

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG LAO PHỔI TRÊN BỆNH NHÂN HIV/AIDS ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG (07/2009 - 06/2014)

Trần Duy Hưng¹, Phạm Ngọc Thạch¹, Nguyễn Văn Kính^{1,2}

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lao phổi ở bệnh nhân HIV/AIDS. **Đối tượng và Phương pháp:** 98 bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán lao phổi ở người nhiễm HIV, điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương, từ 07/2009 đến 06/2014 đã được nghiên cứu hồi cứu. **Kết quả:** Người bệnh lao phổi gặp ở mọi nhóm tuổi, tập trung ở nhóm 30 - 39 tuổi (57,2%) và có nhiều nghề nghiệp khác nhau, tỷ lệ Nam/Nữ = 4,8/1. Tiền sử mắc bệnh lao là 3,1% và đang điều trị ARV là 31,6%. Biểu hiện hay gặp là ho (86,7%), sốt (83,7%) và gầy sút cân nhanh (69,4%), hạch to, đau ngực, khó thở, vã mồ hôi gặp với tần xuất thấp. Xét nghiệm tìm vi khuẩn lao trong dịch phế quản: PCR(+) là 64,9%, cấy BK(+) là 57,4%, nhuộm soi AFB(+) là 25,4%. Trong bệnh phẩm đờm nhuộm soi AFB(+) là 59,3%, cấy BK(+) là 37,5%. Hình ảnh tổn thương phổi trên Xquang: 88,3% và chụp cắt lớp vi tính là 100%. Tế bào CD4 đều giảm dưới 350/mm³. **Kết luận:** Bệnh lao phổi gặp ở người HIV suy giảm miễn dịch tiến triển và suy giảm nặng với các biểu hiện sốt, ho và gầy sút cân nhanh. Cần nhuộm soi đờm tìm AFB trước khi điều trị đặc hiệu, chỉ áp dụng các kỹ thuật khác khi kết quả soi âm tính. Nên chụp cắt lớp vi tính phổi để hỗ trợ chẩn đoán.

Từ khóa: HIV/AIDS, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh lao phổi.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, dịch bệnh HIV/AIDS đang được xem là đại dịch toàn cầu. Tại Việt Nam, kể từ khi triển khai chương trình phòng, chống HIV/AIDS, hằng năm số bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký tham gia điều trị và tử vong do HIV/AIDS vẫn chưa giảm rõ rệt^(1,2). Theo các Y văn, bệnh lao là nhiễm trùng cơ hội hay gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở người nhiễm HIV^(2,3). Do cơ địa suy giảm miễn dịch, nên việc phát hiện và chẩn đoán bệnh lao ở người nhiễm HIV gặp nhiều khó khăn. Vì vậy, Bộ Y tế đã triển khai chiến lược phát hiện bệnh lao sớm để giảm tỷ lệ mắc và tử vong của bệnh⁽³⁾. Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương (BNDTU) ngoài nhiệm vụ là tuyến

cao nhất điều trị, phòng, chống dịch bệnh truyền nhiễm, nhiệt đới còn là trung tâm điều trị bệnh nhân HIV/AIDS, tại bệnh viện đang triển khai các chương trình chăm sóc điều trị nội trú và ngoại trú cho bệnh nhân HIV/AIDS. Để góp phần tìm hiểu thêm về bệnh lao ở người nhiễm HIV, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm **mục tiêu:** Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lao phổi trên bệnh nhân HIV/AIDS tại bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương (BNDTU).

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 98 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có chẩn đoán xác định lao phổi ở người nhiễm HIV, được điều trị tại Bệnh viện BNDTU, trong thời gian từ 07/2009 đến 06/2014.

Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Phương pháp tiến hành: Chúng tôi hồi cứu lại toàn bộ bệnh án của bệnh nhân điều trị nội trú có chẩn đoán xác

¹ Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương ² Trường Đại học Y Hà Nội

Ngày nhận bài: 15/11/2016

Ngày phản biện xong: 25/11/2016

Ngày duyệt đăng: 12/01/2017

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Trần Duy Hưng, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. Điện thoại: 0989381149. E-mail: duy-hungbenhnd@gmail.com

định lao phổi trên bệnh nhân HIV/AIDS.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: là những bệnh nhân có đủ hai tiêu chuẩn sau:

- Có chẩn đoán xác định nhiễm HIV: Xét nghiệm kháng thể dương tính bằng 3 phương pháp, theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV" của Bộ Y tế^[2].

- Chẩn đoán lao phổi: Lâm sàng có một hoặc nhiều biểu hiện của bệnh lao như sốt, gầy sút cân, ho, khạc đờm, đau ngực, khó thở, ra mồ hôi. Xét nghiệm có bằng chứng mắc vi khuẩn lao, dựa vào soi đờm trực tiếp (kỹ thuật Ziehl - Neelsen) phát hiện vi khuẩn AFB, nuôi cấy tìm BK (kỹ thuật MGIT) và PCR trên các bệnh phẩm đờm, dịch phế quản^{[3],[4]}.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu.

Các xét nghiệm trong nghiên cứu đều được thực hiện tại khoa Xét nghiệm Bệnh viện BNĐTƯ.

Thu thập và xử lý số liệu: Bảng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

Một số đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n = 98)	Tỷ lệ %
Tuổi		
18 - 29	21	21,4
30 - 39	56	57,2
≥40	21	21,4
Giới tính		
Nam	81	82,7
Nữ	17	17,3
Dân tộc		
Kinh	89	90,8
Khác	9	9,2
Nghề nghiệp		
Tự do	25	25,5
Nông dân	13	13,3
Công nhân	10	10,2
Khác	50	51,0
Tiền sử mắc lao	3	3,1
Đang điều trị ARV	31	31,6

Nhận xét: Trong nghiên cứu, bệnh nhân gặp ở mọi nhóm tuổi, tập trung ở nhóm 30 - 39 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh lao phổi cao nhất (57,2%), tỷ lệ Nam/Nữ = 4,8/1. Người bệnh có nhiều nghề nghiệp khác nhau như nông dân, nghề tự do, công nhân, cán bộ công chức... Tỷ lệ bệnh nhân khai thác được tiền sử mắc bệnh lao chỉ chiếm 3,1% và có 31,6% đang được điều trị bằng ARV.

Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng liên quan với bệnh lao

Các biểu hiện liên quan với bệnh lao, hay gặp là ho (86,7%), sốt (83,7%) và gầy sút cân nhanh (69,4%). Các biểu hiện hạch to, đau tức ngực, khó thở, vã mồ hôi gặp với tần xuất thấp (bảng 2). Các biểu hiện khác hay gặp là ran phổi, bao gồm cả ran nổ và ran ẩm (57,1%), chán ăn (37,8%), nã miệng (36,7%), tiêu chảy (27,6%), hội chứng suy mòn (25,5%), đau bụng, phát ban, sưng đau khớp.

Bảng 2. Các triệu chứng liên quan với bệnh lao

	Lâm sàng	Số lượng (n = 98)	Tỷ lệ %
1	Ho	85	86,7
	Ho kéo dài > 2 tuần	50	58,8
	Ho có đờm	47	55,3
2	Sốt	82	83,7
	Về chiều	40	54,8
	Liên tục	21	28,8
	Sốt cao, rét run	4	5,4
	Phổi hợp	7	11,0
	Thời gian có sốt > 2 tuần	50	58,8
3	Gầy sút	68	69,4
4	Hạch to	38	38,8
	Hạch cổ	24	24,5
	Hạch nách	3	3,1
	Hạch bẹn	2	2,1
	Hạch bụng	17	17,3
	Hạch trung thất	4	4,1
5	Đau tức ngực	26	26,5
6	Khó thở	14	14,3
7	Ra mồ hôi	12	12,2

Bảng 3. Các biểu hiện khác

Triệu chứng	Số lượng (n = 98)	Tỷ lệ %
Ran phổi	56	57,1
Chán ăn	37	37,8
Nã miệng	36	36,7
Tiêu chảy kéo dài	27	27,6
Hội chứng suy mòn	25	25,5
Đau bụng	6	6,1
Phát ban	4	4,1
Sưng đau khớp	2	3,1

Cận lâm sàng

Xét nghiệm phát hiện được vi khuẩn lao trên bệnh phẩm dịch phế quản bằng kỹ thuật PCR là 64,9%, cấy BK(+) là 57,4% và nhuộm soi tìm AFB là 25,4%. Trên

bệnh phẩm đờm nhuộm soi phát hiện được AFB là 59,3%, cây BK dương tính 37,5% (bảng 3). Trên các hình ảnh tổn thương phổi, bảng kết quả chụp Xquang phổi phát hiện được tổn thương lao là 88,3% và bảng chụp cắt lớp vi tính là 100% (bảng 5). Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lao phổi đều ở giai đoạn suy giảm miễn dịch tiến triển và suy giảm nặng (bảng 6).

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm đờm và dịch phế quản

Xét nghiệm đờm và dịch phế quản	Số lượng	Tỷ lệ %
Bệnh phẩm đờm		
Soi đờm phát hiện AFB (n = 64)	38	59,3
Cây đờm BK(+) (n = 16)	6	37,5
Bệnh phẩm dịch phế quản		
PCR dịch phế quản (n = 57)	37	64,9
Cấy dịch phế quản BK(+) (n = 47)	27	57,4
Soi dịch phế quản tìm AFB (n = 59)	15	25,4

Bảng 5: Kết quả chẩn đoán hình ảnh tổn thương phổi do lao

Kết quả chẩn đoán hình ảnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Xquang phổi bất thường (n = 94)	83	88,3
Cắt lớp vi tính bất thường (n = 11)	11	100,0
Loại tổn thương lao		Tỷ lệ %
Tổn thương nốt	49	59,1
Thấm nhiễm	21	25,3
Hàng	8	9,6
Xơ	5	6,0

Bảng 6. Kết quả xét nghiệm tế bào máu

Kết quả xét nghiệm	Số lượng (n = 98)	Tỷ lệ %
Hemoglobin (< 120g/l)	70	71,4
Bạch cầu (>10 G/l)	8	8,2
Tiểu cầu giảm (<150 G/l)	26	26,3
CD4		
Suy giảm nặng (< 200)	94	95,9
Suy giảm tiến triển (200 - 349)	4	4,1

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, trên người nhiễm HIV, bệnh lao phổi gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó nhóm tuổi 30 - 39 chiếm tỷ lệ cao nhất (57,2%). Người bệnh lao phân bố làm việc ở nhiều nghề nghiệp khác nhau (bảng 1). Các kết quả nghiên cứu trước đây ở trong và ngoài nước cũng đều có nhận xét tương tự như của chúng tôi^{[5],[6]}. Nghiên cứu cũng cho thấy, bệnh lao gặp ở cả hai giới, nhưng tỷ

lệ mắc bệnh lao phổi ở Nam/Nữ = 4,8. Vấn đề này có liên quan với tỷ lệ nhiễm HIV ở Nam cao hơn Nữ, vì vậy số bệnh nhân lao phổi ở Nam cũng cao hơn^{[4],[5],[8]}. Qua khai thác tiền sử, những bệnh nhân có tiền sử bệnh lao gặp với tỷ lệ thấp (3,1%) và số bệnh nhân đang được điều trị bằng ARV chiếm 31,6%^{[4],[5],[6]}. Đây là vấn đề đáng quan tâm vì khi người bệnh đã được điều trị bằng ARV, hoặc không rõ nguồn bệnh lao để làm người thầy thuốc định hướng sang các bệnh nhiễm trùng cơ hội khác, dẫn đến chẩn đoán muộn và là nguy cơ lây lan bệnh lao trong cộng đồng^{[2],[3]}.

Về lâm sàng, các biểu hiện hay gặp là ho (86,7%), có sốt (83,7%) và gầy sút cân nhanh (69,4%). Các biểu hiện hạch to, đau tức ngực, khó thở, vẩy mồ hôi gặp với tần xuất thấp (bảng 2). Biểu hiện ho, sốt và gầy sút cân nhanh và "ra mồ hôi" đã được một số y văn và nghiên cứu đề cập là triệu chứng nghi ngờ bệnh lao phổi^{[3],[4],[5]}. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp "ra mồ hôi" với tần xuất thấp (12,2%). Ngoài ra, ho kéo dài trên 2 tuần chúng tôi cũng chỉ gặp 58,8%. Theo Đ. T. M. Hà^[4] "ra mồ hôi đêm" có giá trị để chẩn đoán bệnh lao, tuy nhiên nghiên cứu của AnandK.P (Ấn độ) cũng không đề cập biểu hiện này^[6]. Có thể, do bệnh nhân của chúng tôi được phát hiện bệnh sớm hơn, với tỷ lệ người bệnh có biểu hiện ho, hoặc có sốt trên 2 tuần là 58,8%, trong khi nghiên cứu của Đ. T. M. Hà chỉ 23,4% được phát hiện bệnh dưới 4 tuần^[4]. Hơn nữa, triệu chứng này tương đối chủ quan. Vì vậy cần tìm hiểu thêm giá trị của triệu chứng "ra mồ hôi" trong giai đoạn sớm ở người mắc bệnh lao. Biểu hiện hạch to gặp 38,8%, gồm cả những trường hợp được phát hiện bằng xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, tương tự các nghiên cứu trước đây đã nhận xét^{[4],[6]}.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận các biểu hiện có liên quan với nhiễm HIV (bảng 3), như ran phổi có thể là biểu hiện của lao phổi^{[2],[3],[5]}, nhưng cũng có thể là biểu hiện của nhiễm trùng cơ hội khác tại phổi^[2]. Ngoài các dấu hiệu lâm sàng: phát ban, nấm miệng, tiêu chảy kéo dài và hội chứng suy mòn là các biểu hiện của bệnh HIV/AIDS ở giai đoạn lâm sàng 3 và 4^[2]. Đây cũng là các biểu hiện gợi ý bệnh lao ở người HIV(+)- có sốt, ho kéo dài chưa rõ nguyên nhân. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi trong nghiên cứu này đều ở giai đoạn suy giảm miễn dịch tiến triển và suy giảm nặng (bảng 6). Điều này hoàn toàn phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế^[2].

Về xét nghiệm, trong nghiên cứu chúng tôi chỉ thu thập những bệnh nhân có bằng chứng vi sinh trên các bệnh phẩm đờm hoặc dịch phế quản^[21,3]. Kết quả cho thấy các kỹ thuật xét nghiệm đều dương tính dưới 70%^[31,4]. Tuy nhiên, việc soi đờm tìm AFB bằng ba mẫu đã dương tính ở 59,3% số bệnh nhân (chưa được điều trị bằng thuốc kháng lao), trong khi sử dụng bệnh phẩm dịch phế quản, áp dụng kỹ thuật PCR và cấy vi khuẩn đòi hỏi kỹ thuật cao cũng chỉ đạt tỷ lệ dương tính 64,9% và 57,4%. Vì vậy, theo ý kiến của chúng tôi, nên ưu tiên kỹ thuật soi đờm, để thực hiện tại cơ sở điều trị^[3]. Nếu kết quả soi đờm âm tính mới thực hiện các kỹ thuật khác trước khi điều trị bằng phác đồ lao^[31,4]. Trong các hình ảnh tổn thương tại phổi, chụp Xquang phổi đã cho tỷ lệ phát hiện bệnh là 88,3%^[21,3]. Những trường hợp kết quả Xquang phổi không phát hiện được thì kết quả chụp cắt lớp vi tính đều phát hiện được các hình ảnh tổn thương (bảng 5) 100%. Vì vậy, nên sử dụng hình ảnh chụp cắt lớp vi tính để góp phần chẩn đoán bệnh lao phổi trên lâm sàng.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu ở 98 bệnh nhân lao phổi trên người bệnh HIV/AIDS tại Bệnh viện BNĐTƯ, trong giai đoạn 2009 - 2014, chúng tôi rút ra kết luận:

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2015), Báo cáo số liệu phòng chống HIV/AIDS năm 2015, <http://vaac.gov.vn/solieu>.
2. Bộ Y tế (2015), "Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS" Ban hành kèm theo Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao" ban hành kèm theo Quyết định số 4263/QĐ-BYT ngày 13/10/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. Đ. T. M. Hà, Ng. T. N. Lan, V. S. Kiệt,... et al (2010), Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in HIV-Positive Pa-

tients by Microscopic Observation Drug Susceptibility Assay, *Journal of clinical microbiology*, Vol. 48, No. 12, p. 4573 - 79.

tients by Microscopic Observation Drug Susceptibility Assay, *Journal of clinical microbiology*, Vol. 48, No. 12, p. 4573 - 79.

tiết, tập trung nhiều ở nhóm 30 - 39 tuổi (57,2%), Nam/Nữ = 4,8/1, ở nhiều nghề nghiệp khác nhau.

Tiền sử mắc lao là 3,1% và 31,6% số bệnh nhân đang được điều trị ARV.

Biểu hiện hay gặp là ho (86,7%), sốt (83,7%) và gầy sút cân nhanh (69,4%), trong khi hạch to, đau ngực, khó thở, vã mồ hôi gặp với tần xuất thấp. Bệnh hay gặp ở người nhiễm HIV có suy giảm miễn dịch tiến triển và suy giảm nặng

KHUYẾN NGHỊ

Trên bệnh phẩm: Đờm nhuộm soi vi khuẩn AFB(+) là 59,3%, cấy BK(+) là 37,5%. Dịch phế quản: PCR(+) là 64,9%, cấy BK(+) là 57,4% và nhuộm soi AFB(+) là 25,4%.

Hình ảnh tổn thương phổi trên Xquang là 88,3% và chụp cắt lớp vi tính là 100%.

KHUYẾN NGHỊ

- Nên sử dụng thêm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán bệnh lao phổi.

- Cần ưu tiên kỹ thuật nhuộm soi đờm tìm AFB trước điều trị đặc hiệu. Cần áp dụng các kỹ thuật khác khi kết quả soi âm tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2015), Báo cáo số liệu phòng chống HIV/AIDS năm 2015, <http://vaac.gov.vn/solieu>.
2. Bộ Y tế (2015), "Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS" Ban hành kèm theo Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao" ban hành kèm theo Quyết định số 4263/QĐ-BYT ngày 13/10/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. Đ. T. M. Hà, Ng. T. N. Lan, V. S. Kiệt,... et al (2010), Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in HIV-Positive Pa-
5. Phạm Hữu Thường, Đinh Ngọc Sỹ (2013). Nhận xét hiệu quả mô hình chăm sóc điều trị quản lý người bệnh lao/HIV tại Bệnh viện Phổi Hà Nội. Hội nghị khoa học quốc gia phòng, chống HIV/AIDS lần thứ V, Bộ Y tế, Việt Nam.
6. Anand K. P., Sandip J. T., Feroz D. G. (2011), Clinical and laboratory profile of patients with TB/HIV coinfection: A case series of 50 patients. *Lung India*. 28(2): 93 - 96.

**DESCRIPTION OF THE CLINICAL, SUBCLINICAL MANIFESTATIONS OF
LUNG TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH HIV/AIDS TREATED
AT NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES
(07/2009 - 06/2014)**

Summary

Objective: To find the clinical, subclinical manifestation of tuberculosis (TB) in patients with HIV/AIDS. **Subjects and Methods:** Retrospective study, 98 patients over 18 - year - old was diagnosed tuberculosis in HIV/AIDS patients who were treated at the National Hospital for Tropical Disease during period from 07/2009 to 06/2014. **Result:** TB occurred in all age groups, the most common were 30 - 39 years old (57.2%) with different occupations, Male/Female = 4.8/1. History of TB was 3.1% and 31.6% was on ARV treatment. Common clinical manifestations were cough (86.7%), fever (83.7%) and weight loss (69.4%), while the enlarged lymph nodes, chest pain,

shortness of breath, sweating were low frequency. Test in fluid of bronchial: PCR(+) was 64.9%, culture BK(+) was 57.4%, AFB staining(+) was 25.4%. Test in sputum specimens: AFB staining(+): 59.3%, culture BK(+): 37.5%. TB lesions was 88.3% in chest X - ray and 100% in CT scan. CD4 cells dropped below 350/mm³. **Conclusions:** TB often occurs in the HIV/AIDS patient with immunocompromised progressing and severe. Priority AFB staining sputum before treatment by specific therapy, using other test when sputum staining was negative. Need to use computed tomography in the diagnosis of lung tuberculosis.

Key words: HIV/AIDS, clinical, subclinical characteristics, lung tuberculosis.