

dạng hít vào điều trị theo GOLD 2023 [7].

Trung bình thay đổi FEV<sub>1</sub> sau dùng thuốc dẫn phế quản của lần đo thứ hai so với lần đo bắt đầu dùng bộ ba ít hơn cho thấy hiệu quả kiểm soát đường thở ở nhóm bệnh nhân này. Điểm CAT, điểm mMRC của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu cao và cải thiện sau điều trị phác đồ thuốc bộ ba. 50 % bệnh nhân có nhiều hơn 3 yếu tố hen trong nghiên cứu, chủ yếu là các yếu tố về lâm sàng

Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều cải thiện triệu chứng, cải thiện FEV<sub>1</sub>, cải thiện mMRC so với khi bắt đầu dùng thuốc điều trị bộ ba. 90% cải thiện FEV<sub>1</sub> ở lần khám 2 (sau điều trị bộ ba 3 tháng). Thay đổi FEV<sub>1</sub> sau dùng thuốc dẫn phế quản của lần đo thứ hai so với lần đo bắt đầu dùng bộ ba cũng ít hơn. Điều này cho thấy liệu pháp bộ ba thuốc điều trị có hiệu quả ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có yếu tố hen tương tự như kết quả các nghiên cứu của Papi A, Ferguson GT, Lipson DA và cộng sự [3], [4], [5]. Không có bệnh nhân nào ghi nhận có viêm phổi trong thời gian dùng thuốc, chỉ có 1 bệnh nhân xuất hiện đợt cấp. Tuy nhiên, cần có thời gian dài hơn để theo dõi các yếu tố này.

## V. KẾT LUẬN

FEV<sub>1</sub> và khả năng gắng sức cải thiện đáng kể ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có yếu tố hen, chỉ có 1 bệnh nhân xuất hiện đợt cấp trong 3 tháng, không có trường hợp nào xuất hiện viêm phổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thắm, Bùi Thị Nguyệt Ánh, Cáp Minh Đức và cs (2022). "Một số yếu tố liên

quan đến mắc nhiều đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 527(đặc biệt), tr. 18-25.

2. Phùng Thị Thanh, Chu Thị Hạnh, Trần Thị Nương (2022). "Một số yếu tố nguy cơ gây đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân có đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học Việt Nam, 514(1), tr. 100-104.
3. Papi A, Vestbo J, Fabbri L, et al. Extrafine inhaled triple therapy versus dual bronchodilator therapy in chronic obstructive pulmonary disease (TRIBUTE): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial. *Lancet* 2018; 391: 1076–1084.
4. Ferguson GT, Rabe KF, Martinez FJ, et al. Triple therapy with budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate with co-suspension delivery technology versus dual therapies in chronic obstructive pulmonary disease (KRONOS): a double-blind, parallel group, multicentre, phase 3 randomised controlled trial. *Lancet Respir Med* 2018; 6: 747–758.
5. Lipson DA, Barnacle H, Birk R, et al. FULFIL trial: once daily triple therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;196(4):438–446. Lipson DA, Barnhart F, Brealey N, et al. Once-daily single-inhaler triple versus dual therapy in patients with COPD. *N Engl J Med* 2018; 378: 1671–1680.
6. Van Tho N, Phan TP, Dinh-Xuan AT, et al. COPD Patients with Asthma Features in Vietnam: Prevalence and Suitability for Personalized Medicine. *J. Pers. Med.* 2023, 13, 901. <https://doi.org/10.3390/jpm13060901>.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy For The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2023 Report). Available online: <http://www.goldcopd.org/> (accessed on 15 November 2022).

# KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH NÃO GAN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Tô Thị Diễm Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Liêm<sup>1</sup>, Lê Văn Nho<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh não gan là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan, bao hiệu tiên lượng xấu và làm gia tăng tỷ lệ tử vong. Việc đánh giá các yếu tố

liên quan đến mức độ nặng của bệnh não gan góp phần dự phòng, kiểm soát sớm, giúp cải thiện tiên lượng bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh não gan ở bệnh nhân xơ gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 82 bệnh nhân xơ gan điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 01/2024 đến tháng 01/2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ là 1,65, độ tuổi trung bình là 61,91 ± 14,08, phần lớn thuộc nhóm trên 60 tuổi (56,1%). Nguyên nhân xơ gan thường gặp nhất là viêm gan siêu vi B (32,9%) và do rượu (22,0%). Đa phần bệnh nhân

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Kỹ Thuật – Y Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Liêm

Email: ntlieam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025

thuộc phân loại Child-Pugh C, với 61,0%. Bệnh não gan độ II chiếm tỷ lệ tương đương với tổng số độ III và độ IV (50,0%), trong đó, bệnh não gan độ III chiếm 36,6%. Đánh giá một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh não gan, có thể thấy xuất huyết tiêu hóa có liên quan đến tăng tỷ lệ bệnh não gan giai đoạn III-IV với OR = 2,8 (KTC 95%: 1,1-7,3), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,034$ ). Ngoài ra, chỉ số NLR ở nhóm bệnh não gan độ III và độ IV cao có trung vị và khoảng IQR cao hơn so với nhóm bệnh não gan độ II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Chưa ghi nhận mối liên quan giữa nồng độ  $\text{NH}_3$  và mức độ nặng của bệnh não gan. **Kết luận:** Xuất huyết tiêu hóa và chỉ số NLR cao có liên quan với tăng tỷ lệ bệnh não gan mức độ nặng. **Từ khóa:** Bệnh não gan, xơ gan, yếu tố liên quan.

## SUMMARY

### INVESTIGATION OF FACTORS ASSOCIATED WITH THE SEVERITY OF HEPATIC ENCEPHALOPATHY IN CIRRHOTIC PATIENTS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Background:** Hepatic encephalopathy (HE) is a common complication in cirrhotic patients, signaling a poor prognosis and increasing mortality rates. Identifying factors associated with HE severity is essential for early prevention and management, thereby improving patient outcomes. **Objectives:** To investigate several factors associated with the severity of hepatic encephalopathy in patients with liver cirrhosis. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with analytical components was conducted on 82 cirrhotic patients treated at Can Tho Central General Hospital from January 2024 to January 2025. **Results:** Regarding general characteristics, the male-to-female ratio was approximately 1.65, with a mean age of  $61.91 \pm 14.08$  years; the majority (56.1%) were over 60 years old. The most common etiologies of cirrhosis were hepatitis B virus infection (32.9%) and alcohol-related liver disease (22.0%). Most patients were classified as Child-Pugh C (61.0%). Grade II HE accounted for 50.0%, a proportion equivalent to the combined total of grade III and IV HE, with grade III HE making up 36.6%. Assessment of factors related to HE severity showed that gastrointestinal bleeding was significantly associated with an increased likelihood of grade III-IV HE, with an odds ratio (OR) of 2.8 (95% CI: 1.1-7.3),  $p = 0.034$ . Furthermore, the neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) was significantly higher in patients with grade III and IV HE compared to those with grade II HE ( $p < 0.05$ ). No association was found between serum ammonia levels and HE severity. **Conclusion:** Gastrointestinal bleeding and elevated NLR are associated with increased severity of hepatic encephalopathy. **Keywords:** Hepatic encephalopathy (HE), cirrhosis, associated factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh não gan (hepatic encephalopathy - HE) là một biến chứng thần kinh nghiêm trọng và phổ biến ở bệnh nhân xơ gan, ảnh hưởng đến 30-45% bệnh nhân trong suốt quá trình bệnh

[1]. Đây là rối loạn chức năng não có thể hồi phục, liên quan đến sự tích tụ các chất độc thần kinh như ammonia do suy giảm chức năng gan và/hoặc shunt cửa-chủ. Bệnh não gan làm tăng tỷ lệ tử vong tùy mức độ, kéo dài thời gian nằm viện và giảm chất lượng cuộc sống. Bệnh não gan thể hiện dưới dạng một phổ rộng các biểu hiện thần kinh từ những thay đổi tinh thần nhẹ không thể phát hiện trong khám lâm sàng thường quy đến hôn mê sâu. Theo hệ thống phân loại West Haven được sử dụng rộng rãi, bệnh não gan được chia thành 4 độ (I-IV), trong đó độ III-IV liên quan đến tiên lượng xấu và tử vong sớm [2]. Mặc dù cơ chế bệnh sinh chưa hoàn toàn sáng tỏ, việc xác định các yếu tố nguy cơ và dự báo mức độ nặng của bệnh não gan có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng. Các nghiên cứu trước đây cho thấy các yếu tố như tuổi cao, tình trạng Child-Pugh nặng, tăng nồng độ ammonia máu, và một số loại thuốc như thuốc ức chế bơm proton, opioid, và benzodiazepine là những yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng bệnh não gan [3]. Tuy nhiên, dữ liệu nghiên cứu về các yếu tố liên quan với mức độ nặng của bệnh não gan vẫn còn chưa có sự đồng nhất, đặc biệt tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân xơ gan có biến chứng bệnh não gan điều trị tại Khoa Nội tiêu hóa – Huyết học, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 01 năm 2025.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân xơ gan thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh não gan dựa vào đặc điểm lâm sàng: rối loạn nhận thức, rối loạn giấc ngủ, thay đổi nhân cách, thay đổi hành vi, suy giảm ý thức, lời nói, dấu run vẩy,... và loại trừ các nguyên nhân khác gây rối loạn tâm thần [4]. Mức độ từ phân độ 2 trở lên theo West Haven [2].

Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

Bệnh nhân hoặc thân nhân bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân xơ gan có biểu hiện rối loạn tâm thần kinh do các nguyên nhân khác như bệnh lý ở não (xuất huyết não, nhồi máu não, viêm màng não, viêm não, áp xe não), nhiễm ceton acid, hạ đường huyết, bệnh lý tâm thần kinh.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

**Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Khoa Nội tiêu hóa – Huyết học, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 82 đối tượng phù hợp.

**Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (TB ± ĐLC; <40, 40-60, >60), giới tính (nam, nữ), nguyên nhân xơ gan (viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C, do rượu, nguyên nhân khác), phân loại mức độ nặng của xơ gan theo Child-Pugh (A, B, C).

Mức độ nặng của bệnh não gan: độ II, độ III, độ IV theo phân loại West Haven [2].

Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh não gan: xuất huyết tiêu hóa, viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, hạ natri máu, hạ kali máu, táo bón, tiền sử dùng thuốc an thần, nồng độ NH<sub>3</sub> máu và chỉ số bạch cầu trung tính trên bạch cầu lympho máu (NLR).

**Xử lý và phân tích dữ liệu:** Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh não gan bằng phép kiểm Chi Square và Mann-Whitney. Kết quả có p < 0,05 được xem như có ý nghĩa thống kê.

**2.3. Vấn đề y đức.** Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (24.250.HV/PCT-HĐĐĐ).

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 01/2025, có tổng cộng 82 bệnh nhân xơ gan có biểu chứng bệnh não gan tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ tham gia nghiên cứu.

**Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến mức nặng của bệnh não gan theo West Haven**

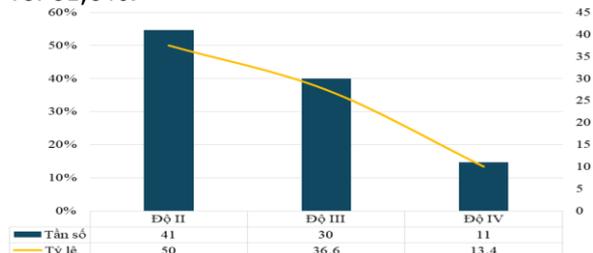
Yếu tố liên quan	Phân loại West Haven		OR (KTC 95%)	p	
	II	III, IV			
Xuất huyết tiêu hoá	Có	18 (66,7)	9 (33,3)	2,8 (1,1 – 7,3)	0,034
	Không	23 (41,8)	32 (58,2)		
Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát	Có	8 (72,7)	3 (27,3)	3,1 (0,8 – 12,5)	0,105
	Không	33 (46,5)	38 (53,5)		
Hạ natri máu	Có	29 (54,7)	24 (45,3)	1,7 (0,7 – 4,3)	0,248
	Không	12 (41,4)	17 (58,6)		
Hạ kali máu	Có	9 (39,1)	14 (60,9)	0,5 (0,2 – 1,4)	0,219
	Không	32 (54,2)	27 (45,8)		
Táo bón	Có	31 (50,0)	31 (50,0)	1,0 (0,4 – 2,7)	1
	Không	10 (50,0)	10 (50,0)		
Tiền sử dùng thuốc an thần	Có	19 (54,3)	16 (45,7)	1,3 (0,6 – 3,2)	0,503
	Không	22 (46,8)	25 (53,2)		

Pearson Chi-Square

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=82)**

Đặc điểm chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	<40	3	3,7
	40-60	33	40,2
	>60	46	56,1
	TB ± ĐLC (năm)	61,91 ± 14,08	
Giới tính	Nam	51	62,2
	Nữ	31	37,8
Nguyên nhân xơ gan	Viêm gan siêu vi B	27	32,9
	Viêm gan siêu vi C	14	17,1
	Do rượu	18	22,0
	Nguyên nhân khác	1	1,2
Phân loại xơ gan	Child-Pugh A	3	3,7
	Child-Pugh B	29	35,4
	Child-Pugh C	50	61,0

**Nhận xét:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ là 1,65, độ tuổi trung bình là 61,91 ± 14,08, phần lớn thuộc nhóm trên 60 tuổi (56,1%). Nguyên nhân xơ gan thường gặp nhất là viêm gan siêu vi B (32,9%) và do rượu (22,0%). Đa phần bệnh nhân thuộc phân loại Child-Pugh C, với 61,0%.



**Biểu đồ 1. Phân bố mức độ nặng của bệnh não gan theo West Haven**

**Nhận xét:** Bệnh não gan độ II chiếm tỷ lệ tương đương với tổng số độ III và độ IV (50,0%), trong đó, bệnh não gan độ III chiếm 36,6%.

**Nhận xét:** Đánh giá một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh não gan, có thể thấy xuất huyết tiêu hóa có liên quan đến tăng tỷ lệ bệnh não gan giai đoạn III-IV với OR = 2,8 (KTC 95%: 1,1-7,3), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,034$ ).

**Bảng 3. Giá trị của nồng độ NH<sub>3</sub> và chỉ số NLR theo mức độ nặng của bệnh não gan**

Mức độ nặng bệnh não gan	NH <sub>3</sub>	NLR
	Trung vị (IQR)	Trung vị (IQR)
Độ II <sup>a</sup>	208,0 (151,5 – 260,5)	3,08 (2,13 – 6,60)
Độ III <sup>b</sup>	224,5 (157,25 – 265,0)	7,07 (3,39 – 10,70)
Độ IV <sup>c</sup>	213,0 (124,0 – 292,0)	6,81 (4,41 – 8,27)
p (a-b)	0,514	0,005
p (a-c)	0,583	0,02
p (b-c)	0,883	0,769

*Mann-Whitney Test*

**Nhận xét:** Chỉ số NLR ở nhóm bệnh não gan độ III và độ IV cao có trung vị và khoảng IQR cao hơn so với nhóm bệnh não gan độ II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Chưa ghi nhận mối liên quan giữa nồng độ NH<sub>3</sub> và mức độ nặng của bệnh não gan.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 82 bệnh nhân xơ gan có biến chứng bệnh não gan tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025 cho thấy tỷ lệ bệnh não gan độ II, độ III và độ IV lần lượt là 50,0%, 36,6% và 13,4%. Đồng thời, xuất huyết tiêu hóa và chỉ số NLR cao có liên quan có ý nghĩa thống kê với bệnh não gan giai đoạn III-IV.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phân bố tỷ lệ các mức độ bệnh não gan khá cân đối, với bệnh não gan độ II chiếm 50,0% và tổng hợp độ III-IV chiếm 50,0%, trong đó độ III chiếm tỷ lệ là 36,6%. Tỷ lệ này phản ánh đặc điểm của quần thể bệnh nhân xơ gan nặng đang điều trị tại bệnh viện tuyến trung ương, nơi thường tiếp nhận các trường hợp có biến chứng nghiêm trọng. Trong nghiên cứu tại Ethiopia, tỷ lệ bệnh não gan độ III-IV theo tiêu chuẩn West Haven được ghi nhận là một yếu tố dự báo tử vong trong bệnh viện với OR = 12,0 (95% CI: 2,33-61,63;  $p < 0,01$ ) [5]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phân loại chính xác mức độ bệnh não gan để có kế hoạch điều trị và tiên lượng phù hợp. Tỷ lệ cao của các trường hợp bệnh não gan nặng trong nghiên cứu này cũng

phù hợp với đặc điểm của bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C chiếm đa số (61,0%), thể hiện tình trạng xơ gan nặng.

Nghiên cứu ghi nhận xuất huyết tiêu hóa là yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với bệnh não gan mức độ nặng (OR = 2,8; 95% CI: 1,1-7,3;  $p = 0,034$ ). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đây về vai trò của xuất huyết tiêu hóa trên như một yếu tố kích hoạt quan trọng của bệnh não gan. Cơ chế bệnh sinh của mối liên quan này bao gồm việc tăng tải lượng protein trong ruột từ máu xuất huyết, dẫn đến tăng sản xuất ammonia bởi vi khuẩn đường ruột [6]. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy chỉ số NLR ở nhóm bệnh não gan độ III-IV cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm độ II ( $p < 0,05$ ). Phát hiện này có ý nghĩa quan trọng vì NLR là một chỉ số dễ đo lường, chi phí thấp và có thể được sử dụng như một dấu ấn sinh học để dự đoán mức độ nặng của bệnh não gan. Nghiên cứu của Erkut Demirciler và cộng sự đã chỉ ra rằng tỷ lệ neutrophil/lymphocyte có xu hướng tăng ở các bệnh nhân xơ gan có bệnh não gan ẩn. NLR phản ánh tình trạng viêm toàn thân và stress oxy hóa, hai yếu tố được cho là đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh não gan. Tăng tỷ lệ neutrophil thường gặp trong tình trạng viêm cấp tính, trong khi giảm lymphocyte phản ánh sự ức chế miễn dịch thường thấy ở bệnh nhân xơ gan nặng [7].

Điều đáng chú ý là nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ ammonia máu và mức độ nặng của bệnh não gan. Kết quả này khác với một số nghiên cứu trước đây, như nghiên cứu của Praveen Sharma và cộng sự cho thấy nồng độ ammonia tĩnh mạch > 84,5  $\mu\text{mol/L}$  là yếu tố dự báo bệnh não gan tối thiểu [8]. Sự khác biệt này có thể do những hạn chế trong phương pháp đo ammonia, thời điểm lấy mẫu, hoặc do đặc điểm sinh lý bệnh khác nhau giữa các quần thể nghiên cứu.

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được thảo luận. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang tại một trung tâm duy nhất với cỡ mẫu tương đối nhỏ (82 bệnh nhân xơ gan có biến chứng bệnh não gan), điều này có thể hạn chế tính đại diện cho quần thể bệnh nhân xơ gan nói chung. Thiết kế cắt ngang cũng không cho phép thiết lập mối quan hệ nhân quả rõ ràng giữa các yếu tố nguy cơ và mức độ nặng của bệnh não gan. Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện tuyến trung ương, nơi thường tiếp nhận các trường hợp nặng được chuyển từ tuyến dưới, do đó có thể có sai số lựa chọn làm tăng tỷ lệ các trường hợp bệnh não

gan nặng. Điều này có thể ảnh hưởng đến tính tổng quát của kết quả nghiên cứu cho quần thể bệnh nhân xơ gan nói chung.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân xơ gan có biến chứng bệnh não gan thường biểu hiện ở mức độ nặng theo phân loại West Haven. Xuất huyết tiêu hóa và chỉ số NLR cao có liên quan với tăng tỷ lệ bệnh não gan mức độ nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elwir S, Rahimi RS (2017), "Hepatic Encephalopathy: An Update on the Pathophysiology and Therapeutic Options", J Clin Transl Hepatol, 5(2), pp. 142-151.
2. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, et al. (2014), "Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver", Hepatology, 60(2), pp. 715-35.
3. Tapper EB, Henderson JB, Parikh ND, et al. (2019), "Incidence of and Risk Factors for Hepatic Encephalopathy in a Population-Based Cohort of Americans With Cirrhosis", Hepatol Commun, 3(11), pp. 1510-1519.
4. European Association for the Study of the Liver (2022), "EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatic encephalopathy", J Hepatol, 77(3), pp. 807-824.
5. Elias TP, Shewaye AB, Fisseha H, et al. (2025), "Predictors of in-hospital mortality among cirrhotic patients in Ethiopia: A multicenter retrospective study", PLoS One, 20(4), pp. e0322532.
6. Bleibel W, Al-Osaimi AM (2012), "Hepatic encephalopathy", Saudi J Gastroenterol, 18(5), pp. 301-9.
7. Demirciler E, Danis N, Ergun P, et al. (2023), "Psychometric tests, critical flicker frequency, and inflammatory indicators in covert hepatic encephalopathy diagnosis", Hepatol Forum, 4(1), pp. 19-24.
8. Sharma P, Sharma BC (2010), "Predictors of minimal hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis", Saudi J Gastroenterol, 16(3), pp. 181-7.

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG TRÊN PHIM X-QUANG CỦA RĂNG HÀM SỮA CÓ CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ TỬY

Đinh Thế Ba<sup>1</sup>, Phùng Thị Thu Hà<sup>2</sup>, Trịnh Hồng Hương<sup>3</sup>,  
Đàm Văn Việt<sup>4</sup>, Trần Thị Mỹ Hạnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm tổn thương trên phim X-quang của răng hàm sữa có chỉ định điều trị tủy toàn bộ tại Trung tâm Khám chữa bệnh Kỹ thuật cao – Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 64 răng hàm sữa của trẻ từ 4–8 tuổi có chỉ định điều trị tủy toàn bộ. Các đặc điểm trên phim X-quang bao gồm vị trí và kích thước lỗ sâu, tình trạng tiêu chân răng, tiêu xương quanh chân răng, giai đoạn phát triển chân răng và chẩn đoán được ghi nhận. Dữ liệu phân tích bằng kiểm định Fisher với  $p < 0,05$ . **Kết quả:** Răng hàm sữa thứ hai hàm dưới chiếm tỷ lệ điều trị tủy cao nhất (48,4%). Lỗ sâu rất lớn chiếm 57,8%, chủ yếu ở mặt nhai và cả hai mặt. Tỷ lệ tiêu chân răng bệnh lý là 43,8%, liên quan rõ rệt đến tiêu xương lan rộng và tủy hoại tử có biến chứng. **Kết luận:** Các đặc điểm X-quang như tiêu chân, tiêu xương quanh chân và lỗ sâu lớn liên quan đến mức độ tổn thương tủy. X-quang là công cụ quan trọng hỗ trợ chẩn đoán và định

hướng điều trị. **Từ khóa:** răng hàm sữa; X-quang; tiêu chân răng; tiêu xương; điều trị tủy

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY MOLARS INDICATED FOR PULPECTOMY

**Objectives:** To describe radiographic characteristics of primary molars indicated for pulpectomy at the High - Tech Center - School of Dentistry, Hanoi Medical University. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 64 primary molars from children aged 4–8 years requiring pulpectomy. Radiographic features including carious lesion site and size, root resorption, periradicular bone loss, root development stage, and diagnosis were recorded. Data were analyzed using Fisher's exact test with a significance level of  $p < 0.05$ . **Results:** The second primary molars in the mandible accounted for the highest proportion of pulpectomy cases (48.4%). Very large carious lesions were observed in 57.8% of cases, mainly on occlusal surfaces or both occlusal and proximal. Pathological root resorption was present in 43.8% of cases and was significantly associated with extensive bone loss and pulp necrosis. **Conclusion:** Radiographic features such as root resorption, periradicular bone loss, and large carious lesions are closely associated with the severity of pulpal damage. Radiographs play a crucial role in early diagnosis and treatment for primary molars.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba

<sup>3</sup>Bệnh viện Bưu điện

<sup>4</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mỹ Hạnh

Email: tranmyhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025