

- disease: substantia nigra regional selectivity. *Brain*. 1991; 114:2283–2301.
5. **Bisaglia M., Filograna R., Beltramini M., et al.** Are dopamin derivatives implicated in the pathogenesis of Parkinson's disease? *Ageing Research Reviews*. 2014; 13:107-114.
  6. **Hoàng Thị Dung (2014)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và định lượng nồng độ Dopamin huyết tương ở bệnh nhân Parkinson, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
  7. **Nguyễn Đức Thuận, Lê Văn Quân, và Nhĩ Đình Sơn (2020)**. Thay đổi nồng độ Dopamin huyết tương trên bệnh nhân Parkinson. *Tạp chí Y dược học quân sự*, 2, 116–121.
  8. **Eldrup E., Mogensen P., Jacobsen J., et al.** CSF and Plasma Concentrations of Free Norepinephrine, Dopamin, 3,4-dihydroxyphenylacetic Acid (DOPAC), 3,4-dihydroxyphenylalanine (DOPA), and Epinephrine in Parkinson's Disease. *Acta Neurol Scand*. 1995; 92(2):116-21.
  9. **Goldstein S., Holmes C., Sharabi Y.** Cerebrospinal fluid biomarkers of central catecholamine deficiency in Parkinson's disease and other synucleinopathies. *Brain*, 2012; 135(6): 1900–1913.
  10. **Functional and Stereotactic Neurology Staging of Parkinson's Disease.** MGH Neurosurgical Service 1999.

## KẾT QUẢ QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ LAO KHÁNG RIFAMPICIN TẠI THÁI NGUYÊN GIAI ĐOẠN 2016-2020 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Đào Thị Hương<sup>1</sup>, Hoàng Hà<sup>2</sup>, Trần Thế Hoàng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả quản lý điều trị lao kháng Rifampicin tại Thái Nguyên giai đoạn 2016-2020 và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 92 bệnh nhân lao kháng Rifampicin giai đoạn 2016-2020 tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thái Nguyên. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân lao kháng Rifampicin là 40,9±12,3, tỉ lệ nam 79,3%. Tỉ lệ có tiền sử điều trị lao 73,9%, lao mới 26,1% và HIV(+) 19,6%. Tỉ lệ lao tại phổi 97,8%; thể AFB(+) 72,8%. Tỉ lệ tuân thủ xét nghiệm trong quá trình theo dõi điều trị 28,3%. Tỉ lệ điều trị khỏi 3,5%, hoàn thành điều trị 75,5%, tử vong 10,5%, thất bại 2,3%, bỏ trị 7,0%, chuyển 1,2%. Có mối liên quan giữa: tình trạng kinh tế hộ gia đình nghèo, tiền sử lao, mắc bệnh kèm theo, HIV(+), AFB(+), thời gian điều trị 20 tháng, bệnh nhân tại trại giam, không tuân thủ xét nghiệm và gặp tác dụng không mong muốn với kết quả điều trị lao kháng Rifampicin không thành công ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Tỉ lệ điều trị lao kháng Rifampicin thành công tại Thái Nguyên tương đối cao, các yếu tố về đặc điểm bệnh và tiền sử bệnh có liên quan đến kết quả điều trị không thành công.

**Từ khóa:** Quản lý điều trị; Lao kháng Rifampicin; Thái Nguyên.

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT MANAGEMENT OF RIFAMPICIN-RESISTANT TUBERCULOSIS IN THAI NGUYEN PERIOD 2016-2020 AND SOME RELATED FACTORS

<sup>1</sup>Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hương

Email: daohuong1408@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2021

Ngày duyệt bài: 11.5.2021

**Objectives:** To describe the results of treatment management of rifampicin-resistant tuberculosis in Thai Nguyen period 2016-2020 and some related factors. **Research Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 92 rifampicin-resistant patients in the period 2016-2020 at Thai Nguyen Tuberculosis and Lung Disease Hospital. **Results:** The mean age of rifampicin-resistant patients was 40.9±12.3, the male proportion was 79.3%. The proportion of TB retreatment was 73.9%, new cases 26.1% and HIV(+) 19.6%. The proportion of lung TB was 97.8%; AFB(+) 72.8%. The proportion of testing adherence during treatment follow-up was 28.3%. The proportion of cure 3.5%, treatment completed 75.5%, death 10.5%, failure 2.3%, dropout 7.0%, transferred out 1.2%. There were relationship between: poor household economic status, TB retreatment, comorbidities, HIV(+), AFB(+), 20 months treatment duration, patients in prison, non-testing adherence and had adverse drug reaction with unsuccessful treatment of rifampicin-resistant ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The proportion of RR-TB successful treatment in Thai Nguyen is relatively high, the retreatment and disease characteristics factors are related to unsuccessful treatment.

**Keywords:** Treatment management; Rifampicin-resistance tuberculosis; Thai Nguyen.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao kháng thuốc là một vấn đề sức khỏe lớn và đe dọa nghiêm trọng đến các nỗ lực kiểm soát và phòng ngừa bệnh lao trên toàn cầu. Việt Nam là nước đứng thứ 11 trong 30 quốc gia có gánh nặng bệnh lao đa kháng thuốc cao nhất thế giới với 3266 bệnh nhân lao kháng thuốc thu nhận điều trị năm 2020 [1], [7]. Trong lao kháng thuốc, lao kháng Rifampicin (RR-TB) (thuốc thiết yếu điều trị lao) đang diễn biến phức tạp [7]. Năm 2020, Việt Nam phát hiện 3503 bệnh nhân RR-TB trong tổng số 213.375 người được thực

hiện xét nghiệm kỹ thuật sinh học phân tử GeneXpert [1]. Việc quản lý điều trị bệnh nhân RR-TB phức tạp hơn, cần chú ý nhiều hơn và tỉ lệ điều trị thành công RR-TB không cao khoảng 57,0% [7]. Từ năm 2014, Chương trình chống lao quốc gia (CTCLQG) đã trang bị hệ thống xét nghiệm GeneXpert để chẩn đoán lao và RR-TB cho các tỉnh thành trên toàn quốc trong đó có Thái Nguyên. Việc thực hiện xét nghiệm GeneXpert đã giúp tăng cường chẩn đoán phát hiện và quản lý điều trị RR-TB tại Thái Nguyên. Câu hỏi là kết quả quản lý điều trị RR-TB tại Thái Nguyên hiện nay ra sao? Yếu tố nào liên quan đến kết quả điều trị? Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả kết quả quản lý điều trị RR-TB tại Thái Nguyên giai đoạn 2016-2020 và một số yếu tố liên quan.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 92 bệnh nhân RR-TB được quản lý điều trị tại Thái Nguyên giai đoạn 2016 - 2020.

**2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu:** Từ 5/2020-4/2021 tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thái Nguyên

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: toàn bộ. Chọn mẫu: chủ đích.

### 2.4. Biện số nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, kinh tế hộ gia đình, nơi cư trú.

Quản lý điều trị: Tiền sử lao, bệnh kèm theo, tình trạng HIV, phương pháp chẩn đoán, vị trí tổn thương, thể lao, thời gian chờ điều trị, chế độ điều trị, nơi quản lý ở giai đoạn duy trì, tư vấn trước điều trị, đo thính lực, soi đáy mắt, xét nghiệm công thức máu, xét nghiệm chức năng gan, tuân thủ XN, tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc điều trị, kết quả điều trị lao.

**2.5. Tiêu chuẩn đánh giá biên số nghiên cứu.** Thời gian từ khi có kết quả xét nghiệm đến khi quản lý điều trị: được tính bằng ngày, được xác định theo tứ phân vị và lấy mốc điểm tứ phân vị thứ nhất (điểm cắt 25,0%). Tuân thủ kết quả xét nghiệm được xác định là khi bệnh nhân thực hiện từ 70,0% số xét nghiệm theo quy định. Kết quả điều trị: được xác định gồm điều trị thành công (khỏi, hoàn thành điều trị) và điều trị không thành công (tử vong, thất bại, bỏ trị và chuyển).

**2.6. Phương pháp xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 22.0

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của trường Đại học

Y Dược – Đại học Thái Nguyên theo Quyết định số 1672 ngày 17/9/2020.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân lao kháng Rifampicin**

Đặc điểm		SL	%
Tuổi	< 15	1	1,1
	15-29	16	17,4
	30-44	38	41,3
	45-59	33	35,9
	≥60	4	4,3
	Trung bình	40,9±12,3	
Giới	Nam	73	79,3
	Nữ	19	20,7
Nghề nghiệp	Nông dân	66	71,7
	Khác (công nhân, hưu trí...)	26	28,3
Kinh tế hộ gia đình	Nghèo, cận nghèo	28	30,4
	Không nghèo	64	69,6
Nơi cư trú	Nông thôn	62	67,4
	Khác (thành thị...)	30	32,6
<b>Tổng</b>		<b>92</b>	<b>100,0</b>

Bệnh nhân RR-TB chủ yếu ở lứa tuổi từ 30-44 chiếm tỉ lệ 41,3%, tỉ lệ bệnh nhân <15 tuổi 1,1% và ≥60 tuổi 4,3%. Tỉ lệ bệnh nhân nam 79,3%, tỉ lệ bệnh nhân có nghề nghiệp là nông dân 71,7%, kinh tế nghèo, cận nghèo chiếm 30,4% và nơi sống chủ yếu ở nông thôn 67,4%.

**Bảng 2. Đặc điểm về tiền sử lao, bệnh kèm theo và HIV của bệnh nhân lao kháng Rifampicin**

Chỉ số		SL	%
Tiền sử lao	Lao mới	24	26,1
	Lao điều trị lại	68	73,9
Bệnh kèm theo	Có (viêm gan...)	23	25,0
	Không	69	75,0
HIV	HIV(-)	74	80,4
	HIV(+)	18	19,6
<b>Tổng</b>		<b>92</b>	<b>100,0</b>

Tỉ lệ bệnh nhân RR-TB có tiền sử điều trị lao là 73,9%, lao mới là 26,1%. Tỉ lệ bệnh nhân RR-TB có bệnh kèm theo là 25,0% và có HIV(+) là 19,6%.

**Bảng 3. Đặc điểm chẩn đoán và chế độ điều trị của bệnh nhân lao kháng Rifampicin**

Chỉ số		SL	%
Phương pháp chẩn đoán	GenXpert	92	100
Vị trí tổn thương	Phổi	90	97,8
	Ngoài phổi	2	2,2
Thể lao qua soi đờm	AFB(+)	67	72,8
	AFB(-)	25	27,2
Thời gian từ khi có kết quả	≤4 ngày	33	35,9
	>4 ngày	59	64,1

XN tới khi được điều trị			
Chế độ điều trị	9 tháng	37	40,2
	20 tháng	55	59,8
<b>Tổng</b>		<b>92</b>	<b>100,0</b>

Toàn bộ (100,0%) bệnh nhân RR-TB được chẩn đoán bằng GenXpert. Tỷ lệ bệnh nhân lao phổi là 97,8%; thể AFB(+) là 72,8%; được chỉ định điều trị 20 tháng 59,8%, 9 tháng 40,2%.

**Bảng 4. Kết quả theo dõi điều trị bệnh nhân lao kháng Rifampicin**

Theo dõi điều trị		SL	%
Nơi quản lý ở giai đoạn duy trì	TYT xã phường	79	85,9
	Y tế trại giam	13	14,1
Tư vấn trước điều trị		92	100,0
Đo thính lực		92	100,0
Soi đáy mắt		92	100,0
Xét nghiệm công thức máu		92	100,0
Xét nghiệm chức năng gan		92	100,0
Tuần thủ XN đạt		26	28,3

Toàn bộ (100,0%) bệnh nhân RR-TB được thực hiện đủ các bước trước điều trị theo quy định. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ xét nghiệm trong quá trình theo dõi điều trị là 28,3%.

**Bảng 5. Kết quả điều trị của bệnh nhân lao kháng Rifampicin (n=86)\***

Kết quả điều trị		SL	%
Điều trị thành công	Khỏi	3	3,5
	Hoàn thành điều trị	65	75,5
Điều trị không thành công	Tử vong	9	10,5
	Thất bại	2	2,3
	Bỏ trị	6	7,0
Chuyển		1	1,2
<b>Tổng</b>		<b>86</b>	<b>100,0</b>

Có 68 bệnh nhân điều trị thành công: khỏi 3,5%; hoàn thành điều trị 75,6%; điều trị không thành công: tử vong 10,5%, thất bại 2,3%, bỏ trị 7,0%, chuyển 1,2%.

**Bảng 6. Liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học, tiền sử với kết quả điều trị (n=86)**

Chi số	Kết quả điều trị	Không thành công		Điều trị thành công		p
		SL	%	SL	%	
Tuổi	<45	12	23,1	40	76,9	>0,05
	≥45	6	17,6	28	82,4	
Giới	Nam	17	25,0	51	75,0	>0,05
	Nữ	1	5,6	17	94,4	
Nghề nghiệp	Nông dân	10	16,7	50	83,3	>0,05
	Khác (công nhân...)	8	30,8	18	69,2	
Kinh tế hộ gia đình	Nghèo, cận nghèo	11	40,7	16	59,3	<0,05
	Đủ ăn	7	11,9	52	88,1	
Tiền sử điều trị	Lao điều trị lại	0	0,0	24	100,0	<0,05
	Lao mới	18	29,0	44	71,0	
<b>Tổng</b>		<b>18</b>	<b>20,9</b>	<b>68</b>	<b>79,1</b>	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng kinh tế, tiền sử lao với kết quả điều trị lao kháng Rifampicin (p<0,05).

**Bảng 7. Liên quan giữa các đặc điểm bệnh với kết quả điều trị (n=86)**

Chi số	Kết quả điều trị	Không thành công		Điều trị thành công		p
		SL	%	SL	%	
Bệnh kèm theo	Có	10	45,5	12	54,5	<0,01
	Không	8	12,5	56	87,5	
Tình trạng HIV	HIV(+)	9	52,9	8	47,1	<0,001
	HIV(-)	9	13,0	60	87,0	
Thể lao qua soi đờm	AFB(+)	17	27,9	44	72,1	<0,05
	AFB(-)	1	4,0	24	96,0	
Vị trí tổn thương	Phổi	18	21,2	67	78,8	>0,05
	Ngoài phổi	0	0	1	100	
Thời gian chờ điều trị	≤4 ngày	3	10,3	26	89,7	>0,05
	>4 ngày	15	26,3	42	73,7	
Chế độ điều trị	20 tháng	16	29,6	38	70,4	<0,05
	9 tháng	2	6,3	30	93,7	
Nơi quản lý GD duy trì	Trại giam	8	61,5	5	38,5	<0,001
	TYT xã phường	10	13,7	63	86,3	
Tuần thủ xét nghiệm	Không đạt	17	28,3	43	71,7	<0,05
	Đạt	1	3,8	25	96,2	

Tác dụng không mong muốn	Có	7	50,0	7	50,0	<0,05
	Không	11	15,3	61	84,7	
<b>Tổng</b>		<b>18</b>	<b>20,9</b>	<b>68</b>	<b>79,1</b>	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh kèm theo, tình trạng HIV, thể lao qua soi đờm, chế độ điều trị, nơi quản lý bệnh nhân giai đoạn duy trì, tuân thủ xét nghiệm và tác dụng không mong muốn với kết quả điều trị lao kháng Rifampicin ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Trước thực tế RR-TB đang có chiều hướng diễn biến phức tạp tại Việt Nam, gây ảnh hưởng không nhỏ tới mục tiêu thanh toán bệnh lao của CTCLQG. Việc quản lý điều trị bệnh nhân RR-TB cần có những nỗ lực thực sự nhằm đáp ứng yêu cầu đó. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên về kết quả quản lý điều trị RR-TB ở Thái Nguyên trong giai đoạn 2016-2020. Nghiên cứu này sẽ cung cấp các bằng chứng khoa học và đưa ra các đề xuất nhằm nâng cao chất lượng quản lý điều trị RR-TB trong giai đoạn tới.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ bệnh nhân < 15 tuổi là 1,1% và  $\geq 60$  là 4,3%; tương đương với nghiên cứu của Van Le Hong và cs (2020): < 18 tuổi là 1,4% và > 60 tuổi là 8,7% [6]. Đây là một điểm cần lưu ý trong CTCLQG do ở nhóm đối tượng này có những đặc thù khác trong đáp ứng quản lý điều trị RR-TB. Tỉ lệ bệnh nhân nghiên cứu có nghề nghiệp là nông dân 71,7%; kinh tế hộ gia đình nghèo, cận nghèo chiếm 30,4% và nơi cư trú chủ yếu ở vùng nông thôn 67,4%. Các kết quả này phù hợp với đặc điểm xã hội thường gặp của bệnh nhân lao tại Việt Nam.

Tỉ lệ bệnh nhân RR-TB có tiền sử điều trị lao là 73,9%, lao mới là 26,1% và có HIV(+) là 19,6%. Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Phuong N.T.M. và cs (2016) [5] và Van Le Hong và cs (2020) với tỉ lệ lao mới lần lượt là 2,0% và 5,6% và HIV(+) lần lượt là 4,0% và 9,6% [5], [6]. Đây là sự khác biệt về địa điểm nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu cũng thấy toàn bộ (100,0%) bệnh nhân RR-TB được chẩn đoán bằng GeneXpert. Đây là điểm phù hợp với thực tiễn nghiên cứu tiến hành tại Thái Nguyên, nơi chưa được cung cấp các thiết bị chẩn đoán RR-TB khác ngoài GeneXpert. Tỉ lệ bệnh nhân lao phổi là 97,8%; thể AFB(+) là 72,8%. Như vậy, phần lớn bệnh nhân lao kháng thuốc là lao phổi và có AFB(+), tương đồng với nghiên cứu của Phuong N.T.M. và cs (2016) cho thể lao phổi chiếm 99,0%, và AFB(+) là 85,0% [5].

Một điểm cần lưu ý trong quản lý điều trị lao là thời gian từ khi có kết quả xét nghiệm chẩn đoán RR-TB đến khi được quản lý điều trị.

Thời gian này càng kéo dài là yếu tố làm tăng nguy cơ lây bệnh ra cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy thời gian từ khi có kết quả xét nghiệm đến khi quản lý điều trị:  $\leq 4$  ngày là 35,9%, >4 ngày là 64,1%. Thời gian này của chúng tôi thấp hơn kết quả của Bulabula A.N.H. và cs (2019) thời gian trung vị là 12 ngày (thấp nhất là 3 ngày, cao nhất 62,4 ngày) [3]. Theo Bulabula A.N.H. và cs, việc kéo dài là do hết thuốc, bệnh nhân RR-TB phải chuyển sang tỉnh khác để quản lý điều trị. Điều này khác so với Thái Nguyên, không để tình trạng thiếu thuốc. Thực tế, có những bệnh nhân không muốn điều trị, có những bệnh nhân sau khi biết kết quả xét nghiệm lại muốn đi kiểm tra lại ở bệnh viện tuyến trung ương hoặc có những bệnh nhân cần sắp xếp công việc trước khi điều trị lên đã làm cho thời gian đi quản lý điều trị kéo dài. Mặc dù thời gian đi quản lý điều trị của bệnh nhân còn bất cập nhưng việc thực hiện các hoạt động khác trong quản lý điều trị của bệnh nhân lao lại rất tốt. Toàn bộ (100,0%) bệnh nhân RR-TB được thực hiện đủ các bước trước điều trị theo quy định như tư vấn điều trị, làm các xét nghiệm theo dõi trước điều trị như đo thính lực, soi đáy mắt, xét nghiệm máu, xét nghiệm chức năng gan... theo quy định của Bộ Y tế [2].

Nghiên cứu cho tỉ lệ RR-TB được chỉ định điều trị 20 tháng 59,8% và 9 tháng 40,2%. Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt với Bulabula A.N.H. và cs (2019) với các phác đồ 9 tháng 21,0%, 20 tháng 34,0% và 24 tháng 40,0% [3]. Sự khác biệt này là do đặc điểm mẫu nghiên cứu. Kết quả điều trị của bệnh nhân RR-TB trong nghiên cứu này là thành công 79,0% (khỏi 3,5%; hoàn thành điều trị 75,5%), tử vong 10,5%, thất bại 2,3%, bỏ trị 7,0%, chuyển 1,2%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Katende B. và cs (2020) cho tỉ lệ thành công 69,8%, tử vong 28,8%, thất bại 0,4% và chuyển 1,0% [4]. Tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 10,5% đều gặp ở các bệnh nhân có HIV(+) và cao tuổi.

Kinh tế hộ gia đình nghèo, cận nghèo và có tiền sử điều trị lao đều liên quan với kết quả điều trị RR-TB không thành công ( $p < 0,05$ ). So sánh với nghiên cứu của Van Le Hong và cs (2020) thấy bệnh nhân có tiền sử điều trị lao có nguy cơ

điều trị thất bại cao gấp 5,53 lần (95%CI:2,85-19,72) [6]. Thực tế kinh tế khó khăn, thu nhập bị mất trong quá trình điều trị lao kéo dài và việc nhờn thuốc do đã từng điều trị lao trước đó ảnh hưởng đến quá trình điều trị lao.

Các nghiên cứu trước cho thấy có mối liên quan giữa HIV(+), AFB(+) [4], [6], tác dụng không mong muốn nặng của thuốc [3] có liên quan đến kết quả điều trị RR-TB. Bệnh nhân có bệnh đồng mắc, HIV(+) thì kết quả điều trị không thành công sẽ cao hơn, điều này hoàn toàn phù hợp với y văn. Thực tế, nếu phải điều trị kéo dài, gây tốn kém, mất thời gian, mệt mỏi và bị ảnh hưởng của thuốc thì sẽ ảnh hưởng đến tâm lý của bệnh nhân, làm cho bệnh nhân có xu hướng bỏ trị hoặc không tuân thủ điều trị, qua đó ảnh hưởng kết quả điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn và phù hợp với các nghiên cứu trước khi cho kết quả: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mắc bệnh kèm theo, HIV(+), AFB(+), chế độ điều trị 20 tháng, bệnh nhân tại trại giam, không tuân thủ xét nghiệm và gặp tác dụng không mong muốn với kết quả điều trị RR-TB không thành công ( $p < 0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân RR-TB là 40,9±12,3, tỉ lệ nam 79,3%. Tỉ lệ có tiền sử điều trị lao 73,9%, lao mới 26,1% và HIV(+) 19,6%. Tỉ lệ lao tại phổi 97,8%; thể AFB(+) 72,8%. Tỉ lệ tuân thủ xét nghiệm trong quá trình theo dõi điều trị 28,3%. Tỉ lệ điều trị khỏi 3,5%, hoàn thành điều trị 75,5%, tử vong 10,5%, thất bại 2,3%, bỏ trị 7,0%, chuyển 1,2%. Có mối liên

quan giữa tình trạng kinh tế hộ gia đình nghèo, tiền sử lao, mắc bệnh kèm theo, HIV(+), AFB(+), thời gian điều trị 20 tháng, bệnh nhân tại trại giam, không tuân thủ xét nghiệm và gặp tác dụng không mong muốn với kết quả điều trị RR-TB không thành công ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chương trình chống lao quốc gia (2021)**, Báo cáo tổng kết chương trình chống lao năm 2020, Bộ Y tế, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2020)**, Cập nhật hướng dẫn chẩn đoán điều trị và dự phòng bệnh lao, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Bulabula A.N.H., Nelson J.A., Musafiri E.M., et al. (2019)**, "Prevalence, Predictors, and Successful Treatment Outcomes of Xpert MTB/RIF-identified Rifampicin-resistant Tuberculosis in Post-conflict Eastern Democratic Republic of the Congo, 2012-2017: A Retrospective Province-Wide Cohort Study", *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 69 (8), pp. 1278-1287.
4. **Katende B., Esterhuizen T.M., Dippenaar A., et al. (2020)**, "Rifampicin Resistant Tuberculosis in Lesotho: Diagnosis, Treatment Initiation and Outcomes", *Sci Rep*, 10 (1), pp. 1917.
5. **Phuong N.T.M., Nhung N.V., Hoa N.B., et al. (2016)**, "Management and treatment outcomes of patients enrolled in MDR-TB treatment in Viet Nam", *Public health action*, 6 (1), pp. 25-31.
6. **Van Le Hong, Phu Phan Trieu, Vinh Dao Nguyen, et al. (2020)**, "Risk factors for poor treatment outcomes of 2266 multidrug-resistant tuberculosis cases in Ho Chi Minh City: a retrospective study", *BMC Infectious Diseases*, 20 (1), pp. 164.
7. **World Health Organization (2020)**, *Global tuberculosis report 2020*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VỔNG MẠC TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC PHÚC YÊN

Vũ Tuấn Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Hân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** 1, Mô tả đặc điểm lâm sàng của tổn thương võng mạc trên bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) tại Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên. 2, Nhận xét một số yếu tố liên quan đến bệnh võng mạc đái tháo đường trên nhóm bệnh nhân

nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 273 bệnh nhân ĐTĐ (546 mắt), thu thập các thông tin cơ bản (tuổi, giới, thời gian mắc ĐTĐ, typ ĐTĐ...), khám đáy mắt và chụp mạch huỳnh quang xác định tổn thương và giai đoạn bệnh võng mạc ĐTĐ. **Kết quả:** tuổi bệnh nhân trung bình 61,6 ± 11,8 (17-89); thị lực giảm vừa chiếm chủ yếu 50% (273/546); tỷ lệ mắc bệnh võng mạc ĐTĐ chiếm 25,5% (139/546 mắt), trong đó giai đoạn chưa tăng sinh nhẹ là 21,2% (113 mắt), chưa tăng sinh vừa 0,9% (5 mắt), chưa tăng sinh nặng 0,7% (4 mắt) và tăng sinh 2,7% (15 mắt), tỷ lệ phù hoàng điểm 6% (33 mắt); có mối liên quan chặt chẽ giữa bệnh võng mạc ĐTĐ với thời gian mắc bệnh ĐTĐ ( $p < 0,001$ ), với kiểm soát tốt đường máu ( $HbA1c < 7$ )

<sup>1</sup>Bệnh viên Mắt trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa Phúc Yên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Anh

Email: vta.oph@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2021

Ngày duyệt bài: 7.5.2021