

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHÂN ÁI

NRÔNG K' DUY PY

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI THƯỜNG
GẶP VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN HIV LÂM
SÀNG 3, 4 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN ÁI
NĂM 2024**

**BÁO CÁO TÓM TẮT ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ
MÃ SỐ: CS/BVNA/24/15**

Đồng Nai, năm 2025

TÓM TẮT

Nghiên cứu với mục tiêu khảo sát đặc điểm lâm sàng các nhiễm trùng cơ hội thường gặp và phân tích các yếu tố liên quan trên bệnh nhân HIV lâm sàng 3, 4 điều trị nội trú tại bệnh viện Nhân Ái năm 2024. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Dữ liệu được thu thập từ 71 bệnh nhân nhiễm HIV lâm sàng 3,4 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhân Ái từ đầu tháng 3 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024. Các đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (chiếm 90,1%); độ tuổi trung bình là $40,2 \pm 7,6$ tuổi, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm 40 - <50 tuổi (54,9%); phần lớn sống tại TP. HCM (80,3%). Có 57,8% bệnh nhân có BMI <18,5 và 39,4% bệnh nhân có BMI 18,5-22,9. Có 29,6% sống độc thân, 45,2% đã kết hôn và còn sống chung, 25,3% đã ly dị/ly thân. Hầu hết bệnh nhân lây nhiễm HIV qua tiêm chích ma túy (90,1%), quan hệ tình dục không an toàn chiếm 42,3%. Có 43 bệnh nhân (chiếm 60,5%) có thời gian nhiễm HIV ≥ 5 năm; các đối tượng nghiên cứu có sự tuân thủ ARV thấp chiếm tỉ lệ 53,5%. Chỉ có 16 bệnh nhân (22,5%) dự phòng lao, tỉ lệ bệnh nhân uống thuốc dự phòng bằng Cotrimoxazol chiếm 71,8% trong tổng số bệnh nhân đã biết nhiễm HIV. Bệnh nhân chỉ có một loại NTCH (56 ca – 78,9%), bệnh nhân có hai NTCH (9 ca – 12,7%), ba NTCH (5 ca – 7%), có 1 bệnh nhân có 4 NTCH chiếm 1,4%; NTCH chiếm tỉ lệ cao nhất là lao phổi (78,9%). Kết quả nghiên cứu không tìm được mối tương quan giữa thời gian biết nhiễm HIV, thời gian uống ARV và tỉ lệ mắc bệnh lao phổi. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân có mức tuân thủ điều trị ARV trung bình có nguy cơ mắc lao phổi cao gấp 1.33 lần so với bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV cao (với $p = 0.009$ có ý nghĩa thống kê). Từ kết quả nghiên cứu, có những đề xuất, kiến nghị với mong muốn có được một hệ thống quản lý tốt về việc tránh để bệnh nhân bị HIV mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội giai đoạn lâm sàng 3,4 và góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân nhiễm HIV giai đoạn lâm sàng 3,4.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện năm 1990 ở nước ta, tính đến tháng 9 năm 2023, theo báo cáo giám sát phát hiện cả nước có 231.481 người đang sống chung với HIV. Tính tới tháng 9 năm 2023, đã có 100% số tỉnh, thành phố; 100% số quận/ huyện và trên 99,98% số xã/phường báo cáo có người nhiễm HIV/AIDS. Nhằm hướng đến mục tiêu kết thúc AIDS vào năm 2030, Việt Nam đang thực hiện mạnh mẽ các biện pháp can thiệp theo chiến lược 95-95-95. Hiện nay, ARV đã được triển khai ở tất cả 63 tỉnh, thành phố trong cả nước [1]. Tuy vậy, nhiễm trùng cơ hội vẫn tiếp tục gây bệnh tật và tử vong ở bệnh nhân HIV/AIDS ngay cả sau khi được điều trị ARV. Tính đến tháng 9 năm 2023, cả nước ghi nhận 10.219 trường hợp phát hiện mới HIV dương tính, 1.126 trường hợp tử vong [2]. Bệnh viện Nhân Ái là bệnh viện chuyên khoa hạng II trực thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh, có chức năng và nhiệm vụ là điều trị và

chăm sóc bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS ở cộng đồng và các cơ sở cai nghiện ma túy, trung tâm bảo trợ xã hội, ngoài ra bệnh viện còn điều trị và chăm sóc các bệnh nhân nặng không nhiễm HIV/AIDS từ các cơ sở cai nghiện ma túy, trung tâm bảo trợ xã hội chuyển tới. Căn cứ Báo cáo Số 10/BC-BVNA ngày 03 tháng 01 năm 2024 của Bệnh viện Nhân Ái về kết quả hoạt động năm 2023 và Phương hướng hoạt động năm 2024, trong năm 2023, bệnh viện tiếp nhận điều trị nội trú bệnh nhân HIV là 1049 lượt, số ca tử vong năm 2023 là 56 ca, trong đó có 16 ca tử vong do nguyên nhân nhiễm HIV, 32 bệnh nhân đến nhập viện trong tình trạng suy kiệt. Như vậy bệnh nhân nặng nhập viện và số lượng ca tử vong còn khá cao dù ARV đã được sử dụng rộng rãi. Tại sao số lượng bệnh nhân HIV lâm sàng 3, 4 còn khá cao? Tỷ lệ các loại nhiễm trùng cơ hội hiện nay và biểu hiện lâm sàng như thế nào? Để tìm hiểu rõ hơn những vấn đề này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: ***“Đặc điểm lâm sàng nhiễm trùng cơ hội thường gặp và yếu tố liên quan trên bệnh nhân HIV lâm sàng 3, 4 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhân Ái năm 2024”***. Mục tiêu nghiên cứu cụ thể bao gồm: 1) Mô tả đặc điểm dịch tễ các trường hợp bệnh nhân nhiễm HIV lâm sàng 3, 4. 2) Xác định tỷ lệ các loại nhiễm trùng cơ hội. 3) Mô tả đặc điểm lâm sàng các loại nhiễm trùng cơ hội thường gặp và các yếu tố liên quan.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội 1, Khoa Tâm thần/HIV, Khoa Lao, Khoa Sản sóc đặc biệt, Khoa Điều trị cắt cơn nghiện và phục hồi chức năng – Bệnh viện Nhân Ái

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 đến tháng 10 năm 2024

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí chọn vào

- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được khẳng định nhiễm HIV theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam.
- Bệnh nhân có bất kỳ nhiễm trùng cơ hội nào thuộc giai đoạn lâm sàng 3, 4.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ

- Các đối tượng nghiên cứu không làm chủ được hành vi hay bệnh nặng không thể trả lời phỏng vấn nghiên cứu.

Cỡ mẫu

- Chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chí đưa vào trong thời gian nghiên cứu và không thuộc tiêu chí loại trừ.

Phương pháp thu thập số liệu

- Nghiên cứu thực hiện phương pháp chọn mẫu thuận tiện.
- Chọn lựa những bệnh nhân đang điều trị nội trú trong thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chí chọn vào và tiêu chí loại ra tại các khoa lâm sàng của bệnh viện Nhân Ái.
- Sử dụng bộ câu hỏi sẵn có, trước khi khảo sát thực hiện lấy đồng thuận nghiên cứu của bệnh nhân, giải thích rõ mục đích nghiên cứu để bệnh nhân hiểu rõ.

Phương pháp phân tích thống kê

Thống kê mô tả

- Lập bảng tần suất và % để xem xét sự phân bố của các giá trị.
- Điểm trung bình: để tính điểm đạt được của từng nhân tố cũng như của từng nhóm nhân tố.
- Độ lệch chuẩn: để đánh giá mức độ phân tán hoặc thay đổi của điểm số xung quanh giá trị trung bình.

Thống kê phân tích

- Kiểm định t bất cặp để so sánh điểm trung bình cách thức ứng phó.
- Sử dụng phép kiểm định Chi bình phương để xác định mối liên quan (kiểm định Fisher được sử dụng thay thế cho kiểm định Chi bình phương nếu trên 20% tổng số các ô vọng trị < 5 hoặc có ô vọng trị < 1) với mức ý nghĩa 5%.
- Lượng giá mối quan hệ bằng kiểm tra tính khuynh hướng, phân tích từng tầng cho các biến danh định/thứ tự.
- Tính tỷ số tỷ lệ hiện mắc OR với khoảng tin cậy (KTC) 95%.

Đạo đức nghiên cứu

- Trước khi ghi nhận thông tin từ bệnh nhân, bệnh nhân được giải thích mục đích của nghiên cứu và tham gia tự nguyện, được rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào mà không ảnh hưởng đến tiến trình điều trị, chăm sóc và theo dõi. Nghiên cứu quan sát không can thiệp vào việc điều trị cho bệnh nhân.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ của các đối tượng nghiên cứu

Đường lây truyền HIV

Bảng 1: Phân bố đường lây truyền HIV

Đường lây truyền	Tần suất	Tỉ lệ
Có	64	90,1

Tiêm chích ma túy	Không	7	9,9
Quan hệ tình dục không an toàn	Có	30	42,3
	Không	41	57,7
Từ mẹ sang con	Có	1	1,4
	Không	70	98,6
Truyền máu	Có	0	0
	Không	71	100

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân lây nhiễm HIV qua tiêm chích ma túy (90,1%), quan hệ tình dục không an toàn chiếm 42,3%, 01 bệnh nhân (1,4%) lây truyền từ mẹ sang con và không có ca nào lây truyền qua đường truyền máu.

Tiền căn bệnh lý liên quan đến HIV

Bảng 2: Tỷ lệ các bệnh lý liên quan đến HIV trong tiền căn

Bệnh lý		Tần suất	Tỷ lệ
Lao phổi	Có	35	49,3
	Không	36	50,7
Lao ngoài phổi	Có	3	4,2
	Không	68	95,8
Nhiễm nấm Candida miệng – thực quản	Có	7	9,9
	Không	64	90,1
Nhiễm HBV, HCV	Có	22	31,0
	Không	49	69,0
Đậu mùa khỉ	Có	1	1,4
	Không	70	98,6

Nhận xét: Có 49,3% bệnh nhân có tiền căn bị Lao phổi, 31% bệnh nhân nhiễm HBV, HCV, 9,9% bệnh nhân nhiễm nấm Candida miệng – thực quản, 1,4% bệnh nhân mắc đậu mùa khỉ.

Thời gian biết đã nhiễm HIV trước khi nhập viện lần này

Bảng 3: Thời gian đã biết nhiễm trước khi nhập viện (n= 71)

Thời gian biết nhiễm HIV	Tần suất	Tỉ lệ (%)
< 3 tháng	12	16,9
3 tháng - < 12 tháng	9	12,7
1 năm - < 5 năm	7	9,9
≥ 5 năm	43	60,5

Nhận xét: Trong tổng số 71 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 43 bệnh nhân (chiếm 60,5%) có thời gian nhiễm HIV ≥ 5 năm, 16,9% bệnh nhân có thời gian nhiễm HIV < 3 tháng, 12,7% bệnh nhân có thời gian nhiễm HIV 3 tháng - < 12 tháng và 9,9% có thời gian nhiễm HIV 1 năm - < 5 năm.

Thời gian sử dụng ARV và mức độ tuân thủ ở những bệnh nhân đã biết nhiễm HIV trước đây.

Bảng 4: Thời gian sử dụng ARV và mức độ tuân thủ (n = 71)

Sử dụng ARV		Tần suất	Tỉ lệ (%)
1. Thời gian uống ARV	< 3 tháng	13	18,3
	3 tháng - < 12 tháng	8	11,3
	1 năm - < 5 năm	8	11,3
	≥ 5 năm	42	59,1
2. Loại ARV đang sử dụng	Bậc 1	67	94,4
	Bậc 2	4	5,6
3. Mức độ tuân thủ	Cao	28	39,4
	Trung bình	5	7,1
	Thấp	38	53,5

Nhận xét: Trong tổng số 71 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 94,4% bệnh nhân đang uống ARV bậc 1. Thời gian uống ARV ≥ 5 năm là 59,1%, thời gian uống ARV < 3 tháng là 18,3%, thời gian uống ARV 3 tháng - < 12 và 1 năm - < 5 đều chiếm 11,3%. Vấn đề tuân thủ điều trị ARV thấp chiếm tỉ lệ khá cao (53,5%).

Thuốc dự phòng nhiễm trùng cơ hội ở bệnh nhân đã biết nhiễm HIV trước

Bảng 5:Tiền căn liên quan uống thuốc dự phòng nhiễm trùng cơ hội

	Đặc điểm	Dự phòng Lao (%)		Dự phòng Cotrimoxazol (%)	
		Có	Không	Có	không
Thời gian		16 (22,5)	55 (77,5)	51 (71,8)	20 (28,2)
Dưới 1 tháng				5 (9,8)	
Từ 1 tháng đến dưới 6 tháng				9 (17,7)	
Từ 6 tháng trở lên				37 (72,5)	

Nhận xét: Trong tổng số 71 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 16 bệnh nhân (chiếm 22,5%) uống thuốc dự phòng lao, có 51 bệnh nhân (chiếm 71,8%) uống dự phòng Cotrimoxazol, trong đó 72,5% bệnh nhân dự phòng Cotrimoxazol từ 6 tháng trở lên.

Tỉ lệ các loại nhiễm trùng cơ hội ở bệnh nhân nhiễm HIV lâm sàng 3,4

Bảng 6: Phân bố số bệnh nhân tùy theo số lượng NTCH mắc phải (n= 71)

Phân loại số NTCH	Tần suất (%)
1. Số bệnh nhân có 1 NTCH	56 (78,9%)
2. Số bệnh nhân có 2 NTCH	9 (12,7%)
3. Số bệnh nhân có 3 NTCH	5 (7,0%)
4. Số bệnh nhân có 4 NTCH	1 (1,4%)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân chỉ có 1 nhiễm trùng cơ hội chiếm 78,9%, có 1 bệnh nhân có 4 nhiễm trùng cơ hội chiếm 1,4%.

Bảng 7: Phân bố các nhóm bệnh nhiễm trùng cơ hội

STT	Chẩn đoán	Tần suất (%)
1	Lao phổi	56 (78,9%)
2	Nấm miệng, thực quản do Candida	11 (15,5%)
3	Nhiễm trùng huyết	9 (12,7%)
4	Lao ngoài phổi	7 (9,9%)
5	PCP	5 (7,1%)
6	Tiêu chảy kéo dài	3 (4.2 %)
7	Nhiễm <i>Herpes simplex</i>	1 (1,4%)

8 Nhiễm nấm *C.neoformans*

1 (1,4%)

Nhận xét: Trong các nhóm bệnh nhiễm trùng cơ hội, lao phổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất (56%), kế đến là nấm miệng, nấm thực quản do Candida (12,7%) và lao ngoài phổi (9,9%)

Đặc điểm các nhiễm trùng cơ hội nổi bật trên bệnh nhân HIV lâm sàng 3,4

Trong nghiên cứu này, chúng tôi liệt kê được một số mặt bệnh NTCH ở bệnh nhân HIV lâm sàng 3,4, nhiều nhất là lao phổi (56 bệnh nhân chiếm 78,9%). Chúng tôi đi sâu tìm hiểu đặc điểm về bệnh lao phổi.

Bảng 8. Tiền căn liên quan đến HIV, điều trị ARV ở bệnh nhân Lao phổi

Yếu tố liên quan đến HIV, điều trị ARV		Lao phổi		p	PR (KTC) 95%
		Có	Không		
1. Thời gian biết nhiễm HIV	< 3 tháng	10	2		1
	3 tháng - < 12 tháng	7	2	0.756	0.93 (0.60-1.44)
	1 năm - < 5 năm	6	1	0.889	1.03 (0.69 – 1.53)
	≥ 5 năm	33	10	0.595	0.92 (0.68 – 1.24)
2. Thời gian uống ARV	< 3 tháng	10	3		1
	3 tháng - < 12 tháng	7	1	0.527	1.14 (0.76 – 1.69)
	1 năm - < 5 năm	7	1	0.527	1.14 (0.76 – 1.69)
	≥ 5 năm	32	10	0.957	0.99 (0.70 – 1.40)
3. Mức độ tuân thủ	Cao	21	7		1
	Trung bình	5	0	0.009	1.33 (1.07 – 1.65)
	Thấp	30	8	0.711	1.05 (0.80 – 1.38)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối tương quan giữa thời gian biết nhiễm HIV, thời gian uống ARV và tỉ lệ mắc bệnh lao phổi. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân có mức tuân thủ điều trị ARV trung bình có nguy cơ mắc lao phổi cao gấp 1.33 lần so với bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV cao (với p = 0.009 có ý nghĩa thống kê).

Bảng 9. Lâm sàng bệnh nhân Lao phổi

Triệu chứng nổi bật		Tần suất
Sốt		44 (78,6%)
Hô hấp	Bình thường	Có 12 (21,4%)

	Không	44 (78,6%)
	Có	13 (29,6%)
Khó thở	Không	31 (70,4%)
Suy hô hấp	Có	5 (11,4%)
	Không	39 (88,6%)
Ho	Có	40 (90,9%)
	Không	4 (9,1%)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 78,6% bệnh nhân lao phổi có triệu chứng sốt. Về các triệu chứng hô hấp, có 21,4% bệnh nhân không có triệu chứng gì về hô hấp, 78,6% bệnh nhân có triệu chứng bất thường về hô hấp. Trong số các bệnh nhân có triệu chứng bất thường về hô hấp, triệu chứng ho có tỉ lệ cao nhất (90,9%), bệnh nhân lao phổi có triệu chứng khó thở chiếm 29,6% và bệnh nhân lao phổi có suy hô hấp chiếm 11,4%.

BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu.

Đường lây truyền HIV: Hầu hết bệnh nhân lây nhiễm HIV qua tiêm chích ma túy (90,1%), quan hệ tình dục không an toàn chiếm 42,3%, 01 bệnh nhân (1,4%) lây truyền từ mẹ sang con và không có ca nào lây truyền qua đường truyền máu. Điều này hoàn toàn phù hợp với chức năng quản lý, chăm sóc, điều trị bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Nhân Ái. Tuy nhiên kết quả này không tương đồng với báo cáo của Bộ Y tế: tỉ lệ lây truyền HIV qua đường tình dục đang tăng lên, từ 63,2 % (năm 2017) lên 67,2% (năm 2019), đặc biệt sự gia tăng tỉ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới trẻ tuổi dần sẽ là nhóm chính nhiễm mới HIV ở Việt Nam; tỉ lệ nhiễm HIV ở nhóm nghiện chích ma túy có xu hướng giảm, năm 2017 là 13,98% đến năm 2019 giảm còn 12,78%.

Khảo sát về tiền căn: Có 49,3% bệnh nhân có tiền căn bị Lao phổi, 31% bệnh nhân nhiễm HBV, HCV, 9,9% bệnh nhân nhiễm nấm Candida miệng – thực quản, 1,4% bệnh nhân mắc đau mùa khi. Trong tổng số 71 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 43 bệnh nhân (chiếm 60,5%) có thời gian nhiễm HIV ≥ 5 năm, 16,9% bệnh nhân có thời gian nhiễm HIV < 3 tháng, 12,7% bệnh nhân có thời gian nhiễm HIV 3 tháng - < 12 tháng và 9,9% có thời gian nhiễm HIV 1 năm - < 5 năm. Điều này cũng cho thấy rằng NTCH vẫn có thể xuất hiện ở thời gian mới bị nhiễm HIV hoặc xuất hiện ở thời điểm đã bị nhiễm HIV khá lâu. Một điều đáng lưu ý là có 16,9% bệnh nhân biết nhiễm HIV có thời gian < 3 tháng và có những biểu hiện của NTCH giai đoạn lâm sàng 3,4. Điều này

chứng tỏ rằng sự phát hiện các cá nhân bị nhiễm HIV bị chậm trễ. Đây thật sự là một điểm rất cần được lưu ý đối với công tác phòng chống HIV trong cộng đồng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng bệnh nhân có thời gian uống ARV < 3 tháng chiếm tỉ lệ còn khá cao (18,3%). Theo Michael M. Lederman, thời gian cần thiết để ARV có tác dụng ức chế virus là 3 tháng [3]. Tuân thủ điều trị bằng thuốc kháng vi-rút là rất quan trọng trong việc đạt được thành công điều trị virus: Giảm nguy cơ lây truyền HIV, giảm nguy cơ kháng thuốc, cải thiện sức khỏe, chất lượng cuộc sống. Ngược lại tuân thủ kém là nguyên nhân chính của thất bại điều trị: Mất kiểm soát virus, dẫn đến tăng suy giảm miễn dịch, gây nhiễm trùng cơ hội, kháng thuốc ARV và mất các lựa chọn điều trị trong tương lai, thậm chí gây tử vong cho người bệnh. Paterson và cộng sự thấy rằng mức tuân thủ dưới 95% làm tăng nguy cơ nhập viện, nhiễm trùng cơ hội và giảm tác dụng ức chế virus [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các đối tượng nghiên cứu có sự tuân thủ ARV thấp chiếm tỉ lệ 53,5%, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu về sự tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS ở miền Bắc Việt Nam của tác giả Đỗ Mai Hoa năm 2011 là 24,9% và của tác giả Trần Xuân Bách và cộng sự năm 2013 là 25,9% [5]. Tỉ lệ tăng cao về tuân thủ kém ở bệnh nhân HIV theo thời gian cũng là một vấn đề thật sự cần được cảnh báo và cần được giải quyết. Điều này được lý giải vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là các học viên đang trong thời gian cai nghiện ma túy, sau khi chấp hành xong án đối với người đi cai nghiện bắt buộc sẽ trở về nơi cư trú và tiếp tục bỏ trị ARV.

Điều trị phòng ngừa các nhiễm trùng cơ hội: Theo Bộ Y tế [6], điều trị lao tiềm ẩn cho người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn, kể cả người đang điều trị ARV, phụ nữ mang thai, có tiền sử điều trị bệnh lao, không kể suy giảm miễn dịch à ngay cả khi không có xét nghiệm chẩn đoán lao tiềm ẩn. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số 71 bệnh nhân đã biết mình nhiễm HIV, chỉ có 16 bệnh nhân (22,5%) điều trị lao tiềm ẩn, chiếm tỉ lệ khá thấp. Điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole được sử dụng để ngăn ngừa viêm phổi do *Pneumocystis jirovecii*, bệnh nhiễm *Toxoplasma* và một số bệnh nhiễm khuẩn khác khi bệnh nhân HIV ở giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4, hoặc khi số lượng tế bào CD4 $\leq$ 350 tế bào/mm³. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ bệnh nhân uống thuốc dự phòng bằng Cotrimoxazol chiếm 71,8% trong tổng số bệnh nhân đã biết nhiễm HIV. Tỉ lệ bệnh nhân của chúng tôi uống dự phòng Cotrimoxazol và điều trị lao tiềm ẩn đều cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Út và cộng sự [5].

Qua việc tìm hiểu về đặc điểm của các bệnh nhân HIV giai đoạn lâm sàng 3,4 trong nghiên cứu này, dữ liệu cho chúng ta hiểu được các vấn đề khó khăn còn tồn tại: phát hiện nhiễm HIV trễ, chưa được chú ý nhiều về việc dùng thuốc phòng các bệnh NTCH.

Tỉ lệ các loại NTCH thường gặp ở bệnh nhân HIV lâm sàng 3,4.

Tổng kết lại các loại nhiễm trùng cơ hội giai đoạn lâm sàng 3,4 gặp được ở các bệnh nhân trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng có trường hợp bệnh nhân chỉ có một loại nhiễm trùng cơ hội (56 ca – 78,9%) nhưng cũng có bệnh nhân có đến hai (9 ca – 12,7%) hoặc ba NTCH (5 ca - 7%) cùng lúc. Có 1 bệnh nhân có 4 nhiễm trùng cơ hội chiếm 1,4%.

Dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm, chúng tôi liệt kê được 8 loại NTCH. Năm loại NTCH đứng hàng đầu chính là Lao phổi (78,9%), nấm miệng, thực quản do *Candida* (15,5%), nhiễm trùng huyết (12,7%), Lao ngoài phổi (9,9%), PCP (7,1%). Những loại NTCH ít gặp hơn là tiêu chảy kéo dài (4,2%), nhiễm Herpes simplex (1,4%), nhiễm nấm *C. Neoformans* (1,4%).

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng tỉ lệ bệnh nhân mắc lao phổi chiếm tỉ lệ rất cao, có 56 trường hợp có lao phổi (78,9%), có 9 ca bệnh có những biểu hiện của lao ngoài phổi. Trong một công trình khảo sát lao và lao ngoài phổi khảo sát tại các quốc gia thu nhập thấp, trên 2.695 bệnh nhân HIV, tỉ lệ lao phổi là 72% [7]. Tỉ lệ lao phổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả K Zurcher. Kết quả này có thể giải thích vì đối tượng nghiên cứu chúng tôi là bệnh nhân nhiễm HIV lâm sàng 3,4 trong khi nghiên cứu của tác giả K Zurcher là trên bệnh nhân nhiễm HIV chung.

Tỉ lệ bệnh nhân mắc nấm miệng, thực quản do *Candida* chiếm 15,5%. Trong một mô tả 200 trường hợp nhiễm HIV năm 2005 tại thành phố Hồ Chí Minh [8], nấm thực quản chiếm 4%. Trong khi đó, một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 423 bệnh nhân HIV dùng ARV từ 5 đến 7 năm, kết quả nấm thực quản chiếm 4,5% [9]. Như vậy, tỉ lệ bệnh nhân mắc nấm miệng, nấm thực quản của nghiên cứu chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trên. Hầu hết các trường hợp nhiễm nấm *Candida* miệng, thực quản được chẩn đoán bằng lâm sàng và đáp ứng điều trị. Chẩn đoán này đều dựa vào triệu chứng chủ quan của người bệnh là chính. Do vậy tỉ lệ này có thể khác nhau ở nhiều nơi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân bị nhiễm trùng huyết chiếm 12,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Út và cộng sự tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới, tỉ lệ nhiễm trùng huyết là 11,8% [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng tỉ lệ bệnh nhân mắc pcpc chiếm tỉ lệ thấp (7,1%). Trong một nghiên cứu khảo sát trên 263 bệnh nhân nhiễm HIV giai đoạn AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới của tác giả Nguyễn Văn Út và cộng sự, tỉ lệ bệnh nhân mắc pcpc chiếm 53,3%. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Văn Út. Điều này có thể được giải thích do

chức năng, nhiệm vụ của Bệnh viện Nhân Ái khác Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới và bên cạnh đó do xét nghiệm PCR tìm *P.jirovecii* còn bị giới hạn tại Bệnh viện Nhân Ái.

Đặc điểm các trường hợp nhiễm trùng cơ hội nổi bật trên bệnh nhân HIV lâm sàng 3,4

Chúng tôi phân tích 56 trường hợp được chẩn đoán lao phổi, dù là bệnh nhân bị nhiễm trùng đơn thuần hoặc có kèm với NTCH khác. Chiếm tỉ lệ 78,9%, đây là tỉ lệ cao nhất ghi nhận được trong các loại NTCH của nghiên cứu này. Kết quả này không tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vũ Quốc Đạt và cộng sự: nghiên cứu trên 1431 bệnh nhân HIV tiến triển vào năm 2022 kết quả chỉ có 21,2% bệnh nhân mắc lao phổi [10]. Điều này phù hợp với chức năng, nhiệm vụ của Bệnh viện Nhân Ái, những đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần lớn lao phổi đơn thuần.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tìm được mối tương quan giữa thời gian biết nhiễm HIV, thời gian uống ARV và tỉ lệ mắc bệnh lao phổi. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân có mức tuân thủ điều trị ARV trung bình có nguy cơ mắc lao phổi cao gấp 1.33 lần so với bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV cao (với $p = 0.009$ có ý nghĩa thống kê).

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 78,6% bệnh nhân lao phổi có triệu chứng sốt. Về các triệu chứng hô hấp, có 21,4% bệnh nhân không có triệu chứng bất thường về hô hấp, 78,6% bệnh nhân có triệu chứng bất thường về hô hấp. Trong số các bệnh nhân có triệu chứng bất thường về hô hấp, triệu chứng ho có tỉ lệ cao nhất (90,9%), bệnh nhân lao phổi có triệu chứng khó thở chiếm 29,6% và bệnh nhân lao phổi có suy hô hấp chiếm 11,4%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Hà và cộng sự (2021), trong đó triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho khạc đờm kéo dài, chiếm tỷ lệ 92,8% [11]. Điều này cho thấy triệu chứng lâm sàng của lao phổi ở bệnh nhân nhiễm HIV rất đa dạng, trong đó có đến 21,4% bệnh nhân không có triệu chứng bất thường về hô hấp, vì thế cần tăng cường tầm soát lao ở những bệnh nhân nhiễm HIV theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

KẾT LUẬN

1. Các đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (chiếm 90,1%) với độ tuổi trung bình là $40,2 \pm 7,6$ tuổi, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm 40 - <50 tuổi (54,9%). Phần lớn đối tượng nghiên cứu sống tại TP. HCM (80,3%), các tỉnh thành khác chỉ chiếm 19,7%. Có 57,8% bệnh nhân có BMI <18,5 và 39,4% bệnh nhân có BMI 18,5-22,9. Có 29,6% sống độc thân, 45,2% đã kết hôn và còn sống chung, 25,3% đã ly dị/ly thân. Hầu hết bệnh nhân lây nhiễm HIV qua tiêm chích ma túy (90,1%), quan hệ tình dục không an toàn chiếm 42,3%, 01 bệnh nhân (1,4%) lây truyền từ mẹ sang con và không có ca nào lây truyền qua đường truyền máu.

Có 49,3% bệnh nhân có tiền căn bị Lao phổi, 31% bệnh nhân nhiễm HBV, HCV, 9,9% bệnh nhân nhiễm nấm Candida miệng – thực quản, 1,4% bệnh nhân mắc đậu mùa khi. Có 43 bệnh nhân (chiếm 60,5%) có thời gian nhiễm HIV ≥ 5 năm, 16,9% bệnh nhân có thời gian nhiễm HIV < 3 tháng, 12,7% bệnh nhân có thời gian nhiễm HIV 3 tháng - < 12 tháng và 9,9% có thời gian nhiễm HIV 1 năm - < 5 năm. Bệnh nhân có thời gian uống ARV < 3 tháng chiếm tỉ lệ còn khá cao (18,3%). Các đối tượng nghiên cứu có sự tuân thủ ARV thấp chiếm tỉ lệ 53,5%. Chỉ có 16 bệnh nhân (22,5%) dự phòng lao, tỉ lệ bệnh nhân uống thuốc dự phòng bằng Cotrimoxazol chiếm 71,8% trong tổng số bệnh nhân đã biết nhiễm HIV.

2. Bệnh nhân chỉ có một loại NTCH (56 ca – 78,9%), bệnh nhân có đến hai NTCH (9 ca – 12,7%), ba NTCH (5 ca – 7%), có 1 bệnh nhân có 4 NTCH chiếm 1,4%. Phổ các loại bệnh NTCH như sau: Lao phổi (78,9%); Nấm miệng, thực quản do Candida (15,5%); Nhiễm trùng huyết (12,7%); Lao ngoài phổi (9,9%); PCP (7,1%); Tiêu chảy kéo dài (4,2%); Nhiễm Herpes simplex (1,4%); Nhiễm nấm C.Neoformans (1,4%).

3. Có 56 trường hợp được chẩn đoán lao phổi chiếm tỉ lệ 78,9%. Không tìm được mối tương quan giữa thời gian biết nhiễm HIV, thời gian uống ARV và tỉ lệ mắc bệnh lao phổi. Bệnh nhân có mức tuân thủ điều trị ARV trung bình có nguy cơ mắc lao phổi cao gấp 1.33 lần so với bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV cao (với $p = 0.009$ có ý nghĩa thống kê). Có 78,6% bệnh nhân lao phổi có triệu chứng sốt. Có 21,4% bệnh nhân không có triệu chứng gì về hô hấp, 78,6% bệnh nhân có triệu chứng bất thường về hô hấp. Trong số các bệnh nhân có triệu chứng bất thường về hô hấp, triệu chứng ho có tỉ lệ cao nhất (90,9%), bệnh nhân lao phổi có triệu chứng khó thở chiếm 29,6% và bệnh nhân lao phổi có suy hô hấp chiếm 11,4%.

ĐỀ XUẤT, KIẾN NGHỊ

Với mong muốn có được một hệ thống quản lý tốt về việc tránh để bệnh nhân bị HIV mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội giai đoạn lâm sàng 3,4, với kết quả có được qua nghiên cứu này, chúng tôi xin có các kiến nghị như sau:

- Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nhiễm HIV được phát hiện ở giai đoạn bệnh khá trễ, cần tăng cường công tác tầm soát nhiễm HIV trong cộng đồng.
- Chú trọng hơn về việc sử dụng các thuốc dự phòng nhiễm trùng cơ hội và công tác tư vấn tuân thủ điều trị ARV cần được nhấn mạnh hơn ở những bệnh nhân đã biết nhiễm HIV thời gian dài, đặc biệt là những đối tượng sau khi xuất viện.
- Đề xuất các xét nghiệm vi sinh giúp xác định tác nhân gây bệnh khẳng định chẩn đoán nhiễm trùng cơ hội như thực hiện PCR đàm chẩn đoán nhiễm pcp,... giúp nâng cao tỉ lệ chẩn đoán bệnh một cách chính xác hơn.
- Tăng cường tầm soát lao ở những bệnh nhân nhiễm HIV theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 1246/QĐ-TTg của Thủ Tướng Chính Phủ: Phê duyệt chiến lược quốc gia chấm dứt HIV/AIDS vào năm 2030. Văn phòng chính phủ, 2020. 17.
2. 10 thành tựu quan trọng đạt được trong công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2023. Cổng thông tin điện tử chính phủ, 2023.
3. Lederman, M.M., et al., *Immunologic responses associated with 12 weeks of combination antiretroviral therapy consisting of zidovudine, lamivudine, and ritonavir: results of AIDS Clinical Trials Group Protocol 315*. J Infect Dis, 1998. **178**(1): p. 70-9.
4. Patel, A.M., et al. *Adult adherence to treatment and retention in care*. 2010.
5. Võ Triều Lý, N.V.Ú., *Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng các nhiễm trùng cơ hội thường gặp trên bệnh nhân AIDS điều trị nội trú tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới năm 2019-2020*. 2020.
6. *Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS (Ban hành kèm theo quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ Y tế)*. Bộ Y tế, 2021.
7. Zürcher, K., et al., *Diagnosis and clinical outcomes of extrapulmonary tuberculosis in antiretroviral therapy programmes in low- and middle-income countries: a multicohort study*. Journal of the International AIDS Society, 2019. **22**(9): p. e25392.
8. Klotz, S.A., et al., *Clinical features of HIV/AIDS patients presenting to an inner city clinic in Ho Chi Minh City, Vietnam*. Int J STD AIDS, 2007. **18**(7): p. 482-5.
9. Moges, N.A., G.M.J.J.o.A. Kassa, and C. Research, *Prevalence of opportunistic infections and associated factors among HIV positive patients taking anti-retroviral therapy in DebreMarkos Referral Hospital, Northwest Ethiopia*. 2014. **5**: p. 1-6.
10. Đạt, V.Q., *Tình hình bệnh lao ở bệnh nhân HIV tiến triển và năng lực xét nghiệm sàng lọc, chẩn đoán bệnh lao tại một số đơn vị điều trị ARV của Việt Nam*. 2022.
11. Hoàng Hà, L.T.T.U., Ngô Thị Hoài, *Bệnh lao kháng rifampicin tại Thái Nguyên*. Tạp chí Y học Việt Nam, 500(2), tr. 16-20., 2021.