

đến dày lớp áo động mạch cảnh (cIMT)⁶. Đối với mức độ hoạt động bệnh cao – rất cao, OR = 4,7 (95% CI: 1,0–22,2; p = 0,043), tương tự như kết quả Jamshidi et al. (2016) khi cDAPSA $\geq$ 15 có tỷ lệ xơ vữa mạch cảnh cao hơn nhóm kiểm soát tốt (43,5% vs. 21,7%; p < 0,05)⁹.

4.3.3. Mối liên quan giữa phương pháp điều trị và nguy cơ tim mạch. Chúng tôi nhận thấy nhóm điều trị bằng DMARDs kinh điển có nguy cơ tim mạch thấp hơn so với nhóm không điều trị (OR = 0,22; 95% CI: 0,04–1,09; p = 0,044). Kết quả tương tự chứng minh trong Westlake et al. (2010): methotrexate giúp giảm 21% nguy cơ biến cố tim mạch ở bệnh nhân viêm khớp mạn tính¹⁰. Nhóm dùng thuốc sinh học không cho thấy sự khác biệt rõ ràng (p = 0,650), có thể do đặc điểm bệnh nặng hơn và cỡ mẫu nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân viêm khớp vẩy nến có nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm ở mức cao và rất cao theo phân tầng của Hội Tim mạch học Việt Nam. Nguy cơ tim mạch có mối liên quan rõ rệt với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng như tuổi, giới tính nam, thời gian mắc bệnh, CRP tăng, mức độ hoạt động bệnh cao và sử dụng DMARD cổ điển. Việc đánh giá nguy cơ tim mạch nên được lồng ghép thường quy trong quản lý bệnh nhân VKVN nhằm phát hiện sớm và can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical

- features, course, and outcome. Ann Rheum Dis. 2005; 64 Suppl 2:ii14–7. doi:10.1136/ard.2004.032482.
2. Ogdie A, Weiss P. The epidemiology of psoriatic arthritis. Rheum Dis Clin North Am. 2015;41(4):545–68. doi:10.1016/j.rdc.2015.07.001.
3. Mehta NN, Yu Y, Pinnelas R, et al. Attributable risk estimate of severe psoriasis on major cardiovascular events. Am J Med. 2011;124(8):775.e1–6. doi:10.1016/j.amjmed.2011.03.028.
4. Bộ Y tế. Báo cáo Gánh nặng bệnh tật và tử vong tại Việt Nam năm 2022. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2023.
5. Hội Tim mạch học Việt Nam. Hướng dẫn dự báo nguy cơ tim mạch và xử trí rối loạn lipid máu 2022. Hà Nội: NXB Y học; 2022.
6. Eder L, Harvey P, Chandran V, et al. Increased burden of subclinical atherosclerosis in psoriatic arthritis: A comparative study. Ann Rheum Dis. 2017;76(5): 819–24. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210192.
7. Tam LS, Tomlinson B, Chu TTW, et al. Cardiovascular risk profile of patients with psoriatic arthritis compared to controls—the role of inflammation. Rheumatology (Oxford). 2008; 47(5): 718–23. doi:10.1093/rheumatology/ken022.
8. Gisondi P, Galvan A, Idolazzi L, Girolomoni G. Management of moderate to severe psoriasis in patients with metabolic comorbidities. Front Med (Lausanne). 2014;1:1. doi:10.3389/fmed.2014.00001.
9. Jamshidi F, Mahmoudi M, Fallahpour M, et al. Subclinical atherosclerosis and its correlation with disease activity in psoriatic arthritis. Iran J Allergy Asthma Immunol. 2016;15(4):324–30.
10. Westlake SL, Colebatch AN, Baird J, et al. The effect of methotrexate on cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: A systematic literature review. Rheumatology (Oxford). 2010;49(2): 295–307. doi:10.1093/rheumatology/kep388.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MIỄN DỊCH Ở NGƯỜI BỆNH NHIỄM HIV CHƯA ĐIỀU TRỊ ARV TẠI VIỆT NAM (2019-2023)

Nguyễn Mạnh Trường¹, Trần Văn Giang¹, Phạm Ngọc Thạch^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và miễn dịch ở người nhiễm HIV chưa điều trị ARV tại một số tỉnh miền Bắc và miền Trung Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên người bệnh từ 16 tuổi trở

lên, được chẩn đoán xác định nhiễm HIV và chưa từng điều trị ARV. Dữ liệu được thu thập tại 11 cơ sở y tế thuộc 7 tỉnh/thành trong thời gian từ tháng 12/2019 đến tháng 3/2023. **Kết quả:** Có 2.026 người bệnh tham gia nghiên cứu. Phần lớn là nam giới (80,68%), trong đó 57,65% dưới 35 tuổi. Đường lây truyền phổ biến nhất là quan hệ tình dục đồng giới nam (43,12%). Tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn lâm sàng muộn là 30,76%, với các nhiễm trùng cơ hội thường gặp gồm: nấm miệng/thực quản (19,94%), lao (13,45%) và nhiễm nấm huyết (3,4%). Suy giảm miễn dịch nặng (CD4 < 200 tế bào/mm³) ghi nhận ở 30,14% người bệnh. **Kết luận:** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và miễn dịch của người bệnh HIV chưa điều trị ARV có sự thay đổi rõ rệt với xu hướng gia tăng lây truyền qua đường quan hệ tình dục đồng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Trường

Email: manhtruongbmt@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

giới nam. Mặc dù tỷ lệ phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm đã được cải thiện, vẫn còn tỷ lệ đáng kể người bệnh được chẩn đoán và điều trị muộn khi đã có suy giảm miễn dịch nặng và nhiễm trùng cơ hội. **Từ khóa:** HIV, lâm sàng, miễn dịch, trước điều trị ARV.

SUMMARY

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ANTIRETROVIRAL THERAPY-NAIVE HIV-INFECTED PATIENTS IN VIETNAM (2019–2023)

Objective: To describe the epidemiological, clinical, and immunological characteristics of antiretroviral therapy-naïve HIV-infected patients in selected provinces of Northern and Central Vietnam. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted among HIV-infected individuals aged 16 years and older who had been newly diagnosed and had not initiated ART. Data were collected from 11 healthcare facilities across 7 provinces/cities between December 2019 and March 2023. **Results:** A total of 2,026 patients were included. The majority were male (80.68%), and 57.65% were under 35 years of age. The most common mode of transmission was male-to-male sexual contact (43.12%). Late clinical stage at diagnosis was observed in 30.76% of patients, with the most common opportunistic infections being oral/esophageal candidiasis (19.94%), tuberculosis (13.45%), and systemic fungal infections (3.4%). Severe immunosuppression ($CD4 < 200$ cells/mm³) was found in 30.14% of participants. **Conclusion:** The epidemiological, clinical, and immunological profiles of ART-naïve HIV-infected patients have shown notable changes, particularly with an increasing proportion of transmission through male-to-male sexual contact. Although earlier diagnosis has improved in recent years, a substantial proportion of patients are still identified and treated at late stages, when opportunistic infections and severe immunosuppression are already present. **Keywords:** HIV, clinical characteristics, immunology, ART-naïve.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS hiện nay vẫn là đại dịch và là một trong những thách thức y tế công cộng toàn cầu, đặc biệt tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình như Việt Nam. Nhằm hướng tới mục tiêu chấm dứt đại dịch HIV/AIDS vào năm 2030, Việt Nam đã cam kết thực hiện Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS, trong đó lấy bộ chỉ tiêu 95–95–95 do UNAIDS đề xuất làm định hướng chiến lược: 95% người nhiễm HIV biết tình trạng nhiễm của mình, 95% trong số đó được điều trị ARV và 95% người đang điều trị có tải lượng virus dưới ngưỡng phát hiện. Tuy nhiên, theo báo cáo của Cục Phòng, chống HIV/AIDS, đến năm 2023, với khoảng 249.000 người nhiễm HIV đang sống trong cộng đồng Việt Nam mới đạt 88% ở chỉ tiêu thứ nhất, 80% ở chỉ tiêu thứ hai, trong khi chỉ tiêu thứ ba đạt 98,3% cao nhất và đạt yêu cầu trong ba mục tiêu trên.¹

Trong bối cảnh mở rộng điều trị ARV cho tất cả những người nhiễm HIV bất kể giai đoạn bệnh, việc đánh giá đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và miễn dịch của người bệnh tại thời điểm chẩn đoán và trước khi điều trị là cần thiết nhằm tối ưu hóa chiến lược can thiệp. Tại Việt Nam, nhiều người bệnh vẫn được chẩn đoán muộn, ở giai đoạn có triệu chứng lâm sàng hoặc với chỉ số CD4 thấp, như nghiên cứu giai đoạn 2023 – 2024 tại TP Hồ Chí Minh có tới 59,2% số người nhiễm HIV mới điều trị ARV ở giai đoạn lâm sàng 3,4 và tỷ lệ người bệnh suy giảm miễn dịch nặng là 60,5%.² Người bệnh được chẩn đoán muộn làm tăng nguy cơ tử vong sớm và lây truyền HIV trong cộng đồng.^{3,4} Bên cạnh đó, đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, miễn dịch của người nhiễm HIV tại Việt Nam luôn có sự thay đổi rõ ràng, nếu trước đây đường lây truyền chủ yếu là qua tiêm chích ma túy, thì tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm quan hệ tình dục đồng giới tăng từ 6,7% năm 2014 lên 12,47% năm 2022 và hiện nay lên tới 50–70% ở một số địa phương.^{1,2} Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và miễn dịch của người bệnh nhiễm HIV chưa điều trị ARV tại các cơ sở y tế ở Việt Nam trong giai đoạn hiện nay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

• **Đối tượng nghiên cứu:**

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh đáp ứng tất cả các điều kiện sau: (1) Trên 16 tuổi; (2) Được chẩn đoán nhiễm HIV theo hướng dẫn xét nghiệm HIV quốc gia; (3) Chưa từng điều trị ARV hoặc các thuốc có tác dụng với HIV trước đó; (4) Đồng ý tham gia và ký phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** người bệnh không đủ thông tin nghiên cứu bao gồm thiếu kết quả xét nghiệm viêm gan virus B và C, xét nghiệm số lượng tế bào CD4

• **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

• **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 12/2019 đến tháng 03/2023.

• **Địa điểm nghiên cứu:** 11 cơ sở y tế, bao gồm: Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, Bệnh viện đa khoa Đống Đa (Hà Nội), Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Nghệ An, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Hải Dương, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Hưng, Bệnh viện 09 Hà Nội, Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Hà Tĩnh, Trung tâm y tế Quận Nam Từ Liêm – Hà Nội, Trung tâm y tế huyện Yên Bình – Yên Bái, Trung tâm y tế huyện Thanh Sơn – Phú Thọ

• **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ tháng 12/2019 đến tháng 04/2023 đều được đưa vào nghiên cứu với cách chọn mẫu thuận tiện

2.2. Xử lý số liệu

- **Cách thu thập thông tin:** Thông tin được thu thập theo bệnh án mẫu

- **Phân tích thống kê:** Dữ liệu trên nhập trên phần mềm Microsoft Excel nhằm kiểm tra tính hợp lệ, làm sạch và loại bỏ các bản ghi không đầy đủ. Sau đó, dữ liệu được phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistic phiên bản 22.0, sử dụng các phương pháp thống kê y học phù hợp. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Phân tích so sánh với các nghiên cứu khác trong phần bàn luận được thực hiện kiểm định Z test khi so sánh tỷ lệ % và t – test khi so sánh trung bình. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi giá trị $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội (số: 677/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, tổng cộng 647 người bệnh nhiễm HIV chưa điều trị ARV đủ tiêu chuẩn đã được tuyển chọn.

3.1. Đặc điểm dịch tễ học ở người nhiễm HIV trước điều trị

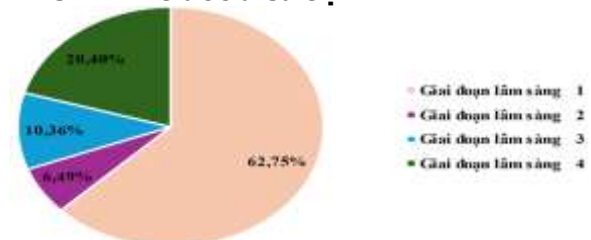
Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học ở người nhiễm HIV trước điều trị ARV (n = 647)

Các đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	522	80,68
Nữ	125	19,32
Nhóm tuổi		
< 25 tuổi	176	27,20
25 - 35 tuổi	197	30,45
35 - 45 tuổi	136	21,02
45 - 55 tuổi	87	13,45
> 55 tuổi	51	7,88
Tuổi: trung bình, độ lệch (min-max)	34,67 ± 12,39 (16,38 - 75,81)	
Đường lây truyền HIV		
Quan hệ tình dục đồng giới nam	279	43,12
Quan hệ tình dục khác giới	256	39,57
Tiêm chích ma túy	53	8,19
Mẹ truyền sang con	1	0,16
Không rõ	58	8,96
Lý do phát hiện nhiễm HIV		

Có biểu hiện nghi ngờ	213	32,92
Không có biểu hiện	434	67,08
Tình trạng dinh dưỡng		
Bình thường	468	72,33
Thiếu cân	148	22,87
Thừa cân	31	4,80
Tình trạng đồng nhiễm viêm gan virus		
Viêm gan virus B	73	11,28
Viêm gan virus C	92	14,22

Tỷ lệ nam giới là 80,68% cao gấp 4 lần so với nữ giới (19,32%). Độ tuổi trung bình của người bệnh HIV tại thời điểm trước điều trị ARV là $34,67 \pm 12,39$ tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 25 – 35 chiếm tỷ lệ cao nhất với 30,45%, 57,65% số người bệnh dưới 35 tuổi. Đường lây truyền phổ biến nhất là quan hệ tình dục đồng giới nam (43,12%), tiếp đến là quan hệ tình dục khác giới (39,57%), lây truyền do tiêm chích ma túy chỉ chiếm 8,19% và có 1 người bệnh lây truyền từ mẹ sang con. Có 32,92% người bệnh được chẩn đoán nhiễm HIV do có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ. Tỷ lệ người bệnh thiếu cân là 22,87%. Tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan virus B,C trong số người bệnh HIV lần lượt là 11,28% và 14,22%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của người nhiễm HIV trước điều trị ARV



Biểu đồ 1: Phân bố giai đoạn lâm sàng của người bệnh HIV trước điều trị ARV (n=647)

Tỷ lệ người bệnh HIV trước điều trị ARV ở giai đoạn lâm sàng 1 chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,75%. Nhóm người bệnh ở giai đoạn tiến triển (giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4) chiếm 30,76%.

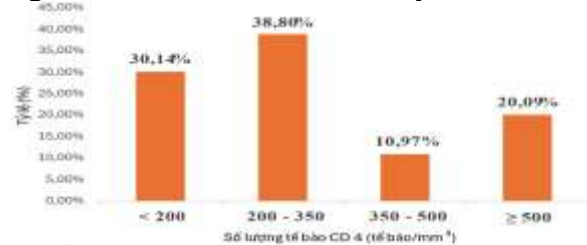
Bảng 2. Phân bố các nhiễm trùng cơ hội người bệnh đã hoặc đang mắc (n=647)

Các nhiễm trùng cơ hội	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nấm họng, miệng, thực quản	129	19,94
Bệnh lao	87	13,45
Nhiễm nấm huyết	22	3,40
PCP	18	2,78
Viêm màng não do nấm Cryptococcus neoformans	8	1,24
Toxoplasma não	5	0,77
Viêm võng mạc do CMV	2	0,31

Nhiễm trùng cơ hội gặp với tỷ lệ cao nhất là nấm họng, miệng, thực quản chiếm tỷ lệ

19,94%, tiếp theo là bệnh lao với 87 trường hợp chiếm 13,45%. Các nhiễm trùng cơ hội nặng như nhiễm nấm huyết, PCP, viêm màng não do nấm, Toxoplasma não hay viêm võng mạc do CMV xuất hiện với tần suất thấp hơn (dưới 4%).

3.3. Kết quả xét nghiệm miễn dịch ở người nhiễm HIV trước điều trị ARV



Biểu đồ 2: Phân bố kết quả xét nghiệm số lượng tế bào CD4 (n=647)

Tỷ lệ người bệnh HIV trước điều trị ARV có số lượng tế bào CD4 dưới mức 200 tế bào/mm³ là 30,14%. Có 20,09% số người bệnh có mức số lượng tế bào CD4 gần như bình thường (≥ 500 tế bào/mm³)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học người nhiễm HIV trước điều trị ARV. Trong nghiên cứu của chúng tôi người nhiễm HIV trước điều trị ARV vẫn thể hiện các đặc điểm dịch tễ học điển hình như: nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới và chủ yếu thuộc nhóm tuổi trẻ. Kết quả này thậm chí rõ ràng hơn so với các báo cáo trước đây nam giới đã cao hơn nữ giới như báo cáo của tác giả Tanuma và cộng sự tại Hà Nội (2007-2013) nam giới chiếm 64%, dưới 40 tuổi chiếm 84% và tương tự báo cáo của tác giả Võ Triều Lý tại TP. Hồ Chí Minh (2023-2024) nam giới chiếm 81,6%, 59,2% dưới 35 tuổi.^{2,5} Tuy nhiên, nếu như trước đây tại Việt Nam lây truyền HIV do tiêm chích ma túy đứng hàng đầu thì hiện nay lây truyền HIV qua đường tình dục nhất là quan hệ tình dục đồng giới nam đang có xu hướng tăng nhanh và trở thành một trong những con đường lây nhiễm phổ biến ở người nhiễm HIV. Báo cáo của tác giả Tanuma và cộng sự tỷ lệ lây truyền qua tiêm chích ma túy là 32% thì trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này chỉ còn 8,19% và tỷ lệ lây truyền do quan hệ tình dục đồng giới nam trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 43,12% cao nhất trong số các đường lây truyền HIV⁵. Sự thay đổi đường lây truyền HIV cũng kéo theo tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan virus C giảm, giai đoạn 2007 – 2013 tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan virus C là 45% và tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ còn 14,2%.⁵

4.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

nh nhiễm HIV chưa điều trị ARV. Phân tích giai đoạn lâm sàng cho thấy 30,76% người bệnh trong nghiên cứu được chẩn đoán HIV ở giai đoạn muộn (giai đoạn 3 hoặc 4 theo phân loại của WHO), trong đó riêng giai đoạn 4 chiếm tới 20,40% (Biểu đồ 1). Mặc dù tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu trong nước, song vẫn phản ánh thực trạng chẩn đoán muộn còn tồn tại. Tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh giai đoạn 2023–2024, 59,2% người bệnh được phát hiện HIV ở giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4.² Tại Thái Lan, tỷ lệ chẩn đoán muộn được ghi nhận là 49% trong giai đoạn 2017–2022⁶, tương tự tỷ lệ chẩn đoán muộn tại Trung Quốc là 67,89%.³ Những số liệu này cho thấy tình trạng phát hiện HIV ở giai đoạn muộn là một thách thức chung mang tính toàn cầu. Nguyên nhân có thể liên quan đến nhận thức nguy cơ thấp, tâm lý e ngại xét nghiệm, kỳ thị xã hội và sự thiếu chủ động của nhân viên y tế trong việc đề xuất xét nghiệm.

Các biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm của người nhiễm HIV giai đoạn cấp thường không đặc hiệu, dễ nhầm với các bệnh do virus khác và thường bị bỏ qua. Sau khi xâm nhập vào cơ thể, HIV gây suy giảm miễn dịch thông qua việc phá hủy tế bào CD4. Tuy nhiên, trong một thời gian dài, người bệnh có thể không biểu hiện triệu chứng lâm sàng cho đến khi xuất hiện nhiễm trùng cơ hội. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên nhóm người bệnh HIV trước điều trị ARV, nấm miệng, họng, thực quản là nhiễm trùng cơ hội phổ biến nhất, chiếm 19,94%, tiếp theo là bệnh lao (13,45%), nhiễm nấm huyết (3,4%), viêm phổi do *Pneumocystis jirovecii* (PCP) (2,78%), viêm màng não do *Cryptococcus neoformans* (1,24%), nhiễm *Toxoplasma* não (0,77%) và viêm võng mạc do CMV (0,31%) (Bảng 2). Tỷ lệ cao nhiễm nấm vùng miệng và thực quản ở người bệnh HIV phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế. Một nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh trên nhóm người bệnh mới điều trị ARV giai đoạn 2023–2024 cũng cho thấy nấm miệng và thực quản chiếm 26,3%.² Bệnh lao là nhiễm trùng cơ hội thường gặp thứ hai, HIV làm suy giảm số lượng và chức năng của tế bào CD4 một thành phần trung tâm trong phản ứng miễn dịch chống lại vi khuẩn lao. Mối liên hệ giữa lao và HIV được Tổ chức Y tế Thế giới xác định là "cộng sinh nguy hiểm", trong đó mỗi bệnh làm nặng thêm bệnh còn lại. Vì lý do đó, WHO khuyến cáo sàng lọc lao bắt buộc ở tất cả người bệnh HIV trước và trong quá trình điều trị ARV, đồng thời khẳng định lao vẫn là nguyên

nhân hàng đầu gây tử vong ở người bệnh HIV toàn cầu. Tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp trên 126 nghiên cứu (491.608 người bệnh HIV) tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình cho thấy các nhiễm trùng cơ hội phổ biến trước điều trị bao gồm: Candida vùng miệng (25–35%), lao phổi (20–25%), PCP (10–20%) và viêm màng não do Cryptococcus (10–15%), một số bệnh lý khác như herpes zoster, nhiễm trùng tiêu hóa kéo dài và các nhiễm khuẩn phổi khác cũng được ghi nhận với tỷ lệ đáng kể.⁴ Như vậy dù đã giảm nhưng các nhiễm trùng cơ hội nặng thể hiện người bệnh được chẩn đoán và điều trị HIV ở giai đoạn rất muộn vẫn tồn tại.

4.3. Đặc điểm kết quả xét nghiệm miễn dịch ở người bệnh HIV chưa điều trị ARV

Phân tích số lượng tế bào CD4 ở người bệnh nhiễm HIV chưa điều trị ARV trong nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Cụ thể, 68,94% người bệnh có số lượng CD4 <350 tế bào/mm³, trong đó 30,14% có CD4 <200 tế bào/mm³ ngưỡng phản ánh tình trạng suy giảm miễn dịch nặng tương đương giai đoạn AIDS. Ngược lại, chỉ 20,09% người bệnh có CD4 ≥500 tế bào/mm³, cho thấy phần lớn người bệnh chưa được phát hiện khi hệ miễn dịch còn bảo tồn. Tỷ lệ người bệnh chưa điều trị ARV có số lượng tế bào CD4 < 350 tế bào/mm³ giai đoạn 2015 – 2018 tại Khánh Hòa là 71,7% tương đương nghiên cứu của chúng tôi.⁷ Tuy nhiên tỷ lệ người bệnh có số lượng CD4 <200 tế bào/mm³ trong nghiên cứu này thấp hơn hẳn so với nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh trong năm 2023–2024 là 60,5%.² Trên thế giới, số lượng tế bào CD4 ở người bệnh trước điều trị ARV cũng dao động ở mức cao. Một nghiên cứu tại Romania (2021–2022) ghi nhận 43,11% người bệnh mới phát hiện HIV có CD4 <200 tế bào/mm³, trong khi tại Vũ Hán (Trung Quốc) năm 2023, tỷ lệ này là 35,25%. Ngoài ra, nghiên cứu trên còn chỉ ra rằng tải lượng virus HIV ở nhóm có CD4 <200 tế bào/mm³ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các nhóm khác, cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa mức độ suy giảm miễn dịch và hoạt động nhân lên của virus.^{3,8} Những kết quả này phản ánh thực trạng phát hiện HIV còn chậm tại Việt Nam. Mặc dù các chương trình tầm soát đã được tăng cường, việc chẩn đoán bệnh khi đã suy giảm miễn dịch nặng vẫn còn phổ biến, làm giảm hiệu quả can thiệp sớm và phục hồi miễn dịch.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, miễn dịch của người bệnh HIV trước điều trị ARV có những

thay đổi đáng kể. Ngoại trừ đặc điểm nam giới trẻ tuổi vẫn chiếm ưu thế thì tỷ lệ lây truyền do tiêm chích ma túy dần được thay thế bằng lây truyền qua đường tình dục nhất là quan hệ tình dục đồng giới nam. Tỷ lệ phát hiện HIV ở giai đoạn sớm đã được cải thiện nhưng vẫn còn tỷ lệ cao người bệnh phát hiện và điều trị muộn. Các nhiễm trùng cơ hội nặng như bệnh lao, nhiễm nấm huyết, viêm màng não do nấm, viêm não do Toxoplasma hay viêm võng mạc do CMV vẫn xuất hiện. Tỷ lệ người bệnh có số lượng tế bào CD4 < 200 tế bào/mm³ đã giảm nhưng tính chung tỷ lệ có số lượng tế bào CD4 < 350 tế bào/mm³ vẫn ở mức cao. Như vậy vẫn còn tỷ lệ không nhỏ người nhiễm HIV khi đã xuất hiện nhiễm trùng cơ hội nặng và suy giảm miễn dịch nặng trước điều trị ARV

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** (2024). Quyết định ban hành kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS năm 2024 (kèm theo Quyết định số 612/QĐ-BYT ngày 14/3/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
2. **Võ Triều Lý, Nguyễn Hoàng Mai Uyên, Phạm Văn Tân và cộng sự.** (2025). Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, miễn dịch ở bệnh nhân nhiễm HIV mới được điều trị ARV tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới năm 2023–2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 549(1). doi:10.51298/vmj.v549i1.13525.
3. **Tang Li, Du Yu-Ting, Kong Wen-Hua, et al.** (2025). Late HIV/AIDS diagnosis among people living with HIV in Wuhan in 2023. *Frontiers in Microbiology*. 16:1594847. doi:10.3389/fmicb.2025.1594847.
4. **Low Andrea, Gavrilidis Georgios, Larke Natasha, et al.** (2016). Incidence of opportunistic infections and the impact of antiretroviral therapy among HIV-infected adults in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 62(12): 1595–1603. doi.org/10.1093/cid/ciw125.
5. **Tanuma Junko, Matsumoto Shinichi, Haneuse Sebastien, et al.** (2017). Long-term viral suppression and immune recovery during first-line antiretroviral therapy: a study of an HIV-infected adult cohort in Hanoi, Vietnam. *Journal of the International AIDS Society*. 20(4):e25030. doi.org/10.1002/jia2.25030.
6. **Thailand Ministry of Public Health.** (2023). Achieving 95-95-95: Closing the gaps of HIV care in Thailand. Thai AIDS Society.
7. **Phạm Thanh Thủy Hồng, Thái Thanh Trúc, Trịnh Thị Hoàng Oanh.** (2019). Tải lượng vi rút HIV-1 trên bệnh nhân điều trị ARV tỉnh Khánh Hòa từ năm 2015–2018. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 23(5):177–184.
8. **Loghin Ioan Iulian, Văță Alexandru, Mihai Ioana Florentina, et al.** (2023). Profile of newly diagnosed patients with HIV infection in north-eastern Romania. *Medicina*. 59(3):440. doi:10.3390/medicina59030440.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP TẠI BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY NĂM 2022

Quách Thị Hiền¹, Phan Thị Vinh¹, Nguyễn Thị Hường¹,
Nguyễn Thị Ngân¹, Trần Thị Dương¹, Quãn Thanh Nga²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh vàng da tăng bilirubin gián tiếp. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 157 trẻ sơ sinh được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bà mẹ là: 29,8±5,05 (tuổi). Tỷ lệ trẻ có kết quả chăm sóc tốt là 90,4%; 9,6% có kết quả chăm sóc ở mức chưa tốt. Tỷ lệ trẻ có kết quả chăm sóc chưa tốt ở nhóm trẻ tuổi thai <37 tuần cao hơn nhóm ≥ 37 tuần. Nhóm có cân nặng dưới 2,5kg cao hơn nhóm trên 2,5kg. Nhóm có mẹ có tiền sử bệnh cao hơn nhóm không có bệnh. Nhóm trẻ có bệnh lý kèm theo có tỷ lệ kết quả chăm sóc ở mức chưa tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có bệnh kèm theo. Tỷ lệ trẻ có kết quả chăm sóc chưa tốt ở nhóm trẻ kết hợp chiếu đèn và truyền dịch cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chiếu đèn đơn thuần. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh vàng da tăng bilirubin gián tiếp đạt kết quả chăm sóc tốt tại là cao (90,4%). Tuy nhiên, 9,6% trường hợp có kết quả chăm sóc chưa tốt, tập trung chủ yếu ở nhóm trẻ có tuổi thai < 37 tuần, cân nặng < 2,5kg, và có mẹ có tiền sử bệnh. Đặc biệt, trẻ có bệnh lý kèm theo có nguy cơ chăm sóc chưa tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Ngoài ra, kết quả chăm sóc chưa tốt cũng phổ biến hơn ở nhóm trẻ được điều trị phối hợp chiếu đèn và truyền dịch so với chiếu đèn đơn thuần (p < 0,05). **Từ khóa:** kết quả, vàng da, sơ sinh, bilirubin gián tiếp, chăm sóc.

SUMMARY

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH THE CARE OUTCOMES OF NEONATES WITH INDIRECT HYPERBILIRUBINEMIA AT VINMEC TIMES CITY HOSPITAL IN 2022

Objective: To analyze several factors associated with the care outcomes of neonates presenting with jaundice due to elevated indirect bilirubin levels. **Subjects and Methods:** A descriptive study was conducted on 157 neonates treated at Vinmec Times City International General Hospital who met the inclusion criteria. **Results:** The mean age of mothers

was 29.8 ± 5.05 years. The proportion of neonates with good care outcomes was 90.4%, while 9.6% had suboptimal care outcomes. The rate of suboptimal outcomes was higher among neonates with a gestational age of less than 37 weeks compared to those ≥ 37 weeks, and among those with a birth weight under 2.5 kg compared to those over 2.5 kg. Neonates whose mothers had a history of illness had higher rates of suboptimal care outcomes than those whose mothers had no such history. Particularly, the presence of comorbidities in neonates was significantly associated with a higher rate of suboptimal care outcomes compared to those without comorbid conditions (p < 0.05). In addition, neonates who received combined phototherapy and intravenous fluid therapy had significantly higher rates of suboptimal outcomes compared to those who received phototherapy alone (p < 0.05). **Conclusion:** The study found that the majority of neonates with jaundice due to indirect hyperbilirubinemia achieved good care outcomes (90.4%). However, 9.6% had suboptimal outcomes, primarily among neonates with gestational age < 37 weeks, birth weight < 2.5 kg, or whose mothers had a history of illness. Importantly, the presence of comorbidities was significantly associated with poorer care outcomes (p < 0.05). Furthermore, suboptimal outcomes were more common in the group receiving combined phototherapy and intravenous fluid therapy compared to phototherapy alone (p < 0.05). **Keywords:** Outcome, jaundice, newborn, indirect bilirubin, care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vàng da sơ sinh là một hiện tượng thường gặp trong những ngày đầu sau sinh, phần lớn là do sự gia tăng nồng độ bilirubin gián tiếp trong máu. Đây là hậu quả của quá trình thoái hóa hồng cầu mạnh mẽ ở trẻ sơ sinh trong khi chức năng gan cơ quan đảm nhận vai trò chuyển hóa và đào thải bilirubin chưa phát triển hoàn thiện. Vàng da sinh lý thường xuất hiện sau 24 giờ sau sinh và tự hết khi gan của trẻ dần hoàn thiện chức năng, thường không để lại hậu quả nghiêm trọng [1]. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, nếu bilirubin tăng quá mức và kéo dài, có thể dẫn đến tình trạng vàng da bệnh lý. Nặng nhất là khi bilirubin gián tiếp thấm qua hàng rào máu não và lắng đọng tại các nhân xám trung ương, gây ra tình trạng vàng nhân não một bệnh lý nguy hiểm để lại di chứng thần kinh nặng nề như liệt vận động, chậm phát triển trí tuệ, thậm chí tử vong [2]. Điều đáng lưu ý là biến chứng

¹Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Quãn Thanh Nga

Email: ngaquan108@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025