

của Bộ Y tế [3]. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Đoàn Thị Huệ và Lê Vĩnh Giang (2021) nghiên cứu trên 399 người bệnh tại Yên Bái cho thấy 96,2% người bệnh đáp ứng điều trị theo virut học [7]. Nghiên cứu của Lương Xuân Kiên và cộng sự (2022) tại Quảng Ninh cho thấy tỷ lệ đáp ứng sau 18 tháng đã lên đến trên 97% [4]. Mặc dù kết quả cho thấy sự khả quan về hiệu quả điều trị tại bệnh viện, điều quan trọng là phải theo dõi chặt chẽ tiến trình điều trị của bệnh nhân để giảm thiểu mọi tác dụng phụ tiềm ẩn của thuốc, cuối cùng là tăng cường sự tuân thủ của bệnh nhân. Tỷ lệ đáp ứng điều trị quan sát được trong nghiên cứu này vượt qua tỷ lệ đáp ứng điều trị trung bình trên toàn quốc và trong nhiều nghiên cứu quốc tế khác nhau [8]. Sự khác biệt đáng chú ý này có thể là do việc điều trị bằng thuốc liên tục được cải tiến, mang lại cho bệnh nhân sự thuận tiện hơn, ức chế virus nhanh chóng và tác dụng phụ tối thiểu.

Kết quả phân tích đa biến cho thấy, ngoài yếu tố liên quan đến bậc phác đồ và số lượng thuốc uống, không có yếu tố nào được tìm thấy có liên quan đến tình trạng tải lượng virut. Điều này có thể do người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm đồng nhất về các yếu tố như tình trạng tuân thủ thuốc, thời gian nhiễm, thời gian điều trị, phác đồ, v...v... do vậy chưa tìm thấy các yếu tố liên quan khác.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đáp ứng điều trị miễn dịch và virut học ở người bệnh nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện đa khoa khu vực Gò Công ở mức tốt. Các bác sĩ cần lưu ý những người bệnh

được điều trị trong thời gian dài để kiểm soát thất bại điều trị miễn dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chính phủ Việt Nam** (2020), Quyết định số 1246/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ: Phê duyệt Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030, chủ biên, Hà Nội, Việt Nam.
2. **K. K. Pedersen, M. R. Eiersted, J. C. Gaardbo và các cộng sự.** (2015), "Lower Self-Reported Quality of Life in HIV-Infected Patients on CART and With Low Comorbidity Compared With Healthy Controls", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 70(1), tr. 16-22.
3. **Bộ Y tế** (2021), Quyết định Số: 5968/QĐ-BYT Về việc ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, chủ biên, Bộ Y tế, Hà Nội.
4. **Xuân Kiên Lương, Văn Giang Trần và Quốc Phương Nguyễn** (2023), "đánh giá hiệu quả điều trị của hai phác đồ tdf/3tc/lpv/r và tdf/3tc/dtg trên bệnh nhân hiv/aids tại bệnh viện đa khoa tỉnh quảng ninh 2020-2022", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 521(1).
5. **Nguyễn Kim Thư, Phạm Bá Hiên và Lê Xuân Toàn** (2022), "đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ arv tdf+3tc+dtg trên bệnh nhân hiv/aids tại bệnh viện đa khoa đồng đa 2020-2021", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 511(2).
6. **N. Chaiyasin và S. Sungkanuparph** (2016), "Rate of CD4 Decline and Factors Associated with Rapid CD4 Decline in Asymptomatic HIV-Infected Patients", *J Int Assoc Provid AIDS Care*, 15(1), tr.3-6.
7. **Đoàn Thị Huệ và Lê Vĩnh Giang** (2021), "thực trạng và một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị thuốc arv của người bệnh tại hai cơ sở chăm sóc điều trị hiv/aids tỉnh yên Bái năm 2021", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 507(2).
8. **T. Bvochora, S. Satyanarayana, K. C. Takarinda và các cộng sự.** (2019), "Enhanced adherence counselling and viral load suppression in HIV seropositive patients with an initial high viral load in Harare, Zimbabwe: Operational issues", *PLoS One*, 14(2), tr. e0211326.

LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI VÀ SỐ LƯỢNG TẾ BÀO TCD4 VỚI TỔN THƯƠNG NIÊM MẠC MIỆNG Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS

Hà Ngọc Chiêu¹, Lê Thị Thuỳ Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mối liên quan giữa một số bệnh nhiễm trùng cơ hội và số lượng tế bào TCD4 với tổn thương niêm mạc miệng ở bệnh nhân HIV/AIDS. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt

ngang được thực hiện trên 261 bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương năm 2022 - 2023. **Kết quả:** Tăng sắc tố và Herpes simplex xuất hiện ở cả 4 giai đoạn lâm sàng của HIV, trong đó tăng sắc tố gặp nhiều nhất là giai đoạn lâm sàng 1 (50%), còn Herpes simplex gặp nhiều nhất ở giai đoạn lâm sàng 2 (50%). Năm Candida liên quan với 4 bệnh nhiễm trùng cơ hội gồm viêm phổi, viêm màng não, PCP (Pneumocystis pneumonia - viêm phổi do Pneumocystis) và nhiễm khuẩn huyết. Có 194/261 bệnh nhân (chiếm 74,3%) có số lượng TCD4 \geq 200 tế bào/mm³ và bạch sản dạng lông xuất hiện nhiều nhất ở nhóm TCD4 < 200 tế bào/mm³. **Kết luận:** Ở bệnh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiêu

Email: ngocchieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

nhân nhiễm HIV/AIDS, tăng sắc tố và Herpes simplex gặp ở tất cả các giai đoạn lâm sàng của HIV. Nhiễm nấm Candida thường đi kèm với các nhiễm trùng cơ hội như viêm phổi, viêm màng não, PCP và nhiễm khuẩn huyết. Ngoài ra, số lượng tổn thương niêm mạc miệng tăng lên khi tế bào TCD4 < 200 tế bào/mm³.

Từ khoá: HIV/AIDS, TCD4, bệnh nhiễm trùng cơ hội.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOME OPPORTUNISTIC INFECTIONS AND CD4 CELL COUNTS WITH MUCOSAL LESIONS IN HIV/AIDS PATIENTS

Objective: Describe the relationship between some opportunistic infections and CD4 cell counts with oral mucosal lesions in HIV/AIDS patients. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 261 patients being treated at the Central Tropical Diseases Hospital in 2022 - 2023. **Results:** Hyperpigmentation and Herpes simplex appeared in all 4 Clinical stages of HIV, in which hyperpigmentation was the most common in clinical stage 1 (50%), while Herpes simplex was the greatest number in clinical stage 2 (50%). Candida fungus is associated with four opportunistic infections including pneumonia, meningitis, PCP and sepsis. There were 194/261 patients (accounting for 74.3%) with CD4 count \geq 200 cells/mm³ and hairy leukoplakia appeared most in the group of CD4 count < 200 cells/mm³. **Conclusion:** In patients with HIV/AIDS, hyperpigmentation and Herpes simplex occur in all clinical stages of HIV. Oral candidiasis is often accompanied by opportunistic infections such as pneumonia, meningitis, PCP and sepsis. In addition, the number of oral mucosal lesions increases when CD4 cells are < 200 cells/mm³. **Keywords:** HIV/AIDS, CD4 cell, opportunistic infections.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) tính đến cuối năm 2020 toàn thế giới đã có hơn 75 triệu người nhiễm bệnh.¹ Tại Việt Nam, theo báo cáo của Cục phòng chống HIV/AIDS, năm 2020 số người nhiễm HIV hiện còn sống khoảng trên 215.000 người, năm 2021 số bệnh nhân xét nghiệm mới phát hiện là hơn 13.000 người.² HIV sau khi vào cơ thể người sẽ tấn công chủ yếu vào các tế bào miễn dịch (tế bào Lympho T: đặc biệt là TCD4) làm chết hoặc mất chức năng của các tế bào miễn dịch này, đồng thời làm rối loạn quá trình đáp ứng miễn dịch của cơ thể, hậu quả gây suy giảm miễn dịch ngày càng nặng theo thời gian và người nhiễm HIV/AIDS sẽ bị mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội khác nhau. Một trong những biểu hiện bệnh lý thường gặp nhất ở người nhiễm HIV/AIDS là tổn thương vùng miệng, đây có thể là dấu hiệu chỉ điểm phát hiện sớm sự xâm nhập của HIV vào cơ thể. Theo một số nghiên cứu, hơn 1/3 số những người sống chung

với HIV có các bệnh nhiễm trùng cơ hội vùng miệng, thậm chí tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương miệng có thể lên tới 84%. Các tổn thương vùng miệng có thể gây khó chịu, đau đớn, ảnh hưởng đến quá trình ăn uống, dinh dưỡng, giảm chất lượng cuộc sống, thậm chí có thể gây nguy hiểm đến tính mạng. Tuy nhiên, rất nhiều tổn thương miệng liên quan đến HIV có thể điều trị được. Vì vậy, với mong muốn góp phần hoàn thiện bức tranh toàn cảnh về thực trạng tổn thương miệng và nâng cao chất lượng điều trị ở bệnh nhân HIV tại Việt Nam, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả mối liên quan giữa một số bệnh nhiễm trùng cơ hội và số lượng tế bào TCD4 với tổn thương niêm mạc miệng ở bệnh nhân HIV/AIDS, tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, năm 2022 - 2023".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là những bệnh nhân nội trú và ngoại trú đã được chẩn đoán xác định nhiễm HIV/AIDS và đang điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, năm 2022 - 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên
- Được chẩn đoán xác định nhiễm HIV theo "Hướng dẫn quốc gia xét nghiệm của Bộ Y tế năm 2018"³

- Được theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

- Bệnh nhân tỉnh táo, hợp tác nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh cấp tính, phải theo dõi và điều trị tích cực

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Vi rút - Ký sinh trùng, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 08/2022 đến tháng 07/2023.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.3. Cỡ mẫu: Được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 (1 - P)}{\epsilon^2 P}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cần có; α : Mức ý nghĩa thống kê. $\alpha = 0,05$ thì hệ số giới hạn tin cậy, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p: đây là một nghiên cứu nằm trong đề tài "Thực trạng tổn thương niêm mạc miệng của bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương", vì vậy chúng tôi chọn p là tỷ lệ nhiễm nấm Candida miệng ở bệnh nhân HIV/AIDS = 76%, theo

ngiên cứu của Berberi ⁴; ϵ là mức sai số tương đối chấp nhận (chọn $\epsilon = 0,08$). Thay vào công thức chúng tôi cần khám 190 bệnh nhân. Trên thực tế, chúng tôi đã khám được 261 bệnh nhân, trong đó có 76 bệnh nhân nội trú và 185 bệnh nhân ngoại trú.

2.3. Tiến hành nghiên cứu. Sau khi liên hệ với bệnh viện và khoa phòng, tìm hiểu phương thức hoạt động và cách quản lý, chúng tôi ghi thông tin vào bệnh án nghiên cứu phù hợp với đối tượng và mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu viên được tập huấn và định chuẩn về cách phỏng vấn, khám và ghi bệnh án. Sau khi thu thập thông tin bệnh nhân, nghiên cứu viên khám và ghi nhận các chỉ số khám lâm sàng, cận lâm sàng.

2.4. Tiêu chí sử dụng trong nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HIV: Nhiễm HIV ở người lớn được chẩn đoán trên cơ sở xét nghiệm kháng thể HIV khi có mẫu huyết thanh dương tính cả ba lần xét nghiệm kháng thể HIV bằng ba loại sinh phẩm khác nhau với nguyên lý phản ứng và phương pháp chuẩn bị kháng nguyên khác nhau.

- Chẩn đoán các tổn thương niêm mạc miệng chủ yếu dựa vào hình thái và các triệu chứng hỗ trợ chẩn đoán tổn thương niêm mạc miệng theo hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS của Bộ Y tế năm 2021.⁵

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được kiểm tra chặt chẽ, nhập bằng phần mềm Excel, phân tích trên phần mềm SPSS 20.0 theo phương pháp thống kê y học.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu đều được đảm bảo bí mật. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được tư vấn về các vấn đề liên quan đến răng miệng. Mọi quy trình nghiên cứu sẽ được tiến hành một cách riêng tư. Mọi thông tin liên quan đến nghiên cứu sẽ được mã hóa và lưu trữ an toàn chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 261 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định nhiễm HIV/AIDS, trong đó nhiều nhất là nhóm trên 40 tuổi (chiếm 60,5%) và thấp nhất là nhóm 18 - 29 tuổi (10,0%), với tỷ lệ bệnh nhân nam là 64,8% cao hơn bệnh nhân nữ (35,2%).

Bảng 3.1. Phân bố các tổn thương niêm mạc miệng theo 4 giai đoạn lâm sàng HIV

Tổn thương	GĐ 1	GĐ 2	GĐ 3	GĐ 4
Nhiễm nấm Candida	0	0	25 (58,1%)	18 (41,9%)
Tăng sắc tố	17 (50%)	9 (26,4%)	4 (11,8%)	4 (11,8%)
Bạch sản dạng lông	0	0	4 (66,7%)	2 (33,3%)
Herpes simplex	1 (10%)	5 (50%)	1 (10%)	3 (30%)
Herpes zoster	0	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Loét áp tơ tái phát	0	17 (89,5%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)
Viêm lợi ban đỏ	0	0	8 (80%)	2 (20%)
U nhú do HPV	0	1 (100%)	0	0

Nhận xét: - Những bệnh nhân nhiễm nấm Candida ở giai đoạn 3 nhiều hơn giai đoạn 4.

- Tăng sắc tố xuất hiện ở cả 4 giai đoạn HIV, nhiều nhất là ở giai đoạn 1.

- Số bệnh nhân bị bạch sản dạng lông là 6 bệnh nhân trong đó giai đoạn 3 nhiều gấp đôi giai đoạn 4.

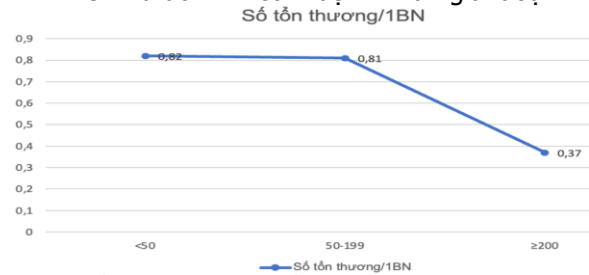
- Bệnh nhân nhiễm Herpes simplex phần lớn ở giai đoạn 2.

- Herpes zoster có 3 bệnh nhân ở 2 giai đoạn, trong đó giai đoạn 3 gấp đôi giai đoạn 4.

- Bệnh nhân gặp phải loét áp tơ tái phát xuất hiện chủ yếu ở giai đoạn 2.

- Viêm lợi ban đỏ hầu hết ở bệnh nhân giai đoạn 3, còn lại là ở giai đoạn 4.

- U nhú do HPV có 1 bệnh nhân giai đoạn 2.



Biểu đồ 3.1. Số tổn thương niêm mạc miệng trên một bệnh nhân phân bố theo số lượng TCD4

Nhận xét: - Số lượng bệnh nhân có TCD4 ≥ 200 tế bào/mm³ là cao nhất, 194 bệnh nhân. Số lượng bệnh nhân có TCD4 từ 50 – 199 tế bào/mm³ là thấp nhất, 16 bệnh nhân. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000 < 0,001$).

- Số tổn thương/1BN có xu hướng giảm khi TCD4 tăng lên, tuy nhiên mức giảm ở 2 nhóm có TCD4 < 200 tế bào/mm³ không rõ rệt.

Bảng 3.2. Số tổn thương niêm mạc miệng trên một bệnh nhân phân bố theo số

lượng TCD4

Số lượng TCD4	< 50 TB/mm ³	50 – 199 TB/mm ³	≥ 200 TB/mm ³	p
Số tổn thương				
0 tổn thương	20	5	141	0,000*
1 tổn thương	22	9	37	
2 tổn thương	7	2	14	

3 tổn thương	2	0	2
Tổng số tổn thương	42	13	71
Số bệnh nhân	51	16	194
Số tổn thương/1BN	0,82	0,81	0,37

*: Fisher's Exact Test

Bảng 3.3. Liên quan giữa một số bệnh nhiễm trùng cơ hội với tổn thương niêm mạc miệng

Bệnh NTCH	Tổn thương	Nấm Candida	Bạch sản dạng lông	HSV	Viêm lợi ban đỏ
PCP		7 (2,7%) p=0,000**	0 p=1,000**	10 (3,8%) p=1,000**	0 p=1,000*
Viêm màng não		4 (1,5%) p=0,027**	1 (0,4%) p=0,172**	1 (0,4%) p=0,272**	1 (0,4%) p=0,272**
Nhiễm trùng huyết		8 (3,1%) p=0,015**	1 (0,4%) p=0,414**	2 (0,8%) p=0,202**	2 (0,8%) p=0,202**
Viêm phổi		19 (7,3%) p=0,000*	3 (1,1%) p=0,212**	3 (1,1%) p=0,165**	1 (0,4%) p=1,000**

*: χ^2 test; **: Fisher's Exact Test

Nhận xét: - Nấm Candida xuất hiện cùng cả 4 nhiễm trùng cơ hội khác và đều có mối liên quan đáng kể (p < 0,05).

- Bạch sản dạng lông, HSV và viêm lợi ban đỏ không có mối liên quan tới các nhiễm trùng cơ hội khác (p > 0,05).

Bảng 3.4. Liên quan giữa số lượng tế bào TCD4 với một số tổn thương niêm mạc miệng

Số lượng TCD4	< 200 TB/mm ³	200 - 499 TB/mm ³	≥ 500 TB/mm ³	Tổng	p
Tăng sắc tố	5	10	19	34	0,117*
Bạch sản dạng lông	4	2	0	6	0,004**
Herpes simplex	4	4	2	10	0,322**
Loét áp tơ tái phát	2	6	11	19	0,186*
Viêm lợi ban đỏ	5	3	2	10	0,171**

*: χ^2 test; **: Fisher's Exact Test

Nhận xét: - Bạch sản dạng lông xuất hiện nhiều nhất ở nhóm TCD4 < 200 tế bào/mm³, không xuất hiện ở bệnh nhân có số lượng TCD4 ≥ 500 tế bào/mm³. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,004 < 0,05).

- Tăng sắc tố, Herpes simplex, loét áp tơ tái phát, viêm lợi ban đỏ xuất hiện ở cả 3 nhóm nhưng không có sự khác biệt về thống kê (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu của 261 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định nhiễm HIV/AIDS và đang điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, chúng tôi nhận thấy:

Triệu chứng tăng sắc tố xuất hiện ở cả 4 giai đoạn HIV, tuy nhiên, gặp nhiều nhất vẫn là ở giai đoạn lâm sàng 1, có 17 bệnh nhân với tỷ lệ 50%. Đây là giai đoạn lâm sàng bệnh nhân không có triệu chứng hay biểu hiện bệnh lý nhiễm HIV. Số bệnh nhân có tăng sắc tố ở giai

đoạn 3 và 4 bằng nhau, đều là 4 bệnh nhân với tỷ lệ 11,8% (bảng 3.1). Nguyên nhân của việc tăng sắc tố xuất hiện nhiều nhất ở giai đoạn 1 có lẽ là do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết được điều trị với thuốc kháng virus, tình trạng miễn dịch được phục hồi tốt, tăng sắc tố ở đây có thể là biểu hiện về tác dụng phụ của thuốc, nhưng tình trạng này thường không có triệu chứng lâm sàng. Rao và cộng sự cũng đã chứng minh việc sử dụng thuốc kháng virus lâu dài cũng có thể làm tăng sắc tố ở miệng.⁶

Những bệnh nhân HIV bị suy giảm hệ thống miễn dịch nên dễ nhiễm nhiễm khuẩn, virus hơn với người thường. Ngoài những tổn thương xảy ra ở vùng miệng, bệnh nhân còn có nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội khác như là PCP, viêm màng não, nhiễm trùng huyết, viêm phổi. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận hai thể loại viêm phổi: viêm phổi thông thường do

các loại vi khuẩn và PCP là viêm phổi do nấm *Pneumocystis pneumonia*. Nghiên cứu của chúng tôi, PCP có liên quan tới tổn thương nấm *Candida* ($p = 0,000 < 0,001$) (bảng 3.3). Khedri nghiên cứu trên 150 bệnh nhân HIV cho thấy 56,4% bệnh nhân mắc lao phổi có nhiễm nấm *Candida*, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02 < 0,05$.⁷ PCP là một trong những bệnh nhiễm trùng cơ hội thường gặp nhất ở bệnh nhân nhiễm HIV, tuy nhiên, do các dấu hiệu và triệu chứng không đặc hiệu nên khi có những gợi ý về mặt lâm sàng thì công cụ chẩn đoán quan trọng nhất để chẩn đoán sớm là PCP. Do đó, bệnh nhân nhiễm HIV có mắc nấm *Candida* nên được kiểm tra tình trạng nhiễm PCP sớm.

Ngoài PCP, kết quả của chúng tôi còn cho thấy rằng viêm màng não, nhiễm trùng huyết, viêm phổi có liên quan tới tổn thương nấm *Candida* ($p < 0,05$). Theo Oma JM Hamza và cộng sự trong một nghiên cứu tại Tanzania trên 532 bệnh nhân cho thấy có mối liên quan đáng kể giữa sự xuất hiện của viêm phổi với tổn thương miệng.⁸ Vì vậy, khi có sự xuất hiện của nấm *Candida* ở bệnh nhân thì cần thăm khám các nhiễm trùng cơ hội khác có thể xảy ra đồng thời như PCP, viêm màng não, nhiễm trùng huyết, viêm phổi và ngược lại.

TCD4 là tế bào miễn dịch giúp cơ thể chống lại các tác nhân gây nhiễm trùng. Người nhiễm HIV, một bệnh lây truyền qua virus tấn công TCD4, thường có hệ thống miễn dịch yếu hơn. Điều này có thể làm cho họ dễ mắc nhiễm trùng vùng miệng, chẳng hạn như viêm loét miệng, nấm miệng hoặc nhiễm Herpes miệng. Nghiên cứu của chúng tôi có số bệnh nhân có tỷ lệ TCD4 ≥ 200 tế bào/mm³ chiếm đa số (73,9%). Khi chúng tôi phân tích số tổn thương niêm mạc miệng trên một bệnh nhân phân bố theo số lượng TCD4 ở bảng 3.2, kết quả cho thấy khi số lượng TCD4 ngày càng tăng thì số lượng tổn thương niêm mạc miệng càng giảm. Biểu đồ 3.1 thể hiện điều này, tuy nhiên mức giảm không rõ rệt ở nhóm có TCD4 < 50 tế bào/mm³ và nhóm TCD4 từ 50 – 199 tế bào/mm³. Nghiên cứu của Oma JM Hamza và cộng sự cũng cho thấy rằng sự xuất hiện các tổn thương niêm mạc miệng liên quan với TCD4 có số lượng dưới 200 tế bào/mm³, tác giả cũng cho thấy có mối liên hệ chặt chẽ giữa việc TCD4 nhỏ hơn 200 tế bào/mm³ với tổn thương miệng do nấm *Candida* và bạch sản dạng lông, những bệnh nhân có số TCD4 càng thấp thì tổn thương miệng càng xuất hiện nhiều hơn.⁸

Bạch sản dạng lông là một biểu hiện của suy giảm miễn dịch trong bệnh nhân nhiễm HIV.

Mức TCD4 thấp có thể là một yếu tố nguy cơ cho việc xuất hiện tổn thương miệng bạch sản dạng lông ở bệnh nhân nhiễm HIV. Kết quả của chúng tôi có cho thấy mức TCD4 có liên quan đáng kể với bạch sản dạng lông trên bệnh nhân bị HIV ($p = 0,004 < 0,01$) (bảng 3.4). Bạch sản dạng lông xuất hiện nhiều nhất ở nhóm TCD4 < 200 tế bào/mm³. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Paul Frimpong ở Ghana, bạch sản dạng lông có liên quan đến số lượng TCD4 thấp hơn.⁹

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS, tăng sắc tố và Herpes simplex gặp ở tất cả các giai đoạn lâm sàng của HIV. Nhiễm nấm *Candida* thường đi kèm với các nhiễm trùng cơ hội khác như viêm phổi, viêm màng não, PCP và nhiễm khuẩn huyết. Ngoài ra, số lượng tổn thương niêm mạc miệng tăng lên khi tế bào miễn dịch TCD4 < 200 tế bào/mm³.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021: accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact: web annex 2: data methods. 2021.
2. Bộ Y tế, Kế hoạch tổ chức tháng hành động quốc gia phòng, chống HIV/AIDS năm 2021. 2021
3. Bộ Y tế, Hướng dẫn quốc gia xét nghiệm HIV: Quyết định số 2674/QĐ-BYT ngày 27 tháng 4 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế; 2018.
4. Berberi A, Noujeim Z. Epidemiology and relationships between CD4+ counts and oral lesions among 50 patients infected with human immunodeficiency virus. *Journal of international oral health: JIOH*. 2015. 7(1):18.
5. Bộ Y tế, Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS. Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021.
6. Rao UK, Ranganathan K, Kumarasamy N. Gender differences in oral lesions among persons with HIV disease in Southern India. *Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP*. Sep 2012. 16(3):388-394. doi:10.4103/0973-029x.102492.
7. Khedri S, Santos ALS, Roudbary M, et al. Iranian HIV/AIDS patients with oropharyngeal candidiasis: identification, prevalence and antifungal susceptibility of *Candida* species. *Letters in applied microbiology*. Oct 2018. 67(4):392-399. doi:10.1111/lam.13052.
8. Hamza OJ, Matee MI, Simon EN, et al. Oral manifestations of HIV infection in children and adults receiving highly active anti-retroviral therapy [HAART] in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC oral health*. Aug 18 2006. 6:12. doi:10.1186/1472-6831-6-12.
9. Frimpong P, Amponsah EK, Abebrese J, Kim SM. Oral manifestations and their correlation to baseline CD4 count of HIV/AIDS patients in Ghana. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. Feb 2017. 43(1):29-36. doi:10.5125/jkaoms.2017.43.1.29.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU LÚC NHẬP VIỆN VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Đặng Văn Ba¹, Đỗ Mạnh Hùng¹, Hoàng Tích Lộc¹,
Cù Thành Lương², Nguyễn Công Liêu², Nguyễn Thị Khuê Minh²,
Nhữ Nguyệt Ánh², Vũ Văn Huỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ tăng acid uric máu và mối liên quan giữa acid uric máu với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Đối tượng và phương pháp:** 44 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sốc nhiễm khuẩn theo Sepsis-3. Xét nghiệm acid uric thực hiện tại thời điểm nhập viện, gọi là tăng acid uric máu khi ở nam giới > 420 $\mu\text{mol/l}$ và ở nữ giới > 360 $\mu\text{mol/l}$. **Kết quả:** Có 37/44 bệnh nhân có tăng acid uric máu chiếm tỉ lệ 84,1%. Tỉ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có tăng acid uric máu là 56,8% tương đương với nhóm không tăng acid uric máu có tỉ lệ tử vong 57,1% với $p > 0,05$. Điểm SOFA, nồng độ ure, creatinin và lactat máu ở nhóm tăng acid uric máu cao hơn nhóm không tăng acid uric máu có ý nghĩa thống kê. Có tương quan thuận mức độ trung bình giữa nồng độ acid uric với ure và creatinin máu, hệ số tương quan tương ứng là 0,496 và 0,507, $p < 0,05$. **Kết luận:** Tăng acid uric máu chiếm tỉ lệ khá cao, nồng độ acid uric máu có tương quan thuận với ure và creatinin máu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Từ khóa:** tăng acid uric máu, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

SURVEY OF BLOOD URIC ACID CONCENTRATION AT ADMISSION AND ITS RELATIONSHIP WITH SOME CLINICAL AND PARA-CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH SEPTIC SHOCK

Objective: To investigate the rate of hyperuricemia and the relationship between blood uric acid levels and some clinical and paraclinical characteristics in patients with septic shock. **Subjects and methods:** 44 patients were diagnosed with septic shock according to Sepsis-3. Uric acid test performed at the time of admission, hyperuricemia is defined as blood uric acid concentration in men > 420 $\mu\text{mol/l}$ and in women > 360 $\mu\text{mol/l}$. **Results:** 37/44 patients had hyperuricemia, accounting for 84.1%. SOFA score, blood urea concentration, blood creatinine concentration and blood lactate concentration in the group of patients with

hyperuricemia were statistically significantly higher than the group of patients without hyperuricemia. There is a moderate positive correlation between blood uric acid levels and blood urea and creatinine levels, the correlation coefficients are 0.496 and 0.507, respectively, $p < 0.05$. **Conclusion:** Hyperuricemia accounts for a fairly high rate, blood uric acid levels are positively correlated with blood urea and creatinine in patients with septic shock.

Keywords: hyperuricemia, sepsis, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn là nguyên nhân phổ biến khiến bệnh nhân phải nhập viện vào các khoa hồi sức tích cực, tỉ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn khá cao, dao động trong khoảng 40 – 60%. Tiên lượng mức độ nặng ở những bệnh nhân này rất quan trọng, giúp chúng ta có thái độ xử trí tích cực và phù hợp ngay từ đầu, ngoài ra còn giúp giải thích mức độ nặng với gia đình người bệnh. Hiện nay có một số thang điểm và xét nghiệm sử dụng trong chẩn đoán và tiên lượng mức độ nặng của sốc nhiễm khuẩn như thang điểm SOFA, điểm APACHE II, xét nghiệm lactat máu, procalcitonin máu,... Mỗi thang điểm và xét nghiệm đều có những ưu nhược điểm riêng, việc có thêm xét nghiệm góp phần vào tiên lượng bệnh là cần thiết là có vai trò quan trọng.

Acid uric là sản phẩm dị hoá nhân purin của các acid nucleic, thải trừ chính qua nước tiểu. Trong sốc nhiễm khuẩn có tình trạng tăng dị hoá làm tăng sản xuất acid uric, ngoài ra còn có tình trạng rối loạn chức năng đa tạng, phổ biến nhất là suy giảm chức năng thận làm giảm thải acid uric, do đó làm ảnh hưởng tới nồng độ acid uric trong máu ở bệnh nhân này. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Khảo sát nồng độ acid uric máu thời điểm nhập viện và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 44 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Trung tâm Hồi sức cấp cứu, chống độc – Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2023 đến tháng 4/2024.

Tiêu chuẩn chọn: - Chẩn đoán xác định sốc nhiễm khuẩn theo Sepsis-3 [7].

¹Bệnh viện Quân y 103

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Ba

Email: drdangba@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 16.8.2024