

sởi, xét nghiệm kháng thể IgM hoặc PCR dương tính với Sởi. Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân nghi ngờ sởi có xét nghiệm kháng thể IgM hoặc PCR âm tính với Sởi.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loại ca bệnh với cách chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Công cụ nghiên cứu: Bệnh án nghiên cứu được xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu và theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Sởi theo quyết định 1019/ BYT – 2025 của Bộ Y tế.⁴

2.4. Xử lý số liệu: phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành sau khi đã được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức của Bệnh viện Thanh Nhàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=365)

	Đặc điểm	n	%
Phân loại nhóm tuổi	Dưới 1 tuổi	96	26,3
	1 – 5 tuổi	102	27,9
	Trên 5 tuổi	167	45,8
Giới tính	Nam	215	59
	Nữ	150	41

Nhận xét: Trẻ mắc sởi ở tất cả các nhóm tuổi. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,5:1; nam chiếm 59%.

Bảng 2. Đặc điểm tiêm chủng của trẻ mắc sởi (n=365)

Đặc điểm	n	%
Chưa tiêm	119	32,6
Tiêm 1 mũi	28	7,7
Tiêm 2 mũi	218	59,7

Nhận xét: Tỷ lệ chưa tiêm chủng đủ 2 mũi sởi ở trẻ mắc sởi rất cao xấp xỉ 40%.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của trẻ mắc sởi (n=365)

Đặc điểm lâm sàng	n	%
Mắt đỏ	254	68,9
Ban da	359	98,4
Hạt Koplick	350	95,9

Nhận xét: Các trẻ nhập viện với các biểu hiện đặc trưng của sởi bao gồm Hạt Koplick 95,9%; ban da 98,4%; mắt đỏ 68,9%.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ mắc sởi (n=365)

Đặc điểm cận lâm sàng		n	%	
Bạch cầu	Số lượng bạch cầu (G/l)	7,2 ± 3,5 (Min - Max: 2 - 23,5)		
	Trung tính	Giảm	27	7,4
		Bình thường	338	92,6
	Bạch cầu Lympho	Giảm	151	41,4
		Bình thường	214	58,6
Men	GOT	Tăng	287	78,6

CRP	Tăng	191	52,3
	Giảm	174	47,7

Nhận xét: Có 7,4% trẻ mắc sởi có giảm bạch cầu hạt trung tính; 41,4% trẻ có giảm bạch cầu lympho; 26,3% trẻ có tăng men gan GOT và 52,3% trẻ có bội nhiễm vi khuẩn biểu hiện bằng tăng CRP.

Bảng 5. Biến chứng của trẻ mắc sởi (n=365)

Biến chứng	n	%
Viêm phổi	230	62,8
Viêm thanh quản	10	2,7
Nhiễm khuẩn tiêu hóa	92	25,2
Viêm tai giữa	31	8,4
Biến chứng khác	119	32,7

Nhận xét: Có 62,8% trẻ mắc sởi có biến chứng viêm phổi, 25,2% có biến chứng nhiễm khuẩn tiêu hóa, 32,7% có biến chứng khác.



Hình 1. Số ngày nằm viện của trẻ mắc sởi

Nhận xét: Trẻ mắc sởi thường nằm viện từ 4-8 ngày. Cá biệt có trẻ nằm viện đến 20 ngày.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến ngày nằm viện của trẻ mắc sởi

	Ngày nằm viện	X ± SD	p
Số mũi tiêm	0	6,64 ± 3,08	0,001
	1	6,86 ± 3,2	
	2	4,78 ± 2,08	
Tuổi bệnh nhi	Dưới 1 tuổi	6,79 ± 3,30	0,001
	1-5 tuổi	6,07 ± 2,23	
	Trên 5 tuổi	4,51 ± 2,15	
Đồng nhiễm	Có đồng nhiễm	6,79 ± 2,89	0,001
	Không đồng nhiễm	5,15 ± 2,52	
CRP	Tăng	5,49 ± 2,58	0,106
	Không tăng	5,59 ± 2,82	

Nhận xét: Số mũi tiêm, tuổi bệnh nhi và đồng nhiễm vi khuẩn khác khiến số ngày nằm viện trẻ dài hơn, trong khi đó chỉ số CRP không ảnh hưởng đến số ngày nằm viện của trẻ.

Bảng 7. Một số yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng của bệnh sởi

Biến chứng	Có	Không	p	
Tiêm chủng	Chưa tiêm	84%	16%	0,012
	Tiêm 1 mũi	89,3	10,7%	
	Tiêm 2 mũi	72%	28%	
Tuổi	Dưới 1 tuổi	65,6%	34,4%	0,001

	1 – 5 tuổi	71,6%	28,4%
	Trên 5 tuổi	56,3%	43,7%

Nhận xét: Tiêm chủng và độ tuổi ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc biến chứng của trẻ mắc sởi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 365 trẻ em mắc sởi được điều trị tại Khoa Nhi, Bệnh viện Thanh Nhàn. Phân tích nhân khẩu học cho thấy bệnh sởi ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi nhi khoa, với một tỷ lệ đáng kể là trẻ dưới 1 tuổi (chiếm 26,3%). Dữ liệu này phù hợp với các báo cáo chung của Bộ Y tế, vốn chỉ ra rằng khoảng 15,3% ca mắc sởi là ở trẻ dưới 9 tháng tuổi và 72,7% ở trẻ dưới 15 tuổi³. Điều này củng cố thực tế rằng trẻ nhỏ, đặc biệt là những trẻ chưa đủ tuổi hoặc chưa được tiêm chủng đầy đủ, vẫn là nhóm đối tượng đặc biệt dễ bị tổn thương. Nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh cao hơn trẻ nữ, với tỷ lệ 1,5:1. Tỷ lệ này tương tự với một số nghiên cứu khác, ví dụ như một nghiên cứu tại Pakistan cũng ghi nhận tỷ lệ nam/nữ mắc sởi là 1.12:1, cho thấy một xu hướng chung về giới trong việc mắc bệnh.⁷

Điểm đáng chú ý là tỷ lệ trẻ chưa tiêm chủng trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi khá cao, chiếm 40,3%. Con số này tương đương với báo cáo chung của Bộ Y tế về tỷ lệ trẻ chưa được tiêm chủng đầy đủ, vốn ở mức xấp xỉ 40%.³ Kết quả này nhấn mạnh khoảng trống miễn dịch đáng kể trong cộng đồng và tầm quan trọng của việc duy trì tỷ lệ tiêm chủng cao để đạt được miễn dịch cộng đồng, một yếu tố then chốt để phòng ngừa các đợt bùng phát dịch sởi.

Về đặc điểm lâm sàng, các triệu chứng chủ yếu được ghi nhận ở trẻ mắc sởi tại Bệnh viện Thanh Nhàn là sốt, mắt đỏ, hạt Koplick và ban da. Các dấu hiệu này hoàn toàn phù hợp với các hướng dẫn chẩn đoán sởi của Bộ Y tế, các khuyến cáo của WHO và CDC, cũng như các tài liệu y học nhi khoa quốc tế.⁴

Phân tích cận lâm sàng cho thấy một số đặc điểm nổi bật. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ giảm bạch cầu hạt là 7,4% và giảm bạch cầu lympho là 41,4%. Đáng chú ý, tỷ lệ giảm bạch cầu lympho này cao hơn đáng kể so với tỷ lệ giảm bạch cầu nói chung là 18,9% trong một nghiên cứu khác của Nguyễn Thành Nam và cộng sự năm 2020⁵. Sự khác biệt này có thể phản ánh mức độ nặng hơn của bệnh hoặc đặc điểm đáp ứng miễn dịch của bệnh nhân trong đợt dịch tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận 26,3% trẻ có tăng men gan

GOT, tương đương với tỷ lệ tăng transaminase (40,6%) được báo cáo trong một nghiên cứu tại Hoa Kỳ.⁸ Tỷ lệ tăng CRP là 52,3% trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn đáng kể so với con số 34,8% được báo cáo bởi Nguyễn Thành Nam,⁵ nhưng lại tương đồng với một nghiên cứu khác của Nguyễn Ngọc Sáng và cộng sự năm 2019⁷, vốn cũng ghi nhận tỷ lệ này tương đối cao. Sự khác biệt này có thể liên quan đến các yếu tố như thời điểm lấy mẫu xét nghiệm, mức độ nặng của bệnh, hoặc sự khác biệt về chủng virus đang lưu hành.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ biến chứng khá cao, với 62,8% trẻ mắc sởi có biến chứng viêm phổi, 25,2% có biến chứng nhiễm khuẩn tiêu hóa và 2,7% có biến chứng viêm thanh quản. Những con số này tương đối nhất quán với các nghiên cứu khác tại Việt Nam, như nghiên cứu của Nguyễn Thành Nam và cộng sự⁵ (48,1% viêm phổi, 23% viêm dạ dày ruột, 1,5% viêm thanh quản) và Nguyễn Ngọc Sáng và cộng sự⁶ (73,42% viêm phổi, 26,6% nhiễm khuẩn tiêu hóa, 3,79% viêm thanh quản). Điều này gợi ý rằng viêm phổi và các biến chứng tiêu hóa là những thách thức lâm sàng phổ biến và nghiêm trọng đối với bệnh sởi ở trẻ em Việt Nam. Các nghiên cứu quốc tế cũng chỉ ra rằng viêm phổi là một trong những biến chứng thường gặp nhất, có thể xảy ra ở 1 trong 20 trẻ mắc sởi.⁸

Về kết quả điều trị, thời gian nằm viện trung bình của trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,5 \pm 2,7$ ngày, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Nam với trung vị là 3 ngày⁵. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi thực tế rằng tỷ lệ biến chứng trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Nam (62,8% so với 48,1%), dẫn đến việc kéo dài thời gian điều trị và hồi phục. Mặc dù thời gian nằm viện dài hơn, không có ca tử vong nào được ghi nhận tại bệnh viện, cho thấy hiệu quả vượt trội trong công tác điều trị và xử trí các biến chứng nặng của Khoa Nhi – Bệnh viện Thanh Nhàn.

4.2. Phân tích hồi quy giữa kết quả điều trị và các yếu tố liên quan. Kết quả phân tích hồi quy trong nghiên cứu của chúng tôi đã làm nổi bật vai trò quan trọng của tiêm chủng và tuổi của bệnh nhân đối với kết quả điều trị.

Vai trò của tiêm chủng: Nghiên cứu đã chỉ ra mối liên hệ chặt chẽ giữa tình trạng tiêm chủng và tỷ lệ biến chứng. Trẻ đã được tiêm chủng có tỷ lệ biến chứng thấp hơn đáng kể (72%) so với nhóm trẻ chưa được tiêm chủng (84%), với giá trị $p=0,001$ cho thấy sự khác biệt

này có ý nghĩa thống kê. Hơn nữa, thời gian nằm viện của trẻ được tiêm chủng cũng ngắn hơn rõ rệt (trung bình $4,78 \pm 2,08$ ngày) so với trẻ chưa được tiêm chủng (trung bình $6,64 \pm 3,08$ ngày). Những phát hiện này khẳng định hiệu quả của vắc-xin sởi trong việc giảm mức độ nặng của bệnh, hạn chế biến chứng và rút ngắn thời gian điều trị. Kết quả này hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu quốc tế, chẳng hạn như một nghiên cứu so sánh 200 trẻ mắc sởi tại Pakistan cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng giữa nhóm trẻ đã tiêm chủng và chưa tiêm chủng.⁷

Tác động của yếu tố tuổi: Tuổi của bệnh nhân cũng là một yếu tố ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị. Trẻ dưới 5 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng cao hơn (71,6%) và thời gian nằm viện dài hơn ($6,79 \pm 3,30$ ngày) so với trẻ trên 5 tuổi (56,3% biến chứng và $4,51 \pm 2,15$ ngày nằm viện). Nguyên nhân có thể do sức đề kháng của trẻ nhỏ còn yếu và hệ miễn dịch chưa hoàn thiện. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng nhận thấy tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi thấp hơn, một yếu tố nguy cơ đã được các nghiên cứu khác xác nhận⁵.

V. KẾT LUẬN

Sởi có thể mắc ở mọi lứa tuổi. Tỷ lệ tiêm chủng khá thấp chỉ đạt khoảng 60%. Lâm sàng điển hình bao gồm ban da, hạt Koplick và mắt đỏ. Khoảng 7,4% trẻ có giảm bạch cầu hạt, 41,4% trẻ có giảm bạch cầu lympho. Biến chứng chủ yếu của sởi là viêm phổi, nhiễm khuẩn tiêu

hóa. Tiêm chủng đầy đủ giúp giảm khả năng mắc bệnh, giảm tỷ lệ biến chứng và giảm thời gian điều trị sởi ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Lâm, Nguyễn Phương Thảo. Bệnh sởi. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em. Nhà xuất bản y học, Hà Nội; 2016; 938-944.
2. Huỳnh Ngọc Linh và cộng sự. Tỷ lệ bệnh sởi có biến chứng và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản nhi tỉnh Cà Mau năm 2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025(1): 1859-1868. Doi: 10.51298/vmj.v547i1.12921
3. Bộ Y tế. Tình hình bệnh sởi và các hoạt động phòng chống dịch (tính đến ngày 25/04/2025) - Tin liên quan - Cổng thông tin Bộ Y tế. Hà Nội: 2025. Published online 2025. https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/tinh-hinh-benh-soi-va-cac-hoat-ong-phong-chong-dich-tinh-en-ngay-25-04-2025.html
4. Bộ Y tế. Quyết định 1019/QĐ-BYT 2025. Hướng dẫn điều trị bệnh Sởi. 2025.
5. Nguyễn Thành Nam và cộng sự. Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị trẻ mắc sởi đã tiêm ngừa tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 2024; 78: 148-154.
6. Nguyễn Ngọc Sáng và cộng sự. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và biến chứng của bệnh sởi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 515(1): 3-10.
7. Khan A, Hassan M, Ali S, et al. A comparative study of measles complications in vaccinated versus non-vaccinated children. J Pak Med Assoc. 2019;69(1):10-14.
8. *Pediatr Infect Dis J*. Measles Hospitalizations at a United States Children's Hospital, 2011-2017. 2018;38(6):1.

KHẢO SÁT RỐI LOẠN NỒNG ĐỘ CANXI, PHOSPHO, MAGIE HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN DO RƯỢU ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đoàn Hoài Linh¹, Nguyễn Văn Sáng¹

TÓM TẮT

Rối loạn chuyển hóa khoáng chất ở bệnh nhân xơ gan do rượu là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, có thể gây ra nhiều biến chứng và ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân xơ gan do rượu. Khảo sát rối loạn nồng độ canxi, phospho, magie huyết thanh ở nhóm bệnh nhân

ngiên cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 51 bệnh nhân xơ gan do rượu điều trị tại khoa Tiêu hóa, bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 01/2025 đến tháng 10/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $51,18 \pm 12,25$. Nam giới chiếm tỷ lệ 98,04%, nữ giới 1,96%, điểm Child Pugh trung bình $9,34 \pm 3,2$ điểm. Xét nghiệm cận lâm sàng số lượng bạch cầu, số lượng hồng cầu và số lượng tiểu cầu không biến đổi nhiều. Men gan tăng cao, chỉ số GGT tăng rất cao. Nồng độ canxi TP, phospho, magie huyết thanh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu giảm hơn so với bình thường. Nồng độ canxi TP huyết thanh giảm dần theo mức độ xơ gan và giảm khi có cổ trướng với $p < 0,05$. Nồng độ phospho, magie huyết thanh không có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân theo mức độ xơ gan, và theo tình trạng cổ trướng. **Kết luận:** Rối loạn nồng độ

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Hoài Linh

Email: doanhoailinh80@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

canxi, phospho, magie huyết thanh là tình trạng khá phổ biến ở những bệnh nhân xơ gan rượu. Tình trạng thiếu hụt các khoáng chất nặng dần lên theo tình trạng xơ gan. **Từ khóa:** Xơ gan do rượu, rối loạn chuyển hóa khoáng chất.

SUMMARY

SURVEY OF DISORDERS IN SERUM CALCIUM, PHOSPHORUS, MAGNESIUM CONCENTRATIONS IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC CIRRHOSIS TREATED AT THANH NHAN HOSPITAL

Mineral metabolism disorders in patients with alcoholic cirrhosis are a serious health problem that can cause many complications and greatly affect the patient's quality of life. **Objectives:** Describe clinical and paraclinical characteristics of patients with alcoholic cirrhosis. Survey of serum calcium, phosphorus, and magnesium concentration disorders in the study group of patients. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 51 patients with alcoholic cirrhosis treated at the Department of Gastroenterology, Thanh Nhan Hospital from January 2025 to October 2025. **Results:** The average age of the study group of patients was 51.18 ± 12.25 . Men accounted for 98.04%, women 1.96%, the average Child Pugh score was 9.34 ± 3.2 points. Paraclinical tests showed that the number of white blood cells, red blood cells, and platelets did not change much. Liver enzymes increased, and the GGT index increased very high. The concentrations of total calcium, phosphorus, and serum magnesium in the study group of patients decreased compared to normal. The concentration of total calcium decreased gradually according to the degree of cirrhosis and decreased when there was ascites with $p < 0.05$. The concentrations of serum phosphorus and magnesium did not differ between the patient groups according to the degree of cirrhosis and according to the condition of ascites. **Conclusion:** Abnormalities in serum calcium, phosphorus, and magnesium concentrations are common in patients with alcoholic cirrhosis. Mineral deficiencies worsen as cirrhosis progresses.

Keywords: Alcoholic cirrhosis, mineral metabolism disorders

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một bệnh lý mạn tính phổ biến ở nước ta và trên thế giới, là hậu quả của hầu hết các bệnh gan mạn tính. Rối loạn chuyển hóa khoáng chất ở bệnh nhân xơ gan do rượu là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, có thể gây ra nhiều biến chứng và ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. rối loạn nồng độ canxi, phospho và magie thường gặp nhưng dễ bị bỏ sót trong thực hành lâm sàng, các bác sĩ lâm sàng thường ít chú ý đến rối loạn khoáng chất ở bệnh nhân xơ gan, và chỉ xét nghiệm khoáng chất khi có các biểu hiện lâm sàng. Các rối loạn và chuyển hóa khoáng chất có thể dẫn đến nhiều biến chứng nặng như: co giật, loạn

nhip tim, yếu cơ, hôn mê gan, và ảnh hưởng đến tiên lượng sống của người bệnh [1]. Việc khảo sát rối loạn nồng độ chất khoáng và điện giải thường ít được chú ý khi bệnh nhân xơ gan rượu đi khám và nhập viện. Chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân xơ gan do rượu.
2. Khảo sát rối loạn nồng độ canxi, phospho, magie huyết thanh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán xơ gan do rượu theo hướng dẫn của Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ: Bệnh nhân có hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và hội chứng suy tế bào gan; uống rượu trên 30g/ngày trong thời gian trên 5 năm.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân xơ gan do các nguyên nhân khác: viêm gan virus, bệnh gan nhiễm độc
- Bệnh nhân ung thư gan
- Bệnh nhân suy thận
- Những bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc bổ sung canxi, magie hoặc phospho.
- Bệnh nhân đang sử dụng các thuốc lợi tiểu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan do rượu đến khám và điều trị tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2025 đến tháng 10/2025

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \frac{p \cdot q}{d^2}$$

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số giới hạn tin cậy, chọn khoảng tin cậy 95% $\Rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$

d: độ chính xác mong muốn, chọn $d = 0.1$

$p = 0.15$, (theo nghiên cứu của Mann R.E, 15% số bệnh nhân nghiện rượu phát triển thành xơ gan) [2] Áp dụng công thức tính được $n = 49$ bệnh nhân.

Cách chọn mẫu thuận tiện. Từ tháng 01/2025 đến tháng 10/2025, nhóm nghiên cứu thu thập được 51 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin.

Thông tin dữ liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất dựa vào việc hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng.

2.3.4. Xử lý số liệu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài. Nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không vì bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm phân bố theo giới tính, tuổi
Bảng 3.1. Đặc điểm chung về tuổi và giới

Giới	Số lượng BN (n=51)	Tỷ lệ %
Nam	50	98.04
Nữ	1	1.96
Tổng số	51	100

Tuổi trung bình (X±SD): 51.18±12.25

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 51.18±12.25. Nam giới chiếm tỷ lệ cao 98.04%, nữ giới 1.96%.

3.1.2. Đặc điểm phân bố theo mức độ xơ gan

Bảng 3.2. Đặc điểm mức độ xơ gan

Đặc điểm	n (%)	
Mức độ xơ gan	Child-Pugh A	4 (7.84%)
	Child-Pugh B	22 (43.14%)
	Child-Pugh C	25 (49.02%)
Điểm Child-Pugh trung bình	9.34±3.2	
Tổng số	51 (100%)	

Nhận xét: Tỷ lệ điểm Child-Pugh B,C chiếm tỷ lệ cao, hơn 90%, Child Pugh A chiếm tỷ lệ thấp 7.84%, điểm Child Pugh dao động từ 6-13 điểm, trung bình 9.34±3.2 điểm.

3.1.3. Một số đặt điểm về lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Trung bình các chỉ số huyết học như số lượng bạch cầu, số lượng hồng cầu và số lượng tiểu cầu không biến đổi nhiều. Men gan tăng cao, chỉ số GGT tăng rất cao so với các chỉ số GOT, GPT

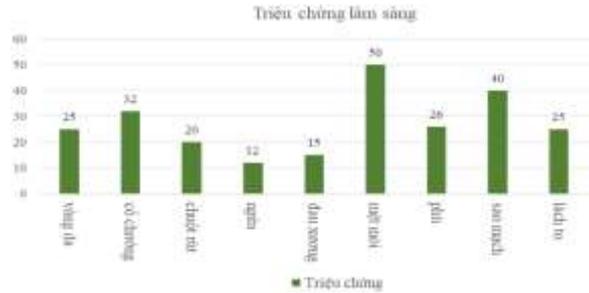
3.2. Đặc điểm rối loạn nồng độ canxi, phospho, magie huyết thanh

3.2.1. Đặc điểm rối loạn nồng độ canxi, phospho, magie huyết thanh

Bảng 3.4. Rối loạn về nồng độ canxi, phospho, magie huyết thanh

Nồng độ	Giảm	%	Bình thường	%	Tăng	%	X±SD
Canxi TP huyết thanh (mmol/L)	40	78.43%	11	21.57%	0	0%	2.01±0.21
Phospho huyết thanh (mmol/L)	13	25.49%	36	70.59%	2	3.92%	0.96±0.21
Magie huyết thanh (mmol/L)	27	52.94	23	45.10	1	1.96%	0.67±0.11

Nhận xét: Nồng độ canxi TP huyết thanh giảm chiếm gần 80%, nồng độ canxi TP trung bình ở mức giảm. Nồng độ phospho huyết thanh giảm chiếm tỷ lệ khá cao 25.49%, nồng độ phospho huyết thanh trung bình không giảm. Nồng độ magie huyết thanh giảm chiếm tỷ lệ



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng hay gặp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là các triệu chứng suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa như vàng da, cổ trướng, phù. Có một số bệnh nhân gặp các biểu hiện khác như chuột rút, ngứa, đau xương, trong đó triệu chứng chuột rút rất thường gặp

3.1.4. Một số đặt điểm về cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.3. đặc điểm xét nghiệm cận lâm sàng

Chỉ số	X±SD
WBC (G/L)	7.5±4.7
RBC (T/L)	3.2±0.9
PLT (G/L)	140.1±110.2
Creatinin (umol/L)	87.2±59.4
AST (U/L)	154±257.3
ALT (U/L)	75.3±158.6
GGT (U/L)	410.2±425.4

52.94%, chỉ có 1.96% bệnh nhân nghiên cứu có nồng độ magie huyết thanh tăng, nồng độ magie huyết thanh trung bình ở mức thấp

3.2.1. Nồng độ trung bình các chất theo phân loại Child-Pugh

Bảng 3.5: So sánh nồng độ trung bình các chất theo phân loại Child-Pugh

Nồng độ	Child-Pugh A (n=4)	Child-Pugh B (n=22)	Child-Pugh C (n=25)	p
Canxi TP huyết thanh (mmol/L)	2.21±0.15	2.17±0.22	1.91±0.18	0.01
Phospho huyết thanh (mmol/L)	0.91±0.20	1.06±0.24	0.94±0.26	0.2
Magie huyết thanh (mmol/L)	0.71±0.13	0.66±0.11	0.64±0.16	0.6