

- 19 in patients with type 2 diabetes. *J Diabetes*. 2020;12(12):895-908. doi: 10.1111/1753-0407.
4. **Hướng dẫn chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn.** *LuatVietnam*. Accessed August 1, 2023.
 5. **American Diabetes Association:** 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care* 1 January 2021; 44 (Supplement 1): S15- S33.
 6. **Guo W, Li M, Dong Y, et al.** Diabetes is a risk factor for the progression and prognosis of COVID-19. *Diabetes Metab Res Rev*. 2020;36(7): e3319. doi:10.1002/dmrr.3319
 7. **Abbas AM, Fathy SK, Fawzy AT, et al.** The mutual effects of COVID-19 and obesity. *Obes Med*. 2020;19: 100250. doi: 10.1016/ j.obmed. 2020.100250
 8. **Reyes LF, Murthy S, Garcia-Gallo E, et al.** Clinical characteristics, risk factors and outcomes in patients with severe COVID-19 registered in the International Severe Acute Respiratory and Emerging Infection Consortium WHO clinical characterisation protocol: a prospective, multinational, multicentre, observational study. *ERJ Open Res*. 2022;8(1): 00552-02021. doi:10.1183/23120541.00552-2021
 9. **Abbasi E, Mirzaei F, Tavilani H, et al.** Diabetes and COVID-19: Mechanism of pneumonia, treatment strategy and vaccine. *Metabol Open*. 2021;11: 100122. doi: 10.1016/ j.metop. 2021.100122
 10. **Holman N, Knighton P, Kar P, et al.** Risk factors for COVID-19-related mortality in people with type 1 and type 2 diabetes in England: a population-based cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(10): 823-833. doi:10.1016/ S2213-8587(20)30271-0

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG PHỔI Ở NGƯỜI BỆNH MẮC COVID-19 ĐỒNG NHIỄM HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG (1/2022-6/2023)

Trần Văn Giang^{1,2}, Ngô Thị Mai Khanh¹, Quách Duy Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ tổn thương phổi ở người bệnh mắc COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương (NHTD) giai đoạn từ tháng 1/2022 đến 6/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2023. Trên 97 người bệnh được chẩn đoán SARS-Cov2 đồng nhiễm HIV/AIDS đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, chúng tôi đánh giá tình trạng khó thở trên lâm sàng, đặc điểm và mức độ tổn thương phổi dựa vào kết quả chẩn đoán hình ảnh. **Kết quả và kết luận:** Có 32/97 (32,9%) người bệnh có triệu chứng khó thở khi nhập viện; kèm theo các triệu chứng ho, sốt, thở nhanh và giảm SPO2 lần lượt là: 90,6%; 87,5%; 84,4% và 71,9%. Trong đó 29/32 (90,6%) trường hợp cần can thiệp oxy liệu pháp khi vào viện. Thở oxy gọng kính chiếm tỷ lệ 62,5%. Trong đó 10/20 (50%) trường hợp không đáp ứng cần nâng mức hỗ trợ oxy, 1/20 (5%) thở oxy mặt nạ, 9/20 (45%) trường hợp phải đặt nội khí quản – thở máy. Số người bệnh khó thở phải đặt ống nội khí quản – thở máy trong điều trị là 12/97 (12,4%). Tổn thương phổi trên phim chụp CT-Scanner chiếm 54/77 (70,1%) với các đặc điểm kính mờ 70,4%, đông đặc 46,3%, mô kẽ

24,1%, nốt mờ 20,4%, lát đá 9,3%, tổn thương khác chiếm 44,4%; tổn thương cả 2 phổi thường gặp nhất chiếm 83,3%. Trên phim chụp X-quang ngực thẳng, tổn thương phổi chiếm 23/28 (82,1%) với các đặc điểm kính mờ chiếm 73,9%, đông đặc 34,8%, mô kẽ 17,4%, nốt mờ 34,8% và tổn thương khác chiếm 43,5%; tổn thương cả 2 phổi chiếm 87,0%. 100% người bệnh mức độ nặng, nguy kịch hay gặp tổn thương đa thùy phổi cao hơn so với nhóm người bệnh mức độ nhẹ trung bình có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. **Từ khóa:** Tổn thương phổi, SARS-Cov2, COVID-19, HIV/AIDS.

SUMMARY

ASSESSMENT OF PULMONARY INJURY LEVELS IN COVID-19 PATIENTS CO-INFECTED WITH HIV/AIDS AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES (1/2022 - 6/2023)

Objectives: To assess the level of lung damage in patients with COVID-19 co-infected HIV/AIDS treated at the National Hospital of Tropical Diseases (NHTD) between January 2022 and June 2023. **Subjects and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted from 01/2022 to 06/2023. Among 97 patients diagnosed with SARS-Cov2 co-infected with HIV/AIDS who met the selection criteria, we assessed clinical dyspnea symptoms, lung damage characteristics, and extent of damage using imaging diagnosis. **Results and conclusions:** 32/97 (32.9%) patients had clinical symptoms of dyspnea when admitted to the hospital; accompanied by symptoms of cough, fever, rapid breathing, and decreased SPO2 respectively: 90.6%; 87.5%; 84.4%, and 71.9%. Of

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024

these, 29/32 (90.6%) cases had to be required with oxygen therapy upon admission to the hospital. Oxygen breathing goggles use a rate of 62.5%. Of these 10/20 (50%) do not meet the requirements to upgrade oxygen support, 1/20 (5%) breathing oxygen masks, and 9/20 (45%) cases must set endotracheal intubation (mechanical ventilation). Out of the total 97 dyspnea patients, 12 had to undergo intubation and mechanical ventilation during the treatment, which accounts for 12.4 percent of the total. Lung damage on CT-Scanner accounted for 54/77 (70.1%) with features of ground glass 70.4%, consolidation 46.3%, and interstitial tissue 24.1%, blurred spots 20.4%, stone paving 9.3%, other lesions 44.4%; damage to both lungs accounts for 83.3%. On chest X-ray, lung damage accounted for 23/28 (82.1%) with ground glass features accounting for 73.9%, consolidation 34.8%, blurred spots 34.8%, tissue interstitial 17.4%, and other lesions 43.5%; damage to both lungs accounted for 87.0%. 100% of patients with severe and critical illness were more likely to have multilobe lung damage than the group of patients with mild and moderate severity, which was statistically significant with $p^* < 0.0001$. **Keywords:** Lung damage, SARS-CoV2, COVID-19, HIV/AIDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus SARS-CoV-2 gây ra bệnh viêm đường hô hấp cấp xuất hiện lần đầu tiên vào tháng 12 năm 2019 ở thành phố Vũ Hán, Trung Quốc và bắt đầu lây lan nhanh chóng, sau đó trở thành đại dịch toàn cầu^[1]. Nhiều nghiên cứu đưa ra bằng chứng cho thấy những người bệnh HIV bị nhiễm SARS-CoV-2 thường có kết quả điều trị lâm sàng kém, đặc biệt là những người không được điều trị thuốc kháng vi rút (ARV)^[2]. Đồng nhiễm HIV/AIDS ở bệnh nhân COVID-19 có liên quan đến việc tăng nguy cơ sốt, khó thở, nhập viện vào các đơn vị điều trị tích cực (ICUs) và tử vong (Moradi 2022)^[3]. Phân tích tổng hợp từ 11 nghiên cứu trên 19.642.775 trường hợp nhiễm COVID-19, 59.980 trường hợp dương tính với HIV và 4.373 trường hợp tử vong do COVID-19 ở bệnh nhân dương tính với HIV, cho thấy tỷ số chênh OR là 1,21 (95%CI: 1,02; 1,43) với $p < 0,0277$. Phân tích biểu đồ phễu cho thấy sự đối xứng giữa các nghiên cứu được đưa vào, bệnh nhân dương tính với HIV có nguy cơ tử vong vì nhiễm COVID-19 cao hơn 21% so với người không nhiễm HIV (Kouhpayeh, 2021)^[4]. Sự hiện diện của các bệnh đi kèm, chẳng hạn như tăng huyết áp, béo phì và tiểu đường ở bệnh nhân COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS có thể làm phức tạp thêm việc đánh giá mức độ tổn thương phổi (Mirzaei 2020)^[5]. Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương là tuyến cuối điều trị COVID-19 cũng là cơ sở điều trị HIV của khu vực miền Bắc, còn thiếu bức tranh tổng kết trên nhóm người

bệnh này. Nhằm đóng góp thêm sự hiểu biết về mức độ tổn thương phổi ở người bệnh mắc COVID-19 đồng nhiễm HIV, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Đánh giá mức độ tổn thương phổi ở người bệnh mắc COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương (NHTD) giai đoạn từ tháng 1/2022 đến 6/2023".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 97 người bệnh HIV/AIDS được chẩn đoán xác định SARS-CoV-2 dương tính điều trị nội trú tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 01 tháng 01 năm 2022 đến 30 tháng 06 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh đáp ứng đủ các tiêu chuẩn sau:

- Trên 16 tuổi.
- Người bệnh được chẩn đoán COVID-19: có kết quả xét nghiệm dịch tỵ hầu, dịch phế quản bằng phương pháp RT-PCR dương tính với vi rút SARS-CoV-2 và/hoặc xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên (test nhanh COVID-19) dương tính.

- Có kết quả HIV khẳng định dương tính theo quy định của Ban phòng chống AIDS, Bộ Y tế Việt Nam^[6].

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh đang mắc các bệnh lý nhiễm trùng cơ hội cấp tính gây tổn thương tại phổi: Viêm phổi do Pneumocystis jirovecii, lao phổi mới phát hiện, đang điều trị giai đoạn tấn công...

- Người bệnh có phù phổi, nghẽn mạch phổi, nhồi máu phổi.

- Phụ nữ có thai.

- Người bệnh ung thư mới phát hiện hoặc đang điều trị.

Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại bệnh. Theo hướng dẫn chẩn đoán, phân loại bệnh và điều trị COVID-19 của Bộ Y tế Việt Nam ban hành ngày 28 tháng 1 năm 2022^[8]. Trong nghiên cứu này chúng tôi phân thành 2 nhóm:

- + Người bệnh mức độ nhẹ, vừa.
- + Người bệnh mức độ nặng, nguy kịch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: Chúng tôi dùng công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỷ lệ (WHO samplesize 2.0).

- Cách chọn mẫu: ngẫu nhiên hệ thống

- Phương pháp thu thập số liệu: Hồi cứu kết hợp với tiến cứu. Thu thập dữ liệu theo bệnh án mẫu của người bệnh mắc Covid-19 đồng nhiễm HIV/AIDS. 97 người bệnh đáp ứng đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được làm sạch bằng phần mềm Excel 11.0, xử lý thống kê y học bằng phần mềm SPSS 25.0.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tháng 01/2022 đến 06/2023 tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Phân nhóm theo tuổi, giới (n=97)		n	%
Tuổi (năm)	X ± SD (Min - Max)	38,26 ± 9,5 (17 - 64)	
Nhóm tuổi	16- <35	31	32,0
	35-55	59	60,8
	≥55	7	7,2
Giới	Nam	73	75,3
	Nữ	24	24,7

Nhận xét: tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 38,26 ± 9,5 (tuổi), thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 64 tuổi. Phân bố người bệnh phần lớn ở nhóm tuổi từ 35 – 55 tuổi chiếm tỷ lệ 60,8%, đứng thứ 2 là nhóm 16 - < 35 tuổi chiếm tỷ lệ 32%, nhóm tuổi ít nhất là ≥ 55 chiếm 7,2%.

- Người bệnh HIV nhiễm COVID-19 gặp ở cả 2 giới, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ là 75,3% và 24,7%.

3.2. Đặc điểm của người bệnh có triệu chứng khó thở.

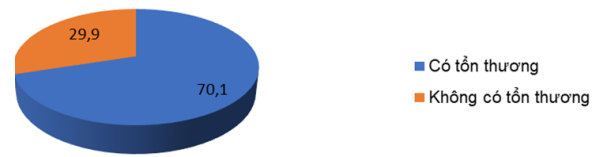
Bảng 2. Đặc điểm của người bệnh có triệu chứng khó thở

Triệu chứng kèm theo	n	%
Ho	29	90,6
Sốt	28	87,5
Thở nhanh	27	84,4
SPO2 < 94%	23	71,9
Điều trị oxy liệu pháp (thời điểm nhập viện)		
Không có chỉ định	3	9,4
Chỉ định thở oxy gọng kính	20	62,5
Chỉ định thở Oxy mặt nạ	5	15,6
Chỉ định thở HFNC	1	3,1
Chỉ định đặt ống nội khí quản – thở máy	3	9,4
Điều trị oxy liệu pháp (trong điều trị)		
Không	3	9,4
Chỉ định thở oxy gọng kính	10	31,3
Chỉ định thở Oxy mặt nạ	6	18,8
Chỉ định thở HFNC	1	3,1
Chỉ định đặt ống nội khí quản – thở máy	12	37,5

Nhận xét: 32 người bệnh có triệu chứng khó thở khi nhập viện có kèm theo triệu chứng ho, sốt, thở nhanh và tụt SPO2 lần lượt là: 90,6%; 87,5%; 84,4% và 71,9%. Thở oxy gọng kính chiếm tỷ lệ 62,5%. Trong đó, 50% (10/20) không đáp ứng, cần nâng mức hỗ trợ oxy: 1 người bệnh thở oxy mặt nạ 5% (1/20) và 9/20 người bệnh phải đặt nội khí quản hỗ trợ thở máy chiếm (45%).

3.3. Đặc điểm tổn thương phổi dựa vào chẩn đoán hình ảnh

Tỷ lệ % (N = 77)



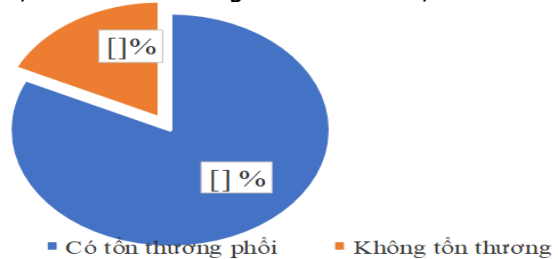
Biểu đồ 1: Đặc điểm về tổn thương phổi trên phim chụp CT-Scanner phổi

Nhận xét: Người bệnh có tổn thương phổi chiếm 70,1% (54/77), không có tổn thương chiếm 29,9% (23/77).

Bảng 3. Đặc điểm về tổn thương phổi trên phim chụp CT-Scanner

Đặc điểm tổn thương (n=54)			
Vị trí tổn thương	n	%	
Vị trí tổn thương	Phổi trái	4	7,4
	Phổi phải	5	9,3
	Cả 2 phổi	45	83,3
Mức độ tổn thương	1 phân thùy	7	13,0
	Đa phân thùy	47	87,0
Đặc điểm tổn thương	Kính mờ	38	70,4
	Đông đặc	25	46,3
	Tổn thương mô kẽ	13	24,1
	Nốt mờ	11	20,4
	Lát đá	5	9,3
Khác	24	44,4	

Nhận xét: Về vị trí tổn thương: phổi trái 7,4%, phổi phải 9,3%; ở cả 2 phổi chiếm 83,3%. Về mức độ tổn thương: 01 phân thùy chiếm 13,0%, đa phân thùy chiếm 87,0%. Các đặc điểm tổn thương hay gặp là: kính mờ chiếm 70,4%, đông đặc 46,3%; mô kẽ 24,1%; nốt mờ 20,4% và tổn thương khác chiếm 44,4%.



Biểu đồ 2: Đặc điểm về tổn thương phổi trên

phim chụp X-quang ngực thẳng (N=28)

Nhận xét: người bệnh có tổn thương phổi chiếm 82,1% (23/28), không có tổn thương chiếm 17,9% (5/28).

Bảng 4. Đặc điểm về tổn thương phổi trên phim X-quang ngực thẳng

Đặc điểm tổn thương (n=23)		n	%
Vị trí tổn thương	Phổi trái	0	0
	Phổi phải	3	13,0
	Cả 2 phổi	20	87,0
Mức độ tổn thương	1 phân thùy	0	0
	Đa phân thùy	23	100
Đặc điểm tổn	Kính mờ	17	73,9

Bảng 5. Mức độ tổn thương phổi trên phim chụp theo phân độ lâm sàng.

Mức độ tổn thương		Chung n (%)	Mức độ nhẹ, trung bình n (%)	Mức độ nặng, nguy kịch n (%)	P
Mức độ	Một thùy	6 (9,2)	6 (14,3)	0	p* < 0,0001
	Đa thùy	59 (90,8)	36 (85,7)	23 (100)	
Tổng		65 (100)	42 (100)	23 (100)	

Nhận xét: tỷ lệ tổn thương đa thùy phổi thường gặp nhất chiếm 90,8%. 100% người bệnh mức độ nặng, nguy kịch hay gặp tổn thương đa thùy phổi cao hơn so với nhóm người bệnh mức độ nhẹ trung bình, có ý nghĩa thống kê với p* < 0,0001.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 38,26 ± 9,5 (tuổi), cao nhất 64 tuổi, thấp nhất 17 tuổi. Phân bố người bệnh ở nhóm tuổi 35 – 55 chiếm đa số 60,8% (Bảng 1). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Mirzaei H và cộng sự [5] với tuổi trung bình của người bệnh là 52,7 tuổi. Cũng trong nghiên cứu của Mirzaei H, hầu hết người bệnh là nam giới 80,9% cao hơn nữ giới chiếm 18,3%, tương đương với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ nhóm người bệnh nam giới là 75,3% và nữ giới là 24,7%. Một nghiên cứu khác của Ho H và cộng sự tuổi trung bình là 58 tuổi (IQR 52 – 65), cao hơn đáng kể so với tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi; tỷ lệ nam giới nhiễm HIV mắc COVID-19 trong nghiên cứu này là 72%, nữ giới là 38%, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Vấn đề này được lý giải do đặc điểm tình hình nhiễm HIV của Việt Nam có những thay đổi trong thời gian gần đây, theo Cục phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế cho biết, số ca nhiễm HIV mới có xu hướng gia tăng ngày càng trẻ hóa, tỷ lệ mới phát hiện HIV trong nhóm nam cao hơn so với nữ

thương	Đông đặc	8	34,8
	Nốt mờ	8	34,8
	Tổn thương mô kẽ	4	17,4
	Lát đá	0	0
	Khác	10	43,5

Nhận xét: Vị trí tổn thương: phổi phải 13,0%, cả 2 phổi chiếm 87,0%, tổn thương đa phân thùy chiếm 100%. Đặc điểm tổn thương hay gặp là: kính mờ chiếm 73,9%, đông đặc 34,8%, nốt mờ 34,8% mô kẽ 17,4%, và tổn thương khác chiếm 43,5%.

3.4. Mức độ tổn thương phổi theo phân độ lâm sàng

(* Fisher's Exact Test)

4.2. Đặc điểm của người bệnh có triệu chứng khó thở. Trong số 32/97 (32,9%) trường hợp người bệnh có triệu chứng khó thở khi vào viện, chúng tôi ghi nhận tình trạng các triệu chứng khác đồng thời là ho 90,6%; sốt 87,5%; thở nhanh 84,4% và tụt SPO2 71,9% (bảng 2). Thời điểm khi vào viện, 90,6% người bệnh có triệu chứng khó thở cần được hỗ trợ oxy liệu pháp, trong đó phần lớn 20/32 (62,5%) người bệnh được hỗ trợ bằng oxy gọng kính, 15,6% người bệnh được hỗ trợ oxy mặt nạ, 3,1% người bệnh hỗ trợ thở HFNC, và có 9,4% người bệnh cần đặt nội khí quản và hỗ trợ oxy qua máy thở. Trong số 20 người bệnh hỗ trợ oxy liệu pháp bằng gọng kính ban đầu, có tới 10 người bệnh không đáp ứng (50%), cần phải nâng mức hỗ trợ oxy cao hơn, trong đó có 1 người bệnh (5%) chuyển sang thở oxy mặt nạ, và 9 người bệnh (45%) cần được hỗ trợ đặt nội khí quản và thở máy; nâng số người bệnh cần đặt ống nội khí quản - thở máy trong số người bệnh khó thở lên tới 12/32 (37,5%) (bảng 2). Người bệnh COVID-19 có SPO2 < 94% khi thở khí phòng với tỷ lệ PaO2/FiO2 < 300 mmHg, nhịp thở nhanh > 20 lần/phút, hoặc thâm nhiễm phổi > 50% nên được chỉ định oxy liệu pháp. Trong nhóm cộng đồng dân số nhiễm COVID-19 nói chung, có khoảng 20% người bệnh có diễn biến nặng, hầu hết có tình trạng viêm phổi và suy hô hấp mức độ khác nhau và trong đó có 5% người bệnh cần hỗ trợ thở máy. Còn ở nhóm đối tượng người bệnh HIV nhiễm COVID-19 trong nghiên cứu của chúng tôi cần phải hỗ trợ

thở máy là 12 người bệnh, tương ứng tỷ lệ 12,4% (12/97) người bệnh cần hỗ trợ thở máy, cao hơn đáng kể so với nhóm người bệnh COVID-19 ở cộng đồng dân số chung.

4.3. Đặc điểm tổn thương phổi dựa vào chẩn đoán hình ảnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên phim chụp CT-Scanner cho thấy, tổn thương phổi do COVID-19 ở người bệnh HIV được quan sát ở 70,1% đối tượng nghiên cứu (biểu đồ 1), chủ yếu là tổn thương đa thùy 87,0%, hay gặp ở 2 bên phổi 83,3%, trong đó hình ảnh điển hình là kính mờ chiếm 70,4%, hình ảnh đồng đặc phổi chiếm 46,3% (bảng 3). Kết quả này của chúng tôi khá tương tự với nghiên cứu của Nabavi S (2021) ở nhóm đối tượng không nhiễm HIV. Còn đối với chụp X-quang ngực thẳng chúng tôi cũng thấy có 82,1% trường hợp có tổn thương phổi, chủ yếu ở cả 2 phổi chiếm 87,0%, tổn thương đa thùy gặp ở 100% người bệnh, và cũng có hình ảnh điển hình là kính mờ 73,9%, đồng đặc 34,8%, nốt mờ phổi 34,8%, tổn thương mô kẽ 17,4% (bảng 4). Trong nhóm người bệnh nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn người bệnh nhiễm COVID-19 đều được ưu tiên chụp CT-Scanner phổi, bởi nhiều khuyến cáo đánh giá chụp CT-Scanner phổi có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn. Những người bệnh được chỉ định chụp X-quang ngực thay thế chủ yếu tập chung ở nhóm đối tượng mức độ nặng, nguy kịch được chăm sóc và điều trị tại đơn vị điều trị tích cực (ICU). Những người bệnh này không thể di chuyển đến phòng chụp CT-Scanner mà được chỉ định chụp X-quang ngực tại giường.

4.4. Mức độ tổn thương phổi theo phân độ lâm sàng. Trong số 65 người bệnh có tổn thương phổi trên phim chụp (CT-Scanner phổi và X-quang ngực thẳng), 90,8% (59/65) trường hợp có tổn thương đa phân thùy, 9,2% (6/65) có tổn thương một thùy. Trong số 42/65 (64,6%) người bệnh có phân độ lâm sàng mức độ nhẹ và trung bình 85,7% người bệnh có tổn thương đa thùy phổi, 14,3% người bệnh có tổn thương một thùy phổi. Trong khi đó, 100% (23/23) người bệnh có mức độ lâm sàng nặng, nguy kịch có tổn thương đa thùy phổi. Nhóm người bệnh mức độ nặng, nguy kịch hay gặp tổn thương đa thùy phổi hơn so với nhóm mức độ nhẹ, trung bình có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$ (bảng 5). Virus SARS-CoV-2 có thể xâm nhập gây tổn thương nhiều cơ quan trong cơ thể, trong đó phổi là cơ quan tổn thương thường gặp nhất ở các bệnh nhân COVID-19 nặng. Khảo sát trên phim chụp phổi ở người bệnh COVID-19, nhận thấy nhiều

bệnh nhân có mức độ lâm sàng nhẹ hoặc không có triệu chứng lâm sàng đã có những tổn thương phổi kính mờ tại phổi, điều đó cho thấy SARS-CoV-2 có thể xâm nhập và gây tổn thương phổi cho người bệnh từ rất sớm, tuy nhiên các tổn thương phần lớn là mức độ nhẹ, chức năng trao đổi khí còn trong giới hạn đáp ứng bù của các đơn vị phế nang không tổn thương, khi đó người bệnh sẽ không có biểu hiện suy hô hấp hay biểu hiện nhẹ trên lâm sàng. Số lượng các đơn vị phế nang tổn thương nhiều và nghiêm trọng vượt quá khả năng bù trừ và dự trữ của cơ thể, có thể dẫn đến tình trạng suy hô hấp nặng trên lâm sàng, các tổn thương phổi trên phim chụp sẽ biểu hiện tổn thương đa thùy phổi.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết luận: 32/77 (32,9%) người bệnh mắc SARS-Cov2 có triệu chứng khó thở khi nhập viện, trong đó 90,6% trường hợp cần chỉ định hỗ trợ oxy liệu pháp; 50% không đáp ứng cần nâng mức hỗ trợ oxy. Tổn thương đa phân thùy và trên cả 2 phổi phổ biến nhất trên cả 2 phim chụp CT-Scanner và X-quang ngực. Các đặc điểm tổn thương thường gặp nhất là kính mờ, nốt mờ và đồng đặc nhu mô phổi. 100% người bệnh nặng và nguy kịch có tổn thương đa thùy.

Khuyến nghị: Cần theo dõi và đánh giá mức độ tổn thương phổi dựa vào kết quả chẩn đoán hình ảnh để tiên lượng và điều trị sớm hạn chế diễn biến nặng và tử vong cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wu F, Zhao S, Yu B, et al. (2020). A new coronavirus associated with human respiratory disease in China Nature; 579(7798), 265-269.
2. Tesoriero JM, Swain CE, Pierce JL, et al. 2021. COVID-19 outcomes among persons living with or without diagnosed HIV infection in New York State. JAMA Netw Open 2021; 4: e2037069.
3. Moradi, Y., Soheili, M., Dehqanbanadaki, H., et al. (2022). The Effect of HIV/AIDS Infection on the Clinical Outcomes of COVID-19: A Meta-Analysis. Journal of pharmacy & pharmaceutical sciences: a publication of the Canadian Society for Pharmaceutical Sciences, Societe canadienne des sciences pharmaceutiques, 25, 183-192.
4. Kouhpayeh H, Ansari H. (2021). HIV infection and increased risk of COVID-19 mortality: A MetaAnalysis. HIV infection and COVID-19. Eur J Transl Myol 31 (4): 10107, 2021 doi: 10.4081/ejtm.2021.10107.
5. Mirzaei H, McFarland W, Karamouzian M, et al. 2021. COVID-19 among people living with HIV: a systematic review. AIDS Behav 2021; 25: 85-92.
6. Bộ Y tế. 2018. Hướng dẫn quốc gia xét nghiệm HIV (2018). Ban hành kèm theo Quyết định số 2674/QĐ-BYT, ngày 27 tháng 04 năm 2018 của

- Bộ trưởng Bộ Y tế.
7. **Bertagnolio S, Thwin S S, Silva R, et al.** 2022. Clinical features of, and risk factors for, severe or fatal COVID-19 among people living with HIV admitted to hospital: analysis of data from the

- WHO Global Clinical Platform of COVID-19. Lancet HIV 2022; 9: e486–95. May 10, 2022.
8. **BỘ Y TẾ.** (2022). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19. Quyết định số 250/QĐ – BYT, ngày 28/01/2022.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TỦY BUỒNG RĂNG HÀM SỮA BẰNG IRM (INTERMEDIATE RESTORATIVE MATERIAL)

Trần Thị Mỹ Hạnh¹, Đào Thị Hằng Nga¹,
Lê Thị Thuỳ Linh¹, Nguyễn Thị Khánh Huyền¹,
Vũ Khánh Toàn², Lương Minh Hằng¹, Nguyễn Hà Thu¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng nhằm đánh giá hiệu quả của IRM (Intermediate restorative material) trong điều trị tủy buồng trên những răng hàm sữa. Nghiên cứu được thực hiện trên 25 trẻ từ 3 đến 8 tuổi với 68 răng hàm sữa. Theo dõi kết quả điều trị sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng cho thấy 100% các răng không có biểu hiện bất thường trên lâm sàng và X-quang, 100% các răng điều trị thành công. IRM có thể được coi là vật liệu điều trị tủy buồng đáng tin cậy.

Từ khóa: tủy buồng, răng hàm sữa, trẻ em, IRM (Intermediate restorative material), nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng

SUMMARY

RESULTS OF PULPOTOMY TREATMENT FOR PRIMARY MOLARS WITH IRM (INTERMEDIATE RESTORATIVE MATERIAL)

Uncontrolled clinical intervention study to evaluate the effectiveness of IRM (Intermediate restorative material) in pulpotomy treatment on primary molars. The study was conducted on 25 children from 3 to 8 years old with 68 primary molars. Monitoring treatment results after 1 week, 1 month, 3 months, 6 months showed that 100% of teeth had no clinical and X-ray abnormalities, 100% of teeth were treated successfully. IRM can be considered a reliable pulpotomy treatment material.

Keywords: pulpotomy, primary molars, children, IRM (Intermediate restorative material), uncontrolled clinical intervention study.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng sữa là bệnh lý răng miệng hay gặp nhất ở trẻ em, trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng phổ biến trên thế giới. Hậu quả của sâu

răng sữa khi không được điều trị kịp thời hoặc điều trị không đúng dẫn đến sự thâm nhiễm của vi khuẩn vào mô tủy gây ra bệnh lý tủy răng sữa. Điều trị tủy buồng là phương pháp được chỉ định trong những trường hợp viêm tủy có hồi phục, viêm tủy buồng hoặc tổn thương sâu răng có đáy lỗ sâu cách tủy dưới 1,5mm trên phim X-quang. Kết quả điều trị thành công của phương pháp này phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó vật liệu đặt trong buồng tủy đóng một vai trò quan trọng. Các vật liệu được sử dụng trong điều trị tủy buồng gồm có: Sắt sulfate, Glutaraldehyde, MTA, Biodentine, ZOE, bột xương đông khô, protein định hình và sinh xương, laser... IRM (Intermediate Restorative Material) là vật liệu phục hồi thân răng đông cứng nhanh chứa ZOE và thành phần nhựa Polymethyl Methacrylate nhằm tăng cường độ cứng và kéo dài thời gian tồn tại. Các nghiên cứu của Adriana Gonzalez-Lara và CS¹, E.K. Hui-Derksen và CS², Chedid và CS³, Chien và CS⁴ cho thấy IRM là vật liệu điều trị tủy buồng mang lại hiệu quả điều trị tốt (tỷ lệ thành công sau 6 tháng là 100%, theo dõi sau 24 tháng tỷ lệ này đạt trên 80%), thao tác kỹ thuật đơn giản và giá thành hợp lý. Tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả thành công của loại vật liệu này, vì vậy nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: "*Kết quả điều trị tủy buồng răng hàm sữa bằng IRM*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em độ tuổi từ 3-8 đến khám răng tại Trung tâm kỹ thuật cao Răng Hàm Mặt, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội. Mỗi bệnh nhân có ít nhất một răng hàm sữa có chỉ định điều trị tủy buồng với tiêu chuẩn sau:

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

✓ Răng có tổn thương sâu răng kích thước lớn, có khả năng bị lộ tủy sau khi làm sạch tổ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Nha khoa Khánh Toàn, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mỹ Hạnh

Email: tranmyhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 22.01.2024