiếu hụt hormon estrogen dẫn đến giảm BMD một cách nhanh chóng. Sau 45 tuổi, người phụ nữ vừa mới bước vào giai đoạn mất xương sau mãn kinh nên chủ yếu biểu hiện ở xương xốp, còn xương đặc sẽ biểu hiện muộn hơn thường sau 70 tuổi. Sau giai đoạn mất xương nhanh do giảm lượng estrogen thì phụ nữ tiếp tục giai đoạn mất xương do tuổi già. Cơ chế ảnh hưởng của việc sinh con nhiều lần và loãng xương là do nhu cầu calci của phụ nữ mang thai và cho con bú cao hơn bình thường để cho thai nhi phát triển và tạo sữa. Vì vậy, nếu không cung cấp đủ calci trong giai đoạn này thì calci sẽ được huy động từ xương vào máu và gây hiện tượng mất chất khoáng, làm giảm BMD. Hơn nữa ở phụ nữ mang thai nhiều lần thì tình trạng này càng tăng lên dẫn đến BMD ngày càng giảm nhiều hơn so với phụ nữ sinh ít con [5].

Loãng xương làm giảm BMD và tổn thương vi cấu trúc của xương làm giảm sức mạnh của xương, do đó làm cho xương trở nên giòn và dễ gãy. Khi gãy xương người bệnh càng ít vận động, đặc biệt trên đối tượng người cao tuổi, đa bệnh lý, làm cho tốc độ mất xương ngày càng tăng lên [2]. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng việc tiếp xúc với khói thuốc lá có tương quan với bệnh loãng xương hoặc tình trạng thiếu xương. Khói thuốc lá ảnh hưởng gián tiếp đến BMD thông qua sự thay đổi trọng lượng cơ thể, trục hormon tuyến cận giáp - vitamin D, hormon tuyến thượng thận, hormon giới tính và tăng stress oxy hóa lên mô xương. Ngoài ra khói thuốc lá còn ảnh hưởng trực tiếp đến khối lượng xương thông qua tác động trực tiếp đến quá trình tái tạo xương [2]. Hoạt động thể lực ở mức thấp làm tăng nguy cơ loãng xương lên 6 lần so với hoạt động thể lực ở mức cao. Theo tác giả Nguyễn Thị Hoa, sự vận động của các cơ kích thích sự tạo xương và tăng khối lượng xương, đồng thời vận động còn giúp tăng sức mạnh của cơ và làm giảm nguy cơ ngã. Ngược lại, sự giảm vận động dẫn tới mất xương nhanh và gây gãy xương do loãng xương [2].

Từ nghiên cứu của Kofi Asomaning và cộng sự, ở phụ nữ có chỉ số BMI thấp có nguy cơ mắc bệnh loãng xương cao hơn [7]. Một số cơ chế giả định rằng tải trọng tăng lên các vị trí xương

chịu lực sẽ kích thích tăng quá trình tạo xương, một cơ chế khác là ở những người béo phì có sự tăng tổng hợp estrogen, tăng tiết insulin và tăng nồng độ leptin trong huyết tương, những hormon này có vai trò trong việc kích hoạt quá trình tạo xương [7].

Loãng xương được biết đến là một bệnh lý âm thầm, thường không có biểu hiện lâm sàng nào. Các triệu chứng đầu tiên có thể là biểu hiện biến chứng của loãng xương (xẹp đốt sống hoặc gãy xương ngoại vi) [1]. Qua các nghiên cứu đều thấy rằng, BN đều có một hoặc nhiều triệu chứng như: đau CSTL, đau cột sống cổ, đau dọc xương dài, rối loạn tư thế cột sống, giảm chiều cao so với trước, gãy xương. Mặc dù các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu nhưng khi gặp trên BN cao tuổi thì có ý nghĩa định hướng chẩn đoán [1].

Khi nghiên cứu về sự liên quan giữa loãng xương và các bệnh lý mạn tính, các tác giả nhận thấy rằng BN loãng xương thường hay mắc 2 -3 bệnh lý đi kèm. Một số bệnh lý hay gặp như: thoái hóa khớp, đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa... Thoái hóa khớp là nhóm bệnh lý có liên quan mật thiết với loãng xương, khi tuổi càng cao các tế bào sụn khớp lão hóa càng nhiều dẫn đến giảm khả năng đàn hồi và chịu lực, từ đó ảnh hưởng đến mật độ xương. Nồng độ lipoprotein tỷ trọng thấp trong huyết tương có mối tương quan nghịch với BMD; ngược lại mức lipoprotein tỷ trọng cao và triglycerid thấp liên quan đến việc tăng nguy cơ gãy xương đốt sống [9]. Ở BN tăng huyết áp sự bài tiết calci qua nước tiểu quá mức gây ra bệnh tuyến cận giáp thứ phát làm tăng nồng độ calci trong huyết thanh bằng cách giải phóng calci từ xương, từ đó làm tăng nguy cơ loãng xương. Ngoài ra, một số thuốc điều trị tăng huyết áp cũng ảnh hưởng đến quá trình loãng xương [6].

Với loãng xương, trên Xquang có thể thấy ở giai đoạn sớm có hình ảnh tăng thấu quang đồng nhất nhưng chỉ khi khối lượng xương đã mất >30% trở lên thường mới phát hiện được nên không dùng Xquang quy ước để chẩn đoán sớm. Còn ở giai đoạn muộn thì ngoài hình ảnh tăng thấu quang có thể có một hoặc nhiều đốt sống bị biến dạng (hình chêm, lõm một hoặc hai mặt) [1]. Lún xẹp đốt sống chính là biến chứng gây xương tại cột sống, đó là tình trạng vi gãy các bề xương trong đốt sống khiến thân đốt sống giảm chiều cao sinh lý. Khi mức độ chiều cao của thân đốt sống giảm từ 20% trở lên được coi là có lún đốt sống [1].

Trong các nghiên cứu đã chỉ cho thấy sự khác biệt về BMD ở 2 vị trí CSTL và CXĐ, điều

này do cấu tạo xương tại 2 vị trí này khác nhau: CSTL chủ yếu là xương xốp, còn CXĐ chủ yếu là xương đặc. Xương đặc có đặc điểm chắc, dày và cứng hơn xương xốp nên quá trình mất xương xảy ra ở CSTL nhanh hơn so với CXĐ. Tuy nhiên, kết quả đo BMD ở CSTL bị ảnh hưởng nhiều bởi thành phần xung quanh cột sống như calci hóa động mạch, dây chằng, gai xương đốt sống. Tình trạng trên thường xảy ra ở người cao tuổi. Những yếu tố đó làm tăng giả tạo BMD tại CSTL, gây ra sự sai lệch trong kết quả đo BMD [1].

Bên cạnh đó, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng xét mối tương quan giữa BMD và một số đặc điểm lâm sàng của BN (tuổi, giới tính, chỉ số BMI). Kết quả nhận thấy giá trị chỉ số T-score ở nhóm ≥ 80 tuổi ở cả hai vị trí CSTL ($-3,29 \pm 1,38$ SD) và CXĐ ($-2,29 \pm 0,96$ SD) đều thấp hơn so với các nhóm tuổi khác ($p < 0,05$). Tương tự với chỉ số BMI, giá trị chỉ số T-score ở nhóm có BMI gây ở cả hai vị trí CSTL ($-4,23 \pm 0,93$ SD) và CXĐ ($-2,19 \pm 0,94$ SD) đều thấp hơn so với các nhóm khác ($p < 0,05$). Tuy nhiên, giá trị chỉ số T-score theo giới tính thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) tại cả hai vị trí CSTL và CXĐ.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình là $69,41 \pm 8,80$ tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 16/1. Tuổi mãn kinh trung bình là $48,28 \pm 2,22$ tuổi, 56,31% có số lần sinh >3 con.

Lâm sàng: 2,97% tiền sử gãy xương, 61,88% ít vận động thể lực. BMI trung bình là $22,29 \pm 2,84$ kg/m². Đau CSTL (81,68%), rối loạn tư thế cột sống (35,15%), đau CSC (31,19%). Thoái hóa khớp (75,25%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (62,38%), tăng huyết áp (48,52%), đái tháo đường type II (21,29%) là các bệnh lý đi kèm phổ biến.

Cận lâm sàng: Xquang CSTL: 56,04% BN có lún xẹp đốt sống, 30,77% BN giảm mật độ xương. Đo BMD: Chỉ số T-score trung bình tại CSTL là $-2,84 \pm 0,98$ SD và tại CXĐ là $-1,61 \pm 1,09$ SD. L2 có tỷ lệ loãng xương cao nhất (85,64%), thấp nhất là tại CXĐ (19,31%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Đạt Anh.** Bệnh học Nội khoa. Nhà xuất bản y học. 2020;2:209-219.
2. **Nguyễn Thị Hoa.** Xác định các yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam giới. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;535:243-248.
3. **Vũ Thị Thanh Thủy.** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ lún đốt sống do loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh. Luận án Phó Tiến sĩ khoa học Được Trường Đại Học Hà Nội. 1996.
4. **Kenny AM, Prestwood KM.** Osteoporosis.

- Pathogenesis, diagnosis, and treatment in older adults. *Rheum Dis Clin North Am.* 2000; 26(3): 569-591. doi:10.1016/s0889-857x(05) 70157-5
5. **Lewiecki EM.** Prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008;35(2):301-315, ix. doi:10.1016/j.ogc.2008.03.007
 6. **Nakagami H, Morishita R.** [Hypertension and osteoporosis]. *Clin Calcium.* 2013;23(4):497-503.
 7. **Asomaning K, Bertone-Johnson ER, Nasca PC, Hooven F, Pekow PS.** The association between body mass index and osteoporosis in patients referred for a bone mineral density examination. *J Womens Health (Larchmt).* 2006;15(9): 1028-1034. doi:10.1089/jwh.2006. 15.1028
 8. **Johnell O, Kanis JA.** An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporos Int.* 2006;17(12): 1726-1733. doi:10.1007/s00198-006-0172-4
 9. **Yamaguchi T, Sugimoto T, Yano S, et al.** Plasma lipids and osteoporosis in postmenopausal women. *Endocr J.* 2002;49(2):211-217. doi:10.1507/endocrj.49.211

NHIỄM TOAN CHUYỂN HÓA Ở TRẺ TIÊU CHẢY CẤP TẠI KHOA CẤP CỨU CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trịnh Thị Phong¹, Ngô Thị Thu Hương², Phạm Thị Thanh Tâm¹,
Đỗ Thị Xuân Thùy¹, Trần Duy Vũ¹, Lê Ngọc Duy¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở trẻ bị nhiễm toan chuyển hoá do mắc tiêu chảy cấp tại Khoa Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương. Nghiên cứu mô tả cắt ngang một loạt ca bệnh, có 62 bệnh nhân tiêu chảy cấp có nhiễm toan chuyển hoá vào cấp cứu tại Khoa Cấp cứu và Chống độc từ 01/07/2024 đến 30/06/2025. Nhóm trẻ dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao 88,7%, trong đó dưới 1 tuổi 38,7%; giới nam gặp nhiều hơn nữ. Rotavirus là căn nguyên hàng đầu gây bệnh kèm biến chứng nhiễm toan chuyển hoá (30,6%). Triệu chứng lâm sàng nôn (85,5%), mất nước (62,9%) và sốt (59,7%) là các triệu chứng nổi bật. Đa số bệnh nhân có pH > 7,2 (71%); nhóm pH < 7,2 có tỷ lệ mất nước (72,2%), thở máy (22,2%) và chuyển hồi sức cấp cứu (27,8%). Nhiễm toan chuyển hoá ở trẻ bị tiêu chảy cấp là một biến chứng nặng cần phải được phát hiện sớm và xử trí kịp thời để việc điều trị đạt hiệu quả cao, tránh nặng bệnh cho trẻ.

Từ khóa: trẻ em, nhiễm toan chuyển hoá, tiêu chảy cấp.

SUMMARY

METABOLIC ACIDOSIS ASSOCIATED WITH ACUTE DIARRHEA IN CHILDREN AT THE EMERGENCY AND POISON CONTROL DEPARTMENT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Study on clinical, paraclinical characteristics and treatment outcomes in children with metabolic acidosis due to acute diarrhea at the Emergency and

Poison Control Department, Vietnam National Children's Hospital. This cross-sectional descriptive study included 62 pediatric patients diagnosed with acute diarrhea complicated by metabolic acidosis admitted to the Emergency and Poison Control Department from July 2024 to June 2025. Children under 5 years of age accounted for a high proportion (88.7%), of which those under 1 year represented 38.7%. Male patients were more common than females. Rotavirus was identified as the leading etiologic agent associated with metabolic acidosis (30.6%). The predominant clinical symptoms included vomiting (85.5%), dehydration (62.9%) and fever (59.7%). Most patients presented with a pH > 7.2 (71%). In contrast, those with pH < 7.2 had higher rates of dehydration (72.2%), mechanical ventilation (22.2%), and emergency resuscitation (27.8%). Metabolic acidosis secondary to acute diarrhea represents a severe complication that requires early recognition and timely management to optimize treatment outcomes and prevent disease progression in children. **Keywords:** Children; Metabolic acidosis; Acute diarrhea

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em tại các nước đang phát triển, một trong những biến chứng nặng gây tử vong ở trẻ là do nhiễm toan chuyển hoá, bệnh tiêu chảy gây mất bicarbonat qua phân, giảm tưới máu mô và suy thận cấp. Nghiên cứu ở Bangladesh, Shari và cộng sự (2017) đã nhận thấy có mối liên quan về tình trạng nhiễm toan chuyển hoá làm tăng tỷ lệ tử vong ở trẻ bị tiêu chảy cấp so với nhóm trẻ không có nhiễm toan.^{1,2} Trong các nghiên cứu gần đây đã có nghiên cứu cần bổ sung bicarbonat trong phác đồ điều trị bệnh tiêu chảy cấp của Tổ chức Y tế Thế giới.³

Tại Việt Nam, bệnh tiêu chảy cấp là một

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Duy

Email: drduy2411@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025