

răng ở hàm trên. Ngược lại, đối tượng lựa chọn của chúng tôi là các vị trí mất răng ở cả vùng răng trước và răng sau trên cả hai hàm.

Bảng 4. Phân bố kích thước xương có ích theo vị trí và nguyên nhân mất răng (n=28)

Đặc điểm	Vị trí mất răng	Răng sau		Răng trước		Chung		Giá trị p
	Kích thước	n	%	n	%	n	%	
Chiều ngang	<2,5 (mm)	5	26,3	2	22,2	7	25,0	p>0,05
	2,5-<4 (mm)	10	52,6	6	66,7	16	57,1	
	≥ 4 (mm)	4	21,1	1	11,1	5	17,9	
	Tổng	19	100	9	100	28	100	
Chiều cao	5-<10 (mm)	1	5,3	0	0,0	1	3,6	p>0,05
	≥10 (mm)	18	94,7	9	100	27	96,4	
	Tổng	19	100	9	100	28	100	

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mất răng ở vùng răng sau cao hơn vùng răng trước với nguyên nhân chủ yếu là do sâu răng. Thời gian mất răng phổ biến là trên 60 tháng trước khi được điều trị. Chiều cao xương có ích trung bình là $14,09 \pm 2,53$ mm, đủ chiều cao để cấy ghép implant an toàn. Kích thước xương có ích theo chiều ngoài trong trung bình là $3,19 \pm 1,43$ mm chủ yếu dưới 4,0 mm nên không đảm bảo kích thước lý tưởng để đặt implant ổn định theo ba chiều nên có chỉ định tái tạo xương có hướng dẫn khi cấy ghép implant nha khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Oral health Vietnames 2022 country profile. Accessed October 1, 2024. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/oral-health/oral-health->

2. vn-2022-country-profile.pdf?sfvrsn=93c723d8_12&download=true
2. Sharma A. Partial Edentulousness and Treatment Options Chosen.; 2021. doi:10.13140/RG.2.2.35446.93769
3. Jain S, Hemavardhini A, Ranjan M, et al. Evaluation of Survival Rates of Dental Implants and the Risk Factors: A Retrospective Follow-Up Study. Cureus. 16(3): e55360. doi:10.7759/cureus.55360
4. Raikar S, Talukdar P, Kumari S, Panda SK, Oommen VM, Prasad A. Factors Affecting the Survival Rate of Dental Implants: A Retrospective Study. J Int Soc Prev Community Dent. 2017; 7(6): 351-355. doi:10.4103/jispcd.JISPCD_380_17
5. Yang Y, Hu H, Zeng M, et al. The survival rates and risk factors of implants in the early stage: a retrospective study. BMC Oral Health. 2021;21(1):293. doi:10.1186/s12903-021-01651-8
6. Bùi Tân Lâm và cộng sự. Sự thay đổi kích thước xương hàm sau ghép xương tự thân hàm dưới với kỹ thuật chia khối xương. Tạp chí Phát triển Khoa học và Công nghệ - Khoa học Sức khỏe. 2022, 3(2): 461 - 469
7. Simoni (Malushi) E, Isufi R, Kadaifciu D, Simoni (Malushi) E, Isufi R, Kadaifciu D. Guided Bone Regeneration Effects on Bone Quantity and Outcomes of Dental Implants in Patients with Insufficient Bone Support: A Single-Center Observational Study. Cureus. 2023;15. doi:10.7759/cureus.38988
8. Đàm Văn Việt. Nghiên cứu điều trị mất răng hàm trên từng phần bằng kỹ thuật implant có ghép xương. Đại học Y Hà Nội. 2013.
9. Ngô Huy Bình. Đặc điểm lâm sàng, x quang và kết quả điều trị mất răng ở vùng đáy xoang hàm bằng kỹ thuật implant nha khoa. Đại học Y Hà Nội. 2020.
10. Tô Nhật Minh. Kết quả cấy ghép implant tức thì vùng răng sau có sử dụng kỹ thuật ghép xương và máng hướng dẫn phẫu thuật. Đại học Y Hà Nội. 2023.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TÁC NHÂN GÂY VIÊM PHỔI TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI

Võ Triều Lý¹, Nguyễn Quang Diệu², Vương Minh Nhật³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi là một trong những nguyên nhân dẫn đến nhập viện và tử vong đáng kể ở bệnh nhân nhiễm HIV. Nhận biết về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có liên quan đến tiên lượng

bệnh sẽ giúp cải thiện việc điều trị tốt hơn. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định các tác nhân phân lập được trong bệnh phẩm hô hấp ở các trường hợp viêm phổi trên bệnh nhân HIV/AIDS điều trị nội trú tại bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên các bệnh nhân HIV từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán viêm phổi nhập viện tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2020. **Kết quả:** Trong 96 trường hợp viêm phổi ở bệnh nhân HIV/AIDS được ghi nhận, có 60,4% mới được phát hiện nhiễm HIV, trong đó 97,9% ở giai đoạn AIDS. Viêm phổi ở bệnh nhân HIV/AIDS thường có sốt, ho và tổn thương trên XQuang phổi. Các tác nhân tìm thấy trong dịch hô hấp gồm: P.jirovecii (50,0%), vi khuẩn (47,9%), lao (36,5%) và vi nấm

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

²Đơn vị nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford

³Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Triều Lý

Email: drtrieuly@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025

(18,8%). Tác nhân ảnh hưởng đến độ nặng của viêm phổi gồm: *P.jirovecii* (OR 5,3; KTC 95%: 2,2 – 12,8), lao (OR 0,2; KTC 95%: 0,09 – 0,6), vi khuẩn (OR 3,7; KTC 95%: 1,6 – 8,6) và vi nấm (OR 24,4; KTC 95%: 3,1 – 193) với $p < 0,05$. Về điều trị kháng sinh ban đầu, có 62,5% trường hợp bệnh được dùng Cotrimoxazole phối hợp kháng sinh khác, 23,9% dùng Cotrimoxazole đơn thuần và 6,3% dùng kháng sinh đơn thuần. **Kết luận:** Viêm phổi ở bệnh nhân HIV/AIDS liên quan đến nhiều tác nhân khác nhau và các tác nhân này ảnh hưởng đến độ nặng của bệnh. Bệnh nhân thường có những triệu chứng điển hình của viêm phổi như sốt, ho và hơn 50% có suy hô hấp, đa số được sử dụng Cotrimoxazole kết hợp với kháng sinh ngay từ đầu và có đáp ứng với điều trị.

Từ khóa: Viêm phổi, HIV/AIDS, đặc điểm lâm sàng, tác nhân gây bệnh.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND CAUSATIVE AGENTS OF PNEUMONIA IN HIV/AIDS PATIENTS AT THE TROPICAL DISEASES HOSPITAL IN 2020

Background: Pneumonia is one of the significant causes of hospitalization and mortality among HIV-infected patients. A better understanding of the clinical features of this disease may help improve treatment for this population. **Aims:** To describe the clinical history, clinical and laboratory features, treatment, and determine the prevalence of causative agents isolated from respiratory specimens in HIV/AIDS patients with pneumonia who were hospitalized at the Tropical Diseases Hospital. **Objectives and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted, sampling HIV patients aged 18 years and older with pneumonia who were admitted to the Tropical Diseases Hospital from January 2020 to June 2020, presenting with respiratory symptoms and/or signs of lung damage on chest X-ray. **Results:** Among the 96 cases of pneumonia in HIV patients recorded, 60.4% were newly diagnosed with HIV, of which 97.9% were in the AIDS stage. Pneumonia in HIV patients sometimes presents only with fever and lung abnormalities on chest X-ray. The pathogens found in respiratory specimens included: *P. jirovecii* (50%), bacteria (47.9%), tuberculosis (36.5%), and fungi (18.8%). Factors influencing the severity of pneumonia included *P. jirovecii* (OR 5.3; 95% CI: 2.2 – 12.8), tuberculosis (OR 0.2; 95% CI: 0.09 – 0.6), bacteria (OR 3.7; 95% CI: 1.6 – 8.6), and fungi (OR 24.4; 95% CI: 3.1 – 193) with $p < 0.05$. Regarding initial antibiotic treatment, 62.5% of patients received Cotrimoxazole combined with other antibiotics, 23.9% received Cotrimoxazole alone, and 6.3% received antibiotics alone. **Conclusion:** Pneumonia in HIV/AIDS patients is associated with various pathogens, which affect the severity of the disease. Patients often exhibit typical symptoms of pneumonia, such as fever and cough, and more than 50% experience respiratory failure. The majority are treated with a combination of Cotrimoxazole and antibiotics from the outset and respond well to treatment. **Keywords:** Pneumonia, HIV/AIDS, clinical features, pathogens.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân nhiễm HIV có hệ thống miễn dịch suy giảm, dễ có nguy cơ mắc bệnh viêm phổi. Đây là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến nhập viện và tử vong, ngay cả trong thời kỳ điều trị bằng thuốc ARV có hiệu quả cao như hiện nay.¹ Sự phân bố các tác nhân gây bệnh khác nhau tùy theo khu vực và thời điểm khảo sát. Tác giả Huang L (2009) ghi nhận vi khuẩn là tác nhân ưu thế gây viêm phổi tại Hoa Kỳ và Tây Âu, trong khi ở vùng cận Sahara, bệnh cảnh lao phổi lại chiếm ưu thế.² Tác giả Buchacz K. (2010) cho thấy viêm phổi do *Pneumocystis jirovecii* (PCP) từng là tác nhân gây nhiễm trùng cơ hội hàng đầu và là chỉ điểm quan trọng của các bệnh nhân HIV vào giai đoạn AIDS ở các quốc gia phát triển như Hoa Kỳ hay Châu Âu, nhưng hiện nay tỉ lệ PCP ở các quốc gia này giảm đáng kể do hiệu quả của chiến lược điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole.³ Ở Việt Nam, nghiên cứu của Lê Mạnh Hùng (2006) tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới cho thấy *P. jirovecii* chiếm hơn 50% các tác nhân qua nội soi phế quản bao gồm vi khuẩn (42,2%), lao (27,6%), và vi nấm (19,6%).⁴ Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát các tác nhân và đặc điểm viêm phổi ở bệnh nhân HIV/AIDS nhằm hỗ trợ trong việc điều trị và tiên lượng bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân (BN) nhiễm HIV viêm phổi nhập Khoa Nhiễm E, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 01/2020 đến tháng 6/2020.

Tiêu chí chọn vào. BN ≥ 18 tuổi, có đủ chứng cứ khẳng định bị nhiễm HIV hoặc có đủ 3 test khẳng định nhiễm HIV ở đợt nhập viện này, có ít nhất 1 triệu chứng hô hấp (ho, khó thở, đau ngực) và/hoặc có dấu hiệu tổn thương trên XQuang phổi, lấy được ít nhất một mẫu bệnh phẩm hô hấp trong quá trình nằm viện và được điều trị kháng sinh không quá 48 giờ kể từ lúc nhập viện.

Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp chọn mẫu. Lấy toàn bộ những trường hợp thỏa tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Các bước thực hiện. Bệnh nhân HIV nhập khoa Nhiễm E thỏa tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu, sau khi ký đồng thuận sẽ được ghi nhận các thông tin về dân số - xã hội, tiền căn và lâm sàng. Mẫu đàm hoặc dịch hút khí quản được thu thập tùy theo tình trạng bệnh và

gửi xét nghiệm tại BV Bệnh Nhiệt Đới hoặc OUCRU để phân lập các tác nhân gây bệnh (lao, vi trùng, vi nấm, P.jirovecii). Kết quả xét nghiệm sẽ được báo với bác sĩ để quyết định phác đồ điều trị. Các dữ liệu cận lâm sàng và diễn tiến bệnh, điều trị được ghi nhận vào biểu mẫu nghiên cứu.

Định nghĩa biến số. Theo Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ năm 2007, viêm phổi nặng được xác định khi bệnh nhân có ít nhất 3 trong số các đặc điểm sau: nhịp thở ≥ 30 lần/phút, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$, thâm nhiễm phổi lan tỏa nhiều thùy, rối loạn tri giác, $\text{BUN} \geq 20$ mg/dL, bạch cầu máu < 4000 tế bào/mm³, tiểu cầu máu < 100.000 tế bào/mm³, hạ thân nhiệt $< 36^\circ\text{C}$, hoặc hạ huyết áp đòi hỏi phải hồi sức dịch truyền. Ngoài ra, nếu bệnh nhân có một trong hai đặc điểm: cần thở máy xâm lấn hoặc có sốc nhiễm trùng, cũng được coi là viêm phổi nặng⁵.

Phân tích thống kê. Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Các biến số liên tục được biểu diễn bằng giá trị trung bình $\pm$ SD hay trung vị (IQR) tùy phân phối chuẩn hay không chuẩn. Tỉ lệ giữa 2 nhóm được so sánh bằng phép kiểm chi bình phương. Các giá trị liên tục có phân phối chuẩn được so sánh bằng phép kiểm t (2 nhóm) hay phép kiểm ANNOVA (≥ 3 nhóm). Các giá trị liên tục không có phân phối chuẩn được so sánh bằng phép kiểm Mann-Whitney U (2 nhóm) hay phép kiểm Kruskal Wallis (≥ 3 nhóm).

Y đức. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới (Quyết định số 31/HĐĐĐ ký ngày 29/7/2019).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2020, có 96 BN đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, có 47 BN viêm phổi nhẹ và 49 BN viêm phổi nặng.

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Trong nghiên cứu, bệnh nhân nam chiếm 89,6%, với độ tuổi trung vị là 36 (IQR 29 – 41). Một nửa số bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường, gần 1/3 gây yếu (BMI $< 18,5$). Phần lớn bệnh nhân sống ở Thành phố Hồ Chí Minh (49,0%).

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (N=96)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung vị		36 (IQR 29-41)	
Giới	Nam	86	89,6

BMI	$< 18,5$	28	29,2
	18,5 – 23	48	50
Nơi cư ngụ	Thành phố Hồ Chí Minh	47	49
Tiền căn	Tình trạng phát hiện nhiễm HIV (N=96)		
	Được phát hiện nhiễm đợt NV này	58	60,4
	Đã biết nhiễm < 1 năm	17	17,7
	Đã biết nhiễm > 1 năm	21	21,9
	Khởi trị ARV trước nhập viện (N=38)		
	Không	3	8
	Đã khởi trị < 1 năm	20	52,6
	Đã khởi trị > 1 năm	15	39,4
	Tiền căn bệnh lý (N=96)		
	Lao phổi – Lao ngoài phổi	10	10,4
	PCP	8	8,3
	Viêm gan siêu vi B/C	19	19,8
	Dự phòng bệnh nhiễm trùng cơ hội (N=38)		
	Cotrimoxazole	14	36,8
	INH	2	5,2
	Fluconazole	1	2,6
	Đường lây truyền (N=96)		
	QHTD đồng giới	38	39,6
	QHTD khác giới	34	35,4
	Tiêm chích ma túy	9	9,4
	Khác/không rõ	15	15,6

Về tiền căn HIV, 60,4% bệnh nhân được phát hiện nhiễm HIV trong đợt viêm phổi này. Trong số 38 bệnh nhân đã biết nhiễm HIV, 8% chưa bắt đầu điều trị ARV, có 52,6% bệnh nhân dùng ARV < 1 năm, và 39,4% dùng ARV > 1 năm. Chỉ 44,7% trong số 38 bệnh nhân có tiền sử HIV được điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội, trong đó Cotrimoxazole là phương pháp phổ biến nhất (36,8%). Lây truyền HIV chủ yếu qua quan hệ tình dục (QHTD) không an toàn (75%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu (N = 96)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Ngày bệnh	Trung vị: 14 (IQR 7 – 30)	
Nhập viện sau 7 ngày từ lúc khởi phát	71	74
Sốt	91	94,8
Ho	88	91,7
Bất thường khi khám phổi	21	21,9
Suy hô hấp	52	54,2
Đau ngực	27	28,1
Không có triệu chứng hô hấp	4	4,2
Hạ huyết áp	17	17,7
Bệnh nhiễm trùng ngoài phổi đi kèm	78	81,3

Về đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu,

trung vị ngày bệnh khi vào nhập viện là 14 ngày (IQR 7-30). Thời gian bệnh trước nhập viện trên 7 ngày trong nghiên cứu chiếm 74%. Về triệu chứng lâm sàng: sốt và ho thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (hơn 90%).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của dân số nghiên cứu (N=96)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Bạch cầu (tế bào/mm ³)	Trung vị: 8240 (IQR 3940-12250)	
<4000	24	25,3
4000- 12000	46	48,4
≥ 12000	25	26,3
Lymphocyte (tế bào/mm ³)	Trung vị: 540 (IQR 270-760)	
Hemoglobin (g/dL)	Trung vị: 11 (IQR 8.5-12.6)	
< 8	18	18,9
8 – 12 (nữ) và 8 – 13 (nam)	61	64,2
TCD4 (tế bào/mm ³) (N=47)	Trung vị: 19 (IQR 8-46)	
< 200 tế bào/mm ³	46	97,9
Tiểu cầu (10 ³ tế bào/mm ³)	Trung vị: 199 (IQR 145-283)	
Tổn thương Xquang phổi		
Mô kẽ + phế nang	51	53,3
Mô kẽ dạng lưới, nốt	36	37,5
Mô kẽ dạng hạt kê	4	4,2
Tràn dịch màng phổi	9	9,4
Tạo hang	5	5,2
Khác	5	5,2

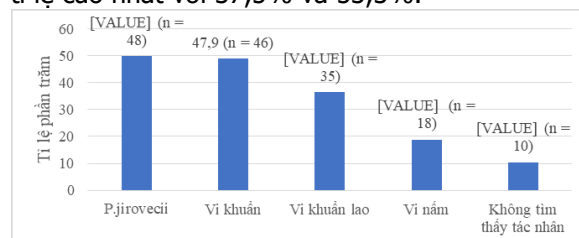
Về cận lâm sàng, bạch cầu máu có trị số trung vị là 8240 tế bào/mm³, với phần lớn BN có bạch cầu máu trong giới hạn bình thường (48,4%). Trị số trung vị TCD4 trong 47 BN được thực hiện xét nghiệm TCD4 là 19 tế bào/mm³

Bảng 5. Phân bố các tác nhân của 2 nhóm viêm phổi nặng và nhẹ (N=96)

Tác nhân	Tổng cộng n (%)	Độ nặng của viêm phổi		p	OR (KTC 95%)
		Nặng n(%)	Nhẹ n(%)		
P.jirovecii	48 (50)	34 (69,4)	14 (29,8)	<0.001*	5,3 (2,2 – 12,8)
Vi khuẩn	46 (47,9)	31 (63,3)	15 (31,9)	0,002*	3,7 (1,6 – 8,6)
Vi khuẩn lao	35 (36,5)	10 (20,4)	25 (53,2)	0,001*	0,2 (0,09 – 0,6)
Vi nấm	18 (18,8)	17 (34,7)	1 (2,1)	<0,001*	24,4 (3,1 – 193)
Không tìm thấy tác nhân	10 (10,4)	7 (14,9)	3 (6,1)	0,2**	

P.jirovecii gây viêm phổi nặng hơn các tác nhân khác gấp 5,3 lần (KTC 95%: 2,2 – 12,8), vi khuẩn và vi nấm cũng làm tăng nguy cơ viêm phổi nặng ở bệnh nhân HIV/AIDS tương ứng 3,7 lần (KTC 95%: 1,6 – 8,6) và 24,4 lần (KTC 95%: 3,1 – 193). Ngược lại, VK lao gây viêm phổi nặng thấp hơn 80% so với các tác nhân khác (KTC 95%: 0,09 – 0,6).

(IQR 8-46). Về tình trạng thiếu máu, trị số trung vị hemoglobin máu là 11 g/dL (IQR 3,5-12,6), với 64,2% bệnh nhân thiếu máu mức độ trung bình. Mặt khác, trên phim Xquang phổi, tổn thương mô kẽ dạng lưới nốt và phế nang chiếm tỉ lệ cao nhất với 37,5% và 53,3%.



Hình 1. Tác nhân gây viêm phổi phát hiện được trong bệnh phẩm hô hấp

P.jirovecii là tác nhân phát hiện thấy trong dịch hô hấp chiếm tỉ lệ cao nhất (50%), kế đó là vi khuẩn (47,9%), lao (36,5%) và vi nấm (18,8%).

Bảng 4. Phân bố các vi khuẩn phân lập được trong dịch hô hấp (N=49)

Tác nhân	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Staphylococcus aureus	4	8,2
Streptococcus pneumoniae	3	6,1
Rothia mucilaginosa	3	6,1
Haemophilus influenzae	1	2
Klebsiella pneumoniae	1	2
Actinomyces odontolyticus	1	2
VK thường trú	36	73,5

Có 49 tác nhân phân lập được từ 46 bệnh nhân, trong đó 1 bệnh nhân phân lập được 3 tác nhân vi khuẩn khác nhau. Các vi khuẩn thường trú chiếm tỉ lệ cao (73,5%). Ngoài ra, có 4 ca nhiễm Staphylococcus aureus và 3 ca phân lập được Streptococcus pneumoniae.

* Phép kiểm Chi bình phương; ** Phép kiểm Fisher

Bảng 6. Đặc điểm về điều trị kháng sinh ở dân số nghiên cứu (N=96)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Điều trị kháng sinh ban đầu		
Cotrimoxazole đơn thuần	7	7,3
	16	16,7
Cotrimoxazole + Kháng sinh	21	21,9

khác	39	40,6
Kháng sinh khác	6	6,3
Cotrimoxazole + kháng sinh khác + kháng lao	2	2,1
Kháng lao	1	1,04
Không điều trị kháng sinh	4	4,2
Kết cục		
Đáp ứng và xuất viện	39	40,6
Chuyển viện	37	38,5
Tử vong	17	17,7
Bỏ viện	3	3,1

Có 62,5% trường hợp bệnh được dùng Cotrimoxazole phối hợp kháng sinh khác ngay từ đầu, có 23,9% dùng Cotrimoxazole đơn thuần và 6,3% dùng kháng sinh đơn thuần. Phần lớn bệnh nhân đáp ứng với điều trị và xuất viện (40,6%), 37 bệnh nhân (38,5%) chuyển viện và 3 bệnh nhân bỏ viện không theo dõi được kết cục tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, dân số tham gia có độ tuổi trung vị là 36 (IQR 29 – 41), cao hơn so với nghiên cứu của Lê Mạnh Hùng (27 tuổi).⁴ Đặc biệt, trong nghiên cứu trước, HIV chủ yếu lây qua tiêm chích ma túy (76,9%),⁴ trong khi ở nghiên cứu này, QHTD không an toàn là con đường lây nhiễm chính (75%). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Buchacz cho thấy xu hướng tăng tỉ lệ lây truyền HIV qua QHTD và độ tuổi phát hiện nhiễm HIV.³

Nghiên cứu chỉ ra rằng 60,4% bệnh nhân mới biết nhiễm HIV trong đợt bệnh này. Điều này cho thấy vẫn còn một tỉ lệ lớn bệnh nhân nhiễm HIV chỉ được phát hiện khi tình trạng miễn dịch đã xấu. Trong số những bệnh nhân đã điều trị ARV có 39,4% BN dùng ARV > 1 năm, cho thấy viêm phổi vẫn có thể xảy ra ngay cả ở bệnh nhân đã điều trị ARV lâu dài, từ đó đặt ra câu hỏi về việc tuân thủ điều trị ở những bệnh nhân điều trị ARV, cũng như đáp ứng điều trị ARV như thế nào. Ngoài ra, trong nhóm bệnh nhân đã biết nhiễm HIV trước lần nhập viện này, chỉ có 44,7% cho biết có được điều trị dự phòng bệnh nhiễm trùng cơ hội (NTCH) chủ yếu là sử dụng Cotrimoxazole (36,8%). Điều này cho thấy điều trị dự phòng NTCH chưa được thực hiện rộng rãi và có thể góp phần vào tỉ lệ viêm phổi ở bệnh nhân HIV.

Về biểu hiện lâm sàng, trung vị ngày bệnh khi vào nhập viện là 14 ngày (IQR 7-30) và thời gian bệnh trước nhập viện trên 7 ngày chiếm 74%. Thời điểm nhập viện này là trễ đối với bệnh lý đường hô hấp, có thể là do triệu chứng ban đầu không rõ ràng nên bệnh nhân không

nhập viện sớm. Bên cạnh đó, các triệu chứng chủ yếu là sốt và ho (hơn 90%), nhưng chỉ 21,9% bệnh nhân có biểu hiện bất thường ở phổi khi khám thực thể (tương tự với tỉ lệ bệnh nhân có ran bệnh lý ở phổi trong nghiên cứu khác là 20,5% – 29%).⁴ Điều này cho thấy viêm phổi ở bệnh nhân HIV đôi khi chỉ có sốt và tổn thương trên XQuang phổi, mà không có triệu chứng thực thể rõ ràng. Biểu chứng suy hô hấp (54,2%) và hạ huyết áp (17,7%) cho thấy viêm phổi là 1 bệnh cảnh nặng nề.

Về cận lâm sàng, phần lớn bệnh nhân có bạch cầu máu trong giới hạn bình thường (48,4%). Có thể do đa số bệnh nhân trong nghiên cứu nhiễm các tác nhân thường không gây tăng bạch cầu như *P.jirovecii*, lao hay vi nấm, việc giảm lymphocyte trong máu ở các bệnh nhân trong nghiên cứu cũng góp phần làm giảm tổng số bạch cầu máu nói chung. Mặt khác, bệnh nhân cũng có tỉ lệ thiếu máu cao, với trị số trung vị Hb máu là 11 g/dL và 64,2% BN thiếu máu mức độ trung bình. Điều này có thể là do suy kiệt, NTCH, viêm nhiễm mạn tính.

Về TCD4, trị số trung vị TCD4 được xét nghiệm trong 6 tháng gần đây và ở đợt nhập viện này là 19 tế bào/mm³ và có 97,9% bệnh nhân đã thuộc giai đoạn AIDS. Điều này khác với nghiên cứu của Gangcuangco với trung vị TCD4 là 111 tế bào/mm³ và 63,1% bệnh nhân chuyển qua giai đoạn AIDS.⁶ Sự khác biệt này là do nghiên cứu của Gangcuango bao gồm cả bệnh nhân chưa điều trị ARV và có biểu hiện lâm sàng giai đoạn 1. Ngoài ra, trị số trung vị lymphocyte máu là 540 tế bào/mm³ (IQR 270-760), phản ánh tình trạng suy giảm miễn dịch trầm trọng.

Tổn thương phổi trên XQuang chủ yếu là mô kẽ dạng lưới nốt và phế nang, chiếm lần lượt 37,5% và 53,3%. Đa số bệnh nhân có tổn thương phổi hợp (58,3%). Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu khác với mô kẽ và thâm nhiễm phế nang là các tổn thương chủ yếu, và có cả dạng phổi hợp (chiếm tỉ lệ từ 45,3% đến 54,8% tùy tác nhân).⁴ Điều này cho thấy viêm phổi ở bệnh nhân HIV có thể có nhiều tác nhân gây bệnh và tình trạng đồng nhiễm.

Về các tác nhân phát hiện thấy trong dịch hô hấp, *P. jirovecii* là tác nhân phổ biến nhất (50%), tiếp là vi khuẩn (VK) (47,9%), lao (36,5%) và vi nấm (18,8%). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu khác với tỉ lệ tương ứng là *P.jirovecii* 56,4%, VK 42,2%, lao 27,6% và vi nấm 19,6%.⁴ Điều này phù hợp do tình trạng miễn dịch của dân số nghiên cứu đều suy giảm trầm trọng với TCD4 rất thấp (<100 tế bào/mm³).

Về phân bố các tác nhân phân lập được trong dịch hô hấp, vi khuẩn là tác nhân nhiều thứ 2, chiếm 47,9%, tương tự nghiên cứu trước (42,2%).⁴ Phần lớn VK phân lập được là VK thường trú (73,5%). Các tác nhân như *P.jirovecii*, VK, VK lao, vi nấm là đều gây ảnh hưởng đến độ nặng của viêm phổi. Cụ thể, *P.jirovecii* gây viêm phổi nặng hơn các tác nhân khác gấp 5,3 lần (KTC 95%: 2,2 – 12,8), vi khuẩn và vi nấm cũng làm tăng nguy cơ viêm phổi nặng ở bệnh nhân HIV/AIDS tương ứng 3,7 lần (KTC 95%: 1,6 – 8,6) và 24,4 lần (KTC 95%: 3,1 – 193). Ngược lại, VK lao gây viêm phổi nặng thấp hơn 80% so với các tác nhân khác (KTC 95%: 0,09 – 0,6). Tuy nhiên kết luận này có thể không hoàn toàn chính xác do sai lệch chọn lựa: không phải tất cả BN trong nghiên cứu đều cung cấp được mẫu đàm đạt chuẩn để đem cấy tìm vi khuẩn, vi nấm.

Về điều trị, phần lớn bệnh nhân được sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm để điều trị PCP có thể kết hợp hoặc không kết hợp với kháng sinh khác. Khoảng 62,5% bệnh nhân được sử dụng Cotrimoxazole kết hợp với kháng sinh ngay từ đầu, trong khi 23,9% dùng Cotrimoxazole đơn thuần và 6,3% dùng kháng sinh đơn thuần. Tỷ lệ bệnh nhân được đổi kháng sinh trong quá trình điều trị là 29,1%, tùy thuộc nhiều vào tác nhân gây bệnh, hoặc kháng sinh theo kinh nghiệm được dựa vào phổ tác nhân của từng địa phương.

Hạn chế của nghiên cứu. Chưa có phương tiện phân lập các tác nhân vi khuẩn không điển hình và tác nhân virus.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi ở bệnh nhân HIV/AIDS HIV liên quan đến nhiều tác nhân khác nhau và các tác nhân này ảnh hưởng đến độ nặng của bệnh. Bệnh nhân thường có những triệu chứng điển hình của viêm phổi như sốt, ho và hơn 50% có suy hô hấp, đa số được sử dụng Cotrimoxazole kết hợp với kháng sinh ngay từ đầu và có đáp ứng với điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wolff A. J., O'Donnell A. E. (2001), "Pulmonary manifestations of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy". *Chest*, 120 (6), pp. 1888-93.
2. Huang L., Crothers K. (2009), "HIV-associated opportunistic pneumonias". *Respirology*, 14 (4), pp. 474-85.
3. Buchacz K., Baker R. K., Palella F. J., Jr., et al. (2010), "AIDS-defining opportunistic illnesses in US patients, 1994-2007: a cohort study". *AIDS*, 24 (10), pp. 1549-59.
4. Lê Mạnh Hùng (2008), Viêm phổi nhiễm trùng trên người nhiễm HIV/AIDS nhập viện tại thành phố Hồ Chí Minh.
5. Mandell L. A., Wunderink R. G., Anzueto A., et al. (2007), "Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults". *Clin Infect Dis*, 44 Suppl 2, pp. S27-72.
6. Ganguangco LMA, Sawada I T. N., Do CD, et al. (2017), "Regional Differences in the Prevalence of Major Opportunistic Infections among Antiretroviral - Naïve Human Immunodeficiency Virus Patients in Japan, Northern Thailand, Northern Vietnam, and the Philippines.". *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 97 (1), pp. 49-56.

TẦN SUẤT BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN BẰNG CHỈ SỐ HUYẾT ÁP CỔ CHÂN – CÁNH TAY TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP

Trương Phi Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh động mạch chi dưới (BĐMCD) là một biểu hiện của xơ vữa động mạch thường đi kèm với bệnh mạch vành và làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch. Chỉ số ABI là công cụ đơn giản, không xâm lấn,

giúp phát hiện sớm BĐMCD. Tuy nhiên còn ít nghiên cứu đánh giá đặc điểm, tần suất bệnh động mạch chi dưới trên nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành để đánh giá tần suất bệnh động mạch chi dưới được chẩn đoán bằng chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. **Đối tượng:** Bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp lần đầu được điều trị tại khoa Nội Tim mạch và Tim mạch can thiệp Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Có 78 đối tượng được nghiên cứu, trong đó có 43 bệnh nhân có hội chứng mạch vành cấp là nhóm

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025