

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ 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 Khanh²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả kết quả điều trị người bệnh mắc COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, từ 1/2022 đến 6/2023. Có 97 người bệnh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu. Kết quả: Tỷ lệ người bệnh suy giảm miễn dịch nặng ($CD4 < 200$ tế bào/mm³) là 81,0%, người bệnh suy giảm miễn dịch nhẹ ($CD4$ từ 200 - 499) là 15,8%, không suy giảm miễn dịch ($CD4 \geq 500$) là 3,2%. Kết quả điều trị khỏi ra viện chiếm 40,2%, đỡ chuyển tuyến chiếm 41,2%. Có 15,5% người bệnh chuyển nặng, xin về và 3,1% tử vong. Thời gian điều trị trung bình là $18 \pm 13,1$ ngày.

Từ khóa: COVID-19, HIV/AIDS, kết quả điều trị.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus Corona gây hội chứng hô hấp cấp tính nặng được viết tắt là SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome corona virus 2) thuộc phân họ *Sarbecovirus* gây ra bệnh viêm đường hô hấp, xuất hiện lần đầu tiên vào tháng 12/2019 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/AIDS bị nhiễm SARS-CoV-2 thường có kết quả điều trị 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 (ICU) và tử vong.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 HIV/AIDS, cho thấy bệnh nhân HIV/AIDS có nguy cơ tử vong vì nhiễm COVID-19 cao hơn 21% so với người không nhiễm.⁴ Hiện nay, nhiều nghiên cứu về bệnh COVID-19 đã được thực hiện, song sự tác động của virus SARS-Cov2 ở người nhiễm HIV/AIDS vẫn chưa rõ ràng, còn nhiều nghiên cứu trái chiều. Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương là tuyến cuối điều trị COVID-19 cũng là cơ sở điều trị bệnh nhân HIV/AIDS của khu vực miền Bắc, còn thiếu bức tranh tổng kết trên nhóm người bệnh này. Nhằm có thêm các tổng kết về kết quả điều trị ở người bệnh mắc COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ở người bệnh mắc COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 01/2022 đến 06/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 97 người bệnh mắc COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS điều trị nội trú tại Bệnh viện

Tác giả liên hệ: Trần Văn Giang

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận: 31/05/2024

Ngày được chấp nhận: 11/06/2024

Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 01/01/2022 đến 30/06/2023.

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.⁵

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.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu

Chúng tôi dùng công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỷ lệ (WHO sample size 2.0):

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ n là cỡ mẫu tối thiểu.

+ $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

+ p là ước lượng tỷ lệ người bệnh COVID-19 mắc HIV có triệu chứng khó thở, $p = 0,519$ (51,9%) (nghiên cứu của WHO trên 16.955

người bệnh HIV mắc COVID-19).⁷

+ d là sai số tuyệt đối, chúng tôi chọn $d = 0,10$.

+ Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu 96 người bệnh.

+ Cỡ mẫu thực tế 97 người bệnh.

Cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 01/01/2022 đến 30/06/2023.

Địa điểm: tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Biến số nghiên cứu

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 2022.⁶ Trong nghiên cứu này chúng tôi phân thành 2 nhóm:

+ Người bệnh mức độ nhẹ, vừa.

+ Người bệnh mức độ nặng, nguy kịch.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị

+ Điều trị thành công: Khởi - ra viện, đỡ - chuyển tuyến.

+ Điều trị thất bại: Nặng hơn - xin về, tử vong.

Phương pháp thu thập số liệu

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.

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.

- **Biến rời rạc:** tính tỷ lệ phần trăm.

- **Biến liên tục:** tính trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn), tính trung vị (median) nếu biến không phân phối chuẩn.

- **Mô tả biến:** dưới dạng tỷ lệ phần trăm với biến định tính, dạng trung bình, trung vị, giá trị

lớn nhất, nhỏ nhất với biến định lượng.

- Kiểm định χ^2 được sử dụng để kiểm tra các biến phân loại, Fisher exact test khi giá trị kì vọng dưới 5. Các phép kiểm định thích hợp với ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- So sánh 2 trung bình: nếu biến nghiên cứu là biến chuẩn thì dùng kiểm định T test. Nếu biến nghiên cứu không là biến chuẩn thì dùng kiểm định Mann - Whitney U.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu đảm bảo tính khoa học, chính xác. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học quốc gia, quyết định số 20/CN- HĐĐĐ, kí ngày 24-03-2020.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2022 đến 30/06/2023 chúng tôi thu thập được 97 người bệnh mắc COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Chúng tôi thu được một số kết quả như sau:

Bảng 1. Kết quả điều trị bệnh COVID-19 ở người nhiễm HIV/AIDS theo phân độ lâm sàng

Kết quả điều trị	Số người bệnh (n = 97), n(%)	Phân độ lâm sàng		p
		Nhẹ, trung bình (n = 74), n(%)	Nặng, nguy kịch (n = 23), n(%)	
Khỏi, ra viện	39 (40,2)	34 (45,9)	5 (21,7)	< 0,001*
Đỡ, chuyển tuyến	40 (41,2)	33 (44,6)	7 (30,4)	
Nặng hơn, xin về	15 (15,5)	7 (9,5)	8 (34,8)	
Tử vong	3 (3,1)	0 (0)	3 (13,0)	0,262**
Thời gian điều trị ($\bar{x} \pm SD$) (Min - Max)	18,4 \pm 13,1 (2 - 78)	17,2 \pm 9,9 (6 - 51)	22,2 \pm 20,2 (2 - 78)	

(* Fisher's Exact Test, (**) Mann-Whitney

Tỷ lệ người bệnh có kết quả điều trị khỏi ra viện chiếm 40,2%, đỡ chuyển tuyến chiếm 41,2%. Có 15,5% người bệnh chuyển nặng, xin về và 3,1% tử vong. Trong 23 người bệnh nặng, nguy kịch, tỷ lệ điều trị thành công là 52,1% (21,7% khỏi, ra viện; 30,4% đỡ chuyển tuyến); có 8/23 (34,8%) trường hợp nặng hơn, xin về và 3/23 người bệnh tử vong, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 78 ngày.

Phần lớn người bệnh đã được tiêm ít nhất 1

mũi vắc xin COVID-19, trong đó 82,6% có kết quả điều trị thành công, 17,4% có kết quả điều trị thất bại. Xem xét kết quả điều trị theo

số lần tiêm chủng, kết quả điều trị thành công tỷ lệ thuận với số mũi tiêm chủng lần lượt là 50%; 69,2%; 88,9%; và 100%. Ngược lại, tỷ lệ thất bại điều trị giảm dần tương ứng với số mũi tiêm lần lượt là 50%; 30,8%; 11,1%; và 0%. Tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Kết quả điều trị bệnh COVID-19 ở người bệnh /AIDS theo tiền sử tiêm chủng vắc xin COVID-19

Tình trạng tiêm phòng COVID-19	Kết quả điều trị			p
	Số người bệnh, n (%)	Khỏi, ra viện và/ hoặc đỡ, chuyển tuyến, n (%)	Nặng hơn, xin về và/hoặc tử vong, n (%)	
Chưa tiêm chủng	5 (100)	2 (40,0)	3 (60,0)	0,051*
Đã tiêm chủng	86 (100)	71 (82,6)	15 (17,4)	
Số mũi tiêm				
1 mũi tiêm	2 (100)	1 (50,0)	1 (50,0)	0,076*
2 mũi tiêm	26 (100)	18 (69,2)	8 (30,8)	
3 mũi tiêm	54 (100)	48 (88,9)	6 (11,1)	
≥ 4 mũi tiêm	4 (100)	4 (100)	0 (0)	

(*) Fisher's Exact Test

Bảng 3. Kết quả điều trị theo mức độ suy giảm miễn dịch

Số lượng Tế bào TCD4 (tế bào/mm ³)	Số người bệnh n (%)	Kết quả điều trị		Giá trị p
		Khỏi, ra viện và/hoặc đỡ, chuyển tuyến n (%)	Nặng hơn, xin về và/hoặc tử vong n (%)	
< 200	77 (81,0)	60 (77,9)	17 (94,4)	0,352*
200 - 499	15 (15,8)	14 (18,2)	1 (5,6)	
≥ 500	3 (3,2)	3 (3,9)	0 (0)	
Tổng	95 (100)	77 (100)	18 (100)	

p*: Fisher's Exact Test

Tỷ lệ người bệnh suy giảm miễn dịch nặng (TCD4 < 200 tế bào/mm³) là 81,0%, người bệnh suy giảm miễn dịch nhẹ là 15,8%, không suy giảm miễn dịch là 3,2%. Có 18/95 người bệnh chiếm tỷ lệ 18,9% điều trị thất bại, người có suy giảm mức độ nặng chiếm đa số 94,4% (17/18).

Nhóm chưa điều trị ARV/bổ trợ có kết quả điều trị thành công là 78,4%, thất bại điều trị là 21,6%. Nhóm đã điều trị ARV có kết quả điều trị thành công là 84,8%, thất bại điều trị là 15,2%.

Tỷ lệ người bệnh sử dụng phác đồ bậc 1 là 84,8%, phác đồ bậc 2 là 15,2%. Trong nhóm sử dụng phác đồ bậc 1, tỷ lệ có kết quả điều trị thành công chiếm 89,7%, điều trị thất bại chiếm 10,3%. Ở nhóm điều trị phác đồ bậc 2, tỷ lệ có kết quả điều trị thành công và thất bại lần lượt là 57,1% và 42,9%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ người bệnh có kết quả điều trị thành công và thất bại ở 2 nhóm thời gian dưới 1 năm và trên 1 năm có

Bảng 4. Kết quả điều trị theo tình trạng sử dụng ARV

Tình trạng sử dụng ARV	Số người bệnh n (%)	Kết quả điều trị		p
		Khỏi, ra viện và/hoặc đỡ, chuyển tuyến, n (%)	Nặng hơn, xin về và/hoặc tử vong, n (%)	
Chưa điều trị ARV/bỏ trị	51 (52,6)	40 (78,4)	11 (21,6)	0,422*
Có điều trị ARV	46 (47,4)	39 (84,8)	7 (15,2)	
Tổng người bệnh	97 (100)	79 (81,4)	18 (18,6)	
Phác đồ điều trị				
Phác đồ bậc 1	39 (84,8)	35 (89,7)	4 (10,3)	0,06**
Phác đồ bậc 2	7 (15,2)	4 (57,1)	3 (42,9)	
Thời gian điều trị				
Dưới 1 năm	27 (58,7)	23 (85,2)	4 (14,8)	1,0**
Trên 1 năm	19 (41,3)	16 (84,2)	3 (15,8)	
Tổng người bệnh được điều trị ARV	46 (100)	39 (84,8)	7 (15,2)	

(*) Kiểm định χ^2 , (**) Fisher's Exact Test

giá trị tương đương nhau (85,2% so với 84,2% và 14,8% so với 15,8%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh có kết quả điều trị khỏi ra viện chiếm 40,2%, đỡ chuyển tuyến chiếm 41,2%. Có 15,5% người bệnh chuyển nặng, xin về và 3,1% tử vong. Như vậy, tỷ lệ người bệnh có điều trị thành công là 81,4%, điều trị thất bại là 18,6%. Tỷ lệ điều trị thất bại này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với tỷ lệ tử vong do COVID-19 trong cộng đồng dân số nói chung ở Việt Nam.⁷ Theo Bộ Y tế Việt Nam, tính đến ngày 25/1/2023, Việt Nam có hơn 11,52 triệu người bệnh mắc COVID-19 với 43.186 ca tử vong (tương ứng với tỷ lệ tử vong được xác nhận là 0,37%). Có 23/97 người bệnh có phân độ lâm sàng nặng, nguy kịch chiếm tỷ lệ 23,7%. Con

số này tương đương với tỷ lệ 22,9% trong một báo cáo tổng quan của Li, J và cộng sự về nhóm người bệnh COVID-19 không nhiễm HIV/AIDS, tuy nhiên, tỷ lệ điều trị thất bại trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể (18,6% so với 5,6%).⁸ Lý giải cho điều này, những người bệnh HIV/AIDS nhập viện có tình trạng suy giảm miễn dịch nặng, đi kèm với những nhiễm trùng cơ hội kèm theo có thể là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ bệnh nặng và tử vong ở nhóm đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi.

Ở những người bệnh HIV/AIDS không được kiểm soát tốt, sự nhân lên của vi rút HIV có thể gây ra sự gia tăng kích hoạt tế bào T, trong điều kiện nhiễm trùng mạn tính như nhiễm HIV sẽ dẫn đến sự rối loạn nghiêm trọng chức năng tế bào T gây cạn kiệt tế bào, từ đó gây ra rối loạn hoạt động chức năng của tế bào B.^{9,10} Sự rối loạn chức năng kết hợp tế bào T và B này có thể ảnh hưởng đến hiệu quả của vắc xin ở

người bệnh HIV nhiễm COVID-19. Ví dụ đối với một số loại vắc xin như vắc xin cúm, đã được chứng minh là có giảm hiệu quả ở người bệnh HIV/AIDS.¹¹ Tuy nhiên, hiện vẫn chưa có bằng chứng rõ ràng về sự giảm hiệu quả của vắc xin COVID-19 ở người HIV/AIDS nhưng chúng ta cũng nên cần lưu tâm đến điều đó. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn người bệnh đã được tiêm ít nhất 1 mũi vắc xin COVID-19 chiếm 94,5%, trong đó 82,6% có kết quả điều trị thành công, 17,4% có kết quả điều trị thất bại. Chúng tôi nhận thấy, phần lớn người bệnh được tiêm ít nhất 2 và 3 mũi vắc xin COVID-19 tương ứng tỷ lệ 30,2% và 62,8%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,011$). Đánh giá kết quả điều trị theo số mũi tiêm chủng, người bệnh được tiêm 2 mũi vắc xin COVID-19 có kết quả điều trị thất bại cao hơn nhóm tiêm 3 mũi vắc xin (30,8% so với 11,1%) (bảng 2). Các nghiên cứu trên toàn thế giới đã cho thấy vắc xin COVID-19 mang đến lợi ích cho người nhiễm HIV/AIDS tương tự đối với tất cả các cá nhân và cộng đồng, dự phòng bệnh nặng do vi rút SARS-CoV-2 và nhóm chuyên gia tư vấn chiến lược về tiêm chủng (SAGE) của WHO đã coi những người sống chung với HIV là nhóm nguy cơ cần được ưu tiên xem xét tiêm chủng vắc xin COVID-19 kể cả trong bối cảnh nguồn cung hạn chế trong thời điểm dịch bệnh căng thẳng.¹²

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh suy giảm miễn dịch nặng ($TCD4 < 200$ tế bào/mm³) là 81,0%, người bệnh suy giảm miễn dịch nhẹ là 15,8%, không suy giảm miễn dịch là 3,2%. Trong số 18 người bệnh có kết quả điều trị thất bại (nặng hơn, xin về và/ hoặc tử vong) có tới 17 người bệnh có tình trạng suy giảm miễn dịch nặng ($TCD4 < 200$ tế bào/mm³) chiếm 94,4%, trong khi đó, chỉ có 1 người bệnh tử vong (5,6%) trong nhóm người bệnh có mức độ suy giảm miễn dịch nhẹ, tiến triển ($TCD4$ từ 200 đến 499 tế bào/mm³). Đặc biệt, trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có 3 người

bệnh có số lượng tế bào $TCD4 \geq 500$ không có người bệnh nào có kết quả điều trị thất bại (bảng 3). So sánh kết quả điều trị theo các nhóm phân loại về số lượng tế bào $TCD4$ dù không có ý nghĩa về mặt thống kê nhưng những kết quả chúng tôi thu được cũng phần nào thấy được sự suy giảm miễn dịch do nhiễm HIV nhất là ở người bệnh không điều trị ARV có thể làm tăng nguy cơ nhiễm bệnh COVID-19 nghiêm trọng và nguy cơ tử vong cao hơn. Trong một nghiên cứu của Dandachi D và cộng sự cho kết quả 17,5% người bệnh tử vong với kết luận “kết quả lâm sàng nghiêm trọng thường xảy ra hơn ở người bệnh HIV/AIDS nhiễm COVID-19, nguy cơ dẫn đến kết quả điều trị kém cao hơn ở người mắc bệnh đi kèm và số lượng tế bào $TCD4$ thấp dưới 200 tế bào/mm³.”¹³ Sau khi nhiễm vi rút SARS-CoV-2, cơ thể sẽ kích hoạt tế bào lympho T tăng sản xuất cytokine để tập hợp tế bào miễn dịch. Tế bào T có hai vai trò chính, trong đó tế bào $TCD8$ có vai trò tấn công trực tiếp tiêu diệt các tế bào nhiễm vi rút, còn tế bào $TCD4$ chịu trách nhiệm kích thích tạo tế bào B và $TCD8$. Ngoài ra, cơ thể còn tạo ra các kháng thể immunoglobulin A và G. Tất cả nhằm loại bỏ vi rút SARS-CoV-2 sớm và hiệu quả qua đó cải thiện kết quả điều trị.¹⁴ Hiện tại, đã có bằng chứng cho thấy vi rút SARS-CoV-2 liên kết với tế bào $TCD4$ thông qua thụ thể Angiotensin - Converting Enzyme 2 (ACE2) và nó sao chép trong nhiều loại tế bào T hỗ trợ. Theo đó quá trình nhân lên của vi rút giết chết các tế bào miễn dịch, gây suy giảm miễn dịch ở người nhiễm SARS-CoV-2. Ở những người bệnh HIV/AIDS không được kiểm soát tốt bằng thuốc ARV, sự nhân lên của vi rút HIV có thể gây ra sự gia tăng kích hoạt tế bào T; trong điều kiện nhiễm trùng mạn tính như nhiễm HIV sẽ dẫn đến sự rối loạn nghiêm trọng chức năng của tế bào T gây cạn kiệt tế bào T, từ đó gây ra rối loạn hoạt động chức năng của tế bào B.^{9,10} Tổng hợp những dữ liệu này có thể làm rõ phần nào vai trò của việc ức chế miễn dịch

ở COVID-19 và thấy được nguy cơ cao nhiễm bệnh nặng và tử vong ở người bệnh HIV có số lượng tế bào TCD4 thấp ở thời điểm nhiễm SARS-CoV-2. Một điều không thể không nhắc đến, ở những người bệnh HIV có tình trạng suy giảm miễn dịch nặng (< 200 tế bào/mm³) có nguy cơ mắc nhiều bệnh lý nhiễm trùng cơ hội kèm theo và chính những nhiễm trùng cơ hội này có thể là nguyên nhân chính hoặc đóng vai trò tăng nguy cơ tử vong cao ở người bệnh HIV nhiễm COVID-19.

Nhiều nghiên cứu quan sát hiện có không cho phép kết luận về việc liệu điều trị thuốc kháng vi rút (ARV) có thể ngăn ngừa lây nhiễm COVID-19 hoặc giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do COVID-19 hay không. Một cuộc khảo sát ở những người sống chung với HIV ở Trung Quốc cho kết luận rằng các chất ức chế men sao chép ngược nucleoside (NRTI) cộng với các chất ức chế men sao chép ngược non-nucleoside (NNRTI) không thấy ngăn ngừa được sự lây nhiễm COVID-19.¹⁵ Tuy nhiên, một số nghiên cứu của Juan Berenguer và Minchen Chien cho kết luận về bằng chứng lợi ích của thuốc kháng vi rút như tenofovir đối với COVID-19. Bên cạnh đó, thuốc kháng vi rút như tenofovir cũng có tác dụng điều hoà miễn dịch, bao gồm giảm sản xuất Interleukin (IL-8 và IL-10), cytokine có liên quan đến mức độ nghiêm trọng và giảm tỷ lệ tử vong của COVID-19. Do đó, những phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng nhóm người bệnh được điều trị ARV có tỷ lệ kết quả điều trị thất bại thấp hơn nhóm người bệnh không được điều trị ARV (15,2% so với 21,6%), (Bảng 4) phần nào có ý nghĩa. Người bệnh được điều trị phác đồ bậc 2 có tỷ lệ thất bại điều trị cao hơn phác đồ bậc 1 ($p = 0,06$) và không phụ thuộc vào thời gian điều trị. Ngoài ra, điều mà chúng ta cần phải quan tâm tiếp theo là số lượng tế bào TCD4, tình trạng nhiễm bệnh lý nền và các bệnh lý nhiễm trùng cơ hội đang mắc sẽ ảnh hưởng đến kết quả điều trị ở những người bệnh HIV nhiễm COVID-19.

Trong một báo cáo của Silvia Bertagnolio khi phân tích dữ liệu từ nền tảng lâm sàng toàn cầu của WHO về COVID-19 nhận thấy có một phân tích thăm dò đánh giá tác động của điều trị ARV và tải lượng vi rút HIV đến kết quả lâm sàng, thì những người nhiễm HIV được điều trị ARV có nguy cơ tử vong thấp hơn 17% ($p = 0,048$) và khả năng nhập viện vì bệnh nặng thấp hơn 40% so với những người không điều trị ARV ($p < 0,0001$).

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân HIV/AIDS mắc COVID-19 có nguy cơ chuyển nặng cao, đặc biệt những bệnh nhân HIV giai đoạn AIDS. Kết quả điều trị khỏi ra viện chiếm 40,2%, đỡ chuyển tuyến chiếm 41,2%. Có 15,5% người bệnh chuyển nặng, xin về và 3,1% tử vong.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn đến Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương đã giúp đỡ trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wu F, Zhao S, Yu B, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020; 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(2): e2037069-e2037069.
3. Moradi Y, Soheili M, Dehghanbanadaki H, et al. 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*. 2022;25:183-192.
4. Kouhpayeh H, Ansari H. HIV infection

and increased risk of COVID-19 mortality: A MetaAnalysis. HIV infection and COVID-19. *Eur J Transl Myol.* 2021;31(4):10107.

5. Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế. 2018. Hướng dẫn xét nghiệm quốc gia. Ban hành kèm theo Quyết định số 2674/QĐ-BYT, ngày 27 tháng 04 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2018.

6. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19. Quyết định số 250/QĐ – BYT, ngày 28/01/2022. 2022.

7. GOV. Ministry of Health of Vietnam. COVID-19 Information. 2023. Available online: <https://ncov.moh.gov.vn/> (accessed on 25 January 2023).

8. Huang LJ, Zou B, Yang H, et al. Epidemiology of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of clinical characteristics, risk factors, and outcomes. *J. Med. Virol.* 2021;93:1449-1458.

9. Fenwick C, Joo V, Jacquier P, et al. T-cell exhaustion in HIV infection. *Immunol. Rev.* 2019;292:149-163.

10. Moir S, Fauci AS. B-cell responses to HIV infection. *Immunol. Rev.* 2017;275:33-

48.

11. Ceravolo A, Orsi GB, Parodi V, et al. Influenza vaccination in HIV-positive subjects: Latest evidence and future perspective. *J. Prev. Med. Hyg.* 2013;54. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2013.54.1.363.

12. WHO. SAGE roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccine in the context of limited supply. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357250/retrieve> (accessed Aug 19, 2021). 2021.

13. Hadi YB, Naqvi SFZ, Kupec JT, et al. Characteristics and outcomes of COVID-19 in patients with HIV: a multicentre research network study. *AIDS.* 2020;34:F3-8.

14. Atyeo C, Fischinger S, Zohar T, et al. Distinct Early Serological Signatures Track with SARS-CoV-2 Survival. *Immunity.* 2020;53:524-532.e4.

15. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet Lond Engl.* 2020;395(10223):507-513.

Summary

TREATMENT RESULTS OF HIV-AIDS PATIENTS CO-INFECTED WITH COVID-19 AT THE NATIONAL HOSPITAL OF TROPICAL DISEASES (1/2022 - 6/2023)

The study was conducted to describe the results of treatment of HIV/AIDS patients co-infected with COVID-19 at the National Hospital of Tropical Diseases, from January 2022 to June 2023. 97 patients were included in the study. Results: The proportion of patients with severe immunodeficiency ($CD4 < 200$ cells/mm³) was 81.0%, with mild immunodeficiency ($CD4$ from 200 - 499) was 15.8%, no impairment immunity ($CD4 \geq 500$) was 3.2%. 40.2% of patients were discharged from the hospital, and 41.2% were transferred to another hospital. 15.5% of patients became seriously ill and requested to be discharged home, and 3.1% passed away. The average treatment time was 18 ± 13.1 days.

Keywords: COVID-19, HIV/AIDS, treatment results.