

5. **Huynh, T., J. Zhang, and K.Q. Hu,** *Hepatitis C Virus Clearance by Direct-acting Antiviral Results in Rapid Resolution of Hepatocytic Injury as Indicated by Both Alanine Aminotransferase and Aspartate Aminotransferase Normalization.* J Clin Transl Hepatol, 2018. **6**(3): p. 258-263.
6. **Ko, P.-H., et al.,** *The utility of HCV core antigen for evaluation of viremia at 48 weeks posttreatment with direct-acting antivirals.* Advances in Digestive Medicine, 2023. **10**(2): p. 80-86.
7. **Łucejko, M. and R. Flisiak,** *Quantitative Measurement of HCV Core Antigen for Management of Interferon-Free Therapy in HCV-Infected Patients.* Antiviral Therapy, 2018. **23**(2): p. 149-156.
8. **Pawlotsky, J.-M., et al.,** *EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series*☆. Journal of Hepatology, 2020. **73**(5): p. 1170-1218.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA KỸ THUẬT MỞ KHÍ QUẢN XUYÊN DA NONG TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG NĂM 2024-2025

Lâm Huyền Trân ^{1*}, Phạm Vân Anh ¹, Võ Thảo Nguyên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề. Kỹ thuật mở khí quản xuyên da nong (MKQXD) do Ciaglia giới thiệu năm 1985 đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới vì đặc tính ít xâm lấn, thao tác nhanh và hiệu quả. Tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, kỹ thuật này đã được thực hiện thường quy từ năm 2013. Năm 2024, đơn vị triển khai sử dụng ống nong cải tiến hình chữ S nhằm tăng độ an toàn và ổn định khi thao tác. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của MKQXD khi sử dụng ống nong chữ S. **Đối tượng và phương pháp.** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiền cứu trên 53 bệnh nhân (tuổi trung bình 66,72±16,63, tỷ lệ nam/nữ 37,74%/62,26%) có chỉ định MKQXD tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 11/2024 đến 6/2025. Bệnh nhân được thu thập thông tin cá nhân, tiền căn bệnh lý; sau đó được phẫu thuật MKQXD. Sau phẫu thuật, tiến hành ghi nhận sinh hiệu và các chỉ số trước và sau phẫu thuật, các biến chứng sớm (trong vòng 24 giờ) và muộn (>24 giờ sau phẫu thuật), đồng thời ghi nhận kết cục của cuộc phẫu thuật. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình 5,35 ± 1,07 phút. Các chỉ số thay đổi có ý nghĩa theo chiều hướng tích cực trước và sau phẫu thuật bao gồm mạch (90,45 ± 11,28 so với 87,16 ± 9,34 lần/phút, p = 0,028), SpO₂ (97,92 ± 1,36 và 98,74 ± 1,14, p = 0,004) và ETCO₂ (47,63 ± 3,80 so với 42,08 ± 4,42, p < 0,001). Tỷ lệ biến chứng chung là 13,19% bao gồm biến chứng sớm (11,31%) và biến chứng muộn (1,88%). Có 54,71% bệnh nhân xuất viện nhưng chưa rút canuyn, 1,88% xuất viện rút canuyn và 43,41% tử vong hoặc nặng xin về. Tất cả các bệnh nhân tử vong/nặng xin về đều do bệnh lý nền nằm tại ICU, không do biến chứng của MKQXD. **Kết luận:** MKQXD là một kỹ thuật có tính hiệu quả và an toàn

cao, có thể được đào tạo chuyển giao và áp dụng rộng rãi tại các cơ sở y tế. **Từ khóa:** mở khí quản xuyên da nong, tính hiệu quả, tính an toàn.

ABSTRACT

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF PERCUTANEOUS DILATATIONAL TRACHEOSTOMY AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL (2024-2025)

Background: Percutaneous dilatational tracheostomy (PDT), introduced by Ciaglia in 1985, has become widely adopted for its speed, safety, and minimally invasive nature. At Nguyen Tri Phuong Hospital, PDT has been routinely performed since 2013. In 2024, the hospital introduced an S-shaped dilator designed to enhance procedural stability and operator control. However, local data on this new device remain limited. This study aims to evaluate the safety and effectiveness of PDT using the S-shaped dilator. **Methods:** A descriptive study combining retrospective and prospective data was conducted on 53 patients (mean age 66,72 ± 16,63 years; male/female 37,74%/62,26%) who had indications for percutaneous dilatational tracheostomy (PDT) at Nguyen Tri Phuong Hospital from November 2024 to June 2025. Demographic information and medical history were collected, after which PDT was performed. Postoperatively, vital signs and clinical parameters were recorded before and after the procedure; early complications (within 24 hours) and late complications (>24 hours after the procedure) were monitored, and surgical outcomes were documented. **Results:** Mean surgical time was 5,35 ± 1,07 minutes. Variables that changed significantly in a positive direction before and after surgery included pulse (90,45 ± 11,28 vs 87,16 ± 9,34 beats/minute, p = 0,028), SpO₂ (97,92 ± 1,36 vs 98,74 ± 1,14, p = 0,004), and ETCO₂ (47,63 ± 3,80 vs 42,08 ± 4,42, p < 0,001). The postoperative complications rate was 13,19%, including early complications (11,31%) and late complications (1,88%). There were 54,71% of patients discharged without removing the cannula, 1,88% were discharged with the cannula removed, and 43,41% died. All patients who died were due to

¹ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

² Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Huyền Trân

Email: huyentrant@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.3.2026

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2026

Ngày duyệt bài: 17.4.2026

underlying diseases- ICU department, not PDT complications. **Conclusion:** PDT is a highly effective and safe technique for being trained and widely applied in medical facilities. **Keywords:** Percutaneous dilatational tracheostomy, effectiveness, safety.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở khí quản (MKQ) là một trong những thủ thuật can thiệp đường thở lâu đời được ghi nhận lần đầu từ nền văn minh Ai Cập cổ đại hơn 3600 năm trước Công nguyên¹. Trong y học hiện đại, MKQ giữ vai trò quan trọng trong chăm sóc bệnh nhân thở máy kéo dài tại các đơn vị hồi sức tích cực, với những lợi ích đã được chứng minh như giảm nhu cầu an thần, thuận lợi trong chăm sóc đường thở và rút ngắn thời gian thở máy. Hiện nay, có hai phương pháp MKQ được áp dụng phổ biến là MKQ phẫu thuật và MKQXDN. Kể từ khi Ciaglia và cộng sự² giới thiệu phương pháp nong qua da dưới hướng dẫn nội soi phế quản năm 1985, MKQXDN đã trở thành lựa chọn ưu tiên tại nhiều trung tâm hồi sức trên thế giới nhờ đặc tính ít xâm lấn, thao tác nhanh và tỷ lệ biến chứng thấp.

Tại Việt Nam, MKQXDN đã được triển khai tại nhiều bệnh viện lớn như Bạch Mai, Chợ Rẫy, Quân Y 108, Đại học Y Dược TP.HCM và bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Những năm gần đây, nhiều nghiên cứu về kỹ thuật MKQ XDN đã được tiến hành và đều ghi nhận các kết quả khả quan như nghiên cứu của tác giả Lâm Huyền Trân,³ Ngô Thế Hải,⁴ và Nguyễn Thị Mỹ Dung.⁵ Từ giữa năm 2024, đơn vị bắt đầu sử dụng ống nong hình chữ S với thiết kế cải tiến, giúp thao tác ổn định và an toàn hơn. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của MKQXDN trong năm 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân có chỉ định MKQ XDN tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 11 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025.

* **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân tham gia nghiên cứu cần thỏa tất cả những tiêu chí sau: (1) Tuổi ≥ 18 , (2) Có chỉ định MKQXDN (tắc nghẽn đường hô hấp trên, bảo vệ đường thở ở người bệnh có nguy cơ hít sặc, suy hô hấp, ứ đọng đàm nhớt vùng phế quản, thở máy kéo dài) và (3) Có hồ sơ bệnh án với thông tin đầy đủ cho nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Loại ra khỏi nghiên cứu ở bệnh nhân có một trong những tiêu chuẩn sau (phù hợp với MKQ kinh điển): U vùng cổ (hematoma, tuyến giáp to từ độ 2 trở lên và các

u khác), khó thở thanh quản cần MKQ cấp cứu, nhiễm trùng hay áp xe mô mềm vùng trước cổ, hẹp khí quản, không xác định được các mốc giải phẫu vùng cổ, tiền căn từng xạ trị vùng cổ, đã từng phẫu thuật khí quản phức tạp trước đây.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca

- **Phương pháp chọn mẫu:** lấy mẫu thuận tiện.

- **Phương pháp tiến hành:** (1) Thu thập thông tin cá nhân, tiền căn, triệu chứng và các cận lâm sàng liên quan đến việc thực hiện thủ thuật ở những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không có tiêu chuẩn loại trừ, (2) Ghi nhận sinh hiệu và các chỉ số monitor trước và sau cuộc phẫu thuật, các biến chứng sớm (trong vòng 24 giờ) và muộn (>24 giờ sau phẫu thuật), đồng thời ghi nhận kết cục của cuộc phẫu thuật, (3) Xử lý số liệu thu thập được.

- Các biến số nghiên cứu chính:

+ Thời gian phẫu thuật: xác định từ thời điểm rạch da đến thời điểm đặt canuyn thành công (phút).

+ Các biến chứng sớm (trong vòng 24 giờ phẫu thuật): chảy máu, tràn khí (tại chỗ, màng phổi, trung thất), biến chứng liên quan đến canuyn (canuyn gây nuốt khó, tắc, rơi ra, vỡ bóng chèn), dò (khí quản – thực quản, dò khí quản – trung thất hoặc dò khí quản – động mạch), các biến chứng khác nếu có.

+ Các biến chứng muộn (>24 giờ sau phẫu thuật): chảy máu, tràn khí, biến chứng liên quan đến canuyn, dò, nhiễm trùng (chỗ MKQ, toàn thân), hẹp khí quản, các biến chứng khác nếu có.

+ Kết quả sau khi MKQ: gồm 3 giá trị xuất viện rút canuyn, xuất viện nhưng chưa rút canuyn hoặc tử vong/nặng xin về.

+ Nguyên nhân tử vong (nếu có): gồm 2 giá trị là do bệnh lý nền hoặc do biến chứng của phẫu thuật.

- Xử lý số liệu: bằng STATA 14. Đối với biến số định tính, trình bày bằng tần số (n) và tỷ lệ (%). Đối với biến số định lượng, trường hợp phân phối chuẩn: trình bày bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn (TB \pm ĐLC). Khảo sát sự khác biệt giữa 2 biến định tính bằng kiểm định Chi bình phương hoặc kiểm định chính xác Fisher. Khảo sát sự khác biệt của biến định lượng bằng kiểm định t (phân phối chuẩn) hoặc Mann-Whitney (không có phân phối chuẩn), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi trị số $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

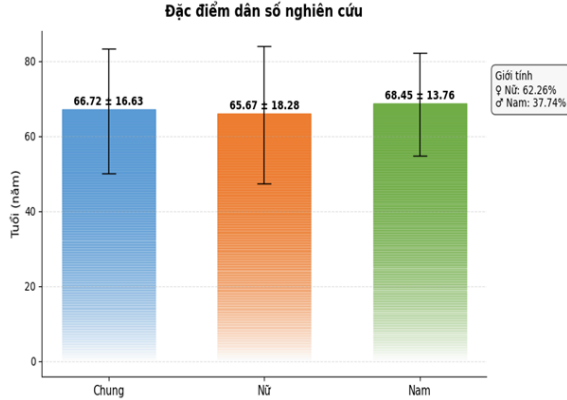
2.3 Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (số 4044/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 12 tháng 12 năm 2024).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm của dân số nghiên cứu



Biểu đồ 1. Các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Giới tính: Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm ưu thế (62,26%) so với nam (37,74%).

Tuổi: Tuổi trung bình của toàn bộ bệnh nhân là 66,72 ± 16,63 năm. Nam giới có tuổi trung bình cao hơn nữ (68,45 ± 13,76 so với 65,67 ± 18,28. Nhìn chung, nhóm nghiên cứu chủ yếu gồm bệnh nhân lớn tuổi, phù hợp với đối tượng thường gặp được chỉ định mở khí quản.

Bệnh nền kèm theo:

Tăng huyết áp (41,50%), đái tháo đường (24,52%), tai biến mạch máu não (20,75%) là các bệnh nền kèm theo phổ biến nhất, điều này phù hợp đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân nằm hồi sức. Các bệnh lý khác như rung nhĩ, bệnh tim thiếu máu cục bộ và bệnh thận mạn chiếm tỷ lệ thấp <10%.

3.2. Các đặc điểm của cuộc phẫu thuật

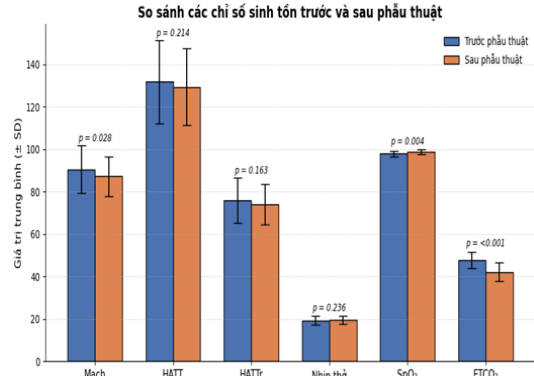
Bảng 1. Nguyên nhân, thời gian và địa điểm MKQ

	TB ± ĐLC	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân MKQ			
Tiền lượng thở máy kéo dài	-	53	100
Địa điểm phẫu thuật			
Tại phòng mổ	-	53	100
Tại giường	-	0	
Chuyển sang MKQ kinh điển			
Có	-	0	0
Không	-	53	100
Thời gian phẫu thuật, phút	5,35 ± 1,07	-	-

Nhận xét: Nguyên nhân chính MKQ XDN là tiền lượng thở máy kéo dài (100%). Các ca phẫu

thuật được thực hiện hoàn toàn tại phòng mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình tính từ lúc rạch da đến khi luồn canuyn vào khí quản thành công là khá ngắn (5,35 ± 1,07 phút).

3.3. Các đặc điểm sau phẫu thuật



Biểu đồ 2. Đặc điểm sinh hiệu, SpO₂ và ETCO₂ trước và sau phẫu thuật

*Kiểm định t bắt cặp cho kết quả Mạch, SpO₂ và ETCO₂ trước và sau phẫu thuật thay đổi có ý nghĩa thống kê

Bảng 2. Đặc điểm biến chứng sau phẫu thuật

Nhóm	Biến chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Biến chứng trong phẫu thuật	Chảy máu ít	04	7,54
	Chảy máu sớm	02	3,77
Biến chứng muộn	Chảy máu	00	00
	Tụt canule	01	1,88

Ghi nhận 4 ca chảy máu nhẹ (7,54 %) trong lúc phẫu thuật. Biến chứng sớm ghi nhận 2 ca chảy rỉ máu quanh chân lỗ mở khí quản, trong đó có 1 ca tự khô và không cần xử trí gì thêm và 1 đáp ứng tốt với nhét gạc quanh chân lỗ mở khí quản. Các biến chứng sớm khác như tràn khí dưới da, tràn khí màng phổi, tụt canule hoặc dò khí quản không xuất hiện. Biến chứng muộn ghi nhận 1 ca tụt canule chiếm 1,88 %. Không ghi nhận tràn khí, sưng tấy tại chỗ, hẹp khí quản hoặc các biến chứng muộn khác.

Bảng 3. Kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu

	Tần số (n = 53)	Tỷ lệ (%)
Kết quả điều trị		
Xuất viện và rút canuyn	1	1,88
Xuất viện nhưng chưa rút canuyn	29	54,71
Tử vong/nặng xin về	23	43,41
Nguyên nhân tử vong/nặng xin về		
Do bệnh lý nền	23	100
Do biến chứng MKQ	0	0,0

Nhận xét: Hơn một nửa bệnh nhân được xuất viện nhưng chưa rút canuyn. Tử vong/ hoặc nặng xin về chiếm 43,41 % và tất cả các trường hợp tử vong hay bệnh nặng xin về này đều là do bệnh lý nền.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu khá cao, trong đó nhóm trên 65 tuổi chiếm gần 60% , nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu năm 2017 tại BV Nguyễn Tri Phương ⁴với tuổi trung bình $71,58 \pm 15,27$, nhưng khác ở tỷ lệ nam giới chiếm 52,8%. Kết quả này cũng gần với nghiên cứu của Tô Hiến Minh ⁶, trong đó tuổi trung bình là $66,8 \pm 16,4$ và nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn. Ngoài ra, khảo sát của Ji Eun Kim và cộng sự tại Hàn Quốc ⁷ ghi nhận tuổi trung bình $71,9 \pm 11,5$ với tỷ lệ nam/nữ là 62,8/37,2%.

Đặc điểm về tuổi của nghiên cứu này nhìn chung tương đồng với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Tuy nhiên, tỷ lệ nữ giới cao hơn, có thể liên quan đến xu hướng già hóa dân số khi nữ giới có tuổi thọ trung bình cao hơn, từ đó dễ gặp bệnh lý mạn tính và biến chứng, làm tăng nguy cơ nhập viện

4.2. Hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật MKQXDN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình tính từ lúc rạch da đến khi đặt thành công canuyn khí quản là $5,35 \pm 1,07$ phút, ngắn hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Dung ($6,76 \pm 2,75$ phút) ⁵ và Tô Hiến Minh ($7,9 \pm 2,3$ phút) ⁶. Mặc dù có sự khác biệt từ 1–3 phút giữa các nghiên cứu, điểm chung là kỹ thuật MKQXDN được thực hiện trong thời gian ngắn, thể hiện tính hiệu quả của phương pháp.

Về sinh hiệu, mạch giảm từ $90,45 \pm 11,28$ xuống $87,16 \pm 9,34$ lần/phút ($p = 0,028$), trong khi huyết áp, nhịp thở và nhiệt độ không thay đổi đáng kể. SpO₂ tăng từ 97,92% lên 98,74% ($p = 0,004$) và ETCO₂ giảm từ 47,63 xuống 42,08 mmHg ($p < 0,001$), chứng tỏ thông khí bệnh nhân cải thiện rõ rệt sau thủ thuật. Các kết quả này tương đồng với báo cáo của Ngô Thế Hải và Trouillet ⁸, củng cố thêm bằng chứng rằng MKQXDN góp phần cải thiện trao đổi khí và giảm áp lực đường thở.

Về biến chứng, tỷ lệ chung là 13,19 %, hầu hết mức độ nhẹ, chủ yếu chảy máu nhẹ (11,31%) và không cần can thiệp phẫu thuật, tụt canuyn ghi nhận 1 ca (1,88 %) và đã được xử trí nhanh chóng và hiệu quả cho bệnh nhân, không ghi nhận biến chứng nặng như tràn khí, dò khí quản hay sẹo hẹp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chung thấp hơn rõ rệt so với

nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ngọc Thảo ⁹ với tỷ lệ biến chứng chung lên đến 40%. Các biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là mức độ nhẹ, phần lớn là chảy máu ít trong và sau phẫu thuật, không cần can thiệp ngoại khoa cấp cứu và đáp ứng tốt với xử trí bảo tồn. Ngược lại, nghiên cứu của Phạm Thị Oanh thực hiện MKQXDN tại giường ghi nhận tỷ lệ biến chứng cao hơn, đặc biệt là các biến chứng muộn như chảy máu đáng kể, nhiễm khuẩn tại chỗ và những biến chứng liên quan đến chăm sóc lỗ mở khí quản. Sự khác biệt này có thể liên quan đến bối cảnh nghiên cứu, mức độ nặng của bệnh nhân ICU, cũng như cách định nghĩa và ghi nhận biến chứng kết quả đồng thời còn cho thấy MKQXDN khi được thực hiện trong điều kiện phòng mổ có độ an toàn cao và tỷ lệ biến chứng thấp hơn. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế (Brass 2016; Putensen 2021; Moore 2024) ¹⁰⁻¹², cũng cho thấy tỷ lệ biến chứng thấp.

Về kết cục, phần lớn bệnh nhân xuất viện nhưng chưa rút canuyn (54,71 %), chỉ 1,88 % được rút canuyn trước khi xuất viện, trong khi 43,41 % bệnh nhân tử vong hoặc nặng xin về – kết hoặc này tương tự các nghiên cứu trước tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (khoảng 43 đến 50%), nhưng cao hơn so với báo cáo tại Đại học Y Dược TP.HCM, nơi bệnh nhân có tình trạng ổn định hơn ngay từ đầu so với những bệnh nhân nặng đang thở máy nằm tại ICU của bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Đáng chú ý, không có trường hợp tử vong nào liên quan trực tiếp đến thủ thuật, mà chủ yếu do bệnh nhân tuổi cao bệnh nặng diễn tiến bệnh xấu. Điều này nhấn mạnh MKQXDN là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, còn tiên lượng lâu dài phụ thuộc nhiều vào tình trạng bệnh nền của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

MKQXDN là một kỹ thuật có tính hiệu quả và an toàn cao, nên được đào tạo chuyển giao và áp dụng rộng rãi tại các cơ sở y tế.

LỜI CẢM ƠN:

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 76/2025/HĐ-ĐHYD ngày 17/4/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Breasted, J. H. (1930).** The Edwin Smith surgical papyrus: Published in facsimile and hieroglyphic transliteration with translation and commentary. University of Chicago Press
2. **Ciaglia P, Firsching R, Syniec C.** Elective percutaneous dilatational tracheostomy. A new simple bedside procedure; preliminary report. Chest. Jun 1985;87(6):715-9. doi:10.1378/chest.87.6.715
3. **Huỳnh Khắc Cường, Lâm Huyền Trân.** Bước đầu đánh giá hiệu quả phẫu thuật mở khí quản

- xuyên da nong tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2014;18(1):116-120.
4. **Lâm Huyền Trân, Ngô Thế Hải.** Đánh giá kết quả phẫu thuật mở khí quản xuyên da nong tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2017;21:32-38.
 5. **Nguyễn Thị Mỹ Dung.** *Khảo sát tình hình mở khí quản xuyên da nong tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2018 đến 2022.* Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2022.
 6. **Tô Hiến Minh, Trần Hữu Thông, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Hữu Quân.** Đánh giá kết quả phẫu thuật mở khí quản nong qua da tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;535(2):63-67. Phạm Thị Oanh, Phạm Thị Ngọc Thảo. Kết cục của mở khí quản bằng phương pháp nong qua da so với phẫu thuật ở bệnh nhân thở máy tại khoa hồi sức cấp cứu. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;351(1B):14-18.
 7. **Kim JE, Lee DH.** The feasibility and safety of percutaneous dilatational tracheostomy without endotracheal guidance in the intensive care unit. *Acute Crit Care*. Feb 2022;37(1):101-107.
 8. **Trouillet JL, Luyt CE, Guiguet M, et al.** Early percutaneous tracheostomy versus prolonged intubation of mechanically ventilated patients after cardiac surgery: a randomized trial. *Ann Intern Med*. Mar 15 2011;154(6):373-83. doi:10.7326/0003-4819-154-6-201103150-00002.
 9. **Brass, P., Hellmich, M., Ladra, A., Ladra, J., & Wrzosek, A. (2016).** Percutaneous techniques versus surgical techniques for tracheostomy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(7), CD008045. <https://doi.org/10.1002/14651858>.
 10. **Phạm Thị Oanh, Phạm Thị Ngọc Thảo.** Kết cục của mở khí quản bằng phương pháp nong qua da so với phẫu thuật ở bệnh nhân thở máy tại khoa hồi sức cấp cứu. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;351(1B):14-18
 11. **Putensen, C., Theuerkauf, N., Guenther, U., Vargas, M., & Pelosi, P. (2021).** Percutaneous and surgical tracheostomy in critically ill adult patients: A meta-analysis. *Critical Care*, 25(1), 25.
 12. **Moore, T. J. (2024).** An updated review in percutaneous tracheostomy. *AME Medical Journal*. <https://doi.org/10.21037/amj-23-143>.

SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ HBsAg Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VI RÚT B MẠN ĐIỀU TRỊ THUỐC KHÁNG VI RÚT TẠI VIỆN Y HỌC NHIỆT ĐỚI BẠCH MAI

Nguyễn Văn Dũng¹, Lê Thị Hồng Linh¹,
Lê Thị Thanh Thủy¹, Trương Thái Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: “Khảo sát sự thay đổi nồng độ HBsAg ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn điều trị thuốc kháng vi rút tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai – Bệnh viện Bạch Mai”. **Đối tượng nghiên cứu:** 190 người bệnh chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn điều trị tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai – Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2010 đến 8/2025 được lựa chọn theo kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả và kết luận:** Nồng độ HBsAg trung bình giảm nhanh trong 02 năm đầu điều trị thuốc kháng vi rút (nồng độ HBsAg trung bình trước điều trị là 63111,7 IU/ml, sau 6 tháng là 6724,4 IU/ml và sau 24 tháng là 3009,3 IU/ml), sau đó nồng độ HBsAg trung bình giảm chậm trong những năm sau và sau 66 tháng là 1004,9 IU/ml. Tỷ lệ người bệnh có nồng độ HBsAg ≥ 10.000 IU/ml giảm nhanh trong quá trình điều trị, trước điều trị là 41,1%, sau 6

tháng là 15,9%, sau 24 tháng là 11,2%, sau 36 tháng là 4,2% và sau 66 tháng là 0%. Tỷ lệ mất HBsAg sau 30 tháng điều trị là 1,4% (1/72 người bệnh), sau 36 tháng là 2,8% (2/71 người bệnh), sau 48 tháng là 3,2% (2/62 người bệnh), sau 60 tháng là 6,8% (4/59 người bệnh) và sau 66 tháng là 9,7% (3/31 người bệnh). **Từ khóa:** HBV, định lượng HBsAg, Viêm gan vi rút B mạn

ABSTRACT

THE CHANGES IN HEPATITIS B SURFACE ANTIGEN (HBsAg) LEVELS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B RECEIVING ANTIVIRAL THERAPY AT THE BACH MAI INSTITUTE OF TROPICAL MEDICINE

Objective: To examine changes in hepatitis B surface antigen (HBsAg) levels in patients with chronic hepatitis B receiving antiviral therapy at the Bach Mai Institute of Tropical Medicine, Bach Mai Hospital. **Subjects:** A total of 190 patients diagnosed with chronic hepatitis B and treated at the Institute of Tropical Medicine, Bach Mai Hospital between August 2010 and August 2025 were selected using convenience sampling. **Methods:** A retrospective descriptive study. **Results and conclusions:** The mean HBsAg level decreased rapidly during the first two years of antiviral treatment (mean HBsAg level

¹ Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai - Bệnh viện Bạch Mai

² Viện Xét nghiệm Y học - Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: dungaids2003@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2026

Ngày duyệt bài: 6.4.2026