

khó có thể áp dụng cho tất cả bệnh nhân hồi sức. Tuy nhiên, nghiên cứu trước đây của chúng tôi cho thấy đa số (82,8%) bệnh nhân nhập khoa hồi sức tích cực nhỏ hơn 3 tuổi và cần thở máy xâm nhập ít nhất 12 giờ (82,3%) [8]. Do đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn có tính đại diện cao cho quần thể bệnh nhân nặng và cung cấp một góc về tình trạng quá tải dịch hiện nay. Ngoài ra, giám sát tình trạng quá tải dịch giới hạn trong 7 ngày đầu, có thể bỏ sót các thời điểm quá tải dịch nặng sau đó. Cuối cùng, nghiên cứu chưa tìm ra nguyên nhân cụ thể của quá tải dịch, do đó cần có thêm nghiên cứu để hiểu rõ căn nguyên và biện pháp phòng ngừa, xử trí hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN

Quá tải dịch là một yếu tố bất lợi liên quan đến những kết cục xấu của bệnh nhân nặng cần thở máy tại đơn vị hồi sức nhi khoa. Do đó, việc kiểm soát dịch chặt chẽ trong quần thể bệnh nhân nặng tại các đơn vị hồi sức cấp cứu nhi khoa là thiết yếu. Cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, quần thể bệnh nhân khác nhau để có thêm những thông tin toàn diện về tình trạng quá tải dịch, tạo nền tảng cho các nghiên cứu sâu hơn về cơ chế, nguyên nhân và biện pháp xử trí quá tải dịch nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhi hồi sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brierley J, Carcillo J.A, Choong K, et al. (2009). Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock: 2007 update from the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 37(2):666-88.
2. Sinitsky L, Walls D, Nadel S et al. (2015). Fluid overload at 48 hours is associated with respiratory morbidity but not mortality in a general PICU: retrospective cohort study. Pediatr Crit Care Med.;16(3):205-9.
3. Alobaidi R, Morgan C, Basu R.K et al (2018). Association between fluid balance and outcomes in critically ill children: a systematic review and metaanalysis. JAMA Pediatr;172(3):257-268.
4. Trần Minh Điển, Dương Khánh Toàn (2016), Nhận xét quá tải dịch trong hồi sức sau phẫu thuật tim mở tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội
5. Diaz F, Benfield M, Brown L et al (2017). Fluid overload and outcomes in critically ill children: A single center prospective cohort study. J Crit Care;39:209-213
6. Arikan A.A, Zappitelli M, Goldstein S.L et al (2012). Fluid overload is associated with impaired oxygenation and morbidity in critically ill children. Pediatr Crit Care Med; 13:253-258
7. Li Y, Wang J, Bai Z (2016). Early fluid overload is associated with acute kidney injury and PICU mortality in critically ill children. Eur J Pediatr; 175(1):39-48
8. Phuc Huu Phan (2012). Epidemiology of Acute Lung Injury and Acute Respiratory Distress Syndrome in children in Vietnam. Texas Medical Center Dissertations (via ProQuest). AAI3540410

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM MÀNG NÃO CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS Ở BỆNH NHÂN AIDS TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI

Võ Triều Lý¹, Tô Hồng Phương Thanh¹, Vương Minh Nhật²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm màng não C. neoformans là nhiễm trùng cơ hội thường gặp ở HIV/AIDS, tỷ lệ tử vong cao. Đặc điểm lâm sàng, chiến lược tầm soát, dự phòng và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS đã có nhiều thay đổi. **Mục tiêu:** Mô tả diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm màng não C. neoformans nhiễm HIV/AIDS nhập viện tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca các trường hợp viêm

màng não C. neoformans nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới. **Kết quả:** 103 bệnh nhân (11/2023 - 8/2024), tuổi trung bình $35,7 \pm 11,3$. Trước nhập viện: 32% điều trị ARV, 3,8% có tiền sử viêm màng não nấm, CD4 trung vị 20 (9-56). Đồng mắc viêm màng não nấm & lao màng não: 9,7%. Triệu chứng: đau đầu (89,3%), buồn nôn (58,3%), sốt (47,6%), rối loạn tri giác (19,4%), dấu thần kinh định vị (29,1%), liệt dây VII phổ biến nhất. Tổn thương trên phim sọ não: 31,8%. Dịch não tủy: bạch cầu 20 (6-81) TB/mm³, protein 0,7 (0,4-1,0) g/dL, lactate 4,2 (2,7-5,0) mmol/L, Glucose DNT/máu <0,5: 84,5%. Soi dương tính: 99%, vi nấm chủ yếu C. neoformans var. grubii (96,1%). **Kết luận:** Đau đầu nổi trội trong viêm màng não nấm. Dịch não tủy có thể bình thường dù viêm màng não nặng. Đồng nhiễm viêm màng não nấm & lao gia tăng.

Từ khóa: viêm màng não nấm, C. neoformans, nhiễm trùng cơ hội, HIV/AIDS.

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Triều Lý

Email: drtrieuly@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS MENINGITIS IN AIDS PATIENTS AT THE HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Background: *C. neoformans* meningitis is a common opportunistic infection in HIV/AIDS with a high mortality rate. The clinical characteristics, screening strategies, prevention, and treatment of HIV/AIDS patients have undergone significant changes. **Objective:** To describe the clinical and laboratory course of HIV/AIDS patients with *C. neoformans* meningitis admitted to the Hospital for Tropical Diseases. **Methods:** This study employed a case series design, analyzing HIV/AIDS patients diagnosed with *C. neoformans* meningitis at the Hospital for Tropical Diseases. **Results:** 103 patients (11/2023 - 8/2024), mean age 35.7 ± 11.3 . Before admission: 32% on ARV treatment, 3.8% had a history of cryptococcal meningitis, median CD4 count 20 (9–56). Co-infection with cryptococcal and tuberculous meningitis: 9.7%. Symptoms: headache (89.3%), nausea (58.3%), fever (47.6%), altered consciousness (19.4%), focal neurological signs (29.1%), with sixth cranial nerve palsy being the most common. Brain imaging abnormalities: 31.8%. CSF findings: WBC count 20 (6–81) cells/mm³, protein 0.7 (0.4–1.0) g/dL, lactate 4.2 (2.7–5.0) mmol/L, CSF-to-blood glucose ratio <0.5: 84.5%. Positive India ink staining: 99%, predominant fungal strain: **C. neoformans* var. *grubii** (96.1%). **Conclusion:** Headache is a prominent symptom in cryptococcal meningitis. Cerebrospinal fluid may appear normal even in severe meningitis. Co-infection with cryptococcal meningitis and tuberculosis is increasing.

Keywords: Cryptococcal meningitis, *C. neoformans*, opportunistic infections, HIV/AIDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS vẫn là vấn đề toàn cầu với 39,9 triệu ca, Việt Nam có hơn 200.000 ca. Dù ARV ngày càng phổ biến, NTCH vẫn là gánh nặng, nhất là ở nước đang phát triển. Viêm màng não do *C. neoformans* là NTCH phổ biến ở bệnh nhân HIV/AIDS. Nghiên cứu (Vương Minh Nhứt & Võ Triều Lý, 2022) tại BV Bệnh Nhiệt đới ghi nhận tỉ lệ nhiễm *C. neoformans* là 19,4%, chỉ sau PCP.[3]

Không những vậy tỉ lệ tử vong do viêm màng não (VMN) nấm *C. neoformans* vẫn còn cao. Trên toàn cầu ước tính khoảng hơn 181 ngàn người tử vong liên quan viêm màng não nấm *C. neoformans* mỗi năm, chiếm khoảng 15% các trường hợp tử vong liên quan đến AIDS.[7]

Ở Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu mô tả lâm sàng, cận lâm sàng viêm màng não *C. neoformans* ở người nhiễm HIV/AIDS[1],[2],[8]. Trước thay đổi dịch tễ, tiếp cận ARV và dự phòng NTCH, cần đánh giá tác động lên viêm

màng não do *C. neoformans* ở bệnh nhân AIDS. Nghiên cứu này mô tả diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng nhằm cải thiện điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) người lớn viêm màng não nấm *C. neoformans* nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ 11/2023 đến 8/2024. **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** (1) BN ≥ 16 tuổi, được khẳng định nhiễm HIV theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam và được (2) cấy dịch não tủy (DNT) định danh nấm *C. neoformans*. **Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) Tử vong trong vòng 24 giờ sau nhập viện hoặc (2) không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Các biến số chính: Biến số lâm sàng: Thu thập từ bệnh nhân và hồ sơ, gồm lý do nhập viện, ngày bệnh, triệu chứng như sốt, đau đầu, buồn nôn-nôn, co giật, rối loạn thị giác, ù tai, rối loạn tri giác, dấu thần kinh định vị, dấu màng não. Biến số cận lâm sàng: Xét nghiệm lúc nhập viện, gồm huyết học, sinh hóa, hình ảnh sọ não, dịch não tủy (tế bào, sinh hóa, vi sinh), CD4.

2.4. Phương pháp thống kê: Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 25.0, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kết quả trình bày dưới dạng bảng hoặc biểu đồ: biến định tính dưới dạng %, biến định lượng dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị).

2.5. Y đức: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức BV Bệnh Nhiệt đới phê duyệt theo quyết định số 3595 ngày 31/10/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

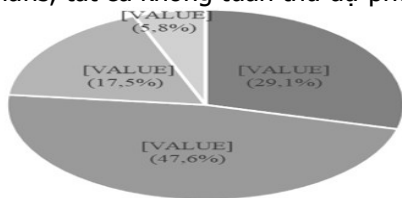
Từ 11/2023 – 8/2024, có 103 bệnh nhân AIDS được chẩn đoán VMN nấm *C. neoformans*.

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, tiền căn của mẫu nghiên cứu (n=103)

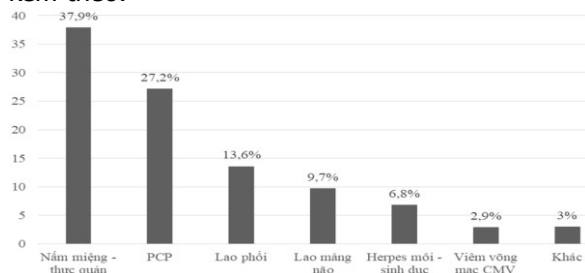
Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ (%)
Tuổi		$35,7 \pm 11,3$	
Nhóm tuổi	<35 tuổi	59	57,3
	≥ 35 tuổi	44	42,7
Giới nam		92	89,3
Suy dinh dưỡng		40	38,8
Đường lây truyền	Tiêm chích ma túy	5	4,9
	QHTD khác giới	35	34,0
	QHTD đồng giới	58	56,3
	Không xác định	5	4,9
Đã điều trị ARV > 1 tháng		33	32,0
Tuần thủ ARV (n=33)		15	45,5
Tiền căn viêm màng não nấm		4	3,8
TCD4 (TB/mm ³)		20 (9 – 56)	

Tuổi trung bình $35,7 \pm 11,3$ (19–69), 57,3% <35 tuổi, nam giới 89,3%, QHTD đồng giới 56,3%. Suy dinh dưỡng 38,8%. ARV trước nhập viện 32%, chỉ 15 ca tuân thủ. TCD4 trung vị 20 (9–56) TB/mm³. Bốn ca tái phát VMN C. neoformans, tất cả không tuân thủ dự phòng.



Biểu đồ 1. Số nhiễm trùng cơ hội kèm theo (n=103)

Đa phần BN mắc nhiều NTCH trong đợt nhập viện với 73 (70,8%). Trong đó, tỉ lệ 1 NTCH kèm theo là nhiều nhất với 49 (47,6%); tuy nhiên đặc biệt cũng có tới 6 (5,8%) có đồng thời 3 NTCH kèm theo.



Biểu đồ 2. Phân bố nhiễm trùng cơ hội đồng mắc (n=103)

Về NTCH đồng mắc phù hợp với giai đoạn AIDS, nấm miệng – thực quản là nhiều nhất (37,9%), kế đến là PCP 27,2%, các bệnh lao như lao phổi (13,7%), lao màng não (9,7%), các bệnh khác như herpes môi – sinh dục, lao các cơ quan khác như lao ruột, lao hạch.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng mẫu nghiên cứu (n=103)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng		
Đau đầu	92	89,3
Nôn ói	60	58,3
Sốt	50	47,6
Nhìn mờ	26	25,2
Cơ giật	20	19,4
U tai	17	16,5
Sang thương da	10	9,7
Gan, lách, hạch to	8	7,8
Triệu chứng thực thể		
Rối loạn tri giác	20	19,4
Cổ gượng	59	57,3
Dấu thần kinh định vị	30	29,1

Phân bố dấu thần kinh định vị	Liệt VI	21	20,4
	Liệt III	7	6,8
	Liệt VII	5	4,9
	Yếu hai chi dưới	2	1,9

Đặc điểm dịch não tủy

Bạch cầu DNT	20 (6 – 81) TB/mm ³	
%Tế bào đa nhân (n=101)*	25% ± 25%	
% Tế bào đơn nhân (n=101)*	74% ± 25%	
Protein (g/dL)	0,7 (0,4 – 1,0)	
Lactate (mmol/L)	4,2 (2,7 – 5,0)	
Glucose DNT/máu <0,5	87	84,5
Soi dịch não tủy (+)	102	99

Đặc điểm tổn thương trên phim sọ não (n = 85)

Tổn thương trên phim sọ não		28	31,8
Phân bố đặc điểm tổn thương	Dẫn não thất	12	14,1
	Tăng tín hiệu màng não	8	9,4
	Nang giả - u nang	3	3,5
	Khác	5	5,9

Nhập viện trung vị 14 (8–21) ngày. Triệu chứng: đau đầu (89,3%), buồn nôn (58,3%), sốt (47,6%), co giật (19,4%), nhìn mờ, ù tai, gan lách hạch to. Rối loạn tri giác 19,4%, cổ gượng 57,3%, dấu thần kinh định vị 29,1% (liệt dây VI 70%). DNT: bạch cầu 20 (6–81) TB/mm³, 24,3% bình thường (2 ca không tế bào), đơn nhân 79,2%, đa nhân 6,8%. Glucose DNT/máu <0,5 (84,5%), protein 0,7 g/dL, lactate 4,2 mmol/L. Chỉ 1 ca soi DNT âm tính, còn lại thấy nấm hạt men. Chụp sọ não (85 ca): 31,8% tổn thương, phổ biến là dẫn não thất (42,9%), giảm đậm độ não, thoái hóa chất trắng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số. HIV chủ yếu ảnh hưởng nhóm <35 tuổi, đặc biệt nam quan hệ đồng giới (89,3% và 56,3%), phù hợp báo cáo Bộ Y tế. Tỷ lệ nhiễm tăng ở nam, giảm ở nữ, liên quan hành vi nguy cơ như tiêm chích ma túy, quan hệ tình dục không an toàn.

Đa phần BN nhập viện trong tình trạng suy kiệt miễn dịch, TCD4 trung vị 20 TB/mm³, phù hợp với các nghiên cứu trước đây của N.Q.Trung (2006), B.T.B.Hạnh (2015), ghi nhận viêm màng não nấm thường xảy ra ở BN có TCD4 <50 TB/mm³[1],[2],[8]. Dù suy giảm miễn dịch, chỉ 38,8% bệnh nhân suy dinh dưỡng, thấp hơn các nghiên

cứ trước, có thể do kinh tế và dinh dưỡng cải thiện. Đa số (65,1%) được chẩn đoán HIV khi nhập viện, tương tự nghiên cứu trong và ngoài nước, gồm Lakoh et al. (2020).[6] Qua đó phần nào cho thấy, việc tầm soát và phát hiện HIV chưa được quan tâm đúng mức dẫn đến bệnh nhân phát hiện HIV khi đã mắc bệnh NTCH nặng.

Ngoài ra, 32% BN được điều trị ARV, trong đó chỉ 45,5% tuân thủ ARV. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị ARV trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn N.T.B.Hạnh (2015) 26,3%.[8] Dù ARV dễ tiếp cận, tỷ lệ tuân thủ vẫn thấp (<50%), cần tăng cường tư vấn, quản lý. Cả 4 ca tái phát viêm màng não C. neoformans đều không tuân thủ dự phòng, và không ai được dự phòng nguyên phát. Việc chưa chú trọng Fluconazole làm tăng nguy cơ tái phát và mắc bệnh nguyên phát.

Hầu hết bệnh nhân nhập viện có ít nhất một NTCH, 5,8% mắc đồng thời 3 NTCH. Do suy kiệt miễn dịch, nguy cơ mắc NTCH cao, cần tầm soát sớm. Tỷ lệ mắc cao hơn nghiên cứu của Vương Minh Nhứt (2022) và phù hợp với giai đoạn AIDS.[3]. Bệnh nhân viêm màng não nấm thường suy giảm miễn dịch nặng, dễ mắc NTCH nguy hiểm như viêm phổi PCP, lao phổi, lao màng não. Do đó, cần tầm soát NTCH khi có dấu hiệu nghi ngờ.

Có 10 ca đồng nhiễm lao màng não, chẩn đoán sau 2 tuần do diễn tiến không thuận lợi. Fang et al. (2017) ghi nhận 197 ca đồng nhiễm lao và C. neoformans (56,3% sau 2010), cho thấy xu hướng gia tăng. Trong nghiên cứu này, 19% bệnh nhân HIV/AIDS mắc cả hai bệnh.[4] Tỷ lệ đồng nhiễm lao và nấm gia tăng nhờ cải tiến xét nghiệm và tầm soát, giúp phát hiện sớm. Tuy nhiên, điều trị gặp thách thức do tác dụng phụ và tương tác thuốc.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng. Thời gian nhập viện trung vị 14 (8 – 21) ngày sau khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Kết quả này tương tự N.Q.Trung (2006), D.Thơm (2022) với thời gian lần lượt 14 ngày, 16,2 ngày.[1],[2] Kết quả phù hợp với ý văn về diễn tiến bán cấp của bệnh. Đau đầu (89,3%) là triệu chứng phổ biến nhất và lý do nhập viện chính, cùng với co giật, rối loạn tri giác, sốt, khó thở, nhìn mờ, ù tai. Bộ ba triệu chứng đau đầu, buồn nôn – nôn, sốt gặp nhiều ở viêm màng não. Tỷ lệ đau đầu trong nghiên cứu N.Q.Trung (2005), B.T.B.Hạnh (2015), D.Thơm (2022) lần lượt là 100%, 93,4%, 96,7%.[1],[2],[8]. Nghiên cứu Jarvis và cs (2014) ghi nhận tỷ lệ này lần lượt là 99%.[5]

Về sốt, kết quả tương đồng với Jarvis và cs (2014) là 57%[5]. Tuy nhiên khi so với các

nghiên cứu khác trong nước thì tỷ lệ triệu chứng sốt trong nghiên cứu chúng tôi có phần thấp hơn. D.Thơm (2022), B.T.B.Hạnh (2015) ghi nhận tỷ lệ lần lượt 90,7%, 82,6%.[1],[8] Sự khác biệt do định nghĩa sốt khác nhau: nghiên cứu trong nước $\geq 38^{\circ}\text{C}$, quốc tế $\geq 39^{\circ}\text{C}$, và nghiên cứu này cũng áp dụng $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Y vẫn cho thấy sốt trong viêm màng não nấm thường nhẹ đến vừa, đôi khi không rõ, hiếm khi sốt cao.

Về các biểu hiện thần kinh, triệu chứng co giật trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 19,4%, tương đồng Jarvis và cs (2014) 19%.[5] Co giật trong viêm màng não nấm có thể do phù não, tắc mạch máu não hoặc hiếm hơn do hạ natri máu. Bệnh nhân còn có thể suy giảm thị lực, chủ yếu nhìn mờ, nhìn đôi, thường nặng dần và kèm đau đầu. Trong nghiên cứu, triệu chứng nhìn mờ chiếm 25,2%, cao hơn so với D. Thơm (2022) là 14,5%.[1] Nhìn mờ có thể do tăng áp lực sọ não kéo dài, tổn thương thần kinh thị do thâm nhiễm trực tiếp hoặc phản ứng viêm dính màng nhện.

Có 19,4% bệnh nhân rối loạn tri giác, chủ yếu suy giảm ý thức nhẹ - trung bình, với 2 ca GCS <10. Tỷ lệ này thấp hơn N.Q.Trung (2005) (GCS <7: 13,6%), cho thấy bệnh được nhập viện sớm hơn. Dấu cổ gượng 57,3%, tương đồng B.T.B.Hạnh (2015) 48,7%, nhưng thấp hơn D.Thơm (2022) 79% và Jarvis et al. (2014) 75%.[1],[5],[8] Dấu màng não ít gặp trong viêm màng não nấm ở bệnh nhân HIV/AIDS do phản ứng viêm kém. Cần tầm soát khi có đau đầu, dù không có dấu màng não hay rối loạn tri giác. Dấu thần kinh định vị 29,1%, chủ yếu liệt dây sọ, trong đó liệt dây VI (70%) thường kèm dây III. Hai bệnh nhân yếu hai chi dưới. Dây VI dễ tổn thương do tăng áp lực nội sọ, phù hợp ý văn về viêm màng não nấm C. neoformans.

Đặc điểm cận lâm sàng. 24,3% BN có số lượng bạch cầu DNT bình thường (<5 TB/mm³). Số lượng bạch cầu trung vị là 20 (6 – 81) TB/mm³. Kết quả này tương đồng với D.Thơm (2022) 19,5 TB/mm³, thấp hơn B.T.B.Hạnh (2015) 34 TB/mm³. [1],[2],[8] Ngược lại, kết quả nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với Jarvis (2014) 15 TB/mm³. [5] Số lượng bạch cầu DNT phản ánh viêm màng não và phụ thuộc vào miễn dịch bệnh nhân. Một số tác giả cho rằng bạch cầu DNT bình thường là tiên lượng nặng, gián tiếp cho thấy suy giảm miễn dịch nghiêm trọng. [5],[6].

Tỷ lệ glucose DNT/máu <0,5 được ghi nhận ở 84,5%, tương tự D.Thơm (2022) và B.T.B.Hạnh (2015) tỷ lệ lần lượt là 72,9% và 82,9%.[1],[8] Tỷ lệ lactate DNT trung vị là 4,2 mmol/L với khoảng tứ phân vị là 2,7 – 5,0 mmol/L. Một vài tác giả cho rằng, nồng độ

lactate DNT ≥ 4 mmol/L là yếu tố nguy cơ tử vong [5],[6].

Protein DNT trung vị 0,7 g/dL, phản ánh đáp ứng viêm của hệ thần kinh trung ương và giúp tiên lượng bệnh. Protein DNT tăng cao gợi ý tắc nghẽn khoang dưới nhện do *C. neoformans* tạo khối u. Kết quả soi DNT cho thấy tỷ lệ dương tính rất cao (99%), tương tự N.Q.Trung (2005) 99,3% và D.Thơm (2022) 98,8%.[1],[2] Nhuộm mực tàu có độ nhạy cao, chi phí thấp, cho kết quả nhanh, nên cần nhắc ở ca nghi ngờ viêm màng não nấm, kể cả không HIV. Cây chủ yếu xác định *C. neoformans* var. *grubii*, phù hợp phân bố địa lý; 4 ca không định danh có thể do hạn chế MALDI-TOF. Xét nghiệm DNT để nhằm với lao màng não, nhất là ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch nặng. Test LFA CrAg giúp phát hiện sớm. Một ca không triệu chứng chẩn đoán nhờ CrAg máu dương tính và cấy DNT. Không khuyến cáo chụp sọ não thường quy trừ khi có dấu thần kinh định vị. Tuy nhiên, 31,8% bệnh nhân có tổn thương, phổ biến là dẫn não thất, pseudocysts, u nấm. MRI đánh giá tốt hơn tổn thương quanh mạch và IRIS.

V. KẾT LUẬN

Dù dân số mắc thay đổi, viêm màng não nấm vẫn chủ yếu biểu hiện với đau đầu. DNT có thể bình thường dù bệnh nặng. Đồng nhiễm lao gia tăng, gây khó khăn chẩn đoán, điều trị. Cần phổ biến tầm soát CrAg LFA để phát hiện sớm, giảm tái phát và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Danh Thơm**, "Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận

lâm sàng của bệnh nhân viêm màng não *Cryptococcus neoformans* nhiễm HIV tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 01/2017 – 06/2022", Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch 2022.

2. **Nguyễn Quang Trung**, "Viêm màng não nấm *Cryptococcus neoformans* ở bệnh nhân tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới (Nhân 147 trường hợp điều trị tháng 04/2004 đến 04/2005)". Tạp chí Y học TP. HCM, 2006, 10, pp. 130.
3. **Vương Minh Nhật, Võ Triều Lý**, "Đặc điểm nhiễm trùng cơ hội ở bệnh nhân HIV/AIDS trong thời đại của thuốc kháng virus sao chép ngược ARV tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới". Tạp chí Y học TP. HCM, 2022, 26 (1), pp. 222-227.
4. **Fang W., Zhang L., Liu J., Denning D. W., Hagen F., et al.**, "Tuberculosis/cryptococcosis co-infection in China between 1965 and 2016". Emerg Microbes Infect, 2017, 6 (8), pp. e73.
5. **Jarvis J. N., Bicanic T., Loyse A., Namarika D., Jackson A., et al.**, "Determinants of mortality in a combined cohort of 501 patients with HIV-associated Cryptococcal meningitis: implications for improving outcomes". Clin Infect Dis, 2014, 58 (5), pp. 736-45.
6. **Lakoh S., Rickman H., Sesay M., Kenneh S., Burke R., et al.**, "Prevalence and mortality of cryptococcal disease in adults with advanced HIV in an urban tertiary hospital in Sierra Leone: a prospective study". BMC Infect Dis, 2020, 20 (1), pp. 141.
7. **Rajasingham R., Smith R. M., Park B. J., Jarvis J. N., Govender N. P., et al.**, "Global burden of disease of HIV-associated cryptococcal meningitis: an updated analysis". Lancet Infect Dis, 2017, 17 (8), pp. 873-881.
8. **Bùi Thị Bích Hạnh**, "Lượng giá test nhanh phát hiện kháng nguyên nấm CrAg trong chẩn đoán Viêm màng não nấm do *Cryptococcus neoformans* ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới", Đại học Y Dược TP HCM 2015.

ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP EMR KẾT HỢP VỚI KẸP CLIP KHÉP DIỆN CẮT POLYP KHÔNG CUỐNG ĐẠI TRỰC TRÀNG TỪ 10-19 MM

Nguyễn Thanh Liêm¹, Lê Thị Thúy Loan¹, Huỳnh Văn Lộc

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chảy máu chậm là một biến chứng thường gặp sau khi cắt polyp không cuống đại trực tràng bằng kỹ thuật cắt niêm mạc nội soi (EMR). Việc sử dụng kẹp clip khép diện cắt EMR có thể giúp phòng

ngừa biến chứng này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị của phương pháp EMR kết hợp với kẹp clip khép diện cắt polyp không cuống đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 51 bệnh nhân có 70 polyp không cuống ở đại trực tràng, cổ kích thước từ 10-19 mm. Tất cả các polyp không cuống được cắt qua nội soi bằng kỹ thuật EMR kết hợp với kẹp clip khép diện cắt. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có 1 polyp chiếm cao nhất, đạt 74,5%. Vị trí polyp phân bố tại trực tràng, đại tràng trái và đại tràng phải lần lượt là 17,1%, 50,0% và 32,9%. Polyp tuyến ống chiếm tỷ lệ 60,0%,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thúy Loan

Email: lttloan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025