

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



LƯƠNG ANH BÌNH

**THỰC TRẠNG CHẨN ĐOÁN
VÀ ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN
TẠI HAI TỈNH QUẢNG NAM, ĐÀ NẴNG
VÀ KẾT QUẢ MỘT SỐ
GIẢI PHÁP CAN THIỆP**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI - 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

BỘ Y TẾ

LƯƠNG ANH BÌNH

**THỰC TRẠNG CHẨN ĐOÁN
VÀ ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN
TẠI HAI TỈNH QUẢNG NAM, ĐÀ NẴNG
VÀ KẾT QUẢ MỘT SỐ
GIẢI PHÁP CAN THIỆP**

Chuyên ngành : Y tế công cộng

Mã số : 62720301

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS. TS. Nguyễn Viết Nhung
2. GS. TS. Lưu Ngọc Hoạt

HÀ NỘI - 2021

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình hoàn thành luận án này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ tận tình của các Thầy Cô giáo, đồng nghiệp, bạn bè và gia đình.

Trước hết, với tất cả sự kính trọng và biết ơn sâu sắc nhất, tôi xin chân thành cảm ơn PGS.TS. Nguyễn Viết Nhung và GS.TS. Lưu Ngọc Hoạt, người đã dạy dỗ, tận tình hướng dẫn và tạo điều kiện để tôi hoàn thành luận án tiến sỹ này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban giám hiệu Trường Đại học Y Hà Nội, Ban lãnh đạo và các thầy cô giáo ở Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Phòng quản lý đào tạo sau đại học đã tạo điều kiện thuận lợi, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và thực hiện luận án tiến sỹ.

Tôi xin chân thành cảm ơn TS. Nguyễn Thu Anh, TS. Trần Ngọc Bửu, TS. Greg Fox và các nhân viên ở Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock đã tận tình giúp đỡ, động viên khích lệ, quan tâm nhắc nhở tôi hoàn thành các giai đoạn của quá trình nghiên cứu và học tập.

Tôi xin gửi lời cảm ơn đến Ban lãnh đạo và các anh, chị, em đồng nghiệp tại Bệnh viện Phổi Đà Nẵng, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch tỉnh Quảng Nam, Trung tâm Y tế các quận Liên Chiểu, Sơn Trà, Thanh Khê, Hải Châu, thành phố Đà Nẵng, Trung tâm y tế thành phố Tam Kỳ, các huyện Phú Ninh, Núi Thành, Thăng Bình, tỉnh Quảng Nam đã tạo điều kiện thuận lợi, giúp đỡ và hỗ trợ cho tôi trong quá trình thu thập số liệu phục vụ cho nghiên cứu, tạo mọi điều kiện tốt nhất có thể để tôi hoàn thành luận án. Đặc biệt, tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành đến những người bệnh lao, người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao đã tham gia vào nghiên cứu, cho tôi cơ hội được gặp gỡ, khảo sát và đóng góp những thông tin vô cùng quý báu, xác đáng để tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Tôi xin dành tình cảm và lòng biết ơn đến bạn bè, đồng nghiệp nơi tôi công tác đã luôn ở bên khích lệ, giúp đỡ, chia sẻ những khó khăn trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thiện luận án.

Cuối cùng, tôi xin gửi tấm lòng ân tình tới Gia đình của tôi là nguồn động viên và truyền nhiệt huyết để tôi hoàn thành luận án.

Một lần nữa, tôi xin chân thành cảm ơn!

Hà Nội, ngày ... tháng ... năm 2021

Nghiên cứu sinh

Lương Anh Bình

LỜI CAM ĐOAN

Kính gửi:

- Ban giám hiệu Trường Đại học Y Hà Nội
- Phòng Quản lý đào tạo sau đại học trường Đại học Y Hà Nội
- Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng
- Hội đồng chấm luận án tiến sĩ

Tên tôi là: Lương Anh Bình, nghiên cứu sinh khoá 35, Trường Đại học Y Hà Nội, Chuyên ngành Y tế công cộng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Nguyễn Viết Nhung và GS.TS. Lưu Ngọc Hoạt.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày ... tháng ... năm 2021

Nghiên cứu sinh

Lương Anh Bình

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Bệnh lao và lao tiềm ẩn	4
1.1.1. Giới thiệu chung về bệnh lao	4
1.1.2. Giới thiệu chung về lao tiềm ẩn	5
1.2. Tình hình lao tiềm ẩn trên thế giới và các chiến lược can thiệp.....	8
1.2.1. Tình hình bệnh lao và lao tiềm ẩn trên thế giới	8
1.2.2. Chiến lược kiểm soát bệnh lao	11
1.3. Tình hình lao tiềm ẩn ở Việt Nam và các chiến lược can thiệp	23
1.3.1. Tình hình bệnh lao và lao tiềm ẩn ở Việt Nam.....	23
1.3.2. Chương trình quản lý lao tiềm ẩn ở Việt Nam.....	25
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	32
2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	32
2.1.1. Địa điểm nghiên cứu	32
2.1.2. Thời gian nghiên cứu	34
2.2. Đối tượng nghiên cứu	35
2.3. Thiết kế nghiên cứu	35
2.4. Sơ đồ nghiên cứu	35
2.5. Công thức tính cỡ mẫu, cỡ mẫu, kỹ thuật chọn mẫu.....	38
2.6. Biến số, chỉ số nghiên cứu và kỹ thuật, công cụ thu thập thông tin	44
2.6.1. Mục tiêu cụ thể 1	44
2.6.2. Mục tiêu cụ thể 2.....	45
2.6.3. Mục tiêu cụ thể 3.....	46
2.7. Sai số và không chế sai số	47
2.8. Quản lý và phân tích số liệu	49
2.9. Các định nghĩa sử dụng trong nghiên cứu.....	50
2.10. Đạo đức nghiên cứu.....	53
CHƯƠNG 3: 55KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	55
3.1. Mục tiêu cụ thể 1.....	55
3.2. Mục tiêu cụ thể 2.	61

3.2.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.....	61
3.2.2. Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm.....	65
3.2.3. Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm theo địa bàn can thiệp.....	76
3.2.4. Phân bố xác suất người tiếp xúc hoàn thành các giai đoạn trong chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, mối tương quan với nhóm tuổi, giới, địa bàn can thiệp.....	79
3.2.5. Quản lý lao tiềm ẩn tại địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng, giai đoạn trước và sau can thiệp	85
3.3. Mục tiêu cụ thể 3	88
3.3.1. Rào cản đối với sàng lọc lao tiềm ẩn	89
3.3.2. Rào cản đối với điều trị lao tiềm ẩn	98
CHƯƠNG 4: 102BÀN LUẬN	102
4.1. Sàng lọc người tiếp xúc với người bệnh lao phổi và điều trị lao tiềm ẩn tại Quảng Nam và Đà Nẵng năm 2016.....	102
4.2. Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn tại Quảng Nam và Đà Nẵng sau khi triển khai can thiệp.....	104
4.2.1. Giai đoạn sàng lọc lao tiềm ẩn	105
4.2.2. Giai đoạn thăm định y khoa	108
4.2.3. Giai đoạn điều trị.....	112
4.3. Rào cản ảnh hưởng tới sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn ...	118
4.4. Đánh giá kết quả các can thiệp nghiên cứu	126
4.5. Điểm mới, giá trị khoa học và giá trị thực tiễn của nghiên cứu	134
4.6. Hạn chế của nghiên cứu.....	135
KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ.....	137
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (Acquired immunodeficiency syndrome)
BCG	Vắc-xin ngừa lao cấp tính ở trẻ em (Bacillus Calmette-Guérin)
BHYT	Bảo hiểm y tế
BN	Người bệnh
BVP	Bệnh viện Phổi
CAN	Canada
CBYT	Nhân viên y tế
CDC	Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Bệnh tật Hoa Kỳ (Center for Disease Control)
CTCL	Chương trình Chống lao
CTCLQG	Chương trình Chống lao Quốc gia
ĐN	Đà Nẵng
DOTS	Quy trình chẩn đoán, điều trị và theo dõi người bệnh lao do Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo (Directly Observed Treatment Short course strategy)
HIV	Vi-rút làm suy giảm miễn dịch ở người (Human immunodeficiency virus)
HGD	Hộ gia đình
HP	Viên kháng sinh kháng lao, phối hợp giữa Isoniazid (INH) và Rifapentine (RPT)
INH	Viên kháng sinh kháng lao Isoniazid
IRGA	Xét nghiệm định lượng Interferon gamma trong máu chẩn đoán nhiễm lao
LTA	Lao tiềm ẩn

NTX	Người tiếp xúc
QN	Quảng Nam
RIF	Kháng sinh kháng lao Rifampicin
RPT	Rifapentine
TB	Bệnh lao (Tuberculosis)
TCL	Tổ chống lao
TCYTTG	Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization)
TĐYK	Thẩm định y khoa
TST	Xét nghiệm Mantoux (Tuberculin Skin Test)
TU	Trung ương
USA	Hợp chủng quốc Hoa Kỳ/ Mỹ (The United State of American)
VITIMES	Hệ thống điện tử giám sát và quản lý thông tin người bệnh lao (Vietnam TB Information Management Electronic System)
WIMR	Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock (Woolcock Institute of Medical Resresearch)
Xpert MTB/RIF	Xét nghiệm phát hiện vi khuẩn lao/kháng Rifampicin

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Phân biệt giữa lao tiềm ẩn và lao hoạt động	6
Bảng 1.2:	So sánh xét nghiệm Mantoux và IGRA.....	7
Bảng 1.3:	Số người bệnh bỏ trị hoặc mất theo dõi tại các giai đoạn khác nhau trong chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn	16
Bảng 1.4:	Các ví dụ về thử nghiệm can thiệp cụm đa bậc về bệnh lao mới đây	17
Bảng 1.5:	Tình hình dịch tễ bệnh lao tại Việt nam 2018	23
Bảng 1.6:	Điều trị dự phòng INH cho trẻ dưới 15 tuổi năm 2017	26
Bảng 1.7:	Phác đồ điều trị lao tiềm ẩn	31
Bảng 2.1.	Tình hình thu nhận và điều trị bệnh lao tại 8 huyện nghiên cứu, trung bình/ năm trong giai đoạn 2017-2019*.....	34
Bảng 3.1.	Quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình năm 2016 tại 04 huyện can thiệp.....	56
Bảng 3.2.	Quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình năm 2016 theo huyện.....	58
Bảng 3.3.	Quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình năm 2016 tại 04 huyện đối chứng.....	60
Bảng 3.4.	Quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình năm 2016 theo huyện đối chứng và huyện can thiệp	60
Bảng 3.5:	Đặc điểm chung của người bệnh chỉ điểm theo tỉnh	61
Bảng 3.6:	Đặc điểm chung của người bệnh chỉ điểm theo huyện can thiệp	62
Bảng 3.7:	Đặc điểm người tiếp xúc qua	63
Bảng 3.8:	Đặc điểm người tiếp xúc.....	63
Bảng 3.9:	Tình trạng liên quan đến bệnh Lao của người tiếp xúc	64
Bảng 3.10.	Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm.....	66
Bảng 3.11.	Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm.....	68
Bảng 3.12.	Các kết quả sàng lọc, thăm định y khoa của người tiếp xúc	69

Bảng 3.13.	Người tiếp xúc đủ điều kiện thẩm định y khoa theo nhóm tuổi.....	70
Bảng 3.14.	Tỷ lệ người bệnh lao tiềm ẩn trong số người tiếp xúc đến khám sàng lọc	73
Bảng 3.15.	Người tiếp xúc được chỉ định điều trị và tiến hành điều trị lao tiềm ẩn theo nhóm tuổi	74
Bảng 3.16.	Kết quả điều trị người bệnh lao tiềm ẩn	75
Bảng 3.17.	Nhận diện người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm theo tỉnh can thiệp.....	76
Bảng 3.18.	Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm theo huyện can thiệp.....	77
Bảng 3.19.	Kết quả điều trị người bệnh lao tiềm ẩn theo địa bàn can thiệp.....	78
Bảng 3.20.	Mối liên quan giữa một số yếu tố với thời gian người tiếp xúc thực hiện thẩm định y khoa từ khi hoàn tất sàng lọc	80
Bảng 3.21.	Mối liên quan giữa một số yếu tố với thời gian người tiếp xúc đăng ký điều trị từ khi hoàn tất sàng lọc.....	82
Bảng 3.22.	Mối liên quan giữa một số yếu tố với thời gian người tiếp xúc đăng ký điều trị từ khi thẩm định y khoa.....	84
Bảng 3.23.	Kết quả quản lý lao tiềm ẩn ở địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng	86
Bảng 3.24.	Tổng hợp các rào cản ảnh hưởng tới sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn	101

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1.1: Mô tả quá trình nhiễm lao và lao tiềm ẩn.....	6
Biểu đồ 1.2. Kết quả phân tích dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn từ 58 nghiên cứu trên thế giới, 748.572 đối tượng nghiên cứu, từ 1990 - 2015	12
Biểu đồ 1.3: Biểu đồ các bước chẩn đoán và điều trị người tiếp xúc với bệnh lao, chỉ rõ nơi người bệnh bỏ trị hoặc mất theo dõi có thể xảy ra	13
Biểu đồ 1.4: Mô hình thanh toán bệnh lao toàn cầu	22
Biểu đồ 1.5: Quy trình khám phát hiện và quản lý lao tiềm ẩn cho người tiếp xúc ≥ 5 tuổi và cho người có nguy cơ cao khác trừ người HIV dương tính (+)	28
Biểu đồ 1.6. Quy trình khám phát hiện và quản lý lao tiềm ẩn cho trẻ tiếp xúc <5 tuổi và người có HIV mọi lứa tuổi	29
Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ người tiếp xúc tham gia mỗi giai đoạn của chuỗi dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn	71
Biểu đồ 3.2: Phân bố xác suất người tiếp xúc thực hiện thăm định y khoa theo thời gian.....	79
Biểu đồ 3.3: Phân bố xác suất người tiếp xúc đăng ký điều trị theo thời gian kể từ khi hoàn tất sàng lọc	81
Biểu đồ 3.4: Phân bố xác suất người tiếp xúc đăng ký điều trị theo thời gian kể từ khi thăm định y khoa	83
Biểu đồ 3.5: Chuỗi dịch vụ đa bậc trong quản lý người tiếp xúc trước và sau can thiệp.....	87
Biểu đồ 4.1. So sánh kết quả phân tích dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn từ 58 nghiên cứu trên thế giới và tại Quảng Nam, Đà Nẵng (Việt Nam).	104

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1.	Sơ đồ nghiên cứu	36
Sơ đồ 2.2.	Mô tả quy trình chọn mẫu.....	40
Sơ đồ 2.3.	Kết quả thực hiện chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn.....	41
Sơ đồ 2.4.	Số lượng phỏng vấn sâu nhân viên y tế, người bệnh chỉ điểm và người tiếp xúc tại các điểm can thiệp của nghiên cứu ở Quảng Nam, Đà Nẵng.....	44

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG), mặc dù đã đạt được một số thành tựu đáng kể trong hoạt động chống lao thời gian qua, bệnh lao vẫn đang tiếp tục là một trong các vấn đề sức khỏe cộng đồng chính trên toàn cầu. Báo cáo của TCYTTG năm 2019 ước tính năm 2018 trên toàn cầu có khoảng 10 triệu người hiện mắc lao, 1,7 triệu người mắc lao tiềm ẩn [1]. Lao tiềm ẩn được xác định là tình trạng có vi khuẩn lao trong cơ thể nhưng không sinh trưởng và không hoạt động được do có sự khống chế của hệ thống miễn dịch. Tuy nhiên sau này nếu sức đề kháng của cơ thể suy giảm, vi khuẩn lao có thể được kích hoạt và lao tiềm ẩn sẽ chuyển thành lao hoạt động. Theo thống kê, tỷ lệ người có lao tiềm ẩn bị kích hoạt thành lao hoạt động từ 5-10% [2].

Hoạt động phòng chống lao Việt Nam đã được bắt đầu triển khai vào năm 1957. Chương trình chống lao Việt Nam luôn tiếp cận Chiến lược của TCYTTG về phòng chống bệnh lao và áp dụng các kỹ thuật, phương pháp cải tiến, hiện đại, có tính khả thi vào triển khai hoạt động phòng chống lao tại Việt Nam. Mặc dù đã đạt được rất nhiều thành tựu, Việt Nam hiện vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng thứ 11 trong 30 nước có số người bệnh lao cao nhất trên toàn cầu, đồng thời đứng thứ 11 trong số 30 nước có gánh nặng bệnh lao kháng đa thuốc cao nhất thế giới [1]. Một trong những nguyên nhân Việt Nam hiện chưa thể kiểm soát được dịch tễ lao là tỷ lệ nhiễm lao tiềm ẩn của Việt Nam hiện chiếm khoảng 40% [3]. Do đó, một trong những can thiệp đang được quan tâm là chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn, nhằm giảm thiểu nguy cơ phát triển thành bệnh lao sau này.

Chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn là yếu tố then chốt để kiểm soát bệnh lao trên phạm vi toàn cầu, và hiện đang được Tổ chức Y tế thế giới khuyến

cáo [4,5], đặc biệt trong nhóm nguy cơ cao như người nhiễm HIV và những người tiếp xúc gần với người bệnh. Trong hai thập kỷ qua, nhiều thử nghiệm lâm sàng đã tìm ra được các phác đồ điều trị lao tiềm ẩn có thời gian điều trị tương đối ngắn, an toàn và đạt hiệu quả điều trị tốt. Tuy nhiên, ở các nước có thu nhập trung bình và thấp, trong đó có Việt Nam, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn chỉ giới hạn ở một vài cơ sở y tế với đội ngũ nhân viên y tế có kinh nghiệm và được đào tạo tốt. Nhân rộng chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn ở những quốc gia này là một thách thức to lớn, một trong những rào cản chính là nhiều người bệnh bỏ cuộc hoặc mất dấu tại các giai đoạn của quá trình quản lý - từ khi xác định, chẩn đoán, đánh giá, kê đơn, chấp nhận điều trị và hoàn tất điều trị; do đó đã làm giảm 90% lợi ích của quản lý điều trị lao tiềm ẩn [6].

Với mong muốn cải thiện chất lượng quản lý điều trị lao tiềm ẩn, tôi lựa chọn đề tài ***“Thực trạng chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn tại hai tỉnh Quảng Nam, Đà Nẵng và kết quả một số giải pháp can thiệp”***. Nghiên cứu này là cuộc thử nghiệm áp dụng một cách hệ thống và đánh giá các can thiệp đơn giản, khả thi, có khả năng chấp nhận để giải quyết các vấn đề trong quản lý điều trị lao tiềm ẩn, là một nhánh của thử nghiệm ngẫu nhiên cụm ứng dụng trên 32 địa bàn ở 6 quốc gia (Canada, Benin, Brazil, Ghana, Indonesia và Việt Nam) do Đại học McGill, Canada và Đại học Sydney, Úc chủ trì.

Câu hỏi nghiên cứu: Áp dụng các can thiệp y tế công cộng (đào tạo/ tập huấn, cung cấp các dịch vụ y tế, bao gồm thăm hộ gia đình để truyền thông và sàng lọc người tiếp xúc, hỗ trợ phụ cấp cho nhân viên y tế, cung cấp dịch vụ một cửa, v.v) có giúp tăng hiệu quả quản lý điều trị lao tiềm ẩn, thể hiện ở tăng số người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi được xác định, tăng tỷ lệ % người hoàn thành quy trình sàng lọc chẩn đoán lao tiềm ẩn và lao hoạt động, tăng tỷ lệ % người chấp nhận điều trị lao tiềm ẩn?

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu chung: Đánh giá kết quả một số can thiệp y tế công cộng nhằm tăng cường sàng lọc người tiếp xúc với người bệnh lao phổi và điều trị dự phòng cho người nhiễm lao tiềm ẩn tại Quảng Nam và Đà Nẵng.

Mục tiêu cụ thể:

- 1. Mô tả thực trạng sàng lọc người tiếp xúc với người bệnh lao phổi và điều trị lao tiềm ẩn tại Quảng Nam và Đà Nẵng năm 2016.*
- 2. Đánh giá kết quả một số giải pháp can thiệp cho người tiếp xúc với người bệnh lao phổi và điều trị lao tiềm ẩn tại Quảng Nam và Đà Nẵng giai đoạn 7/2017-10/2019.*
- 3. Mô tả một số rào cản phát hiện được trong giai đoạn can thiệp để đề xuất các giải pháp thích hợp nhằm tăng cường chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn ở người tiếp xúc hộ gia đình.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Bệnh lao và lao tiềm ẩn

1.1.1. Giới thiệu chung về bệnh lao

Bệnh lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*) gây nên. Bệnh lao có thể gặp ở tất cả các bộ phận của cơ thể, trong đó lao phổi là thể lao phổ biến nhất (chiếm 80-85%) và là nguồn lây chính cho người xung quanh. Số lượng vi khuẩn ở người bệnh lao nhiều hơn với số lượng vi khuẩn ở người nhiễm lao [8].

Các triệu chứng của người nghi lao phổi: ho kéo dài trên 2 tuần (ho khan, ho có đờm, ho ra máu) là triệu chứng nghi quan trọng nhất, ngoài ra có thể: gầy sút, kém ăn, mệt mỏi, sốt nhẹ về chiều, ra mồ hôi “trộm” ban đêm, đau ngực, đôi khi khó thở [8].

Cơ chế lây truyền trong bệnh lao: bệnh lao là bệnh lây truyền qua đường hô hấp do hít phải các hạt khí dung trong không khí có chứa vi khuẩn lao, các hạt khí dung có chứa vi khuẩn lao được sinh ra khi người mắc lao phổi trong giai đoạn hoạt động ho, khạc, hắt hơi (hạt khí dung có đường kính khoảng 1-5 micromet bay lơ lửng trong không khí khoảng từ vài giờ đến 24 giờ). Khả năng lây lan giảm mạnh sau điều trị từ 2-4 tuần, do vậy, phát hiện và điều trị sớm bệnh lao sẽ làm giảm lây lan trong cộng đồng.

Một số yếu tố liên quan đến sự lây truyền bệnh lao:

- Sự tập trung của các hạt khí dung trong không khí bị chi phối bởi số lượng vi khuẩn do người bệnh ho khạc ra và sự thông khí tại khu vực bị phơi nhiễm.
- Thời gian tiếp xúc với các hạt khí dung bị nhiễm vi khuẩn lao.
- Trạng thái gần với nguồn các hạt khí dung mang vi khuẩn lao.
- Hệ thống miễn dịch suy giảm: HIV, tiểu đường, và suy dinh dưỡng, v.v.

- Những người sử dụng thuốc lá, rượu có thể làm gia tăng nguy cơ nhiễm lao và bệnh lao.

- Các yếu tố môi trường: không gian chật hẹp, thông khí không đầy đủ, tái lưu thông không khí có chứa các hạt khí dung chứa vi khuẩn lao [8].

Phòng bệnh lao: phòng bệnh lao là áp dụng các biện pháp nhằm (i) Giảm nguy cơ nhiễm vi khuẩn lao, và (ii) Giảm nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao. Đối với (i) Giảm nguy cơ nhiễm vi khuẩn lao, cần thực hiện kết hợp các biện pháp hạn chế tối thiểu nguy cơ lan truyền của bệnh lao trong cộng đồng, cụ thể: kiểm soát vệ sinh môi trường, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân cho nhân viên y tế, và giảm tiếp xúc nguồn lây. Đối với (ii) Giảm nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao, cần tiêm vắc-xin BCG (*Bacille Calmette-Guérin*) nhằm giúp cơ thể hình thành miễn dịch chống lại bệnh lao khi bị nhiễm lao, và điều trị lao tiềm ẩn bằng INH (cho cả người lớn và trẻ em) hoặc 3HP (cho người lớn và trẻ em trên 12 tuổi) [8,9].

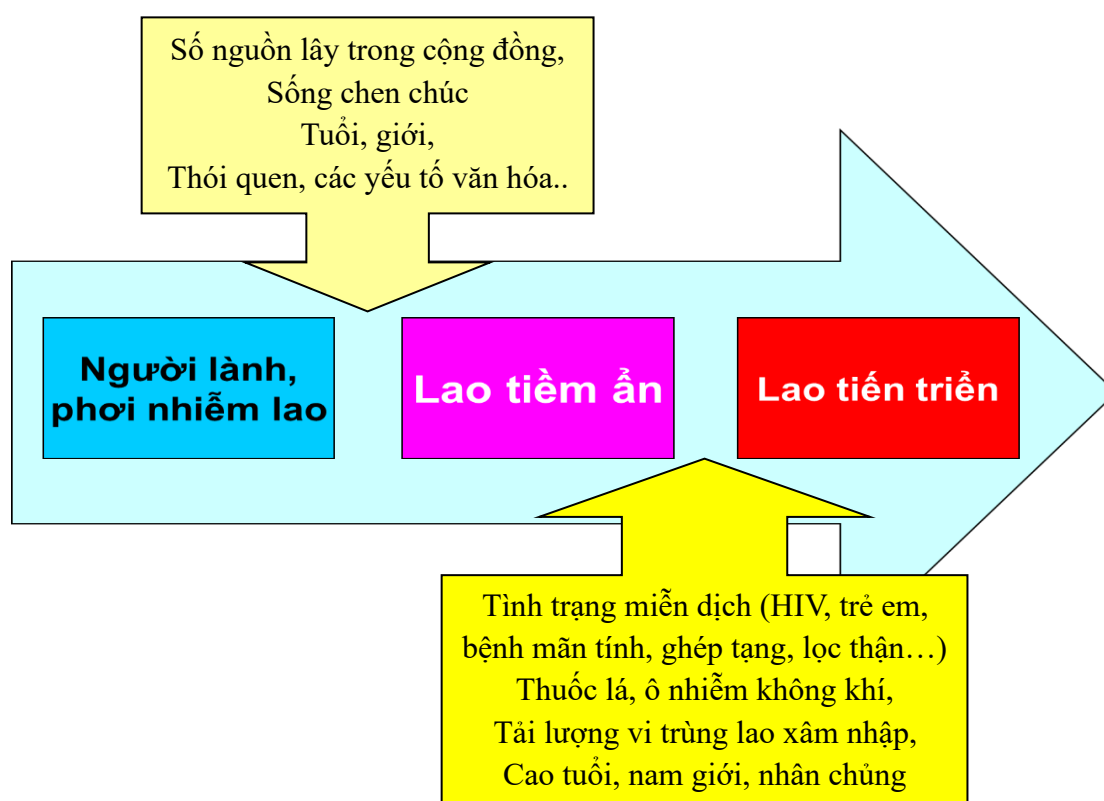
1.1.2. Giới thiệu chung về lao tiềm ẩn

Lao tiềm ẩn là tình trạng có vi khuẩn lao trong cơ thể nhưng không sinh trưởng được do sự không chế của hệ thống miễn dịch, vi khuẩn tồn tại trong cơ thể nhưng không hoạt động và có thể hoạt động sau này khi sức đề kháng của cơ thể suy giảm [5].

Nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao: khoảng 10% trong suốt cuộc đời những người khỏe mạnh có hệ thống miễn dịch bình thường bị nhiễm lao từ lúc nhỏ sẽ chuyển thành bệnh lao. Với những người suy giảm miễn dịch như đồng nhiễm HIV thì nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao hoạt động sẽ tăng lên rất cao, khoảng 10%/ năm. [8]

Bảng 1.1. Phân biệt giữa lao tiềm ẩn và lao hoạt động [10]

LAO TIỀM ẨN	LAO HOẠT ĐỘNG
<ul style="list-style-type: none"> - Trong cơ thể, vi khuẩn lao đang “ngủ”. - Không có triệu chứng của bệnh lao. - Không truyền bệnh cho người khác. - Phát hiện thông qua xét nghiệm Mantoux hoặc Quantiferon. - Điều trị bằng thuốc lao: 1-2 loại trong vòng 3-9 tháng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trong cơ thể, vi khuẩn lao đang hoạt động. - Có triệu chứng của bệnh lao. - Có thể lây bệnh lao cho người khác - Xét nghiệm Xquang có thể phát hiện các tổn thương ở phổi, các xét nghiệm cận lâm sàng khác - Điều trị bằng ít nhất 4 loại thuốc từ 6 tháng trở lên.

**Biểu đồ 1.1: Mô tả quá trình nhiễm lao và lao tiềm ẩn**

Chẩn đoán lao tiềm ẩn: Không có một tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán lao tiềm ẩn. Người nhiễm lao tiềm ẩn chỉ được chẩn đoán phát hiện thông qua các xét nghiệm miễn dịch học. Hiện tại, chẩn đoán lao tiềm ẩn dựa vào hai xét nghiệm chính: xét nghiệm Mantoux (Tuberculin Skin Test/TST) và thử nghiệm phóng thích Interferon-Gamma (Interferon-Gamma Release Assays/IGRAs) [5].

Bảng 1.2: So sánh xét nghiệm Mantoux và IGRA

Mantoux	IGRAs
<i>Điểm mạnh</i>	<i>Điểm mạnh</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Kỹ thuật đơn giản - Chi phí thấp - Khuyến áp dụng ở các nước có lưu hành bệnh lao cao, các nước có thu nhập thấp - trung bình thấp 	<ul style="list-style-type: none"> - Người bệnh chỉ cần đến cơ sở y tế 1 lần - Thời gian trả kết quả sau 24 giờ - Phân giải kết quả khách quan, sai số thấp - Không bị ảnh hưởng bởi tình trạng tiêm BCG trước kia. - Độ nhạy (76-93%) và độ đặc hiệu (96 - 98%) cao hơn TST
<i>Điểm yếu</i>	<i>Điểm yếu</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Thời gian đọc kết quả chậm (48-72 giờ sau khi làm xét nghiệm) - Người bệnh cần đến cơ sở y tế 2 lần để đọc kết quả phản ứng - Kết quả phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật tiêm và đọc kết quả của nhân viên y tế - Độ nhạy (71%) và độ đặc hiệu (66%) thấp hơn IGRAs - Độ đặc hiệu thấp ở những người đã tiêm phòng BCG, độ nhạy thấp ở những người có suy giảm miễn dịch 	<ul style="list-style-type: none"> - Kỹ thuật cao, phải thực hiện trong phòng xét nghiệm, nhân viên y tế cần được đào tạo - Chuyển đổi giả (từ kết quả âm tính sang dương tính giả) và đảo ngược kết quả (kết quả từ dương tính sang âm tính giả) - Không phân biệt giữa mắc lao tiềm ẩn và lao hoạt động, không có khả năng chẩn đoán loại trừ lao hoạt động. - Chi phí cao, không được khuyến cáo ở các nước nguồn lực hạn chế

Điều trị lao tiềm ẩn: Theo Hướng dẫn cập nhật về quản lý lao tiềm ẩn, TCYTTG khuyến cáo nên sử dụng phác đồ Isoniazid trong 6 tháng để điều trị lao tiềm ẩn cho cả người lớn và trẻ em ở cả những quốc gia có tỷ lệ mắc mới lao cao và thấp. Thay thế phác đồ 6 tháng Isoniazid ở những quốc gia có tỷ lệ mắc mới và lưu hành lao cao, TCYTTG khuyến cáo sử dụng phác đồ Rifapicin và Isoniazid uống hàng ngày trong 3 tháng để điều trị dự phòng lao cho trẻ em và người dưới 15 tuổi, hoặc phác đồ kết hợp Rifapentine và Isoniazid uống 1 lần/ tuần trong 3 tháng (12 liều) cho cả người lớn và trẻ em; đối với đối tượng là người lớn và trẻ vị thành niên có HIV(+), phác đồ Isoniazid hàng ngày trong tối thiểu 36 tháng được khuyến áp dụng không kể tình trạng đang điều trị thuốc kháng virus. Đối với những quốc gia có tỷ lệ mắc mới lao thấp, TCYTTG khuyến cáo có thể sử dụng các phác đồ sau để thay thế phác đồ 6 tháng isoniazid: 9 tháng isoniazid, hoặc 3 tháng Rifapentine kết hợp với isoniazid uống mỗi tuần 1 liều, hoặc 3-4 tháng Isoniazid kết hợp với Rifampicin, hoặc 3-4 tháng Rifampicin. Lưu ý đối với những người bệnh HIV đang điều trị dự phòng thuốc kháng vi rút (ARV), bác sỹ cần có khuyến cáo về nguy cơ tương tác thuốc khi sử dụng các phác đồ có Rifampicin và Rifapentin để điều trị lao tiềm ẩn [5].

1.2. Tình hình lao tiềm ẩn trên thế giới và các chiến lược can thiệp

1.2.1. Tình hình bệnh lao và lao tiềm ẩn trên thế giới

Tình hình bệnh lao

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới [1], mặc dù đã đạt được một số thành tựu đáng kể trong chống lao trong thời gian qua, bệnh lao vẫn đang tiếp tục là một trong các vấn đề sức khỏe cộng đồng chính trên toàn cầu. TCYTTG ước tính năm 2018 trên toàn cầu có khoảng 10 triệu người hiện mắc lao, với 7 triệu trường hợp mắc mới; tỷ lệ điều trị thành công trên toàn cầu là 85%. Trong đó, có 477.461 trường hợp lao có đồng nhiễm HIV được báo cáo. Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ chín trong các bệnh nhiễm

trùng, xếp trên cả HIV/AIDS, với khoảng 1,2 triệu người tử vong do lao (không nhiễm HIV) và khoảng 251.000 ca tử vong do đồng nhiễm lao/HIV.

Tình hình dịch tễ lao kháng thuốc đang có diễn biến phức tạp và đã xuất hiện ở hầu hết các quốc gia. Năm 2018, trên toàn cầu đã phát hiện thêm khoảng 500.000 người bệnh kháng Rifampicin, trong đó 78% người bệnh kháng đa thuốc, và chỉ 1/3 số người bệnh được bắt đầu điều trị lao kháng đa thuốc, ước tính tỷ lệ mắc lao đa kháng thuốc là 3,4% trong số người bệnh mới và là 18% trong số người bệnh điều trị lại. Tỷ lệ điều trị thành công trong nhóm người bệnh này vẫn thấp, ở mức 56%.

Hầu hết các trường hợp lao mới được phát hiện năm 2018 ở khu vực Đông Nam Á (chiếm 44%), Châu Phi (chiếm 24%), và Tây Thái Bình Dương (18%); các khu vực có tỷ lệ mắc lao thấp hơn gồm Đông Địa Trung Hải (chiếm 8%), Châu Âu (3%) và Châu Mỹ (3%). 8 quốc gia chiếm 1/3 tổng số người bệnh lao toàn cầu, gồm Ấn Độ, Trung Quốc, Indonesia, Philippines, Pakistan, Nigeria, Bangladesh và Nam Phi.

Xu hướng dịch tễ bệnh lao trên toàn cầu nói chung đang có chiều hướng giảm với tỷ lệ mới mắc giảm trong khoảng thời gian dài và có tốc độ giảm khoảng 1,6%/ năm trong giai đoạn 2000-2018, và 2%/năm trong giai đoạn 2017-2018, tỷ lệ giảm tích lũy giai đoạn 2015-2018 chỉ đạt 6,3%. Tỷ lệ tử vong do lao giảm 11% trong giai đoạn 2015-2018. Trong Chiến lược kết thúc bệnh lao (The End TB Strategy) đã được ban hành, TCYTTG đã đưa ra mục tiêu phát triển thiên niên kỷ trên toàn cầu đến năm 2020 giảm 20% số người bệnh lao mới mắc và 35% số người tử vong do lao so với năm 2015, đến năm 2025 sẽ giảm tương ứng là 50% và 75%. Như vậy, tốc độ giảm mới mắc cần phải tăng lên từ 4-5% mỗi năm vào năm 2020 và tăng lên 10% vào năm 2025. Hiện nay, ước tính mục tiêu này có thể đạt được ở một số khu vực trên thế giới, tuy nhiên rất có thể sẽ khó đạt được ở khu vực châu Phi vì liên quan đến tình hình dịch tễ HIV cao [1].

Tình hình lao tiềm ẩn

Theo số liệu ước tính cách đây khoảng 2 thập kỷ, 1/3 dân số trên thế giới nhiễm lao tiềm ẩn, tương đương khoảng 2-3 tỷ người [5,11]. Cách ước tính này dựa vào mối quan hệ cố định giữa gánh nặng bệnh lao và nguy cơ nhiễm lao hàng năm, trong khi sau gần 20 năm, có quá nhiều thay đổi, cụ thể dân số thế giới tăng từ 6 tỷ dân năm 1998 lên 7 tỷ dân năm 2014, và gánh nặng bệnh lao cũng có những chuyển biến đầy ấn tượng; do đó, cần phải có một ước tính lại gánh nặng lao tiềm ẩn trên thế giới. Tuy nhiên, hiện nay chưa có một xét nghiệm “tiêu chuẩn vàng” để đánh giá khả năng mắc lao tiềm ẩn, và chưa có số liệu chính xác về gánh nặng lao tiềm ẩn trên toàn cầu.

Năm 2014, một ước tính lại gánh nặng lao tiềm ẩn sử dụng mô hình toán học đã được thực hiện. Nhóm nghiên cứu đã xây dựng xu hướng nhiễm lao hàng năm của các Quốc gia trong giai đoạn 1934-2014 bằng cách tổng hợp số liệu ước tính trực tiếp về tỷ lệ nhiễm lao hàng năm từ các cuộc điều tra nhiễm lao tiềm ẩn của 131 quốc gia trong giai đoạn 1950-2011 và số liệu ước tính gián tiếp của TCYTTG về tỷ lệ hiện mắc lao phổi dương tính từ 218 quốc gia trong giai đoạn 1990-2014. Kết quả cho thấy ước tính năm 2014, gánh nặng lao tiềm ẩn trên toàn cầu là 23%, tương đương xấp xỉ 1,7 tỷ người nhiễm lao. Khu vực Đông Nam Á, Tây Thái Bình Dương và Châu Phi có tỷ lệ hiện mắc lao tiềm ẩn cao nhất trên thế giới, chiếm khoảng 80%. Tỷ lệ mới nhiễm lao tiềm ẩn được ước tính là 0,8% dân số toàn cầu, tương đương 55,5 triệu người hiện đang có nguy cơ cao mắc lao hoạt động [11]. Những nhóm dân số có nguy cơ mắc lao tiềm ẩn cao gồm người có HIV(+), người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao có bằng chứng vi khuẩn, người đang sử dụng thuốc chống ung thư, mắc bệnh bụi phổi silic, suy thận mạn hoặc lọc máu nhân tạo, ghép tạng, bệnh máu ác tính, phạm nhân, người sử dụng ma túy [5].

1.2.2. Chiến lược kiểm soát bệnh lao

Phòng bệnh lao thông qua phát hiện ca bệnh chủ động

Biện pháp cơ bản nhất để phòng bệnh lao là ngăn chặn sự lây truyền bệnh. Chẩn đoán sớm cho người bệnh lao hoạt động thông qua phát hiện ca bệnh chủ động sẽ làm giảm thời gian lây bệnh của người bệnh lao cho người xung quanh. Sàng lọc bằng XQuang rộng rãi là một biện pháp quan trọng trong kiểm soát lao ở nhiều nước có thu nhập cao từ năm 1930-1960, nhưng dần dần không còn được áp dụng nữa [12,13]. Ở các nước có thu nhập trung bình và thấp, hiện có rất ít nghiên cứu về vai trò của phát hiện chủ động. Phát hiện chủ động dựa vào cộng đồng không có tác động lâu dài đối với xu hướng dịch tễ học bệnh lao ở Zambia và Nam Phi [14], nhưng lại có vai trò làm giảm tỷ lệ hiện mắc lao ở Zimbabwe [15].

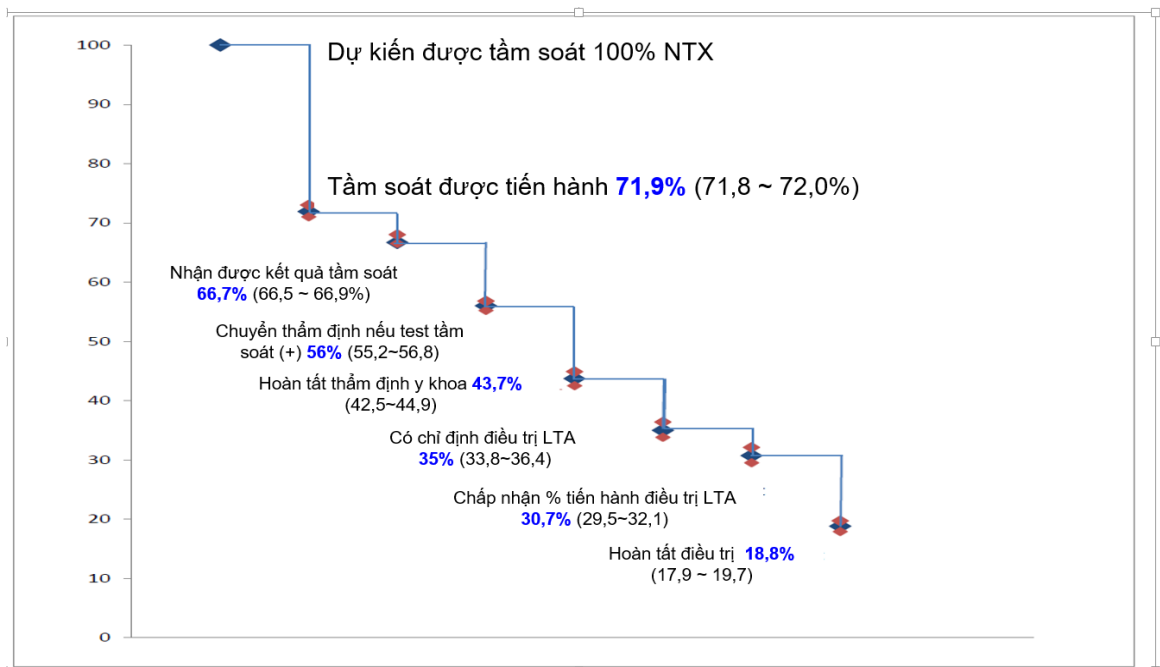
Phòng bệnh lao thông qua điều tra người tiếp xúc

Điều tra người tiếp xúc là điều tra những người mới tiếp xúc với người bệnh lao hoạt động có khả năng lây lan và chưa được điều trị. Tổ chức Y tế Thế giới mới đây nhấn mạnh rằng điều tra người tiếp xúc với người bệnh lao phổi hoạt động mới được chẩn đoán có vai trò quan trọng trong chương trình kiểm soát bệnh lao ở tất cả các quốc gia [4]. Điều này giúp phát hiện ca mắc bệnh lao hoạt động, cũng như phát hiện người mắc lao tiềm ẩn có nguy cơ cao trở thành lao hoạt động.

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng có tới 2-5% người tiếp xúc được phát hiện mắc lao hoạt động [16,17]. Tuy nhiên con số này sẽ tăng lên nếu như nguồn bệnh có khả năng lây nhiễm cao hay tiếp xúc với người bệnh ở khoảng cách càng gần và trong thời gian dài [16]. Theo hai nghiên cứu đánh giá hệ thống về điều tra tiếp xúc, tỷ lệ hiện mắc lao hoạt động ở người tiếp xúc giao động từ 1 đến 5%, phụ thuộc vào khả năng lây nhiễm của người bệnh chỉ điểm, khoảng thời gian tiếp xúc và hình thức tiếp xúc [16,17,16]. Tỷ lệ hiện mắc lao tiềm ẩn chung là 51,5% ở các nước có thu nhập trung bình và thấp [16,17,16] và 28,1% ở những nước có thu nhập cao [17]. Hiện nay, điều tra người tiếp

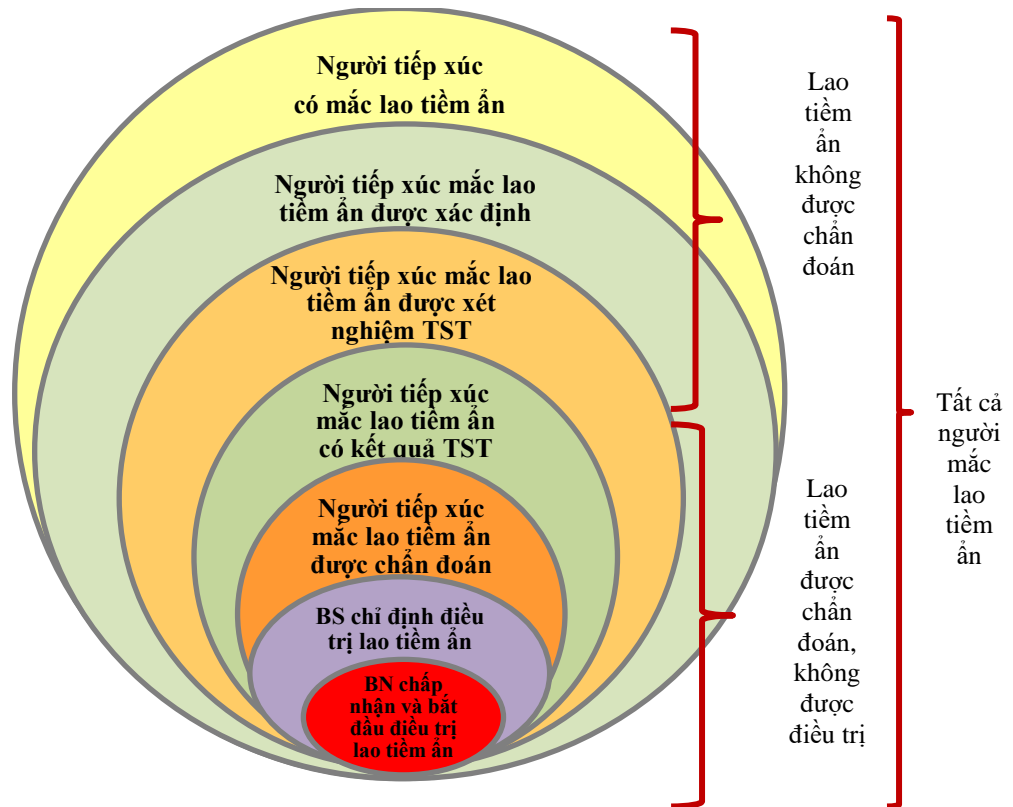
xúc được khuyến cáo mạnh mẽ trong chương trình kiểm soát lao ở các nước có thu nhập cao [12] và các nước có thu nhập trung bình và thấp [4] nhằm phát hiện số lượng lớn người tiếp xúc với người bệnh lao hoạt động, hoặc người mắc lao tiềm ẩn có nguy cơ mắc lao cao để đưa họ vào chương trình điều trị lao tiềm ẩn. Một nghiên cứu đơn lẻ cho thấy điều tra người tiếp xúc hộ gia đình thường quy đã giúp giảm bền vững tỷ lệ hiện mắc lao ở hai nước trong vùng cận Sahara của châu Phi [14].

Điều tra tiếp xúc gồm nhiều giai đoạn - được gọi là Chăm sóc đa bậc cho người mắc lao tiềm ẩn. Ở mỗi giai đoạn, đều có các trường hợp bỏ cuộc - do xác định sai những người cần đưa vào sàng lọc, do những người có kết quả xét nghiệm sàng lọc dương tính nhưng không hoàn thành các chẩn đoán y khoa, do nhân viên y tế không chỉ định điều trị, do người bệnh từ chối điều trị hoặc từ chối hoàn thành điều trị.



Biểu đồ 1.2. Kết quả phân tích dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn từ 58 nghiên cứu trên thế giới, 748.572 đối tượng nghiên cứu, từ 1990 - 2015 [18].

Dựa trên những nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị cho người nhiễm lao tiềm ẩn trước đây, nhóm nghiên cứu đã mô hình hóa các giai đoạn chẩn đoán và điều trị cho người nhiễm lao tiềm ẩn như Biểu đồ 1.3 dưới đây. Dựa trên biểu đồ này, các chỉ số đa bậc trong chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn sẽ được phát triển, thu thập thập và phân tích nhằm đánh giá hiệu quả của can thiệp trong nghiên cứu này.



Biểu đồ 1.3: Biểu đồ các bước chẩn đoán và điều trị người tiếp xúc với bệnh lao, chỉ rõ nơi người bệnh bỏ trị hoặc mất theo dõi có thể xảy ra [18]

Giảm nguy cơ nhiễm lao và chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao bằng tiêm vaxin BCG

Vắc-xin BCG (Bacille Calmette-Guérin) đã được sử dụng khá rộng rãi nhằm giúp cơ thể hình thành miễn dịch chống lại bệnh lao khi bị nhiễm lao. Nhiều nghiên cứu dịch tễ đã được triển khai trong những thập kỷ qua để đánh giá hiệu quả của vắc-xin BCG và kết quả chỉ ra BCG đạt hiệu quả 60-80%

chống lại một số thể lao nguy hiểm ở trẻ em, đặc biệt là lao màng não và lao kê, tuy nhiên, hiệu quả bảo vệ đối với các thể lao phổi còn khác nhau tùy theo từng khu vực địa lý. Năm 2014, một phân tích hệ thống về hiệu quả của vắc-xin BCG ở trẻ em từ 6 nghiên cứu và 1.745 đối tượng nghiên cứu đã được thực hiện, kết quả chỉ ra vắc-xin BCG có hiệu quả trong phòng nhiễm lao và phòng chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao, cụ thể hiệu quả bảo vệ của vắc-xin BCG đối với nhiễm lao ở trẻ em đạt 27%, đối với mắc lao hoạt động đạt 71%, và đối với nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao đạt 58% [14,19].

Phòng bệnh lao thông qua chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn

Lao tiềm ẩn có thể được chẩn đoán bằng các xét nghiệm miễn dịch, như xét nghiệm Mantoux (TST) và IGRA. Nếu điều trị một hoặc nhiều thuốc chống lao cho những người có kết quả xét nghiệm dương tính, thì nguy cơ phát triển thành bệnh lao hoạt động sẽ giảm [20,21,22,23]. Một nghiên cứu hoàn thành mới đây cho thấy Canada đã đầu tư trên 25 triệu đô la hàng năm cho chẩn đoán và điều trị cho khoảng 20.000 người mắc lao tiềm ẩn [24]. Một cuộc khảo sát ở 110 đơn vị y tế của Mỹ đã tổng kết rằng có 127.996 ca mắc lao tiềm ẩn đã bắt đầu điều trị trong năm 2000 tới 2002 [25]. Ước tính khoảng 290.000 - 433.000 người được điều trị lao tiềm ẩn hàng năm ở Mỹ [26,27]. Những báo cáo khác cho thấy điều trị lao tiềm ẩn là một hợp phần chính trong kiểm soát lao ở nhiều nước có thu nhập cao [28,29,30]. Ở những nước có thu nhập trung bình và thấp, Tổ chức Y tế Thế giới đã giới thiệu khuyến cáo điều trị lao tiềm ẩn cho người tiếp xúc gần gũi với người bệnh lao phổi dương tính [31] và người nhiễm HIV mắc lao tiềm ẩn [4].

Số người tiếp xúc được điều tra ở Mỹ và Canada vẫn chưa xác định được, mặc dù có trên 20.000 người Canada [24] và 300.000 người Mỹ [26] đã bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn mỗi năm, phần lớn là áp dụng phác đồ 9 tháng sử

dụng Isoniazid (INH) hàng ngày [27] - được xem là phác đồ chuẩn hiện nay [6,32], nhưng tỷ lệ hoàn thành điều trị rất thấp [33]. Do đó cần tìm kiếm những giải pháp thay thế - đặc biệt rút ngắn quá trình điều trị. Tuy nhiên, có một vấn đề lớn hơn chưa được cân nhắc và đã được mô tả trong một vài nghiên cứu về chương trình chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn ở quy mô lớn, đó là trước khi người bệnh bắt đầu phác đồ điều trị lao tiềm ẩn, có một số lượng lớn người bệnh đã bỏ cuộc hoặc mất theo dõi ở giai đoạn trước điều trị trong các chương trình này. Các rào cản được ghi nhận bao gồm sự thiếu hiểu biết về lao tiềm ẩn, thói quen có bệnh mới chữa, sự thiếu cam kết của nhân viên y tế trong cung cấp các dịch vụ chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn [34,35]. Các vấn đề trước điều trị là nguyên nhân làm giảm tác động y tế công cộng của điều trị lao tiềm ẩn lớn hơn là việc không hoàn thành điều trị.

Một số đánh giá về hoạt động điều trị lao tiềm ẩn trên phạm vi lớn ở Mỹ và Canada đã ghi nhận các trường hợp bỏ cuộc và mất theo dõi ở tất cả các giai đoạn [36,37,38,39,40,41,42,43]. Bên cạnh đó, các rào cản gặp phải ở giai đoạn trước điều trị có tác động tới hiệu quả của chương trình lớn hơn là hạn chế do không hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn. Hiện đã có một số nghiên cứu về chăm sóc đa bậc cho người mắc lao tiềm ẩn ở những nước có thu nhập trung bình và thấp. Ở Thái Lan [44] và Madawi [45], dưới 10% người tiếp xúc với người bệnh lao hoạt động được đưa vào sàng lọc. Ở Uganda [46], chỉ có 11% người nhiễm HIV hoàn thành sàng lọc lao tiềm ẩn (xét nghiệm Mantoux).

Bảng 1.3: Số người bệnh bỏ trị hoặc mất theo dõi tại các giai đoạn khác nhau trong chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn

Quốc gia tham khảo	Đối tượng	Sàng lọc* (n)	TST dương tính (n)	Đánh giá y tế (n)	Bắt đầu INH (n)	Kết thúc INH (%)	Kết thúc INH (Tỷ lệ TST dương tính)
USA [46]	Cơ sở y tế	-	2.621	-	1.572	39%	23%
USA [29]	Người tiếp xúc	2.267	630	447	398	51%	32%
USA [29]	Người tiếp xúc	56.100 (84%)	12.901	-	9.018	64%	38%
USA [31]	Người tiếp xúc	15.852 (88%)	4.609	-	3.048	64%	37%
CAN [36]	Trường học người tiếp xúc	720	162	142	56	90%	13%
CAN [37]	Đối tượng chung	7.669	782	525	293	48%	13%
USA [38]	Người tiếp xúc thân mật	5.426 (88%)	1.725	-	1.259	56%	36%
USA [6]	Người tiếp xúc tại nơi làm việc	494 (68%)	144	-	70	33%	11%
CAN [39]	Người nhập cư gần đây	13.726	697	544	256	76%	28%
CAN [41]	Đối tượng chung	19.001	4.292	-	814	56%	11%
Uganda [27]	Nhiễm HIV	1.096 (11%)	579	-	520	62%	10%

* Số trong dấu ngoặc đơn biểu thị tỷ lệ được sàng lọc của tất cả những người bệnh được xác định ban đầu - đã được mô tả trong 5 nghiên cứu.

Có một vài đánh giá chuyên sâu và phân tích tổng hợp các nghiên cứu thử nghiệm điều trị lao tiềm ẩn [21,22,36,47], nhưng chỉ có một nghiên cứu tổng hợp kết quả của các nghiên cứu về tuân thủ điều trị lao tiềm ẩn [48] cho thấy tỷ lệ hoàn thành điều trị giao động từ 20%-80%. Một nghiên cứu tổng hợp về tư vấn ở 3 thử nghiệm đã chỉ ra hoạt động tư vấn giúp cải thiện việc hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn [49]. Tuy nhiên, chưa có đánh giá hệ thống nào liên quan đến việc hoàn thành điều trị ở các giai đoạn khác nhau trong toàn bộ quá trình sàng lọc lao tiềm ẩn (không có đánh giá nào cho toàn bộ chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn).

Bảng 1.4: Các ví dụ về thử nghiệm can thiệp cụm đa bậc về bệnh lao mới đây

Quốc gia	Can thiệp	Đơn vị lựa chọn ngẫu nhiên	Chỉ số	Đối tượng nghiên cứu	
				Đơn vị	Cá nhân
Thử nghiệm ngẫu nhiên cụm					
Zambia và Nam Phi [14]	Sàng lọc dựa trên cộng đồng và chăm sóc lao/HIV tại gia đình	Cộng đồng	Tỷ lệ hiện mắc bệnh lao Tỷ lệ mới nhiễm lao	24	64.463 người lớn 8.809 trẻ em
Zimbabwe [17]	Phát hiện lao chủ động dựa vào cộng đồng	Cộng đồng	Phát hiện và tỷ lệ hiện mắc bệnh lao	46	110.432
Thử nghiệm can thiệp ngẫu nhiên cụm và can thiệp đa bậc					
Brazil [50,51]	TST và INH cho người bệnh HIV	Phòng khám HIV	Tỷ lệ mới mắc lao	29	17.413
Brazil [52]	GeneXpert cho chẩn đoán lao	Phòng xét nghiệm lao	Ghi nhận ca bệnh lao	14	24.227

Về phác đồ điều trị, trong 20 năm qua, những nỗ lực chính tập trung vào việc cải thiện hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn và thử nghiệm phác đồ điều trị lao tiềm ẩn ngắn hơn. Hiện tại có 3 phác đồ điều trị bằng Isoniazid (INH) thay

thế nhau. Phác đồ kết hợp Isoniazid (INH) và Rifampicin (RIF) trong thời gian 3 hoặc 4 tháng (3INH-RIF) có cùng hiệu lực, tỷ lệ hoàn thành điều trị và độc tính so với phác đồ INH trong thời gian 6 tháng (6INH) [36]. Phác đồ điều trị 12 liều INH và Rifapentine uống mỗi tuần một lần, có giám sát trực tiếp nhằm đảm bảo tỷ lệ hoàn thành điều trị cao hơn, có độc tính và hiệu lực ngang với phác đồ 9 tháng sử dụng INH [26]. Một phác đồ thay thế khác được khuyến cáo [6,32] là 4 tháng điều trị bằng Rifampicin (4RIF). Một nghiên cứu phác đồ 2 tháng điều trị bằng RIF ở chuột [38] và một nghiên cứu phác đồ 3 tháng điều trị bằng RIF điều trị cho nam giới lớn tuổi ở Trung Quốc mắc bệnh Bụi phổi và lao tiềm ẩn [23] được xác định là có hiệu lực như phác đồ 6INH.

Kết quả điều trị lao tiềm ẩn

Điều trị lao tiềm ẩn là một thành tố chính của các chương trình kiểm soát bệnh lao ở các quốc gia có thu nhập cao trong nhiều thập kỷ. Đối với các quốc gia có thu nhập thấp, việc triển khai và mở rộng điều trị lao tiềm ẩn gặp các khó khăn về nguồn lực và ưu tiên nguồn ngân sách hạn chế cho các hoạt động phát hiện bệnh lao hoạt động. Không lâu sau khi Isoniazid (INH) được phát hiện hiệu quả trong điều trị bệnh lao, nó cũng đã được phát hiện có hiệu quả dự phòng bệnh lao. Trong nhiều thập kỷ, INH là phác đồ duy nhất điều trị lao tiềm ẩn, đưa lại hiệu quả đến 90% nếu được điều trị phù hợp. Tuy nhiên, thời gian điều trị kéo dài 9-12 tháng đã làm giảm tỷ lệ chấp nhận và tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Tác dụng phụ của phác đồ điều trị hàng ngày bằng INH trong 9-12 tháng được đánh giá là một trong những hạn chế đối với hiệu quả điều trị, đặc biệt khi điều trị cho bệnh nhân lao tiềm ẩn là những người không có triệu chứng bệnh. Tác dụng phụ được quan tâm nhiều nhất là gây tổn thương cho gan. Một phân tích tổng hợp 6 nghiên cứu trên 38.000 người điều trị phác đồ INH cho thấy có 0,6% phát triển nhiễm độc gan. Các tác dụng phụ hiếm gặp hơn bao gồm bệnh thiếu máu, chứng giảm bạch cầu, co giật hoặc hội chứng tương tự lu-pút ban đỏ hệ thống. Đối với hoàn thành điều trị, một

tổng quan hệ thống của 78 nghiên cứu về tuân thủ điều trị lao tiềm ẩn cho thấy tỷ lệ hoàn thành điều trị phác đồ uống hàng ngày bằng INH từ 61-64%. Có rất nhiều rào cản dẫn đến tỷ lệ chấp nhận và tuân thủ điều trị lao tiềm ẩn bằng phác đồ uống INH hàng ngày thấp, bao gồm nhận thức về nguy cơ mắc bệnh, lo ngại các tác dụng phụ, thời gian điều trị kéo dài trong khi không có triệu chứng bệnh, tình trạng vô gia cư, bị lạm dụng và di cư [53].

Các rào cản nêu trên cũng đã lý giải mặc dù phác đồ điều trị dự phòng lao đã có sẵn từ những năm 60 của thế kỷ trước, các bằng chứng đã chứng minh điều trị lao tiềm ẩn hiệu quả, nhấn mạnh tầm quan trọng của quản lý lao tiềm ẩn; tỷ lệ điều trị và diện bao phủ điều trị lao tiềm ẩn tăng lên rất chậm và có nhiều thiếu hụt nghiêm trọng để có thể đạt được mục tiêu toàn cầu là 90% người có HIV và người tiếp xúc hộ gia đình với bệnh nhân lao phổi được điều trị lao tiềm ẩn vào năm 2035. Năm 2017, tỷ lệ bao phủ điều trị lao tiềm ẩn trong nhóm người có HIV khác nhau đáng kể giữa các quốc gia có gánh nặng lao và HIV cao, đạt trung bình 36% (range 1-53%); đối với nhóm trẻ em, chỉ 23% trẻ em dưới 5 tuổi được điều trị lao tiềm ẩn [1,54].

Những vấn đề của phác đồ điều trị lao tiềm ẩn chỉ sử dụng INH đã dẫn đến việc cần xem xét nghiên cứu các phác đồ ngắn và an toàn hơn. Từ năm 1989, các nhà khoa học đã thử nghiệm trên chuột và một thời gian dài sau đó là các thử nghiệm trên người đối với phác đồ kết hợp Rifampicin và Pyrazinamid điều trị trong 2 tháng (2RZ), phác đồ kết hợp Isoniazid (INH) và Rifampicin (RIF) trong thời gian 3 hoặc 4 tháng (3-4INH-RIF), phác đồ chỉ uống Rifampicin hàng ngày trong vòng 4 tháng (4RIF). Kết quả thử nghiệm cho thấy phác đồ 2RZ thường xuyên xảy ra các tác dụng phụ nghiêm trọng hơn cả phác đồ uống hàng ngày bằng Isoniazid trong vòng 9 tháng (9H); đáng chú ý hơn, mặc dù thời gian điều trị chỉ 2 tháng, các thử nghiệm cho thấy tỷ lệ hoàn thành điều trị của phác đồ 2RZ không có khác biệt đáng kể so với phác đồ 9H. Trong khi đó, phác đồ 3-4INH-RIF cho thấy tỷ lệ hoàn thành điều trị

và xảy ra tác dụng phụ tương tự phác đồ 9H; còn phác đồ 4RIF cho thấy tỷ lệ hoàn thành điều trị cao hơn và an toàn hơn phác đồ 9H [53].

Năm 2012, TCYTTG đã khuyến cáo sử dụng phác đồ uống hàng ngày bằng Isoniazid trong vòng 6 tháng cho trẻ em [4]; tuy nhiên, tổng quan hệ thống đối với các nghiên cứu về điều trị lao tiềm ẩn cho trẻ em đã cho thấy phác đồ 3-4INH-RIF có hiệu lực tương tự phác đồ 6H, 9H trong khi có tỷ lệ hoàn thành điều trị cao hơn và không xảy ra tổn thương cho gan. Cụ thể, tỷ lệ xảy ra các tác dụng phụ liên quan đến tổn thương dạ dày, ruột là 6,5% đối với phác đồ 9H và 0,7% đối với phác đồ 4INH-RIF ($p < 0,0001$); xảy ra tăng men gan tạm thời là 6% đối với người điều trị bằng phác đồ 9H so với 1,2% trong nhóm trẻ điều trị bằng phác đồ 4INH-RIF ($p < 0,0001$); tỷ lệ tổn thương chức năng gan 0,45% ở phác đồ 4INH-RIF so với 1,9% ở phác đồ 9H. Tỷ lệ hoàn thành điều trị của phác đồ 3INH-RIF là 66,7%, cao hơn đáng kể so với phác đồ 6H (27,6%) [55,56,57].

Một số nghiên cứu cũng đưa ra kết quả tương tự, cho thấy tỷ lệ chấp nhận và bắt đầu điều trị của phác đồ chỉ có INH thấp hơn so với phác đồ có Rifampicin (62% so với 83%). Đối với hoàn thành điều trị, tỷ lệ trung bình là 62%, tỷ lệ ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình chỉ đạt 52% trong khi tỷ lệ này ở các quốc gia có thu nhập cao là 70%. Phát hiện từ các nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ hoàn thành điều trị nói chung của phác đồ ngắn hạn cao hơn đến 20% so với phác đồ 6-9H [18].

Một nghiên cứu quan sát trên lô bệnh nhân điều trị lao tiềm ẩn bằng phác đồ 3HP thông qua 16 chương trình của Hoa Kỳ đã cho thấy tỷ lệ hoàn thành điều trị của phác đồ 3HP đạt 87,2%, trong đó, nhóm từ 2-17 tuổi đạt tỷ lệ hoàn thành điều trị cao nhất (94,5%), nhóm từ 18-64 tuổi đạt tỷ lệ 89,1%, nhóm trên 65 tuổi đạt tỷ lệ hoàn thành điều trị thấp nhất (78,6%). Nhóm bệnh nhân vô gia cư có tỷ lệ hoàn thành điều trị 81,2%. Tỷ lệ xảy ra phản ứng không mong muốn được báo cáo là 35,7% bệnh nhân. Khoảng 1/3 số bệnh

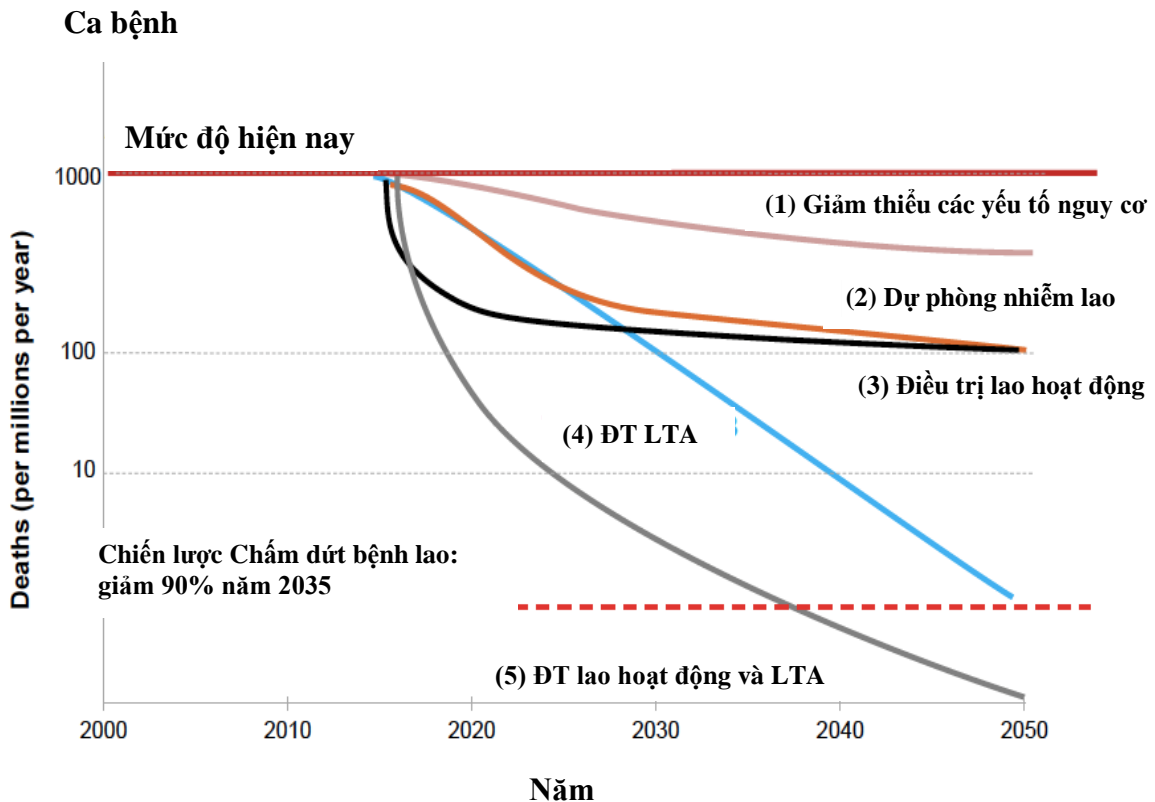
nhân điều trị phác đồ 3HP (35,7%) báo cáo xảy ra các tác dụng phụ trong quá trình điều trị, phổ biến là buồn nôn, mệt mỏi, đau cơ, đau đầu, sốt, ớn lạnh, chóng mặt, đau bụng. Trong số những người báo cáo xảy ra các tác dụng phụ, 21% (246 người) dừng điều trị, 0,8% (26 người) phải nằm viện xử lý các phản ứng phụ của thuốc, 0,6% (19 người) được khám tại khoa cấp cứu trong quá trình điều trị, và không có trường hợp tử vong nào được báo cáo trong quá trình điều trị cũng như theo dõi sau đó. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh chấp nhận điều trị lao tiềm ẩn bằng phác đồ 3HP, thể hiện ở tỷ lệ hoàn thành điều trị cao và tỷ lệ phải ngừng điều trị do xảy ra các phản ứng phụ thấp; do đó, cần xem xét mở rộng điều trị lao tiềm ẩn bằng phác đồ 3HP [58].

Năm 2018, dựa trên kết quả rà soát các bằng chứng sẵn có về sử dụng các phác đồ điều trị dự phòng khác nhau, TCYTTG đã xuất bản Hướng dẫn cập nhật, trong đó bổ sung các phác đồ thay thế phác đồ chỉ sử dụng INH uống hàng ngày trong vòng 6-9 tháng, bao gồm phác đồ điều trị 12 liều INH và Rifampentine uống mỗi tuần một lần (3HP), phác đồ kết hợp Isoniazid (INH) và Rifampicin (RIF) trong thời gian 3 hoặc 4 tháng (3INH-RIF) và 4 tháng điều trị bằng Rifampicin (4RIF) [5].

Mô hình thanh toán bệnh lao toàn cầu

Năm 2011, Tổ chức Y tế thế giới đã hướng đến tầm nhìn một thế giới không còn bệnh lao, nhưng đây thực sự là một thách thức rất lớn. Để đạt được mục tiêu này, cần phải giảm tỷ lệ mắc mới hàng năm còn ít hơn 1/1.000.000 dân vào năm 2050. So sánh với ước tính tỷ lệ mắc mới năm 2010 là 1.280/1.000.000, tương đương 9 triệu người bệnh lao mới năm 2010 sẽ giảm xuống còn ít hơn 9.000 trên tổng dân số ước tính là 9 tỷ người năm 2050. Theo đó, tỷ lệ mắc mới phải giảm trung bình 20% mỗi năm từ 2015-2050. Tỷ lệ giảm này sẽ không thể nào đạt được ở bất kỳ khu vực địa lý cũng như bất kỳ thời điểm nào với những công cụ và hệ thống phòng chống lao đang cung cấp tại thời điểm này [59].

Năm 2012, các nhà nghiên cứu đã sử dụng mô hình toán học để đưa ra các suy luận về xu hướng giảm gánh nặng bệnh lao dựa trên kịch bản các can thiệp.



Dye C et al., Prospects for Tuberculosis Elimination. Ann Rev Public Health 2013. 34:271-86

Biểu đồ 1.4: Mô hình thanh toán bệnh lao toàn cầu [59]

(1) Can thiệp giảm thiểu các yếu tố nguy cơ có thể góp phần kiểm soát bệnh lao, nhưng đóng vai trò rất nhỏ trong chiến lược chấm dứt bệnh lao toàn cầu. (2) Can thiệp dự phòng nhiễm lao cũng có thể giúp giảm tỷ lệ mắc mới gấp 10 lần, tuy nhiên, không giống thuốc điều trị, vắc-xin ngừa lao không có hiệu quả đối với các trường hợp tử vong do lao. (3) Can thiệp cải thiện chất lượng điều trị lao hoạt động (điều trị sớm, cung cấp công cụ chẩn đoán có độ nhạy cao hơn, tỷ lệ điều trị thành công cao hơn) có thể làm giảm tỷ lệ mắc mới lao gấp 10 lần, nhưng không thể giúp giảm gấp 100 hoặc 1000 lần; tuy nhiên cũng góp phần thanh toán dịch bệnh do giúp giảm tỷ lệ tử vong do lao. (4) Can thiệp giúp giảm nhiều hơn tỷ lệ mắc mới và tử vong do lao yêu cầu sự cung ứng thuốc hoặc vắc-xin để vô hiệu hoá lao tiềm ẩn. Và (5) tỷ lệ mắc mới chỉ có thể giảm xuống 1/1.000.000 bằng phối hợp các can thiệp điều trị lao tiềm ẩn và lao hoạt động [59].

Năm 2014, Tổ chức y tế thế giới đã ban hành Chiến lược Chấm dứt bệnh lao toàn cầu, đặt ra mục tiêu đến năm 2035 giảm 95% tỷ lệ tử vong do lao so với năm 2015, và giảm 90% tỷ lệ mắc mới lao so với năm 2015. Tổ chức y tế thế giới cũng đưa ra giải pháp để có thể đạt được mục tiêu này, bao gồm sử dụng tối ưu các công cụ hiện tại, bao phủ y tế toàn dân, nghiên cứu và áp dụng vắc-xin, thuốc mới và phác đồ điều trị mới, đặc biệt nhấn mạnh vai trò của phối hợp điều trị lao hoạt động và lao tiềm ẩn [60]. Những giải pháp này đã định hướng Chương trình chống lao Quốc gia lựa chọn các can thiệp chính trong Chiến lược chấm dứt bệnh lao tại Việt Nam [7,61].

1.3. Tình hình lao tiềm ẩn ở Việt Nam và các chiến lược can thiệp

1.3.1. Tình hình bệnh lao và lao tiềm ẩn ở Việt Nam

Tình hình bệnh lao

Việt Nam vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, sau kết quả điều tra dịch tễ lao lần thứ 2 vào năm 2017 - 2018, TCYTTG đã ước tính lại tình hình dịch tễ về lao tại Việt Nam, Việt Nam hiện đứng thứ 11 trong 30 nước có số người bệnh lao cao nhất trên toàn cầu, đồng thời đứng thứ 11 trong số 30 nước có gánh nặng bệnh lao kháng đa thuốc cao nhất thế giới [1].

Bảng 1.5: Tình hình dịch tễ bệnh lao tại Việt nam 2018

<i>Ước tính gánh nặng bệnh lao - 2018</i>	<i>Số lượng (nghìn người)</i>	<i>Tỷ lệ (trên 100.000 dân)</i>
Tử vong do lao (loại trừ HIV)	11 (6,7-15)	11 (7-16)
Lao mới mắc các thể (bao gồm cả HIV +)	174 (111-251)	182 (116-263)
Lao /HIV dương tính mới mắc	6 (3,8-8,6)	6,2 (4-9)
Tỷ lệ phát hiện các thể (%)	57 (40-90)	
Tỷ lệ kháng đa thuốc trong người bệnh mới (%)	3,6 (3,4 - 3,8)	
Tỷ lệ kháng đa thuốc trong người bệnh điều trị lại (%)	17 (17 - 18)	
% người bệnh lao được xét nghiệm HIV	85 %	
% HIV dương tính trong số người xét nghiệm HIV	3 %	

Nguồn: Updated country profile Vietnam 2019 - WHO

Tình hình lao tiềm ẩn

Theo định nghĩa của CTCLQG, nhiễm lao (lao tiềm ẩn) là tình trạng có vi khuẩn lao trong cơ thể nhưng không sinh trưởng được do sự khống chế của hệ thống miễn dịch, vi khuẩn tồn tại trong cơ thể nhưng không hoạt động và có thể hoạt động sau này khi sức đề kháng của cơ thể suy giảm. Người nhiễm lao không có biểu hiện lâm sàng của bệnh lao, số lượng vi khuẩn lao ít, có thể phát hiện tình trạng nhiễm lao thông qua các xét nghiệm miễn dịch học như phản ứng Mantoux, hoặc xét nghiệm IGRA (xét nghiệm trên cơ sở giải phóng interferon gamma) [8].

Các số liệu thống kê về tình hình nhiễm lao tiềm ẩn ở Việt Nam còn rất hạn chế. Điều tra tình hình nhiễm lao và mắc lao toàn quốc lần đầu tiên được thực hiện năm 2006-2007 cho thấy, nguy cơ nhiễm lao chung hàng năm của Việt Nam hiện nay là 1,67%, trong đó khu vực thành thị là 2,19%, miền núi là 1,55%, nông thôn là 1,63%, miền bắc là 1,57%, miền trung là 1,49% và miền nam là 2,05% [2]. Theo đó, CTCLQG ước tính có hơn 40% dân số Việt Nam đã nhiễm lao.

Việt Nam cũng đã triển khai một số nghiên cứu để ước tính gánh nặng lao tiềm ẩn, tuy nhiên thường chỉ triển khai ở quy mô nhỏ. Một nghiên cứu cắt ngang phân tích và theo dõi dọc nhằm xác định tỷ lệ nhiễm lao tiềm ẩn dựa vào kết quả của xét nghiệm IGRAs và nguy cơ phát sinh lao phổi hoạt động ở người nhà tiếp xúc với người bệnh lao phổi có AFB dương tính (+) tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi tỉnh Bình Định từ năm 2011 đến năm 2013 đã kết luận tỷ lệ người nhà người bệnh lao phổi có IGRAs dương tính chiếm tỷ lệ 36,5%; 5% người nhà người bệnh lao phổi phát sinh bệnh lao sau 12 tháng tiếp xúc; 7% phát sinh sau 18 tháng tiếp xúc. Nhóm người nhà tiếp xúc có IGRA dương tính có nguy cơ mắc lao cao gấp 5 lần và 6 lần so với nhóm người nhà tiếp xúc có IGRA âm tính sau 12 tháng và 18 tháng [62]. Một

nghiên cứu cắt ngang khác cũng đã được thực hiện ở Cà Mau đối với 1.319 người ≥ 15 tuổi được lựa chọn ngẫu nhiên, kết quả đã chỉ ra tỷ lệ hiện mắc lao tiềm ẩn là 36,8%, tỷ lệ IGRA dương tính ở nữ thấp hơn nam giới (31% và 44,7%) [63]. Cũng tại Cà Mau, Viện nghiên cứu Y khoa Woolcock đã phối hợp với CTCLQG thực hiện một nghiên cứu đánh giá tỷ lệ nhiễm lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao kháng đa thuốc và người bệnh lao phổi mới, kết quả cho thấy 25,8% người tiếp xúc với người bệnh lao phổi mới và 40,8% người tiếp xúc với người bệnh lao kháng đa thuốc có kết quả Mantoux dương tính, nghiên cứu cũng kết luận nhóm tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao kháng thuốc có nguy cơ cao phát triển thành bệnh lao hoạt động [64].

Bên cạnh đối tượng tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi, nhân viên y tế cũng là nhóm nguy cơ cao nhiễm lao tiềm ẩn được quan tâm. Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) tại Việt Nam đã tiến hành Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm lao trên nhân viên y tế và yếu tố nguy cơ tại Việt Nam giai đoạn 2014-2015. Số liệu nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm lao trong nhóm nhân viên y tế nói chung là 27,8%, trong đó, tỷ lệ ở nhân viên y tế làm việc cho bệnh viện lao và cho bệnh viện đa khoa lần lượt là 38,6% và 26,5%. Sau khi các yếu tố liên quan như tuổi, giới, tiền sử hút thuốc, tiền sử đái tháo đường, tiền sử mắc lao, tiếp xúc với người bệnh lao phổi tại nhà hoặc cộng đồng, khoa phòng làm việc, loại bệnh viện được đưa vào mô hình phân tích hồi quy đa biến, kết quả cho thấy những nhân viên y tế làm việc ở các bệnh viện lao có tỷ lệ nhiễm lao tiềm ẩn cao gấp 1,8 lần so với các nhân viên y tế khác [65].

1.3.2. Chương trình quản lý lao tiềm ẩn ở Việt Nam

Tại Việt Nam, chương trình quản lý lao tiềm ẩn bắt đầu triển khai cho nhóm đối tượng người nhiễm HIV từ những năm đầu 2000. Đến năm 2012,

đôi tượng được điều trị lao tiềm ẩn mở rộng thêm cho nhóm trẻ em dưới 5 tuổi và dưới 15 tuổi có HIV(+) sống chung với nguồn lây lao, CTCLQG đã triển khai thí điểm điều trị bằng Isoniazid cho nhóm trẻ dưới 5 tuổi tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi tại 4 tỉnh Hà nội, Thái Bình, Thành phố Hồ Chí Minh và Cần Thơ, với tỷ lệ tham gia điều trị dự phòng đạt khoảng 63% và tỷ lệ hoàn thành điều trị đạt 89% [66]. Từ năm 2015, hoạt động quản lý và điều trị dự phòng lao tiềm ẩn ở trẻ em đã được mở rộng ra toàn quốc. Năm 2017, theo số liệu của CTCLQG, 18.679 trẻ em dưới 15 tuổi được xác định có tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao, gồm 8.534 là trẻ em dưới 5 tuổi và 10.006 trẻ em dưới 15 tuổi, trong đó, tỷ lệ chấp nhận điều trị lao tiềm ẩn trong hai nhóm trẻ lần lượt là 60,4 và 44,4% [67].

Bảng 1.6: Điều trị dự phòng INH cho trẻ dưới 15 tuổi năm 2017 [67]

Nhóm trẻ	0-4 tuổi	5-14 tuổi
Ước tính số trẻ có tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi (*)	21.615	41.958
Số trẻ tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi được nhận diện	8.534 (39,5%)	10.006 (23,8%)
Có triệu chứng nghi lao	1.529	1.575
Đủ tiêu chuẩn điều trị dự phòng Isoniazid (INH):		
- Dưới 5 tuổi	6.819	719
- Dưới 15 tuổi có HIV(+)		
- Loại trừ lao hoạt động		
Chấp nhận điều trị dự phòng INH trong số đủ tiêu chuẩn	4.125 (60,4%)	319 (44,4%)

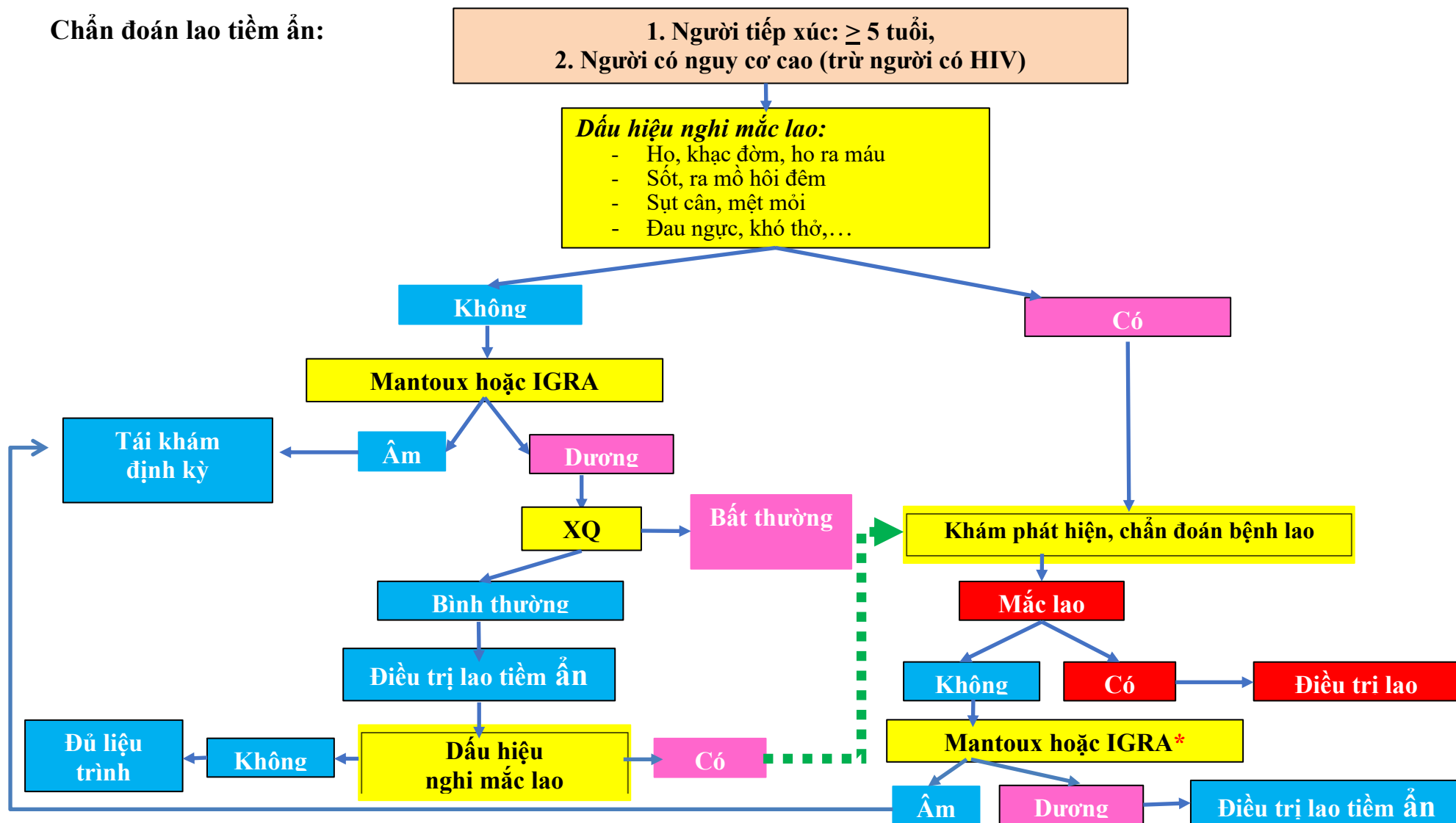
(*) Tổng số trẻ có tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi được ước tính như sau: Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 công bố số người bình quân/ hộ là 3,8 người, tỷ lệ trẻ 0-4 tuổi và 5-14 tuổi trong dân số lần lượt chiếm 8,5% và 16,5% [68]. Theo số liệu của CTCLQG năm 2017, số người bệnh lao phổi là 84.765 [67]. Giả định trung bình mỗi gia đình sẽ có 1 người bệnh lao phổi có bằng chứng vi khuẩn, ước tính một ca lao phổi có trung bình 3 người tiếp xúc, theo đó, có thể ước tính tổng số người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi có bằng chứng vi khuẩn năm 2017 là 254.295, trong đó nhóm 0-4 tuổi là 21.615 người (8,5%) và nhóm 5-14 tuổi là 41.958 người (16,5%).

Năm 2015, Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn điều trị lao tiềm ẩn cho người nhiễm HIV và trẻ em dưới 5 tuổi sống cùng nhà với người bệnh lao phổi (được loại trừ không mắc lao) nhằm thúc đẩy quản lý lao tiềm ẩn ở 2 nhóm đối tượng này rộng rãi trên toàn quốc [8]. Đến năm 2017 và sau đó là năm 2020, cuốn tài liệu đã được cập nhật lại để phù hợp với các khuyến cáo từ TCYTTG và thực tiễn của CTCLQG, theo đó, đối tượng có nguy cơ nhiễm lao tiềm ẩn được mở rộng, quan tâm đến nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi bao gồm cả người lớn và trẻ em, và bổ sung phác đồ điều trị lao tiềm ẩn ngắn hạn (12 liều điều trị bằng Rifapentin và Isoniazid, mỗi tuần 1 liều trong vòng 3 tháng (3HP), 3 tháng điều trị bằng Rifampicin và Isoniazid (3RH)), cụ thể [9,70]:

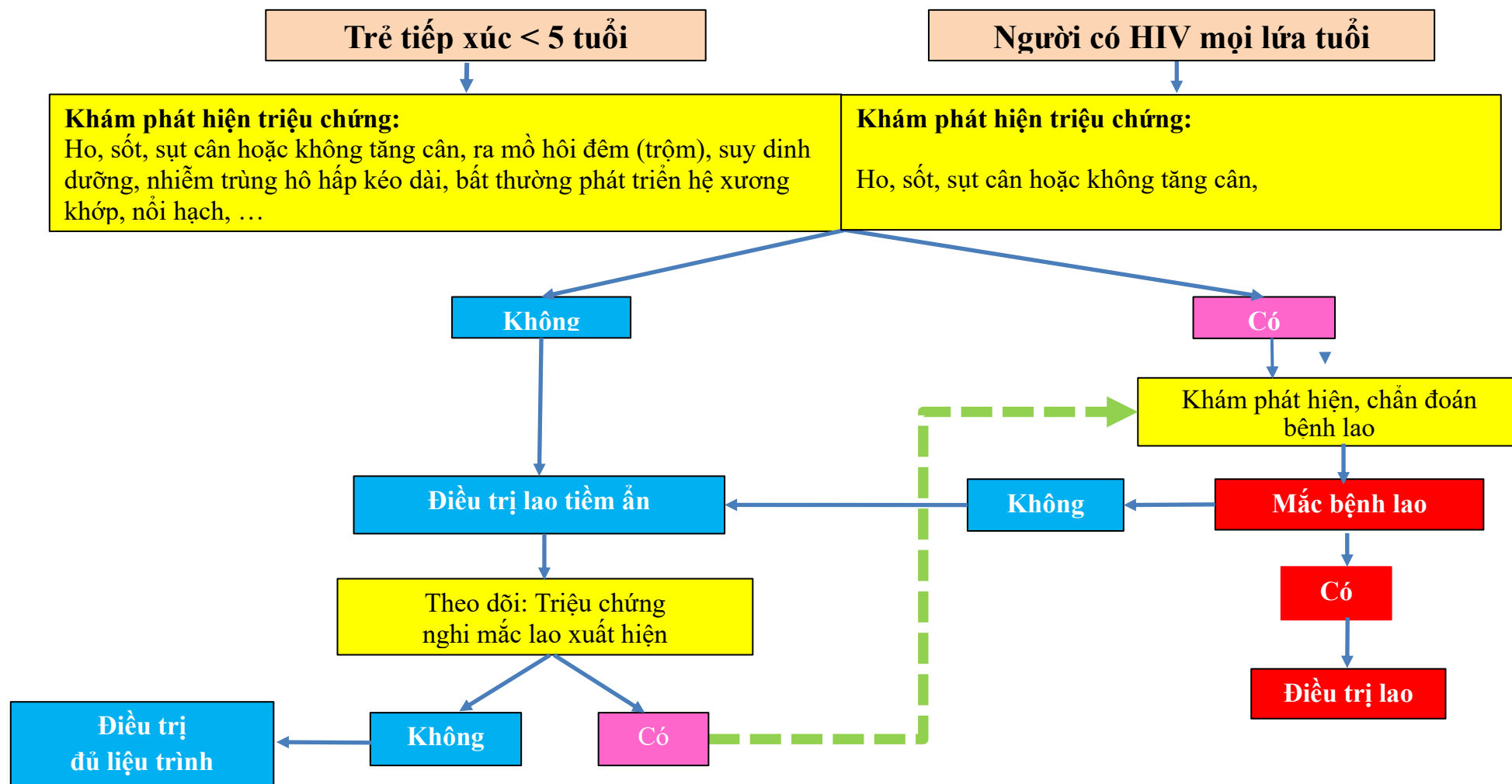
Đối tượng có nguy cơ nhiễm lao tiềm ẩn:

- *Những người có khả năng tiếp xúc thường xuyên với người bệnh lao*
 - Trẻ dưới 5 tuổi tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi.
 - Người từ 5 tuổi trở lên tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi.
 - Nhân viên y tế làm việc tại các đơn vị phòng chống lao hoặc các cơ sở y tế có thể có người bệnh lao đến khám.
 - Nhân viên quản giáo, nhân viên làm việc tại các trại giam, trại giáo dưỡng.
- *Nhóm người có các yếu tố làm tăng nguy cơ phát triển từ nhiễm lao thành bệnh lao:*
 - Người có HIV mọi lứa tuổi.
 - Người bệnh bụi phổi.
 - Người bệnh đái tháo đường.
 - Người bệnh suy thận, chạy thận nhân tạo.
 - Người bệnh cấy ghép tạng và những người chuẩn bị cấy ghép tạng.
 - Người bệnh điều trị ức chế miễn dịch kéo dài (bệnh hệ thống vd: lupus, viêm khớp dạng thấp, vẩy nến,...).
 - Người bệnh điều trị thuốc sinh học (anti-TNF).

Chẩn đoán lao tiềm ẩn:



Biểu đồ 1.5: Quy trình khám phát hiện và quản lý lao tiềm ẩn cho người tiếp xúc ≥ 5 tuổi và cho người có nguy cơ cao khác trừ người HIV dương tính (+) [70]



Biểu đồ 1.6. Quy trình khám phát hiện và quản lý lao tiềm ẩn cho trẻ tiếp xúc <5 tuổi và người có HIV mọi lứa tuổi [70]

Các bước chẩn đoán lao tiềm ẩn:

Bước 1: Xác định đối tượng có nguy cơ cao

Bước 2: Phát hiện các triệu chứng nghi lao trên lâm sàng (hỏi, khám lâm sàng):

- Nếu có triệu chứng nghi lao, cần tiếp tục làm các xét nghiệm tiếp theo để chẩn đoán bệnh lao theo quy trình thường quy. Nếu loại trừ bệnh lao, cần làm xét nghiệm chẩn đoán lao tiềm ẩn.
- Nếu không có triệu chứng nghi lao cần làm các xét nghiệm chẩn đoán lao tiềm ẩn.

Bước 3: Xét nghiệm chẩn đoán lao tiềm ẩn:

Để phát hiện nhiễm lao tiềm ẩn thường làm test da với Tuberculin (TST), còn gọi xét nghiệm Mantoux hoặc sử dụng các test IGRAs để đo lường Interferon-gama trong huyết thanh đáp ứng với kháng nguyên đặc hiệu của trực khuẩn lao.

Xử trí tiếp theo căn cứ vào kết quả xét nghiệm:

- Xét nghiệm dương tính: Chụp Xquang để loại trừ bệnh lao hoạt động.
- Xét nghiệm âm tính: làm lại xét nghiệm sau 8-10 tuần đối với người tiếp xúc gần gũi (sống cùng hộ gia đình) với người bệnh lao.

Bước 4: Chẩn đoán loại trừ và phát hiện lao hoạt động:

- Tất cả những đối tượng trước khi được điều trị lao tiềm ẩn cần được chẩn đoán loại trừ đang mắc bệnh lao hoạt động.
- Trong hoặc sau quá trình điều trị lao tiềm ẩn, tất cả đối tượng có triệu chứng nghi lao cần được chẩn đoán loại trừ mắc lao hoạt động.

Điều trị lao tiềm ẩn:

Đối tượng cần điều trị Lao tiềm ẩn:

- Những đối tượng điều trị không cần làm Mantoux hoặc IGRAs:
 - + Trẻ dưới 5 tuổi sống cùng nhà với người mắc bệnh Lao phổi.
 - + Người lớn và trẻ em HIV (+).
- Những đối tượng chỉ điều trị lao tiềm ẩn khi có Mantoux dương tính hoặc IGRAs dương tính:

+ Người lớn và trẻ em trên 5 tuổi thuộc các nhóm nguy cơ khác (ngoài nhóm trẻ tiếp xúc dưới 5 tuổi, người nhiễm HIV).

Bảng 1.7: Phác đồ điều trị lao tiềm ẩn

Phác đồ	Liều lượng	Sử dụng	Liều tối đa
6H	Trẻ em: 10mg/kg cân nặng/ ngày	180 liều H uống hàng ngày trong 6 tháng, tối đa không quá 9 tháng	300 mg/ ngày
9H	Người lớn: 5mg/kg cân nặng/ ngày	270 liều H uống hàng ngày trong 9 tháng, tối đa không quá 12 tháng	300mg/ ngày
3RH	Rifampicine: Người lớn 10mg/kg cân nặng/ ngày Trẻ em: 15mg/kg cân nặng/ ngày Isoniazid: Người lớn 5mg/kg cân nặng/ ngày Trẻ em: 10mg/kg cân nặng/ ngày	90 liều RH uống hàng ngày trong 3 tháng, tối đa không quá 4 tháng	Rifampicine: 600mg/ ngày Isoniazid: 300mg/ ngày
3HP	Isoniazid: - Người ≥ 12 tuổi, 15mg/kg cân nặng/ tuần - Trẻ 2-11 tuổi: 25mg/kg cân nặng/ tuần Rifapentin: 10,0-14,0 kg = 300 mg 14,1-25,0 kg = 450 mg 25,1-32,0 kg = 600mg 32,1-50,0 kg = 750mg > 50kg = 900mg	12 liều H, P uống hàng tuần trong 12 tuần, tối đa không quá 16 tuần	Isoniazid: 900mg/ tuần Rifapentine: 900mg/ tuần

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được triển khai tại thành phố Đà Nẵng và tỉnh Quảng Nam, cụ thể, tại 8 tổ chống lao quận/huyện/ thành phố thuộc thành phố Đà Nẵng và tỉnh Quảng Nam trong tổng số 26 đơn vị hành chính cấp huyện ở hai địa phương này (8 quận/ huyện tại Đà Nẵng và 18 thành phố/ thị xã/ huyện tại Quảng Nam). Việc lựa chọn 8 đơn vị hành chính cấp huyện dựa trên ước tính số lượng người bệnh lao phổi và số người tiếp xúc với người bệnh lao phổi hàng năm. Sau khi áp dụng cách lựa chọn ngẫu nhiên 4 quận, huyện của Đà Nẵng, 4 huyện, thành phố của Quảng Nam và phân bổ ngẫu nhiên 8 đơn vị hành chính cấp huyện này (sau đây gọi chung là huyện) vào hai nhóm can thiệp và đối chứng, chúng tôi có được kết quả như sau:

Bốn huyện can thiệp: Tam Kỳ, Phú Ninh (tỉnh Quảng Nam), Sơn Trà, Liên Chiểu (thành phố Đà Nẵng).

Bốn huyện đối chứng: Núi Thành, Thăng Bình (tỉnh Quảng Nam), Thanh Khê, Hải Châu (thành phố Đà Nẵng).

Việc lựa chọn và phân bổ ngẫu nhiên này có thể giúp cho hai nhóm tương đồng và có khả năng đại diện cao cho Đà Nẵng và Quảng Nam.

Thông tin chung về địa bàn nghiên cứu:

a. Thành phố Tam Kỳ

Thành phố Tam Kỳ là thành phố tỉnh lỵ của tỉnh Quảng Nam, rộng 100,26 km², là một tỉnh ven biển thuộc vùng phát triển kinh tế trọng điểm miền Trung. Dân số của thành phố là 124.349 người (năm 2018), dân số thành thị chiếm 75,5% tổng dân số thành phố.

b. Huyện Phú Ninh

Phú Ninh là một huyện của tỉnh Quảng Nam, rộng 251,47 km², dân số của huyện là 87.659 người (năm 2018). Ngành nghề chính của dân trong huyện là nghề nông thuần túy, bên cạnh đó là các nghề phụ khác. Có một xã miền núi cách trung tâm hành chính huyện 35km về hướng Nam.

c. Huyện Núi Thành

Núi Thành là huyện nằm phía Nam của tỉnh Quảng Nam, có diện tích 533 km², dân số 162.050 người (năm 2018).

d. Huyện Thăng Bình

Thăng Bình là một huyện nằm giữa tỉnh Quảng Nam, có tổng diện tích đất đai là 385 km², dân số là 186.964 người.

e. Quận Liên Chiểu

Quận Liên Chiểu thuộc thành phố Đà Nẵng có diện tích tự nhiên là 74,52 km², dân số 170.153 người (năm 2018). Liên Chiểu là một quận công nghiệp, có bờ biển dài 26 km, thuận lợi cho khai thác và phát triển du lịch. Ngoài ra còn có tiềm năng phát triển ngành nuôi trồng và đánh bắt hải sản. Quận còn có lợi thế về tài nguyên rừng, trong đó rừng đặc dụng Hải Vân, diện tích 3418,7 ha.

g. Quận Sơn Trà

Quận Sơn Trà nằm về phía Đông thành phố Đà Nẵng, có diện tích tự nhiên 59,32 km² và dân số vào khoảng 173.455 người (năm 2018). Sơn Trà một lợi thế rất lớn về phát triển kinh tế biển cũng như phát triển các loại hình du lịch biển.

h. Quận Hải Châu

Hải Châu là quận trung tâm của thành phố Đà Nẵng, diện tích 23,3 km², có một tầm quan trọng đặc biệt trong sự phát triển của Đà Nẵng về tất cả mọi mặt. Dân số 221.324 người, phân bố ở 13 phường.

i. Quận Thanh Khê

Thanh Khê là một quận nội thành thuộc thành phố Đà Nẵng, là quận có diện tích nhỏ nhất thành phố Đà Nẵng (9,5 km²), dân số 205.341 người phân bố ở 10 phường. Thanh Khê là địa phương có nhiều lợi thế trong phát triển thương mại, dịch vụ, giao thông vận tải và kinh tế biển.

Bảng 2.1. Tình hình thu nhận và điều trị bệnh lao tại 8 huyện nghiên cứu, trung bình/ năm trong giai đoạn 2017-2019*.

Huyện/ Thành phố	Trung bình bệnh nhân lao được thu nhận/ năm (2017-2019)	Tỷ lệ trung bình điều trị thành công (khỏi + hoàn thành) (2017-2019)
Tam Kỳ	139	90.4%
Phú Ninh	88	89.9%
Núi Thành	128	90.7%
Thăng Bình	193	91.0%
Sơn Trà	190	91.6%
Liên Chiểu	214	92.0%
Hải Châu	308	87.2%
Thanh Khê	283	91.9%

Nguồn: Báo cáo CTCL năm 2016-2019

(*) Số liệu chi tiết về tình hình thu nhận và điều trị bệnh lao tại 8 huyện nghiên cứu giai đoạn 6 tháng cuối năm 2016 đến năm 2019 được trình bày ở Phụ lục 1.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu:

Thực hiện trong 3 năm từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 10 năm 2019. Thời gian triển khai can thiệp của nghiên cứu: tháng 7/2017 đến tháng 10/2019.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học (lao phổi có xét nghiệm đờm dương tính và/hoặc nuôi cấy dương tính hoặc Xpert/ Hain dương tính), không có bằng chứng vi khuẩn học.

- Người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi.

- Nhân viên y tế tham gia hoạt động chống lao tuyến huyện.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Về tổng thể, nghiên cứu áp dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp vào hệ thống cung cấp dịch vụ y tế. Nghiên cứu đã thực hiện so sánh ở thời điểm trước - sau can thiệp, gồm 4 giai đoạn: đánh giá trước can thiệp, xây dựng giải pháp can thiệp, triển khai can thiệp và đánh giá sau can thiệp.

Các thiết kế theo theo từng mục tiêu cụ thể như sau:

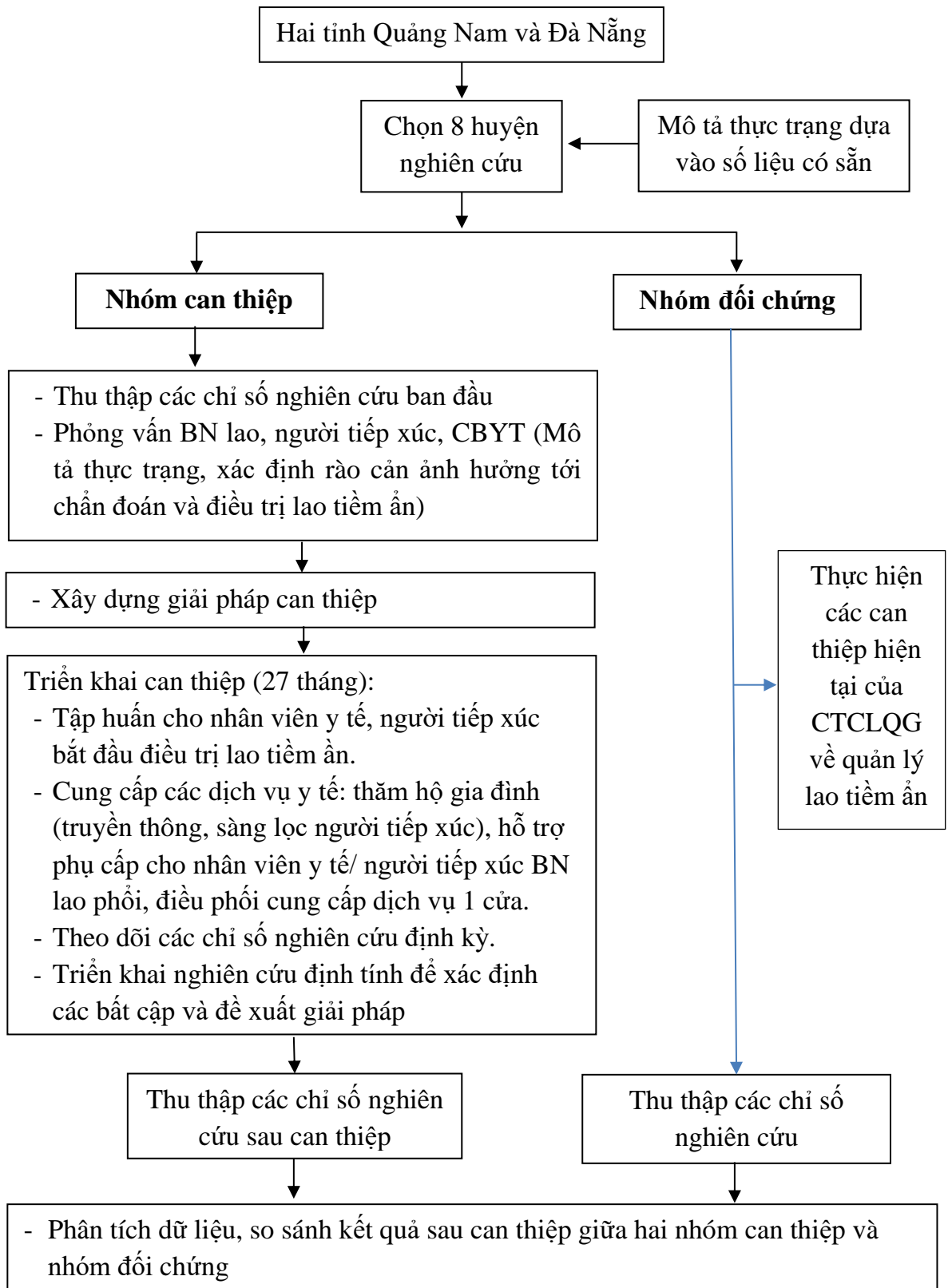
Mục tiêu 1: Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa vào số liệu có sẵn từ toàn bộ người bệnh của 4 huyện can thiệp và 4 huyện đối chứng trong năm 2016.

Mục tiêu 2: Đánh giá kết quả can thiệp vào hệ thống y tế nhằm phát hiện các can thiệp có khả năng tăng cường hiệu quả sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn.

Mục tiêu 3: Nghiên cứu định tính: dựa trên kết quả của can thiệp để xác định rõ hơn các rào cản nhằm đề xuất các giải pháp can thiệp thích hợp hơn.

2.4. Sơ đồ nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo 4 giai đoạn: trước can thiệp, xây dựng giải pháp can thiệp, can thiệp và sau can thiệp.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Giai đoạn 1: Đánh giá trước can thiệp

Tại địa bàn can thiệp: Tiến hành đánh giá ban đầu tại 4 huyện can thiệp nhằm:

- Thu thập các chỉ số nghiên cứu ban đầu (năm 2016) từ Sổ đăng ký người bệnh lao và Sổ quản lý lao trẻ em của Chương trình Chống lao Quốc gia.

- Mô tả thực trạng sàng lọc cho người tiếp xúc với người bệnh lao phổi được chẩn đoán và điều trị dự phòng cho người mắc lao tiềm ẩn.

- Xác định những rào cản ảnh hưởng tới chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn.

Tại địa bàn đối chứng: Thu thập các chỉ số nghiên cứu ban đầu (năm 2016) từ Sổ đăng ký người bệnh lao và Sổ quản lý lao trẻ em của Chương trình Chống lao Quốc gia.

Giai đoạn 2: Xây dựng giải pháp can thiệp

Các can thiệp được xây dựng dựa vào kết quả của phỏng vấn các nhóm đối tượng liên quan (người bệnh lao phổi, người tiếp xúc hộ gia đình, nhân viên y tế) và phân tích số liệu thu thập các chỉ số nghiên cứu ban đầu, thông tin ban đầu. Sau khi xây dựng các can thiệp chủ yếu, nhóm nghiên cứu đã thảo luận với các địa phương triển khai nghiên cứu để thống nhất và tiếp tục xin ý kiến của lãnh đạo CTCLQG. Bước tiếp theo, các can thiệp chính được nhóm nghiên cứu phối hợp với Trường Đại học McGill, Canada phân tích, áp dụng mô hình đánh giá chi phí y tế để chọn ra các can thiệp khả thi với chi phí hiệu quả.

Các can thiệp y tế công cộng gồm: (1) tập huấn (ban đầu và liên tục) cho nhân viên chống lao tuyến tỉnh (để tham gia giám sát - huấn luyện), nhân viên chống lao tuyến huyện, xã để thực hiện các can thiệp tại địa bàn triển khai nghiên cứu; (2) Truyền thông, giáo dục cho người bệnh lao và người tiếp xúc hộ gia đình mắc lao tiềm ẩn bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn; (3) Điều tra người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi được chẩn đoán; (4) Điều phối cung cấp dịch vụ một cửa (sàng lọc, chẩn đoán, chỉ định phác đồ điều trị

lao tiềm ẩn); (5) Cung ứng thuốc và sinh phẩm, xét nghiệm; (6) Phụ cấp cho nhân viên y tế; (7) Hỗ trợ kinh phí cho người tiếp xúc có thể đến cơ sở y tế; (8) Theo dõi và báo cáo.

Giai đoạn 3: Triển khai các giải pháp can thiệp

Trên cơ sở các kết quả của Giai đoạn 2, nhóm nghiên cứu đã triển khai các can thiệp y tế công cộng tại 4 huyện nghiên cứu được phân bổ ngẫu nhiên, nhằm tăng số người mắc lao tiềm ẩn được đưa vào điều trị dự phòng (*các hoạt động can thiệp chi tiết được trình bày ở Phụ lục 2*).

Giai đoạn 4: Đánh giá sau can thiệp

Đánh giá kết quả của chương trình can thiệp sàng lọc cho người tiếp xúc với người bệnh lao phổi và điều trị dự phòng cho người mắc lao tiềm ẩn tại 4 huyện can thiệp và 4 huyện đối chứng tại Quảng Nam và Đà Nẵng, qua các chỉ số:

- Số người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi được xác định.
- Tỷ lệ người tiếp xúc hộ gia đình được tiến hành sàng lọc lao và lao tiềm ẩn.
- Tỷ lệ người tiếp xúc hộ gia đình hoàn thành quy trình khám sàng lọc.
- Tỷ lệ ca lao tiềm ẩn được phát hiện trong số những người tiếp xúc tại hộ gia đình với người bệnh lao phổi đã được khám sàng lọc.
- Tỷ lệ người mắc lao tiềm ẩn được đưa vào điều trị dự phòng.
- Tỷ lệ người mắc lao tiềm ẩn hoàn thành điều trị.

2.5. Công thức tính cỡ mẫu, cỡ mẫu, kỹ thuật chọn mẫu.

Cỡ mẫu cho Mục tiêu 1:

Tại địa bàn can thiệp và đối chứng: Thu thập số liệu thứ cấp từ tất cả người bệnh trong năm 2016.

Kết quả triển khai tại địa bàn can thiệp đã thu thập số liệu thứ cấp của 99 người tiếp xúc HGD với BN lao phổi tham gia sàng lọc năm 2016, tại địa bàn đối chứng, số người tiếp xúc HGD tham gia sàng lọc được thu thập số liệu là 122.

Cỡ mẫu cho Mục tiêu 2:

Áp dụng công thức mẫu so sánh hai tỷ lệ:

$$p = \frac{p_1 + rp_2}{1+r}$$

$$n \geq \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(r+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{rp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{r(p_2 - p_1)^2}$$

Trong đó:

- n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết = số người tiếp xúc hộ gia đình người bệnh lao phổi được xác định
- $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (độ tin cậy 95%)
- $Z_{(1-\beta)} = 1,645$ (lực mẫu nghiên cứu = 95%)
- p_1 : Tỷ lệ người tiếp xúc hộ gia đình người bệnh lao phổi được sàng lọc và điều trị ở nhóm đối chứng, dự kiến 23%.
- p_2 : Tỷ lệ người tiếp xúc hộ gia đình người bệnh lao phổi được sàng lọc và điều trị ở nhóm can thiệp, dự kiến 35%.
- r: Tỷ số mẫu (nhóm 2/ nhóm 1) = 1

Thay vào công thức ta được cỡ mẫu ít nhất cần có cho 2 nhóm $n = 1.200$ (nhóm 1: $n_1 = 600$, nhóm 2: $n_2 = 600$) người tiếp xúc hộ gia đình người bệnh lao phổi được xác định ở cả 2 nhóm nghiên cứu.

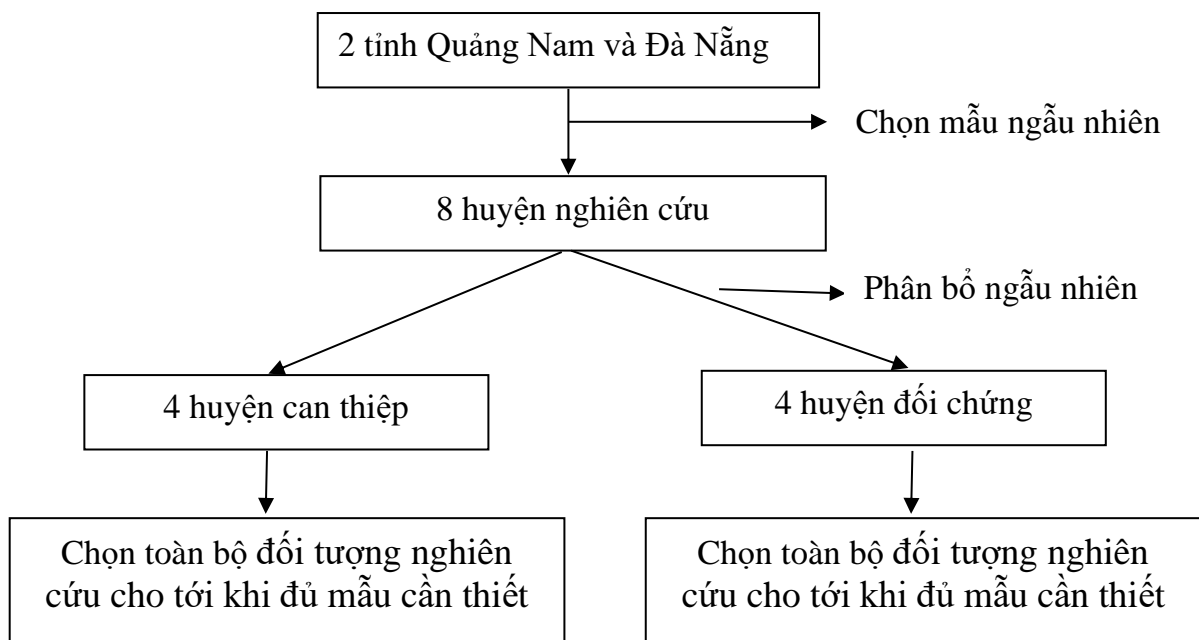
Để đảm bảo cỡ mẫu như được tính toán, 5% mẫu dự phòng được áp dụng, cỡ mẫu cuối cùng là 1.260 người, làm tròn là 1.300.

Cách chọn mẫu:

Chọn cụm: Mỗi cụm là một đơn vị chống lao tuyến huyện. Căn cứ nguồn lực của nghiên cứu, nhóm nghiên cứu triển khai tại 8 huyện/ 2 tỉnh, trong đó 4 huyện can thiệp và 4 huyện đối chứng. Do cỡ mẫu được dự kiến là 1.300 người tiếp xúc với người bệnh lao phổi được xác định, mỗi huyện cần ít nhất 163 người tiếp xúc được xác định đưa vào nghiên cứu. Theo nghiên cứu hệ thống, ước tính một ca lao phổi hoạt động có trung bình 4,2 người tiếp xúc được xác định [25], do đó, số người bệnh lao phổi được chẩn đoán hàng năm

của mỗi huyện nghiên cứu ít nhất là 39 người. Dựa trên tiêu chí này, nhóm nghiên cứu đã lập danh sách tất cả các quận/ huyện có trung bình ít nhất 40 người bệnh lao phổi trong vòng 3 năm (2014-2016) tại Quảng Nam và Đà Nẵng, sau đó áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên các huyện trong tỉnh đạt tiêu chuẩn nêu trên để chọn 8 huyện nghiên cứu, sau đó phân bổ ngẫu nhiên 4 huyện can thiệp và 4 huyện đối chứng.

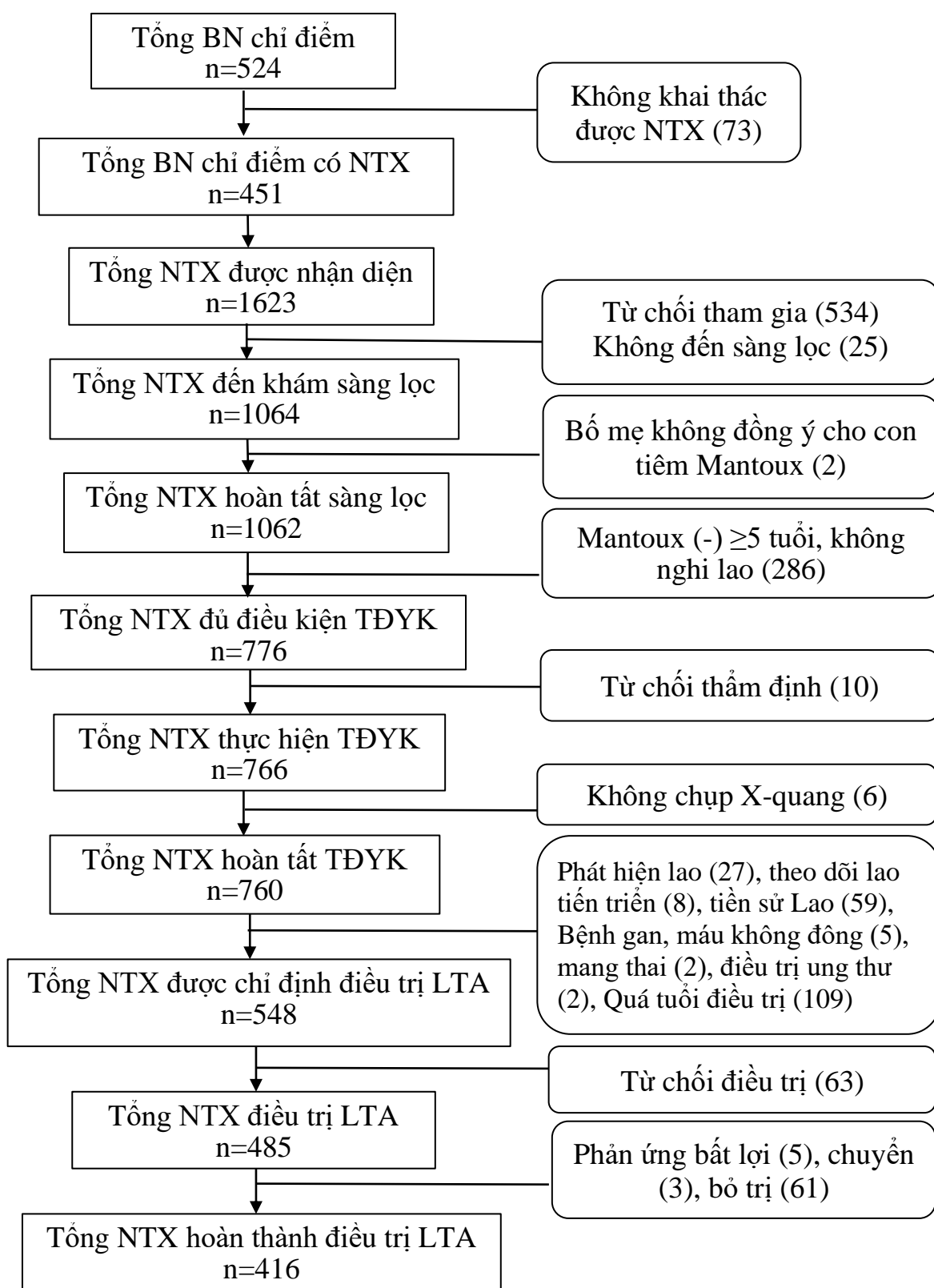
Tại mỗi cụm (huyện), chọn toàn bộ đối tượng nghiên cứu (người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi, mới hoặc tái phát) trong giai đoạn can thiệp, cho tới khi đủ mẫu cần thiết.



Sơ đồ 2.2. Mô tả quy trình chọn mẫu

Trên thực tế, nghiên cứu đã triển khai can thiệp đối với toàn bộ người tiếp xúc hộ gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu ở địa bàn nghiên cứu, cụ thể, có 524 người bệnh chỉ điểm, trong đó, khai thác được thông tin về người tiếp xúc hộ gia đình của 451 người bệnh, cho thấy có 1.623 người tiếp xúc hộ gia đình. Trong số 1.623 người tiếp xúc hộ gia đình khai thác được thông tin, 1.089 người tiếp xúc bày tỏ mong muốn được tham gia sàng lọc chẩn đoán khả năng mắc lao, lao tiềm ẩn tại trung tâm y tế.

Tổng hợp của kết quả chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn của 9 giai đoạn được trình bày ở Sơ đồ dưới đây.



Sơ đồ 2.3. Kết quả thực hiện chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn

Cỡ mẫu cho Mục tiêu 3:

Tại mỗi giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, có một tỷ lệ cụ thể những người tiếp xúc bỏ cuộc. Do đó, nhóm nghiên cứu đã thực hiện phỏng vấn sâu với những đối tượng liên quan để tìm hiểu nguyên nhân dẫn đến tình trạng bỏ cuộc ở từng giai đoạn, từ đó khuyến cáo xây dựng các can thiệp phù hợp dựa trên bằng chứng. Với mục đích này, nhóm nghiên cứu đã thực hiện số lượng phỏng vấn phù hợp đối với từng nhóm đối tượng nghiên cứu cho đến khi không thu thêm được thông tin mới, đảm bảo không có quá nhiều thông tin bị trùng lặp.

Ở mỗi điểm nghiên cứu, 5 nhóm người được phỏng vấn: 1) Người bệnh lao phổi (người bệnh chỉ điếm); 2) Người tiếp xúc hộ gia đình (là người lớn) đã đến cơ sở y tế; 3) Người tiếp xúc hộ gia đình (là người lớn) không tới các cơ sở y tế; 4) Cha mẹ của người tiếp xúc hộ gia đình là trẻ em dưới 5 tuổi; 5) Nhân viên y tế tham gia quản lý bệnh lao.

Tiêu chí lựa chọn đối tượng phỏng vấn cho Mục tiêu cụ thể 3:

Nhóm 1: Người bệnh chỉ điếm

Tiêu chí lựa chọn:

- Người bệnh lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học (có kết quả xét nghiệm đờm soi trực tiếp dương tính và/hoặc nuôi cấy dương tính, và/ hoặc kết quả GeneXpert/ hain dương tính), không có bằng chứng vi khuẩn học có mong muốn tham gia nghiên cứu.

- Người lớn hơn hoặc bằng 18 tuổi.
- Ký vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ:

- Là nhân viên y tế.
- Chỉ mắc lao ngoài phổi.
- Người < 18 tuổi.

Nhóm 2: Người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chi điếm

Tiêu chí lựa chọn:

- Người ngủ cùng nhà ít nhất một đêm trong một tuần với người mắc bệnh lao phổi, mới hoặc tái phát, trong thời gian 3 tháng trở lại đây. *Hoặc:*

- Người tiếp xúc trong nhà ít nhất một tiếng một ngày và ít nhất 5 ngày trong một tuần với người mắc bệnh lao phổi hoạt động, mới hoặc tái phát, trong thời gian 3 tháng trở lại đây.

- Ký vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ:

- Được chẩn đoán mắc lao hoạt động tại thời điểm nghiên cứu.

- Không có mặt tại địa bàn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nhóm 3: Nhân viên y tế tham gia chống lao

Tiêu chí lựa chọn:

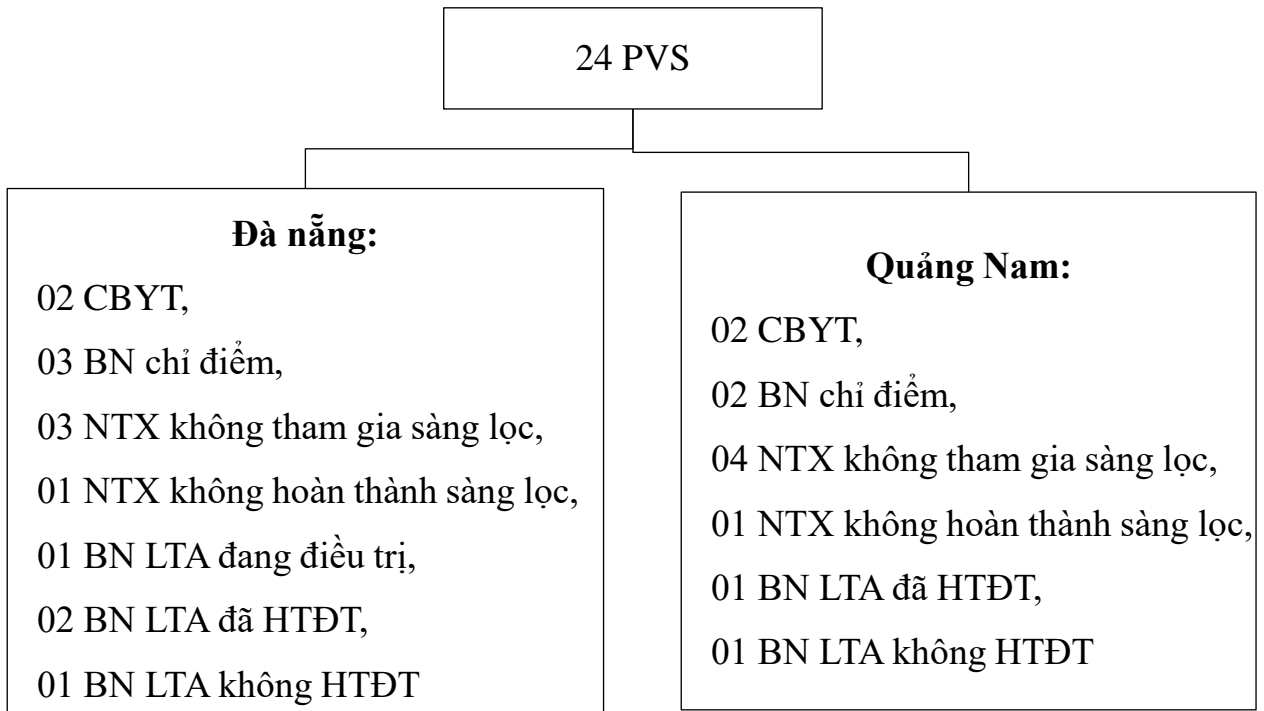
- Nhân viên y tế tham gia chăm sóc người bệnh lao, người tiếp xúc người bệnh lao tại tuyến huyện và tuyến xã

- Ký vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ:

- Nhân viên y tế không tham gia chăm sóc và quản lý người bệnh lao, người tiếp xúc.

Nhóm nghiên cứu chọn chủ đích cỡ mẫu phỏng vấn sâu như sau: tại mỗi huyện can thiệp chọn 1 người x 5 nhóm đối tượng để thực hiện phỏng vấn sâu, đảm bảo đối tượng phỏng vấn bao gồm người sống ở khu vực thành thị, nông thôn, đang là sinh viên, đi làm, v.v. Thực tế trong quá trình triển khai, tổng cộng có 24 phỏng vấn sâu đã được nghiên cứu sinh trực tiếp thực hiện, cụ thể ở Sơ đồ dưới đây.



Sơ đồ 2.4. Số lượng phỏng vấn sâu nhân viên y tế, người bệnh chỉ điểm và người tiếp xúc tại các điểm can thiệp của nghiên cứu ở Quảng Nam, Đà Nẵng

2.6. Biến số, chỉ số nghiên cứu và kỹ thuật, công cụ thu thập thông tin

2.6.1. Mục tiêu cụ thể 1: Mô tả thực trạng sàng lọc người tiếp xúc với người bệnh lao phổi và điều trị lao tiềm ẩn tại tỉnh Quảng Nam và Đà Nẵng.

STT	Chỉ số	Phương pháp thu thập
1	Tỷ lệ người tiếp xúc hộ gia đình (NTX) với người bệnh lao phổi được nhận diện so với số người tiếp xúc ước tính	Thu thập số liệu thông qua Sổ quản lý người tiếp xúc
2	Tỷ lệ NTX được tiến hành sàng lọc lao/lao tiềm ẩn	Thu thập số liệu thông qua Sổ quản lý người tiếp xúc
3	Tỷ lệ NTX với người bệnh lao phổi hoàn thành quy trình khám sàng lọc	Thu thập số liệu thông qua Sổ quản lý người tiếp xúc
4	Tỷ lệ người mắc lao tiềm ẩn được phát hiện trong số những NTX với người bệnh lao phổi đã được khám sàng lọc	Thu thập số liệu thông qua Sổ quản lý người tiếp xúc
5	Tỷ lệ người mắc lao tiềm ẩn được đưa vào điều trị dự phòng	Thu thập số liệu thông qua Sổ quản lý người tiếp xúc
6	Tỷ lệ người mắc lao tiềm ẩn hoàn thành điều trị	Thu thập số liệu thông qua Sổ quản lý người tiếp xúc

2.6.2. Mục tiêu cụ thể 2: Đánh giá kết quả một số can thiệp cho người tiếp xúc với người bệnh lao phổi và điều trị lao tiềm ẩn tại tỉnh Quảng Nam và Đà Nẵng từ tháng 7/2017 đến tháng 10/2019:

STT	Chỉ số	Phương pháp thu thập
1	Số người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi được xác định	Thu thập số liệu thứ cấp Thu thập số liệu thông qua Sổ quản lý người tiếp xúc
2	Tỷ lệ người tiếp xúc với người bệnh lao phổi được chẩn đoán hoàn thành quy trình khám sàng lọc	Thu thập số liệu thứ cấp Thu thập số liệu thông qua Sổ quản lý người tiếp xúc
3	Tỷ lệ người mắc lao tiềm ẩn được đưa vào điều trị dự phòng	Thu thập số liệu thứ cấp Thu thập số liệu thông qua Sổ quản lý người tiếp xúc
4	Tỷ lệ người mắc lao tiềm ẩn hoàn thành điều trị	Thu thập số liệu thứ cấp Thu thập số liệu thông qua Sổ quản lý người tiếp xúc

Các phương pháp xét nghiệm:

a. Xét nghiệm Mantoux [70]:

Tất cả người tiếp xúc từ 5 tuổi trở lên tại địa bàn can thiệp được xét nghiệm Mantoux để xác định tình trạng mắc lao tiềm ẩn.

- Vật liệu sử dụng: Bơm, kim tiêm nhựa 1 ml có vạch dùng 1 lần, Tuberculin PPD- RT 23, thước đo mềm mỏng có chia vạch.
- Quy trình thực hiện: tiêm 1 lượng nhỏ từ 0,1 ml Tuberculin vào trong da ở vị trí 1/3 trước, ngoài cẳng tay trái, tránh mạch máu. Nếu kỹ thuật tốt sẽ tạo một nốt sần khoảng 6 - 8 mm, tồn tại khoảng 10 phút.
- Đọc kết quả phản ứng 48-72 giờ sau khi tiêm. Tại chỗ tiêm có thể nổi lên một nốt sần/cứng phẳng, hơi gồ lên, có thể sờ thấy, không đều, bao quanh là một vùng màu đỏ. Dùng thước nhựa trong, mềm có chia vạch mm. Đo đường kính ngang của cục sần, không đo phần quầng đỏ xung quanh.

- b. Các xét nghiệm chẩn đoán bệnh lao theo hướng dẫn CTCLQG: xét nghiệm đờm trực tiếp, chụp X-quang phổi, chẩn đoán triệu chứng lâm sàng, nuôi cấy, xét nghiệm Xpert MTB/RIF, v.v.
- c. Với những người có tiền sử bệnh lây, tim mạch, gan thận, làm thêm điện tâm đồ, xét nghiệm chức năng gan, xét nghiệm chức năng thận nếu cần thiết.

2.6.3. Mục tiêu cụ thể 3: Mô tả một số rào cản ảnh hưởng tới chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn ở người tiếp xúc hộ gia đình tại tỉnh Quảng Nam và Đà Nẵng.

Nhóm biến số xác định những rào cản ảnh hưởng tới chẩn đoán và điều trị người nhiễm lao tiềm ẩn:

STT	Biến số	Phương pháp thu thập
A	Đối tượng nghiên cứu là người bệnh lao, người tiếp xúc	
1	Tình trạng sức khỏe ảnh hưởng tới công việc/học tập	Phỏng vấn sâu
2	Lý do lựa chọn cơ sở y tế để khám, chữa bệnh lao	Phỏng vấn sâu
3	Thời gian chờ đợi các dịch vụ khám chữa bệnh	Phỏng vấn sâu
4	Chi trả tại cơ sở y tế khám chữa bệnh	Phỏng vấn sâu
5	Tư vấn của nhân viên y tế về bệnh lao, lao tiềm ẩn	Phỏng vấn sâu
6	Niềm tin và sự hài lòng về chất lượng khám chữa bệnh và dịch vụ y tế	Phỏng vấn sâu
7	Kiến thức/ niềm tin về đường lây truyền bệnh lao	Phỏng vấn sâu
8	Chia sẻ thông tin mắc bệnh lao với gia đình	Phỏng vấn sâu
9	Lo sợ của người tiếp xúc về khả năng mắc bệnh lao	Phỏng vấn sâu
10	Cơ sở y tế giải thích về tầm quan trọng của điều tra người tiếp xúc với người bệnh lao	Phỏng vấn sâu
11	Người bệnh lao khuyến khích/ đưa người tiếp xúc đi khám kiểm tra	Phỏng vấn sâu
12	Xử trí của nhân viên y tế với trẻ tiếp xúc dưới 5 tuổi	Phỏng vấn sâu
13	Xử trí của nhân viên y tế đối với người lớn tiếp xúc nguồn lây ở cơ sở y tế	Phỏng vấn sâu
14	Xử trí của nhân viên y tế đối với người mắc lao tiềm ẩn	Phỏng vấn sâu
15	Dịch vụ y tế đã nhận được khi khám sàng lọc bệnh lao	Phỏng vấn sâu
16	Ảnh hưởng khi đi khám sàng lọc bệnh lao đến học tập/ công việc	Phỏng vấn sâu

STT	Biến số	Phương pháp thu thập
17	Tư vấn của nhân viên y tế về nguy cơ mắc lao hoạt động khi có phản ứng Mantoux dương tính	Phỏng vấn sâu
18	Tư vấn của nhân viên y tế về điều trị dự phòng lao	Phỏng vấn sâu
18	Chấp thuận uống thuốc điều trị dự phòng lao	Phỏng vấn sâu
B	Đối tượng nghiên cứu là nhân viên y tế	
1	Kiến thức, thái độ và thực hành về tư vấn cho người bệnh lao người lớn mới được chẩn đoán	Phỏng vấn sâu
2	Kiến thức về đối tượng điều trị lao tiềm ẩn	Phỏng vấn sâu
3	Kiến thức về cơ sở y tế điều trị lao tiềm ẩn	Phỏng vấn sâu
4	Nội dung tuyên truyền/ giáo dục về khám sàng lọc lao tiềm ẩn cho người tiếp xúc hộ gia đình	Phỏng vấn sâu
5	Những bước đầu tiên cần thực hiện để điều tra người tiếp xúc < 5 tuổi	Phỏng vấn sâu
6	Những bước đầu tiên cần thực hiện để điều tra người tiếp xúc là người lớn	Phỏng vấn sâu
7	Kiến thức, thái độ và thực hành về xử trí dự phòng bệnh lao cho người tiếp xúc được chẩn đoán mắc lao tiềm ẩn	Phỏng vấn sâu
8	Kiến thức, thái độ và thực hành về xử trí dự phòng bệnh lao cho người tiếp xúc nhỏ hơn 5 tuổi được chẩn đoán mắc lao tiềm ẩn	Phỏng vấn sâu
9	Kiến thức về thời gian điều trị INH	Phỏng vấn sâu
10	Kiến thức, niềm tin về hiệu quả của việc hoàn thành phác đồ điều trị lao tiềm ẩn	Phỏng vấn sâu
11	Mức độ phổ biến xảy ra tác dụng phụ nghiêm trọng của INH ở trẻ dưới 5 tuổi	Phỏng vấn sâu
12	Khó khăn, rào cản đối với việc điều trị lao tiềm ẩn cho trẻ tại cơ sở y tế	Phỏng vấn sâu
13	Khó khăn, rào cản đối với việc điều trị lao tiềm ẩn cho người lớn	Phỏng vấn sâu

2.7. Sai số và không chế sai số

a) Đối với mục tiêu cụ thể 1:

- Sai số trong ghi chép số liệu. Số liệu từ Sổ theo dõi điều trị người bệnh lao và thẻ theo dõi điều trị DOTS có thể thiếu hoặc sai thông tin do sai

sót trong quá trình sao chép từ bệnh án vào sổ theo dõi, do trình độ của nhân viên y tế, v.v.

Để kiểm soát sai số này, nhóm nghiên cứu đã kiểm tra lại thông tin trong quá trình thực hiện phỏng vấn ở Mục tiêu cụ thể 3. Bên cạnh đó, số liệu từ Sổ theo dõi điều trị và thẻ theo dõi điều trị DOTS đã được nhóm nghiên cứu thẩm định lại qua thông tin từ hồ sơ bệnh án.

b) Đối với mục tiêu cụ thể 2:

- Sai số do có các tác động khác (sự phát triển kinh tế - xã hội - giáo dục, sự thay đổi/ phát triển của hệ thống y tế, các can thiệp khác từ Chương trình chống lao, v.v) có thể ảnh hưởng lên kết quả của can thiệp.

Để kiểm soát sai số này, nhóm nghiên cứu đã thực hiện phân bổ ngẫu nhiên nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, nhằm đảm bảo các yếu tố khác có thể tác động vào kết quả nghiên cứu cũng sẽ được phân bổ đồng đều vào nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

- Sai số trong chẩn đoán: có thể xảy ra sai sót trong quá trình chẩn đoán của nhân viên y tế, dẫn đến kết quả chẩn đoán sai.

Để kiểm soát sai số này, nhóm nghiên cứu xây dựng quy trình chuẩn trong chẩn đoán và quản lý điều trị lao tiềm ẩn, tổ chức tập huấn nhân viên y tế tại địa bàn nghiên cứu, triển khai giám sát thực hành của nhân viên y tế.

- Sai số trong ghi chép số liệu: Số liệu được ghi vào Sổ theo dõi điều trị lao tiềm ẩn có thể thiếu hoặc sai thông tin do sai sót trong quá trình sao chép từ bệnh án vào sổ theo dõi, do trình độ của nhân viên y tế, v.v.

Để kiểm soát sai số này, nhóm nghiên cứu tổ chức tập huấn nhân viên y tế tại địa bàn nghiên cứu, thẩm định lại hồ sơ bệnh án.

c) Đối với mục tiêu cụ thể 3:

- Sai số nhớ lại: đối tượng phỏng vấn (người bệnh lao phổi có bằng chứng vi khuẩn, người tiếp xúc) có thể không nhớ rõ các sự việc hoặc những

suy nghĩ, cảm xúc đã xảy ra trong quá khứ, do đó có thể trả lời sai khi được phỏng vấn.

Để kiểm soát sai số này, nhóm nghiên cứu lựa chọn đối tượng phỏng vấn là những người bệnh đang trong quá trình điều trị và người tiếp xúc với người bệnh đang trong quá trình điều trị.

- Sai số thông tin: đối tượng phỏng vấn có thể không nói thật đối với một số câu hỏi của người phỏng vấn.

Để kiểm soát sai số này, người phỏng vấn phải tạo được niềm tin cho đối tượng nghiên cứu, giải thích rõ về mục đích, nội dung nghiên cứu, đảm bảo đối tượng nghiên cứu tham gia một cách tự nguyện, hiểu được ý nghĩa của việc tham gia nghiên cứu và trả lời các câu hỏi phỏng vấn một cách trung thực. Nghiên cứu viên đã được tham gia khóa tập huấn về các quy trình và kỹ năng triển khai nghiên cứu một cách chi tiết.

2.8. Quản lý và phân tích số liệu

Các số liệu định tính đã được phân tích theo chủ đề: (i) kiến thức, thái độ, niềm tin và thực hành về sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn cho người tiếp xúc nguồn lây, (ii) những rào cản ảnh hưởng tới chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn.

Số liệu định lượng sau khi thu thập đã được nhập, làm sạch và quản lý bằng phần mềm Epi-Data và phân tích bằng phần mềm STATA 14.0. Các phân tích thống kê mô tả phù hợp đã được sử dụng, giá trị tần số, tỷ lệ được dùng để mô tả các biến phân loại. Giá trị trung vị, khoảng phân vị được dùng để mô tả biến định lượng có phân bố không chuẩn. Giá trị trung bình, độ lệch chuẩn được dùng để mô tả biến định lượng có phân bố chuẩn.

Kiểm định Chi Square test hoặc Fisher's exact test để phân tích sự khác biệt giữa các biến định tính. Kiểm định Wilcoxon được dùng để phân tích biến định lượng do biến có phân bố không chuẩn. Nghiên cứu cũng sử dụng

phân tích sống còn (survival analysis) với đường cong Kaplan Meier và mô hình Hồi qui Cox để phân tích, so sánh thời gian người tiếp xúc hoàn thành các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn giữa các nhóm can thiệp và không can thiệp.

2.9. Các định nghĩa sử dụng trong nghiên cứu

Người bệnh chỉ điểm: là người bệnh được chẩn đoán xác định mắc lao qua các xét nghiệm vi sinh tại các đơn vị thuộc CTCLQG.

Trong nghiên cứu này, người bệnh chỉ điểm là người bệnh lao phổi có hoặc không có bằng chứng vi khuẩn, mới và tái phát.

- **Người bệnh lao có bằng chứng vi khuẩn học:** là người bệnh có kết quả xét nghiệm dương tính với ít nhất một trong các xét nghiệm: nhuộm soi đờm trực tiếp; nuôi cấy; hoặc xét nghiệm vi khuẩn lao đã được TCYTTG chứng thực (như Xpert/RIF, hain) [8].
- **Người bệnh lao không có bằng chứng vi khuẩn học** (chẩn đoán lâm sàng): Được thầy thuốc chuyên khoa chẩn đoán và chỉ định một phác đồ điều trị lao đầy đủ dựa trên (1) lâm sàng, (2) bất thường nghi lao trên X-quang phổi và (3) thêm 1 trong 2 tiêu chuẩn sau: HIV(+) hoặc không đáp ứng với điều trị kháng sinh phổ rộng [8].
- **Người bệnh mới** là người bệnh chưa bao giờ được điều trị lao hoặc uống thuốc lao ít hơn 1 tháng [8].
- **Người bệnh tái phát:** người bệnh đã điều trị lao trước đây, được thông báo là điều trị khỏi hoặc hoàn thành điều trị ở lần điều trị cuối cùng, nay được chẩn đoán lao [8].

Người tiếp xúc hộ gia đình: ở mọi lứa tuổi sẽ được xem là đối tượng phù hợp. Một người tiếp xúc hộ gia đình được xác định là một người ngủ cùng nhà ít nhất một đêm trong một tuần hoặc tiếp xúc trong nhà ít nhất một

tiếng mỗi ngày và ít nhất 5 ngày trong một tuần, trong thời gian 3 tháng. Nhà được xác định là nhà mà các gia đình cư trú hoặc sử dụng thường xuyên.

Hình ảnh X-quang phổi bất thường nghi lao: Các hình ảnh tổn thương trên phim X-quang của lao phổi không chỉ gặp riêng trong lao mà còn gặp trong nhiều bệnh lý khác. Hình ảnh phim X-quang được xem là bất thường nghi lao khi xuất hiện hình ảnh của các hình thái tổn thương lao trên phim X-quang phổi [8].

Hoàn thành quy trình khám sàng lọc: trong nghiên cứu này, người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi được xem là hoàn thành quy trình khám sàng lọc khi thực hiện xét nghiệm mantoux, có kết quả xét nghiệm Mantoux và được kết luận không mắc lao tiềm ẩn cũng không nghi lao hoạt động, hoặc có kết quả mantoux và nghi ngờ lao hoạt động, được chuyển làm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh lao (thăm định y khoa), hoặc có kết quả mantoux dương tính, không có dấu hiệu nghi ngờ lao hoạt động, được kết luận mắc lao tiềm ẩn.

Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn: trong nghiên cứu này, chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn gồm 9 giai đoạn sau:

- (1) Nhận diện người tiếp xúc: nhân viên y tế khai thác thông tin về người tiếp xúc hộ gia đình của bệnh nhân lao phổi mới đăng ký điều trị, bao gồm họ tên, tuổi, giới tính.
- (2) Người tiếp xúc đến khám sàng lọc: Người tiếp xúc HGD với bệnh nhân lao phổi đến cơ sở y tế để tham gia sàng lọc.
- (3) Người tiếp xúc hoàn tất sàng lọc: Người tiếp xúc HGD với bệnh nhân lao phổi được sàng lọc triệu chứng nghi lao, xét nghiệm Mantoux kiểm tra khả năng nhiễm lao tiềm ẩn đối với người tiếp xúc trên 5 tuổi, quay lại cơ sở y tế đọc kết quả xét nghiệm Mantoux sau 2 ngày.

- (4) Người tiếp xúc đủ điều kiện thăm định y khoa: bao gồm những người tiếp xúc HGD có kết quả Mantoux dương tính, có tiền sử lao hoặc lao tiềm ẩn, trẻ em dưới 5 tuổi.
- (5) Người tiếp xúc bắt đầu thực hiện thăm định y khoa: người tiếp xúc thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng, bao gồm chụp X-quang, xét nghiệm đờm, có thể Xpert MTB/RIF, nuôi cấy để kiểm tra khả năng mắc lao, xét nghiệm chức năng gan, các xét nghiệm khác phụ thuộc chỉ định của nhân viên y tế.
- (6) Người tiếp xúc hoàn tất thăm định y khoa: Người tiếp xúc hoàn thành tất cả các xét nghiệm theo chỉ định của nhân viên y tế.
- (7) Người tiếp xúc được chỉ định điều trị Lao tiềm ẩn: Người tiếp xúc được nhân viên y tế xác định đủ điều kiện điều trị lao tiềm ẩn, bao gồm:
 - Người tiếp xúc từ 5 tuổi trở lên có kết quả Mantoux dương tính, loại trừ mắc lao hoạt động; hoặc người tiếp xúc dưới 5 tuổi loại trừ mắc lao hoạt động; và
 - Không thuộc các đối tượng: mắc các bệnh lý nặng chống chỉ định điều trị lao tiềm ẩn, phụ nữ mang thai, quá tuổi điều trị (tư vấn mong muốn điều trị đối với những người trên 55 tuổi).
- (8) Người tiếp xúc tiến hành điều trị Lao tiềm ẩn: Người tiếp xúc đồng ý và bắt đầu uống thuốc điều trị lao tiềm ẩn.
- (9) Người tiếp xúc hoàn thành điều trị Lao tiềm ẩn: trong nghiên cứu này, người tiếp xúc dưới 15 tuổi được cung cấp phác đồ uống hàng ngày bằng Isoniazid trong thời gian 6 tháng (6H), người tiếp xúc từ 15 tuổi trở lên được cung cấp phác đồ uống hàng ngày bằng Isoniazid trong thời gian 9 tháng (9H) để điều trị lao tiềm ẩn:
 - Liều lượng của phác đồ 6H: 10mg/kg cân nặng/ ngày, liều tối đa/ ngày là 300mg.

- Liều lượng của phác đồ 9H: 5mg/kg cân nặng/ ngày, Liều tối đa/ ngày là 300mg.

Người tiếp xúc được xem là hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn khi:

- Người tiếp xúc dưới 15 tuổi dùng đủ 180 liều trong 6 tháng liên tục hoặc trong thời gian không quá 9 tháng (trong đó không có lần nào bỏ điều trị quá 8 tuần).
- Người tiếp xúc từ 15 tuổi trở lên dùng đủ 270 liều thuốc trong 9 tháng liên tục hoặc trong thời gian không quá 12 tháng (trong đó không có lần nào bỏ điều trị quá 8 tuần).

Mắc lao tiềm ẩn: Bao gồm những đối tượng sau đây và không có bằng chứng mắc lao dựa trên lâm sàng, phim phổi và các xét nghiệm vi sinh chẩn đoán khả năng mắc lao.

- Người nhiễm HIV (+).
- Trẻ dưới 5 tuổi tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao.
- Người có phơi nhiễm với lao, và có bằng chứng miễn dịch học về tình trạng nhiễm lao bằng xét nghiệm Mantoux (Mantoux dương tính). Tại nghiên cứu này, xét nghiệm Mantoux được xem là dương tính khi đường kính ngang của nốt sẩn $\geq 5\text{mm}$, đọc kết quả 48-72 giờ sau khi tiêm.

2.10. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân theo các quy định về đạo đức và đã được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học McGill, Canada, Bộ Y tế, CTCLQG phê duyệt. Nghiên cứu sau đó đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà nội, cho phép được triển khai nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến hành có sự đồng ý của CTCLQG, Sở Y tế tỉnh Quảng Nam và Đà Nẵng, Bệnh viện lao và bệnh phổi tỉnh Quảng Nam và Đà Nẵng, Trung tâm Y tế dự phòng các huyện triển khai nghiên cứu.

Các đối tượng nghiên cứu gồm nhân viên y tế, người bệnh chỉ điểm, người tiếp xúc tham gia hoàn toàn tự nguyện, được thông báo đầy đủ các thông tin về nghiên cứu và ký vào Phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn. Các thông tin cá nhân được mã hóa và xử lý chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu chỉ trích dẫn các số liệu trong sổ đăng ký không đi kèm tên người bệnh để tính toán các chỉ số đa bậc, do đó đã có sự chấp thuận từ các nhân viên y tế tại các cơ sở tham gia nghiên cứu.

Cơ chế để bảo mật thông tin: Chỉ trích dẫn các dữ liệu vô danh từ các Sổ đăng ký và Thẻ điều trị và từ các nguồn thông tin khác cho các chỉ số đa bậc. Thông tin định danh của người tham gia trả lời bảng câu hỏi và phỏng vấn được lưu giữ trong các tập tin riêng biệt, được khóa và chìa khóa được đặt ở các văn phòng điều phối. Thông tin này không được nhập vào máy tính, mà chỉ nhập mã số nghiên cứu. Các bài báo cáo không tiết lộ danh tính cá nhân nào.

Trong quá trình nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu được khám và kiểm tra sức khỏe theo lịch định kỳ. Nếu đối tượng nghiên cứu phát hiện mắc lao được đưa vào điều trị miễn phí theo CTCLQG. Các biện pháp can thiệp dựa trên các thực hành lâm sàng tốt nên không gây rủi ro cho người tham gia. Các quy trình có tác động trực tiếp đến chăm sóc người bệnh được các nhân viên y tế và các nhân viên tại điểm nghiên cứu phê chuẩn. Nhân viên y tế theo dõi và hỗ trợ xử trí các phản ứng bất lợi xảy ra trong quá trình điều trị lao tiềm ẩn. Quá trình này được thực hiện như một phần của quá trình thực hành thông thường - mà nhóm nghiên cứu hy vọng sẽ tiếp tục lâu dài sau khi thử nghiệm kết thúc.

Nếu các đối tượng nghiên cứu có bất kỳ thắc mắc liên quan đến nghiên cứu và cũng như quyền lợi của đối tượng nghiên cứu được nhóm nghiên cứu trả lời và tư vấn đầy đủ. Ngoài ra, đối tượng nghiên cứu có thể rút khỏi nghiên cứu tại bất kỳ giai đoạn nào của nghiên cứu.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mục tiêu cụ thể 1. Mô tả thực trạng sàng lọc người tiếp xúc với người bệnh lao phổi và điều trị lao tiềm ẩn tại Quảng Nam và Đà Nẵng năm 2016

Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn bao gồm 9 giai đoạn, hay còn gọi là 9 bước, (1) Nhận diện người tiếp xúc, (2) Người tiếp xúc đến khám sàng lọc, (3) Người tiếp xúc hoàn tất sàng lọc, (4) Người tiếp xúc đủ điều kiện thăm định y khoa, (5) Người tiếp xúc bắt đầu thực hiện thăm định y khoa (TĐYK), (6) Người tiếp xúc hoàn tất thăm định y khoa, (7) Người tiếp xúc được chỉ định điều trị Lao tiềm ẩn, (8) Người tiếp xúc tiến hành điều trị Lao tiềm ẩn, và (9) Người tiếp xúc hoàn thành điều trị Lao tiềm ẩn.

Thực trạng qua khảo sát ban đầu tại 04 huyện can thiệp (Sơn Trà, Liên Chiểu thuộc Đà Nẵng, Tam Kỳ, Phú Ninh thuộc Quảng Nam), và 04 huyện đối chứng (Núi Thành, Thăng Bình thuộc Quảng Nam, Thanh Khê, Hải Châu thuộc Đà Nẵng), tại thời điểm 2016, chính sách của CTCLQG về quản lý lao tiềm ẩn chỉ tập trung vào nhóm đối tượng tiếp xúc hộ gia đình dưới 5 tuổi và 5-14 tuổi có HIV dương tính, chưa ưu tiên sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn, Sổ đăng ký sàng lọc bệnh lao và theo dõi dự phòng Isoniazid (INH) cho trẻ em tiếp xúc với người bệnh lao phổi chưa có đủ thông tin về chuỗi dịch vụ đa bậc trong quản lý lao tiềm ẩn cho trẻ tiếp xúc, và xét nghiệm phát hiện lao tiềm ẩn (tét Mantoux hoặc IGRAs) chưa được sử dụng thường quy.

Bảng 3.1. Quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình năm 2016 tại 04 huyện can thiệp

Đặc điểm	Tổng		Đà Nẵng		Quảng Nam		p-value
	Số	Tích lượng lũy (%)	Số	Tích lượng lũy (%)	Số	Tích lượng lũy (%)	
Người bệnh chỉ điểm	402	100,0%	238	100,0%	164	100,0%	
Khai thác được người tiếp xúc	99	24,6%	68	28,6%	31	18,9%	0,027
Tổng NTX ước tính	1206	100,0%	714	100,0%	492	100,0%	
Người tiếp xúc được nhận diện	151	12,5%	105	14,7%	46	9,3%	0,006
Người tiếp xúc tham gia sàng lọc (không xét nghiệm Mantoux)	138	11,4%	95	13,3%	43	8,7%	0,755
Người tiếp xúc cần thăm định y khoa	43	3,6%	41	5,7%	2	0,4%	<0,001
Người tiếp xúc hoàn thành thăm định y khoa	43	3,6%	41	5,7%	2	0,4%	<0,001
Người tiếp xúc bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn	7	0,6%	7	1,0%	0	0,0%	0,101

Ở 4 huyện can thiệp (Tam Kỳ, Phú Ninh, Sơn Trà, Liên Chiểu), số liệu ban đầu năm 2016 về thực trạng quản lý lao tiềm ẩn trên địa bàn cho thấy trong số 402 người bệnh lao phổi được đăng ký, nhân viên y tế chỉ khai thác được thông tin về người tiếp xúc hộ gia đình của 99 người bệnh, chiếm 24,6%, tỷ lệ này ở Đà Nẵng (28,6%) cao hơn ở Quảng Nam (18,9%). Số người tiếp xúc được nhận diện là 151, nếu giả định mỗi người bệnh lao phổi có 3 người tiếp xúc [68], tỷ lệ nhận diện người tiếp xúc tại thời điểm này chỉ đạt 12,5%, số người tham gia sàng lọc là 138, tính theo tỷ lệ tích lũy chỉ đạt 11,4%, số người cần thăm định y khoa (xét nghiệm loại trừ mắc lao hoạt động) là 43 (3,6%), số người bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn là 7, chỉ đạt 0,6%.

Theo số liệu thu thập thông tin ban đầu, có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ($<0,001$) đối với tỷ lệ người tiếp xúc tham gia sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn giữa các địa bàn (Bảng 3.2).

Bảng 3.2. Quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình năm 2016 theo huyện (Tam Kỳ, Phú Ninh, Sơn Trà, Liên Chiểu)

Đặc điểm	Tam Kỳ	Phú Ninh	Sơn Trà	Liên Chiểu	p-value
Người bệnh chỉ điểm	111 (100,0)	53 (100,0)	110 (100,0)	128 (100,0)	
Khai thác được người tiếp xúc	22 (19,8)	9 (17,0)	36 (32,7)	32 (25,0)	0,074
Tổng người tiếp xúc ước tính	333 (100,0)	159 (100,0)	330 (100,0)	384 (100,0)	
Người tiếp xúc được nhận diện	32 (9,6)	14 (8,8)	60 (18,2)	45 (11,7)	0,002
Người tiếp xúc tham gia sàng lọc (không xét nghiệm Mantoux)	30 (9,0)	13 (8,2)	60 (18,2)	35 (9,1)	<0,001
Người tiếp xúc cần thăm định y khoa	1 (0,3)	1 (0,6)	24 (7,3)	17 (4,4)	<0,001
Người tiếp xúc hoàn thành thăm định y khoa	1 (0,3)	1 (0,6)	24 (7,3)	17 (4,4)	<0,001
Người tiếp xúc bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn			7 (2,1)		

Tỷ lệ khai thác được người tiếp xúc với người bệnh lao phổi cao nhất ở quận Sơn Trà (32,7%), tiếp theo lần lượt là Liên Chiểu (25%), Tam Kỳ (19,8%), Phú Ninh (17%). Tỷ lệ người tiếp xúc được nhận diện so với tổng người tiếp xúc ước tính cũng cao hơn ở Sơn Trà (18,2%) và Liên Chiểu (11,7%) so với Tam Kỳ (9,6%) và Phú Ninh (8,8%). Sơn Trà tiếp tục là huyện có tỷ lệ người tiếp xúc tham gia sàng lọc lao tiềm ẩn cao nhất (18,2%), trong khi tỷ lệ này ở các huyện khác từ 8,2% đến 9,1%, nếu tính riêng trong số người tiếp xúc được nhận diện, tỷ lệ này ở Sơn Trà lên đến 100%. Bên cạnh đó, kết quả cho thấy chỉ riêng Sơn Trà có 7 người tiếp xúc bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn, 3 quận/ huyện còn lại không có bất kỳ người tiếp xúc nào đồng ý điều trị.

Đối với 04 huyện đối chứng (Núi Thành, Thăng Bình, Thanh Khê, Hải Châu), có 1.292 người bệnh lao phổi được đăng ký, số liệu ban đầu năm 2016 về thực trạng quản lý lao tiềm ẩn trên địa bàn cho thấy nếu giả định mỗi người bệnh lao phổi có 3 người tiếp xúc [68], số người tiếp xúc được ước tính là 1.476, trong khi đó, số người tham gia sàng lọc là 122, tính theo tỷ lệ tích lũy chỉ đạt 8,3%, số người bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn là 9, chỉ đạt 0,6%. (Bảng 3.3).

Bảng 3.3. Quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình năm 2016 tại 04 huyện đối chứng

Đặc điểm	Tổng		Đà Nẵng		Quảng Nam		P-value
	Số lượng	Tích lũy (%)	Số lượng	Tích lũy (%)	Số lượng	Tích lũy (%)	
Người bệnh chỉ điểm	492		260		232		
Tổng NTX ước tính	1476	100,0%	780	100,0%	696	100,0%	
Người tiếp xúc tham gia sàng lọc (không xét nghiệm Mantoux)	122	8,3%	23	2,9%	99	14,2%	<0,001
Người tiếp xúc bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn	9	0,6%	7	0,9%	2	0,3%	0,185

Người tiếp xúc tham gia sàng lọc ở Đà Nẵng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với tỉnh Quảng Nam (2,9% so với 14,2%, $p < 0,001$).

Bảng 3.4. Quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình năm 2016 theo huyện đối chứng và huyện can thiệp

Đặc điểm	Can thiệp		Đối chứng		P-value
	Số lượng	Tích lũy (%)	Số lượng	Tích lũy (%)	
Người bệnh chỉ điểm	402		492		
Tổng NTX ước tính	1206	100,0%	1476	100,0%	
Người tiếp xúc tham gia sàng lọc (không xét nghiệm Mantoux)	138	11,4%	122	8,3%	0,006
Người tiếp xúc bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn	7	0,6%	9	0,6%	0,564

So sánh số liệu ban đầu giữa địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng, có thể thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số trẻ tiếp xúc tham gia sàng lọc (11,4% so với 8,3%), và số trẻ điều trị lao tiềm ẩn (cùng 0,6%) giữa địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng tại thời điểm trước khi triển khai can thiệp.

3.2. Mục tiêu cụ thể 2. Đánh giá kết quả một số can thiệp cho người tiếp xúc với người bệnh lao phổi và điều trị lao tiềm ẩn tại tỉnh Quảng Nam và Đà Nẵng giai đoạn 7/2017-10/2019.

3.2.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện điều tra người tiếp xúc (NTX) hộ gia đình (HGD) với người bệnh lao phổi được chẩn đoán trong giai đoạn từ tháng 7/2017 đến hết tháng 12/2018 (người bệnh chỉ điểm), từ đó phân tích chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn tại trung tâm y tế các huyện can thiệp của nghiên cứu.

Bảng 3.5: Đặc điểm chung của người bệnh chỉ điểm theo tỉnh

Đặc điểm	Tổng N=524	Đà Nẵng (n=303)	Quảng Nam (n=221)	p-value
Phân loại bệnh lao				
Mới	465(88,7)	271(89,4)	194(87,8)	0,32
Tái phát	59(11,3)	32(10,6)	30(12,2)	0,83
Tình trạng bằng chứng vi khuẩn				
Soi (+)	422(80,5)	232(76,6)	190(86,0)	0,007
Cấy (+)	49(9,4)	39(12,9)	10(4,5)	0,0012
Xpert	335(63,9)	150(49,5)	185(83,7)	<0,001
Không bằng chứng vi khuẩn	11(2,1)	6(2,0)	5(2,3)	0,82
Người tiếp xúc				
Có NTX	451(86,1)	291(96,0)	160(72,4)	<0,001
Không có NTX	73(13,9)	12(4,0)	61(27,6)	

Kết quả Bảng 3.5 cho thấy có 524 người bệnh chỉ điểm đã được đưa vào nghiên cứu, trong đó, người bệnh lao phổi mới là 465 người, chiếm 88,7%, người bệnh lao tái phát là 59 người, chiếm 11,3%. Hai huyện can thiệp của Đà Nẵng (quận Sơn Trà và quận Liên Chiểu) có 303 người bệnh chỉ điểm, chiếm 57,8%, 2 huyện can thiệp của Quảng Nam (thành phố Tam Kỳ và huyện Phú Ninh) có 221 người bệnh, chiếm 42,2%.

Bảng 3.6: Đặc điểm chung của người bệnh chỉ điểm theo huyện can thiệp

Đặc điểm	Tổng N=524	Liên Chiêu n=150	Sơn Trà n=153	Phú Ninh n=77	Tam Kỳ n=144
Phân loại TB					
Mới	465(88,7)	138(92,0)	133(86,9)	67(87,0)	127(88,2)
Tái phát	59(11,3)	12(8,0)	20(13,1)	10(13,0)	17(11,8)
Tình trạng bằng chứng vi khuẩn					
Soi (+)	422(80,5)	104(69,3)	128(83,7)	65(84,4)	125(86,8)
Cấy (+)	49(9,4)	16(10,7)	23(15,0)	3(3,9)	7(4,9)
Xpert	335(63,9)	50(33,3)	100(65,4)	59(76,6)	126(87,5)
Không bằng chứng vi khuẩn	11(2,1)	5(3,3)	1(0,7)	4(5,2)	1(0,7)
Người tiếp xúc					
Có NTX	451(86,1)	142(94,7)	149(97,4)	64(83,1)	96(66,7)
Không có NTX	73(13,9)	8(5,3)	4(2,6)	13(16,9)	48(33,3)

Về tình trạng bằng chứng vi khuẩn, 513 người bệnh chỉ điểm được xác định mắc lao có bằng chứng vi khuẩn, chiếm 97,9%, cụ thể, có kết quả xét nghiệm AFB nhuộm soi trực tiếp dương tính là 422 người bệnh (80,5%), nuôi cấy vi khuẩn lao là 49 người bệnh (9,4%), và xét nghiệm sinh học phân tử Xpert MTB/RIF là 335 người bệnh (63,9%).

Trong số 524 người bệnh chỉ điểm, nhóm nghiên cứu đã khai thác được thông tin về người tiếp xúc hộ gia đình của 451 người bệnh (86,1%), 73 người bệnh (13,9%) không khai thác được thông tin về người tiếp xúc hộ gia đình. Tỷ lệ người bệnh chỉ điểm không khai thác được thông tin về người tiếp xúc hộ gia đình tại Quảng Nam cao hơn đáng kể so với Đà Nẵng, chiếm 27,6% so với 4,0% tại Đà Nẵng ($p < 0,001$).

Kết quả khai thác thông tin từ 451 người bệnh chỉ điểm cho thấy có 1.623 người tiếp xúc hộ gia đình của người bệnh, trong đó, 715 người tiếp xúc là nam giới (44,1%), 908 người tiếp xúc là nữ giới (55,9%), phân bố khá đồng đều ở các nhóm tuổi, cụ thể như sau:

Bảng 3.7: Đặc điểm người tiếp xúc qua (N=1.623)

Đặc điểm	Tổng (N=1.623)	%
Giới tính		
Nam	715	44,1%
Nữ	908	55,9%
Nhóm tuổi		
< 5 tuổi	139	8,6%
5 - 14 tuổi	284	17,5%
15 - 24 tuổi	266	16,4%
25 - 34 tuổi	309	19,0%
35 - 44 tuổi	181	11,2%
45 - 54 tuổi	213	13,1%
55+	231	14,2%

Trong số 1.623 người tiếp xúc hộ gia đình khai thác được thông tin, 1.089 người tiếp xúc bày tỏ mong muốn được tham gia sàng lọc chẩn đoán khả năng mắc lao, lao tiềm ẩn tại trung tâm y tế (chiếm 67,1%). Đặc điểm của người tiếp xúc có mong muốn tham gia sàng lọc được thể hiện ở Bảng 3.8:

Bảng 3.8: Đặc điểm người tiếp xúc (N=1.089)

Đặc điểm	Tổng	Đà Nẵng	Quảng Nam	p-value
Giới tính				
Nam	461(42,3)	338(43,9)	123(38,6)	0,1
Nữ	628(57,7)	432(56,1)	196(61,4)	
Tuổi NTX; Trung vị (IQR)	27(33)	26(31)	31(35)	<0,001*
Nhóm tuổi				
<5 tuổi	131(12,0)	90(11,7)	41(12,9)	0,11
5-14 tuổi	212(19,5)	152(19,7)	60(18,8)	
15-24 tuổi	138(12,7)	110(14,3)	28(8,8)	
25-34 tuổi	209(19,2)	153(19,9)	56(17,6)	
35 - 44 tuổi	120(11,0)	85(11,0)	35(11,0)	
45-54 tuổi	142(13,0)	90(11,7)	52(16,3)	
55-64 tuổi	80(7,4)	53(6,9)	27(8,5)	
65+	57(5,2)	37(4,8)	20(6,3)	

* Kiểm định Wilcoxon

Trong số 1.089 người tiếp xúc bày tỏ mong muốn được tham gia sàng lọc, 461 nam giới (42,3%), 628 nữ giới (57,7%), độ tuổi tại 4 điểm nghiên cứu nói chung có trung vị là 27 tuổi, khoảng phân vị là 33 tuổi, đối với 2 huyện can thiệp ở Đà Nẵng, 2 con số này lần lượt là 26 và 31, trong khi độ tuổi ở Quảng Nam cao hơn có ý nghĩa thống kê, lần lượt là 31 và 35 ($p < 0,001$). Phân bố giữa các nhóm tuổi của nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm không có sự khác biệt nhiều, đáng chú ý, có 137 người tiếp xúc ở độ tuổi trên 55 (12,6%) vẫn mong muốn được tham gia các can thiệp của nghiên cứu.

Bảng 3.9: Tình trạng liên quan đến bệnh Lao của người tiếp xúc (N=1.089)

Đặc điểm	Tổng N=1.089	Đà Nẵng (n=770)	Quảng Nam (n=319)	p- value
Tiền sử mắc lao				
Đã từng mắc	34(3,1)	33(4,3)	1(0,3)	0,001
Chưa bao giờ	1055(96,9)	737(95,7)	318(99,7)	
Có triệu chứng nghi lao				
Có	83(7,6)	57(7,4)	26(8,1)	0,7
Không	1006(92,4)	713(92,6)	293(91,8)	
Tình trạng bằng chứng vi khuẩn ở người bệnh lao chỉ điểm của người tiếp xúc				
Soi (+)	921(84,6)	648(84,2)	273(85,6)	0,55
Cấy (+)	89(8,2)	75(9,7)	14(4,4)	0,003
Xpert	602(55,3)	327(42,5)	275(86,2)	<0,001
Không bằng chứng vi khuẩn	17(1,6)	8(1,0)	9(2,8)	0,03

* Fisher's exact test

Về tình trạng liên quan đến bệnh lao của người tiếp xúc mong muốn được tham gia vào nghiên cứu, có 34 người tiếp xúc đã từng mắc lao (chiếm 3,1%), số người tiếp xúc có tiền sử mắc lao ở 2 quận Sơn Trà và Liên Chiểu, Đà Nẵng là 33 trường hợp, trong khi con số này chỉ là 1 trường hợp ở 2 huyện can thiệp tại tỉnh Quảng Nam. Tại thời điểm triển khai các can thiệp của nghiên cứu, 83 người tiếp xúc có triệu chứng nghi lao, bao gồm có một hoặc nhiều hơn các triệu chứng như ho kéo dài (ho khan, ho có đờm, ho ra máu), sốt về chiều, gầy sút, kém ăn, mệt mỏi, ra mồ hôi trộm ban đêm, đau ngực, khó thở. Tỷ lệ người tiếp xúc có triệu chứng nghi lao tại 2 tỉnh nói chung không có sự khác biệt nhiều, cụ thể, 7,4% tại Đà Nẵng, 8,1% tại Quảng Nam. Tuy nhiên, theo từng huyện can thiệp, số liệu có sự chênh lệch khá rõ, cụ thể, người tiếp xúc có triệu chứng nghi lao ở quận Liên Chiểu là 4 người (1,2%), quận Sơn Trà là 53 người (12,5%), huyện Phú Ninh là 7 người (4,9%) và thành phố Tam Kỳ là 19 người (10,8%).

Về tình trạng bằng chứng vi khuẩn ở người bệnh lao chỉ điểm của người tiếp xúc, chỉ 1,6% (17) người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao không có bằng chứng vi khuẩn, số còn lại đều có người nhà là người bệnh lao có bằng chứng vi khuẩn. Trong khi đó, những người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao có bằng chứng vi khuẩn có nguy cơ nhiễm lao tiềm ẩn hoặc mắc lao cao hơn những người khác.

3.2.2. Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm

Các can thiệp y tế công cộng đối với các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn tại 4 huyện can thiệp (Tam Kỳ, Phú Ninh, Sơn Trà, Liên Chiểu) đã được triển khai trong giai đoạn tháng 7/2017 đến tháng 10/2019, bao gồm điều tra người tiếp xúc, tư vấn trực tiếp, truyền thông, cung cấp dịch vụ y tế, ghi chép, báo cáo nhằm tăng tỷ lệ người tiếp xúc hộ gia đình ở mọi lứa tuổi với người bệnh chỉ điểm tham gia sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn.

Bảng 3.10. Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm (tỷ lệ theo từng giai đoạn)

Đặc điểm	Tổng	Đà Nẵng	Quảng Nam	p-value
Giai đoạn 1. Người tiếp xúc được nhận diện mong muốn tham gia sàng lọc (n=1623)				
Có	1089(67,1)	770(66,0)	319(70,0)	0,125
Không	534(32,9)	397(34,0)	137(30,0)	
Giai đoạn 2. Người tiếp xúc đến khám sàng lọc (n=1089)				
Có	1064(97,7)	758(98,4)	306(95,9)	0,007
Không	24(2,2)	11(1,4)	13(4,1)	
Bỏ bước	1(0,1)	1(0,1)	0	
Giai đoạn 3. Người tiếp xúc hoàn tất sàng lọc (n=1064)				
Có	1062(99,8)	758(100)	304(99,3)	0,08*
Không	2(0,2)	0	2(0,7)	
Giai đoạn 4. Người tiếp xúc đủ điều kiện thăm định y khoa (n=1064)				
Có	776(72,9)	579(76,4)	197(64,4)	<0,001
Không	261(24,5)	173(22,8)	88(28,8)	
Bỏ bước	27(2,5)	6(0,8)	21(6,9)	
Giai đoạn 5. Người tiếp xúc bắt đầu thực hiện thăm định y khoa (n=776)				
Có	766(98,7)	572(98,8)	194(98,5)	0,74
Không	10(1,3)	7(1,2)	3(1,5)	
Giai đoạn 6. Người tiếp xúc hoàn tất thăm định y khoa (n=776)				
Có	760(98,9)	566(98,9)	194(100)	0,3*
Không	6(0,8)	6(1,1)	0	
Giai đoạn 7. Người tiếp xúc được chỉ định điều trị Lao tiềm ẩn (n=760)				
Có	548(72,1)	395(69,8)	153(78,9)	0,015
Không	212(27,9)	171(30,2)	41(21,1)	
Giai đoạn 8. Người tiếp xúc tiến hành điều trị Lao tiềm ẩn (n=548)				
Có	485(88,5)	361(91,4)	124(81,0)	0,001
Không	63(11,5)	34(8,6)	29(19,0)	
Giai đoạn 9. Người tiếp xúc hoàn thành điều trị Lao tiềm ẩn (n=485)				
Có	416(85,8)	328(90,9)	88(71)	<0,001
Không/chuyển	69(14,2)	33(9,1)	36(29)	

* Fisher's exact test

Trong quá trình triển khai nghiên cứu, có 524 người bệnh chỉ điểm tại 4 địa bàn can thiệp (Tam Kỳ, Phú Ninh, Sơn Trà, Liên Chiểu) được đăng ký điều trị, trong số đó, nhân viên y tế khai thác được thông tin về người tiếp xúc của 451 người bệnh, chiếm 86,1%. Nhân viên y tế tuyến huyện nhận diện được 1.623 trên tổng số 1.572 người tiếp xúc hộ gia đình được ước tính (ước tính mỗi người bệnh chỉ điểm có 3 người tiếp xúc [68]). Trong số 1.623 người tiếp xúc được nhận diện, qua trao đổi ban đầu với nhân viên y tế, có 1.089 người tiếp xúc mong muốn được đến cơ sở y tế để được sàng lọc lao và lao tiềm ẩn, chiếm 67,1%. Số người không đồng ý tham gia nghiên cứu chiếm 32,9% (534 người), nhiều nhất ở Sơn Trà và Liên Chiểu, trong đó, tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới, 52,4% so với 47,6%. Độ tuổi của nhóm NTX không tham gia sàng lọc phân bố khá đều giữa các nhóm tuổi, cao nhất trong nhóm 16-25 và 26-35 tuổi, đều chiếm 19,1%, tiếp theo là nhóm 46-55 (13,3%), 36-45 (11,6%).

Phân tích chuỗi dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn tại địa bàn can thiệp theo từng giai đoạn cho thấy, trong 1.089 người tiếp xúc bày tỏ mong muốn được tham gia sàng lọc, 1.064 (97,7%) người tiếp xúc đã đến cơ sở y tế để được khám sàng lọc; 1.062 (99,8%) hoàn tất sàng lọc, bao gồm sàng lọc triệu chứng nghi lao, xét nghiệm Mantoux kiểm tra khả năng nhiễm lao tiềm ẩn đối với người tiếp xúc trên 5 tuổi, quay lại cơ sở y tế đọc kết quả xét nghiệm Mantoux sau 2 ngày); 776 (72,9%) người tiếp xúc đủ điều kiện để chuyển sang thăm định y khoa, bao gồm có kết quả Mantoux dương tính, có tiền sử lao hoặc lao tiềm ẩn, trẻ em dưới 5 tuổi; 766 (98,7%) người tiếp xúc bắt đầu thăm định y khoa, bao gồm chụp X-quang, xét nghiệm đờm để kiểm tra khả năng mắc lao; 760 (98,9%) người tiếp xúc hoàn tất thăm định y khoa; 548 (72,1%) được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn; và 485 (88,5%) bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn (Bảng 3.10).

Bảng 3.11. Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm (tỷ lệ tích lũy)

Đặc điểm	Tổng		Đà Nẵng		Quảng Nam		p-value
	Số lượng	% tích lũy	Số lượng	% tích lũy	Số lượng	% tích lũy	
Gđ1. Người tiếp xúc được nhận diện	1623	100,0%	1167	100,0%	456	100,0%	-
Người tiếp xúc được nhận diện mong muốn tham gia sàng lọc	1089	67,1%	770	66,0%	319	70,0%	0,255
Gđ2. Người tiếp xúc đến khám sàng lọc	1064	65,6%	758	65,0%	306	67,1%	0,412
Gđ3. Người tiếp xúc hoàn tất sàng lọc	1062	65,4%	758	65,0%	304	66,7%	0,514
Gđ4. Người tiếp xúc đủ điều kiện thăm định y khoa	776	47,8%	579	49,6%	197	43,2%	0,02
Gđ5. Người tiếp xúc bắt đầu thực hiện thăm định y khoa	766	47,2%	572	49,0%	194	42,5%	0,017
Gđ6. Người tiếp xúc hoàn tất thăm định y khoa	760	46,8%	566	48,5%	194	42,5%	0,031
Gđ7. Người tiếp xúc được chỉ định điều trị Lao tiềm ẩn	548	33,8%	395	33,8%	153	33,6%	0,91
Gđ8. Người tiếp xúc tiến hành điều trị Lao tiềm ẩn	485	29,9%	361	30,9%	124	27,2%	0,139
Gđ9. Người tiếp xúc hoàn thành điều trị Lao tiềm ẩn	416	25,6%	328	28,1%	88	19,3%	<0,001

Tính trên tỷ lệ tích lũy (cumulative rate) của toàn bộ chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm, chỉ 67,1% (1.089) trong số những người tiếp xúc được nhận diện bày tỏ mong muốn tham gia sàng lọc, 65,6% (1.064) thực tế đến cơ sở y tế tham gia sàng lọc, 65,4% (1.062) hoàn thành sàng lọc, bao gồm xét nghiệm Mantoux, 47,8% (776) đủ điều kiện thăm định y khoa (gồm những người tiếp xúc có kết quả xét nghiệm Mantoux dương tính ở bước sàng lọc, hoặc có tiền sử lao hoặc lao tiềm ẩn, có dấu hiệu nghi lao cho dù kết quả xét nghiệm Mantoux âm tính, hoặc trẻ em dưới 5 tuổi), 47,2% (766) bắt đầu thăm định y khoa, 46,8% (760) hoàn tất thăm định y khoa, 33,8% (548) được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn, và 29,9% (485) tiến hành điều trị lao tiềm ẩn.

Phân tích Chi Square cho thấy không có sự khác nhau giữa các nhóm tuổi và giới tính trong hoàn thành các giai đoạn tham gia và hoàn tất sàng lọc lao tiềm ẩn.

Bảng 3.12. Các kết quả sàng lọc, thăm định y khoa của người tiếp xúc

Đặc điểm	Tổng	Đà Nẵng	Quảng Nam	p-value
Kết quả Mantoux (n=1064)				
Dương tính	635(59,7)	473(62,4)	162(52,9)	<0,001
Âm tính	390(36,6)	248(32,7)	142(46,4)	
Không làm	39(3,7)	37(4,9)	2(0,7)	
Trung vị (IQR)	7,0(9,0)	8,0(9,0)	5,0(6,0)	<0,001*
Kết quả chụp Xquang ngực (n=766)				
Bình thường	594(77,5)	425(74,3)	169(87,1)	<0,001
Bất thường nghi lao	75(9,8)	65(11,4)	10(5,1)	
Bất thường không nghi lao	52(6,8)	50(8,7)	2(1,0)	
Không chụp	45(5,9)	32(5,6)	13(6,7)	

* Kiểm định Wilcoxon

Tại giai đoạn sàng lọc, trong số 1.064 người tiếp xúc tham gia sàng lọc, có 635 người tiếp xúc có kết quả xét nghiệm Mantoux dương tính (59,7%), 390 (36,6%) có kết quả Mantoux âm tính, và 39 (3,7%) không phải thực hiện xét nghiệm Mantoux (nhóm trẻ em dưới 5 tuổi). Tỷ lệ dương tính ở Đà Nẵng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với Quảng Nam, 62,4% so với 52,9% ($p < 0,001$). Trung vị của đường kính nốt sần khi đọc kết quả xét nghiệm Mantoux của 4 địa bàn can thiệp là 7mm, khoảng phân vị là 9mm, hai số liệu này ở Đà Nẵng lần lượt là 8mm và 9mm, rộng hơn có ý nghĩa thống kê của Quảng Nam là 5mm và 6mm ($p < 0,001$).

Tại bước thăm định y khoa, trong 766 người thăm định y khoa, 75 (9,8%) người tiếp xúc có kết quả phim X-quang bất thường nghi lao, 52 (6,8%) có kết quả phim X-quang bất thường không nghi lao, 594 (77,5%) có kết quả phim X-quang bình thường, và 45 người tiếp xúc (6,8%) không chụp phim X-quang, trong số 45 người này, có 6 người tiếp xúc không hoàn thành bước thăm định y khoa, số còn lại không cần chỉ định chụp phim X-quang. Tỷ lệ người tiếp xúc có kết quả phim X-quang bất thường nghi lao tại Đà Nẵng (11,4%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với kết quả ở Quảng Nam (5,1%) ($p < 0,001$).

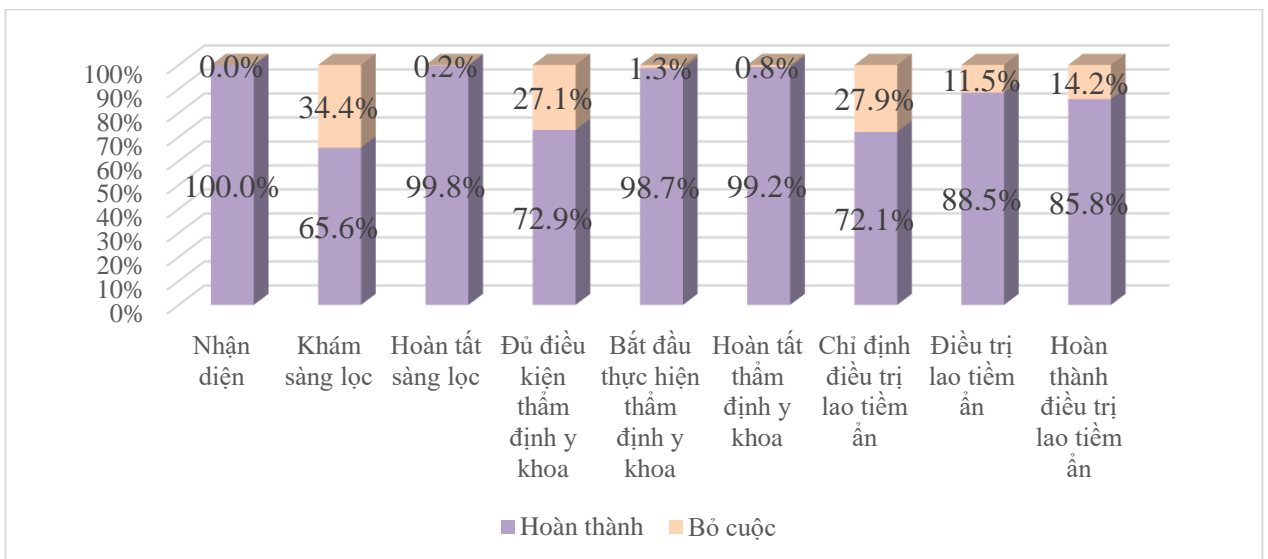
Bảng 3.13. Người tiếp xúc đủ điều kiện thăm định y khoa theo nhóm tuổi

Đặc điểm	Tổng	Đà Nẵng	Quảng Nam	p-value
Giới tính (n=776)				
Nam	337(73,10)	252(74,55)	85(69,10)	
Nữ	439(69,90)	327(75,69)	112(57,14)	
p-value	0,927			
Nhóm tuổi (n=776)				
0-4	101(95,28)	69(97,18)	32(91,43)	0,189
5-14	145(68,4)	111(73,03)	34(56,67)	0,021
15-24	106(65,03)	87(67,44)	19(55,88)	0,209
25-44	227(69,0)	177(74,37)	50(54,95)	0,001
45-64	156(70,27)	105(73,43)	51(64,56)	0,166
>=65	41(71,93)	30(81,08)	11(55,0)	0,036
p-value	<0,001	<0,001	0,032	

Phân tích Chi Square đã chỉ ra không sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa giới tính của người tiếp xúc đủ điều kiện thẩm định y khoa, nhưng có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê trong nhóm tuổi của người tiếp xúc đủ điều kiện thẩm định y khoa (p-value <0,001). Nhóm tuổi được đưa vào thẩm định y khoa cao nhất là nhóm 0-4 tuổi, tiếp theo là nhóm trên 45 tuổi, nhóm tuổi có tỷ lệ đủ điều kiện thẩm định y khoa thấp nhất là nhóm 15-24. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi của người tiếp xúc đủ điều kiện thẩm định y khoa ở Đà Nẵng, nhưng không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê trong từng nhóm tuổi giữa các tỉnh và ở Quảng Nam.

Giai đoạn thẩm định y khoa đã phát hiện được 27 người bệnh lao, chiếm 3,5% (27/766), trong đó, 40,7% trong nhóm <5 tuổi (11/27). Số người bệnh lao được phát hiện cao nhất ở Sơn Trà, chiếm 81,4% (22/27), các quận/huyện khác phát hiện rất ít, cụ thể, Tam Kỳ và Phú Ninh phát hiện 1 người bệnh/ huyện, Liên Chiểu phát hiện 3 người bệnh.

Tỷ lệ người tiếp xúc tham gia trong các bước của chuỗi cung cấp dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn cho thấy tỷ lệ bỏ cuộc cao nhất thuộc về giai đoạn 2 (đến cơ sở y tế để tham gia sàng lọc), giai đoạn 4 (đủ điều kiện thẩm định y khoa), và giai đoạn 7 (được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn).



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ người tiếp xúc tham gia mỗi giai đoạn của chuỗi dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn

1.064 người (65,6%) trong tổng số 1.623 người tiếp xúc được nhận diện và khai thác thông tin, tỷ lệ không tham gia lên tới 34,4%. Tỷ lệ không tham gia đối với giai đoạn thăm định y khoa là 27,1%, kết quả cho thấy 766 (72,9%) người tiếp xúc hoàn tất sàng lọc tiến hành các xét nghiệm bổ sung để kiểm tra khả năng mắc lao, tỷ lệ này được tính trên 100% người tiếp xúc hoàn tất sàng lọc (1.064). Tuy nhiên, điều kiện để được thực hiện bước tiến hành thăm định bao gồm người tiếp xúc có kết quả xét nghiệm Mantoux dương tính ở bước sàng lọc, hoặc có tiền sử lao hoặc lao tiềm ẩn, có dấu hiệu nghi lao (kết quả xét nghiệm Mantoux âm tính), hoặc trẻ em dưới 5 tuổi. Tổng số người tiếp xúc đủ điều kiện thăm định y khoa được xác định là 776 người. Do đó, nếu chỉ tính trong nhóm người tiếp xúc đủ điều kiện tiếp tục thực hiện thăm định, tỷ lệ người tiếp xúc chấp nhận lên đến 98,7% (766/776).

Riêng đối với giai đoạn chỉ định điều trị lao tiềm ẩn, tỷ lệ thất thoát khá cao (27,9%) do người tiếp xúc sau khi hoàn tất giai đoạn thăm định y khoa được xác định mắc lao nên loại trừ điều trị lao tiềm ẩn, hoặc người tiếp xúc có một số yếu tố nguy cơ xảy ra các phản ứng bất lợi nguy hiểm nếu điều trị lao tiềm ẩn, chẳng hạn hiện đang mắc bệnh tan máu bẩm sinh, phụ nữ mang thai hoặc dự định mang thai trong thời gian điều trị, bệnh gan cấp hoặc mạn tính có tăng men gan hoặc có bằng chứng rối loạn chức năng gan như vàng da hoặc có tiền sử tổn thương gan do Rifampicin hoặc Isoniazid, viêm đa dây thần kinh v.v. Sau khi được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn (548/760), 88,5% (485) người tiếp xúc đồng ý điều trị, 11,5% từ chối (Biểu đồ 3.1).

Tính trên tỷ lệ tích lũy số người được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn trong số người tiếp xúc đến khám sàng lọc, Bảng 3.14 chỉ ra trong số 1.064 người tiếp xúc đến khám sàng lọc, 635 (59,7%) người có kết quả xét nghiệm Mantoux dương tính cho thấy có bằng chứng nhiễm lao được chuyển sang giai đoạn thăm định y khoa, và số người được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn là 548, chiếm 51,1%.

Bảng 3.14. Tỷ lệ người bệnh lao tiềm ẩn trong số người tiếp xúc đến khám sàng lọc

Đặc điểm	Tổng	Đà Nẵng	Quảng Nam	p-value
Người tiếp xúc đến khám sàng lọc (n=1089)				
Có	1064(97,7)	758(98,4)	306(95,9)	0,007
Không	24(2,2)	11(1,4)	13(4,1)	
Bỏ bước	1(0,1)	1(0,1)	0	
Kết quả Mantoux (n=1064)				
Dương tính	635(59,7)	473(62,4)	162(52,9)	0,002
Âm tính	390(36,6)	248(32,7)	142(46,4)	
Không làm	39(3,7)	37(4,9)	2(0,7)	
Trung vị (IQR)	7,0(9,0)	8,0(9,0)	5,0(6,0)	
Người tiếp xúc được chỉ định điều trị LTA (n=1064)				
Có	548(51,5)	395(52,1)	153(50,0)	0,32

Phân tích Fisher's exact test và Chi Square test đã chỉ ra không sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa giới tính của người tiếp xúc được chỉ định điều trị và sau đó tiến hành điều trị lao tiềm ẩn, nhưng có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê trong nhóm tuổi của người tiếp xúc được chỉ định và tiến hành điều trị lao tiềm ẩn (p-value <0,001).

Bảng 3.15. Người tiếp xúc được chỉ định điều trị và tiến hành điều trị lao tiềm ẩn theo nhóm tuổi

Đặc điểm	Tổng	Đà Nẵng	Quảng Nam	p-value
Người tiếp xúc được chỉ định điều trị LTA (n=548)				
0-4	87(87,0)	55(80,9)	32(100,0)	0,008
5-14	112(80,6)	84(78,5)	28(87,5)	0,259
15-24	85(83,3)	73(86,9)	12(66, 7)	0,037
25-44	194(85,8)	148(84,1)	46(92, 0)	0,157
45-64	67(43,8)	33(32,4)	34(66, 7)	<0,001
>=65	3(7,5)	2(6,9)	1(9,1)	0,814
p-value	<0,001	<0,001	<0,001	
Người tiếp xúc tiến hành điều trị LTA (n=485)				
0-4	64(73,6)	43(78,2)	21(65,6)	0,2
5-14	101(90,2)	78(92,9)	23(82,1)	0,099
15-24	76(89,4)	65(89,0)	11(91,7)	0,78
25-44	178(91,8)	141(95,3)	37(80,4)	0,001
45-64	63(94,1)	32(97,0)	31(91,2)	0,317
>=65	3(100,0)	2(100,0)	1(100,0)	-
p-value	<0,001	0,004	0,137	

Đối với chỉ định lao tiềm ẩn, nhóm tuổi được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn cao nhất là nhóm 0-4 tuổi (87%), tiếp theo là nhóm 25-44 tuổi (85,8%), nhóm tuổi được chỉ định điều trị thấp nhất là nhóm từ 65 tuổi trở lên, chỉ chiếm 7,5%. Nhóm tuổi cũng có tỷ lệ được chỉ định điều trị khá thấp là nhóm 45-64 tuổi, chiếm 43,8%. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự khác nhau

có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi của người tiếp xúc được chỉ định điều trị trên địa bàn nghiên cứu của Đà Nẵng và Quảng Nam, và có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn ở nhóm tuổi 45-64 giữa hai tỉnh Quảng Nam và Đà Nẵng (p -value $<0,001$), xuất phát từ quan điểm của nhân viên y tế phụ trách lao tiềm ẩn về lợi ích của điều trị lao trong nhóm người cao tuổi, nhân viên y tế ở địa bàn can thiệp của tỉnh Đà Nẵng cho rằng người trên 55 tuổi không cần thiết phải điều trị lao tiềm ẩn, trừ trường hợp người tiếp xúc chủ động đề xuất được điều trị.

Đối với tỷ lệ người tiếp xúc tiến hành điều trị lao tiềm ẩn trong số được chỉ định theo nhóm tuổi, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người tiếp xúc đồng ý điều trị cao nhất trong nhóm trên 64 tuổi (100%), tiếp theo là các nhóm 45-64 tuổi (94,1%), 25-44 (91,8%), nhóm có tỷ lệ đồng ý điều trị thấp nhất là trẻ dưới 5 tuổi (73,6%).

Bảng 3.16. Kết quả điều trị người bệnh lao tiềm ẩn

	Số lượng	Hoàn thành DT	Dừng DT vì PU bất lợi	Chuyển	Bỏ trị
Tổng	485	416(85,8%)	5(1%)	3(0,6%)	61(12,6%)

Về kết quả điều trị của lô người bệnh lao tiềm ẩn là người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm, 461/485 (85,8%) hoàn tất phác đồ điều trị, 61 bỏ trị (12,6%), 5 ngưng trị chủ động do phản ứng bất lợi trong quá trình sử dụng thuốc, bao gồm người bệnh dùng thuốc điều trị để tự tử, người bệnh bị mệt mỏi, mẩn ngứa ngoài da sau khi sử dụng thuốc, v.v (1%), và 3 (0,6%) chuyển điều trị.

3.2.3. Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm theo địa bàn can thiệp

Bảng 3.17. Nhận diện người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm theo tỉnh can thiệp

Đặc điểm	Tổng	Đà Nẵng		Quảng Nam	
		Tổng	%	Tổng	%
Người bệnh chỉ điểm cung cấp thông tin người tiếp xúc	451	290	64,3%	161	35,7%
Tổng người tiếp xúc ước tính	1353	870	64,3%	483	35,7%
Tổng người tiếp xúc được nhận diện	1623	1167	134,1%	456	94,4%

So sánh số liệu giữa Đà Nẵng và Quảng Nam, có thể nhận thấy tỷ lệ người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm được nhận diện trong số người tiếp xúc được ước tính ở Đà Nẵng (134,1%) cao hơn đáng kể so với Quảng Nam (94,4%). Mặc dù số người tiếp xúc ước tính (1 người bệnh chỉ điểm có 3 người tiếp xúc) không phải là số liệu thực tế, đây vẫn được xem như là chỉ tiêu để đánh giá kết quả khai thác thông tin người tiếp xúc của nhân viên y tế tại các địa bàn can thiệp.

Đối với các giai đoạn khác của chuỗi dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, không có sự khác nhau đáng kể về tỷ lệ người tiếp xúc tham gia vào từng giai đoạn tại các tỉnh can thiệp. Cụ thể, từ Bảng 3.10 chỉ ra, tỷ lệ người tiếp xúc được nhận diện mong muốn tham gia khám sàng lọc ở Đà Nẵng và Quảng Nam lần lượt là 66% và 70%, tỷ lệ đến khám sàng lọc lần lượt là 98,4% và 95,9%, hoàn tất sàng lọc lần lượt là 100% và 99,3%, bắt đầu thực hiện thăm định y khoa lần lượt là 98,8% và 98,5%, hoàn tất thăm định y khoa là 98,9% và 100%. Đối với giai đoạn người tiếp xúc được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn, tỷ lệ người tiếp xúc được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn ở Quảng Nam (78,9%) cao hơn đáng kể so với Đà Nẵng (69,8%), tuy nhiên, việc đưa ra chỉ định điều trị lao tiềm ẩn phụ thuộc vào các yếu tố khách quan, chẳng hạn ở

giai đoạn thâm định y khoa xác định được số người bệnh lao được phát hiện hoặc nghi mắc lao cần phải làm các xét nghiệm bổ sung, số người tiếp xúc chống chỉ định với điều trị lao tiềm ẩn, v.v.

Riêng đối với giai đoạn điều trị lao tiềm ẩn, có sự cao hơn đáng kể về tỷ lệ người tiếp xúc được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn bắt đầu tiến hành điều trị ở Đà Nẵng (91,4%) so với ở Quảng Nam (81%) ($p=0,001$).

Bảng 3.18. Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm theo huyện can thiệp

Đặc điểm	Liên Chiểu	Sơn Trà	Phú Ninh	Tam Kỳ
Người tiếp xúc được nhận diện mong muốn tham gia sàng lọc (n=1623)				
Có	345(67,5)	425(64,8)	143(82,2)	176(62,4)
Không	166(32,5)	231(35,2)	31(17,8)	106(37,6)
Người tiếp xúc đến khám sàng lọc (n=1089)				
Có	341(98,8)	417(98,1)	137(95,8)	169(96,0)
Không	4(1,2)	7(1,6)	6(4,2)	7(4,0)
Bỏ bước	0	1(0,2)	0	0
Người tiếp xúc hoàn tất sàng lọc (n=1064)				
Có	341(100,0)	417(100,0)	136(99,3)	168(99,4)
Không	0	0	1(0,7)	1(0,6)
Người tiếp xúc đủ điều kiện thâm định y khoa (n=1064)				
Có	191(56,0)	388(93,0)	83(60,6)	114(67,5)
Không	147(43,1)	26(6,2)	38(27,7)	50(29,6)
Bỏ bước	3(0,9)	3(0,7)	16(11,7)	5(3,0)
Người tiếp xúc bắt đầu thực hiện thâm định y khoa (n=776)				
Có	186(97,4)	386(99,5)	81(97,6)	113(99,1)
Không	5(2,6)	2(0,5)	2(2,4)	1(0,9)
Người tiếp xúc hoàn tất thâm định y khoa (n=776)				
Có	181(97,3)	385(99,7)	81(100)	113(100)
Không	5(2,7)	1(0,3)	0	0
Người tiếp xúc được chỉ định điều trị LTA (n=760)				
Có	141(77,9)	254(66,0)	65(80,2)	88(77,9)
Không	40(22,1)	131(34,0)	16(19,8)	25(22,1)
Người tiếp xúc tiến hành điều trị LTA (n=548)				
Có	123(87,2)	238(93,7)	62(95,4)	62(70,5)
Không	18(12,8)	16(6,3)	3(4,6)	26(29,5)

So sánh số liệu giữa 4 huyện can thiệp, từ Bảng 3.18, có thể nhận thấy tỷ lệ người tiếp xúc tham gia vào từng giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn tại huyện Phú Ninh (Quảng Nam) cao đồng đều nhất so với 3 huyện còn lại, đều đạt trên 80%, đặc biệt, đối với các giai đoạn đến cơ sở y tế khám sàng lọc, hoàn tất sàng lọc, thực hiện thẩm định y khoa trong nhóm đủ điều kiện, hoàn thành thẩm định y khoa và tiến hành điều trị lao tiềm ẩn đều đạt trên 95%, có giai đoạn đạt 100%. Tỷ lệ cao tiếp theo là quận Sơn Trà (Đà Nẵng) với hầu hết các tỷ lệ tương đương với huyện Phú Ninh, riêng giai đoạn người tiếp xúc được nhận diện mong muốn tham gia sàng lọc chỉ đạt 64,8%, thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ này ở Phú Ninh là 82,2%. Quận Liên Chiểu (Đà Nẵng) và thành phố Tam Kỳ (Quảng Nam) có tỷ lệ người tiếp xúc tham gia vào các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn thấp hơn Liên Chiểu và Sơn Trà, trong đó, tỷ lệ người tiếp xúc tham gia các giai đoạn ở thành phố Tam Kỳ thấp nhất so với 3 huyện còn lại, đặc biệt, tỷ lệ người tiếp xúc được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn bắt đầu tiến hành điều trị tại Tam Kỳ chỉ đạt 70,5%, so sánh với tỷ lệ 95,4% (Phú Ninh), 93,7% (Sơn Trà) và 87,2% (Liên Chiểu).

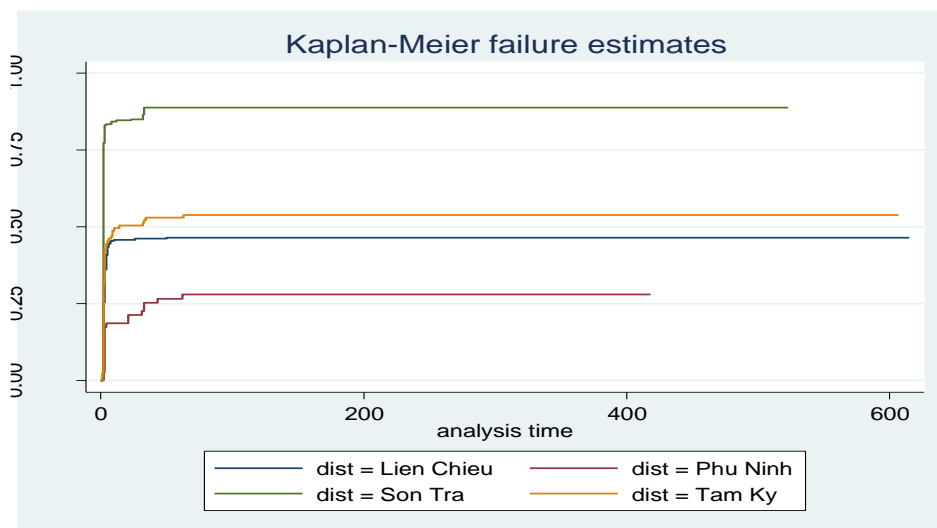
Bảng 3.19. Kết quả điều trị người bệnh lao tiềm ẩn theo địa bàn can thiệp

Địa bàn	Số lượng	Hoàn thành ĐT	Dừng ĐT vì PU bất lợi	Chuyển	Bỏ trị
Tam Kỳ	62	39(62,9%)	0	0	23(37,1%)
Phú Ninh	62	49(79%)	0	0	13(21%)
Sơn Trà	237	213(89,9%)	3(1,3%)	3(1,3%)	18(7,5%)
Liên Chiểu	124	115(92,7%)	2(1,6%)	0	7(5,7%)
Tổng	485	416(85,8%)	5(1%)	3(0,6%)	61(12,6%)
p-value		p<0,001			p<0,001

Về kết quả điều trị của lô người bệnh lao tiềm ẩn là người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hoàn thành điều trị và tỷ lệ bỏ trị giữa các địa bàn nghiên cứu. Tỷ lệ hoàn thành điều trị cao nhất được ghi nhận ở quận Liên Chiểu (Đà Nẵng), đạt 92,7%, tiếp đến là quận Sơn Trà (Đà Nẵng) 89,9%, huyện Phú Ninh (Quảng Nam) 79%, và thấp nhất là thành phố Tam Kỳ (Quảng Nam) với tỷ lệ hoàn thành điều trị chỉ đạt 62,9%. Tỷ lệ bỏ trị cao nhất cũng được ghi nhận ở thành phố Tam Kỳ (Quảng Nam) với 23 người bệnh bỏ trị, chiếm 37,1% trong tổng số người bệnh được thu nhận điều trị lao tiềm ẩn. Tỷ lệ bỏ trị thấp nhất ở Liên Chiểu (5,7%) và Sơn Trà (7,5%).

3.2.4. Phân bố xác suất người tiếp xúc hoàn thành các giai đoạn trong chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, mối tương quan với nhóm tuổi, giới, địa bàn can thiệp

3.2.4.1. Thời gian từ khi hoàn tất sàng lọc đến thăm định y khoa



Biểu đồ 3.2: Phân bố xác suất người tiếp xúc thực hiện thăm định y khoa theo thời gian

Biểu đồ 3.2 cho thấy quận Sơn Trà (Đà Nẵng) có tỷ lệ người tiếp xúc đến thực hiện thăm định y khoa cao nhất cũng như sớm nhất. Chỉ ngày thứ 2 sau khi hoàn tất sàng lọc, đã có khoảng 78% người tiếp xúc đến thăm định y

khoa. Ở các huyện khác, số người tiếp xúc đến thăm định y khoa tương đối thấp, cụ thể, thành phố Tam Kỳ (Quảng Nam), ngày thứ 10 sau khi hoàn tất sàng lọc, có 50% người bệnh đến thực hiện thăm định y khoa, huyện Phú Ninh (Quảng Nam) chỉ có 38% người tiếp xúc đến thăm định y khoa và ở quận Liên Chiểu (Đà Nẵng), người tiếp xúc cũng đến tập trung trong 4 ngày đầu tiên sau khi hoàn tất giai đoạn sàng lọc, đạt 41% và tỷ lệ đến thăm định y khoa trong cả khoảng thời gian triển khai nghiên cứu chỉ là 46,5%.

Hàm xác suất người tiếp xúc thực hiện thăm định y khoa ở các nhóm/huyện bằng nhau trong suốt khoảng thời gian theo dõi (Kiểm định Wilcoxon có $p > 0,05$), điều này có nghĩa xác suất người tiếp xúc thực hiện thăm định y khoa có xu hướng tương tự nhau.

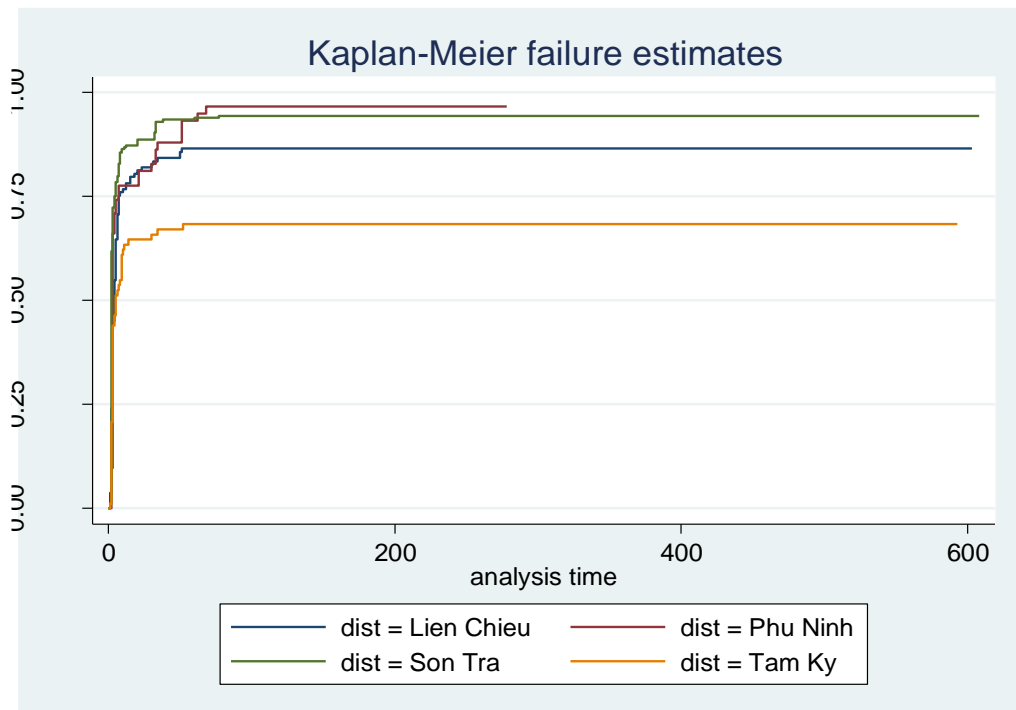
Bảng 3.20. Mối liên quan giữa một số yếu tố với thời gian người tiếp xúc thực hiện thăm định y khoa từ khi hoàn tất sàng lọc

<i>Yếu tố</i>	<i>Tỷ số nguy cơ Hazard thô (95% CI của HR)</i>	<i>Tỷ số nguy cơ Hazard hiệu chỉnh (95% CI của HR)</i>
<i>Giới tính</i>		
Nam	1	1
Nữ	0,94 (0,79; 1,13)	0,97 (0,80; 1,16)
<i>Tuổi</i>		
	1,00 (0,99; 1,001)	1,0 (0,99; 1,004)
<i>Huyện</i>		
Liên Chiểu	1	1
Phú Ninh	0,52 (0,33; 0,83)	0,52 (0,33; 0,83)
Sơn Trà	2,77 (2,23; 3,43)	2,77 (2,23; 3,44)
Tam Kỳ	1,20 (0,89; 1,62)	1,21 (0,89; 1,63)
N = 764; $\chi^2 = 130$; $p < 0,001$		

Kết quả của Hồi quy Cox đa biến cho thấy không có sự khác biệt về khả năng/ xác suất thực hiện thẩm định y khoa của người tiếp xúc có cùng giới tính, cùng nhóm tuổi giữa thành phố Tam Kỳ (Quảng Nam) và quận Liên Chiểu (Đà Nẵng) ($p>0,05$); tuy nhiên, người tiếp xúc ở huyện Phú Ninh (Quảng Nam) có khả năng thực hiện thẩm định y khoa ở các thời điểm thấp hơn người tiếp xúc ở quận Liên Chiểu (Đà Nẵng) ($HR=0,52$; $CI_{95\%}HR: 0,33-0,83$; $p<0,01$); ngược lại, người tiếp xúc ở Sơn Trà có khả năng thẩm định y khoa cao gấp 2,77 lần người tiếp xúc ở Liên Chiểu ($HR=2,77$; $CI_{95\%}HR: 2,23-3,44$; $p<0,001$).

Không có mối liên quan giữa tuổi, giới tính của người tiếp xúc với khả năng thực hiện thẩm định y khoa ($p>0,05$) trong cùng một địa bàn nghiên cứu.

3.2.4.2. Thời gian từ khi hoàn tất sàng lọc đến đăng ký điều trị



Biểu đồ 3.3: Phân bố xác suất người tiếp xúc đăng ký điều trị theo thời gian kể từ khi hoàn tất sàng lọc

Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ người tiếp xúc đăng ký điều trị cao nhất trong thời gian sớm nhất ở quận Sơn Trà (Đà Nẵng) và huyện Phú Ninh (Quảng Nam), thấp nhất là thành phố Tam Kỳ (Quảng Nam). Ở huyện Phú Ninh (Quảng Nam), chỉ ngày thứ 5 sau khi hoàn thành sàng lọc đã có khoảng 75% người tiếp xúc đăng ký điều trị. Quận Liên Chiểu, ngày thứ 7 sau khi hoàn thành sàng lọc cũng đã có 75% người tiếp xúc đăng ký điều trị, huyện Sơn Trà (Đà Nẵng) ngày thứ 4 đã đạt được tỷ lệ này. Tuy nhiên, ở thành phố Tam Kỳ (Quảng Nam), đến ngày thứ 5 sau khám lâm sàng chỉ có khoảng 50% người tiếp xúc đăng ký điều trị. Tỷ lệ người tiếp xúc đăng ký điều trị ở thành phố Tam Kỳ chỉ khoảng 70%, thấp hơn các địa bàn nghiên cứu khác.

Hàm xác suất người tiếp xúc đăng ký điều trị lao từ khi hoàn tất sàng lọc ở các nhóm/ huyện bằng nhau trong suốt khoảng thời gian theo dõi (Kiểm định Wilcoxon có $p > 0,05$), điều này có nghĩa xác suất người tiếp xúc đăng ký điều trị sau khi hoàn tất sàng lọc có xu hướng tương tự nhau.

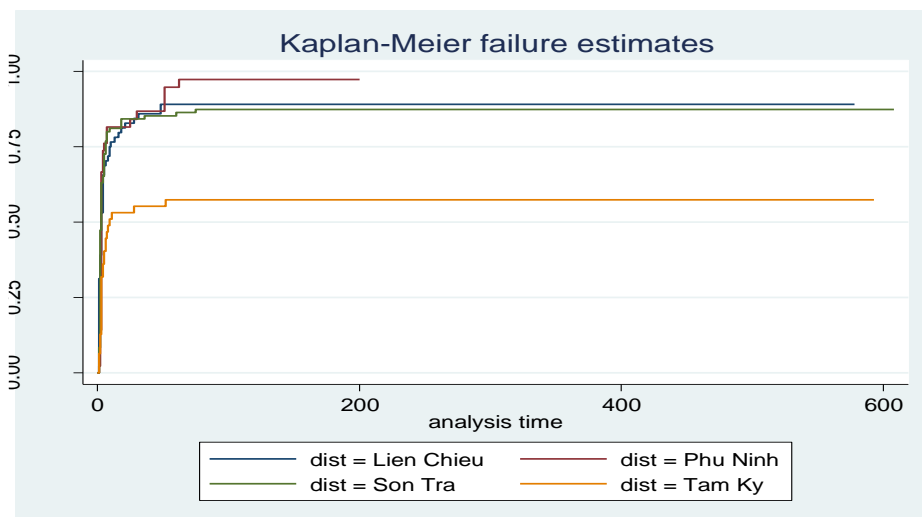
Bảng 3.21. Mối liên quan giữa một số yếu tố với thời gian người tiếp xúc đăng ký điều trị từ khi hoàn tất sàng lọc

<i>Yếu tố</i>	<i>Tỷ số nguy cơ Hazard thô (95% CI của HR)</i>	<i>Tỷ số nguy cơ Hazard hiệu chỉnh (95% CI của HR)</i>
<i>Giới tính</i>		
Nam	1	1
Nữ	0,97 (0,81; 1,18)	0,91 (0,75; 1,10)
<i>Tuổi</i>		
	1,01 (1,00; 1,01)	1,01 (1,001; 1,012)
<i>Huyện</i>		
Liên Chiểu	1	1
Phú Ninh	1,10 (0,8; 1,52)	1,10 (0,79; 1,50)
Sơn Trà	1,53 (1,21; 1,92)	1,48 (1,18; 1,86)
Tam Kỳ	0,66 (0,48; 0,91)	0,62 (0,45; 0,86)
N = 510; $\chi^2 = 43,39$; $p < 0,001$		

Mô hình hồi qui Cox đa biến cho thấy không có mối liên quan giữa giới tính với việc đăng ký điều trị với những người tiếp xúc có cùng độ tuổi và trong cùng địa bàn nghiên cứu ($p > 0,05$).

Có mối liên quan giữa tuổi, địa bàn nghiên cứu với đăng ký điều trị lao tiềm ẩn ở người tiếp xúc ($p < 0,05$). Tuổi người tiếp xúc càng tăng thì khả năng đăng ký điều trị lao tiềm ẩn càng cao; người tiếp xúc ở quận Sơn Trà (Đà Nẵng) có khả năng đăng ký điều trị cao gấp 1,48 lần người tiếp xúc ở quận Liên Chiểu (Đà Nẵng) (HR=1,48; CI95% HR: 1,18; 1,86), ngược lại người tiếp xúc ở thành phố Tam Kỳ (Quảng Nam) có khả năng đăng ký điều trị thấp hơn người tiếp xúc ở quận Liên Chiểu (Đà Nẵng) (HR=0,62; CI95%HR: 0,45; 0,86; $p < 0,01$).

3.2.4.3. Thời gian từ khi thăm định y khoa đến khi điều trị



Biểu đồ 3.4: Phân bố xác suất người tiếp xúc đăng ký điều trị theo thời gian kể từ khi thăm định y khoa

Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ người tiếp xúc đăng ký điều trị cao nhất trong thời gian sớm nhất ở huyện Phú Ninh (Quảng Nam), tiếp theo là quận Sơn Trà và quận Liên Chiểu (Đà Nẵng), thấp nhất là thành phố Tam Kỳ (Quảng Nam). Ở huyện Phú Ninh, chỉ ngày thứ 4 sau thăm định y khoa đã có

khoảng 75% người tiếp xúc đăng ký điều trị. Quận Liên Chiểu, ngày thứ 9 sau thẩm định y khoa cũng đã có 75% người tiếp xúc đăng ký điều trị, huyện Sơn Trà ngày thứ 6 đã đạt được tỷ lệ này. Tuy nhiên ở thành phố Tam Kỳ, đến ngày thứ 9 sau thẩm định y khoa mới chỉ có khoảng 50% người tiếp xúc đăng ký điều trị.

Hàm xác suất người tiếp xúc đăng ký điều trị lao kể từ khi thẩm định y khoa ở các nhóm/ huyện bằng nhau trong suốt khoảng thời gian theo dõi (Kiểm định Wilcoxon có $p > 0,05$), điều này có nghĩa xác suất người tiếp xúc đăng ký điều trị kể từ khi thẩm định y khoa có xu hướng tương tự nhau.

Bảng 3.22. Mối liên quan giữa một số yếu tố với thời gian người tiếp xúc đăng ký điều trị từ khi thẩm định y khoa

<i>Yếu tố</i>	<i>Tỷ số nguy cơ Hazard thô (95% CI của HR)</i>	<i>Tỷ số nguy cơ Hazard hiệu chỉnh (95% CI của HR)</i>
<i>Giới tính</i>		
Nam	1	1
Nữ	0,95 (0,72; 1,25)	0,85 (0,65; 1,15)
<i>Tuổi</i>	1,00 (0,996; 1,01)	1,01 (0,999; 1,016)
<i>Huyện</i>		
Liên Chiểu	1	1
Phú Ninh	0,99 (0,66; 1,49)	0,97 (0,64; 1,45)
Sơn Trà	1,00 (0,71; 1,41)	1,00 (0,71; 1,40)
Tam Kỳ	0,41 (0,26; 0,66)	0,40 (0,25; 0,62)
<i>Thể lao</i>		
Lao mới	1	1
Tái phát	1,2 (0,74; 1,95)	1,12 (0,68; 1,85)
Lao cũ	1,48 (0,47; 4,67)	1,30 (0,39; 4,26)
N = 248; $\chi^2 = 25,7$; $p < 0,001$		

Mô hình hồi qui Cox đa biến cho thấy không có mối liên quan giữa giới tính và tuổi với việc đăng ký điều trị sau khi thăm định y khoa với những người tiếp xúc trong cùng địa bàn nghiên cứu ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt về khả năng đăng ký sau thăm định y khoa ở những người tiếp xúc 3 quận/ huyện: Liên Chiểu, Phú Ninh, Sơn Trà khi họ có cùng độ tuổi và giới tính ($p > 0,05$). Người tiếp xúc ở thành phố Tam Kỳ có khả năng đăng ký điều trị thấp hơn người tiếp xúc ở Liên Chiểu (HR=0,40; CI95%HR: 0,25; 0,62; $p < 0,001$) khi họ có cùng độ tuổi, giới tính và thể lao.

3.2.5. Quản lý lao tiềm ẩn tại địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng, giai đoạn trước và sau can thiệp

Địa bàn đối chứng đã được lựa chọn bằng phương pháp phân bố ngẫu nhiên từ 8 huyện được chọn cho nghiên cứu, cụ thể, huyện Núi Thành, Thăng Bình (tỉnh Quảng Nam), quận Thanh Khê, Hải Châu (thành phố Đà Nẵng). Để đảm bảo không xảy ra các tác động làm thay đổi có chủ đích tình hình của địa bàn đối chứng, nhóm nghiên cứu đã không triển khai thu thập số liệu ban đầu và chỉ thực hiện thu thập số liệu sẵn có theo yêu cầu của Chương trình chống lao (CTCL) tại cùng thời điểm tổng kết nghiên cứu ở địa bàn can thiệp. Bên cạnh đó, một số số liệu ban đầu không sẵn có do hạn chế của yêu cầu số liệu theo biểu mẫu của CTCL quốc gia. Do đó, nhóm nghiên cứu chỉ so sánh những giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn có số liệu của cả địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng.

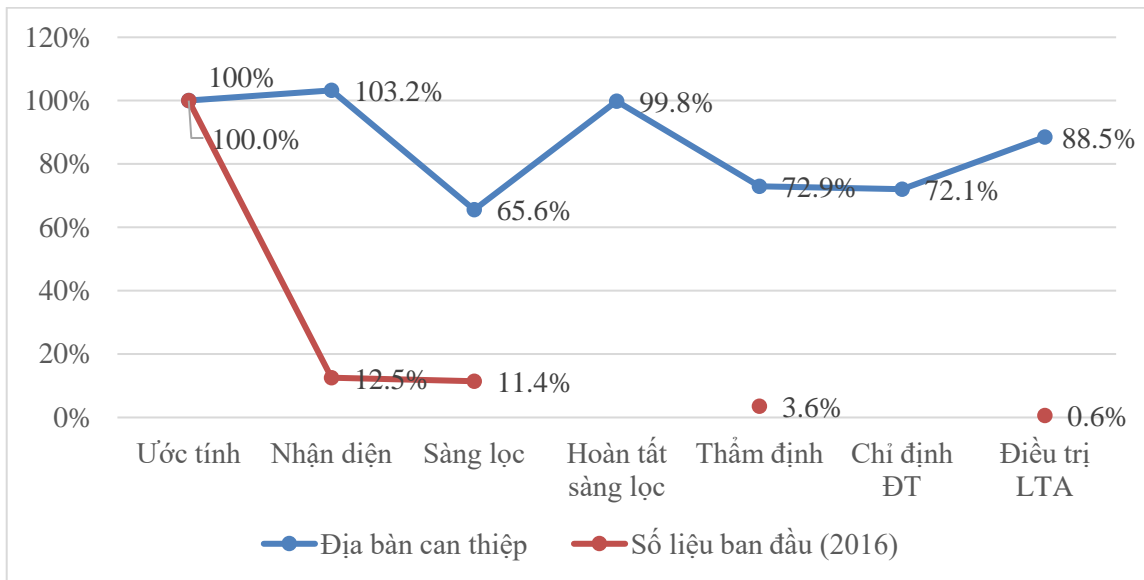
Bảng 3.23. Kết quả quản lý lao tiềm ẩn ở địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng

Địa bàn nghiên cứu	Số người bệnh chỉ điểm	Tiếp cận NTX		Điều trị lao tiềm ẩn	
		Số NTX ước tính	Số tiếp cận được	Số có chỉ định điều trị	Số được đưa vào điều trị
Địa bàn đối chứng	621	1.863	189 (10,1%)	60*	4 (6,7%)
Địa bàn can thiệp	524	1.572	1.623 (103,2%)	548	485 (88,5%)
p-value			<0,001**		<0,001

* Số có chỉ định điều trị ước tính dựa trên tỷ lệ của địa bàn can thiệp; trên thực tế địa bàn chứng không có số liệu này

** Kiểm định dựa trên giả định 1 người bệnh TB có 3 người tiếp xúc

Từ Bảng 3.23, có thể nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của tỷ lệ người tiếp xúc tham gia vào các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn tại địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng ($p < 0,001$). Cụ thể, số người tiếp xúc tiếp cận được so với số ước tính ở địa bàn đối chứng đạt 10,1%, trong khi tỷ lệ này tại địa bàn can thiệp đạt trên 100% (103,2%), tỷ lệ điều trị lao tiềm ẩn ở địa bàn đối chứng chỉ đạt 6,7% so với 88,1% ở địa bàn can thiệp. Như vậy, kết quả so sánh đã chứng minh kết quả của các can thiệp đã triển khai đối với từng giai đoạn quản lý lao tiềm ẩn.



	Ước tính	Nhận diện	Sàng lọc	Hoàn tất sàng lọc	Thẩm định	Chỉ định ĐT	Điều trị LTA
Địa bàn can thiệp	100%	103,2%	65,6%	99,8%	72,9%	72,1%	88,5%
Số liệu ban đầu (2016)	100,0%	12,5%	11,4%		3,6%		0,6%

Biểu đồ 3.5: Chuỗi dịch vụ đa bậc trong quản lý người tiếp xúc trước và sau can thiệp

Ở 4 huyện can thiệp, tỷ lệ người tiếp xúc tham gia vào các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn cao hơn có ý nghĩa thống kê khi so sánh với số liệu ban đầu năm 2016 trên địa bàn tương ứng ($p < 0,001$), cụ thể, tỷ lệ khai thác được thông tin người tiếp xúc với người bệnh lao chỉ điểm trong tổng số người tiếp xúc được ước tính sau can thiệp đạt 103,2%, trong khi tỷ lệ này trước can thiệp chỉ đạt 12,5%; tỷ lệ người tiếp xúc tham gia sàng lọc sau can thiệp đạt 65,6% so với trước can thiệp là 11,4%, ngoài ra, ở thời điểm trước can thiệp, đối tượng tham gia sàng lọc lao tiềm ẩn chỉ gồm nhóm trẻ dưới 5 tuổi và 5-14 tuổi có HIV dương tính, sau khi triển khai nghiên cứu, đối tượng người tiếp xúc với người bệnh chỉ điểm được mở rộng ở tất cả các

nhóm tuổi, và người tiếp xúc được thực hiện xét nghiệm Mantoux để xác nhận khả năng nhiễm lao tiềm ẩn trước khi được chỉ định điều trị. Ở giai đoạn thẩm định y khoa, số liệu cho thấy sau can thiệp, 72,9% người tiếp xúc tham gia bước thẩm định để đảm bảo đủ điều kiện được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn, số liệu này ở giai đoạn trước can thiệp chỉ đạt tỷ lệ rất khiêm tốn (3,6%); tình trạng này cũng tương tự ở giai đoạn bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn, tỷ lệ tương ứng trước và sau khi can thiệp là 0,6% và 88,5%.

3.3. Mục tiêu cụ thể 3: Rào cản ảnh hưởng tới sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn

Song song với việc triển khai các can thiệp y tế công cộng tại 4 huyện nghiên cứu (Sơn Trà, Liên Chiểu, Tam Kỳ, Phú Ninh) nhằm tăng số người mắc lao tiềm ẩn được đưa vào điều trị, nhóm nghiên cứu đã thực hiện phỏng vấn sâu những đối tượng liên quan và quan sát thực hành cung cấp dịch vụ của nhân viên y tế để tìm hiểu nguyên nhân dẫn đến tình trạng bỏ cuộc ở từng giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn. Ở mỗi điểm nghiên cứu, các phỏng vấn sâu đã được thực hiện đối với người bệnh lao phổi (người bệnh chỉ điểm), người tiếp xúc hộ gia đình (là người lớn) đã đến cơ sở y tế, người tiếp xúc hộ gia đình (là người lớn) không tới các cơ sở y tế, bao gồm cha mẹ của người tiếp xúc hộ gia đình là trẻ em dưới 5 tuổi; và nhân viên y tế tham gia quản lý bệnh lao.

Từ kết quả của 24 phỏng vấn sâu, nhóm nghiên cứu đã tổng hợp được một số rào cản ảnh hưởng tới quản lý lao tiềm ẩn, lý do người tiếp xúc tham gia hoặc từ chối tham gia các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, cụ thể ở hai giai đoạn có tỷ lệ không tham gia hoặc không hoàn thành nhiều nhất là giai đoạn sàng lọc và giai đoạn điều trị (tham chiếu kết quả nghiên cứu ở mục tiêu cụ thể 2). Các phỏng vấn sâu đối với những người tiếp xúc đã hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn cũng giúp nhóm nghiên cứu có thêm thông tin về kết quả của triển khai các can thiệp trong quản lý lao tiềm ẩn.

3.3.1. Rào cản đối với sàng lọc lao tiềm ẩn

3.3.1.1. Rào cản từ phía dịch vụ y tế

Kết quả phỏng vấn sâu 4 nhân viên phụ trách lao tiềm ẩn ở 4 quận/huyện nghiên cứu cho thấy nhân viên y tế chưa thực sự chú trọng vào phát hiện và điều trị lao tiềm ẩn như mong đợi, chỉ xem các can thiệp quản lý lao tiềm ẩn đang triển khai là một hoạt động nghiên cứu, không phải là can thiệp thực sự cần thiết trong Chương trình chống lao. Nhân viên y tế huyện đôi khi không nhẫn nại, kiên trì thuyết phục người tiếp xúc đến cơ sở y tế để tham gia sàng lọc, thậm chí không trực tiếp liên hệ, mà giao nhiệm vụ này cho người bệnh chỉ điểm, và không quan tâm đến kết quả. Đây cũng là một trong những lý do vì sao trong số 1.623 người tiếp xúc được nhận diện, chỉ có 1.064 (65,6%) người tiếp xúc đến cơ sở y tế để được sàng lọc lao và lao tiềm ẩn.

“Em cũng phụ trách cả các hoạt động khác của chương trình lao nữa, không chỉ riêng lao tiềm ẩn, tổ lao huyện chỉ có mấy người thôi, nhiều việc lắm. Nhìn sổ đăng ký thì cũng biết có nhiều người tiếp xúc không đến khám, em cũng có liên hệ một số, nhưng không có thời gian để gọi điện cho hết từng đấng người, chưa nói đến việc phải đến nhà. Và cũng chỉ gọi 1 đến 2 lần là cùng thôi, họ đã không muốn đi thì nói mãi cũng không được...” (*trích Phỏng vấn sâu nhân viên y tế trung tâm y tế quận Liên Chiểu, Đà Nẵng*).

“Người ta thấy vẫn khỏe mạnh nên không chịu đến khám, thuyết phục cũng khó lắm. Hoạt động này mới nữa, người ta chưa biết như thế nào, không biết uống thuốc lâu vậy có tác dụng gì không. Chị cho em hỏi, chị đọc các tài liệu rồi, thì sau khi uống thuốc điều trị thì sẽ giảm nguy cơ phát triển thành bệnh lao bao nhiêu %, người bệnh hỏi mà em không biết thế nào mà trả lời...” (*trích Phỏng vấn sâu nhân viên y tế trung tâm y tế thành phố Tam Kỳ, Quảng Nam*).

Các can thiệp của nghiên cứu bao gồm hoạt động truyền thông, tư vấn về lao và lao tiềm ẩn cho người bệnh chỉ điểm và người tiếp xúc trong quá trình điều tra thông tin về người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm.

Tuy nhiên, từ kết quả phỏng vấn sâu, có thể nhận thấy nhân viên phụ trách lao tiềm ẩn ở trung tâm y tế huyện và nhân viên y tế nói chung mặc dù đã nắm rõ về quy trình thực hiện các giai đoạn trong chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, nhưng chưa thật sự có đủ thông tin về lao tiềm ẩn, đặc biệt, mơ hồ và chưa có lòng tin về hiệu quả của điều trị lao tiềm ẩn trong việc giảm thiểu khả năng phát triển thành bệnh lao đối với những người đã nhiễm lao. Điều này sẽ dẫn đến những hạn chế nhất định trong quá trình nhân viên y tế thực hiện tư vấn cho người bệnh chỉ điểm cũng như người tiếp xúc hộ gia đình để khuyến khích người tiếp xúc tham gia vào quy trình sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn.

“Nếu nhà em có người mắc lao tiềm ẩn, cũng không chắc chắc em sẽ khuyên người thân trong gia đình điều trị lao tiềm ẩn đâu, chưa chắc đã phòng được bệnh lao mà lại phải uống thuốc tận 9 tháng liền, không biết có theo được cả phác đồ không ...” (*trích Phỏng vấn sâu nhân viên y tế trung tâm y tế huyện Phú Ninh, Quảng Nam*).

“Có trường hợp sau khi chị tư vấn và người tiếp xúc đã đồng ý điều trị lao tiềm ẩn, mấy hôm sau thấy báo lại là không điều trị nữa, ... người ta lên phòng khám tư của bác sỹ khá nổi tiếng của thành phố khám lại, bác sỹ ấy lại tư vấn là đừng có điều trị lao tiềm ẩn, không có hiệu quả gì, trong khi uống thuốc nhiều thế còn hại người hơn...” (*trích Phỏng vấn sâu nhân viên y tế trung tâm y tế quận Sơn Trà, Thành phố Đà Nẵng*).

Quan sát quá trình tư vấn của nhân viên y tế, nhận thấy kỹ năng tư vấn của một vài nhân viên y tế huyện khá hạn chế, thông tin cung cấp trong quá trình tư vấn chưa đầy đủ, truyền tải thông tin còn ngập ngừng, thiếu tự tin, v.v.

“Em cảm thấy không cần giải thích nhiều với người bệnh chỉ điềm hay người nhà họ về lao tiềm ẩn, họ chẳng thích nghe nói nhiều, mà chưa chắc đã hiểu. Hiệu quả nhất để khuyến khích họ về bảo người nhà đến cơ sở y tế sàng lọc là khi họ được xác định mắc lao, đến nhận thuốc lần đầu tiên, mình nói với vẻ nghiêm trọng là bệnh lao dễ lây lắm, về bảo người nhà đến đây khám xem đã bị lây chưa, xem có bị mắc lao giống họ không. Thế là đủ. Thời điềm này họ đang vừa biết bị lao, đang sợ, dễ nghe mình” (*trích Phỏng vấn sâu nhân viên y tế trung tâm y tế quận Liên Chiểu, Đà Nẵng*).

Một rào cản khác từ phía dịch vụ y tế, đó là sự tham gia còn hạn chế của nhân viên y tế tuyến xã trong quá trình điều tra người tiếp xúc. Nhân viên y tế xã có vai trò quan trọng trong triển khai các can thiệp của chương trình chống lao do đây là đội ngũ rất gần với người bệnh và người nhà người bệnh; tuy nhiên, trong nghiên cứu này, gần như nhân viên y tế xã không đóng vai trò trong việc thu thập thông tin người tiếp xúc của người bệnh chỉ điềm, hay thuyết phục người tiếp xúc tham gia quá trình sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn.

“Có thể do trong nghiên cứu quy định trung tâm y tế huyện đóng vai trò chính ..., nhân viên y tế xã không mấy khi tham gia hoạt động này, họ chỉ làm khi được bọn chị nhờ, chứ không phải thuộc trách nhiệm...” (*trích Phỏng vấn sâu nhân viên y tế trung tâm y tế quận Sơn Trà, Thành phố Đà Nẵng*).

3.3.1.2. Hạn chế trong nhận thức về lao, lao tiềm ẩn

Một kết quả khá buồn là có một tỷ lệ không nhỏ người tiếp xúc, thậm chí người bệnh lao có hiểu biết hoàn toàn sai lệch hoặc không đầy đủ về bệnh lao, và hoàn toàn không biết về lao tiềm ẩn.

“Tôi làm gì có bị bệnh gì, tự nhiên thấy ốm rồi ho lâu ngày, ho cả ra máu, mệt quá nên người nhà bảo đi khám, thấy chẩn đoán bệnh lao. Nhưng tôi biết chắc chắn là không phải mắc lao, bị lao thì phải di truyền mới bị chứ, nhà

tôi từ đời ông nội, đến ông bố tôi có ai bị lao đâu, tôi sao bị lao được. Lao là bệnh về máu, máu nhà mô có lao thì mới bị, nhà tôi không bị. Bác sỹ nói phải ăn riêng, ngủ riêng thời gian đầu để vợ con không lây bệnh tôi. Nhưng tôi thì khẳng định là không lây được, tôi chắc chắn không phải bệnh lao, vợ con tôi vẫn khỏe mạnh lắm, chỉ thỉnh thoảng ho hắng một tí rồi thôi ...” (trích *Phỏng vấn sâu người bệnh chỉ điểm, nam, 53 tuổi, huyện Phú Ninh, Quảng Nam*).

“Lao là di truyền đấy, ... Ông ấy chắc di truyền từ bố mẹ ông, nhà tui không ai mắc lao từ trước giờ ... Lao, giờ lại có lao tiềm ẩn nữa à, tui không biết, chưa nghe bao giờ...” (trích *Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nữ, 36 tuổi, vợ người bệnh chỉ điểm, huyện Phú Ninh, Quảng Nam*).

“Hồi xưa làm lung tung việc nặng, thành ra bị lao lực... Bệnh lao không lây được, mình tự giữ được, người khác không biết có lây mình được không. Nói chung bác sỹ không có nói gì hết trơn về nguyên nhân mắc lao, bệnh nhẹ cho về uống thuốc, mình biết thì mình giữ vậy thôi chứ có sao...” (trích *Phỏng vấn sâu người bệnh chỉ điểm, nam, 43 tuổi, quận Liên Chiểu, Đà Nẵng*).

“Bệnh lao có lây chứ, những người nhà, tiếp xúc gần thì dễ lây hơn, nói chuyện gần gũi với nhau mới lây, chứ cách xa 5-6m thì không sợ. Trong nhà ở với nhau nhưng chú nó sống khác phòng, nói chuyện cũng xa xa vậy, nên chắc không lây ...” (trích *Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nam, 43 tuổi, anh trai người bệnh chỉ điểm, quận Sơn Trà, Đà Nẵng*)

Trong 05 người bệnh chỉ điểm và 09 người tiếp xúc không tham gia hoặc không hoàn thành sàng lọc được phỏng vấn, có 5 người có hiểu biết không đúng hoặc không đầy đủ về bệnh lao, đường lây truyền bệnh lao; và gần như tất cả đều chưa nghe nói đến lao tiềm ẩn, chỉ có duy nhất 01 người tiếp xúc mặc dù cho biết là chưa biết về lao tiềm ẩn, nhưng “khi nghe chị nói là lao tiềm ẩn, em tự nghĩ có phải là có con vi khuẩn lao trong người, nhưng chưa phát thành bệnh, chưa có dấu hiệu bệnh, ...” (trích *Phỏng vấn sâu người*

tiếp xúc, nữ, 24 tuổi, em gái người bệnh chỉ điểm, quận Liên Chiểu, Đà Nẵng). Đây là nguyên nhân chính dẫn đến việc một số người bệnh chỉ điểm có những can thiệp tiêu cực đối với mong muốn được đi sàng lọc bệnh lao của người tiếp xúc hộ gia đình, hoặc người tiếp xúc cảm thấy không cần thiết phải đến cơ sở y tế để được sàng lọc.

3.3.1.3. Tình trạng kỳ thị và tự kỳ thị đối với bệnh lao

Kỳ thị và tự kỳ thị đối với bệnh lao dẫn đến kết quả là người bệnh, người tiếp xúc hộ gia đình không muốn nhân viên y tế đến nhà tư vấn, thăm bệnh, lo ngại nguy cơ bị phát hiện có người thân mắc lao nếu đến cơ sở y tế để tham gia sàng lọc, cho dù là sàng lọc lao tiềm ẩn.

“Sợ phân biệt đối xử chứ, mình mà cứ đến trung tâm y tế khám lỗ hàng xóm biết thì không hay chút nào, mình già rồi không làm gì nữa thì không sao, chứ con cái còn công việc, ...nên chú nhà cô bệnh thì nhà biết vậy thôi chứ hàng xóm không biết, cả nhà thống nhất là giấu đấy. Mấy cô chú đến đây đừng có cho ai biết là đến làm chi nhé, nhà cô chú gần trường nơi con gái thứ 2 đang làm hiệu phó, nếu trường mà biết nhà có người bệnh lao thì lại ảnh hưởng đến công việc của chúng nó...” (*trích Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nữ, 63 tuổi, vợ người bệnh chỉ điểm, huyện Phú Ninh, Quảng Nam*).

“Cũng không nói cho hàng xóm biết chú ấy bị lao, sợ người ta chê chú ấy. Ai nói đến bệnh này cũng sợ hết chứ...” (*trích Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nam, 43 tuổi, anh trai người bệnh chỉ điểm, quận Sơn Trà, Đà Nẵng*).

“Nếu bảo đi khám thận, hay dạ dày, thì đi khám ngay, chứ bảo bệnh lao thì cứ thấy sợ sợ ... Nhà có người mắc lao cũng sợ hàng xóm xa lánh, họ sợ lây chứ. Nếu một mình ông chồng mắc lao thì điều trị 6 tháng họ thấy khỏi thì thôi, chứ cả nhà mà cùng bị lao thì hàng xóm họ sẽ nghĩ tại sao lại thế, cả nhà bị thì kiểu gì cũng sẽ lây sang họ, họ sẽ xa lánh mình. Rồi ảnh hưởng đến công việc của con, các mối quan hệ. Bệnh lao cũng như bệnh phong ấy, bệnh

phong cũng bệnh lây, mọi người cũng sợ, cũng tránh mà, lao cũng thế” (trích *Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nữ, 52 tuổi, vợ người bệnh chỉ điểm, huyện Phú Ninh, Quảng Nam*).

“Ngoài gia đình thì chị không để ai biết bị mắc lao, mình dân buôn bán, cũng sợ mất khách. Bệnh thì cũng không sợ lắm, vì bác sỹ tư vấn là điều trị sẽ khỏi, nhưng trước giờ nghe nói về lao cũng đáng sợ lắm, nên ai ai cũng dè chừng. Nên chị không nói với ai, sợ bị họ xa lánh thì buồn lắm, rồi sợ mất khách ảnh hưởng đến cuộc sống, thu nhập nhà mình” (trích *Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nữ, 41 tuổi, người bệnh chỉ điểm, thành phố Tam Kỳ, Quảng Nam*).

“Em làm make-up riêng, em vẫn đi làm bình thường. Khách hàng không biết em bị mắc lao, em không nói cho họ, vì sợ ảnh hưởng đến công việc của mình ... Xa lánh em thì em không có sợ, em nghĩ về gia đình em nhiều hơn ...” (trích *Phỏng vấn sâu người bệnh chỉ điểm, nam, 24 tuổi, quận Sơn Trà, Đà Nẵng*).

“Em không dám đi lấy kết quả xét nghiệm Mantoux, bố em bị lao rồi, mẹ cũng lớn tuổi, anh chị có gia đình riêng, giờ em là đi làm chính của cả nhà, lỡ như đi khám phát hiện ra em cũng mắc lao thì em biết làm sao. Nghề của em là dịch vụ, nếu em mắc lao, chắc chắn sẽ phải nghỉ việc. Em cũng đang có người yêu nữa, em không dám nói với anh ấy là các chị khuyên em đi khám, lỡ anh ấy sợ lại xa lánh em...” (trích *Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nữ, 20 tuổi, con gái người bệnh chỉ điểm, quận Liên Chiểu, Đà Nẵng*).

Trong 4 người bệnh chỉ điểm và 7 người tiếp xúc hộ gia đình được phỏng vấn sâu, chỉ có 01 ý kiến “không quan tâm người ta nghĩ gì, ...việc mình mình làm thôi, họ nghĩ gì em không bận tâm” từ người tiếp xúc hộ gia đình là em gái của người bệnh chỉ điểm tại quận Liên Chiểu, Đà Nẵng, số còn lại đều ít nhiều bày tỏ quan điểm lo ngại hàng xóm láng giềng, đồng nghiệp biết về tình trạng mắc lao của mình hoặc người thân trong gia đình. Tuy

nhiên, mặc dù cho biết “không quan tâm người ta nghĩ gì”, người tiếp xúc tại quận Liên Chiêu cũng bổ sung thêm “không nói cho hàng xóm biết việc gia đình có người mắc lao, thấy không cần thiết...”, điều này cho thấy nhận định không quan tâm đến thái độ kỳ thị đối với bệnh lao có thể không hoàn toàn đúng như suy nghĩ.

3.3.1.4. Thói quen trong hành vi tìm kiếm chăm sóc y tế

Trên 4 quận/ huyện triển khai can thiệp của nghiên cứu (Tam Kỳ, Phú Ninh, Sơn Trà, Liên Chiêu), mặc dù được hỗ trợ các chi phí liên quan đến sàng lọc lao tiềm ẩn, hỗ trợ thủ tục thanh toán Bảo hiểm y tế cho các xét nghiệm chẩn đoán ở giai đoạn thăm định y khoa, và được điều trị miễn phí nếu được chẩn đoán lao, lao tiềm ẩn; một số người tiếp xúc vẫn từ chối tham gia sàng lọc. Bên cạnh nguyên nhân về hạn chế nhận thức, kỳ thị và tự kỳ thị, người tiếp xúc cho biết họ không tham gia sàng lọc đơn giản chỉ do họ nhận thấy họ đang chưa có bất kỳ biểu hiện bệnh tật gì, hoặc nếu có thì chỉ là biểu hiện nhẹ nhàng, chưa nghiêm trọng. Thói quen này của người tiếp xúc cũng được nhân viên y tế cơ sở xác nhận qua nội dung phỏng vấn sâu.

“Một số trường hợp tư vấn khó lắm, gọi điện rồi, đến nhà rồi, nhưng dứt khoát không đi sàng lọc. Khăng khăng là đang khoẻ mạnh sao phải đi...” (*trích Phỏng vấn sâu nhân viên y tế trung tâm y tế quận Sơn Trà, Thành phố Đà Nẵng*).

“Vợ con tôi vẫn khỏe mạnh lắm, bà vợ tôi cũng thỉnh thoảng ho hắng tí thôi, thằng con thì không sao hết ...vợ con phải đi khám làm cái chi? Mấy bác ở Trung tâm y tế cũng nói tui về nói vợ con đi khám, nhưng tui không nói, thấy không cần thiết. Lúc mấy bác điện thoại đến nhà, vợ tui cũng nói ý muốn đi khám, tôi gạt ngay không phải đi...” (*trích Phỏng vấn sâu người bệnh chỉ điểm, nam, 53 tuổi, huyện Phú Ninh, Quảng Nam*).

“Lao là bệnh hô hấp ... gia đình là người tiếp xúc gần với mình nhất, nên dễ lây ... nhưng hiện nay chưa thấy có dấu hiệu gì gia đình lây em, trước

em bị em ho đàm, nhưng giờ gia đình chưa bị, nên chưa ai đi khám, vì chưa có dấu hiệu bị bệnh gì ... Gia đình có ba mẹ, anh trai, chị dâu, hai cháu nhỏ, một cháu lớp 4 hay lớp 5, một cháu 3 tuổi, chị gái đã lấy chồng vừa về nhà chồng được hai ba tháng, và em nữa. Tất cả sống trong cùng 1 nhà...” (trích *Phỏng vấn sâu người bệnh chỉ điểm, nam, 24 tuổi, quận Sơn Trà, Đà Nẵng*).

“Anh với cả mẹ cũng có nói bên trung tâm y tế bảo anh bị lao thì em nên đi kiểm tra xem có bị lây không, nhưng thấy đang khỏe nên thấy không sao à...” (trích *Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nữ, 24 tuổi, em gái người bệnh chỉ điểm, quận Liên Chiểu, Đà Nẵng*).

“Làm nông thì cũng không đến nỗi bận lắm, nhưng cũng ngại đến bệnh viện, mà đang khỏe mạnh chẳng ốm đau gì, thì đi khám làm gì ...” (trích *Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nữ, 36 tuổi, vợ người bệnh chỉ điểm, huyện Phú Ninh, Quảng Nam*).

3.3.1.5. Tiếp cận dịch vụ y tế cung cấp sàng lọc và quản lý lao tiềm ẩn

Theo quy trình của nghiên cứu, trung tâm y tế của 4 quận/ huyện triển khai can thiệp là cơ sở y tế cung cấp các dịch vụ xét nghiệm Mantoux, thăm định y khoa cũng như quản lý điều trị lao tiềm ẩn. Qua khảo sát và phỏng vấn sâu người bệnh chỉ điểm, người tiếp xúc trong quá trình nghiên cứu, trung tâm y tế huyện thể hiện là cơ sở y tế thuận tiện trong cung cấp các dịch vụ quản lý lao tiềm ẩn, cụ thể, người dân dễ dàng tiếp cận cơ sở y tế do khoảng cách địa lý thuận lợi, có đủ các trang thiết bị cho các xét nghiệm chẩn đoán ban đầu, v.v. Đặc biệt, nhóm nghiên cứu cũng can thiệp vào hệ thống y tế ở việc sắp xếp lại đơn vị thực hiện sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn đảm bảo điều phối cung cấp dịch vụ một cửa nhằm thuận tiện cho người bệnh lao và người tiếp xúc hộ gia đình khi đến sàng lọc. Do đó, người tiếp xúc không mất quá nhiều thời gian để hoàn thành các giai đoạn sàng lọc và chẩn đoán lao tiềm ẩn, đây cũng là nguyên nhân khuyến khích người tiếp xúc sắp

xếp công việc hoặc việc học tập để đến cơ sở y tế tham gia sàng lọc. Những điểm thuận lợi này, bên cạnh hiệu quả của các can thiệp của nghiên cứu, một phần cũng do địa bàn của quận Sơn Trà, quận Liên Chiểu (Đà Nẵng) và thành phố Tam Kỳ (Quảng Nam) là những quận/ huyện đồng bằng với diện tích vừa phải, các phường/ xã đều có hệ thống cơ sở hạ tầng, giao thông phát triển, những xã xa nhất cũng chỉ cách trung tâm y tế huyện tầm 10km.

Riêng huyện Phú Ninh (tỉnh Quảng Nam) là huyện miền núi, địa bàn rộng (25.151,95 ha), hệ thống cơ sở hạ tầng, giao thông còn chưa phát triển, từ các xã miền núi xa nhất đến trung tâm y tế huyện, đường rất khó đi, hiểm trở, đặc biệt vào những thời điểm mưa bão. Mặc dù dưới các can thiệp của nghiên cứu, tỷ lệ người tiếp xúc tham gia vào các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn ở Phú Ninh cao đồng đều nhất trong 4 quận/ huyện can thiệp, kết quả nghiên cứu cũng đã ghi nhận có những trường hợp không thể tham gia sàng lọc hoặc không hoàn thành sàng lọc do xã cư trú của người tiếp xúc quá xa, đi lại khó khăn.

Tam Lãnh là một xã miền núi của huyện Phú Ninh, cách trung tâm y tế huyện Phú Ninh 30km, có nghề truyền thống đào vàng lâu năm, những cơ sở đào vàng chủ yếu là tự phát, không thuộc quản lý của chính quyền, do đó không đảm bảo an toàn lao động. Công nhân đào vàng, do đó, là những đối tượng có nguy cơ mắc lao cao. Bên cạnh đó, những khu vực đã được khai thác vàng cũng trở thành nguy cơ tiềm ẩn sạt lở nếu xảy ra mưa to. Nhóm nghiên cứu đã có 01 phỏng vấn sâu đối với người tiếp xúc ở xã Tam Lãnh, huyện Phú Ninh, Quảng Nam, ngoài ra có trao đổi nói chuyện với những gia đình còn lại trong xã, kết quả phỏng vấn cho thấy người dân mong muốn được tham gia sàng lọc, tuy nhiên, ngại đến trung tâm y tế huyện do giao thông không thuận lợi.

“Nhà mình cũng tổ chức một điểm khai thác vàng, ... Chồng mình đang điều trị lao phổi, trong xóm cũng có mấy người bị lao rồi. Thấy mấy em ở trung tâm y tế tư vấn vợ con nên đi khám xem có bị lây bệnh không, thì ba mẹ con cũng đã chở nhau đi khám, có tiêm xét nghiệm, hẹn 2 ngày quay lại đọc kết quả. Nhưng 2 ngày sau đấy đúng vào đợt mưa rất to, vùng này là vùng miền núi, đường sá đi lại rất khó khăn, toàn dốc không à, nhiều nơi toàn đường đất, nếu mưa to dễ trơn trượt, sụt lở đất. Hôm ấy mình cũng chở hai con định đi đọc kết quả, nhưng đi được một đoạn thấy nguy hiểm quá phải quay về. ...Sau đấy mấy em ở trung tâm y tế có điện thoại hỏi, thì cũng chỉ biết trình bày thế thôi. Từ hôm đấy đến nay ngại nên chưa đi kiểm tra lại, mà cũng không biết tiêm 1 lần rồi kiểm tra lại có được không nữa kìa...” (*trích Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nữ, 33 tuổi, vợ người bệnh chỉ điểm, huyện Phú Ninh, Quảng Nam*).

3.3.2. Rào cản đối với điều trị lao tiềm ẩn

Từ kết quả nghiên cứu, sau khi được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn, 88,5% (485) người tiếp xúc đồng ý bắt đầu điều trị, 11,5% (63) người tiếp xúc từ chối điều trị. Đối với nhóm người tiếp xúc đã đồng ý điều trị (Bảng 3.14), 85,8% (416) người hoàn thành điều trị, và 12,6% (61) người bỏ trị. Nhóm nghiên cứu đã tìm kiếm các nguồn thông tin để cố gắng tìm hiểu các rào cản dẫn đến quyết định không điều trị hoặc không hoàn thành điều trị của người tiếp xúc. Nhóm nghiên cứu chưa có cơ hội thực hiện phỏng vấn sâu đối với nhóm người tiếp xúc từ chối điều trị, do những người này thường từ chối được phỏng vấn; tuy nhiên, đã thu thập những thông tin liên quan từ nhân viên y tế và người bệnh chỉ điểm, và đã thực hiện 06 phỏng vấn sâu đối với những người đang điều trị, đã hoàn thành điều trị hoặc bỏ trị.

Đối với những người không đồng ý điều trị hoặc không hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn, từ những thông tin được phỏng vấn, có thể nhận thấy có các rào cản chính sau:

3.3.2.1. Không tin tưởng hiệu quả điều trị lao tiềm ẩn

Nguy cơ phát triển bệnh lao phụ thuộc một số yếu tố, trong đó quan trọng nhất là tình trạng miễn dịch của cơ thể. 5-10% người nhiễm lao sẽ phát triển thành bệnh lao trong suốt cuộc đời của họ, và điều trị lao tiềm ẩn có thể ngăn ngừa 60-90% nguy cơ phát triển bệnh lao (WHO). Tuy nhiên, do chưa có nhận thức đúng và đầy đủ về điều trị lao tiềm ẩn, một số người tiếp xúc nghi ngờ hiệu quả của điều trị lao tiềm ẩn trong việc ngăn ngừa nguy cơ phát triển thành bệnh lao, nên không chấp nhận điều trị.

“Có mấy người có hỏi hoài là điều trị có khẳng định là ngừa được bệnh lao không, chị cũng trả lời miết là có hiệu quả, nhưng họ hỏi có chắc chắn được 100% không thì chị không trả lời được. Người ta bảo giờ đang khoẻ mạnh thế này làm sao phải uống thuốc, sàng lọc ra bệnh lao mới điều trị chứ bảo nhiễm lao rồi bắt uống bao nhiêu thuốc vào người thì không chịu...” (trích Phỏng vấn sâu nhân viên y tế trung tâm y tế quận Sơn Trà, Thành phố Đà Nẵng).

“Bố mẹ thường xót con ấy chị, nên mấy bé nhỏ là bố mẹ ít khi cho điều trị lắm, mặc dù em tư vấn nhiều lần rồi đấy, nhưng họ cứ bảo chẳng biết hiệu quả ở đâu, chứ nhìn thấy trước là uống bao nhiêu thuốc rồi, họ còn bảo con họ uống dự phòng viêm phổi rồi vẫn cứ bị lại đấy thôi, nên không tin tưởng những thuốc dự phòng...” (trích Phỏng vấn sâu nhân viên y tế trung tâm y tế thành phố Tam Kỳ, Quảng Nam).

3.3.2.2. Thời gian điều trị lao tiềm ẩn

Thời gian điều trị kéo dài (9 tháng sử dụng thuốc Isoniazid hàng ngày đối với người lớn và 6 tháng sử dụng thuốc Isoniazid hàng ngày đối với trẻ em) của phác đồ điều trị lao tiềm ẩn mà Chương trình chống lao áp dụng ở

giai đoạn triển khai nghiên cứu là một nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng một số người tiếp xúc không đồng ý điều trị hoặc bỏ trị.

“Em đã bỏ trị sau khi uống 3 tháng. Nguyên nhân là do phải uống lâu quá, hay quên quá... Bạn cùng phòng trọ của em thì uống được 1 tháng thì bỏ, nên em cũng mất động lực...” (*trích Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nam, 21 tuổi, bạn cùng phòng trọ với người bệnh chỉ điểm, phường Liên Chiểu, Đà Nẵng*).

“Có mấy bé nhỏ tư vấn mãi thì bố mẹ bé mới chịu đăng ký điều trị cho bé, nhưng đến lúc điều trị được một đợt thì bỏ trị luôn, em gọi điện hỏi thì thấy bảo bé khó uống thuốc lắm, hàng ngày cứ phải nghiền viên thuốc ra cho bé uống, mà bé cứ chống, lâu ngày mệt mỏi quá nên thôi...” (*trích Phỏng vấn sâu nhân viên y tế trung tâm y tế thành phố Tam Kỳ, Quảng Nam*).

“Cô hiểu bệnh lao chứ, sợ lắm, nên cả nhà mới cùng đi kiểm tra và cùng uống thuốc. Giờ bỏ thuốc cũng sợ bị thành bệnh lao lắm... cô cũng biết nếu cô hoàn thành điều trị thì sau này cô không sợ bị mắc lao nữa... nếu có thuốc nào khác cũng điều trị lao tiềm ẩn, mà thời gian ngắn ngắn hơn thì lại gọi cô, cô đồng ý điều trị lại...” (*trích Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nữ, 42 tuổi, con gái người bệnh chỉ điểm, thành phố Tam Kỳ, Quảng Nam*).

3.3.2.3. Phản ứng bất lợi của thuốc điều trị lao tiềm ẩn

Phản ứng bất lợi của thuốc điều trị lao tiềm ẩn, mặc dù tỷ lệ xảy ra không nhiều, nhưng cũng là nguyên nhân dẫn đến tình trạng ngừng điều trị ở một số người bệnh. Theo kết quả điều trị, chỉ 5 trường hợp dừng điều trị do xảy ra phản ứng bất lợi, chiếm 1% trong tổng số người tiếp xúc điều trị lao tiềm ẩn. Nhóm nghiên cứu đã tiếp cận phỏng vấn 01 người bệnh tại thành phố Tam Kỳ, Quảng Nam để tìm hiểu mức độ nghiêm trọng của phản ứng bất lợi dẫn đến quyết định ngừng điều trị.

“Cô uống thuốc được 1 tháng thì thấy mệt quá, không chịu được. Cô trước sức khỏe tốt, còn đi tập gym, cứ 4h sáng dậy đi tập gym, đến lúc uống

thuốc vào thì lúc nào cũng thấy mệt, đau mỗi xương khớp, cảm giác khó chịu, mệt mỏi, không chịu được. Sau cô đọc thêm trên internet, thấy uống thuốc này nhiều người bị tác dụng phụ như vậy, bản thân cô thấy mệt thật chứ không phải là do tưởng tượng ra, nên cô thôi... Với cả uống thuốc ấy có làm xấu da không cháu? Chứ da cô trước giờ ai cũng khen đẹp hết, mà uống thuốc xong một cái da xấu, xạm hẳn đi, nhìn thấy rõ luôn... Các tác dụng phụ của thuốc ngay từ lúc uống đã xảy ra, rồi lúc cô ngừng uống phải tầm chục ngày sau mới hết tất cả các dấu hiệu đấy. Chứ không phải là dừng uống là hết luôn đâu..." (trích *Phỏng vấn sâu người tiếp xúc, nữ, 42 tuổi, con gái người bệnh chỉ điểm, thành phố Tam Kỳ, Quảng Nam*).

Bảng 3.24. Tổng hợp các rào cản ảnh hưởng tới sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn

Rào cản đối với sàng lọc lao tiềm ẩn	Rào cản đối với điều trị lao tiềm ẩn
<ul style="list-style-type: none"> - Rào cản từ phía dịch vụ y tế (kỹ năng truyền thông/ tư vấn, nhận thức về hiệu quả của điều trị lao tiềm ẩn, sự tham gia còn hạn chế của nhân viên y tế tuyến xã trong quá trình điều tra người tiếp xúc). - Hạn chế trong nhận thức về lao, lao tiềm ẩn. - Tình trạng kỳ thị và tự kỳ thị đối với bệnh lao. - Thói quen trong hành vi tìm kiếm chăm sóc y tế. - Tiếp cận dịch vụ y tế cung cấp sàng lọc và quản lý lao tiềm ẩn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Không tin tưởng hiệu quả điều trị lao tiềm ẩn. - Thời gian điều trị lao tiềm ẩn. - Phản ứng bất lợi của thuốc điều trị lao tiềm ẩn.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Sàng lọc người tiếp xúc với người bệnh lao phổi và điều trị lao tiềm ẩn tại Quảng Nam và Đà Nẵng năm 2016

Tại Việt Nam, từ đầu những năm 2000, chương trình quản lý lao tiềm ẩn đã bắt đầu triển khai cho nhóm đối tượng người nhiễm HIV. Đến năm 2012, đối tượng được điều trị lao tiềm ẩn mở rộng thêm cho nhóm trẻ em dưới 5 tuổi và dưới 15 tuổi có HIV(+) sống chung với nguồn lây lao. Từ năm 2015, hoạt động quản lý và điều trị dự phòng lao tiềm ẩn ở trẻ em đã được mở rộng ra toàn quốc.

Số liệu Chương trình chống lao Quốc gia (CTCLQG) cho thấy, năm 2016, tỷ lệ trung bình trên toàn quốc của trẻ dưới 5 tuổi bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn trong số trẻ được sàng lọc tiếp xúc hộ gia đình với bệnh nhân lao phổi đạt 30,1%; tuy nhiên, tỷ lệ này ở Quảng Nam và Đà Nẵng có thấp hơn đáng kể, cụ thể, CTCL Quảng Nam đã lập danh sách 324 trẻ dưới 5 tuổi tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi, nhưng chỉ có 10 trẻ đồng ý điều trị dự phòng (6 tháng Isoniazid), chiếm 3,1%; tỷ lệ cao hơn một chút ở Đà Nẵng, 30 trẻ đồng ý điều trị dự phòng trong tổng số 252 (11,9%) trẻ dưới 5 tuổi tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi được lập danh sách (Báo cáo CTCLQG 2016). Bên cạnh đó, quy trình sàng lọc, chẩn đoán, điều trị lao tiềm ẩn tại thời điểm này chưa toàn diện theo chuỗi đa bậc 9 bước quản lý lao tiềm ẩn.

Những kết quả này hoàn toàn phù hợp với số liệu thứ cấp nhóm nghiên cứu tổng hợp và phân tích tại các quận/ huyện của Quảng Nam, Đà Nẵng năm 2016, cụ thể, ở 4 huyện can thiệp (Tam Kỳ, Phú Ninh, Sơn Trà, Liên Chiểu), số liệu ban đầu năm 2016 về thực trạng quản lý lao tiềm ẩn trên địa bàn cho thấy tỷ lệ nhận diện người tiếp xúc tại thời điểm này chỉ đạt 12,5% so với

tổng số người tiếp xúc ước tính, số người bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn chỉ đạt 0,6%. (Bảng 3.1).

Tuy nhiên, năm 2016, đối tượng tiếp xúc hộ gia đình được khai thác thông tin chỉ là trẻ em dưới 5 tuổi hoặc trẻ 5-14 tuổi có HIV(+), do đó, tỷ lệ người tiếp xúc được nhận diện đạt 12,5% trong tổng số người tiếp xúc ước tính (mọi lứa tuổi) là khá hợp lý. Tính riêng tỷ lệ người tiếp xúc tham gia sàng lọc trong số NTX được nhận diện, tỷ lệ đạt tới 91,4%; mặc dù vậy, tỷ lệ điều trị (tích lũy) chỉ đạt 0,6%, hoặc tính riêng trong số người tham gia sàng lọc chỉ đạt 5% là một tỷ lệ thấp đáng quan ngại. Theo hướng dẫn của CTCLQG ở thời điểm này, trẻ em dưới 5 tuổi hoặc trẻ 5-14 tuổi có HIV(+) nếu loại trừ mắc lao đều được tư vấn điều trị lao tiềm ẩn, tỷ lệ chỉ 5% người tiếp xúc bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn trong tổng số tham gia sàng lọc cho thấy những thiếu hụt, yếu kém trong kỹ năng tư vấn của nhân viên y tế, cũng như những rào cản từ phía gia đình người bệnh đối với việc chấp nhận điều trị lao tiềm ẩn.

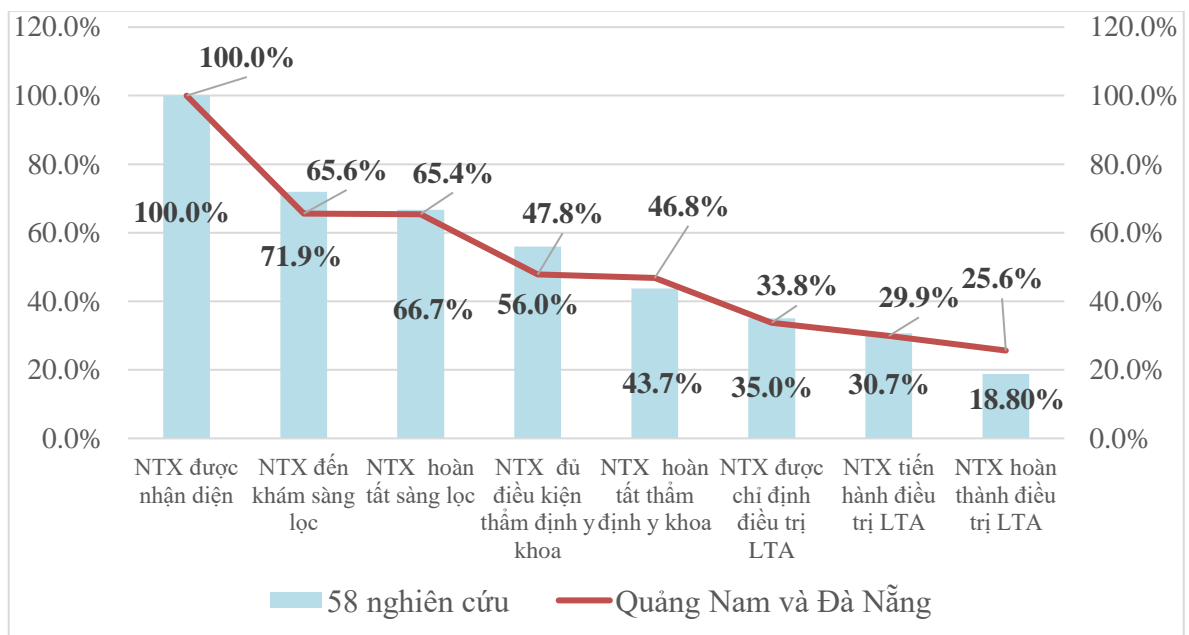
Tại các huyện can thiệp, năm 2016, Sơn Trà cho thấy sự triển khai vượt trội hơn về tỷ lệ khai thác người tiếp xúc với người bệnh lao phổi và tỷ lệ người tiếp xúc tham gia sàng lọc lao tiềm ẩn; ngoài ra, chỉ riêng Sơn Trà có 7 người tiếp xúc bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn, trong khi 3 quận/ huyện còn lại không có bất kỳ người tiếp xúc nào đồng ý điều trị. Nguyên nhân một phần do chuyên trách lao ở Trung tâm y tế quận Sơn Trà là bác sỹ chuyên khoa lao có kinh nghiệm, tâm huyết với các can thiệp phòng chống lao, đặc biệt đối với đối tượng trẻ em.

Thời điểm này, CTCLQG đã mở rộng quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm trẻ dưới 5 tuổi và trẻ 5-14 tuổi có HIV dương tính ra toàn quốc, tuy nhiên, việc thực hiện chính sách này tại các tỉnh chưa thật sự nghiêm túc, và chưa xem đây là một nhiệm vụ chính của chương trình chống lao tại địa phương, dẫn đến việc triển khai sàng lọc, tư vấn điều trị cũng như sổ sách ghi chép, báo cáo chưa đầy đủ. Có thể dễ nhận thấy số liệu báo cáo thời điểm này

không bao gồm các ghi chép liên quan đến số người bệnh có thể nhận diện người tiếp xúc, số trẻ tiếp xúc thực tế được nhận diện, số trẻ được khuyến cáo thực hiện tầm định y khoa, số trẻ được tư vấn điều trị lao tiềm ẩn, và số trẻ hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn. Điều này cũng gây ra hạn chế trong việc so sánh trước can thiệp và sau can thiệp đối với toàn bộ chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn.

4.2. Chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn tại Quảng Nam và Đà Nẵng sau khi triển khai can thiệp

Kết quả phân tích dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn bằng phương pháp tổng quan hệ thống và phân tích gộp từ 58 nghiên cứu trên thế giới, 748.572 đối tượng tiếp xúc giai đoạn từ 1990 - 2015 được cụ thể hoá ở Biểu đồ 4.1. dưới đây. So sánh với kết quả từ 58 nghiên cứu, kết quả của các can thiệp đối với các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn tại địa bàn nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng không có sự chênh lệch đáng kể (Biểu đồ 4.1).



Biểu đồ 4.1. So sánh kết quả phân tích dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn từ 58 nghiên cứu trên thế giới và tại Quảng Nam, Đà Nẵng (Việt Nam).

4.2.1. Giai đoạn sàng lọc lao tiềm ẩn

Sau can thiệp, tỷ lệ hoàn thành sàng lọc lao tiềm ẩn ở hai tỉnh can thiệp Quảng Nam và Đà Nẵng (65,4%) có thấp hơn khi so sánh với một số nước khác trên thế giới. Kết quả phân tích dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn từ 58 nghiên cứu trên thế giới đối với 748.572 người trong giai đoạn 1990-2015 cho thấy tỷ lệ hoàn thành sàng lọc lao tiềm ẩn là 71,9% [18], và tỷ lệ này trong nghiên cứu cắt ngang quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc tại cơ sở y tế ban đầu ở Brazil năm 2016 là 79,4% [69]. Tuy nhiên, các nghiên cứu đã công bố kết quả về chuỗi dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn chủ yếu tập trung ở những quốc gia có thu nhập cao, cụ thể, 57/65 (87,7%) nhóm nghiên cứu thuộc quốc gia có mức thu nhập cao trong 58 nghiên cứu được tổng quan tài liệu từ giai đoạn 1990-2015, Brazil cũng là quốc gia có nền kinh tế phát triển nhất Nam Mỹ, thứ hai ở Châu Mỹ sau Hoa Kỳ, tương ứng sẽ quan tâm và có nhiều nguồn lực hơn cho y tế, gánh nặng bệnh lao ở những quốc gia có thu nhập cao cũng rất thấp, chỉ <10/100.000 dân, do đó, thuận lợi hơn trong kiểm soát và triển khai các can thiệp đối với bệnh tật [1].

Tỷ lệ người tiếp xúc HGD không đồng ý tham gia sàng lọc chiếm 32,9%, trong đó, 2 quận can thiệp ở Đà Nẵng chiếm đến 74,7% cho thấy nhiều khó khăn, cản trở hơn trong việc tiếp cận và thuyết phục người dân ở thành phố lớn tham gia vào các can thiệp nghiên cứu, do họ có thể có những mối quan tâm nhiều hơn bên cạnh sức khỏe. Tỷ lệ nữ giới không đồng ý sàng lọc lao tiềm ẩn cao hơn nam giới (52,4% so với 47,6%), mặc dù chênh lệch không quá nhiều, cũng gợi ý nữ giới ít có điều kiện tiếp cận các chương trình chăm sóc sức khỏe hơn, góp phần lý giải một trong các nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ hiện mắc lao ở nam giới đang cao hơn nữ giới 4,2 lần theo kết quả điều tra dịch tễ lao toàn quốc lần thứ 2 năm 2017.

Đối với tỷ lệ bằng chứng miễn dịch học về tình trạng nhiễm lao, ở địa bàn can thiệp, trong số 1.064 người tiếp xúc tham gia sàng lọc, có 635 người tiếp xúc có kết quả xét nghiệm Mantoux dương tính (59,7%), tỷ lệ dương tính ở Đà Nẵng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với Quảng Nam, 62,4% so với 52,9% ($p < 0,001$). Tính riêng trong nhóm thực hiện xét nghiệm Mantoux (1.025 người tiếp xúc), 62% (635) có kết quả Mantoux dương tính. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với kết quả nghiên cứu cắt ngang phân tích và theo dõi dọc nhằm xác định tỷ lệ nhiễm lao tiềm ẩn dựa vào kết quả của xét nghiệm IGRAs ở người nhà tiếp xúc với người bệnh lao phổi có AFB dương tính (+) tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi tỉnh Bình Định từ năm 2011 đến năm 2013 (IGRAs dương tính chiếm tỷ lệ 36,5%) [59], điểm khác ở hai nghiên cứu này là sử dụng hai phương pháp xét nghiệm khác nhau, mặc dù đã có các bằng chứng chỉ ra không có sự khác biệt về kết quả của xét nghiệm Mantoux và IGRAs trong chẩn đoán lao tiềm ẩn [5], xét nghiệm Mantoux đôi khi vẫn phụ thuộc vào kỹ năng tiêm trong da và tính chủ quan khi đọc kết quả của kỹ thuật viên xét nghiệm.

So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới, nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng có kết quả cao hơn đáng kể nghiên cứu thuần tập trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình ở Georgia (52,7%) [78], nghiên cứu cắt ngang quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc tại cơ sở y tế ban đầu ở Brazil năm 2016 (48%) [69], tương đương với kết quả của một nghiên cứu cắt ngang để xác định tỷ lệ nhiễm lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao ở Tanzania, cũng sử dụng phương pháp xét nghiệm Mantoux để chẩn đoán (62,5%) [71], và thấp hơn 4% so với tỷ lệ Mantoux dương tính trong nhóm trẻ em dưới 15 tuổi tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi có độ tuổi từ 16-65 trong một nghiên cứu người tiếp xúc ở Malawi (66%) [72], tuy nhiên, tỷ lệ Mantoux dương tính cao hơn trong nhóm trẻ em tiếp xúc

hộ gia đình với người bệnh lao phổi so với các nhóm tuổi khác không phải là một kết quả đáng ngạc nhiên, do trẻ em vẫn được TCYTTG đánh giá là nhóm đối tượng có nguy cơ mắc lao cao nhất nếu là người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi. Một điểm cần lưu ý là nghiên cứu ở Quảng Nam, Đà Nẵng và Georgia xác định kết quả Mantoux dương tính khi đường kính ngang của nốt sẩn đo được $\geq 5\text{mm}$ sau khi tiêm 48 giờ trong khi các nghiên cứu ở Brazil, Tanzania và Malawi không chỉ rõ tiêu chuẩn xác định kết quả phản ứng dương tính; nên không thể chắc chắn có cùng với tiêu chuẩn được xác định trong nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng hay không. Sự khác nhau trong xác định tiêu chuẩn phản ứng dương tính hay âm tính của xét nghiệm Mantoux cũng dẫn đến sự khác biệt rõ rệt trong tỷ lệ phản ứng dương tính của các nghiên cứu. Do đó, chỉ có thể nhận định tỷ lệ Mantoux dương tính trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình ở Quảng Nam và Đà Nẵng cao hơn ở Georgia do có sự tương đồng về đối tượng và tiêu chuẩn đánh giá phản ứng dương tính.

Việc triển khai các can thiệp đồng bộ trên địa bàn can thiệp đã tạo nên một bước tiến vượt bậc so với giai đoạn trước khi triển khai can thiệp, chứng minh tác động tích cực của nghiên cứu, cụ thể, số người tiếp xúc tham gia sàng lọc trước can thiệp đạt 12,5%, trong khi tỷ lệ này sau khi triển khai can thiệp đạt trên 65,6%. Tuy nhiên, mặc dù có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh giai đoạn trước và sau can thiệp, số liệu nghiên cứu cũng đã chỉ ra một kết quả chưa được như mong đợi về tỷ lệ người tiếp xúc không tham gia và hoàn thành giai đoạn sàng lọc lao tiềm ẩn, cụ thể, 34,6% người tiếp xúc hộ gia đình không đến cơ sở y tế để được sàng lọc lao và lao tiềm ẩn, tự bỏ qua cơ hội được phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời, trong khi đây là một trong những nhóm dễ bị lây truyền bệnh lao cao nhất. Qua quan sát, một số người bệnh chỉ đi khám, người tiếp xúc khi đến cơ sở y tế thăm khám, đứng ngay bên cạnh áp phích truyền thông về lao tiềm ẩn, nhưng không hề đọc hay tìm

hiều thông tin, một số sau khi được phát tờ gấp thông tin, đã rút ngay sau khi ra khỏi tờ lao ở trung tâm y tế huyện. Điều này cho thấy Chương trình chống lao vẫn cần tìm hiểu thêm cách thức hợp lý để tăng cường cải thiện về chất lượng và hiệu quả của các can thiệp, cụ thể, cần có những nghiên cứu thêm về nội dung và hình thức truyền thông cho người bệnh và cộng đồng, phổ biến thông tin bằng hình thức đa dạng, dễ hiểu và dễ thu hút, để cộng đồng dễ tiếp cận thông tin, hiểu rõ thông điệp được truyền tải, cảm thấy hài lòng và mong muốn tiếp tục được cập nhật thông tin nếu có cơ hội. Bên cạnh đó, đối tượng nhân viên y tế cũng cần có những tác động thêm để hỗ trợ họ được cập nhật kiến thức cũng như các kỹ năng trong triển khai các hoạt động phòng chống lao. Các số liệu báo cáo về hiệu quả của các can thiệp cũng cần được thẩm định qua các đợt giám sát kiểm tra số liệu, đảm bảo số liệu thể hiện được đúng chính xác hiệu quả của các can thiệp, là bằng chứng để đưa ra các đề xuất về chính sách tiếp theo.

4.2.2. Giai đoạn thẩm định y khoa

Ở giai đoạn thẩm định y khoa, có 776 người đủ điều kiện để thẩm định y khoa, bao gồm người tiếp xúc có kết quả xét nghiệm Mantoux dương tính ở bước sàng lọc, hoặc có tiền sử lao, lao tiềm ẩn, có dấu hiệu nghi lao cho dù kết quả xét nghiệm Mantoux âm tính, hoặc trẻ em dưới 5 tuổi. Trong đó, 766 (98,7%) người đã thực hiện thẩm định. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả của một số nghiên cứu khác trên thế giới (90%) [18]. Ở giai đoạn này, chỉ có 10 người không tiếp tục sàng lọc, chiếm 1,3%.

Người tiếp xúc được chụp X-quang, xét nghiệm đờm để chẩn đoán khả năng mắc lao trong quá trình thẩm định y khoa. Ngoài ra, dựa theo tiền sử bệnh, người tiếp xúc được thực hiện một số xét nghiệm khác để đảm bảo đủ điều kiện điều trị lao tiềm ẩn nếu loại trừ mắc lao, chẳng hạn xét nghiệm chức năng gan, v.v. Trong trường hợp người tiếp xúc có kết quả xét nghiệm đờm âm tính nhưng

có kết quả phim X-quang bất thường nghi lao, hoặc vẫn có những triệu chứng nghi lao, người tiếp xúc được cung cấp các xét nghiệm chẩn đoán khác theo đúng quy trình chẩn đoán bệnh lao đã được Chương trình chống lao Quốc gia hướng dẫn [8]. Do đó, các can thiệp sàng lọc, chẩn đoán lao tiềm ẩn được cung cấp trong nghiên cứu cũng đã góp phần hỗ trợ CTCLQG phát hiện sớm và điều trị kịp thời người bệnh mắc lao trong cộng đồng.

Giai đoạn này, Chương trình chống lao (CTCL) vẫn ưu tiên xét nghiệm AFB nhuộm soi đờm trực tiếp bằng kính hiển vi như là công cụ chẩn đoán ban đầu để chẩn đoán lao, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ người bệnh lao được chẩn đoán bằng xét nghiệm nhuộm soi trực tiếp khá cao ở các điểm nghiên cứu của 2 tỉnh, lần lượt chiếm 76,6% và 86,0% ở Đà Nẵng và Quảng Nam. Xét nghiệm sinh học phân tử Xpert MTB/RIF là xét nghiệm cho kết quả sau 2 giờ với độ nhạy và độ đặc hiệu cao; tuy nhiên, do giá thành xét nghiệm khá cao, giai đoạn 2017-2018, theo chính sách của CTCL quốc gia, xét nghiệm này chủ yếu được sử dụng để chẩn đoán lao kháng Rifampicin (lao kháng đa thuốc). Trong nghiên cứu này, các trường hợp AFB dương tính (AFB(+)) được chỉ định làm xét nghiệm Xpert MTB/RIF để biết tình trạng kháng thuốc Rifampicin, đảm bảo loại trừ những trường hợp người bệnh chỉ điểm là người bệnh lao đa kháng thuốc không thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu, do đó, có thể thấy, tỷ lệ người bệnh được xét nghiệm Xpert MTB/RIF khá cao ở cả 4 điểm nghiên cứu, lần lượt là 49,5% và 83,7% tại Đà Nẵng và Quảng Nam, tỷ lệ xét nghiệm Xpert MTB/RIF tại 2 điểm nghiên cứu của tỉnh Quảng Nam cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) khi so sánh với 2 huyện nghiên cứu của Đà Nẵng. Phương pháp nuôi cấy tìm vi khuẩn lao chỉ thực hiện trong trường hợp kết quả soi đờm trực tiếp và xét nghiệm Xpert MTB/RIF âm tính nhưng người bệnh vẫn có dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ mắc lao, do đó

tỷ lệ thực hiện xét nghiệm này khá thấp ở cả 2 tỉnh, lần lượt là 12,9% và 4,5% ở Đà Nẵng và Quảng Nam.

Nhân viên y tế huyện hỗ trợ người tiếp xúc các thủ tục thanh toán bằng Bảo hiểm y tế cho các dịch vụ xét nghiệm được thực hiện ở giai đoạn thăm định y khoa trong trường hợp người tiếp xúc có thẻ Bảo hiểm y tế. Đối với những trường hợp còn lại, người tiếp xúc được hỗ trợ một phần kinh phí từ nghiên cứu. Qua các cuộc phỏng vấn sâu, một vài ý kiến cũng nêu lên những khó khăn của họ khi phải chi trả một vài chi phí cho dịch vụ, ngoài những phần đã được nghiên cứu hỗ trợ. Những đối tượng này thường thuộc hộ cận nghèo, họ không còn được cấp thẻ Bảo hiểm y tế dành cho người nghèo, thường làm những công việc lao động tay chân, như thợ bê tông, xe ôm, làm thuê cho các cửa hàng rau củ ở chợ, v.v., không thuộc một cơ quan, tổ chức nào để được cấp thẻ Bảo hiểm y tế, và tự nhận thấy không đủ điều kiện, hoặc không cần thiết để tự bỏ chi phí mua thẻ Bảo hiểm y tế. Do đó, những nhóm người tiếp xúc này thường có xu hướng không muốn tham gia sàng lọc do lo ngại có thể phải bỏ thêm chi phí. Từ thực trạng này, để duy trì hiệu quả của hoạt động quản lý lao tiềm ẩn sau khi nghiên cứu kết thúc, Chương trình Chống lao nên mở rộng các can thiệp dựa trên các nguồn lực từ dự án để có kinh phí hỗ trợ những nhóm đối tượng khó khăn, đặc biệt, có chính sách hỗ trợ mua thẻ Bảo hiểm y tế cho người tiếp xúc không có khả năng chi trả, đặc biệt trong giai đoạn triển khai ban đầu.

Trong 766 người được thăm định y khoa, 75 (9,8%) người tiếp xúc có kết quả phim X-quang bất thường nghi lao. Tỷ lệ người tiếp xúc có kết quả phim X-quang bất thường nghi lao tại Đà Nẵng (11,4%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với kết quả ở Quảng Nam (5,1%) ($p < 0,001$), từ đó có thể giả định khả năng phát hiện được nhiều hơn người bệnh lao ở Đà Nẵng. Chẩn đoán khẳng định đã phát hiện được 27 người bệnh lao, chiếm 3,5%, trong đó,

40,7% trong nhóm <5 tuổi (11/27), 40,7% trong nhóm 5-14 tuổi (11/27), 3,7% (1/27) 18 tuổi và 11,1% (3/27) trong độ tuổi 40-51.

Tỷ lệ người bệnh được phát hiện thông qua hoạt động sàng lọc người tiếp xúc hộ gia đình (3,5%) ở nghiên cứu tại Đà Nẵng, Quảng Nam tương đương với một số nghiên cứu trên thế giới. Tỷ lệ này được chỉ ra là 3,4% ở Brazil, trong đó, số người bệnh lao hoạt động được phát hiện chiếm 3,6% ở nhóm dưới 10 tuổi, và 3,3% ở nhóm trên 10 tuổi, được chẩn đoán bằng phương pháp xét nghiệm AFB nhuộm soi trực tiếp và chụp X-quang phổi, tương tự như ở Quảng Nam và Đà Nẵng [69]. Trong khi đó, tỷ lệ hiện mắc lao trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình được ước tính trong tổng quan hệ thống và phân tích gộp đối với 203 nghiên cứu đã được công bố trên thế giới có thấp hơn không đáng kể (3,1%) [17]. Một nghiên cứu khác ở Georgia năm 2010-2011 chỉ ra số người bệnh lao được phát hiện trong nhóm tiếp xúc là 5,4%, cao hơn ở Quảng Nam và Đà Nẵng, tuy nhiên, trong 5,4% (47/896) người bệnh lao được phát hiện từ điều tra người tiếp xúc, 17 trường hợp được ghi nhận phát triển thành bệnh lao trong giai đoạn theo dõi 21 tháng bắt đầu từ thời điểm điều tra người tiếp xúc. Trong khi đó, số người bệnh lao được báo cáo trong nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng đều được phát hiện ở giai đoạn thăm định y khoa, và kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận có thêm 8 trường hợp nghi lao tiến triển vẫn đang được tiếp tục chuyển lên tuyến trên để tiếp tục chẩn đoán xác định.

Số người bệnh lao được phát hiện cao nhất ở Sơn Trà, chiếm 81,4% (22/27), các quận/ huyện khác phát hiện rất ít, cụ thể, Tam Kỳ và Phú Ninh phát hiện 1 người bệnh/ huyện, Liên Chiểu phát hiện 3 người bệnh. Nguyên nhân người bệnh lao chủ yếu được phát hiện ở Sơn Trà (Đà Nẵng), theo nhận định của nhóm nghiên cứu, là do nhân viên y tế quản lý hoạt động lao tiềm ẩn tại trung tâm y tế quận Sơn Trà là bác sỹ chuyên khoa lao có kinh nghiệm lâu

năm, tâm huyết với nghề, khá quyết đoán khi đưa ra những kết luận chẩn đoán đối với các trường hợp nghi lao trẻ em trong nhóm trẻ có người thân trong gia đình mắc lao phổi. Trong khi đó, nhân viên y tế phụ trách lao tiềm ẩn ở quận Liên Chiểu (Đà Nẵng) là bác sỹ đa khoa, ở thành phố Tam Kỳ và huyện Phú Ninh (Quảng Nam) chỉ là các y sỹ, do đó, khá rụt rè khi thực hiện quy trình chẩn đoán và kết luận các trường hợp lao trẻ em, và thường chuyển các trường hợp nghi lao lên tuyến trên.

4.2.3. Giai đoạn điều trị

Tỷ lệ (tích lũy) người tiếp xúc được xác định nhiễm lao tiềm ẩn trong nghiên cứu là 33,8%, thấp hơn một chút so với kết quả từ phân tích dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn từ 58 nghiên cứu trên thế giới (35%) [18], thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ hiện mắc lao tiềm ẩn trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình đã được tổng hợp trong một tổng quan hệ thống và phân tích gộp khác về điều tra người tiếp xúc để chẩn đoán lao và lao tiềm ẩn trên 95 nghiên cứu ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình (51,1%), và cao hơn đối với tỷ lệ trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình ở 108 nghiên cứu ở các quốc gia có thu nhập cao (28,1%) [17].

Mặc dù các nghiên cứu trên đều quan tâm đến nhóm người tiếp xúc hộ gia đình, tuy nhiên, định nghĩa về “người tiếp xúc hộ gia đình” không hoàn toàn giống nhau giữa các nghiên cứu. Đối với nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng, người tiếp xúc hộ gia đình đã được xác định là “một người ngủ cùng nhà ít nhất một đêm trong một tuần, hoặc tiếp xúc trong nhà ít nhất một tiếng mỗi ngày và ít nhất 5 ngày trong một tuần, trong thời gian 3 tháng. Nhà được xác định là nhà mà các gia đình cư trú hoặc sử dụng thường xuyên”. Trong khi đó, ở tổng quan hệ thống và phân tích gộp trên 203 nghiên cứu đã được thực hiện ở các quốc gia, định nghĩa này có thể được đề cập chung chung là “người ăn và ngủ cùng với người bệnh lao” ở một số nghiên cứu,

hoặc có thể cũng được xác định bằng một khoảng thời gian phơi nhiễm tối thiểu hoặc tần suất tiếp xúc tối thiểu với người bệnh lao [17]. Bên cạnh đó, định nghĩa phản ứng dương tính đối với xét nghiệm Mantoux trong tổng quan hệ thống và phân tích gộp trên 203 nghiên cứu là có đường kính ngang của nốt sẩn đo được $\geq 10\text{mm}$ sau khi tiêm 48-72 giờ [17], trong khi nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng, những nốt sẩn có đường kính đo được $\geq 5\text{mm}$ sau khi tiêm 48 giờ đã được đánh giá là phản ứng dương tính. Từ phân tích trên đây, có thể nhận định tỷ lệ hiện mắc lao tiềm ẩn trong nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng thấp hơn đáng kể so với kết quả ở các nghiên cứu đã được thực hiện ở các quốc gia có thu nhập vừa và thấp, nhưng chưa thể kết luận kết quả so sánh với tỷ lệ hiện mắc lao tiềm ẩn được tổng hợp từ các nghiên cứu ở các quốc gia có thu nhập cao.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc cao hơn trong nhóm nhân viên y tế nói chung ở Việt nam, 33,8%, so với 27,8%, tuy nhiên, thấp hơn tỷ lệ nhiễm lao trong nhóm nhân viên y tế làm việc ở Bệnh viện Lao (33,8% so với 38,6%), và cao hơn nhóm nhân viên y tế làm việc ở bệnh viện đa khoa (33,8% so với 26,5%) [65].

Kết quả nghiên cứu tại Quảng Nam và Đà Nẵng đã chỉ ra không sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa giới tính của người tiếp xúc được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn. Trong khi đó, một nghiên cứu cắt ngang xác định tỷ lệ hiện mắc lao tiềm ẩn trong nhóm người trưởng thành ở Cà Mau, Việt Nam, sử dụng IGRA để mô tả tỷ lệ hiện mắc lao tiềm ẩn, đưa ra kết quả ở nam giới cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nữ giới (45% so với 31%) [63]. Sự khác biệt giữa hai nghiên cứu có thể do nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng là nghiên cứu can thiệp, nhân viên y tế có sự tác động tích cực để khuyến khích người tiếp xúc HGD cả nam giới và nữ giới tham gia vào các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn.

Đối với tỷ lệ người tiếp xúc bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn, tính trong nhóm người tiếp xúc được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn trong nghiên cứu ở Quảng Nam, Đà Nẵng, tỷ lệ này đạt 88,5% (485/548), tính theo tỷ lệ tích lũy là 29,9%, thấp hơn không đáng kể kết quả được trình bày trong phân tích dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn từ 58 nghiên cứu trên 748.572 người trong giai đoạn 1990-2015 (30,7%) [18], và cao hơn không đáng kể kết quả trong nhóm tiếp xúc tại cơ sở y tế ban đầu ở Brazil (24%) [69]. Tỷ lệ người tiếp xúc bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn trong nghiên cứu cũng cao hơn so với nhóm tiếp xúc người bệnh lao ở Georgia (16,9%), tuy nhiên, ở nghiên cứu này, mặc dù can thiệp trên nhóm đối tượng tương đồng, chỉ triển khai điều trị lao tiềm ẩn bằng Isoniazid cho nhóm trẻ tiếp xúc hộ gia đình dưới 5 tuổi [78].

Tỷ lệ hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn ở nghiên cứu tại Quảng Nam, Đà Nẵng là 85,8% nếu tính trong nhóm người đồng ý điều trị (416/485), và là 25,6% tính trên tỷ lệ tích lũy cho toàn chuỗi đa bậc. Trong khi đó, tỷ lệ được phân tích từ 58 nghiên cứu khác được ghi nhận là 18,8% [18], và trong nghiên cứu ở Brazil là 16,3% [69].

Như vậy, nhìn chung, tỷ lệ người tiếp xúc được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn đồng ý điều trị và sau đó hoàn thành điều trị khá cao trong nhóm tiếp xúc hộ gia đình ở Quảng Nam và Đà Nẵng, khi so sánh với kết quả của những nghiên cứu khác trên thế giới, cho thấy hiệu quả của các can thiệp. Nguyên nhân một phần do điều trị lao tiềm ẩn được tích hợp trong quản lý lao ngoại trú của tuyến xã phường, bao gồm hệ thống giám sát hỗ trợ điều trị. Ngoài ra, kết quả phỏng vấn sâu cho thấy những người tiếp xúc đã hoàn thành từ giai đoạn sàng lọc đến chỉ định điều trị lao tiềm ẩn đều có những hiểu biết nhất định về bệnh lao, một phần được cung cấp thông tin từ nhân viên y tế trong quá trình tham gia vào các giai đoạn trong chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn. Đây chính là một điểm thuận lợi để khuyến khích người tiếp xúc hoàn thiện

các giai đoạn của chuỗi đa bậc. Điều này một lần nữa khẳng định vai trò tư vấn trực tiếp của nhân viên y tế trong quá trình tiếp xúc và cung cấp dịch vụ cho khách hàng cực kỳ quan trọng.

Tuy nhiên, đối với điều trị lao tiềm ẩn, nghiên cứu áp dụng phác đồ điều trị uống hằng ngày bằng Isoniazid trong vòng 6 tháng (cho trẻ em) và 9 tháng (cho người lớn) theo hướng dẫn chung của Chương trình Chống lao quốc gia tại thời điểm triển khai các can thiệp, mặc dù các công thức điều trị ngắn ngày hơn đã được giới thiệu và chứng minh tính hiệu quả tương đương và ít tác dụng phụ hơn so với công thức 6-9 tháng Isoniazid, cụ thể, công thức bao gồm Rifampicin uống hằng ngày trong 3-4 tháng, công thức 12 liều điều trị bằng Rifapentin và Isoniazid, mỗi tuần 1 liều trong vòng 3 tháng.

Thời gian điều trị lao tiềm ẩn kéo dài và xảy ra tác dụng phụ khi sử dụng phác đồ 6 tháng điều trị hàng ngày bằng Isoniazid cho trẻ con và 9 tháng điều trị hàng ngày bằng Isoniazid cho người lớn (6-9H) cũng là một cản trở đối với chấp nhận điều trị hoặc dẫn đến bỏ trị, mặc dù tỷ lệ hoàn thành điều trị (85,8%) trong nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng đang cao hơn đáng kể hoặc tương đương khi so với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Một tổng quan hệ thống năm 2012 so sánh phác đồ điều trị hàng ngày bằng Rifampicin và Isoniazid trong 3-4 tháng (3-4RH) với phác đồ điều trị hàng ngày bằng Isoniazid trong 6 đến 9 tháng (6-9H) cho thấy tỷ lệ xảy ra tác dụng phụ của công thức 6-9H cao hơn đáng kể so với công thức 3-4RH, cụ thể, tỷ lệ xuất hiện rối loạn dạ dày là 6,5% ở công thức 9H trong khi chỉ là 0,7% ở công thức 4RH, tỷ lệ tăng men gan 6% ở nhóm điều trị bằng công thức 9H so với 1,2% ở nhóm điều trị bằng công thức 4RH ($p < 0.0001$). Đối với tỷ lệ hoàn thành và tuân thủ điều trị, tỷ lệ hoàn thành điều trị trong nhóm áp dụng công thức 4RH là 92% trong khi tỷ lệ này ở nhóm điều trị bằng công thức 9H là 86%, tỷ lệ

hoàn thành điều trị trong nhóm áp dụng công thức 3RH cao hơn đáng kể so với nhóm áp dụng công thức 6H (66,7% so với 27,6%) [75].

Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng đã chứng minh không có khác biệt về hiệu quả trong dự phòng phát triển thành bệnh lao hoạt động ở những người mắc lao tiềm ẩn sử dụng công thức 6-9H hay các công thức ngắn hạn thay thế (3-4RH, 3HP). Trong khi đó, các công thức ngắn hạn, đặc biệt là phác đồ 3HP (12 liều điều trị bằng Rifapentin và Isoniazid, mỗi tuần 1 liều trong vòng 3 tháng) đơn giản hơn, ngắn hơn và ít liều hơn rõ rệt. Các bằng chứng đã chỉ ra những người sử dụng phác đồ 3HP có tỷ lệ hoàn thành điều trị cao hơn những người sử dụng phác đồ 6-9H [35,76].

So sánh với phác đồ 6-9H, những lợi thế về thời gian điều trị ngắn hơn, liều uống hàng tuần đã giảm thiểu gánh nặng cho các chương trình quản lý lao tiềm ẩn. Các nghiên cứu mô hình cũng đã chỉ ra phác đồ 3HP có thể có chi phí hiệu quả cao hơn, mặc dù về giá thành của phác đồ này hiện tại cao hơn các phác đồ 6-9H và 3-4RH do giảm được gánh nặng tài chính cho những nỗ lực kiểm soát bệnh lao [77]. Phác đồ này hiện đang chưa khuyến cáo áp dụng cho trẻ em dưới 2 tuổi, đối với nhóm đối tượng này, trong khi đợi phác đồ 3HP thân thiện với trẻ em ra đời, TCYTTC và CDC khuyến cáo nên áp dụng phác đồ điều trị hàng ngày bằng Rifampicin và Isoniazid (3RH).

Bên cạnh nguyên nhân từ phác đồ điều trị, thiếu giám sát tuân thủ điều trị hoặc giám sát không thường xuyên cũng là nguyên nhân dẫn đến vẫn còn một tỷ lệ người bệnh bỏ trị (12,6%), tỷ lệ bỏ trị cao nhất ở Tam Kỳ (37,1%), tiếp đến là Phú Ninh (21%), Sơn Trà (7,5%) và Liên Chiểu (5,7%). Như vậy, tỷ lệ bỏ trị ở Quảng Nam cao hơn đáng kể so với các điểm can thiệp ở Đà Nẵng. Qua trao đổi với nhân viên y tế và người bệnh điều trị lao tiềm ẩn, nhân viên y tế không thực hiện giám sát trực tiếp đối với điều trị lao tiềm ẩn, thực hiện phát thuốc hàng tháng cho người bệnh do áp lực của quá tải công việc,

thậm chí nếu người bệnh lao tiềm ẩn ngại đến cơ sở y tế huyện nhận thuốc, có thể nhờ người nhà đi nhận hộ (Liên Chiêu, Tam Kỳ, Phú Ninh). Điều này dẫn đến đôi khi người bệnh bỏ trị một thời gian khá dài mới được nhân viên y tế phát hiện. Đối tượng bỏ trị thường là trẻ em khi bố mẹ nhận thấy việc cho con uống thuốc hàng ngày trong thời gian dài là quá mệt mỏi, sinh viên, học sinh, v.v.

Về chính sách, quản lý lao tiềm ẩn nên được Chương trình chống lao ưu tiên can thiệp mở rộng. Một khi đã trở thành một nhiệm vụ thường quy của chương trình, với những can thiệp đã được triển khai rộng khắp, cộng đồng, các nhóm đối tượng nguy cơ cao sẽ ngày càng có hiểu biết thêm về khái niệm hiện đang rất mới mẻ là “lao tiềm ẩn”, bên cạnh khái niệm đã khá xưa cũ nhưng đến nay đôi khi vẫn chưa được hiểu đủ và đúng là “bệnh lao”. Thêm vào đó, nhân viên y tế tất cả các tuyến sẽ phải có trách nhiệm thực hiện các nhiệm vụ trong Chương trình chống lao Quốc gia, có cơ hội được cập nhật kiến thức qua các tài liệu hướng dẫn, tập huấn, hội thảo, được thực hành và trao đổi kinh nghiệm với đồng nghiệp, từ đó bồi bổ kiến thức, kinh nghiệm và kỹ năng.

Những phân tích từ kết quả nghiên cứu đã gợi ý những thay đổi về chính sách nên thực hiện khi những can thiệp đa bậc quản lý lao tiềm ẩn được mở rộng và được ưu tiên trong chiến lược của Chương trình chống lao. Đó là vẫn ưu tiên truyền thông, tư vấn về lao, lao tiềm ẩn với các hình thức đa dạng, đặc biệt, quan tâm đến hoạt động tư vấn trực tiếp của nhân viên y tế đối với người bệnh và người nhà người bệnh; nghiên cứu áp dụng các công thức điều trị lao tiềm ẩn ngắn hơn, với mong muốn cung cấp cho người dân những dịch vụ thuận tiện và hiệu quả nhất; và xây dựng cơ chế giám sát tuân thủ điều trị lao tiềm ẩn, giao nhiệm vụ cho nhân viên y tế xã cũng như phối hợp với các tổ chức đoàn thể trong cộng đồng. Bên cạnh đó, những phân tích về tỷ lệ người tiếp xúc hoàn thành từng giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn

theo thời gian, cụ thể, thời gian có tỷ lệ cao nhất người tiếp xúc bắt đầu thâm định y khoa sau khi hoàn thành sàng lọc, hay bắt đầu điều trị sau khi hoàn thành giai đoạn thâm định y khoa cao đều rơi vào giai đoạn 2-7 ngày sau khi hoàn thành bước dịch vụ trước đó. Có thể ở giai đoạn này, người tiếp xúc đang ghi nhớ nội dung tư vấn của nhân viên y tế, đang lo lắng về tình trạng sức khỏe bản thân và đang trong một chuỗi quy trình sàng lọc, chẩn đoán, điều trị. Do đó, Chương trình chống lao nên nghiên cứu tác động thêm đến người tiếp xúc trong vòng 5-7 ngày đầu tiên sau khi người tiếp xúc kết thúc từng giai đoạn của chuỗi đa bậc để đạt được hiệu quả cao nhất.

4.3. Rào cản ảnh hưởng tới sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn

Những giai đoạn có tỷ lệ người tiếp xúc không tham gia vào chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn nhiều nhất thuộc về giai đoạn người tiếp xúc đến khám sàng lọc, đủ điều kiện thâm định y khoa, được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn, và hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn. Những giai đoạn khác (người tiếp xúc hoàn tất sàng lọc, hoàn tất thâm định y khoa, tiến hành điều trị lao tiềm ẩn) có tỷ lệ không chấp nhận thấp hơn đáng kể, kết quả này ở Quảng Nam và Đà Nẵng tương đương với kết quả của các nghiên cứu khác trên thế giới [18,69]. Tuy nhiên, như đã phân tích ở Chương III-Kết quả của nghiên cứu, đối với giai đoạn đủ điều kiện thâm định y khoa và đủ điều kiện điều trị lao tiềm ẩn, tỷ lệ thất thoát khá cao có thể do những nguyên nhân khách quan khó kiểm soát, cụ thể, người tiếp xúc đủ điều kiện để được thực hiện bước tiến hành thâm định phải có kết quả xét nghiệm Mantoux dương tính ở bước sàng lọc, hoặc có tiền sử lao hoặc lao tiềm ẩn, có dấu hiệu nghi lao (kết quả xét nghiệm Mantoux âm tính), hoặc trẻ em dưới 5 tuổi; và người tiếp xúc đủ điều kiện điều trị lao tiềm ẩn phải là những người được xác định không mắc lao hoạt động ở giai đoạn thâm định y khoa, và không thuộc nhóm dễ xảy ra các biến cố bất lợi nguy hiểm. Do đó, giai đoạn có tỷ lệ thất thoát cao cần được phân

tích nguyên nhân để định hướng chiến lược sau này là giai đoạn sàng lọc và giai đoạn điều trị và hoàn thành điều trị.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra nguyên nhân chính từ phía người bệnh chỉ điểm, người tiếp xúc dẫn đến tỷ lệ bỏ cuộc trong giai đoạn sàng lọc lao tiềm ẩn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn là (i) hạn chế trong nhận thức về lao, lao tiềm ẩn, (ii) tình trạng kỳ thị và tự kỳ thị đối với bệnh lao, (iii) thói quen trong hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế và (iv) sự thuận tiện trong tiếp cận dịch vụ y tế cung cấp sàng lọc lao tiềm ẩn.

Lao tiềm ẩn hiện vẫn là một khái niệm khá mới mẻ đối với người dân, thậm chí là nhân viên y tế trong mạng lưới chống lao trong những năm 2016-2017; tuy nhiên, trên địa bàn triển khai các can thiệp y tế để nâng cao hiệu quả sàng lọc, chẩn đoán và phát hiện lao tiềm ẩn, việc vẫn có một số lượng không nhỏ người tiếp xúc với người bệnh lao phổi, thậm chí là người bệnh lao phổi có những hiểu biết hạn chế về bệnh lao, không hề biết về lao tiềm ẩn là một thực trạng khá thất vọng; mặc dù để đạt được mục tiêu nghiên cứu, phần lớn đối tượng người tiếp xúc và người bệnh chỉ điểm được thực hiện phỏng vấn sâu trong nghiên cứu đã được chọn chủ đích là thuộc nhóm không tham gia sàng lọc hoặc không có người nhà tham gia sàng lọc, theo giả định là nhóm có nhiều rào cản hơn các nhóm khác, bao gồm rào cản về nhận thức đối với bệnh lao, lao tiềm ẩn. Chỉ 01 người tiếp xúc có định nghĩa đúng về lao tiềm ẩn, nhưng lại là “tự nghĩ” sau khi được nhóm nghiên cứu đề cập đến khái niệm này, và chưa được cung cấp thông tin từ bất kỳ kênh nào. Thực trạng này một lần nữa chứng minh những hạn chế trong hoạt động truyền thông/ tư vấn của Chương trình chống lao cũng như nhân viên y tế tuyến cơ sở.

Bên cạnh đó, kỳ thị đối với bệnh lao vẫn là một vấn đề chưa có hồi kết, mặc dù bệnh lao đã tồn tại hàng ngàn năm và đã tìm ra nguyên nhân của bệnh lao cũng như các phác đồ điều trị hiệu quả. Kết quả phỏng vấn sâu đối với

người bệnh chỉ điềm và người tiếp xúc cho thấy hiện trạng này không nổi lên một cách rõ rệt, nhưng như tảng băng chìm, vẫn rất nặng nề và âm ỉ trong cộng đồng. Không nhiều người bệnh mắc lao thoải mái chia sẻ tình trạng bệnh tật của mình cho hàng xóm, đồng nghiệp, bạn bè, do tự lo sợ bản thân bị xa lánh, phân biệt đối xử, nặng nề hơn ảnh hưởng đến cả công việc, thu nhập, các mối quan hệ của bản thân cũng như của gia đình mình. Những lo ngại này không phải là không có cơ sở, bản thân những người tham gia phỏng vấn trong nghiên cứu cho biết đã chứng kiến những hành vi ứng xử liên quan đến kỳ thị đối với bệnh lao trong cộng đồng của họ.

Rào cản nhận thức về lao và lao tiềm ẩn cũng đã được chỉ ra tương tự trong một nghiên cứu về các rào cản đối với tiếp nhận và điều trị lao tiềm ẩn trong nhóm trẻ vị thành niên ở Hoa Kỳ, đánh giá trên nhóm bố mẹ gốc Châu Mỹ La tinh của họ. Nhóm đối tượng được đánh giá trong nghiên cứu được báo cáo thiếu kiến thức về lao và lao tiềm ẩn ngay từ thời điểm bắt đầu được phỏng vấn, nên đã có những tác động tiêu cực đến con của họ trong việc chấp nhận sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn, cụ thể, 22% không biết lao có thể được phát hiện thông qua xét nghiệm Mantoux, 15% không biết điều trị lao tiềm ẩn giúp giảm nguy cơ phát triển thành bệnh lao, 32% không biết bệnh lao có thể được chữa khỏi. 26% không thấy lo lắng khi con họ có kết quả xét nghiệm Mantoux dương tính, 40% không nghĩ kết quả xét nghiệm Mantoux dương tính phản ánh việc đã nhiễm lao tại một thời điểm nào đó trong quá khứ, và 14% nghĩ kết quả xét nghiệm Mantoux dương tính là kết quả từ việc tiêm vắc-xin BCG lúc còn nhỏ [34]. Thói quen có bệnh mới chữa không chỉ được chỉ ra trong nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng, mà cũng được ghi chú trong nghiên cứu ở Brazil, khi 92,3% nhân viên y tế cho biết những người không có triệu chứng không quan tâm đến chăm sóc dự phòng và 88,5% báo cáo có

những trường hợp người tiếp xúc không đến tham gia quá trình sàng lọc do họ không có các triệu chứng của bệnh [69].

Nghiên cứu tại Quảng Nam, Đà Nẵng cũng ghi nhận có sự khó tiếp cận dịch vụ quản lý lao tiềm ẩn, do trở ngại về địa hình, giao thông và khoảng cách (xã Tam Lãnh). Trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu đã giao nhiệm vụ chính cho nhân viên y tế thuộc tổ lao huyện để thực hiện đầy đủ các giai đoạn trong chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn tại trung tâm y tế, sau khi nhận định trung tâm y tế huyện thuận lợi hơn trong cung cấp dịch vụ 1 cửa, và nhân viên y tế tuyến xã đang phải đảm nhiệm quá nhiều chương trình y tế, khó có thể đảm đương được. Do đó, tất cả hoạt động tập huấn đều tập trung cho nhân viên tuyến huyện, người tiếp xúc được hướng dẫn chỉ tìm kiếm dịch vụ tại Trung tâm y tế huyện, nhân viên y tế xã không có kỹ năng để tiêm và đọc kết quả xét nghiệm Mantoux. Trong khi đó, khoảng cách từ xã Tam Lãnh đến trung tâm y tế huyện Phú Ninh là 30km, giao thông đi lại khó khăn, địa hình miền núi. Kết quả là, có những người tiếp xúc không tham gia sàng lọc, hoặc sau khi đến sàng lọc đã không quay lại đọc kết quả. Rút kinh nghiệm từ nghiên cứu, trong giai đoạn mở rộng can thiệp ra các địa bàn khác, nên có sự tham gia của nhân viên y tế tuyến xã với vai trò hợp lý, phù hợp với khối lượng công việc và trình độ của họ. Tại một số địa bàn khó tiếp cận trung tâm y tế huyện, nên cân nhắc đặt điểm sàng lọc và quản lý lao tiềm ẩn tại một cơ sở y tế thuận tiện với người dân, có thể là trạm y tế xã, có thể là trung tâm y tế huyện, trạm y tế xã bạn nếu dễ tiếp cận hơn, thậm chí, có thể ở những cơ sở khám chữa bệnh tư nhân hoặc công ngoài lao có sự phối hợp với chương trình.

Đối với giai đoạn điều trị, qua khảo sát, phần lớn người tiếp xúc đều có hiểu biết nhất định về bệnh lao, mặc dù chưa đầy đủ và vẫn còn tự kỳ thị; nhưng những nhận thức về bệnh lao khá chính xác đã giúp người tiếp xúc biết được nguy cơ lây bệnh khi có người nhà mắc lao và có ý thức đi khám sàng lọc

để được điều trị kịp thời. Tuy vậy, vẫn có những rào cản từ phía người tiếp xúc dẫn đến còn một tỷ lệ đáng kể người tiếp xúc được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn từ chối điều trị (11,5%) và một tỷ lệ bỏ trị trong số những người bệnh lao tiềm ẩn đã tiến hành điều trị (12,6%), cụ thể (i) không tin tưởng hiệu quả điều trị lao tiềm ẩn, (ii) thời gian điều trị lao tiềm ẩn kéo dài, và (iii) xảy ra phản ứng bất lợi của thuốc điều trị lao tiềm ẩn. Những rào cản tương tự cũng được chỉ ra ở một số nghiên cứu về tuân thủ điều trị lao tiềm ẩn [34,35,75].

Trách nhiệm của việc vẫn tồn tại thực trạng thiếu hiểu biết về lao, lao tiềm ẩn và tự kỳ thị trong người bệnh chỉ điểm và người tiếp xúc một phần thuộc về nhân viên y tế và hệ thống y tế. Nhận định này cũng được đưa ra tương tự ở Brazil, khi nhân viên y tế tự đánh giá có thiếu sự cam kết của nhân viên y tế trong cung cấp các dịch vụ chẩn đoán và quản lý điều trị lao tiềm ẩn (23,5%), nhân viên y tế gặp thách thức về quá tải công việc khi triển khai những can thiệp này (64,7%), thậm chí, kết quả quan sát của nghiên cứu ở Brazil đã chỉ ra tình trạng nhân viên y tế không thực hiện điều tra người tiếp xúc với người bệnh lao, mặc dù đây được xem là ưu tiên của các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu [69]. Kết quả nghiên cứu từ các quốc gia khác cũng cho thấy tỷ lệ chấp thuận điều trị hoặc tuân thủ điều trị thấp hơn ở những nhóm người tiếp xúc điều trị lao tiềm ẩn bằng Isoniazid uống hàng ngày trong vòng 6-9 tháng, khi so sánh với nhóm người tiếp xúc điều trị phác đồ có Rifampicin hoặc Rifapentine [35,75,76]. Kết quả này gợi ý Chương trình chống lao Quốc gia nghiên cứu áp dụng các phác đồ điều trị ngắn ngày hơn trong điều trị lao tiềm ẩn để khuyến khích người tiếp xúc chấp nhận và hoàn thành điều trị.

Tại nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng, sự ổn định, trình độ, sự chuyên tâm và kỹ năng tư vấn của nhân viên y tế chuyên trách hoạt động lao tiềm ẩn tại tuyến huyện đóng vai trò thực sự quan trọng. Những địa bàn có nhân viên phụ trách lao tiềm ẩn nhiệt huyết và trách nhiệm với các can thiệp

của nghiên cứu có kết quả nghiên cứu cao đồng đều hơn những địa bàn khác (huyện Phú Ninh, quận Sơn Trà), cho dù những nhân viên này vẫn chưa thực sự có kỹ năng tư vấn, truyền thông tốt.

Qua quan sát quá trình tư vấn của nhân viên y tế đối với người bệnh chỉ điểm và người tiếp xúc, nhận thấy kỹ năng tư vấn của một vài nhân viên y tế huyện khá hạn chế, thông tin cung cấp trong quá trình tư vấn chưa đầy đủ, truyền tải thông tin còn ngập ngừng, thiếu tự tin, v.v. Nguyên nhân có thể do tại một số trung tâm y tế tuyến huyện, nhân viên phụ trách lao tiềm ẩn có sự thay đổi, nhân viên đã được tập huấn tại thời điểm bắt đầu triển khai nghiên cứu được điều động sang công việc khác, chuyển nhiệm vụ sang cho các nhân viên trẻ, chưa đủ kinh nghiệm. Bên cạnh đó, một số nhân viên y tế trong quá trình tư vấn chỉ nhắm đến mục đích cuối cùng là mời được người tiếp xúc hộ gia đình đến sàng lọc, mà bỏ qua bước cung cấp những thông tin cần thiết khác để giúp nâng cao nhận thức của người bệnh về lao tiềm ẩn và những lợi ích của điều trị lao tiềm ẩn. Điều này có thể hiệu quả trong trường hợp người tiếp xúc sau đó đến cơ sở y tế và được cung cấp các thông tin cần thiết trong quá trình sàng lọc, chẩn đoán, điều trị; tuy nhiên, sẽ phản tác dụng trong trường hợp người bệnh chỉ điểm và người tiếp xúc không hợp tác do thiếu hiểu biết về lao tiềm ẩn và các can thiệp đang được hỗ trợ từ nghiên cứu, dẫn đến không khuyến khích được người tiếp xúc tham gia sàng lọc, và trong cộng đồng vẫn tồn tại những nhận thức sai lệch và không đầy đủ về bệnh lao, lao tiềm ẩn.

Truyền thông, tư vấn cần thực hiện đúng thời điểm, tốt nhất ngay khi người bệnh lao nhận được kết quả xét nghiệm khẳng định mắc lao và bắt đầu điều trị. Nội dung tư vấn cần bao gồm giải thích ngắn gọn nguy cơ nhiễm và phát triển thành bệnh lao ở người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao, sự cần thiết khám phát hiện lao/lao tiềm ẩn của người tiếp xúc hộ gia đình, và

cung cấp nhanh quy trình và các hỗ trợ trong quá trình khám phát hiện bệnh. Quá trình tư vấn cần thực hiện nhanh, gọn, đánh giá được tình trạng mặc cảm, kỳ thị, lo lắng của người bệnh để xây dựng được mối quan hệ tích cực, sử dụng các từ ngữ dễ hiểu, tạo niềm tin và sự thoải mái cho người bệnh và người tiếp xúc trong toàn bộ quá trình tư vấn để họ có thể tự tin đặt các câu hỏi, trình bày về các khó khăn cần hỗ trợ khi tham gia khám, chẩn đoán, điều trị và hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn [70]. Để đạt được yêu cầu này, nhân viên y tế cần có kỹ năng truyền thông và tư vấn linh hoạt, đặc biệt, phải hiểu rõ về bệnh lao, lao tiềm ẩn và các can thiệp đang triển khai.

Vai trò của hoạt động truyền thông, tư vấn trong quản lý lao tiềm ẩn cũng đã được đề cập trong các tài liệu hướng dẫn về quản lý lao tiềm ẩn của Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) tại khu vực Châu Âu, cụ thể, truyền thông và tư vấn có thể hỗ trợ để tăng nhận thức, kỹ năng cũng như thái độ và thực hành của các nhóm đối tượng cần can thiệp. Việc cung cấp cho người bệnh những thông tin đầy đủ và cập nhật giúp cải thiện mối quan hệ giữa nhân viên y tế và người bệnh, tăng niềm tin của người bệnh vào nhân viên y tế, hệ thống y tế, và giúp người bệnh tự có trách nhiệm hơn với tình trạng sức khỏe của bản thân và người tiếp xúc, từ đó sẽ đóng góp vào kiểm soát lao tiềm ẩn [73,74].

Hướng dẫn về quản lý lao tiềm ẩn của Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) tại khu vực Châu Âu cũng nhấn mạnh vai trò của truyền thông trực tiếp (một - một) giữa nhân viên y tế và người tiếp xúc giúp cải thiện sự tuân thủ và hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn [73,74]. Một rà soát trên 3 thử nghiệm đối với 1.437 người tham gia từ Hoa Kỳ và Tây Ban Nha đã chỉ ra truyền thông đã làm tăng tỷ lệ hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn, cụ thể, ở Tây Ban Nha, sự tư vấn của y tá qua điện thoại giúp làm tăng tỷ lệ trẻ hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn từ 65% lên 94%, tư vấn của y tá thông qua các chuyên

thăm hộ gia đình đã giúp tăng tỷ lệ hoàn thành điều trị đến 95%. Thử nghiệm thứ hai ở Hoa Kỳ, chương trình tư vấn đồng đẳng cho trẻ vị thành niên thất bại khi tỷ lệ điều trị thành công tương đương ở cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trong khi ở thử nghiệm thứ 3, cũng ở Hoa Kỳ trong nhóm đối tượng phạm nhân, tỷ lệ hoàn thành điều trị rất thấp trong nhóm đối chứng (chỉ 12%), và mặc dù việc tư vấn giúp tăng đáng kể tỷ lệ hoàn thành điều trị trong nhóm can thiệp, cũng chỉ có 24% nhóm này hoàn thành điều trị. Do đó, hiệu quả của tư vấn cũng cần phải dựa vào nội dung của chương trình can thiệp, và đánh giá được nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ hoàn thành điều trị thấp để có những can thiệp và nội dung truyền thông, tư vấn phù hợp [49]. Do đó, để tăng tỷ lệ tham gia sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn của người tiếp xúc hộ gia đình, một giải pháp quan trọng là tăng cường kỹ năng truyền thông, tư vấn của nhân viên y tế tuyến cơ sở.

Một điểm cũng cần lưu ý là nhân viên y tế tuyến xã trên địa bàn nghiên cứu gần như không có vai trò trong các giai đoạn của chuỗi đã bậc quản lý lao tiềm ẩn, đặc biệt giai đoạn tư vấn người tiếp xúc tham gia sàng lọc, chấp nhận điều trị và hỗ trợ tuân thủ điều trị, mặc dù nhân viên y tế xã trực tiếp phát thuốc và giám sát quá trình điều trị của người bệnh chỉ điểm. Nguyên nhân do nhân viên y tế xã phải triển khai quá nhiều chương trình y tế trên địa bàn, nhận thức hạn chế về lao tiềm ẩn, xem các can thiệp quản lý lao tiềm ẩn là hoạt động nghiên cứu và là trách nhiệm của trung tâm y tế huyện, trong khi đó, nhân viên CTCL tuyến tỉnh và tuyến huyện cũng chưa giám sát và hỗ trợ thường xuyên.

Mô hình cung cấp dịch vụ một cửa sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn tại TTYT của 4 quận/huyện can thiệp trong nghiên cứu cũng đã thể hiện tính hợp lý hơn so với mô hình quản lý dự phòng chủ yếu thực hiện ở tuyến xã của CTCLQG trong giai đoạn trước 2019, cụ thể: các dịch vụ chẩn đoán được cung

cấp tại cùng một cơ sở y tế, rút ngắn thời gian di chuyển, chờ đợi và trả kết quả, nhân viên y tế có kỹ năng tốt hơn trong tư vấn cho người tiếp xúc, v.v. Những ưu điểm này đã được chứng minh qua kết quả phỏng vấn sâu người bệnh chỉ điểm và người tiếp xúc. Sự điều chỉnh mô hình cung cấp dịch vụ đã góp phần quan trọng trong việc tăng tỷ lệ nhận diện người tiếp xúc từ 12,5% lên 103,2%, tỷ lệ tham gia sàng lọc tăng từ 11,4% lên 65,6%, tỷ lệ người tiếp xúc tiến hành thăm định y khoa tăng từ 3,6% lên 72,9%, và tăng tỷ lệ người tiếp xúc bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn từ 0,6% lên 88,5% (Biểu đồ 3.5). Kinh nghiệm triển khai cho thấy vận động người tiếp xúc đi sàng lọc lao tiềm ẩn đạt hiệu quả cao nhất ngay khi người bệnh chỉ điểm được phát hiện và đăng ký điều trị, tại thời điểm này, người bệnh và người tiếp xúc đang lo lắng tình trạng bệnh và lo ngại khả năng lây lan, rất dễ tư vấn thành công, tuy nhiên, nội dung tư vấn cần ngắn gọn nhưng phải đủ ý, giúp người bệnh cũng như người tiếp xúc hiểu rõ về bệnh lao, lao tiềm ẩn và có niềm tin với chương trình can thiệp.

4.4. Đánh giá kết quả các can thiệp nghiên cứu

Thói quen có bệnh mới chữa vẫn tồn tại trong phần lớn người dân Việt Nam. Trên địa bàn can thiệp của nghiên cứu, thói quen này được thể hiện rõ nét qua kết quả phỏng vấn sâu đối với nhân viên y tế, người bệnh chỉ điểm và người tiếp xúc. Người dân nói chung vẫn chưa xây dựng được kế hoạch khám sức khỏe định kỳ hoặc kiểm tra sức khỏe khi nghi ngờ nguy cơ mắc bệnh. Đa số người dân chỉ đến cơ sở y tế khi biểu hiện của các triệu chứng đã rất rõ ràng, thậm chí nặng nề, dẫn đến nhiều trường hợp, tình trạng bệnh đã nguy hiểm ngay khi vừa được chẩn đoán. Nguyên nhân một phần do áp lực công việc hoặc gánh nặng chi trả dịch vụ y tế của người dân; tuy nhiên, nguyên nhân khác không kém phần quan trọng là thói quen trong hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc y tế. Trong khi đó, nhận thức về bệnh lao, đặc biệt là lao tiềm ẩn trong cộng đồng, thậm chí trong nhóm người bệnh đã mắc bệnh, còn hạn chế, dẫn đến vẫn còn một số lượng khá lớn người bệnh chỉ điểm và người

tiếp xúc không quan tâm hoặc lo sợ thái quá khi đứng trước nguy cơ bị mắc bệnh. Kết quả là họ từ chối cơ hội được kiểm tra tình trạng sức khoẻ miễn phí để bảo vệ bản thân, gia đình và cộng đồng.

Chương trình chống lao Quốc gia đã bắt đầu quan tâm đến điều trị dự phòng lao bằng Isoniazid uống hàng ngày trong vòng 9 tháng cho người có HIV dương tính (+) từ những năm đầu 2000. Đến năm 2012, đối tượng được điều trị lao tiềm ẩn mở rộng thêm cho nhóm trẻ em dưới 5 tuổi và dưới 15 tuổi có HIV(+) sống chung với nguồn lây lao. Nhóm đối tượng này ban đầu chỉ thí điểm bằng kinh phí dự án ở một số tỉnh lớn, đến năm 2015 đã được mở rộng ra toàn quốc. Các nhóm đối tượng trẻ em và người lớn có HIV(+) đều là nhóm có nguy cơ mắc lao rất cao nếu có tiếp xúc gần và lâu ngày với nguồn lây, theo khuyến cáo của TCYTTG và hướng dẫn của CTCLQG, đối với nhóm này, sẽ được chỉ định điều trị lao tiềm ẩn nếu thực hiện thăm định y khoa kết luận không mắc lao hoạt động, hoặc không thuộc nhóm xảy ra các biến cố bất lợi nguy hiểm. Do đó, các xét nghiệm phát hiện lao tiềm ẩn (xét nghiệm Mantoux hoặc IGRA) chưa được sử dụng thường quy. Cho đến trước thời điểm triển khai nghiên cứu, chính sách của CTCLQG về quản lý lao tiềm ẩn vẫn chưa được mở rộng, chưa ưu tiên sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn. Nhân viên y tế cũng chưa ưu tiên quản lý lao tiềm ẩn cho trẻ dưới 5 tuổi trong thực hành y tế, chưa có hiểu biết đầy đủ và toàn diện về lao tiềm ẩn, về quản lý lao tiềm ẩn cũng như kỹ năng tư vấn cho người tiếp xúc tham gia sàng lọc và quản lý lao tiềm ẩn [67].

Trong nghiên cứu ở Quảng Nam và Đà Nẵng, để xây dựng các can thiệp y tế công cộng với kỳ vọng có tác động lớn làm thay đổi hành vi về quản lý lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh chỉ điểm, nhóm nghiên cứu đã thực hiện khảo sát ban đầu trong một nhóm nhỏ nhân viên y tế, người bệnh và người tiếp xúc với người bệnh để tìm hiểu thực

trạng kiến thức, thực hành và các mong muốn đối với hệ thống y tế trong quản lý bệnh lao, lao tiềm ẩn. Những can thiệp y tế công cộng, bao gồm tập huấn, truyền thông, cung cấp dịch vụ một cửa tại trung tâm y tế huyện đối với toàn bộ chuỗi đa bậc, giám sát, và hỗ trợ nhân viên y tế trong quá trình triển khai, v.v. đều là những can thiệp được xây dựng sau những phân tích kỹ lưỡng và tư vấn ý kiến chuyên gia từ Chương trình chống lao quốc gia và hai tỉnh triển khai nghiên cứu. Những nhân viên y tế tuyến tỉnh, huyện tham gia vào nghiên cứu đều được tập huấn kỹ về nội dung, quy trình triển khai các can thiệp, thông điệp và kỹ năng truyền thông, cũng như những kết quả đầu ra mong muốn của nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu cũng đã thiết kế những tờ gấp, tờ rơi truyền thông, cung cấp thông tin cho khách hàng về lao tiềm ẩn: tại sao phải điều trị lao tiềm ẩn, điều trị như thế nào (phác đồ, thời gian điều trị), các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra, tỷ lệ xảy ra các tác dụng không mong muốn, tại sao phải uống thuốc đều đặn, làm sao để không quên uống thuốc, các địa chỉ cơ sở y tế liên hệ khi cần hỗ trợ hoặc tham vấn (bao gồm tên nhân viên y tế, địa chỉ cơ sở y tế, số điện thoại liên hệ), v.v. Bên cạnh tờ gấp, tờ rơi, nhóm nghiên cứu cũng in các áp phích giới thiệu ngắn gọn và đầy đủ về lao tiềm ẩn cũng như điều trị lao tiềm ẩn, cung cấp cho trung tâm y tế huyện tại địa bàn nghiên cứu ở thành phố Tam Kỳ, huyện Phú Ninh (Quảng Nam), quận Sơn Trà, quận Liên Chiểu (Đà Nẵng). Nhóm nghiên cứu cũng yêu cầu các nhân viên y tế tuyến huyện thực hiện tư vấn cho người bệnh chỉ điểm và người tiếp xúc trong quá trình nhận diện cũng như cung cấp các dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán, điều trị.

Để so sánh sự khác biệt của những địa bàn được triển khai các can thiệp đồng bộ của nghiên cứu với những địa bàn khác vẫn đang áp dụng mô hình điều trị dự phòng của Chương trình chống lao quốc gia, nhóm nghiên cứu đã không triển khai thu thập số liệu ban đầu và chỉ thực hiện thu thập số

liệu sẵn có theo yêu cầu của Chương trình chống lao (CTCL) tại cùng thời điểm tổng kết nghiên cứu ở địa bàn can thiệp, tránh tạo ra bất kỳ sự chú ý hay xáo trộn trong hệ thống y tế cũng như người dân làm ảnh hưởng đến kết quả của hoạt động. Các địa bàn đối chứng do đó đã triển khai theo đúng chính sách và lộ trình mở rộng của Chương trình chống lao quốc gia, cũng được tác động bởi các nhân tố liên quan như phát triển của kinh tế-xã hội, văn hoá, dân trí nói chung của Việt Nam, tương tự như các địa bàn khác. Số liệu của địa bàn đối chứng sau đó được nhóm nghiên cứu thu thập vào thời điểm quý 1/2019 sau khi địa bàn can thiệp thu nhận người bệnh chỉ điểm cuối cùng.

Từ kết quả thu thập được ở địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng, có thể nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của tỷ lệ người tiếp xúc tham gia vào các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn tại địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng ($p < 0,001$). Số người tiếp xúc được nhận diện với số ước tính ở địa bàn đối chứng chỉ đạt 10,1%, trong khi tỷ lệ này tại địa bàn can thiệp đạt trên 100% (103,2%). Nguyên nhân của tỷ lệ thấp hơn đáng kể ở địa bàn đối chứng, là do theo chính sách hiện hành của Chương trình chống lao quốc gia giai đoạn 2017-2019, nhân viên y tế chỉ cần lập danh sách trẻ 0-4 tuổi hoặc 5-14 tuổi có HIV dương tính tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi. Hoạt động này thường được giao cho nhân viên y tế xã là nhân viên chịu trách nhiệm cấp thuốc và theo dõi điều trị người bệnh lao trên địa bàn. Chương trình chống lao không giao chỉ tiêu số trẻ được nhận diện, hay tỷ lệ % số trẻ được sàng lọc trong số trẻ được nhận diện, v.v. dẫn đến nhân viên y tế xã thực tế chưa có sự ưu tiên và quan tâm hợp lý đối với hoạt động này của Chương trình. Qua khảo sát ở địa bàn can thiệp, nhân viên y tế huyện và xã có sự thay đổi, do đó, không lưu giữ đủ báo cáo và số liệu theo quy định của Chương trình chống lao quốc gia cho hoạt động điều trị dự phòng của năm 2016 (Số đăng ký sàng lọc bệnh lao và theo dõi dự phòng INH (Isoniazid) cho trẻ em tiếp xúc với người bệnh

lao phổi), và giai đoạn 2017-2019, số liệu cũng chỉ được ghi nhận trong Mẫu M2 - Báo cáo trẻ tiếp xúc nguồn lây và dự phòng INH, thậm chí các thông tin yêu cầu trong mẫu M2 cũng không được báo cáo đầy đủ.

Tỷ lệ điều trị lao tiềm ẩn ở địa bàn đối chứng chỉ đạt 6,7% so với 88,1% ở địa bàn can thiệp. Tỷ lệ điều trị ở địa bàn can thiệp được tính trên nhóm trẻ 0-4 tuổi và 5-14 tuổi có HIV dương tính tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi đã đồng ý điều trị, tuy nhiên, số liệu hoàn thành điều trị không được báo cáo đầy đủ, một số trẻ chuyển trong quá trình điều trị không theo dõi được vì chưa có cơ chế theo dõi trẻ điều trị dự phòng lao, và chưa có sự giám sát tuân thủ điều trị chặt chẽ để có sự tư vấn kịp thời trong trường hợp trẻ bỏ trị không phải do phát sinh các phản ứng bất lợi nghiêm trọng.

So sánh với số liệu ban đầu (năm 2016) tại 4 huyện can thiệp, tỷ lệ người tiếp xúc tham gia vào các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$). Tỷ lệ khai thác được thông tin người tiếp xúc với người bệnh lao chỉ điểm trong tổng số người tiếp xúc được ước tính sau can thiệp đạt 103,2%, trong khi tỷ lệ này trước can thiệp chỉ đạt 12,5%; tỷ lệ người tiếp xúc tham gia sàng lọc sau can thiệp đạt 65,6% so với trước can thiệp là 11,4%, 72,9% người tiếp xúc thực hiện thăm định y khoa ở giai đoạn sau can thiệp, tỷ lệ này trước can thiệp là 3,6%; tương tự ở giai đoạn bắt đầu điều trị lao tiềm ẩn, tỷ lệ tương ứng trước và sau khi can thiệp là 0,6% và 88,5%.

Số liệu ban đầu năm 2016 của địa bàn can thiệp cũng có tình trạng tương tự như ở địa bàn đối chứng, không thể thu thập đủ số liệu cho tất cả giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, cũng cùng một nguyên nhân từ yêu cầu số liệu của Chương trình chống lao quốc gia. Sổ đăng ký sàng lọc bệnh lao và theo dõi dự phòng INH cho trẻ em tiếp xúc với người bệnh lao phổi dành cho tuyến xã/ phường theo yêu cầu tại thời điểm năm 2016 cũng

yêu cầu khá nhiều thông tin, bao gồm họ tên người bệnh chỉ điểm, quan hệ với trẻ tiếp xúc, họ tên, giới tính, tuổi, tình trạng HIV, triệu chứng nghi lao, kết quả khám lao, ngày tháng trẻ được điều trị lao, theo dõi uống thuốc theo từng tháng trong 6 tháng điều trị của trẻ tiếp xúc; tuy nhiên, những thông tin này không được ghi đầy đủ bởi nhân viên y tế xã, và qua trao đổi với nhân viên y tế huyện, xã, các hoạt động này không phải được thực hiện thường quy. Trong khi đó, số liệu sau khi được báo cáo lên tuyến tỉnh, tuyến Trung ương cũng không nhận được thông tin phản hồi phải bổ sung, do đó, triển khai điều trị dự phòng trẻ tiếp xúc hộ gia đình với nguồn lây lao và báo cáo số liệu chưa được chú trọng đúng mức.

So sánh số liệu ban đầu năm 2016 ở địa bàn can thiệp với số liệu giai đoạn 7/2017-12/2018 ở địa bàn đối chứng, có thể thấy tỷ lệ trẻ tiếp xúc được nhận diện so với số ước tính không có quá nhiều khác biệt, 12,5% vào năm 2016 ở địa bàn can thiệp, và 10,1% ở địa bàn đối chứng. Đối với tỷ lệ hoàn thành điều trị, số liệu ở địa bàn đối chứng giai đoạn 7/2017-12/2018 cao hơn đáng kể so với ở địa bàn can thiệp trước khi nhận được các can thiệp của nghiên cứu (năm 2016), 6,7% so với 0,6%. Tuy nhiên, mặc dù có sự khác biệt, tỷ lệ hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn ở địa bàn đối chứng cũng rất thấp so với kỳ vọng, cho thấy cần phải thực hiện các can thiệp để có sự chuyển biến mạnh mẽ.

Số liệu nghiên cứu đã chứng minh được những kết quả rõ rệt khi thực hiện các can thiệp toàn diện đối với hệ thống y tế, nhân viên y tế và người dân để cải thiện chất lượng sàng lọc, chẩn đoán và quản lý lao tiềm ẩn, từ đó góp phần phát hiện sớm bệnh lao trong nhóm người có nguy cơ cao, và hỗ trợ giảm thiểu nguy cơ phát triển bệnh lao ở những người đã nhiễm lao tiềm ẩn.

Từ kết quả của các can thiệp, mô hình chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn trong nghiên cứu nên được xem xét để áp dụng, lồng ghép vào hệ thống

phòng chống lao. Có thể nhận thấy các can thiệp đã triển khai của nghiên cứu đều dựa vào hệ thống y tế và hệ thống chống lao sẵn có, chỉ thực hiện điều chỉnh nhỏ trong việc điều phối cung cấp các dịch vụ một cửa tại trung tâm y tế huyện, đảm bảo người dân có thể tiếp cận các dịch vụ một cách thuận tiện. Trong giai đoạn chuẩn bị thực hiện nghiên cứu, nhóm nghiên cứu cũng đã nhận được các hỗ trợ và đồng thuận rất tích cực từ phía lãnh đạo của Trung tâm Y tế các huyện triển khai can thiệp đối với các điều chỉnh này. Những người chịu trách nhiệm chính triển khai phần lớn các can thiệp nghiên cứu là nhân viên y tế của đơn vị chống lao tuyến tỉnh và huyện; và sau khi được tập huấn về nghiên cứu, các nhân viên y tế tuyến tỉnh và huyện tại địa bàn can thiệp của nghiên cứu đã hoàn toàn có thể thực hiện các hoạt động truyền thông, tư vấn cho người bệnh lao, người tiếp xúc với người bệnh lao, người bệnh lao tiềm ẩn về chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn, thực hiện và đọc kết quả xét nghiệm Mantoux, thực hiện các giai đoạn trong chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, và ghi chép, báo cáo đúng như yêu cầu. Quá trình triển khai nghiên cứu cũng đã ghi nhận sự thay đổi nhân sự tại tổ lao tuyến huyện ở địa bàn can thiệp, điều này hoàn toàn phù hợp với tình hình nhân sự chung của Chương trình chống lao, và những nhân viên y tế mới tiếp nhận nhiệm vụ, mặc dù có thể hiện một số thiếu sót, cũng đã cơ bản đáp ứng được các yêu cầu cần hoàn thành trong nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu cũng hoàn toàn không lo ngại khả năng nhân viên y tế sẽ bớt nhiệt tình và tâm huyết khi các can thiệp được lồng ghép vào Chương trình chống lao, do nghiên cứu chỉ chi trả một phần phụ cấp không đáng kể đối với những nhân viên y tế đã tham gia vào nghiên cứu để đảm bảo không có nhiều thay đổi khi các can thiệp được mở rộng. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cũng đã chỉ ra những khó khăn của một tỷ lệ người tiếp xúc hộ gia đình với bệnh nhân lao trong tiếp cận các dịch vụ y tế; do đó, trong giai đoạn đầu áp dụng mô hình can thiệp, Chương trình chống lao nên triển khai quản lý theo chương trình/ dự án nhằm có các nguồn hỗ trợ để chi trả các chi phí xét

nghiệm, chẩn đoán và điều trị cho người tiếp xúc hộ gia đình cũng như người bệnh lao tiềm ẩn.

Kết quả của các can thiệp cũng có phần đóng góp rất quan trọng của hoạt động giám sát nghiên cứu. Nghiên cứu tại Quảng Nam, Đà Nẵng đã thực hiện tần suất giám sát thường xuyên, đều đặn đối với các hoạt động nghiên cứu được triển khai. Hàng tháng, giám sát nghiên cứu tuyến tỉnh (nhân viên Phòng chỉ đạo tuyến Bệnh viện lao và bệnh phổi tỉnh) và nghiên cứu viên tuyến tỉnh xuống giám sát địa bàn nghiên cứu tuyến huyện, đối chiếu sổ ghi chép với các hồ sơ khác để kiểm tra tính chính xác của thông tin được ghi chép, tổng hợp thông tin bệnh nhân vào bảng kiểm tổng hợp số liệu tháng, gửi báo cáo cho nhóm nghiên cứu ở tuyến Trung ương. Hàng quý, nhóm nghiên cứu tuyến Trung ương cùng giám sát nghiên cứu và nghiên cứu viên tuyến tỉnh xuống giám sát địa bàn nghiên cứu tuyến huyện, đối chiếu các nguồn số liệu để thẩm định số liệu báo cáo theo quý. Quá trình giám sát, thẩm định định kỳ hàng tháng, hàng quý đã phát hiện kịp thời các sai sót trong triển khai can thiệp cũng như ghi chép, báo cáo để chỉnh sửa cũng như tập huấn bổ sung cho các nhân viên y tế tham gia nghiên cứu. Bên cạnh đó, qua việc giám sát, thẩm định số liệu, nhóm nghiên cứu cũng đã phát hiện các trường hợp NTX HGD chưa đồng ý tham gia các giai đoạn của chuỗi đa bậc để hướng dẫn nhân viên y tế tư vấn thêm, hoặc có thể để thăm nhà để hỗ trợ nhân viên y tế tuyến huyện trong tư vấn, thuyết phục sự tham gia của NTX HGD. Khi lồng ghép mô hình can thiệp vào hệ thống Chương trình chống lao, để có thể duy trì được nhân sự cũng như tần suất giám sát như trong nghiên cứu sẽ là một thách thức khá lớn, do hạn chế về nhân lực, tài lực. Chương trình chống lao sẽ cần có phương thức giám sát phù hợp hơn với điều kiện của chương trình, có thể lồng ghép vào các chuyên giám sát thường quy, kiểm soát thông qua hệ thống ghi chép và báo cáo điện tử, v.v.

4.5. Điểm mới, giá trị khoa học và giá trị thực tiễn của nghiên cứu

Về điểm mới của nghiên cứu, đây là nghiên cứu thiết kế các can thiệp y tế công cộng dựa trên bằng chứng khoa học nhằm tăng cường chẩn đoán, điều trị lao tiềm ẩn, từ đó dự phòng lao hoạt động ở nhóm có nguy cơ cao là những người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao.

Về giá trị khoa học, kết quả của nghiên cứu là bằng chứng khoa học để định hướng các chính sách liên quan đến quản lý điều trị lao tiềm ẩn.

Về giá trị thực tiễn, thông qua kết quả của các can thiệp y tế công cộng nhằm nâng cao chất lượng quản lý lao tiềm ẩn, có thể nhân rộng mô hình can thiệp ra toàn quốc và góp phần đạt mục tiêu Thanh toán bệnh lao ở Việt Nam [7].

Nghiên cứu đã đánh giá hiện trạng và rào cản đối với người bệnh lao, người tiếp xúc hộ gia đình, nhân viên y tế trong quản lý và điều trị lao tiềm ẩn, từ đó xây dựng các can thiệp y tế công cộng toàn diện và hợp lý. Nghiên cứu đã triển khai chương trình đào tạo ban đầu và đào tạo tại chỗ trong các chuyến giám sát định kỳ để tăng cường chất lượng của các hoạt động can thiệp mới. Nghiên cứu đã phát triển và sử dụng bộ công cụ chuẩn hóa - bộ tài liệu tập huấn cho nhân viên y tế, người bệnh lao hoạt động và người mắc lao tiềm ẩn, cũng như Sổ đăng ký theo dõi người tiếp xúc và phương pháp theo dõi, báo cáo. Những công cụ này giúp hỗ trợ đưa các can thiệp này vào chương trình lao, nhằm nhân rộng chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn. Sổ đăng ký theo dõi người tiếp xúc và quy trình báo cáo được thiết kế để Chương trình Chống lao Quốc gia và các nhân viên y tế sử dụng dễ dàng, sau đó được giao cho nhân viên quản lý chương trình lao, đồng thời cũng sẽ được đăng tải lên hệ thống điện tử giám sát và quản lý thông tin người bệnh lao (VITIMES) của CTCLQG.

Trên thực tế, từ kết quả ban đầu của nghiên cứu, CTCLQG đã cập nhật Hướng dẫn Phát hiện và điều trị lao tiềm ẩn, trong đó hướng dẫn mở rộng đối

tượng nguy cơ sàng lọc lao tiềm ẩn, áp dụng mô hình sàng lọc, chẩn đoán và quản lý lao tiềm ẩn chủ yếu tại TTYT huyện. Nội dung của Sổ đăng ký theo dõi người tiếp xúc cũng được tham khảo để hoàn thiện hệ thống sổ sách quản lý lao tiềm ẩn của CTCLQG, và đang được xây dựng thành một chương trình báo cáo lao tiềm ẩn trong hệ thống điện tử giám sát và quản lý thông tin người bệnh lao (VITIMES) của CTCLQG.

4.6. Hạn chế của nghiên cứu.

Số liệu thu thập tại Mục tiêu 1 là sử dụng số liệu thứ cấp, dựa trên số liệu sẵn có theo yêu cầu báo cáo của CTCLQG năm 2016, do đó số liệu không đầy đủ 9 giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, dẫn đến có các hạn chế trong phân tích kết quả của mục tiêu 1.

Nghiên cứu thuộc đề tài nghiên cứu hợp tác với Viện nghiên cứu y khoa Woolcock, do đó bị ràng buộc bởi sự hợp tác và một số các quyết định chung của nhóm nghiên cứu mà nghiên cứu sinh khó có thể thay đổi. Cụ thể, nghiên cứu không xây dựng biểu mẫu để thu thập các thông tin về nghề nghiệp, địa bàn cư trú, trình độ học vấn, thu nhập của người bệnh chỉ điểm và người tiếp xúc, dẫn đến một vài hạn chế khi phân tích tác động của các nhân tố ảnh hưởng tới việc tham gia vào từng giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn. Trong khi kết quả một số nghiên cứu khác trên thế giới đã báo cáo tỷ lệ tham gia sàng lọc hoặc điều trị lao tiềm ẩn có liên quan đến yếu tố cá nhân, văn hoá-xã hội, các nhân tố khác, v.v. [18,69].

Nghiên cứu hoàn toàn áp dụng phác đồ điều trị lao tiềm ẩn bằng Isoniazid uống hằng ngày trong vòng 6 tháng (cho trẻ em) và 9 tháng (cho người lớn) theo hướng dẫn chung của Chương trình Chống lao quốc gia tại thời điểm triển khai các can thiệp, chưa đề xuất áp dụng thí điểm công thức điều trị ngắn hạn (Rifampicin uống hàng ngày trong 3-4 tháng, công thức 12 liều điều trị bằng Rifapentin và Isoniazid, mỗi tuần 1 liều trong vòng 3 tháng)

trong một nhóm người bệnh để có sự so sánh, đối chiếu tỷ lệ đồng ý và hoàn thành điều trị.

Số liệu thu thập ở địa bàn đối chứng không đầy đủ các giai đoạn trong chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, do nhóm nghiên cứu không muốn có tác động đến địa bàn đối chứng dẫn đến có thể làm thay đổi có chủ định tình hình quản lý lao tiềm ẩn trên địa bàn. Nhóm nghiên cứu chỉ thu thập những số liệu sẵn có về kết quả hoạt động quản lý dự phòng lao theo đúng chính sách của Chương trình chống lao Quốc gia tại thời điểm nghiên cứu. Sự không đầy đủ số liệu của địa bàn đối chứng, đặc biệt số liệu cơ sở, dẫn đến những hạn chế trong phân tích kết quả của các can thiệp.

Nhân viên nghiên cứu chủ chốt tại trung tâm y tế huyện có sự thay đổi ở 2 địa bàn nghiên cứu, mặc dù có sự bàn giao, nhân viên mới đảm nhiệm thiếu kinh nghiệm hơn, và chưa được tập huấn về nội dung, quy trình nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu phải thực hiện đào tạo tại chỗ, hỗ trợ công việc trong quá trình giám sát nghiên cứu. Tuy đây là một hạn chế của nghiên cứu, nhưng lại là một thực tế thường xuyên xảy ra ở hệ thống chống lao các tuyến, do đó, sẽ phản ánh được tình huống xảy ra khi Chương trình chống lao có dự kiến mở rộng các can thiệp.

Các can thiệp của nghiên cứu khư trú ở trung tâm y tế huyện, chưa thiết kế vai trò của nhân viên y tế xã cũng như các tổ chức/ đoàn thể/ hội nhóm trên địa bàn. Do đó, đôi khi dẫn đến việc người tiếp xúc không biết tiếp cận cơ sở y tế nào hoặc nhân viên hỗ trợ nào khi gặp khó khăn trong việc tiếp cận trung tâm y tế huyện.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Kết luận

- 1.1. Số liệu ban đầu năm 2016 về thực trạng quản lý lao tiềm ẩn ở địa bàn can thiệp và địa bàn đối chứng không đầy đủ các giai đoạn của chuỗi đa bậc. Đối tượng người tiếp xúc được quản lý lao tiềm ẩn chỉ trong trong nhóm trẻ dưới 5 tuổi và 5-14 tuổi có HIV(+), tỷ lệ tham gia sàng lọc và chấp thuận điều trị, hoàn thành điều trị thấp, không có sự khác biệt giữa các địa bàn nghiên cứu.
- 1.2. Những can thiệp y tế công cộng về sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn tại Quảng Nam và Đà Nẵng đã có những tác động rất tích cực đến toàn bộ các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn tại các địa bàn can thiệp. Đối tượng tham gia sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn được mở rộng ra người tiếp xúc HGD với người bệnh chỉ điểm ở tất cả các nhóm tuổi, được xét nghiệm Mantoux để xác nhận khả năng nhiễm lao tiềm ẩn trước khi được chỉ định điều trị. Quá trình sàng lọc lao tiềm ẩn cũng đã góp phần chẩn đoán và phát hiện sớm bệnh lao để đưa vào điều trị kịp thời, giúp chấm dứt nguồn lây trong cộng đồng.
Kết quả sau can thiệp ở các quận/ huyện can thiệp đã thể hiện một sự cải thiện vượt bậc khi so sánh với số liệu ban đầu năm 2016 trên địa bàn can thiệp tương ứng, cũng như so sánh với địa bàn đối chứng.
Mô hình cung cấp dịch vụ một cửa sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn tại TTYT của 4 quận/huyện can thiệp trong nghiên cứu cũng đã thể hiện tính hợp lý hơn so với mô hình quản lý dự phòng chủ yếu thực hiện ở tuyến xã của CTCLQG trong giai đoạn trước (2016).
Tỷ lệ người tiếp xúc HGD hoàn thành các giai đoạn của chuỗi đa bậc và đăng ký điều trị lao tiềm ẩn cao nhất trong vòng 5-7 ngày sau khi hoàn thành giai đoạn trước đó.

- 1.3. Nghiên cứu cũng đã chỉ ra một số rào cản dẫn đến vẫn một tỷ lệ người tiếp xúc không tham gia sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn, bao gồm những rào cản về kiến thức, kỳ thị và tự kỳ thị, sự thuận tiện của dịch vụ chăm sóc sức khỏe, phác đồ điều trị lao tiềm ẩn hiện hành, ... đòi hỏi phải có các can thiệp bổ sung hợp lý.

Từ những kết quả của nghiên cứu tại Quảng Nam và Đà Nẵng, các can thiệp y tế công cộng nhằm tăng cường tỷ lệ tham gia vào các giai đoạn của chuỗi đa bậc cung cấp dịch vụ chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn nên được nhân rộng, trở thành một chiến lược quan trọng trong Chương trình chống lao Quốc gia, góp phần thực hiện mục tiêu thanh toán bệnh lao năm 2030 ở Việt Nam.

2. Khuyến nghị

Những kết quả của nghiên cứu cho thấy việc triển khai sàng lọc, chẩn đoán và quản lý lao tiềm ẩn theo tiếp cận quản lý chương trình mở rộng cho các đối tượng nguy cơ là hoàn toàn khả thi, đã đưa ra những bằng chứng khoa học cho thấy triển khai các can thiệp y tế công cộng giúp cải thiện rõ rệt sự tham gia của người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi vào sàng lọc, hoàn thành sàng lọc, hoàn thành thăm định y khoa, chấp nhận điều trị và hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn, là cơ sở để Chương trình Chống lao Quốc gia triển khai nhân rộng các can thiệp ra các tỉnh khác.

Kết quả nghiên cứu cũng gợi ý những giải pháp để giúp nâng cao hơn nữa chất lượng quản lý lao tiềm ẩn khi được mở rộng như một chính sách của Chương trình chống lao Quốc gia, cụ thể:

- 2.1. Chương trình chống lao nên mở rộng các can thiệp y tế công cộng nhằm tăng cường tỷ lệ tham gia vào các giai đoạn của chuỗi đa bậc cung cấp dịch vụ chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn, cân nhắc áp dụng các phác đồ điều trị lao tiềm ẩn ngắn ngày hơn.
- 2.2. Tăng cường các hoạt động truyền thông về lao, lao tiềm ẩn cho cộng đồng nói chung, đặc biệt đối với người bệnh lao và nhóm có nguy cơ

mắc lao, lao tiềm ẩn cao. Hình thức tư vấn trực tiếp “một - một” (nhân viên y tế và người bệnh lao/ người tiếp xúc/ nhóm nguy cơ cao) cũng cần được xác định là một nhiệm vụ của nhân viên y tế các tuyến. Lưu ý đẩy mạnh công tác tư vấn người tiếp xúc trong thời gian 5-7 ngày sau khi hoàn thành giai đoạn sàng lọc.

2.3. Sàng lọc, chẩn đoán và quản lý lao tiềm ẩn nên được giao nhiệm vụ triển khai chủ yếu tại Trung tâm y tế huyện, nơi có đủ điều kiện cung cấp dịch vụ một cửa để tạo điều kiện thuận lợi cho người dân tiếp cận dịch vụ.

2.4. Nhân viên y tế tuyến xã nên tham gia vào chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, cụ thể ở giai đoạn nhận diện người tiếp xúc, khuyến khích người tiếp xúc tham gia sàng lọc, hoàn thành sàng lọc, hoàn thành thăm định y khoa, chấp nhận điều trị và theo dõi điều trị.

Kết quả nghiên cứu cũng gợi ý một số đề tài nghiên cứu khác có thể được triển khai, bao gồm:

- Theo dõi dọc trong nhiều năm từ các số liệu của CTCL với những ca lao tiềm ẩn đã hoàn thành điều trị dự phòng (với phác đồ INH và phác đồ có Rifampicin, Rifapentine sau này) để kiểm tra hiệu lực bảo vệ theo thời gian.
- Nghiên cứu so sánh tỷ lệ phát triển thành bệnh lao ở nhóm người tiếp xúc hộ gia đình có xét nghiệm Mantoux dương tính đã hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn và không điều trị lao tiềm ẩn trong vòng 2-5 năm.
- Nghiên cứu so sánh tỷ lệ chấp nhận điều trị và hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn trong nhóm sử dụng phác đồ 6-9H và trong nhóm sử dụng phác đồ có Rifampicin và Rifapentine.
- Khảo sát Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân đối với bệnh lao, trong đó bao gồm đánh giá kỳ thị và tự kỳ thị để đưa ra các giải pháp truyền thông phù hợp, v.v.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Luong Anh Binh, Nguyen Thu Anh, Greg Fox, Dick Menzies, Tran Ngoc Buu, Luu Ngoc Hoat, Nguyen Viet Nhung (2019), Latent Tuberculosis Infection diagnosis and treatment at two provinces of Quang Nam, Danang and results of public health interventions: initial results, *Journal of Medical Research*, Hanoi Medical University, 8(124E5): 37-45.
2. Lương Anh Bình, Nguyễn Thu Anh, Greg Fox, Trần Ngọc Bửu, Lưu Ngọc Hoạt, Nguyễn Viết Nhung (2021), Kết quả một số can thiệp y tế công cộng và rào cản ảnh hưởng tới sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn tại hai tỉnh Quảng Nam, Đà Nẵng, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 1(500): 27-32.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2019). *Global Tuberculosis Report 2019*. WHO/CDS/TB/2019.15.
2. Aspler A, Long R, Trajman A et al (2008). Health system costs with 4 months Rifampin or 9 months Isoniazid as therapy for latent TB infection: results from a randomized trial. *AM J Resp Crit Care Med* 2008; *submitted*.
3. N. B. Hoa et al. (2013). First national tuberculin survey in Viet Nam: characteristics and association with tuberculosis prevalence. *INT J TUBERC LUNG DIS*, 17(6), tr. 738-744.
4. World Health Organization (2012). *Recommendations for investigation of contacts of persons with infectious tuberculosis in low and middle income countries*. WHO/HTM/TB/2012.9 2012.
5. World Health Organization (2018). *Latent Tuberculosis Infection, Updated and consolidated guideline for programmatic management*. WHO/CDS/TB/2018.4.
6. Menzies D, Alvarez GG, Khan K. *Treatment of latent tuberculosis infection*. In: Menzies D, editor. *Canadian TB Standards*. 7th ed. Ottawa, Canada: Public Health Agency and Canadian Thoracic society; 2013.
7. Quyết định số 374 QĐ/TTg (2014). *Quyết định Phê duyệt Chiến lược Quốc gia Phòng chống lao đến năm 2020 và tầm nhìn 2030*.
8. Bộ Y tế (2020). *Cập nhật Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. Chương trình Chống lao Quốc gia (2017). *Cập nhật Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao*.
10. CDC. *The Difference Between Latent TB Infection and TB Disease*, Division of Tuberculosis Elimination.

11. Rein M, G. J. Houben, Peter J. Dodd (2016). The Global Burden of Latent Tuberculosis Infection: A Re-estimation Using Mathematical Modelling. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002152>.
12. Rieder HL (2002). Interventions for Tuberculosis Control and Elimination. *Paris: International Union against Tuberculosis and Lung Disease*.
13. Toman K. Mass radiography in tuberculosis control. *WHO Chronicle 1976;30:51-57*.
14. Ayles H, Muyoyete M, Du Toit E et al (2013). Effects of household and community interventions on the burden of tuberculosis in southern Africa: the ZAMSTAR community-randomized trial. *Lancet 2013;13:61131-61139*.
15. Corbett EL, Bandason T, Duong T et al (2010). Comparison of two active case-finding strategies for community-based diagnosis of symptomatic smear-positive tuberculosis and control of infectious tuberculosis in Harare, Zimbabwe (DETECTB): a cluster-randomised trial. *Lancet 2010;376:1244-1253*.
16. Morrison J, Pai M, Hopewell PC (2008). Tuberculosis and latent tuberculosis infection in close contacts of people with pulmonary tuberculosis in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis 2008;8(359):368*.
17. Fox GJ, Barry SE, Britton WJ, Marks GB (2013). Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J 2013;41:140-156*.
18. Alsdurf H., Hill PC, Matteelli A, et al (2016). The cascade of care in diagnosis and treatment of latent tuberculosis infection: a systematic review and meta-analysis. *Lancet ID*.

19. A Roy, M Eisenhut, R J Harris statistician et al (2014). Effect of BCG vaccination against Mycobacterium tuberculosis infection in children: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2014 Aug 5; 349:g4643. doi: 10.1136/bmj.g4643. PMID: 25097193.
20. Ferebee SH (1969). *Controlled chemoprophylaxis trials in tuberculosis*. Adv Tuberc Res;17:28-106.
21. Bucher HC, Griffith LE, Guyatt GH et al (1999). Isoniazid prophylaxis for tuberculosis in HIV infection: a meta-analysis of randomized controlled trials. *AIDS*;13(4):501-507.
22. Smieja MJ, Marchetti CA, Cook DJ, et al (2000). Isoniazid for preventing tuberculosis in non-HIV infected persons. *Cochrane Database Syst Rev*;(2):CD001363.
23. Hong Kong Chest Service Tuberculosis Research Centre MBMRC (1992). *A double-blind placebo-controlled clinical trial of three antituberculosis chemoprophylaxis regimens in patients with silicosis in Hong Kong*. Am Rev Respir Dis;145:36-41.
24. Menzies D, Lewis M, Oxlade O (2008). Costs for tuberculosis care in Canada. *Can Journal of Public Health*;99(5 (September - October)):391-396.
25. McElroy PD, Ijaz K, Lambert LA et al (2005). National survey to measure rates of liver injury, hospitalization, and death associated with rifampin and pyrazinamide for latent tuberculosis infection. *Clin Infect Dis* 2005;41(8):1125-1133.
26. Sterling TR, Bethel J, Goldberg S et al (2006). The scope and Impact of treatment of latent tuberculosis infection in the United States and Canada. *AM J Resp Crit Care Med*;173:927.
27. Horsburgh CR, Goldberg S, Bethel J et al (2007). Low latent tuberculosis infection treatment completion with the 9 month INH regimen. *AM J Resp Crit Care Med* 175, A24.

28. Van HR, Baars H, Kik S et al (2004). Hepatotoxicity of rifampin-pyrazinamide and isoniazid preventive therapy and tuberculosis treatment. *Clin Infect Dis*;39(4):488-496.
29. Omerod LP (1998). Rifampicin and isoniazid prophylactic chemotherapy for tuberculosis. *Arch Dis Child*; 78:169-171.
30. Panickar JR, Hoskyns W (2006). Treatment failure in tuberculosis. *Eur Respir J*.
31. World Health Organization (2011). *Guidelines for Intensified tuberculosis case finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource constrained settings*. ISBN 978 92 4 150070 8.
32. American Thoracic Society (2000). Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. *Am J Respir Crit Care Med*;161:S221-S247.
33. Wobeser W, To T, Hoepfner VH (1989). The outcome of chemoprophylaxis on tuberculosis prevention in the Canadian plains Indian. *Clin Invest Med*;12:149-153.
34. Linda Hill Elaine Blumberg, Carol Sipan et al (2008). Multi-Level Barriers to LTBI Treatment: A Research Note. *Published online*.
35. Sandul A, Nwana N, Holcombe M, et al (2017). High Rate of Treatment Completion in Program Settings with 12-Dose Weekly Isoniazid and Rifapentine (3HP) for Latent Mycobacterium tuberculosis Infection. *Clin Infect Dis*; 65(7): 1085-93.
36. Ena J, Valls V (2005). *Short-course therapy with rifampin plus isoniazid, compared with standard therapy with isoniazid, for latent tuberculosis infection: a meta-analysis*. *Clin Infect Dis*; 40(5):670-676.
37. Sterling TR, Villarino ME, Borisov AS et al (2011). *Three months of rifampin and isoniazid for latent tuberculosis infection*. *New Engl J Med* 2011;365(23).

38. Lecoecur HF, Truffot-Pernot C, Grosset JH (1989). *Experimental short-course preventative therapy of tuberculosis with rifampin and pyrazinamide*. *Am Rev Respir Dis*;140:1189-1193.
39. Menzies D, Dion MJ, Rabinovitch B, et al (2004). Treatment completion and costs of a randomized trial of rifampin for 4 months versus isoniazid for 9 months. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;170(4):445-449.
40. Menzies D, Long R, Trajman A et al (2008). Adverse events with 4 months rifampin or 9 months isoniazid as therapy for latent TB infection: results of a randomized trial. *Ann Intern Med*;149:689-697.
41. Squire SB, Ramsay ARC, Van den Hof S et al (2011). Making innovations accessible to the poor through implementation research. *Int J Tuberc Lung Dis*;15(7):862-870.
42. Hussey MA, Hughes JP (2007). Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials. *ScienceDirect* 2007;28:182-191.
43. Menzies RI, Rocher I, Vissandjee B (1993). Factors associated with compliance in treatment of tuberculosis. *Tuberc Lung Dis* 1993;74:32-37.
44. Tornee S, Kewkungwal J, Fungladda W, et al (2005). Factors associated with the household contact screening adherence of tuberculosis patients. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*;36(2):331.
45. Nyirenda m, Sinfield R, Haves S, et al (2006). Poor attendance at a child TB contact clinic in Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis*;10(5):583-587.
46. Aisu T, Raviglione MC, van Praag E et al (1995). Preventive chemotherapy for HIV-associated tuberculosis in Uganda: an operational assessment at a voluntary counselling and testing centre. *US National Library of Medicine National Institute of Health*;9(3):267-273.
47. Ferebee SH (1969). *Controlled chemoprophylaxis trials in tuberculosis*. *Adv Tuberc Res*;17:28-106.

48. Hirsch-Moverman Y, Daftary A, Franks J, et al (2008). Adherence to treatment for latent tuberculosis infection: systematic review of studies in the US and Canada. *Int J Tuberc Lung Dis*;12(11):1235-1254.
49. M'Immunya JM, Kredo T, Volmink J (2012). *Patient education and counselling for promoting adherence to treatment for tuberculosis*. The Cochrane Collaboration; Issue 5: Art. No. CD006591- DOI:10.1002/14651858.CD006591.pub2.
50. Dumont A, Fournier P, Abrahamowicz M et al (2013). Quality of care, risk management, and technology in obstetrics to reduce hospital-based maternal mortality in Senegal and Mali (QUARITE): a cluster-randomised trial. *Lancet*;382(146).
51. Manandhar Ds, Osrin D, Shrestha BP et al (2004). Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*;364:970.
52. Durovni B, Saraceni V, Moulton HM et al (2013). Effect of improved tuberculosis screening and isoniazid preventive therapy on incidence of tuberculosis and death in patients with HIV in clinics in Rio de Janeiro, Brazil: a stepped wedge, cluster-randomised trial. *Lancet*;3099(13):70187.
53. Philip Lobue, Dick Menzies (2019). *Treatment of latent tuberculosis infection: An update*. Clin Chest Med. 2019 Dec; 40(4):839-848.
54. World Health Organization (2013). *Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015*. EB134/12.
55. Gwee A, Coghlan B, Curtis N (2013). *What are the options for treating latent TB infection in children?* Arch Dis Child 2013; 98: 468–474.
56. Galli L, Lancella L, Tersigni C, et al (2016). *Pediatric tuberculosis in Italian children: epidemiological and clinical data from the Italian register of pediatric tuberculosis*. Int J Mol Sci 2016; 17: 960.

57. Van Zyl S, Marais B, Hesselning A, et al (2016). *Adherence to anti-tuberculosis chemoprophylaxis and treatment in children*. *Int J Tubercul Lung Dis* 2006; 10: 13–18.
58. Amy L. Sandul, Nwabunie Nwana, J. Mike Holcombe, et al (2017). *High rate of treatment completion in program settings with 12-dose weekly Isoniazid and Rifapentine for Latent Mycobacterium tuberculosis Infection*. *Clin Infect Dis*. 2017 Oct 1;65(7):1085-1093.
59. Christopher Dye, Philippe Glaziou, Katherine Floyd, et al (2013). *Prospects for Tuberculosis Elimination*. *Annu. Rev. Public Health*. 34:271–86.
60. World Health Organization (2014). *The End TB Strategy*. WHO/HTM/TB/2015.19.
61. Chương trình Chống lao Quốc gia (2020). *Kế hoạch chiến lược chấm dứt bệnh lao Việt Nam giai đoạn 2021-2025*.
62. Đỗ Phúc Thanh, Nguyễn Phúc Như Hà và cộng sự (2015). Tỷ lệ nhiễm lao tiềm ẩn và nguy cơ mắc bệnh lao của người nhà tiếp xúc với người bệnh lao phổi AFB(+). *Tạp chí nghiên cứu y học* 98 (6).
63. Guy B. Marks, Nguyen Viet Nhung, Nguyen Thu Anh, et al (2018). *Prevalence of latent tuberculous infection among adults in the general population of Ca Mau, Viet Nam*. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2018 Mar 1;22(3):246-251.
64. Greg J. Fox, Nguyen Thu Anh, Nguyen V. Nhung, et al (2017). *Latent tuberculous infection in household contacts of multidrug-resistant and newly diagnosed tuberculosis*. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2017 Mar 1;21(3):297-302.
65. Nguyễn Kim Bình (2017). *Nghiên cứu Tỷ lệ nhiễm Lao trên nhân viên Y tế và yếu tố nguy cơ tại Việt Nam giai đoạn 2014-2015*. *Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Bệnh tật Hoa Kỳ (US. CDC) tại Việt Nam*.

66. KNCV Việt Nam (2015). Báo cáo thí điểm triển khai điều trị dự phòng INH tại 4 tỉnh Hà Nội, Thái Bình, Thành phố Hồ Chí Minh và Cần Thơ. *KNCV Việt Nam*.
67. Chương trình Chống lao Quốc gia (2017). *Báo cáo tổng kết CTCLQG năm 2017 và phương hướng kế hoạch năm 2018*.
68. Tổng cục thống kê (2010). *Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009*. Nhà xuất bản Thống kê.
69. Anneliese Domingues Wysocki, Tereza Cristina Scatena Villa, Tiemi Arakawa, et al (2016). Latent Tuberculosis Infection Diagnostic and Treatment Cascade among Contacts in Primary Health Care in a City of Sao Paulo State, Brazil: Cross-Sectional Study. *Published online*.
70. Bộ Y tế (2020). *Hướng dẫn phát hiện và điều trị lao tiềm ẩn*. Nhà xuất bản Y học.
71. Engerasiya J Kifai , Muhammad Bakari (2009). Mantoux skin test reactivity among household contacts of HIV-infected and HIV uninfected patients with sputum smear positive TB in Dar es Salaam, Tanzania. *Published in East Afr J Public Health*.
72. Jonas Hector, Suzanne T. Anderson, Gertrude Banda et al (2017). TST positivity in household contacts of tuberculosis patients: a case-contact study in Malawi. *Published BMC Infectious Diseases volume 17, Article number: 259*.
73. ECDC (2018). Scientific advice: Programmatic management of latent tuberculosis infection in the European Union. *www.ecdc.europa.eu*.
74. ECDC (2018). Review of reviews and guidelines on target groups, diagnosis, treatment and programmatic issues for implementation of latent tuberculosis management. *www.ecdc.europa.eu*.
75. Yibeltal Assefa, Yalemzewod Assefa, Solomon Woldeyohanne et al (2018). 3-month daily rifampicin and isoniazid compared to 6- or 9-month isoniazid for treating latent tuberculosis infection in children and adolescents less than 15 years of age: an updated systematic review. *European Respiratory Journal, 2018 Jul 11;52(1):1800395*.

76. Hamada Y1, Ford N2, Schenkel K1, et al (2018). Three-month weekly rifapentine plus isoniazid for tuberculosis preventive treatment: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis*.;22(12):1422-1428. doi: 10.5588/ijtld.18.0168.
77. Johnson KT, Churchyard GJ, Sohn H, et al (2018). Cost-effectiveness of Preventive Therapy for Tuberculosis with Isoniazid and Rifapentine Versus Isoniazid Alone in High-Burden Settings. *Clin Infect Dis*;67(7):1072-78.
78. Chakhaia T, Magee MJ, Kempker RR, et al (2014). High Utility of Contact Investigation for Latent and Active Tuberculosis Case Detection among the Contacts: A Retrospective Cohort Study in Tbilisi, Georgia, 2010-2011. *Plos One*. 2014 Nov 7;9(11):e111773.

PHỤ LỤC

1. Thông tin chung về địa bàn nghiên cứu
2. Các can thiệp nghiên cứu
3. Kế hoạch nghiên cứu
4. Phỏng vấn sâu dành cho người bệnh chỉ điểm
5. Phỏng vấn sâu dành cho người tiếp xúc hộ gia đình
6. Phỏng vấn sâu dành cho nhân viên y tế tham gia phòng chống lao
7. Sổ đăng ký theo dõi người tiếp xúc với người bệnh lao phổi
8. Thẻ theo dõi điều trị người bệnh lao tiềm ẩn
9. Phê duyệt đạo đức nghiên cứu (Trường Đại học McGill, Canada, Bộ Y tế, Bệnh viện Phổi Trung ương, Đại học Y Hà Nội)

PHỤ LỤC 1.

THÔNG TIN CHUNG VỀ ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được triển khai tại thành phố Đà Nẵng và tỉnh Quảng Nam. Lý do lựa chọn hai địa điểm này vì nghiên cứu áp dụng các can thiệp y tế công cộng lên hệ thống y tế phòng chống lao, do đó, nếu lựa chọn một địa phương có hệ thống phòng chống lao tốt hay kém, kết quả nghiên cứu sẽ thiếu tính đại diện. Quảng Nam và Đà Nẵng là hai địa phương được chọn do tại đây hệ thống phòng chống lao và gánh nặng bệnh lao ở mức trung bình tương đương với nhiều địa phương trên toàn quốc, cụ thể là số người bệnh lao các thể được phát hiện ở Đà Nẵng và Quảng Nam năm 2017 lần lượt là 1.463 và 1.559, phù hợp với tiêu chí đặt ra của nhóm nghiên cứu.

1. Tỉnh Quảng Nam

1.1. Thành phố Tam Kỳ

Thành phố Tam Kỳ là thành phố tỉnh lỵ của tỉnh Quảng Nam, rộng 100,26 km², là một tỉnh ven biển thuộc vùng phát triển kinh tế trọng điểm miền Trung. Phía Bắc giáp thành phố Đà Nẵng và tỉnh Thừa Thiên Huế; phía Đông giáp biển Đông; phía Nam giáp tỉnh Quảng Ngãi; phía Tây giáp tỉnh Kon Tum và nước Cộng hòa dân chủ nhân dân Lào.

Theo niên giám thống kê của thành phố Tam Kỳ năm 2018, dân số của thành phố là 124.349 người, bố trí tại 9 phường và 4 xã. Dân số thành thị chiếm 75,5% tổng dân số thành phố. Các ngành kinh tế ở Tam Kỳ hiện nay đang phát triển theo hướng tăng nhanh tỷ trọng thương mại, dịch vụ và công nghiệp giảm dần, tỷ lệ nông nghiệp giảm.

Tổ chống lao Trung tâm Y tế có nhiệm vụ khám phát hiện, khám sàng lọc, điều trị, quản lý và giám sát người bệnh uống thuốc trong giai đoạn tấn công cũng như giai đoạn duy trì; tuyên truyền về bệnh lao và phòng, chống bệnh lao để người dân không mặc cảm, kỳ thị đối với bệnh lao đồng thời chủ

động đến tại TTYT để khám phát hiện, chẩn đoán, điều trị và điều trị dự phòng bệnh lao có hiệu quả. Qua đó, tư vấn cho người bệnh đến khám, người mắc bệnh lao, người thân của người bệnh lao nên khám kiểm tra sức khỏe định kỳ và biết cách phòng, chống bệnh lao tại gia đình và cộng đồng.

Tình hình triển khai chương trình chống lao trên địa bàn giai đoạn 2016-2019 được cung cấp ở Bảng 1:

Bảng 1. Tình hình thu nhận và điều trị bệnh lao tại thành phố Tam Kỳ, Quảng Nam, 2016-2019

Phân loại BN lao	Tổng số 6T/2016	Tổng số 2017	Tổng số 2018	Tổng số 2019
Lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học	52	100	97	81
Lao phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	17	24	36	32
Lao ngoài phổi có bằng chứng vi khuẩn học	2	1	1	0
Lao ngoài phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	10	19	15	12
Tổng thu nhận	81	144	149	125
Trong đó, xét nghiệm HIV	13	112	124	110
Tỷ lệ điều trị thành công (khỏi + hoàn thành)	84,5%	85,7%	89,6%	96,0%

Nguồn: Báo cáo CTCL năm 2016-2019.

1.2. Huyện Phú Ninh

Phú Ninh là một huyện của tỉnh Quảng Nam, rộng 251,47 km², được thành lập vào năm 2005 trên cơ sở tách 10 xã khỏi thị xã Tam Kỳ cũ, phía đông giáp thành phố Tam Kỳ và huyện Núi Thành, phía tây giáp huyện Tiên Phước, phía nam giáp huyện Bắc Trà My, phía bắc giáp huyện Thăng Bình.

Năm 2018, dân số của huyện là 87.659 người, phân bố ở 01 thị trấn Phú Thịnh và 10 xã. Ngành nghề chính của dân trong huyện là nghề nông thuần túy, bên cạnh đó là các nghề phụ khác. Có một xã miền núi cách trung tâm hành chính huyện 35km về hướng Nam.

Tương tự như Trung tâm Y tế huyện (TTYT) Tam kỳ, tổ chống lao TTYT huyện Phú Ninh có nhiệm vụ triển khai các nhiệm vụ của chương trình chống lao, bao gồm khám phát hiện, giám sát điều trị, truyền thông, v.v.

Tình hình triển khai chương trình chống lao trên địa bàn giai đoạn 2016-2019 được cung cấp ở Bảng 2:

Bảng 2. Tình hình thu nhận và điều trị bệnh lao tại huyện Phú Ninh, Quảng Nam, 2016-2019

Phân loại BN lao	Tổng số 6T/2016	Tổng số 2017	Tổng số 2018	Tổng số 2019
Lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học	45	46	52	43
Lao phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	11	23	26	36
Lao ngoài phổi có bằng chứng vi khuẩn học	0	0	1	0
Lao ngoài phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	11	10	11	16
Tổng thu nhận	67	79	90	95
Trong đó, xét nghiệm HIV	44	65	83	83
Tỷ lệ điều trị thành công (khỏi + hoàn thành)	85,1%	84,5%	88,6%	96,7%

Nguồn: Báo cáo CTCL năm 2016-2019.

1.3. Huyện Núi Thành

Núi Thành là huyện nằm phía Nam của tỉnh Quảng Nam, được thành lập vào tháng 12/1983 trên cơ sở tách ra từ huyện Tam Kỳ, có diện tích 533 km². Phía Bắc giáp thành phố Tam Kỳ, phía Nam giáp huyện Bình Sơn và huyện Trà Bồng tỉnh Quảng Ngãi, phía Tây giáp huyện Bắc Trà My, phía Đông giáp Biển Đông. Năm 2018, dân số của huyện là 162.050 người, phân bố ở 1 thị trấn và 16 xã.

Bảng 3. Tình hình thu nhận và điều trị bệnh lao tại huyện Núi Thành, Quảng Nam, 2016-2019:

Phân loại BN lao	Tổng số 6T/2016	Tổng số 2017	Tổng số 2018	Tổng số 2019
Lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học	52	97	57	82
Lao phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	22	23	29	35
Lao ngoài phổi có bằng chứng vi khuẩn học	0	2	0	1
Lao ngoài phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	14	18	22	18
Tổng thu nhận	88	140	108	136
Trong đó, xét nghiệm HIV	33	111	81	91
Tỷ lệ điều trị thành công (khỏi + hoàn thành)	88,0%	88,4%	90,0%	93,5%

Nguồn: Báo cáo CTCL năm 2016-2019.

1.4. Huyện Thăng Bình

Thăng Bình là một huyện nằm giữa tỉnh Quảng Nam, phía Bắc giáp huyện Quế Sơn và Duy Xuyên, phía Nam giáp thành phố Tam Kỳ và huyện Phú Ninh, phía Đông giáp biển Thái Bình Dương, phía Tây giáp huyện Tiên Phước và Hiệp Đức. Huyện Thăng Bình có 21 xã, 01 thị trấn; có tổng diện tích đất đai là 385 km², dân số là 186.964 người.

Bảng 4. Tình hình thu nhận và điều trị bệnh lao tại huyện Thăng Bình, Quảng Nam, 2016-2019:

Phân loại BN lao	Tổng số 6T/2016	Tổng số 2017	Tổng số 2018	Tổng số 2019
Lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học	93	113	111	115
Lao phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	31	50	51	60
Lao ngoài phổi có bằng chứng vi khuẩn học	0	0	0	0
Lao ngoài phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	20	27	29	23
Tổng thu nhận	144	190	191	198
Trong đó, xét nghiệm HIV	33	157	158	174
Tỷ lệ điều trị thành công (khỏi + hoàn thành)	88,3%	93,0%	88,9%	91,1%

Nguồn: Báo cáo CTCL năm 2016-2019.

2. Thành phố Đà Nẵng

2.1. Quận Liên Chiểu

Quận Liên Chiểu, thành phố Đà Nẵng được thành lập theo Nghị định số 07/CP ngày 23/01/1997 của Chính phủ, trên cơ sở 3 xã Hòa Hiệp, Hòa Khánh, Hòa Minh của huyện Hòa Vang. Diện tích tự nhiên là 74,52 km², dân số 170.153 người (năm 2018), hiện tại quận Liên Chiểu có 5 phường.

Quận Liên Chiểu nằm ở phía Tây Bắc thành phố Đà Nẵng, phía Đông giáp vịnh Đà Nẵng, phía Nam giáp quận Cẩm Lệ, Thanh Khê; phía Tây giáp huyện Hòa Vang, phía Bắc giáp tỉnh Thừa Thiên Huế qua đèo Hải Vân.

Liên Chiểu là một quận công nghiệp, có bờ biển dài 26 km, thuận lợi cho khai thác và phát triển du lịch. Ngoài ra còn có tiềm năng phát triển ngành nuôi trồng và đánh bắt hải sản. Quận còn có lợi thế về tài nguyên rừng, trong đó rừng đặc dụng Hải Vân, diện tích 3418,7 ha.

Về chăm sóc y tế, quận Liên Chiểu có 3 bệnh viện là Bệnh viện quận Liên Chiểu, Bệnh viện Tâm thần thành phố Đà Nẵng, Bệnh viện Giao thông vận tải Đà Nẵng và nhiều phòng khám đa khoa, chuyên khoa đóng trên địa bàn quận thực hiện khám chữa bệnh cho nhân dân quận Liên Chiểu và nhân dân các xã phía tây bắc của huyện Hòa Vang. Đồng thời tuyến y tế cơ sở được phân bố với 05 trạm y tế tương ứng với 05 phường của quận. Sự di biến động dân số do quá trình phát triển công nghiệp, đô thị hoá ít nhiều ảnh hưởng đến các hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Tổ chống lao Trung tâm Y tế có nhiệm vụ truyền thông, tư vấn, khám phát hiện, khám sàng lọc, điều trị, quản lý và giám sát người bệnh uống thuốc trong giai đoạn tấn công cũng như giai đoạn duy trì.

Tình hình triển khai chương trình chống lao trên địa bàn giai đoạn 2016-2019 được cung cấp ở Bảng 5:

Bảng 5. Tình hình thu nhận và điều trị bệnh lao tại quận Liên Chiểu, Đà Nẵng, 2016-2019

Phân loại BN lao	Tổng số 6T/2016	Tổng số 2017	Tổng số 2018	Tổng số 2019
Lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học	71	120	101	123
Lao phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	29	42	58	41
Lao ngoài phổi có bằng chứng vi khuẩn học	0	1	0	0
Lao ngoài phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	21	50	58	48
Tổng thu nhận	121	213	217	212
Trong đó, xét nghiệm HIV	39	124	164	188
Tỷ lệ điều trị thành công (khỏi + hoàn thành)	93,8%	88,0%	92,1%	95,9%

Nguồn: Báo cáo CTCL năm 2016-2019.

2.2. Quận Sơn Trà

Quận Sơn Trà nằm về phía Đông thành phố Đà Nẵng, gồm 7 phường, có diện tích tự nhiên 59,32 km² và dân số vào khoảng 173.455 người (niên giám thống kê 2018). Là một quận có ba mặt giáp sông, biển: Phía Bắc và Đông giáp biển Đông, phía Tây giáp sông Hàn, phía Nam giáp quận Ngũ Hành Sơn.

Sơn Trà một lợi thế rất lớn về phát triển kinh tế biển cũng như phát triển các loại hình du lịch biển trong chiến lược phát triển kinh tế biển và tổng thể phát triển du lịch của của thành phố Đà Nẵng, vùng miền Trung và của cả nước.

Về chăm sóc y tế, Trung tâm Y tế quận Sơn Trà cùng 7 Trạm y tế phường là đơn vị chăm sóc y tế chính cho người dân toàn quận, cùng 01 cơ sở y tế tư nhân với gần 300.000 lượt khám bệnh mỗi năm.

Tình hình triển khai chương trình chống lao trên địa bàn giai đoạn 2016-2019 được cung cấp ở Bảng 6:

Bảng 6. Tình hình thu nhận và điều trị bệnh lao tại quận Sơn Trà, Đà Nẵng, 2016-2019

Phân loại BN lao	Tổng số 6T/2016	Tổng số 2017	Tổng số 2018	Tổng số 2019
Lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học	54	103	104	97
Lao phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	21	43	45	31
Lao ngoài phổi có bằng chứng vi khuẩn học	0	5	4	3
Lao ngoài phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	29	45	48	42
Tổng thu nhận	104	196	201	173
Trong đó, xét nghiệm HIV	95	196	192	148
Tỷ lệ điều trị thành công (khởi + hoàn thành)	93,8%	93,0%	91,3%	90,6%

Nguồn: Báo cáo CTCL năm 2016-2019.

2.3. Quận Hải Châu

Hải Châu là quận trung tâm của thành phố Đà Nẵng, diện tích 23,3 km², phía đông giáp các quận Sơn Trà và Ngũ Hành Sơn với ranh giới là sông Hàn, phía tây giáp quận Thanh Khê, phía nam giáp quận Cẩm Lệ, phía bắc giáp vịnh Đà Nẵng. Với một hệ thống hạ tầng giao thông phát triển mạnh, đồng thời, là trung tâm hành chính, thương mại, dịch vụ của thành phố, tập trung đông dân cư và các cơ quan, văn phòng của hầu hết các doanh nghiệp trên địa bàn thành phố, quận Hải Châu có một tầm quan trọng đặc biệt trong sự phát triển của Đà Nẵng về tất cả mọi mặt. Dân số 221.324 người, phân bố ở 13 phường.

Bảng 7. Tình hình thu nhận và điều trị bệnh lao tại quận Hải Châu, Đà Nẵng, 2016-2019

Phân loại BN lao	Tổng số 6T/2016	Tổng số 2017	Tổng số 2018	Tổng số 2019
Lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học	115	200	179	182
Lao phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	38	57	56	56
Lao ngoài phổi có bằng chứng vi khuẩn học	1	3	1	0
Lao ngoài phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	24	59	73	59
Tổng thu nhận	178	319	309	297
Trong đó, xét nghiệm HIV	161	221	280	284
Tỷ lệ điều trị thành công (khỏi + hoàn thành)	89,1%	88.9%	85.3%	87.4%

Nguồn: Báo cáo CTCL năm 2016-2019.

2.4. Quận Thanh Khê

Thanh Khê là một quận nội thành thuộc thành phố Đà Nẵng, phía đông và phía nam giáp quận Hải Châu, phía tây giáp các quận Liên Chiểu và Cẩm Lệ, phía bắc giáp vịnh Đà Nẵng. Đây là quận có diện tích nhỏ nhất thành phố Đà Nẵng (9,5 km²), dân số 205.341 người phân bố ở 10 phường. Thanh Khê là địa phương có nhiều lợi thế trong phát triển thương mại, dịch vụ, giao thông vận tải và kinh tế biển.

Bảng 8. Tình hình thu nhận và điều trị bệnh lao tại quận Thanh Khê, Đà Nẵng, 2016-2019

Phân loại BN lao	Tổng số 6T/2016	Tổng số 2017	Tổng số 2018	Tổng số 2019
Lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học	111	180	170	188
Lao phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	20	61	39	49
Lao ngoài phổi có bằng chứng vi khuẩn học	0	0	3	2
Lao ngoài phổi không có bằng chứng vi khuẩn học	25	48	44	65
Tổng thu nhận	156	289	256	304
Trong đó, xét nghiệm HIV	133	229	114	280
Tỷ lệ điều trị thành công (khỏi + hoàn thành)	74,2%	92.1%	92.7%	91.0%

Nguồn: Báo cáo CTCL năm 2016-2019.

PHỤ LỤC 2. CÁC CAN THIỆP NGHIÊN CỨU

1. Tập huấn

- Đối tượng tập huấn:
 - Nhân viên y tế từ Phòng chỉ đạo tuyến của đơn vị chống lao tuyến tỉnh để sau đó tham gia cùng nhóm nghiên cứu hỗ trợ giám sát, tập huấn tuyến huyện trong quá trình thực hiện nghiên cứu: 03 nhân viên y tế ở Đà Nẵng và 03 ở Quảng Nam;
 - Trung tâm y tế 04 quận/ huyện can thiệp: mỗi đơn vị đều có sự tham gia của 01 lãnh đạo Trung tâm y tế để hỗ trợ quản lý, điều phối, thúc đẩy nghiên cứu, 01 trưởng khoa khám bệnh, 01 kỹ thuật viên xét nghiệm, 01 chuyên trách lao, 01 Bác sỹ khoa nội - truyền nhiễm, 01 kỹ thuật viên chẩn đoán hình ảnh. Số lượng nhân viên tham gia tập huấn thực tế cao hơn theo đề xuất của địa phương, nhằm đảm bảo các nhân viên có thể luân chuyển vị trí.
- Giảng viên: Nhóm nghiên cứu (CTCLQG-BV phổi Trung ương, Viện nghiên cứu y khoa Woolcock).
- Nội dung tập huấn: Chương trình can thiệp sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn áp dụng tại cơ sở y tế (quy trình sàng lọc, chẩn đoán, điều trị, kỹ thuật xét nghiệm Mantoux, kỹ năng truyền thông, ghi chép, báo cáo, giám sát).
- Chương trình tập huấn gồm 2 giai đoạn:
 - Tập huấn ban đầu: Một khóa tập huấn 2,5 ngày trước khi tiến hành can thiệp, bao gồm kỹ thuật xét nghiệm Mantoux. Triển khai 01 lớp tập huấn cho Đà Nẵng và 01 lớp tập huấn cho Quảng Nam.
 - Tập huấn tiếp tục: Tập huấn tại chỗ, theo phương pháp cầm tay chỉ việc trong các chuyên giám sát hỗ trợ hàng tháng (từ nhân viên y tế tuyến tỉnh) và hàng quý (từ nhóm nghiên cứu). Ở các đợt giám sát,

giám sát viên quan sát nhân viên y tế tuyến huyện về kỹ năng tư vấn, thực hiện xét nghiệm và đọc kết quả xét nghiệm Mantoux, thực hiện các giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn, ghi chép thông tin trong Sổ đăng ký theo dõi người tiếp xúc với người bệnh lao phổi để có những hỗ trợ kịp thời.

Quá trình triển khai nghiên cứu đã ghi nhận sự thay đổi nhân sự của chuyên trách lao tại Trung tâm y tế thành phố Tam Kỳ và huyện Phú Ninh. Nhóm nghiên cứu đã kịp thời đến Trung tâm y tế huyện, tập huấn tại chỗ cho mỗi chuyên trách lao trong thời gian 1 tuần, bên cạnh tiếp tục giám sát hỗ trợ trong các đợt giám sát sau đó.

Ngoài ra, nhóm nghiên cứu cũng thường xuyên hỗ trợ địa phương qua email, điện thoại.

2. Truyền thông, giáo dục cho người bệnh lao và người tiếp xúc hộ gia đình mắc lao tiềm ẩn bắt đầu điều trị

- Thiết kế và in ấn tờ gấp, tờ rơi để các Trung tâm y tế huyện phát cho người bệnh lao, người tiếp xúc HGD và khách hàng đến trung tâm y tế. Tờ gấp và tờ rơi được đặt tại khu vực khám và xét nghiệm của Tổ lao Trung tâm y tế huyện. Tờ gấp và tờ rơi cung cấp các thông tin ngắn gọn, dễ hiểu về lao, lao tiềm ẩn, chẩn đoán lao tiềm ẩn, điều trị lao tiềm ẩn, tầm quan trọng của điều trị lao tiềm ẩn, địa chỉ và cách thức liên hệ khi cần xét nghiệm lao và lao tiềm ẩn, v.v.

- Thiết kế và xây dựng áp phích truyền thông về lao tiềm ẩn treo tại Tổ lao ở Trung tâm Y tế, vị trí đặt áp phích truyền thông là khu vực chờ của người bệnh lao hoặc những người nghỉ lao đến khám.

- Truyền thông trực tiếp “một-một” giữa chuyên trách lao với người bệnh lao phổi, người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi, người nghỉ lao đến khám; truyền thông “một-một” giữa bác sỹ điều trị Khoa Nội - truyền

niêm với bệnh nhân lao phổi trong thời gian điều trị nội trú. Nội dung truyền thông liên quan đến lao, lao tiềm ẩn, sự cần thiết phải khuyến khích người tiếp xúc hộ gia đình đi chẩn đoán lao, lao tiềm ẩn, v.v. Truyền thông “một-một” điều chỉnh nội dung tư vấn theo từng đối tượng và từng giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn để đạt hiệu quả tư vấn cao nhất là khuyến khích NTX hoàn thành các giai đoạn. Kết quả nghiên cứu cho thấy kết quả của truyền thông “một-một” khi ở Sơn Trà có tới 78% NTX thực hiện thăm định y khoa chỉ 2 ngày sau khi hoàn tất khám lâm sàng, Phú Ninh chỉ ngày thứ 5 sau khám lâm sàng đã có khoảng 75% NTX đăng ký điều trị. Đối với NTX HGD bỏ cuộc ở các giai đoạn của chuỗi đa bậc, chuyên trách lao có liên hệ qua điện thoại hoặc đến thăm nhà để tiếp tục tư vấn, thuyết phục.

3. Điều tra người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao phổi được chẩn đoán

- Trao đổi với người bệnh lao phổi được chẩn đoán hoặc thu nhận điều trị để khai thác thông tin về người tiếp xúc hộ gia đình, về tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, số điện thoại. Khuyến khích người bệnh lao phổi tư vấn người tiếp xúc đến cơ sở y tế để khám phát hiện lao, lao tiềm ẩn.

- Liên hệ qua điện thoại với người bệnh lao phổi, người tiếp xúc HGD với người bệnh lao phổi để tư vấn, nhắc nhở NTX đến sàng lọc, chẩn đoán.

4. Điều phối cung cấp dịch vụ một cửa

Hoạt động này bao gồm phối hợp cung cấp các dịch vụ, đảm bảo các dịch vụ hoàn thành tại cùng một cơ sở y tế, trong cùng một ngày nếu có thể: (i) xét nghiệm Mantoux, (ii) đọc kết quả xét nghiệm Mantoux, (iii) đánh giá lâm sàng, chụp X-quang ngực, các xét nghiệm cần thiết để loại trừ mắc lao hoạt động và xác định mắc lao tiềm ẩn, (iv) chỉ định phác đồ điều trị lao tiềm ẩn. Ở can thiệp này, nhóm nghiên cứu cũng can thiệp vào hệ thống y tế ở việc sắp xếp lại đơn vị thực hiện sàng lọc, chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn sao cho thuận tiện cho người bệnh lao và người tiếp xúc hộ gia đình.

5. Cung ứng thuốc và sinh phẩm, xét nghiệm.

- Cung cấp Tuberculin từ nguồn kinh phí của nghiên cứu, đảm bảo đủ sinh phẩm xét nghiệm Mantoux cho 04 trung tâm y tế, cung cấp vật tư tiêu hao để thực hiện xét nghiệm.

- Chương trình chống lao quốc gia hỗ trợ cung cấp thuốc điều trị lao tiềm ẩn phác đồ 6H và 9H đối với người mắc lao tiềm ẩn và đồng ý điều trị.

6. Phụ cấp cho nhân viên y tế.

- Nhân viên y tế tuyến tỉnh tham gia vào dự án được chi trả 1 khoản nhỏ phụ cấp hàng tháng.

- Nhân viên y tế tuyến huyện được chi trả công thực hiện và đọc kết quả xét nghiệm Mantoux, công chụp và đọc phim X-quang cho NTX HGD, công khi có NTX HGD hoàn thành tất cả giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn.

7. Hỗ trợ kinh phí cho người tiếp xúc

- Người tiếp xúc được hỗ trợ chi phí đi lại để đến cơ sở y tế thực hiện xét nghiệm Mantoux, khám sàng lọc lâm sàng, và những chẩn đoán cần thiết khác.

8. Theo dõi và báo cáo

- Nhân viên y tế ghi chép kết quả quản lý người tiếp xúc, sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn theo Sổ đăng ký theo dõi người tiếp xúc. Sổ đăng ký theo dõi người tiếp xúc được thiết kế để thu thập thông tin 9 giai đoạn của chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn. Đây là chuỗi đa bậc quản lý lao tiềm ẩn được nhóm nghiên cứu xây dựng tham khảo từ kết quả phân tích dịch vụ đa bậc quản lý lao tiềm ẩn của 58 nghiên cứu trên thế giới [18].

- Hàng tháng Giám sát nghiên cứu tuyến tỉnh (nhân viên Phòng chỉ đạo tuyến Bệnh viện lao và bệnh phổi tỉnh) và nghiên cứu viên tuyến tỉnh xuống giám sát địa bàn nghiên cứu tuyến huyện, đối chiếu sổ ghi chép với các hồ sơ khác để kiểm tra tính chính xác của thông tin được ghi chép, tổng hợp thông tin bệnh nhân vào bảng kiểm tổng hợp số liệu tháng, gửi báo cáo cho nhóm nghiên cứu ở tuyến Trung ương.

- Hàng quý, nhóm nghiên cứu tuyến Trung ương cùng Giám sát nghiên cứu và nghiên cứu viên tuyến tỉnh xuống giám sát địa bàn nghiên cứu tuyến huyện, đối chiếu các nguồn số liệu để thẩm định số liệu báo cáo theo quý. Nhóm nghiên cứu cũng cùng chuyên trách lao tuyến huyện đến thăm một số NTX HGD chưa đồng ý tham gia các giai đoạn của chuỗi đa bậc để có tìm hiểu và tư vấn thêm. Kết quả các đợt giám sát đều được ghi chép, báo cáo với lãnh đạo Trung tâm y tế huyện, đơn vị chống lao tuyến tỉnh để có định hướng chỉ đạo, điều phối.

- Chuyên trách lao tuyến huyện tại địa bàn nghiên cứu định kỳ hoặc đột xuất thực hiện các chuyên giám sát tại nhà bệnh nhân lao phổi để tư vấn NTX HGD đến cơ sở y tế sàng lọc, chẩn đoán lao và lao tiềm ẩn, giám sát tuân thủ điều trị, v.v. Trong quá trình nghiên cứu, nhóm nghiên cứu nhận thấy chuyên trách lao tuyến huyện chưa thực hiện các chuyên giám sát này đúng kế hoạch, phần lớn liên hệ qua điện thoại.

Ở các địa bàn đối chứng (Núi Thành, Thăng Bình (tỉnh Quảng Nam), Thanh Khê, Hải Châu (thành phố Đà Nẵng)), hoạt động quản lý lao tiềm ẩn tiếp tục triển khai các can thiệp hiện hành của CTCLQG, cụ thể thu thập danh sách người tiếp xúc là trẻ dưới 5 tuổi và trẻ dưới 15 tuổi có HIV(+), chẩn đoán lao tiềm ẩn theo hướng dẫn của CTCL, điều trị lao tiềm ẩn theo phác đồ 6-9 tháng isoniazid liều uống hàng ngày, ghi chép báo cáo.

PHỤ LỤC 3. KẾ HOẠCH NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên sự hợp tác giữa Viện nghiên cứu y học Woolcock và các đối tác tại Việt Nam, bao gồm Chương trình chống lao quốc gia, Bệnh viện Phổi trung ương, và Bệnh viện lao phổi các tỉnh trên địa bàn nghiên cứu.

1. Kế hoạch nhân sự: Nghiên cứu viên chính, thư ký, nghiên cứu viên

A. Bệnh viện Phổi Trung ương và đối tác trong nước và quốc tế

Họ và tên	Cơ quan	Vai trò trong nghiên cứu và kết quả mong đợi
Đồng chủ nhiệm: * Phía Việt Nam: - PGS. TS. Nguyễn Việt Nhung * Phía Australia: - GS. TS Dick Menzies - TS. BS. Gregory Fox	Bệnh viện Phổi TƯ Trường đại học McGill, Montreal, Trường Đại học Sydney	- Tư vấn và xây dựng đề cương nghiên cứu. - Điều phối và điều hành triển khai nghiên cứu. - Hỗ trợ đào tạo/ tập huấn cho nhân viên triển khai nghiên cứu. - Giám sát triển khai nghiên cứu. - Giám sát quản lý tài chính. - Hỗ trợ thực hiện phân tích kết quả và viết báo cáo.
Thư ký đề tài: - TS. BS. Nguyễn Bình Hoà - TS. BS. Nguyễn Tuấn Anh - ThS. Lương Anh Bình	Bệnh viện Phổi TƯ Trung tâm VICTORY	- Hỗ trợ xây dựng tài liệu tập huấn và đề cương nghiên cứu. - Hỗ trợ trong quá trình phê duyệt nghiên cứu tại Bệnh viện phổi TƯ và Bộ Y tế. - Giám sát hoạt động nghiên cứu. - Hỗ trợ thực hiện phân tích kết quả và viết báo cáo.
TS. Nguyễn Thu Anh	Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock	- Xây dựng đề cương nghiên cứu - Điều phối và điều hành triển khai nghiên cứu

		<ul style="list-style-type: none"> - Hỗ trợ đào tạo/ tập huấn cho nhân viên triển khai nghiên cứu. - Giám sát triển khai nghiên cứu - Giám sát quản lý tài chính - Hỗ trợ thực hiện phân tích kết quả và viết báo cáo.
<p>Nghiên cứu viên:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhân viên Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock 	Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock	<ul style="list-style-type: none"> - Thực hiện Phỏng vấn định lượng các đối tượng nghiên cứu - Tham gia thu thập số liệu nghiên cứu - Giám sát việc thực hiện nghiên cứu tại các tuyến
<p>Kế toán trưởng:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ThS. Bùi Văn Huy 	Bệnh viện Phổi TU	<ul style="list-style-type: none"> - Quản lý việc tạm ứng, thanh toán cho các hoạt động trong hợp phần kinh phí Bệnh viện phổi Trung ương - Làm báo cáo tài chính chi tiết và gửi hóa đơn, chứng từ gốc tới WIMR để hạch toán chi tiêu cho nguồn viện trợ - Hướng dẫn tài chính cho các địa phương thực hiện dự án trong chương trình chống lao quốc gia
Nghiên cứu sinh	Bệnh viện Phổi TU	<ul style="list-style-type: none"> - Tham gia xây dựng đề cương và công cụ nghiên cứu, tài liệu tập huấn. - Thực hiện các phỏng vấn sâu trong nghiên cứu. - Tham gia thu thập, thẩm định số liệu nghiên cứu. - Hỗ trợ đào tạo/ tập huấn nghiên cứu viên tuyến huyện. - Quan sát, giám sát hoạt động nghiên cứu. - Thực hiện phân tích kết quả và viết báo cáo nghiên cứu.

B. Chương trình chống lao tại các tỉnh/thành phố Quảng Nam và Đà Nẵng.

Vị trí trong nghiên cứu	Vị trí CTCL tỉnh	Vai trò
Điều phối viên tuyến tỉnh	Nhân viên phụ trách lao tuyến tỉnh	Giám sát quá trình thực hiện nghiên cứu của nhân viên y tế tuyến huyện, bệnh viện tỉnh Tham gia các chuyến giám sát tại các phòng khám tuyến huyện Giám sát nhân viên phòng thí nghiệm tuyến tỉnh, hỗ trợ cho nghiên cứu Đảm bảo các tiêu chí tuyển dụng đáp ứng với yêu cầu, quy chế của Phòng khám lao quận/huyện Tổ chức các hội thảo, tập huấn cho nhân viên nhân viên trong chương trình lao và phòng khám lao quận/huyện Hỗ trợ WIMR trong việc chuẩn bị danh sách người bệnh và người tiếp xúc đủ điều kiện tham gia nghiên cứu
Trợ lý tài chính	Kế toán trưởng	Thu xếp các khoản tạm ứng và các khoản chi trả khác tại các địa điểm nghiên cứu tuyến huyện để thực hiện nghiên cứu Nộp báo cáo quý cho Bệnh viện phổi TU

C. Tổ chống lao quận huyện tại các thành phố/tỉnh tham gia nghiên cứu

Vị trí trong nghiên cứu	Vị trí tại TCL quận/huyện	Vai trò
Nhân viên tổ chống lao quận huyện	Nhân viên phụ trách lao tại tổ chống lao quận huyện	Giám sát việc thực hiện nghiên cứu của đội ngũ nhân viên lao tuyến huyện Thu nhận các người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn để chọn vào nghiên cứu Đánh giá lâm sàng NTX ở mỗi đợt thăm khám Đảm bảo tất cả nhân viên thuộc TCL quận/huyện tuân thủ các hướng dẫn trong dự thảo nghiên cứu Hoàn thành các biểu mẫu nghiên cứu Thông báo với nhân viên Woolcock khi thu nhận BN, NTX và thu thập các mẫu đờm Tham gia các khóa huấn luyện

D. CBYT tuyến xã phường

Vị trí trong dự án	Vị trí tại TCL xã/ phường	Vai trò
CBYT tuyến xã phường	CBYT tuyến xã phường	- Hỗ trợ thu nhận và theo dõi đối tượng tham gia ở các quận huyện, khi được yêu cầu

Kế hoạch thực hiện nghiên cứu:

Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3	Giai đoạn 4
Tháng 10/2016 đến tháng 03/2017	Tháng 4-6/2017	Tháng 7/2017 đến tháng 10/2019	Tháng 11/2019-11/2020
(6 tháng)	(3 tháng)	(28 tháng)	(4 tháng)
Đánh giá y tế công cộng	Xây dựng giải pháp can thiệp	Giai đoạn can thiệp, đánh giá sau can thiệp	Phân tích số liệu và viết báo cáo
Đề trình phê duyệt đạo đức nghiên cứu	Phân tích dữ liệu đánh giá y tế công cộng	Lựa chọn ngẫu nhiên các cơ sở y tế	Phân tích số liệu
Hoàn tất các công cụ đánh giá y tế công cộng	Xây dựng giải pháp can thiệp	Đào tạo, huấn luyện tại địa bàn nghiên cứu trước khi bắt đầu can thiệp	Viết báo cáo
Thu thập dữ liệu đánh giá y tế công cộng		Tiến trình theo dõi và đánh giá	
		Tiến trình thu thập dữ liệu các chỉ số điều tra người tiếp xúc	

Giám sát và hỗ trợ kỹ thuật:

(a) Giám sát hỗ trợ bởi Bệnh viện Phổi Trung ương: Nghiên cứu viên chính hoặc nhóm nhân viên BV Phổi Trung ương thực hiện giám sát hỗ trợ hàng năm tới các tỉnh dự án để rà soát hoạt động dự án và chứng từ tài chính.

(b) Giám sát hỗ trợ bởi nhân viên WIMR: Nhân viên WIMR thực hiện giám sát hỗ trợ hàng quý để rà soát các hoạt động nghiên cứu và chất lượng số liệu.

2. Ngân sách

TT	Nội dung	Cơ quan	Đơn vị tính	Số lượng	Định mức (VNĐ)	Tổng cộng (VNĐ)
1	Hoạt động cấp quốc gia do Bệnh viện Phổi trung ương quản lý					1,231,386,000
1.1	Quản lý cấp quốc gia	BVPTU				218,700,000
1.2	Quản lý tuyến tỉnh	QN, ĐN				156,600,000
1.3	Chi phí triển khai hoạt động					815,320,000
	Tập huấn	QN, ĐN				172,320,000
	Tiền công CBYT	QN, ĐN				349,500,000
	Chi phí điều trị INH	QN, ĐN	270 liều (Đổi ứng của CTCL)			0
	Phí chụp và đọc phim X-quang	QN, ĐN	Phim + kết quả	2250	70,000	157,500,000
	Hỗ trợ cho NTX tham gia nghiên cứu	QN, ĐN	Người	580	200,000	116,000,000
	Thù lao cho người tham gia phỏng vấn	WIMR	Người-lần	200	100,000	20,000,000
1.4	Chi phí dự phòng (5%)					40,766,000
2	Viện trợ hàng hóa từ WIMR cho CTCLQG					444,342,400
3	Chi tiêu từ WIMR					66,865,000
3.1	Phê duyệt đề cương tại Hội đồng đạo đức	WIMR	Khoản	1	10,000,000	10,000,000
3.2	Dịch, in ấn, photo	WIMR	Khoản	1	56,865,000	56,865,000
	Tổng nguồn vốn đầu tư (bao gồm cả chi phí dự phòng)					1,769,593,400

PHỤ LỤC 4
PHỎNG VẤN SÂU
DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH LAO CHỈ ĐIỂM (LAO PHỔI CÓ
BẢNG CHỨNG VI KHUẨN ĐANG ĐIỀU TRỊ)

Họ tên người phỏng vấn: _____

Địa điểm phỏng vấn:

Tại nhà |____|

Bệnh viện/ phòng khám |____|

Nơi khác: _____

Ngày phỏng vấn: Ngày|____ /tháng ____/năm|____

Họ tên của người bệnh được phỏng vấn: _____

Mã số đăng ký điều trị (nếu có): _____

Số điện thoại của người được PV (sử dụng khi cần làm rõ thêm thông tin): _____

Tuổi của người được phỏng vấn: _____

Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ thường trú: _____

Trình độ học vấn: _____

NỘI DUNG PHỎNG VẤN

1. Ngoài bệnh lao, anh/chị có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào khác không?
2. Theo anh/chị, bệnh lao lây truyền từ người này sang người khác như thế nào?
3. Anh/chị nghĩ làm thế nào để phòng bệnh lao?
4. Anh/ chị có biết thông tin về chẩn đoán và điều trị lao không? Anh/ chị biết thông tin qua kênh truyền thông nào?
5. Anh/chị đã bao giờ nghe đến khái niệm “nhiễm lao” hay “lao tiềm ẩn” chưa?
6. Kể từ khi mắc lao tới giờ, anh/chị có bị ảnh hưởng đến công việc, học tập hay trách nhiệm gia đình của anh/chị không?
7. Kể từ khi mắc lao tới giờ, anh/chị hoặc gia đình anh/chị có gặp phải khó khăn tài chính nào không?
8. Anh/chị có nói với những người tiếp xúc hộ gia đình là mình bị bệnh lao không? Vì sao?

9. Anh/chị có nói với hàng xóm, bạn bè, đồng nghiệp là mình bị bệnh lao không?
Vì sao?
10. Anh/ chị có bị sự xa lánh/ phân biệt đối xử của người nhà, hàng xóm, đồng nghiệp, bạn bè không?
11. Tại sao anh/chị lại chọn cơ sở y tế này để chẩn đoán phát hiện và/hoặc điều trị bệnh lao?
12. Các nhân viên y tế ở cơ sở y tế này trả lời những câu hỏi của anh/chị về việc chẩn đoán lao và điều trị bệnh lao của anh/chị như thế nào?
13. Anh/chị có cảm thấy tin tưởng vào nhân viên y tế tại cơ sở y tế này không?
14. Nói chung, anh/chị hài lòng như thế nào về những chăm sóc mà anh/chị nhận được từ cơ sở y tế này?
15. Cơ sở y tế này cần làm gì để cải thiện các dịch vụ mà anh/chị đã nhận được?
16. Anh/ chị có lo lắng trong gia đình có thêm ai đó được chẩn đoán mắc lao hoạt động? Mức độ lo lắng như thế nào?
17. Có bao nhiêu người thường sống chung nhà với anh/chị? Có trẻ em dưới 5 tuổi không?
18. Nhân viên y tế có giải thích cho anh/chị tầm quan trọng của việc xác định người tiếp xúc hộ gia đình với anh/chị để họ có thể được sàng lọc/kiểm tra bệnh lao không?
19. Anh/chị có khuyến khích người tiếp xúc hộ gia đình với anh/chị đi sàng lọc/kiểm tra bệnh lao không? Tại sao?
20. Toàn bộ người nhà anh/chị đã đi khám sức khỏe/ xét nghiệm lao chưa? Nếu có ai đó trong nhà **không** đi kiểm tra, tại sao?
21. Anh/ chị có biết người nhà anh/ chị được khám những gì để sàng lọc lao không? Nếu anh/ chị có con dưới 5 tuổi, quy trình khám sàng lọc lao của nhân viên y tế có khác biệt không?
22. Nhân viên y tế tại phòng khám đã thực hiện thao tác gì khi người nhà anh/chị có kết quả thử phản ứng trong da dương tính (hoặc xét nghiệm máu = IGRA)?

Trân trọng cảm ơn anh/ chị đã cung cấp thông tin.

PHỤ LỤC 5
PHỎNG VẤN SÂU
DÀNH CHO NGƯỜI TIẾP XÚC HỘ GIA ĐÌNH
CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI LỚN TIẾP XÚC HỘ GIA ĐÌNH
(KHÔNG SÀNG LỘC LAO TIỀM ẨN)

Họ tên người phỏng vấn: _____

Địa điểm phỏng vấn:

Tại nhà |____|

Bệnh viện/ phòng khám |____|

Nơi khác: _____

Ngày phỏng vấn: Ngày|____|/tháng|____|/năm|____|

Họ tên của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Mã số đăng ký điều trị (nếu có): _____

Số điện thoại của người tiếp xúc (sử dụng khi cần làm rõ thêm thông tin): _____

Quan hệ của người tiếp xúc với người bệnh chỉ điểm: _____

Tuổi của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ thường trú: _____

Trình độ học vấn: _____

NỘI DUNG PHỎNG VẤN

1. Anh/chị có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không?
2. Anh/chị thường đi khám ở đâu nếu anh/chị có vấn đề về sức khỏe? Tại sao lại lựa chọn cơ sở này?
3. Theo anh/chị, bệnh lao lây truyền từ người này sang người khác như thế nào?
4. Anh/chị nghĩ làm thế nào để phòng bệnh lao?
5. Anh/ chị có biết thông tin về chẩn đoán và điều trị lao không? Anh/ chị biết thông tin qua kênh truyền thông nào?
6. Anh/chị đã bao giờ nghe đến khái niệm “nhiễm lao” hay “lao tiềm ẩn” chưa?
7. Người bệnh lao ở gia đình anh/chị (người ở cùng nhà với anh/chị, mới được chẩn đoán lao và bắt đầu điều trị bệnh lao) có nói cho anh/chị về tình trạng bệnh của họ và khuyên anh/chị cần phải đi khám kiểm tra bệnh lao không?

8. Anh/chị có lo lắng mắc bệnh lao không? Vì sao?
9. Anh/chị **chưa đi khám** phát hiện bệnh lao sau khi người nhà anh/chị được chẩn đoán mắc lao? lý do vì sao?
10. Anh/chị có bị lỡ công việc hoặc lỡ việc học tập nếu anh/chị phải đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn (TST/IGRA hoặc các triệu chứng nghi mắc lao) ở phòng khám/bệnh viện không? Cụ thể như thế nào?
11. Anh/ chị có lo lắng sẽ tốn kém chi phí gì khi đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn?
12. Khoảng cách từ nhà của anh/ chị đến nơi khám sàng lọc lao tiềm ẩn có thuận tiện không? Phương tiện đi lại có thuận tiện không?
13. Anh/ chị gặp có khăn gì khác nếu đến cơ sở y tế để khám sàng lọc lao tiềm ẩn?
14. Có nhân viên y tế nào từ trung tâm y tế/ trạm y tế xã liên hệ với anh/chị và tư vấn anh/chị cần đi khám kiểm tra bệnh lao không? Anh/ chị nghĩ việc nhân viên y tế liên hệ với gia đình người bệnh lao tư vấn đi khám kiểm tra có cần thiết không? Vì sao?
15. Anh/ chị có lo lắng sẽ bị kỳ thị/ phân biệt đối xử từ hàng xóm/ cộng đồng khi đi khám sàng lọc lao tiềm ẩn không?
16. Anh/ chị có giấu thông tin người nhà của mình đang mắc và điều trị bệnh lao không?
17. Hiện tại, anh chị tiếp xúc với người nhà đang mắc lao như thế nào? Có cách ly không?
18. Anh/ chị có biết người nhà của người bệnh lao phổi có bằng chứng vi khuẩn có khả năng lây bệnh cao hơn so với những người khác không?
19. Anh/chị có cảm thấy tin tưởng vào đội ngũ nhân viên y tế tại cơ sở y tế huyện không? Vì sao?
20. Anh/chị đã sử dụng dịch vụ tại trung tâm y tế huyện chưa? Nếu đã sử dụng, anh/chị có cảm thấy hài lòng về những chăm sóc mà anh/chị nhận được? Vì sao?
21. Nếu chưa hoàn toàn hài lòng về dịch vụ tại cơ sở y tế, theo anh/ chị, cơ sở y tế này cần làm gì để cải thiện các dịch vụ mà anh/chị đã nhận được?
22. Anh/chị có dự định sắp lịch đi khám sàng lọc lao không? Vì sao?
23. Nếu vẫn chưa có kế hoạch đi khám sàng lọc lao, anh/ chị nghĩ mình nên đi khám khi có các dấu hiệu gì?

Trân trọng cảm ơn anh/ chị đã cung cấp thông tin.

CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI LỚN TIẾP XÚC HỘ GIA ĐÌNH SÀNG LỌC LAO TIỀM ẨN

Họ tên người phỏng vấn: _____

Địa điểm phỏng vấn:

Tại nhà |____|

Bệnh viện/ phòng khám |____|

Nơi khác: _____

Ngày phỏng vấn: Ngày|____|/tháng|____|/năm|____|

Họ tên của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Mã số đăng ký điều trị (nếu có): _____

Số điện thoại của người tiếp xúc (sử dụng khi cần làm rõ thêm thông tin): _____

Quan hệ của người tiếp xúc với người bệnh chỉ điểm: _____

Tuổi của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ thường trú: _____

Trình độ học vấn: _____

NỘI DUNG PHỎNG VẤN

1. Anh/chị có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không?
2. Anh/chị thường đi khám ở đâu nếu anh/chị có vấn đề về sức khỏe? Tại sao lại lựa chọn cơ sở này?
3. Theo anh/chị, bệnh lao lây truyền từ người này sang người khác như thế nào?
4. Anh/chị nghĩ làm thế nào để phòng bệnh lao?
5. Anh/ chị có biết thông tin về chẩn đoán và điều trị lao không? Anh/ chị biết thông tin qua kênh truyền thông nào?
6. Anh/chị đã bao giờ nghe đến khái niệm “nhiễm lao” hay “lao tiềm ẩn” chưa?
7. Người bệnh lao ở gia đình anh/chị (người ở cùng nhà với anh/chị, mới được chẩn đoán lao và bắt đầu điều trị bệnh lao) có nói cho anh/chị về tình trạng bệnh của họ và khuyên anh/chị cần phải đi khám kiểm tra bệnh lao không?
8. Anh/chị có lo lắng mắc bệnh lao không? Vì sao?
9. Anh/chị đã đi khám phát hiện bệnh lao sau khi người nhà anh/chị được chẩn đoán mắc lao chưa? **Nếu chưa đi khám**, anh/chị đã sắp lịch đến khám hoặc có dự định sẽ đi khám không? Nếu đã đi khám hoặc đã sắp lịch đi khám, lý do vì sao?

10. Anh/chị có bị lỡ công việc hoặc lỡ việc học tập do anh/chị phải đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn (TST/IGRA hoặc các triệu chứng nghi mắc lao) ở phòng khám/bệnh viện không? Cụ thể như thế nào?
11. Anh/ chị tốn kém những chi phí gì khi đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn?
12. Anh/ chị gặp có khăn gì khác khi đến cơ sở y tế để khám sàng lọc lao tiềm ẩn không?
13. Trong trường hợp NTX trả lời có gặp một số khó khăn khi đi khám sàng lọc lao tiềm ẩn, lý do tại sao anh/ chị vẫn đi khám?
14. Có nhân viên y tế nào từ trung tâm y tế/ trạm y tế xã liên hệ với anh/chị và tư vấn anh/chị cần đi khám kiểm tra bệnh lao không? Anh/ chị nghĩ việc nhân viên y tế liên hệ với gia đình người bệnh lao tư vấn đi khám kiểm tra có cần thiết không? Vì sao?
15. Nếu anh/chị có đi khám sàng lọc triệu chứng nghi mắc lao hoặc đã thử phản ứng lao ở da (Xét nghiệm Mantoux) hoặc xét nghiệm máu (IGRA), anh/chị có biết kết quả không?
16. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị về nhiễm lao và nguy cơ mắc lao tiến triển trong tương lai không? Xin anh/ chị mô tả nhân viên y tế đã tư vấn những gì sau khi anh/ chị có kết quả xét nghiệm?
17. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải điều trị lao tiềm ẩn không? Anh/ chị có nhớ được tư vấn những gì không?
18. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), và nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện tư vấn điều trị lao tiềm ẩn, anh/ chị có đồng ý uống thuốc theo phác đồ được chỉ định không? Vì sao?
19. Các nhân viên y tế ở cơ sở y tế này trả lời những câu hỏi của anh/chị về việc chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn của anh/ chị như thế nào?
20. Anh/chị có cảm thấy tin tưởng vào đội ngũ nhân viên y tế tại cơ sở y tế này không? Vì sao?
21. Anh/chị hài lòng như thế nào về những chăm sóc mà anh/chị nhận được từ cơ sở y tế này? Vì sao?
22. Nếu chưa hoàn toàn hài lòng về dịch vụ tại cơ sở y tế, theo anh/ chị, cơ sở y tế này cần làm gì để cải thiện các dịch vụ mà anh/chị đã nhận được?

Trân trọng cảm ơn anh/ chị đã cung cấp thông tin.

CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI LỚN TIẾP XÚC HỘ GIA ĐÌNH HOÀN THÀNH QUY TRÌNH SÀNG LỌC

Họ tên người phỏng vấn: _____

Địa điểm phỏng vấn:

Tại nhà |____|

Bệnh viện/ phòng khám |____|

Nơi khác: _____

Ngày phỏng vấn: Ngày|____|/tháng|____|/năm|____|

Họ tên của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Mã số đăng ký điều trị (nếu có): _____

Số điện thoại của người tiếp xúc (sử dụng khi cần làm rõ thêm thông tin): _____

Quan hệ của người tiếp xúc với người bệnh chỉ điểm: _____

Tuổi của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ thường trú: _____

Trình độ học vấn: _____

NỘI DUNG PHỎNG VẤN

1. Anh/chị có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không?
2. Anh/chị thường đi khám ở đâu nếu anh/chị có vấn đề về sức khỏe? Tại sao lại lựa chọn cơ sở này?
3. Theo anh/chị, bệnh lao lây truyền từ người này sang người khác như thế nào?
4. Anh/chị nghĩ làm thế nào để phòng bệnh lao?
5. Anh/ chị có biết thông tin về chẩn đoán và điều trị lao không? Anh/ chị biết thông tin qua kênh truyền thông nào?
6. Anh/chị đã bao giờ nghe đến khái niệm “nhiễm lao” hay “lao tiềm ẩn” chưa?
7. Người bệnh lao ở gia đình anh/chị (người ở cùng nhà với anh/chị, mới được chẩn đoán lao và bắt đầu điều trị bệnh lao) có nói cho anh/chị về tình trạng bệnh của họ và khuyên anh/chị cần phải đi khám kiểm tra bệnh lao không?
8. Anh/chị có lo lắng mắc bệnh lao không? Vì sao?
9. Lý do anh/chị khám phát hiện bệnh lao sau khi người nhà anh/chị được chẩn đoán mắc lao?

10. Anh/chị có bị lỡ công việc hoặc lỡ việc học tập do anh/chị phải đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn (TST/IGRA hoặc các triệu chứng nghi mắc lao) ở phòng khám/bệnh viện không? Cụ thể như thế nào?
11. Anh/ chị tốn kém những chi phí gì khi đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn?
12. Anh/ chị gặp có khăn gì khác khi đến cơ sở y tế để khám sàng lọc lao tiềm ẩn không?
13. Trong trường hợp NTX trả lời có gặp một số khó khăn khi đi khám sàng lọc lao tiềm ẩn, lý do tại sao anh/ chị vẫn đi khám?
14. Có nhân viên y tế nào từ trung tâm y tế/ trạm y tế xã liên hệ với anh/chị và tư vấn anh/chị cần đi khám kiểm tra bệnh lao không? Anh/ chị nghĩ việc nhân viên y tế liên hệ với gia đình người bệnh lao tư vấn đi khám kiểm tra có cần thiết không? Vì sao?
15. Nếu anh/chị có đi khám sàng lọc triệu chứng nghi mắc lao hoặc đã thử phản ứng lao ở da (Xét nghiệm Mantoux) hoặc xét nghiệm máu (IGRA), anh/chị có biết kết quả không? Anh/ chị quay lại cơ sở y tế lấy kết quả hay biết kết quả qua kênh thông tin nào? Vì sao?
16. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị về nhiễm lao và nguy cơ mắc lao tiến triển trong tương lai không? Xin anh/ chị mô tả nhân viên y tế đã tư vấn những gì sau khi anh/ chị có kết quả xét nghiệm?
17. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải thực hiện các bước chẩn đoán tiếp theo không? Anh/ chị được tư vấn những gì?
18. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tư vấn phải tiếp tục thực hiện một số xét nghiệm khác, anh/ chị có thực hiện không? Vì sao?
19. Anh/ chị có nhớ đã được thực hiện dịch vụ khám/ chẩn đoán gì sau khi có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu)? Anh/ chị có hiểu mục đích của các xét nghiệm này không?
20. Anh/ chị có được nhân viên y tế giải thích kết quả của các xét nghiệm đã thực hiện không?
21. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), và kết quả các xét nghiệm khác cho thấy không mắc lao, nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải điều trị lao tiềm ẩn không? Anh/ chị có nhớ được tư vấn những gì không?

22. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), và kết quả các xét nghiệm khác cho thấy không mắc lao, nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện tư vấn điều trị lao tiềm ẩn, anh/ chị có đồng ý uống thuốc theo phác đồ được chỉ định không? Vì sao?
23. Các nhân viên y tế ở cơ sở y tế này trả lời những câu hỏi của anh/chị về việc chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn của anh chị như thế nào?
24. Anh/chị có cảm thấy tin tưởng vào đội ngũ nhân viên y tế tại cơ sở y tế này không? Vì sao?
25. Anh/chị hài lòng như thế nào về những chăm sóc mà anh/chị nhận được từ cơ sở y tế này? Vì sao?
26. Nếu chưa hoàn toàn hài lòng về dịch vụ tại cơ sở y tế, theo anh/ chị, cơ sở y tế này cần làm gì để cải thiện các dịch vụ mà anh/chị đã nhận được?

Trân trọng cảm ơn anh/ chị đã cung cấp thông tin.

**CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI LỚN TIẾP XÚC HỘ GIA ĐÌNH
(KHÔNG HOÀN THÀNH QUY TRÌNH SÀNG LỌC LAO TIỀM ẨN)**

Họ tên người phỏng vấn: _____

Địa điểm phỏng vấn:

Tại nhà |____|

Bệnh viện/ phòng khám |____|

Nơi khác: _____

Ngày phỏng vấn: Ngày|____|/tháng|____|/năm|____|

Họ tên của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Mã số đăng ký điều trị (nếu có): _____

Số điện thoại của người tiếp xúc (sử dụng khi cần làm rõ thêm thông tin): _____

Quan hệ của người tiếp xúc với người bệnh chỉ điểm: _____

Tuổi của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ thường trú: _____

Trình độ học vấn: _____

NỘI DUNG PHỎNG VẤN

1. Anh/chị có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không?
2. Anh/chị thường đi khám ở đâu nếu anh/chị có vấn đề về sức khỏe? Tại sao lại lựa chọn cơ sở này?
3. Theo anh/chị, bệnh lao lây truyền từ người này sang người khác như thế nào?
4. Anh/chị nghĩ làm thế nào để phòng bệnh lao?
5. Anh/ chị có biết thông tin về chẩn đoán và điều trị lao không? Anh/ chị biết thông tin qua kênh truyền thông nào?
6. Anh/chị đã bao giờ nghe đến khái niệm “nhiễm lao” hay “lao tiềm ẩn” chưa?
7. Người bệnh lao ở gia đình anh/chị (người ở cùng nhà với anh/chị, mới được chẩn đoán lao và bắt đầu điều trị bệnh lao) có nói cho anh/chị về tình trạng bệnh của họ và khuyên anh/chị cần phải đi khám kiểm tra bệnh lao không?
8. Anh/chị có lo lắng mắc bệnh lao không? Vì sao?
9. Lý do anh/chị khám phát hiện bệnh lao sau khi người nhà anh/chị được chẩn đoán mắc lao?

10. Anh/chị có bị lỡ công việc hoặc lỡ việc học tập do anh/chị phải đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn (TST/IGRA hoặc các triệu chứng nghi mắc lao) ở phòng khám/bệnh viện không? Cụ thể như thế nào?
11. Anh/ chị tốn kém những chi phí gì khi đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn?
12. Anh/ chị gặp có khăn gì khác khi đến cơ sở y tế để khám sàng lọc lao tiềm ẩn không?
13. Trong trường hợp NTX trả lời có gặp một số khó khăn khi đi khám sàng lọc lao tiềm ẩn, lý do tại sao anh/ chị vẫn đi khám?
14. Có nhân viên y tế nào từ trung tâm y tế/ trạm y tế xã liên hệ với anh/chị và tư vấn anh/chị cần đi khám kiểm tra bệnh lao không? Anh/ chị nghĩ việc nhân viên y tế liên hệ với gia đình người bệnh lao tư vấn đi khám kiểm tra có cần thiết không? Vì sao?
15. Nếu anh/chị có đi khám sàng lọc triệu chứng nghi mắc lao hoặc đã thử phản ứng lao ở da (Xét nghiệm Mantoux) hoặc xét nghiệm máu (IGRA), anh/chị có biết kết quả không? Anh/ chị quay lại cơ sở y tế lấy kết quả hay biết kết quả qua kênh thông tin nào? Vì sao?
16. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị về nhiễm lao và nguy cơ mắc lao tiến triển trong tương lai không? Xin anh/ chị mô tả nhân viên y tế đã tư vấn những gì sau khi anh/ chị có kết quả xét nghiệm?
17. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải thực hiện các bước chẩn đoán tiếp theo không? Anh/ chị được tư vấn những gì?
18. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tư vấn phải tiếp tục thực hiện một số xét nghiệm khác, anh/ chị có thực hiện không? Vì sao?
19. Anh/chị có bị lỡ công việc hoặc lỡ việc học tập nếu anh/chị phải tiếp tục thực hiện khám/ xét nghiệm bổ sung ở phòng khám/bệnh viện không? Cụ thể như thế nào?
20. Anh/ chị có lo lắng sẽ tốn kém chi phí khi tiếp tục thực hiện khám/ xét nghiệm bổ sung?
21. Anh/ chị gặp có khăn gì khác nếu đến cơ sở y tế để tiếp tục thực hiện khám/ xét nghiệm bổ sung?

22. Anh/ chị có lo lắng sẽ bị kỳ thị/ phân biệt đối xử từ hàng xóm/ cộng đồng khi đi khám sàng lọc lao tiềm ẩn không?
23. Anh/ chị có giấu thông tin người nhà của mình đang mắc và điều trị bệnh lao không?
24. Hiện tại, anh chị tiếp xúc với người nhà đang mắc lao như thế nào? Có cách ly không?
25. Anh/ chị có biết người nhà của người bệnh lao phổi có bằng chứng vi khuẩn có khả năng lây bệnh cao hơn so với những người khác không?
26. Anh/chị có cảm thấy tin tưởng vào đội ngũ nhân viên y tế tại cơ sở y tế huyện không? Vì sao?
27. Anh/chị đã sử dụng dịch vụ tại trung tâm y tế huyện chưa? Nếu đã sử dụng, anh/ chị có cảm thấy hài lòng về những chăm sóc mà anh/chị nhận được? Vì sao?
28. Nếu chưa hoàn toàn hài lòng về dịch vụ tại cơ sở y tế, theo anh/ chị, cơ sở y tế này cần làm gì để cải thiện các dịch vụ mà anh/chị đã nhận được?
29. Anh/chị có dự định sắp lịch đến cơ sở y tế thực hiện các xét nghiệm bổ sung không? Vì sao?
30. Nếu vẫn chưa có kế hoạch đến cơ sở y tế thực hiện các xét nghiệm bổ sung, anh/ chị nghĩ mình nên đi khám khi có các dấu hiệu gì?

Trân trọng cảm ơn anh/ chị đã cung cấp thông tin.

**CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI LỚN TIẾP XÚC HỘ GIA ĐÌNH
ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN**

Họ tên người phỏng vấn: _____

Địa điểm phỏng vấn:

Tại nhà |____|

Bệnh viện/ phòng khám |____|

Nơi khác: _____

Ngày phỏng vấn: Ngày|____|/tháng|____|/năm|____|

Họ tên của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Mã số đăng ký điều trị (nếu có): _____

Số điện thoại của người tiếp xúc (sử dụng khi cần làm rõ thêm thông tin): _____

Quan hệ của người tiếp xúc với người bệnh chỉ điểm: _____

Tuổi của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ thường trú: _____

Trình độ học vấn: _____

NỘI DUNG PHỎNG VẤN

1. Anh/chị có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không?
2. Anh/chị thường đi khám ở đâu nếu anh/chị có vấn đề về sức khỏe? Tại sao lại lựa chọn cơ sở này?
3. Theo anh/chị, bệnh lao lây truyền từ người này sang người khác như thế nào?
4. Anh/chị nghĩ làm thế nào để phòng bệnh lao?
5. Anh/ chị có biết thông tin về chẩn đoán và điều trị lao không? Anh/ chị biết thông tin qua kênh truyền thông nào?
6. Anh/chị đã bao giờ nghe đến khái niệm “nhiễm lao” hay “lao tiềm ẩn” chưa?
7. Người bệnh lao ở gia đình anh/chị (người ở cùng nhà với anh/chị, mới được chẩn đoán lao và bắt đầu điều trị bệnh lao) có nói cho anh/chị về tình trạng bệnh của họ và khuyên anh/chị cần phải đi khám kiểm tra bệnh lao không?
8. Anh/chị có lo lắng mắc bệnh lao không? Vì sao?
9. Lý do anh/chị khám phát hiện bệnh lao sau khi người nhà anh/chị được chẩn đoán mắc lao?

10. Anh/chị có bị lỡ công việc hoặc lỡ việc học tập do anh/chị phải đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn (TST/IGRA hoặc các triệu chứng nghi mắc lao) ở phòng khám/bệnh viện không? Cụ thể như thế nào?
11. Anh/ chị tốn kém những chi phí gì khi đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn?
12. Anh/ chị gặp có khăn gì khác khi đến cơ sở y tế để khám sàng lọc lao tiềm ẩn không?
13. Trong trường hợp NTX trả lời có gặp một số khó khăn khi đi khám sàng lọc lao tiềm ẩn, lý do tại sao anh/ chị vẫn đi khám?
14. Có nhân viên y tế nào từ trung tâm y tế/ trạm y tế xã liên hệ với anh/chị và tư vấn anh/chị cần đi khám kiểm tra bệnh lao không? Anh/ chị nghĩ việc nhân viên y tế liên hệ với gia đình người bệnh lao tư vấn đi khám kiểm tra có cần thiết không? Vì sao?
15. Nếu anh/chị có đi khám sàng lọc triệu chứng nghi mắc lao hoặc đã thử phản ứng lao ở da (Xét nghiệm Mantoux) hoặc xét nghiệm máu (IGRA), anh/chị có biết kết quả không? Anh/ chị quay lại cơ sở y tế lấy kết quả hay biết kết quả qua kênh thông tin nào? Vì sao?
16. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị về nhiễm lao và nguy cơ mắc lao tiến triển trong tương lai không? Xin anh/ chị mô tả nhân viên y tế đã tư vấn những gì sau khi anh/ chị có kết quả xét nghiệm?
17. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải thực hiện các bước chẩn đoán tiếp theo không? Anh/ chị được tư vấn những gì?
18. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tư vấn phải tiếp tục thực hiện một số xét nghiệm khác, anh/ chị có thực hiện không? Vì sao?
19. Anh/ chị có nhớ đã được thực hiện dịch vụ khám/ chẩn đoán gì sau khi có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu)? Anh/ chị có hiểu mục đích của các xét nghiệm này không?
20. Anh/ chị có được nhân viên y tế giải thích kết quả của các xét nghiệm đã thực hiện không?
21. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), và kết quả các xét nghiệm khác cho thấy không mắc lao, nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải điều trị lao tiềm ẩn không? Anh/ chị có nhớ được tư vấn những gì không?
22. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), và kết quả các xét nghiệm khác cho thấy không mắc lao, nhân

- viên y tế tại phòng khám/bệnh viện tư vấn điều trị lao tiềm ẩn, anh/ chị có đồng ý uống thuốc theo phác đồ được chỉ định không? Vì sao?
23. Anh/ chị có biết các loại thuốc phải uống và thời gian điều trị lao tiềm ẩn trong bao lâu không? Anh/ chị có nhận xét gì về phác đồ điều trị không? Vì sao?
 24. Anh/ chị có nghĩ phải tuân thủ phác đồ điều trị không? Anh/ chị có biết hiệu quả của tuân thủ phác đồ điều trị không? Ví dụ nếu anh/ chị hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn, khả năng mắc lao tiến triển trong tương lai của anh/ chị là bao nhiêu %?
 25. Anh/ chị có biết hậu quả của việc không tuân thủ phác đồ điều trị không?
 26. Anh/ chị có biết nhân viên y tế sẽ giám sát sự tuân thủ của anh/ chị trong quá trình điều trị không? Giám sát như thế nào và tần suất ra sao?
 27. Anh/ chị có được tư vấn về các tác dụng phụ có thể gặp trong quá trình điều trị không? Tần suất thường xuyên gặp các tác dụng phụ nghiêm trọng là như thế nào?
 28. Anh/ chị có lo lắng bản thân mình sẽ xảy ra các tác dụng phụ trong quá trình điều trị không? Nhân viên y tế có tư vấn cách phát hiện và xử trí trong trường hợp xảy ra tác dụng phụ của thuốc không? Xin anh/ chị mô tả nhân viên y tế đã tư vấn những gì?
 29. Anh/ chị có tiên lượng sẽ gặp những khó khăn gì trong cuộc sống trong quá trình điều trị lao tiềm ẩn không? Xin anh/ chị mô tả (kinh tế, công việc, học tập, mối quan hệ gia đình, hàng xóm, bạn bè, đồng nghiệp, v.v.)?
 30. Các nhân viên y tế ở cơ sở y tế này trả lời những câu hỏi của anh/chị về việc chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn của anh/chị như thế nào?
 31. Anh/chị có cảm thấy tin tưởng vào đội ngũ nhân viên y tế tại cơ sở y tế này không? Vì sao?
 32. Anh/chị hài lòng như thế nào về những chăm sóc mà anh/chị nhận được từ cơ sở y tế này? Vì sao?
 33. Nếu chưa hoàn toàn hài lòng về dịch vụ tại cơ sở y tế, theo anh/ chị, cơ sở y tế này cần làm gì để cải thiện các dịch vụ mà anh/chị đã nhận được?

Trân trọng cảm ơn anh/ chị đã cung cấp thông tin.

**CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI LỚN TIẾP XÚC HỘ GIA ĐÌNH
(KHÔNG ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN)**

Họ tên người phỏng vấn: _____

Địa điểm phỏng vấn:

Tại nhà |____|

Bệnh viện/ phòng khám |____|

Nơi khác: _____

Ngày phỏng vấn: Ngày|____|/tháng|____|/năm|____|

Họ tên của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Mã số đăng ký điều trị (nếu có): _____

Số điện thoại của người tiếp xúc (sử dụng khi cần làm rõ thêm thông tin): _____

Quan hệ của người tiếp xúc với người bệnh chỉ điểm: _____

Tuổi của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ thường trú: _____

Trình độ học vấn: _____

NỘI DUNG PHỎNG VẤN

1. Anh/chị có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không?
2. Anh/chị thường đi khám ở đâu nếu anh/chị có vấn đề về sức khỏe? Tại sao lại lựa chọn cơ sở này?
3. Theo anh/chị, bệnh lao lây truyền từ người này sang người khác như thế nào?
4. Anh/chị nghĩ làm thế nào để phòng bệnh lao?
5. Anh/ chị có biết thông tin về chẩn đoán và điều trị lao không? Anh/ chị biết thông tin qua kênh truyền thông nào?
6. Anh/chị đã bao giờ nghe đến khái niệm “nhiễm lao” hay “lao tiềm ẩn” chưa?
7. Người bệnh lao ở gia đình anh/chị (người ở cùng nhà với anh/chị, mới được chẩn đoán lao và bắt đầu điều trị bệnh lao) có nói cho anh/chị về tình trạng bệnh của họ và khuyên anh/chị cần phải đi khám kiểm tra bệnh lao không?
8. Anh/chị có lo lắng mắc bệnh lao không? Vì sao?
9. Lý do anh/chị khám phát hiện bệnh lao sau khi người nhà anh/chị được chẩn đoán mắc lao?
10. Anh/chị có bị lỡ công việc hoặc lỡ việc học tập do anh/chị phải đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn (TST/IGRA hoặc các triệu chứng nghi mắc lao) ở phòng khám/bệnh viện không? Cụ thể như thế nào?

11. Anh/ chị tốn kém những chi phí gì khi đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn?
12. Anh/ chị gặp có khăn gì khác khi đến cơ sở y tế để khám sàng lọc lao tiềm ẩn không?
13. Trong trường hợp NTX trả lời có gặp một số khó khăn khi đi khám sàng lọc lao tiềm ẩn, lý do tại sao anh/ chị vẫn đi khám?
14. Có nhân viên y tế nào từ trung tâm y tế/ trạm y tế xã liên hệ với anh/chị và tư vấn anh/chị cần đi khám kiểm tra bệnh lao không? Anh/ chị nghĩ việc nhân viên y tế liên hệ với gia đình người bệnh lao tư vấn đi khám kiểm tra có cần thiết không? Vì sao?
15. Nếu anh/chị có đi khám sàng lọc triệu chứng nghi mắc lao hoặc đã thử phản ứng lao ở da (Xét nghiệm Mantoux) hoặc xét nghiệm máu (IGRA), anh/chị có biết kết quả không? Anh/ chị quay lại cơ sở y tế lấy kết quả hay biết kết quả qua kênh thông tin nào? Vì sao?
16. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị về nhiễm lao và nguy cơ mắc lao tiến triển trong tương lai không? Xin anh/ chị mô tả nhân viên y tế đã tư vấn những gì sau khi anh/ chị có kết quả xét nghiệm?
17. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải thực hiện các bước chẩn đoán tiếp theo không? Anh/ chị được tư vấn những gì?
18. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tư vấn phải tiếp tục thực hiện một số xét nghiệm khác, anh/ chị có thực hiện không? Vì sao?
19. Anh/ chị có nhớ đã được thực hiện dịch vụ khám/ chẩn đoán gì sau khi có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu)? Anh/ chị có hiểu mục đích của các xét nghiệm này không?
20. Anh/ chị có được nhân viên y tế giải thích kết quả của các xét nghiệm đã thực hiện không?
21. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), và kết quả các xét nghiệm khác cho thấy không mắc lao, nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải điều trị lao tiềm ẩn không? Anh/ chị có nhớ được tư vấn những gì không?
22. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), và kết quả các xét nghiệm khác cho thấy không mắc lao, nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện tư vấn điều trị lao tiềm ẩn, anh/ chị không đồng ý uống thuốc theo phác đồ được chỉ định, xin anh/ chị cho biết lý do anh/

- chị không chấp nhận điều trị? (có thể gợi ý: thời gian điều trị, loại thuốc, giám sát của CBYT, không thấy cần thiết, ảnh hưởng đến cuộc sống, v.v.)
23. Anh/ chị có biết các loại thuốc phải uống và thời gian điều trị lao tiềm ẩn trong bao lâu không? Anh/ chị có nhận xét gì về phác đồ điều trị không? Vì sao?
 24. Anh/ chị có biết hiệu quả của tuân thủ phác đồ điều trị không? Ví dụ nếu anh/ chị hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn, khả năng mắc lao tiến triển trong tương lai của anh/ chị là bao nhiêu %?
 25. Anh/ chị có biết hậu quả của việc không tuân thủ phác đồ điều trị không?
 26. Anh/ chị có được tư vấn về các tác dụng phụ có thể gặp trong quá trình điều trị không? Tần suất thường xuyên gặp các tác dụng phụ nghiêm trọng là như thế nào? Anh/ chị có lo lắng bản thân mình sẽ xảy ra các tác dụng phụ nếu điều trị không? Đây có phải là nguyên nhân anh/ chị không chấp nhận điều trị?
 27. Anh/ chị có tiên lượng sẽ gặp những khó khăn gì trong cuộc sống nếu điều trị lao tiềm ẩn? (kinh tế, công việc, học tập, mối quan hệ gia đình, hàng xóm, bạn bè, đồng nghiệp, v.v.)?
 28. Anh/ chị có lo lắng sẽ bị kỳ thị/ phân biệt đối xử từ hàng xóm/ cộng đồng khi đi chấp nhận điều trị lao tiềm ẩn không?
 29. Anh/ chị có giấu thông tin người nhà của mình đang mắc và điều trị bệnh lao không?
 30. Hiện tại, anh/ chị tiếp xúc với người nhà đang mắc lao như thế nào? Có cách ly không?
 31. Anh/ chị có biết người nhà của người bệnh lao phổi có bằng chứng vi khuẩn có khả năng lây bệnh cao hơn so với những người khác không?
 32. Anh/ chị có cảm thấy tin tưởng vào đội ngũ nhân viên y tế tại cơ sở y tế huyện không? Vì sao?
 33. Anh/ chị đã sử dụng dịch vụ tại trung tâm y tế huyện chưa? Nếu đã sử dụng, anh/ chị có cảm thấy hài lòng về những chăm sóc mà anh/ chị nhận được? Vì sao?
 34. Nếu chưa hoàn toàn hài lòng về dịch vụ tại cơ sở y tế, theo anh/ chị, cơ sở y tế này cần làm gì để cải thiện các dịch vụ mà anh/ chị đã nhận được?
 35. Anh/ chị có nghĩ trong tương lai có khả năng mắc lao tiến triển khi cơ thể mình bị nhiễm lao và không được điều trị lao tiềm ẩn không? Vì sao?
 36. Anh/ chị có dự định trong một thời gian gần đây sẽ đồng ý điều trị lao tiềm ẩn không? Vì sao?
 37. Nếu vẫn không có kế hoạch sẽ điều trị lao tiềm ẩn, anh/ chị nghĩ nên điều trị khi có các dấu hiệu gì?

Trân trọng cảm ơn anh/ chị đã cung cấp thông tin.

CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI LỚN TIẾP XÚC HỘ GIA ĐÌNH HOÀN THÀNH ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN

Họ tên người phỏng vấn: _____

Địa điểm phỏng vấn:

Tại nhà |____|

Bệnh viện/ phòng khám |____|

Nơi khác: _____

Ngày phỏng vấn: Ngày|____|/tháng|____|/năm|____|

Họ tên của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Mã số đăng ký điều trị (nếu có): _____

Số điện thoại của người tiếp xúc (sử dụng khi cần làm rõ thêm thông tin): _____

Quan hệ của người tiếp xúc với người bệnh chỉ điểm: _____

Tuổi của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ thường trú: _____

Trình độ học vấn: _____

NỘI DUNG PHỎNG VẤN

1. Anh/chị có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không?
2. Anh/chị thường đi khám ở đâu nếu anh/chị có vấn đề về sức khỏe? Tại sao lại lựa chọn cơ sở này?
3. Theo anh/chị, bệnh lao lây truyền từ người này sang người khác như thế nào?
4. Anh/chị nghĩ làm thế nào để phòng bệnh lao?
5. Anh/ chị có biết thông tin về chẩn đoán và điều trị lao không? Anh/ chị biết thông tin qua kênh truyền thông nào?
6. Anh/chị đã bao giờ nghe đến khái niệm “nhiễm lao” hay “lao tiềm ẩn” chưa?
7. Người bệnh lao ở gia đình anh/chị (người ở cùng nhà với anh/chị, mới được chẩn đoán lao và bắt đầu điều trị bệnh lao) có nói cho anh/chị về tình trạng bệnh của họ và khuyên anh/chị cần phải đi khám kiểm tra bệnh lao không?
8. Anh/chị có lo lắng mắc bệnh lao không? Vì sao?
9. Lý do anh/chị khám phát hiện bệnh lao sau khi người nhà anh/chị được chẩn đoán mắc lao?

10. Anh/chị có bị lỡ công việc hoặc lỡ việc học tập do anh/chị phải đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn (TST/IGRA hoặc các triệu chứng nghi mắc lao) ở phòng khám/bệnh viện không? Cụ thể như thế nào?
11. Anh/ chị tốn kém những chi phí gì khi đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn?
12. Anh/ chị gặp có khăn gì khác khi đến cơ sở y tế để khám sàng lọc lao tiềm ẩn không?
13. Trong trường hợp NTX trả lời có gặp một số khó khăn khi đi khám sàng lọc lao tiềm ẩn, lý do tại sao anh/ chị vẫn đi khám?
14. Có nhân viên y tế nào từ trung tâm y tế/ trạm y tế xã liên hệ với anh/chị và tư vấn anh/chị cần đi khám kiểm tra bệnh lao không? Anh/ chị nghĩ việc nhân viên y tế liên hệ với gia đình người bệnh lao tư vấn đi khám kiểm tra có cần thiết không? Vì sao?
15. Nếu anh/chị có đi khám sàng lọc triệu chứng nghi mắc lao hoặc đã thử phản ứng lao ở da (Xét nghiệm Mantoux) hoặc xét nghiệm máu (IGRA), anh/chị có biết kết quả không? Anh/ chị quay lại cơ sở y tế lấy kết quả hay biết kết quả qua kênh thông tin nào? Vì sao?
16. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị về nhiễm lao và nguy cơ mắc lao tiến triển trong tương lai không? Xin anh/ chị mô tả nhân viên y tế đã tư vấn những gì sau khi anh/ chị có kết quả xét nghiệm?
17. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải thực hiện các bước chẩn đoán tiếp theo không? Anh/ chị được tư vấn những gì?
18. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tư vấn phải tiếp tục thực hiện một số xét nghiệm khác, anh/ chị có thực hiện không? Vì sao?
19. Anh/ chị có nhớ đã được thực hiện dịch vụ khám/ chẩn đoán gì sau khi có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu)? Anh/ chị có hiểu mục đích của các xét nghiệm này không?
20. Anh/ chị có được nhân viên y tế giải thích kết quả của các xét nghiệm đã thực hiện không?
21. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), và kết quả các xét nghiệm khác cho thấy không mắc lao, nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải điều trị lao tiềm ẩn không? Anh/ chị có nhớ được tư vấn những gì không?

22. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), và kết quả các xét nghiệm khác cho thấy không mắc lao, nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện tư vấn điều trị lao tiềm ẩn, anh/ chị đã đồng ý uống thuốc theo phác đồ được chỉ định không? Vì sao?
23. Anh/ chị có biết các loại thuốc phải uống và thời gian điều trị lao tiềm ẩn trong bao lâu không? Anh/ chị có nhận xét gì về phác đồ điều trị không? Vì sao?
24. Anh/ chị có tuân thủ phác đồ điều trị không? Anh/ chị có biết hiệu quả của tuân thủ phác đồ điều trị không? Ví dụ nếu anh/ chị hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn, khả năng mắc lao tiến triển trong tương lai của anh/ chị là bao nhiêu %?
25. Trong quá trình điều trị, có thời điểm nào anh/ chị không tuân thủ phác đồ điều trị không? (bỏ không uống thuốc, không uống đủ các loại thuốc, không uống đủ lượng thuốc theo chỉ định?) Nguyên nhân vì sao?
26. Nếu anh/ chị đã có thời điểm không tuân thủ phác đồ điều trị, xin anh/ chị cho biết việc này kéo dài trong thời gian bao lâu? Nguyên nhân anh/ chị tiếp tục tuân thủ điều trị là gì?
27. Anh/ chị có biết hậu quả của việc không tuân thủ phác đồ điều trị không?
28. Nhân viên y tế có giám sát sự tuân thủ của anh/ chị trong quá trình điều trị không? Giám sát như thế nào và tần suất ra sao?
29. Anh/ chị có được tư vấn về các tác dụng phụ có thể gặp trong quá trình điều trị không? Tần suất thường xuyên gặp các tác dụng phụ nghiêm trọng là như thế nào?
30. Anh/ chị có bị tác dụng phụ trong quá trình điều trị không? Nhân viên y tế có tư vấn cách phát hiện và xử trí trong trường hợp xảy ra tác dụng phụ của thuốc không? Xin anh/ chị mô tả nhân viên y tế đã tư vấn những gì?
31. Nếu anh/ chị bị tác dụng phụ trong quá trình điều trị, xin anh/ chị cho biết anh/ chị gặp những tác dụng phụ gì? Ai là người phát hiện ra việc anh/ chị bị tác dụng phụ của thuốc? Nhân viên y tế xử trí như thế nào?
32. Nếu anh/ chị bị tác dụng phụ trong quá trình điều trị, xin anh/ chị mô tả tình trạng tại thời điểm đó như thế nào? (ảnh hưởng đến tinh thần, sức khỏe, sự thoải mái, v.v.)
33. Anh/ chị có gặp những khó khăn gì trong cuộc sống trong quá trình điều trị lao tiềm ẩn không? Xin anh/ chị mô tả (kinh tế, công việc, học tập, mối quan hệ gia đình, hàng xóm, bạn bè, đồng nghiệp, v.v.)?
34. Anh/ chị cảm thấy như thế nào sau khi hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn?

35. Các nhân viên y tế ở cơ sở y tế này trả lời những câu hỏi của anh/chị về việc chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn của anh chị như thế nào?
36. Anh/chị có cảm thấy tin tưởng vào đội ngũ nhân viên y tế tại cơ sở y tế này không? Vì sao?
37. Anh/chị hài lòng như thế nào về những chăm sóc mà anh/chị nhận được từ cơ sở y tế này? Vì sao?
38. Nếu chưa hoàn toàn hài lòng về dịch vụ tại cơ sở y tế, theo anh/ chị, cơ sở y tế này cần làm gì để cải thiện các dịch vụ mà anh/chị đã nhận được?

Trân trọng cảm ơn anh/ chị đã cung cấp thông tin.

CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI LỚN TIẾP XÚC HỘ GIA ĐÌNH (KHÔNG HOÀN THÀNH ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN)

Họ tên người phỏng vấn: _____

Địa điểm phỏng vấn:

Tại nhà |____|

Bệnh viện/ phòng khám |____|

Nơi khác: _____

Ngày phỏng vấn: Ngày|____|/tháng|____|/năm|____|

Họ tên của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Mã số đăng ký điều trị (nếu có): _____

Số điện thoại của người tiếp xúc (sử dụng khi cần làm rõ thêm thông tin): _____

Quan hệ của người tiếp xúc với người bệnh chỉ điểm: _____

Tuổi của người tiếp xúc được phỏng vấn: _____

Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ thường trú: _____

Trình độ học vấn: _____

NỘI DUNG PHỎNG VẤN

1. Anh/chị có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không?
2. Anh/chị thường đi khám ở đâu nếu anh/chị có vấn đề về sức khỏe? Tại sao lại lựa chọn cơ sở này?
3. Theo anh/chị, bệnh lao lây truyền từ người này sang người khác như thế nào?
4. Anh/chị nghĩ làm thế nào để phòng bệnh lao?
5. Anh/ chị có biết thông tin về chẩn đoán và điều trị lao không? Anh/ chị biết thông tin qua kênh truyền thông nào?
6. Anh/chị đã bao giờ nghe đến khái niệm “nhiễm lao” hay “lao tiềm ẩn” chưa?
7. Người bệnh lao ở gia đình anh/chị (người ở cùng nhà với anh/chị, mới được chẩn đoán lao và bắt đầu điều trị bệnh lao) có nói cho anh/chị về tình trạng bệnh của họ và khuyên anh/chị cần phải đi khám kiểm tra bệnh lao không?
8. Anh/chị có lo lắng mắc bệnh lao không? Vì sao?
9. Lý do anh/chị khám phát hiện bệnh lao sau khi người nhà anh/chị được chẩn đoán mắc lao?

10. Anh/chị có bị lỡ công việc hoặc lỡ việc học tập do anh/chị phải đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn (TST/IGRA hoặc các triệu chứng nghi mắc lao) ở phòng khám/bệnh viện không? Cụ thể như thế nào?
11. Anh/ chị tốn kém những chi phí gì khi đến khám sàng lọc lao tiềm ẩn?
12. Anh/ chị gặp có khăn gì khác khi đến cơ sở y tế để khám sàng lọc lao tiềm ẩn không?
13. Trong trường hợp NTX trả lời có gặp một số khó khăn khi đi khám sàng lọc lao tiềm ẩn, lý do tại sao anh/ chị vẫn đi khám?
14. Có nhân viên y tế nào từ trung tâm y tế/ trạm y tế xã liên hệ với anh/chị và tư vấn anh/chị cần đi khám kiểm tra bệnh lao không? Anh/ chị nghĩ việc nhân viên y tế liên hệ với gia đình người bệnh lao tư vấn đi khám kiểm tra có cần thiết không? Vì sao?
15. Nếu anh/chị có đi khám sàng lọc triệu chứng nghi mắc lao hoặc đã thử phản ứng lao ở da (Xét nghiệm Mantoux) hoặc xét nghiệm máu (IGRA), anh/chị có biết kết quả không? Anh/ chị quay lại cơ sở y tế lấy kết quả hay biết kết quả qua kênh thông tin nào? Vì sao?
16. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị về nhiễm lao và nguy cơ mắc lao tiến triển trong tương lai không? Xin anh/ chị mô tả nhân viên y tế đã tư vấn những gì sau khi anh/ chị có kết quả xét nghiệm?
17. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải thực hiện các bước chẩn đoán tiếp theo không? Anh/ chị được tư vấn những gì?
18. Anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), nhân viên y tế tư vấn phải tiếp tục thực hiện một số xét nghiệm khác, anh/ chị có thực hiện không? Vì sao?
19. Anh/ chị có nhớ đã được thực hiện dịch vụ khám/ chẩn đoán gì sau khi có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu)? Anh/ chị có hiểu mục đích của các xét nghiệm này không?
20. Anh/ chị có được nhân viên y tế giải thích kết quả của các xét nghiệm đã thực hiện không?
21. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), và kết quả các xét nghiệm khác cho thấy không mắc lao, nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện có tư vấn cho anh/ chị phải điều trị lao tiềm ẩn không? Anh/ chị có nhớ được tư vấn những gì không?

22. Nếu anh/chị có kết quả xét nghiệm dương tính (xét nghiệm Mantoux hoặc xét nghiệm máu), và kết quả các xét nghiệm khác cho thấy không mắc lao, nhân viên y tế tại phòng khám/bệnh viện tư vấn điều trị lao tiềm ẩn, anh/ chị đồng ý uống thuốc theo phác đồ được chỉ định, xin anh/ chị cho biết lý do?
23. Anh/ chị có biết các loại thuốc phải uống và thời gian điều trị lao tiềm ẩn trong bao lâu không? Anh/ chị có nhận xét gì về phác đồ điều trị không? Vì sao?
24. Anh/ chị có được tư vấn về các tác dụng phụ có thể gặp trong quá trình điều trị không? Tần suất thường xuyên gặp các tác dụng phụ nghiêm trọng là như thế nào?
25. Nhân viên y tế có tư vấn cách phát hiện và xử trí trong trường hợp xảy ra tác dụng phụ của thuốc không? Xin anh/ chị mô tả nhân viên y tế đã tư vấn những gì?
26. Anh/ chị có lo lắng sẽ gặp hay đã từng xảy ra các tác dụng phụ trong quá trình điều trị? Đây có phải là nguyên nhân anh/ chị không hoàn thành phác đồ điều trị?
27. Nếu anh/ chị bị tác dụng phụ trong quá trình điều trị, xin anh/ chị cho biết anh/ chị gặp những tác dụng phụ gì? Ai là người phát hiện ra việc anh/ chị bị tác dụng phụ của thuốc? Nhân viên y tế xử trí như thế nào?
28. Nếu anh/ chị bị tác dụng phụ trong quá trình điều trị, xin anh/ chị mô tả tình trạng tại thời điểm đó như thế nào? (ảnh hưởng đến tinh thần, sức khỏe, sự thoải mái, v.v.)
29. Trong quá trình điều trị, thời điểm nào anh/ chị không tuân thủ phác đồ điều trị? (bỏ không uống thuốc, không uống đủ các loại thuốc, không uống đủ lượng thuốc theo chỉ định?) Nguyên nhân vì sao? (thời gian điều trị, loại thuốc, giám sát của CBYT, không thấy cần thiết, ảnh hưởng đến cuộc sống, v.v.)
30. Anh/ chị có biết hiệu quả của tuân thủ phác đồ điều trị không? Ví dụ nếu anh/ chị hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn, khả năng mắc lao tiến triển trong tương lai của anh/ chị là bao nhiêu %?
31. Anh/ chị có biết hậu quả của việc không tuân thủ phác đồ điều trị không?
32. Nhân viên y tế có giám sát sự tuân thủ của anh/ chị trong quá trình điều trị không? Giám sát như thế nào và tần suất ra sao?
33. Xin anh/ chị cho biết tại sao nhân viên y tế biết việc anh/ chị không tuân thủ phác đồ điều trị? (qua giám sát, hay người bệnh tự nói, v.v.)? Xin anh/ chị cho biết bao lâu sau khi anh/ chị không tuân thủ phác đồ điều trị thì nhân viên y tế mới biết sự việc?
34. Sau khi anh/ chị không tuân thủ phác đồ điều trị (bỏ trị), nhân viên y tế có tư vấn, động viên anh/ chị tiếp tục điều trị không? Địa điểm tư vấn ở đâu? Nhân

- viên y tế tư vấn những gì? Ai là người thực hiện hoạt động tư vấn này? (tuyên
huyện/ xã? Nhân viên chuyên trách lao?)
35. Nếu nhân viên y tế có tư vấn anh/ chị tiếp tục điều trị, anh/ chị không đồng ý,
nhân viên y tế có quay lại tư vấn thêm lần nào nữa không? Nếu có, cách lần tư
vấn đầu tiên bao lâu?
 36. Anh/ chị gặp những khó khăn gì trong cuộc sống nếu điều trị lao tiềm ẩn? (kinh tế,
công việc, học tập, mối quan hệ gia đình, hàng xóm, bạn bè, đồng nghiệp, v.v.)?
 37. Anh/ chị có lo lắng sẽ bị kỳ thị/ phân biệt đối xử từ hàng xóm/ cộng đồng khi đi
điều trị lao tiềm ẩn không?
 38. Anh/ chị có giấu thông tin người nhà của mình đang mắc và điều trị bệnh lao
không?
 39. Hiện tại, anh chị tiếp xúc với người nhà đang mắc lao như thế nào? Có cách ly
không?
 40. Anh/ chị có biết người nhà của người bệnh lao phổi có bằng chứng vi khuẩn có
khả năng lây bệnh cao hơn so với những người khác không?
 41. Anh/chị có cảm thấy tin tưởng vào đội ngũ nhân viên y tế tại cơ sở y tế huyện
không? Vì sao?
 42. Anh/chị đã sử dụng dịch vụ tại trung tâm y tế huyện chưa? Nếu đã sử dụng, anh/ chị
có cảm thấy hài lòng về những chăm sóc mà anh/chị nhận được? Vì sao?
 43. Nếu chưa hoàn toàn hài lòng về dịch vụ tại cơ sở y tế, theo anh/ chị, cơ sở y tế
này cần làm gì để cải thiện các dịch vụ mà anh/chị đã nhận được?
 44. Anh/ chị có nghĩ trong tương lai có khả năng mắc lao tiến triển khi cơ thể mình
bị nhiễm lao và không hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn không? Vì sao?
 45. Anh/chị có dự định trong một thời gian gần đây sẽ tiếp tục điều trị lao tiềm
ẩn không? Vì sao?
 46. Nếu vẫn không có kế hoạch sẽ tiếp tục điều trị lao tiềm ẩn, anh/ chị nghĩ nên
điều trị khi có các dấu hiệu gì?

Trân trọng cảm ơn anh/ chị đã cung cấp thông tin.

PHỤ LỤC 6
PHỎNG VẤN SÂU DÀNH CHO NHÂN VIÊN Y TẾ THAM GIA
PHÒNG CHỐNG LAO

Họ tên người phỏng vấn: _____

Địa điểm phỏng vấn:

Tại nhà |____|

Bệnh viện/ phòng khám |____|

Nơi khác: _____

Ngày phỏng vấn: Ngày|____|/tháng |____|/năm|____|

Họ tên của CBYt được phỏng vấn: _____

Số điện thoại của người được PV (sử dụng khi cần làm rõ thêm thông tin): _____

Tuổi của người được phỏng vấn: _____

Vị trí : _____

Thời gian làm CBYT: _____

Thời gian làm tại cơ sở y tế hiện tại: _____

Địa chỉ thường trú: _____

Trình độ học vấn: _____

NỘI DUNG PHỎNG VẤN

A. Sàng lọc lao tiềm ẩn:

1. Khi anh/chị gặp một người bệnh người lớn vừa được chẩn đoán mắc bệnh lao tiến triển, anh/chị sẽ giải thích gì cho họ?
2. Anh/ chị nghĩ ai nên được sàng lọc lao tiềm ẩn? Vì sao?
3. Anh/ chị có khuyên người bệnh người lớn vừa được chẩn đoán mắc bệnh lao tiến triển thông báo người nhà đến sàng lọc lao/ lao tiến triển không? Vì sao?
4. Thông thường người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao tiến triển có đến cơ sở y tế để được chẩn đoán lao/ lao tiềm ẩn không? Anh/ chị ước tính bao nhiêu % đến cơ sở y tế để sàng lọc?
5. Theo anh/ chị, thời điểm nào thuận lợi nhất để khuyến khích người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao tiến triển đến cơ sở y tế sàng lọc lao/ lao tiềm ẩn? Vì sao?

6. Theo anh/ chị, nguyên nhân vì sao người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao tiến triển có đến cơ sở y tế để được chẩn đoán lao/ lao tiềm ẩn?
7. Theo anh/ chị, nguyên nhân vì sao người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao tiến triển KHÔNG đến cơ sở y tế để được chẩn đoán lao/ lao tiềm ẩn? Anh/ chị có để ý người tiếp xúc hộ gia đình ở lứa tuổi nào/ nghề nghiệp nào/ khu vực nào (nông thôn, thành thị)... thường KHÔNG chấp nhận đến cơ sở y tế để được chẩn đoán lao/ lao tiềm ẩn? Vì sao?
8. Cơ sở y tế/ chương trình lao có hỗ trợ gì để người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao tiến triển mới được chẩn đoán hiểu được tầm quan trọng của sàng lọc lao/ lao tiềm ẩn không? Xin anh/ chị liệt kê và mô tả các can thiệp?
9. Cơ sở y tế/ chương trình lao có hỗ trợ gì về tài chính để khuyến khích người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao tiến triển mới được chẩn đoán đến cơ sở y tế sàng lọc lao/ lao tiến triển không? Nếu có, xin kể ra cụ thể.
10. Trong trường hợp người tiếp xúc hộ gia đình KHÔNG đến cơ sở y tế để khám sàng lọc lao/ lao tiềm ẩn, anh/ chị hay đồng nghiệp có làm gì để khuyến khích/ động viên họ không? Nếu không, vì sao? Nếu có, hiệu quả của các hoạt động khuyến khích ấy như thế nào?
11. Nhân viên y tế tuyến xã có hỗ trợ trong điều tra người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao tiến triển không? Nếu có, xin anh/ chị mô tả các hoạt động của họ?
12. Anh/ chị đánh giá như thế nào về vai trò của nhân viên y tế tuyến xã trong điều tra người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao tiến triển?
13. Anh/ chị cho biết các bước cần thực hiện để sàng lọc lao tiềm ẩn cho người tiếp xúc **là người lớn**?
14. Anh/ chị cho biết các bước cần thực hiện để sàng lọc lao tiềm ẩn cho người tiếp xúc **nhỏ hơn 5 tuổi**? Có khác so với sàng lọc lao tiềm ẩn cho người lớn không? Trẻ em nhỏ hơn 5 tuổi được chẩn đoán lao tiềm ẩn dựa vào các yếu tố nào?
15. Với những người tiếp xúc được chẩn đoán mắc lao tiềm ẩn (TST hoặc IGRA dương tính), họ nên làm gì để dự phòng bệnh lao?
16. Với người tiếp xúc là **người lớn** và được chẩn đoán lao tiềm ẩn (TST dương tính hoặc IGRA) cần thực hiện bổ sung gì thêm không? Nếu có, xin mô tả chi tiết các bước tiếp theo?
17. Theo anh/ chị, nguyên nhân vì sao người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao tiến triển KHÔNG hoàn thành quy trình chẩn đoán lao/ lao tiềm ẩn? Anh/ chị có để ý người tiếp xúc hộ gia đình ở lứa tuổi nào/ nghề nghiệp nào/ khu vực nào (nông thôn, thành thị)... thường KHÔNG hoàn thành quy trình chẩn đoán lao/ lao tiềm ẩn? Vì sao?

18. Có trường hợp nào người tiếp xúc hộ gia đình thực hiện xét nghiệm TST nhưng không quay lại lấy kết quả không? Nếu có, thường là những trường hợp nào?
19. Trong trường hợp người tiếp xúc hộ gia đình có kết quả TST dương tính, nhưng không thực hiện tiếp quy trình sàng lọc, anh/ chị có tư vấn, động viên họ không? Thông thường họ phản ứng lại với tư vấn của anh/ chị như thế nào?
20. Nhân viên y tế tuyến xã có hỗ trợ trong việc khuyến khích người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao tiến triển hoàn thành quy trình sàng lọc lao tiềm ẩn không? Nếu có, xin anh/ chị mô tả các hoạt động và vai trò của họ?

B. Điều trị lao tiềm ẩn

21. Giả sử anh/chị là người nhà của người bệnh mắc lao hoạt động, và có kết quả xét nghiệm lao tiềm ẩn dương tính (TST) hoặc xét nghiệm máu (IGRA), anh/chị có điều trị lao tiềm ẩn không? Vì sao?
22. Ai nên được điều trị nhiễm lao tiềm ẩn trong số những người tiếp xúc hộ gia đình với người bệnh lao chỉ điểm mới được chẩn đoán (*lứa tuổi nào? Trong điều kiện nào? Sau khi làm xét nghiệm gì?*)
23. Nếu anh/chị đang điều trị lao tiềm ẩn bằng INH (chỉ riêng INH), thời gian điều trị là bao lâu theo hướng dẫn chuẩn của chương trình chống lao quốc gia?
24. Hiệu quả của một gói điều trị đầy đủ (INH, RIF ...v.v) đối với việc dự phòng lao?
25. Anh/ chị có tư vấn cho người bệnh về các tác dụng phụ thường gặp trong quá trình điều trị lao tiềm ẩn? Tần suất xuất hiện và mức độ nghiêm trọng? Nếu có, anh/ chị có để ý thái độ của người bệnh khi nghe tư vấn về vấn đề này như thế nào?
26. Có thường xảy ra các tác dụng phụ khi điều trị dự phòng lao tiềm ẩn ở **trẻ nhỏ dưới 5 tuổi**? Mức độ phổ biến xảy ra các tác dụng phụ nghiêm trọng (ví dụ: viêm gan)?
27. Có thường xảy ra các tác dụng phụ khi điều trị dự phòng lao tiềm ẩn ở **người tiếp xúc là người lớn**? Mức độ phổ biến xảy ra các tác dụng phụ nghiêm trọng (ví dụ: viêm gan)?
28. Theo anh/ chị, nguyên nhân vì sao người tiếp xúc hộ gia đình được chẩn đoán mắc lao tiềm ẩn (loại trừ lao tiến triển) **KHÔNG** chấp nhận điều trị lao tiềm ẩn? Anh/ chị có để ý người tiếp xúc hộ gia đình ở lứa tuổi nào/ nghề nghiệp nào/ khu vực nào (nông thôn, thành thị)... thường **KHÔNG** chấp nhận điều trị lao tiềm ẩn không? Vì sao?
29. Theo anh/ chị, nguyên nhân vì sao người tiếp xúc hộ gia đình được chẩn đoán mắc lao tiềm ẩn (loại trừ lao tiến triển) đã chấp nhận điều trị nhưng không hoàn thành điều trị? Anh/ chị có để ý người tiếp xúc hộ gia đình ở lứa tuổi nào/ nghề nghiệp nào/ khu vực nào (nông thôn, thành thị)... thường **KHÔNG** hoàn thành phác đồ điều trị lao tiềm ẩn không? Vì sao?

30. Anh/ chị có giám sát sự tuân thủ điều trị của người bệnh trong quá trình điều trị lao tiềm ẩn không? Giám sát qua những hình thức nào? Ai là người giám sát?
31. Thông thường anh/ chị phát hiện người bệnh bỏ trị/ không tuân thủ điều trị trong hoàn cảnh nào? Thường bao lâu sau khi người bệnh bỏ trị/ không tuân thủ điều trị anh chị mới biết thông tin?
32. Trong trường hợp người bệnh bỏ trị/ không tuân thủ điều trị, anh/ chị có tư vấn, khuyến khích người bệnh tiếp tục điều trị và tuân thủ điều trị không? Thông thường, người bệnh có nghe theo tư vấn của anh/ chị không? Nếu người bệnh không nghe tư vấn của anh/ chị, anh chị có tiếp tục tư vấn trong thời gian sau đó không? Thường lần tư vấn tiếp theo là sau bao lâu? Địa điểm ở đâu?
33. Anh/chị có nghĩ là cơ sở y tế nơi anh/chị đang nên sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn cho người tiếp xúc hộ gia đình?
34. Trong buổi tuyên truyền/giáo dục về khám sàng lọc lao tiềm ẩn cho người tiếp xúc hộ gia đình của người bệnh lao, những nội dung quan trọng nào nên được đề cập?
35. Theo quan điểm của nhân viên y tế, anh/chị nghĩ là có khó khăn, trở ngại gì trong việc điều trị lao tiềm ẩn tại cơ sở y tế này không? Nếu có, xin anh/ chị mô tả?
36. Theo quan điểm của anh/ chị, hoạt động sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn hiện nay đã hợp lý chưa? Có cần cải thiện để tốt hơn không? Xin anh/ chị cho ý kiến về các đề xuất/ khuyến cáo của anh/ chị.

Trân trọng cảm ơn anh/ chị đã cung cấp thông tin.

PHỤ LỤC 7

SỔ ĐĂNG KÝ THEO DÕI NGƯỜI TIẾP XÚC VỚI NGƯỜI BỆNH LAO PHỔI

Người bệnh chỉ điểm				Bước 1: Nhận diện người tiếp xúc (NTX)							Bước 2: Tiến hành đánh giá ban đầu		
Họ tên	Số đăng ký	Ngày đăng ký ng/th/năm	Thẻ bệnh: 1.Soi + 2.Soi+ Cây + 3.Soi- Cây+ 4.Xpert+	Họ tên người tiếp xúc	Số đăng ký người bệnh chỉ điểm - Số thứ tự NTX	Giới: 1. Nam 2. Nữ	Loại tiếp xúc		Tuổi (ghi năm, trường hợp dưới 12 tháng: ghi số tháng vd: 5 th...)			Đã liên lạc với NTX	
							Hộ Gia đình	Khác	Trẻ < 5 tuổi	5 - 14 tuổi	>14 tuổi	Có	Không
Tổng từng cột của trang		/	/	/	/	/	/						/
Tên biến số trong tập Excel phân tích	Ca bệnh								3A	1A	1B	2	

Bước 3: Hoàn tất đánh giá ban đầu					Bước 4: Tiến hành thăm định y khoa				Bước 5: Hoàn tất thăm định y khoa*				Bước 6 & 7 Tiến hành điều trị lao tiềm ẩn (mọi tuổi)				Hoàn tất điều trị LTA		Ghi chú
Không cần tiêm Mantoux (Người đã điều trị lao, lao tiềm ẩn)	Hoàn tất xét nghiệm Mantoux (lao tố)				Gặp NTX tại phòng khám (YBS - ĐĐ)		Gặp NTX tại phòng khám (YBS - ĐĐ)		Chụp X quang phổi		Kết quả thử đờm (Âm hoặc Dương)**		Bước 6: Có chỉ định điều trị LTA		Bước 7: Đã tiến hành điều trị LTA		Ngưng điều trị cho chỉ định của thầy thuốc		1. Có chẩn đoán lao, 2. TST âm nhưng có triệu chứng nghi lao, 3. TST âm nhưng HIV+. hoặc ghi nguyên nhân không chỉ định điều trị LTA hoặc không tiến hành điều trị LTA
	Ngày thử test	Kết quả																	
	Ng/th/năm	Ghi bằng mm vào ô tương ứng			Trẻ 5 < tuổi (sang bước 6)		Người từ 5 tuổi trở lên		Ngày chụp	Kết quả	Mẫu 1	Mẫu 2	Có	Không	Có	Không	Có	Không	
	< 5mm	< 5mm	≥ 5mm	ngày/tháng/năm					1. Bình thường 2. Bất thường nghi lao 3. Bất thường ko lao										
1. tiền sử lao 2. tiền sử LTA 3. Khác	Có dấu hiệu nghi lao	Không có dấu hiệu nghi lao	Có hoặc không có dấu hiệu nghi lao	Có	Không	Có	Không												
3B		3S	3D	3C	4a		4b		5				6		7		Chấm dứt		

Cột màu xám chỉ sử dụng cho trẻ < 5 tuổi

PHỤ LỤC 8

THẺ THEO DÕI ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH LAO TIỀM ẨN

Họ và tên bệnh nhân:		Địa chỉ:		Điện thoại:			
Ngày bắt đầu điều trị:/...../.....						
Ngày kết thúc điều trị:/...../.....						
		Theo dõi điều trị					
TT	Nội dung theo dõi	Lần 1: ngày.../.../...	Lần 2: ngày.../.../...	Lần 3: ngày.../.../...	Lần 4: ngày.../.../...	Lần 5: ngày.../.../...	Lần 6: ngày.../.../...
1	Tình trạng uống thuốc						
2	Cân nặng						
3	Tác dụng phụ						
4	Triệu chứng của bệnh lao						
5	Khác						
	Đánh giá kết quả điều trị:						
	Người theo dõi điều trị:						

Tình trạng uống thuốc: Đầy đủ (uống thuốc đều hàng ngày, đủ các ngày trong tháng). Thiếu: Ghi rõ số liều thiếu/tháng.

- Cân nặng: Ghi rõ cân nặng lần giám sát điều trị
- Tác dụng phụ: Ghi rõ dấu hiệu tác dụng ngoài ý muốn của thuốc như vàng da, vàng mắt (nếu có) và cách xử trí.
- Triệu chứng bệnh lao. Ghi rõ các triệu chứng nghi lao xuất hiện trong khi đang điều trị dự phòng, cần chuyển lên tuyến quận/huyện để khám phát hiện bệnh lao.
- Khác: Ghi rõ những vấn đề khác, nếu có
- Đánh giá kết quả điều trị: Hoàn thành điều trị khi uống đủ tổng số 180 liều INH/6 tháng. Nếu quên điều trị <2 tháng, thì điều trị tiếp với tổng thời gian điều trị không quá 9 tháng. Nếu quên điều trị >2 tháng, thì điều trị lại từ đầu.

PHỤ LỤC 9

PHÊ DUYỆT ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU (TRƯỜNG ĐẠI HỌC MCGILL, CANADA, BỘ Y TẾ, BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG)

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG
HỘI ĐỒNG KHOA HỌC & ĐẠO ĐỨC

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập-Tự do-Hạnh phúc

Số: *H.Đ./Đ.G./CT-HĐKH-ĐĐ*
V/v *Chấp thuận triển khai nghiên cứu*

Hà Nội, ngày 13 tháng 4 năm 2016

CHẤP THUẬN TRIỂN KHAI NGHIÊN CỨU

Hội đồng Khoa học và Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Bệnh viện Phổi Trung ương đã tiếp nhận và xem xét hồ sơ của đề tài sau:

Tên đề tài: **“Tăng cường tác động của can thiệp y tế công cộng đối với việc chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn.”**

Mã số đề tài: 441/2016/NCKH

Chủ nhiệm đề tài: PGS.TS. Nguyễn Việt Nhung, TS. Dick Benzies, TS. Greg Fox, GS.TS. Guy Marks

Các nghiên cứu viên: TS. Nguyễn Bình Hòa, TS. Nguyễn Tuấn Anh, TS. Nguyễn Thu Anh, CN. Nguyễn Văn Anh.

Thời gian nghiên cứu: Từ 11-2015 đến 9-2018

Sau khi nghiên cứu, xem xét đề cương nghiên cứu, đối chiếu với các Quy chế Nghiên cứu Khoa học và Đạo đức hiện hành, Hội đồng Khoa học và Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Bệnh viện Phổi Trung ương chấp thuận cho triển khai nghiên cứu trên.

Hội đồng cam kết luôn tuân thủ các nguyên tắc thực hành tốt thử nghiệm lâm sàng – GCP trong quá trình xem xét và phê duyệt các đề tài thử nghiệm lâm sàng tại bệnh viện.

CƠ QUAN CHỦ TRÌ ĐỀ TÀI

PHÓ CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

THƯ KÝ HỘI ĐỒNG



Lê Văn Hải
PHÓ GIÁM ĐỐC
Lê Văn Hải

Nguyễn Chi Lăng
Nguyễn Chi Lăng

Hàn Trung Điền
Hàn Trung Điền

BỘ Y TẾ
BAN ĐÁNH GIÁ VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC
TRONG NGHIÊN CỨU Y SINH HỌC

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 80 /CN-BĐGDĐ

Hà Nội, ngày 21 tháng 8 năm 2016

GIẤY CHỨNG NHẬN

Chấp thuận của Ban Đánh giá vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bộ Y tế đối với các thay đổi trong nghiên cứu

Căn cứ Quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16/02/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc thành lập Ban Đánh giá vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bộ Y tế nhiệm kỳ 2012 - 2017;

Căn cứ Quyết định số 460/QĐ-BYT ngày 16/02/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động Ban Đánh giá vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bộ Y tế nhiệm kỳ 2012 - 2017;

Căn cứ Biên bản số 31/BB-BĐGDĐ ngày 15/07/2016 của Ban đánh giá đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bộ Y tế;

Ban Đánh giá vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bộ Y tế chấp thuận về khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu đối với đề cương nghiên cứu:

1. Tăng cường tác động của can thiệp y tế công cộng đối với việc chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn. Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên cụm ứng dụng.
2. Nghiên cứu viên chính: PGS.TS Nguyễn Việt Nhung, TS.BS Gregory James Fox, GS. TS. BS Dick Menzies.
3. Tổ chức nhận thử: Bệnh viện Phổi Trung ương.
4. Giai đoạn nghiên cứu: Giai đoạn III.
5. Địa điểm triển khai: 08 tổ chống lao quận/huyện tại thành phố Đà Nẵng và tỉnh Quảng Nam.
6. Đối tượng nghiên cứu: Là người tiếp xúc trong cùng hộ gia đình với bệnh nhân lao phổi mới có bằng chứng vi khuẩn học (lao phổi có xét nghiệm đờm dương tính và/hoặc nuôi cấy dương tính), đáp ứng tất cả tiêu chuẩn lựa chọn và không có bất kỳ tiêu chuẩn loại trừ nào theo đề cương nghiên cứu.
7. Số lượng đối tượng dự kiến:
Giai đoạn 1: 200 bệnh nhân.
Giai đoạn 2: Bệnh nhân chỉ điểm: 750 bệnh nhân; người tiếp xúc với hộ gia đình với bệnh nhân lao: 2250 người; Người tiếp xúc điều trị dự phòng: 580 người.
8. Thời gian thực hiện: 2016-2019

Ngày chấp thuận: Ngày 31 tháng 8 năm 2016

Những thay đổi trong triển khai nghiên cứu sẽ phải được Ban Đánh giá vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bộ Y tế xem xét và chấp thuận, trừ trường hợp rõ ràng cần thiết thay đổi để loại trừ nguy cơ trực tiếp cho đối tượng.

Nghiên cứu viên chính phải báo cáo các trường hợp biến cố bất lợi, biến cố bất lợi trầm trọng cho Ban Đánh giá vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bộ Y tế theo đúng các quy định hiện hành.

Nơi nhận:

- Tổ chức nhận thử;
- Nghiên cứu viên chính;
- Chủ tịch Ban (để báo cáo);
- Lưu: VP Ban.

**KT. CHỦ TỊCH BAN
PHÓ CHỦ TỊCH**



Nguyễn Văn Dịp



November 27, 2015

Dr. Dick Menzies
MUHC – RI
2155 Guy Street
Montréal, QC, H3H 2L9
Room 419

Re: Ethics Approval

“Enhancing the Public Health Impact of Latent TB Infection Diagnosis and Treatment: A Pragmatic Stepped Intervention Cluster Randomized Trial.” (15-291-MUHC)

Dear Dr. Menzies,

We are writing in response to the clarifications and revised documents following review by the Cells, tissues, genetics and qualitative research (CTGQ) panel of the McGill University Health Centre Research Ethics Board (MUHC-REB). The study was assigned Study Code 15-291-MUHC as the MUHC reference when discussing the study. At the MUHC, sponsored research activities that require US federal assurance are conducted under Federal Wide Assurance (FWA) 00000840.

Final approval for the study was provided via delegated review of the Co-Chair on November 27, 2015. The review and approval for Protocol (September 2015), Consent form – Contacts, English (version 2, November 26, 2015), Consent form – Source (Index) Patients, English (version 2, November 26, 2015), Consent form – Health Care Workers, English (version 2, November 26, 2015), Contact Registry for ACT4 Public health Trial (version 1, undated) and PH Appendix Tables & Figures (September 2015) will be reported to the Full Board at their next convened meeting and will be entered accordingly in the minutes.

Approval for the study is in effect until **November 26, 2016** and it is the responsibility of the Principal Investigator to maintain the study in good standing at the MUHC. Prior to the expiration of study approval, you must submit to the REB either an “Application for Continuing Review” when the study is ongoing, or a “Termination Report if the research has been completed.

The MUHC REB works under the published guidelines of the “Tri-Council Policy Statement 2”, and the “Plan d’action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique”, and in compliance with the “Food and Drugs Act”, including the “Food and Drug Regulations”, the “Medical Devices Regulations”, and the Natural Health Products Regulations, and act in conformity with standards set forth in the (US) “Code of Federal Regulations” governing human subjects research, and in a manner consistent with internationally accepted principles of good clinical practice.

You must report to the MUHC-REB (CTGQ) promptly should a modification to the research be proposed, and without delay if an unanticipated problem occurs before the next required review. Regulations do not permit you to modify conduct of the study prior to ethics approval for a study amendment; except where urgent action is required to eliminate an apparent immediate hazard to a study subject or other person.

It is important to note you may initiate the study only after all required reviews have been completed and all decisions are favorable. At that time you will receive MUHC Authorization to conduct the study in correspondence issued by the Personne Mandatée of the MUHC.

We trust this will prove satisfactory to you.

Sincerely,



Me Marie Hirtle, LL.B. LL.M.
Co-Chair,
MUHC-REB

**CHỨNG NHẬN CHẤP THUẬN CỦA HỘI ĐỒNG ĐẠO ĐỨC
TRONG NGHIÊN CỨU Y SINH HỌC CẤP CƠ SỞ**
(Đối với Hồ sơ xét duyệt lần đầu)

Căn cứ Quyết định số 109/QĐ-K2ĐT ngày 25 tháng 8 năm 2015 về việc cấp mã số hoạt động cho Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học cấp cơ sở của Trường Đại học Y Hà Nội, mã số IRB - VN01001;

Căn cứ chứng nhận thông qua hoạt động của Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội, mã số IRB00003121, được cấp bởi Bộ Y tế và Dịch vụ nhân sinh Hoa Kỳ, ngày 16 tháng 6 năm 2009, được cấp lại ngày 18 tháng 02 năm 2016;

Căn cứ Quyết định số 3916/QĐ-ĐHYHN, ngày 06 tháng 8 năm 2018 của Hiệu trưởng Trường Đại học Y Hà Nội về việc thành lập Hội đồng, Ban cố vấn và Ban thư ký Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học cấp cơ sở Trường Đại học Y Hà Nội;

Căn cứ Biên bản số NCS38/BB-HĐĐĐ ngày 20 tháng 4 năm 2019 về việc nhận xét của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học cấp cơ sở Trường Đại học Y Hà Nội đối với Hồ sơ nghiên cứu;

Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học cấp cơ sở, Trường Đại học Y Hà Nội (gọi là Hội đồng) chấp thuận như sau:

- Tên đề tài: Thực trạng chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn tại hai tỉnh Quảng Nam, Đà Nẵng và kết quả một số giải pháp can thiệp
- Nghiên cứu viên chính: Lương Anh Bình
- Thời gian thực hiện đề tài: Từ 2016- 2019
- Đơn vị chủ trì: Bệnh viện Phổi Trung ương
- Đơn vị tài trợ: Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock
- Địa điểm triển khai: hai tỉnh Đà Nẵng và Quảng Nam, Việt Nam
- Quy trình xét duyệt của Hội đồng: Quy trình Rút gọn

Nghiên cứu viên chính có trách nhiệm hoàn thiện Hồ sơ theo ý kiến của Hội đồng tại Biên bản số NCS38/BB-HĐĐĐ ngày 20 tháng 4 năm 2019.

Hội đồng chấp thuận cho phép Nghiên cứu viên chính tổ chức triển khai nghiên cứu theo đúng nội dung được phê duyệt.

Nghiên cứu viên chính có trách nhiệm tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học đã được cam kết trong hồ sơ nghiên cứu; nộp báo cáo tiến độ hàng năm; báo cáo đột xuất theo yêu cầu của Hội đồng; báo cáo các sự cố bất lợi/bất lợi nghiêm trọng khi xảy ra và báo cáo nghiệm thu đề tài khi hết hạn thực hiện nghiên cứu.

ỦY VIÊN THƯỜNG TRỰC



TS. Nguyễn Thanh Bình



PGS.TS. Lê Minh Giang