

# NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN LAO PHỔI MỚI AFB ÂM TÍNH ĐỒNG NHIỄM HIV

*Lê Phước Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Huy Lực<sup>2</sup>*

## TÓM TẮT

*Đặt vấn đề:* Lao phổi đồng nhiễm HIV vẫn còn là vấn đề sức khỏe nghiêm trọng ở thành phố Hồ Chí Minh

*Mục tiêu nghiên cứu:* Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, ở bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính đồng nhiễm HIV.

*Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang trên 131 bệnh nhân lao phổi AFB âm tính/HIV (+) tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch Tp. HCM, từ 08/2017 đến 3/2019.

### *Kết quả:*

- Lâm sàng: Triệu chứng sốt gặp 91,6%; mệt mỏi 67,9%; gầy sút cân 55,0%. Triệu chứng ho 91,6%, ho khạc đờm 75,6%.

- Xquang phổi chuẩn: Tổn thương lan tỏa cả hai phổi 85,3%. Thâm nhiễm không thuần nhất 62,5%; nốt 22,3%. Mức độ rộng 72,9% vừa 20,2%. Diện hẹp chỉ gặp 7,0%.

- 26% bệnh nhân có số lượng tế bào TCD4 > 200tb/ml (34 người, 74% bệnh nhân có số lượng tế bào TCD4 < 200tb/ml)

## CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN NEW SMEAR NEGATIVE PULMONARY TB CASES WHO ARE CO-INFECTED HIV

---

<sup>1</sup> Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup> Học Viện Quân Y

Người phản hồi (Corresponding): Lê Phước Hùng (bslephuochung@yahoo.com.vn)

Ngày nhận bài: 12/10/2019, ngày phản biện: 28/10/2019

Ngày bài báo được đăng: 30/3/2020

## ABSTRACT

*Study aim: To highlight clinical characteristics, standard chest X-ray films and CD4 count/blood in new smear negative pulmonary TB cases who are co-infected HIV.*

*Objects and method: Prospective, descriptive, cross sectional study.*

*131 new smear negative pulmonary TB cases who are co-infected HIV admitted PNT hospital from August 2017 to March 2019.*

*Results:*

*Clinical manifestations: Fever 91.6%; Fatigue 67.9%; Weight loss 55.0%; Dry cough 91.6%; Productive cough 5.6%.*

*Chest X-ray findings: (Hỏi BS Ân, BS Bằng để sử dụng đúng từ chuyên khoa CDHA)*

*CD4 count: > 200 cells/ml: 34 patients (26%); < 200 cell/ml: 97 patients (74%)*

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh lao vẫn là mối đe dọa đến sức khỏe toàn cầu, là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai trong các bệnh nhiễm trùng với khoảng 1,2 đến 1,5 triệu người tử vong mỗi năm. Lao kháng thuốc đang hiện diện ở hầu hết các Quốc gia[1].

Theo chương trình chống lao quốc gia, năm 2018, Việt Nam hiện vẫn đứng thứ 16 trong 30 nước có số người bệnh lao cao nhất trên toàn cầu, đồng thời đứng thứ 15 trong số 30 nước có gánh nặng bệnh lao kháng đa thuốc cao nhất thế giới[1]

Lao phổi là thể lao thường gặp nhất ở người có HIV (+). Người mắc lao có nhiễm HIV thường ở giai đoạn suy giảm miễn dịch trầm trọng, do vậy bệnh cảnh

lâm sàng, Xquang phổi thường không điển hình, làm cho việc chẩn đoán và điều trị lao cũng trở nên khó khăn hơn. Đã có nhiều nghiên cứu về tình hình đồng nhiễm lao/HIV ở nhiều thời kỳ khác nhau của việc cung ứng thuốc điều trị HIV (ARV). So với những năm trước, hiện nay bệnh nhân nhiễm HIV đã có khả năng tiếp cận ARV dễ dàng hơn, nên bệnh cảnh lâm sàng của các nhiễm trùng cơ hội như lao có thể có thay đổi. Vì Chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính đồng nhiễm HIV

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

131 bệnh nhân lao phổi AFB âm tính có đồng nhiễm HIV, được điều trị tại

## CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch Tp. Hồ Chí Minh. Thời gian từ tháng 08 năm 2017 đến tháng 3 năm 2019.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiến cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tiêu chuẩn chẩn đoán lao phổi AFB (-) theo CTCLQG 2018.[5]

+ Tuổi  $\geq 18$  tuổi, tình nguyện tham gia nghiên cứu

+ Chẩn đoán HIV (+) chiến lược 3 theo Hướng dẫn của Bộ y tế 2018[9]

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Không thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, triệu chứng toàn thân, cơ năng và thực thể

- Nghiên cứu cận lâm sàng:

+ Số lượng tế bào TCD4 máu ngoại vi: Thực hiện trên máy đếm Fact

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả tuổi giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng n / %
	Số lượng	%	Số lượng	%	
20 – 29	27	26,0	5	18,5	32 / 24,42
30 – 39	44	42,3	17	63,0	61/ 46,56
40 – 49	29	27,9	5	18,5	34/ 25,95
50 – 59	3	2,9	0		3 / 2,29%
60 - 69	1	1,0	0		0,07%%
Cộng	104	79,4	27	20,6	131/ 100,0
Trung bình	35,0 $\pm$ 8,9		34,7 $\pm$ 5,9		34,9 $\pm$ 8,4

Nhận xét: Các nhóm tuổi chúng tôi gặp nhiều là từ 30 – 39 chiếm 46,56%. Nhóm tuổi từ 50 trở lên chiếm ít nhất.

Count

Phân ra hai mức số lượng TCD4: < 200 tb/ml và > 200 tb/ml

+ Hình ảnh Xquang phổi chuẩn: Khảo sát vị trí, tính chất tổn thương

*Tổn thương độ I (hẹp):* Tổn thương không có hang ở một bên phổi hoặc hai bên phổi, nhưng bề rộng của tổn thương khi gộp lại không quá 1 phân thùy.

*Tổn thương độ II (vừa):* Tổn thương có hang, tổng đường kính hang không quá 4cm, Tổng các tổn thương rải rác, diện tích cộng lại không vượt quá một thùy phổi,

*Tổn thương độ III (rộng):* Khi tổng diện tích tổn thương vượt quá một thùy phổi hoặc một bên phổi, tổng đường kính các hang lớn hơn 4cm,

### 2.3. Xử lý số liệu:

Bằng phần mềm SPSS, sử dụng các phương pháp thống kê y học.

*Bảng 2. Một số yếu tố nguy cơ chính của nhiễm lao và nhiễm HIV*

Yếu tố nguy cơ	Nam (n=104)		Nữ (n=27)		So sánh (p)
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Tiếp xúc với nguồn lây lao	0	-	0	-	-
Tiêm chích ma túy	89	85,6	18	66,7	0,013

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều không rõ tiền sử tiếp xúc với nguồn lao. Có 107/131 (81,7%) bệnh nhân có tiêm chích ma túy, nam (89/104; 85,6%) cao hơn nữ (18/27; 66,7%) ( $p < 0,05$ ).

*Bảng 3. Lý do vào viện*

Lý do vào viện	Nam		Nữ		So sánh (p)
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Ho ra máu	1	1,0	1	3,7	0,877
Ho kéo dài trên 2 tuần	98	94,2	25	92,6	0,893
khạc đờm	95	91,3	24	88,9	0,984
Khó thở	77	74,0	19	70,4	0,701
Sốt	94	90,4	23	85,2	0,667

Nhận xét: Lý do vào viện là ho kéo dài trên 2 tuần, khạc đờm, sốt đều gặp với tỷ lệ cao 85,2% đến 94,2%, không khác biệt ở 2 giới. Ho ra máu ít gặp.

*Bảng 4. Triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể:*

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Sốt	121	92,4
Ăn kém, gầy sút cân	87	66,4
Ra mồ hôi trộm ban đêm	79	60,3
Ho kéo dài	121	92,4
Ho ra máu	2	0,9
Ran nổ	36	27,5
Hội chứng hang	2	1,5

Nhận xét: Triệu chứng sốt gặp nhiều nhất 92,4%, ăn kém gầy sút cân 66,4%. ho kéo dài chiếm tỷ lệ cao 92,4%, ho ra máu 0,9%. Ran nổ 27,5%, hội chứng hang gặp 1,5%. ra mồ hôi trộm ban đêm gặp 60,30 %.

## CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

*Bảng 5. Vị trí tổn thương phổi trên XQ phổi chuẩn*

Vị trí tổn thương trên XQ phổi chuẩn	Số lượng	Tỷ lệ %
Tổn thương phổi phải đơn thuần	9	7,0
Tổn thương phổi trái đơn thuần	2	1,6
Tổn thương cả 2 phổi	110	85,3
Không có hình ảnh tổn thương	8	6,2

Nhận xét: Tổn thương cả hai phổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất 85,3%, 6,2% Bn không thấy hình ảnh tổn thương trên xquang phổi.

*Bảng 6. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim Xquang phổi chuẩn*

Đặc điểm hình ảnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Nốt mờ nhỏ hạt kê	34	25,9
Thâm nhiễm không thuần nhất	85	64,7
Hình ảnh hang	5	3,9

Nhận xét: Hình ảnh thâm nhiễm gặp nhiều nhất, chiếm 64,7%, tiếp đến là dạng nốt, chiếm 25,9%, hang gặp ít với tỷ lệ 3,9%.

*Bảng 7. Mức độ tổn thương*

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ %
Diện hẹp	9	7,0
Diện vừa	26	20,2
Diện rộng	94	72,9

Nhận xét: Tổn thương diện rộng gặp nhiều nhất, chiếm 72,9%,

*Bảng 8. Kết quả số lượng tế bào TCD4 (n=131)*

Bệnh nhân	Số BN	Tỷ lệ %
Số lượng TCD4		
≥ 200 tế bào /ml	34	26,0
Giảm < 200tb/ml	97	74,0

Nhận xét: 74% bệnh nhân có số lượng tế bào TCD4 giảm < 200 TB/ml máu.

## BÀN LUẬN

### 3.1. Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ:

Trong tổng 131 bệnh nhân lao phổi đồng

nhiễm HIV chúng tôi thường gặp lứa tuổi từ 20 - 49 (97 %), lứa tuổi từ 50 trở lên chỉ 3 %. Đa số bệnh nhân là nam (79,4 %), cũng tương tự như ở bệnh nhân lao nói chung. So với những năm trước đây, khi việc điều trị ARV còn chưa sẵn có như hiện nay, thì đặc điểm tuổi và giới của bệnh nhân lao AFB (-)/HIV cũng không có nhiều thay đổi. Vũ Văn Hiệp 2005[6], nghiên cứu tỷ lệ nhiễm, đặc điểm lâm sàng, Xquang và điều trị HIV tại Hải Phòng cho thấy lứa tuổi gặp cũng chủ yếu là tuổi trẻ từ 15 tuổi đến 44 tuổi, chiếm tổng tỉ lệ là 96,55 %, trong đó lứa tuổi 15-24 chiếm 15,79 %, lứa tuổi 25-34 chiếm 52,64 %, lứa tuổi 35-44 chiếm 28,07% và lứa tuổi từ 45 trở lên chỉ chiếm 3,55%. Lưu Thị Liên 2008[7], nghiên cứu đặc điểm bệnh lao / HIV tại Hà Nội cũng gặp lứa tuổi trẻ từ 15-44 tuổi với tổng tỉ lệ chiếm tới 98,2%, trong đó nhóm tuổi từ 25-34 là 51,8%, nhóm tuổi từ 35-44 chiếm 15,4%, trong khi nhóm tuổi từ 45 trở lên chỉ chiếm 1,8%. Vũ Văn Hiệp 2005[6 ] gặp 91,22% là nam và 8,78% là nữ; Lưu Thị Liên 2008[7] gặp nam giới bị lao/HIV là 96,4%, nữ là 3,6%. Vũ Đức Phê 2011 khi nghiên cứu bệnh nhân lao phổi/HIV tại Hà Nội, gặp 97,8% BN từ 18-39 tuổi, không có BN nào ở lứa tuổi từ 40 trở lên. Trong đó nam là 95,8%, nữ 4,2%[8].

Theo kết quả điều tra tình hình hiện mắc lao trên toàn quốc năm 2018 cho thấy tỷ lệ nam/nữ ở bệnh nhân lao phổi

mới AFB (+) của cả nước là 3,1 [1].

Doucette.K. và cs (2015) nghiên cứu ở BN lao phổi mới AFB (+) cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 2,3 [4].

- Khảo sát một số yếu tố nguy cơ của bệnh lao phổi/HIV ở các bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi thấy các bệnh nhân không có tiền sử tiếp xúc với nguồn lây lao. 81,7% BN có tiền sử tiêm chích ma túy, trong đó Nam thường gặp hơn nữ (85,6% - 66,7%). Yếu tố khác như sử dụng rượu bia 29,8% ở nam; 7,4% ở nữ; có bệnh đái tháo đường kèm theo 17,3% ở nam và 14,8% ở nữ không khác nhau có ý nghĩa.

Lưu Thị Liên 2008[7] nghiên cứu lâm sàng các yếu tố nguy cơ ở 110 bệnh nhân lao phổi đồng nhiễm HIV cho kết quả tới 90,9 % có liên quan tới tiêm chích ma túy 2,7% có quan hệ tình dục mại dâm, không rõ thông tin là 8,2%. Qua các kết quả nghiên cứu của các tác giả cũng tương đồng của chúng tôi và thấy rằng tiêm chích ma túy là yếu tố nguy cơ hàng đầu của lây nhiễm HIV trong số các bệnh nhân lao phổi HIV được nghiên cứu của chúng tôi cũng như của các tác giả.

Vũ Đức Phê (2011)[ 8] khi nghiên cứu các yếu tố nguy cơ lây truyền HIV ở 45 bệnh nhân lao phổi/HIV cho rằng 13,4 % vừa có quan hệ tình dục không an toàn vừa tiêm chích ma túy, Có 84,4 % bệnh nhân tiêm chích ma túy đơn thuần và 2,2 % quan hệ với gái mại dâm . Kết quả của

tác giả cũng tương tự kết quả của chúng tôi.

- Khảo sát lí do vào viện của các bệnh nhân lao phổi /HIV trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy cũng như lí do vào viện thường gặp của bệnh nhân lao nói chung như ho đờm kéo dài trên 2 tuần, sốt và tương tự như các nghiên cứu trước đây của Trần Anh Huy 2017[10] (ho kéo dài 83,33%, sốt 51,85%) hoặc Vũ Văn Hiệp (ho kéo dài 82,45 %, sốt kéo dài 89,47 %), Lưu Thị Liên (2008) và Vũ Đức Phê (2011)

### 3.2 Các triệu chứng lâm sàng:

-Về triệu chứng toàn thân của bệnh nhân chúng tôi thường gặp là sốt kéo dài (92,4 %), gầy sút (66,4 %), ra mồ hôi trộm ban đêm (60,30 %). Triệu chứng lâm sàng của

BN lao phổi/HIV phụ thuộc vào đặc điểm đáp ứng miễn dịch của từng BN, phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, mức độ bệnh[3] nhiễm HIV. Triệu chứng thường điển hình khi bệnh nhiễm HIV ở giai đoạn sớm, hệ miễn dịch còn tốt. Triệu chứng không điển hình nếu bệnh nhân nhiễm HIV ở giai đoạn muộn, khi hệ miễn dịch đã bị suy giảm nặng nề. Kết quả của chúng tôi nhìn chung tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác.

Chesnutt.MS và cs (2016) nghiên cứu ở BN lao phổi mới AFB (+) đã thấy các triệu chứng lâm sàng thường tiến triển

từ từ, triệu chứng toàn thân hay gặp là mệt mỏi, chán ăn, sút cân, sốt và ra mồ hôi đêm [2].

Vũ Văn Hiệp 2005[6] nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh nhân lao/HIV, cho thấy triệu chứng toàn thân như sốt kéo dài gặp tỷ lệ cao nhất 90% bệnh nhân; tiếp đến là triệu chứng ăn kém gầy sút 73,68% Lưu Thị Liên 2008[7], khảo sát các triệu chứng toàn thân ở 110 bệnh nhân lao phổi/HIV đã gặp triệu chứng sốt tới 95,4% tổng số bệnh nhân, tiếp theo là mệt mỏi, ăn kém gầy sút cân chiếm 89,1%. Vũ Đức Phê 2011[8] gặp sốt, có tỷ lệ 85,7% và mệt mỏi ăn ngủ kém 95,8% và gầy sút cân tới 100% bệnh nhân lao phổi /HIV.

Yuceege M (2014) thấy các triệu chứng toàn thân hay gặp trong lao phổi là: gầy sút cân, ra mồ hôi đêm, sốt. Trong một nghiên cứu của tác giả ở 331 BN là người lớn, theo dõi trong 5 năm tác giả thấy đa số các bệnh nhân có sốt, gặp ở 70% bệnh nhân, sốt có đặc điểm bắt đầu từ từ và nhiệt độ thấp, không cao; một vài trường hợp sốt cao; sốt thường kéo dài từ 14 đến 21 ngày, khi được điều trị thường hết sốt trong vòng 10 ngày [12]. Kết quả của chúng tôi cơ bản cũng phù hợp các tác giả.

Các triệu chứng cơ năng như ho kéo dài 92,4%, ho ra máu gặp tỷ lệ chỉ 8,9%.

Văn Hiệp(2005)[ 6] gặp triệu chứng ho khạc đờm 82,45%; ho ra máu

gặp 36,84% và đau tức ngực là 84,21% Lưu Thị Liên (2008)[7] gặp triệu chứng ho kéo dài 89,1%; ho ra máu 17,2% khó thở, đau ngực gặp ít hơn, lần lượt là 43,6% và 59,0%.

Trong 45 bệnh nhân lao phổi/HIV, tác giả Vũ Đức Phê 2011 gặp triệu chứng ho kéo dài 85,7%, ho máu là 13,33%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các tác giả[8].

- Các triệu chứng thực thể: ran nổ gặp 27,5%, hội chứng hang chỉ gặp có 1,5%. Kết quả của chúng tôi cho thấy các triệu chứng thực tế ở bệnh nhân lao phổi nói chung là nghèo nàn. ở bệnh nhân có nhiễm HIV thì triệu chứng lâm sàng sẽ không còn điển hình giống như lao phổi đơn thuần nữa.

Vũ Văn Hiệp 2005[ 6] trong số 57 bệnh nhân lao phổi/ HIV chỉ gặp hội chứng đông đặc.

Nguyễn Thị Trang (2018)[ 11] trong tổng số 78 bệnh nhân lao phổi mới, tác giả gặp hội chứng đông đặc 43,6%; hội chứng hang gặp 12,8%.

Trần Anh Huy 2017 [10], nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân lao phổi mới, cho kết quả hội chứng đông đặc gặp 29,62% và hội chứng hang 3,75%.

Các triệu chứng thực thể ở các bệnh nhân lao phổi và lao phổi/ HIV mà các tác giả nghiên cứu cũng nghèo nàn không phong phú.

### 3.3. cận lâm sàng

- Về đặc điểm hình ảnh X quang phổi chuẩn, về vị trí tổn thương trên phim X quang, chúng tôi gặp phổi phải đơn thuần là 7,0%; phổi trái là 1,6% và cả 2 phổi lên tới 85,3%; tuy nhiên không nhìn rõ hình ảnh tổn thương trên phim XQ phổi chuẩn thẳng là 6,2%. Điều này có thể giải thích có thể do các tổn thương bị che lấp bởi xương đòn, rốn phổi, bóng tim nên khó phát hiện.

Vũ đức Phê (2011)[8] gặp tổn thương phổi phải 12,5%, phổi trái 16,7% và cả 2 phổi là 70,8%, tương tự kết quả của chúng tôi.

Về vị trí tổn thương vùng cao, vùng thấp chúng tôi gặp tổn thương lao ở vùng thấp (đáy phổi) tương đương vùng cao (vùng đỉnh và dưới đòn); thùy trên 73,7% thùy dưới 83,7%; theo vị trí thường gặp lao phổi hay ở thùy trên (vùng cao) tuy nhiên ở những bệnh nhân lao/ HIV tổn thương lao thường không ưu tiên ở vùng cao mà gặp nhiều cả ở cùng thấp, điều này các tác giả giải thích do miễn dịch của cơ thể suy giảm nên vi khuẩn lao có thể lan tràn ra nhiều vị trí ở phổi hoặc có thể tái hoạt động nội lai ở bất cứ vị trí nào của phổi[4].

- Về đặc điểm các dạng tổn thương, gặp nốt mờ nhỏ hạt kê gặp 22,3% thâm nhiễm không thuần nhất gặp 62,5% tổn thương hang 3,9%. Lưu Thị Liên 2008[

7], gặp tổn thương thâm nhiễm 56,5%, tổn thương dạng nốt 38,0%, tổn thương có hang 23,1%, tỷ lệ có hang cũng cao hơn chúng tôi Vũ Đức Phê 2011[8] gặp tổn thương thâm nhiễm không thuần nhất là 44% tổn thương có hang 15,55%; tổn thương dạng nốt là 17,78%.

- Về mức độ tổn thương đánh giá trên phim XQ phổi chuẩn thẳng chúng tôi thấy diện tổn thương hẹp ít nhất, chiếm 7,0%, diện vừa là 20,2% và diện rộng chiếm tới 72,9%. So với lao phổi không có HIV tổn thương rộng ở bệnh nhân lao phổi/HIV thường rộng hơn. Trong nghiên cứu của Lưu Thị Liên 2008[7], ở bệnh nhân lao phổi/ HIV cho thấy diện hẹp chiếm 33,7%, diện vừa và rộng chiếm 66,3%. Vũ Đức Phê 2011[8] diện hẹp là 8,8% diện vừa 37,77% và diện rộng là 53,34%. Như vậy các tác giả cũng gặp diện rộng là chủ yếu tương tự kết quả của chúng tôi.

- Về số lượng tế bào lympho TCD4: Tế bào TCD4 giảm là 74,0 % và số lượng tế bào TCD4 bình thường là 26,0 %.

Lưu Thị Liên 2008[7] định lượng tế bào TCD4 trong máu ngoại vi của 110 bệnh nhân và cho kết quả 55,4 % bệnh nhân có TCD4 giảm dưới 200 tế bào /mm<sup>3</sup> và có 46,6 % bệnh nhân có số lượng TCD4 từ 200tb/mm<sup>3</sup> trở lên . Kết quả này cũng phù hợp với chúng tôi.

Theo ý kiến của các tác giả, suy giảm miễn dịch là đặc điểm nổi bật của

người nhiễm HIV/AIDS. Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng phụ thuộc rất nhiều vào giai đoạn bệnh của HIV/AIDS[2].

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy số lượng tế bào TCD4 trong 1ml máu thay đổi theo giai đoạn của bệnh HIV/AIDS và ở bệnh nhân lao phổi/HIV (+) tế bào TCD4 cũng ảnh hưởng tới các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng số lượng TCD4 khi < 200 tế bào/ml hay gặp lao phổi diện rộng và lao nhiều cơ quan khác ngoài phổi [12].

### KẾT LUẬN

Nghiên cứu 131 bệnh nhân lao phổi AFB(-) đồng nhiễm HIV, chúng tôi rút ra một số kết luận về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân như sau:

- Lứa tuổi bệnh nhân lao phổi mới AFB(-)/HIV thường trẻ ( $34,9 \pm 8,4$  tuổi). Đa số bệnh nhân từ 30 – 39 tuổi. Nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ: 79,4/ 20,6 (3,85).

- Yếu tố nguy cơ nhiễm HIV vẫn là tiêm chích ma túy (85,6%).

- Các triệu chứng lâm sàng gặp phổ biến vẫn là triệu chứng thường gặp của lao (sốt- 92,4%, sút cân-66,4%, ho có đờm kéo dài trên 2 tuần -92,4%). Triệu chứng thực thể khác nghèo nàn

- Hình ảnh Xquang phổi chuẩn: Thường gặp Tổn thương lan tỏa cả hai

phổi (85,3%), mức độ tổn thương rộng (72,9%).

- Đa số bệnh nhân ở giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng với số lượng tế bào TCD4 < 200 TB/mm<sup>3</sup> máu (74,0%).

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Chương trình chống lao quốc gia ( 2019) “ Báo cáo tổng kết hoạt động chương trình chống lao quốc gia năm 2018”, Bộ y tế, Hội nghị tổng kết công tác chống lao toàn quốc 3/2019, 154tr.

2. Chesnutt. MS, Prendergast. TJ( 2016 ), “ Pulmonary Tuberculosis” in Pulmonary Disorders. Current Medical Diagnosis and Treatment, Ed by Papadakis. MA, Mcphee. SJ. McGrawHill, New York, p242 – 320.

3. Bùi Xuân Tám (1998), “ Bệnh lao hiện nay” NXB y học, Hà Nội, 191-200.

4. Doucette.K, Cooper.R (2015), “Tuberculosis”. Fishman’s pulmonary and disorders, 5<sup>th</sup> Ed. Mc Graw-Hill. New-York. Vol I, p2012 - 2031.

5. Bộ y tế ( 2018 ), “ Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao”, ban hành kèm theo quyết định Số: 3126/QĐ-BYT ngày 23 tháng 5 năm 2018”.

6. Vũ Văn Hiệp( 2005 ), “ nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HIV, đặc điểm lâm sàng, Xquang và điều trị lao phổi AFB(+)/HIV tại Hải Phòng năm 2004”, Luận văn thạc sĩ Y học, Hà Nội, 62trang

7. Lưu Thị Liên(2007), “ Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học Bệnh lao và lâm sàng Lao/ HIV tại Hà Nội”, Luận án tiến sĩ Y học, Hà Nội 123tr.

8. Vũ Đức Phê(2011), “ Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và kết quả điều trị tấn công bệnh nhân lao phổi mới AFB(+), đồng nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện 09 Hà Nội”. Luận văn Thạc sĩ Y học, Hà Nội, 70tr.

9. Bộ y tế( 2009 ), “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS”, kèm theo quyết định số 3003/QĐ-BYT Hà Nội 19/8/2009. 191tr.

10. Trần Anh Huy( 2017 ), “ Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính ngực ở bệnh nhân lao phổi mới AFB(+ ) và lao phổi tái phát”, Luận văn bác sĩ chuyên khoa 2, Tp. Hồ Chí Minh 2017, 78 trang.

11. Nguyễn Thanh Trang( 2018 ), “ Nghiên cứu biến đổi lâm sàng, Xquang ngực và kết quả điều trị bệnh nhân lao phổi mới AFB(+ ) tại trung tâm y tế quận Tân Bình-Thành phố Hồ Chí Minh”, Luận văn CK 2, Học viện Quân y, Tp. HCM, 76tr.

12. Yuceede. M; Sanisoglu. B; Baran. R( 2014 ), “ Gender Difference in Clinical Presentation of Turkish Patients with Pulmonary Tuberculosis”, Acta Medica Iranica, 52(1), pp 52-55.