

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ ARV BẬC 1 Ở TRẺ EM NHIỄM HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trần Minh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn An Nghĩa<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Human immunodeficiency virus (HIV) và hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS) đã trở thành một đại dịch toàn cầu với số lượng bệnh nhân ngày càng gia tăng, trong đó có Việt Nam.<sup>1</sup> Hiện nay vẫn còn khá ít nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị HIV ở trẻ em tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, tỉ lệ đáp ứng điều trị phác đồ ARV bậc 1 tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng tại phòng khám ngoại trú HIV của Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Từ 01/2017 đến 12/2021 có 90 trẻ HIV/AIDS đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung vị là 43 tháng, tập trung ở 1-4 tuổi (58%). Tỉ lệ nam: nữ là 1,1:1. Tỉ lệ trẻ suy dinh dưỡng chiếm đa số (68,9%). Đường lây truyền HIV chủ yếu từ mẹ sang con (81,1%), nhóm trẻ được dự phòng lây truyền mẹ con chiếm tỉ lệ thấp (12,3%). Nhóm trẻ ở giai đoạn lâm sàng 3 chiếm tỉ lệ cao nhất (44,4%). Ở thời điểm 6 và 12 tháng sau điều trị ARV bậc 1: tình trạng dinh dưỡng, giai đoạn lâm sàng, giai đoạn miễn dịch đều cải thiện rõ rệt và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với ban đầu. **Kết luận:** HIV là tác nhân gây suy giảm miễn dịch ở trẻ em đáng quan tâm tại Việt Nam. Tỉ lệ đáp ứng điều trị ARV chiếm tỉ lệ cao, tuy nhiên sự tuân thủ điều trị vẫn còn thấp. Do đó cần tăng cường hỗ trợ cho các bệnh nhi HIV/AIDS, khuyến khích tham gia BHYT, thành lập các nhóm hỗ trợ, nhắc nhở nhau tuân thủ điều trị. Đường lây truyền chủ yếu từ mẹ sang con do đó cần tăng cường can thiệp, dự phòng lây truyền mẹ con, điều trị ARV sớm cho trẻ. **Từ khóa:** Human immunodeficiency virus (HIV), hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), phác đồ ARV bậc 1.

## SUMMARY

### EFFECTIVENESS OF FIRST-LINE ANTIRETROVIRAL TREATMENT IN HIV/AIDS INFECTED CHILDREN AT THE CHILDREN'S HOSPITAL 2

**Introduction:** Human immunodeficiency virus (HIV) and Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) have become a global pandemic with an increasing number of patients, including Vietnam. Currently, researches in children with effectiveness of first-line antiretroviral in Vietnam are limited.

**Objective:** Describe epidemiology, clinical characteristics, laboratory findings, response rate to

first-line antiretroviral after 6 months, 12 months at the Outpatient clinic for HIV services (OPC) of Children's Hospital 2. **Method:** Case series study. **Results:** From January 2017 to December 2021, there were 90 children who were infected HIV/AIDS in the study. HIV occurred in every period of childhood but the highest incidence was between 1 and 4 years old (58%) with median age was 43 months, the ratio male : female was 1.1:1. The majority of children are malnourished (68.9%). The main route of HIV transmission is from mother to child (81.1%), the group of children receiving prevention of mother-child transmission accounts for a low rate (12.3%). The group of children in clinical stage 3 accounts for the highest proportion (44.4%). At 6 and 12 months after first-line antiretroviral treatment: nutritional status, clinical stage, and immune stage all improved significantly and were statistically different from the baseline. **Conclusions:** HIV is a cause of immunodeficiency in children of concern in Vietnam. The response rate to ARV treatment is high, but adherence is still low. Therefore, it is necessary to increase support for pediatric HIV/AIDS patients, encourage participation in health insurance, establish support groups, and remind each other to comply with treatment. The main transmission route is from mother to child, so it is necessary to strengthen intervention, prevent mother-child transmission, and provide early ARV treatment for children.

**Keywords:** Human immunodeficiency virus (HIV), acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), first-line ARV regimen

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virus – HIV) và hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS) đã trở thành một đại dịch toàn cầu với số lượng bệnh nhân ngày càng gia tăng.<sup>1</sup> Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bộ Y Tế (BYT) ước tính đến cuối năm 2020, cả nước có khoảng 215.000 người chung sống với căn bệnh HIV/AIDS, trong đó số lượng trẻ em nhiễm HIV tiếp tục gia tăng và chủ yếu lây truyền từ mẹ sang con.<sup>2</sup> Ở nước ta, chương trình khám và điều trị thuốc ARV miễn phí cho trẻ em bắt đầu từ năm 2006, nhưng đến đầu năm 2018, kinh phí cho phòng chống HIV/AIDS bị cắt giảm cùng với đa số trẻ nhiễm HIV được phát hiện muộn làm cho việc điều trị HIV/AIDS ngày càng khó khăn hơn.

Ở Việt Nam, đã có một số công trình nghiên cứu về hiệu quả điều trị HIV ở trẻ em: nghiên cứu của tác giả Đặng Chính (năm 2006) mô tả đặc điểm bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Tuấn

Email: tuantran@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 15.7.2024

Nhi Đồng 1, nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Thanh Tuyền (năm 2016) về hiệu quả điều trị HIV trên nhóm bệnh nhi dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, nghiên cứu của Đỗ Thị Nhàn (năm 2017) mô tả đặc điểm điều trị ARV tại 8 phòng khám ngoại trú nhưng giới hạn ở bệnh nhi dưới 12 tuổi.<sup>3-5</sup> Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu về hiệu quả điều trị ARV ở trẻ dưới 16 tuổi. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng cũng như đánh giá kết quả điều trị thuốc ARV bậc 1 trên trẻ em nhiễm HIV tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca

**Địa điểm nghiên cứu.** Phòng khám Ngoại trú HIV/AIDS (Outpatient clinic for HIV services – OPC) Bệnh viện Nhi đồng 2 Thành phố Hồ Chí Minh.

**Tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu**

❖ Trẻ ≤ 16 tuổi được chẩn đoán HIV theo phác đồ của Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong khoảng thời gian từ 01/01/2017 - 31/12/2021<sup>6,7</sup>:

○ Trẻ > 18 tháng: 3 xét nghiệm kháng thể dương tính, hay PCR HIV dương tính.

○ Trẻ ≤ 18 tháng: PCR HIV dương tính

❖ Được điều trị theo phác đồ bậc 1 của BYT (năm 2017 hoặc năm 2019, tùy thời điểm trẻ được chẩn đoán) tối thiểu 06 tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.<sup>8,9</sup>

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân bỏ điều trị trong khoảng thời gian 06 tháng kể từ lúc chẩn đoán nhiễm HIV

**Thu thập và xử lý số liệu.** Số liệu được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu với các số liệu được mã hóa, sau đó được nhập bằng phần mềm EpiData và phân tích bằng phần mềm Stata 14. Các biến số định lượng: trung bình, độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị, khoảng tứ phân vị (phân phối không chuẩn). Các biến số định tính: tần số, tỉ lệ phần trăm. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

**Vấn đề y đức.** Nghiên cứu được Hội đồng Y đức của Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Nhi Đồng 2 chấp thuận.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 01/2017 đến 12/2021, tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Nhi Đồng 2, chúng tôi ghi nhận 105 trẻ được chẩn đoán mới nhiễm HIV và có chỉ định điều trị ARV bậc 1. Tuy nhiên, chỉ có 90 trẻ đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, 15 trẻ không đủ tiêu chuẩn vì những lí do sau:

❖ 06 ca chuyển phòng khám ngoại trú khác

khi chưa điều trị ARV đủ 6 tháng.

❖ 07 trẻ nhiễm HIV tự ý bỏ điều trị ARV khi chưa đủ 6 tháng

❖ 02 ca tử vong khi chưa bắt đầu điều trị ARV

Sau 6 tháng theo dõi: 79 trẻ tái khám (11 trẻ tử vong). Sau 12 tháng: 75 trẻ tái khám (3 trẻ bỏ trị, 1 trẻ chuyển OPC khác)

**Đặc điểm dịch tễ.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung vị của trẻ nhiễm HIV là 3 tuổi 7 tháng, tập trung từ 1- 4 tuổi (58%). Tỉ lệ nam: nữ =1,1:1. Dân số chủ yếu tập trung ở miền Nam (37,8% ở TP.HCM)

**Đặc điểm lâm sàng trước khi điều trị ARV.** Tỉ lệ trẻ suy dinh dưỡng (suy dinh dưỡng cấp, suy dinh dưỡng mạn, nhẹ cân) chiếm đa số (68,9%). Đường lây nhiễm HIV chủ yếu từ mẹ sang con (81,1%). Nhóm trẻ được điều trị dự phòng lây truyền từ mẹ sang con chiếm tỉ lệ thấp (12,3%). Nhóm trẻ ở giai đoạn lâm sàng 3-4 chiếm ưu thế (60%) với giai đoạn lâm sàng 3 chiếm tỉ lệ cao nhất (44,4%).

**Bảng 1. Đặc điểm về giai đoạn lâm sàng trẻ nhiễm HIV ở Bệnh viện Nhi Đồng 2**

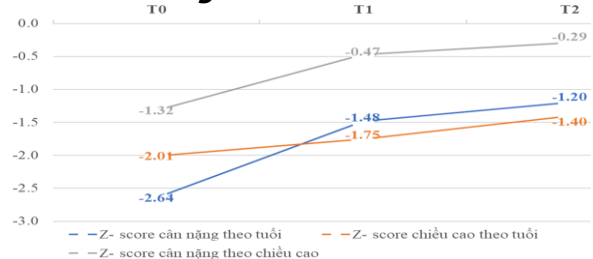
Giai đoạn lâm sàng	Kết quả (N=90)
1 (n, %)	20 (22,2%)
2 (n, %)	16 (17,8%)
3 (n, %)	40 (44,4%)
4 (n, %)	14 (15,6%)

**Đặc điểm cận lâm sàng trước khi điều trị ARV.** Giai đoạn miễn dịch ban đầu: suy giảm miễn dịch nặng chiếm đa số (52,9%). Số lượng tế bào CD4 ban đầu không có phân phối chuẩn. Trung vị của CD4 là 595 tế bào/ mm<sup>3</sup>, khoảng tứ phân vị 25<sup>th</sup> – 75<sup>th</sup> là 112 đến 966 tế bào/ mm<sup>3</sup>.

**Đáp ứng điều trị phác đồ ARV bậc 1 ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng.** Ở thời điểm 6,5 tháng ± 1,5 tháng, số lượng tế bào CD4 lần thứ 2 và tải lượng vi rút HIV lần đầu chiếm tỉ lệ 68,2% và 63%. Ở thời điểm 12 tháng ± 2 tháng, số lượng tế bào CD4 lần thứ 3 và tải lượng vi rút HIV lần thứ 2 chiếm tỉ lệ 77,8% và 59,4%.

Do đó, nghiên cứu của chúng tôi đánh giá 2 thời điểm sau khi điều trị ARV: T1 (6,5 tháng ± 1,5), T2 (12 tháng ± 2 tháng).

**Đặc điểm sau khi điều trị ARV**  
**Dinh dưỡng**



**Hình 1.** Trung vị Z- score của tình trạng dinh dưỡng theo thời gian sau khi điều trị ARV

Ở thời điểm T1, z-score cân nặng theo tuổi, cân nặng theo chiều cao đều cải thiện và khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ở thời điểm T2, z-score trong cả 3 nhóm (cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi, cân nặng theo chiều cao) đều tăng đáng kể và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với T0.

**Giai đoạn lâm sàng**

**Bảng 2.** Sự thay đổi của giai đoạn lâm sàng sau khi điều trị ARV

Giai đoạn lâm sàng	1 (n,%)	2 (n,%)	3 (n,%)	4 (n,%)
T0 (N=90)	20(22,2)	16(17,8)	40(44,4)	14(15,6)
T1 (N=79)	69(87,4)	5(6,3)	5(6,3)	0 (0)
p1	<0,001*	0,024*	<0,001*	<0,001*
T2 (N=75)	73(97,4)	1(1,3)	1(1,3)	0 (0)
p2	0,021*	0,210**	0,210**	

p1, p2 lần lượt là giá trị p khi so sánh giữa T0 và T1, T1 và T2

Sau khi điều trị ARV: giai đoạn lâm sàng 1 tăng đáng kể còn giai đoạn lâm sàng 2, 3 và 4 đều giảm rõ rệt và khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Giai đoạn miễn dịch**

**Bảng 3.** Sự thay đổi của giai đoạn miễn dịch sau khi điều trị ARV

Giai đoạn miễn dịch	Không suy giảm (n,%)	Suy giảm nhẹ (n,%)	Suy giảm tiến triển (n,%)	Suy giảm nặng (n,%)
T0 (N=51)	10(19,6)	8(15,7)	6(11,8)	27(52,9)
T1 (N=44)	18(40,9)	9(20,5)	7(15,9)	10(22,7)
p1 (χ2)	0,023*	0,545*	0,558*	0,003*
T2 (N=9)	7(77,8)	1(11,1)	0(0)	1(11,1)
p2 (Fisher)	0,067**	1,000**	0,334**	0,665**

p1, p2 lần lượt là giá trị p khi so sánh giữa T0 và T1, T1 và T2

Trước khi điều trị, nhóm suy giảm miễn dịch nặng chiếm đa số (52,9%). Ở T1, T2: không suy giảm miễn dịch chiếm tỉ lệ cao nhất là 40,9% và 77,8%. Do đó, sau khi điều trị ARV: nhóm không suy giảm miễn dịch tăng đáng kể còn các nhóm: suy giảm miễn dịch nhẹ, tiến triển và nặng đều giảm rõ rệt. Tuy nhiên chỉ có nhóm không suy giảm miễn dịch và suy giảm miễn dịch nặng khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Tải lượng vi rút HIV**

**Bảng 4.** Sự thay đổi của tải lượng vi rút HIV sau khi điều trị ARV

Tải lượng vi rút HIV (TL HIV) (bản sao/mL)	T1 (N=73) (n,%)	T2 (N=69) (n,%)	P (χ2)
≤ 50	40 (54,8)	46 (66,7)	0,148

50 < TL HIV ≤ 1000	21 (28,8)	15 (21,7)	0,336
> 1000	12 (16,4)	8 (11,6)	0,407

Ở T1 và T2: tải lượng vi rút HIV ≤ 50 bản sao/mL chiếm tỉ lệ cao nhất là 54,8% và 66,7%. Tỉ lệ bệnh nhân có tải lượng vi rút HIV > 1000 bản sao/mL chiếm tỉ lệ thấp nhất là 16,4% và 11,6%. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm ở 2 thời điểm T1 và T2 không có ý nghĩa thống kê.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Dịch tễ.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung vị là 3 tuổi 7 tháng, nhỏ nhất là 9 ngày tuổi, lớn nhất là 15 tuổi 10 tháng. Độ tuổi trong nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của tác giả Đặng Chính (2006): trung bình 39,8 tháng<sup>5</sup> và có phần khác với các nghiên cứu khác do các nghiên cứu chỉ giới hạn trong một độ tuổi nhất định.<sup>3,4,10</sup>

Về giới tính, nam và nữ chiếm tỉ lệ gần tương đương nhau (nam/nữ : 1,1/1), cho thấy sự tương đồng của nghiên cứu này và y văn, nghiên cứu khác trên thế giới.<sup>4,5,10</sup>

Về nơi cư trú, dân số chủ yếu tập trung ở miền Nam (37,8% ở thành phố Hồ Chí Minh). Kết quả này phù hợp với tỉ lệ cư trú tại thành phố Hồ Chí Minh của tác giả Đặng Thị Thanh Tuyền (41,6%) và Đặng Chính (39,2%).<sup>4,5</sup>

**4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi nhiễm HIV lúc bắt đầu điều trị ARV**

**Dinh dưỡng.** Trong 90 trẻ được khảo sát, tỉ lệ suy dinh dưỡng chiếm 68,9%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Đặng Chính (2006) khi tỉ lệ suy dinh dưỡng 94,4%.<sup>5</sup> Do nghiên cứu của Đặng Chính chủ yếu mô tả trẻ nhiễm HIV điều trị nội trú dẫn đến tỉ lệ suy dinh dưỡng cao hơn.

Khoảng 41,2% trẻ suy dinh dưỡng nặng về cân nặng theo tuổi, 26,7% suy dinh dưỡng nặng về chiều cao theo tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Thanh Tuyền (2016) khi tỉ lệ trẻ suy dinh dưỡng nặng hơn 30% về cân nặng theo tuổi và hơn 20% về chiều cao theo tuổi.<sup>4</sup>

**Đường lây truyền.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường lây nhiễm HIV chủ yếu từ mẹ sang con 81,1%. Kết quả này tương đồng với tác giả Đỗ Thị Nhân (2017) khi tỉ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con 87,3%.<sup>3</sup>

**Giai đoạn lâm sàng**

Trước khi điều trị ARV: giai đoạn lâm sàng 3-4 chiếm 60%, cho thấy sự phù hợp của nghiên cứu này với tác giả Đặng Thị Thanh Tuyền (2016): giai đoạn lâm sàng 3-4 chiếm 65%.<sup>3,4</sup>

**Giai đoạn miễn dịch.** Trước khi điều trị

ARV, nhóm suy giảm miễn dịch tiến triển và nặng chiếm đa số (64,7%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Thanh Tuyền (2016) khi trẻ suy giảm miễn dịch tiến triển và nặng chiếm 74%.<sup>4</sup> Do đối tượng nghiên cứu của Đặng Thị Thanh Tuyền là nhóm bệnh nhi dưới 2 tuổi và đa phần phát hiện trễ, dẫn đến tình trạng miễn dịch suy giảm nặng hơn.

Qua khảo sát 90 trẻ, nhóm trẻ được xét nghiệm số lượng tế bào CD4 ban đầu chiếm 56,7%, vì sau 02/2018, chi phí xét nghiệm CD4 đều chuyển qua BHYT. Do phần lớn bệnh nhi chưa có BHYT nên đa phần không được xét nghiệm. Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Thanh Tuyền (2016), Đỗ Thị Nhàn (2017) khi tỉ lệ xét nghiệm CD4 gần 100%.<sup>3,4</sup> Vì 2 nghiên cứu này tiến hành ở thời điểm trước 2018, thời điểm này PEPFAR vẫn hỗ trợ chi phí xét nghiệm cho bệnh nhân HIV.

#### 4.3. Đặc điểm điều trị ARV ở thời điểm ban đầu, 6 tháng, 12 tháng

**Dinh dưỡng.** Tình trạng dinh dưỡng (cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi, cân nặng theo chiều cao) ở thời điểm T2 đều tăng đáng kể và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T0. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Thanh Tuyền (2016) khi thời điểm sau 12 tháng điều trị ARV thì z-score cân nặng theo tuổi và chiều cao theo tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê so với ban đầu.<sup>4</sup>

**Giai đoạn lâm sàng.** Ở T1 và T2, giai đoạn lâm sàng 1 chiếm tỉ lệ cao nhất và tăng dần là 87,4%, 97,4%. Tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 3 cũng giảm dần là 6,3% và 1,3%. Không có bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 4 ở 2 thời điểm trên. Tỉ lệ này có phần cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Thanh Tuyền (2016) khi ở thời điểm 6 tháng và 12 tháng, giai đoạn lâm sàng 1-2 chiếm tỉ lệ lần lượt là 50,5% và 82,5%, còn giai đoạn lâm sàng 3-4 chiếm tỉ lệ lần lượt là 49,5% và 17,5%.<sup>4</sup> Do nghiên cứu này chia làm 2 nhóm điều trị: điều trị sớm và điều trị muộn nên khi tính chung hiệu quả điều trị của nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

**Giai đoạn miễn dịch.** Khi chia 2 nhóm bệnh nhân về miễn dịch: nhóm không suy giảm - suy giảm nhẹ và nhóm suy giảm tiến triển - suy giảm nặng thì ở thời điểm ban đầu, nhóm không suy giảm - suy giảm nhẹ chiếm tỉ lệ thấp (35,3%) và tăng dần, lần lượt 61,4% và 88,9% ở thời điểm T1 và T2. Kết quả này có phần khác với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Thanh Tuyền (2016) khi ở thời điểm ban đầu, nhóm bệnh nhân không suy giảm - suy giảm nhẹ thấp hơn

khoảng 25,8% nhưng sau 6 tháng và 12 tháng thì lại cao hơn, lần lượt là 69,8% và 92,5%.<sup>4</sup> Sự khác biệt lớn ở thời điểm ban đầu chủ yếu do đối tượng nghiên cứu của Đặng Thị Thanh Tuyền là trẻ dưới 2 tuổi, dẫn đến tình trạng miễn dịch suy giảm nặng hơn.

**Tải lượng vi rút HIV.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm T1 và T2, nhóm có tải lượng vi rút HIV  $\leq 50$  bản sao/mL chiếm tỉ lệ cao nhất và tăng dần là 54,8% và 66,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hua-Ying Zhou (2007) khảo sát trên 24 trẻ trong khoảng thời gian 2 năm từ 2003 đến 2005 cho thấy sau 12 tháng điều trị, 70,8% trẻ có tải lượng vi rút dưới 50 bản sao/mL.

## V. KẾT LUẬN

Hiện nay, HIV/AIDS vẫn là một trong những thách thức lớn về sức khỏe và đang là gánh nặng cho toàn thế giới, nhất là ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời với ARV sẽ cải thiện tiên lượng bệnh nhi. Điều trị ARV giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng, giai đoạn lâm sàng, giai đoạn miễn dịch và tải lượng vi rút.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marvin S. Reitz, Robert C. Gallo.** Human Immunodeficiency Viruses. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 9th ed. Elsevier, Philadelphia; 2020: 2202-2212:chap 169.
2. **Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2020** (Hà Nội) (2021).
3. **Đỗ Thị Nhàn, Vũ Đình Hoà, Đàm Thị Thanh Hương.** Đánh giá sử dụng thuốc ARV điều trị bệnh nhi nhiễm HIV tại một số phòng khám ngoại trú HIV/AIDS ở Việt Nam (2013-2015). Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 2017;4(20):69-74.
4. **Đặng Thị Thanh Tuyền, Đông Thị Hoài Tâm.** Kết quả điều trị ARV ở trẻ em dưới 2 tuổi nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 1/2010 đến tháng 1/2013. Luận văn tốt nghiệp Cao học, chuyên ngành Truyền Nhiễm và các bệnh nhiệt đới. Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh; 2016.
5. **Đặng Chính, Cao Ngọc Nga.** Đặc điểm trẻ em nhiễm HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 9/2005 đến tháng 6/2006. Luận văn tốt nghiệp Cao học, chuyên ngành Nhi khoa. Đại học Y dược TP HCM; 2006.
6. **Vũ Thiên Ân, Đỗ Châu Việt.** Nhiễm HIV/AIDS ở trẻ em. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 2. Xuất bản lần thứ 5 ed. Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh; 2016:940-951.
7. **Vũ Thiên Ân, Đỗ Châu Việt.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS ngoại trú ở trẻ em. Hướng dẫn điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 2. xuất bản lần thứ 6 ed. Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh; 2019:812-821.
8. **Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, (Hà Nội)** (2017).

9. Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS (Hà Nội) (2019).  
10. Cao Thị Thanh Thủy, Ngô Văn Toàn, Phan Thị Nga. Tình trạng nhiễm HIV và chăm sóc,

điều trị ARV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm tại Việt Nam, 2010-2013. Luận án Tiến sỹ Y tế Công cộng. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; 2015.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA TỔN THƯƠNG ĐƯỜNG TIÊU HOÁ DO TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN

Đào Việt Hằng<sup>1,2,3</sup>, Trần Thị Thu Trang<sup>3,5</sup>, Nguyễn Thu Thương<sup>3</sup>, Nguyễn Phúc Bình<sup>3,4</sup>, Đinh Duy Hải<sup>3,4</sup>, Nguyễn Thanh Tùng<sup>3,4</sup>, Nguyễn Văn Thiên<sup>3,4</sup>, Đào Văn Long<sup>2,3,4</sup>

### TÓM TẮT

**Tổng quan:** Các báo cáo về tổn thương đường tiêu hóa do tăng bạch cầu ái toan (BCAT) tại Việt Nam đang ngày được quan tâm và chủ yếu ở dạng ca lâm sàng. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của nhóm bệnh nhân (BN) này. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thiết kế là chuỗi ca bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Viện nghiên cứu và đào tạo tiêu hóa gan mật từ 6/2021 đến 12/2023. Nghiên cứu thu thập tất cả các BN có chẩn đoán xác định là viêm đường tiêu hóa (thực quản/dạ dày/tá tràng/đại tràng) do tăng BCAT. Các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi được ghi nhận, hình ảnh mô bệnh học được đánh giá kèm theo đếm số lượng BCAT. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 21 BN, trong đó phân bố tổn thương ở các vị trí bao gồm thực quản (11 BN, 52,4%), dạ dày (5 BN, 23,8%), đại tràng (3 BN, 14,3%), tá tràng (2 BN, 9,5%). Triệu chứng gặp nhiều nhất của đường tiêu hóa trên là trào ngược (19,0%), của đường tiêu hóa dưới là đau bụng (23,8%). Phân loại EREFS trên nội soi đối với viêm thực quản BCAT ghi nhận đặc điểm gặp nhiều nhất là hình ảnh vòng tròn đồng tâm (R); chấm, mảng trắng (E). Đối với dạ dày, đặc điểm nội soi gặp nhiều nhất là phù nề và trợt lồi rải rác ở toàn bộ niêm mạc dạ dày. Đối với đại tràng có các tổn thương như loét sâu ở van hồi manh tràng, mảng viêm dọc lòng đại tràng. Các BN chủ yếu được sinh thiết từ 2 mảnh trở lên, số lượng BCAT trung vị (IQR) từ các mẫu sinh thiết là 27,0 (20,0-38,5), min-max 15-150. **Kết luận:** Đây là nhóm bệnh lý có triệu chứng lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu, cần chú ý tới một số đặc điểm nội soi điển hình để tiến hành sinh thiết và làm mô bệnh học, từ đó có thêm căn cứ trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi BN.

**Từ khóa:** nội soi, mô bệnh học, viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan, bạch cầu ái toan, viêm đường tiêu hóa.

### SUMMARY

#### THE CLINICAL SYMPTOMS, ENDOSCOPIC AND HISTOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH EOSINOPHILIC GASTROENTERITIS

**Background:** Eosinophilic gastrointestinal diseases (EGIDs) are getting more recognition, but data in Vietnam are mainly from case studies. Our study aims to describe the clinical symptoms, endoscopic and histopathological features of EGID patients. **Method:** A case series was conducted at Hanoi Medical University Hospital and Institute of Gastroenterology and Hepatology from 6/2021 to 12/2023 in all patients diagnosed with EGIDs (esophagus/stomach/small intestine/colon). Clinical characteristics and endoscopic images were recorded, histopathological images were assessed, and the number of eosinophils was counted. **Results:** A total of 21 patients were included, with GI lesions found in the following locations: esophagus (11 patients, 52.4%), stomach (5 patients, 23.8%), duodenum (2 patients, 9.5%), colon (3 patients, 14.3%). The most common symptoms of the upper GI tract was reflux (19.0%), and abdominal pain (23.8%) was the most prevalent symptom of the lower GI tract. The EREFS classification for eosinophilic esophagitis showed that the most common features were Rings (R: trachealization); Exurade (E: dots, white plaques). For the stomach, the most common endoscopic features were edematous and multiple raised erosions in the whole stomach. For the colon, the lesions include deep ulcers near the ileocecal valve and multiples patchy inflammation in the colon. Patients were mainly biopsied with 2 pieces (8 patients, 38.1%) or more than 4 pieces (8 patients, 38.1%) for histopathological examination. Regarding histopathological features, the median (IQR) eosinophil count at locations was 27.0 (20.0-38.5), min-max 15-150. The study recorded 3 patients with histopathological results after treatment, all showing responses. **Conclusion:** EGIDs is a group of diseases with diverse and non-specific clinical symptoms. Some typical endoscopic features should be noted for taking biopsies and histopathological examinations, then providing additional evidence for

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

<sup>4</sup>Phòng khám Đa khoa Hoàng Long

<sup>5</sup>Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024