

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND MORTALITY RATE OF PATIENTS WITH TALAROMYCES MARNEFFEI INFECTION AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL DURING 2024-2025

Nguyen Ngoc Truong Thi*, Tran Thanh Cuong*

*National Lung Hospital – 463 Hoang Hoa Tham, Ngoc Ha ward, Ha Noi city, Viet Nam

Received: 11/04/2026

Revised: 12/06/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objective: Talaromyces marneffei formerly known as Penicillium marneffei, is the only dimorphic fungus within the Talaromyces genus capable of causing systemic mycosis in humans, significantly contributing to mortality among HIV/AIDS patients. Due to its non-specific clinical and paraclinical manifestations, the disease is frequently misdiagnosed as other infectious pathologies, leading to delayed treatment and increased mortality rates.

Methods: A retrospective study was conducted on 30 patients diagnosed with Talaromyces marneffei infection and treated at the National Lung Hospital from January 2024 to September 2025. Subjects were divided into two groups: HIV-positive [HIV (+)] and HIV-negative [HIV (-)] to compare clinical characteristics, laboratory findings, and mortality rates.

Results: The HIV (+) group (n=9) was significantly younger than the HIV (-) group (38.44 ± 10.0 vs. 55.29 ± 11.7 years; $p = 0.002$). Clinically, HIV (+) patients exhibited a markedly higher prevalence of diarrhea (77.8%), umbilicated skin papules (77.8%) and splenomegaly (33.3%) compared to the HIV (-) group ($p < 0.05$). Regarding laboratory findings, no statistically significant differences were found between the two groups ($p > 0.05$). However, the HIV (+) group showed a trend toward lower white blood cell counts (8.1 ± 7.4 G/L vs. 15.0 ± 9.6 G/L; $p = 0.064$). The overall mortality rate was 23.3%, with the HIV (+) group showing a higher trend compared to the HIV (-) group (33.3% vs. 19.0%; $p > 0.05$).

Conclusion: Clinical manifestations of Talaromyces marneffei infection differ significantly between the two groups. HIV (+) patients typically present with systemic symptoms including skin papules, diarrhea, and organ involvement (liver, spleen). Conversely, the HIV (-) group predominantly exhibits respiratory symptoms, often mimicking pulmonary tuberculosis or respiratory diseases. High mortality rates in both groups, particularly in HIV (+) patients, underscore the critical importance of early diagnosis and prompt antifungal intervention.

Keywords: Fungal infection, Talaromyces marneffei, HIV

*Corresponding author

Email: thify268@gmail.com Phone: (+84) 369563696 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5545

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỈ LỆ TỬ VONG Ở NGƯỜI BỆNH NHIỄM NẤM *TALAROMYCES MARNEFFEI* TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2024-2025

Nguyễn Ngọc Trường Thi*, Trần Thanh Cường*

*Bệnh viện Phổi Trung ương – 463 Hoàng Hoa Thám, phường Ngọc Hà, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 12/06/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Giới thiệu: *Talaromyces marneffei* trước đây được gọi là *Penicillium marneffei* là một trong những tác nhân gây nhiễm trùng cơ hội thường gặp nhất trên người bệnh AIDS, đặc biệt được ghi nhận ở các quốc gia Châu Á, đứng hàng thứ 3 sau bệnh lao và bệnh do nấm *Cryptococcus neoformans*. Hầu hết người bệnh nhiễm nấm *Talaromyces marneffei* đều bị suy giảm miễn dịch, tuy nhiên người khỏe mạnh cũng có thể mắc bệnh này, mặc dù rất hiếm. Bệnh có thể khu trú ở đường hô hấp, xương, khớp và đường ruột, hoặc lan rộng nhiều hệ cơ quan. Bệnh có biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng thường không đặc hiệu, bệnh dễ bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý nhiễm trùng khác, dẫn đến chậm trễ trong điều trị và tăng tỷ lệ tử vong [1].

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 30 người bệnh được chẩn đoán nhiễm *Talaromyces marneffei* và điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2025. Các đối tượng được chia thành hai nhóm: HIV (+) và HIV (-) để so sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ tử vong.

Kết quả: Nghiên cứu trên 30 người bệnh nhiễm nấm *T. marneffei* cho thấy nhóm HIV (+) (n=9) có độ tuổi trung bình ($38,44 \pm 10,0$) trẻ hơn đáng kể so với nhóm HIV (-) ($55,29 \pm 12,7$) với $p = 0,002$. Về đặc điểm lâm sàng, nhóm HIV (+) có tỷ lệ gặp các triệu chứng tiêu chảy (77,8%), sẩn da (77,8%) và lách to (33,3%) cao hơn rõ rệt so với nhóm HIV (-) ($p < 0,05$). Về cận lâm sàng, chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các xét nghiệm giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Tuy nhiên, chỉ số bạch cầu ở nhóm HIV (+) có xu hướng thấp hơn nhóm HIV (-) ($8,1 \pm 7,4$ G/L so với $15,0 \pm 9,6$ G/L, $p = 0,064$). Tỷ lệ tử vong chung của đối tượng nghiên cứu là 23,3%, trong đó nhóm HIV (+) chiếm 33,3%, cao hơn so với nhóm HIV (-) là 19,0% ($p > 0,05$).

Kết luận: Đặc điểm lâm sàng nhiễm nấm *Talaromyces marneffei* có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm. Người bệnh HIV (+) thường biểu hiện các triệu chứng hệ thống rầm rộ với sẩn da, tiêu chảy và tổn thương tạng (gan, lách). Ngược lại, nhóm HIV (-) chủ yếu biểu hiện tại hệ hô hấp, dễ gây nhầm lẫn với lao phổi hoặc các bệnh lý hô hấp. Tỷ lệ tử vong cao nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm và can thiệp kháng nấm kịp thời.

Từ khóa: Nhiễm nấm, *Talaromyces marneffei*, HIV

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Talaromyces marneffei trước đây được gọi là *Penicillium marneffei* là một trong những tác nhân gây nhiễm trùng cơ hội thường gặp nhất trên người bệnh AIDS, đứng hàng thứ 3 sau bệnh lao và nhiễm nấm *Cryptococcus neoformans* [2], [3]. Ngày nay, số trường hợp nhiễm *Talaromyces marneffei* ở người bệnh không nhiễm HIV/AIDS đã tăng lên ở châu Á từ giữa những năm 1990, do những tiến bộ trong chẩn đoán và ngày càng nhiều người mắc các bệnh lý khác làm suy giảm miễn dịch. Nhiễm nấm *Talaromyces marneffei* chủ yếu lây qua đường hô hấp do hít phải bào tử nấm, khiến phổi trở thành cơ quan tổn thương đầu tiên. Sau đó, nấm có thể phát tán qua đường máu gây nhiễm

trùng lan tỏa toàn thân, với các triệu chứng thường gặp như sốt cao, sụt cân nhanh, sẩn trên da, kèm theo sưng hạch bạch huyết và phì đại gan lách. Do tính chất xâm lấn nghiêm trọng, bệnh thường có nguy cơ tử vong rất cao nếu người bệnh không được can thiệp y tế và điều trị kháng nấm kịp thời. [3]. Tuy nhiên, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh có thể không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác, dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán và chậm trễ điều trị. Không những vậy, mặc dù người bệnh đã được tiếp cận điều trị thuốc kháng nấm, tỉ lệ tử vong vẫn có thể lên đến 20% [4]. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị và các yếu tố ảnh

*Tác giả liên hệ

Email: thify268@gmail.com Điện thoại: (+84) 369563696 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5545

hưởng đến kết quả điều trị tại Bệnh viện phổi Trung ương còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở người bệnh nhiễm nấm *Talaromyces marneffe* tại Bệnh viện Phổi trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 30 người bệnh được chẩn đoán nhiễm nấm *Talaromyces marneffe* và được điều trị nội trú tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2025.

Tiêu chuẩn chẩn đoán [3]:

Người bệnh có bằng chứng nuôi cấy phân lập hoặc PCR dương tính với nấm *Talaromyces marneffe* từ bất kỳ mẫu bệnh phẩm nào (đờm, dịch rửa phế quản, máu, da, tủy xương, hạch, dịch não tủy...)

Hoặc có bằng chứng tổn thương giải phẫu bệnh lý phù hợp (tổ chức học có hình ảnh nấm hạt men nội bào điển hình).

Tiêu chuẩn loại trừ:

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin

Đồng nhiễm các loại nấm khác.

Bệnh nhân chuyển viện trước khi đánh giá kết quả

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2025 tại Bệnh viện Phổi Trung ương

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, thu thập thông tin trên hồ sơ bệnh án về các triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm và kết cục điều trị và phân tích theo phân nhóm HIV (+) và HIV (-).

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn thể, nghiên cứu thu nhận toàn bộ người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2025, cách chọn mẫu thuận tiện.

Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, kiểm định Independent Samples T-Test so sánh trung bình 2 nhóm, kiểm định Fisher's Exact Test so sánh tỉ lệ 2 nhóm.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án nên không ảnh hưởng và làm thay đổi kết cục điều trị của người bệnh. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Thông tin hồ sơ bệnh án của người bệnh được giữ bí mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa 2 nhóm nghiên cứu

Triệu chứng	Nhóm HIV (+) (n=9)	Nhóm HIV (-) (n=21)	p
Giới nam	7 (77,8%)	18 (85,7%)	0,622
Tuổi	38,44 ± 10	55,29 ± 12,7	0,002
Bệnh đồng mắc	3 (33,3%)	13 (61,9%)	0,236
BMI	19,76 ± 2,63	19,79 ± 2,68	0,974
Sốt	7 (78,8%)	10 (47,6%)	0,229

Triệu chứng	Nhóm HIV (+) (n=9)	Nhóm HIV (-) (n=21)	p
Ho đờm	3 (33,3%)	11 (52,4%)	0,44
Khó thở	9 (100%)	14 (66,7%)	0,071
Sụt cân	6 (66,7%)	13 (61,9%)	1,0
Tiêu chảy	7 (77,8%)	1 (4,8%)	0,001
Sẩn da	7 (77,8%)	2 (9,5%)	0,001
Thiếu máu	2 (22,2%)	3 (14,3%)	1,0
Gan to	2 (22,2%)	0	0,083
Lách to	3 (33,3%)	0	0,021
Hạch to	4 (44,4%)	11 (53,3%)	0,625
Treatment Itraconazole	4 (44,4%)	9 (42,9%)	1,0
Amphotericin B	5 (55,6%)	12 (57,1%)	

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi trung bình giữa hai nhóm ($p = 0,002$). Nhóm người bệnh HIV (+) có độ tuổi trung bình ($38,44 \pm 10$) thấp hơn đáng kể so với nhóm HIV (-) ($55,29 \pm 12,7$). Dữ liệu cũng cho thấy các bệnh đồng mắc (bao gồm ung thư, COPD, lao, tăng huyết áp) phổ biến hơn ở nhóm không nhiễm HIV so với nhóm nhiễm HIV (61,9% so với 33,3%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,236$). Phân bố phác đồ điều trị rất tương đồng giữa hai nhóm—với Amphotericin B được sử dụng cho 55,6% (5/9) bệnh nhân dương tính với HIV và 57,1% (12/21) bệnh nhân âm tính với HIV ($p = 1,000$). Về triệu chứng lâm sàng, nhóm HIV (+) xuất hiện các triệu chứng toàn thân như tiêu chảy (77,8%) và sẩn da (77,8%) cao đáng kể với nhóm HIV (-) (lần lượt là 4,8% và 9,5%) với $p = 0,001$. Tỉ lệ lách to được ghi nhận ở nhóm HIV (+) là 33,3%, trong khi nhóm HIV (-) không ghi nhận trường hợp nào ($p = 0,021$). Điều này phù hợp với các nghiên cứu của Chan J.F. và cộng sự, cho thấy các tổn thương da và lách to là biểu hiện kinh điển của bệnh *Talaromyces marneffe* ở người suy giảm miễn dịch nặng [1]. Các đặc điểm khác như giới tính, BMI, sốt, ho đờm, sụt cân, thiếu máu và hạch to tương đồng giữa nhóm người bệnh HIV (+) và HIV (-) ($p > 0,05$). Tuy nhiên, triệu chứng khó thở thường gặp hơn ở người bệnh HIV (+) với tỉ lệ 100% so với 66,7% ở nhóm HIV (-), khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p = 0,071$. Sốt, khó thở, và sụt cân là những triệu chứng phổ biến ở cả hai nhóm, trong đó khó thở được ghi nhận ở hầu hết người bệnh. Các triệu chứng ghi nhận được ở nhóm HIV (+) tương đồng với các đặc điểm lâm sàng phổ biến của nhiễm nấm *Talaromyces marneffe* ở người bệnh HIV trong các nghiên cứu khác [2], [4]. Tỉ lệ một số triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu có sự khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Vân Anh và cộng sự (2015) như tiêu chảy (77,8% so với 36,6%), khó thở (100% so với 15,5%). Điều này có thể giải thích do cỡ mẫu nhỏ, bên cạnh đó phần lớn người bệnh trong nghiên cứu đều có tổn thương phổi dẫn đến tình trạng khó thở [5].

Bảng 2. So sánh đặc điểm sinh hóa, huyết học giữa 2 nhóm nghiên cứu

	Nhóm HIV (+) (n=9)	Nhóm HIV (-) (n=21)	p
BC (G/L)	8,1 ± 7,40	15,0	0,064
HC (T/L)	4,3	3,96	0,213

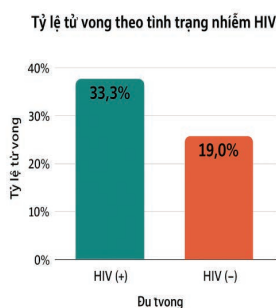
	Nhóm HIV (+) (n=9)	Nhóm HIV (-) (n=21)	p
HGB (G/dL)	11,4	11,3	0,917
Tiểu cầu (G/L)	217,6 111,3	290,0	0,218
AST (U/L)	69,1 61,2	51,2 80,0	0,555
ALT (U/L)	40,9 20,9	35,9 31,0	0,667
Albumin (g/L)	29,2 5,3	31,6 6,4	0,353
CRP (mg/L)	101,3 50,0	76,3 67,2	0,326

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy phần lớn các người bệnh có nồng độ CRP cao, $101,3 \pm 50,0$ ở nhóm HIV (+) và $76,3 \pm 67,2$ ở nhóm HIV (-). Trong đó hầu hết các chỉ số cận lâm sàng về huyết học và sinh hóa máu là tương đồng giữa hai nhóm HIV (+) và HIV (-) ($p > 0,05$). Chỉ số Bạch cầu (BC) ở nhóm HIV (+) có xu hướng thấp hơn ($8,1 \pm 7,40$ G/L) so với nhóm HIV (-) ($15,0 \pm 9,6$ G/L), tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,064$). Các chỉ số đánh giá chức năng gan (AST, ALT), Albumin, tình trạng thiếu máu (HC, HGB) và chỉ số viêm (CRP) tương đồng giữa hai nhóm nghiên cứu với.

Bảng 3. So sánh đặc điểm tổn thương trên cắt lớp vi tính ngực giữa 2 nhóm nghiên cứu

	Nhóm HIV (+) (n=9)	Nhóm HIV (-) (n=21)	p
Đông đặc	8 (88,9%)	17 (81%)	1,0
Hang	4 (44,4%)	9 (42,9%)	1,0
Tràn dịch màng phổi	2 (22,2%)	5 (23,8%)	1,0
Hạch trung thất	3 (33,3%)	6 (28,9%)	0,803

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn người bệnh có tình trạng nhiễm nấm *Talaromyces marneffei* xâm lấn phổi. Các đặc điểm tổn thương trên cắt lớp vi tính ngực thường gặp bao gồm đông đặc, hình hang, tràn dịch màng phổi và hạch trung thất có sự phân bố tương tự nhau giữa hai nhóm HIV (+) và HIV (-). Nghiên cứu chưa nhận thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng nhiễm HIV và các loại hình tổn thương phổi trên chẩn đoán hình ảnh ($p > 0,05$). Tổn thương đông đặc trên cắt lớp vi tính ngực là tổn thương thường gặp nhất ở cả hai nhóm (lần lượt là 88,9% và 81%). Tỷ lệ hạch trung thất trên cắt lớp vi tính ngực ở nhóm HIV (+) là 42,9% cao hơn so với nhóm HIV (-) là 28,9% tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,646$).



Hình 1. So sánh tỉ lệ tử vong nội trú giữa 2 nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra tỉ lệ tử vong chung trong quá trình điều trị nội trú ở cả 2 nhóm là 23,3% (7/30 người bệnh) phản ánh tiên lượng xấu của bệnh, tương đồng so với những nghiên cứu khác [4], [6]. Trong đó, tỉ lệ tử vong ở nhóm HIV (+) (33,3%) có xu hướng cao hơn so với nhóm HIV (-) (19,0%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu nhỏ, cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định xu hướng này.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm không nhiễm HIV cao hơn đáng kể so với nhóm nhiễm HIV (55 so với 39 tuổi), tương đồng với nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy *Talaromyces marneffei* ngày càng được ghi nhận ở nhóm người bệnh lớn tuổi, không có HIV nhưng có bệnh nền mạn tính hoặc tình trạng suy giảm miễn dịch mắc phải (như ung thư, COPD, đái tháo đường, lao, ...).

Sốt, khó thở, và sụt cân là những triệu chứng phổ biến ở cả hai nhóm, trong đó khó thở được ghi nhận ở hầu hết người bệnh. Tuy nhiên, các biểu hiện đặc trưng như sẩn da, tiêu chảy, gan to và lách to chủ yếu gặp ở nhóm nhiễm HIV, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngược lại, nhóm không nhiễm HIV thường có biểu hiện hô hấp đơn thuần, dễ nhầm với lao phổi hoặc nhiễm nấm phổi mạn tính.

Tỷ lệ tử vong ở nhóm nhiễm HIV là 33,3%, cao hơn nhóm không nhiễm HIV (19%), phù hợp với các báo cáo trước đây cho thấy tiên lượng xấu hơn ở người bệnh suy giảm miễn dịch nặng. Việc phát hiện sớm, chẩn đoán kịp thời và điều trị đặc hiệu bằng amphotericin B hoặc itraconazole vẫn là yếu tố quyết định giảm tử vong [3], [2].

5. KẾT LUẬN

Các biểu hiện lâm sàng khác nhau giữa hai nhóm: nhóm nhiễm HIV thường có triệu chứng toàn thân rầm rộ hơn với sẩn da, tiêu chảy, gan to và lách to; trong khi nhóm không nhiễm HIV chủ yếu biểu hiện ở hệ hô hấp, dễ nhầm với lao hoặc nhiễm trùng phổi khác.

Tỉ lệ tử vong ở người bệnh nhiễm nấm *Talaromyces marneffei* có xu hướng tăng cao ở nhóm HIV (+) đòi hỏi cần nhanh chóng chẩn đoán và điều trị kháng nấm đặc hiệu để cải thiện tiên lượng người bệnh.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] S. Narayanasamy, V. Q. Dat, N. T. Thanh và cộng sự (2021). A global call for talaromycosis to be recognised as a neglected tropical disease. *The Lancet Global Health*, 9 (11), e1618-e1622. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00350-8.
- [2] Võ Triều Lý, Vương Minh Nhật, Thuỳ Lê (2023). Tổng quan về nhiễm nấm *talaromoyces marneffei* ở người bệnh nhiễm HIV/AIDS. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 1, 145-150.
- [3] Bộ Y tế (2021). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn. Quyết định 3429/QĐ-BYT,
- [4] Thuy Le M. W., Nguyen Huu Chi, Vo Minh Quang, Nguyen Tran Chinh, Nguyen Phu Huong Lan, Pham Si Lam, Michael J. Kozal, Cecilia M. Shikuma, Jeremy

- N. Day and Jeremy Farrar (2011). Epidemiology, Seasonality, and Predictors of Outcome of AIDS-Associated *Penicillium marneffei* Infection in Ho Chi Minh City, Viet Nam. *Clin Infect Dis*, 52 (7), 945-952. doi: 10.1093/cid/cir028.
- [5] Phạm Thị Vân Anh, Hoàng Thị Hà (2015). Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ban đầu nhiễm nấm *penicillium marneffei* trên người bệnh nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng từ 2008-2014. *Truyền nhiễm Việt Nam*, 1, 60-65.
- [6] R. Kawila, R. Chaiwarith và K. Supparatpinyo (2013). Clinical and laboratory characteristics of penicilliosis *marneffei* among patients with and without HIV infection in Northern Thailand: a retrospective study. *BMC Infect Dis*, 13, 464. doi: 10.1186/1471-2334-13-464.