

Kalichman và cộng sự (2008), đây là các vị trí chịu tải trọng cơ học lớn nhất của cột sống thắt lưng và có tỷ lệ thoái hóa cao nhất trong cộng đồng [8]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với cơ chế bệnh sinh và các nghiên cứu trước đó, góp phần khẳng định vai trò của yếu tố cơ học trong thoái hóa cột sống thắt lưng.

Các tổn thương kèm theo: Gai xương và hẹp khe đĩa đệm là các tổn thương phối hợp thường gặp nhất, phản ánh tiến trình thoái hóa mạn tính. Nghiên cứu của Gellhorn và cộng sự (2013) cho thấy các dấu hiệu hình ảnh này có mối liên quan với mức độ đau và suy giảm chức năng vận động ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng [6]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với ý kiến, cho thấy vai trò quan trọng của chẩn đoán hình ảnh trong đánh giá mức độ bệnh và định hướng điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 109 bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng cho thấy tuổi trung bình là $61,6 \pm 12,1$ (35–84 tuổi), trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 54,1%. Nữ giới chiếm ưu thế với 67,9%, cao hơn rõ rệt so với nam giới (32,1%). Thời gian đau trung bình là $6,0 \pm 4,3$ tháng; đa số bệnh nhân có triệu chứng kéo dài từ 3 tháng trở lên (78,0%), trong đó nhóm đau trên 6 tháng chiếm 35,8%, phản ánh tính chất mạn tính của bệnh. Biểu hiện lâm sàng đa dạng, với đau khu trú vùng thắt lưng gặp ở 36,7%, đau lan hông – đùi 30,2% và đau lan xuống bàn – ngón chân 33,0%. Trên hình ảnh học, thoái hóa tập trung chủ yếu tại các đoạn thấp L4–L5

(32,1%) và L5–S1 (27,5%). Các tổn thương kèm theo thường gặp gồm gai xương (28,4%), hẹp khe đĩa đệm (25,5%), xẹp đốt sống (17,7%) và trượt đốt sống (17,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2012), Bệnh học nội khoa, Tập 2, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Phan Minh Hoàng & cộng sự (2023), Nghiên cứu đánh giá điểm chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị phục hồi chức năng ở bệnh nhân thoái hóa cột sống, Tạp chí Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 27(1).
3. Phan Thị Thanh Hằng & cộng sự (2023), Hiệu quả điều trị thoái hóa cột sống bằng điện châm và Tam tý thang, Tạp chí Y học cổ truyền Việt Nam, 48(3).
4. Huỳnh Văn Khanh, Nguyễn Thị Thanh Thủy, Đoàn Văn Đệ & Nguyễn Văn Chương (2015), Khảo sát tình trạng đau cột sống thắt lưng mạn tính trong cộng đồng tại Thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Y học Việt Nam, 902(1).
5. Gellhorn, A. C., Katz, J. N., & Su, P. (2013), Osteoarthritis of the spine: The facet joints, Nature reviews rheumatology, 9(4).
6. Husky, M. M., Fa, F. F., Compagnone, P., & Fernandez, C. (2018), Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey, Health and Quality of Life Outcomes, 16(1).
7. Jia, N., Zhang, M., Zhang, H., Yu, S., Chen, Y., & Tang, Z. (2022), Prevalence and risk factors analysis for low back pain among occupational groups in key industries of Public Health, 22(1).
8. Kalichman, L., Hunt, D. J., & Li, L. (2008), Facet joint osteoarthritis and low back pain in the community-based population, Spine (Phila Pa 1976), 33(23).

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN ĐIỆN GIẢI Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI BỆNH VIỆN NINH THUẬN NĂM 2024

Lê Thành Tài², Lê Huy Thạch¹, Trần Ngọc Thịnh¹, Nguyễn Vũ Mai Khanh¹, Võ Văn Cẩm¹, Tài Thụy Ánh Châu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn điện giải là biến chứng phổ biến ở bệnh nhân xơ gan, đặc biệt là giai đoạn mất bù, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến tiên lượng và tỷ lệ tử vong. **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng,

biến đổi điện giải máu, niệu và phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm này ở bệnh nhân xơ gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 120 bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận từ 12/2023 đến 09/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình $52,22 \pm 13,24$ tuổi, nguyên nhân do rượu chiếm đa số (83,31%). Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm Child-Pugh C (60,8%). Rối loạn điện giải máu hay gặp nhất là hạ natri máu (62,5%) và hạ kali máu (34,2%). Giảm natri niệu chiếm 70,8%. Chế độ ăn nhạt làm tăng nguy cơ hạ natri máu gấp 4,16 lần. **Kết luận:** Hạ natri máu là rối loạn điện giải phổ biến nhất và có xu hướng gia tăng theo mức độ nặng của xơ gan. Việc theo dõi và điều chỉnh điện giải đóng vai trò sống còn trong điều trị xơ gan.

¹Bệnh viện Đa Khoa Ninh Thuận

²Trường Đại học Y dược cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài: 15.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 22.12.2025

Từ khóa: Xơ gan, rối loạn điện giải, natri máu, kali máu, Ninh Thuận.

SUMMARY

EVALUATING ELECTROLYTE IMBALANCE STATUS IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AT NINH THUAN GENERAL HOSPITAL IN 2024

Background: Electrolyte imbalance is a common complication in cirrhotic patients, especially in the decompensated stage, significantly affecting prognosis and mortality. **Objective:** To describe clinical characteristics, blood and urine electrolyte changes, and analyze their relationships in cirrhotic patients. **Patients and Methods:** A prospective cross-sectional study on 120 cirrhotic patients at Ninh Thuan General Hospital from 12/2023 to 09/2024. **Results:** Mean age was 52.22 ± 13.24 years; alcohol abuse was the leading cause (83.31%). Most patients were Child-Pugh C (60.8%). The most common serum electrolyte disturbances were hyponatremia (62.5%) and hypokalemia (34.2%). Low urinary sodium occurred in 70.8%. Salt restriction diet increased the risk of hyponatremia by 4.16 times. **Conclusion:** Hyponatremia is the most prevalent disturbance and tends to increase with the severity of cirrhosis. Monitoring and adjusting electrolytes are vital in cirrhosis management.

Keywords: Liver cirrhosis, electrolyte imbalance, serum sodium, serum potassium, Ninh Thuan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh lý gan mạn tính phổ biến tại Việt Nam với tiên lượng xấu và tỉ lệ tử vong cao. Rối loạn điện giải là một trong những biến chứng thường gặp, nhất là hạ natri máu với tần suất 57% ở bệnh nhân xơ gan nói chung và 40% ở nhóm mất bù. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận, bệnh nhân thường nhập viện trong tình trạng rối loạn điện giải nặng nề kèm các biến chứng như xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan, hội chứng gan thận. Việc điều chỉnh kịp thời các rối loạn này giúp nâng cao chất lượng điều trị và kéo dài sự sống cho người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: (1) Nhận xét đặc điểm lâm sàng và biến đổi điện giải máu, niệu; (2) Phân tích mối liên quan giữa lâm sàng, xét nghiệm với sự biến đổi điện giải.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

* **Đối tượng nghiên cứu:** 120 bệnh nhân xơ gan điều trị tại khoa Nội Tổng Hợp và khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ tháng 12/2023 đến hết tháng 9/2024.

* **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan dựa trên hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (cổ trướng, lách to, giãn tĩnh mạch thực quản...) và hội chứng suy tế bào gan (vàng da, albumin máu

giảm, bilirubin tăng...). Rối loạn điện giải được xác định khi nồng độ Natri, Kali, Calci huyết thanh hoặc Natri, Kali niệu nằm ngoài ngưỡng bình thường theo bảng quy chiếu của nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân**

- Bệnh nhân có tổn thương thận thực thể, sốc, dùng thuốc độc với thận hoặc mắc các bệnh lý vỏ thượng thận gây rối loạn nước điện giải.

* **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu. Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

* **Nội dung nghiên cứu.** Việc thu thập dữ liệu được thực hiện một cách tỉ mỉ và đồng bộ trên tất cả các đối tượng nghiên cứu thông qua mẫu bệnh án thống nhất. Các nội dung chính bao gồm:

- Khai thác tiền sử và bệnh sử: Xác định thời gian mắc xơ gan, các phương pháp điều trị trước đây như dùng thuốc, chọc tháo dịch cổ trướng hay phẫu thuật, tình trạng nhiễm virus viêm gan B, C, và đặc biệt là tiền sử sử dụng các loại thuốc lợi tiểu (lợi tiểu quai, thiazid, kháng aldosteron, thuốc nam) trong vòng ít nhất 2 tuần trước khi nghiên cứu.

- Thăm khám lâm sàng: Đánh giá các triệu chứng cơ năng của rối loạn điện giải như đau đầu, buồn nôn, tê bì, chuột rút, mỏi yếu cơ, co giật. Khám thực thể các dấu hiệu của xơ gan như vàng da, vàng mắt, sao mạch, lòng bàn tay son, tình trạng phù và mức độ cổ trướng (ít, trung bình, nhiều).

- Cận lâm sàng: Thực hiện lấy máu và nước tiểu ngay sau khi bệnh nhân nhập viện để làm xét nghiệm đầu tiên. Các chỉ số xét nghiệm bao gồm: Công thức máu, tỷ lệ Prothrombin (PT), Albumin, Bilirubin, men gan (AST, ALT, GGT), Creatinin huyết thanh.

- Đo lường điện giải: Định lượng nồng độ Natri, Kali, Calci huyết thanh và Natri, Kali niệu bằng máy tự động Cobas 6000.

- Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm ổ bụng để đánh giá cấu trúc gan, đường kính tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch lách và dịch cổ trướng.

- * **Đánh giá kết quả điều trị.** Kết quả nghiên cứu và tình trạng của bệnh nhân được đánh giá dựa trên các tiêu chí chuẩn hóa sau:

- Phân loại mức độ nặng của xơ gan: Sử dụng bảng điểm Child-Pugh dựa trên 5 thông số: Cổ trướng, hội chứng não gan, Albumin máu, Bilirubin toàn phần và tỷ lệ PT/INR. Bệnh nhân được chia thành 3 nhóm: Child A (5-6 điểm), Child B (7-9 điểm) và Child C (≥ 10 điểm).

- Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn điện giải: Dựa vào bảng quy chiếu nồng độ điện giải đồ

huyết thanh và niệu. Cụ thể: Hạ Natri máu khi < 135 mmol/l; Hạ Kali máu khi < 3,5 mmol/l; Hạ Calci máu khi < 2,2 mmol/l. Rối loạn điện giải niệu được xác định khi nồng độ Natri niệu < 152 mmol/l hoặc Kali niệu < 26 mmol/l.

- **Đánh giá biến chứng:** Xác định sự hiện diện của hội chứng gan thận thông qua nồng độ Creatinin huyết thanh tăng đột ngột và không cải thiện sau khi bù Albumin/dùng lợi tiểu. Chẩn đoán nhiễm trùng dịch ổ trường dựa trên số lượng bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch màng bụng > 250 tế bào/mm³.

- **Mối liên quan điều trị:** Đánh giá ảnh hưởng của chế độ ăn nhạt (Natri tiêu thụ < 2,3g/ngày) và việc sử dụng các nhóm thuốc lợi tiểu khác nhau đối với sự biến đổi nồng độ điện giải máu và niệu.

Việc xác định chính xác các chỉ số rối loạn điện giải và mức độ xơ gan theo Child-Pugh được coi là yếu tố then chốt để đánh giá tiên lượng và định hướng điều chỉnh điều trị kịp thời cho bệnh nhân.

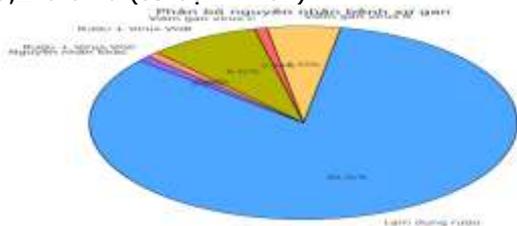
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- * **Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 120 bệnh nhân xơ gan có rối loạn điện giải đủ tiêu chuẩn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận. Các đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu được thể hiện qua các bảng và hình dưới đây:

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Giới	
	Nam	Nữ
N	61	59
%	50.8	49.2
Tuổi trung bình	53.0	51.4
Tuổi nhỏ nhất	30	30
Tuổi lớn nhất	74	74

- * **Nhận xét:** Về đặc điểm nhân khẩu học, độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng là 52,22 ± 13,24 tuổi, với khoảng dao động từ 30 đến 74 tuổi. Đa số bệnh nhân rơi vào khoảng độ tuổi trung niên, đây là nhóm tuổi lao động có nhiều đóng góp cho xã hội nhưng đang phải đối mặt với gánh nặng bệnh tật lớn. Tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu tương đối cân bằng với 50,8% là nam (61 bệnh nhân) và 49,2% là nữ (59 bệnh nhân)

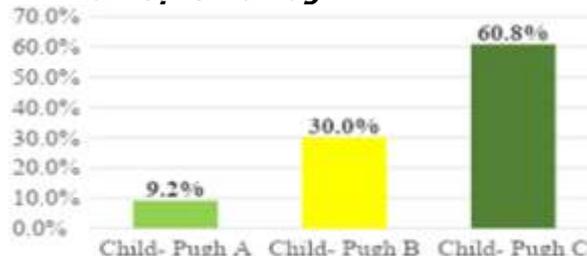


Hình 3.1. Nguyên nhân dẫn đến xơ gan

- * **Nhận xét:** Về nguyên nhân gây bệnh, lạm dụng rượu được xác định là tác nhân chính dẫn đến xơ gan, chiếm tỉ lệ áp đảo 84,1%. Các nguyên nhân khác bao gồm viêm gan virus B (5,6%), sự phối hợp giữa rượu và virus viêm gan B (8,4%), và một tỉ lệ rất nhỏ các trường hợp do virus viêm gan C hoặc nguyên nhân khác (0,94%).

- * **Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu.** Kết quả ghi nhận các triệu chứng đặc trưng của hội chứng suy tế bào gan xuất hiện với tần suất tuyệt đối (100%) ở tất cả bệnh nhân nghiên cứu, bao gồm vàng da, vàng mắt, sao mạch và lòng bàn tay son. Tình trạng phù nề và cổ trướng cũng là biểu hiện lâm sàng phổ biến, chiếm tỉ lệ 71,7% (86 bệnh nhân), phản ánh sự mất cân bằng giữa áp lực thẩm thấu và áp lực thủy tĩnh do giảm albumin máu và hoạt động mạnh mẽ của hệ RAAS. Bên cạnh đó, các triệu chứng rối loạn tiêu hóa và bụng đầy hơi được ghi nhận lần lượt ở 67,5% và 58,3% số ca; trong khi biểu hiện xuất huyết dưới da và niêm mạc ít gặp hơn, chỉ chiếm 12,5%.

Phân loại Child-Pugh



Hình 3.2. Phân loại Child-Pugh

- * **Nhận xét:** Tình trạng bệnh lý khi nhập viện của nhóm nghiên cứu đa phần đã ở giai đoạn nặng (xơ gan mất bù). Cụ thể, phân loại theo thang điểm Child-Pugh cho thấy bệnh nhân thuộc nhóm C chiếm tỉ lệ cao nhất (60,8%), tiếp theo là nhóm B (30,0%) và chỉ có 9,2% bệnh nhân ở giai đoạn nhẹ thuộc nhóm A. Điều này phản ánh thực trạng bệnh nhân thường chỉ được phát hiện và đưa đến bệnh viện khi các chức năng gan đã suy giảm nghiêm trọng và xuất hiện nhiều biến chứng

Đặc biệt, nghiên cứu đã thống kê chi tiết các triệu chứng lâm sàng liên quan trực tiếp đến tình trạng rối loạn điện giải. Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất được ghi nhận là chuột rút, chiếm tỉ lệ 84,1%. Các biểu hiện khác như mỏi yếu cơ (64,5%), tê bì (56,1%) và run tay (43,9%) cũng xuất hiện thường xuyên, phản ánh sự rối loạn cân bằng ion kali và natri nội - ngoại bào. Một số triệu chứng ít gặp hơn bao gồm táo bón (32,7%), bụng chướng hơi (31,8%), buồn nôn/nôn (23,4%) và nhức đầu (17,8%). Đáng

chú ý, trong mẫu nghiên cứu không ghi nhận các trường hợp bị liệt chi, co giật hay cơn hạ calci máu (tetani), điều này có thể do nồng độ điện giải máu thường biến đổi từ từ, tạo điều kiện cho cơ thể người bệnh có sự thích nghi nhất định.

*** Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu.** Các chỉ số cận lâm sàng khác hỗ trợ chẩn đoán xơ gan bao gồm sự sụt giảm nồng độ albumin máu (< 45 g/l), tăng bilirubin toàn phần (> 17 μ mol/l) và giảm tỉ lệ prothrombin (PT $< 70\%$). Trên hình ảnh siêu âm, đa số bệnh nhân có nhu mô gan không đều, bờ mấp mô và xuất hiện các dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch cửa như đường kính tĩnh mạch cửa > 13 mm hoặc lách to

Biến đổi điện giải máu và niệu trên bệnh nhân xơ gan. Về rối loạn điện giải máu, hạ natri máu là tình trạng phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ 62,5% (75 bệnh nhân) với nồng độ trung bình ghi nhận được là $131,3 \pm 3,2$ mmol/l. Tình trạng tăng natri máu ít gặp hơn, chỉ chiếm 10,0% số ca. Đối với ion kali, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ hạ kali máu là 34,2% (41 bệnh nhân) với nồng độ trung bình $2,9 \pm 0,3$ mmol/l; trong khi đó tăng kali máu chỉ chiếm tỷ lệ thấp là 9,2%.

Song song với những biến đổi trong máu, các rối loạn điện giải niệu cũng diễn ra khá trầm trọng. Tình trạng giảm natri niệu chiếm tỷ lệ rất cao với 70,8% (85 bệnh nhân), nồng độ trung bình đạt $99,8 \pm 23,8$ mmol/l. Giảm kali niệu cũng được ghi nhận ở hơn một nửa số đối tượng nghiên cứu (52,5%) với mức kali trung bình trong nước tiểu là $23,8 \pm 2,9$ mmol/l. Những chỉ số này phản ánh xu hướng cơ thể giữ lại muối và nước thông qua thận ở bệnh nhân xơ gan tiến triển.

Mối liên quan giữa điện giải máu và điện giải niệu. Phân tích mối tương quan giữa nồng độ điện giải trong máu và nước tiểu cho thấy có mối tương quan thuận rõ rệt giữa natri máu và natri niệu với hệ số tương quan $r = 0,380$ ($p = 0,000$). Kết quả này cho thấy khi nồng độ natri máu giảm thì lượng natri đào thải qua nước tiểu cũng có xu hướng giảm theo hướng tuyến tính. Ngược lại, nghiên cứu không tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ kali máu và kali niệu ($r = -0,125$; $p = 0,173$), gợi ý rằng sự thay đổi kali máu không nhất thiết phản ánh trực tiếp qua nồng độ kali trong nước tiểu ở nhóm bệnh nhân này.

Mối liên quan giữa mức độ xơ gan và rối loạn điện giải

Mức độ nặng của xơ gan theo phân loại Child-Pugh có mối liên hệ chặt chẽ với tình trạng rối loạn điện giải. Tỷ lệ hạ natri máu có xu hướng gia tăng theo mức độ nặng của bệnh,

chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm Child-Pugh C (60,0%), tiếp đến là Child-Pugh B (34,7%) và thấp nhất ở Child-Pugh A (5,3%). Tương tự, tình trạng giảm natri niệu cũng xuất hiện phổ biến nhất ở nhóm Child-Pugh C với 58,8% số ca.

Đáng chú ý, nồng độ calci máu cũng có sự biến đổi nghịch với mức độ nặng của bệnh. Tỷ lệ hạ calci máu tăng rõ rệt khi bệnh tiến triển sang giai đoạn mất bù, đạt mức 57,1% ở nhóm Child-Pugh C với nồng độ trung bình thấp nhất là $1,93 \pm 0,15$ mmol/l. Điều này cho thấy chức năng gan suy giảm nghiêm trọng ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình duy trì nồng độ calci và chuyển hóa vitamin D trong cơ thể.

Mối liên quan giữa chế độ ăn, thuốc điều trị và rối loạn điện giải. Chế độ ăn nhạt và việc sử dụng thuốc lợi tiểu là những yếu tố tác động trực tiếp đến cân bằng điện giải. Nghiên cứu phát hiện chế độ ăn nhạt làm tăng nguy cơ hạ natri máu gấp 4,16 lần so với nhóm không ăn nhạt ($p = 0,034$). Tuy nhiên, chế độ ăn nhạt không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với các rối loạn kali hay calci máu.

Về tác động của thuốc, việc sử dụng thuốc lợi tiểu kháng aldosteron có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng tăng kali máu. Cụ thể, trong nhóm bệnh nhân dùng thuốc này, có tới 72,7% bị tăng kali máu, trong khi ở nhóm không sử dụng, tỷ lệ này chỉ là 16,5% ($p = 0,000$). Mặc dù việc sử dụng lợi tiểu quai có xu hướng làm tăng nguy cơ hạ natri máu ($OR = 3,52$), nhưng kết quả này chưa đạt mức ý nghĩa thống kê trong mẫu nghiên cứu ($p = 0,120$). Ngoài ra, nghiên cứu còn ghi nhận những bệnh nhân bị tăng kali máu có nguy cơ phát triển biến chứng hội chứng gan thận lên đến 33,3%

Xét nghiệm điện giải niệu cho thấy tình trạng giảm đào thải các ion qua thận rất rõ rệt. Giảm natri niệu xuất hiện ở 70,8% bệnh nhân (85 ca) với nồng độ trung bình là $99,8 \pm 23,8$ mmol/l. Tình trạng giảm kali niệu cũng ghi nhận ở 52,5% số ca nghiên cứu. Phân tích mối tương quan cho thấy có mối tương quan thuận giữa nồng độ natri máu và natri niệu ($r = 0,380$; $p = 0,000$), nghĩa là khi natri máu giảm thì natri niệu cũng có xu hướng giảm theo cùng một hướng. Tuy nhiên, nghiên cứu không tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ kali máu và kali niệu ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có biến đổi điện giải

Về tuổi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân xơ gan

là $52,22 \pm 13,24$ tuổi, với độ tuổi nhỏ nhất là 30 và lớn nhất là 74. Kết quả này có một chút khác biệt so với các nghiên cứu trước đây, chẳng hạn như nghiên cứu của Sajja [14] và cộng sự, nơi tuổi trung bình của bệnh nhân xơ gan là $55,1 \pm 10,7$ tuổi. Sự khác biệt về tuổi có thể bắt nguồn từ đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu là những bệnh nhân đã có biến đổi điện giải và có thời gian mắc bệnh kéo dài hơn.

Về giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ gần như cân bằng, với 61 nam (50,8%) và 59 nữ (49,2%).

Về nguyên nhân xơ gan: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lạm dụng rượu là nguyên nhân chính gây ra xơ gan, chiếm tới 84,1% tổng số bệnh nhân. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với một số nghiên cứu trước đây, chẳng hạn như nghiên cứu của Phạm Thị Phương Hạnh (38,8%) [7] và Angeli P (50,3%) [13]. Điều này phản ánh rõ ràng tình trạng lạm dụng rượu nghiêm trọng tại Việt Nam, đặc biệt là ở nam giới.

Về việc dùng thuốc lợi tiểu: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 75,7% bệnh nhân đã sử dụng ít nhất một loại thuốc lợi tiểu trước khi tham gia nghiên cứu. Trong đó, lợi tiểu quai là nhóm thuốc được sử dụng phổ biến nhất (37,5%), tiếp theo là lợi tiểu kháng aldosteron (21,7%). Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu quốc tế, chẳng hạn như nghiên cứu của Angeli P, nơi tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc lợi tiểu đạt tới 83,6%.

Phân loại Child-Pugh: Phân loại Child-Pugh trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm C, chiếm 60,8%, tiếp theo là nhóm B với 30% và chỉ 9,2% bệnh nhân ở nhóm A. Điều này chỉ ra rằng phần lớn bệnh nhân đã ở giai đoạn nặng của bệnh khi nhập viện. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thu Hằng, trong đó tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm Child-Pugh C cũng chiếm phần lớn.

Triệu chứng lâm sàng của rối loạn điện giải Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu đều xuất hiện ít nhất một triệu chứng của rối loạn điện giải, trong đó phổ biến nhất là chuột rút (84,1%), mỏi yếu cơ (64,5%) và tê bì (56,1%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Musso và cộng sự, khẳng định rối loạn cân bằng ion nội - ngoại bào, đặc biệt là hạ kali và hạ natri, là nguyên nhân trực tiếp gây ra các kích thích thần kinh cơ này. Một số triệu chứng khác như buồn nôn, nhức đầu và mệt mỏi cũng được ghi nhận nhưng thường không đặc hiệu và dễ bị che khuất bởi các triệu chứng của suy tế bào gan. Việc kiểm soát tốt các triệu chứng này không chỉ giúp cải thiện chất lượng cuộc sống

mà còn là tín hiệu quan trọng để điều chỉnh điện giải kịp thời, tránh các biến chứng nặng như loạn nhịp tim.

Biến đổi điện giải máu – niệu ở bệnh nhân xơ gan: Mỗi tương quan giữa nồng độ natri máu và natri niệu Nghiên cứu ghi nhận mối tương quan thuận giữa natri máu và natri niệu ($r = 0,380$; $p < 0,05$). Điều này phản ánh rõ nét cơ chế sinh lý bệnh của xơ gan: khi nồng độ natri máu giảm do pha loãng, thận cũng phản ứng bằng cách giảm bài xuất natri qua nước tiểu (giảm natri niệu) để bù đắp cho sự suy yếu tuần hoàn chức năng. Kết quả này củng cố giả thuyết rằng sự hoạt động quá mức của hệ RAAS và ADH là mắt xích trung tâm gây ra tình trạng rối loạn điện giải natri ở bệnh nhân xơ gan.

Rối loạn điện giải với mức độ phù, cổ trướng và phân loại Child-Pugh Mặc dù phù và cổ trướng là triệu chứng điển hình, nhưng nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chúng với tình trạng hạ natri hay hạ kali máu ($p > 0,05$). Điều này cho thấy phù và cổ trướng phụ thuộc nhiều hơn vào các yếu tố khác như giảm albumin máu và tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Tuy nhiên, tình trạng rối loạn điện giải lại liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của xơ gan. Tỷ lệ hạ natri máu và hạ calci máu tăng rõ rệt ở nhóm Child-Pugh C (lần lượt là 60,0% và 57,1%). Hạ calci máu gia tăng khi bệnh tiến triển nặng có thể do rối loạn chuyển hóa vitamin D và thiếu hụt acid mật gây giảm hấp thu calci tại ruột.

Ảnh hưởng của chế độ ăn nhạt và biến chứng thận Nghiên cứu nhấn mạnh chế độ ăn nhạt làm tăng nguy cơ hạ natri máu gấp 4,16 lần ($p = 0,034$). Điều này cảnh báo rằng việc kiêng muối quá mức khi cơ thể đã bị hạ natri do pha loãng sẽ làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu hụt natri thực sự, gây nguy hiểm cho bệnh nhân. Cuối cùng, nghiên cứu ghi nhận mối liên hệ nguy hiểm giữa tăng kali máu và hội chứng gan thận, với 33,3% bệnh nhân tăng kali máu phát triển biến chứng này. Đây là yếu tố tiên lượng xấu, làm tăng đáng kể tỉ lệ tử vong do suy giảm khả năng bài tiết của thận ở giai đoạn xơ gan tiến triển.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 52,22 tuổi ($\pm 13,24$), độ tuổi dao động từ 30 đến 74 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 106:1, cho thấy nam giới có tỷ lệ mắc bệnh xơ gan cao hơn rất nhiều so với nữ giới, phản ánh xu hướng lạm dụng rượu phổ biến hơn ở nam giới. Các rối loạn điện giải máu hay gặp: Hạ natri máu chiếm tỷ lệ cao nhất, với 62,5% bệnh nhân bị hạ natri máu. Điều này phản ánh tình trạng giữ nước và giảm

thải natri, một biến chứng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan. Hạ kali máu được ghi nhận ở 34,2% bệnh nhân, trong khi tăng kali máu ít phổ biến hơn, chỉ chiếm 9,2%. Hạ natri máu, hạ kali máu, và hạ calci máu có xu hướng gia tăng khi mức độ nặng của xơ gan tăng lên, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân Child-Pugh C. Kết quả nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi và điều chỉnh nồng độ điện giải ở bệnh nhân xơ gan, đặc biệt là những bệnh nhân có nguy cơ cao bị rối loạn điện giải hoặc đã mắc các biến chứng liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Bích Thảo** (2007). Tìm hiểu sự chênh lệch nồng độ albumin máu và dịch màng bụng ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng tại khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai. Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa. Đại học Y Hà Nội.
2. **Phan Thị Thu An** (2002). Sinh lý bệnh chức năng gan, Sinh lý bệnh học, Nhà xuất bản Y học, 372-391.
3. **Vũ Thị Thu Trang** (2011). Nghiên cứu nồng độ kali máu ở bệnh nhân xơ gan: Mối liên hệ với mức độ nặng của bệnh theo phân loại Child-Pugh. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Xuân Huyền** (2000). Các yếu tố tiên lượng trong bệnh xơ gan: vai trò của vàng da và cổ trướng. Tạp chí Gan Mật Việt Nam, 3(2), 45-53.
5. **Lê Thị Nga** (2009). Mối liên quan giữa hạ calci máu và mức độ nặng của xơ gan theo phân loại Child-Pugh. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Khánh Trạch, Phạm Thị Thu Hồ** (2004). Bài giảng sách giáo khoa nội khoa tập II, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
7. **Phạm Thị Phương Hạnh** (2018). "Rối loạn điện giải ở bệnh nhân xơ gan tại Việt Nam", Y học Việt Nam.
8. **Phạm Thu Hằng**. (2017). Nghiên cứu phân loại Child-Pugh và tiên lượng ở bệnh nhân xơ gan giai đoạn muộn. Tạp chí Y học Việt Nam, 32(4), 45-52.
9. **Arroyo V., Ginès P., Guevara M., Rodés J.** (2006). "Renal dysfunction in cirrhosis: pathophysiology, clinical features and therapy", Zakim and Boyer's Hepatology – A textbook of liver disease, Saunders Elsevier, pp. 415-452.
10. **Maiwall R., et al.** (2014). "Hyperkalemia as a prognostic indicator in patients with cirrhosis and hepatorenal syndrome", Journal of Hepatology, 61(3), pp. 659-667.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG GIAI ĐOẠN 2023 -2024

Triệu Ngọc Thảo¹, Đinh Văn Thức¹, Lê Thị Huyền Trang¹, Nguyễn Thị Kim Oanh², Đoàn Thị Mai Thanh², Ngô Anh Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng giai đoạn 2023 -2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 59 bệnh nhi được chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn huyết và điều trị tại Bệnh viện Trẻ em từ 8/2023 đến 7/2024. **Kết quả:** 79,7% trường hợp khỏi bệnh, 16,9% trường hợp chuyển tuyến và 3,4% trường hợp tử vong. 74,6% trường hợp dùng một loại kháng sinh, 25,4% dùng phối hợp kháng sinh và 40,7% trường hợp phải thay đổi phác đồ điều trị. Biến chứng thường gặp là suy hô hấp (40,7%) và sốc nhiễm khuẩn (20,3%). Nguy cơ sốc nhiễm khuẩn có liên quan với tình trạng thiếu máu nặng (OR=4,2), giảm bạch cầu (OR=7,5), giảm tiểu cầu < 100 G/l (OR=5,3), tăng lactate \geq 2 mmol/l (OR=3,1) và giảm IgG huyết thanh (OR=2,9) với mỗi liên quan đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em có

tỷ lệ biến chứng và tử vong đáng kể. Tình trạng thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, lactate tăng và IgG huyết thanh giảm có giá trị tiên lượng sốc nhiễm khuẩn. **Từ khóa:** kết quả điều trị, yếu tố liên quan, nhiễm khuẩn huyết, trẻ em

SUMMARY

TREATMENT RESULTS AND SOME FACTORS RELATED TO SEPSIS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN THE PERIOD OF 2023 - 2024

Objective: To evaluate the treatment outcomes and factors related to sepsis at Hai Phong Children's Hospital in the period of 2023-2024. **Subjects and methods:** Descriptive study on 59 pediatric patients diagnosed with sepsis and treated at the Children's Hospital from August 2023 to July 2024. **Results:** 79.7% of cases were cured, 16.9% were transferred to a higher level and 3.4% of cases died. 74.6% of cases used one antibiotic, 25.4% used combined antibiotics and 40.7% of cases had to change the treatment regimen. Common complications were respiratory failure (40.7%) and septic shock (20.3%). The risk of septic shock was associated with severe anemia (OR=4.2), leukopenia (OR=7.5), thrombocytopenia <100 G/l (OR=5.3), increased lactate \geq 2 mmol/l (OR=3.1) and decreased serum IgG (OR=2.9) with all associations being statistically

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 17.12.2025