

6. Nguyễn Xuân Hùng (2008), "Đánh giá kết quả điều trị rồ hậu môn tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2003 – 2006", Tạp chí Y học Việt Nam, tr. 45 - 52.
7. Nguyễn Sơn Hà (2007), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật rồ hậu môn tại bệnh viện Việt Đức - Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ NGUYÊN NHÂN SUY GAN CẤP Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ THAY HUYẾT TƯƠNG TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Thế Anh¹, Nguyễn Tiên Dũng¹,
Lê Ngọc Hà², Tô Hoàng Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân suy gan cấp ở bệnh nhân được điều trị thay huyết tương tại khoa Hồi sức tích cực. **Đối tượng:** Các bệnh nhân suy gan cấp điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Hữu Nghị; từ 1/2019 đến tháng 10/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả. **Kết quả:** tuổi trung bình 76.0; tỷ lệ nam giới 81.5%; bệnh nhân có 55.6% suy đa tạng; 33.3% giảm tiểu cầu; 14.9% rối loạn động máu nặng; men gan tăng, bilirubin toàn phần trung bình 273.4 ± 57.2 mmol/l, 51.9% hội chứng gan thận. Nguyên nhân gây suy gan cấp: 51% do ngộ độc, 26% do viêm gan vi rút. **Kết luận:** Nhóm bệnh nhân cao tuổi, chủ yếu giới nam, hôn mê gan từ độ 2 trở lên, đa phần có tình trạng suy đa tạng, men gan và bilirubin tăng cao, rối loạn đông máu. Nguyên nhân chủ yếu là ngộ độc cấp. **Từ khóa:** Suy gan cấp, hôn mê gan, tăng bilirubin máu

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES AND CAUSES OF ACUTE LIVER FAILURE IN PATIENTS RECEIVED PLASMA REPLACEMENT TREATMENT AT CRITICAL CARE DEPARTMENT OF HUU NGHİ HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics and causes of acute liver failure in patients receiving plasma exchange therapy in the Critical Care Department. **Subjects:** Patients with acute liver failure treated at the Critical care department - Huu Nghi Hospital; from January 2019 to October 2023. **Research methods:** prospective, descriptive. **Results:** mean age 76.0; male ratio 81.5%; Patients have 55.6% multi-organ failure; 33.3% thrombocytopenia; 14.9% had severe hemodynamic disorders; increased liver enzymes, average total bilirubin 273.4 ± 57.2 mmol/l, 51.9%

liver-kidney syndrome. Causes of acute liver failure: 51% due to poisoning, 26% due to viral hepatitis. **Conclusion:** Elderly patients, mainly male, with hepatic coma from grade 2 or higher, most have multi-organ failure, elevated liver enzymes and bilirubin, and blood clotting disorders. The main cause is acute poisoning. **Keywords:** Acute liver failure, hepatic coma, hyperbilirubinemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy gan cấp là tình trạng tổn thương gan cấp tính, nghiêm trọng dẫn tới suy giảm chức năng tổng hợp (INR ≥ 1.5) và thay đổi trạng thái tâm thần ở bệnh nhân không có xơ gan hoặc có bệnh gan trước đó; thời gian từ khi xuất hiện vàng da đến khi có biểu hiện bệnh não – gan dưới 26 tuần [1].

Các biểu hiện đặc trưng của suy gan cấp là vàng da, bệnh não – gan, rối loạn đông máu, hội chứng gan – thận, tăng men gan, tăng bilirubin máu, NH₃ máu. Ngoài ra, các triệu chứng không đặc hiệu như: mệt mỏi, chán ăn... và các biểu hiện của bệnh lý nguyên nhân [1].

Về mặt nguyên nhân gây suy gan cấp, thường gặp nhất là: viêm gan vi rút và ngộ độc thuốc, phổ biến nhất là acetaminophen; ngoài ra là các nguyên nhân: rối loạn mạch máu, rối loạn chuyển hoá và viêm gan tư miễn. Tổn thương gan do thuốc là nguyên nhân phổ biến nhất gây suy gan cấp tính ở Úc, Châu Âu, Vương quốc Anh và Hoa Kỳ, trong khi ở Châu Á và Châu Phi, viêm gan vi rút chiếm ưu thế [2], [3].

Về mặt điều trị, nguyên tắc chính là: điều trị nguyên nhân, điều trị hỗ trợ và ghép gan khi có điều kiện. Tuy nhiên, chỉ có một số nguyên nhân có thể điều trị, ví dụ: N – acetylcysteine đối với ngộ độc acetaminophen, hay viêm gan vi rút B. Ngoài ra, ghép gan là biện pháp chi phí rất đắt, nguồn tạng ghép còn khó khăn. Do đó, điều trị suy gan cấp chủ yếu là điều trị hỗ trợ; với các biện pháp dùng thuốc nội khoa và các kĩ thuật hỗ trợ gan ngoài cơ thể, trong đó có phương pháp thay huyết tương [1].

¹Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tô Hoàng Dương

Email: dr.hoangduong@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

Tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Hữu Nghị đã điều trị thường quy các bệnh nhân suy gan cấp từ năm 2017. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân gây suy gan cấp ở các bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân suy gan cấp được điều trị thay huyết tương tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Hữu Nghị, thời gian từ 1/2019 đến 10/2023

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán suy gan cấp, có kèm theo các tiêu chuẩn sau.

- Hôn mê gan độ 2 trở lên
- INR > 1.5
- Bilirubin > 250 µl/L
- Có hội chứng gan – thận

Phân độ Hôn mê gan (West Haven) [1]

+ Độ 1: Thay đổi về hành vi, hầu như không thay đổi về ý thức.

+ Độ 2: Rối loạn về định hướng, ngủ gà, có thể có dấu hiệu run giật 2 bàn tay, có những hành vi không thích hợp.

+ Độ 3: Rối loạn ý thức, lời nói không rõ ràng, ngủ nhiều nhưng vẫn đáp ứng với nói to.

+ Độ 4: Hôn mê, không đáp ứng với đau.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân suy gan cấp chưa có chỉ định hoặc gia đình/bệnh nhân không đồng ý thay huyết tương

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả

- Quy trình nghiên cứu: bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí nghiên cứu được đánh giá lâm sàng, các xét nghiệm, đánh giá các chỉ số, chẩn đoán nguyên nhân gây suy gan cấp.

2.3. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của bệnh viện. Các thông tin của bệnh nhân được bảo mật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 01/2019 đến 10/2023 chúng tôi đã thu thập được tổng số 27 trường hợp bệnh nhân suy gan cấp được điều trị thay huyết tương để đưa vào nghiên cứu với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả (n=27)
Tuổi (X ± SD) (tuổi)	76.0 ± 9.3

	Min–Max	69 – 98
Giới	Nam (n, %)	22 (81.5)
	Nữ (n, %)	5 (18.5)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu ở mức cao 76.0. Nam giới chiếm đa số với 81.5%

Bảng 2. Mức độ nặng của bệnh nhân trước khi thay huyết tương

	Chỉ số	Kết quả (n=27)
Độ hôn mê gan	Trung bình (X ± SD)	2.6 ± 0.5
	Độ 2 (n, %)	13 (48.1)
	Độ 3 (n, %)	10 (37.0)
	Độ 4 (n, %)	4 (14.9)
	Điểm SOFA (X ± SD)	8.5 ± 2.5
	Suy từ 2 tạng trở lên (n, %)	15 (55.6%)

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều có mức độ hôn mê gan từ độ 2 trở lên; trong đó có 14.9% bệnh nhân hôn mê gan độ 4. Có 55.6% bệnh nhân trong tình trạng suy đa tạng

Bảng 3. Công thức máu của bệnh nhân trước khi thay huyết tương

	Chỉ số	Kết quả (n=27)
Bạch cầu (G/L)	> 12 (n, %)	15 (55.6)
	< 12 (n, %)	12 (44.4)
Hemoglobin (g/L)	> 110 (n, %)	17 (62.9)
	< 110 (n, %)	10 (37.1)
Tiểu cầu (G/L)	> 100 (n, %)	18 (66.7)
	< 100 (n, %)	9 (33.3)

Nhận xét: Có 55.6% bệnh nhân suy gan cấp có kèm theo tình trạng nhiễm khuẩn; có 37.1% bệnh nhân có tình trạng thiếu máu; có 33.3% bệnh nhân có tình trạng giảm tiểu cầu

Bảng 4. Đông máu cơ bản của bệnh nhân trước khi thay huyết tương

	Chỉ số	Kết quả (n=27)
PT%	X ± SD	57.4 ± 15.7
	Min – Max	31 – 76
	< 40% (n, %)	14 (51.9)
INR	X ± SD	3.4 ± 2.2
	Min – Max	1.2 – 5.7
	> 3 (n, %)	4 (14.9)
Fibrinogen (g/L)	X ± SD	1.58 ± 0.51
	Min – Max	0.54 – 7.76
	< 1 (n, %)	4 (14.9)

Nhận xét: Có 14.9% bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng: tỷ lệ Prothrombin dưới 40%; chỉ số INR > 3, hoặc giảm Fibrinogen máu

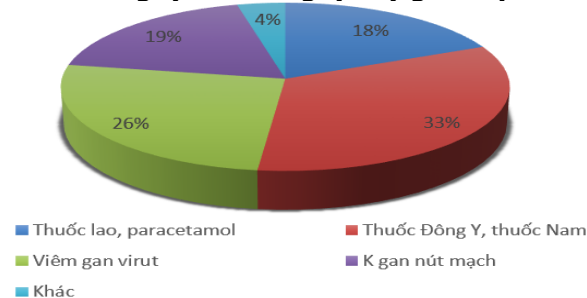
Bảng 5. Sinh hoá máu của bệnh nhân trước khi thay huyết tương

	Chỉ số	Kết quả (n=27)
	GOT (U/L) (X ± SD)	1099 ± 768
	GPT (U/L) (X ± SD)	987 ± 456
	Bilirubin toàn phần (mmol/L) (X ± SD)	273.4 ± 57.2

NH3 (mol/L) (n = 21)	83 ± 21
Glucose (mmol/ L)	8 ± 5.16
Natri máu (mmol/L) (X ± SD)	136.1 ± 5.2
Kali máu (mmol/L) (X ± SD)	3.5 ± 0.5
Canxi máu (mmol/L) (X ± SD)	0.81 ± 0.14
Creatinin máu > 130 (µmol/L) (n, %)	14 (51.9%)

Nhận xét: Bệnh nhân có men gan tăng cao, chỉ số Bilirubin toàn phần trên 250 mmol/L, chỉ số NH3 cao; có 51.9% có suy thận kèm theo

3.2. Nguyên nhân gây suy gan cấp



Biểu đồ 1. Các nguyên nhân suy gan cấp trong nhóm nghiên cứu

Nhận xét: các nguyên nhân gây suy gan cấp chủ yếu là ngộ độc thuốc và đợt cấp của viêm gan vi rút.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 76 tuổi, với tỷ lệ nam giới 81.5%; khi so sánh với một số nghiên cứu như: của Nguyễn Đăng Đức (47 ± 16.3 tuổi; 53.3% nam) [4], của Nguyễn Gia Bình (54.6 ± 12.2 tuổi, 80% nam) [5], của Filho (44.3 ± 12.8 tuổi, 22.5% nam), của Ji Eun Kim (48.3 ± 13 tuổi, 31% nam) [6]. Nhìn chung, tuổi của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn, với tỷ lệ giới nam là chủ yếu; đây là đặc thù của quần thể bệnh nhân tại bệnh viện Hữu Nghị: lão khoa, tuổi cao, nam giới chiếm chủ yếu. Về mặt giới tính, ngoài kết quả của Nguyễn Gia Bình có tỷ lệ nam giới khá cao là tương đồng với nhóm nghiên cứu của chúng tôi; nghiên cứu của Nguyễn Đăng Đức tỷ lệ Nam/ Nữ không quá chênh lệch; tuy nhiên, ở nghiên cứu của Filho và Kim thì tỷ lệ Nam lại thấp hơn hẳn, đây có thể là do đối tượng nghiên cứu được lựa chọn vào nghiên cứu của các giả là khác nhau.

Mức độ nặng của bệnh nhân trước khi điều trị thay huyết tương trong nghiên cứu của chúng tôi: hôn mê gan độ 2,3,4 lần lượt là 48.1; 38.0 và 14.9%. Tỷ lệ hôn mê gan độ 2 và 3 chiếm tỷ lệ chủ yếu tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Đăng Đức (độ 2 -51.1%, độ 3 - 44.4%), tuy nhiên hôn mê gan độ 4 của chúng tôi cao

hơn (14.9% so với 4.4%) [4]. Trái ngược lại, kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quang Thuận, trên đối tượng viêm gan nhiễm độc, tỷ lệ hôn mê gan lúc vào viện là: độ 2 - 19.3%, độ 3 - 9.6%, độ 4 - 0.9% do nghiên cứu này đánh giá bệnh nhân viêm gan nhiễm độc từ giai đoạn chưa có biểu hiện bệnh lý não gan [7].

Suy đa tạng là một biến chứng nguy hiểm trong bệnh lý suy gan cấp, trong nghiên cứu của chúng tôi điểm suy tạng SOFA trung bình là 8.5 ± 2.5, có 55.6% bệnh nhân trong tình trạng suy đa tạng. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình (10.8 ± 5.4) [5]; của Nguyễn Đăng Đức (9.6 ± 2.3) [4]. Như vậy, tình trạng suy đa tạng ở bệnh nhân suy gan cấp, đặc biệt là các bệnh nhân suy gan cấp nặng, cần phải thay huyết tương; điều này đã được chỉ ra trong kết quả của các nghiên cứu.

Về chỉ số tế bào máu ngoại vi trước khi thay huyết tương, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi: có 55.6% bệnh nhân có kèm theo tình trạng nhiễm khuẩn; 37.1% có tình trạng thiếu máu; 33.3% có tình trạng giảm tiểu cầu. Nhiễm khuẩn và thiếu máu có thể là bệnh lý nguyên phát đi kèm, cũng có thể là hệ quả trên nền thể trạng bệnh nhân có bệnh lý suy gan; tương tự như vậy đối với tình trạng giảm tiểu cầu sẽ là yếu tố tăng nặng tình trạng rối loạn đông cầm máu của bệnh nhân. Cũng nghiên cứu về bệnh nhân suy gan cấp có chỉ định thay huyết tương, nghiên cứu của Nguyễn Đăng Đức chỉ ra, có 60% bệnh nhân có rối loạn về bạch cầu cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, chỉ có 8.8% bệnh nhân có số lượng tiểu cầu dưới 100 G/l [4].

Rối loạn đông máu cũng là một hệ quả trong sinh lý bệnh của suy gan cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi; có 14.9% bệnh nhân có tỷ lệ Prothrombin dưới 40%; có 14.9% trường hợp INR >3 và 14.9% trường hợp có giảm Fibrinogen máu đây là các bệnh nhân có tình trạng rối loạn đông máu nặng, nguy cơ xuất huyết và tử vong cao. Tác giả Nguyễn Đăng Đức, cũng chỉ ra trong nghiên cứu của mình, phần lớn bệnh nhân suy gan cấp có tình trạng rối loạn đông máu với: chỉ số Prothrombin trung bình là 27.4 ± 15.7 %; chỉ số INR trung bình là 3.3 ± 2.2 và lượng Fibrinogen trung bình là 1.5 ± 0.5 g/l [4]. Tác giả Lê Quang Thuận cũng đưa ra kết quả về tình trạng rối loạn đông máu, nhưng ở mức độ nhẹ hơn: chỉ số Prothrombin trung bình là 41.3 ± 25.9; chỉ số INR trung bình là 1.8 ± 0.2 và lượng Fibrinogen trung bình là 41.3 ± 25.9 g/l [7].

Chúng tôi cũng tiến hành khảo sát các chỉ số

sinh hoá máu của bệnh nhân suy gan cấp trước khi tiến hành thay huyết tương, bao gồm các chỉ số về men gan, lượng bilirubin, NH₃, chức năng thận và một số chất điện giải. Kết quả cho thấy: men gan tăng cao (GOT: 1099 ± 768 U/l, GPT: 987 ± 456 U/l; Bilirubin toàn phần trung bình 273.4 ± 57.2 mmol/L, NH₃ trung bình 83 ± 21 mol/l; điện giải đồ về cơ bản bình thường, một số giảm dưới ngưỡng; đáng chú ý là có 51.9% bệnh nhân có biểu hiện suy thận. So sánh với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Đăng Đức; chỉ số men gan thấp hơn: GOT 199 (133 - 750) U/l; GPT 501 (121 - 1317); chỉ số Bilirubin toàn phần và NH₃ cao hơn 323.4 (196.1 - 477.3) mmol/l; NH₃ 93 (46 - 111); Creatinin trung vị 61 (49 - 98) mol/l [4]. Như vậy, mức độ tổn thương tế bào gan và tình trạng suy thận, cũng như biểu hiện hội chứng gan - thận của chúng tôi nhiều hơn, điều này có thể là do nguyên nhân tuổi cao, nền suy thận trước đó, ngoài ra còn có thể do nguyên nhân gây suy gan cấp khác nhau. Tương tự với kết quả của Lê Quang Thuận, với: GOT trung bình 615 ± 180 U/l; GPT trung bình 620 ± 529 U/l; Bilirubin toàn phần 390.4 ± 231.8 mmol/L; Creatinin 81.5 ± 14.1 mmol/l [7].

4.2. Nguyên nhân suy gan cấp. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra: nhóm ngộ độc thuốc chiếm 51%, trong đó 18% là thuốc kháng lao và paracetamol; 33% còn lại là các thuốc Đông Y, thuốc Nam; viêm gan vi rút đợt cấp chiếm 26% các trường hợp; 19% là do các trường hợp sau nút mạch K gan, 4% các trường hợp là do các nguyên nhân khác.

Ngộ độc vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây suy gan cấp, so sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đăng Đức: có 82.2% suy gan cấp là do ngộ độc, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên, cũng tương đồng ở chỗ ngộ độc thuốc Đông Y, thuốc Nam là chủ yếu, kể đó là ngộ độc Paracetamol với tỷ lệ lần lượt là 51.1% và 20% [4]. Tác giả Nguyễn Công Long khi nghiên cứu về nguyên nhân suy gan cấp trên 60 trường hợp bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2021 cũng chỉ ra: 35% suy gan cấp do thuốc Đông Y, 10% do Paracetamol, viêm gan vi rút B chiếm 18.3% [8]. Như vậy, về cơ bản các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, ngộ độc là căn nguyên hàng đầu, trong đó phải chú ý là ngộ độc thuốc Đông Y, thuốc Nam; đứng tiếp theo là nguyên nhân do viêm gan vi rút gây nên tình trạng suy gan cấp.

Sự khác biệt về tỷ lệ các nhóm nguyên nhân thể hiện khi so sánh với một số nghiên cứu ngoài nước về suy gan cấp như: nghiên cứu của tác

giả Bernal năm 2009 chỉ ra: 43% do Paracetamol, các loại thuốc khác không phải Paracetamol chỉ chiếm 8%; căn nguyên vi rút chiếm 7% [9]. Một nghiên cứu khác là của tác giả Optapowiz năm 2002 cũng cho thấy chiều hướng tương tự, với: 39% trường hợp suy gan cấp là do ngộ độc Paracetamol, thuốc không phải Paracetamol chiếm 13.0%; nguyên nhân do vi rút viêm gan chiếm 12% [10].

V. KẾT LUẬN

Quần thể bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi trung bình cao, nam giới chiếm chủ yếu. Mức độ hôn mê gan từ độ 2 trở lên, trong đó hôn mê gan độ 2, 3 chiếm chủ yếu; các bệnh nhân đều có tình trạng suy đa tạng, có tăng men gan, tăng bilirubin và NH₃ máu, kèm theo rối loạn đông máu và có một tỷ lệ lớn có hội chứng gan thận. Nguyên nhân chủ yếu là ngộ độc thuốc: Đông Y, thuốc Nam và Paracetamol; tiếp đó là viêm gan vi rút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wendon, J, et al.** EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. *J Hepatol.* 2017;66(5): 1047-1081. doi:10.1016/j.jhep.2016.12.003
2. **Lee WM.** Etiologies of acute liver failure. *Semin Liver Dis* 2008; 28:142.
3. **Bernal W, et al.** Acute liver failure. *Lancet* 2010; 76:190.
4. **Đăng Đức Nguyễn và cs.** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và Nguyên nhân gây bệnh ở bệnh nhân Suy Gan cấp được điều trị hỗ trợ Thay huyết tương thể tích Cao". *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, Vol 17, số p.h 7, Tháng Chạp 2022,*
5. **Nguyễn Gia Bình.** Nghiên cứu ứng dụng hệ thống hấp phụ phân tử tái tuần hoàn (MARS) trong điều trị suy gan cấp. 2021; đề tài KHCN độc lập cấp nhà nước, Bộ khoa học và công nghệ.
6. **Kim JE, Chun S, Sinn DH et al.** Initial experience with high-volume plasma exchange in patients with acute liver failure. 2021; *J Clin Apher* 36(3): 379-389.
7. **Lê Quang Thuận.** Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm gan nhiễm độc cấp nặng bằng phương pháp thay huyết tương tích cực. 2017; luận án tiến sĩ Y học; viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
8. **Công Long N, Thị Quỳnh Hương H.** Tìm hiểu nguyên nhân gây suy gan cấp tại bệnh viện Bạch Mai. *VMJ.* 2022;512(2). doi:10.51298/vmj.v512i2.2298
9. **Bernal W, Cross TJ, Auzinaer G, et al.** Outcome after wait-listing for emergency liver transplantation in acute liver failure: a single centre experience. *J Hepatol.* 2009;50(2):306-313.
10. **Ostapowicz G, Fontana RJ, Schiødt FV, et al.** Results of a prospective study of acute liver failure at 17 tertiary care centers in the United States. *Ann Intern Med.* 2002;137(12):947-954.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN CÓ RĂNG NHẠY CẢM NGÀ BẰNG LASER DIODE VÀ LASER ER,Cr:YSGG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Võ Xuân Quang¹, Nguyễn Quang Tâm¹, Lê Nguyên Lâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các nghiên cứu về tác dụng của laser Diode và laser Er,Cr:YSGG trong điều trị nhạy cảm ngà còn hạn chế. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và so sánh kết quả điều trị nhạy cảm ngà bằng laser Diode và laser Er,Cr:YSGG. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng trên 36 bệnh nhân với 89 răng bị nhạy cảm ngà đến khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 6/2023 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Các bệnh nhân đa số trên 46 tuổi chiếm 55,5%, nam giới chiếm 63,8%. Đa phần răng nhạy cảm là răng cửa (48,5%) và răng cối nhỏ (31,4%), nguyên nhân phổ biến nhất là tụt nướu (57,4%). Đa số các bệnh nhân có mức độ nhạy cảm ngà từ vừa đến nặng. Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả điều trị từ khá đến tốt, trong đó bệnh nhân điều trị bằng laser Er,Cr:YSGG có sự cải thiện mức độ nhạy cảm ngà tốt hơn đáng kể so với nhóm laser Diode ở thời điểm sau 30 phút và 1 tháng điều trị. Ở thời điểm ba tháng sau điều trị hầu hết các bệnh nhân đều hết nhạy cảm ngà. **Kết luận:** Bệnh nhân điều trị bằng laser Er,Cr:YSGG có sự cải thiện mức độ nhạy cảm ngà tốt hơn so với nhóm sử dụng laser Diode. Ở thời điểm ba tháng sau điều trị hầu hết các bệnh nhân đều hết nhạy cảm ngà. **Từ khóa:** Nhạy cảm ngà, điều trị, laser Er,Cr:YSGG, laser Diode.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND COMPARISON OF TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH DENTIN HYPERSENSITIVITY USING DIODE LASER AND ER,Cr:YSGG LASER AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Research on the effects of Diode laser and Er,Cr:YSGG laser in the treatment of dentin hypersensitivity is still limited. **Objectives:** Describing the clinical characteristics and comparison of treatment outcomes for dentin hypersensitivity using Diode laser and Er,Cr:YSGG laser. **Materials and methods:** We conducted a randomized controlled clinical intervention study on 36 patients with 89 teeth affected by dentin hypersensitivity, who sought examination and treatment at the Department of Dentistry, Can Tho University of Medicine and

Pharmacy Hospital from June 2023 to March 2024. **Results:** The majority of patients were over 46 years old, accounting for 55.5%, with male comprising 63.8%. Most sensitive teeth were incisors (48.5%) and premolars (31.4%), with the most common cause being gingival recession (57.4%). Most patients exhibited moderate to severe dentin hypersensitivity. All patients achieved good to very good treatment outcomes, with those treated with Er,Cr:YSGG laser showing significantly better improvement in dentin hypersensitivity compared to the Diode laser group at 30 minutes and 1 month post-treatment. At the three-month post-treatment mark, most patients no longer experienced dentin hypersensitivity. **Conclusion:** Patients treated with Er,Cr:YSGG laser showing better improvement in dentin hypersensitivity compared to the Diode laser group. At the three-month post-treatment mark, most patients no longer experienced dentin hypersensitivity.

Keywords: Dentin hypersensitivity, treatment, Er,Cr:YSGG laser, Diode laser.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, theo sau tỷ lệ bệnh sâu răng giảm và kiểm soát tốt bệnh viêm quanh răng, thì những vấn đề gây khó chịu đến sức khỏe răng miệng như nhạy cảm ngà đang là mối quan tâm hàng đầu của bác sĩ Răng Hàm Mặt. Hiện có nhiều phương pháp điều trị nhạy cảm ngà như sử dụng kem đánh răng, nước súc miệng, gel bôi hay điều trị bằng laser. Trong đó, laser là phương pháp điều trị có tác dụng kép: vừa có tác dụng khử cực các sợi thần kinh hướng tâm, vừa có tác dụng đóng các ống ngà thông qua sự thay đổi hình thái bề mặt ngà, do đó cho hiệu quả giảm nhạy cảm tức thì và lâu dài.

Trong bối cảnh laser bắt đầu được sử dụng rộng rãi trong nha khoa nói chung và trong điều trị nhạy cảm ngà nói riêng. Tuy nhiên, các nghiên cứu về tác dụng của laser Diode và laser Er,Cr:YSGG trong điều trị nhạy cảm ngà phần lớn là những nghiên cứu đơn lẻ, chưa có nghiên cứu nào đi sâu tìm hiểu một cách có hệ thống về các thông số điều trị thích hợp nhất cho loại laser này để đạt hiệu quả điều trị cao mà hạn chế những tác động không mong muốn đến bề mặt ngà cũng như mô tủy. Vì vậy, chúng tôi tiến hành "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và so sánh kết quả điều trị trên bệnh nhân có răng nhạy cảm ngà bằng laser Diode và laser Er,Cr:YSGG tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ".

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Xuân Quang

Email: 22250112046@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 2.7.2024

Ngày duyệt bài: 5.8.2024