

- 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”. **Đôi 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

before treatment: 6311,7 IU/mL; after 6 months: 6724,4 IU/mL; and after 24 months: 3009,3 IU/mL). Thereafter, the mean HBsAg level declined more slowly in subsequent years, reaching 1004,9 IU/mL after 66 months of treatment. The proportion of patients with HBsAg levels $\geq 10,000$ IU/mL decreased markedly during treatment, from 41,1% before treatment to 15,9% after 6 months, 11,2% after 24 months, 4,2% after 36 months, and 0% after 66 months. The rate of HBsAg loss after 30 months of treatment was 1,4% (1/72 patients), increasing to 2,8% after 36 months (2/71 patients), 3,2% after 48 months (2/62 patients), 6,8% after 60 months (4/59 patients), and 9,7% after 66 months of treatment (3/31 patients). **Keywords:** HBV, qHBsAg, chronic hepatitis B

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan vi rút B mạn là bệnh do HBV gây ra, bệnh kéo dài nhiều năm, bệnh để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng như xơ gan và ung thư tế bào gan. Bệnh vẫn còn là vấn đề sức khỏe trầm trọng và ước tính khoảng 254 triệu người trên thế giới nhiễm vi rút viêm gan B (HBV: Hepatitis B virus) mạn [1][2]. Các biện pháp điều trị viêm gan vi rút B mạn nhằm ức chế sự nhân lên của HBV và hạn chế các hậu quả của bệnh. Nhiều thuốc kháng vi rút loại dẫn chất nucleotit đã được sử dụng, trong đó entecavir (ETV), tenofovir disoproxil fumarate (TDF) và tenofovir alafenamide (TAF) là thuốc lựa chọn trước tiên trong điều trị viêm gan vi rút B mạn chưa điều trị hiện nay. Có nhiều xét nghiệm huyết thanh của HBV được thực hiện để theo dõi, đánh giá đáp ứng điều trị và đánh giá nguy cơ của các hậu quả gây ra do HBV như xơ gan và ung thư tế bào gan. Những năm gần đây xét nghiệm định lượng HBsAg (Hepatitis B surface Antigen: Kháng nguyên bề mặt của HBV) đã được thực hiện thường quy hơn, được đưa vào trong những hướng dẫn quốc gia vì những giá trị của xét nghiệm định lượng HBsAg trong việc phân tầng nguy cơ tiến triển của bệnh và dự đoán đáp ứng với điều trị thuốc kháng vi rút ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn. Ở những người bệnh viêm gan vi rút B mạn điều trị bằng thuốc kháng vi rút, sự thay đổi nồng độ HBsAg có khả năng dự đoán ngừng thuốc kháng vi rút và chuyển đảo huyết thanh HBsAg. Chuyển đảo huyết thanh HBsAg hoặc mất HBsAg được coi là mục tiêu tối ưu của điều trị thuốc kháng vi rút.

Việt Nam nằm trong vùng có tỷ lệ nhiễm HBV cao, với tỷ lệ người mang HBsAg trên 8%. Nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị thuốc kháng vi rút ETV, TAF và TDF trong điều trị viêm gan vi rút B mạn tại Việt Nam về đáp ứng vi rút, sinh hóa và chuyển đảo huyết thanh HBeAg. Bên cạnh đó việc đánh giá sự thay đổi nồng độ HBsAg trong quá trình điều trị thuốc

kháng vi rút là vô cùng cần thiết để giúp các bác sĩ lâm sàng trong việc lập kế hoạch, định hướng và tiên lượng điều trị góp phần thiết thực chăm sóc sức khỏe người bệnh.

Chính vì những lý do nêu trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 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*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn và điều trị thuốc ETV, TAF hoặc TDF tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai - Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2010 đến 8/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- Người bệnh có các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn và điều trị thuốc kháng vi rút theo hướng dẫn Bộ Y tế Việt Nam năm 2019 [3] như sau:

HBsAg dương tính ≥ 6 tháng.

Tải lượng HBV-ADN $\geq 2 \times 10^4$ IU/ml với HBeAg dương tính và tải lượng HBV-ADN $\geq 2 \times 10^3 - 10^4$ IU/ml với HBeAg âm tính.

ALT tăng ≥ 2 ULN. Nếu ALT tăng 1-2 ULN và tải lượng HBV-ADN cao theo tiêu chuẩn trên, người bệnh được chỉ định sinh thiết gan hoặc đo Fibroscan có phản ứng viêm hoại tử mức độ vừa hoặc nặng và xơ gan (giai đoạn F2 trở lên theo thang điểm Metavir) được chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút.

Người bệnh được chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút ETV, TAF hoặc TDF

- Người bệnh từ 16 tuổi trở lên.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh đồng nhiễm với HIV, HCV

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai - Bệnh viện Bạch Mai

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ 12/2024 đến 12/2025

2.2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện. Tiến hành lấy hồ sơ và tài liệu lưu của người bệnh đến khám và điều trị tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2010 đến 8/2025 có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ chọn tham gia nghiên cứu.

2.2.5. Vật liệu nghiên cứu

- Phiếu bệnh án nghiên cứu do nhóm nghiên cứu xây dựng.

- Xét nghiệm huyết học (công thức máu và đông máu cơ bản), sinh hóa máu (ALT, AST,

albumin), huyết thanh học (HBeAg, anti-HBe, anti-HCV và HIV), định lượng HBSAg và HBV-ADN thực hiện tại Viện Xét nghiệm y học - Bệnh viện Bạch Mai.

2.2.6. Quy trình theo dõi người bệnh

- Hồ sơ và tài liệu người bệnh đến khám và điều trị tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai - Bệnh viện Bạch Mai thời gian từ 8/2010 - 8/2025 sẽ được sàng lọc theo tiêu chuẩn chọn người bệnh của nghiên cứu.

Thông tin chung về người bệnh: Tuổi, giới...

Thu thập xét nghiệm sinh hóa (ALT, AST), huyết thanh học (anti-HCV, HIV, HBeAg, anti-HBe), định lượng HBSAg và HBV-ADN

Thu thập thông tin siêu âm gan mật đánh giá hình thái học của gan.

Thông tin về điều trị thuốc ETV, TAF hoặc TDF
 - Đánh giá tuân thủ điều trị thuốc kháng vi rút dựa theo thang điểm đánh giá tuân thủ điều trị thuốc kháng vi rút ở người bệnh nhiễm HIV/AIDS của Bộ Y tế Việt Nam.

- Thu thập các thông tin khám và điều trị của người bệnh sau mỗi 6 tháng điều trị.

Bảng 2.1: Nội dung theo dõi người bệnh nghiên cứu

Dấu hiệu theo dõi	Thời gian theo dõi	
	Trước điều trị	Sau mỗi 6 tháng
Khám lâm sàng	✓	✓
Đánh giá tuân thủ điều trị		✓
Siêu âm ổ bụng	✓	✓
Xét nghiệm sinh hóa máu: ALT, AST	✓	✓
Xét nghiệm huyết học: Đông máu cơ bản	✓	✓
Xét nghiệm huyết thanh học	Anti-HCV, HIV	✓
	HBeAg, Anti-HBe	✓
Định lượng HBSAg	✓	✓
Xét nghiệm tải lượng HBV-ADN	✓	✓

2.3. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm thống kê y học. Tính tỉ lệ %, giá trị trung bình, áp dụng các thuật toán thống kê khi so sánh trung bình, tỷ lệ % các nhóm.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua trước Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai. Các số liệu về sức khỏe của người bệnh nghiên cứu được giữ bí mật. Khi công bố kết quả về khoa học cũng không nêu tên cụ thể từng người bệnh.

Trong thời gian từ 8/2010 đến 8/2025, nghiên cứu tuyển chọn được 190 người bệnh chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và điều trị một trong số thuốc kháng vi rút ETV, TAF và TDF tại Viện Y học nhiệt đới Bạch Mai - Bệnh viện Bạch Mai. Số lượng người bệnh tham gia nghiên cứu theo thời gian: Bắt đầu điều trị là 190 người, 6 tháng là 145 người, 12 tháng là 155 người, 18 tháng là 107 người, 24 tháng là 108 người, 30 tháng là 81 người, 36 tháng là 82 người, 42 tháng là 57 người, 48 tháng là 68 người, 54 tháng là 46 người, 60 tháng là 65 người và 66 tháng là 37 người.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung người bệnh nghiên cứu

Đặc điểm		n	%		
Nam giới (n=190)		127	66,8		
Tuổi (năm)	Mean ± SD (Min - Max)	40,1 ± 13,3 (17 - 72)			
	<40 tuổi	96	50,5		
	40 - <=60 tuổi	75	39,5		
	>=60 tuổi	19	10,0		
Tổng		190	100		
Đặc điểm	AST		ALT		
	n	%	n	%	
Mean ± SD (Min - Max)		97,9 ± 114,9 (16-1233)		142,2 ± 141,2 (18 - 1113)	
< 40 U/L		41	21,6	20	10,5
40 - <80 U/L		77	40,5	52	27,4
80 - <200 U/L		57	30,0	84	44,2
200 - <400 U/L		12	6,3	21	11,1
≥400 U/L		03	1,6	13	6,8
Tổng		190	100	190	100

Mean: trung bình, min: nhỏ nhất, max: lớn nhất, SD: độ lệch chuẩn độ tuổi trung bình là 40,1 năm, cao tuổi nhất là 72 năm. Nồng độ AST trung bình là 97,9 U/L và ALT trung bình là 142,2 U/L

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới chiếm 66,8% với

Bảng 3.2. Kết quả xét nghiệm HBV-ADN, HBeAg và định lượng HBsAg trước điều trị

Đặc điểm		n	%
HBV-ADN (IU/ml)	Mean ± SD (Min - Max)	6,2 ± 1,67 (2,25 – 8,76)	
	< 5 log	49	25,8
	5 - <8 log	108	56,8
	≥8 log	33	17,4
	Tổng	190	100
HBeAg	Dương tính	101	53,2
	Âm tính	89	46,8
	Tổng	190	100
Định lượng HBsAg (IU/ml)	Mean ± SD (Min - Max)	63111,7 ± 230305,7 (3,3 – 2054400)	
	<0,05	0	0
	0,05 - < 100	07	3,7
	100 - <1000	27	14,1
	1000 - <10.000	78	41,1
	≥ 10.000	78	41,1
Tổng	190	100	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh HBeAg dương tính là 53,2% với nồng độ HBV-ADN trung bình là 6,2 log, cao nhất là 8,76 log. Nồng độ HBsAg trung bình là 63111,7 U/L, trong đó có 41,1% người bệnh có nồng độ HBsAg ≥10.000 U/L

Bảng 3.3: Số lượng người bệnh tuân thủ điều trị có xét nghiệm định lượng HBsAg theo thời gian

Thời gian	Trước điều trị		06 tháng		12 tháng		18 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Có XN	190	100	101	74,3	133	94,3	95	99,0
Không XN	0	0	35	25,7	08	5,7	01	1,0
Tổng	190	100	136	100	141	100	96	100
Thời gian	24 tháng		30 tháng		36 tháng		42 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Có XN	98	96,1	72	94,7	71	98,6	53	98,2
Không XN	04	3,9	04	5,3	01	1,4	01	1,8
Tổng	102	100	76	100	72	100	54	100
Thời gian	48 tháng		54 tháng		60 tháng		66 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Có XN	62	100	42	95,5	59	96,7	31	100
Không XN	0	0	02	4,5	02	3,3	0	0
Tổng	100	100	44	100	61	100	31	100

(XN: Xét nghiệm)

Nhận xét: Khi bắt đầu nghiên cứu có 190 người bệnh, trong quá trình điều trị số người bệnh tuân thủ điều trị được chỉ định xét nghiệm định lượng HBsAg giảm dần, khi 66 tháng điều trị còn 31 người bệnh.

Bảng 3.4. Thay đổi định lượng HBsAg trong quá trình điều trị

Thời gian điều trị		Trước điều trị (n=190)	06 tháng (n = 101)	12 tháng (n=133)
Định lượng HBsAg	Mean ± SD (Min - Max)	63111,7±230305,7 (3,3 - 2054400)	6724,4±15827,6 (9,86-12920)	4180,4 ± 8024,0 (5,22 – 40847,2)
Thời gian điều trị		18 tháng (n = 95)	24 tháng (n = 98)	30 tháng (n = 72)
Định lượng HBsAg	Mean ± SD (Min - Max)	2686,2 ± 4822,4 (0,9 - 32522)	3009,3 ± 4981,6 (0,1 – 32567)	1786,0 ± 2592,3 (0 – 16611)

Thời gian điều trị		36 tháng (n = 71)	42 tháng (n = 53)	48 tháng (n = 62)
Định lượng HBsAg	Mean ± SD (Min - Max)	2113,7 ± 3413,3 (0 - 18445)	1434,9 ± 1780,2 (0 - 8272)	1636,3 ± 3083,8 (0 - 16835)
Thời gian điều trị		54 tháng (n = 42)	60 tháng (n = 59)	66 tháng (n = 31)
Định lượng HBsAg	Mean ± SD (Min - Max)	1763,7 ± 2489,0 (0 - 11978)	1834,0 ± 3404,4 (0 - 18634)	1004,9 ± 1039,6 (0 - 4147,7)
Thời gian điều trị		72 tháng	78 tháng	84 tháng
Định lượng HBsAg	Mean ± SD (Min - Max)	1007,9 ± 1523,4 (0 - 8794)	1355,8 ± 1410,7 (0 - 4331)	675,9 ± 818,6 (0 - 3293)

Nhận xét: Trong quá trình điều trị nồng độ HBsAg trung bình giảm dần theo thời gian, sau 66 tháng nồng độ HBsAg là 675,9 IU/L.

Bảng 3.5. Thay đổi phân bố định lượng HBsAg trong quá trình điều trị

Thời gian điều trị		Trước điều trị		06 tháng		12 tháng	
		n	%	n	%	n	%
Định lượng HBsAg	<0,05	0	0	0	0	0	0
	0,05 - < 100	07	3,7	06	5,9	08	6,0
	100 - <1000	27	14,1	27	26,7	51	38,4
	1000 - <10.000	78	41,1	52	51,5	60	44,1
	≥ 10.000	78	41,1	16	15,9	14	10,5
Tổng		190	100	101	100	133	100
Thời gian điều trị		18 tháng		24 tháng		30 tháng	
		n	%	n	%	n	%
Định lượng HBsAg	<0,05	0	0	0	0	01	1,4
	0,05 - < 100	07	7,4	10	10,2	04	5,6
	100 - <1000	36	37,9	34	34,7	33	45,8
	1000 - <10.000	46	48,4	43	43,9	32	44,4
	≥ 10.000	06	6,3	11	11,2	02	2,8
Tổng		95	100	104	100	72	100
Thời gian điều trị		36 tháng		42 tháng		48 tháng	
		n	%	n	%	n	%
Định lượng HBsAg	<0,05	02	2,8	03	5,7	02	3,2
	0,05 - < 100	06	8,4	04	7,6	11	17,7
	100 - <1000	29	40,9	21	39,6	25	40,3
	1000 - <10.000	31	43,7	25	47,1	22	35,5
	≥ 10.000	03	4,2	0	0	02	3,2
Tổng		71	100	53	100	62	100
Thời gian điều trị		54 tháng		60 tháng		66 tháng	
		n	%	n	%	n	%
Định lượng HBsAg	<0,05	02	4,8	04	6,8	03	9,7
	0,05 - < 100	03	7,1	09	15,2	04	12,9
	100 - <1000	16	38,1	23	39,0	13	41,9
	1000 - <10.000	20	47,6	20	33,9	11	35,5
	≥ 10.000	01	2,4	03	5,1	0	0
Tổng		42	100	59	100	31	100

Nhận xét: Trong quá trình điều trị thuốc kháng vi rút, tỷ lệ người bệnh có nồng độ HBsAg ≥10.000 U/L giảm dần, khi bắt đầu điều trị là 41,1% và sau 66 tháng là 0%. Tỷ lệ người bệnh có nồng độ HBsAg <0,05 IU/L từ tháng thứ 30, tỷ lệ dao động từ 1,4% đến 9,7%.

IV. BÀN LUẬN

Viêm gan vi rút B mạn là bệnh truyền nhiễm thường gặp do HBV gây nên. Mặc dù bệnh đã có

vắc xin phòng bệnh nhưng theo báo cáo của WHO năm 2022 ước tính có khoảng 254 triệu người nhiễm HBV [2], HBsAg định tính là dấu hiệu để xác định nhiễm HBV và được các thầy thuốc thực hành xác định nhiễm HBV nhưng không thể theo dõi sự tiến triển của người bệnh nhiễm HBV mạn. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 190 người bệnh viêm gan vi rút B mạn có điều trị thuốc kháng vi rút dựa vào tải lượng HBV-ADN và ALT huyết thanh là những

bằng chứng của vi rút nhân lên và hủy hoại tế bào gan nhiễm vi rút dưới tác động của đáp ứng miễn dịch. Các thuốc sử dụng trong nghiên cứu là người bệnh được chỉ định một trong ba loại thuốc kháng vi rút (ETV, TDF hoặc TAF) theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Trong quá trình theo dõi điều trị số lượng người bệnh trong mỗi lần khám cách 06 tháng giảm so với thời trước điều trị và thời điểm 66 tháng còn 37 người bệnh khám (bảng 3.1). Về các đặc điểm chung chúng tôi nhận thấy tỷ lệ người bệnh nam giới chiếm đa số 66,8% (bảng 3.1). Tuổi trung bình chung là $40,1 \pm 13,3$ (tuổi), người bệnh cao tuổi nhất là 72 tuổi (bảng 3.1). Biểu hiện lâm sàng của người bệnh viêm gan vi rút B mạn không điển hình nhưng kết quả xét nghiệm ALT rất có sự khác biệt với ALT tăng. Trong số 190 người bệnh nghiên cứu có 89,5% số người bệnh có ALT ≥ 40 U/L trong đó có 17,9% số người bệnh có biểu hiện bùng phát viêm gan cấp với ALT ≥ 200 U/L và ALT trung bình là $142,2 \pm 141,2$ U/L với giá trị cao nhất là 1113 U/L và thấp nhất là 18 U/L (bảng 3.1). Kết quả ALT, AST huyết thanh của người bệnh viêm gan vi rút B mạn phản ánh mức độ hủy hoại tế bào gan. Tải lượng HBV-ADN là xét nghiệm để đánh giá sự nhân lên của HBV. Tải lượng HBV-ADN huyết thanh có giá trị tiên lượng, xác định tính lây nhiễm, chỉ định điều trị và theo dõi trong suốt quá trình điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tải lượng HBV-ADN trung bình là $6,2 \pm 1,67 \log_{10}$ IU/ml, trong đó tỷ lệ HBV-ADN từ $5 - < 8 \log_{10}$ IU/ml là 56,8% và $\geq 8 \log_{10}$ IU/ml là 17,4% (bảng 3.2). Cùng với tải lượng HBV-ADN, HBeAg là một trong những dấu ấn đánh giá sự nhân lên của HBV và liên quan đến mức độ nặng của bệnh. HBeAg là yếu tố làm tăng khả năng lây nhiễm của HBV. Kết quả bảng 3.2 nhận thấy tỷ lệ người bệnh HBeAg dương tính là 53,2% kết quả này cũng tương tự như tác giả Utama A (2011) với tỷ lệ HBeAg dương tính là 56,5% [4].

Mục tiêu điều trị bệnh viêm gan vi rút B mạn là cải thiện chất lượng cuộc sống và cứu sống người bệnh bằng cách ngăn cản sự tiến triển của bệnh tới xơ gan, xơ gan mất bù, bệnh gan giai đoạn cuối, ung thư tế bào gan và tử vong. Mục tiêu cụ thể điều trị viêm gan vi rút B mạn bao gồm bình thường ALT, giảm hay mất HBV-ADN, chuyển đảo huyết thanh ở những người bệnh có HBeAg dương tính, cải thiện mô học của tế bào gan và cuối cùng là chuyển đảo huyết thanh HBsAg [1],[3]. Những mục tiêu này có thể đạt được nếu quá trình nhân lên của HBV bị ức chế bền vững. Mặt khác nhiễm HBV mạn

không bị loại bỏ hoàn toàn do sự tồn tại của cccDNA trong tế bào gan bị nhiễm bệnh và có thể dẫn đến tái hoạt động HBV. Điều trị ETV, TDF hoặc TAF ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn cải thiện đáng kể xét nghiệm ALT, giảm tải lượng HBV-ADN, chuyển đảo huyết thanh HBeAg và HBsAg. Chuyển đảo huyết thanh HBsAg hoặc mất HBsAg được coi là mục tiêu tối ưu của điều trị thuốc kháng vi rút. Định lượng HBsAg huyết thanh đã được chứng minh có tương quan với cccDNA trong tế bào gan và đóng vai trò là dấu hiệu thay thế cho hoạt động phiên mã của cccDNA.

Để đánh giá sự thay đổi nồng độ HBsAg ở những người bệnh viêm gan vi rút B mạn điều trị thuốc kháng vi rút ETV, TDF hoặc TAF theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 190 người bệnh theo dõi trong thời gian 66 tháng, mỗi người bệnh sẽ được tư vấn khám lại sau mỗi 6 tháng. Người bệnh được điều trị một trong ba loại thuốc (ETV, TDF và TAF), có xét nghiệm định lượng HBsAg và tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của điều trị người nhiễm HIV/AIDS sẽ được thu thập vào nghiên cứu. Kết quả sau 6 tháng có 136 người bệnh khám lại và tuân thủ điều trị nhưng chỉ có 101 người bệnh xét nghiệm định lượng HBsAg, tương tự sau 12 tháng có 133/141 người bệnh và sau 66 tháng 31/31 người bệnh (bảng 3.3).

Tải lượng HBV-ADN và định lượng HBsAg được chỉ định xét nghiệm tại các thời điểm đánh giá. Trước khi điều trị, nồng độ HBsAg trung bình là $63111,7 \pm 230305,7$ (IU/ml) cao nhất là 2054400 IU/ml (bảng 3.4). Nồng độ HBsAg trung bình giảm nhanh trong những năm đầu, như trước điều trị nồng độ HBsAg trung bình là 63111,7 IU/ml nhưng sau 30 tháng nồng độ HBsAg trung bình còn 1786 IU/ml và những năm sau đó giảm chậm dần, sau 66 tháng nồng độ HBsAg trung bình là 1004,9 IU/ml (bảng 3.4). Những người bệnh viêm gan vi rút B mạn được điều trị bằng các thuốc kháng vi rút (ETV, TDF hoặc TAF) nồng độ HBsAg giảm dần theo thời gian nhưng giảm nhanh hơn ở những người bệnh HBeAg dương tính so với những người bệnh HBeAg âm tính. Cơ chế của giảm nồng độ HBsAg ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn được điều trị thuốc kháng vi rút chưa rõ ràng nhưng có thể giả thuyết giảm nồng độ HBsAg phản ánh mức độ kiểm soát miễn dịch của cơ thể tốt hơn chống lại HBV, thậm chí giảm lượng cccDNA trong tế bào gan. Mặc dù các thuốc kháng vi rút trong điều trị viêm gan vi rút B mạn chỉ ngăn chặn sao chép của HBV, giảm sự tổng hợp HBV-ADN nhưng không có tác dụng trực tiếp lên

cccDNA. Người bệnh viêm gan vi rút B mạn điều trị thuốc kháng vi rút giảm nồng độ HBsAg huyết thanh có thể do sự phục hồi của đáp ứng miễn dịch của cơ thể người bệnh chống lại HBV. Kết quả nghiêm cứu của chúng tôi nhận thấy nồng độ HBsAg trung bình giảm nhanh trong những năm đầu ở những người bệnh HBeAg dương tính như trước điều trị nồng độ HBsAg trung bình là 1049010,7 IU/ml, sau 06 tháng điều trị nồng độ HBsAg trung bình là 10493,9 IU/ml, sau 12 tháng là 6917,9 IU/ml và 24 tháng là 3880,7 IU/ml (Bảng 3.5). Tại các thời điểm sau đó nồng độ HBsAg trung bình giảm chậm như sau 30 tháng điều trị nồng độ HBsAg trung bình là 2532,9 IU/ml, 36 tháng là 2509,6 IU/ml đến sau 60 tháng nồng độ HBsAg trung bình vẫn là 2119,3 IU/ml (bảng 3.5). Với những người bệnh viêm gan vi rút B mạn HBeAg âm tính nồng độ HBsAg trung bình giảm chậm như sau 6 tháng nồng độ HBsAg trung bình giảm còn 1527,4 IU/ml, sau 12 tháng là 1316,6 IU/ml, sau 18 tháng là 1316,6 IU/ml, sau 36 tháng là 1144,6 IU/ml và sau 60 tháng là 996 IU/ml (bảng 3.5). Kết quả này tương tự như tác giả Zheng Z [5].

Chuyển đảo huyết thanh HBsAg và mất HBsAg ở những người bệnh viêm gan vi rút B điều trị thuốc kháng vi rút đã được báo cáo đã được. Trong nghiên cứu của Heathcote EJ (2011), tỷ lệ mất HBsAg ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn HBeAg dương tính điều trị TDF sau 1 năm là 3%, sau 2 năm 6% và sau 3 năm là 8%, tuy nhiên ở những người bệnh HBeAg âm tính không có chuyển đảo huyết thanh hay mất HBsAg [6]. Tỷ lệ mất HBsAg ở người bệnh HBeAg dương tính điều trị ETV sau 2 năm là 5% [7]. Mất HBsAg khi điều trị thuốc kháng vi rút được coi là giải quyết nhiễm HBV mạn tính. Mất HBsAg ít gặp hơn ở người bệnh châu Á (<1% mỗi năm) nhưng khi đã xảy ra thì tình trạng này thường được duy trì. Chuyển đảo huyết thanh HBsAg và HBsAb xảy ra ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn điều trị thuốc kháng vi rút với tỷ lệ thấp. Tuy nhiên với những người bệnh điều trị thuốc kháng vi rút mất HBsAg nhưng HBsAb âm tính là kết quả được chấp nhận và liên quan đến đáp ứng tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tỷ lệ mất HBsAg thấp như sau 36 tháng tỷ lệ mất HBsAg là 2,8% (2/71 người bệnh), tỷ lệ này dao động dưới <10% trong các lần tiếp theo (bảng 3.5). Tuy nhiên để đạt được kết quả mất HBsAg trong khi điều trị thuốc kháng vi rút cần thời gian điều trị kéo dài nhiều năm và nhiều người bệnh cần điều trị suốt đời. Những người bệnh có nồng độ HBsAg giảm ít

hoặc không giảm cần điều trị thuốc kháng vi rút kéo dài. Những người bệnh viêm gan vi rút B mạn khi điều trị thuốc kháng vi rút có nồng độ HBsAg giảm liên tục cần tiếp tục điều trị cho đến khi nồng độ HBsAg giảm <100 IU/ml. Nghiên cứu của Hsu YC (2021) trên 4769 người bệnh nghiên cứu theo dõi trong 10 năm nhận thấy lũy tích số người bệnh mất HBsAg là 2,1% [8]. Định lượng HBsAg huyết thanh là một xét nghiệm quan trọng của HBV, phản ánh hoạt động phiên mã có hoặc không có tích hợp bộ gen. Nó thể hiện cấu hình đặc trưng ở những người bệnh không được điều trị, cho phép xác định giai đoạn bệnh, dự đoán khả năng thanh thải HBsAg trong huyết thanh và nguy cơ biến chứng liên quan đến gan. Ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn được điều trị bằng thuốc kháng vi rút, sự thay đổi nồng độ HBsAg cho phép dự đoán ngừng thuốc kháng vi rút an toàn hơn và dự đoán thanh thải huyết thanh HBsAg khi điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu sự thay đổi nồng độ HBsAg ở 190 người bệnh viêm gan vi rút B mạn điều trị một trong số ba thuốc kháng vi rút (ETV, TDF hoặc TAF) và tuân thủ điều trị tại Viện Y học nhiệt đới Bạch Mai – Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2010 - 8/2025 chúng tôi có một số kết luận sau:

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)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Seto, W.K., et al.,** *Chronic hepatitis B virus infection.* Lancet, 2018. **392**(10161): p. 2313-2324.
2. **WHO,** *Hepatitis B.* Nov 16, 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.
3. **Bộ Y tế.,** *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan vi rút B, ban hành kèm theo quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế.* 2019.
4. **Utama, A., et al.,** *Association of core promoter mutations of hepatitis B virus and viral load is*

- different in HBeAg(+) and HBeAg(-) patients.* World J Gastroenterol, 2011. **17**(6): p. 708-16.
5. **Zheng, Z., et al.,** *Effect of nucleos(t)ide analogue on serum HBsAg level in chronic hepatitis B patients: A 3-years study.* Biomed Pharmacother, 2020. **122**: p. 109698.
 6. **Heathcote, E.J., et al.,** *Three-year efficacy and safety of tenofovir disoproxil fumarate treatment for chronic hepatitis B.* Gastroenterology, 2011. **140**(1): p. 132-43.
 7. **Gish, R.G., et al.,** *Loss of HBsAg antigen during treatment with entecavir or lamivudine in nucleoside-naïve HBeAg-positive patients with chronic hepatitis B.* J Viral Hepat, 2010. **17**(1): p. 16-22.
 8. **Hsu, Y.C., et al.,** *Incidences and Determinants of Functional Cure During Entecavir or Tenofovir Disoproxil Fumarate for Chronic Hepatitis B.* J Infect Dis, 2021. **224**(11): p. 1890-1899.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ U TUYẾN THƯỢNG THẬN TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Đình Liên^{1,2}, Đinh Thị Mỹ Dung¹,
Vũ Thị Thi Hồng¹, Bùi Xuân Trường^{1,*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt u tuyến thượng thận và so sánh kết quả phẫu thuật giữa nhóm cắt toàn bộ và bảo tồn tuyến thượng thận; khảo sát một số yếu tố liên quan đến khả năng bảo tồn tuyến thượng thận. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tổng cộng 32 bệnh nhân (BN) phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt u tuyến thượng thận được đưa vào nghiên cứu. Tuổi mắc bệnh trung bình: $48,9 \pm 15,8$, không có sự khác biệt về giới tính; Phần lớn các bệnh nhân được phát hiện tình cờ và qua triệu chứng tăng huyết áp chiếm 84,4%. Kích thước u trung bình: $3,5 \pm 2,2$ cm, thời gian mổ trung bình là $76,6 \pm 15,3$ phút. Các kết quả trong và sau phẫu thuật như thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, thời gian lưu ống dẫn lưu, lượng máu mất và biến chứng đều tương tự nhau giữa hai nhóm ($p > 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi là phương pháp an toàn, ít xâm lấn và hiệu quả trong điều trị các khối u tuyến thượng thận. Kết quả ngắn hạn cho thấy bảo tồn tuyến thượng thận là khả thi về mặt kỹ thuật và mang lại kết quả lâm sàng tương tự trong, sau phẫu thuật so với phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến thượng thận trong điều trị u tuyến thượng thận. Cần một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng với cỡ mẫu lớn hơn để chứng minh thêm về mức độ an toàn và hiệu quả của hai phương pháp này. **Từ khóa:** U tuyến thượng thận, bảo tồn tuyến thượng thận, cắt toàn bộ tuyến thượng thận, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

ABSTRACT

OUTCOMES OF RETROPERITONEOSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF ADRENAL TUMORS AT E HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and to evaluate the surgical outcomes of retroperitoneoscopic adrenal tumor resection; to compare surgical outcomes between total adrenalectomy and adrenal-sparing surgery; and to investigate several factors related to the feasibility of adrenal preservation. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** A total of 32 patients undergoing retroperitoneoscopic adrenal tumor resection were included in the study. The mean age was 48.9 ± 15.8 years, with no significant difference in sex distribution. Most patients were incidentally diagnosed or presented with hypertension, accounting for 84.4%. The mean tumor size was 3.5 ± 2.2 cm, the mean operative time was 76.6 ± 15.3 minutes. Intraoperative and postoperative outcomes, including operative time, length of hospital stay, duration of drainage, estimated blood loss, and complication rates, were comparable between the total adrenalectomy group and the adrenal-sparing group, with no statistically significant differences ($p > 0.05$). **Conclusion:** Retroperitoneoscopic surgery is a safe, minimally invasive, and effective approach for the treatment of adrenal tumors. Short-term outcomes suggest that adrenal-sparing surgery is technically feasible and provides comparable intraoperative and postoperative clinical results to total adrenalectomy in the management of adrenal tumors. Further large-scale randomized controlled studies are required to further validate the safety and efficacy of these two approaches. **Keywords:** Adrenal tumor; adrenal-sparing surgery; total adrenalectomy; retroperitoneoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến thượng thận gồm các khối u chức năng và không chức năng, ngày càng được phát

¹ Bệnh viện E

² Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Xuân Trường

Email: bsngoabuitruong96@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.4.2026