BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Thực trạng quản lý điều trị lao kháng Rifampicin và một số yếu tố liên quan tại Thái Nguyên, giai đoạn 2014–2024

Nguyễn Thị Lệ[1*], Trần Thế Hoàng[1], Hoàng Hà[1], Ngô Thị Ngân[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị lao kháng Rifampicin (RR-TB) tại Thái Nguyên giai đoạn 2014–2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên số liệu thứ cấp từ hồ sơ quản lý điều trị của 197 người bệnh RR-TB được chẩn đoán và đưa vào quản lý điều trị trong giai đoạn 2014–2024 tại Bệnh viện Phổi Thái Nguyên và các cơ sở thuộc Chương trình Chống lao tỉnh Thái Nguyên.

Kết quả: Toàn bộ 197 người bệnh RR-TB trong nghiên cứu đều đã được đưa vào quản lý điều trị. Tỷ lệ điều trị thành công đạt 83,2%; không thành công 16,8%. Tỷ lệ có ADR là 41,1%, tuân thủ điều trị đạt 51,3%. Có bệnh kèm theo (aOR=3,78; 95%CI: 1,56–9,26), soi đờm AFB dương tính (aOR=4,71; 95%CI: 1,79–12,04) và không tuân thủ điều trị (aOR=6,77; 95%CI: 2,33–19,62) là các yếu tố liên quan độc lập đến kết quả điều trị không thành công.

Kết luận: Kết quả điều trị RR-TB tại Thái Nguyên khả quan nhưng tỷ lệ tuân thủ điều trị còn thấp. Cần ưu tiên giải pháp hỗ trợ tuân thủ và theo dõi sát nhóm có soi đờm AFB dương tính hoặc có bệnh kèm theo.

Từ khóa: *Lao kháng Rifampicin, kết quả điều trị, yếu tố liên quan, Thái Nguyên*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao tiếp tục là một trong những bệnh truyền nhiễm có số ca tử vong cao nhất toàn cầu. Ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cho thấy hằng năm có khoảng 10,6 triệu người mắc mới và hơn 1,3 triệu người tử vong vì căn bệnh này; riêng Việt Nam được xếp trong nhóm 30 nước có gánh nặng lao và lao kháng thuốc lớn nhất thế giới (1). Lao kháng Rifampicin (RR-TB) là tình trạng vi khuẩn lao kháng với thuốc rifampicin, thuốc chống lao hàng một chủ lực đòi hỏi phác đồ dài ngày, chi phí lớn, độc tính cao và đi kèm nguy cơ thất bại, tử vong, lây truyền chủng kháng thuốc cao hơn lao nhạy cảm (2). Một số quốc gia như Bangladesh, Ethiopia, Kazakhstan và Myanmar đã đạt tỷ lệ điều trị RR-TB thành công trên 70% (1). Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lê Hồng Vân và cs (2020) ghi nhận kết quả điều trị thành công

***Tác giả liên hệ:** Nguyễn Thị Lệ*
Email: nguyenleytn@gmail.com
[1] Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Mã bài báo: SKPT_26_110_V
Ngày nhận bài: 25/06/2026
Ngày nhận bản sửa: 04/09/2026
Ngày chấp nhận: 04/09/2026
DOI: https://doi.org/10.38148/JHDS.105V/SKPT_26_110_V

DOI: https://doi.org/10.38148/JHDS.105V/SKPT_26_110_V *Journal of Health and Development Studies (Vol.10, No.5V-2026)*

đạt 73,3% (55,6% khỏi bệnh và 17,7% hoàn thành điều trị); 10,1% tử vong, 5,0% thất bại điều trị và 11,6% mất theo dõi (3).

Chương trình Chống lao Quốc gia đã mở rộng chẩn đoán sớm RR-TB bằng GeneXpert MTB/RIF và chuẩn hóa quản lý điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế (4, 5). Hiệu quả thực tế còn chịu chi phối bởi nhiều yếu tố: tuân thủ điều trị (6, 7), vai trò của bệnh kèm theo và đặc điểm vi khuẩn học khi chẩn đoán (8, 9), ADR thường gây gián đoạn phác đồ điều trị (10).

Thái Nguyên là tỉnh trung du miền núi phía Bắc, địa bàn rộng, dân cư phân bố không đồng đều, có thể ảnh hưởng đến tiếp cận dịch vụ và tuân thủ điều trị. Đến nay địa phương chưa có nghiên cứu hệ thống đánh giá thực trạng quản lý điều trị RR-TB trong giai đoạn đủ dài, đồng thời phân tích yếu tố liên quan. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu sau:

(1) Mô tả thực trạng quản lý điều trị lao kháng Rifampicin tại Thái Nguyên giai đoạn 2014–2024;

(2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị lao kháng Rifampicin tại Thái Nguyên.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, sử dụng số liệu thứ cấp là hồ sơ quản lý điều trị.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Phổi Thái Nguyên (đơn vị đầu mối) cùng các Trung tâm Y tế tuyến huyện, thành phố và Trạm Y tế xã, phường tham gia Chương trình Chống lao tỉnh Thái Nguyên. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ 01/2025 đến 12/2025; số liệu được khai thác trong 11 năm, từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2024.

Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án, sổ đăng ký điều trị và báo cáo thống kê của người bệnh được chẩn đoán RR-TB và đưa vào quản lý điều trị tại tỉnh giai đoạn 2014–2024. Loại trừ các hồ sơ thiếu thông tin cốt lõi không thể khai thác hoặc chưa có kết quả kết thúc điều trị tại thời điểm phân tích.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ hồ sơ của 197 người bệnh RR-TB đủ tiêu chuẩn trong giai đoạn nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu: Biến phụ thuộc là kết quả điều trị, phân hai nhóm theo hướng dẫn của Bộ Y tế: thành công (khỏi, hoàn thành điều trị) và không thành công (tử vong, thất bại điều trị, bỏ trị, mất dấu) (4). Biến độc lập gồm: đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi cư trú, kinh tế hộ gia đình); đặc điểm bệnh học (tiền sử lao, bệnh kèm theo, đồng nhiễm HIV, soi đờm AFB); tác dụng không mong muốn của thuốc (có/không) và tuân thủ điều trị (tuân thủ/không tuân thủ).

Một số tiêu chuẩn sử dụng: RR-TB được xác định bằng xét nghiệm sinh học phân tử nhanh (GeneXpert MTB/RIF), kỹ thuật lai dòng (LPA) hoặc nuôi cấy và kháng sinh đồ (2). Tuân thủ điều trị được đánh giá dựa trên hồ sơ quản lý ca bệnh: tuân thủ (thực hiện đầy đủ, đúng lịch các lần tái khám, cấp phát thuốc, xét nghiệm đờm và nuôi cấy theo phác đồ); không tuân thủ (khi bỏ lỡ ít nhất một mốc theo dõi bắt buộc hoặc có ghi nhận gián đoạn/ngừng thuốc trong hồ sơ) (4).

Thu thập, xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được trích lục từ hồ sơ, sổ sách và biểu mẫu của Chương trình Chống lao, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả sử dụng tần số và tỷ lệ phần trăm. Hồi quy logistic đơn biến tính tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% (95%CI); các biến có $p < 0,25$ được đưa vào mô hình đa biến nhằm xác định yếu tố liên quan độc lập, trình bày bằng tỷ số chênh hiệu chỉnh (aOR) và 95%CI; ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

DOI: https://doi.org/10.38148/JHDS.105V/SKPT_26_110_V *Journal of Health and Development Studies (Vol.10, No.5V-2026)*

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu bảo đảm bí mật thông tin cá nhân người bệnh, chỉ phục vụ mục đích khoa học và được chấp thuận theo Công văn số 660/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 25/06/2024 của Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

KẾT QUẢ

Thực trạng quản lý điều trị RR-TB tại Thái Nguyên giai đoạn 2014–2024

Trong giai đoạn 11 năm, nghiên cứu thu thập được 197 hồ sơ người bệnh RR-TB đủ tiêu chuẩn, tất cả đều đã được đưa vào quản lý điều trị.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=197)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18–39	75	38,1
	40–59	94	47,7
	≥60	28	14,2
Giới tính	Nam	163	82,7
	Nữ	34	17,3
Nghề nghiệp	Nông dân	113	57,4
	Phạm nhân	22	11,2
	Khác (công nhân, hưu trí…)	62	31,4
Kinh tế hộ gia đình	Nghèo, cận nghèo	34	17,3
	Không nghèo	163	82,7
Nơi cư trú	Nông thôn	105	53,3
	Thành thị	92	46,7
Tiền sử lao	Lao mới	80	40,6
	Lao điều trị lại	117	59,4
Bệnh kèm theo	Có	80	40,6
	Không	117	59,4
Đồng nhiễm HIV	HIV (+)	26	13,2
	HIV (–)	171	86,8

Phần lớn đối tượng nghiên cứu ở nhóm 40–59 tuổi (47,7%), nam giới (82,7%) và nông dân (57,4%); 11,2% là phạm nhân. Lao điều trị lại chiếm 59,4%, có bệnh kèm theo 40,6% và đồng nhiễm HIV 13,2%.

DOI: https://doi.org/10.38148/JHDS.105V/SKPT_26_110_V *Journal of Health and Development Studies (Vol.10, No.5V-2026)*

Bảng 2. Đặc điểm chẩn đoán, điều trị, tác dụng không mong muốn và tuân thủ điều trị (n=197)

Chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Soi đờm AFB	AFB (+)	101	51,3
	AFB (–)	96	48,7
Tác dụng không mong muốn	Có	81	41,1
	Không	116	58,9
Tuân thủ quản lý điều trị	Tuân thủ	101	51,3
	Không tuân thủ	96	48,7

51,3% người bệnh soi đờm AFB dương tính. Tỷ lệ gặp ADR là 41,1% và tuân thủ điều trị 51,3%.

Bảng 3. Kết quả điều trị người bệnh RR-TB, 2014–2024 (n=197)

Kết quả điều trị		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành công	Khỏi	9	4,6
	Hoàn thành điều trị	155	78,7
Tổng		**164**	**83,2**
Không thành công	Tử vong	14	7,1
	Bỏ trị	9	4,6
	Thất bại điều trị	8	4,1
	Mất dấu	2	1,0
Tổng		**33**	**16,8**

Tỷ lệ điều trị thành công đạt 83,2%; không thành công 16,8%.

Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị RR-TB

Bảng 4. Phân tích hồi quy đơn biến một số yếu tố liên quan với kết quả điều trị của người bệnh RR-TB

Yếu tố		Không thành công		Thành công		OR (95%CI)	p
		SL	%	SL	%		
Tuổi	<40	15	20,0	60	80,0	0,69 (0,33–1,47)	0,340
	≥40	18	14,8	104	85,2	1	

Yếu tố		Không thành công		Thành công		OR (95%CI)	p
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nam	31	19,0	132	81,0	3,76 (0,85–16,53)	0,080
	Nữ	2	5,9	32	94,1	1	
Nghề nghiệp	Nông dân	18	15,9	95	84,1	0,87 (0,41–1,85)	0,720
	Khác (phạm nhân, công nhân…)	15	17,9	69	82,1	1	
Kinh tế HGĐ	Nghèo, cận nghèo	5	14,7	29	85,3	0,83 (0,30–2,34)	0,726
	Không nghèo	28	17,2	135	82,8	1	
Nơi cư trú	Nông thôn	16	15,2	89	84,8	0,87 (0,49–1,55)	0,650
	Thành thị	17	18,5	75	81,5	1	
Tiền sử lao	Lao mới	14	17,5	66	82,5	1,09 (0,51–2,33)	0,816
	Lao điều trị lại	19	16,2	98	83,8	1	
Bệnh kèm theo	Có	23	28,7	57	71,3	4,32 (1,92–9,70)	**<0,001**
	Không	10	8,5	107	91,5	1	
Tình trạng HIV	HIV (+)	7	26,9	19	73,1	2,06 (0,79–5,38)	0,342
	HIV (–)	26	15,2	145	84,8	1	
Soi đờm AFB	AFB (+)	25	24,8	76	75,2	3,62 (1,54–8,49)	**0,003**
	AFB (-)	8	8,3	88	91,7	1	
Tác dụng không mong muốn	Có	19	23,5	62	76,5	2,23 (1,05–4,77)	**0,038**
	Không	14	12,1	102	87,9	1	
Tuân thủ điều trị	Không tuân thủ	28	29,2	68	70,8	7,90 (2,91–21,51)	**<0,001**
	Tuân thủ	5	5,0	96	95,0	1	
Tổng		**33**	**16,8**	**164**	**83,2**		

Có mối liên quan giữa có bệnh kèm theo, soi đờm AFB dương tính, tác dụng không mong muốn của thuốc, không tuân thủ điều trị với kết quả điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đa biến một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị RR-TB không thành công

Yếu tố	aOR	95%CI	p
Giới (nam)	2,54	0,51–12,82	0,258
Có bệnh kèm theo	3,78	1,56–9,26	**0,03**
Soi đờm AFB (+) trước điều trị	4,71	1,79–12,04	**0,02**
Có tác dụng không mong muốn	0,55	0,22–1,36	0,197
Không tuân thủ điều trị	6,77	2,33–19,62	**<0,001**

Có bệnh kèm theo (aOR=3,78; 95%CI: 1,56–9,26), soi đờm AFB dương tính (aOR=4,71; 95%CI: 1,79–12,04) và không tuân thủ điều trị (aOR=6,77; 95%CI: 2,33–19,62) là các yếu tố độc lập liên quan đến kết quả điều trị không thành công (p < 0,05).

BÀN LUẬN

Thực trạng quản lý điều trị RR-TB tại Thái Nguyên giai đoạn 2014–2024

Nghiên cứu trên toàn bộ hồ sơ của 197 người bệnh RR-TB tại Thái Nguyên trong 11 năm cho thấy tất cả các hồ sơ đủ tiêu chuẩn đều đã được đưa vào quản lý điều trị. Phân bố dịch tễ với ưu thế nam giới (82,7%), nhóm tuổi lao động và người làm nông (57,4%) tương đồng với bức tranh chung của bệnh lao tại Việt Nam và khu vực (1, 3). Tỷ lệ phạm nhân chiếm 11,2%. Đây là nhóm được y văn ghi nhận có nguy cơ mắc và lây truyền lao kháng thuốc cao hơn; các yếu tố về điều kiện sinh hoạt hay khó khăn duy trì điều trị sau mãn hạn nằm ngoài phạm vi số liệu của nghiên cứu và chỉ được nêu để tham khảo.

Tỷ lệ điều trị thành công chiếm 83,2%, kết quả thu được cao hơn nghiên cứu của Lê Hồng Vân và Cs là 73,3% (3). Kết quả phản ánh hiệu quả tổng thể của Chương trình Chống lao tại địa phương, từ phát hiện sớm bằng GeneXpert (100,0%) đến hệ thống theo dõi khá chặt chẽ với tỷ lệ mất dấu chỉ 1,0%. Tuy nhiên, hoàn thành điều trị chiếm tới 78,7% trong khi tỷ lệ khỏi chỉ đạt 4,6%. Sự chênh lệch này do cách phân loại của WHO: để được xếp là khỏi, người bệnh phải có nhiều lần xét nghiệm vi khuẩn học âm tính ở giai đoạn cuối phác đồ, trong khi hoàn thành điều trị chỉ cần đủ thời gian mà không xuất hiện dấu hiệu thất bại (2).

Trong nhóm điều trị không thành công, tử vong chiếm tỷ lệ cao nhất (7,1%), tiếp đến là bỏ trị (4,6%), thất bại (4,1%) và mất dấu (1,0%). Tử vong là kết cục đáng quan ngại nhất, thường xảy ra ở người bệnh có bệnh nền nặng, thể trạng suy kiệt, tổn thương phổi rộng hoặc đồng nhiễm HIV không được điều trị tối ưu, phù hợp với các nghiên cứu trong nước và quốc tế (3, 6). Tỷ lệ mất dấu rất thấp gợi ý hệ thống theo dõi và phối hợp giữa Bệnh viện Phổi Thái Nguyên với mạng lưới y tế cơ sở hoạt động khá hiệu quả. Ngược lại, tỷ lệ bỏ trị 4,6% và đặc biệt là tỷ lệ tuân thủ chung chỉ đạt 51,3% cho thấy khâu duy trì và hỗ trợ điều trị còn cần phải cải thiện. Bên cạnh đó, tỷ lệ gặp ADR lên tới 41,1% nhấn mạnh sự cần thiết của hệ thống theo dõi, phát hiện sớm và xử trí kịp thời ADR như một thành tố không thể thiếu trong quản lý điều trị RR-TB (10).

Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị RR-TB

Phân tích đa biến cho thấy bệnh kèm theo là yếu tố độc lập, làm tăng nguy cơ điều trị

DOI: https://doi.org/10.38148/JHDS.105V/SKPT_26_110_V *Journal of Health and Development Studies (Vol.10, No.5V-2026)*

không thành công gần 4 lần (aOR=3,78; 95%CI: 1,56–9,26). Các bệnh đồng mắc như đái tháo đường, suy thận mạn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy dinh dưỡng và rối loạn tâm thần có thể làm suy giảm miễn dịch, tăng độc tính thuốc, giảm dung nạp điều trị và làm trầm trọng thêm ADR; mối liên quan giữa đái tháo đường và kết quả điều trị lao kháng thuốc đã được chứng minh trong các phân tích gộp (9). Quản lý lồng ghép RR-TB với các bệnh kèm theo, đặc biệt sàng lọc và kiểm soát đường huyết, hỗ trợ dinh dưỡng và can thiệp tâm lý khi cần, cần được xem là thành phần thường quy của quản lý điều trị tại địa phương.

Soi đờm AFB dương tính trước điều trị là yếu tố độc lập thứ hai, làm tăng nguy cơ điều trị không thành công gần 5 lần (aOR=4,71; 95%CI: 1,79–12,04). Tải lượng vi khuẩn cao đồng nghĩa với tổn thương phổi nặng hơn, khả năng có hang lao, đáp ứng điều trị chậm, điều này đã được ghi nhận trong nhiều phân tích gộp và nghiên cứu lớn (3, 8). Trong thực hành, nhóm AFB dương tính cần được phân loại nguy cơ cao ngay từ thời điểm chẩn đoán để chủ động lên kế hoạch theo dõi sát hơn về lâm sàng và vi khuẩn học, kết hợp tối ưu hóa phác đồ và hỗ trợ dinh dưỡng, tâm lý.

Không tuân thủ điều trị là yếu tố có ảnh hưởng mạnh nhất, làm tăng nguy cơ điều trị không thành công hơn 7 lần (aOR=6,77; 95%CI: 2,33–19,62). Kết quả này khẳng định vai trò mang tính quyết định của tuân thủ điều trị, đúng như khuyến cáo của WHO và bằng chứng từ nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế (6, 7). Phác đồ RR-TB kéo dài 9-20 tháng và phối hợp nhiều thuốc độc tính cao khiến người bệnh dễ quên uống, ngừng thuốc giữa chừng hoặc chậm tái khám. Nhiều bằng chứng cho thấy có thể khắc phục điều này bằng các biện pháp hỗ trợ tuân thủ, từ giám sát điều trị trực tiếp (DOT) và các công cụ số (video DOT, tin nhắn nhắc lịch) đến tư vấn tâm lý – xã hội cùng hỗ trợ về kinh tế và đi lại, qua đó cải thiện đáng kể kết quả điều trị (7).

ADR liên quan có ý nghĩa với kết quả điều trị trong phân tích đơn biến (OR=2,23; 95%CI: 1,05–4,77), nhưng không còn ý nghĩa khi đưa vào mô hình đa biến (aOR=0,55; p=0,197). Kết quả có thể lý giải là ảnh hưởng của ADR đối với kết quả điều trị có thể mang tính gián tiếp thông qua việc làm giảm tuân thủ điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa thực hiện phân tích trung gian nên chưa thể khẳng định vai trò trung gian này. Kết quả phù hợp với các tổng quan hệ thống coi ADR là nguyên nhân hàng đầu gây gián đoạn phác đồ lao kháng thuốc (10). Do đó, kiểm soát chủ động ADR qua giáo dục người bệnh, theo dõi định kỳ chỉ số lâm sàng và xét nghiệm, can thiệp dinh dưỡng, tâm lý kịp thời và điều chỉnh phác đồ khi cần sẽ giúp cải thiện đồng thời tuân thủ và kết quả điều trị. Ngược lại, các yếu tố như tuổi, giới, nghề nghiệp, kinh tế hộ gia đình, nơi cư trú, tiền sử lao và tình trạng HIV không liên quan có ý nghĩa thống kê. Cần lưu ý nhóm HIV dương tính vẫn có xu hướng kết quả điều trị kém hơn (26,9% so với 15,2% ở nhóm HIV âm tính); cỡ mẫu nhỏ có thể đã làm giảm lực thống kê, do đó vai trò của HIV và tiền sử lao vẫn cần được xem xét cẩn trọng trong thực hành lâm sàng (3, 6).

Hạn chế của nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu dựa trên số liệu thứ cấp nên có thể có sai số thông tin, thiếu một số biến và phụ thuộc vào chất lượng ghi chép của hồ sơ. Việc chỉ đưa vào phân tích các hồ sơ đủ thông tin và đã có kết quả kết thúc điều trị có thể gây sai số chọn mẫu. Hai biến tuân thủ điều trị và ADR được xác định gián tiếp từ hồ sơ nên có nguy cơ phân loại sai. Thiết kế cắt ngang, hồi cứu không cho phép suy luận nhân quả. Cỡ mẫu của một số phân nhóm nhỏ, làm giảm lực thống kê. Ngoài ra, mô hình hồi quy đa biến đưa vào 5 biến trong khi chỉ có 33 kết cục không thành công (thấp

hơn ngưỡng khuyến nghị khoảng 10 kết cục cho mỗi biến), nên các ước lượng aOR cần được diễn giải thận trọng và kiểm chứng trên cỡ mẫu lớn hơn. Để khắc phục, nghiên cứu đã đối chiếu số liệu từ nhiều nguồn, chuẩn hóa quy trình trích xuất và kiểm soát yếu tố nhiễu bằng hồi quy đa biến; các nghiên cứu can thiệp tiến cứu trong tương lai sẽ giúp củng cố bằng chứng.

KẾT LUẬN

Quản lý điều trị lao kháng Rifampicin tại Thái Nguyên giai đoạn 2014–2024 cho thấy toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn đều được đưa vào quản lý điều trị và có kết quả điều trị thành công ở mức khả quan, song tỷ lệ tuân thủ điều trị còn thấp và tỷ lệ gặp tác dụng không mong muốn của thuốc khá cao. Không tuân thủ điều trị, soi đờm AFB dương tính trước điều trị và có bệnh kèm theo là những yếu tố độc lập liên quan đến kết quả điều trị không thành công.

KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường hỗ trợ tuân thủ, theo dõi người bệnh có soi đờm AFB dương tính trước điều trị, người có bệnh kèm theo, đồng thời cải thiện chất lượng ghi chép, theo dõi ADR và xét nghiệm vi khuẩn học nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

Lời cảm ơn: Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc và cán bộ Bệnh viện Phổi Thái Nguyên cùng mạng lưới Chương trình Chống lao tỉnh Thái Nguyên đã tạo điều kiện và hỗ trợ trong quá trình thu thập số liệu phục vụ nghiên cứu. Nhóm tác giả cũng trân trọng cảm ơn các đồng nghiệp đã đóng góp ý kiến chuyên môn để hoàn thiện bài báo.

Xung đột về lợi ích liên quan đến nghiên cứu: Nghiên cứu không nhận tài trợ riêng từ bất kỳ cơ quan, tổ chức hoặc cá nhân nào. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nội dung và kết quả của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. World Health Organization. WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis. Module 4: Treatment - Drug - Resistant Tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. Van LH, Phu PT, Vinh DN, Son VT, Hanh NT, Nhat LTH, et al. Risk factors for poor treatment outcomes of 2266 multidrug-resistant tuberculosis cases in Ho Chi Minh City: a retrospective study. BMC Infect Dis. 2020;20(1):164. doi:10.1186/s12879-020-4887-1
4. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao. Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/01/2024. Hà Nội: Bộ Y tế; 2024.
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn điều trị lao kháng thuốc (Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 03/6/2021). Hà Nội: Bộ Y tế; 2021.
6. Collaborative Group for the Meta-Analysis of Individual Patient Data in MDR-TB treatment–2017, Ahmad N, Ahuja SD, Akkerman OW, et al. Treatment correlates of successful outcomes in pulmonary multidrug-resistant tuberculosis: an individual patient data meta-analysis. Lancet. 2018;392(10150):821–834. doi:10.1016/S0140-6736(18)31644-1.
7. Yin J, Yuan J, Hu Y, Wei X. Association between directly observed therapy and treatment outcomes in multidrug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis.

PLoS One. 2016;11(3):e0150511. doi:10.1371/journal.pone.0150511.

8. Xi Y, Zhang W, Qiao RJ, Tang J. Risk factors for multidrug-resistant tuberculosis: a worldwide systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2022;17(6):e0270003. doi:10.1371/journal.pone.0270003.
9. Liu Q, Li W, Xue M, Chen Y, Du X, Wang C, et al. Diabetes mellitus and the risk of multidrug resistant tuberculosis: a meta-analysis. Sci Rep. 2017;7(1):1090. doi:10.1038/s41598-017-01213-5.
10. Mereškevičienė R, Danila E. The adverse effects of tuberculosis treatment: a comprehensive literature review. Medicina (Kaunas). 2025;61(5):911. doi:10.3390/medicina61050911.

Treatment management of rifampicin-resistant tuberculosis and associated factors in Thai Nguyen Province, 2014–2024

Nguyen Thi Le[1*], Tran The Hoang[1], Hoang Ha[1], Ngo Thi Ngan[1]
[1]Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy

ABSTRACT

Objectives: To describe the treatment management of Rifampicin-resistant tuberculosis (RR-TB) and to analyse associated factors in Thai Nguyen Province during 2014–2024. **Methods:** A descriptive cross-sectional study based on secondary data from the treatment management records of 197 RR-TB patients who were diagnosed and enrolled in treatment management during 2014–2024 at Thai Nguyen Lung Hospital and facilities under the Thai Nguyen Provincial Tuberculosis Control Programme. **Results:** All 197 RR-TB patients in the study had been enrolled in treatment management. The treatment success rate was 83.2%, while unsuccessful outcomes accounted for 16.8%. Adverse drug reactions (ADRs) occurred in 41.1% of patients, and treatment adherence reached 51.3%. Comorbidity (aOR=3.78; 95%CI: 1.56–9.26), positive sputum AFB smear (aOR=4.71; 95%CI: 1.79–12.04) and treatment non-adherence (aOR=6.77; 95%CI: 2.33–19.62) were factors independently associated with unsuccessful treatment outcomes. **Conclusions:** RR-TB treatment outcomes in Thai Nguyen were favourable, but adherence remained low. Strengthening adherence support and close monitoring of patients with positive AFB smear or comorbidity should be prioritised.

Keywords: *Rifampicin-resistant tuberculosis, treatment outcome, associated factors, Thai Nguyen*