

điều trị chuyên sâu về đột quỵ vì vậy các NC này cơ sở để khoa và bệnh viện phát triển nhiều kỹ thuật can thiệp chuyên sâu như tiêu sợi huyết, can thiệp mạch để đáp ứng nhu cầu can thiệp toàn diện và phục hồi tối đa cho bệnh nhân khu vực Hải Dương và lân cận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al.** Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2016;133(4).
2. **Lê Thị Hương và cs** (2016). Tỷ lệ mắc Đột quỵ tại 8 tỉnh thuộc 8 vùng sinh thái Việt Nam năm 2013 – 2014, *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học, TCNCYH* 104 (6) – 2016.
3. **Gupta Priya et al.** (2014), "Clinical predictors and outcome of patients of acute stroke requiring

ventilatory support: A prospective hospital based cohort study", *J Neurol Sci*, 337(1), 14-17.

4. **Nguyễn Hồng Quân, Nguyễn Văn Thông** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân đột quỵ có đặt nội khí quản", *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, số 7(Số đặc biệt), tr. 234 – 240
5. **Trần Thị Oanh và cs** (2019). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân nhồi máu não cấp trên lều tiểu não có thông khí cơ học"
6. **Nguyễn Hoàng Ngọc và cs** (2004). Một số nhận xét lâm sàng của 48 bệnh nhân nhồi máu não diện rộng bán cầu. *Y học Việt nam*. 301: p. 29-34
7. **Đào Thị Bích Ngọc** (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của chức năng nhận thức sau nhồi máu não và một số yếu tố liên quan. Luận án Tiến sĩ. Đại học Y Hà Nội.

SO SÁNH KHẢ NĂNG PHÁT HIỆN TÁC NHÂN GÂY BỆNH TRONG BỆNH PHẨM HÔ HẤP GIỮA HAI KỸ THUẬT LẤY ĐÀM THƯỜNG VÀ ĐÀM KÍCH THÍCH Ở BỆNH NHÂN NHIỄM HIV/AIDS MẮC VIÊM PHỔI

Võ Triều Lý¹, Nguyễn Quang Diệu²,
Vương Minh Nhật³, Vũ Thị Hiếu⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi là một trong những nguyên nhân dẫn đến nhập viện và tử vong đáng kể ở những bệnh nhân nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV). Việc tìm ra tác nhân gây bệnh là bước quan trọng trong điều trị đặc hiệu cho bệnh nhân HIV. **Mục tiêu:** Mô tả tỉ lệ và so sánh khả năng phát hiện các tác nhân gây bệnh trong bệnh phẩm hô hấp giữa hai kỹ thuật lấy đàm thường và đàm kích thích ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS mắc viêm phổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 96 bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS viêm phổi điều trị nội trú tại khoa Nhiễm E – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2020. So sánh tỉ lệ phân lập tác nhân giữa 2 kĩ thuật lấy đàm kích thích và đàm thường bằng phép kiểm McNemar với ngưỡng có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. **Kết quả:** Các tác nhân được phát hiện trong dịch hô hấp của các bệnh nhân chiếm tỉ lệ lần lượt là *Pneumocystis jirovecii* (*P.jirovecii*) (50,0%), vi khuẩn (47,9%), lao (36,5%) và vi nấm (18,8%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ phát hiện

P.jirovecii, tỉ lệ soi AFB dương tính, tỉ lệ cấy vi khuẩn lao, tỉ lệ thu thập được mẫu đàm đạt tiêu chuẩn và tỉ lệ cấy vi khuẩn dương tính giữa hai kĩ thuật khạc đàm thường và khạc đàm kích thích ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tác nhân được tìm thấy trong bệnh phẩm đường hô hấp với tỉ lệ cao nhất là *P.jirovecii*, kế đó là vi khuẩn, lao và vi nấm. Nghiên cứu không nhận thấy sự khác biệt về khả năng phát hiện cho tất cả các tác nhân trong bệnh phẩm hô hấp giữa 2 kĩ thuật lấy đàm thường và đàm kích thích. Do đó, ở những bệnh nhân HIV/AIDS không khạc được đàm thường, có thể dùng biện pháp phun khí dung để lấy đàm kích thích. Mẫu đàm kích thích này cũng có giá trị tìm tác nhân gây bệnh tương đương với mẫu đàm thường.

Từ khóa: viêm phổi, HIV, đàm, đàm kích thích

SUMMARY

COMPARISON OF PATHOGEN DETECTION IN RESPIRATORY SPECIMENS BETWEEN CONVENTIONAL SPUTUM COLLECTION AND INDUCED SPUTUM COLLECTION TECHNIQUES IN HIV/AIDS PATIENTS WITH PNEUMONIA

Background: Pneumonia is a leading cause of hospital admissions and deaths among patients with HIV. Determining the causative agent is crucial for providing targeted treatment. Using the induced sputum method to collect sputum or respiratory secretions from pneumonia patients can assist in identifying the responsible pathogen. **Objective:** To describe the detection rate and compare the effectiveness of conventional sputum collection and induced sputum collection techniques for identifying

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

²Đơn vị nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford

³Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Võ Triều Lý

Email: drtrieuly@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 27.2.2025

pathogens in respiratory specimens from HIV/AIDS patients with pneumonia. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 96 HIV/AIDS inpatients with pneumonia at the Infection Department E of the Hospital for Tropical Diseases from January to June 2020. The study compared the ability to isolate the pathogen between conventional sputum collection and induced sputum collection techniques using the McNemar test, with a statistical significance threshold of $p < 0.05$. **Results:** The agents detected in the respiratory fluids of patients were *Pneumocystis jirovecii* (50.0%), bacteria (47.9%), *Mycobacterium tuberculosis* (36.5%), and fungi (18.8%), respectively. There was no difference between the detection rate of *P.jirovecii*, the rate of positive AFB smear, the rate of culturing *Mycobacterium tuberculosis*, the rate of collecting standard sputum samples and the rate of positive bacterial cultures between conventional sputum collection and induced sputum collection techniques ($p > 0.05$). **Conclusion:** The agent found in respiratory specimens with the highest rate is *P.jirovecii*, followed by bacteria, *Mycobacterium tuberculosis* and fungi. There is no difference in the ability to detect all pathogens in respiratory specimens between conventional sputum collection and induced sputum collection techniques. Therefore, in HIV patients who cannot expectorate normal sputum, aerosol induction can be used to collect induced sputum. This induced sputum sample is as valuable as a normal sputum sample in detecting pathogens.

Keywords: pneumonia, HIV, conventional sputum, induced sputum

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân nhiễm HIV (Human immunodeficiency virus) có nguy cơ mắc viêm phổi do hệ miễn dịch của cơ thể suy giảm. Đây là một trong những nguyên nhân dẫn đến nhập viện và tử vong đáng kể ở nhóm đối tượng này, ngay cả trong kỷ nguyên các thuốc kháng HIV (ARV) có hiệu quả cao như hiện nay. Với sự đa dạng của các tác nhân gây viêm phổi ở bệnh nhân HIV (vi khuẩn, vi nấm, virus hay ký sinh trùng...), việc xác định tác nhân gây bệnh để điều trị đặc hiệu còn là một thử thách khi điều trị bệnh nhân HIV.¹ Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự khác biệt về tần suất tìm thấy tác nhân gây bệnh như yếu tố dịch tễ, bệnh lý, cơ địa của bản thân ký chủ hoặc khác nhau tùy theo phương tiện khảo sát và tiêu chí khảo sát của các tác giả. Tuy nhiên hiện nay, những kỹ thuật phòng xét nghiệm trong chẩn đoán ngày càng tiến bộ hơn, đặc biệt về phương diện vi sinh: soi, cấy bệnh phẩm hoặc các kỹ thuật sinh học phân tử như PCR tìm các virus... Kỹ thuật lấy đàm hay chất tiết từ bệnh nhân viêm phổi bằng phương pháp đàm kích thích (induced sputum) có thể hỗ trợ quan trọng trong việc nhận dạng tác nhân.² Chúng tôi mong muốn khảo sát các bệnh cảnh

viêm phổi ở bệnh nhân HIV/AIDS (AIDS - Acquired immune deficiency syndrome: Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải), tìm hiểu sâu hơn về các tác nhân gây bệnh với hy vọng mang lại thêm kinh nghiệm cho bác sĩ lâm sàng chăm sóc các đối tượng này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu so sánh khả năng phát hiện tác nhân gây bệnh trong bệnh phẩm hô hấp giữa 2 kỹ thuật lấy đàm thường và đàm kích thích.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS viêm phổi điều trị nội trú tại Khoa Nhiễm E – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trong khoảng thời gian từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2020.

Tiêu chí chọn vào. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi;

Có đủ bằng chứng khẳng định 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;

Có lấy được ít nhất một mẫu bệnh phẩm hô hấp trong quá trình nằm viện;

Được điều trị kháng sinh không quá 48 giờ kể từ lúc nhập viện;

Đồng ý tham gia nghiên cứu bằng văn bản.

Tiêu chí loại ra: gồm những bệnh nhân không thể khạc được đàm, và chúng tôi hoàn toàn không thu thập được mẫu bệnh phẩm đường hô hấp để khảo sát.

Cỡ mẫu nghiên cứu. Để tìm các tác nhân gây viêm phổi ở bệnh nhân HIV/AIDS (BN HIV/AIDS), chúng tôi dựa vào tỉ lệ nhiễm *Pneumocystis jirovecii* (*P.jirovecii*) được xem là tác nhân khá điển hình chỉ điểm cho HIV. Dựa vào công thức tính cỡ mẫu xác định 1 tỉ lệ với tỉ lệ PCP trên BN HIV/AIDS bị viêm phổi theo nghiên cứu tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới năm 2005-2006 là 56%.³ Chúng tôi có được cỡ mẫu tối thiểu $n = 95$ trường hợp.

Biến số chính của nghiên cứu. Biến số phụ thuộc của nghiên cứu là các mẫu bệnh phẩm được lấy bằng kỹ thuật khạc đàm thường và khạc đàm kích thích sau phun khí dung bằng nước muối ưu trương:

Kỹ thuật khạc đàm thường được lấy vào buổi sáng. Có thể thực hiện trong vài ngày liên tiếp cho tới khi có mẫu đàm thường soi thấy vi khuẩn lao (*Acid fast bacillus* - AFB) và đã có mẫu đàm đạt chất lượng để cấy (tối đa 3 mẫu vào 3 ngày liên tiếp).

Kĩ thuật khắc đàm kích thích được nhóm nghiên cứu sử dụng máy phun khí dung Philips compressor nebulizer (lưu lượng 0,38 ml/phút) và dung dịch NaCl 3% (5ml/lần) để phun khí dung. Bệnh nhân không có chống chỉ định của khắc đàm kích thích sẽ được phun khí dung để lấy đàm kích thích, nếu lần 1 mẫu đàm chưa đạt tiêu chuẩn cấy, BN được phun khí dung lấy đàm lại lần 2 (tối đa phun khí dung 2 lần).⁴

Xử lý và phân tích dữ liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng với các biến số định tính được biểu diễn bằng tần số, tỉ lệ và các biến số liên tục dưới dạng giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị - IQR). Tỉ lệ phân lập được tác nhân giữa 2 phương pháp lấy đàm được so sánh bằng phép kiểm McNemar với ngưỡng có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu 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, chúng tôi khảo sát được 100 BN HIV/AIDS bị viêm phổi chưa điều trị kháng sinh quá 48 giờ nhập viện tại khoa nhiễm E Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, trong đó có 2 BN suy hô hấp nặng và 2 BN rối loạn tri giác không khắc được đàm nên bị loại khỏi nghiên cứu. Trong 96 BN còn lại đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, có 47 BN viêm phổi nhẹ và 49 BN viêm phổi nặng. Chúng tôi lấy 1 mẫu đàm thường và 1 mẫu đàm kích thích ở mỗi BN viêm phổi nhẹ, tuy nhiên có 2 mẫu đàm thường bị thất lạc và 2 mẫu BN không khắc được. Do đó, nghiên cứu có 43 mẫu đàm thường và 47 mẫu đàm kích thích được nghiên cứu trên 47 BN HIV/AIDS viêm phổi nhẹ.

Bảng 1. Đặc điểm xã hội của dân số nghiên cứu (n=96)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ
Trung vị (IQR)	36 (29 – 41)	
Tuổi	<25 tuổi	9,4
	25-49 tuổi	81,3
	≥50 tuổi	9,4
Giới	Nam	89,6
	Nữ	10,4
BMI	<18,5	29,2
	18,5-23	50
	>23	20,8
Nơi cư ngụ	TP.HCM	49
	Tỉnh	51

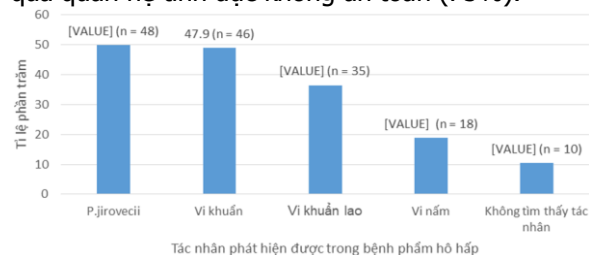
Bảng 1 cho thấy tuổi trung vị các bệnh nhân

trong nghiên cứu là 36 tuổi. Nam giới chiếm 89,6%. Một nửa các BN có BMI trong giới hạn bình thường. BN cư ngụ tại TP.HCM là 49% và các tỉnh thành là 51%.

Bảng 2. Tiền căn liên quan đến tình trạng nhiễm HIV của dân số nghiên cứu (n=96)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ
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		
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

Có 60,4% BN mới phát hiện nhiễm HIV ở đợt viêm phổi này, 39,6% BN đã biết nhiễm HIV trước đó. Trong nhóm đã biết tình trạng nhiễm HIV trước, có 8% chưa khởi trị ARV, 52,6% đã dùng ARV < 1 năm và 39,4% đã dùng ARV > 1 năm. Ghi nhận 10,4% BN từng bị lao phổi - lao ngoài phổi và 8,3% từng bị PCP. Chỉ 44,7% trong số 38 BN đã biết nhiễm HIV trước được điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội, chủ yếu bằng cotrimoxazole (36,8%). Phần lớn các BN lây HIV qua quan hệ tình dục không an toàn (75%).



Biểu đồ 1. Tỉ lệ các tác nhân phát hiện được trong bệnh phẩm hô hấp (n=96)

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

Bảng 3. So sánh tỷ lệ phát hiện *P.jirovecii* trong đàm giữa 2 kỹ thuật lấy đàm (n=45)

		Đàm kích thích		Tổng n (%)	p
		Phát hiện <i>P.jirovecii</i> n (%)	Không phát hiện <i>P.jirovecii</i> n (%)		
Đàm thường	Phát hiện <i>P.jirovecii</i> n (%)	7 (63,6)	2 (5,9)	9 (20)	0,7*
	Không phát hiện <i>P.jirovecii</i> n (%)	4 (36,4)	32 (94,1)	36 (80)	
	Tổng n (%)	11 (24,4)	34 (75,6)	45 (100)	

* Phép kiểm McNemar

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ phát hiện *P.jirovecii* bằng phương pháp PCR giữa 2 kỹ thuật (trên 45 BN) lấy đàm thường và đàm kích thích (p=0,7).

Bảng 4. So sánh tỷ lệ soi thấy AFB trong đàm giữa 2 kỹ thuật lấy đàm (n=47)

		Đàm kích thích		Tổng n (%)	p
		AFB (+) n (%)	AFB (-) n (%)		
Đàm thường	AFB (+) n (%)	10 (100)	3 (8,1)	13 (27,7)	0,3*
	AFB (-) n (%)	0 (0)	34 (91,9)	34 (72,3)	
	Tổng n (%)	10 (21,3)	37 (78,7)	47 (100)	

* Phép kiểm McNemar

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ soi AFB dương tính trong bệnh phẩm hô hấp (trên 47 BN) giữa 2 kỹ thuật lấy đàm thường và đàm kích thích (p=0,3).

Bảng 5. So sánh tỷ lệ cấy tìm vi khuẩn lao giữa 2 kỹ thuật lấy đàm (n = 32)

		Đàm kích thích		Tổng n (%)	p
		Phân lập được BK n (%)	Không phân lập được BK n (%)		
Đàm thường	Phân lập được BK n (%)	11 (84,6)	0 (0)	11 (34,4)	0,5*
	Không phân lập được BK n (%)	2 (15,4)	19 (100)	21 (65,6)	
	Tổng n (%)	13 (40,6)	19 (59,4)	32 (100)	

* Phép kiểm McNemar

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ cấy vi khuẩn lao giữa 32 BN được lấy đàm bằng kỹ thuật lấy đàm thường và đàm kích thích (p=0,5).

Bảng 6. So sánh tỷ lệ mẫu đàm đạt tiêu chuẩn giữa 2 kỹ thuật lấy đàm (n = 47)

		Đàm kích thích		Tổng n (%)	p
		Đạt n (%)	Không đạt n (%)		
Đàm thường	Đạt n (%)	14 (60,9)	6 (25)	20 (42,6)	0,6*
	Không đạt n (%)	9 (39,1)	18 (75)	27 (57,4)	
	Tổng n (%)	23 (48,9)	24 (51,1)	47 (100)	

* Phép kiểm McNemar

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ thu thập được mẫu đàm đạt tiêu chuẩn ở 47 BN dùng kỹ thuật lấy đàm thường và lấy đàm kích thích (p=0,6).

Bảng 7. So sánh tỷ lệ cấy tìm thấy vi khuẩn giữa 2 nhóm kỹ thuật lấy đàm (n = 47)

		Đàm kích thích		Tổng n (%)	p
		Phân lập được vi khuẩn n (%)	Không phân lập được vi khuẩn n (%)		
Đàm thường	Phân lập được vi khuẩn n (%)	8 (61,5)	3 (8,8)	11 (23,4)	0,7*
	Không phân lập được vi khuẩn n (%)	5 (38,5)	31 (91,2)	36 (76,6)	
	Tổng n (%)	13 (27,7)	34 (72,3)	47 (100)	

* Phép kiểm McNemar

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ cấy vi khuẩn dương tính ở 47 BN dùng kỹ thuật lấy đàm thường và kỹ thuật lấy đàm kích thích (p=0,7).

IV. BÀN LUẬN

BN nam trong dân số khảo sát (86 ca) chiếm tỉ lệ cao gần gấp 9 lần BN nữ (89,6% so với 10,4%). Kết quả này tương đồng với kết quả

trong nghiên cứu viêm phổi ở BN HIV thực hiện tại BV Bệnh Nhiệt Đới năm 2006 của Lê Mạnh Hùng³ với tỉ lệ nam giới là 89,2%. Tuổi trung vị của dân số nghiên cứu là 36 tuổi (IQR 29 – 41), trong đó nhóm tuổi từ 25 – 49 chiếm tỉ lệ cao nhất với 81,3%. Tuy nhiên, nếu so sánh với nghiên cứu của tác giả Lê Mạnh Hùng,³ trung vị tuổi chỉ có 27. Điều này cho thấy độ tuổi bị

nhiễm HIV hiện nay trẻ hơn so với trước đây. Độ tuổi bị nhiễm HIV bị ảnh hưởng bởi đường lây truyền HIV: trong nghiên cứu của Lê Mạnh Hùng, đường lây truyền HIV chủ yếu là tiêm chích ma túy (76,9%), khác biệt với nghiên cứu này, quan hệ tình dục không an toàn là đường lây truyền HIV chính, chiếm tỉ lệ 75%. Chúng tôi ghi nhận là tỉ lệ BMI trong giới hạn bình thường chiếm 50%; có gần 1/3 các BN có BMI < 18,5, tức là trong tình trạng gầy yếu. BN cư ngụ tại TPHCM là 49% và các tỉnh thành là 51%. Khả năng nhiều bệnh nhân HIV có khuynh hướng không muốn khám và điều trị tại tỉnh nhà, nên thường đến TPHCM trị bệnh, hoặc do tình trạng bệnh đã nặng nên BN đến trực tiếp tại một cơ sở điều trị lớn của TPHCM.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 39,2% BN trong số những trường hợp đã dùng ARV trên 1 năm vẫn mắc bệnh, điều này cho thấy viêm phổi ở người nhiễm HIV có thể xảy ra ở cả những thời điểm BN đã uống ARV thời gian dài. Cũng có thể hiểu rằng bệnh nhiễm trùng cơ hội (NTCH) xảy ra ở BN HIV còn tùy thuộc mức độ tuân thủ ARV của họ cũng như giai đoạn miễn dịch của họ khi được chẩn đoán viêm phổi. Chiến lược điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội cho các BN nhiễm HIV đã được Bộ Y tế đưa ra vào năm 2017. Tuy nhiên qua hỏi về tiền căn bệnh liên quan đến HIV ở 38 BN đã biết nhiễm HIV trước lần nhập viện này, chỉ có 44,7% BN cho biết có được điều trị dự phòng bệnh nhiễm trùng cơ hội, trong đó tỉ lệ dự phòng bằng cotrimoxazole là cao nhất với 36,8%. Ngoài ra, tỉ lệ dự phòng bằng lao với INH chỉ có 5,2% và dự phòng *Cryptococcus neoformans* bằng fluconazole cũng rất thấp (2,6%). Như vậy việc điều trị dự phòng NTCH chưa được thực hiện rộng rãi, và có thể chẳng đóng vai trò nào đó trong tần suất bị viêm phổi của BN HIV? Trong nghiên cứu này, lây truyền HIV chủ yếu qua quan hệ tình dục không an toàn, (chiếm tỉ lệ 75%). Đặc biệt nhóm MSM trong nghiên cứu này chiếm tỉ lệ 35,4%. Điều này cũng phù hợp với khuynh hướng dịch tễ của bệnh, theo số liệu công bố của Bộ Y tế về "Công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020", đường lây chủ yếu là quan hệ tình dục không an toàn chiếm 67,2%, còn tỉ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiên cứu tiêm chích ma túy đang có xu hướng giảm (từ 13,98% năm 2017 xuống còn 12,78% năm 2019), thay vào đó tỉ lệ này ở nhóm MSM đang ngày càng gia tăng.⁵

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

(18,8%). Kết quả phân bố tác nhân này khá tương đồng với nghiên cứu của Lê Mạnh Hùng³: *P.jirovecii* chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 56,4%, vi khuẩn đứng hàng thứ 2 với 42,2%, tiếp theo là lao với 27,6% và vi nấm với 19,6%. Chúng tôi cũng có một tỉ lệ BN không phân lập được tác nhân nào trong bệnh phẩm hô hấp với 10 trường hợp (10,4%) gần tương đương với nghiên cứu của Lê Mạnh Hùng với 11,6%.

Nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt giữa tỉ lệ phát hiện *P.jirovecii* bằng phương pháp PCR, tỉ lệ soi AFB dương tính, tỉ lệ cấy vi khuẩn lao, tỉ lệ thu thập được mẫu đàm đạt tiêu chuẩn và tỉ lệ cấy vi khuẩn dương tính giữa hai kĩ thuật khác đàm thường và khắc đàm kích thích ($p > 0,05$). Trước đây đàm thường là loại bệnh phẩm được cho là có độ nhạy thấp nhất trong các loại bệnh phẩm hô hấp để chẩn đoán PCP. Đàm kích thích là loại bệnh phẩm được khuyến cáo sử dụng rộng rãi để chẩn đoán PCP trên lâm sàng do BN PCP thường không khạc đàm tự nhiên được. Tuy nhiên gần đây, khi nhuộm đàm bằng phương pháp nhuộm miễn dịch huỳnh quang, độ nhạy của đàm thường được chứng minh tương đương với đàm kích thích trong chẩn đoán PCP. Kĩ thuật PCR tìm *P.jirovecii* là phương pháp có độ nhạy rất cao, được chứng minh tương đương hoặc thậm chí cao hơn so với phương pháp nhuộm miễn dịch huỳnh quang là phương pháp vốn được xem như tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán PCP.⁶ Nhiều nghiên cứu đã chứng minh soi AFB và cấy tìm lao trong đàm kích thích giúp tăng khả năng chẩn đoán lao phổi ở nhóm BN không khạc được đàm và nhóm BN soi AFB âm tính ở đàm thường.⁷ Tuy nhiên, chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt của tỉ lệ cấy lao và soi tìm AFB giữa hai kĩ thuật lấy đàm, lý giải cho việc này có thể do số lượng mẫu đàm lấy giữa hai kĩ thuật không giống nhau (đàm thường tối đa 3 lần, đàm kích thích tối đa 2 lần). Nghiên cứu nhận thấy tỉ lệ phân lập được vi khuẩn và phổ vi khuẩn của đàm kích thích tương đương so với đàm thường ($p=0,7$). Có thể lý giải rằng khi đàm kích thích đi qua vùng hầu họng đã bị lây nhiễm bởi dịch tiết vùng hầu họng, tỉ lệ đàm kích thích bị lây nhiễm bởi nước bọt khi đi qua vùng hầu họng được báo cáo trong nghiên cứu của tác giả C Chuard và cs lên đến 45%, và đàm kích thích không làm tăng thêm chất lượng mẫu đàm cho việc cấy vi khuẩn.⁸

V. KẾT LUẬN

Tác nhân được tìm thấy trong bệnh phẩm đường hô hấp với tỉ lệ cao nhất là *P.jirovecii* (50%), kế đó là vi khuẩn (47,9%), lao (36,5%)

và vi nấm (18,8%). Nghiên cứu không nhận thấy sự khác biệt về khả năng phát hiện cho tất cả các tác nhân trong bệnh phẩm hô hấp giữa 2 kỹ thuật lấy đàm thường và đàm kích thích. Do đó, ở những bệnh nhân HIV không khạc được đàm thường, có thể dùng biện pháp phun khí dung để lấy đàm kích thích. Mẫu đàm kích thích này cũng có giá trị tìm tác nhân gây bệnh tương đương với mẫu đàm thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wolff AJ, O'Donnell AE.** Pulmonary manifestations of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. *Chest*. 2001;120(6):1888-1893.
2. **Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health, HIV Medicine Association, of the Infectious Diseases Society of America.** Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents with HIV. Published online 2019.
3. **Hùng LM.** Viêm phổi nhiễm trùng trên người nhiễm HIV/AIDS nhập viện tại thành phố Hồ Chí Minh. Đại học Y Dược TPHCM. Published online 2008.
4. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Hô hấp. Published online 2014.
5. **Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020, Hà Nội.** Published online 2019.
6. **Choe PG, Kang YM, Kim G.** Diagnostic value of direct fluorescence antibody staining for detecting *Pneumocystis jirovecii* in expectorated sputum from patients with HIV infection. *Medical Mycology*. 2014;52(3):326-330.
7. **Biswas S, Das A, Sinha A, Das SK, Bairagya TD.** The role of induced sputum in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Lung India: official organ of Indian Chest Society*. 2013;30(3):199-202.
8. **Chuard C, Fracheboud D, Regamey C.** Effect of sputum induction by hypertonic saline on specimen quality. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2001;39(4):211-214.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: U TUYẾN HẬU THẬN - NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Phạm Hồng Cảnh¹, Chu Hồng Sơn¹,
Trần Thị Linh², Trần Ngọc Minh¹

TÓM TẮT

U tuyến hậu thận (Metanephric adenoma - MA) là khối u lành tính rất hiếm gặp, chỉ chiếm 0,2-0,7% các khối u biểu mô ở thận, thường khó phân biệt với các khối u ác tính qua hình ảnh học, chẩn đoán chính xác chủ yếu dựa vào giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch. Báo cáo này mô tả trường hợp một bệnh nhân nữ 46 tuổi tình cờ phát hiện u thận trái qua khám sức khỏe định kỳ. Hình ảnh CLVT cho thấy khối ngấm thuốc đồng nhất, ranh giới rõ, không có hoại tử hay xuất huyết. Sinh thiết qua da dưới hướng dẫn siêu âm giúp chẩn đoán xác định là MA. Bệnh nhân được điều trị bảo tồn và theo dõi định kỳ. Qua ca lâm sàng này, chúng tôi muốn đề cập tới đặc điểm của u tuyến hậu thận, vai trò của sinh thiết trước phẫu thuật và một số xét nghiệm trong chẩn đoán và định hướng điều trị đặc biệt là các nghiên cứu về đột biến BRAF V600E với hi vọng mở ra tiềm năng chẩn đoán đơn giản và chính xác hơn trong tương lai. **Từ khóa:** U tuyến hậu thận, sinh thiết qua da, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

METANEPHRIC ADENOMA –

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Cảnh

Email: canhhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 27.2.2025

A RARE CASE REPORT

Metanephric adenoma (MA) is a sporadic benign tumor, accounting for only 0.2-0.7% of renal epithelial tumors, often difficult to distinguish from malignant tumors through imaging, accurate diagnosis mainly based on pathology and immunohistochemistry. This report describes the case of a 46-year-old female patient who accidentally discovered a left renal tumor during a routine health check. CT scan showed a homogeneous, well-defined mass with no necrosis or hemorrhage. Percutaneous biopsy under ultrasound guidance confirmed the diagnosis of MA. The patient was treated conservatively and followed up periodically. Through this clinical case, we would like to discuss the characteristics of metanephric adenoma, the role of preoperative biopsy, and some tests in diagnosis and treatment orientation, especially studies on BRAF V600E mutation, with the hope of opening up the potential for more straightforward and more accurate diagnosis in the future.

Keywords: Metanephric adenoma, percutaneous biopsy, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến hậu thận (Metanephric adenoma - MA) là khối u lành tính rất hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 0.2-0.7% các khối u biểu mô ở thận. Do không có đặc điểm hình ảnh hoặc lâm sàng đặc trưng so với các khối u thận khác, đặc biệt là các u ác tính như u Wilms hoặc ung thư biểu mô thận thể nhú (Papillary renal cell carcinoma), nên