

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TOXOPLASMA IN HIV/AIDS PATIENTS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL: FROM LITERATURE TO CLINICAL PRACTICE

Ngo Anh The^{1*}, Tran Thi Lien^{1,2}, Le Thi Thanh Hoa¹

¹VietTiep frenship hospital - No1 Nha Thuong, Le Chan Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Hai Phong university of Medicine and Pharmacy - 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong city, Vietnam

Received: 12/02/2026

Revised: 14/03/2026; Accepted: 25/03/2026

ABSTRACT

Toxoplasma gondii infection is one of the common and dangerous opportunistic infections in HIV-infected patients, especially when CD4 cell counts are < 100 cells/mm³. The disease often manifests as encephalitis caused by *Toxoplasma gondii*, resulting in high mortality and neurological sequelae if not diagnosed and treated promptly. Diagnosis of *Toxoplasma gondii* infection in HIV patients remains challenging due to nonspecific clinical manifestations, limitations in specialized diagnostic tools, and overlap with other neurological conditions. This paper aims to review current literature on the diagnosis and treatment of Toxoplasmosis in HIV patients and discuss its application in clinical practice at Viet Tiep Hospital.

Keywords: Toxoplasmosis, HIV/AIDS, opportunistic infections.

*Corresponding author

Email: anhthe07@gmail.com Phone: (+84) 902210218 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD4.4780

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH TOXOPLASMOSIS Ở NGƯỜI NHIỄM HIV TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP TỪ Y VĂN ĐẾN THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Ngô Anh Thế^{1*}, Trần Thị Liên^{1,2}, Lê Thị Thanh Hòa¹

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp - Số 1 Nhà Thương, P. Lê Chân, Tp. Hải Phòng, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng - 72A Nguyễn Bình Khiêm, P. Gia Viên, Tp. Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận: 12/02/2026

Ngày sửa: 14/03/2026; Ngày đăng: 25/03/2026

TÓM TẮT

Nhiễm trùng *Toxoplasma gondii* là một trong những nhiễm trùng cơ hội thường gặp và nguy hiểm ở bệnh nhân nhiễm HIV, đặc biệt khi số lượng tế bào CD4 < 100 tế bào/mm³. Bệnh thường biểu hiện dưới dạng viêm não do *Toxoplasma gondii*, gây tỷ lệ tử vong và di chứng thần kinh cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Việc chẩn đoán bệnh nhiễm *Toxoplasma gondii* ở người nhiễm HIV còn gặp nhiều thách thức do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, hạn chế về phương tiện chẩn đoán chuyên sâu và sự chồng lấp với các bệnh lý thần kinh khác. Bài báo này nhằm tổng quan các bằng chứng y văn hiện nay về chẩn đoán và điều trị bệnh nhiễm trùng do *Toxoplasma gondii* ở bệnh nhân HIV, đồng thời bàn luận việc áp dụng vào thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

Từ khóa: Toxoplasmosis, HIV/AIDS, viêm não Toxoplasma, nhiễm trùng cơ hội.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng *Toxoplasma gondii* rất phổ biến trên toàn thế giới [1]. Ở người nhiễm HIV, đặc biệt khi suy giảm miễn dịch nặng, Toxoplasmosis thường xảy ra do tái hoạt động của nhiễm trùng tiềm ẩn, chủ yếu gây tổn thương hệ thần kinh trung ương [2]. Tại Việt Nam, mặc dù chương trình điều trị ARV đã được mở rộng, Toxoplasmosis vẫn là nguyên nhân quan trọng gây tổn thương não ở bệnh nhân HIV nhập viện [3-5].

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng là bệnh viện chuyên sâu tuyến thành phố, là nơi thu dung và điều trị cho những bệnh nhân nhiễm HIV mắc các nhiễm trùng cơ hội nặng nề, trong đó có nhiễm đơn bào *T. gondii*. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, chăm sóc và điều trị cho căn bệnh này, tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, việc tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh lý Toxoplasmosis còn gặp nhiều khó khăn, đòi hỏi sự kết hợp giữa kiến thức y văn với điều kiện thực tế. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm khái quát lại các vấn đề về sinh lý bệnh, chẩn đoán và điều trị Toxoplasmosis trên bệnh nhân nhiễm HIV và thực tế áp dụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ đó góp phần nâng cao hơn nữa hiệu quả chẩn đoán và điều trị bệnh nhiễm trùng cơ hội này.

2. THỰC TẾ LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Trong thực hành tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng, phần lớn bệnh nhân HIV nhập viện với biểu hiện thần kinh ở giai đoạn muộn, CD4 thấp, chưa điều trị hoặc bỏ điều trị ARV. Chẩn đoán nhiễm Toxoplasma chủ yếu dựa vào lâm sàng, hình ảnh CT/MRI sọ não. Không bệnh nhân nào được chỉ định xét nghiệm huyết thanh IgG/IgM do xét nghiệm này không có sẵn tại bệnh viện. Trong 2 năm (2024 – 2025) chúng tôi đã chẩn đoán và điều trị Toxoplasmosis cho 15 bệnh nhân mắc HIV/AIDS. Dưới đây là một số đặc điểm của các bệnh nhân.

Bảng 1. Một số đặc điểm của bệnh nhân Toxoplasmosis (n = 15)

Đặc điểm		n	%
Tuổi		48,13 ± 11,24	(28 -67)
Giới tính	Nữ	3	20,0
	Nam	12	80,0
Đường lây truyền HIV	Quan hệ tình dục	5	33,3
	Ma túy	3	20,0
	Không rõ	7	46,7
Sốt		6	40,0
Đau đầu		10	66,7
Rối loạn ý thức		7	46,7
Liệt		4	26,7
HCV		2	13,3
Lao		2	13,3
PCP		1	6,7
Candida		7	46,7

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 48,13 ± 11,24 tuổi (28–67), trong đó nam giới chiếm đa số với 80,0% (12/15), nữ chiếm 20,0% (3/15). Về đường lây truyền, quan hệ tình dục được ghi nhận ở 33,3% trường hợp, sử dụng ma túy chiếm 20,0%, trong khi 46,7% không xác định được đường lây. Các biểu hiện lâm sàng thường gặp bao gồm đau đầu (66,7%), rối loạn ý thức (46,7%), sốt (40,0%) và liệt khu trú (26,7%). Trong số bệnh nhân này, có 15/15 (100%) có tổn thương nghi ngờ mắc bệnh Toxoplasmosis trên film MRI sọ não. Kết quả cộng hưởng

*Tác giả liên hệ

tử và các triệu chứng lâm sàng là bằng chứng chẩn đoán mắc bệnh Toxoplasmosis..

Các bệnh lý phối hợp chủ yếu là các nhiễm trùng cơ hội, trong đó nhiễm Candida chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%), tiếp theo là lao và viêm gan C (cùng 13,3%), và viêm phổi do *Pneumocystis jirovecii* gặp ở một trường hợp..

Bảng 2. Phác đồ và kết quả điều trị bệnh nhân Toxoplasmosis (n = 15)

Phác đồ và kết quả điều trị		n	%
Điều trị bằng cotrimoxazole		15	100
Điều trị phối hợp dexamethazole		7	46,7
Kết quả điều trị	Cải thiện, khỏi	9	60,0
	Nặng hơn	5	33,3
	Tử vong	1	6,7
Số ngày điều trị nội trú trung bình		6,93 ± 3,41 (1 -12)	

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều được điều trị bằng trimethoprim–sulfamethoxazole, trong đó 46,7% trường hợp cần phối hợp dexamethasone. Kết quả điều trị cho thấy 60,0% bệnh nhân cải thiện hoặc khỏi bệnh, 33,3% diễn tiến nặng hơn và ghi nhận 1 trường hợp tử vong (6,7%). Thời gian điều trị nội trú trung bình là 6,93 ± 3,41 ngày, dao động từ 1 đến 12 ngày.

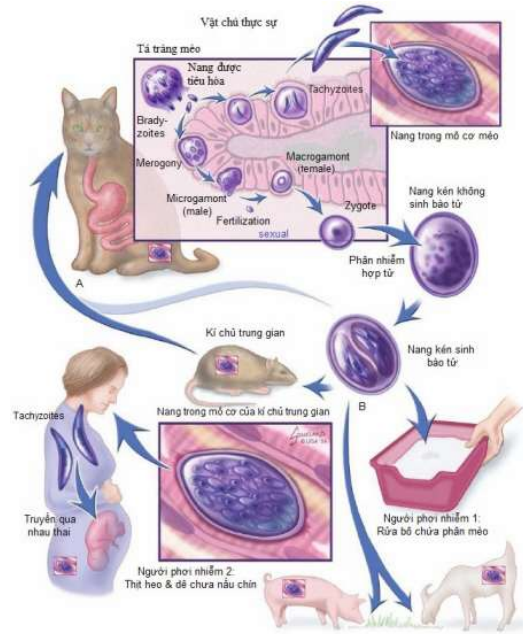
3. TỔNG QUAN VỀ TOXOPLASMASIS

3.1. Dịch tễ học và cơ chế bệnh sinh

Toxoplasmosis là căn bệnh phổ biến khắp nơi trên thế giới. Ước tính, tỷ lệ huyết thanh dương tính với *Toxoplasma gondii* ở người trưởng thành dao động từ 30–50% tùy khu vực [6]. Tại Hoa Kỳ, theo CDC có khoảng 11% dân số từ 6 tuổi trở lên có huyết thanh dương tính, điều này cho thấy họ đã từng bị nhiễm *T. gondii* và hơn 60% dân số ở các khu vực khác đã bị nhiễm bệnh [7]. Nguy cơ tiến triển tử nhiễm đơn bào thành biểu hiện bệnh nghiêm trọng là rất thấp ngoại trừ các trường hợp thai nhi bị nhiễm trùng trong tử cung và những người có tình trạng suy giảm miễn dịch nghiêm trọng do mắc bệnh AIDS hoặc các bệnh khác như sử dụng corticoide kéo dài, xạ trị, hóa trị... Ở bệnh nhân HIV, nguy cơ mắc viêm não do *T. gondii* tăng cao khi CD4 < 100 tế bào/mm³ và không được điều trị dự phòng bằng cotrimoxazole [3].

T. gondii là ký sinh đơn bào phổ biến ở chim và động vật có vú. *T. gondii* ký sinh nội bào bắt buộc. Sau khi xâm nhập vào cơ thể vật chủ, *T. gondii* sẽ nhân lên vô tính dưới dạng tachyzoites trong tế bào chất của tế bào có nhân trong cơ thể vật chủ. Đáp ứng miễn dịch của cơ thể vật chủ sau khi nhiễm *T. gondii* sẽ dẫn đến tình trạng bất hoạt tạm thời sự nhân lên của thể hoạt động, đồng thời hình thành các nang ở nhu mô đặc biệt là ở não, mắt và cơ. Các nang này tồn tại ở trạng thái không hoạt động trong nhiều năm. Dạng không hoạt động của Toxoplasma trong các nang được gọi là thể đoản trùng. Khi miễn dịch tế bào của vật chủ bị suy giảm nghiêm trọng, các nang Toxoplasma sẽ tái hoạt động chờ lại. Sự tái hoạt động này là cơ chế bệnh sinh chủ yếu, dẫn đến phản ứng viêm và hoại tử nhu mô đặc biệt như mô não, biểu hiện lâm sàng bệnh Toxoplasmosis.

Sinh sản hữu tính của *T. gondii* chỉ xảy ra ở đường ruột của mèo; trứng được thải qua phân tồn tại trong đất ẩm và có khả năng gây lây nhiễm trong đất ẩm qua nhiều tháng [6].



(nguồn <https://vietducpets.com/benh-toxoplasma-gondii-ky-sinh-trung-meo> truy cập ngày 05/02/2026)

Hình 1. Vòng đời của *T. gondii*

3.2. Bệnh Toxoplasmosis ở hệ thần kinh trung ương

Hầu hết bệnh nhân AIDS hoặc các bệnh nhân suy giảm miễn dịch khác biểu hiện bệnh Toxoplasmosis là viêm não với hình ảnh tổn thương vòng nhân trên phim chụp CT hoặc MRI sọ não hoặc cả hai với chất tương phản hoặc đối quang tử. Nguy cơ mắc Toxoplasmosis cao nhất ở những người có số lượng CD4 < 50/mcL. Viêm não do Toxoplasma hiếm gặp khi số lượng CD4 > 200/mcL. Triệu chứng điển hình của bệnh nhân là nhức đầu, thay đổi tâm thần, xuất huyết não, hôn mê, sốt, và thỉnh thoảng tổn thương thần kinh khu trú, như mất vận động hoặc mất cảm giác, liệt dây thần kinh sọ não, rối loạn thị giác [2].

3.3. Chẩn đoán Toxoplasmosis ở người nhiễm HIV

3.3.1. Chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng

Bệnh Toxoplasmosis thường được chẩn đoán bằng huyết thanh học sử dụng xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang gián tiếp (IFA) hoặc xét nghiệm miễn dịch men (EIA) đối với các kháng thể IgG và IgM. Các kháng thể IgM đặc hiệu xuất hiện trong 2 tuần đầu của sau khi nhiễm bệnh, đạt đỉnh trong vòng 4 đến 8 tuần, có thể tồn tại lâu đến 18 tháng sau nhiễm trùng cấp tính sau đó trở nên không thể phát hiện được. Các kháng thể IgG xuất hiện muộn hơn, đạt đỉnh từ 1 đến 2 tháng, và có thể duy trì ở mức cao và ổn định trong nhiều tháng đến nhiều năm. Xét nghiệm IgM Toxoplasma thiếu tính đặc hiệu do có thể dương tính chéo với nhiều loài Toxoplasma khác nhau [3], [7].

Nếu nghi ngờ bị bệnh Toxoplasmosis ở thần kinh trung ương nên chụp CT sọ có tiêm chất cản quang hoặc MRI có tiêm chất đối quang tử hoặc cả hai cộng với chọc dịch não tủy nếu không có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ. Chụp MRI có độ nhạy hơn chụp CT. MRI và CT có độ tương phản thường cho thấy có một hoặc nhiều tổn thương vòng nhân. Mặc dù những tổn thương này không đặc trưng, nhưng sự hiện diện của tổn thương ở những bệnh nhân bị AIDS và triệu chứng ở hệ thần kinh trung ương cho phép điều trị *T. gondii*. Dịch não tủy có thể dương tính với sự tăng tế bào lympho, và mức protein có thể tăng lên.

Cần nghi ngờ nhiễm trùng cấp tính ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch nếu IgG dương tính. Tuy nhiên, mức kháng thể IgG ở bệnh nhân AIDS với nhiễm Toxoplasma viêm não thường thấp đến trung bình, và đôi khi không có kháng thể IgG; Kháng thể IgM có thể không xuất hiện do

tình trạng suy giảm miễn dịch nặng nề.

Nếu nghi ngờ chẩn đoán bệnh do Toxoplasmosis ở hệ thần kinh trung ương là chính xác, các triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh thường cải thiện trong vòng 7 đến 14 ngày. Nếu các triệu chứng lâm sàng xấu đi trong tuần đầu tiên hoặc không cải thiện sau 2 tuần điều trị, cần đặt ra các chẩn đoán khác như lao não, u não, xuất huyết não [3], [7].

3.3.2. Chẩn đoán điều trị thử

Trong nhiều trường hợp, chẩn đoán được xác lập dựa trên đáp ứng lâm sàng và hình ảnh học sau 10–14 ngày điều trị đặc hiệu [3], [7].

3.4. Điều trị toxoplasmosis

3.4.1. Điều trị đặc hiệu

Pyrimethamine và sulfadiazine phối hợp với leucovorin là phác đồ chuẩn để điều trị Toxoplasmosis; phác đồ thay thế có thể kết hợp trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) clindamycin hoặc atovaquone cộng với pyrimethamine khi bệnh nhân dị ứng sulfonamid hoặc không dung nạp sulfadiazine. Thời gian điều trị tấn công ít nhất 6 tuần.

Liều tấn công pyrimethamine 200 mg uống vào ngày đầu tiên, sau đó 50mg một lần mỗi ngày ở bệnh nhân < 60 kg và 75 mg một lần mỗi ngày ở những người > 60 kg, cộng với sulfadiazine 1.000 mg uống 4 lần mỗi ngày ở bệnh nhân < 60 kg và 1.500 mg uống 4 lần mỗi ngày ở bệnh nhân > 60 kg trong ít nhất 6 tuần và 4 đến 6 tuần sau khi hết các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng. Giảm bạch cầu tủy xương do tác dụng không mong muốn của pyrimethamine có thể được giảm thiểu bằng leucovorin (còn gọi là axit folinic, không phải folat, làm giảm tác dụng điều trị). Liều dùng của leucovorin là 10 đến 25 mg uống một lần/ngày (7,5 mg một lần/ngày ở trẻ em). Mặc dù vậy, vẫn phải theo dõi số lượng bạch cầu phải được theo dõi hàng tuần ngay cả khi dùng leucovorin [3], [7].

Nếu không có pyrimethamine, trimethoprim-sulfamethoxazole, 5 mg/kg trimethoprim và 25 mg/kg sulfamethoxazole đường uống hoặc hai lần mỗi ngày là một phác đồ thay thế có hiệu quả, tuy nhiên pyrimethamine có hoạt tính mạnh hơn trimethoprim chống lại men dihydrofolate reductase của ký sinh trùng.

Nếu bệnh nhân không thể dùng sulfonamid, có thể dùng pyrimethamine và leucovorin cộng với clindamycin 600 mg 4 lần mỗi ngày. Atovaquone 1.500 mg 2 lần/ngày có hoặc không có pyrimethamine và leucovorin là một lựa chọn thay thế [3], [7].

3.4.2. Điều trị duy trì và dự phòng thứ phát

Điều trị dự phòng bằng hóa chất ban đầu được khuyến nghị cho bệnh nhân nhiễm HIV và xét nghiệm huyết thanh IgG *T. gondii* dương tính khi số lượng tế bào CD4 < 100/mcL. Một viên kép TMP-SMX một lần/ngày, cũng là thuốc dự phòng chống lại *Pneumocystis jirovecii*, được các Hướng dẫn trong và ngoài nước khuyến cáo. Nếu không dung nạp được liều này, các thuốc thay thế là một viên kép uống 3 lần/tuần hoặc một viên mỗi ngày một viên. Các lựa chọn thay thế cho những bệnh nhân không thể dung nạp TMP-SMX bao gồm dapsone 50 mg x 1 lần/ngày cộng với pyrimethamine 50 mg x 1 lần/tuần và leucovorin 25 mg x 1 lần/tuần; hoặc dapsone 200 mg x 1 lần/tuần cộng với pyrimethamine 75 mg x 1 lần/tuần cộng với leucovorin 25 mg x 1 lần/tuần. Việc điều trị dự phòng bằng thuốc vẫn tiếp tục cho đến khi số lượng tế bào CD4 là > 200/mcL hoặc tải lượng virus HIV dưới ngưỡng phát hiện trong thời gian ít nhất 6 tháng [3], [7].

4. BÀN LUẬN

Bệnh nhân Toxoplasmosis được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp có tuổi trung bình 48,13 ± 11,24 năm, chủ yếu là nam giới (80,0%). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy Toxoplasmosis

thể não thường gặp ở người trưởng thành, đặc biệt là nam giới, nhóm có nguy cơ cao do liên quan đến các hành vi nguy cơ và tình trạng suy giảm miễn dịch. Sự ưu thế nam giới có thể phản ánh tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn cũng như mức độ phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ trong nhóm này [2],[4].

Các biểu hiện lâm sàng trong nghiên cứu chủ yếu là triệu chứng thần kinh trung ương, trong đó đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất, tiếp theo là rối loạn ý thức, sốt và liệt khu trú. Những biểu hiện này phù hợp với đặc điểm của bệnh Toxoplasmosis thể não, thường gây tổn thương choán chỗ và phù não. Tỷ lệ rối loạn ý thức và liệt tương đối cao cho thấy nhiều bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn hoặc khi bệnh đã tiến triển nặng, điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Một số y văn quốc tế ghi nhận, bệnh Toxoplasmosis nói chung và viêm não do *Toxoplasma gondii* nói riêng là một trong những nhiễm trùng cơ hội thường gặp nhất ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, đặc biệt là trong HIV/AIDS. Một số nghiên cứu đã mô tả biểu hiện lâm sàng điển hình của viêm não do *T. gondii* bao gồm đau đầu, rối loạn ý thức và các dấu hiệu thần kinh khu trú. Tương tự, theo ghi nhận của chúng tôi, bệnh nhân Toxoplasmosis thường có biểu hiện đau đầu, co giật, rối loạn ý thức và liệt vận động. Mặc dù vậy, các triệu chứng lâm sàng của viêm não do *T. gondii* thường cải thiện nhanh sau khi bắt đầu điều trị thích hợp, với hơn một nửa bệnh nhân có đáp ứng thần kinh chỉ sau vài ngày và phần lớn có cải thiện rõ rệt trong vòng hai tuần điều trị [8].

Tương tự với y văn quốc tế, một nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai trên 64 bệnh nhân HIV/AIDS với nhiễm *T. gondii* cũng ghi nhận đau đầu là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (75%) và các dấu hiệu như liệt dây thần kinh số, sút cân và sốt là những biểu hiện rõ rệt của nhiễm trùng cơ hội ở người suy giảm miễn dịch. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu này là khoảng 12,5%, cao hơn so với 6,7% trong nghiên cứu hiện tại, có thể phản ánh sự khác biệt về mức độ suy giảm miễn dịch, thời điểm chẩn đoán, và khả năng điều trị kịp thời giữa các nhóm bệnh nhân [9]. Mặt khác, một nghiên cứu thực hiện tại bệnh viện bệnh Nhiệt đới Trung ương cho thấy có tới 49,1% các trường hợp bệnh nhân nhiễm HIV có khối choán chỗ trên phim chụp MRI do *T. gondii* gây ra [2].

Về phương pháp điều trị, các thử nghiệm lâm sàng và các phân tích tổng hợp trên thế giới đã chỉ ra TMP-SMX là một phác đồ điều trị hiệu quả và an toàn cho viêm não do *T. gondii*, có hiệu quả tương đương với phác đồ tiêu chuẩn chứa pyrimethamine nhưng có tỷ lệ ngừng thuốc do độc tính thấp hơn [10]. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được điều trị bằng TMP-SMX với kết quả cải thiện ở phần lớn trường hợp.

Một số khó khăn trong quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh viêm não do *T. gondii* tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. Thứ nhất, chẩn đoán hiện chủ yếu dựa vào lâm sàng và hình ảnh CT/MRI sọ não mà không phối hợp thêm kết quả xét nghiệm huyết thanh hoặc PCR. Tình trạng này có thể dẫn đến chẩn đoán nhầm vì có nhiều bệnh lý cũng có triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh tương tự như lao não – màng não, u não... Thứ hai, khi điều trị bằng TMP-SMX liều cao, một số bệnh nhân xuất hiện các tác dụng không mong muốn như dị ứng thuốc, thiếu máu, suy thận nhưng hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp nói riêng và Việt Nam nói chung không có các thuốc thay thế, gây khó khăn cho quá trình điều trị cũng như làm giảm hiệu quả điều trị. Thứ ba, một số bệnh nhân đến bệnh viện ở giai đoạn AIDS, tình trạng miễn dịch suy giảm nặng nề, số lượng tế bào lympho TCD4 giảm còn rất thấp nên suy mòn nặng, cùng lúc mắc nhiều nhiễm trùng cơ hội làm tăng gánh nặng bệnh tật, dung nạp và tương tác thuốc, giảm hiệu quả điều trị và tăng nguy cơ tử vong.

Hạn chế của đề tài này là tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm não do *T. gondii* dựa trên triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học CT-scan/MRI sọ não mà không được làm xét nghiệm ELISA hay miễn dịch chẩn đoán, phát hiện

kháng thể IgG hay IgM kháng *T. gondii*. Do đó có thể nhầm lẫn một số ca bệnh không phải là Toxoplasmosis. Vì vậy nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị cho người nhiễm HIV tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, cần đưa vào thường quy các xét nghiệm kháng thể kháng *T. gondii*.

5. KẾT LUẬN

Toxoplasmosis vẫn là một nhiễm trùng cơ hội quan trọng ở bệnh nhân HIV. Việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời đóng vai trò quyết định tiên lượng bệnh. Kết hợp bằng chứng y văn với điều kiện thực tế tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ tử vong. Đồng thời, cần đưa vào thực hiện thường quy xét nghiệm huyết thanh IgG/IgM để nâng cao tính chính xác của chẩn đoán viêm não Toxoplasmosis ở người nhiễm HIV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Kochanowsky, J.A. and A.A. Koshy, *Toxoplasma gondii*. *Current Biology*, 2018. 28(14): p. R770-R771.
- [2] Lê Đỗ Đình Nguyên, Du Trọng Đức, Hoàng Trường, Lê Văn Tấn et al, Khởi choán chỗ nội sọ ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS - Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, 2022. 3(39): p. 45-51.
- [3] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS ban hành kèm theo quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19/08/2009. 2009.
- [4] Nguyễn Kim Thư, Nguyễn Hải Yến, Phạm Ngọc Thạch, Căn nguyên nhiễm trùng thường gặp ở bệnh HIV/AIDS sốt kéo dài (1/2016-6/2019). *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam* 2020. 2: p. 89-94.
- [5] Lee, K.H., A. Jiamsakul, S. Kiertiburanakul, R. Borse, V. Khol, E. Yunihastuti, I. Azwa, I.K.A. Somia, R. Chaiwarith, T.N. Pham, S. Khusuwan, C.D. Do, N. Kumarasamy, Y. Gani, R. Ditangco, O.T. Ng, S. Pujari, M.P. Lee, A. Avihingsanon, H.P. Chen, F. Zhang, J. Tanuma, J. Ross, and J.Y. Choi, Risk factors for toxoplasmosis in people living with HIV in the Asia-Pacific region. *PLoS One*, 2024. 19(7): p. e0306245.
- [6] Montoya, J.G. and O. Liesenfeld, Toxoplasmosis. *The Lancet*, 2004. 363(9425): p. 1965-1976.
- [7] Jones, J.L., D. Kruszon-Moran, H.N. Rivera, C. Price, and P.P. Wilkins, *Toxoplasma gondii* seroprevalence in the United States 2009-2010 and comparison with the past two decades. *Am J Trop Med Hyg*, 2014. 90(6): p. 1135-9.
- [8] Baratloo, A.U., B.U. Hashemi, A.U. Rouhipour, P.U. Haroutunian, and M.U. Mahdlou: Toxoplasmic Encephalitis in an AIDS Patient with Normal CD4 Count: A Case Report. *Iran J Parasitol*. 2018 Apr-Jun;13(2):317-322.
- [9] Ngo Van An, Nong Minh Vuong, Clinical characteristics, laboratory findings and outcomes of *Toxoplasma gondii* infection in HIV/AIDS patients at Bach Mai Hospital. *Journal of Clinical Medicine*, 2021. 7(Special): p. 87-101.
- [10] Prosty, C., R. Hanula, Y. Levin, Bogoch, II, E.G. McDonald, and T.C. Lee, Revisiting the Evidence Base for Modern-Day Practice of the Treatment of Toxoplasmic Encephalitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Infect Dis*, 2023. 76(3): p. e1302-e1319.