

- phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn – cuốn mũi trong điều trị bệnh lý mũi xoang tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2023;68(59):11–8.
4. **Lê Thanh Thái, Trần Phương Nam, Nguyễn Thị Ngân An.** Đánh giá kết quả điều trị dị hình vách ngăn có quá phát cuốn dưới bằng phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn và cắt một phần cuốn dưới. Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế. 2017;7(4):46.
  5. **Hoàng Ngọc Đức.** Đánh giá hiệu quả phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi qua nội soi với kỹ thuật cánh cửa bật [Luận văn]. TP Hồ Chí Minh: Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2014.
  6. **Nguyễn Thành Nhân.** Bảo tồn tứ giác trong phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn [Luận văn]. Thành phố Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2014.
  7. **Tạ Thị Thùy Trang.** Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn cố định bằng phương pháp khâu xuyên niêm mạc tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh [Luận văn]. Thành phố Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2023.
  8. **Trần Văn Minh, Cao Minh Thành.** Kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi có sử dụng merocel có ống thông. Tạp chí Y học Việt Nam 505, Tr.21-24 (2021).
  9. **Bloom JD, Kaplan SE, Bleier BS, et al.** Septoplasty complications: avoidance and management. Otolaryngol Clin North Am. 2009;42(3):463–81.
  10. **Chandra RK, Rohman GT, Walsh WE.** Anterior palate sensory impairment after septal surgery. Am J Rhinol. 2008;22(1):86–8.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ HẠ ĐƯỜNG HUYẾT Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TTYT HUYỆN TÂN HƯNG

Nguyễn Âu Thanh Thy<sup>1</sup>, Phan Vũ Nguyên<sup>2</sup>, Trần Thị Minh Tâm<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ hạ đường huyết ở người bệnh cao tuổi mắc đái tháo đường type 2. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 44 người bệnh đái tháo đường type 2 cao tuổi nhập viện vì hạ đường huyết tại Khoa Cấp cứu, Trung tâm Y tế huyện Tân Hưng, từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận đặc điểm lâm sàng hạ đường huyết ở người bệnh cao tuổi mắc đái tháo đường thường gặp nhất là vã mồ hôi (40,9%), run tay chân (34,1%) và hôn mê (27,3%). Cận lâm sàng ghi nhận hạ đường huyết độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất, đa số người bệnh có chức năng thận còn bảo tồn (64,1%), thiếu máu nhẹ (47,7%) và tăng bạch cầu đa nhân trung tính (63,6%). Yếu tố nguy cơ chủ yếu là bệnh cấp tính kèm ăn uống kém (79,5%), tiếp đến là bỏ ăn (15,9%). **Kết luận:** Hạ đường huyết ở người bệnh cao tuổi mắc đái tháo đường type 2 thường gắn với bệnh cấp tính và chế độ ăn không đầy đủ. Nhận diện sớm và kiểm soát các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng biến chứng, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở.

**Từ khóa:** đái tháo đường type 2, hạ đường huyết, người cao tuổi, yếu tố nguy cơ

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA CLINICAL

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế khu vực Tân Hưng

<sup>2</sup>Trường Đại học Tây Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phan Vũ Nguyên

Email: pvnguyen@ttn.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

### CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF HYPOGLYCEMIA IN ELDERLY PATIENTS WITH DIABETES AT TAN HUNG DISTRICT MEDICAL CENTER

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and some risk factors for hypoglycemia in elderly patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 44 elderly patients with T2DM admitted for hypoglycemia at the Emergency Department, Tan Hung District Medical Center, from January 2023 to January 2024. **Results:** The most common clinical manifestations of hypoglycemia were sweating (40.9%), tremors (34.1%), and coma (27.3%). Paraclinical findings showed that grade 1 hypoglycemia was the most frequent. The majority of patients had preserved renal function (64.1%), mild anemia (47.7%), and neutrophilic leukocytosis (63.6%). The main risk factor was acute illness with poor oral intake (79.5%), followed by meal omission (15.9%). **Conclusion:** Hypoglycemia in elderly patients with T2DM is often associated with acute illness and inadequate dietary intake. Early recognition and control of risk factors play an important role in preventing complications, especially at the primary healthcare level. **Keywords:** type 2 diabetes mellitus, hypoglycemia, elderly, risk factors

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh mạn tính không lây nhiễm phổ biến nhất trên toàn cầu với tỷ lệ mắc mới gia tăng nhanh chóng, trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được đặc biệt chú trọng trong bối cảnh già hoá dân số. Theo dữ liệu của Liên đoàn Đái

tháo đường Quốc tế (IDF) năm 2021, ĐTD là nguyên nhân gây ra 6,7 triệu ca tử vong, với mỗi 5 giây lại có 1 người tử vong [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ĐTD ở người trưởng thành là 6,1%, tương đương khoảng 4 triệu người, trong đó nhóm người cao tuổi (NCT) có tỷ lệ mắc cao nhất. IDF cũng dự báo số người trên 60 tuổi sống chung với bệnh ĐTD sẽ tăng gấp đôi trong 50 năm tới do quá trình già hóa dân số [1]. Đây cũng là nhóm đối tượng dễ bị ảnh hưởng bởi biến chứng ĐTD do suy giảm chức năng sinh lý và khả năng chống đỡ bệnh tật.

Hạ đường huyết (HĐH) là một trong những biến chứng cấp tính thường gặp ở người bệnh ĐTD. Đa số HĐH do điều trị thuốc hạ đường huyết (insulin, sulfonylureas), nhưng cũng có thể do suy gan, suy thận, suy thượng thận, nhiễm trùng nặng... [2]. HĐH nặng nếu không phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây hôn mê, tổn thương thần kinh vĩnh viễn, thậm chí tử vong. Ở người cao tuổi, HĐH thường khó nhận biết do triệu chứng không đặc hiệu và dễ nhầm với bệnh lý khác như thiếu máu não, chóng mặt, sa sút trí tuệ [3]. Ngoài ra, bệnh thận mạn và thiếu máu là yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỷ lệ HĐH [3,4].

Một số nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ của HĐH ở người bệnh ĐTD type 2. Nghiên cứu của tác giả Châu Mỹ Chi và Nguyễn Văn Thuyền cho thấy phần lớn người bệnh cao tuổi nhập viện với tình trạng tri giác lơ mơ hoặc hôn mê với tỷ lệ HĐH nặng khá cao, liên quan đến bệnh thận mạn và điều trị bằng insulin [5] [6]. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu khẳng định HĐH ở người bệnh cao tuổi ĐTD liên quan đến sử dụng insulin, sulfonylureas và tình trạng kiểm soát đường huyết quá nghiêm ngặt, chưa được cá thể hoá điều trị [7,8].

Từ thực tế đó, nghiên cứu được thực hiện tại tuyến y tế cơ sở với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ hạ đường huyết ở người bệnh cao tuổi mắc đái tháo đường type 2 tại Trung tâm Y tế huyện Tân Hưng, năm 2023–2024.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả người bệnh  $\geq 60$  tuổi, mắc đái tháo đường type 2, bị hạ đường huyết và nhập viện tại Khoa Cấp cứu, Trung tâm Y tế huyện Tân Hưng từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024.

**Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, không xác suất.

### **Tiêu chuẩn chọn vào**

- Tuổi từ 60 trở lên.

- Người bệnh hoặc người nhà (trường hợp người bệnh không thể giao tiếp) đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn ADA 2022.

- Đang điều trị ngoại trú bằng thuốc hạ đường huyết uống hoặc insulin (đơn thuần hoặc phối hợp).

- Glucose máu lúc nhập viện  $\leq 70$  mg/dL ( $\leq 3,9$  mmol/L), có hoặc không có triệu chứng hạ đường huyết.

### **Tiêu chuẩn loại ra**

- Hạ đường huyết ở người bệnh không có tiền sử đái tháo đường.

- Người bệnh đái tháo đường chỉ điều trị bằng chế độ ăn và tập luyện.

- Hạ đường huyết xảy ra trong thời gian nằm viện.

### **Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ các trường hợp thỏa tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu

### **Biên số nghiên cứu**

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới.

- Lâm sàng: triệu chứng nhập viện (vã mồ hôi, run tay chân, buồn nôn/nôn, nhìn mờ, co giật, đau đầu, nặng ngực, hôn mê), tình trạng tri giác (tỉnh, lơ mơ, hôn mê), tiền sử bệnh nội khoa mạn tính, bệnh lý cấp tính kèm theo).

- Cận lâm sàng: glucose máu, bạch cầu, hemoglobin, chức năng thận.

- Thuốc điều trị: thuốc uống (metformin, sulfonylurea, phối hợp), insulin (tác dụng nhanh, trung bình, kéo dài, hỗn hợp).

- Các yếu tố nguy cơ hạ đường huyết: bỏ ăn, ăn kiêng quá mức, bệnh cấp tính kèm ăn uống kém, thay đổi điều trị, nôn ói.

**Công cụ thu thập số liệu:** Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc và thu thập thông tin (lâm sàng, cận lâm sàng) trong hồ sơ bệnh án.

**Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata v.4.6.0, làm sạch và phân tích bằng Stata 17.0. Phân tích thống kê mô tả, tính tần số, tỷ lệ cho biến định tính và tính trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 44 người bệnh cao tuổi nhập viện do hạ đường huyết tại Khoa Cấp cứu, Trung tâm Y tế huyện Tân Hưng từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024. Nghiên cứu đã ghi nhận các kết quả như sau:

### **Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=44)**

| Đặc điểm                 | Tần số         | Tỷ lệ (%)           |
|--------------------------|----------------|---------------------|
| <b>Giới tính</b>         |                |                     |
| Nam                      | 14             | 31,8                |
| Nữ                       | 30             | 68,2                |
| <b>Nhóm tuổi</b>         |                |                     |
| Tuổi trung bình $\pm$ SD | 73,5 $\pm$ 8,0 | GTNN: 60 – GTLN: 97 |
| 60–70                    | 6              | 13,6                |
| 71–80                    | 21             | 47,8                |
| $\geq 80$                | 17             | 38,6                |
| <b>Tiền sử bệnh lý</b>   |                |                     |
| Tăng huyết áp            | 36             | 81,8                |
| Rối loạn lipid máu       | 29             | 65,9                |
| Thiếu máu cục bộ cơ tim  | 27             | 61,4                |
| Nhồi máu não             | 11             | 25,0                |
| Bệnh thận mạn            | 7              | 15,9                |
| Thiếu máu mạn            | 3              | 6,8                 |
| Rối loạn nhịp tim        | 3              | 6,8                 |
| Nhiễm trùng bàn chân     | 3              | 6,8                 |

Trong 44 người bệnh tham gia nghiên cứu, nữ giới chiếm ưu thế (68,2%), với tỷ lệ nữ/nam là 2,2. Tuổi trung bình là 73,5  $\pm$  8,0 (dao động 60–97 tuổi), trong đó nhóm tuổi 71–80 chiếm tỷ lệ cao nhất (47,8%), tiếp theo là  $\geq 80$  tuổi (38,6%).

Về tiền sử bệnh lý, đa số người bệnh có bệnh mạn tính đi kèm: tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (81,8%), kể đến là rối loạn lipid máu (65,9%) và bệnh tim thiếu máu cục bộ (61,4%).

**Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng và điều trị của hạ đường huyết ở người bệnh cao tuổi (n=44)**

| Đặc điểm                                 | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------------------|--------|-----------|
| <b>Triệu chứng hạ đường huyết</b>        |        |           |
| Vã mồ hôi                                | 18     | 40,9      |
| Run tay chân                             | 15     | 34,1      |
| Hôn mê                                   | 12     | 27,3      |
| Chóng mặt                                | 3      | 6,8       |
| Đau bụng                                 | 3      | 6,8       |
| Tê tay chân                              | 3      | 6,8       |
| Đau đầu                                  | 2      | 4,5       |
| Co giật                                  | 2      | 4,5       |
| Nổi nhâm                                 | 2      | 4,5       |
| Nhìn mờ                                  | 1      | 2,3       |
| Buồn nôn                                 | 1      | 2,3       |
| <b>Tình trạng tri giác khi nhập viện</b> |        |           |
| Tỉnh                                     | 28     | 63,6      |
| Lơ mơ                                    | 7      | 15,9      |
| Hôn mê                                   | 9      | 20,5      |
| <b>Mức độ hạ đường huyết</b>             |        |           |
| Độ 1                                     | 26     | 59,1      |
| Độ 2                                     | 6      | 13,6      |
| Độ 3                                     | 12     | 27,3      |
| <b>Thuốc kiểm soát đường huyết</b>       |        |           |
| Chỉ uống hoặc chỉ tiêm                   | 40     | 90,9      |

|                               |    |      |
|-------------------------------|----|------|
| Phối hợp insulin + thuốc uống | 4  | 9,1  |
| <b>Thuốc uống (n=25)</b>      |    |      |
| Metformin + glibenclamide     | 12 | 48,0 |
| Metformin + gliclazid         | 4  | 16,0 |
| Metformin                     | 4  | 16,0 |
| Empagliflozin                 | 1  | 4,0  |
| Không rõ loại                 | 4  | 16,0 |
| <b>Thuốc tiêm (n=15)</b>      |    |      |
| Insulin tác dụng kéo dài      | 3  | 20,0 |
| Insulin hỗn hợp               | 3  | 20,0 |
| Insulin tác dụng trung bình   | 3  | 20,0 |
| Insulin tác dụng nhanh        | 1  | 6,7  |
| Không rõ loại                 | 5  | 33,3 |

Các triệu chứng hạ đường huyết thường gặp nhất là vã mồ hôi (40,9%), run tay chân (34,1%) và hôn mê (37,3,2%). Đa số người bệnh nhập viện trong tình trạng tỉnh (63,6%), mức độ hạ đường huyết chủ yếu ở độ 1 (59,1%). Về điều trị, phần lớn người bệnh dùng đơn trị liệu (90,9%), chỉ 4 trường hợp (9,1%) phối hợp insulin và thuốc uống. Trong nhóm thuốc uống, glibenclamide kết hợp metformin chiếm tỷ lệ cao nhất (48,0%), còn trong nhóm insulin, loại không rõ chiếm 33,0%, kể đến là insulin tác dụng kéo dài, hỗn hợp và trung bình (mỗi loại 20,0%).

**Bảng 3.3. Các chỉ số cận lâm sàng của hạ đường huyết ở người bệnh cao tuổi (n=44)**

| Đặc điểm                                | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------------|--------|-----------|
| <b>Mức lọc cầu thận</b>                 |        |           |
| $\geq 60$ ml/phút/1,73m <sup>2</sup>    | 27     | 61,4      |
| 30–59 ml/phút/1,73m <sup>2</sup>        | 12     | 27,3      |
| $\leq 30$ ml/phút/1,73m <sup>2</sup>    | 5      | 11,3      |
| <b>Mức độ thiếu máu</b>                 |        |           |
| Không thiếu máu                         | 11     | 25,0      |
| Thiếu máu nhẹ                           | 21     | 47,7      |
| Thiếu máu trung bình                    | 8      | 18,2      |
| Thiếu máu nặng                          | 4      | 9,1       |
| <b>Tăng bạch cầu đa nhân trung tính</b> |        |           |
| Có                                      | 28     | 63,6      |
| Không                                   | 16     | 36,3      |

Đa số người bệnh có chức năng thận còn bảo tồn (61,4%). Thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (47,7%). Hơn một nửa số người bệnh (63,6%) có tăng bạch cầu đa nhân trung tính khi nhập viện.

**Bảng 3.4. Các yếu tố nguy cơ của hạ đường huyết ở người bệnh cao tuổi (n=44)**

| Đặc điểm                     | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|--------|-----------|
| <b>Yếu tố nguy cơ HH</b>     |        |           |
| Bệnh cấp tính và ăn uống kém | 35     | 79,5      |
| Bỏ ăn                        | 7      | 15,9      |
| Thay đổi điều trị            | 1      | 2,3       |

|                  |   |     |
|------------------|---|-----|
| Ăn kiêng quá mức | 1 | 2,3 |
| Nôn ói           | 0 | 0   |

Trong những người bệnh nhập viện vì hạ đường huyết có 79,5% người bệnh có bệnh cấp tính kèm theo ăn uống kém chiếm tỷ lệ cao nhất, kế đó là bỏ ăn chiếm 15,9%, thay đổi điều trị và ăn kiêng quá mức chiếm 2,3% và không có người bệnh nào nôn ói.

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm lâm sàng.** Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận triệu chứng thường gặp nhất là mờ mắt (40,9%) và run tay chân (34,1%), thuộc nhóm triệu chứng thần kinh tự chủ, trong khi triệu chứng thần kinh trung ương (hôn mê 27,3%, chóng mặt, đau bụng, tê tay chân, co giật) ít gặp hơn. Điều này khác với y văn vốn cho rằng ở người cao tuổi, triệu chứng thần kinh tự chủ giảm, triệu chứng thần kinh trung ương chiếm ưu thế [2]. Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, đồng thời triệu chứng HĐH thay đổi theo ngưỡng glucose máu, tình trạng kiểm soát bệnh và các cơn HĐH trước đó.

Về tri giác nhập viện, đa số người bệnh vẫn tỉnh (63,6%), trong khi các nghiên cứu trong nước trước đó ghi nhận tỷ lệ lơ mơ cao hơn [6,7]. Tuy nhiên, tỷ lệ hôn mê của chúng tôi (20,5%) tương đương với các nghiên cứu khác. Hôn mê do HĐH thường xảy ra khi glucose máu xuống <20 mg/dL và có thể gây tổn thương thần kinh vĩnh viễn nếu kéo dài [2].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mức độ HĐH độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (59,1%), sau đó là độ 3 (27,3%) và độ 2 (13,6%). So sánh với nghiên cứu Nguyễn Văn Thuyền, tỷ lệ HĐH độ 3 cũng nổi trội hơn độ 2 [7]. Điều này phản ánh đặc thù người cao tuổi: dễ xuất hiện triệu chứng thần kinh trung ương ở mức glucose máu không quá thấp, dẫn đến nhập viện muộn và tăng nguy cơ HĐH nặng.

**Đặc điểm cận lâm sàng.** Về chức năng thận, có 38,6% người bệnh có mức lọc cầu thận <60 ml/phút/1,73m<sup>2</sup>. Kết quả này phù hợp với y văn khi bệnh thận mạn là yếu tố nguy cơ HĐH do thuốc hạ đường huyết được chuyển hóa và thải trừ qua thận [3]. Escorcio và cộng sự (2020) cũng khẳng định CKD làm tăng nguy cơ HĐH ở người bệnh ĐTĐ type 2 [4]. Thiếu máu chiếm tỷ lệ cao (75,0% khi Hb <12 g/dL), trong đó thiếu máu nhẹ chiếm nhiều nhất, cứ 2 người bệnh cao tuổi hạ đường huyết thì có một người thiếu máu nhẹ. Tình trạng này liên quan đến bệnh thận mạn và viêm mạn tính, đồng thời góp phần làm nặng thêm biến chứng mạch máu của ĐTĐ [3]. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận 63,6% người bệnh

có tăng bạch cầu đa nhân trung tính, chủ yếu do nhiễm trùng cấp, phù hợp với vai trò của nhiễm trùng như một yếu tố thúc đẩy HĐH ở người cao tuổi [3].

#### Các yếu tố nguy cơ hạ đường huyết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân thường gặp nhất là bệnh cấp tính kèm ăn uống kém (79,5%), kế đến là bỏ bữa (15,9%). Trong khi đó, tác giả Châu Mỹ Chi và cộng sự ghi nhận nguyên nhân chủ yếu là ăn kiêng quá mức [6]. Sự khác biệt có thể do đặc điểm dân cư ở vùng biên giới Tân Hưng: người bệnh thường nhập viện muộn, kèm nhiễm trùng cấp tính. Về thuốc, đa số người bệnh chỉ dùng đơn trị liệu điều trị ĐTĐ, trong đó phổ biến nhất là sulfonylureas phối hợp metformin (48%). Đây là nhóm thuốc được biết có nguy cơ HĐH cao ở người cao tuổi, ngay cả ở liều thấp. Nghiên cứu của Akirov A (2018) cũng cảnh báo tình trạng điều trị quá mức, kiểm soát đường huyết chặt làm tăng nguy cơ HĐH ở người cao tuổi [8]. Với insulin, mặc dù số ca ít hơn, song tỷ lệ HĐH vẫn cao, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế.

#### V. KẾT LUẬN

Hạ đường huyết ở người bệnh cao tuổi mắc đái tháo đường type 2 thường gắn với bệnh cấp tính và chế độ ăn không đầy đủ. Nhận diện sớm và kiểm soát các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng biến chứng, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở. Cần thận trọng khi sử dụng sulfonylurea và insulin ở người cao tuổi, đặc biệt có bệnh thận mạn hoặc thiếu máu. Tuyến y tế cơ sở cần tăng cường tư vấn chế độ ăn, tránh bỏ bữa hoặc ăn kiêng quá mức, đồng thời theo dõi định kỳ chức năng thận và huyết học để giảm nguy cơ hạ đường huyết và biến chứng nặng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation (IDF).** IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2021:1-150.
2. **World Health Organization (WHO).** Global Report on Diabetes. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016:1-88.
3. **American Diabetes Association.** Standards of Medical Care in Diabetes—2022. Diabetes Care. 2022; 45(suppl 1):S1-S264. doi:10.2337/dc22-Sint.
4. **Escorcio-Dourado CS, de Souza ACC, Oliveira DS, et al.** Chronic kidney disease as a risk factor for hypoglycemia in patients with type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2020;162:108113. doi:10.1016/j.diabres.2020.108113.
5. **National Kidney Foundation.** KDOQI clinical practice guideline for anemia in chronic kidney disease. Am J Kidney Dis. 2012;60(5):850-886. doi:10.1053/j.ajkd.2012.07.002.
6. **Châu Mỹ Chi.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ hạ đường

huyết ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi. Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường. 2021;(46):96-106. doi:10.47122/vjde.2021.46.9.

7. **Nguyễn Văn Thuyền và Nguyễn Anh Tuấn.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở người bệnh cấp cứu có hạ đường

huyết. VMJ. 2023; 521(2). doi:10.51298/vmj.v521i2.4114

8. **Akirov A, Diker-Cohen T, Masri-Iraqi H, Shimon I.** Diabetes, hypoglycemia, and mortality in hospitalized patients. Diabetes Metab Res Rev. 2018;34(5):e2999. doi:10.1002/dmrr.2999.

## THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP CẢI THIỆN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG NÃO DO ENTEROVIRUS Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG (2024–2025)

Bùi Thị Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Lâm<sup>2,3</sup>,  
Đào Hữu Nam<sup>2,3</sup>, Trần Minh Điển<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

Viêm màng não do Enterovirus (VMN-EV) là nguyên nhân thường gặp nhất của viêm màng não virus ở trẻ em, thường khó phân biệt với viêm màng não do vi khuẩn tại thời điểm nhập viện, dẫn đến sử dụng kháng sinh không cần thiết. Nghiên cứu này nhằm: Mô tả thực trạng chẩn đoán, điều trị và đề xuất một số biện pháp cải thiện điều trị viêm màng não do EV tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024-2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu (1/2024–4/2025) và tiến cứu (5–10/2025) trên trẻ từ 1 tháng đến 18 tuổi, chẩn đoán xác định VMN-EV bằng PCR dịch não tủy (DNT). **Kết quả:** 500 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình  $4,6 \pm 1,2$ ; nhóm 2–6 tuổi (43,4%). Nam (57,4%). Triệu chứng thường gặp: đau đầu (71,6%), sốt (66,0%), nôn (42,8%). Chỉ 27,4% bệnh nhân được chọc DNT tại tuyến dưới, trong đó 48,9% được làm PCR, 57,5% bệnh nhân dùng kháng sinh, chủ yếu ở nhóm không chọc DNT (75,8% so với 8,8%,  $p=0,02$ ). Tuổi <6 tháng, sốt cao, DNT >100 bạch cầu/mm<sup>3</sup> và CRP >10 mg/L liên quan đến tăng nguy cơ dùng kháng sinh, trong khi PCR <24h giúp giảm tỷ lệ này. Tỷ lệ khỏi hoàn toàn (99,6%), không khác biệt giữa nhóm dùng và không dùng kháng sinh. **Kết luận:** VMN-EV ở trẻ em có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Tỷ lệ chọc DNT và làm PCR tại tuyến dưới còn thấp, góp phần làm tăng lạm dụng kháng sinh. Chọc DNT sớm và làm PCR DNT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, quản lý kháng sinh hợp lý và tối ưu hóa điều trị.

**Từ khóa:** Enterovirus, viêm màng não, trẻ em

### SUMMARY

#### CURRENT SITUATION AND SOLUTIONS TO IMPROVE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Hải Hậu

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Hữu Nam

Email: namdht30@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

### ENTEROVIRUS MENINGITIS IN CHILDREN AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL (2024–2025)

Enteroviral meningitis (EVM) is the most common cause of viral meningitis in children, but it is often difficult to differentiate from bacterial meningitis at the time of admission, leading to unnecessary antibiotic use. This study aimed to: Describe the current status of diagnosis, treatment and propose some measures to improve the treatment of meningitis caused by EV at the National Children's Hospital in 2024-2025.

**Methods:** We conducted a combined retrospective (January 2024 to April 2025) and prospective (May to October 2025) descriptive study on children aged 1 month to 18 years diagnosed with EVM confirmed by cerebrospinal fluid (CSF) polymerase chain reaction (PCR). **Results:** A total of 500 patients were included. The mean age was  $4.6 \pm 1.2$  years, with aged 2–6 years (43.4%). Male (57.4%). The median time from symptom onset to admission was 1.4 days. The main reasons for hospitalization were headache (71.6%), fever (66.0%), and vomiting (42.8%). At lower-Local hospitals, only 27.4% underwent lumbar puncture and 48.9% of those received CSF PCR testing. Antibiotics were administered to 57.5%, with significantly higher rates in those without lumbar puncture (75.8% vs. 8.8%,  $p=0.02$ ). Multivariate analysis showed that age <6 months, high fever, CSF WBC >100 cells/mm<sup>3</sup>, and CRP >10 mg/L were associated with higher likelihood of antibiotic prescription, whereas PCR performed within 24h reduced antibiotic use. Treatment outcomes were excellent: 99.6% recovered completely, with no significant difference between groups receiving antibiotics and those not receiving antibiotics ( $p=0.92$ ). **Conclusion:** Pediatric EVM in Vietnam predominantly affects children aged 1–6 years and presents with non-specific symptoms. Lumbar puncture and PCR testing at lower-level hospitals contributes to high rates of unnecessary antibiotic administration. Early CSF PCR testing is crucial to confirm diagnosis, guide antibiotics stewardship, and optimize patient management.

**Keywords:** Enterovirus, meningitis, children

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não do virus là tình trạng viêm ở