

8. **J. A. Sparano et al.**, "Long-Term Follow-Up of the E1199 Phase III Trial Evaluating the Role of Taxane and Schedule in Operable Breast Cancer," *J Clin Oncol*, vol. 33, no. 21, pp. 2353–2360, Jul. 2015, doi: 10.1200/JCO.2015.60.9271.
9. **Nguyễn Thị Trang**, "đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phức đồ 4ac-4d trên bệnh nhân utv giai đoạn ii –iiiia bệnh viện ung bướu thanh hóa," *VMJ*, vol. 508, no. 1, Art. no. 1, 2021, doi: 10.51298/vmj.v508i1.1550.
10. **S. Kilickap, Y. Kaya, B. Yucel, E. Tuncer, N. A. Babacan, and S. Elagoz**, "Higher Ki67 expression is associates with unfavorable prognostic factors and shorter survival in breast cancer," *Asian Pac J Cancer Prev*, vol. 15, no. 3, pp. 1381–1385, 2014, doi: 10.7314/apjcp.2014.15.3.1381.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN HẠ KALI MÁU TẠI KHOA NỘI TIẾT - ĐÁI THÁO ĐƯỜNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Thị Hà Trang<sup>1</sup>, Lê Quang Toàn<sup>2</sup>, Nguyễn Quang Bảy<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân thường gặp của các bệnh nhân hạ kali máu. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca bệnh cắt ngang trên 65 bệnh nhân được chẩn đoán xác định hạ kali máu từ tháng 12/2022 đến tháng 06/2023 tại khoa Nội tiết - Đái tháo đường, bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** tỷ lệ bệnh nhân nữ là 63,1%, tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1:1.6, tuổi trung bình của các bệnh nhân là 47,1 ± 16,2 tuổi, nhóm tuổi **30-45 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất. Có 55,4% bệnh nhân chẩn đoán hạ kali máu lần đầu. Các lí do vào viện thường gặp nhất là yếu liệt chi chiếm 46,2%, tiếp đến là tê bì 10,8%, mệt mỏi 10,8%.** Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là: yếu liệt chi chiếm 38,5%, tê bì 21,5%, đau mỏi cơ 10,8%, nôn buồn nôn 9,2%, co thắt cơ 7,7%, trướng bụng 1,5%, táo bón 1,5%. Nồng độ kali máu trung bình là 2,41 ± 0,47 mmol/l, mức độ hạ kali máu nhẹ chiếm 10,8%, trung bình 41,5%, nặng 47,7%, nhóm bệnh nhân biến đổi trên điện tâm đồ chiếm 66,2% với nồng độ kali máu trung bình 2,31 ± 0,44 mmol/l có khác biệt với nồng độ kali máu trung bình ở bệnh nhân không biến đổi điện tim, rối loạn nhịp tim chiếm 9,2%. Các nguyên nhân thường gặp: cường aldosterone tiên phát có tỷ lệ cao nhất với 38,5%, tiếp đến là basedow chiếm 16,9%, dùng các thuốc gây mất kali chiếm 15,4%. **Kết luận:** Hạ kali máu thường gặp ở bệnh nhân nữ giới, nhóm tuổi lao động, vào viện trong bệnh cảnh lâm sàng hạ kali máu nặng với nhiều triệu chứng gợi ý đến tình trạng hạ kali máu. Phần lớn các bệnh nhân nhập viện điều trị đều có hạ kali ở mức độ trung bình và nặng. Bệnh gây nên nhiều biến đổi điện tim và nguy cơ rối loạn nhịp tim khá cao. Các nguyên nhân gây hạ kali máu thường gặp nhất là cường aldosterone tiên phát, basedow, dùng thuốc gây hạ kali.

**Từ khóa:** hạ kali máu, rối loạn điện giải

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH HYPOKALEMIA AT THE DEPARTMENT OF ENDOCRINOLOGY – DIABETES, BACH MAI HOSPITAL

**Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with hypokalemia. **Subjects and methods:** Description of a cross-sectional cluster of 65 patients diagnosed with hypokalemia from December 2022 to June 2023 at Endocrinology – Diabetes Department, Bach Mai Hospital. **Results:** The proportion of female patients is 63,1%, the ratio of male/female patients is 1:1.6, the mean age is 47,1 ± 16,2 years old, patients in the age of group 30-45 years old are the majority. 55,4% of patients were diagnosed with hypokalemia for the first time. The most common reasons for hospitalization are limb weakness accounting for 46,2%, followed by numbness 10,8%, fatigue 10,8%. The main clinical symptoms are: limb weakness 38,5%, numbness 21,5%, muscle pain 10,8%, nausea 9,2%, muscle spasms 7,7%, abdominal distension 1,5%, constipation 1,5%. The mean serum potassium concentration is 2,41 ± 0,47 mmol/l, mild hypokalemia accounts for 10,8%, moderate 41,5%, severe 47,7%, the ratio of patients' group with changes on the electrocardiogram is 66,2% with the mean serum potassium concentration is 2,31 ± 0,44 mmol/l, which is different from the mean serum potassium concentration in patients without electrocardiographic changes, arrhythmia accounted for 9,2%. Common causes: primary hyperaldosteronism has the highest rate at 38,5%, followed by Graves' disease at 16,9%, and use of drugs that cause potassium loss at 15,4%. **Conclusion:** Hypokalemia is common in female patients, working age group, are hospitalized in the clinical situation of severe hypokalemia with many clinical symptoms suggestive of hypokalemia. The majority of hospitalized patients have moderate and severe hypokalemia. The disease causes many changes in the electrocardiogram and the risk of arrhythmia is quite high. The most common causes of hypokalemia are primary hyperaldosteronism, Graves' disease, and use of drugs that cause hypokalemia.

**Keywords:** hypokalemia, electrolyte disturbance

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung ương

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hà Trang

Email: tthatrang2207@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hạ kali máu (Hypokalemia) được định nghĩa là tình trạng nồng độ kali máu giảm dưới 3,5 mmol/l<sup>1</sup>. Hạ kali máu là một vấn đề lâm sàng hay gặp, xuất hiện ở khoảng 11-13,6% các bệnh nhân điều trị nội trú<sup>2-4</sup>. Trên thực tế lâm sàng, hạ kali máu thường gặp mức độ nhẹ, ít có các biểu hiện triệu chứng cơ năng<sup>3</sup>, chỉ khẳng định được qua xét nghiệm điện giải đồ máu. Điều đó dẫn đến những trường hợp hạ kali máu được phát hiện muộn, mức độ hạ kali máu nặng, có các biểu hiện rõ trên lâm sàng như yếu liệt cơ, nặng hơn là ảnh hưởng các cơ hô hấp và rối loạn nhịp tim thậm chí tử vong. Việc phát hiện và phân loại sớm mức độ nặng của tình trạng hạ kali máu để định hướng điều trị kịp thời là một yếu tố quan trọng quyết định bệnh nhân có thể phục hồi hoàn toàn được hay không. Ở khoa Nội tiết - Đái tháo đường bệnh viện Bạch Mai, các trường hợp hạ kali máu gặp thường xuyên, 2 – 3 bệnh nhân nhập viện/tuần, trong đó các nguyên nhân gây bệnh rất đa dạng, có thể là do nguyên nhân nội tiết hoặc không phải nguyên nhân nội tiết. Qua quá trình điều trị, nhiều trường hợp đã có sự cải thiện và giải quyết được tình trạng nhờ tìm ra được bệnh nguyên, tuy nhiên vẫn có một số trường hợp không rõ nguyên nhân và bên cạnh đó cũng có những bệnh nhân nhập viện nhiều lần do không tuân thủ điều trị. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá nguyên nhân sơ bộ của các bệnh nhân hạ kali máu để có những cảnh giác lâm sàng giúp tầm soát và phát hiện bệnh sớm.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu gồm 65 bệnh nhân được chẩn đoán xác định hạ kali máu tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2022 đến tháng 6/2023

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- Bệnh nhân có xét nghiệm nồng độ kali máu tĩnh mạch < 3,5 mmol/l.
- Bệnh nhân trên 18 tuổi, điều trị nội trú tại khoa Nội tiết -Đái tháo đường, bệnh viện Bạch Mai

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân có thai
- Bệnh nhân được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoặc nuôi ăn qua sonde dạ dày.
- Bệnh nhân có tri giác, ý thức không ổn định, không thể trả lời các câu hỏi
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- Địa điểm nghiên cứu: tại Khoa Nội tiết -

Đái tháo đường, bệnh viện Bạch Mai

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2022 - tháng 6/2023

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:**

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

**2.3.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Đặc điểm nhân trắc học: tuổi, giới
- Đặc điểm lâm sàng: Tiền sử hạ kali máu, lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng hạ kali máu, cơ lực.
- Đặc điểm cận lâm sàng: Nồng độ kali máu lúc vào viện, phân loại mức độ hạ kali máu, biến đổi điện tâm đồ
- Các nguyên nhân gây hạ kali máu thường gặp

**2.4. Xử lý số liệu:** Các số liệu thu thập, phân tích và xử lý theo phần mềm IBM SPSS Statistic 20.0

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả nên ít ảnh hưởng đến chẩn đoán và điều trị bệnh nhân. Các thông tin cá nhân của người tham gia nghiên cứu được giữ bí mật. Xét nghiệm được chỉ định theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị. Số liệu thu thập được giúp bác sĩ lâm sàng đánh giá được đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân hạ kali máu, giúp cho chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 12/2022 đến tháng 6/2023, chúng tôi lựa chọn được 65 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu

**3.1. Đặc điểm nhân trắc học**

**Bảng 3.1. Đặc điểm nhân trắc học**

Gới tính	Nam	Nữ	Tổng	P
Tuổi	n(%)	n(%)	n(%)	
Dưới 30 tuổi	6 (9,2)	4 (6,2)	10 (15,4)	p = 0,130
30 – 45 tuổi	11 (16,9)	12 (18,5)	23 (35,4)	
45 – 60 tuổi	4 (4,6)	13 (16,3)	17 (26,2)	
60 – 80 tuổi	3 (4,6)	11 (16,9)	14 (21,5)	
Từ 80 tuổi trở lên	0 (0,0)	1 (1,5)	1 (1,5)	
Tổng	24(36,9)	41(63,1)	65 (100)	
Tuổi trung bình	40,5± 14,5	50,9± 16,1	47,1± 16,2	

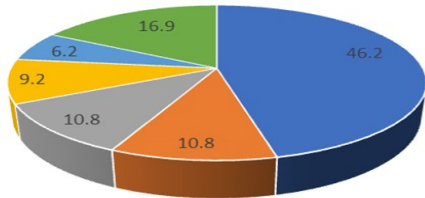
**Nhận xét:** Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 47,1 ± 16,2 tuổi, tuổi cao nhất là 81 tuổi, tuổi thấp nhất là 19 tuổi. Nhóm bệnh nhân 30-45 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 35,4%. Nam giới có 24/65 bệnh nhân chiếm 36,9%, tỷ lệ nam:nữ là 1:1,6.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng**

**3.2.1. Tiền sử theo dõi hạ kali máu.** Có 44,6% bệnh nhân đã từng có tiền sử chẩn đoán

xác định và có tiền sử nghi ngờ có hạ kali máu (từng có các đợt yếu cơ toàn thân, yếu cơ chi dưới chưa rõ nguyên nhân), 55,4% chẩn đoán hạ kali máu lần đầu.

**3.2.2. Lí do vào viện:**

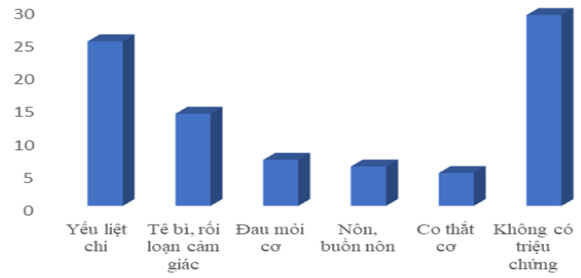


■ Yếu liệt chi ■ Tê bì tay chân ■ Một mỏi ■ Nôn ■ Co rút cơ ■ Khác

**Biểu đồ 3.1. Phân loại lí do vào viện**

**Nhận xét:** Lí do vào viện chủ yếu của các bệnh nhân nghiên cứu là yếu liệt chi với 46,2%, các lí do như tê bì chân tay, mệt mỏi, co rút cơ, nôn buồn nôn xếp thứ tự kế tiếp và chiếm tỷ lệ xấp xỉ nhau lần lượt 10,8%, 10,8%, 9,2%, 6,2%. Các lí do khác như phát hiện hạ kali máu tình cờ, khó thở, đau ngực, sốt... chiếm 16,9% tổng số bệnh nhân.

**3.2.3. Triệu chứng lâm sàng gợi ý hạ kali máu:**



**Biểu đồ 3.2. Triệu chứng lâm sàng gợi ý đến hạ kali máu**

**Nhận xét:** Có 27/65 bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng gợi ý đến tình trạng hạ kali máu khi vào viện, chiếm 41,5% tổng số bệnh nhân. Trong các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng gợi ý hạ kali máu, các triệu chứng về thần kinh-cơ là chủ yếu và triệu chứng yếu liệt chi chiếm tỷ lệ lớn nhất với 25/41 bệnh nhân, điểm cơ lực trung bình của nhóm yếu liệt chi là  $2,7 \pm 1,4$

**3.3. Đặc điểm cận lâm sàng**

**Bảng 3.2. Mức độ hạ kali máu và mối liên quan giữa nồng độ kali máu với biến đổi điện tim**

	Phân nhóm	n (%)	Kali máu trung bình (mmol/l)
<b>Nồng độ kali máu trung bình thời điểm vào viện (mmol/l)</b>	$2,41 \pm 0,47$		
<b>Mức độ hạ kali máu</b>	Nhẹ (3,0 – 3,5 mmol/L)	7 (10,8)	$3,07 \pm 0,19$
	Trung bình (2,5 – 3,0 mmol/L)	27 (41,5)	$2,71 \pm 0,15$
	Nặng (< 2,5 mmol/L)	31 (47,7)	$2,01 \pm 0,30$
<b>Điện tâm đồ</b>	Biến đổi	43 (66,2)	$2,31 \pm 0,44$
	Rối loạn nhịp tim	6 (9,2)	$2,28 \pm 0,45$

**Nhận xét:** Nồng độ kali máu trung bình là  $2,41 \pm 0,47$  mmol/l, Mức độ hạ kali máu nặng chiếm tỷ lệ 47,7%, mức độ trung bình chiếm 41,5%, mức độ nhẹ chiếm 10,8%, sự khác biệt tỷ lệ giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ( $p = 0,00 < 0,05$ ). Nhóm bệnh nhân có biến đổi trên điện tim chiếm 66,2%, với kali máu trung bình là  $2,31 \pm 0,44$  mmol/l, nhóm không có biến đổi điện tim chiếm 33,8% với kali máu trung bình  $2,62 \pm 0,44$  mmol/l, sự khác biệt về nồng độ kali máu của 2 nhóm có ý

nghĩa thống kê với  $p = 0,009 < 0,05$ . Có 6 bệnh nhân có rối loạn nhịp tim trên điện tâm đồ chiếm 9,2%, gồm có ngoại tâm thu thất và block nhánh phải, nồng độ kali máu trung bình của các bệnh nhân có rối loạn nhịp tim là  $2,28 \pm 0,45$  mmol/l, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nồng độ kali máu trung bình của các bệnh nhân không có rối loạn nhịp.

**3.4. Các nguyên nhân thường gặp gây hạ kali máu**

**Bảng 3.3. Các nhóm nguyên nhân thường gặp gây hạ kali máu và nồng độ kali máu trung bình**

	Phân nhóm	n (%)	Kali máu trung bình (mmol/l)
<b>Một số nguyên nhân gây hạ kali máu thường gặp</b>	Cường aldosteron tiên phát	38,5	$2,45 \pm 0,42$
	Basedow	16,9	$2,18 \pm 0,58$
	Dùng thuốc (corticoid, lợi tiểu...)	15,4	$2,31 \pm 0,37$
	Mất qua đường tiêu hóa	4,6	$2,73 \pm 0,47$
	Toan hóa ống thận	3,1	$2,05 \pm 0,63$

Hội chứng Gitelman	3,1	2,55 ± 0,21
Hội chứng Cushing	1,5	1,80 ± 0,00
Chưa xác định được nguyên nhân	16,9	2,66 ± 0,42

**Nhận xét:** Nguyên nhân gây hạ kali máu thường gặp nhất là cường aldosteron tiên phát với 38,5%, kế tiếp là basedow với 16,9% và dùng các thuốc gây mất kali với 15,4%.

**IV. BÀN LUẬN**

Theo nghiên cứu của chúng tôi hạ kali máu gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới với tỷ lệ lần lượt là 64,1% và 36,9%, so với nghiên cứu của Makinouchi<sup>5</sup> trên 87 bệnh nhân hạ kali máu nặng, tỷ lệ nữ giới chiếm 63% nam giới chiếm 37%, kết quả này có sự tương đồng, Điều này có thể do một số bệnh lý nội tiết gây hạ kali máu như hội chứng Conn, hội chứng Cushing, toan hóa ống thận,... thường gặp hơn ở nữ giới nên nhìn chung trong các bệnh nhân hạ kali máu, nữ giới chiếm đa số so với nam giới. Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 47,1 ± 16,2 tuổi, trẻ hơn so với bệnh nhân trong nghiên cứu của Makinouchi<sup>5</sup> là 73,0 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 30-45 tuổi, là nhóm lứa tuổi lao động, tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ngân<sup>6</sup>, Nguyễn Thị Ngọc<sup>7</sup>. Sự khác biệt nam nữ trong các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với p = 0,130 > 0,05, có thể lí giải do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có **44,6% bệnh nhân đã từng có tiền sử chẩn đoán và nghi ngờ có hạ kali máu, 55,4% chẩn đoán hạ kali máu lần đầu**. Các bệnh nhân có tiền sử hạ kali máu và có tiềm ẩn nguy cơ hạ kali máu phải nhập viện chiếm tỷ lệ tương đối cao. Điều này cho thấy bệnh nhân và bác sĩ theo dõi chưa có sự quan tâm đúng mực với tiền sử và nguy cơ tái phát hạ kali máu của bệnh nhân do hạ kali máu nhẹ thường ít được chú ý, mặt khác bệnh lý chỉ được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm điện giải đồ, khó xác định bệnh nguyên do các hạn chế về trình độ, trang thiết bị, dẫn đến việc quản lý hạ kali máu ở ngoại trú chưa đạt, hoặc có thể do bệnh nhân chưa tuân thủ điều trị khi chưa thấy có triệu chứng trên lâm sàng, lâu dài tình trạng hạ kali máu nặng có triệu chứng khiến bệnh nhân phải tái nhập viện điều trị. Đa số các bệnh nhân vào viện có bệnh cảnh lâm sàng của hạ kali máu nặng, trong đó lý do hay gặp nhất là yếu liệt chi, chiếm 46,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 41,5% bệnh nhân nhập viện không có triệu chứng hoặc có triệu chứng không gợi ý đến hạ kali máu, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ngân<sup>6</sup> và

Nguyễn Thị Ngọc<sup>7</sup> với 10% bệnh nhân nhập viện vì triệu chứng không gợi ý đến hạ kali máu. Có thể giải thích hiện nay bệnh nhân đi khám sức khỏe và xét nghiệm tầm soát sớm hơn, không còn đợi đến thời điểm có triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện ở trường hợp hạ kali máu nặng rồi mới nhập viện, mặt khác điều kiện để chẩn đoán nguyên nhân và điều trị hạ kali máu được cải thiện hơn so với thời điểm các nghiên cứu trên được thực hiện. Trong nhóm bệnh nhân vào viện vì triệu chứng gợi ý đến bệnh cảnh hạ kali máu, nhóm triệu chứng thần kinh – cơ hay gặp nhất, trong đó yếu liệt chi chiếm tỷ lệ cao nhất với 25/41 bệnh nhân tương đương 61,0%, điểm cơ lực của nhóm này là 2,7 ± 1,4 / 5 cho thấy khi đã có biểu hiện lâm sàng thì triệu chứng hạ kali máu thường nặng.

Nồng độ kali máu trung bình của 65 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,41 ± 0,47 mmol/l, trong đó thấp nhất là 1,4 mmol/l và cao nhất là 3,3 mmol/l, tương tự nghiên cứu của Makinouchi<sup>5</sup> và Nguyễn Thị Thùy Ngân<sup>6</sup>. Mức độ hạ kali máu nhẹ chiếm 10,8%, trung bình chiếm 41,5%, nặng chiếm 47,7%, tỷ lệ này thay đổi so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ngân<sup>6</sup> với các tỷ lệ tương ứng là 23,75%, 45,00%, 31,25%. Tỷ lệ bệnh nhân hạ kali máu mức độ trung bình và nặng chiếm phần lớn có thể giải thích do những bệnh nhân phát hiện hạ kali máu mức độ nhẹ thường không nhập viện để chẩn đoán nguyên nhân và điều trị. Hạ kali máu gây chậm dẫn truyền, chậm tái cực tâm thất, thời gian tro ngắn lại và tăng tính tự động, dẫn đến nhiều thay đổi trên điện tâm đồ<sup>8</sup>. Trong nghiên cứu, chúng tôi quan sát thấy có 66,2% bệnh nhân có biến đổi điện tâm đồ bao gồm sóng T dẹt/T âm, ST chênh xuống, sóng U hiện diện và rối loạn nhịp tim. Tỷ lệ này tương tự với tỷ lệ biến đổi điện tâm đồ trên các bệnh nhân hạ kali máu nặng trong nghiên cứu của Marti<sup>3</sup>, điều này có thể giải thích được khi các bệnh nhân của chúng tôi đa số đều hạ kali máu ở mức độ trung bình và nặng. Nồng độ kali máu trung bình của nhóm bệnh nhân có biến đổi trên điện tâm đồ là 2,31 ± 0,44mmol/l, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,009 < 0,05) so với nồng độ kali máu trung bình 2,62 ± 0,44 mmol/l của nhóm bệnh nhân không có biến đổi trên điện tâm đồ. Nồng độ kali máu càng thấp càng có nguy cơ gây nên các biến đổi về điện sinh lý trong dẫn truyền tim mạch. Chúng tôi cũng ghi nhận được 6 bệnh

nhân có rối loạn nhịp tim trên điện tâm đồ (chiếm 9,2%) gồm có ngoại tâm thu thất và block nhánh phải. Điều này nhấn mạnh vai trò cần thiết và tầm quan trọng của điện tâm đồ trong phát hiện và tiên lượng bệnh.

Nguyên nhân gây hạ kali máu thường gặp nhất là cường aldosterone tiên phát với 38,5%, kế tiếp là basedow với 16,9% và dùng các thuốc gây mất kali với 15,4%, đồng thời có 16,9% bệnh nhân chưa xác định được nguyên nhân gây hạ kali máu. Trong khả năng hiện tại của y học nước ta, nhiều xét nghiệm sinh học phân tử nhằm xác định bệnh lý di truyền gây hạ kali máu chưa đủ điều kiện thực hiện rộng rãi, làm cho khá nhiều bệnh nhân không thể xác định được nguyên nhân hạ kali máu, gây khó khăn cho điều trị và tiên lượng bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Hạ kali máu thường gặp ở bệnh nhân nữ giới, nhóm tuổi lao động, bệnh nhân thường vào viện trong bệnh cảnh lâm sàng hạ kali máu nặng với nhiều triệu chứng lâm sàng gợi ý đến tình trạng hạ kali máu. Phần lớn các bệnh nhân nhập viện điều trị đều có hạ kali ở mức độ trung bình và nặng. Bệnh gây nên nhiều biến đổi điện tim và nguy cơ rối loạn nhịp tim khá cao. Các nguyên nhân gây hạ kali thường gặp nhất là cường aldosterone tiên phát, basedow, dùng thuốc gây hạ kali máu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Đạt Anh.** Rối loạn kali máu. Bệnh học Nội khoa Tập 2, NXB Y học, tr 599-606.
2. **Elliott TL, Braun M.** Electrolytes: Potassium Disorders. FP Essent. 2017;459:21-28.
3. **Marti G, Schwarz C, Leichtle AB, et al.** Etiology and symptoms of severe hypokalemia in emergency department patients. European Journal of Emergency Medicine. 2014;21(1):46-51. doi:10.1097/MEJ.0b013e3283643801
4. **Nilsson E, Gasparini A, Arnlöv J, et al.** Incidence and determinants of hyperkalemia and hypokalemia in a large healthcare system. International Journal of Cardiology. 2017;245:277-284. doi:10.1016/j.ijcard.2017.07.035
5. **Makinouchi R, Machida S, Matsui K, Shibagaki Y, Imai N.** Severe hypokalemia in the emergency department: A retrospective, single-center study. Health Science Reports. 2022;5(3):e594. doi:10.1002/hsr2.594
6. **Nguyễn Thị Thủy Ngân, Tô Thị Thu, Lê Huy Hoàng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số nguyên nhân gây hạ kali máu tại khoa Thận - Nội tiết bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệt. Published online November 2017:155-159.
7. **Nguyễn Thị Ngọc, Nguyễn Khoa Diệu Vân.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các nguyên nhân gây hạ kali máu tại khoa Nội tiết - Đái tháo đường bệnh viện Bạch Mai. Published online 2014. Accessed July 6, 2022.
8. **Osadchii OE.** Mechanisms of hypokalemia-induced ventricular arrhythmogenicity. Fundamental & Clinical Pharmacology. 2010; 24(5): 547-559. doi: 10.1111/j.1472-8206.2010.00835.x

## PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BÓC U CƠ THỰC QUẢN LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng<sup>1</sup>, Phạm Đức Huấn<sup>2</sup>, Lê Công Lý Hùng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ thực quản lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u cơ trơn lành tính thực quản dựa vào hồi bệnh, khám lâm sàng, nội soi thực quản, siêu âm nội soi thực quản và chụp cắt lớp vi tính ngực, được điều trị tại khoa Ngoại Tổng

hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2016 đến 12/2022. **Kết quả và bàn luận:** 31 bệnh nhân được bóc u cơ thực quản lành tính (UCTQLT) bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) bao gồm 16 bệnh nhân nam (51,6%) và 15 bệnh nhân nữ (48,4%), tuổi trung bình 49,2 (24 ÷ 66 tuổi). 24 bệnh nhân có triệu chứng (77,42%) và 7 bệnh nhân không triệu chứng (22,58%). Tỷ lệ khối u ở thực quản ngực 1/3 trên; 1/3 giữa; 1/3 dưới thực quản lần lượt là: 9,68% (3 bệnh nhân); 64,52% (20 bệnh nhân); 25,8% (8 bệnh nhân). Kích thước trung bình khối u là 32,32 ± 9,76 mm (20 - 57 mm). Tất cả bệnh nhân đều được nội soi qua đường ngực phải. Sử dụng 3 trocars trong 12 trường hợp (38,7%), 4 trocars trong 19 trường hợp (61,3%). Không có tai biến, biến chứng nặng trong và sau mổ. Thời gian mổ trung bình là 114,03 ± 29,87 phút (80 - 180 phút). Thời gian nằm viện trung bình 8.35 ± 3.67 ngày (4 ngày ÷ 24 ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ thực quản lành tính là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ thành công cao,

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023