

- "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tại chỗ bệnh thủy đậu bằng zincpaste và bodymed tại Cần Thơ năm 2023-2025", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (85), pp. 136-142.
2. **Bộ Y Tế (2023)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu, Hà Nội.
 3. **Huỳnh Văn Bá (2022)**, Giáo trình bệnh da nhiễm trùng, NXB Y học.
 4. **Quách Thị Hà Giang (2011)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị bệnh thủy đậu bằng uống acyclovir", Luận văn bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
 5. **Lê Dương Hồng Thảo, Huỳnh Văn Bá, Trần Công Lý (2022)**, "Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thủy đậu tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ năm 2020-2022", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (52), pp. 79-85.
 6. **Trần Ngọc Sĩ (2021)**, "Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng Và Kết Quả Điều Trị Bệnh Thủy Đậu Bằng Zincpaste Tại Phòng Khám Chuyên Khoa Da Liễu Fob Cần Thơ Năm 2020-2021", Tạp chí Y học Việt Nam.
 7. **Cohen Jonathan, Breuer Judith (2015)**, "Chickenpox: treatment", BMJ Clinical Evidence, 2015.
 8. **SE Straus (2008)**, "Varicella and herpes zoster", Fitzpatrick's dermatology in general medicine, pp. 1885-1898.
 9. **Sergeeva IV, Lipnyagova SV, Bekert AI, et al. (2015)**, "Modern features of the course of chicken pox", Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya, 5.
 10. **Sitnik TN, Steinke LV, Gabbasova NV (2018)**, "Chicken pox: a «grown-up» infection", Epidemiology and Vaccine Prevention, 17 (5), pp. 54-59 Resolution.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN HẸP KHÍ QUẢN SAU ĐẶT ống NỘI KHÍ QUẢN, MỞ KHÍ QUẢN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG NỘI SOI CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2020 – 2024

Kiều Bảo Trang¹, Nguyễn Kim Cương^{1,2}, Vũ Khắc Đại²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân (BN) hẹp khí quản sau đặt ống nội khí quản (PITS) và mở khí quản (PTTS) tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2020 – 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 92 BN được chẩn đoán PITS/PTTS được điều trị bằng nội soi can thiệp (NSCT) tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 1/2020 đến hết tháng 12/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 54, nhóm > 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (41,3%). Nam giới chiếm đa số (70,7%). Nguyên nhân can thiệp đường thở có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, PITS – hô hấp (35,7%), PTTS – thần kinh (40%) với $p=0,001$. Thời gian đặt ống nội khí quản (NKQ) và mở khí quản (MKQ) trung bình là 14,3 ngày và 184,3 ngày, $p = 0,000$. Triệu chứng thường gặp nhất là khó thở (100%), thở rít (66,3%), ho (41,3%). Vị trí hẹp thường gặp nhất là 1/3 trên khí quản (77,2%), có 6 ca hẹp nhiều đoạn (6,5%). Chiều dài đoạn hẹp trung bình 16,3mm. Hình thái tổn thương có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p=0,012$) với PITS là tổn thương co kéo (69%), PTTS là tổn thương u sùi trong lòng khí quản chiếm đa số (52%). Mức độ hẹp theo phân loại Freitag: hẹp độ 0-2 (8,7%), hẹp độ 3-4 (29,3%), hẹp độ 5 (62%); theo phân loại Cotton – Myer: hẹp độ I-II (34,8%), hẹp độ III-IV (65,2%). **Kết luận:** PITS và PTTS là một bệnh

lý hẹp khí quản mắc phải cần được quan tâm. Chẩn đoán bệnh là một thách thức khi các triệu chứng lâm sàng giống các bệnh lý tắc nghẽn đường thở khác. Sử dụng nội soi phế quản và chụp cắt lớp vi tính ngực dựng hình khí phế quản giúp chẩn đoán, đánh giá tổn thương, đưa ra phương án điều trị phù hợp. Có nhiều phương pháp điều trị, trong đó NSCT là phương pháp lí tưởng khi BN không thể phẫu thuật ngoại khoa.

Từ khóa: hẹp khí quản, nội soi can thiệp, mở khí quản, đặt ống nội khí quản

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH TRACHEAL STENOSIS AFTER ENDOTRACHEAL INTUBATION AND TRACHEOSTOMY TREATED WITH INTERVENTIONAL BRONCHOSCOPY AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL, 2020–2024

Objective: To describe the clinical, radiological and endoscopic features of post-intubation (PITS) and post-tracheostomy (PTTS) tracheal stenosis in patients at the National Lung Hospital from 2020 to 2024. **Subjects and Methods:** This was a descriptive, retrospective study conducted on 92 patients diagnosed with post-intubation (PITS) and post-tracheostomy (PTTS) tracheal stenosis who were managed with interventional bronchoscopy at the National Lung Hospital from January 2020 to December 2024. **Results:** The mean age of the study population was 54.0 years, with the age group >60 years being the largest (41.3%). Male patients predominated (70.7%). A statistically significant difference was found in the indication for airway intervention between the two groups ($p=0.001$): respiratory causes were most common in PITS (35.7%), while neurological causes predominated in

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Kiều Bảo Trang

Email: baotrang098@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

PTTS (40%). The mean duration of endotracheal intubation and tracheostomy was 14.3 days and 184.3 days, respectively ($p=0.000$). The most frequent clinical symptoms were dyspnea (100%), stridor (66.3%), and cough (41.3%). The most common location of stenosis was the upper third of the trachea (77.2%), with 6 cases of multi-segmental stenosis (6.5%). The mean stenotic segment length was 16.3 mm. There was a significant difference in the morphology of the lesion between the two groups ($p=0.012$): PITS was predominantly characterized by stricture/scar (fibrotic) (69%), while PTTS mostly presented as intraluminal granulation tissue (52%). Stenosis severity according to the Freitag classification was: Grade 0-2 (8.7%), Grade 3-4 (29.3%), and Grade 5 (62%); according to the Cotton-Myer classification, Grade I-II (34.8%), and Grade III-IV (65.2%). **Conclusion:** PITS and PTTS are acquired tracheal stenosis conditions that require heightened clinical attention. Diagnosis remains a challenge due to clinical symptoms that often mimic other obstructive airway diseases. The use of bronchoscopy and chest computed tomography with tracheobronchial tree reconstruction is helpful for diagnosis, lesion assessment, and formulating an appropriate treatment plan. Treatment is multimodal, in which interventional bronchoscopy is considered an ideal option for patients who are unsuitable for surgery.

Keywords: tracheal stenosis, interventional bronchoscopy, post-intubation, post-tracheostomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khí quản (HKQ) sau đặt ống nội khí quản và sau mở khí quản (Post-intubation tracheal stenosis – PITS, Post-tracheostomy tracheal stenosis – PTTS) là những dạng hẹp khí quản mắc phải phổ biến, xuất phát từ quá trình tổn thương đường thở do các thủ thuật can thiệp đường thở này. Với sự phát triển của chuyên ngành hồi sức cấp cứu, tỉ lệ đường can thiệp đường thở tăng lên đáng kể, cùng với đó là PITS và PTTS, chúng trở thành nguyên nhân thường gặp HKQ mắc phải.

Chẩn đoán HKQ vẫn còn nhiều thách thức vì các triệu chứng của HKQ thường dễ nhầm với các bệnh lý tắc nghẽn đường hô hấp khác như hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) nên thường bị chẩn đoán muộn. Chẩn đoán đòi hỏi sự kết hợp giữa lâm sàng với các phương tiện chẩn đoán chuyên sâu như nội soi phế quản (NSPQ) hay chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực có dựng hình khí phế quản. Các hệ thống phân loại của Freitag (2007) và Cotton – Myer (1994) đã được xây dựng để mô tả tổn thương [2, 6].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và tiền sử bệnh lý

Bảng 3.1. Phân bố tuổi BN theo nguyên nhân HKQ

Chỉ số	PITS (n=42)		PTTS (n=50)		Chung (n=92)		p
	n	%	N	%	n	%	
							0,047

Điều trị HKQ phức tạp, đòi hỏi phối hợp đa phương thức bao gồm: nội khoa, phẫu thuật tạo hình và NSCT. Trong đó NSCT là một lựa chọn lý tưởng cho bệnh nhân không thể phẫu thuật, giúp cải thiện triệu chứng và chỉ số cận lâm sàng [8].

Tuy nhiên, tại Việt Nam các dữ liệu tổng thể về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả thực tế của các phương thức nội soi can thiệp cho PITS/PTTS còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở BN PITS/PTTS được điều trị bằng can thiệp nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những BN được chẩn đoán PITS/PTTS và được điều trị bằng NSCT tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có tiền sử đặt ống nội khí quản (NKQ) hoặc mở khí quản (MKQ) trước đây, được chẩn đoán hẹp khí quản và được điều trị HKQ bằng phương pháp nội soi tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân HKQ do nguyên nhân khác hoặc đã được điều trị hẹp khí quản trước đây.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

- Các biến số nghiên cứu:

- Các đặc điểm nhân khẩu học.
- Tiền sử bệnh, thời gian đặt ống nội khí quản/mở khí quản, các triệu chứng lâm sàng.
- Các chỉ số về cận lâm sàng: mức độ hẹp, vị trí hẹp, chiều dài đoạn hẹp, hình thái hẹp.

- **Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20 để nhập và xử lý số liệu. Tính toán các tỉ lệ trung bình, trung vị. Kiểm định tính chuẩn bằng test Kolmogorov – Smirnov. Sử dụng test χ^2 , kiểm định Fisher's Exact để so sánh các tỷ lệ. Sử dụng test t-student, kiểm định Mann – whitney U để so sánh các số trung bình, trung vị.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu có sự xin phép và được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương. Các thông tin thu thập được từ BN được trình bày dưới dạng vô danh.

Tuổi							
≤20	1	2,4	1	2,0	2	2,2	
21–40	10	23,8	15	30,0	25	27,2	
41–60	18	42,9	9	18,0	27	29,3	
>60	13	30,9	25	50,0	38	41,3	
X ± SD	52,7 ± 16,3		55,1 ± 19,2		54,0 ± 17,9		0,316
Giới tính							0,495
Nam	28	66,7	38	74,0	65	70,7	
Nữ	14	33,3	13	26,0	27	29,3	

- Độ tuổi trung bình của các BN nghiên cứu là: 54,0, BN lớn tuổi nhất là 86 tuổi, BN trẻ nhất 18 tuổi, thường gặp nhất là ở nhóm > 60 tuổi (41,3%). Khi so sánh giữa hai nhóm PITS và

nhóm PTTS cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về phân bố tuổi.

- Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (70,7 và 29,3%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 3.2. Lí do can thiệp thủ thuật

Lí do can thiệp thủ thuật	PITS (n=42)		PTTS (n=50)		Chung (n=92)		p
	n	%	n	%	n	%	
Hô hấp	15	35,7	13	26,0	28	30,4	0,001
Phẫu thuật	0	0	0	0	0	0	
Thần kinh	6	14,3	20	40,0	26	28,3	
Tim mạch	7	16,7	0	0	7	7,6	
Ngộ độc, chuyển hóa	8	19,0	4	8,0	12	13,0	
Chấn thương	5	11,9	12	24,0	17	18,5	
Sốc nhiễm khuẩn	1	2,4	1	2,0	2	2,2	

- Lí do can thiệp thường gặp nhất là nguyên nhân hô hấp (30,4%) và thần kinh (28,3%). Khi so sánh giữa 2 nhóm, thấy ở nhóm PITS thường gặp nhất là nguyên nhân hô hấp (35,7%), nhóm PTTS hay gặp nhất là nguyên nhân thần kinh (40%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3. Thời gian đặt ống nội khí quản, mở khí quản

Thời gian	PITS (n=42)		PTTS (n=50)		Chung (n=92)		p
	n	%	n	%	n	%	
< 1 tháng	36	85,7	4	8,0	40	43,5	0,000
1 – 3 tháng	6	14,3	24	48,0	30	32,6	
> 3 tháng	0	0	22	44,0	22	23,9	
X ± SD (ngày)	14,3 ± 8,9		184,3 ± 445,9		106,7 ± 338,1		0,000

- Thời gian đặt ống NKQ trung bình là 14,3 ngày, MKQ là 184,3 ngày. Số ngày trung bình có sự khác nhau giữa hai nhóm ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	PITS (n=42)		PTTS (n=50)		Chung (n=92)		p
	n	%	n	%	n	%	
Khó thở	42	100	50	100	92	100	-
Thở rít	33	78,6	28	56,0	61	66,3	0,028
Ho	15	35,7	23	46,0	38	41,3	0,396
Rale rít	16	38,1	21	42,0	37	40,2	0,831
Thất bại cai máy thở	1	2,4	3	6,0	4	4,3	0,623
Khò khè	14	33,3	13	26,0	27	29,3	0,495

- Các triệu chứng thường gặp theo thứ tự là: Khó thở (100%), thở rít (66,3%), ho (40,2), rale rít (40,2%) và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.5. Vị trí hẹp và khoảng cách dây thanh đến vị trí hẹp

Vị trí đoạn hẹp	PITS (n=42)		PTTS (n=50)		Chung (n=92)		p
	n	%	n	%	n	%	
1/3 trên khí quản	38	90,5	33	66,0	71	77,2	0,046
1/3 giữa khí quản	2	4,8	9	18,0	11	12,0	

1/3 dưới khí quản	1	2,4	3	6,0	4	4,3	
Hẹp nhiều đoạn	1	2,4	5	10,0	6	6,5	

- Vị trí hẹp tại đoạn 1/3 trên khí quản chiếm đa số (77,2%), có 6 ca hẹp nhiều đoạn (6,5%). So sánh giữa hai nhóm về vị trí hẹp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Đặc điểm kích thước đoạn hẹp

Đặc điểm kích thước đoạn hẹp	PITS (n=42)		PTTS (n=50)		Chung (n=92)		p
	n	%	n	%	n	%	
Chiều dài đoạn hẹp							
<1cm	5	11,9	6	12,0	11	12,0	0,920
1-3cm	35	83,3	40	80,0	75	81,5	
>3cm	2	4,8	4	8,0	6	6,5	
Chiều dài đoạn hẹp trung bình (mm)	15,5 ± 6,3		16,9 ± 7,7		16,3 ± 7,1		0,492

- Chiều dài đoạn hẹp trung bình 16,3mm, chủ yếu là 1-3cm (81,5%), giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Hình thái tổn thương đoạn hẹp theo Freitag

Hình thái tổn thương thực thể	PITS (n=42)		PTTS (n=50)		Chung (n=92)		p
	n	%	n	%	n	%	
Type 1: U sùi trong lòng khí quản	11	26,2	26	52,0	37	40,2	0,012
Type 2: Chèn ép	0	0	0	0	0	0	
Type 3: Biến dạng	2	4,8	5	10,0	7	7,6	
Type 4: Co kéo	29	69,0	19	38,0	48	52,2	

- Hình thái tổn thương thường gặp nhất là dạng co kéo (55,2%), giữa hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hình thái tổn thương, với PITS chiều nhiều nhất là dạng co kéo (69%), nhóm PTTS là dạng u sùi trong lòng khí quản (52%) với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Mức độ hẹp theo Freitag và Cotton – Myer

Biến số	PITS (n=42)		PTTS (n=50)		Chung (n=92)		p
	n	%	n	%	n	%	
Mức độ hẹp - Freitag							
Độ 0-2	1	2,4	7	14,0	8	8,7	0,132
Độ 3-4	12	28,6	15	30,0	27	29,3	
Độ 5	29	69,0	28	56,0	57	62,0	
Mức độ hẹp - Cotton Myer							
Cotton I-II	12	28,6	20	40,0	32	34,8	0,297
Cotton III-IV	30	71.4	30	60.0	60	65.2	

- Hẹp độ 5 (theo Freitag) và hẹp độ III-IV (theo Cotton-Myer) chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 62,0% và 65,2%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 92 BN được chẩn đoán là PITS/PTTS với độ tuổi trung bình là 54,0, chủ yếu là nam (70,7%), gần tương đồng với tác giả Onur Kucuk có độ tuổi trung bình là 54,9, tỉ lệ nam là 63,2% [4].

Nguyên nhân can thiệp đường thở có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm: nhóm PITS chủ yếu do hô hấp (35,7%), trong khi nhóm PTTS chủ yếu do thần kinh (40%). Với nhóm PTTS, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Liu [5]. Ở cả hai nhóm, nguyên nhân hay gặp nhất trong nghiên cứu này là hô hấp (30,3%), khác với nghiên cứu của Đỗ Quyết, với nguyên nhân hay gặp nhất là chấn thương sọ não (60%) [1].

Thời gian đặt ống NKQ, MKQ trung bình 106,7 ngày, có sự khác biệt giữa hai nhóm PITS (14,3 ngày) và PTTS (184,3 ngày) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có thể lí giải từ nguyên nhân can thiệp đường thở giữa hai nhóm (PITS – hô hấp, PTTS – thần kinh). Bệnh nhân mắc bệnh lý thần kinh cần được mở khí quản để hô trợ thông khí do khả năng thở tự nhiên hoặc phản xạ ho kém. Triệu chứng khó thở xuất hiện ở 92/92 bệnh nhân nghiên cứu. Các triệu chứng còn lại lần lượt là: thở rít (66,3%), ho (41,3%), rale rít (40,2%), khò khè (29,3%), thất bại cai máy thở (4,3%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Onur Kucuk cũng có tỉ lệ khó thở 100%, khò khè 26,3%, ho 15,8% [4].

Qua NSPQ và chụp CLVT ngược dòng hình cây khí phế quản để xác định các đặc điểm hẹp, cho thấy vị trí HKQ hay gặp nhất là đoạn 1/3 trên (71/92), có 6 ca hẹp nhiều đoạn, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm

($p > 0,05$). Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Liu [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 ca hẹp nhiều đoạn (6,5%), thấp hơn so với tỉ lệ của Liu 14,5% (61/422). Chiều dài đoạn hẹp trung bình là 16,3mm, nhóm có đoạn hẹp 1-3cm chiếm 81,5%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm PITS và PTTS ($p > 0,05$), điều này khác biệt với nghiên cứu của Liu, nhóm PITS chủ yếu hẹp ≤ 1 cm, trong khi nhóm PTTS đoạn hẹp > 1 cm chiếm chủ yếu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Đánh giá mức độ hẹp, các BN hẹp từ độ 3 trở lên theo Freitag chiếm 91,3%, cả hai nhóm PTTS và PITS đều có sự tương đồng về phân bố mức độ hẹp ($p > 0,05$). Cũng tương tự với phân độ Cotton – Myer, nhóm Cotton III và IV chiếm 65,2%.

Hình thái tổn thương trên NSPQ và CLVT ngực cho thấy hẹp do co kéo, xơ sẹo chiếm 55,2%, u sùi trong lòng phế quản 40,2%, biến dạng 7,6%. Nhóm PITS có tỉ lệ co kéo, xơ sẹo 69%, u sùi 26,2%, trong khi nhóm PTTS hẹp dạng co kéo 38%, u sùi trong lòng khí quản 52,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm PITS thường là do áp lực bóng chèn cao, dẫn đến tổn thương thiếu máu cục bộ và tăng sinh xơ sẹo hình thành tổn thương xơ hóa, co kéo, nhóm PTTS thường gặp hình thành mô hạt tại vị trí mở khí quản và xơ sẹo [3, 7].

V. KẾT LUẬN

HKQ đặc biệt là hẹp khí quản mắc phải sau can thiệp như PITS và PTTS là một bệnh lý cần được quan tâm do tỉ lệ can thiệp đường thở tăng dần.

Chẩn đoán bệnh là một thách thức khi các triệu chứng của hẹp đường thở dễ bị nhầm lẫn với các triệu chứng tắc nghẽn hô hấp khác như hen, COPD, dẫn đến chẩn đoán muộn.

Sử dụng NSPQ và chụp CLVT ngực có dựng cây khí phế quản giúp chẩn đoán, đánh giá tổn thương, từ đó đưa ra phương án điều trị phù hợp.

Điều trị PITS/PTTS là điều trị đa mô thức bao gồm nội khoa, nội soi can thiệp và phẫu thuật tạo hình khí quản, trong đó nội soi là một lựa chọn lí tưởng khi bệnh nhân không thể phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Quyết, Mai Xuân Khấn, Tống Đức Hiếu.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả bước đầu điều trị chít hẹp khí quản bằng nội soi can thiệp. Tạp Chí Khoa Học Và Công Nghệ. 2015;2(8):13-19.
2. **Freitag L, Ernst A, Unger M, Kovitz K, Marquette CH.** A proposed classification system of central airway stenosis. Eur Respir J. 2007;30(1):7-12.
3. **García-Martínez L, Laín Fernández A, Iglesias-Serrano I, Giné Prades C, Soriano-Arandes A, López M.** Endobronchial tuberculosis in children: Defining the role of interventional bronchoscopy. Pediatr Pulmonol. 2022;57(11):2688-2695.
4. **Küçük O, Aydemir S, Zengin M, Alagöz A.** Long-term results of intensive care patients with post-intubation tracheal stenosis: 7 years follow-up. BMC Pulm Med. 2024;24(1):561.
5. **Liu XF, Nan FY, Li L, et al.** Comparison of the difference between post-intubation tracheal stenosis and post-tracheostomy tracheal stenosis: a cross-sectional study. J Thorac Dis. 2025;0(0).
6. **Myer CM, O'Connor DM, Cotton RT.** Proposed Grading System for Subglottic Stenosis Based on Endotracheal Tube Sizes. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1994;103(4):319-323.
7. **Sezer HF, Eliçora A.** How long should it be insisted on rigid bronchoscopy in the treatment of postintubation tracheal stenosis in accordance with different stenosis classification systems? Turk J Thorac Cardiovasc Surg. 2022;30(3):410-420.
8. **Wynn R, Har-El G, Lim JW.** Tracheal Resection with End-to-End Anastomosis for Benign Tracheal Stenosis. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2004;113(8):613-617.

KẾT QUẢ THỞ OXY LƯU LƯỢNG CAO (HFNC) TRONG ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP NGUY KỊCH DO COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Lê Đức An¹, Tạ Thị Diệu Ngân¹, Vũ Đình Phú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả phương pháp thở oxy lưu lượng cao (HFNC) trong điều trị người bệnh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đình Phú

Email: vudinhphu07@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

COVID-19 suy hô hấp nguy kịch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên bệnh nhân COVID-19 suy hô hấp nguy kịch được điều trị HFNC tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 5/2021 đến 4/2023. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu có tổng số 147 bệnh nhân COVID-19 suy hô hấp nguy kịch thở HFNC, trong đó có 118 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu với tuổi trung bình là $63,8 \pm 19,6$, nam giới chiếm 72% và 69,5% có bệnh nền. Có 65 (55,1%) bệnh nhân thở HFNC thành công, còn 53 (44,9%) bệnh nhân thất bại với thở HFNC phải đặt nội khí quản thở máy. Thời gian thở HFNC trung bình