

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

TRẦN THANH HÙNG

**NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VÀ ĐÁNH GIÁ
KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP LAO PHỔI TÁI PHÁT TẠI
THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2014-2017**

Chuyên ngành: Y tế Công cộng

Mã số: 62.72.03.01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Cần Thơ - 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

TRẦN THANH HÙNG

**NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VÀ ĐÁNH GIÁ
KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP LAO PHỔI TÁI PHÁT TẠI
THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2014-2017**

Chuyên ngành: Y tế Công cộng

Mã số: 62.72.03.01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

1. PGS.TS. TRẦN NGỌC DUNG

2. PGS.TS. PHẠM THỊ TÂM

Cần Thơ - 2021

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, các kết quả nghiên cứu được trình bày trong luận án là trung thực, khách quan và chưa từng được công bố ở bất kỳ nơi nào.

Tác giả luận án

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	i
MỤC LỤC	ii
CÁC CHỮ VIẾT TẮT TRONG ĐỀ TÀI.....	iv
DANH MỤC CÁC BẢNG	vi
DANH MỤC CÁC HÌNH	ix
DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ	x
DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ.....	x
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Khái quát về bệnh lao	3
1.2. Lao tái phát	15
1.3. Tình hình lao phổi tái phát.....	18
1.4. Yếu tố liên quan lao phổi tái phát.....	22
1.5. Điều trị lao phổi tái phát	26
1.6. Các nghiên cứu trước có liên quan	29
Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	34
2.1. Đối tượng nghiên cứu	34
2.2. Phương pháp nghiên cứu	35
2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	51
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	52
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	52
3.2. Tỷ lệ lao phổi tái phát (LPTP)	59
3.3. Một số yếu tố liên quan đến lao phổi tái phát.....	63

3.4. Kết quả điều trị lao phổi tái phát	71
Chương 4 BÀN LUẬN.....	81
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	81
4.2. Tỷ lệ lao phổi tái phát	87
4.3. Một số yếu tố liên quan đến lao phổi tái phát.....	96
4.4. Đánh giá kết quả điều trị can thiệp lao phổi tái phát.....	102
KẾT LUẬN.....	107
1. Tỷ lệ lao phổi tái phát	107
2. Một số yếu tố liên quan đến lao phổi tái phát.....	107
3. Kết quả điều trị lao phổi tái phát và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị lao tái phát	108
KIẾN NGHỊ.....	109
CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHIẾU ĐIỀU TRA	
LỊCH KHÁM ĐỊNH KỲ PHÁT HIỆN BỆNH LAO PHỔI TÁI PHÁT	
DANH SÁCH CÁC BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU	

CÁC CHỮ VIẾT TẮT TRONG ĐỀ TÀI

Chữ viết tắt	Tiếng việt	Tiếng Anh
AFB	Vi khuẩn kháng cồn và acid	Acid-Fast Bacilli
MTB	Vi khuẩn lao người	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
MDR-TB	Lao đa kháng thuốc	Multidrug-resistant tuberculosis
MDR/RR-TB	Lao đa kháng thuốc/kháng rifampicin	Multidrug/rifampicin-resistant Tuberculosis
HIV	Virus gây suy giảm miễn dịch ở người	Human immunodeficiency virus
AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải.	Acquired immunodeficiency syndrome
CD4	Tế bào lympho T loại CD4	Cluster of differentiation
DOTS	Điều trị ngắn ngày có giám sát trực tiếp	Directly observed treatment short course
IGRA	Xét nghiệm tìm interferon gamma trong máu	Interferon Gamma Release Assay
RFLP	Đa hình chiều dài đoạn giới hạn	Restriction fragment length polymorphism
MGIT	Nuôi cấy trong môi trường lỏng	Mycobacterium Growth Indicator Tube
COPD	Bệnh phổi mãn tính tắc nghẽn	Chronic obstructive pulmonary disease
PCR	Phản ứng chuỗi polymere	Polymerase chain reaction
Xpert/MTB/RIF	Xét nghiệm ứng dụng công nghệ sinh học phân tử để nhận	

	diện vi khuẩn lao và vi khuẩn lao kháng Rifampicin	
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới	World Health Organization
TCYTTG	Tổ chức Y tế Thế giới	
DTH	Quá mẫn kiểu chậm	Delayed type hypersensitivity
CTCLQG	Chương trình chống lao quốc gia	
ĐBSCL	Đồng bằng sông Cửu Long	
FQs	Nhóm kháng sinh quinolon	Fluoroquinolones
Rif, R	Kháng sinh rifampicin	
EMB,E	Kháng lao Ethambutol	
INH, H	Kháng lao isoniazid	
SM, S	Kháng sinh streptomycin	
Km	Kháng sinh kanamycin	
AM	Kháng sinh amikacin	
PZA, Z	Kháng lao pyrazinamid	
Pto	Kháng lao hàng hai prothionamid	
Lfx	Kháng sinh levofloxacin	
Cs	Kháng lao hàng hai cycloserin	
PAS	Kháng lao hàng hai para amino salicylic	

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1. Tình hình bệnh lao tại Việt Nam năm 2019.....	14
Bảng 1.2. Tình hình lao phổi tái phát tại tỉnh, thành X. năm 2011- 2015.....	20
Bảng 1.3. Tình hình bệnh lao tái phát tại tỉnh B. 2017-2019	21
Bảng 3.1. Phân bố tuổi của bệnh nhân	52
Bảng 3.2. Phân bố giới tính	53
Bảng 3.3. Phân bố địa dư.....	53
Bảng 3.4. Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân	53
Bảng 3.5. Phân bố về trình độ học vấn.....	54
Bảng 3.6. Phân bố về mức sống gia đình	54
Bảng 3.7. Đặc điểm về thói quen hút thuốc lá.....	54
Bảng 3.8. Đặc điểm về thói quen uống rượu.....	55
Bảng 3.9. Phân loại bệnh lao	55
Bảng 3.10. Cân nặng của bệnh nhân.....	55
Bảng 3.11. Người thân mắc bệnh lao	56
Bảng 3.12. Số người mắc thân lao.....	56
Bảng 3.13. Giai đoạn điều trị.....	56
Bảng 3.14. Giai đoạn gián đoạn điều trị	57
Bảng 3.15. Thời gian dùng thuốc	57
Bảng 3.16. Lý do dùng thuốc	57
Bảng 3.17. HIV/AIDS	58
Bảng 3.18. Đái tháo đường.....	58
Bảng 3.19. Xơ gan, viêm gan	58
Bảng 3.20. Phân bố tuổi của bệnh nhân tái phát.....	60
Bảng 3.21. Phân bố địa dư.....	61

Bảng 3.22. Mức sống gia đình.....	61
Bảng 3.23. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và giới tính.....	63
Bảng 3.24. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và địa dư	64
Bảng 3.25. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và tuổi	64
Bảng 3.26. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và nghề nghiệp.....	65
Bảng 3.27. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và học vấn.....	65
Bảng 3.28. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và kinh tế	66
Bảng 3.29. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và hút thuốc lá.....	66
Bảng 3.30. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và rượu, bia	67
Bảng 3.31. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân.....	67
Bảng 3.32. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và phân loại bệnh lao.....	68
Bảng 3.33. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và người thân mắc lao.....	68
Bảng 3.34. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và gián đoạn điều trị.....	69
Bảng 3.35. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát với giai đoạn gián đoạn, thời gian gián đoạn (n=49).....	69
Bảng 3.36. Mối liên quan lao phổi tái phát và tình trạng nhiễm HIV/AIDS	70
Bảng 3.37. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và tình trạng đái tháo đường	70
Bảng 3.38. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và tình trạng xơ gan/viêm gan.....	71
Bảng 3.39. Kết quả điều trị LPTP theo phác đồ II	71
Bảng 3.40. Kết quả điều trị LPTP theo phác đồ IVa.....	72

Bảng 3.41. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và giới tính.....	73
Bảng 3.42. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và tuổi	74
Bảng 3.43. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và địa dư	74
Bảng 3.44. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và nghề nghiệp.....	75
Bảng 3.45. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và học vấn.....	75
Bảng 3.46. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và kinh tế.....	76
Bảng 3.47. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và tình trạng dinh dưỡng.....	76
Bảng 3.48. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và thời gian tái phát	77
Bảng 3.49. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và mật độ vi khuẩn lao trong đàm	78
Bảng 3.50. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và tình trạng HIV/AIDS	78
Bảng 3.51. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và tình trạng đồng mắc đái tháo đường	79
Bảng 3.52. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và tình trạng bệnh đồng mắc xơ gan/viêm gan.....	79

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1. Tỷ lệ hiện mắc lao/100.000 dân trên thế giới năm 2019	8
Hình 1.2. Các quốc gia trên thế giới có số ca hiện mắc lao >100.000 năm 2019.....	9
Hình 1.3. Các quốc gia có số ca lao đa kháng, lao kháng Rifampicin >1.000 năm 2019	10
Hình 1.4. Tỷ lệ lao hiện mắc từ 2000-2019 trên 100.000 dân.....	12
Hình 1.5. Số bệnh nhân Lao đa kháng thuốc được thông báo tại Việt Nam năm 2013	13

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ lao phổi tái phát.....	59
Biểu đồ 3.2. Lao phổi tái phát kháng thuốc.....	59
Biểu đồ 3.3. Phân bố giới tính	60
Biểu đồ 3.4. Thời điểm phát hiện tái phát sau khi hoàn tất điều trị (tháng)	61
Biểu đồ 3.5. Đặc điểm lâm sàng nghi ngờ lao.....	62
Biểu đồ 3.6. Kết quả Xquang ngực nghi ngờ lao khi khám phát hiện lao tái phát (n=66).....	62
Biểu đồ 3.7. Mật độ vi khuẩn khi khám phát hiện lao tái phát.....	63
Biểu đồ 3.8. Phân loại kết quả điều trị lao phổi tái phát.....	72
Biểu đồ 3.9. Đánh giá kết quả điều trị lao phổi tái phát.....	73

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu.....	48
----------------------------------	----

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là nguyên nhân gây chết người nhiều hơn bất cứ bệnh nhiễm trùng nào khác trong lịch sử. Bước sang thế kỷ 21, nó vẫn là bệnh gây chết người đứng hàng đầu, gây ra cái chết cho hơn 2 triệu người mỗi năm. Chính vì thế, ngay từ năm 1993, Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra chiến lược DOTS, hoá trị liệu ngắn ngày có kiểm soát trực tiếp, nhằm không chế bệnh Lao. Chiến lược này được triển khai ở 183 quốc gia với dân số 4,4 tỷ người, đã tác động đến được 70% số bệnh nhân mới mắc hàng năm và điều trị khỏi cho 85% bệnh nhân trong số đó [56], [86]. Bên cạnh đó, để hướng đến một thế giới “không có bệnh lao” với mục tiêu thiên niên kỷ phải đạt được vào năm 2015, hàng loạt chính sách được thi hành nhằm đảm bảo sự tiếp cận rộng rãi cho người dân đến với dịch vụ chẩn đoán và điều trị lao với chất lượng cao; làm giảm tổn thương đến con người và gánh nặng kinh tế, xã hội liên quan đến bệnh lao; bảo vệ những người nghèo và nhóm người dễ bị ảnh hưởng bởi lao, lao/HIV và đa kháng thuốc lao; hỗ trợ phát triển các phương pháp, phương tiện mới và tạo mọi điều kiện để sớm được triển khai có hiệu quả trong công tác phòng chống lao.

Tuy nhiên mặc dù đã ban hành nhiều chính sách, bệnh lao phổi nói chung, lao phổi tái phát nói riêng vẫn còn là vấn đề sức khoẻ đáng báo động trên toàn thế giới. Năm 2009, tỷ lệ lao phổi tái phát so với tổng số lao phát hiện trong năm ở Châu Phi chiếm 12% (trong tổng số 0,82 triệu bệnh nhân lao); ở châu Mỹ 13,6% (0,93 triệu); ở châu Âu 13% (0,89 triệu); khu vực Cận Đông 8,8% (0,6 triệu); khu vực Đông Nam Á 24,9% (1,78 triệu); khu vực tây Thái Bình Dương 26,4% (1,8 triệu).

Bệnh lao ở Việt Nam được xếp vào loại trung bình cao ở khu vực Tây Thái Bình Dương, là khu vực có độ lưu hành lao trung bình trên thế giới, ước tính số người bệnh lao phổi AFB(+) mới mắc vào khoảng 80/100.000 dân và tổng số bệnh nhân lao chung các thể là 180/100.000 dân. Năm 2009, Việt Nam

có hơn 98.000 bệnh nhân lao phổi được phát hiện, trong đó tỷ lệ bệnh nhân lao phổi tái phát thất bại và tái trị là 8.131 chiếm 8,3% tổng số bệnh nhân lao tăng hơn so với năm 2008 (7.534). Lao phổi tái phát là một bệnh nặng, tỷ lệ điều trị khỏi thấp và tỷ lệ kháng thuốc của vi khuẩn lao cao (kháng thuốc chung là 66,5% - 85,9%, đa kháng thuốc là (30%-62,9%) [14], [15]. Thêm nữa, trong những năm gần đây, tình hình bệnh lao ở Việt Nam ngày càng trở nên phức tạp hơn do có tác động của đại dịch HIV/AIDS và kháng thuốc kháng lao [10]. Có thể nói rằng, lao phổi tái phát đã góp phần làm giảm chậm các chỉ số dịch tễ khống chế bệnh lao cần đạt được so với mục tiêu đã đặt ra.

Để góp một phần nhỏ vào công cuộc khống chế bệnh lao, cùng nhau thực hiện mục tiêu thiên niên kỷ của Tổ chức Y tế Thế giới, chúng tôi thực hiện đề tài **“Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị can thiệp lao phổi tái phát tại thành phố Cần Thơ năm 2014-2017”** với mục tiêu cụ thể như sau:

1. Xác định tỷ lệ lao phổi tái phát tại thành phố Cần Thơ.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan gây lao phổi tái phát tại thành phố Cần Thơ.
3. Đánh giá kết quả điều trị can thiệp lao phổi tái phát tại thành phố Cần Thơ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Khái quát về bệnh lao

1.1.1. Định nghĩa

Nhiễm lao là tình trạng có vi khuẩn lao trong cơ thể nhưng không sinh trưởng được do sự tác động 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. Do số lượng vi khuẩn lao còn ít, nên có thể phát hiện tình trạng nhiễm lao thông qua các xét nghiệm miễn dịch học như phản ứng test da, hoặc xét nghiệm IGRA (xét nghiệm trên cơ sở giải phóng interferon gamma của tế bào miễn dịch đặc hiệu) [8], [46].

Bệnh lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*) gây nên. Vi khuẩn lao có thể gây tổn thương ở tất cả các cơ quan trong cơ thể, trong đó phổi là nơi thường mắc nhất (chiếm 80 – 85%). Lao phổi là bệnh lao tổn thương ở phổi - phế quản, bao gồm lao cấp tính như lao kê, phế quản-phế viêm lao và các dạng tiến triển mạn tính. Có thể tổn thương lao phổi riêng rẽ hoặc phối hợp với lao các cơ quan ngoài phổi [8].

Lao kháng thuốc: vi khuẩn lao có thể kháng một hoặc nhiều thuốc kháng lao, nhưng không đồng thời kháng cả Rifampicin và Isoniazid.

Lao đa kháng thuốc (Multi drug Resistance - MDR) được định nghĩa là vi khuẩn lao kháng đồng thời với ít nhất hai thuốc chống lao là Isoniazid và Rifampicin [8], [15].

Kháng thuốc tiên phát: là tình trạng kháng thuốc ở bệnh nhân chưa từng điều trị thuốc kháng lao, do lây nhiễm vi khuẩn từ người bệnh bị lao kháng thuốc.

Kháng thuốc mắc phải: là tình trạng kháng thuốc ở bệnh nhân đã điều trị lao, nhưng do điều trị không đúng, có thể do bệnh nhân hoặc do thầy thuốc.

Kháng thuốc ban đầu: là tình trạng kháng thuốc ở bệnh nhân chưa dùng thuốc lao bao giờ (nhưng không xác định được chắc chắn). Như vậy loại kháng thuốc này gồm cả kháng thuốc tiên phát và mắc phải [8], [11].

1.1.2. Chẩn đoán bệnh lao phổi

1.1.2.1. Tác nhân gây bệnh

Tác nhân là vi khuẩn lao người, *Mycobacterium tuberculosis hominis*. Ở Việt Nam, dòng vi khuẩn phổ biến nhất là dòng Bắc Kinh, 55,4% [52].

Vi khuẩn lao là loài ưa khí, sinh sản chậm, khoảng 20 giờ một lần phân chia. Trong điều kiện thiếu oxy như trong các nốt vôi hoá, cục xơ hoá, cục bã đậu rắn chắc vi khuẩn lao vẫn tồn tại ở trạng thái không hoạt động trong khá nhiều năm.

Vi khuẩn lao có hình que, kích thước dài 2 - 4 μm , rộng 0,3 - 1,5 μm , đứng riêng lẻ hoặc xếp thành hình chữ N, Y, V hoặc thành dãy phân nhánh như cành cây.

Vi khuẩn lao không di động, không sinh bào tử, khó bắt màu các thuốc nhuộm thông thường do có lớp sáp ở thành tế bào.

Vi khuẩn lao có sức đề kháng cao với điều kiện khô hanh và các yếu tố lý hóa. Có thể tồn tại 3 đến 4 tháng nơi tối ẩm. Trong đờm chúng tồn tại được nhiều tuần. Dưới ánh sáng mặt trời trực tiếp thì sau 30 phút vi khuẩn lao sẽ bị tiêu diệt. Dưới ánh sáng của tia cực tím chỉ tồn tại được 2 đến 3 phút. Ở nhiệt độ 42°C vi khuẩn lao ngừng phát triển, ở nhiệt độ 80°C vi khuẩn lao chết sau 10 phút [8], [46].

1.1.2.2. Chẩn đoán bệnh

* Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng toàn thân

- Mệt mỏi: đầu tiên là mệt mỏi về tinh thần, sau đó cả thể xác, không giảm khi nghỉ ngơi, tăng nhiều vào buổi chiều, kéo dài.

- Gây sút: đôi khi không có kèm biếng ăn.

- Sốt: sốt nhẹ, không đều, tăng lên khi làm việc, giảm khi nghỉ ngơi, ít được người bệnh chú ý. Cảm giác sốt rõ nhất vào buổi chiều.

- Ở phụ nữ có thể gây rối loạn kinh nguyệt. Ở trẻ em có thể khiến trẻ học hành kém chất lượng hơn.

Tất cả các triệu chứng trên có thể rõ hoặc có thể mơ hồ. Điều này có lẽ do liên quan đến sự sinh sản chậm của vi khuẩn lao.

Triệu chứng cơ năng

- Ho: đầu tiên là ho khan, thường nhiều vào buổi sáng, nhưng không cố định giờ giấc, về sau ho có đàm. Triệu chứng này dễ lầm lẫn với viêm phế quản.

- Khạc đàm: lúc đầu là đàm nhầy, về sau là mủ, lúc đầu thường vào buổi sáng, về sau không cố định giờ giấc, đây cũng là triệu chứng lầm lẫn với nguyên nhân do thuốc lá.

- Đau ngực: không hằng định, sẽ rõ ràng nếu tổn thương nằm gần màng phổi.

Triệu chứng thực thể

- Khám lâm sàng không tìm được các triệu chứng đặc trưng của bệnh lao phổi và, nếu không phát hiện được triệu chứng gì cũng không loại trừ được bệnh lao. Mục đích của thăm khám lâm sàng để đánh giá một cách chính xác mức độ tiến triển, tổn thương tổng quát của cơ quan hô hấp, phát hiện các tổn thương kèm theo ở cơ quan khác ngoài phổi của bệnh lao.

- Tại phổi: giai đoạn sớm, triệu chứng rất nghèo nàn. Các triệu chứng tại phổi sẽ rõ ràng hơn khi bệnh đã muộn.

+ Ran nổ, thổi ống

+ Hội chứng đông đặc co rút hoặc không co rút.

+ Hội chứng hang...[8], [46].

* Cận lâm sàng

Nhuộm soi đàm trực tiếp tìm AFB: tất cả những người có triệu chứng nghi lao phải được xét nghiệm đàm phát hiện lao phổi. Để thuận lợi cho người bệnh có thể chẩn đoán được trong ngày đến khám bệnh, xét nghiệm 2 mẫu đàm tại chỗ cần được áp dụng thay cho xét nghiệm 3 mẫu đàm như trước đây. Mẫu đàm tại chỗ cần được hướng dẫn cẩn thận để người bệnh lấy đúng cách, thời điểm lấy mẫu 1 và mẫu 2 phải cách nhau ít nhất là 2 giờ [9].

Xét nghiệm Xpert MTB/RIF để chẩn đoán bệnh lao và lao kháng Rifampicin cho kết quả sau khoảng 2 giờ với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Các trường hợp AFB(+) cần được làm xét nghiệm Xpert MTB/RIF để biết tình trạng kháng thuốc Rifampicin trước khi cho phác đồ thuốc chống lao hàng một [5], [12].

Nuôi cấy tìm vi khuẩn lao: nuôi cấy trên môi trường đặc thường cho kết quả dương tính sau 3-4 tuần. Nuôi cấy trong môi trường lỏng (MGIT - BACTEC) cho kết quả dương tính sau 2 tuần. Các trường hợp phát hiện tại các bệnh viện tuyến tỉnh nên được khuyến khích xét nghiệm nuôi cấy khi có điều kiện [5], [9].

X quang ngực thường quy: hình ảnh trên phim x quang gợi ý lao phổi tiến triển là thâm nhiễm, nốt, hang, có thể 1 bên hoặc 2 bên. Ở người có kèm nhiễm HIV, hình ảnh trên x quang ngực ít có dạng hang, hay gặp tổn thương tổ chức kẽ ở vùng đáy phổi [8], [11].

X quang ngực có giá trị sàng lọc cao với độ nhạy trên 90% với các trường hợp lao phổi AFB(+). Cần tăng cường sử dụng x quang ngực tại các cơ sở y tế cho các trường hợp có triệu chứng hô hấp để sàng lọc lao phổi. Tuy nhiên cần lưu ý độ đặc hiệu không cao, nên không khẳng định chẩn đoán lao phổi chỉ bằng 1 phim x quang ngực. X quang ngực còn được chỉ định để đánh giá sự đáp ứng

với điều trị thử bằng kháng sinh thông thường trước khi chẩn đoán lao phổi không có bằng chứng vi khuẩn và để đánh giá kết quả điều trị lao ở thời điểm 2 tháng và 8 tháng [12].

* **Chẩn đoán xác định**

Chẩn đoán xác định lao phổi khi có tổn thương trên x quang ngực nghi lao và một trong 2 tiêu chuẩn sau:

- Có bằng chứng về sự có mặt của vi khuẩn lao trong bệnh phẩm như đàm, dịch phế quản, dịch dạ dày và các bệnh phẩm khác.

- Khi có các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng nhưng không xác định được vi khuẩn lao, chẩn đoán lao vẫn có thể xác định sàng bởi thầy thuốc được đào tạo chuyên khoa lao quyết định, bằng sự tổng hợp các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm [12].

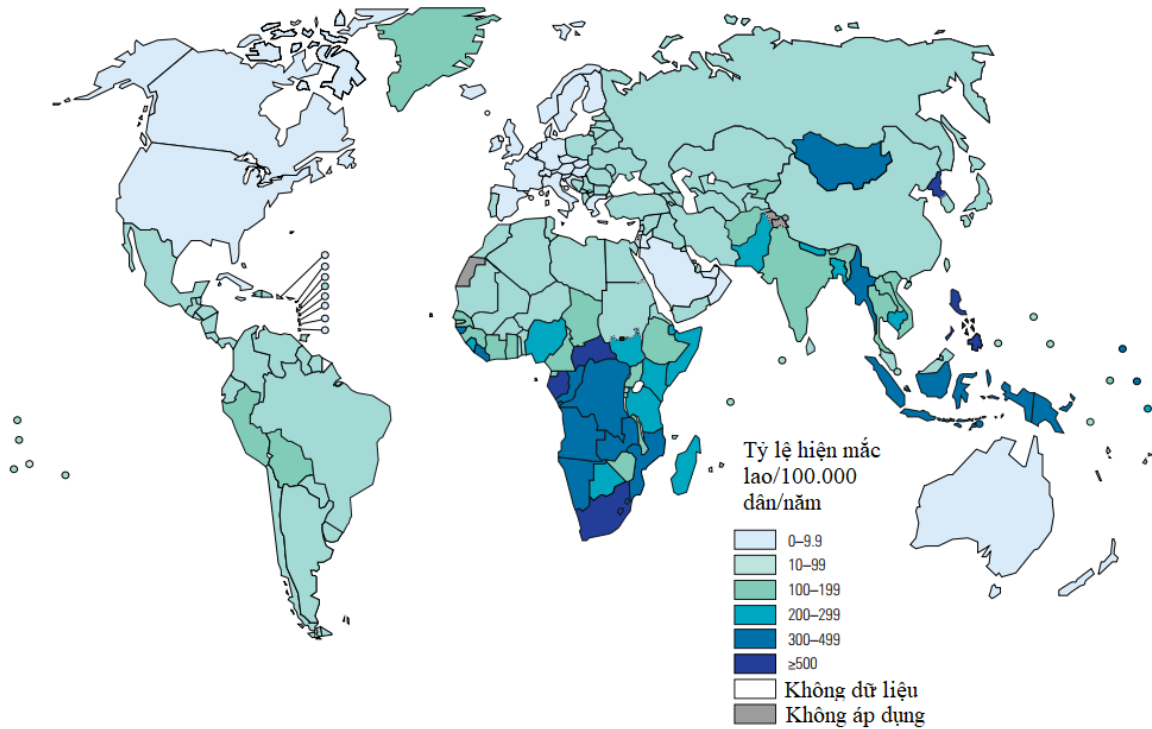
1.1.3. Dịch tễ học bệnh lao

1.1.3.1. Tình hình bệnh lao trên thế giới

Bệnh lao là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Theo ước tính của WHO, năm 2017 có khoảng 10,4 triệu ca mắc lao mới và có khoảng 1,6 triệu người tử vong do lao. Trong đó có 87% số bệnh nhân và 99% bệnh nhân tử vong do lao thuộc các nước có thu nhập vừa và thấp, 90% bệnh nhân là người trưởng thành (độ tuổi từ trên 15 tuổi). Bên cạnh đó, tỷ lệ kháng thuốc ngày càng gia tăng và diễn biến phức tạp. Gánh nặng toàn cầu do bệnh lao chủ yếu ở Đông Nam Á, Đông Thái Bình Dương, và Châu Phi. Gần hai phần ba số ca mắc bệnh lao trên thế giới tập trung ở 8 quốc gia: Ấn Độ (27%), Trung Quốc (9%), Indonesia (8%), Philippines (6%), Pakistan (5%), Nigeria (4%), Bangladesh (4%) và Nam Phi (3%) [95].

Về mặt địa lý, hầu hết những bệnh nhân lao được phát hiện trong năm 2019 là ở các khu vực Nam Á (44%), Châu Phi (25%), Tây Thái Bình Dương (18%) và với tỷ lệ nhỏ hơn như ở Đông Địa Trung Hải (8,2%), Châu Mỹ (2,9%),

Châu Âu (2,5%). Tám quốc gia chiếm 2/3 tổng số toàn cầu: Ấn Độ (26%), Indonesia (8,5%), Trung Quốc (8,4%), Philippines (6,0%), Pakistan (5,7%), Nigeria (4,4%), Bangladesh (3,6%) và Nam Phi (3,6) [100].

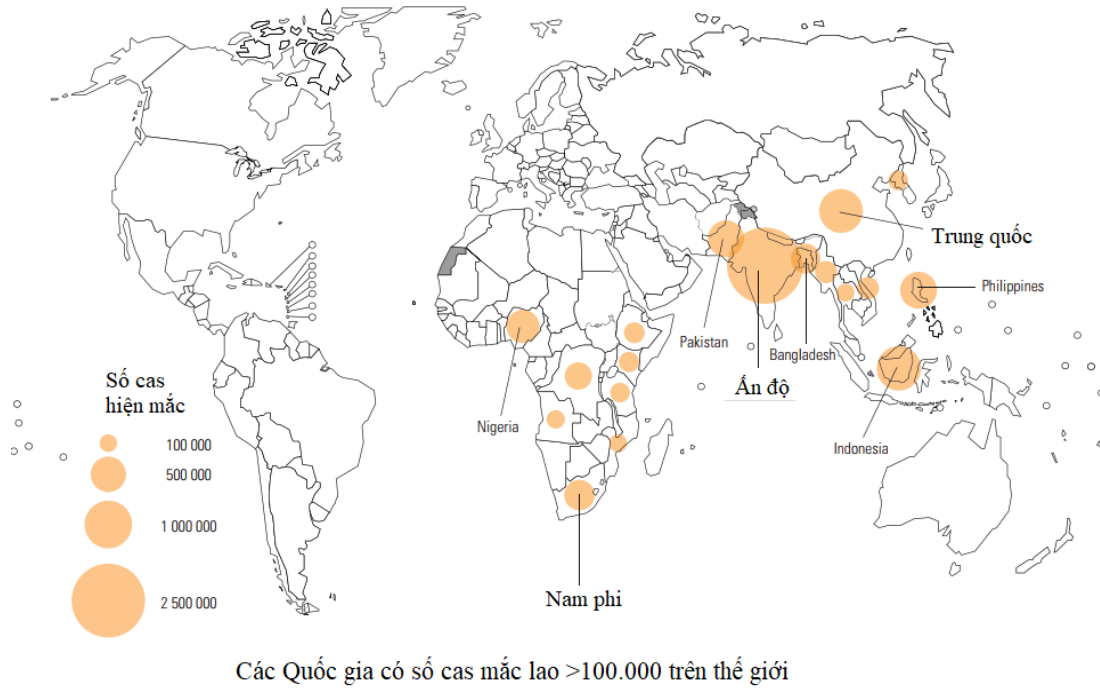


Hình 1.1. Tỷ lệ hiện mắc lao/100.000 dân trên thế giới năm 2019

(Nguồn: WHO: Global Tuberculosis Report 2020) [100].

Năm 2019, trên thế giới có 54 quốc gia có tỷ lệ mắc lao thấp (<10 ca/100.000 dân), chủ yếu ở Khu vực Châu Mỹ và Châu Âu và một số quốc gia ở Đông Địa Trung Hải, Tây Thái Bình Dương. Các quốc gia này quản lý tốt điều trị và dự phòng lao và hướng đến mục tiêu loại trừ bệnh lao [99].

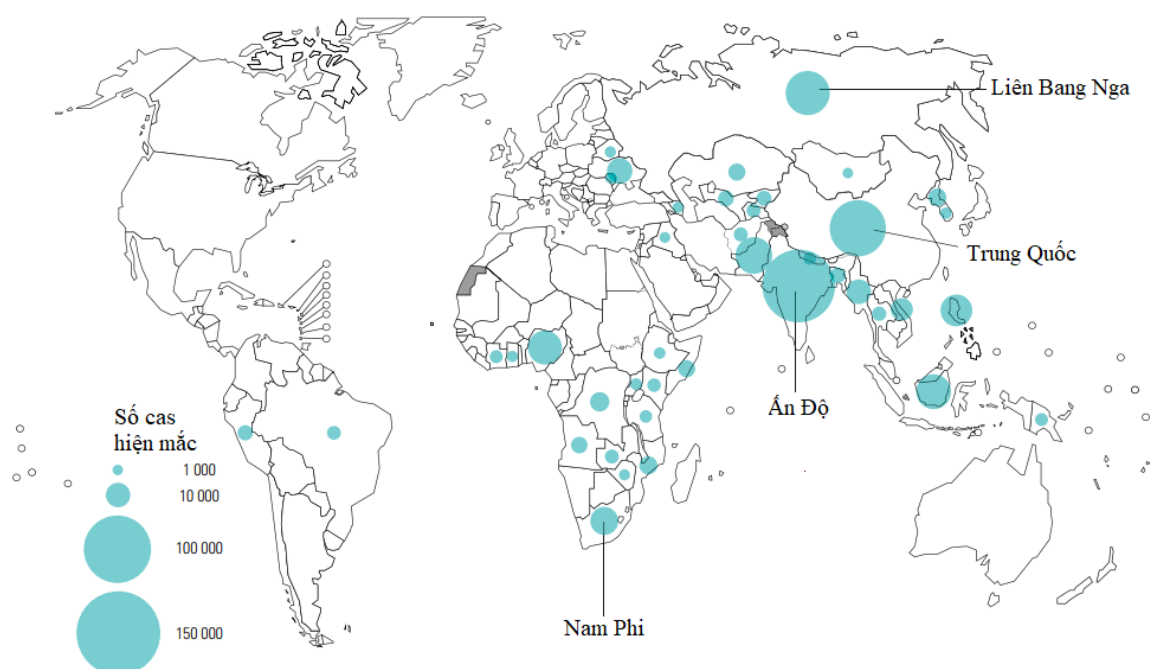
Đến nay, xu hướng dịch tễ bệnh lao trên toàn cầu đang có chiều hướng giảm với tỷ lệ mới mắc giảm trong khoảng thời gian dài, và có tốc độ khoảng 1,5%/năm [92].



Hình 1.2. Các quốc gia trên thế giới có số ca hiện mắc lao >100.000 năm 2019

(Nguồn: WHO: Global Tuberculosis Report 2020) [99].

Phân bố theo địa lý của các trường hợp MDR / RR-TB cho thấy gần 50% các trường hợp là ở Ấn Độ (27%), Trung Quốc (14%) và Liên bang Nga (8%). Năm 2019, ước tính có khoảng 182.000 (phạm vi, 113.000–250.000) ca tử vong do MDR / RR-TB [99].



Hình 1.3. Các quốc gia có số ca lao đa kháng, lao kháng Rifampicin >1.000 năm 2019

(Nguồn: WHO: Global Tuberculosis Report 2020) [100].

Nhìn chung, tỷ lệ mắc bệnh lao đang giảm, nhưng không đủ nhanh để đạt đến mốc vào năm 2020 là 20% trong giai đoạn 2015-2020. Mức giảm tích lũy từ năm 2015 đến năm 2019 là 9% (từ 142 đến 130 trường hợp mới trên 100.000 dân). Khu vực Châu Âu gần như đã đạt được mục tiêu vào năm 2020, với một tỷ lệ mắc lao giảm 19% trong giai đoạn 2015 – 2019. Khu vực Châu Phi đã có tiến triển tốt, với mức giảm 16%. Trên thế giới, số ca tử vong do lao hàng năm đang giảm nhưng không đủ nhanh để đạt đến mốc năm 2020 phải giảm 35% trong giai đoạn 2015-2020. Mức giảm tích lũy từ năm 2015 đến năm 2019 là 14%, chưa đến một nửa so với mục tiêu quan trọng này. Khu vực Châu Âu đang trên đà đạt đến mục tiêu năm 2020, với mức giảm 31%, khu vực Châu Phi đã có tiến triển tốt, đạt mức giảm 19% [100].

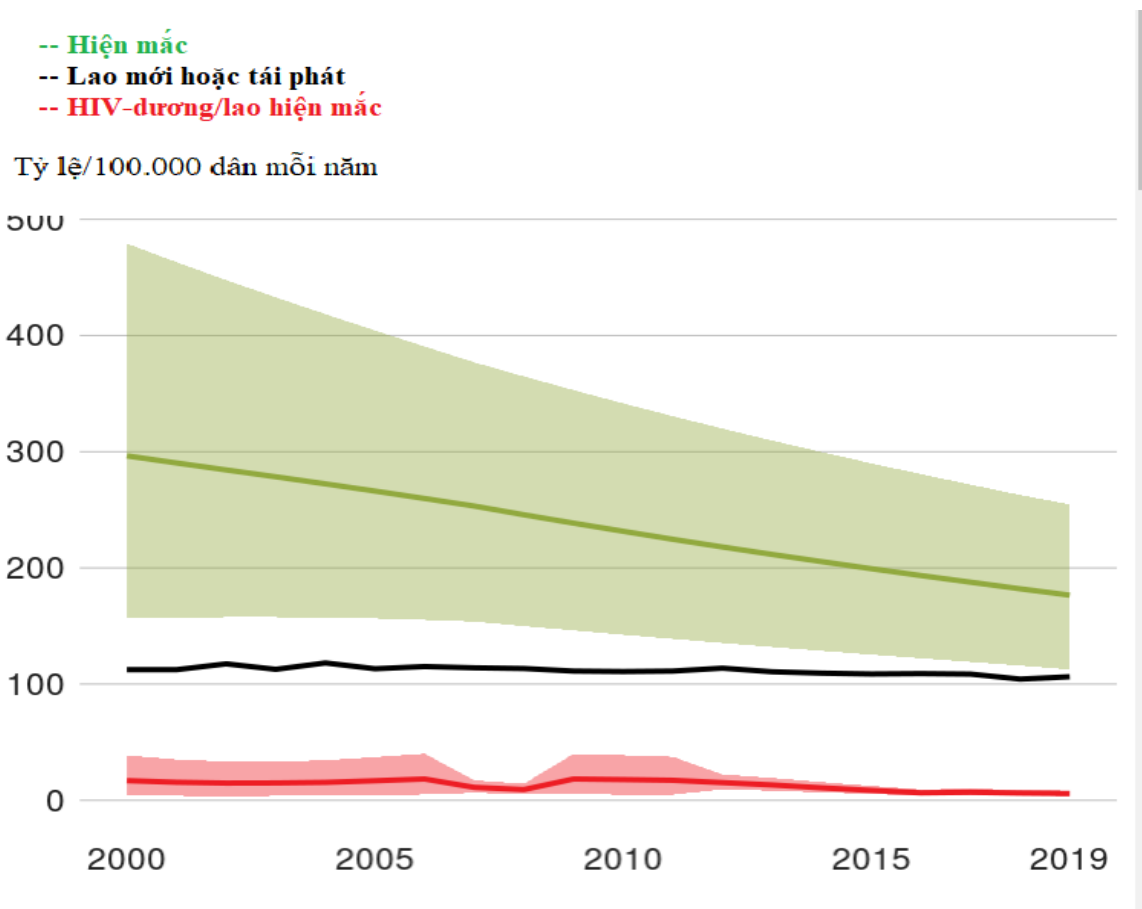
1.1.3.2. Tình hình bệnh Lao ở Việt Nam

Bệnh lao là một trong những bệnh truyền nhiễm nguy hiểm nhất ở Việt Nam với 124.000 ca mắc mới và hơn 12.000 ca tử vong trong năm 2017. Tuy nhiên, thông qua sự quan tâm của Chính phủ và sự nỗ lực về quản lý, đột phá về chiến lược của ngành y tế, Việt Nam đã triển khai nhiều kỹ thuật cao để chẩn đoán, điều trị bệnh lao, áp dụng nhiều chiến lược mới để tăng phát hiện bệnh lao. 31% số người nhiễm HIV được điều trị bằng liệu pháp phòng ngừa isoniazid cho bệnh lao tiềm ẩn [4], [21]. So với ước tính năm 2015, số người mắc lao mới giảm được 4.000 và số người chết đã giảm được 4.000 người; lao đồng nhiễm HIV giảm từ 7% đã xuống 3% trong số bệnh nhân lao được phát hiện. Trong 10 năm qua, dịch tễ bệnh lao đã giảm [12]. Bên cạnh những thành tựu đáng kể của Chương trình phòng chống lao Quốc gia, chúng ta vẫn phải đối mặt với thách thức lớn là số bệnh nhân lao kháng thuốc ngày một gia tăng, đặc biệt là lao phổi đa kháng thuốc, ước tính có khoảng 5.500 – 6.600 bệnh nhân (4,1% bệnh nhân lao mới và 26% bệnh nhân lao đã điều trị) [20].

WHO và chương trình phòng chống Lao quốc gia đã ước tính trong giai đoạn 2007-2017 tỷ lệ lao mới mắc giảm khoảng 3%/năm và tỷ lệ lao tử vong giảm khoảng 4%/năm [22].

Tỷ lệ lao mới và lao tái phát mỗi năm từ 2000-2019 nhìn chung có xu hướng giảm, tuy nhiên, tỷ lệ giảm còn thấp. Tương tự, lao phổi đồng mắc HIV cũng giảm nhưng chưa nhiều ở giai đoạn 2000-2010, đến năm 2019 thì tỷ lệ này giảm rõ hơn [100].

Việt Nam hiện vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng thứ 16 trong 30 nước có gánh nặng bệnh nhân lao cao trên thế giới và đứng thứ 15 trong 30 nước có gánh nặng bệnh lao đa kháng thuốc cao nhất thế giới, ước tính tỷ lệ lao mới mắc (bao gồm HIV+) là 129/100.000 dân và có khoảng 14.000 người chết mỗi năm vì lao [97].

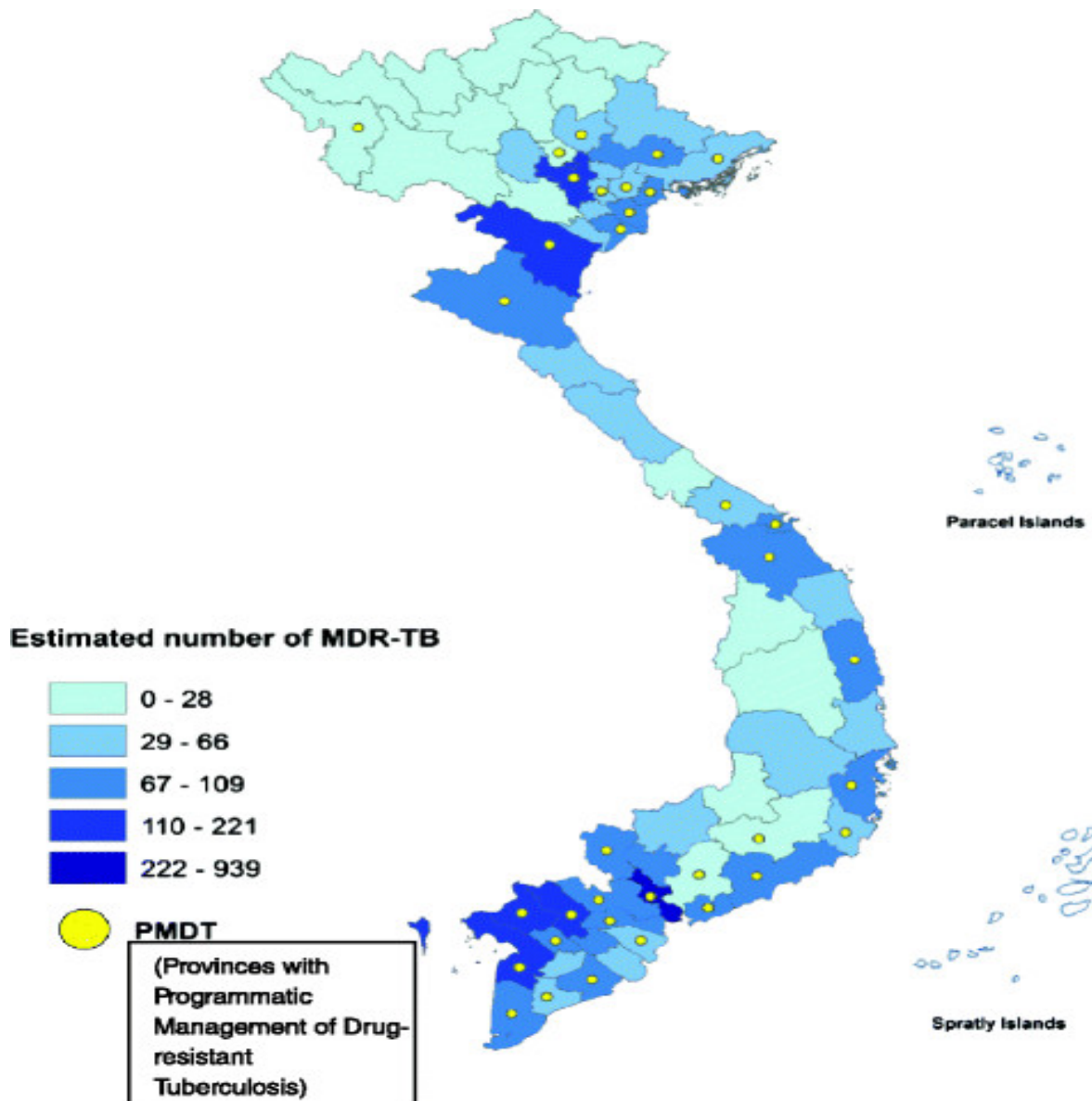


Hình 1.4. Tỷ lệ lao hiện mắc từ 2000-2019 trên 100.000 dân

(Nguồn: World Health Organization (2020), Global tuberculosis report, Geneva) [100].

Giai đoạn 2000-2019, số trường hợp hiện mắc lao tại Việt Nam có xu hướng giảm từ 300/100.000 dân năm 2000 giảm còn 176/100.000 dân vào năm 2019.

Theo WHO năm 2015, Việt Nam nằm trong số 27 quốc gia có gánh nặng lao đa kháng thuốc cao [91].



Hình 1.5. Số bệnh nhân Lao đa kháng thuốc được thông báo tại Việt Nam năm 2013

(Nguồn: Hoang T.T.T., Nguyen N.V., et al, 2015, "Challenges in detection and treatment of multidrug resistant tuberculosis patients in Vietnam", BMC Public Health.) [66]

Việt Nam xếp thứ 11 trên 30 quốc gia có số lượng bệnh nhân MDR-TB cao nhất thế giới, chiếm 1,7% của toàn cầu, đứng thứ 4 trong khu vực Đông Nam Á. Mặc dù có gánh nặng về bệnh lao đa kháng là khá cao, nhưng số bệnh nhân

nhiễm MDR-TB được chẩn đoán và điều trị bằng thuốc hàng hai ít hơn 20% so với con số ước tính [17], [90].

Tình hình dịch tễ lao phổi kháng thuốc đang có diễn biến phức tạp và đã xuất hiện ở hầu hết các quốc gia, năm 2018 có 8.600 trường hợp lao kháng thuốc, tăng 1.500 trường hợp so với năm 2017, tỉ lệ kháng thuốc mới mắc là 3.6% [97], [98].

Bảng 1.1. Tình hình bệnh lao tại Việt Nam năm 2019

Bệnh lao	2019
Tổng hiện mắc	170.000
Tỷ lệ/100.000 dân (%)	176
Số trường hợp lao mới và tái phát	102.503
HIV/lao	5.500
Lao kháng thuốc	8.400
Tỷ lệ lao mới kháng thuốc (%)	3,6
Tỷ lệ lao tái điều trị kháng thuốc (%)	17

Nguồn: World Health Organization (2019), *Global tuberculosis report 2019* [99].

1.1.3.3. Tình hình bệnh lao phổi tại vùng, khu vực

Năm 2018, Bệnh viện lao và bệnh phổi Cần Thơ. đã phát hiện 1.417 bệnh nhân và thu dung điều trị cho 1.333 bệnh nhân lao phổi AFB (+) mới được phát hiện; tư vấn xét nghiệm HIV cho 100% bệnh nhân lao; triển khai kỹ thuật xét nghiệm (phát hiện chẩn đoán lao kháng đa thuốc, lao nhi và lao/HIV) máy Gene Xpert và PCR chẩn đoán lao. Năm 2017, bệnh viện thu nhận điều trị 37 trường hợp lao kháng thuốc trên địa bàn thành phố Cần Thơ; 158 trường hợp lao kháng thuốc tại các tỉnh trong khu vực [3].

Tại Cần Thơ, theo thống kê của Bệnh viện Lao và bệnh phổi, hàng năm có khoảng trên 1.000 trường hợp lao phổi AFB (+) mới phát hiện; riêng năm 2017, có 1.417 trường hợp lao phổi AFB (+) mới được phát [1], [2].

Vùng Đồng bằng Sông Cửu Long và vùng Đông Nam Bộ là hai vùng có tỷ lệ bệnh nhân tham gia vào chương trình điều trị MDR-TB cao nhất cả nước, với khoảng 32% [14], [21].

1.2. Lao tái phát

1.2.1. Định nghĩa lao phổi tái phát

Lao phổi tái phát là sự mắc bệnh trở lại sau khi đã điều trị khỏi bệnh. Tiêu chí cụ thể :

+ Trong quá khứ có tiền sử lao phổi AFB(+) hoặc AFB(-), được điều trị theo phác đồ quy định, đã được đánh giá sau 8 tháng điều trị là hoàn thành điều trị hoặc khỏi bệnh.

+ Có 02 tiêu bản đàm khác nhau soi trực tiếp (+), hoặc

+ 01 tiêu bản đàm soi trực tiếp (+) kèm hình ảnh x quang ngực quy ước gợi ý đến bệnh lao, hoặc

+ 01 tiêu bản đàm soi trực tiếp (+) và 01 mẫu cấy đàm (+), hoặc

+ 01 tiêu bản đàm soi trực tiếp (+) ở người HIV (+) [8], [11],[19].

Lao phổi tái phát là bệnh nhân lao mới đã được điều trị lao và được thầy thuốc xác định là khỏi bệnh hay hoàn thành điều trị nay mắc bệnh trở lại với kết quả AFB(+) hoặc có bằng chứng vi khuẩn [12].

1.2.2. Cơ chế gây lao phổi tái phát

1.2.2.1. Tái hoạt động nội sinh

Là kiểu tái phát bệnh chủ yếu gặp ở các nước có lưu hành độ bệnh lao thấp, vi khuẩn lao “nằm ngủ” trong các tổn thương cũ, gặp điều kiện thuận lợi sức đề kháng cơ thể giảm, vi khuẩn lao sẽ “thức dậy” hoạt động, sinh sản và phát

triển thành đợt bệnh mới. Thời gian tái hoạt động nội sinh có thể từ vài tháng đến vài chục năm [8], [46], [102].

1.2.2.2. Tái nhiễm ngoại lai

Bệnh nhân hít phải vi khuẩn lao từ các nguồn lây khác. Tác nhân gây bệnh lần thứ hai này sẽ không phải là những vi khuẩn lao đã gây bệnh lần trước. Bằng kỹ thuật RLFP (Restriction length fragment polymorphism) người ta có thể phân biệt được tác nhân gây bệnh lần đầu và lần sau là cùng loại hay khác loại [50], [58], [72], [102].

Các nghiên cứu về sự tái phát và tái nhiễm được thực hiện ở Bắc Kinh, Trung Quốc vào tháng năm 2018, ở Hoa Kỳ năm 2004 và ở Phần Lan năm 2013 đã xác nhận rằng, có cả hai kiểu gây tái phát bệnh lao phổi, ở các nước có lưu hành độ bệnh lao thấp, lao phổi tái phát chủ yếu do vi khuẩn lao tái hoạt động nội sinh, trong khi đó, sự tái nhiễm gây lao phổi tái phát sẽ gặp ở các nước có lưu hành độ bệnh lao cao [57], [68], [71], [72].

1.2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán lao phổi tái phát

1.2.3.1. Các xét nghiệm chẩn đoán lao phổi tái phát

- Soi trực tiếp: Kỹ thuật Ziehl – Neelsen

Đây là kỹ thuật đơn giản, ít tốn kém, có khả năng xác định vi khuẩn kháng cồn kháng toan AFB (Acid-Fast- Bacilli) bằng phương pháp nhuộm Ziehl-Neelsen dưới kính hiển vi quang học.

-Nuôi cấy: Đây là kỹ thuật xác định chắc chắn vi khuẩn kháng cồn toan, qua đó phân lập, định danh được AFB và làm kháng sinh đồ với các thuốc chống lao. Tuy nhiên, thời gian có kết quả lâu, đắt tiền, đòi hỏi trang bị phức tạp hơn.

Các kỹ thuật nuôi cấy:

+ Nuôi cấy ở môi trường đặc: gồm các môi trường giàu dinh dưỡng như Lowenstein-Jensen, Ogawa, Dubos, Middlebrook. Môi trường sử dụng phổ biến môi trường Lowenstein Jensen (môi trường gồm có khoai tây, lòng đỏ trứng gà,

Glycerin, Asparagin...), thời gian AFB mọc sau 3-6 tuần và sau 2 tháng không mọc vi khuẩn thì mới kết luận là âm tính. Để xác định AFB, người ta làm các test Nicain và test khử Nitrat.

+ Nuôi cấy ở môi trường lỏng: là các môi trường được ứng dụng gần đây. Ưu điểm là thời gian mọc của AFB nhanh hơn (trung bình 10-14 ngày), nhưng đắt và đòi hỏi trang bị phức tạp hơn. Các môi trường bao gồm:

Hệ thống nuôi cấy BACTEC TB 460: được áp dụng từ năm 1980, là môi trường nuôi cấy bán tự động. Nguyên lý: xác định chuyển hóa của AFB bằng cách đo nồng độ CO₂ giải phóng ra khi phát triển ở môi trường có gắn C¹⁴. Thời gian mọc của AFB trung bình 8-14 ngày.

Hệ thống nuôi cấy MGIT: nguyên lý kỹ thuật tương tự như hệ thống xét nghiệm BACTEC, nhưng thay thế gắn C¹⁴ bằng kỹ thuật phát quang (Fluorescence) dưới ánh sáng tia cực tím. Kết quả dương tính thì có khoảng 105-106 cfu AFB/ml [6], [9], [64].

- Phản ứng chuỗi polymerase (PCR)

+ Nguyên lý kỹ thuật: là kỹ thuật khuếch đại ADN bằng cách tạo ra hàng triệu bản sao từ 1 chuỗi đích của acid nucleic. ADN polymerase là enzym sao chép ADN, nó có thể tái sao chép nhiều lần đoạn ADN nếu được kích thích đặc hiệu. Xác định sự có mặt của AFB thông qua sự khuếch đại đoạn gen ADN đặc hiệu (đoạn IS6110) [9], [50], [58].

+ Ưu điểm: độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao (chỉ cần một vài AFB trong bệnh phẩm kỹ thuật có thể dương tính), kết quả nhanh (24-48 giờ), chẩn đoán kháng thuốc nhanh, có thể tiến hành trên nhiều loại bệnh phẩm khác nhau (đàm, dịch phế quản, dịch màng phổi, dịch não tủy, .v.v.).

+ Nhược điểm: giá thành đắt, đòi hỏi trang bị tốn kém; không phân biệt được AFB sống hay chết. Có thể cho âm tính giả do bệnh phẩm chứa nhiều chất ức chế phản ứng hoặc vi khuẩn lao (tỷ lệ khoảng vài phần trăm) không có đoạn

IS 6110 trong phân tử ADN. Do vậy kết quả cần phải đối chiếu kết quả PCR với lâm sàng và Xquang trong chẩn đoán lao [5].

- Kỹ thuật xác định các đoạn axit nucleic hoặc gen đặc trưng cho mỗi chủng AFB, kỹ thuật RFLP, có giá trị trong điều tra dịch tễ học bệnh lao, xác định tít, phân tít của vi khuẩn lao, đánh giá lao tái hoạt động hay nhiễm lại AFB mới, xác định kháng thuốc thông qua việc xác định các gen đột biến kháng thuốc với H, Z, R, E, S và nhóm Quinolon; xác định những trường hợp dương tính giả do nuôi cấy vì nhiễm vi khuẩn lao trong phạm vi phòng xét nghiệm đó [9], [49], [63].

- Xét nghiệm Xpert/MTB

+ Nguyên lý: tương tự như kỹ thuật PCR nhưng là Real time PCR, sử dụng 3 gen mỗi đặc hiệu, cho độ đặc hiệu cao trong phát hiện AFB [63].

+ Ưu điểm: độ nhạy và độ đặc hiệu cao (96,7%; 98,6%, giá trị dự báo dương 93,6%, giá trị dự báo âm 99,3%); Kết quả nhanh (trong vòng 2 giờ); xác định nhanh tính chất kháng rifampicin (xác định gen rpoB); không phản ứng chéo với các *Mycobacteria* khác [63].

1.2.3.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán lao phổi tái phát

Lao phổi tái phát là bệnh lao phổi hoạt động trở lại ở phổi người đã từng điều trị đúng, đủ thuốc kháng lao và đã được cơ quan quản lý chống lao địa phương đánh giá hoàn thành điều trị hoặc khỏi bệnh.

1.3. Tình hình lao phổi tái phát

1.3.1. Trên thế giới

Hàng năm lao phổi tái phát chiếm tỉ lệ không nhỏ so với tổng số bệnh nhân lao được phát hiện trên thế giới. Theo TCYTTG, trong năm 2009 tỷ lệ bệnh nhân lao phổi tái phát trong tổng số bệnh nhân lao được phát hiện tại khu vực châu Phi chiếm 12% (trong tổng số 0,82 triệu bệnh nhân lao); ở châu Mỹ 13,6% (0,93 triệu); ở châu Âu 13% (0,89 triệu); khu vực Cận Đông 8,8% (0,6 triệu); khu vực

Đông Nam Á 24,9% (1,78 triệu); khu vực tây Thái Bình Dương 26,4% (1,8 triệu) [87].

Bệnh lao vẫn là một vấn đề sức khỏe toàn cầu lớn với ước tính khoảng 10,4 triệu trường hợp mắc lao mới trên toàn thế giới vào năm 2015. Năm 2013, số lao phổi tái phát được báo cáo là 0,3 triệu trường hợp [88]. Sau khi điều trị thành công, bệnh lao tái phát ước tính xảy ra ở 0–14% tổng số bệnh nhân lao trong vòng 1–3 năm [90]. Tái phát lao sau khi điều trị đợt bệnh ban đầu có thể xảy ra do tái hoạt nội sinh với cùng một chủng vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis* hoặc tái nhiễm trùng ngoại sinh với một chủng mới (tái nhiễm). Ở các nước có tỷ lệ mắc bệnh lao thấp, tỷ lệ tái phát do tái nhiễm dao động trong khoảng 0,4% và trong một nghiên cứu lâm sàng tiền cứu lên đến 6% , tỷ lệ do tái nhiễm đã được báo cáo là thay đổi từ 4 đến 27% [51], [57], [68], [71]. Ở các nước có tỷ lệ mắc bệnh cao, phần lớn các trường hợp tái phát, lên đến 77%, là do tái nhiễm [72], [73].

Trong số các nghiên cứu được thực hiện ở nhiều nơi khác nhau trên thế giới, tỷ lệ tái phát thay đổi từ 4,9% đến 47%. Nhìn chung, nguy cơ tái phát thấp hơn ở các nước có tỷ lệ lưu hành bệnh lao thấp, chủ yếu từ Bắc Mỹ, Tây Âu, Úc, New Zealand, và một số nước châu Á như Nhật Bản và Đài Loan. Tỷ lệ tái phát thấp hơn là do các yếu tố xã hội, sự tiếp cận tốt hơn với các chương trình chăm sóc sức khỏe và việc kiểm soát lao một cách hiệu quả [100].

Các báo cáo về tỷ lệ lao phổi tái phát sau khi hoàn thành điều trị hiện vẫn chưa đầy đủ. Các ước tính gần đây về lao tái mắc trên nhiều vùng địa lý khác nhau cho thấy trung bình là 2.290 trường hợp/100.000 BN lao trị lành-năm) sau 12 tháng sau khi trị lành. Những nơi có tỷ lệ mắc bệnh cao, tỷ lệ này là 7.850 ca/100.000 BN lao trị lành-năm [76].

Tại Uzbekistan, đây là một trong số 18 quốc gia ưu tiên cao về kiểm soát lao trong khu vực Châu Á và là một trong 27 quốc gia có gánh nặng cao về lao

kháng đa thuốc (MDR-TB) trên toàn cầu. Trường hợp lao mới và tái phát đã giảm gần 32% từ năm 2006 đến năm 2010 (từ 91 xuống 62 trên 100.000 dân), và tỷ lệ điều trị thành công ổn định và tương đối cao, khoảng 83% (mặc dù chỉ thấp so với mục tiêu 85% do WHO đặt ra). Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát lao trong nước tương đối cao. Trong số 107.380 bệnh nhân đăng ký trong giai đoạn từ tháng 01 năm 2006 đến tháng 12 năm 2010, có 9.358 (chiếm 8,7%) là trường hợp tái phát. Từ năm 2006 đến năm 2008, số ca tái phát hàng năm tăng từ 1.530 lên 2.081, sau đó giảm nhẹ từ 2.081 xuống còn 1888 [60], [93].

1.3.2. Tại Việt Nam

Lao phổi tái phát là một bệnh nặng, chẩn đoán khó, tỷ lệ điều trị khởi thấp và tỷ lệ kháng thuốc của vi khuẩn lao cao (kháng thuốc chung là 66,5% - 85,9%, đa kháng thuốc là (30%-62,9%). Ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh lao tái phát dao động trong khoảng 7% [16].

Bảng 1.2. Tình hình lao phổi tái phát tại thành phố Cần Thơ năm 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Lao phổi mới	1.253	1.247	1.277	1.277	1.249
Lao phổi tái phát	140	184	186	183	165
Lao phổi các thể	1.642	1.657	1.699	1.680	1.613
% Lao phổi tái phát/ lao phổi các thể	8,5%	11,1%	10,9%	10,9%	10,2%

Nguồn: Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Cần Thơ, Tổng kết hoạt động CTCLQG tại Cần Thơ năm 2015,2016,2017 [1], [2], [3].

Việc phát hiện sớm, quản lý điều trị để ngăn chặn sự lan tràn trong cộng đồng chủng vi khuẩn lao kháng thuốc từ nhiều nguồn, đặc biệt từ bệnh nhân lao phổi tái phát là một trong những vấn đề quan trọng nhất của chiến lược điều trị lao hiện nay [18].

Tại Cần Thơ, từ 2013 trở về trước, mạng lưới chống lao của địa phương đã được triển khai đến tận các xã, phường. Chiến lược DOTS được triển khai chặt chẽ trong quản lý điều trị. Tuy nhiên, việc phát hiện bệnh lao vẫn theo phương pháp thụ động, phụ thuộc vào bệnh nhân, chỉ đến cơ sở y tế để được khám bệnh khi thấy cần thiết. Kỹ thuật phát hiện vi khuẩn lao vẫn còn hạn chế, chủ yếu soi đàm trực tiếp tìm vi khuẩn lao. Điều trị lao phổi tái phát vẫn theo hướng dẫn của CTCLQG (theo tầng, bậc), sẽ mất nhiều thời gian để đánh giá thất bại điều trị và phát hiện kháng thuốc.

Bảng 1.3. Tình hình bệnh lao tái phát tại tỉnh Bến Tre 2017-2019

Lao thường	2017		2018		2019	
	tổng số	/100.000 dân	tổng số	/100.000 dân	tổng số	/100.000 dân
Lao phổi có bcvkh (bằng chứng vi khuẩn học) mới và tái phát	890	63,7	854	61,2	860	62
Lao phổi không có bcvkh mới và tái phát	206	14,8	148	10,6	113	8,1
Điều trị lại (lao phổi và ngoài phổi)	24	1,7	19	1,4	23	1,6

Nguồn: Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Bến Tre, Tổng kết hoạt động CTCLQG 2017, 2018, 2019.

Các đặc điểm chung của bệnh nhân lao phổi tái phát

- Giới tính: Nam giới chiếm tỉ lệ 73,0%, nữ chiếm 27,0%.
- Tuổi: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $44,92 \pm 4,6$.
- Dân tộc Kinh chiếm chủ yếu, tỉ lệ 96,5%.
- Vị trí bệnh nhân trong gia đình: không chênh lệch nhiều giữa 2 nhóm, chủ hộ và lao động chính chiếm 56,1%, nhóm còn lại chiếm 43,9%.

- Bệnh nhân có con em trong độ tuổi đi học chiếm tỉ lệ 30,8%
- Tôn giáo: Phật giáo 46,9%, không có tôn giáo chiếm 29,6%.
- Học vấn: Trình độ cấp tiểu học và trung học cơ sở chiếm một tỉ lệ 48,5% và 32,1%.
- Nghề nghiệp của bệnh nhân chủ yếu là nông dân (chiếm 32,7%), làm thuê (chiếm 27,6%) và không nghề (chiếm 22,4%).
- Mức sống gia đình bệnh nhân dạng đủ ăn chiếm tỉ lệ cao nhất là 56.1%, nghèo chiếm tỉ lệ 36,2%, còn nhóm khá giả chiếm tỉ lệ thấp, 7,7%.
- Đồng nhiễm HIV: Bệnh nhân có đồng nhiễm HIV chiếm 5,7%.
- Thời gian tái phát trung bình của người bệnh là 5,31 năm (Thời gian tái phát ngắn nhất là 06 tháng, lâu nhất là 29 năm).
- Bệnh nhân cần 3 lần đi khám để có được chẩn đoán xác định, chiếm 45,9% [32].

1.4. Yếu tố liên quan lao phổi tái phát

- Ở trẻ em: suy dinh dưỡng, còi xương, giảm sức đề kháng của cơ thể sau nhiễm virus.
- Ở người lớn: Một số bệnh tạo điều kiện thuận lợi:
 - + Đái tháo đường: Ở người mắc đái tháo đường, các hoạt động của tế bào hạt bị giảm hoặc mất khả năng làm cho cơ thể dễ bị nhiễm trùng và lao là một dạng nhiễm trùng thường gặp. Khả năng di chuyển, khả năng thực bào của các thực bào bị giảm do đường huyết tăng. Đặc biệt là chức năng của Lympho T, trong đó T DTH gây quá mẫn chậm, có tác động lên các đại thực bào tiêu diệt sự xâm nhập của vi trùng. Khi tiếp xúc kháng nguyên, Lympho T chuyển thành tế bào nhớ và khi tiếp xúc lần thứ hai, các tế bào cảm ứng này sẽ phản ứng nhanh và mạnh hơn so với lần đầu. Phản ứng này không xảy ra ở bệnh nhân đái tháo đường. Hơn nữa, trong môi trường có nồng độ đường cao, như trong cơ thể bệnh

nhân đái tháo đường, đa số các vi khuẩn phát triển tốt, đặc biệt là trực khuẩn lao [8].

+ Bệnh bụi phổi : tổn thương xơ hóa nặng nề và lan tỏa trong các phế nang đã ảnh hưởng nghiêm trọng đến cơ chế bảo vệ tại chỗ của phế nang do đó nhiễm trùng do lao hay do nguyên nhân khác có thể gặp [46]. Các bệnh phổi mãn tính, bao gồm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), hen suyễn và các bệnh lý mô kẽ như bệnh bụi phổi silic, đã được công nhận là các yếu tố nguy cơ phát triển bệnh lao. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng 25–30% bệnh nhân bệnh bụi phổi silic đã phát triển thành bệnh lao với nguy cơ mắc tương đối là 2,8 khi so sánh với dân số chung. Tuy nhiên, có rất ít dữ liệu về vai trò của bệnh phổi mãn tính trong lao tái phát. Tuy nhiên, một hạn chế lớn của nghiên cứu này là tỷ lệ tái phát thấp trong nhóm thuần tập, vì nghiên cứu được thực hiện trong vùng có tỷ lệ mắc lao thấp. Ngược lại, các báo cáo hiện nay cho rằng tiền sử bệnh lao có thể dẫn đến bệnh phổi mãn tính, đặc biệt là COPD và giãn phế quản . Một đánh giá có hệ thống mới đây của Byrne và cs. đã báo cáo mối liên quan mạnh mẽ, tích cực và nhất quán giữa tiền sử bệnh lao và sự hiện diện của các bệnh hô hấp mãn tính, bao gồm COPD và giãn phế quản. Nó gợi ý sự phát triển của bệnh phổi mãn tính sau khi mắc lao đã làm tăng nguy cơ tái mắc lao. Ngoài ra, hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ dẫn đến sự phát triển của COPD, do đó nó có thể là mối liên hệ trong sự phát triển của bệnh lao và tái mắc lao [76].

+ Bệnh loét dạ dày-tá tràng, xơ gan : vừa gây suy dinh dưỡng, vừa gây giảm trầm trọng các globuline miễn dịch, mất khả năng bảo vệ khi tác nhân vi sinh vật tấn công cơ thể [46].

- Nhiễm HIV/AIDS: do HIV tấn công vào tế bào CD₄, là tế bào “nhạc trưởng” chỉ huy đáp ứng miễn dịch của cơ thể chống lại trực khuẩn lao. Giữa bệnh lao và nhiễm HIV có một mối liên quan đặc biệt. Hai bệnh này tương tác

qua lại vòng xoắn bệnh lý dẫn đến hậu quả là cuộc đời của những bệnh nhân lao đồng nhiễm HIV càng ngắn lại [8], [10].

HIV tấn công và phá hủy Lympho T CD4 dẫn đến cơ thể suy giảm sức chống lại sự phát triển của vi khuẩn lao làm cho bệnh lao tăng tốc phát triển, rút ngắn thời gian chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao. Người nhiễm HIV có nguy cơ bị bệnh lao gấp từ 10 đến 30 lần người không nhiễm và từ nhiễm lao trở thành bệnh lao là 10% cho 1 năm. Khả năng mắc bệnh lao của người nhiễm HIV là 50%. Bệnh lao thường tiến triển nhanh và lan tràn. Quá trình hủy hoại tế bào tổ chức của bệnh lao giải phóng các hóa chất trung gian tế bào. Các chất như yếu tố hoại tử u alpha và interleukine 6 kích thích HIV nhân lên nhanh hơn, làm cho Lympho T CD4 phá hủy nhiều hơn dẫn đến quá trình suy giảm miễn dịch nặng nề hơn [10]. Đồng nhiễm HIV đã được báo cáo làm tăng tỷ lệ tái phát lao, đặc biệt là ở những nơi có lưu hành độ bệnh lao cao, và có nơi tái phát lao có tỷ lệ lên đến 24,4%. Một nghiên cứu thuần tập ở Malawi cho thấy tỷ lệ lao tái phát là như nhau giữa người HIV(+) và âm tính. Kết quả tương tự cũng được thấy trong một nghiên cứu ở công nhân mỏ tại Nam Phi. Ngược lại, nhiều nghiên cứu khác báo cáo tỷ lệ tái phát lao cao hơn gần ba lần ở những người HIV(+) so với những người âm tính. Panjabi và cs. trong tổng quan trên 32 nghiên cứu, đã báo cáo tỷ lệ tái phát lao sau khi kết thúc điều trị bằng các phác đồ tiêu chuẩn. Các nghiên cứu đối chứng lâm sàng mà các tác giả đưa vào phân tích cho thấy tỷ lệ tái phát tổng thể tính cho mỗi trên 100.000 BN lao trị lành-năm rất cao, lần lượt là 2.290 (KTC 95%, 1.730–2.940) và 3.010 (KTC 95%, 2.230–3.970), tương ứng ở 6 và 12 tháng sau khi hoàn tất điều trị. Tỷ lệ tái phát lao được báo cáo là cao hơn trong các nghiên cứu quan sát so với các thử nghiệm đối chứng ở các nước có tỷ lệ bệnh lao cao hơn. Trong các nghiên cứu được xem xét, tỷ lệ tái phát lao cao hơn ở những người HIV(+) (6,7% KTC 95%: 5,9–7,6) so với người không nhiễm HIV (3,3% KTC 95%: 2,8–3,9) [76].

- Nhiễm bệnh với một số chủng lao đặc biệt: Nhiễm bệnh với các chủng kiểu gen Bắc Kinh có liên quan đến các kết quả không thuận lợi về bệnh lao. Kiểu gen Bắc Kinh, gặp đa số ở Việt Nam [52], đã được chú ý đặc biệt vì các báo cáo về mối liên quan của nó với các đợt bùng phát lao kháng thuốc và các nghiên cứu dựa trên quần thể. Huyền và cs. đã chứng minh kiểu gen Bắc Kinh có liên quan đến việc làm tăng tỷ lệ tái phát ở Việt Nam. Trong số 1.068 bệnh nhân được theo dõi trong 18 tháng, 23 trường hợp tái phát đã xảy ra, có liên quan đến kiểu gen này. Nguyen và cs. đã báo cáo những phát hiện tương tự ở các nơi có tình hình lao tương tự nhau. Tuy nhiên, chủng loại này đã được báo cáo là chiếm 40% các trường hợp lao ở Việt Nam, nó thể hiện tỷ lệ lây truyền cao hơn là vai trò của chủng trong tái phát lao [76].

- Phụ nữ ở thời kỳ thai nghén. Đáp ứng miễn dịch ở phụ nữ có thai suy giảm hơn người bình thường [8], [46].

- Điều kiện kinh tế khó khăn, lao động nặng nhọc, chế độ dinh dưỡng kém, môi trường sống chật hẹp, ô nhiễm môi trường... là điều kiện thuận lợi mắc bệnh lao [8], [46]. Một tổng quan có hệ thống của Lin và cs. đã chứng minh rằng khói thuốc luôn có liên quan đến làm tăng nguy cơ nhiễm lao. So với người không hút thuốc, việc hút thuốc làm tăng nguy cơ phát triển thành lao hoạt động và tăng tỷ lệ tử vong. Hút thuốc ảnh hưởng đến mức độ nghiêm trọng ban đầu, đáp ứng vi khuẩn, kết quả điều trị và tái phát lao. Hút thuốc cũng đã được báo cáo làm suy giảm phản ứng miễn dịch của phổi đối với MTB, góp phần làm cho tíc chủ dễ bị mắc TB hơn. Tiếp xúc mãn tính với thuốc lá và các chất ô nhiễm không khí làm suy giảm sự thanh thải bình thường của các chất tiết trên bề mặt niêm mạc phế quản và có thể cho phép MTB né tránh được các biện pháp phòng thủ miễn dịch ban đầu của tíc chủ. Khói thuốc lá còn ức chế hoạt động làm giảm khả năng thực bào của các đại thực bào phế nang. Nồng độ cytokine tiền viêm thấp cũng được ghi nhận ở những người hút thuốc [76].

- Các nhóm tuổi đặc hiệu: Tuổi trưởng thành (15–44 tuổi) đã được ghi nhận là có nguy cơ tái phát lao cao nhất. Trẻ em dưới 15 tuổi và người lớn trên 65 tuổi có nguy cơ thấp hơn so với người trưởng thành trẻ tuổi. Tuổi tác có liên quan đến việc điều trị mặc định; tuy nhiên, không có độ tuổi cụ thể nào được chỉ ra có liên quan đến tái phát lao. Người ta công nhận rằng trẻ em có tải lượng vi khuẩn thấp hơn cũng như được tăng cường sự giám sát và chú ý chăm sóc, được thể hiện qua tỷ lệ hoàn thành điều trị cao hơn. Có rất ít dữ liệu về tái phát lao ở trẻ em. Scaaf và cs. báo cáo 11 trường hợp tái mắc lao trong một nghiên cứu đoàn hệ ở 87 trẻ em. Trong số đó, chín trẻ đã mắc lao lần thứ hai, và hai đứa trong chúng được xác định mắc lao lần thứ ba. Việc lập hồ sơ dịch tễ học đầy đủ không thể được thực hiện, vì không phân lập được các chủng vi khuẩn ở lần bệnh lao đầu tiên của 5 bệnh nhân [76].

- Kháng thuốc ban đầu gây tái phát cao sau điều trị thành công [55].

- Nhóm người dễ bị tổn thương: người vô gia cư, nghiện, tù nhân...[77].

- Yếu tố cơ địa: sự khác nhau về HLA(Human leucocyte antigen), về di truyền Haptoglobuline.....[8].

1.5. Điều trị lao phổi tái phát

1.5.1. Nguyên tắc điều trị

- Phối hợp các thuốc chống lao;

- Phải dùng thuốc đúng liều;

- Phải dùng thuốc đều đặn;

- Phải dùng thuốc đủ thời gian và theo 2 giai đoạn tấn công và duy trì;

- Với bệnh lao đa kháng: Phác đồ điều trị chuẩn cần có thời gian tấn công 8 tháng, tổng thời gian điều trị: 20 tháng. Các phác đồ ngắn hơn còn đang trong thử nghiệm [8], [12], [15].

1.5.2. Phác đồ điều trị lao tái phát

1.5.2.1. Phác đồ cũ

2SRHZE/1RHZE/5RHE hoặc 2SRHZE/1RHZE/5R₃H₃E₃

Dành cho các trường hợp bệnh lao phổi tái phát, thất bại, điều trị lại sau bỏ trị, tiền sử điều trị khác, không rõ tiền sử điều trị, không có điều kiện làm hoặc có làm xét nghiệm chẩn đoán lao đa kháng thuốc, nhưng có kết quả không kháng đa thuốc [11].

Phác đồ kháng thuốc:

IVa: 6ZEK_mLfxPtoCs(PAS)/ 12ZELfxPtoCs(PAS)

IVb: 6ZEAmLfxPtoCs(PAS)/ 12ZELfxPtoCs(PAS)

1.5.2.2. Phác đồ mới

- Phác đồ điều trị lao vi khuẩn nhạy cảm với thuốc

Phác đồ A1: 2RHZE/4RHE

Chỉ định: cho các trường hợp bệnh lao người lớn không có bằng chứng kháng thuốc.

Phác đồ A2: 2RHZE/4RH

Chỉ định: cho các trường hợp bệnh lao trẻ em không có bằng chứng kháng thuốc.

Phác đồ B1: 2RHZE/10RHE

Chỉ định: lao màng não, lao xương khớp và lao hạch người lớn.

Phác đồ B2: 2RHZE/10RH

Chỉ định: lao màng não, lao xương khớp và lao hạch trẻ em.

Trong quá trình điều trị phác đồ A, phác đồ B nếu bệnh nhân không âm hóa (sau giai đoạn tấn công) hoặc thất bại (sau 5 tháng điều trị) cần được làm Xpert MTB/RIF và/ hoặc kháng sinh đồ với thuốc lao hàng 1 (tùy nguồn lực và thể bệnh). Căn cứ vào kết quả kháng R để chỉ định điều trị phù hợp [12].

- Điều trị vi khuẩn đã kháng thuốc

Nguyên tắc xây dựng phác đồ:

+ Phác đồ cần có ít nhất 5 thuốc có hiệu lực, bao gồm 4 thuốc lao hàng hai chủ đạo (1 thuốc nhóm A, 1 thuốc nhóm B, ít nhất 2 thuốc nhóm C) và Pyrazinamid. Trường hợp không có đủ các thuốc có hiệu lực để xây dựng phác đồ như trên, có thể sử dụng các thuốc nhóm D2, D3 để đảm bảo đủ 5 loại thuốc [12].

+ Khi bệnh nhân có kháng với thuốc FQs (nhóm A) hoặc thuốc tiêm hàng hai (nhóm B), cần thay thế thuốc khác, tuy nhiên vẫn theo nguyên tắc như đối với bệnh nhân kháng R/MDR-TB [12].

+ Sử dụng thuốc tiêm còn nhạy cảm và có thể sử dụng trong thời gian dài (12 tháng hoặc trong suốt liệu trình). Nếu có kháng với tất cả các thuốc tiêm thì khuyến cáo sử dụng loại thuốc mà bệnh nhân chưa từng sử dụng hoặc không sử dụng thuốc tiêm.

+ Sử dụng Fluoroquinolone thế hệ mới.

+ Cân nhắc việc sử dụng các thuốc mới theo khuyến cáo và hướng dẫn của WHO đặc biệt với Bedaquiline, Delamanid đã được chứng minh hiệu quả qua nhiều báo cáo [62], [82], [89].

+ Cân nhắc việc sử dụng Isoniazid liều cao nếu kết quả KSD không kháng kat G hoặc kháng H ở nồng độ thấp [12], [13], [94].

1.5.3. Công tác phát hiện, giám sát, đánh giá điều trị lao tái phát tại Việt Nam

- Công tác phát hiện: Thực hiện phát hiện thụ động là chủ yếu. Bệnh nhân nghi lao tái phát tự đến các trung tâm chống lao để khám, phát hiện. Người nghi bị lao phổi là những người ho khạc kéo dài trên 2 tuần, phải làm xét nghiệm đàm soi trực tiếp 3 mẫu để tìm vi khuẩn lao: 1 mẫu tại chỗ khám bệnh, 1 mẫu lấy vào buổi sáng hôm sau, 1 mẫu tại chỗ khi bệnh nhân mang mẫu đàm 2 đến xét nghiệm [14].

- Công tác giám sát: Thực hiện chiến lược DOTS (Directly Observed Treatment Short Course)- hóa trị liệu ngắn ngày có kiểm soát, được giám sát bởi nhân viên y tế hoặc những người tình nguyện trong suốt thời gian điều trị. Mỗi liệu trình điều trị lao phổi mới kéo dài 6-8 tháng [14].

Có thể thấy, công tác phát hiện lao phổi các thể nói chung còn nhiều hạn chế, việc phát hiện sớm hay muộn phụ thuộc hoàn toàn vào bệnh nhân, bộ máy chống lao tại địa phương hoàn toàn thụ động, do đó khó mà giải quyết triệt để nguồn lây trong cộng đồng. Vấn đề này có thể được giải quyết khi áp dụng biện pháp chủ động khám, phát hiện bệnh nhân lao phổi. Tuy nhiên, việc đẩy mạnh công tác khám, phát hiện chủ động bệnh lao nói chung đòi hỏi nguồn lực đủ mạnh.

1.6. Các nghiên cứu trước có liên quan

1.6.1. Trên thế giới

Một nghiên cứu thuần tập ở Phần Lan về lâm sàng và dịch tễ học bệnh lao tái phát dựa trên 8.084 bệnh nhân mắc bệnh lao từ năm 1995 đến 2013. Kết quả cho thấy tỷ lệ tái phát bệnh lao ở Phần Lan thấp mặc dù quốc gia này không áp dụng chiến lược điều trị lao ngắn hạn có kiểm soát trực tiếp. Tỷ lệ tái phát tổng thể là 113 trường hợp trên 100.000 người/năm trong thời gian theo dõi trung bình là 6,1 năm. Trong 2 năm đầu, tỷ lệ tái phát trên 200/100.000. Trong số 50 trường hợp tái phát, 35 bệnh nhân (70%) đã được điều trị đầy đủ đợt đầu tiên; có 12 trường hợp (24%) bác sĩ điều trị và trong hai trường hợp (4%) bệnh nhân đã ngừng điều trị sớm. Một trường hợp (2%) không thể đánh giá kết quả điều trị [71].

Một nghiên cứu thuần tập tại Đan Mạch nhằm xác định tỷ lệ lao tái phát và tái nhiễm, so sánh đặc điểm giữa hai nhóm này. Nghiên cứu theo dõi trong vòng 13,5 năm với 4.154 mẫu *Mycobacterium tuberculosis* phân lập từ các bệnh nhân ở Đan Mạch. Kết quả: có 73 (1,8%) trường hợp lao tái phát, trong đó có 54

(1,3%) trường hợp cho kiểu gen *Mycobacterium tuberculosis* giống như đợt ban đầu – biểu hiện cho sự tái hoạt động nội sinh, và 19 (0,5%) trường hợp cho các kiểu gen khác nhau biểu hiện cho sự tái nhiễm. Tình trạng hang lao đợt đầu có mối liên quan đến tình trạng lao tái hoạt động nội sinh (OR=4,6; KTC 95%: 1,1–26,9) so với tái nhiễm [51].

Zhaojing Zong và cộng sự tiến hành nghiên cứu về tái phát so với tái nhiễm của bệnh nhân lao tái phát tại bệnh viện chuyên khoa lao quốc gia ở Bắc Kinh, Trung Quốc (2018), trong số 58 trường hợp lao tái phát đã được phân tích kiểu gen để phân biệt tái phát với tái nhiễm, 37 trường hợp (63,8%) được chứng minh là trường hợp tái phát, trong khi 21 trường hợp còn lại được phân loại là trường hợp tái nhiễm. Phân tích thống kê cho thấy giới tính nam là một yếu tố nguy cơ tái nhiễm lao, (OR=4,19, CI 95%: 1,01–17,39, p=0,049). Trong số các chủng *Mycobacterium tuberculosis* thu được từ 37 trường hợp tái phát, 11 trường hợp biểu hiện chuyển đổi từ nhạy cảm sang đề kháng với ít nhất một loại kháng sinh, chủ yếu là kháng Levofloxacin [102].

Vieira và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu về sự tái phát của bệnh lao ở Brazil và phân tầng bệnh nhân theo phân loại thời gian (bệnh lao tái phát sớm hoặc muộn) để xác định các yếu tố dự báo khả năng tái phát. Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm lao tái phát sớm và muộn. Chúng liên quan đến trình độ học vấn (≤ 3 so với > 3 năm đi học; $P < 0,004$) và mức tăng cân khi hoàn thành đợt điều trị ban đầu (1,78 kg so với 5,31 kg; $P < 0,045$). Trình độ học vấn thấp có thể dẫn đến việc tuân thủ điều trị kém. Điều này có thể cản trở sự đào thải của vi khuẩn và tạo điều kiện cho chúng tồn tại ở trạng thái tiềm ẩn, gây nhầm lẫn cho đánh giá điều trị, có vẻ như là việc điều trị có hiệu quả. Nghiên cứu của họ cho thấy rằng sự tăng cân tối thiểu hoặc không tăng sau khi hoàn thành đợt điều trị ban đầu có thể là một dấu hiệu sinh học đáng tin cậy có thể chỉ ra sự thành công không hoàn toàn trong điều trị [85].

Tại Zambia, tác giả Simon Mutembo và các cộng sự đã tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu ước tính tỷ lệ mắc lao tái phát giữa các trường hợp lao và so sánh nguy cơ dẫn đến kết quả điều trị không thuận lợi giữa môi trường nông thôn và thành thị. Kết quả nghiên cứu: trong tổng số 25.533 bệnh nhân lao có 3.566 trường hợp lao tái phát. Tỷ lệ mắc lao tái phát là 15,3% (KTC 95%: 14,8 - 15,9) ở thành thị và 11,3% (KTC 95%: 10,7 - 12,0) ở nông thôn. Vùng nông thôn có nguy cơ tử vong cao hơn 70% (OR điều chỉnh: 1,7; KTC 95%: 1,2 - 2,7). Nguy cơ thất bại khi theo dõi ở nông thôn cao hơn 2 lần so với thành thị (OR: 2,0; KTC 95%: 1,3 - 3,0). So với những người không bị nhiễm HIV, người nhiễm HIV được điều trị bằng thuốc kháng *retrovirus* có nguy cơ tử vong cao hơn 70% (OR: 1,7; KTC 95%: 1,2 - 3,1) [75].

Kamila Romanowski (2019) nghiên cứu dự báo bệnh lao tái phát ở những bệnh nhân điều trị phác đồ 6 tháng, kết quả ghi nhận, từ 1.189 bệnh nhân lao phổi được xác nhận đã hoàn thành điều trị, có 67 trường hợp (5,6%) tái phát. Mô hình tham chiếu dự báo nguy cơ tái phát có thể tham khảo là bao gồm tuổi, giới tính và tình trạng nhiễm HIV [79].

Trong một nghiên cứu thuần tập 17 năm về các ca bệnh lao tại Hoa Kỳ, nguy cơ tái phát ở những bệnh nhân ≥ 65 tuổi cao hơn ở những bệnh nhân <45 tuổi [69]. Một nghiên cứu được thực hiện ở Nam Carolina cũng xác định tuổi >46 , người da đen (46,6%) và người Châu Á (54,9%) là một yếu tố nguy cơ tái phát [70].

Nghiên cứu tại Nam Phi cho thấy mối liên hệ giữa tuổi cao ở lần chẩn đoán lao đầu tiên và sự tái phát ở bệnh nhân âm tính với HIV [83] và tái phát bệnh lao chủ yếu do tái nhiễm [84].

Tại Nhật Bản, năm 1992, K. Hirano cho thấy ở lao phổi tái phát có đến 50,8% vi khuẩn kháng từ hai thuốc trở lên [65].

Sílvia Brugueras nghiên cứu từ năm 2000 đến năm 2016 về bệnh lao tái phát và các yếu tố dự báo trong nhóm dân số dễ bị tổn thương. Kết quả cho thấy trong 839 bệnh nhân theo dõi có 24 trường hợp tái phát (2,9%), chiếm 0,49 trên 100 người-năm. Xác suất tái phát là 0,63% sau 1 năm theo dõi, 1,35% sau 2 năm và 3,69% sau 5 năm. Phân tích đa biến cho thấy các yếu tố dự báo tái phát là tuổi > 34 (aHR = 3,90; CI = 1,06-14,34 ở 35-45 tuổi và aHR = 3,88; CI = 1,02-14,80 ở tuổi > 45). Cần chú ý đến những nhóm người trên 34 tuổi dễ bị lao phổi tái phát [54].

1.6.2. Tại Việt Nam

Theo Nguyễn Văn Lành, qua nghiên cứu 96 cas lao phổi AFB (+) tại TX.Ngã Bảy thấy có 12,6% không dùng thuốc đều ở giai đoạn duy trì và có đến 34,7% uống rượu trong giai đoạn điều trị [41].

Nguyễn Thu Hà , Trần Văn Sáng, Đinh Ngọc Sỹ với nghiên cứu “ Đặc điểm lâm sàng, xquang phổi của bệnh nhân lao phổi tái phát có vi khuẩn kháng thuốc”, tiến hành trên 106 bệnh nhân lao phổi tái phát thấy 32% bệnh nhân bị đa kháng thuốc [29].

Hà Đình Nghĩa có nghiên cứu “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân lao hang mới và lao phổi tái phát“ tiến hành tại tỉnh Bình Định năm 2005-2006, qua khảo sát 160 bệnh nhân thu được kết quả : Tỷ lệ lao phổi tái phát là 4,42% , nam giới nhiều gấp đôi nữ giới, nhóm tuổi từ 35 đến 54 chiếm 35-37,5%, nhóm từ 55-64 tuổi chiếm 18,7-20% và nhóm >65 tuổi chiếm 27,5-31,2% [44].

Lê Văn Nhi nghiên cứu về sự kháng thuốc ở bệnh nhân lao phổi mới có nhiễm HIV tại TP. Hồ Chí Minh : qua nghiên cứu 121 trường hợp lao phổi mới có nhiễm HIV thấy có 61,2% kháng thuốc, trong đó đơn kháng Rifampicin là 1,4%, kháng Streptomycin là 33,8%, đa kháng là 42,3%. Từ đó có kết luận rằng “ Lao và kháng thuốc lao gặp ở mọi giai đoạn HIV. Chẩn đoán sớm và tích cực

điều trị lao trước khi điều trị kháng virus để giảm tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân lao / HIV(+), các phác đồ tái trị với các thuốc kháng lao hàng thứ nhất cần được xem xét lại ở những bệnh nhân lao/HIV(+)...” [45].

Đặng Văn Khoa và cộng sự đã nghiên cứu lao phổi kháng thuốc tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi Trung ương Phúc Yên, qua khảo sát 35 trường hợp lao phổi kháng thuốc tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi Trung ương Phúc Yên thấy giới nam mắc bệnh có tỉ lệ là 85,7% và độ tuổi trung bình của bệnh nhân lao phổi kháng thuốc là $42 \pm 5,4$, nhóm tuổi từ 22-55 chiếm chủ yếu, 91,7% [37].

Nghiên cứu cắt ngang mô tả của tác giả Trần Hoàng Duy về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của lao phổi tái phát được thực hiện trên 112 bệnh nhân lao phổi phát đến khám và điều trị tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi Cần Thơ năm 2015-2016. Kết quả nghiên cứu: Bệnh có tỷ lệ tái phát sớm cao (52,7%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho, khạc đàm (92%), và ran ở phổi (98,2%). X quang phổi tiêu chuẩn với tổn thương chủ yếu là xơ hóa (87,5%), nốt (50%) và thâm nhiễm (36,6%). Một số yếu tố liên quan được ghi nhận là độ tuổi, khu vực sống, bệnh mãn tính, và thói quen hút thuốc lá, uống rượu [25].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Các đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân lao phổi mới (AFB + và AFB-) đã hoàn thành đợt điều trị và được đánh giá khỏi bệnh.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Mẫu nghiên cứu là bệnh nhân lao phổi mới đã được chẩn đoán, quản lý điều trị với phác đồ 2SHZR/6HE và được đánh giá khỏi bệnh theo quy định của Chương trình Chống lao Quốc gia, do Bệnh viện Lao và bệnh phổi Cần Thơ quản lý, được thu dung kể từ tháng 12/2009 cho đến tháng 12/2011.

Tiêu chuẩn khỏi bệnh: Bệnh nhân điều trị đủ thời gian và có kết quả xét nghiệm soi trực tiếp đàm âm tính ít nhất 2 lần kể từ tháng điều trị thứ năm trở đi [3].

- Đối với mục tiêu 1 và 2: bệnh nhân lao phổi mới đã được chẩn đoán, quản lý điều trị với phác đồ 2SHZR/6HE và được đánh giá khỏi bệnh theo quy định của Chương trình Chống lao Quốc gia, do Bệnh viện Lao và bệnh phổi Cần Thơ quản lý, được thu dung kể từ tháng 12/2009 cho đến tháng 12/2011 và bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định lao phổi tái phát, chủ động qua các đợt sàng lọc từ tháng 6/2014 đến tháng 6/2015 hoặc phát hiện thụ động bởi mạng lưới chống lao tại thành phố Cần Thơ từ tháng 8/2010 cho đến tháng 6/2014.

- Mục tiêu 3: bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao phổi tái phát bằng các đợt cắt ngang sàng lọc chủ động hoặc vừa được phát hiện thụ động ngay trước khi tiến hành phát hiện chủ động nhưng chưa được điều trị.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia trong suốt quá trình nghiên cứu; chuyển nơi định cư ra khỏi địa bàn thành phố Cần Thơ; đã chết trong thời gian theo dõi định kỳ 3 tháng mà chưa được chẩn đoán xác định lao phổi tái phát.

- Bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi mới không dựa theo tiêu chuẩn của Chương trình chống lao Quốc gia và/hoặc không được quản lý điều trị bởi Chương trình chống lao Quốc gia.

2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Từ tháng 6/2014 đến tháng 6/2017 tại các quận, huyện của thành phố Cần Thơ. Việc khám lâm sàng định kỳ bệnh nhân để phát hiện tái phát được thực hiện tại hộ gia đình, nơi bệnh nhân cư trú ; lấy đàm ngay sau khám lâm sàng, mẫu đàm được vận chuyển về Tổ lao quận, huyện và được soi trực tiếp tại đây. Chụp và đọc kết quả x quang ngực quy ước được tiến hành tại Tổ lao bởi nhân viên kỹ thuật của Tổ lao.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, cắt ngang phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu

- Mục tiêu 1 và 2

Áp dụng công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{c^2}$$

Z: trị số của mức tin cậy mong muốn 95%. Z=1,96.

P= 5%. P ước lượng tỷ lệ lao phổi tái phát.

C: Là sai số ước lượng của kết quả nghiên cứu. Chọn C=1,5%.

Chọn hệ số thiết kế = 2.

Thực tế chọn 1622 bệnh nhân.

- Mục tiêu 3: lấy toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao phổi tái phát, được phát hiện bằng các đợt sàng lọc chủ động từ tháng 6/2014 đến tháng 6/2015 hoặc vừa được phát hiện thụ động ngay trước tiên hành phát hiện chủ động nhưng chưa được điều trị.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

- Nội dung 1, 2:

Chọn những bệnh nhân đã hoàn thành điều trị lao phổi mới từ số liệu thứ cấp trong hệ thống hồ sơ được quản lý từ bệnh viện lao- bệnh phổi và từ Tổ lao của 9 quận, huyện của thành phố Cần Thơ từ tháng 12/2009 cho đến tháng 12/2011;

Chọn toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao phổi tái phát được phát hiện bằng các đợt sàng lọc chủ động theo khung thời gian cố định, từ tháng 6/2014 đến 6/2015 và những bệnh nhân lao phổi tái phát đã hoặc đang còn điều trị phác đồ lao phổi tái phát trước khi được can thiệp phát hiện chủ động.

- Nội dung 3: Chọn tất cả bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi tái phát được phát hiện chủ động được phát hiện từ tháng 6/2014 đến 6/2015 và những bệnh nhân lao phổi tái phát được phát hiện thụ động trước đó nhưng chưa được thu dung điều trị.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu và các biến số

2.2.4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

- Tuổi: Tuổi của bệnh nhân được tính kể từ thời điểm được sinh ra theo năm dương lịch cho đến thời điểm nghiên cứu. Là biến số độc lập, dạng số, được phân thành 4 nhóm :

- + <21 tuổi,
- + 21-40 tuổi,
- + 41-60 tuổi,
- + \geq 61 tuổi.

- Giới tính: Là biến số độc lập, dạng nhị phân, có 02 giá trị, nam hoặc nữ.

- Cân nặng: Trọng lượng cơ thể bệnh nhân lúc bắt đầu điều trị lao phổi mới. Là biến số độc lập, dạng số, tính bằng kilogramme.

- Nghề nghiệp trước và sau khi điều trị lao phổi mới: Được xem là công việc mà bệnh nhân làm chiếm nhiều thời gian nhất. Là biến số độc lập, dạng danh định, có 05 giá trị:

- + Nông dân,
- + Công nhân- viên chức,
- + Buôn bán,
- + Làm thuê,
- + Khác.

- Dân tộc: Đặc điểm dân tộc được quy định bởi Nhà nước, dựa trên đặc điểm dân số của thành phố Cần Thơ. Là biến số độc lập, dạng danh định, có 04 giá trị:

- + Kinh,
- + Hoa,
- + Khmer,
- + Khác.

- Trình độ văn hoá: Trình độ học vấn, là biến số độc lập, dạng danh định, có 4 giá trị:

- + Tiểu học cơ sở,
- + Trung học cơ sở,
- + Trung học phổ thông,
- + Trên Trung học phổ thông

- Mức sống gia đình lúc trị bệnh lao phổi mới: Dựa theo phân loại hộ nghèo, cận nghèo của chính quyền địa phương. Là biến số độc lập, dạng nhị phân:

- + Nghèo: gia đình được cấp sổ hộ nghèo.
- + Không nghèo: gia đình không được cấp sổ hộ nghèo.

2.2.4.2. Nội dung nghiên cứu thứ nhất:

Xác định tỷ lệ lao phổi tái phát trong nhóm bệnh nhân đã khỏi bệnh lao phổi mới.

- Lao phổi tái phát: là biến số phụ thuộc, có 2 giá trị: có lao phổi tái phát hoặc không có lao phổi tái phát. Chẩn đoán xác định phải thỏa các tiêu chí của Chương trình chống lao Quốc gia:

+ Trong quá khứ có tiền sử lao phổi AFB(+) hoặc AFB(-), được điều trị theo phác đồ qui định, đã được đánh giá sau 8 tháng điều trị là hoàn thành điều trị hoặc khỏi bệnh.

+ Có 02 tiêu bản đàm khác nhau soi trực tiếp (+), hoặc

+ 01 tiêu bản đàm soi trực tiếp (+) kèm hình ảnh xquang ngực quy ước gợi ý đến bệnh lao, hoặc

+ 01 tiêu bản đàm soi trực tiếp (+) và 01 mẫu cấy đàm (+), hoặc

+ 01 tiêu bản đàm soi trực tiếp (+) ở người HIV (+) [8], [11],[19].

Những trường hợp chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán lao phổi tái phát, cụ thể là các mẫu đàm soi trực tiếp (-), nhưng bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng và x quang ngực quy ước nghi ngờ bệnh lao sẽ được điều trị bằng kháng sinh phổ rộng (trừ nhóm kháng sinh Quinolone và Augmentin) trong hai tuần [12], sau đó được chụp x quang quy ước và soi đàm trực tiếp lại nhằm mục đích phân biệt với các bệnh do di chứng của bệnh lao phổi gây ra.

- Tỷ lệ lao phổi tái phát: Là tỷ lệ phần trăm của tổng số trường hợp tái phát (có thể là bằng phát hiện chủ động hoặc phát hiện thụ động) so với tổng số bệnh nhân đã hoàn thành điều trị lao phổi mới trong mẫu nghiên cứu.

2.2.4.3. Nội dung nghiên cứu thứ hai

- Tiền sử bệnh lao của những người sống chung trong gia đình :

Người thân sống chung nhà với bệnh nhân một cách thường xuyên, bị mắc lao phổi trước khi bệnh nhân mắc lao phổi mới. Là biến số độc lập, dạng nhị phân có 2 giá trị: có hoặc không có người sống chung trong gia đình mắc lao phổi.

- Số lượng người thân bị mắc lao phổi trước khi bệnh nhân mắc: là biến số độc lập, dạng số.

- Chẩn đoán vi trùng học qua soi trực tiếp ở lần mắc lao phổi mới: là biến số độc lập, dạng danh định. Chọn một trong 02 giá trị, AFB (+) hoặc AFB (-) :

+ AFB (+) : soi trực tiếp đàm có kết quả ít nhất 1AFB/100 quang trường.

+ AFB (-) : soi trực tiếp không thấy trực khuẩn lao.

- Thời gian tái phát : Là thời gian kể từ lúc hoàn thành điều trị lao phổi mới cho đến khi được chẩn đoán tái phát. Biến số độc lập, dạng số, được tính bằng tháng.

- Hút thuốc lá: Là tình trạng nghiện hoặc hút ≥ 05 điếu/ ngày. Biến nhị phân, có 02 giá trị:

+ Có hút thuốc: Hiện đang còn hút hoặc đã ngưng ≤ 10 năm;

+ Không hút thuốc.

- Uống rượu, bia. Tình trạng nghiện hoặc dùng rượu, bia ≥ 3 lần/tuần, mỗi lần đối với rượu là ≥ 150 ml, đối với bia ≥ 500 ml. Biến nhị phân, có 02 giá trị:

+ Không uống rượu, bia,

+ Có uống rượu, bia.

- Gián đoạn dùng thuốc : Bệnh nhân tạm thời ngưng điều trị, thời gian tạm ngưng không quá 60 ngày. Biến nhị phân, có 02 giá trị:

+ Không gián đoạn dùng thuốc.

+ Có gián đoạn dùng thuốc.

- Thời gian gián đoạn: Tính từ lúc tạm ngưng điều trị cho đến khi sử dụng thuốc kháng lao trở lại. Biến số dạng số, tính bằng ngày.

- Giai đoạn gián đoạn. Chọn một trong 02 giá trị.

+ Tấn công;

+ Duy trì.

- Nguyên nhân gây gián đoạn. Biến số định danh, có 05 giá trị:
 - + Rối loạn tiêu hóa;
 - + Viêm gan do thuốc;
 - + Viêm da tróc vảy;
 - + Chóng mặt, ù tai;
 - + Nguyên nhân khác.
- Dùng corticoides kéo dài để điều trị bệnh khác. Biến nhị phân, có 02 giá trị:
 - + Không dùng corticoides kéo dài;
 - + Có dùng corticoides kéo dài.
- Thời gian dùng corticoides: Biến số dạng số, tính bằng ngày.
- Nhiễm HIV: được xác định chẩn đoán bằng xét nghiệm ELISA/ HIV.

Biến nhị phân, có 02 giá trị:

- + Không nhiễm HIV,
 - + Có nhiễm HIV.
- Bệnh đái tháo đường: Để chẩn đoán xác định bệnh phải được thực hiện bởi bệnh viện từ tuyến quận, huyện trở lên, dựa vào chỉ số đường huyết lúc đói > 6.4 mmol/l và HbA1c >6.1%). Biến nhị phân, có 02 giá trị:
- + Không đái tháo đường,
 - + Có đái tháo đường.
- Tiền sử bị bệnh xơ gan, viêm gan: Việc ghi nhận chẩn đoán dựa theo sự chẩn đoán trước đó của bệnh viện từ tuyến quận, huyện trở lên. Biến nhị phân, có 02 giá trị:
- + Không có bệnh xơ gan hoặc viêm gan.
 - + Có bệnh xơ gan hoặc viêm gan.

2.2.4.4. Nội dung thứ ba

- Cân nặng lúc bắt đầu điều trị lao phổi tái phát. Biến số dạng số, tính bằng kilogramme.

- Suy mòn cơ thể: Bệnh nhân sụt $\geq 10\%$ so với lần cân trước đó. Biến nhị phân, có 02 giá trị:

- + Không có suy mòn cơ thể,
- + Có suy mòn cơ thể.

- Mức sống gia đình ở thời điểm bị tái phát bệnh lao: dựa theo phân loại của chính quyền địa phương. Biến nhị phân, có 02 giá trị:

- + Nghèo,
- + Không nghèo.

- Triệu chứng lâm sàng: được ghi nhận qua các lần thăm khám, mỗi lần cách nhau 3 tháng, cho đến khi soi đàm trực tiếp (+). Mỗi người được khám nhiều nhất là 05 lần, khám ít nhất là 01 lần. Biến nhị phân, có 02 giá trị:

- + Bình thường: không có triệu chứng lâm sàng.
- + Không bình thường: có triệu chứng lâm sàng.

- Loại triệu chứng lâm sàng: biến số định danh, có một hoặc nhiều hơn một trong 05 giá trị:

- + Ho kéo dài,
- + Khạc đàm,
- + Ho ra máu,
- + Sốt kéo dài,
- + Chán ăn, sụt cân.

- Triệu chứng xquang phổi quy ước: Bệnh nhân được chụp xquang ngực quy ước tại Tổ lao định kỳ mỗi 3 tháng một lần, cho đến khi soi đàm trực tiếp (+). Kỹ thuật viên xquang của Tổ lao sẽ ghi nhận kết quả. Biến nhị phân, có 02 giá trị:

- + Không nghi ngờ có tổn thương mới;
- + Có nghi ngờ tổn thương mới :

- Dạng tổn thương mới: biến số danh định, có 03 giá trị:

Thâm nhiễm,

Nốt,

Hang.

- Soi đàm trực tiếp: nhuộm soi bằng kỹ thuật Ziehl-Neelsen. Mỗi 3 tháng bệnh nhân được lấy đàm soi trực tiếp một lần bởi nhân viên của Trạm y tế phường, xã cho đến khi có mẫu đàm (+) hoặc đến khi đủ 05 lần. Biên nhị phân, có 02 giá trị:

+ Âm tính: không thấy trực khuẩn lao/100 quang trường.

+ Dương tính: soi thấy ít nhất 01 trực khuẩn lao/ 100 quang trường.

-Mức độ dương tính: biến số danh định, có 03 giá trị:

1+: Mẫu đàm có từ 01-99AFB/100 quang trường (gồm 1+ và <1+)

2+: Mẫu đàm có từ 10-99AFB/10 quang trường,

3+. Mẫu đàm có từ >10 AFB/1 quang trường,

- Xét nghiệm Gene xpert MTB/RIF: những mẫu đàm soi trực tiếp (+) sẽ được chuyển đến phòng xét nghiệm vi sinh của bệnh viện Lao và bệnh phổi tỉnh, thành X. để tiếp tục xét nghiệm Gene xpert/MTB/Rif. Biên nhị phân, có 02 giá trị:

+ Gene xpert MTB/RIF (-),

+ Gene xpert MTB/RIF (+).

- Gián đoạn dùng thuốc : bệnh nhân tạm thời ngưng điều trị, thời gian tạm ngưng không quá 60 ngày. Biên nhị phân, có 02 giá trị:

+ Không gián đoạn dùng thuốc.

+ Có gián đoạn dùng thuốc.

- Thời gian gián đoạn: tính từ lúc tạm ngưng điều trị cho đến khi sử dụng thuốc kháng lao trở lại. Biến số dạng số, tính bằng ngày.

- Giai đoạn gián đoạn : biên nhị phân, có 02 giá trị:

+ Tấn công;

+ Duy trì.

- Nguyên nhân gây gián đoạn: Biến số độc lập, dạng định danh, có 05 giá trị:
 - + Rối loạn tiêu hóa;
 - + Viêm gan do thuốc;
 - + Viêm da tróc vảy;
 - + Chóng mặt, ù tai;
 - + Nguyên nhân khác.
- Dùng corticoides kéo dài để điều trị bệnh khác: biến nhị phân, có 02 giá trị:
 - + Không dùng corticoides kéo dài;
 - + Có dùng corticoides kéo dài.
- Thời gian dùng corticoides: biến số dạng số, tính bằng ngày.
- Nhiễm HIV: bệnh nhân được xác định chẩn đoán bằng xét nghiệm ELISA/ HIV. Biến nhị phân, có 02 giá trị:
 - + Không nhiễm HIV,
 - + Có nhiễm HIV.
- Bệnh đái tháo đường: Để chẩn đoán xác định bệnh phải được thực hiện bởi bệnh viện từ tuyến quận, huyện trở lên, dựa vào chỉ số đường huyết lúc đói > 6.4 mmol/l và HbA1c >6.1%). Biến nhị phân, có 02 giá trị:
 - + Không đái tháo đường,
 - + Có đái tháo đường.
- Tiền sử bị bệnh xơ gan, viêm gan: Việc ghi nhận chẩn đoán dựa theo sự chẩn đoán trước đó của bệnh viện từ tuyến quận, huyện trở lên. Biến nhị phân, có 02 giá trị:
 - + Không có bệnh xơ gan hoặc viêm gan.
 - + Có bệnh xơ gan hoặc viêm gan.
- Kết quả điều trị với công thức 2SHZRE/REHZ/5R3H3E3. Biến số phụ thuộc, định danh, có 06 giá trị:

+ Khỏi bệnh: bệnh nhân điều trị đủ thời gian và có kết quả xét nghiệm soi trực tiếp đàm âm tính ít nhất 2 lần kể từ tháng điều trị thứ năm trở đi.

+ Hoàn thành điều trị: bệnh nhân điều trị đủ thời gian nhưng không xét nghiệm đàm hoặc chỉ có xét nghiệm đàm 1 lần từ tháng thứ 5 kết quả âm tính.

+ Thất bại: bệnh nhân xét nghiệm đàm còn AFB(+) hoặc AFB(+) trở lại từ tháng thứ 5 trở đi.

+ Bỏ điều trị: bệnh nhân bỏ thuốc lao liên tục trên 2 tháng trong quá trình điều trị.

+ Chuyển: bệnh nhân được chuyển đi nơi khác điều trị nhưng có phiếu phản hồi. Nếu không có phiếu phản hồi coi như bệnh nhân bỏ trị.

+ Chết: bệnh nhân tử vong vì bất cứ căn nguyên gì trong quá trình điều trị [11], [12], [13].

- Kết quả điều trị khỏi với phác đồ IVa 6ZEK_mLfxPtoCs(PAS)/12ZEL_mLfxPtoCs(PAS). Biến số phụ thuộc, định danh, có 05 giá trị:

+ Khỏi bệnh: khi hoàn thành 18 tháng điều trị và có kết quả ít nhất 05 lần nuôi cấy (-) liên tiếp từ các mẫu bệnh phẩm lấy cách nhau ít nhất 30 ngày trong 12 tháng cuối của đợt điều trị.

+ Hoàn thành điều trị: Bệnh nhân đã hoàn thành đợt điều trị, đủ thời gian nhưng không được coi là khỏi bệnh vì thiếu kết quả xét nghiệm vi khuẩn (ví dụ: ít hơn 5 lần nuôi cấy được thực hiện trong vòng 12 tháng điều trị cuối).

+ Chết: Bệnh nhân chết do bất kỳ nguyên nhân nào trong quá trình điều trị.

+ Thất bại: Khi có 02 kết quả nuôi cấy dương tính trở lên trong 12 tháng điều trị cuối.

+ Bỏ trị: Bệnh nhân bỏ điều trị từ 02 tháng liên tục trở lên do bất cứ lý do nào [11], [12].

2.2.5. Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu

Dựa vào bảng câu hỏi trong phiếu điều tra. Bảng câu hỏi của phiếu điều tra được xây dựng dựa trên nội dung nghiên cứu và dựa trên kinh nghiệm nghiên cứu trước của tác giả.

Các thông tin được thu thập bằng cách tham khảo số liệu thứ cấp từ hệ thống quản lý hồ sơ của bệnh tại bệnh viện Lao và bệnh phổi và tại Tổ lao của 09 quận, huyện thuộc thành phố Cần Thơ ; dựa vào phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân, người thân trong gia đình và qua khám lâm sàng, cận lâm sàng định kỳ.

Tiến hành nghiên cứu :

Qua số liệu thứ cấp từ hệ thống quản lý hồ sơ của bệnh tại bệnh viện Lao-bệnh phổi và tại Tổ lao của 09 quận, huyện thuộc thành phố Cần Thơ, chúng tôi có được danh sách toàn bộ bệnh nhân lao phổi mới đã thu dung điều trị từ tháng 12/2009 (thời điểm tất cả đơn vị Tổ lao đã lưu trữ hồ sơ hoàn chỉnh) cho đến 12/2009. Thực hiện các bước sau :

- Từ danh sách ban đầu thống kê bệnh nhân đã được thu dung điều trị lao phổi mới từ tháng 12/2009 đến tháng 12/2011 theo từng quận, huyện;

- Chọn mẫu theo từng tháng dựa vào số liệu thứ cấp, bắt đầu từ tháng 12/2009, theo thứ tự alphabet chữ cái các quận, huyện, đầu tiên là Bình Thủy và cuối cùng là Vĩnh Thạnh, cho đến khi đủ số mẫu cần thiết.

- Trình tự thu thập thông tin:

- + Ghi nhận thông tin về đặc điểm chung của bệnh nhân.

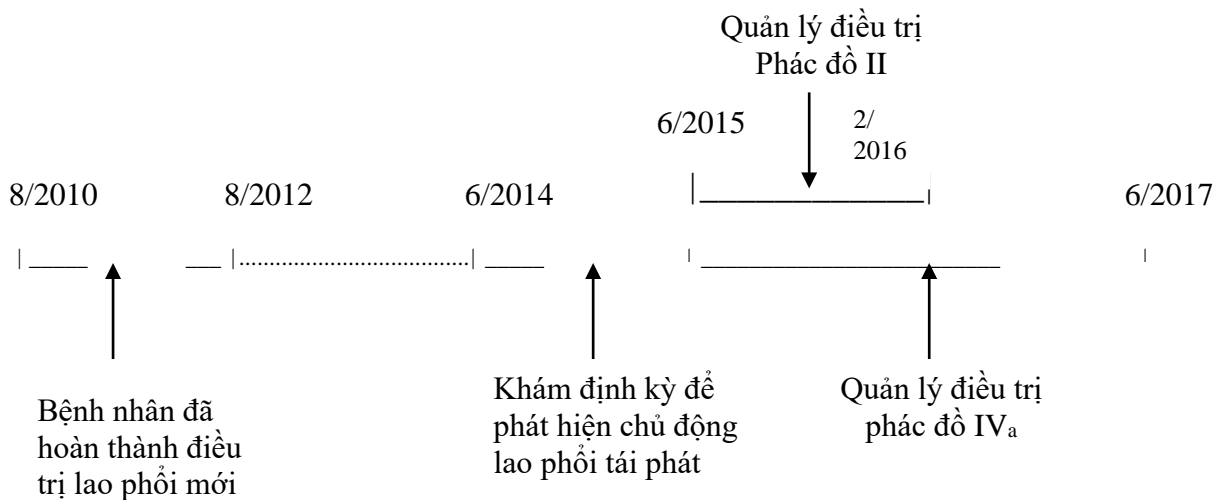
- + Thu thập tiền sử gia đình, tiền sử bệnh tật, quá trình điều trị lao trước.

- + Khám các triệu chứng cơ năng lần thứ nhất.

- + Lấy mẫu đàm lần thứ nhất.

- + Chụp x quang ngực quy ước lần thứ nhất tại Trung tâm y tế quận, huyện.

SƠ LƯỢC VỀ THỜI GIAN VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU



- Khám lâm sàng và cận lâm sàng định kỳ cho những bệnh nhân chưa bị tái phát (bao gồm khám lâm sàng, chụp x quang ngực quy ước và soi trực tiếp đàm 03 mẫu) sẽ tiến hành vào tháng 6/2014, 9/2014, 12/2014, 3/2015 và 6/2015 cho tất cả bệnh nhân chưa bị tái phát tại các Tổ lao tuyến quận, huyện và phòng khám của bệnh viện lao và bệnh phổi Cần Thơ.

- Những bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi tái phát qua kết quả soi đàm trực tiếp dương tính sẽ được lấy đàm xét nghiệm đánh giá sự đề kháng với Rifampicin của vi khuẩn lao bằng xét nghiệm Gene Xpert/MTB/Rif tại phòng xét nghiệm vi sinh của Bệnh viện lao và bệnh phổi Cần Thơ.

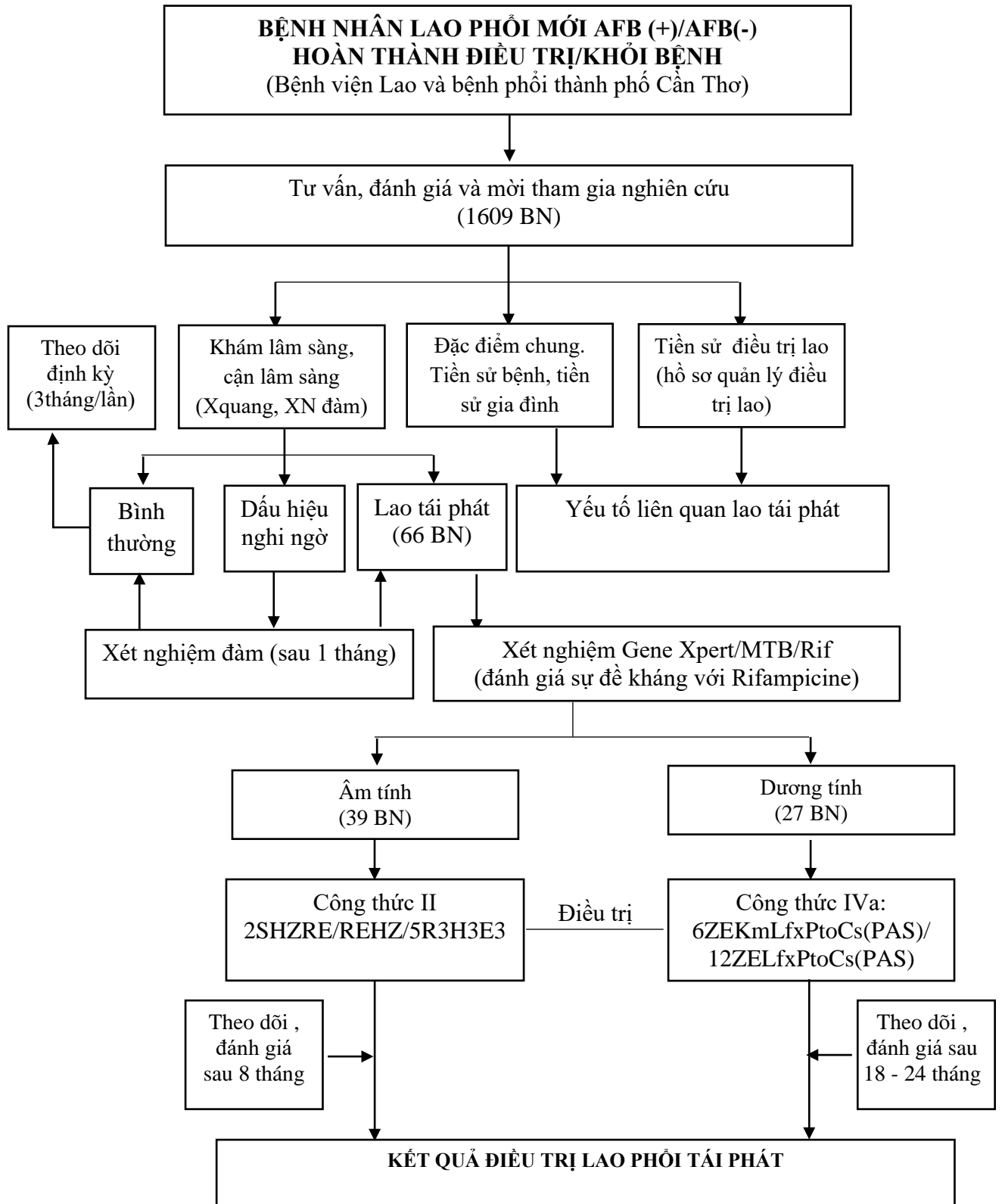
- Những bệnh nhân có kết quả soi đàm trực tiếp âm tính sẽ được tiếp tục khám lâm sàng lần thứ hai, soi đàm trực tiếp lần thứ hai và chụp x quang ngực lần thứ hai. Nếu kết quả soi đàm trực tiếp lần thứ hai âm tính sẽ tiếp tục tái khám lần thứ ba, tư, năm.

- Những bệnh nào chưa được chẩn đoán xác định lao phổi tái phát nhưng có triệu chứng lâm sàng và x quang ngực nghi ngờ sẽ được kiểm tra lại sau đó 01 tháng bằng xét nghiệm soi đàm trực tiếp, mẫu đàm sẽ do nhân viên của Trạm y tế lấy.

- Nếu được chẩn đoán lao tái phát sẽ được làm xét nghiệm Gene Xpert/MTB/Rif và ngừng theo dõi trong những lần kế tiếp.

- Những bệnh nhân tái phát có xét nghiệm Gene Xpert/ MTB/Rif (-), sẽ được điều trị bằng phác đồ 2SHZRE/REHZ/5R3H3E3 và đánh giá kết quả điều trị sau 08 tháng theo những tiêu chí của Chương trình chống lao Quốc gia [11],[12].

- Những bệnh nhân tái phát có xét nghiệm Gene Xpert/ MTB/Rif (+), sẽ được điều trị bằng phác đồ IVa 6ZEK_mLfxPtoCs(PAS)/ 12ZELfxPtoCs(PAS), đánh giá sau 18-24 tháng điều trị [11], [15].



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Tập huấn cho cộng tác viên và tiến hành thu thập số liệu :

Cộng tác viên là các tổ trưởng tổ chống lao tuyến quận, huyện. Riêng ở địa bàn quận Ninh Kiều vì số lượng bệnh nhân nhiều nên ngoài tổ trưởng tổ lao có thêm một cộng tác viên là nhân viên phụ trách lao của quận Ninh Kiều. Tất cả các cộng tác viên này đều được tập huấn sử dụng bộ câu hỏi, nội dung và lịch khám định kỳ bệnh nhân, trong đó đặc biệt lưu ý đến tiêu chuẩn chẩn đoán lao phổi tái phát của Chương trình chống lao Quốc gia.

Tổng cộng có 10 cộng tác viên phụ trách 9 quận, huyện, cụ thể :

- Trần Việt Thắng và Nguyễn Khắc Vũ phụ trách quận Ninh Kiều
- Lê Văn Lắm phụ trách quận Cái Răng.
- Trần Thị Mai phụ trách huyện Phong Điền.
- Lưu Minh Tuấn phụ trách quận Bình Thủy.
- Võ Việt Xô phụ trách quận Ô Môn.
- Lê Ngọc Vũ phụ trách quận Thốt Nốt.
- Lưu Vĩnh Hùng phụ trách huyện Thới Lai.
- Nguyễn Thị Hà phụ trách huyện Cờ Đỏ.
- Nguyễn Thị Mai Hương phụ trách huyện Vĩnh Thạnh.

Ngoài ra, 10 cộng tác viên này còn có nhiệm vụ yêu cầu nhân viên phụ trách công tác chống lao ở các trạm y tế xã, phường lấy mẫu đàm của bệnh nhân định kỳ theo đúng lịch và giúp đỡ bệnh nhân chụp x quang ngực quy ước.

2.2.6. Phương pháp kiểm soát sai số

- Để hạn chế thấp nhất các sai lệch nếu có, các điều tra viên ngoài việc được tập huấn kỹ, luôn luôn liên lạc trực tiếp với tác giả khi có tình huống khó trong lúc thu thập số liệu.

- Tác giả sẽ kiểm tra ngẫu nhiên 10% các phiếu điều tra, theo dõi của bệnh nhân.

- Phiếu điều tra và phiếu theo dõi khám định kỳ được soạn thật rõ ràng, cụ thể.

2.2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Dữ liệu được nhập song song với 2 nhóm nhân viên trên cùng cấu trúc tập tin với phần mềm MS-Excel. Hai tập tin này được đối chiếu để phát hiện và hiệu chỉnh các bất cập trong quá trình nhập. Số liệu được xử lý với phần mềm Epidata-analysis phiên bản 2.2.3.187.

- Mô tả biến số:

+ Với các biến số dạng số như tuổi, cân nặng, thời gian từ lúc điều trị lành bệnh (âm hóa – hoàn thành), thời gian gián đoạn thuốc trong điều trị.

- Sử dụng thuật toán giá trị trung bình để mô tả nếu biến số có phân phối chuẩn.

- Sử dụng trung vị, mode, khoảng biến thiên, các tứ phân vị p25 và p75 nếu biến số không có phân phối chuẩn.

+ Với các biến số danh định sử dụng trong mô tả đặc điểm dân số: giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn; tiền sử người thân trong gia đình mắc lao, mật độ vi trùng lao trong đàm, kết quả x quang ngực, tiền sử hút thuốc, uống rượu- bia, viêm - xơ gan, nhiễm HIV, đái tháo đường, kết quả điều trị ...

- Sử dụng tỷ lệ % để mô tả.

- Ngày/tháng/năm được sử dụng để biểu hiện các biến liên quan thời điểm: ngày đăng điều trị, ngày ngưng trị, ngày tái phát

- Phân tích dữ liệu:

+ Nghiên cứu quan tâm xác định mối liên quan giữa:

- Biến số đầu ra là lao phổi tái phát với các biến số độc lập khác.

- Tình trạng kháng Rifampicin của vi khuẩn lao khi bệnh nhân được chẩn đoán lao tái phát với các biến số khác ở bệnh nhân lao tái phát.

+ Odds ratios được sử dụng để xác định độ lớn của mối liên quan giữa tái phát, kháng rifampicin với các biến số khác.

+ Nếu khoảng biến thiên của Odds ratios trong khoảng tin cậy 95% có chứa giá trị 1, mối liên quan được kết luận là không có ý nghĩa.

+ Các kết luận được thiết lập với sai số không quá 5%.

+ Trong phân tích, nếu có ít nhất một ô có giá trị ≤ 1 hoặc $1/5$ các ô có giá trị ≤ 5 , giá trị p từ kiểm định chính xác của Fisher sẽ được sử dụng để kết luận sự liên quan.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích về lợi ích của đề tài cũng như toàn bộ nội dung của nghiên cứu và các giai đoạn của quá trình thực hiện. Họ cũng được giải thích nếu có tham gia nghiên cứu hay không đều không ảnh hưởng đến quá trình theo dõi – điều trị bệnh sau này. Nếu đồng ý tham gia nghiên cứu, ngoài lợi ích được sàng lọc chẩn đoán sớm, còn được hỗ trợ tư vấn về bệnh tật, hỗ trợ thuốc điều trị các vấn đề sức khỏe đang gặp phải. Thỏa thuận tham gia nghiên cứu do bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên ký tên đồng ý. Bệnh nhân dưới 18 tuổi, thỏa thuận nghiên cứu sẽ do cha, mẹ hoặc người giám hộ ký đồng ý.

- Các kết quả phân tích của nghiên cứu sẽ được công bố dạng bảng số - biểu đồ khuyết danh. Bên cạnh đó, bệnh nhân còn được hỗ trợ tiền xét nghiệm đàm, tiền chụp x quang ngực thẳng, được theo dõi sức khỏe trong suốt thời gian tiến hành nghiên cứu, được tư vấn kiến thức tự theo dõi và chăm sóc sức khỏe của bản thân sau khi nghiên cứu kết thúc.

- Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học - Đạo đức của bệnh viện lao và bệnh phổi Cần Thơ và cơ quan quản lý đào tạo chấp thuận cho phép thực hiện.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập được danh sách 1.609 bệnh nhân lao phổi mới, đăng ký điều trị trên địa bàn thành phố Cần Thơ, có kết quả điều trị cuối cùng là âm hóa đối với bệnh nhân lao phổi AFB+, hoặc hoàn thành đối với bệnh nhân lao phổi AFB(-) trong thời gian từ ngày 25/8/2010 đến ngày 4/8/2012. Đây là những bệnh nhân thuộc lứa bệnh đăng ký điều trị quý IV/2009 đến quý IV/2011.

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi gồm 1.609 bệnh nhân. Sau khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi có những kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm dân số

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của bệnh nhân

Nhóm tuổi	Tần số	Tỉ lệ %
< 21	55	3,4%
21 – 40	537	33,4%
41 – 60	653	40,6%
≥ 61	346	22,6%
Tổng cộng	1.609	100 %
Thấp nhất: 4 ; Cao nhất: 95 Trung vị: 47 Tứ phân vị p25: 34 Tứ phân vị p75: 59	Trung bình : 47,5 Độ lệch chuẩn: 16,7 Độ xiên: 0,266	

Nhận xét: bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 4 tuổi, cao nhất là 95 tuổi. Trung vị là 47 tuổi với 2 tứ phân vị lần lượt là 34 và 59. Với độ xiên là 0,266, phân bố tuổi của dân số nghiên cứu có lệch trái nhưng vẫn nằm trong giới hạn phân bố chuẩn vì vậy có thể nói tuổi trung bình là 47,5 + 16,7 tuổi. Nhóm 41- 60 tuổi, chiếm đa số với 40,6 và ít nhất là nhóm tuổi < 21 với 3,4%.

Bảng 3.2. Phân bố giới tính

Giới tính	Tần số	Tỉ lệ %
Nam	1.216	75,6
Nữ	393	24,4
Tổng	1.609	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 1.216 bệnh nhân là nam giới, chiếm tỷ lệ 75,6%, gấp 3 lần đối với bệnh nhân nữ.

Bảng 3.3. Phân bố địa dư

Địa dư	Tần số	Tỉ lệ %
Các quận	1.018	63,3
Các huyện	591	36,7
Tổng	1.609	100

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân lao đăng ký điều trị ở các quận cao hơn số bệnh nhân đăng ký điều trị tại các huyện. Tỷ lệ lần lượt 63,3% và 36,7%.

Bảng 3.4. Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân

Nghề nghiệp	Tần số	Tỉ lệ %
Viên chức, công chức	170	10,5
Nông dân, làm thuê	917	57,0
Thất nghiệp	48	3,0
Khác	474	29,5
Tổng	1.609	100,0

Nhận xét: nông dân, làm thuê chiếm 57%; viên chức, công chức chiếm 10,5%.

Bảng 3.5. Phân bố về trình độ học vấn

Học vấn	Tần số	Tỉ lệ %
Tiểu học	9	0,6
Trung học cơ sở	685	42,5
Trung học phổ thông	465	28,9
> Trung học phổ thông	450	28,0
Tổng	1.609	100

Nhận xét: trung học cơ sở chiếm 42,5%; trung học phổ thông 28,9%; cao hơn THPT chiếm 28%.

Bảng 3.6. Phân bố về mức sống gia đình

Kinh tế	Tần số	Tỉ lệ %
Nghèo	458	28,5
Không nghèo	1.151	71,5
Tổng	1.609	100

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân lao là hộ nghèo chiếm 28,5%; không nghèo chiếm 71,5%.

3.1.2. Đặc điểm về thói quen, lối sống

Bảng 3.7. Đặc điểm về thói quen hút thuốc lá

Hút thuốc lá	Tần số	Tỉ lệ %
Đang hút	928	57,7
Không hút	681	42,3
Tổng	1.609	100

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân lao có hút thuốc lá chiếm 57,7%; tỷ lệ bệnh nhân không hút thuốc lá chiếm 42,3%.

Bảng 3.8. Đặc điểm về thói quen uống rượu

Uống rượu	Tần số	Tỉ lệ %
Có	958	59,5
Không	651	40,5
Tổng	1.609	100

Nhận xét: Tỷ lệ uống rượu bia ở bệnh nhân lao chiếm 59,5%, tỷ lệ bệnh nhân không uống rượu bia chiếm 40,5%.

3.1.3. Đặc điểm bệnh lao mới, bệnh kèm theo và tiền sử điều trị lao lần đầu của bệnh nhân lao

3.1.3.1. Đặc điểm bệnh lao lần đầu

Bảng 3.9. Phân loại bệnh lao mới

Phân loại bệnh lao mới	Tần số	Tỉ lệ %
AFB (-)	243	15,1
AFB (+)	1.366	84,9
Tổng	1.609	100

Nhận xét: số bệnh nhân lao có đăng ký điều trị ban đầu có bằng chứng vi khuẩn học AFB (+) chiếm 84,9% số mẫu nghiên cứu.

Bảng 3.10. Cân nặng của bệnh nhân

Cân nặng	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Nam	25,0	79,0	50,1 ± 7,4
Nữ	10	67,0	44,0 ± 6,7
Chung	10	79,0	48,6 ± 7,7

Nhận xét: Cân nặng của bệnh nhân trước điều trị, có cân nặng dao động từ 10 – 79 Kg, trung bình 48,6 ± 7,7kg.

Bảng 3.11. Người thân mắc bệnh lao

Người thân mắc bệnh lao	Tần số	Tỉ lệ %
Có	82	5,1
Không	1.527	94,9
Tổng	1.609	100

Nhận xét: trong nghiên cứu của chúng tôi, 5,1% bệnh nhân thu nhận vào theo dõi lao phổi tái phát có người thân mắc lao.

Bảng 3.12. Số người mắc thân lao

Số người thân mắc bệnh lao	Tần số	Tỉ lệ %
1	61	74,4
2	6	7,3
3	7	8,5
4	6	7,3
5	2	2,4
Tổng	82	100,0
Trung bình	1,56 ± 1,1 (1-5 người)	

Nhận xét: Có 82 bệnh nhân cho biết có ít nhất một người thân trong gia đình đã mắc lao. Trong đó chỉ có 1 người thân mắc lao chiếm đa số, 74,4%.

3.1.3.2. Tiền sử điều trị lao lần đầu

Bảng 3.13. Giai đoạn điều trị lao phổi mới

Giai đoạn điều trị	Tần số	Tỉ lệ %
Có	49	3,0
Không	1.560	97,0
Tổng	1.609	100

Nhận xét: Trong số 1.609 bệnh nhân vào giai đoạn theo dõi tái phát, có 49 bệnh nhân có gián đoạn trong lần điều trị ban đầu, chiếm tỷ lệ 3%.

Bảng 3.14. Giai đoạn gián đoạn điều trị

Giai đoạn gián đoạn	Tần số	Tỉ lệ %
Giai đoạn tấn công	36	73,5
Giai đoạn tái phát	13	26,5
Tổng	49	100

Nhận xét: Trong số 49 bệnh nhân có gián đoạn điều trị, 36 bệnh nhân (73,5%) gặp ở giai đoạn tấn công và 26,5% ở giai đoạn tái phát.

Bảng 3.15. Thời gian dừng thuốc

Thời gian dừng thuốc	Tần số	Tỉ lệ %
≤ 7 ngày	16	32,7
8-30 ngày	30	61,2
> 30 ngày	3	6,1
Tổng	49	100
Trung bình	14,5 ± 13,1 (4-63 ngày)	

Nhận xét: Tỷ lệ dừng thuốc từ 7 ngày trở xuống chiếm 32,7%; 8-30 ngày chiếm 61,2%; trên 30 ngày chiếm 6,1%.

Bảng 3.16. Lý do dừng thuốc

Lý do dừng thuốc	Tần số	Tỉ lệ %
Tác dụng phụ	48	98,0
Khác	1	2,0
Tổng	49	100

Nhận xét: Lý do dừng thuốc hầu hết do tác dụng phụ, chiếm 98%.

3.1.3.3. Bệnh kèm theo

Bảng 3.17. HIV/AIDS

HIV/AIDS	Tần số	Tỉ lệ %
Có	46	2,9
Không	1.563	97,1
Tổng	1.609	100

Nhận xét: Có 46 trong 1.609 bệnh nhân thu nhận vào nghiên cứu được xác định có có đồng nhiễm HIV/AIDS chiếm tỷ lệ 2,9%.

Bảng 3.18. Đái tháo đường

Đái tháo đường	Tần số	Tỉ lệ %
Có	72	4,5
Không	1.537	95,5
Tổng	1.609	100

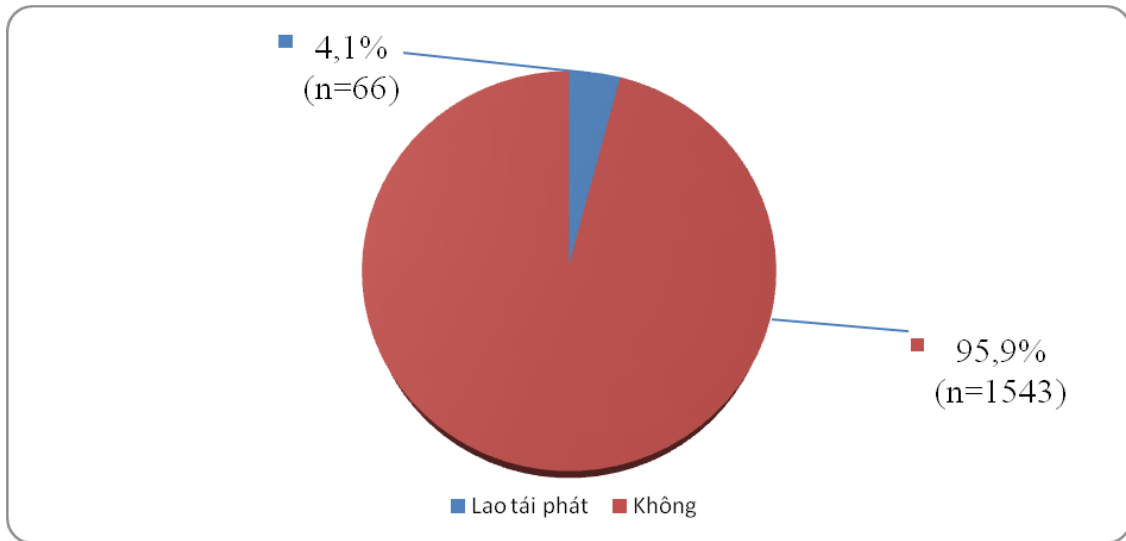
Nhận xét: đái tháo đường được ghi nhận ở 72 bệnh nhân trong nghiên cứu chiếm 4,5%.

Bảng 3.19. Xơ gan, viêm gan

Xơ gan, viêm gan	Tần số	Tỉ lệ %
Có	46	2,9
Không	1.563	97,1
Tổng	1.609	100

Nhận xét: 46 bệnh nhân có tiền sử bệnh lý gan, bao gồm xơ gan, viêm gan, chiếm 2,9%.

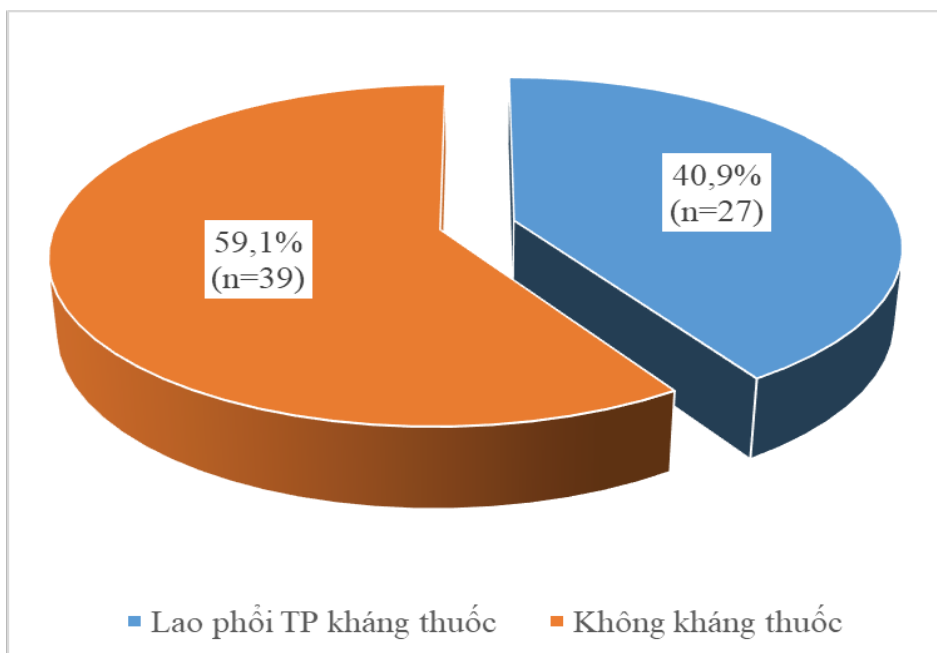
3.2. Tỷ lệ lao phổi tái phát (LTP)



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ lao phổi tái phát

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh lao tái phát chiếm 4,1% (KTC 3,2% ~ 5,2%)

3.2.1. Tỷ lệ và phân bố lao phổi tái phát



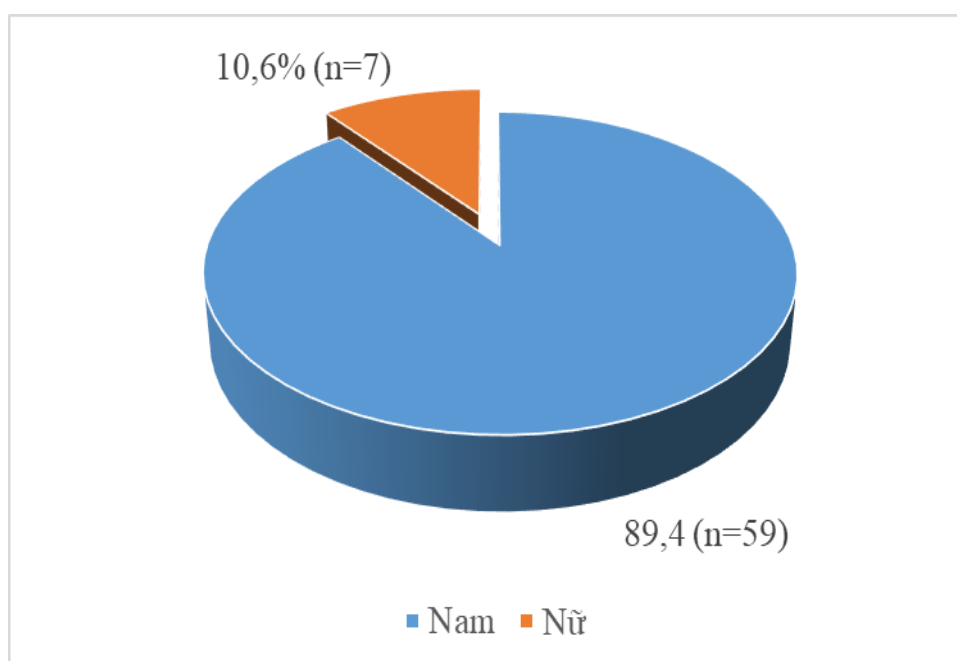
Biểu đồ 3.2. Lao phổi tái phát kháng thuốc

Nhận xét: Trong 66 bệnh nhân lao tái phát, tỷ lệ kháng thuốc rifampicin chiếm 40,9%.

Bảng 3.20. Phân bố tuổi của bệnh nhân tái phát

Nhóm tuổi	Tần số	Tỉ lệ %
<21	2	3,0
21 – 40	24	36,4
41 – 60	30	45,5
≥ 61	10	15,1
Tổng	66	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân lao phổi tái phát là $44,6 \pm 13,6$ tuổi, thấp nhất là 14, cao nhất 75 tuổi ; tuổi từ 21 – 60 chiếm 81,9%.

**Biểu đồ 3.3. Phân bố giới tính**

Nhận xét: Trong 66 bệnh nhân lao phổi tái phát, có 59 là nam giới, tỷ lệ 89,4% .

Bảng 3.21. Phân bố địa dư

Địa dư	Tần số	Tỉ lệ %
Thành thị	48	72,7
Nông thôn	18	27,3
Tổng	66	100,0

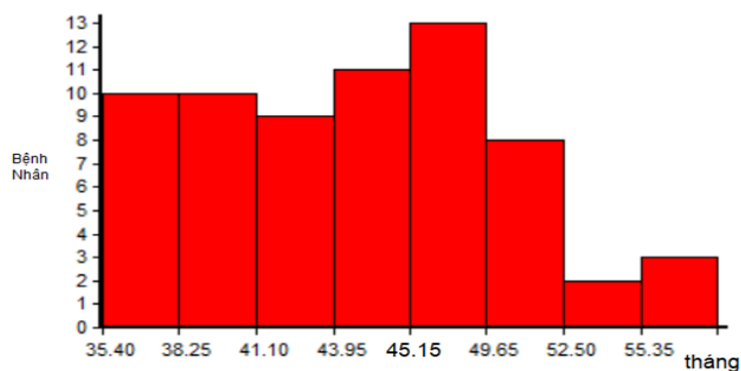
Nhận xét: Có 48 bệnh nhân (72,7%) sống tại thành thị.

Bảng 3.22. Mức sống gia đình

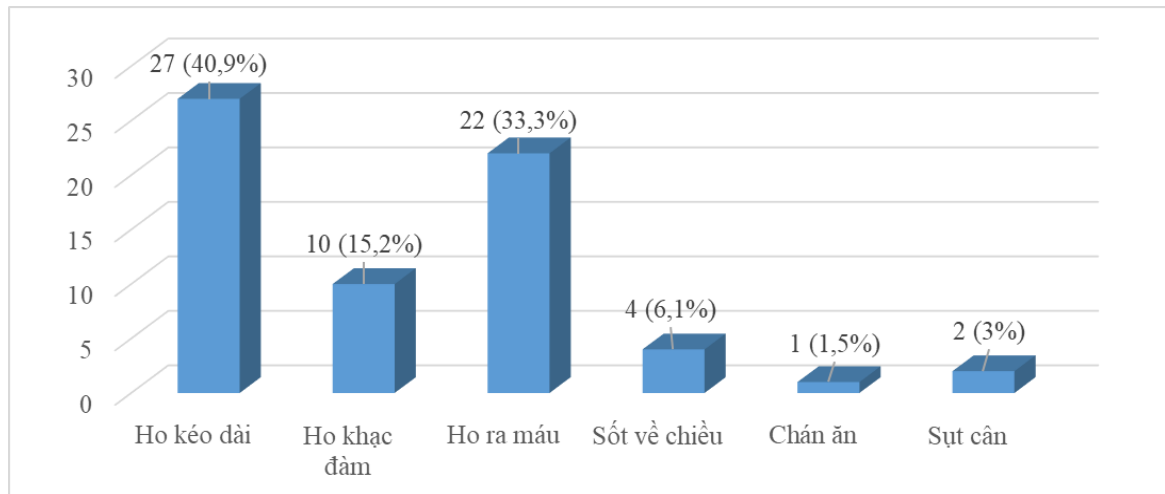
Kinh tế	Tần số	Tỉ lệ %
Nghèo	24	36,4
Không nghèo	42	63,6
Tổng	66	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân lao phổi tái phát có kinh tế nghèo chiếm 36,4%.

3.2.2. Đặc điểm lao phổi tái phát

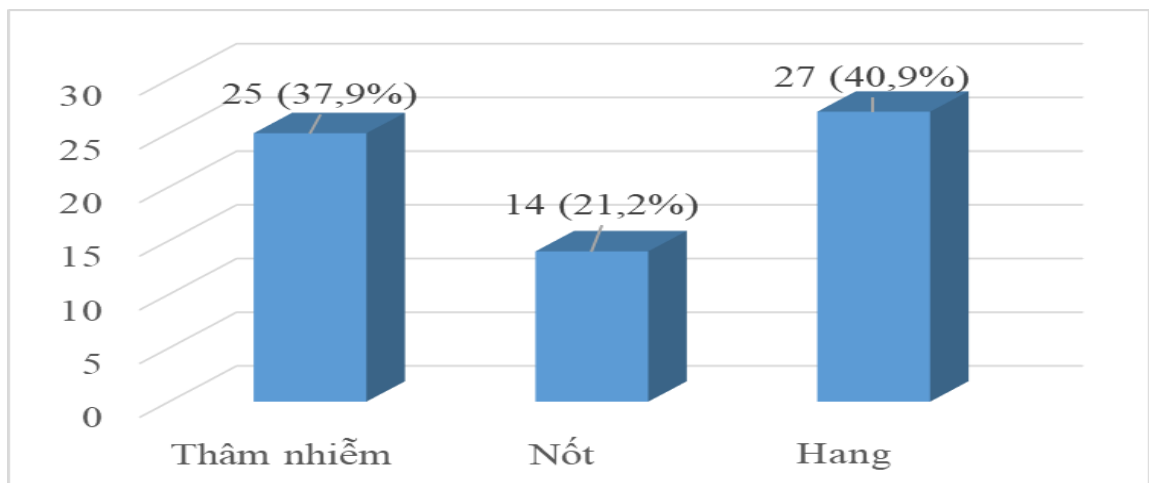
**Biểu đồ 3.4. Thời điểm phát hiện tái phát sau khi hoàn tất điều trị (tháng)**

Nhận xét: thời gian tái phát được ghi nhận trong khoảng từ 35,4 đến 58 tháng. Nhiều nhất là ở 45,15 tháng. Độ xiên của phân bố là 0,137 cho thấy biểu đồ phân bố tuy lệch nhiều về bên trái nhưng vẫn được xem là có phân phối chuẩn. Trung bình bệnh nhân tái phát ở tháng $44,85 \pm 5,64$ tháng.



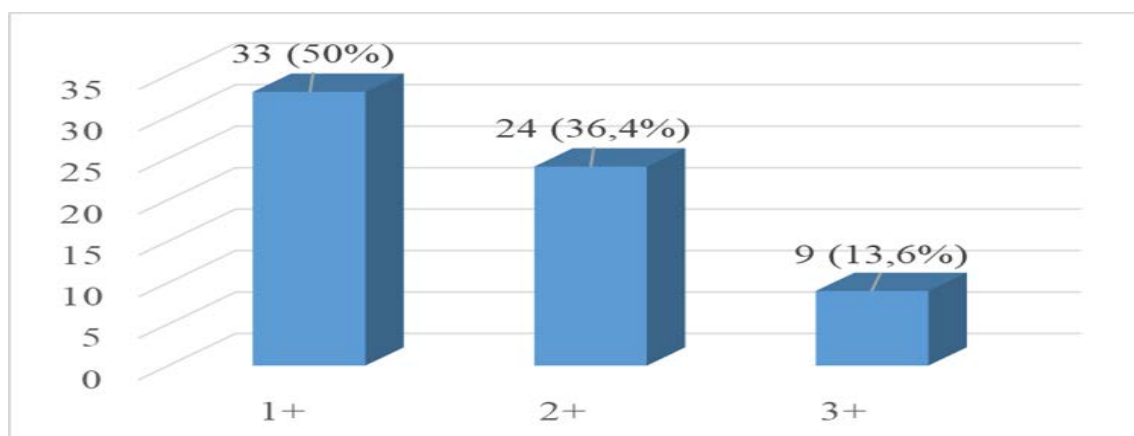
Biểu đồ 3.5. Đặc điểm lâm sàng nghi ngờ lao

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân lao phổi tái phát có triệu chứng ho kéo dài chiếm 40,9%; ho ra máu chiếm 33,3%; thấp nhất là triệu chứng chán ăn chiếm 1,5%.



Biểu đồ 3.6. Kết quả x quang ngực nghi ngờ lao khi khám phát hiện lao tái phát (n=66)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả x quang ngực dạng thâm nhiễm chiếm 37,9%; nốt chiếm 21,2%; hang chiếm 40,9%.



Biểu đồ 3.7. Mật độ vi khuẩn khi khám phát hiện lao phổi tái phát

Nhận xét: Trong 66 bệnh nhân lao phổi tái phát, có 50% bệnh nhân có mật độ vi khuẩn là 1(+); 2(+) chiếm 36,4%; 13,6% 3(+).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến lao phổi tái phát

3.3.1. Liên quan giữa lao phổi tái phát và đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 3.23. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và giới tính

Giới	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
Nam	59	4,9	1.157	95,1	0,36 (0,16 ~ 0,79)	0,008
Nữ	7	1,8	386	98,2		
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

Nhận xét: Tỷ số tái phát / không tái phát ở bệnh nhân nam thấp hơn tỷ số tái phát/không tái phát ở bệnh nhân nữ 0,36 lần với KTC 95% 0,16 ~ 0,79, cho thấy tái phát có liên quan đến giới tính của bệnh nhân.

Bảng 3.24. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và địa dư

Địa dư	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
Thành thị	48	4,7	970	95,3	1	0,104
Nông thôn	18	3,0	573	97,0	0,63	
Tổng	66	4,1	1.543	95,9	(0,37 – 1,10)	

Nhận xét: tỷ số tái phát/không tái phát ở bệnh nhân cư ngụ tại các huyện thấp hơn tỷ số tái phát / không tái phát của bệnh nhân cư ngụ tại các quận 0,63 lần, tuy nhiên với giá trị nằm trong khoảng tin cậy 0,37 ~ 1,10, cho thấy nơi cư ngụ không có liên quan đến tái phát.

Bảng 3.25. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và tuổi

Tuổi	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
< 21	2	3,6	53	96,4	1,34 (0,19 ~ 5,66)	0,948 *
21 – 40	24	4,5	513	95,5	1,66 (0,79 ~ 3,66)	0,183
41 – 60	30	4,6	623	95,4	1,70 (0,84 ~ 3,69)	0,146
61 +	10	2,7	354	97,3	1	
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

* giá trị p lấy từ hiệu chỉnh Yates

Nhận xét: tỷ lệ lao phổi tái phát thay đổi theo nhóm tuổi, thấp nhất ở nhóm tuổi 61+ với 2,7%. Tỷ lệ tái phát lần lượt là 4,6%; 4,5% và 3,6% lần lượt ở các nhóm tuổi 41 – 60; 21 – 40 và < 21 tuổi. Lấy tỷ số tái phát/không tái phát của nhóm 61+ làm tham chiếu, tỷ số tái phát/không tái phát ở bệnh nhân các nhóm 41 – 60; 21 – 40 và < 21 tuổi, cao hơn lần lượt là 1,70; 1,66 và 1,34 nhưng tất cả đều không có ý nghĩa về mặt thống kê.

Bảng 3.26. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và nghề nghiệp

Nghề	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
Nông dân, làm thuê	40	4,4	877	95,6	1	
Viên chức, công chức	4	2,4	166	97,6	0,53 (0,16 ~ 1,49)	0,315*
Thất nghiệp	7	14,6	41	85,4	3,73 (1,47 ~ 8,57)	0,001
Khác	15	3,2	459	96,8	0,72 (0,38 ~ 1,30)	0,281
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

* Giá trị p lấy từ hiệu chỉnh Yates

Nhận xét: Nếu lấy tỷ số tái phát/không tái phát của nhóm nông dân và người làm thuê làm nhóm tham chiếu, tỷ số lao phổi tái phát/không tái phát ở nhóm bệnh nhân là viên chức, công chức thấp hơn 0,53 lần; nhóm thất nghiệp cao hơn 3,73 lần, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.27. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và học vấn

Học vấn	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
≤ THCS	38	5,5	656	94,5	1,84 (1,16 ~ 3,02)	0,016
> THCS	28	3,1	887	96,9	1	
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

Nhận xét: lấy tỷ số lao tái phát/không tái phát ở nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn từ Trung học cơ sở trở lên làm tham chiếu, thì tỷ số lao tái phát/không tái phát ở nhóm có trình độ học vấn thấp hơn THCS cao hơn nhóm trên THCS 1,84 lần, với giá trị trong khoảng 1,16 ~ 3,02, nên học vấn có liên quan đến lao tái phát.

Bảng 3.28. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và kinh tế

Kinh tế	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
Nghèo	24	5,2	434	94,8	1,46 (0,87 ~ 2,44)	0,146
Không nghèo	42	3,6	1.109	96,4	1	
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

Nhận xét: So với các bệnh nhân có kinh tế không thuộc nhóm nghèo, tỷ số lao phổi tái phát/không tái phát của nhóm nghèo cao hơn 1,46 lần, tuy nhiên với khoảng tin cậy từ 0,87 ~ 2,44 nên tái phát không có liên quan đến kinh tế trong nghiên cứu này.

3.3.2. Liên quan giữa lao phổi tái phát và thói quen hút thuốc lá, rượu bia

Bảng 3.29. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và hút thuốc lá

Hút thuốc lá	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
Có	50	5,4	878	94,6	2,37 (1,34 ~ 4,19)	0,002
Không	16	2,3	665	97,7	1	
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

Nhận xét: lấy tỷ số tái phát lao/không tái phát lao ở nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá làm tham chiếu, tỷ số này ở nhóm bệnh nhân có hút lá cao hơn 2,37 lần và nằm trong khoảng tin cậy 1,34 ~ 4,19, tức tái phát có liên quan đến thói quen hút thuốc lá.

Bảng 3.30. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và rượu, bia

Rượu bia	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
Có	47	4,9	911	95,1	1,72 (1,01 – 3,01)	0,049
Không	19	2,9	632	97,1	1	
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

Nhận xét: ở nhóm bệnh nhân có sử dụng rượu bia, tỷ số lao phổi tái phát/không tái phát cao hơn tỷ số này ở nhóm không sử dụng rượu bia 1,72 lần, giá trị nằm trong khoảng 1,01 ~ 3,01 nên cho thấy lao tái phát có liên quan đến thói quen sử dụng rượu bia.

3.3.3. Liên quan giữa lao phổi tái phát và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.31. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân

Suy mòn cơ thể	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
Có	35	5,4	611	94,6	1,722 (1,051 ~ 2,823)	0,029
Không	31	3,2	932	96,8	1	
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

Nhận xét: bệnh nhân suy mòn cơ thể có tỷ số lao phổi tái phát/không tái phát cao hơn tỷ số này ở nhóm không có tình trạng suy mòn cơ thể 1,72. Giá trị này biến thiên trong khoảng 1,05 ~ 2,82 nên mối liên quan giữa suy mòn và lao tái phát là có ý nghĩa.

3.3.4. Liên quan lao phổi tái phát và đặc điểm bệnh lao mới, tiền sử điều trị lao mới

Bảng 3.32. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và phân loại bệnh lao

Phân loại bệnh lao	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	P
	N	%	n	%		
AFB (+)	61	4,5	1.305	95,5	2,23 (0,89 ~ 5,60)	0,081
AFB (-)	5	2,1	238	97,9		
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

Nhận xét: tỷ số lao phổi tái phát/không tái phát ở nhóm bệnh nhân lao phổi mới có AFB (+) cao hơn tỷ số này ở nhóm AFB (-) 2,23 lần, tuy nhiên giá trị này biến thiên trong khoảng 0,89 ~ 5,60 nên sự liên quan không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.33. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và người thân mắc lao

Người thân mắc bệnh lao	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	P
	n	%	n	%		
Có	6	7,3	76	92,7	1,93 (0,81 ~ 4,61)	0,132
Không	60	3,9	1.467	96,1		
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

Nhận xét: tỷ số lao tái phát/không tái phát ở nhóm bệnh nhân có người thân mắc bệnh lao cao hơn tỷ số lao tái phát/không tái phát ở nhóm không có thân nhân mắc lao 1,93 lần. Nhưng hai tỷ số này khác biệt không có ý nghĩa thống kê vì giá trị khác biệt biến thiên trong khoảng 0,81 ~ 6,61.

Bảng 3.34. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và gián đoạn điều trị

Gián đoạn điều trị	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
Có	2	4,1	47	95,9	0,99 (0,16 ~3,56)	>0,999*
Không	64	4,1	1.496	95,9	1	
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Nếu lấy tỷ số lao phổi tái phát/không tái phát ở nhóm không gián đoạn điều trị làm giá trị tham chiếu, tỷ số này ở nhóm bệnh nhân có gián đoạn điều trị thấp hơn 0,99 lần, và giá trị biến thiên trong khoảng 0,16 ~ 3,56 nên liên quan này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.35. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát với giai đoạn gián đoạn, thời gian gián đoạn (n=49)

Gián đoạn điều trị (n=49)		Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
		n	%	n	%		
Giai đoạn điều trị	Duy trì	1	7,7	12	92,3	2,92 (0,17-50,34)	0,464*
	Tấn công	1	2,8	35	97,2	1	
Thời gian ngưng thuốc	≤ 30 ngày	1	2,2	45	97,8	1	0,240*
	> 30 ngày	1	33,3	2	66,7	22,5 (1,00~505,8)	

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tỷ số lao tái phát/không tái phát ở bệnh nhân có gián đoạn dùng thuốc trong giai đoạn duy trì cao hơn 2,92 lần tỷ số này ở bệnh nhân có gián đoạn dùng thuốc trong giai đoạn tấn công, giá trị trong khoảng 0,17 ~ 50, 34 nên liên quan

không có ý nghĩa thống kê. Tương tự như vậy, ở các bệnh nhân với tổng thời gian gián đoạn dùng trên 30 ngày có tỷ số lao tái phát/không tái phát cao hơn tỷ số này 22,5 lần, giá trị biến thiên trong khoảng 1,00 ~ 505 lần, nên mối liên quan giữa thời gian gián đoạn thuốc với lao phổi tái phát không có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này.

3.3.5. Liên quan giữa lao phổi tái phát và bệnh kèm theo

Bảng 3.36. Mối liên quan lao phổi tái phát và tình trạng nhiễm HIV/AIDS

HIV/AIDS	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
Có	4	8,7	42	91,3	2,30 (0,83 ~ 5,76)	0,110*
Không	62	3,97	1.501	96,03	1	
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tỷ số lao phổi tái phát/không tái phát ở nhóm bệnh nhân có đồng nhiễm HIV cao hơn tỷ số tái phát/không tái phát ở bệnh nhân lao không đồng nhiễm HIV 2,30 lần, giá trị này biến thiên từ 0,83 ~ 5,76 nên không có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng nhiễm HIV và lao phổi tái phát.

Bảng 3.37. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và tình trạng đái tháo đường

Đái tháo đường	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	p
	n	%	n	%		
Có	11	15,28	61	84,28	4,85 (2,42 ~ 9,74)	<0,001
Không	55	3,58	1.482	96,42	1	
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

Nhận xét: Lấy tỷ số lao phổi tái phát/không tái phát ở nhóm bệnh nhân không đái tháo đường làm giá trị tham chiếu, tỷ số này ở nhóm bệnh nhân có đái tháo

đường cao 4,85 lần, và biến thiên trong khoảng 2,42 ~ 9,74 nên có liên quan giữa đái tháo đường và lao phổi tái phát trong quan sát của chúng tôi.

Bảng 3.38. Mối liên quan giữa lao phổi tái phát và tình trạng xơ gan/viêm gan

Xơ gan/viêm gan	Lao phổi TP		Không TP		OR KTC 95%	P
	n	%	n	%		
Có	2	4,3	44	95,7	1,07 (0,25 ~ 4,49)	0,713*
Không	64	4,1	1.499	95,9	1	
Tổng	66	4,1	1.543	95,9		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tỷ số lao phổi tái phát/không tái phát ở nhóm bệnh nhân lao có tiền sử bệnh lý gan cao hơn tỷ số này ở nhóm bệnh nhân lao không có bệnh lý gan 1,07 lần. Giá trị này biến thiên trong khoảng 0,25 ~ 4,49 lần nên sự liên quan không có ý nghĩa thống kê.

3.4. Kết quả điều trị lao phổi tái phát

3.4.1. Kết quả điều trị lao phổi tái phát

Bảng 3.39. Kết quả điều trị LPTP theo phác đồ II

Kết quả điều trị theo phác đồ 2	Tần số	Tỉ lệ %
Khỏi	32	82,1
Hoàn thành	2	5,1
Thất bại	5	12,8
Bỏ trị	0	0
Chết	0	0
Tổng	39	100,0

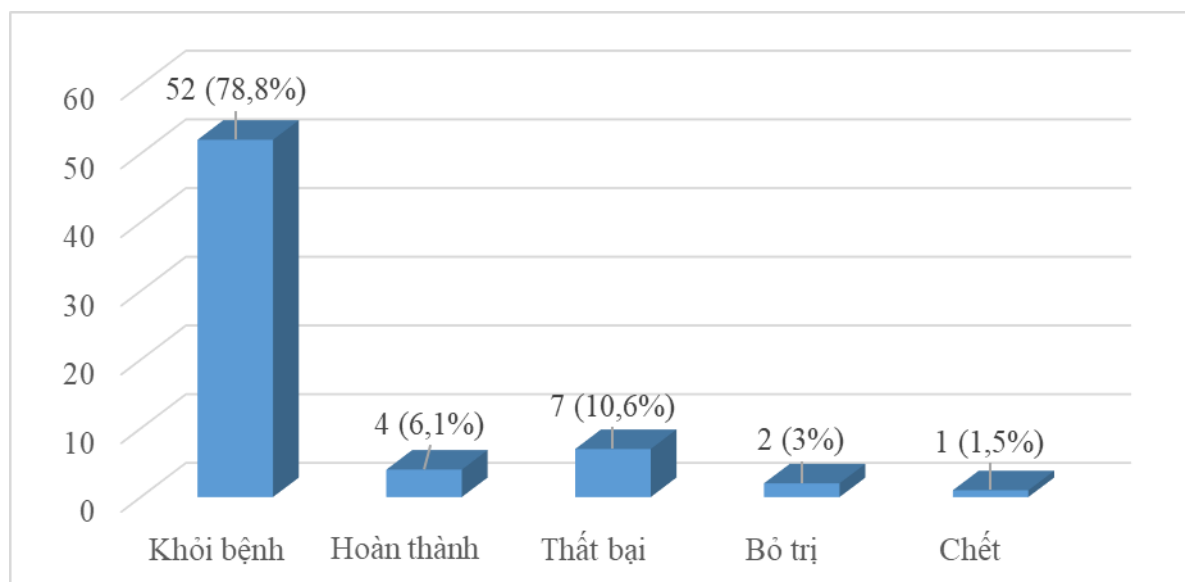
Nhận xét: trong số 39 bệnh nhân có chẩn đoán có lao phổi tái phát được điều trị với phác đồ II của CTCLQG, có 32 bệnh nhân được điều trị khỏi bệnh (82,1%),

2 bệnh nhân không gửi đàm để xét nghiệm đánh giá cuối cùng (5,1%); thất bại điều trị được ghi nhận ở 5 bệnh nhân (12,8%). Không ghi nhận trường hợp bệnh nhân nào bỏ trị hoặc tử vong.

Bảng 3.40. Kết quả điều trị LPTP theo phác đồ IVa

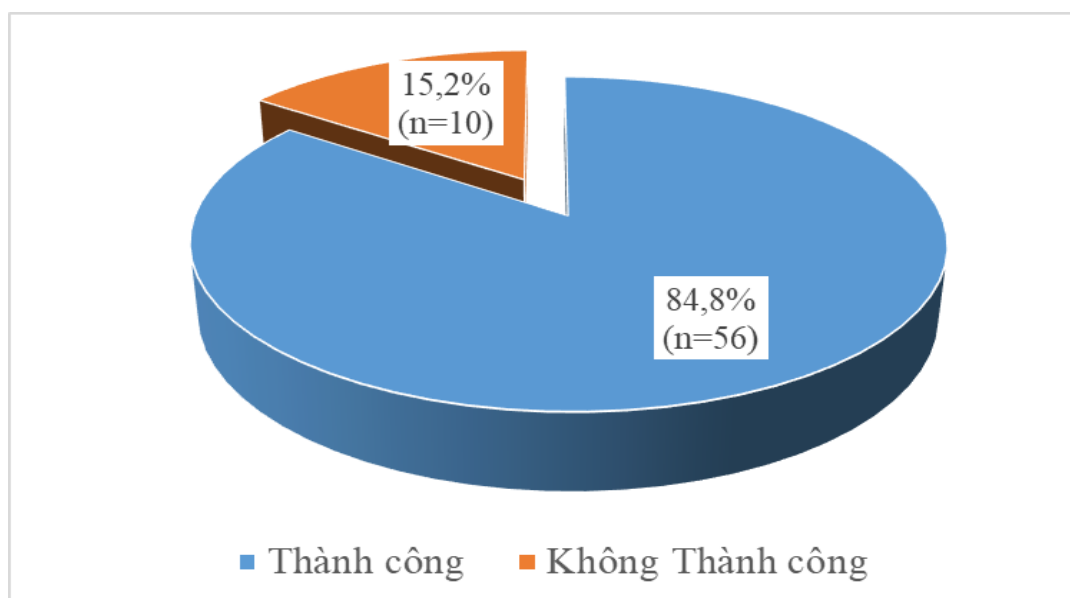
Kết quả điều trị theo phác đồ IVa	Tần số	Tỉ lệ %
Khỏi	20	74,1
Hoàn thành	2	7,4
Thất bại	2	7,4
Bỏ trị	2	7,4
Chết	1	3,7
Tổng	27	100,0

Nhận xét: 27 bệnh nhân lao phổi tái phát có chẩn đoán lao kháng thuốc và được điều trị với phác đồ IVa của CTCLQG. 20 bệnh nhân trong số này đã được điều trị lành bệnh (74,1%).



Biểu đồ 3.8. Phân loại kết quả điều trị lao phổi tái phát

Nhận xét: tỷ lệ khỏi bệnh chiếm 78,8%; hoàn thành điều trị 6,1%; thất bại 10,6%; bỏ trị 3% và 1,5% tử vong.



Biểu đồ 3.9. Đánh giá kết quả điều trị lao phổi tái phát

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị thành công chiếm 84,8%; không thành công chiếm 15,2%.

3.4.2. Phân bố kết quả điều trị lao tái phát

3.4.2.1. Theo đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 3.41. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và giới tính

Giới	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TC			
	n	%	n	%		
Nam	50	84,7	9	15,3	1	>0,999*
Nữ	6	85,7	1	14,3	1,08 (0,14 ~ 27,65)	
Tổng	56	84,8	10	15,2		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tỷ số điều trị thành công/không thành công ở bệnh nhân nữ tái phát cao hơn tỷ số này ở nam bệnh nhân 1,08 lần. Giá trị biến thiên trong khoảng 0,14 ~ 27,65 nên liên quan giữa giới và kết quả điều trị không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.42. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và tuổi

Tuổi	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TC			
	n	%	n	%		
< 60	46	85,2	8	14,8	1	>0,999*
≥ 60	10	83,3	2	16,7	0,87 (0,16 ~ 4,73)	
Tổng	56	84,8	10	15,2		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: tỷ số điều trị thành công/ không thành công ở bệnh nhân lao tái phát nhóm tuổi ≥ 60 thấp hơn tỷ số này ở nhóm tuổi < 60 là 0,87 lần, giá trị biến thiên trong khoảng 0,16 ~ 4,73 nên liên quan giữa tuổi và điều trị thành công lao phổi tái phát không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.43. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và địa dư

Địa dư	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TC			
	n	%	n	%		
Quận	40	83,3	8	16,7	1	0,896*
Huyện	16	88,9	2	11,1	1,60 (0,31 ~ 8,37)	
Tổng	56	84,8	10	15,2		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: tỷ số điều trị thành công/không thành công ở bệnh nhân cư ngụ tại các huyện cao hơn tỷ số này ở bệnh nhân cư ngụ tại các quận 1,60 lần. Tuy vậy, giá này biến thiên trong khoảng 0,31 ~ 8,37 nên mối liên quan giữa nơi cư ngụ và điều trị thành công ở bệnh nhân lao tái phát là không có ý nghĩa.

Bảng 3.44. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TC			
	n	%	n	%		
Viên chức, công chức, nông dân, làm thuê	36	75,0	8	25,0	1	
Thất nghiệp	6	85,7	1	14,3	1,33 (0,14~12,67)	>0,999*
Khác	14	93,3	1	6,7	3,06 (0,43~74,26)	0,324
Tổng	56		10			

* Fisher's exact Test

Nhận xét: Tỷ số điều trị lao tái phát thành công/không thành công ở nhóm bệnh nhân thất nghiệp hoặc các nghề khác cao hơn nhóm bệnh nhân có nghề nghiệp là công nhân – viên chức – nông dân – làm thuê, lần lượt là 1,33 và 3,06 lần. Tuy nhiên các giá trị này đều biến thiên trong khoảng tin cậy có chứa 1 nên mối liên quan giữa kết quả điều trị thành công và nghề nghiệp là không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.45. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và học vấn

Học vấn	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TC			
	n	%	n	%		
≤ THCS	32	84,2	6	15,8	1	>0,999*
> THCS	24	85,7	4	14,3	1,12 (0,28~4,43)	
Tổng	56	84,8	10	15,2		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: tỷ số điều trị thành công lao tái phát/không thành công ở nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn từ Trung học cơ sở trở lên cao hơn nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn thấp hơn THCS là 1,12 lần. Do giá trị này biến thiên trong khoảng 0,28 ~ 4,43 nên mối liên quan giữa trình độ học vấn và kết quả điều trị thành công lao tái phát là không có ý nghĩa.

Bảng 3.46. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và kinh tế

Kinh tế	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TC			
	n	%	n	%		
Nghèo	18	75,0	6	25,0	0,32 (0,07~1,13)	0,187*
Không nghèo	38	90,5	4	9,5	1	
Tổng	56	84,8	10	15,2		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tỷ số điều trị thành công lao tái phát /không thành công trong nghiên cứu ở nhóm bệnh nhân nghèo thấp hơn tỷ số này ở nhóm bệnh nhân không nghèo 0,32 lần. Giá trị biến thiên trong khoảng 0,07 ~ 1,13 nên mối liên quan giữa hai nhóm kinh tế và kết quả điều trị lao tái phát là không có ý nghĩa.

3.4.2.2. Lao phổi tái phát và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.47. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và tình trạng dinh dưỡng

Suy mòn cơ thể	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TC			
	n	%	n	%		
Không	18	100,0	0	0,0	Không xác định	0,062*

Có	38	79,2	10	20,8	1	
Tổng	56	84,8	10	15,2		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Do không có bệnh nhân nào được báo cáo là không thành công trong điều trị lao tái phát ở nhóm không suy mòn cơ thể, nên không xác định được tỷ số giữa 2 nhóm. Sau khi hiệu chỉnh với phép tính chính xác của Fisher, giá trị $p=0,062$, cho thấy không có mối liên quan giữa tình trạng suy mòn cơ thể với kết quả điều trị thành công lao tái phát trong nghiên cứu này.

3.4.2.3. Phân bố kết quả điều trị lao phổi tái phát và đặc điểm bệnh lao, tiền sử điều trị

Bảng 3.48. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và thời gian tái phát

Thời gian tái phát	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TP			
	n	%	n	%		
38,86 tháng trở lại	10	83,3	2	16,7	0,81 (0,15 ~ 6,63)	>0,999*
44,85 ± 5,64 tuần	37	86,0	6	14,0	1	
> 50,49 tháng	9	81,8	2	18,2	0,73 (0,13 ~ 6,04)	>0,999*
Tổng	56	84,8	10	15,2		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: nếu lấy tỷ số điều trị thành công lao tái phát/không thành công ở nhóm có thời điểm trung bình của mẫu nghiên cứu (trung bình ± độ lệch chuẩn) là điểm tham chiếu thì tỷ số điều trị thành công/không thành công ở nhóm bệnh nhân tái phát sớm hơn trung bình bằng 0,81 lần; và ở nhóm tái phát trễ hơn bằng 0,73 lần. Tuy nhiên các giá trị này biến thiên trong khoảng tin cậy có chứa giá trị 1, nên

không phát hiện được liên quan giữa thời điểm tái phát với kết quả điều trị thành công của bệnh nhân trong nghiên cứu này.

Bảng 3.49. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và mật độ vi khuẩn lao trong đàm

Mật độ vi khuẩn trong đàm soi trực tiếp	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TC			
	n	%	n	%		
1+	25	75,8	8	24,2	1	0,082*
≥ 2+	31	93,9	2	6,1	4,96 (0,97~25,48)	
Tổng	56	84,8	10	15,2		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: tỷ số điều trị thành công lao tái phát/không thành công ở nhóm bệnh nhân có mật độ vi khuẩn 2+ trở lên cao hơn 4,96 lần so với tỷ số này ở nhóm có mật độ 1+. Giá trị biên thiên trong khoảng 0,97 ~ 25,81 có chứa 1 nên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê.

3.4.2.4. Phân bố kết quả điều trị lao phổi tái phát và bệnh kèm theo

Bảng 3.50. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và đồng nhiễm HIV/AIDS

HIV/AIDS	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TC			
	n	%	n	%		
Không	53	85,5	9	14,5	1	0,981*
Có	3	75,0	1	25,0	0,51 (0,05 ~ 5,45)	
Tổng	56	84,8	10	15,2		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: tỷ số điều trị thành công lao tái phát/không thành công ở nhóm bệnh nhân đồng nhiễm HIV thấp chỉ bằng 0,51 lần so với tỷ số tương tự ở bệnh nhân không đồng nhiễm HIV. Giá trị này biến thiên từ 0,05 ~ 5,45 nên liên quan giữa đồng nhiễm HIV với kết quả điều trị lao phổi tái phát trong nghiên cứu này là không có ý nghĩa.

Bảng 3.51. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và tình trạng đồng mắc đái tháo đường

Đái tháo đường	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TC			
	n	%	n	%		
Không	46	83,6	9	16,4	1	0,940*
Có	10	90,9	1	9,1	1,96 (0,22 ~ 17,24)	
Tổng	56	84,8	10	15,2		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: tỷ số điều trị thành công lao tái phát/không thành công ở nhóm bệnh nhân có đái tháo đường cao 1,96 lần so với nhóm không mắc đái tháo đường. Giá trị này biến thiên từ 0,22 ~ 17,24 nên liên quan giữa đái tháo đường với kết quả điều trị lao phổi tái phát là không có ý nghĩa về thống kê.

Bảng 3.52. Mối liên quan giữa kết quả điều trị lao phổi tái phát và tình trạng bệnh đồng mắc xơ gan/viêm gan

Xơ gan/ viêm gan	Kết quả điều trị lao phổi tái phát				OR KTC 95%	p
	Thành công		Không TC			
	n	%	n	%		
Không	50	89,3	6	10,7	1	0,075*
Có	6	60,0	4	40,0	0,19 (0,03 ~ 1,16)	
Tổng	56	84,8	10	15,2		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: tỷ số điều trị thành công lao tái phát/không thành công ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý nền là viêm gan/xơ gan chỉ bằng 0,19 lần so với tỷ số tương tự ở nhóm không có bệnh lý viêm gan/xơ gan. Giá trị này bên thiên từ 0,03 ~ 1,16 nên liên quan giữa đồng mắc viêm gan/xơ gan với kết quả điều trị lao phổi tái phát là không có ý nghĩa.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua kết quả nghiên cứu và khảo sát 1609 bệnh nhân, chúng tôi đưa ra những bàn luận như sau:

4.1.1. Đặc điểm dân số

-Nhóm tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $47,5 \pm 16,7$ tuổi, tuổi thấp nhất là 4 tuổi, tuổi cao nhất là 95 tuổi. Phân theo nhóm tuổi, chủ yếu nhóm người có tuổi từ 41-60 chiếm tỷ lệ 40,6%, nhóm tuổi từ 21-40 tuổi chiếm 33,4%, nhóm ≥ 61 tuổi chiếm 22,6%.

Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Phương Hoa (tuổi trung bình là 44 tuổi, từ 16-80 tuổi) [31]; Trần Thanh Hùng (tuổi trung bình là $44,92 \pm 4,6$ tuổi) [32] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Hà (độ tuổi trung bình 45 ± 13 tuổi; nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi) [29]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu này thấp hơn một số nghiên cứu của các tác giả: Ngô Thanh Bình (tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi và cao nhất là 82 tuổi, tuổi trung bình là $50,7 \pm 16,7$) [7]; nghiên cứu của tác giả Trần Anh Huy có độ tuổi trung bình là $57,09 \pm 15,59$ tuổi, độ tuổi của hai giới nam và nữ cũng tương đương nhau (58,47 và 55,67) [35]; Đặng Văn Khoa nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân từ 23 đến 86 tuổi, tuổi trung bình là $54,46 \pm 15,11$ tuổi [37]; nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Kim có tuổi trung bình là $56,98 \pm 17,01$ tuổi [39]. Tuy nhiên, tuổi trung bình trong nghiên cứu của Hoàng Hà và cs tương đương nghiên cứu của chúng tôi, $48,4 \pm 16,5$ [27]. Có sự khác biệt trên do nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi nhỏ nhất là 4 tuổi, dẫn đến độ tuổi trung bình của nghiên cứu thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu khác và cũng có thể do khác nhau ở dân số

nghiên cứu, cách chọn cỡ mẫu nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân đã hoàn thành điều trị lao phổi mới và cỡ mẫu của chúng tôi lớn hơn nhiều trong các nghiên cứu khác.

-Giới tính

Kết quả nghiên cứu cho thấy nam giới chiếm 75,6% cao hơn nữ giới (24,4%). Tỷ số Nam/nữ là 3,1/1. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thanh Hùng (nam chiếm 73% và nữ chiếm 27%, tỷ số Nam/nữ là 2,7/1) [32]. Bên cạnh đó tỷ số giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi thấp với các nghiên cứu sau: Nguyễn Thu Hà (trong đó nam chiếm 81,1%, nữ chiếm 18,9%; tỷ số Nam/nữ là 4,3/1) [29]; Nguyễn Phương Hoa (bệnh nhân nam chiếm 83,8% và bệnh nhân nữ là 16,2%; tỷ số nam/nữ là 5,2/1) [31]. Kết quả này phù hợp với nhận định của tổ chức Y tế Thế giới khi có hơn 2/3 nam giới có tỷ lệ mắc lao cao và tỷ lệ lao tái phát cũng cao [97]. Báo cáo của Chương trình Chống lao Quốc gia năm 2020 cho thấy, tỷ số Nam/Nữ ở số bệnh nhân mới và tái phát là 2,53/1 [24], tương đương với năm 2019 (2,53) [23]. Tỷ số này thấp hơn so với năm 2018, ở mức 2,6 [22]. Tỷ số Nam/Nữ cao nhất ở các tỉnh miền Trung (2,77) so với các tỉnh miền Bắc (2,46) và miền Nam (2,52) [22]. Trong khi đó tỷ số này vào năm 2017 là 4,2 [22]. Tỷ số Nam/Nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn báo cáo của CTCLQG có thể biểu hiện bệnh lao trong nam giới hiện nay có xu hướng giảm, hoặc do nữ giới mắc bệnh tăng lên, hay CTCLQG quan tâm nhiều hơn đến phụ nữ, không có sự mất bình đẳng giới trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế..

Nhìn chung, các nghiên cứu đều thống nhất kết quả là ở bệnh nhân lao thường gặp ở nam giới nhiều hơn, tỷ lệ giữa 2 nhóm giới tính còn phụ thuộc vào đặc điểm chọn mẫu, đối tượng nghiên cứu của các nghiên cứu, trong đó, nam thường chiếm 2/3 trong tổng số. Lý giải cho kết quả này, phong tục tập quán ở nhiều nơi, người đàn ông thường giữ vai trò trụ cột trong gia đình và là người tham gia lao động chính trong nhà, họ thường phải làm những công việc nặng

nhọc hơn phụ nữ, họ thường tham gia các hoạt động khác nhau trong xã hội nhiều hơn, đặc biệt có thói quen hút thuốc lá, nghiện rượu nhiều hơn, tiếp xúc cộng đồng nhiều hơn nên dễ bị lây truyền và phát bệnh nhiều hơn nữ giới, đó là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc lao. Mặt khác cuộc sống và vị thế của người phụ nữ trong xã hội chưa được nâng cao là rào cản trong việc phát hiện bệnh lao ở nữ giới, thiếu bình đẳng giới trong lĩnh vực chăm sóc y tế. Có giả thuyết cho rằng có vai trò của nội tiết giới tính ảnh hưởng đến nguy cơ mắc lao ở nam và nữ [76].

-Phân bố địa dư

Đối tượng nghiên cứu tập trung chủ yếu ở thành thị (chiếm 63,3%) và nông thôn chiếm 36,7%. Do nghiên cứu của chúng tôi, thực hiện tại thành phố Cần Thơ, gồm 5 quận và 4 huyện, do đó, tỷ lệ bệnh nhân cư trú thành thị chiếm tỷ lệ cao, có nghĩa là liên quan đến đặc điểm hành chánh nhiều hơn.

-Nghề nghiệp

Phần lớn đối tượng nghiên cứu tập trung vào nhóm nông dân và làm thuê (57%); nghề khác chiếm 29,5%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Hùng, nghề nghiệp của bệnh nhân chủ yếu là nông dân (chiếm 32,7%), làm thuê (chiếm 27,6%) và không nghề (chiếm 22,4%) [32]. Tác giả Cao Quý Tư cũng cho kết quả tương tự khi hầu hết các bệnh nhân được nghiên cứu làm nghề nông [48]. Các nghiên cứu trên đều được tiến hành trên các vùng nông thôn còn nghèo của Việt Nam nên các kết quả thu được qua nghiên cứu đều dễ dàng giải thích được.

-Trình độ học vấn

Nhóm có học vấn là Trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (42,6%) và nhóm có học vấn tiểu học chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,6%). Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Hùng, học vấn ở cấp tiểu học và trung học cơ sở chiếm tỷ lệ lần lượt là 48,5% và 32,1% [32]. Sự khác biệt có thể

giải thích do đối tượng nghiên cứu khác nhau và cũng có thể do trình độ học vấn được nâng dần theo thời gian, nhất là ở địa bàn của thành phố Cần Thơ, một nơi đô thị hóa nhanh.

-Tình trạng kinh tế

Về thu nhập, đa số đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm không nghèo (71,5%), kết quả này có thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Cao Quý Tư là 83,7% [48]. Dù thời điểm tiến hành của hai nghiên cứu có cách nhau một quãng thời gian, nhưng so sánh mặt bằng chung về thu nhập đầu người hàng năm mà cơ quan nhà nước đã công bố, người dân địa phương Cần Thơ có thu nhập trung bình hàng năm cao hơn so với người dân ở Thái Nguyên, một tỉnh miền núi và trung du, nên khi tỷ lệ hộ nghèo ở Cần Thơ cao hơn có thể do sự tiếp cận với các chính sách an sinh xã hội ở nơi này không tốt hơn, hoặc có thể do sự phân hóa giàu, nghèo cao hơn.

4.1.2. Đặc điểm về lối sống

Trong số 1609 đối tượng nghiên cứu, hơn một nửa đối tượng có hút thuốc lá (chiếm 57,7%) và uống rượu (chiếm 59,5%). Đây là những yếu tố nguy cơ làm giảm sức đề kháng của cơ thể, yếu tố tại chỗ, cũng như hoạt động miễn dịch toàn thân nên làm tăng khả năng mắc lao mới và lao tái phát [8], [67]. Điều này cũng đã được cảnh báo trong tổng quan về bệnh lao tái phát của tác giả K. Naidoo vào năm 2018 [76].

Do nghiên cứu thực hiện trên đối tượng bệnh nhân lao, chủ yếu là nam giới (75,8%) và có tuổi < 60 chiếm đa số do đó, tỷ lệ uống rượu bia, hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao ở nghiên cứu này, tương đương với kết quả của Trần Thanh Hùng [32] và Nguyễn Văn Lành [41].

4.1.3. Đặc điểm bệnh lao, bệnh kèm theo và tiền sử điều trị lao lần đầu

4.1.3.1. Đặc điểm bệnh lao lần đầu

-Kết quả xét nghiệm đàm

Trong 1609 bệnh nhân lao phổi tham gia nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân lao có AFB (+) chiếm 84,9%. Kết quả này phù hợp với hướng dẫn và quy định của Chương trình chống lao Quốc gia trước đây, ưu tiên phát hiện và điều trị các trường hợp lao phổi có soi đàm trực tiếp (+), thông thường chiếm khoảng 80% tổng số thu dung, phần còn lại dành cho lao phổi AFB (-) và lao ngoài phổi [11], [12]. Lao phổi AFB(+) phải có ít nhất 1 mẫu đàm hoặc dịch phế quản, dịch dạ dày có kết quả soi trực tiếp AFB(+) tại các phòng xét nghiệm được chuẩn hóa bởi Chương trình chống lao Quốc gia [9], [11]. Do đó sẽ có nhiều trường hợp lao phổi AFB (-) không được điều trị sớm, sẽ dần chuyển thành nguồn lây do tiến triển của bệnh theo thời gian. Đây cũng là nguồn lây tiềm tàng cho cộng đồng, làm cho việc thanh toán bệnh lao trở nên nan giải hơn. Hiện nay, với việc quyết tâm chấm dứt bệnh lao vào năm 2030, các kỹ thuật xét nghiệm hiện đại có độ nhạy cao trong việc phát hiện vi khuẩn lao đã được áp dụng rộng rãi vào công tác chẩn đoán bệnh lao nên đã khắc phục được việc bỏ sót trường hợp lao phổi AFB (-) [12], [13].

-Cân nặng của bệnh nhân

Cân nặng của bệnh nhân trước trong nghiên cứu trung bình $48,6 \pm 7,7$ kg, với tuổi dao động từ 10 đến 79kg. Tùy vào độ tuổi và giới tính, bệnh nhân có cân nặng khác nhau trước điều trị, ở nghiên cứu này có ghi nhận một số trường hợp bệnh nhi nên số cân nặng trung bình tương đối thấp. Việc cân nặng thấp có thể ảnh hưởng đến sự tái phát của bệnh lao.

-Tiền sử người thân mắc lao phổi

Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có người thân trong gia đình đã từng mắc bệnh lao chiếm 5,1%. Số lượng người thân trong mỗi gia đình của 82 bệnh nhân nghiên cứu có mắc lao trước đó, chủ yếu là 1 người mắc, chiếm 74,4%; trung bình $1,56 \pm 1,1$. Theo tác giả Hoàng Hà, nguồn lây từ gia đình trong nghiên cứu tại Thái Nguyên là 8,6% [27]. Đây là một nguồn lây thường trực trong gia đình,

có thể ảnh hưởng nhất định đến cuộc sống cũng như sự tái phát bệnh lao qua tái nhiễm mà K. Naidoo đã cảnh báo [76].

4.1.3.2. Giai đoạn điều trị lao lần đầu

Trong 1609 bệnh nhân đã điều trị lao phổi mới được nghiên cứu, ở lần điều trị lần đầu tiên, có 49 bệnh nhân gián đoạn điều trị chiếm tỷ lệ 3,0%. Trong số 49 bệnh nhân có gián đoạn điều trị, có 73,5% ở giai đoạn tấn công và 26,5% ở giai đoạn duy trì. Thời gian dừng thuốc từ 7 ngày trở xuống chiếm tỷ lệ 32,7%; dừng 8-30 ngày chiếm 61,2%; dừng trên 30 ngày chiếm 6,1%. Lý do dừng thuốc hầu hết do tác dụng phụ, chiếm 98%. Thực tế theo báo cáo chương trình phòng chống lao Quốc gia ghi nhận, bên cạnh những thành tựu đáng kể của Chương trình phòng chống lao, vẫn phải đối mặt với thách thức lớn là số bệnh nhân gặp tác dụng không mong muốn của thuốc kháng lao, là nguyên nhân hàng đầu gây kháng thuốc, đặc biệt là lao phổi đa kháng thuốc, trong đó, tỷ lệ ước tính lao kháng thuốc cao hơn ở nhóm điều trị lại (4,1% bệnh nhân lao mới và 26% bệnh nhân lao đã điều trị) [21], [98]. Như vậy, vai trò theo dõi điều trị của nhân viên y tế và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân đóng vai trò quan trọng. Tuy nhiên, ở nghiên cứu này cho thấy số bệnh nhân có gián đoạn điều trị mặc dù tỷ lệ không cao nhưng điều này cũng khá ảnh hưởng đến sự gia tăng tỷ lệ lao tái phát, kháng thuốc. Sự khác biệt này có thể do sự biến thiên ngẫu nhiên của mẫu nghiên cứu, cũng có thể do thời gian theo dõi phát hiện chủ động lao phổi tái phát của chúng tôi tiến hành sau thời điểm hoàn thành điều trị lao phổi mới đến 46 tháng nên có thể đã bỏ sót các trường hợp tái mắc lao liên quan đến tuân thủ điều trị kém, vốn thường có thời gian tái phát ngắn.

4.1.3.3. Bệnh kèm theo

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân lao có đồng nhiễm HIV/AIDS chiếm 2,9%. Tỷ lệ bệnh nhân lao có xơ gan, viêm gan chiếm 2,9%. Tỷ lệ này tương ứng trong báo cáo của Bộ Y tế năm 2017 [20], nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu

của Trần Thanh Hùng, 5,7% [32]. Việt Nam hiện vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng thứ 16 trong 30 nước có gánh nặng bệnh nhân lao cao trên thế giới [12], sự phối hợp HIV(+)/lao phổi hiện mắc cũng giảm nhưng chưa nhiều trong giai đoạn 2000-2010, nhưng đến năm 2019 thì tỷ lệ này giảm rõ hơn, ước tính tỷ lệ lao mới mắc (bao gồm HIV(+)) là 129/100.000 dân và có khoảng 14.000 người chết mỗi năm vì lao [24]. Đồng mắc HIV có thể làm tăng lao tái phát gấp 3 lần không bị đồng mắc HIV, đó là yếu tố có ảnh hưởng đến tái phát bệnh lao nhất là ở những bệnh nhân không được kéo dài thời gian điều trị lao phổi mới, có thể liên quan đến số lượng CD4 trong máu thấp [76]. Xơ gan và viêm gan cũng có thể thúc đẩy tái phát bệnh lao do liên quan đến việc sản xuất các globuline miễn dịch.

4.2. Tỷ lệ lao phổi tái phát

4.2.1. Tỷ lệ và phân bố các đặc điểm lao phổi tái phát

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên các bệnh nhân lao phổi mới (AFB + và AFB-) đã hoàn thành đợt điều trị và được đánh giá khỏi bệnh kể từ tháng 8/2010 cho đến tháng 8/2012. Việc khám định kỳ bệnh nhân để phát hiện tái phát được thực hiện tại Tổ lao của 09 quận, huyện và phòng khám của bệnh viện Lao và bệnh phổi Cần Thơ, bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi tái phát bằng các đợt sàng lọc chủ động theo thời gian định sẵn từ tháng 6/2014 đến 6/2015. Trong quãng thời gian này, toàn bộ đối tượng nghiên cứu đều được thăm khám đầy đủ, hoặc tại nhà, hoặc tại các cơ sở y tế nêu trên. Sau thời gian tiến hành nghiên cứu, chúng tôi phát hiện tỷ lệ lao phổi tái phát là 4,1% (66 trường hợp tái phát trong 1.609 bệnh nhân lao phổi, trong đó phát hiện được 48 ca qua sàng lọc chủ động và có 18 ca được phát hiện ngay trước khi sàng lọc nhưng chưa thu dung điều trị).

Chúng ta biết rằng, bệnh lao vẫn là một vấn đề sức khỏe toàn cầu lớn, với ước tính khoảng 10,4 triệu trường hợp mắc lao mới trên toàn thế giới vào năm

2015. Sau khi điều trị thành công, bệnh lao tái phát ước tính xảy ra ở 0–14% tổng số bệnh nhân lao trong vòng 1–3 năm. Tái phát lao sau khi điều trị đợt bệnh ban đầu có thể xảy ra do tái hoạt nội sinh với cùng một chủng vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis* (tái phát) hoặc tái nhiễm trùng ngoại sinh với một chủng mới (tái nhiễm). Ở các nước có tỷ lệ lưu hành độ bệnh lao thấp, tỷ lệ tái phát dao động trong khoảng 0,4% và trong một thử nghiệm lâm sàng tiên cứu lên đến 6% [54], [57], [64], [71]. Tỷ lệ do tái nhiễm đã được báo cáo là thay đổi từ 4 đến 27% [68], [101]. Ở các nước có tỷ lệ mắc bệnh lao cao, hơn 3/4 các trường hợp tái phát là do tái nhiễm [60], [73].

Ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh lao tái phát dao động trong khoảng 7% [21]. Một số nghiên cứu khác cho thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều, cụ thể nghiên cứu của Trần Hoàng Duy thực hiện tại Cần Thơ năm 2015-2016 cho kết quả tỷ lệ tái phát cao (5,27%) [6]; tác giả Lê Thị Luyên cho thấy bệnh nhân lao phổi tái trị chiếm tỷ lệ 37,9% tổng số bệnh nhân nghiên cứu [43]. Bestrashniy J nghiên cứu ở 8 tỉnh, thành của Việt Nam, ghi nhận tỷ lệ tái phát 4,7% [53]. Tuy nhiên, các tỷ lệ tái phát được báo cáo trên chỉ cho chúng ta góc nhìn số lượng tái phát so với tổng số bệnh lao phổi. Riêng tác giả K. Romanowski (2019) nghiên cứu dự báo bệnh lao tái phát ở những bệnh nhân lao mới được điều trị phác đồ 6 tháng, kết quả ghi nhận, từ 1.189 bệnh nhân lao phổi mới được xác nhận đã hoàn thành điều trị từ năm 1996 đến 2016, có 67 trường hợp (chiếm 5,6%) tái phát [79].

Sở dĩ có sự chênh lệch về tỷ lệ lao phổi tái phát ở nhiều nghiên cứu của các nhóm tác giả là do ngoài tình hình dịch tễ bệnh lao khác nhau giữa các vùng, miền, khu vực, phần quan trọng không kém cách chọn mẫu nghiên cứu như đã trình bày trên. Tuy nhiên, với kết quả can thiệp phát hiện chủ động qua năm đợt sàng lọc cắt ngang trong 12 tháng, chúng tôi đã chẩn đoán xác định được 4,1% trường hợp lao phổi tái phát, mà nếu theo cách cũ, phát hiện thụ động, bệnh

nhân chủ động đến cơ sở y tế khi cần để được chẩn đoán, có thể sẽ đạt được con số với tỷ lệ thấp hơn. Lợi ích việc phát hiện bệnh lao chủ động này đã được minh chứng qua các chương trình phát hiện chủ động khác mà Chương trình chống lao Quốc gia đã, đang tiến hành, chiến lược 2X áp dụng trên 25 tỉnh, thành phố nhằm để ”Hợp tác Y tế hướng tới chấm dứt bệnh lao tại Việt Nam – Áp dụng Chiến lược 2X” ; dự án ATC3 tại tỉnh Cà Mau [24], [74].

So với các nghiên cứu trên thế giới, kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả J. Bestrashniy và cộng sự năm 2018 cũng cho tỷ lệ tái phát là 4,7% [53]; cao hơn ở nghiên cứu vào năm 2019 của tác giả Rahul Garg, cho kết quả tỷ lệ tái phát là 1,2% [61]; tác giả Jia Fan và các cộng sự thực hiện nghiên cứu tại vùng Houston cho thấy tỷ lệ tái phát là 8,1% [59]. Sílvia Brugueras nghiên cứu về bệnh lao tái phát và các yếu tố dự báo trong nhóm dân số dễ bị tổn thương, kết quả cho thấy trong số 839 bệnh nhân được theo dõi, tỷ lệ lao phổi tái phát sau 5 năm là 3,69% [54]. Cơ chế tái nhiễm ngoại lai hay tái hoạt động nội sinh đã được khẳng định lại qua công bố vào năm 2020 tại Trung Quốc của Yi Liu và nghiên cứu của Zong Z.. Phương pháp xác định lao phổi tái phát do tái hoạt động nội sinh hay tái nhiễm ngoại lai ở nghiên cứu này là giải trình tự gen ở cả 2 đợt điều trị, qua đó so sánh kiểu gen để xác định cùng tác nhân hay do nhiễm vi khuẩn lao khác. Qua đó cũng xác định được tỷ lệ bệnh lao phổi tái phát ở 275 trường hợp trong số 4.043 bệnh nhân lao được điều trị thành công ở lần thứ nhất, cho tỷ lệ tái phát là 6,8% (275/4.043) [72], [102].

Như vậy, tùy theo nghiên cứu, đặc điểm đối tượng bệnh nhân, so với thống kê trên thế giới và ở Việt Nam thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi tuy có chênh lệch khác biệt nhưng giá trị vẫn trong giới hạn tỷ lệ mắc tái phát lao phổi.

-Kháng thuốc ở lao phổi tái phát

Chúng tôi ghi nhận trong 66 trường hợp tái phát, tỷ lệ kháng thuốc khá cao, chiếm 40,9%. Kết quả này thấp hơn kết quả của tác giả Lê Ngọc Hưng, vì

khuẩn lao ở bệnh nhân tái phát kháng với rifampicin chiếm 72,2% [33], tuy nhiên theo tác giả Nguyễn Việt Nhung, tỷ lệ mắc đa kháng thuốc ở lao tái trị thấp hơn của chúng tôi, 23,3% [78], Nguyễn Thị Thu Thái, 2018 và cộng sự nghiên cứu 103 trường hợp lao phổi (50 trường hợp lao phổi mới, và 53 trường hợp lao phổi tái phát) tỷ lệ đa kháng thuốc ở bệnh nhân lao phổi mới là 37,1% và ở bệnh nhân lao phổi tái trị là 79,2% [47]. Chúng tôi thấy rằng, tỷ lệ đa kháng thuốc ở lao phổi tái trị tăng theo thời gian. WHO ước tính năm 2013, tỷ lệ mới mắc lao tại Việt Nam là khoảng 144 trên 100.000 dân (khoảng 130.000 bệnh nhân), và tỷ lệ hiện mắc lao là khoảng 190/100.000 dân (tương đương 209.000 bệnh nhân), tỷ lệ tử vong do lao là khoảng 17/100.000 dân (19.000 người tử vong/năm). Tỷ lệ kháng đa thuốc ở bệnh nhân mới là 4%, ở bệnh nhân điều trị lại là 23%, trong khi đó so với thế giới thì tỷ lệ kháng đa thuốc trong bệnh nhân mới là 3,5% và trong bệnh nhân điều trị lại là 20,5% [88]. Nhưng đến năm 2017, theo báo cáo của WHO, tỷ lệ đa kháng thuốc lao trên bệnh nhân lao phổi mới chưa điều trị có gia tăng. Một số nước có tỷ lệ bệnh đa kháng thuốc lao ở những bệnh nhân lao phổi mới gia tăng > 5%, còn đối với tỷ lệ mắc đa kháng thuốc lao ở bệnh lao có tiền sử điều trị lao, các nghiên cứu cũng cho thấy có sự gia tăng đáng kể, có thể cao hơn 30% tại một số nước [96].

Tại Nhật Bản. Nghiên cứu của K. Hirano và cs (1992) cho thấy 50,8% bệnh nhân lao tái phát có kháng ít nhất từ hai kháng sinh kháng lao [65].

Lao phổi tái phát là một bệnh nặng chẩn đoán khó và dễ nhầm với nhiều nguyên nhân gây bệnh khác ở đường hô hấp sau điều trị lao phổi, tỷ lệ điều trị khỏi thấp và tỷ lệ kháng thuốc của trực khuẩn lao cao (kháng thuốc chung là 66,5% - 85,9%, đa kháng thuốc là (30%-62,9%) [14], [15]. Như vậy, so với báo cáo của WHO, tỷ lệ ở nghiên cứu chúng tôi cao hơn nhưng không quá chênh lệch giới hạn của số liệu thống kê, mặc khác, các số liệu của WHO, các dữ liệu thống kê của WHO đánh giá trên tất cả trường hợp bệnh lao và thống kê trên địa bàn

rộng lớn với kết quả cắt ngang mô tả tỷ lệ hiện mắc. Còn nghiên cứu chúng tôi khá chuyên biệt cho đối tượng là bệnh nhân lao phổi, đây là những bệnh nhân có chẩn đoán vi trùng rõ ràng, được theo dõi tiên cứu và phát hiện lao tái phát có kháng thuốc mới tại thành phố Cần Thơ.

-Nhóm tuổi của lao phổi tái phát

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của 66 bệnh nhân lao phổi tái phát là $44,6 \pm 13,6$ tuổi, thấp nhất là 14, cao nhất là 75 tuổi, chủ yếu nhóm 21-60, chiếm 81,9%, nhóm từ 41-60 chiếm 45,5%, ≥ 61 tuổi chiếm 15,1%, trong khi đó, ở nghiên cứu của tác giả Ngô Thanh Bình, nhóm > 65 tuổi chiếm tỷ lệ tái phát cao hơn, 25,4% [7]; nghiên cứu của Hoàng Hà tỷ lệ mắc ở nhóm 35 - 54 tuổi chiếm (49,5%) [26]; nghiên cứu của Đặng Văn Khoa ở nhóm tuổi 35 - 65 tuổi chiếm (62,5%) [38]. Trên thế giới, theo báo cáo tổng quan của K. Naidoo về lao phổi tái phát, 2018, tuổi trưởng thành (15–44 tuổi) đã được ghi nhận là có nguy cơ tái phát lao cao nhất. Trẻ em dưới 15 tuổi và người lớn trên 65 tuổi có nguy cơ thấp hơn so với người trưởng thành trẻ tuổi [76]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với một số nghiên cứu khác về nhóm tuổi của bệnh nhân lao tái phát ở trong nước.

Tuổi trung bình lao phổi tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Trần Thanh Hùng, ghi nhận độ tuổi trung bình của lao phổi tái phát là $44,92 \pm 4,6$ [32]; theo tác giả Nguyễn Thu Hà, tuổi trung bình lao phổi tái phát là $45,38 \pm 12,93$, nhỏ tuổi nhất là 16 và lớn nhất là 75 [30]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Ngô Thanh Bình và cộng sự năm 2006 cho thấy bệnh nhân có độ tuổi trung bình cao hơn, $50,7 \pm 16,7$, nhỏ nhất là 19 tuổi, cao nhất là 82 tuổi [7]. Như vậy, về tuổi trung bình, cho thấy lao tái phát thường gặp ở tuổi trung niên, nhóm người cao tuổi có tỷ lệ thấp hơn. Tuy nhiên, có thể nhận thấy có sự chênh lệch về độ tuổi trung bình cũng như tỷ lệ các nhóm tuổi trong các nghiên cứu khác nhau, sự khác biệt này có thể do có sự trẻ hóa của lao phổi

tái phát, do độ tuổi 21-60 là tuổi lao động, nhất là nam giới họ có thể đi khắp nơi để làm ăn sinh sống, nên dễ mắc lao hơn; cũng có thể do thiết kế nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu không giống nhau, chọn mẫu trong bệnh viện hay ngoài cộng đồng.

-Giới tính

Trong số 66 bệnh nhân được chẩn đoán lao tái phát thì có đến 89,4% bệnh nhân là nam giới. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ngô Thanh Bình, nam giới chiếm 81,16 và tỷ số Nam/nữ lao tái phát là 4,3/1 [7], trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà, nam giới chiếm 81,1% [30]. Tương tự, nghiên cứu của Trần Thanh Hùng, ghi nhận bệnh nhân nam giới chiếm tỷ lệ 73,0%, nữ chiếm 27,0% [32].

-Địa dư và kinh tế gia đình

Có 72,7% bệnh nhân lao phổi tái phát sống ở vùng thành thị, 27,3% sống ở nông thôn; kinh tế ghi nhận kinh tế nghèo chiếm 36,4% và nhóm không nghèo (63,6%) tương đương trong nghiên cứu của Trần Thanh Hùng, ghi nhận mức sống gia đình bệnh nhân dạng đủ ăn chiếm tỷ lệ cao nhất là 56,1%, nghèo chiếm tỷ lệ 36,2%, nhóm khá giả chiếm tỉ lệ thấp, 7,7% [32]. Kết quả này chưa phù hợp so với nghiên cứu của tác giả Ngô Thanh Bình khi tỷ lệ lao phổi tái phát xảy ra nhiều ở những bệnh nhân sống vùng sâu vùng xa (69,6%) so với số bệnh nhân sống ở thị xã, thành phố (30,4%) ($p < 0,001$) và những bệnh nhân này thuộc nhóm có kinh tế ở mức đủ sống đến thiếu ăn chiếm tới 87,7%, trong đó có 41,3% số hộ nghèo [7]. Sự chênh lệch kết quả về nơi cư trú ở thành thị so với tác giả Ngô Thanh Bình là do Cần Thơ là thành phố có tốc độ đô thị hóa nhanh nên đa phần của địa bàn đều là phường, quận.

4.2.2. Đặc điểm lao phổi tái phát

4.2.2.1. Thời gian tái phát

Thời gian lao phổi tái phát được ghi nhận trong khoảng từ 35,4 đến 58 tháng, nhiều nhất là ở 45,15 tháng. Trung bình bệnh nhân tái phát ở tháng $44,85 \pm 5,64$ tháng.

Lao phổi tái phát nếu xảy ra trong khoảng thời gian từ 12 - 24 tháng đầu tiên sau khi kết thúc điều trị lần đầu thường do các quần thể vi khuẩn sống dai dẳng hoặc nằm ngủ trong tổn thương xơ, vôi của phổi tái hoạt động trở lại. Nếu tái phát xảy ra sau thời gian trên, thì có thể là tình trạng tái nhiễm ngoại lai, mặc dù điều này khó chứng minh. Cơ chế tái nhiễm ngoại lai hay tái hoạt động nội sinh đã được khẳng định lại qua nghiên cứu vào năm 2020 tại Trung Quốc của Yi Liu đánh giá về sự phổ biến của lao tái phát do tái nhiễm ngoại lai [72].

Thời gian này ngắn hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Hùng thời gian tái phát trung bình của người bệnh là 5,31 năm (thời gian tái phát ngắn nhất là 06 tháng, lâu nhất là 29 năm) [32]. Trong khi đó, thời gian này dài hơn so với tác giả J. Bestrashniy khi kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian tái phát trung bình là 12 tháng [53]; và so với tác giả Ngô Thanh Bình thì thời gian lao phổi tái phát trung bình $22 \pm 21,67$ tháng [7], thời gian lao phổi tái phát sớm nhất là 2 tháng và muộn nhất là 120 tháng (10 năm). Và so với nghiên cứu của tác giả V. Zhdanov năm 2017 là 2,6 năm (sớm nhất là 0,7 năm và muộn nhất là 5,3 năm) [101], tác giả L. Kim cùng với cộng sự thực hiện năm 2016 thì thời gian tái phát trung bình là 3,3 năm đối với người sinh ra ở Mỹ và 2,7 năm đối với người sinh ra ở nước ngoài [69], tác giả A. Rosser và cộng sự, thời gian tái phát trung bình là 7,8 năm [80]. Chúng tôi cho rằng có sự khác biệt về thời gian tái phát của các tác giả trong và ngoài nước là do hoặc là khác đối tượng nghiên cứu (lao phổi mới, lao phổi tái phát) hoặc là khác thời gian theo dõi trong nghiên cứu thuần tập.

Thời gian tái phát bệnh lao phổi sớm có thể do nguyên nhân tiêu cực, sự suy giảm sức đề kháng của cơ thể dẫn đến tái phát do tái hoạt động nội sinh, đây là cách thức gây tái mắc lao sớm đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu, hoặc do dịch tể học bệnh lao tại vùng, miền còn nặng nề dẫn đến tái phát do lây nhiễm từ nguồn lây mới, tuy nhiên, nếu được phát hiện sớm sẽ hạn chế tác động xấu đến cộng đồng và cá nhân bệnh nhân, sự hiệu quả của bộ máy phòng, chống lao sẽ làm giảm tác động xấu của lao tái mắc. Việc phát hiện sớm, quản lý điều trị để ngăn chặn sự lan tràn trong cộng đồng chủng vi khuẩn lao kháng thuốc từ nhiều nguồn, đặc biệt từ bệnh nhân lao phổi tái phát là một trong những vấn đề quan trọng nhất của chiến lược điều trị lao hiện nay. Do đó, việc theo dõi phát hiện sớm sau điều trị lao phổi để phát hiện lao phổi tái phát là cần thiết, trong đó, nâng cao vai trò của y tế tuyến cơ sở cần được quan tâm để phát hiện chủ động lao phổi tái phát, nhất là ở các đối tượng dân số dễ bị tổn thương.

4.2.2.2. Đặc điểm lâm sàng nghi ngờ lao

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy hai triệu chứng điển hình là ho kéo dài (40,9%) và ho ra máu (33,3%), các triệu chứng ít gặp hơn là sụt cân (3,0%) và chán ăn (1,5%). Hầu hết các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp đều có dấu hiệu ho. Triệu chứng ho do lao phổi cũng giống như do các nguyên nhân khác. Tuy nhiên, trong lao phổi lúc đầu ho khan sau ho có đàm, ho dai dẳng kéo dài, ho nhiều vào buổi sáng, có khi ho khạc đàm lẫn máu. Ho kéo dài là triệu chứng hay gặp trong lao phổi hoạt động. Ho ra máu cũng là triệu chứng của nhiều bệnh lý ở phổi. Trong lao phổi, ho ra máu có thể do bệnh lao mới, do di chứng của lao đã điều trị, do đó cũng khó phân biệt được nguyên nhân [46]. Tuy nhiên, với kết quả thu được như trên, có thể tiến hành chủ động khám phát hiện lao phổi ở bệnh nhân ho khạc đàm trên 2 tuần, ho ra máu ở những vùng có dịch tể lao phổi cao.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có sốt chiếm 6,1%. Sốt trong bệnh lao phổi tái phát có thể là triệu chứng của bệnh đang tiến triển,

cũng có thể do tổn thương bội nhiễm tác nhân vi sinh ngoài trực khuẩn lao trên vùng xơ, sẹo cũ của di chứng lao phổi lần trước. Vì vậy triệu chứng sốt có thể báo hiệu bệnh lao tái phát hoặc không tái phát.

Tương tự, những triệu chứng lâm sàng được ghi nhận trong nghiên cứu của Ngô Thanh Bình là ho khạc kéo dài (34, 8%), ho ra máu (20,3%) và mệt khó thở (14,5%) [7]. Kết quả của tác giả Trần Hoàng Duy cũng cho thấy triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho, khạc đàm (92%) [25]; và theo tác giả Đặng Văn Khoa thì ho khan là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (81,85%) [36]. Kết quả này so với nghiên cứu của tác giả Dương Thị Loan có sự khác biệt: triệu chứng thường gặp là ho khạc đàm (97,1%), kế đến là mệt mỏi (65,7%), sụt cân (60%), ran phổi (54,3%), sốt nhẹ về chiều (42,9%) [42].

Như vậy, đối với bệnh nhân lao phổi tái phát, nghiên cứu ghi nhận đặc điểm lâm sàng nhìn chung không khác biệt quá nhiều so với đặc điểm bệnh lao mới; biểu hiện ban đầu ho và sốt nhẹ, mệt mỏi chán ăn gây sút cân từ từ, lâu ngày dẫn đến suy kiệt. Ho khạc đàm kéo dài là triệu chứng hay gặp nhất trong lao phổi, có khi xuất kèm theo ho ra máu. Các triệu chứng không phải lúc nào cũng xuất hiện đầy đủ mà biểu hiện khác nhau theo giai đoạn bệnh và từng bệnh nhân.

4.2.2.3. Kết quả X quang ngực khi khám phát hiện lao tái phát

Hình ảnh trên phim X quang ngực gợi ý lao phổi tiến triển là thâm nhiễm, nốt, hang, xơ hang, có thể co kéo ở 1/2 trên của phế trường, có thể 1 bên hoặc 2 bên. Ở người có HIV, hình ảnh X quang ngực ít thấy hình hang, hay gặp tổn thương tổ chức kẽ và có thể ở vùng thấp của phổi. X quang ngực có giá trị sàng lọc cao, gợi ý chẩn đoán nhất là đối với các trường hợp soi đàm trực tiếp AFB (-). Cần tăng cường sử dụng X quang ngực tại các tuyến cho các trường hợp có triệu chứng hô hấp. Tuy nhiên cần lưu ý độ đặc hiệu không cao, nên không khẳng định chẩn đoán lao phổi chỉ bằng 1 phim X quang ngực[11]. Ở nghiên cứu

này, kết quả X quang ngực cho thấy tổn thương dạng hang chiếm tỷ lệ cao nhất (40,9%), kế đến là tổn thương dạng thâm nhiễm (37,9%) và ít gặp hơn là tổn thương dạng nốt (21,2%). Trong khi đó, theo tác giả Nguyễn Thu Hà, ở bệnh nhân lao phổi tái phát có vi khuẩn kháng thuốc, đa kháng thuốc và nhạy cảm, tổn thương dạng nốt lần lượt chiếm tỷ lệ 84,6%, 76,5%, 54,5% với $p < 0,05$ [28]. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Kim năm 2017, bệnh nhân có nhiều tổn thương phối hợp, trong đó tổn thương xơ vôi chiếm tỷ lệ cao (96,4%), tiếp đến là tổn thương dạng nốt (89,1%), tổn thương dạng thâm nhiễm (69,1%), tổn thương dạng hang (58,2%) [39]. Tác giả Ngô Thanh Bình cũng có sự khác biệt về hình ảnh tổn thương phổi: tổn thương dạng hang thường gặp nhất (73,2%), kế đến là tổn thương dạng nốt (42,8%) và tổn thương dạng thâm nhiễm ít gặp hơn (10,9%) [7].

4.2.2.4. Mật độ vi khuẩn trong đàm của bệnh nhân lao phổi tái phát

Bệnh nhân có mức độ AFB dương tính 1+ chiếm tỷ lệ 50% nhiều hơn 2 nhóm còn lại, kết quả này thấp hơn kết quả của tác giả Ngô Thanh Bình (nhóm AFB dương tính 1+ chiếm 58,7%) [7] và Hà Đình Nghĩa (nhóm AFB dương tính 1+ chiếm 56,58%) [44], nhưng cao hơn kết quả của tác giả Nguyễn Hoàng Kim, 30,9% [39] và Nguyễn Lam, 24,07% [40]. Mật độ vi khuẩn lao trong đàm phản ánh thời gian tiến triển bệnh, diện tích tổn thương trên phổi và dạng tổn thương trên phổi. Các kết quả nghiên cứu có sự khác nhau có lẽ do thời điểm chẩn đoán xác định bệnh không giống nhau.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến lao phổi tái phát

4.3.1. Liên quan giữa lao phổi tái phát và đặc điểm chung của người bệnh

-Giới tính

Nghiên cứu ghi nhận, tỷ lệ lao phổi tái phát ở nam cao hơn ở nữ 2,77 lần; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,009$. Z. Zong và cộng sự tiến hành nghiên cứu về tái phát bệnh lao phổi do tái hoạt động nội sinh so với tái nhiễm

của bệnh nhân tại bệnh viện chuyên khoa lao quốc gia ở Bắc Kinh, Trung Quốc thống kê cho thấy giới tính nam là một yếu tố nguy cơ tái nhiễm lao, (OR=4.19, CI 95%: 1.01–17.39, p=0,049) [102]. Tại Hoa Kỳ, một phân tích hồi cứu tất cả các trường hợp lao tái phát được báo cáo trong giai đoạn 1993–2010 đã được thực hiện. Trong số 302.140 trường hợp lao được báo cáo trong giai đoạn 1993–2010, có 15.407 trường hợp tái phát, kết quả cho thấy lao tái phát chủ yếu là nam giới [69]. Có thể do hoạt động của hệ thống miễn dịch ở nam giới kém hiệu quả hơn ở nữ giới, cũng có thể do nam giới lao động nặng nhọc hơn nữ giới.

-Địa dư

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thành thị có tỷ lệ lao tái phát cao hơn nông thôn 1,57 lần, tuy nhiên chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,104. Điều này có thể giải thích do bệnh lao là bệnh của đói nghèo, lây lan nhanh trong cộng đồng có điều kiện sống trong môi trường thông khí, vệ sinh kém, hiểu biết về bệnh lao còn hạn chế. Người dân ở vùng nông thôn cũng không có nhiều điều kiện, phương tiện để tiếp cận với truyền thông về bệnh lao so với các đối tượng khác trong xã hội. Quá trình đô thị hóa nhanh, công tác truyền thông về bệnh lao trong cộng đồng dân cư đã góp phần giảm bớt tỷ lệ mắc lao ở nông thôn. Tại Zambia, tác giả S. Mutembo và các cộng sự đã tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu ước tính tỷ lệ mắc lao tái phát giữa các trường hợp lao và so sánh nguy cơ dẫn đến kết quả điều trị không thuận lợi giữa môi trường nông thôn và thành thị. Tỷ lệ mắc lao tái phát là 15,3% (KTC 95%: 14,8 - 15,9) ở thành thị và 11,3% (KTC 95%: 10,7 - 12,0) ở nông thôn [75].

-Tuổi của bệnh nhân

Phân bố tái phát theo tuổi, tỷ lệ lao phổi tái phát cao hơn ở nhóm tuổi 41-60, chiếm 4,6%; nhóm 21-40 tuổi chiếm 4,5%; nhóm <21 tuổi chiếm 3,6%. Thấp nhất là từ ≥61 tuổi trở lên chiếm 2,7%. Tuy nhiên kết quả này chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mối liên giữa lao phổi tái phát với nhóm tuổi,

điều này phù hợp với báo cáo tổng quan về lao phổi tái phát của K. Naidoo, 2018 [76]. Trong khi đó, kết quả nghiên cứu thuần tập trong 13 năm của Kim. L và cộng sự về các ca bệnh lao tại Hoa Kỳ, nguy cơ tái phát ở những bệnh nhân ≥ 65 tuổi cao hơn ở những bệnh nhân <45 tuổi [69], Selassie A.W cho thấy tuổi trên 65 dễ mắc lao tái phát, với OR=1,9 (CI 95% : 1,2-2,9) [81]. Một nghiên cứu khác được thực hiện ở Nam Carolina cũng xác định tuổi > 46 là một yếu tố nguy cơ tái phát [70]. Tại Nam Phi, mối liên hệ giữa tuổi cao ở lần chẩn đoán lao đầu tiên và sự tái phát ở bệnh nhân âm tính với HIV [83]. Sự khác biệt này khác nhau có thể do tiền hành trên các quốc gia có khác nhau về dịch tễ lao.

-Nghề nghiệp

Tỷ lệ lao phổi tái phát ở đối tượng là viên chức, công chức thấp hơn các nhóm khác; nhóm thất nghiệp chiếm tỷ lệ cao và liên quan đến tái phát bệnh lao, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể do người dân làm nghề nông, thất nghiệp có thu nhập thấp, thậm chí không có thu nhập ổn định, đời sống chưa đảm bảo, họ thường xuyên phải đối mặt với rất nhiều khó khăn trong cuộc sống hàng ngày. Sự thiếu thốn về kinh tế, vật chất sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến dinh dưỡng và gián tiếp tác động đến sức khỏe cũng như khả năng đề kháng không bị bệnh lao. Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân thất nghiệp có thể là đối tượng có trình độ văn hóa không cao, hiểu biết kiến thức về bệnh lao còn thấp [7], [41], [76] nên việc tự chăm lo sức khỏe còn hạn chế. Vì vậy tỷ lệ nhóm đối tượng bệnh nhân nghề nông nghiệp, thất nghiệp có nhiều người mắc lao hơn các nghề khác là có thể xảy ra. Thêm nữa, khi mắc lao đối tượng này thường không tuân thủ đúng nguyên tắc điều trị vì thế kết quả điều trị không tốt, rất có thể xảy ra bỏ trị và thất bại.

-Học vấn

Tỷ lệ lao tái phát ở nhóm bệnh nhân \leq THCS cao hơn nhóm trên THCS 1,83 lần với $p=0,016$). Vieira và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu về sự tái

phát của bệnh lao ở Brazil, kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm lao tái phát liên quan đến trình độ học vấn (≤ 3 so với > 3 năm đi học; $P < 0,004$) [85]. Trình độ học vấn thấp có thể dẫn đến việc tuân thủ điều trị lao phổi lần đầu kém, có thể không có việc làm ổn định, không có thu nhập đủ nên vất vả hơn trong cuộc sống mưu sinh, có thể ít được tiếp cận với các dịch vụ y tế hơn các nhóm khác [41], [76].

-Hoàn cảnh kinh tế

Kinh tế nghèo có tỷ lệ lao phổi tái phát cao hơn nhóm không nghèo 1,46 lần, tuy nhiên chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,146$.

4.3.2. Liên quan giữa lao phổi tái phát và thuốc lá, rượu bia

Bệnh nhân hút thuốc lá có nguy cơ bị lao phổi tái phát cao hơn nhóm không hút thuốc gấp 2,37 lần, với $p=0,002$. Điều này phù hợp với báo cáo của K. Naidoo, khói thuốc lá làm tổn thương cơ chế bảo vệ tại chỗ của niêm mạc đường hô hấp.

Tỷ lệ lao phổi tái phát cao hơn ở nhóm uống rượu bia gấp 1,72 lần so với nhóm không uống rượu, bia, với $p=0,049$. Selassie A.W cho thấy rượu, bia gây mắc lao tái phát, với $OR=3,9$ (CI 95%: 2,5-6,1) [81].

4.3.3. Liên quan giữa lao phổi tái phát và tình trạng dinh dưỡng

Bệnh nhân suy dinh dưỡng có nguy cơ lao phổi tái phát cao hơn nhóm không suy dinh dưỡng 1,72 lần với $p=0,029$. Kết quả này phù hợp, do điều kiện kinh tế khó khăn, lao động nặng nhọc, chế độ dinh dưỡng kém, môi trường sống chật hẹp, ô nhiễm... là điều kiện thuận lợi mắc bệnh lao [46], [76]. Tương tự nghiên cứu của Vieira và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu về sự tái phát của bệnh lao ở Brazil và phân tầng bệnh nhân theo phân loại thời gian (bệnh lao tái phát sớm hoặc muộn) để xác định các yếu tố dự báo khả năng tái phát, chúng liên quan đến mức tăng cân khi hoàn thành đợt điều trị ban đầu (1,78 kg so với 5,31 kg; $P < 0,045$), nghiên cứu này cho thấy rằng sự tăng cân tối thiểu hoặc không

tăng sau khi hoàn thành đợt điều trị ban đầu có thể là một dấu hiệu sinh học đáng tin cậy có thể chỉ ra sự thành công hay không trong điều trị [85].

4.3.4. Liên quan giữa lao phổi tái phát và đặc điểm tiền sử bệnh lao

-Kết quả soi đàm của lao phổi mới

Tỷ lệ lao phổi tái phát ở nhóm AFB (+) cao hơn AFB (-) lúc chẩn đoán lao phổi mới gấp 2,22 lần, nhưng chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,081$. Tuy nhiên, theo K. Naidoo, kết quả soi đàm sau điều trị 2 hoặc 3 tháng có liên quan đến tái phát lao [76].

-Người thân mắc lao phổi

Nhóm có người thân mắc bệnh lao có tỷ lệ lao phổi tái phát cao hơn nhóm không bệnh 1,93 lần, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,132$. Có thể do ảnh hưởng của cỡ mẫu nghiên cứu nên nghiên cứu này chưa ghi nhận mối liên quan. Trong chương trình phòng chống bệnh lao, Bộ Y tế đã hướng dẫn đầy đủ các giải pháp phòng ngừa lao phổi tái phát, trong các giải pháp giảm tiếp xúc nguồn lây đóng vai trò quan trọng, điều này cho thấy, đối với các bệnh nhân có gia đình có người thân mắc lao thật sự có nguy cơ cao tái phát hơn, tuy nhiên, việc tái phát còn phụ thuộc vào các yếu tố như cơ địa, thể bệnh lao mắc trước đó,... Nhìn chung, dù chưa ghi nhận mối liên quan trên thống kê, nhưng nghiên cứu này cũng cung cấp dẫn liệu khoa học để các nhà dịch tễ học bệnh lao chú ý yếu tố này trong phòng bệnh.

-Tạm dừng điều trị lao

Không có mối liên quan giữa lao phổi tái phát với sự gián đoạn điều trị, cũng như không khác biệt giữa gián đoạn ở giai đoạn điều trị tấn công hay duy trì, với $p>0,05$. Có lẽ giai đoạn tạm dừng ở lần điều trị lao phổi mới chưa đủ dài để tạo nên sự kháng thuốc.

4.3.5. Liên quan giữa lao phổi tái phát và bệnh kèm theo

-Đồng nhiễm HIV

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tỷ số lao phổi tái phát/không tái phát ở nhóm bệnh nhân có đồng nhiễm HIV cao hơn tỷ số tái phát/không tái phát ở bệnh nhân lao không đồng nhiễm HIV 2,3 lần, tuy nhiên chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng nhiễm HIV/AIDS và lao phổi tái phát với $p=0,110$. Trong khi đó, theo nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới và trong nước, bệnh đồng mắc HIV/AIDS là yếu tố nguy cơ gây tái phát lao phổi; theo báo cáo tổng quan của K. Naidoo, đồng nhiễm HIV làm tăng nguy cơ lao phổi tái phát gấp 3 lần những người có HIV (-), đặc biệt liên quan đến nhóm HIV có $CD_4 < 200/mm^3$ [76]. Chúng tôi chưa tìm thấy có mối liên quan này, có thể trong nghiên cứu của chúng tôi, có hạn chế do không đánh giá được số lượng CD4 lúc bắt đầu điều trị lao phổi mới, chưa phân ra nhóm đã có điều trị thuốc kháng virus HIV và nhóm chưa điều trị hay điều trị nhưng không đúng nguyên tắc ; cũng có thể do công tác phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương đạt kết quả quá tốt.

-Đồng mắc đái tháo đường

Nhận xét: Tỷ số lao phổi tái phát/không tái phát ở nhóm bệnh nhân không đái tháo đường làm giá trị tham chiếu, tỷ số này ở nhóm bệnh nhân có đái tháo đường cao 4,85 lần, và biến thiên trong khoảng 2,42 ~ 9,74 nên có liên quan giữa đái tháo đường vào lao phổi tái phát trong quan sát của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi, đã ghi nhận được mối liên quan giữa đái tháo đường với lao phổi tái phát, nhóm có đái tháo đường có khả năng bị tái phát gấp 4,85 lần so với nhóm không mắc đái tháo đường, với $p < 0,001$. Ở người đái tháo đường, do giảm hoặc kém tác dụng của insuline nên hoạt động của tế bào hạt bị giảm hoặc mất khả năng làm cho cơ thể dễ bị nhiễm trùng và lao là một dạng nhiễm trùng thường gặp. Khả năng di chuyển, khả năng thực bào của các thực bào bị giảm do đường huyết tăng. Đặc biệt là chức năng của Lympho T, trong đó

Lympho T DTH (delayed Type Hypersensitive) gây quá mẫn chậm, có tác động lên các đại thực bào tiêu diệt sự xâm nhập của vi trùng. Chức năng này bị hạn chế trong đái tháo đường. Khi tiếp xúc kháng nguyên, Lympho T chuyển thành tế bào nhớ và khi tiếp xúc lần thứ hai, các tế bào cảm ứng này sẽ phản ứng nhanh và mạnh hơn so với lần đầu. Phản ứng này không xảy ra ở bệnh nhân đái tháo đường. Hơn nữa, trong môi trường có nồng độ đường cao, như trong cơ thể bệnh nhân đái tháo đường, đa số các vi khuẩn phát triển tốt, đặc biệt là trực khuẩn lao [8], [76]. Theo K. Naidoo, đồng mắc đái tháo đường làm tăng khả năng tái mắc lao phổi, nên cần theo dõi định kỳ cả hai bệnh ở đối tượng này [76].

-Viêm gan, xơ gan

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân đồng mắc xơ gan/viêm gan và lao phổi tái phát không có mối liên quan với nhau với $p=0,713$.

Trường hợp bệnh nhân mắc viêm gan, xơ gan sẽ gây giảm globuline miễn dịch, mất khả năng bảo vệ khi tác nhân vi sinh vật tấn công cơ thể, do vậy, vi khuẩn lao, cũng là một loại vi sinh vật, phát triển và hoạt động gây bệnh dễ hơn ở nhóm bệnh nhân có bệnh này [45]. Tuy nhiên, do trong mẫu nghiên cứu chỉ xuất hiện 02 trường hợp viêm gan, xơ gan nên kết quả không có ý nghĩa thống kê.

4.4. Đánh giá kết quả điều trị can thiệp lao phổi tái phát

4.4.1. Kết quả điều trị lao phổi tái phát

-Kết quả điều trị phác đồ II

Điều trị bằng phác đồ II, kết quả ghi nhận tỷ lệ khỏi bệnh chiếm 82,1%; hoàn thành điều trị chiếm 5,1%, nghĩa là tỷ lệ thành công chiếm 87,2%; thất bại chiếm 12,8%. Không ghi nhận trường hợp bỏ trị và chết. Tỷ lệ này tương đương tác giả Trần Thanh Hùng, với tỷ lệ thành công cho phác đồ này là 87,2% [32].

-Kết quả điều trị phác đồ IVa

Tỷ lệ khỏi bệnh ở bệnh nhân dùng phác đồ này chiếm 74,1%; tỷ lệ hoàn thành 7,4%, có nghĩa là tỷ lệ thành công chiếm 81,5%, tỷ lệ thất bại và bỏ trị

đồng tỷ lệ là 7,4%; chết chiếm 3,7%. Tỷ lệ điều trị thành công cao hơn tỷ lệ chung của cả nước được báo cáo trong các năm 2016, 2017, 2018 lần lượt là 68%, 69% và 71% [22]. Đối với phác đồ IVa, do thời gian điều trị vừa kéo dài, từ 18 đến 24 tháng, vừa gặp phải tác dụng không mong muốn thường xuyên của nhóm thuốc kháng lao hàng hai, thêm nữa, ở giai đoạn này việc làm kháng sinh đồ thuốc kháng lao hàng một, hàng hai là một điều khó khăn ở thời điểm này. Do vậy với tỷ lệ điều trị thành công cao như vậy, có thể nói đây là thành quả của việc áp dụng kỹ thuật cao phát hiện và điều trị sớm lao phổi tái phát kháng rifampicin..

-Kết quả điều trị chung cả hai phác đồ

Tỷ lệ điều trị khỏi bệnh chung cho cả hai phác đồ chiếm 78,8%; 6,1% hoàn thành điều trị, thất bại chiếm 10,6%; 3% bỏ trị và 1,5% chết. Tỷ lệ điều trị thành công chiếm 84,8%; không thành công chiếm 15,2%.

Nghiên cứu ở bệnh viện Lao phổi Trung ương, trong số 73 bệnh nhân mắc lao phổi tái phát, tỷ lệ khỏi bệnh chiếm 79,5%, hoàn thành điều trị chiếm 6,8%, thất bại 9,6%, chuyển viện 2,8% và tử vong chiếm 1,4% [26].

Tỷ lệ bỏ trị và thất bại điều trị lao phổi kháng thuốc và đa kháng thuốc còn khá cao có thể do tác dụng không mong muốn của thuốc nhiều, do thời gian điều trị kéo dài. Điều này sẽ được khắc phục trong tương lai gần khi áp dụng đồng loạt các công thức điều trị lao phổi kháng thuốc chỉ 6 đến 9 tháng với các thuốc mới ít tác dụng phụ và tiện lợi cho bệnh nhân khi sử dụng như Rifapentine, Bedaquiline...[24].

4.4.2. Tìm hiểu yếu tố liên quan đến kết quả điều trị lao tái phát

4.4.2.1. Đặc điểm chung của người bệnh

- Giới tính

Không có mối liên quan giữa kết quả điều trị và giới tính, với $p=0,999$. Kết quả điều trị lao phổi tái phát ở hai nhóm như nhau. Điều này thể hiện sự bình

đẳng giới, sự tiếp cận các dịch vụ y tế và các chính sách y tế của hai giới là như nhau.

-Tuổi

Kết quả điều trị lao phổi tái phát không có sự khác biệt giữa tuổi <60 và từ 60 trở lên với $p>0,05$. Không thấy có sự khác biệt về các yếu tố sinh học hay yếu tố khác tác động làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị ở hai nhóm tuổi trong nghiên cứu. Lẽ ra, ở bệnh nhân càng nhiều tuổi, ý thức chăm lo sức khỏe bản thân của họ càng cao do đó họ chấp hành và tuân thủ các nguyên tắc điều trị tốt hơn, vì vậy kết quả điều trị tốt hơn và sẽ ít thất bại điều trị hơn [76].

-Địa dư

Nghiên cứu chưa ghi nhận sự khác biệt về kết quả điều trị lao phổi tái phát với nơi cư trú của bệnh nhân, $p=0,575$. Có thể do dịch vụ y tế đã phủ kín cả thành thị và nông thôn, nơi nào cũng nhận được dịch vụ y tế như nhau.

-Nghề nghiệp

Nhóm viên chức, công chức, nông dân, làm thuê có tỷ lệ điều trị thành công chiếm 75%; nhóm thất nghiệp chiếm 85,7%; các nhóm khác chiếm 93,3% với $p=0,388$, do đó trong nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt giữa các nhóm nghề về kết quả điều trị.

-Học vấn và kinh tế

Chưa thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả điều trị và trình độ học vấn, với $p=0,999$, tuy nhiên, kết quả cũng cho thấy học vấn cao hơn cấp trung học cơ sở thì tỷ lệ thành công cao hơn, 85,7%. Điều này do ảnh hưởng của nhận thức và môi trường làm việc của bệnh nhân. Đối với các bệnh nhân có trình độ cao và đang công tác tại các cơ quan nhà nước, 100% điều trị thành công, vì đối tượng này sau phát hiện bệnh, có thể tuân thủ điều trị tốt hơn, và có thể kinh tế ổn định hơn, giúp nhóm bệnh nhân này có điều kiện cải thiện về mặt dinh dưỡng, tinh thần, hỗ trợ điều trị tốt hơn nhóm kinh tế khó khăn. Thực tế

nghiên cứu chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ điều trị thành công cao hơn ở nhóm không nghèo, lần lượt là 90,5% và 75%; tuy nhiên, chưa ghi nhận có mối liên quan giữa kinh tế và kết quả điều trị, $p=0,151$.

4.4.2.2. Tình trạng suy mòn cơ thể

Nhóm bệnh nhân không suy mòn cơ thể có tỷ lệ điều trị thành công chiếm 100% , nhóm có suy mòn cơ thể điều trị thành công chiếm 79,2%, tuy nhiên điều này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,062$.

4.4.2.3. Đặc điểm bệnh lao, tiền sử điều trị

-Thời gian tái phát

Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm tái phát từ $44,85 \pm 5,64$ tháng cao nhất, chiếm 86%, hai nhóm còn lại, nhóm phát hiện sớm hơn và nhóm phát hiện muộn hơn đều có tỷ lệ điều trị thành công thấp hơn , tuy nhiên điều này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Hạn chế của đề tài liên quan đến việc không phân biệt được lao tái nhiễm và tái phát ở bệnh nhân tái mắc lao phổi, vì sẽ liên quan đến kháng thuốc ở nhóm bị tái phát.

-Mật độ vi khuẩn trong đàm

Nhóm bệnh nhân có mật độ vi khuẩn 1+ có tỷ lệ điều trị thành công là 75,8%, trong khi nhóm bệnh nhân có kết quả soi đàm $\geq 2+$ điều trị thành công 93,9%, tuy nhiên điều này không có ý nghĩa thống kê, với $p=0,082$. Điều này cho thấy do hiệu quả của thuốc kháng lao ở hai nhóm đều như nhau, mặc dù chúng ta biết rằng, mật độ vi khuẩn lao trong đàm cao sẽ gặp ở các dạng sang thương hở, chứa nhiều vi khuẩn, trong đó có chứa nhiều vi khuẩn kháng thuốc tự nhiên, điều này sẽ dẫn đến hiện tượng giảm và tăng và sẽ gây thất bại điều trị nếu không phối hợp đầy đủ thuốc kháng lao trong phác đồ điều trị.

-Đồng nhiễm HIV

Lao phổi tái phát đồng nhiễm HIV/AIDS không liên quan kết quả điều trị lao phổi tái phát, với $p=0,490$. Nghiên cứu ghi nhận nhóm không nhiễm HIV có

tỷ lệ điều trị thành công chiếm 85,5%, nhóm có nhiễm HIV chiếm 75%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 04 bệnh nhân đồng mắc HIV với lao phổi tái phát nên khó mà phát hiện được sự khác biệt khi phân tích. Có lẽ kết quả điều trị bị ảnh hưởng bởi số lượng CD4, có hay không điều trị ARV kèm theo.

-Đồng mắc đái tháo đường

Chưa ghi nhận được có mối liên quan giữa đái tháo đường và kết quả điều trị lao phổi tái phát, với $p=0,940$. Hạn chế của đề tài liên quan đến số lượng mẫu bệnh nhân lao phổi tái phát có kèm đái tháo đường, trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng tổng cộng có 11 bệnh nhân, nên khó mà phân tích sâu hơn, phân tầng thêm đái tháo đường mới hay đã lâu, có kiểm soát đường huyết hay không...

-Đồng mắc viêm gan, xơ gan

Không thấy có mối liên quan giữa đồng mắc xơ gan/viêm gan với kết quả điều trị lao phổi tái phát, với $p=0,075$. Hạn chế của đề tài không đi sâu vào phân loại mức độ của viêm gan/xơ gan, tuy nhiên với tổng số 10 bệnh nhân lao phổi tái phát có viêm gan/xơ gan khó mà phân tầng để phân tích sâu được. Bệnh nhân viêm gan/xơ gan có các chức năng cơ bản bị ảnh hưởng, điều này ảnh hưởng đến sự chuyển hóa thuốc điều trị lao tái phát.

Khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi không đặt ra giả thiết tình trạng tái phát hoặc kết quả điều trị thành công có liên quan đến bất kỳ một biến số độc lập nào cho nên không phân tích đa biến trong nghiên cứu để xác định nhiều, hoặc các yếu tố tương tác (interaction), và do cách thu thập mẫu chủ động diễn ra theo từng đợt nên cũng không thể áp dụng dạng phân tích sống sót được. Đây cũng là hạn chế trong thiết kế nghiên cứu này. Nhưng có lẽ, từ kết quả nghiên cứu trên, có thể làm cơ sở khởi đầu cho các nghiên cứu khác sâu hơn trong lĩnh vực này.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ lao phổi tái phát

Trong số 1609 bệnh nhân có tiền sử điều trị lao phổi mới, chúng tôi phát hiện được 66 bệnh nhân lao phổi tái phát, tỷ lệ bệnh lao phổi tái phát chiếm 4,1%. Trung bình bệnh nhân tái phát lao phổi ở tháng thứ $44,85 \pm 5,64$. Thời gian tái phát được ghi nhận trong khoảng từ 35,4 đến 58 tháng. Nhiều nhất là ở thời điểm 45,15 tháng.

2. Một số yếu tố liên quan đến lao phổi tái phát

Nghiên cứu ghi nhận 7 yếu tố liên quan đến lao phổi tái phát là giới, nghề, học vấn, hút thuốc lá, uống rượu bia, suy dinh dưỡng, đồng mắc đái tháo đường, với $p < 0,05$. Cụ thể:

Nam giới có nguy cơ bị tái phát lao phổi cao hơn nữ gấp 2,77 lần.

Thất nghiệp có nguy cơ tái phát lao phổi cao hơn nhóm bệnh nhân viên chức, công chức 3,73 lần.

Học vấn \leq trung học cơ sở có tỷ lệ tái phát bệnh cao hơn nhóm còn lại 1,84 lần.

Bệnh nhân hút thuốc lá có nguy cơ lao phổi tái phát cao hơn nhóm không hút thuốc lá 2,37 lần.

Bệnh nhân uống rượu, bia có nguy cơ mắc tái phát cao hơn nhóm không uống rượu, bia 1,72 lần.

Nhóm bệnh nhân bị suy kiệt có nguy cơ mắc tái phát cao hơn nhóm không suy kiệt 1,72 lần.

Nhóm bệnh nhân bị đồng mắc đái tháo đường có nguy cơ mắc tái phát cao hơn nhóm không có đái tháo đường gấp 4,85 lần.

Nhóm tuổi, hoàn cảnh kinh tế, địa dư, gián đoạn điều trị, có người thân mắc lao, đặc biệt đồng mắc HIV chưa thấy có liên quan đến tái phát lao phổi.

3. Kết quả điều trị lao phổi tái phát và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị lao tái phát

Ứng dụng kỹ thuật gene xpert/ MTB/Rif ngay từ khi phát hiện lao phổi tái phát đã phát hiện được 40,9% trường hợp kháng thuốc nên đã chỉ định điều trị bằng công thức kháng thuốc IVa , mang lại tỷ lệ điều trị thành công chiếm 84,8%. Tỷ lệ điều trị không thành công chiếm 15,2%. Trong đó, tỷ lệ khỏi bệnh chiếm 78,8%; 6,1% hoàn thành điều trị, thất bại chiếm 10,6%; 3% bỏ trị và 1,5% chết.

Tình trạng suy mòn cơ thể, thời gian tái phát và mật độ vi khuẩn trong đàm không có liên quan đến kết quả điều trị, với $p > 0,005$.

Đồng nhiễm HIV/AIDS không liên quan kết quả điều trị lao phổi tái phát, với $p=0,490$.

Chưa ghi nhận được có mối liên quan giữa đái tháo đường và kết quả điều trị lao phổi tái phát, với $p=0,940$.

Không thấy có mối liên quan giữa đồng mắc xơ gan/viêm gan với kết quả điều trị lao phổi tái phát, với $p=0,075$.

KIẾN NGHỊ

Đối với những nhóm dân số ở thành phố Cần Thơ có tiền sử điều trị lao phổi mới có đặc điểm như: nam giới; không việc làm; học vấn thấp; đang hút thuốc lá, uống rượu, bia; suy mòn cơ thể và đái tháo đường, cần tăng cường truyền thông về bệnh lao để nâng cao kiến thức hiểu biết và cách phòng bệnh lao phổi tái phát và tổ chức khám sàng lọc để phát hiện sớm lao phổi tái phát.

Địa phương nên áp dụng kỹ thuật Gene Xpert/MTB/Rif sớm, rộng rãi cho tất cả trường hợp được chẩn đoán lao phổi tái phát thậm chí cả lao phổi mới để phát hiện kháng thuốc sớm nhất nhằm điều trị triệt để lao phổi kháng và không kháng thuốc.

Cần nghiên cứu thêm với thời gian lâu hơn, cỡ mẫu lớn hơn, phân tích sâu hơn về sự ảnh hưởng của các bệnh đồng mắc, nhất là đồng nhiễm HIV đến tái phát lao phổi và kết quả điều trị lao tái phát có hay không có kháng rifampicin.

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ

1. Nghiên cứu lao phổi tái phát và những ảnh hưởng về sức khỏe, kinh tế, xã hội của bệnh nhân lao phổi tái phát tại Thành phố Cần Thơ năm 2010. Tạp chí Y học thực hành, số 7(876).
2. Khảo sát tỷ lệ lao phổi tái phát tại thành phố Cần Thơ năm 2011-2016. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ – số 34/2021.
3. Khảo sát các yếu tố liên quan đến lao phổi tái phát tại thành phố Cần Thơ năm 2011-2016. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ – số 34/2021.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi Cần Thơ (2016), *Tổng kết hoạt động năm 2015 & Kế hoạch hoạt động năm 2016*, Cần Thơ.
2. Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi Cần Thơ (2017), *Tổng kết hoạt động năm 2017 & Kế hoạch hoạt động năm 2018*, Cần Thơ.
3. Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi Cần Thơ (2018), *Tổng kết hoạt động năm 2018 & Kế hoạch hoạt động năm 2019*, Cần Thơ.
4. Bệnh viện Phổi Trung ương (2018), *Giao ban sơ kết hoạt động Chương trình Chống lao 6 tháng đầu năm 2018 và trọng tâm công tác 6 tháng cuối năm 2018*, Hà Nội.
5. Bệnh viện Quân Y 103 (2015), *Phương pháp chẩn đoán Lao phổi*, Hà Nội.
6. Ngô Thanh Bình (2013), "Tổng quan nhuộm soi AFB, cấy vi khuẩn lao và kháng sinh đồ kháng lao", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số 17(1), tr. 26-37.
7. Ngô Thanh Bình và Huỳnh Thị Nguyệt (2006), "Đánh giá đặc điểm lâm sàng, AFB (+)/đàm và xquang phổi của lao phổi tái phát với phác đồ 2SHRZ/6HE tại tỉnh Đồng Tháp", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số 1/2013(17), tr. 60-68.
8. Bộ môn Lao - Đại học Y Hà Nội (2017), *Bệnh học lao*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn quy trình thực hành chuẩn xét nghiệm vi khuẩn lao*.

10. Bộ Y tế (2015), *Báo cáo Hoạt động phối hợp Chương trình Phòng, chống HIV/AIDS và Dự án Phòng, chống Lao năm 2015*.
11. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao, Nhà xuất bản Y học*.
12. Bộ Y tế (2018), *Quyết định số 3126/QĐ-BYT ngày 23 tháng 5 năm 2018 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh Lao*.
13. Bộ Y tế (2020), *Quyết định số 1314/QĐ-BYT ngày 24 tháng 3 năm 2020 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh Lao*.
14. Chương trình chống lao Quốc gia (2008), *Hội nghị tổng kết dự án phòng chống lao giai đoạn 2007-2008, tổng kết hoạt động chỉ đạo tuyến 2008 và sinh hoạt khoa học, Hà Nội*.
15. Chương trình chống lao Quốc gia (2009), *Hướng dẫn quản lý và điều trị bệnh lao kháng đa thuốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*.
16. Chương trình chống lao Quốc gia (2010), *Báo cáo tổng kết Chương trình Chống lao Quốc gia năm 2010 và phương hướng hoạt động năm 2011*.
17. Chương trình chống lao Quốc gia (2014), *Báo cáo tổng kết Hoạt động trình chống lao năm 2013 và phương hướng hoạt động năm 2014*.
18. Chương trình chống lao Quốc gia (2014), "Chiến lược phòng chống lao đến năm 2020 và tầm nhìn 2030", *Tạp chí lao và bệnh phổi 2014*, số 16(4).
19. Chương trình chống lao Quốc gia (2016), *Hướng dẫn quản lý bệnh lao, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*.
20. Chương trình chống lao Quốc gia (2017), *Tổng kết Chương trình Chống lao năm 2017 và định hướng năm 2018*.

21. Chương trình chống lao Quốc gia (2018), *Báo cáo sơ kết hoạt động chương trình chống lao 6 tháng đầu năm 2018*.
22. Chương trình chống lao Quốc gia (2018), *Báo cáo tổng kết Chương trình Chống lao Quốc gia năm 2018 và phương hướng hoạt động năm 2019*.
23. Chương trình chống lao Quốc gia (2019), *Báo cáo tổng kết hoạt động Chương trình Chống lao quốc gia năm 2019*.
24. Chương trình chống lao Quốc gia (2021), *Báo cáo tổng kết hoạt động Chương trình chống lao Quốc gia năm 2020*.
25. Trần Hoàng Duy, Nguyễn Trương Thanh và Nguyễn Bá Nam (2018), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của lao phổi tái phát tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi Cần Thơ năm 2015-2016", *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, số 17, tr. 46-51.
26. Hoàng Hà (2014), "Kháng thuốc ở bệnh nhân lao điều trị lại tại bệnh viện Lao và bệnh phổi Trung ương", *Tổng hội y học Việt Nam*.
27. Hoàng Hà và Nguyễn Đức Bình (2016), "Kết quả điều trị bệnh nhân lao phổi AFB(+) mới bằng phác đồ 6 tháng (2HZRE/4RHE) tại bệnh viện lao và bệnh phổi Thái Nguyên", *Tổng hội Y học Việt Nam*.
28. Nguyễn Thu Hà, Trần Văn Sáng và Đinh Ngọc Sỹ (2011), "Đặc điểm lâm sàng, x-quang phổi của bệnh nhân lao phổi tái phát có vi khuẩn kháng thuốc", *Tạp chí Y học thực hành* (778)- số 8/2011.
29. Nguyễn Thu Hà, Trần Văn Sáng và Đinh Ngọc Sỹ (2011), "Lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng thuốc của vi khuẩn lao ở bệnh nhân lao phổi tái phát", *Journal of Franco-Vietnamese Association of Pulmonology*, số 2(3), tr. 1-78.

30. Nguyễn Thu Hà, Trần Văn Sáng và Đinh Ngọc Sỹ (2011), "Tìm hiểu đặc điểm sinh học của vi khuẩn lao ở bệnh nhân lao phổi tái phát", *Tạp chí Y học thực hành* (778), số 8/2011.
31. Nguyễn Phương Hoa và Phạm Tiến Thịnh (2005), "Diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ kháng thuốc ở bệnh nhân lao phổi tái phát", *Tạp chí Y học thực hành*, số 9(519), tr. 57-59.
32. Trần Thanh Hùng và Phạm Thị Tâm (2013), "Nghiên cứu lao phổi tái phát và những ảnh hưởng về sức khỏe, kinh tế, xã hội của bệnh nhân lao phổi tái phát tại Thành phố Cần Thơ năm 2010", *Tạp chí Y học thực hành*, số 7(876), tr. 29-31.
33. Lê Ngọc Hưng (2008), "Nghiên cứu kháng thuốc của lao phổi tái phát", *Tạp chí Dược học*, số 1/2008(381), tr. 18-20.
34. Lê Ngọc Hưng và cộng sự (2007), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình hình kháng thuốc của lao phổi tái phát", *Tạp chí thông tin y dược - Số đặc biệt Chào mừng hội nghị khoa học bệnh phổi toàn quốc lần thứ 2, Hà Nội 10/2007*, tr. 148 – 153.
35. Trần Anh Huy, Nguyễn Huy Lực và Đặng Văn Tuấn (2017), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh Xquang phổi chuẩn, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực độ phân giải cao ở bệnh nhân lao phổi mới AFB đàm dương tính và lao phổi tái phát", *Tạp chí Y học thực hành*, số 12(175).
36. Đặng Văn Khoa (2009), "Nhận xét kết quả điều trị 35 trường hợp lao phổi đa kháng thuốc tại bệnh viện lao và bệnh phổi trung ương Phúc Yên", *Tạp chí Y học thực hành*, số 12(694).
37. Đặng Văn Khoa và Hà Văn Sen (2018), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị lao phổi AFB(+) có đái tháo đường bằng phác đồ 2(E)SHZR/4REH tại bệnh viện 74 Trung ương", *Tổng hội y học Việt Nam*.

38. Đặng Văn Khoa, Nguyễn Kiên Doanh và Trần Văn Sáng (2009), "So sánh số lượng tương đối các tế bào TCD3, TCD4, TCD8 và mối liên quan với phản ứng Mantoux ở bệnh nhân lao phổi mới và lao phổi tái phát", *Tạp chí Y học thực hành*, số 8(669), tr. 67-68.
39. Nguyễn Hoàng Kim, Vũ Quang Diễn và Phạm Văn Nhiên (2017), "Nghiên cứu kết quả điều trị lao phổi tái phát bằng phác đồ 2SHRZE/EHZR/5RHE", *Tổng hội Y học Việt Nam*.
40. Nguyễn Lam và Phạm Văn Tạ (2014), "Đặc điểm lâm sàng, X quang và kháng thuốc của vi khuẩn lao ở bệnh nhân lao phổi kháng đa thuốc tại bệnh viện Phổi Hà Nội", *Tạp chí Y dược học quân sự*, số 1/2015, tr. 75-79.
41. Nguyễn Văn Lành, Lê Thành Tài và Dương Thành Nhân (2010), "Khảo sát một số đặc điểm của bệnh nhân lao phổi tái phát tại thị xã Ngã Bảy và huyện Phụng Hiệp năm 2007 – 2009", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số 14(2), tr. 44-47.
42. Dương Thị Loan (2015), *Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến tính kháng thuốc của vi khuẩn Mycobacterium tuberculosis tại Thành phố Cần Thơ*, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
43. Lê Thị Luyên và cộng sự (2018), "Nghiên cứu một số đặc điểm của vi khuẩn lao ở bệnh nhân lao phổi mới và lao phổi tái trị được chỉ định điều trị bằng thuốc chống lao hàng một", *Tạp chí Khoa học – Công Nghệ Việt Nam*, số 7(60), tr. 1-5.
44. Hà Đình Nghĩa (2007), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân lao hang và lao phổi tái phát", *Tạp chí Khoa học công nghệ tỉnh Bình Định*, số 4.

45. Lê Văn Nhi (2010), "Kháng thuốc lao ở đối tượng lao phổi/ HIV(+) có số lượng CD4 < 200/mm³", *Kỷ yếu hội nghị hô hấp và phẫu thuật lồng ngực Pháp – Việt*, tr. 4.
46. Trần Văn Sáng (2007), *Bệnh học lao*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
47. Nguyễn Thị Thu Thái và cộng sự (2018), "Tình hình kháng thuốc của các chủng vi khuẩn lao phân lập trên bệnh nhân lao phổi mới và lao phổi tái phát", *Tạp chí Khoa học – Công Nghệ Đại học Thái Nguyên*, số 89(1/2), tr. 105-110.
48. Cao Quý Tư và cộng sự (2020), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của lao phổi ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Lao và bệnh phổi Thái Nguyên", *Tạp chí khoa học – Công Nghệ Đại học Thái Nguyên*, số 225(5), tr. 10-15.

Tiếng Anh

49. Asgharzadeh M. and Kafil H.S. (2007), "Current trends in molecular epidemiology studies of Mycobacterium tuberculosis", *Biotechnology Molecular Biology Reviews*. 2(5), pp. 108-115.
50. Balasingham S.V., et al. (2009), "Molecular diagnostics in tuberculosis", *Molecular diagnosis therapy*. 13(3), pp. 137-151.
51. Bang D., et al. (2010), "Recurrent tuberculosis in Denmark: relapse vs. re-infection", *The International journal of tuberculosis lung disease*. 14(4), pp. 447-453.
52. Bañuls A.-L., et al. (2016), "Mycobacterium tuberculosis lineages and anti-tuberculosis drug resistance in reference hospitals across Viet Nam". 16(1), pp. 1-9.

53. Bestrashniy J.R.B.M., et al. (2018), "Recurrence of tuberculosis among patients following treatment completion in eight provinces of Vietnam: a nested case-control study", *International Journal of Infectious Diseases*. 74, pp. 31-37.
54. Brugueras S., et al. (2020), "Tuberculosis recurrences and predictive factors in a vulnerable population in Catalonia", *PloS one*. 15(1), p. e0227291.
55. Cox H., et al. (2006), "Tuberculosis recurrence and mortality after successful treatment: impact of drug resistance", *PLoS medicine*. 3(10), p. e384.
56. Cox H.S., Morrow M., and Deutschmann P.W. (2008), "Long term efficacy of DOTS regimens for tuberculosis: systematic review", *BMJ*. 336(7642), pp. 484-487.
57. Dobler C.C., et al. (2009), "Recurrence of tuberculosis in a low-incidence setting", *European Respiratory Journal*. 33(1), pp. 160-167.
58. Eddabra R. and Benhassou H.A. (2018), "Rapid molecular assays for detection of tuberculosis", *Pneumonia*. 10(1), pp. 1-12.
59. Fan J., et al. (2017), "Rapid diagnosis of new and relapse tuberculosis by quantification of a circulating antigen in HIV-infected adults in the Greater Houston metropolitan area", *BMC medicine*. 15(1), pp. 1-10.
60. Gadoev J., et al. (2017), "Recurrent tuberculosis and associated factors: A five-year countrywide study in Uzbekistan", *PLoS One*. 12(5), p. e0176473.
61. Garg R., et al. (2020), "Melioidosis in suspected recurrent tuberculosis: a disease in disguise", *The Journal of Infection in Developing Countries*. 14(03), pp. 312-316.

62. Grzelak E.M., et al. (2019), "Strategies in anti-Myco**ba**cterium tuberculosis drug discovery based on phenotypic screening", *The Journal of antibiotics*. 72(10), pp. 719-728.
63. Haldar S., et al. (2007), "Simplified detection of Myco**ba**cterium tuberculosis in sputum using smear microscopy and PCR with molecular beacons", *Journal of medical microbiology*. 56(10), pp. 1356-1362.
64. Hanscheid T., et al. (2007), "Fluorescence microscopy for tuberculosis diagnosis", *The Lancet Infectious diseases*. 7(4), pp. 236-237.
65. Hirano K., et al. (1996), "Resistance to antituberculosis drugs in Japan", *Tubercle Lung Disease*. 77(2), pp. 130-135.
66. Hoang T.T.T., et al. (2015), "Challenges in detection and treatment of multidrug resistant tuberculosis patients in Vietnam", *BMC public health*. 15(1), pp. 1-10.
67. Mai H.N., et al. (2013), "Tuberculosis relapse in Vietnam is significantly associated with Myco**ba**cterium tuberculosis Beijing genotype infections", *The Journal of infectious diseases*. 207(10), pp. 1516-1524.
68. Jasmer R.M., et al. (2004), "Recurrent tuberculosis in the United States and Canada: relapse or reinfection?", *American journal of respiratory critical care medicine*. 170(12), pp. 1360-1366.
69. Kim L., et al. (2013), "Epidemiology of recurrent tuberculosis in the United States, 1993–2010", *The International journal of tuberculosis lung disease*. 17(3), pp. 357-360.
70. Kim L., et al. (2016), "Factors associated with recurrent tuberculosis more than 12 months after treatment completion", *The International Journal of Tuberculosis Lung Disease*. 20(1), pp. 49-56.

71. Korhonen V., et al. (2017), "Recurrent tuberculosis in Finland 1995–2013: a clinical and epidemiological cohort study", *BMC infectious diseases*. 17(1), pp. 1-7.
72. Liu Y., et al. (2020), "Tuberculosis relapse is more common than reinfection in Beijing, China", *Infectious Diseases*. 52(12), pp. 858-865.
73. Luzze H., et al. (2013), "Relapse more common than reinfection in recurrent tuberculosis 1–2 years post treatment in urban Uganda", *The International journal of tuberculosis lung disease*. 17(3), pp. 361-367.
74. Marks G.B., et al. (2019), "Community-wide screening for tuberculosis in a high-prevalence setting", *The New England Journal of Medicine*. 381(14), pp. 1347-1357.
75. Mutembo S., et al. (2019), "Urban-rural disparities in treatment outcomes among recurrent TB cases in Southern Province, Zambia", *BMC infectious diseases*. 19(1), pp. 1-8.
76. Naidoo K., et al. (2018), "Insights into recurrent tuberculosis: relapse versus reinfection and related risk factors". <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.73601>.
77. National Institute for Health and Care Excellence (2016), "Tuberculosis: Prevention, Diagnosis, Management and Service Organisation".
78. Nguyen N.V., et al. (2015), "The fourth national anti-tuberculosis drug resistance survey in Viet Nam", *The International Journal of Tuberculosis Lung Disease*. 19(6), pp. 670-675.
79. Romanowski K., et al. (2019), "Predicting tuberculosis relapse in patients treated with the standard 6-month regimen: an individual patient data meta-analysis", *Thorax*. 74(3), pp. 291-297.

80. Rosser A., Marx F., and Pareek M. (2018), "Recurrent tuberculosis in the pre-elimination era", *The International Journal of Tuberculosis Lung Disease*. 22(2), pp. 139-150.
81. Selassie A.W., et al. (2005), "Why pulmonary tuberculosis recurs: a population-based epidemiological study", *Annals of epidemiology*. 15(7), pp. 519-525.
82. Tiberi S., et al. (2018), "Tuberculosis: progress and advances in development of new drugs, treatment regimens, and host-directed therapies", *The Lancet Infectious Diseases*. 18(7), pp. e183-e198.
83. van der Heijden Y.F., et al. (2018), "Older age at first tuberculosis diagnosis is associated with tuberculosis recurrence in HIV-negative persons", *The International Journal of Tuberculosis Lung Disease*. 22(8), pp. 871-877.
84. Verver S., et al. (2005), "Rate of reinfection tuberculosis after successful treatment is higher than rate of new tuberculosis", *American journal of respiratory critical care medicine*. 171(12), pp. 1430-1435.
85. Vieira A.A., Leite D.T., and Adreoni S. (2017), "Tuberculosis recurrence in a priority city in the state of São Paulo, Brazil", *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 43, pp. 106-112.
86. World Health Organization (2009), *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009*, World Health Organization.
87. World Health Organization (2010), *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB) : 2010 global report on surveillance and response*, World Health Organization.
88. World Health Organization (2013), *Global tuberculosis report 2013*, World Health Organization.

89. World Health Organization (2014), *Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*, World Health Organization.
90. World Health Organization (2014), *Global tuberculosis report 2014*, World Health Organization.
91. World Health Organization (2015), *Global tuberculosis report 2015*, World Health Organization.
92. World Health Organization (2016), *Global tuberculosis report 2016*, World Health Organization.
93. World Health Organization (2016), *Tuberculosis profile - Uzbekistan*, Geneva.
94. World Health Organization (2016), "The use of delamanid in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis in children and adolescents: interim policy guidance".
95. World Health Organization (2017), *Global tuberculosis report 2017*, World Health Organization.
96. World Health Organization (2018), *Global tuberculosis report 2018*, World Health Organization.
97. World Health Organization (2018), *Viet Nam on track to End Tuberculosis*, World Health Organization, Ha Noi.
98. World Health Organization (2018), *What is multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) and how do we control it*, Geneva.
99. World Health Organization (2019), *Global tuberculosis report 2019*, World Health Organization.
100. World Health Organization (2020), *Global tuberculosis report 2020*, World Health Organization.

101. Zhdanov V., Bilenko N., and Mor Z. (2017), "Risk Factors for Recurrent Tuberculosis among Successfully Treated Patients in Israel, 1999-2011", *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*. 19(4), pp. 237-241.
102. Zong Z., et al. (2018), "Relapse versus reinfection of recurrent tuberculosis patients in a national tuberculosis specialized hospital in Beijing, China", *Frontiers in microbiology*. 9, p. 1858.

PHIẾU ĐIỀU TRA

Người bệnh:

Tuổi :

Địa chỉ:

I. Thông tin chung

1. Tuổi:

- | | |
|--------------|-----|
| 1. ≤ 20 | [] |
| 2. $> 20-40$ | [] |
| 3. $> 40-60$ | [] |
| 4. > 60 | [] |

2. Giới:

- | | | | |
|--------|-----|-------|-----|
| 1. Nam | [] | 2. Nữ | [] |
|--------|-----|-------|-----|

3. Nghề nghiệp:

- | | | | |
|----------------|-----|---------------------------------|-----|
| 1. Nông dân | [] | 2. Công nhân, viên chức [.....] | |
| 3. Công chức | [] | 4. Làm thuê | [] |
| 5. Thất nghiệp | [] | 6. Khác | [] |

4. Trình độ văn hoá:

- | | | | |
|------------------------|-----|--------------------|-----|
| 1. Tiểu học cơ sở | [] | 2. Trung học cơ sở | [] |
| 3. Trung học phổ thông | [] | 4. ĐH-CĐ-THCN | [] |

5. Mức sống gia đình:

- | | | | |
|----------|-----|----------------|-----|
| 1. Nghèo | [] | 2. Không nghèo | [] |
|----------|-----|----------------|-----|

6. Cân nặng trước điều trị : [] kg và sau khi điều trị : [] kg

7. Người thân sống chung mắc bệnh lao : 1. Có [] 2. Không []

Nếu có, bao nhiêu người : [] người

Hỏi tiền sử điều trị lao phổi lần đầu

8. Chẩn đoán vi trùng học lao phổi mới : 1. Dương tính [], 2. Âm tính []

9. ngày hoàn thành điều trị :(dd/mm/yy)

10. Gián đoạn điều trị

1. Có 2. không

Nếu trả lời không liên tục, phải cho biết không liên tục ở giai đoạn nào.

1. Tấn công 2. Duy trì

Thời gian tạm ngừng thuốc kháng lao : ngày

Vì lý do:

1. Do tác dụng phụ của thuốc , Nếu có, chọn 1 trong 5 : Rối loạn tiêu hóa; Viêm gan do thuốc; Viêm da tróc vảy; Chóng mặt, ù tai; Nguyên nhân khác.

2. Khác.

11. Có dùng corticoid kéo dài : 1.có : .

2.không : .

12. Thời gian dùng corticoid :.....ngày

13. Bệnh HIV kèm theo:

1. Có 2. không

14. Bệnh đái tháo đường kèm theo:

1. Có 2. không

15. Xơ gan, viêm gan:

1. Có 2. không

16. Hút thuốc :

1. Có 2. Không

17. Uống rượu, bia :

1. Có 2. Không

II. Khám định kỳ

1. Lần khám thứ nhất

P = [] kg

- Lâm sàng : 1. Bình thường [] 2. Nghi ngờ lao[...]

Nếu nghi ngờ Lao, chọn 1 trong 5 : Ho kéo dài ; Khạc đàm ;
Ho ra máu ; sốt kéo dài ; chán ăn, sụt cân.

- Xquang qui ước : 1. Không nghi ngờ lao tái phát []
2. Nghi ngờ lao tái phát []

Nếu nghi ngờ, chọn 1 trong 3 : Thâm nhiễm ; Nốt ; Hang.

- Soi trực tiếp đàm : 1. Âm tính [] 2. Dương tính []

Nếu dương tính, chọn 1 trong 3 : ≤ 1+ ; 2+ ; 3+

2. Lần khám thứ hai

P = [] kg

- Lâm sàng : 1. Bình thường [] 2. Nghi ngờ lao []

- Xquang qui ước : 1. Không nghi ngờ lao tái phát []
2. Nghi ngờ lao tái phát []

- Soi trực tiếp đàm : 1. Âm tính [] 2. Dương tính []

3. Lần khám thứ ba

P = [] kg

- Lâm sàng : 1. Bình thường [] 2. Nghi ngờ lao.[]

- Xquang qui ước : 1. Không nghi ngờ lao tái phát []
2. Nghi ngờ lao tái phát []

- Soi trực tiếp đàm : 1. Âm tính [] 2. Dương tính []

4. Lần khám thứ tư

P = [] kg

- Lâm sàng : 1. Bình thường [] 2. Nghi ngờ lao []

- Xquang qui ước : 1. Không nghi ngờ lao tái phát []
2. Nghi ngờ lao tái phát []

- Soi trực tiếp đàm : 1. Âm tính [] 2. Dương tính []

5. Lần khám thứ năm

P = [] kg

- Lâm sàng : 1. Bình thường [] 2. Nghi ngờ lao []
- Xquang qui ước : 1. Không nghi ngờ lao tái phát []
2. Nghi ngờ lao tái phát []
- Soi trực tiếp đàm : 1. Âm tính [] 2. Dương tính []

III. Ngày tái phát :.....(dd/mm/yy)

IV. Kết quả xét nghiệm Gene Xpert/MTB-Rif.

- Âm tính []
- Dương tính []

V. Điều trị Lao phổi tái phát

1. P= []kg
2. Công thức điều trị : 1. CT II [] 2. CT IVa []
3. Kết quả điều trị CT II :
 1. Khởi bệnh [] 2. Hoàn thành []
 3. Thất bại [] 4. Chuyển trị []
 5. Bỏ trị [] 6. Chết []
4. Kết quả điều trị CT IVa :
 1. Khởi bệnh [] 2. Hoàn thành []
 3. Thất bại [] 4. Bỏ trị []
 5. Chết []
5. Gián đoạn điều trị
 1. Có [] 2. không []

Nếu có, phải cho biết gián đoạn ở giai đoạn nào.

1. Tấn công [] 2. Duy trì []

Thời gian tạm ngừng thuốc kháng lao : [] ngày

Vì lý do gì:

1. Do tác dụng phụ của thuốc []; Nếu có, chọn 1 trong 5 : Rối loạn tiêu hóa; Viêm gan do thuốc; Viêm da tróc vảy; Chóng mặt, ù tai; Nguyên nhân khác.

2. Khác :.....

6. Dùng corticoid kéo dài :

1.có : []. 2.không : [].

7. Thời gian dùng corticoid :.....ngày

8. Bệnh HIV kèm theo:

1. Có [] 2. không []

9. Bệnh đái tháo đường kèm theo:

1. Có [] 2. không []

10. Xơ gan, viêm gan:

1. Có [] 2. không []

LỊCH KHÁM ĐỊNH KỲ PHÁT HIỆN BỆNH LAO PHỔI TÁI PHÁT

Thời gian Đơn vị	6/2014			9/2014			12/2014			3/2015			6/2015		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
C	X			X			X			X			X		
N	X			X			X			X			X		
P	X			X			x			x			x		
B		X			X			X			X			X	
O		X			X			X			X			X	
Th		x			x			x			X			X	
CD			X			X			X			X			x
T			X			X			X			X			X
V			X			x			X			X			x

T1: Khoảng thời gian đầu tháng.

T2: Khoảng thời gian giữa tháng.

T3: Khoảng thời gian cuối tháng.

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

STT	Họ và tên	Giới	Tuổi	Địa chỉ	STT	Họ và tên	Giới	Tuổi	Địa chỉ
1	NGUYEN T TUYET N	NỮ	1992	BÌNH THỦY	805	TRAN THI CH	NỮ	1948	PHONG ĐIỂN
2	NGUYEN VAN D	NAM	1939	BÌNH THỦY	806	NGUYEN NGOC T	NỮ	1982	PHONG ĐIỂN
3	NGUYEN VAN N	NAM	1960	BÌNH THỦY	807	NGUYEN VAN N	NAM	1980	PHONG ĐIỂN
4	HA BUU V	NAM	1980	BÌNH THỦY	808	LAM TAN K	NAM	1985	PHONG ĐIỂN
5	DANG THANH D	NAM	1972	BÌNH THỦY	809	TRUONG THI KIM E	NỮ	1948	PHONG ĐIỂN
6	LE VAN D	NAM	1965	BÌNH THỦY	810	TRAN VAN U	NAM	1950	PHONG ĐIỂN
7	TRAN CONG T	NAM	1963	BÌNH THỦY	811	NGUYEN VAN B	NAM	1942	PHONG ĐIỂN
8	LE VAN UT L	NAM	1986	BÌNH THỦY	812	VO THI THU L	NỮ	1980	PHONG ĐIỂN
9	LE THI H	NỮ	1984	BÌNH THỦY	813	PHAM THI M	NU	1934	PHONG ĐIỂN
10	TRAN THANH L	NAM	1953	BÌNH THỦY	814	NGUYEN THI C	NỮ	1951	PHONG ĐIỂN
11	DINH VAN V	NAM	1953	BÌNH THỦY	815	PHAM THI BE N	NỮ	1955	PHONG ĐIỂN
12	PHAM TRUONG G	NAM	1987	BÌNH THỦY	816	TRAN VAN L	NAM	1952	PHONG ĐIỂN
13	TRUONG HOANG M	NAM	1951	BÌNH THỦY	817	TRAN NHU S	NAM	1959	PHONG ĐIỂN
14	CHIEM HOANG T	NAM	1976	BÌNH THỦY	818	NGUYEN THI KIM E	NỮ	1948	PHONG ĐIỂN
15	NGUYEN THI PHUONG L	NỮ	1979	BÌNH THỦY	819	PHAM VAN L	NAM	1937	PHONG ĐIỂN
16	HUYNH QUOC C	NAM	1981	BÌNH THỦY	820	THAI THANH T	NAM	1970	PHONG ĐIỂN
17	MAI QUOC A	NAM	1980	BÌNH THỦY	821	LE BA P	NAM	1954	PHONG ĐIỂN
18	DANG NGOC T	NAM	1929	BÌNH THỦY	822	HUYNH THI NGOC V	NỮ	1979	PHONG ĐIỂN
19	TRAN HOANG T	NAM	1979	BÌNH THỦY	823	NGUYEN CHI G	NAM	1982	PHONG ĐIỂN
20	NGUYEN THI L	NỮ	1976	BÌNH THỦY	824	TRAN VAN T	NAM	1952	PHONG ĐIỂN
21	LE VAN T	NAM	1952	BÌNH THỦY	825	LE THI D	NỮ	1948	PHONG ĐIỂN
22	NGUYEN THANH S	NAM	1974	BÌNH THỦY	826	DINH VAN T	NAM	1960	PHONG ĐIỂN
23	NGUYEN TRUNG T	NAM	1941	BÌNH THỦY	827	NGUYEN HUU D	NAM	1985	PHONG ĐIỂN
24	DO VAN S	NAM	1958	BÌNH THỦY	828	PHAM TRUNG N	NAM	1941	PHONG ĐIỂN
25	LE CONG N	NAM	1945	BÌNH THỦY	829	BUI HUU C	NAM	1951	PHONG ĐIỂN
26	PHAM MINH S	NAM	1984	BÌNH THỦY	830	LE BA T	NAM	1952	PHONG ĐIỂN
27	NGUYEN VAN C	NAM	1976	BÌNH THỦY	831	TRAN VAN CHI N	NAM	1972	PHONG ĐIỂN
28	NGUYEN VAN G	NAM	1954	BÌNH THỦY	832	LE VAN U	NAM	1958	PHONG ĐIỂN
29	PHAN VAN N	NAM	1964	BÌNH THỦY	833	PHAM VAN Q	NAM	1969	PHONG ĐIỂN
30	THAI DAC T	NAM	1934	BÌNH THỦY	834	NGUYEN VAN Q	NAM	1953	PHONG ĐIỂN
31	DOAN CONG D	NAM	1951	BÌNH THỦY	835	NGUYEN VAN T	NAM	1951	PHONG ĐIỂN
32	NGUYEN VAN M	NAM	1959	BÌNH THỦY	836	TRAN VAN P	NAM	1935	PHONG ĐIỂN
33	VU VIET MANH H	NAM	1973	BÌNH THỦY	837	NGUYEN VAN P	NAM	1975	PHONG ĐIỂN
34	TRUONG TUAN L	NAM	1969	BÌNH THỦY	838	PHAM VAN N	NAM	1966	PHONG ĐIỂN
35	NGUYEN THI ANH T	NỮ	1994	BÌNH THỦY	839	HO VAN M	NAM	1968	PHONG ĐIỂN
36	VO VAN B	NAM	1946	BÌNH THỦY	840	PHAM TRUNG K	NAM	1982	PHONG ĐIỂN
37	NGUYEN THONG H	NAM	1972	BÌNH THỦY	841	LE THI C	NỮ	1946	PHONG ĐIỂN
38	BUI VAN L	NAM	1953	BÌNH THỦY	842	LY VAN L	NAM	1960	PHONG ĐIỂN
39	DANG VAN D	NAM	1969	BÌNH THỦY	843	TA HOAI C	NAM	1968	PHONG ĐIỂN
40	QUANG THANH V	NAM	1985	BÌNH THỦY	844	NGUYEN THI H	NỮ	1964	PHONG ĐIỂN
41	TRAN VAN N	NAM	1980	BÌNH THỦY	845	CHAU VAN T	NAM	1960	PHONG ĐIỂN
42	KHA BAO N	NAM	1991	BÌNH THỦY	846	PHAM VAN H	NAM	1935	PHONG ĐIỂN
43	CHIEM HUYNH S	NAM	1975	BÌNH THỦY	847	LAM VAN S	NAM	1925	PHONG ĐIỂN
44	VO VAN U	NAM	1951	BÌNH THỦY	848	NGUYEN VAN V	NAM	1968	PHONG ĐIỂN
45	NGUYEN THANH N	NAM	1981	BÌNH THỦY	849	NGUYEN VAN M	NAM	1957	PHONG ĐIỂN
46	PHAM THI D	NỮ	1972	BÌNH THỦY	850	NGUYEN VAN T	NAM	1931	PHONG ĐIỂN
47	CAO VAN P	NAM	1989	BÌNH THỦY	851	LE THI T	NỮ	1929	PHONG ĐIỂN
48	LE HONG P	NAM	1984	BÌNH THỦY	852	NGUYEN NGOC B	NỮ	1979	PHONG ĐIỂN
49	TRAN VAN S	NAM	1957	BÌNH THỦY	853	NGUYEN VAN L	NAM	1961	PHONG ĐIỂN
50	LE THANH T	NAM	1959	BÌNH THỦY	854	PHUNG THI NGOC L	NỮ	1968	PHONG ĐIỂN
51	LE VAN B	NAM	1937	BÌNH THỦY	855	TRAN THI HUYNH N	NỮ	1992	PHONG ĐIỂN
52	HO THI NGOC B	NỮ	1968	BÌNH THỦY	856	HO VAN T	NAM	1953	PHONG ĐIỂN
53	LE VAN C	NAM	1956	BÌNH THỦY	857	LE VAN T	NAM	1962	VĨNH THẠNH
54	TRAN VAN N	NAM	1974	BÌNH THỦY	858	PHAM THI D	NỮ	1943	VĨNH THẠNH
55	CAO MINH T	NAM	1982	BÌNH THỦY	859	LE THI P	NỮ	1933	VĨNH THẠNH
56	NGUYEN VAN V	NAM	1961	BÌNH THỦY	860	NGUYEN VAN N	NAM	1964	VĨNH THẠNH
57	NGUYEN VAN H	NAM	1959	BÌNH THỦY	861	NGUYEN THI H	NỮ	1971	VĨNH THẠNH
58	LUONG BA T	NAM	1941	BÌNH THỦY	862	NGUYEN VAN B	NAM	1934	VĨNH THẠNH
59	NGUYEN THANH H	NAM	1967	BÌNH THỦY	863	NGUYEN THANH T	NAM	1966	VĨNH THẠNH
60	CAO TAN H	NAM	1984	BÌNH THỦY	864	MA VAN T	NAM	1955	VĨNH THẠNH
61	NGUYEN THANH L	NAM	1979	BÌNH THỦY	865	DANG VAN H	NAM	1966	VĨNH THẠNH
62	DUONG THI HONG T	NỮ	1990	BÌNH THỦY	866	ONG LAP T	NỮ	1985	VĨNH THẠNH
63	PHAM THIET C	NAM	1965	BÌNH THỦY	867	NGUYEN VAN P	NAM	1965	VĨNH THẠNH
64	VO THI Q	NỮ	1983	BÌNH THỦY	868	HA VAN H	NAM	1965	VĨNH THẠNH
65	CAO VAN C	NAM	1959	BÌNH THỦY	869	LE VAN U	NAM	1966	VĨNH THẠNH

66	LUONG VAN C	NAM	1964	BÌNH THỦY	870	DO NGOC T	NAM	1957	VĨNH THẠNH
67	HOANG KIM C	NAM	1951	BÌNH THỦY	871	DO VAN H	NAM	1939	VĨNH THẠNH
68	NGUYEN THUONG H	NAM	1937	BÌNH THỦY	872	NGUYEN THI N	NỮ	1956	VĨNH THẠNH
69	NGUYEN LOC S	NAM	1977	BÌNH THỦY	873	NGUYEN VAN M	NAM	1951	VĨNH THẠNH
70	CHAU HUE T	NỮ	1981	BÌNH THỦY	874	LE THANH H	NAM	1976	VĨNH THẠNH
71	NGUYEN TRUONG MANH D	NAM	2005	BÌNH THỦY	875	NGUYEN THI NGOC T	NỮ	1957	VĨNH THẠNH
72	KIM THI SAO R	NỮ	1986	BÌNH THỦY	876	TRAN VAN N	NAM	1990	VĨNH THẠNH
73	NGUYEN HONG P	NAM	1979	BÌNH THỦY	877	TRAN THI M	NỮ	1953	VĨNH THẠNH
74	NGUYEN VAN G	NAM	1985	BÌNH THỦY	878	NGUYEN VAN D	NAM	1941	VĨNH THẠNH
75	LE HOANG P	NAM	1989	BÌNH THỦY	879	PHAM TRUNG K	NAM	1976	VĨNH THẠNH
76	NGUYEN HUNG D	NAM	1964	BÌNH THỦY	880	NGO THI H	NỮ	1960	VĨNH THẠNH
77	NGUYEN THI H	NỮ	1943	BÌNH THỦY	881	VO THI O	NỮ	1974	VĨNH THẠNH
78	THAI MINH LUC	NAM	1974	BÌNH THỦY	882	BACH THI T	NỮ	1984	VĨNH THẠNH
79	NGUYEN TUYEN N	NAM	1938	BÌNH THỦY	883	NGUYEN THANH C	NAM	1968	VĨNH THẠNH
80	NGO QUOC K	NAM	1990	BÌNH THỦY	884	NGUYEN THI TUYET M	NỮ	1967	VĨNH THẠNH
81	HUYNH TAN H	NAM	1961	BÌNH THỦY	885	TRAN VAN K	NAM	1950	VĨNH THẠNH
82	NGUYEN THI KIM H	NỮ	1958	BÌNH THỦY	886	HUYNH THI BE N	NỮ	1995	VĨNH THẠNH
83	HUYNH THI M	NỮ	1939	BÌNH THỦY	887	PHAM THI L	NỮ	1958	VĨNH THẠNH
84	NGUYEN VAN H	NAM	1957	BÌNH THỦY	888	NGUYEN THI MONG T	NỮ	1988	VĨNH THẠNH
85	BUI THI N	NỮ	1969	BÌNH THỦY	889	NGUYEN THI N	NỮ	1953	VĨNH THẠNH
86	DUONG VAN T	NAM	1961	BÌNH THỦY	890	TRAN VAN M	NAM	1943	VĨNH THẠNH
87	NGUYEN VAN B	NAM	1948	BÌNH THỦY	891	NGO THI M	NAM	1943	VĨNH THẠNH
88	HUYNH HUU P	NAM	1974	BÌNH THỦY	892	HUYNH VAN P	NAM	1970	VĨNH THẠNH
89	PHAN VAN H	NAM	1973	BÌNH THỦY	893	PHAM VAN T	NAM	1949	VĨNH THẠNH
90	NGUYEN THI S	NỮ	1937	BÌNH THỦY	894	NGUYEN VAN T	NAM	1971	VĨNH THẠNH
91	PHAN VAN C	NAM	1941	BÌNH THỦY	895	LE VAN N	NAM	1951	VĨNH THẠNH
92	PHAN VAN H	NAM	1977	BÌNH THỦY	896	NGUYEN DUC L	NAM	1978	VĨNH THẠNH
93	DO VAN T	NAM	1964	BÌNH THỦY	897	TRAN VAN O	NAM	1944	VĨNH THẠNH
94	TRAN VAN M	NAM	1962	BÌNH THỦY	898	TRAN VAN L	NAM	1953	VĨNH THẠNH
95	DUONG VAN H	NAM	1940	BÌNH THỦY	899	VO DUC P	NAM	1968	VĨNH THẠNH
96	HO KIM V	NAM	1965	BÌNH THỦY	900	HOANG QUOC T	NAM	1984	VĨNH THẠNH
97	PHAN VAN T	NAM	1956	BÌNH THỦY	901	NGUYEN HOANG A	NAM	1991	VĨNH THẠNH
98	DINH THI CAM V	NỮ	1961	BÌNH THỦY	902	LE THI MY K	NỮ	1984	VĨNH THẠNH
99	DANG VAN H	NAM	1954	BÌNH THỦY	903	TRAN KIM S	NAM	1974	VĨNH THẠNH
100	HA THI V	NỮ	1946	BÌNH THỦY	904	NGUYEN VAN N	NAM	1974	VĨNH THẠNH
101	MAI VAN T	NAM	1968	BÌNH THỦY	905	NGUYEN VAN D	NAM	1956	VĨNH THẠNH
102	NGUYEN TUAN K	NAM	1995	BÌNH THỦY	906	TRUONG VAN T	NAM	1960	VĨNH THẠNH
103	NGUYEN KIM H	NỮ	1972	BÌNH THỦY	907	NGUYEN ANH C	NAM	1980	VĨNH THẠNH
104	LE VAN D	NAM	1968	BÌNH THỦY	908	THAI VAN D	NAM	1962	VĨNH THẠNH
105	NGUYEN THI BE T	NỮ	1979	BÌNH THỦY	909	NGUYEN THI N	NỮ	1929	VĨNH THẠNH
106	TRAN TAN T	NAM	1958	BÌNH THỦY	910	TRUONG VAN S	NAM	1946	VĨNH THẠNH
107	HO NGOC B	NỮ	1987	BÌNH THỦY	911	NGUYEN NGOC C	NAM	1938	VĨNH THẠNH
108	PHAN VAN L	NAM	1956	BÌNH THỦY	912	HO THI N	NỮ	1936	VĨNH THẠNH
109	NGUYEN HOANG A	NAM	1953	BÌNH THỦY	913	HUYNH VAN M	NAM	1975	VĨNH THẠNH
110	NGUYEN NGOC T	NAM	1987	BÌNH THỦY	914	TRAN VAN V	NAM	1940	VĨNH THẠNH
111	MAI THI ANH S	NỮ	1981	BÌNH THỦY	915	NGUYEN THANH T	NAM	1933	VĨNH THẠNH
112	VO THI D	NỮ	1942	BÌNH THỦY	916	NGUYEN VAN B	NAM	1938	VĨNH THẠNH
113	NGUYEN THE C	NAM	1959	BÌNH THỦY	917	TRUONG HONG M	NAM	1944	VĨNH THẠNH
114	THAI SON T	NAM	1944	BÌNH THỦY	918	LE VAN N	NAM	1951	VĨNH THẠNH
115	NGUYEN VAN H	NAM	1975	BÌNH THỦY	919	NGUYEN VAN B	NAM	1960	VĨNH THẠNH
116	LE THANH T	NAM	1987	BÌNH THỦY	920	HA VAN B	NAM	1964	VĨNH THẠNH
117	VO THI X	NỮ	1933	BÌNH THỦY	921	NGUYEN THI L	NỮ	1955	VĨNH THẠNH
118	LUONG VAN V	NAM	1979	BÌNH THỦY	922	PHAM VAN T	NAM	1999	VĨNH THẠNH
119	NGUYEN VAN D	NAM	1965	BÌNH THỦY	923	LE PHUOC H	NAM	1938	VĨNH THẠNH
120	NGUYEN VAN V	NAM	1980	BÌNH THỦY	924	HUYNH THI S	NỮ	1981	VĨNH THẠNH
121	LE BA Q	NAM	1971	BÌNH THỦY	925	MAI VAN L	NAM	1953	VĨNH THẠNH
122	LE THANH C	NAM	1983	BÌNH THỦY	926	NGUYEN ANH K	NAM	1985	VĨNH THẠNH
123	PHAM QUOC D	NAM	1981	BÌNH THỦY	927	DANG DINH C	NAM	1954	VĨNH THẠNH
124	NGUYEN PHUOC T	NAM	1969	BÌNH THỦY	928	PHAM DINH T	NAM	1939	VĨNH THẠNH
125	NGO VAN U	NAM	1964	BÌNH THỦY	929	NGUYEN DUC Q	NAM	1965	VĨNH THẠNH
126	LAM VAN T	NAM	1944	BÌNH THỦY	930	NGUYEN VAN T	NAM	1924	VĨNH THẠNH
127	DUONG VAN E	NAM	1963	BÌNH THỦY	931	NGUYEN THI L	NAM	1949	VĨNH THẠNH
128	PHAM QUOC T	NAM	1986	BÌNH THỦY	932	NGUYEN THI T	NỮ	1939	VĨNH THẠNH
129	LUONG VAN T	NAM	1966	BÌNH THỦY	933	LY THI H	NỮ	1957	VĨNH THẠNH
130	THACH T	NAM	1969	BÌNH THỦY	934	VO VAN D	NAM	1952	VĨNH THẠNH
131	LAM THI K	NỮ	1987	BÌNH THỦY	935	HA VAN H	NAM	1965	VĨNH THẠNH
132	PHAN THANH N	NAM	1958	BÌNH THỦY	936	NGUYEN VAN K	NAM	1987	VĨNH THẠNH
133	HUYNH QUOC V	NAM	1978	BÌNH THỦY	937	DOAN THI D	NỮ	1939	VĨNH THẠNH
134	NGUYEN VAN N	NAM	1953	BÌNH THỦY	938	VO AN B	NAM	1977	VĨNH THẠNH
135	VO THIEN T	NAM	1938	BÌNH THỦY	939	LE VAN N	NAM	1963	VĨNH THẠNH
136	LE VAN T	NAM	1986	BÌNH THỦY	940	DUONG VAN H	NAM	1962	VĨNH THẠNH
137	VU TUAN A	NAM	1982	BÌNH THỦY	941	PHAM VAN T	NAM	1965	VĨNH THẠNH

138	NGO NHAT Q	NAM	1988	BÌNH THỦY	942	LE VAN N	NAM	1957	VĨNH THẠNH
139	LUONG PHUOC M	NAM	1970	BÌNH THỦY	943	VO VAN B	NAM	1938	VĨNH THẠNH
140	NGO HONG T	NỮ	1991	BÌNH THỦY	944	NGUYEN VAN T	NAM	1968	VĨNH THẠNH
141	NGUYEN VAN T	NAM	1964	BÌNH THỦY	945	TRAN VAN T	NAM	1972	VĨNH THẠNH
142	DO VAN M	NAM	1975	BÌNH THỦY	946	TRUONG THI L	NỮ	1957	VĨNH THẠNH
143	NGUYEN HOANG V	NAM	1969	BÌNH THỦY	947	NGUYEN VAN D	NAM	1972	VĨNH THẠNH
144	BUI NGOC H	NỮ	1962	BÌNH THỦY	948	NGUYEN VAN D	NAM	1933	VĨNH THẠNH
145	NGUYEN THI KIM V	NỮ	1975	BÌNH THỦY	949	LE VAN V	NAM	1952	VĨNH THẠNH
146	TRUONG VAN BE B	NAM	1958	BÌNH THỦY	950	LE THI CAM T	NỮ	1993	VĨNH THẠNH
147	TRAN VAN L	NAM	1973	BÌNH THỦY	951	HA VAN H	NAM	1975	VĨNH THẠNH
148	NGUYEN VAN T	NAM	1962	BÌNH THỦY	952	PHAN VAN H	NAM	1972	VĨNH THẠNH
149	NGUYEN THANH H	NAM	1974	BÌNH THỦY	953	LE THI THU K	NỮ	1966	VĨNH THẠNH
150	NGUYEN VAN T	NAM	1967	BÌNH THỦY	954	DIEP DIEU Q	NAM	1966	VĨNH THẠNH
151	NGUYEN VAN D	NAM	1961	BÌNH THỦY	955	NGUYEN DUC H	NAM	1949	VĨNH THẠNH
152	TRAN VAN T	NAM	1983	BÌNH THỦY	956	NGUYEN VAN B	NAM	1951	VĨNH THẠNH
153	VU VAN H	NAM	1969	BÌNH THỦY	957	NGUYEN THANH H	NAM	1976	VĨNH THẠNH
154	NGUYEN VAN T	NAM	1951	Ô MÔN	958	LE VAN D	NAM	1961	VĨNH THẠNH
155	TRAN VAN D	NAM	1966	Ô MÔN	959	NGUYEN VAN D	NAM	1933	VĨNH THẠNH
156	TRUONG HUU D	NAM	1986	Ô MÔN	960	TRAN THI X	NỮ	1947	VĨNH THẠNH
157	LE HUU P	NAM	1972	Ô MÔN	961	NGUYEN VAN B	NAM	1939	VĨNH THẠNH
158	PHAM VAN C	NAM	1969	Ô MÔN	962	NGUYEN THI TRUC L	NỮ	1998	VĨNH THẠNH
159	NGUYEN QUOC T	NAM	1966	Ô MÔN	963	NGUYEN VAN C	NAM	1958	VĨNH THẠNH
160	NGUYEN VAN L	NAM	1953	Ô MÔN	964	LE VAN T	NAM	1968	VĨNH THẠNH
161	NGUYEN VAN G	NAM	1951	Ô MÔN	965	LE DINH T	NAM	1949	VĨNH THẠNH
162	NGUYEN THI KIM T	NỮ	1983	Ô MÔN	966	NGUYEN THI H	NỮ	1933	VĨNH THẠNH
163	DAO PHI A	NAM	1963	Ô MÔN	967	TRIEU N	NAM	1941	VĨNH THẠNH
164	NGUYEN THANH T	NAM	1979	Ô MÔN	968	VO VAN H	NAM	1988	VĨNH THẠNH
165	NGUYEN THI KIM C	NỮ	1972	Ô MÔN	969	TRAN VAN T	NAM	1960	VĨNH THẠNH
166	VO VAN T	NAM	1975	Ô MÔN	970	PHAM DINH N	NAM	1968	VĨNH THẠNH
167	TRAN VAN T	NAM	1945	Ô MÔN	971	NGUYEN TOAN T	NAM	1993	VĨNH THẠNH
168	TRAN THI B	NỮ	1940	Ô MÔN	972	NGUYEN THANH V	NAM	1975	VĨNH THẠNH
169	VO NHU Y	NỮ	1944	Ô MÔN	973	DANG THI T	NỮ	1930	VĨNH THẠNH
170	TRAN HUU P	NAM	1953	Ô MÔN	974	NGUYEN THI T	NỮ	1949	VĨNH THẠNH
171	LE UT C	NAM	1979	Ô MÔN	975	NGUYEN VAN D	NAM	1956	VĨNH THẠNH
172	NGUYEN THI P	NỮ	1968	Ô MÔN	976	HA HAI Y	NỮ	1990	VĨNH THẠNH
173	HO THI THUY L	NỮ	1974	Ô MÔN	977	THAI VAN D	NAM	1966	VĨNH THẠNH
174	LE VAN M	NAM	1963	Ô MÔN	978	NGUYEN THI L	NỮ	1940	VĨNH THẠNH
175	NGUYEN THI KIM C	NỮ	1968	Ô MÔN	979	PHAM C	NAM	1963	VĨNH THẠNH
176	THACH N	NAM	1938	Ô MÔN	980	NGUYEN VAN G	NAM	1936	VĨNH THẠNH
177	HUE VAN H	NAM	1959	Ô MÔN	981	NGUYEN TIEN D	NAM	1960	VĨNH THẠNH
178	LE THI MONG T	NỮ	1976	Ô MÔN	982	DO DINH T	NAM	1973	VĨNH THẠNH
179	NGUYEN THANH T	NAM	1980	Ô MÔN	983	PHAM THI T	NỮ	1943	VĨNH THẠNH
180	NGUYEN THI N	NỮ	1985	Ô MÔN	984	VO L	NAM	1968	VĨNH THẠNH
181	VO VAN T	NAM	1964	Ô MÔN	985	TRAN THI VU H	NỮ	1984	VĨNH THẠNH
182	BUI VAN L	NAM	1956	Ô MÔN	986	LE VAN T	NAM	1979	VĨNH THẠNH
183	DANG VAN H	NAM	1967	Ô MÔN	987	TRAN THANH B	NAM	1969	VĨNH THẠNH
184	NGUYEN HUU T	NAM	1969	Ô MÔN	988	NGUYEN THANH K	NAM	1960	VĨNH THẠNH
185	HUYNH VAN D	NAM	1972	Ô MÔN	989	NGUYEN THI D	NỮ	1960	VĨNH THẠNH
186	VO VAN G	NAM	1970	Ô MÔN	990	LE MINH C	NAM	1958	VĨNH THẠNH
187	DANG KIM Q	NỮ	1956	Ô MÔN	991	NGUYEN VAN T	NAM	1949	VĨNH THẠNH
188	LUONG VAN N	NAM	1956	Ô MÔN	992	TRAN VAN B	NAM	1930	VĨNH THẠNH
189	NGUYEN VAN C	NAM	1954	Ô MÔN	993	LE VAN P	NAM	1948	VĨNH THẠNH
190	DONG THANH D	NAM	1980	Ô MÔN	994	NGUYEN TAN H	NAM	1989	VĨNH THẠNH
191	PHAM VAN H	NAM	1949	Ô MÔN	995	PHAM THI C	NỮ	1989	VĨNH THẠNH
192	PHAM HOANG H	NAM	1958	Ô MÔN	996	PHAM VAN L	NAM	1972	VĨNH THẠNH
193	BUI VAN O	NAM	1981	Ô MÔN	997	LE THI C	NỮ	1956	VĨNH THẠNH
194	VO THI D	NỮ	1979	Ô MÔN	998	HUYNH VAN B	NAM	1960	VĨNH THẠNH
195	VO VAN S	NAM	1958	Ô MÔN	999	MA VAN T	NAM	1955	VĨNH THẠNH
196	DANG CAM T	NỮ	1960	Ô MÔN	1000	PHAM VAN G	NAM	1991	VĨNH THẠNH
197	NGUYEN VAN H	NAM	1919	Ô MÔN	1001	VO THI KIM C	NỮ	1994	VĨNH THẠNH
198	MAI THI H	NỮ	1980	Ô MÔN	1002	TA THI C	NỮ	1936	VĨNH THẠNH
199	TA BE B	NỮ	1974	Ô MÔN	1003	NGUYEN VAN K	NAM	1956	VĨNH THẠNH
200	VO THI H	NỮ	1960	Ô MÔN	1004	NGUYEN VAN C	NAM	1940	VĨNH THẠNH
201	MAI R	NAM	1966	Ô MÔN	1005	TA VAN B	NAM	1944	VĨNH THẠNH
202	TRAN VAN H	NAM	1972	Ô MÔN	1006	PHAM THANH L	NAM	1970	VĨNH THẠNH
203	TRAN VAN T	NAM	1954	Ô MÔN	1007	LE THI M	NỮ	1944	VĨNH THẠNH
204	NGUYEN VAN T	NAM	1956	Ô MÔN	1008	TRAN DINH DUY L	NAM	1985	VĨNH THẠNH
205	DOAN THI H	NỮ	1981	Ô MÔN	1009	TRAN THI NGOC Y	NỮ	2010	VĨNH THẠNH
206	NGUYEN THANH T	NAM	1987	Ô MÔN	1010	TRAN THI L	NỮ	1954	VĨNH THẠNH
207	VO VAN H	NAM	1933	Ô MÔN	1011	TA THI KIM O	NỮ	1974	VĨNH THẠNH
208	NGUYEN VAN D	NAM	1975	Ô MÔN	1012	LE VAN S	NAM	1964	THỐI LAI
209	NGUYEN TIEN B	NAM	1971	Ô MÔN	1013	PHAM VAN K	NAM	1968	THỐI LAI

210	NGUYEN THI N	NỮ	1990	Ô MÔN	1014	NGUYEN VAN P	NAM	1953	THỐI LAI
211	LY SA R	NỮ	1965	Ô MÔN	1015	LY HONG V	NỮ	1979	THỐI LAI
212	PHAM VAN D	NAM	1959	Ô MÔN	1016	NGUYEN VAN HOANG N	NAM	1983	THỐI LAI
213	NGO VAN S	NAM	1947	Ô MÔN	1017	HUYNH VAN T	NAM	1981	THỐI LAI
214	THAI KIEN D	NAM	1939	Ô MÔN	1018	NGUYEN VAN T	NAM	1975	THỐI LAI
215	PHAM THI C	NỮ	1931	Ô MÔN	1019	NGUYEN Q	NAM	1957	THỐI LAI
216	NGUYEN HUU T	NAM	1985	Ô MÔN	1020	VO THI H	NỮ	1951	THỐI LAI
217	VO THI TUYET V	NỮ	1978	Ô MÔN	1021	NGUYEN TRUNG V	NAM	1953	THỐI LAI
218	TRAN NGOC T	NAM	1953	Ô MÔN	1022	LE HOANG N	NAM	1989	THỐI LAI
219	TRAN THI C	NỮ	1938	Ô MÔN	1023	HUYNH VAN T	NAM	1977	THỐI LAI
220	NGUYEN THI L	NỮ	1941	Ô MÔN	1024	TRAN VAN B	NAM	1978	THỐI LAI
221	NGUYEN VAN N	NAM	1935	Ô MÔN	1025	SON THI T	NỮ	1981	THỐI LAI
222	VO THANH T	NAM	1967	Ô MÔN	1026	NGO MINH H	NAM	1978	THỐI LAI
223	LE QUOC T	NAM	1968	Ô MÔN	1027	NGUYEN UT N	NAM	1964	THỐI LAI
224	TRAN THI NGOC T	NỮ	1983	Ô MÔN	1028	LE CHI H	NAM	1989	THỐI LAI
225	CAO KIM N	NỮ	1967	Ô MÔN	1029	TRAN VAN L	NAM	1959	THỐI LAI
226	DUONG HOANG V	NAM	1986	Ô MÔN	1030	LE THI PHUONG T	NỮ	1979	THỐI LAI
227	TRAN THI CAM D	NỮ	1990	Ô MÔN	1031	HO THI P	NỮ	1973	THỐI LAI
228	HA BUU N	NAM	1969	Ô MÔN	1032	NGUYEN VAN M	NAM	1954	THỐI LAI
229	NGUYEN VAN T	NAM	1964	Ô MÔN	1033	NGUYEN VAN C	NAM	1970	THỐI LAI
230	NGUYEN THI L	NỮ	1984	Ô MÔN	1034	NGO VAN C	NAM	1959	THỐI LAI
231	NGUYEN VAN L	NAM	1981	Ô MÔN	1035	VO THI HOAI T	NỮ	1984	THỐI LAI
232	NGUYEN VAN N	NAM	1955	Ô MÔN	1036	NGUYEN VAN B	NAM	1956	THỐI LAI
233	DUONG ANH V	NAM	1994	Ô MÔN	1037	HO KIM X	NỮ	1962	THỐI LAI
234	BANH QUOC T	NAM	1960	Ô MÔN	1038	LE XUAN B	NAM	1964	THỐI LAI
235	HA THI L	NỮ	1991	Ô MÔN	1039	DUONG HOANG N	NAM	1975	THỐI LAI
236	TRAN THANH D	NAM	1965	Ô MÔN	1040	LE VAN C	NAM	1963	THỐI LAI
237	LE THI KIM S	NỮ	1969	Ô MÔN	1041	CAO VAN L	NAM	1969	THỐI LAI
238	DUONG CHI T	NAM	1981	Ô MÔN	1042	BUI SON H	NAM	1964	THỐI LAI
239	DAO THI N	NỮ	1940	Ô MÔN	1043	PHAM VAN N	NAM	1967	THỐI LAI
240	LE THANH T	NAM	1950	Ô MÔN	1044	NGUYEN THI CAM D	NỮ	1975	THỐI LAI
241	TRAN THI MINH T	NỮ	1969	Ô MÔN	1045	PHAM HUU C	NAM	1964	THỐI LAI
242	LE VAN H	NAM	1941	Ô MÔN	1046	NGUYEN VAN L	NAM	1975	THỐI LAI
243	NGUYEN THI S	NỮ	1940	Ô MÔN	1047	NGUYEN VAN L	NAM	1967	THỐI LAI
244	NGUYEN THI MY H	NỮ	1955	Ô MÔN	1048	NGUYEN MINH C	NAM	1961	THỐI LAI
245	NGUYEN VAN B	NAM	1953	Ô MÔN	1049	PHAM VAN C	NAM	1968	THỐI LAI
246	NGUYEN THI B	NỮ	1944	Ô MÔN	1050	NGUYEN VAN D	NAM	1992	THỐI LAI
247	PHAM THI L	NỮ	1968	Ô MÔN	1051	LE HOANG L	NAM	1986	THỐI LAI
248	DAO S	NAM	1982	Ô MÔN	1052	NGUYEN PHUONG T	NỮ	1986	THỐI LAI
249	NGUYEN THI H	NỮ	1968	Ô MÔN	1053	TRAN THANH B	NAM	1948	THỐI LAI
250	NGUYEN ANH T	NAM	1955	Ô MÔN	1054	NGUYEN VAN H	NAM	1952	THỐI LAI
251	TRUONG THI BAO N	NỮ	1995	Ô MÔN	1055	NGUYEN VAN H	NAM	1950	THỐI LAI
252	THAI THANH P	NAM	1986	Ô MÔN	1056	DIEU M	NAM	1991	THỐI LAI
253	HUE THI T	NỮ	1974	Ô MÔN	1057	HO THIEN T	NAM	1951	THỐI LAI
254	NGUYEN VAN V	NAM	1954	Ô MÔN	1058	NGUYEN VAN H	NAM	1949	THỐI LAI
255	LE VAN C	NAM	1973	Ô MÔN	1059	NGUYEN THI THUY L	NỮ	1985	THỐI LAI
256	TRUONG THI L	NỮ	1934	Ô MÔN	1060	TRAN THI HA G	NỮ	1951	THỐI LAI
257	TRAN VAN B	NAM	1954	Ô MÔN	1061	NGUYEN VU L	NAM	1989	THỐI LAI
258	DUONG HUNG D	NAM	1965	Ô MÔN	1062	NGUYEN VAN B	NAM	1964	THỐI LAI
259	CHAU NGOC M	NAM	1948	Ô MÔN	1063	PHAM THANH H	NAM	1988	THỐI LAI
260	HO VAN C	NAM	1935	Ô MÔN	1064	DUONG VAN B	NAM	1948	THỐI LAI
261	LE VAN M	NAM	1975	Ô MÔN	1065	LAM VAN N	NAM	1970	THỐI LAI
262	HO VAN Q	NAM	1936	Ô MÔN	1066	NGUYEN LE L	NỮ	1953	THỐI LAI
263	DOAN THI D	NỮ	1958	Ô MÔN	1067	NGUYEN VAN T	NAM	1965	THỐI LAI
264	THAI VAN H	NAM	1985	Ô MÔN	1068	TRAN VAN K	NAM	1943	THỐI LAI
265	TRAN VAN H	NAM	1962	Ô MÔN	1069	NGUYEN VAN H	NAM	1947	THỐI LAI
266	NGUYEN VAN T	NAM	1963	Ô MÔN	1070	VO QUOC N	NAM	1983	THỐI LAI
267	LY THI B	NỮ	1938	Ô MÔN	1071	LAM THI Q	NỮ	1960	THỐI LAI
268	LE THI L	NỮ	1978	Ô MÔN	1072	TRAN THI MY L	NỮ	1987	THỐI LAI
269	HUYNH VAN B	NAM	1938	Ô MÔN	1073	PHAM VAN T	NAM	1972	THỐI LAI
270	LE THI KIM H	NỮ	1980	Ô MÔN	1074	NGUYEN THI G	NỮ	1968	THỐI LAI
271	NGUYEN VAN H	NAM	1936	Ô MÔN	1075	HUYNH VAN L	NAM	1951	THỐI LAI
272	NGUYEN VAN T	NAM	1990	Ô MÔN	1076	DO HUU N	NAM	1955	THỐI LAI
273	NGUYEN HA BAO T	NAM	1977	Ô MÔN	1077	NGUYEN VAN H	NAM	1955	THỐI LAI
274	NGUYEN VAN H	NAM	1924	Ô MÔN	1078	TRAN PHU L	NAM	1991	THỐI LAI
275	NGUYEN THI N	NỮ	1967	Ô MÔN	1079	NGUYEN VAN V	NAM	1978	THỐI LAI
276	PHAM VAN A	NAM	1950	Ô MÔN	1080	HA VAN C	NAM	1963	THỐI LAI
277	DANG VAN C	NAM	1953	Ô MÔN	1081	NGUYEN VAN L	NAM	1950	THỐI LAI
278	VO THI THU A	NỮ	1987	Ô MÔN	1082	HUYNH THI C	NỮ	1962	THỐI LAI
279	TRAN VAN H	NAM	1985	Ô MÔN	1083	TRINH VAN N	NAM	1961	THỐI LAI
280	DINH THI M	NỮ	1937	Ô MÔN	1084	NGO QUOC K	NAM	1986	THỐI LAI
281	THAI HOANG T	NỮ	1987	Ô MÔN	1085	LE VIET H	NAM	1959	THỐI LAI

282	DUONG DANG N	NAM	1984	Ô MÔN	1086	DANG VAN L	NAM	1952	THỐI LAI
283	DOAN THANH CONG A	NAM	1969	Ô MÔN	1087	NGUYEN CONG T	NAM	1977	THỐI LAI
284	DOAN THI H	NỮ	1928	Ô MÔN	1088	TRAN THI D	NỮ	1957	THỐI LAI
285	TRAN VAN L	NAM	1961	Ô MÔN	1089	LE VAN D	NAM	1961	THỐI LAI
286	HUYNH VAN N	NAM	1973	Ô MÔN	1090	PHAM THI N	NỮ	1973	THỐI LAI
287	LE MINH T	NAM	1959	Ô MÔN	1091	LE VAN T	NAM	1955	THỐI LAI
288	TRAN THANH T	NAM	1973	Ô MÔN	1092	LE VAN C	NAM	1987	THỐI LAI
289	TRAN TIEN S	NAM	1979	Ô MÔN	1093	HO THI M	NỮ	1949	THỐI LAI
290	LE THI TRUC T	NỮ	1974	Ô MÔN	1094	DANG THI M	NỮ	1951	THỐI LAI
291	NGUYEN DUC S	NAM	1986	Ô MÔN	1095	NGUYEN VAN B	NAM	1956	THỐI LAI
292	NGUYEN DINH T	NAM	1965	Ô MÔN	1096	TRAN DAT D	NAM	1951	THỐI LAI
293	DUONG S	NAM	1967	Ô MÔN	1097	VO VAN H	NAM	1987	THỐI LAI
294	TRAN VAN D	NAM	1967	Ô MÔN	1098	NGUYEN VAN N	NAM	1953	THỐI LAI
295	VO TU H	NỮ	1989	Ô MÔN	1099	HUYNH THANH N	NAM	1961	THỐI LAI
296	NGUYEN VAN N	NAM	1956	Ô MÔN	1100	TRAN VAN K	NAM	1955	THỐI LAI
297	NGUYEN HOANG V	NAM	1948	Ô MÔN	1101	NGUYEN HOANG T	NAM	1985	THỐI LAI
298	THACH P	NAM	1980	Ô MÔN	1102	HA VAN S	NAM	1987	THỐI LAI
299	HUYNH THI B	NỮ	1965	Ô MÔN	1103	DINH VAN P	NAM	1981	THỐI LAI
300	TRUONG MANH R	NAM	1964	Ô MÔN	1104	LE THI D	NỮ	1960	THỐI LAI
301	TRAN NGOC H	NAM	1962	Ô MÔN	1105	HUYNH HUU D	NAM	1973	THỐI LAI
302	VO PHUOC T	NAM	1970	Ô MÔN	1106	TRAN THANH N	NAM	1972	THỐI LAI
303	PHAM HONG B	NAM	1952	Ô MÔN	1107	TRAN THANH V	NAM	1970	THỐI LAI
304	LE THI THANH H	NỮ	1995	Ô MÔN	1108	HO VAN D	NAM	1965	THỐI LAI
305	TRAN THANH S	NAM	1970	Ô MÔN	1109	TRAN THANH H	NAM	1956	THỐI LAI
306	LY THI SA R	NỮ	1981	Ô MÔN	1110	NGUYEN HOAI L	NAM	1983	THỐI LAI
307	LE DU XUAN T	NAM	1983	Ô MÔN	1111	NGUYEN THI N	NỮ	1971	THỐI LAI
308	NGUYEN THI MY L	NỮ	1994	Ô MÔN	1112	NGUYEN VAN S	NAM	1949	THỐI LAI
309	BUI HUU T	NAM	1983	Ô MÔN	1113	TRAN HOANG M	NAM	1969	THỐI LAI
310	LE VAN P	NAM	1944	Ô MÔN	1114	NGUYEN VAN D	NAM	1971	THỐI LAI
311	NGUYEN VAN N	NAM	1951	Ô MÔN	1115	LE VAN C	NAM	1963	THỐI LAI
312	NGUYEN VAN D	NAM	1953	Ô MÔN	1116	NGUYEN VAN S	NAM	1953	THỐI LAI
313	DANG THI HONG N	NỮ	1994	Ô MÔN	1117	NGUYEN VAN H	NAM	1979	THỐI LAI
314	NGUYEN HOANG H	NAM	1984	Ô MÔN	1118	NGUYEN VAN H	NAM	1961	THỐI LAI
315	LE HOANG K	NAM	1996	Ô MÔN	1119	PHAM QUOC T	NAM	1979	THỐI LAI
316	MAI THI B	NỮ	1959	Ô MÔN	1120	TRAN THI X	NỮ	1972	THỐI LAI
317	TRAN HOANG S	NAM	1968	Ô MÔN	1121	NGUYEN PHONG B	NAM	1967	THỐI LAI
318	HUYNH TAN P	NAM	1946	Ô MÔN	1122	PHAM THI T	NỮ	1985	THỐI LAI
319	BUI VAN K	NAM	1944	Ô MÔN	1123	NGUYEN THANH L	NAM	1975	THỐI LAI
320	TRAN PHI H	NAM	1974	Ô MÔN	1124	NGUYEN MINH T	NAM	1962	THỐI LAI
321	NGUYEN VAN M	NAM	1958	Ô MÔN	1125	HUYNH THANH S	NAM	1991	THỐI LAI
322	PHAM THI H	NỮ	1975	THỐT NỐT	1126	BUI THI D	NỮ	1980	THỐI LAI
323	NGUYEN THI MY L	NỮ	1993	THỐT NỐT	1127	BUI VAN N	NAM	1947	THỐI LAI
324	DAM VAN T	NAM	1979	THỐT NỐT	1128	NGUYEN VAN L	NAM	1962	THỐI LAI
325	NGUYEN VAN D	NAM	1966	THỐT NỐT	1129	LAM VAN T	NAM	1963	THỐI LAI
326	NGUYEN HOANG K	NAM	1969	THỐT NỐT	1130	DU VAN H	NAM	1959	THỐI LAI
327	LE THI MINH K	NỮ	1990	THỐT NỐT	1131	HUYNH VAN L	NAM	1949	THỐI LAI
328	NGUYEN VAN T	NAM	1933	THỐT NỐT	1132	HUYNH THI KIM T	NỮ	1985	THỐI LAI
329	NGUYEN TAN T	NAM	1973	THỐT NỐT	1133	LE THANH T	NAM	1956	THỐI LAI
330	NGUYEN VAN T	NAM	1972	THỐT NỐT	1134	PHAN THI H	NỮ	1949	THỐI LAI
331	DINH VAN T	NAM	1938	THỐT NỐT	1135	PHAM HOAI N	NAM	1992	THỐI LAI
332	DANG VAN BE S	NAM	1975	THỐT NỐT	1136	NGUYEN THI TUYET N	NỮ	1947	THỐI LAI
333	NGUYEN VAN D	NAM	1972	THỐT NỐT	1137	HUA THANH H	NAM	1959	THỐI LAI
334	VU THI G	NỮ	1969	THỐT NỐT	1138	NGUYEN THANH S	NAM	1967	THỐI LAI
335	NGUYEN VAN L	NAM	1964	THỐT NỐT	1139	TRUONG THI MY H	NỮ	1993	THỐI LAI
336	TRINH NGOC H	NAM	1987	THỐT NỐT	1140	DUONG VAN X	NAM	1948	THỐI LAI
337	LE VAN S	NAM	1965	THỐT NỐT	1141	LE VAN C	NAM	1962	THỐI LAI
338	PHAM THANH T	NAM	1984	THỐT NỐT	1142	TRINH VAN P	NAM	1953	THỐI LAI
339	TRAN VAN M	NAM	1959	THỐT NỐT	1143	NGUYEN THE H	NAM	1973	THỐI LAI
340	TO THI KIM Y	NỮ	1985	THỐT NỐT	1144	NGUYEN HOANG K	NAM	1958	THỐI LAI
341	NGUYEN VAN K	NAM	1972	THỐT NỐT	1145	DAO VAN T	NAM	1954	THỐI LAI
342	LE DINH D	NAM	1972	THỐT NỐT	1146	HUYNH VAN H	NAM	1974	THỐI LAI
343	NGUYEN THI X	NỮ	1930	THỐT NỐT	1147	LE HOANG K	NAM	1985	THỐI LAI
344	NGUYEN THI H	NỮ	1969	THỐT NỐT	1148	LE VAN B	NỮ	1944	THỐI LAI
345	LE VAN H	NAM	1976	THỐT NỐT	1149	DINH THI NGOC N	NỮ	1972	THỐI LAI
346	LE VAN Q	NAM	1966	THỐT NỐT	1150	LE VU D	NAM	1950	THỐI LAI
347	NGUYEN VAN T	NAM	1962	THỐT NỐT	1151	PHAN THE M	NAM	1986	THỐI LAI
348	DANG VAN U	NAM	1970	THỐT NỐT	1152	DO KIM B	NỮ	1951	THỐI LAI
349	TRAN THANH T	NAM	1989	THỐT NỐT	1153	PHAN THI T	NỮ	1974	THỐI LAI
350	PHAN THANH B	NAM	1945	THỐT NỐT	1154	HUYNH THI H	NỮ	1960	THỐI LAI
351	NGUYEN VAN Q	NAM	1975	THỐT NỐT	1155	HUYNH VAN Q	NAM	1945	THỐI LAI
352	NGUYEN UT H	NAM	1971	THỐT NỐT	1156	NGUYEN VAN V	NAM	1955	THỐI LAI
353	DINH ONG BE S	NAM	1963	THỐT NỐT	1157	LUU TAN P	NAM	1975	THỐI LAI

354	HO THI S	NỮ	1954	THÓT NÓT	1158	VO VAN S	NAM	1966	THỐI LAI
355	VO MINH T	NAM	1969	THÓT NÓT	1159	TRAN THI THANH T	NỮ	1993	NINH KIỀU
356	TRUONG THI THUY O	NỮ	1975	THÓT NÓT	1160	NGUYEN TAN HUU T	NAM	1995	NINH KIỀU
357	NGUYEN BAO A	NAM	1989	THÓT NÓT	1161	NGUYEN VAN D	NAM	1984	NINH KIỀU
358	DO HAN H	NAM	1989	THÓT NÓT	1162	TRAN VAN K	NAM	1992	NINH KIỀU
359	TRAN QUOC H	NAM	1987	THÓT NÓT	1163	LE MINH L	NAM	1974	NINH KIỀU
360	NGUYEN THI CAM H	NỮ	1997	THÓT NÓT	1164	TRUONG NGOC A	NỮ	1935	NINH KIỀU
361	TRAN THANH N	NAM	1955	THÓT NÓT	1165	LE VAN H	NAM	1966	NINH KIỀU
362	PHAM VAN Q	NAM	1965	THÓT NÓT	1166	DAO TAN T	NAM	1965	NINH KIỀU
363	DINH VAN H	NAM	1947	THÓT NÓT	1167	DANG HOANG P	NAM	1996	NINH KIỀU
364	HUA VAN N	NAM	1933	THÓT NÓT	1168	LE THI N	NỮ	1947	NINH KIỀU
365	VO VAN V	NAM	1983	THÓT NÓT	1169	TRAN THI M	NỮ	1957	NINH KIỀU
366	CAO M	NAM	1982	THÓT NÓT	1170	NGUYEN VAN S	NAM	1990	NINH KIỀU
367	NGUYEN VAN L	NAM	1986	THÓT NÓT	1171	NGUYEN HUU T	NAM	1987	NINH KIỀU
368	PHAM THI HONG D	NAM	1987	THÓT NÓT	1172	LAM THI KIM X	NỮ	1982	NINH KIỀU
369	LE VAN D	NAM	1934	THÓT NÓT	1173	NGUYEN THI T	NỮ	1991	NINH KIỀU
370	NGUYEN VAN H	NAM	1972	THÓT NÓT	1174	VO HOANG T	NAM	1985	NINH KIỀU
371	LE THANH T	NAM	1980	THÓT NÓT	1175	LE TRUONG T	NAM	1994	NINH KIỀU
372	NGUYEN THANH B	NAM	1954	THÓT NÓT	1176	NGUYEN VU T	NAM	1979	NINH KIỀU
373	TRUONG VAN BE B	NAM	1967	THÓT NÓT	1177	LE THI H	NỮ	1955	NINH KIỀU
374	NGUYEN VAN D	NAM	1971	THÓT NÓT	1178	LUONG THI H	NỮ	1986	NINH KIỀU
375	PHAN VAN N	NAM	1969	THÓT NÓT	1179	NGUYEN THANH TRINH B	NỮ	1978	NINH KIỀU
376	DO VAN L	NAM	1936	THÓT NÓT	1180	NGO QUOC H	NAM	1991	NINH KIỀU
377	PHAM VAN K	NAM	1940	THÓT NÓT	1181	DO PHUC T	NAM	1977	NINH KIỀU
378	TRAN THI KIM P	NỮ	1981	THÓT NÓT	1182	NGUYEN VAN M	NAM	1972	NINH KIỀU
379	DINH VAN T	NAM	1986	THÓT NÓT	1183	NGUYEN NGOC M	NAM	1960	NINH KIỀU
380	LE VAN T	NAM	1951	THÓT NÓT	1184	NGUYEN THANH T	NAM	1990	NINH KIỀU
381	NGUYEN VAN K	NỮ	1956	THÓT NÓT	1185	NGUYEN THI D	NỮ	1961	NINH KIỀU
382	THAI THANH C	NAM	1958	THÓT NÓT	1186	HUA BAO K	NAM	1994	NINH KIỀU
383	NGUYEN THANH S	NAM	1981	THÓT NÓT	1187	LE VAN N	NAM	1973	NINH KIỀU
384	TRUONG MINH H	NAM	1973	THÓT NÓT	1188	DANG THI HUYNH N	NỮ	1992	NINH KIỀU
385	DOAN THANH T	NAM	1973	THÓT NÓT	1189	NGUYEN NGOC THIEN T	NỮ	1974	NINH KIỀU
386	VO VAN B	NAM	1968	THÓT NÓT	1190	LY HUU L	NAM	1989	NINH KIỀU
387	NGUYEN VAN D	NAM	1972	THÓT NÓT	1191	LUU VAN N	NAM	1964	NINH KIỀU
388	CAO PHUOC T	NAM	1964	THÓT NÓT	1192	TRAN HANG T	NAM	1970	NINH KIỀU
389	DOAN VAN D	NAM	1954	THÓT NÓT	1193	NGUYEN TRUNG H	NAM	1957	NINH KIỀU
390	NGUYEN VAN M	NAM	1989	THÓT NÓT	1194	VI MINH Y	NAM	1973	NINH KIỀU
391	TA THANH S	NAM	1994	THÓT NÓT	1195	TRUONG THI LAN H	NAM	1993	NINH KIỀU
392	NGUYEN VAN N	NAM	1964	THÓT NÓT	1196	LA TINH B	NAM	1967	NINH KIỀU
393	NGUYEN VAN V	NAM	1957	THÓT NÓT	1197	NGUYEN VAN N	NAM	1949	NINH KIỀU
394	LAM VAN PHUONG E	NAM	1980	THÓT NÓT	1198	NGO BA L	NAM	1943	NINH KIỀU
395	HUYNH HOANG A	NAM	1995	THÓT NÓT	1199	TRAN THI DIEU H	NỮ	1979	NINH KIỀU
396	MAI VAN T	NAM	1949	THÓT NÓT	1200	TRAN THANH B	NAM	1978	NINH KIỀU
397	HUYNH QUOC H	NAM	1987	THÓT NÓT	1201	NGUYEN NGOC T	NAM	1980	NINH KIỀU
398	TRUONG VAN S	NAM	1935	THÓT NÓT	1202	TRAN TRUNG T	NAM	1966	NINH KIỀU
399	DUONG VAN P	NAM	1986	THÓT NÓT	1203	NGUYEN VINH H	NAM	1980	NINH KIỀU
400	TO VAN H	NAM	1960	THÓT NÓT	1204	LE XUAN T	NAM	1947	NINH KIỀU
401	PHAN THANH V	NAM	1968	THÓT NÓT	1205	NGUYEN THI BE B	NỮ	1990	NINH KIỀU
402	NGUYEN VAN S	NAM	1969	THÓT NÓT	1206	LAM THANH T	NAM	1944	NINH KIỀU
403	NGUYEN VAN H	NAM	1937	THÓT NÓT	1207	LE VAN T	NAM	1990	NINH KIỀU
404	DINH HOANG T	NAM	1967	THÓT NÓT	1208	TRAN VAN C	NAM	1957	NINH KIỀU
405	NGUYEN THIEN D	NAM	1971	THÓT NÓT	1209	TRAN THIEN V	NAM	1970	NINH KIỀU
406	PHUNG THI N	NỮ	1987	THÓT NÓT	1210	PHAN HUA Q	NAM	1952	NINH KIỀU
407	TRAN THI D	NỮ	1979	THÓT NÓT	1211	NGUYEN THI T	NỮ	1971	NINH KIỀU
408	TRUONG S	NAM	1939	THÓT NÓT	1212	TANG C	NAM	1951	NINH KIỀU
409	TO VAN T	NAM	1980	THÓT NÓT	1213	NGUYEN CHI H	NAM	1987	NINH KIỀU
410	LE VAN D	NAM	1934	THÓT NÓT	1214	NGUYEN THI H	NỮ	1963	NINH KIỀU
411	HO VAN Q	NAM	1959	THÓT NÓT	1215	HUYNH THI MY T	NỮ	1984	NINH KIỀU
412	TRAN THANH D	NAM	1982	THÓT NÓT	1216	HO VAN A	NỮ	1958	NINH KIỀU
413	TRAN KHA N	NAM	1985	THÓT NÓT	1217	NGUYEN HOANG Y	NỮ	1986	NINH KIỀU
414	TRAN THANH B	NAM	1919	THÓT NÓT	1218	BUI THI B	NỮ	1954	NINH KIỀU
415	PHAM THANH B	NAM	1968	THÓT NÓT	1219	NGUYEN THANH D	NAM	1990	NINH KIỀU
416	LE VAN D	NAM	1975	THÓT NÓT	1220	DUNG VAN K	NAM	1970	NINH KIỀU
417	MAC THANH V	NAM	1979	THÓT NÓT	1221	NGUYEN VAN T	NAM	1954	NINH KIỀU
418	TRAN THI B	NỮ	1940	THÓT NÓT	1222	TRAN THANH T	NAM	1978	NINH KIỀU
419	LE MANH H	NAM	1958	THÓT NÓT	1223	DOAN TRUNG H	NAM	1994	NINH KIỀU
420	VO VAN PHI H	NAM	1984	THÓT NÓT	1224	TRAN THE D	NAM	1971	NINH KIỀU
421	HA VAN N	NAM	1955	THÓT NÓT	1225	LA HOANG D	NAM	1965	NINH KIỀU
422	HUYNH NGUYEN TUYET T	NỮ	1973	THÓT NÓT	1226	DOAN THANH S	NAM	1968	NINH KIỀU
423	LE THI S	NỮ	1942	THÓT NÓT	1227	LE D	NAM	1982	ninh keu
424	NGUYEN QUOC C	NAM	1975	THÓT NÓT	1228	HO VAN U	NAM	1962	NINH KIỀU
425	NGUYEN HUU H	NAM	1962	THÓT NÓT	1229	NGUYEN HAU T	NAM	1958	NINH KIỀU

426	LE VAN D	NAM	1986	THỐT NỐT	1230	TRAN TUAN K	NAM	1966	NINH KIỀU
427	HUYNH PHU T	NAM	1964	THỐT NỐT	1231	NGUEYN XUAN C	NAM	1970	NINH KIỀU
428	LUONG THI NGOC C	NỮ	1942	THỐT NỐT	1232	MA THI L	NỮ	1959	NINH KIỀU
429	PHAN MINH D	NAM	1996	THỐT NỐT	1233	NGUYEN HOAI N	NAM	1994	NINH KIỀU
430	NGUYEN PHI T	NỮ	1982	THỐT NỐT	1234	TRAN QUOC T	NAM	1975	NINH KIỀU
431	NGUYEN THI KIM T	NỮ	1977	THỐT NỐT	1235	NGUYEN PHUOC T	NAM	1975	NINH KIỀU
432	PHAN VAN K	NAM	1961	THỐT NỐT	1236	NGUYEN THI HUYNH N	NỮ	1944	NINH KIỀU
433	NGUYEN QUOC T	NAM	1985	THỐT NỐT	1237	TRAN THI E	NỮ	1951	NINH KIỀU
434	NGUYEN QUOC V	NAM	1994	THỐT NỐT	1238	TRAN THI K	NỮ	1985	NINH KIỀU
435	NGUYEN VAN K	NAM	1922	THỐT NỐT	1239	HO VAN T	NAM	1959	NINH KIỀU
436	NGUYEN THI KIM X	NỮ	1984	THỐT NỐT	1240	LE THI PHUONG T	NỮ	1994	NINH KIỀU
437	TRUONG VAN D	NAM	1951	THỐT NỐT	1241	HUYNH THANH B	NAM	1982	NINH KIỀU
438	HA BUU D	NAM	1967	THỐT NỐT	1242	NGUYEN VAN D	NAM	1968	NINH KIỀU
439	PHAM THI H	NỮ	1947	THỐT NỐT	1243	NGO THIEN Q	NAM	1982	NINH KIỀU
440	LE VAN T	NAM	1969	THỐT NỐT	1244	NGUYEN BAO D	NAM	1968	NINH KIỀU
441	QUACH TAN T	NAM	1973	THỐT NỐT	1245	DOAN NGOC T	NỮ	1988	NINH KIỀU
442	NGUYEN HUU T	NAM	1983	THỐT NỐT	1246	NGUYEN DUY H	NAM	1980	NINH KIỀU
443	LUU THI THU N	NỮ	1976	THỐT NỐT	1247	NGUYEN VAN P	NAM	1987	NINH KIỀU
444	NGUYEN THI N	NAM	1996	THỐT NỐT	1248	CHIM TAN A	NAM	1958	NINH KIỀU
445	NGUYEN VAN H	NAM	1941	THỐT NỐT	1249	LE HONG T	NAM	1979	NINH KIỀU
446	NGUYEN THI C	NỮ	1974	THỐT NỐT	1250	TRAN NGOC Y	NỮ	1993	NINH KIỀU
447	NGUYEN HUU P	NAM	1975	THỐT NỐT	1251	TRUONG HONG H	NỮ	2000	NINH KIỀU
448	NGO VAN N	NAM	1958	THỐT NỐT	1252	NGUYEN QUOC H	NAM	1982	NINH KIỀU
449	PHAM VAN L	NAM	1943	THỐT NỐT	1253	TRUONG HOAI N	NAM	1979	NINH KIỀU
450	VO VAN T	NAM	1982	THỐT NỐT	1254	NGUYEN VAN M	NAM	1931	NINH KIỀU
451	DOAN VAN T	NAM	1940	THỐT NỐT	1255	NGUYEN VAN U	NAM	1943	NINH KIỀU
452	NGUYEN THI H	NỮ	1980	THỐT NỐT	1256	HO THI R	NỮ	1937	NINH KIỀU
453	THAI THI H	NỮ	1942	THỐT NỐT	1257	BUI QUOC T	NAM	1977	NINH KIỀU
454	NGUYEN VAN M	NAM	1969	THỐT NỐT	1258	VO VAN L	NAM	1936	NINH KIỀU
455	NGUYEN HONG K	NAM	1965	THỐT NỐT	1259	NGUYEN THI THANH T	NỮ	1994	NINH KIỀU
456	NGUYEN THANH T	NAM	1984	THỐT NỐT	1260	HUYNH HUU T	NAM	1982	NINH KIỀU
457	TRAN VAN K	NAM	1932	THỐT NỐT	1261	LE THI H	NỮ	1969	NINH KIỀU
458	PHAM VAN D	NAM	1993	THỐT NỐT	1262	NGUYEN THANH T	NAM	1982	NINH KIỀU
459	PHAM VAN T	NAM	1990	THỐT NỐT	1263	NGUYEN HUU N	NỮ	1965	NINH KIỀU
460	DINH VAN C	NAM	1971	THỐT NỐT	1264	VO VAN T	NAM	1977	NINH KIỀU
461	MAI VAN R	NAM	1958	THỐT NỐT	1265	PHAM QUOC H	NAM	1980	NINH KIỀU
462	NGUYEN VAN Q	NAM	1954	THỐT NỐT	1266	NGUYEN HUY V	NAM	1985	NINH KIỀU
463	TRAN THI T	NỮ	1985	THỐT NỐT	1267	KIM R	NAM	1962	NINH KIỀU
464	DOAN VAN H	NAM	1948	THỐT NỐT	1268	LE QUOC T	NAM	1976	NINH KIỀU
465	LY VAN D	NAM	1981	THỐT NỐT	1269	PHAN BINH MINH T	NAM	1972	NINH KIỀU
466	NGUYEN HUU T	NAM	1946	THỐT NỐT	1270	TRAN THI L	NỮ	1960	NINH KIỀU
467	NGUYEN VAN X	NAM	1995	THỐT NỐT	1271	DOAN KHAC H	NAM	1977	NINH KIỀU
468	NGUYEN VAN T	NAM	1974	THỐT NỐT	1272	PHAM THI X	NỮ	1987	NINH KIỀU
469	TRUONG MINH N	NAM	1968	THỐT NỐT	1273	TRUONG THI LE H	NỮ	1965	NINH KIỀU
470	TRAN TUAN K	NAM	1985	THỐT NỐT	1274	LAM THI D	NỮ	1936	NINH KIỀU
471	TRAN PHI H	NAM	1960	THỐT NỐT	1275	BUI THI N	NỮ	1979	NINH KIỀU
472	BUI VAN S	NAM	1973	THỐT NỐT	1276	NGO TAN T	NAM	1969	NINH KIỀU
473	NGUYEN THI C	NỮ	1951	THỐT NỐT	1277	NGO THI S	NỮ	1940	NINH KIỀU
474	NGUYEN HUU T	NAM	1978	THỐT NỐT	1278	TRAN KIM N	NAM	1960	NINH KIỀU
475	TO HONG T	NAM	1978	THỐT NỐT	1279	LE TOAN T	NAM	1962	NINH KIỀU
476	DOAN VAN L	NAM	1981	THỐT NỐT	1280	NGUYEN VAN M	NAM	1946	NINH KIỀU
477	DANG NGOC T	NAM	1979	THỐT NỐT	1281	TRAN VIET H	NAM	1982	NINH KIỀU
478	THACH HUNG C	NAM	1975	THỐT NỐT	1282	NGUYEN BA T	NAM	1994	NINH KIỀU
479	NGUYEN VAN S	NAM	1987	THỐT NỐT	1283	NGUYEN HOANG D	NAM	1966	NINH KIỀU
480	LE THI N	NAM	1956	THỐT NỐT	1284	NGUYEN NGOC BAO T	NỮ	1991	NINH KIỀU
481	NGUYEN THI MY K	NAM	2000	THỐT NỐT	1285	NGUYEN THI A	NỮ	1951	NINH KIỀU
482	LUONG VAN B	NAM	1987	THỐT NỐT	1286	LAM HOANG H	NAM	1975	NINH KIỀU
483	TRUONG THI N	NỮ	1983	THỐT NỐT	1287	NGUYEN VAN VU K	NAM	1994	NINH KIỀU
484	VO THI B	NỮ	1939	THỐT NỐT	1288	DAO BA K	NAM	1955	NINH KIỀU
485	LY VAN R	NAM	1933	THỐT NỐT	1289	LAM THI N	NỮ	1941	NINH KIỀU
486	HA THI N	NỮ	1961	THỐT NỐT	1290	NGO DUC T	NAM	1967	NINH KIỀU
487	NGO QUI P	NAM	1992	THỐT NỐT	1291	NGUYEN VAN N	NAM	1976	NINH KIỀU
488	BUI VAN T	NAM	1945	THỐT NỐT	1292	MAI VAN C	NAM	1965	NINH KIỀU
489	TRAN VAN A	NAM	1946	THỐT NỐT	1293	TRAN CONG T	NAM	1955	NINH KIỀU
490	TRAN VAN T	NAM	1976	THỐT NỐT	1294	BUI THANH V	NAM	1955	NINH KIỀU
491	NGUYEN NGOC L	NAM	1969	THỐT NỐT	1295	NGUYEN DUC H	NAM	1974	NINH KIỀU
492	PHAM THI BE N	NỮ	1973	THỐT NỐT	1296	NGUYEN VAN D	NỮ	1970	NINH KIỀU
493	LE VAN K	NAM	1958	THỐT NỐT	1297	NGUYEN THI HOANG Y	NỮ	1997	NINH KIỀU
494	LE HONG S	NAM	1935	THỐT NỐT	1298	TRAN THI NGOC H	NỮ	1959	NINH KIỀU
495	PHAM MINH L	NAM	1984	THỐT NỐT	1299	NGUYEN VAN N	NAM	1976	NINH KIỀU
496	LE THI THANH T	NỮ	1988	THỐT NỐT	1300	LE VAN P	NAM	1964	NINH KIỀU
497	TRAN VAN C	NAM	1967	THỐT NỐT	1301	GIANG TRUC G	NAM	1996	NINH KIỀU

498	NGO THI C	NỮ	1963	THỐT NỐT	1302	TRAN DAC P	NAM	1988	NINH KIỀU
499	NGUYEN MY T	NỮ	1991	THỐT NỐT	1303	TRAN VAN L	NAM	1968	NINH KIỀU
500	NGUYEN THANH K	NAM	1959	THỐT NỐT	1304	TIEU VAN L	NAM	1962	NINH KIỀU
501	VO HUU N	NAM	1991	THỐT NỐT	1305	LE THI KIM H	NỮ	1961	NINH KIỀU
502	HUYNH TIEN G	NAM	1982	THỐT NỐT	1306	TRAN TUAN Q	NAM	1966	NINH KIỀU
503	LE THI N	NỮ	1969	THỐT NỐT	1307	BUI QUANG L	NAM	1967	NINH KIỀU
504	NGUYEN VAN T	NAM	1936	THỐT NỐT	1308	LE DUY T	NAM	1992	NINH KIỀU
505	LE THANH S	NỮ	1975	THỐT NỐT	1309	PHAM DONG H	NAM	1972	NINH KIỀU
506	NGUYEN VAN K	NAM	1977	THỐT NỐT	1310	LE VAN H	NAM	1940	NINH KIỀU
507	DO TRUNG N	NAM	1976	THỐT NỐT	1311	VO VAN S	NAM	1973	NINH KIỀU
508	DUONG VAN T	NAM	1934	THỐT NỐT	1312	NGUYEN VAN A	NAM	1981	NINH KIỀU
509	PHAM LONG H	NAM	1974	THỐT NỐT	1313	NGUYEN VAN H	NAM	1965	NINH KIỀU
510	TRAN VAN L	NAM	1959	THỐT NỐT	1314	NGUYEN TRIET M	NAM	1990	NINH KIỀU
511	TRAN VAN M	NAM	1969	THỐT NỐT	1315	NGUYEN VAN L	NAM	1976	NINH KIỀU
512	BUI VAN U	NAM	1982	THỐT NỐT	1316	NGUYEN THANH T	NỮ	1986	NINH KIỀU
513	TRAN CHI D	NAM	1975	THỐT NỐT	1317	NGO XUAN N	NAM	1994	NINH KIỀU
514	NGUYEN VAN N	NAM	1957	THỐT NỐT	1318	DUONG VAN H	NAM	1959	NINH KIỀU
515	NGUYEN VAN E	NAM	1969	THỐT NỐT	1319	VU THANH T	NAM	1987	NINH KIỀU
516	CHAU VAN T	NAM	1984	THỐT NỐT	1320	PHAM THI TUYET N	NỮ	1984	NINH KIỀU
517	NGUYEN THANH H	NAM	1971	THỐT NỐT	1321	NGUYEN PHUOC H	NAM	1950	NINH KIỀU
518	NGUYEN NGOC T	NAM	1965	THỐT NỐT	1322	LY VAN T	NAM	1994	NINH KIỀU
519	NGUYEN VAN P	NAM	1974	THỐT NỐT	1323	TRAN DINH ANH K	NAM	1987	NINH KIỀU
520	PHAM VAN T	NAM	1942	THỐT NỐT	1324	TO MY N	NỮ	1992	NINH KIỀU
521	NGO THI C	NỮ	1963	THỐT NỐT	1325	NGO VAN K	NAM	1964	NINH KIỀU
522	PHAM THI U	NỮ	1970	THỐT NỐT	1326	NGUYEN VAN P	NAM	1984	NINH KIỀU
523	HUYNH VAN C	NAM	1929	THỐT NỐT	1327	TRAN THI BICH N	NỮ	1984	NINH KIỀU
524	HỒ MÔNG H	NỮ	1942	THỐT NỐT	1328	PHAN VAN T	NAM	1995	NINH KIỀU
525	CHAU TRI Q	NAM	1971	THỐT NỐT	1329	NGUYEN THI T	NỮ	1968	NINH KIỀU
526	NGUYEN HONG C	NAM	1991	THỐT NỐT	1330	NGO THANH T	NAM	1981	NINH KIỀU
527	VO HONG T	NỮ	1966	THỐT NỐT	1331	NGUYEN VAN H	NAM	1970	NINH KIỀU
528	CHAU HONG T	NAM	1989	THỐT NỐT	1332	TRAN VAN C	NAM	1944	NINH KIỀU
529	NGUYEN VAN T	NAM	1954	THỐT NỐT	1333	PHAN NGOC T	NỮ	1953	NINH KIỀU
530	DOAN VAN H	NAM	1944	THỐT NỐT	1334	NGUYEN VAN T	NAM	1965	NINH KIỀU
531	VU HOANG P	NAM	1970	CÁI RẰNG	1335	PHAN THIEN T	NAM	1986	NINH KIỀU
532	TRAN QUOC H	NAM	1968	CÁI RẰNG	1336	NGUYEN VU H	NAM	1994	NINH KIỀU
533	NGUYEN XUAN H	NAM	1966	CÁI RẰNG	1337	NGUYEN VAN S	NAM	1964	NINH KIỀU
534	NGUYEN THI L	NỮ	1967	CÁI RẰNG	1338	NGUYEN THI MY T	NỮ	1994	NINH KIỀU
535	NGUYEN H	NAM	1980	CÁI RẰNG	1339	NGUYEN NGOC N	NAM	1991	NINH KIỀU
536	BUI VAN U	NAM	1935	CÁI RẰNG	1340	NGUYEN VAN D	NAM	1962	NINH KIỀU
537	VO THANH S	NAM	1974	CÁI RẰNG	1341	TRAN THI D	NỮ	1944	NINH KIỀU
538	TRAN VAN B	NAM	1982	CÁI RẰNG	1342	PHAN THI T	NỮ	1968	NINH KIỀU
539	NGUYEN VAN T	NAM	1985	CÁI RẰNG	1343	TRAN MINH Q	NAM	1969	NINH KIỀU
540	VO THI B	NỮ	1941	CÁI RẰNG	1344	TRIEU VAN D	NAM	1959	NINH KIỀU
541	NGUYEN VAN T	NAM	1954	CÁI RẰNG	1345	NGUYEN NGOC D	NAM	1958	NINH KIỀU
542	NGUYEN VAN N	NAM	1955	CÁI RẰNG	1346	VO DUONG HUNG V	NAM	1984	NINH KIỀU
543	DANH THI THANH H	NỮ	1982	CÁI RẰNG	1347	HUYNH TAN K	NAM	1971	NINH KIỀU
544	TRAN VAN L	NAM	1988	CÁI RẰNG	1348	HA THE S	NAM	1943	NINH KIỀU
545	TRAN TRUNG D	NAM	1969	CÁI RẰNG	1349	TA THI THUY T	NỮ	1982	NINH KIỀU
546	NGUYEN VAN G	NAM	1948	CÁI RẰNG	1350	NGUYEN DINH Q	NAM	1970	NINH KIỀU
547	TRAN VAN T	NAM	1957	CÁI RẰNG	1351	UNG THANH S	NAM	1992	NINH KIỀU
548	NGUYEN CAO H	NAM	1989	CÁI RẰNG	1352	TON NU THI G	NỮ	1952	NINH KIỀU
549	LE VAN T	NAM	1963	CÁI RẰNG	1353	HUYNH THI NGOC H	NỮ	1994	NINH KIỀU
550	DANG THI T	NỮ	1953	CÁI RẰNG	1354	NGUYEN BAO S	NAM	1984	NINH KIỀU
551	HO VAN N	NAM	1937	CÁI RẰNG	1355	HUYNH VAN H	NAM	1951	NINH KIỀU
552	VO THI MY D	NỮ	1968	CÁI RẰNG	1356	PHAN MINH N	NAM	1997	NINH KIỀU
553	HUYNH HUU K	NAM	1981	CÁI RẰNG	1357	TRAN THI YEN N	NỮ	1991	NINH KIỀU
554	LY NGOC M	NAM	1964	CÁI RẰNG	1358	THAI VAN V	NAM	1985	NINH KIỀU
555	NGUYEN VAN T	NAM	1964	CÁI RẰNG	1359	TRAN VAN T	NAM	1932	NINH KIỀU
556	NGUYEN VAN B	NAM	1950	CÁI RẰNG	1360	NGUYEN THI L	NỮ	1976	NINH KIỀU
557	VO VAN Q	NAM	1947	CÁI RẰNG	1361	HUYNH MINH C	NAM	1968	NINH KIỀU
558	TRAN AN N	NAM	1942	CÁI RẰNG	1362	NGUYEN THI HOANG Y	NỮ	1979	NINH KIỀU
559	DUONG VAN B	NAM	1948	CÁI RẰNG	1363	LE THI P	NỮ	1966	NINH KIỀU
560	MAI VAN T	NAM	1980	CÁI RẰNG	1364	NGUYEN VAN P	NAM	1957	NINH KIỀU
561	NGUYEN VAN P	NAM	1977	CÁI RẰNG	1365	VO VAN M	NAM	1962	NINH KIỀU
562	LE VAN L	NAM	1946	CÁI RẰNG	1366	NGUYEN VAN B	NAM	1975	NINH KIỀU
563	TRAN HUE T	NỮ	1974	CÁI RẰNG	1367	LE QUOC K	NAM	1988	NINH KIỀU
564	NGUYEN VAN T	NAM	1968	CÁI RẰNG	1368	NGUYEN TRONG V	NAM	1982	NINH KIỀU
565	LE HONG N	NAM	1983	CÁI RẰNG	1369	VO MINH X	NAM	1990	NINH KIỀU
566	NGUYEN THI KIM N	NỮ	1968	CÁI RẰNG	1370	VO MINH G	NAM	1990	NINH KIỀU
567	NGUYEN PHUOC H	NAM	1969	CÁI RẰNG	1371	HUYNH VAN H	NAM	1965	NINH KIỀU
568	LUU VAN L	NAM	1961	CÁI RẰNG	1372	LE NAM B	NAM	1981	NINH KIỀU
569	NGUYEN DIEU T	NAM	1989	CÁI RẰNG	1373	NGUYEN HOANG T	NAM	1962	NINH KIỀU

570	VO CONG P	NAM	1972	CÁI RĂNG	1374	NGUYEN NHUT T	NAM	1996	NINH KIỀU
571	DUONG VAN H	NAM	1961	CÁI RĂNG	1375	HUYNH TAN T	NAM	1988	NINH KIỀU
572	PHAM VAN T	NAM	1988	CÁI RĂNG	1376	LE NGOC H	NAM	1969	NINH KIỀU
573	NGUYEN VAN H	NAM	1945	CÁI RĂNG	1377	VONG THI BICH T	NỮ	1991	NINH KIỀU
574	NGUYEN HOANG S	NAM	1978	CÁI RĂNG	1378	LE HANH N	NỮ	1993	NINH KIỀU
575	DINH CONG T	NAM	1977	CÁI RĂNG	1379	MAI THANH V	NAM	1972	NINH KIỀU
576	NGO THI KIM T	NỮ	1964	CÁI RĂNG	1380	LE CHI T	NAM	1986	NINH KIỀU
577	HO THI L	NỮ	1953	CÁI RĂNG	1381	NGUYEN THI N	NỮ	1959	NINH KIỀU
578	TRAN THI TRUC L	NỮ	1973	CÁI RĂNG	1382	NGUYEN THANH M	NỮ	1936	NINH KIỀU
579	NGUYEN VU T	NAM	1982	CÁI RĂNG	1383	NGUYEN TAN C	NAM	1988	NINH KIỀU
580	NGUYEN THI THUY A	NỮ	1982	CÁI RĂNG	1384	HO THI TUYET H	NỮ	1954	NINH KIỀU
581	HO VAN L	NAM	1955	CÁI RĂNG	1385	TRUONG VAN T	NAM	1942	NINH KIỀU
582	VO NGOC T	NỮ	1973	CÁI RĂNG	1386	NGUYEN VAN V	NAM	1961	NINH KIỀU
583	LE THI S	NỮ	1935	CÁI RĂNG	1387	TRUONG CONG V	NAM	1992	NINH KIỀU
584	NGUYEN VAN H	NAM	1977	CÁI RĂNG	1388	DOAN VAN H	NAM	1934	NINH KIỀU
585	LE HONG H	NAM	1963	CÁI RĂNG	1389	LUU PHUOC D	NAM	1988	NINH KIỀU
586	PHAN HUYNH P	NAM	1987	CÁI RĂNG	1390	TANG MINH T	NAM	1993	NINH KIỀU
587	PHAM VAN T	NAM	1972	CÁI RĂNG	1391	DINH CAO S	NAM	1975	NINH KIỀU
588	DIEP VAN B	NAM	1956	CÁI RĂNG	1392	TRAN VINH T	NAM	1971	NINH KIỀU
589	LE TRUNG H	NAM	1977	CÁI RĂNG	1393	NGUYEN NGOC	NAM	1986	NINH KIỀU
590	DAM M	NAM	1960	CÁI RĂNG	1394	TRAN THANH H	NAM	1994	NINH KIỀU
591	NGUYEN VAN D	NAM	1970	CÁI RĂNG	1395	VO THI MY H	NỮ	1991	NINH KIỀU
592	CAO VAN L	NAM	1939	CÁI RĂNG	1396	NGUYEN HUY T	NAM	1986	NINH KIỀU
593	TRANG THANH T	NAM	1980	CÁI RĂNG	1397	NGUYEN VAN V	NAM	1966	NINH KIỀU
594	CHAU NGOC H	NAM	1984	CÁI RĂNG	1398	NGUYEN TUAN H	NAM	1972	NINH KIỀU
595	TRAN THI MY N	NỮ	1980	CÁI RĂNG	1399	PHAM H	NAM	1967	NINH KIỀU
596	NGUYEN THANH H	NAM	1968	CÁI RĂNG	1400	LE THIEN T	NAM	1980	NINH KIỀU
597	DANG THI BE T	NỮ	1992	CÁI RĂNG	1401	TRAN DUY M	NAM	1994	NINH KIỀU
598	TRAN THI THUY L	NỮ	1988	CÁI RĂNG	1402	TRAN VAN S	NAM	1966	NINH KIỀU
599	LE HOANG T	NAM	1988	CÁI RĂNG	1403	NGUYEN DUY D	NAM	1971	NINH KIỀU
600	NGUYEN VAN N	NAM	1966	CÁI RĂNG	1404	NGUYEN NGOC N	NAM	1985	NINH KIỀU
601	LY QUOC P	NAM	1981	CÁI RĂNG	1405	LE NGUYEN P	NAM	1996	NINH KIỀU
602	NGUYEN VAN M	NAM	1967	CÁI RĂNG	1406	LAM VAN H	NAM	1982	NINH KIỀU
603	TRAN NGUYEN NGOC M	NAM	1962	CÁI RĂNG	1407	PHAN VAN B	NAM	1968	NINH KIỀU
604	VO VAN M	NAM	1955	CÁI RĂNG	1408	VO PHI S	NAM	1958	NINH KIỀU
605	PHUONG DAT S	NAM	1969	CÁI RĂNG	1409	DUONG THANH L	NAM	1979	NINH KIỀU
606	LE VAN D	NAM	1952	CÁI RĂNG	1410	NGUYEN CAM M	NỮ	1996	NINH KIỀU
607	BUI VAN C	NAM	1954	CÁI RĂNG	1411	TRAN VAN G	NAM	1968	NINH KIỀU
608	TRAN THANH P	NAM	1966	CÁI RĂNG	1412	NGUYEN HOANG D	NAM	1982	NINH KIỀU
609	PHAM VAN D	NAM	1968	CÁI RĂNG	1413	DUONG VAN L	NAM	1966	NINH KIỀU
610	THIEU VAN T	NAM	1956	CÁI RĂNG	1414	TRUONG VAN T	NAM	1959	NINH KIỀU
611	BUI MONG G	NAM	1942	CÁI RĂNG	1415	NGUYEN VAN D	NAM	1973	NINH KIỀU
612	NGUYEN THE C	NAM	1991	CÁI RĂNG	1416	MAI VAN H	NAM	1967	NINH KIỀU
613	NGUYEN VAN N	NAM	1945	CÁI RĂNG	1417	LE QUANG T	NAM	1980	NINH KIỀU
614	LAM CHIEU H	NAM	1983	CÁI RĂNG	1418	NGUYEN VAN T	NAM	1954	NINH KIỀU
615	LA THI HONG H	NỮ	1941	CÁI RĂNG	1419	NGUYEN VAN D	NAM	1964	NINH KIỀU
616	NGUYEN NGOC T	NAM	1968	CÁI RĂNG	1420	NGUYEN VIET T	NAM	1987	NINH KIỀU
617	DO HOANG Q	NAM	1959	CÁI RĂNG	1421	TRAN THANH T	NAM	1992	NINH KIỀU
618	NGO VAN T	NAM	1985	CÁI RĂNG	1422	PHAN THANH N	NAM	1988	NINH KIỀU
619	NGUYEN VAN N	NAM	1934	CÁI RĂNG	1423	NGUYEN NGOC TUAN V	NAM	1993	NINH KIỀU
620	TRAN VAN H	NAM	1974	CÁI RĂNG	1424	NGUYEN VAN D	NAM	1981	NINH KIỀU
621	DINH VAN A	NAM	1965	CÁI RĂNG	1425	QUACH HOANG C	NAM	1961	NINH KIỀU
622	NGUYEN VAN Q	NAM	1951	CÁI RĂNG	1426	NGUYEN VAN Q	NAM	1982	NINH KIỀU
623	NGUYEN VAN B	NAM	1954	CÁI RĂNG	1427	NGO THANH T	NỮ	1989	NINH KIỀU
624	NGUYEN THANH V	NAM	1971	CÁI RĂNG	1428	PHUNG PHUOC H	NAM	1980	NINH KIỀU
625	NGUYEN MINH D	NAM	1983	CÁI RĂNG	1429	NGUYEN THI X	NỮ	1957	NINH KIỀU
626	TRUONG VAN N	NAM	1925	CÁI RĂNG	1430	NGUYEN NGOC T	NAM	1963	NINH KIỀU
627	LE THI M	NỮ	1965	CÁI RĂNG	1431	VO THI H	NỮ	1955	NINH KIỀU
628	NGUYEN VAN T	NAM	1955	CÁI RĂNG	1432	HUYNH VAN D	NAM	1952	NINH KIỀU
629	VO THU A	NỮ	1956	CÁI RĂNG	1433	PHAM MINH H	NAM	1993	NINH KIỀU
630	HUYNH THANH P	NAM	1974	CÁI RĂNG	1434	NGUYEN THANH P	NAM	1982	NINH KIỀU
631	NGUYEN THANH P	NAM	1987	CÁI RĂNG	1435	DUONG VAN M	NAM	1944	NINH KIỀU
632	NGUYEN VAN H	NAM	1972	CÁI RĂNG	1436	DUONG THANH B	NAM	1976	NINH KIỀU
633	TRAN MINH N	NAM	1943	CÁI RĂNG	1437	QUACH THANH K	NAM	1972	NINH KIỀU
634	NGUYEN DIEU T	NỮ	1984	CÁI RĂNG	1438	TRAN VAN P	NAM	1975	NINH KIỀU
635	LE HONG K	NAM	1954	CÁI RĂNG	1439	HUYNH HOANG DANG K	NAM	1982	NINH KIỀU
636	NGUYEN THANH V	NAM	1969	CÁI RĂNG	1440	NGUYEN THI MINH C	NỮ	1995	NINH KIỀU
637	NGUYEN VAN BE E	NAM	1985	CÁI RĂNG	1441	TRAN THI THU H	NỮ	1964	NINH KIỀU
638	VO VAN UT M	NAM	1956	CÁI RĂNG	1442	NGUYEN MINH T	NAM	1995	NINH KIỀU
639	PHAN THANH V	NAM	1964	CÁI RĂNG	1443	CHAU NGOC S	NAM	1969	NINH KIỀU
640	TRAN NGOC H	NỮ	1980	CÁI RĂNG	1444	NGUYEN THI T	NỮ	1946	NINH KIỀU
641	MAI VAN V	NAM	1969	CÁI RĂNG	1445	LU PHUNG K	NAM	1976	NINH KIỀU

642	NGUYEN VAN X	NAM	1957	CÁI RĂNG	1446	NGUYEN THI NGOC T	NỮ	1954	NINH KIỀU
643	MAI VAN C	NAM	1964	CÁI RĂNG	1447	NGUYEN THANH H	NAM	1978	NINH KIỀU
644	LY KIM L	NỮ	1992	CÁI RĂNG	1448	NGUYEN HUU D	NAM	1990	NINH KIỀU
645	DUONG THANH P	NAM	1977	CÁI RĂNG	1449	NGUYEN MINH Q	NAM	1971	NINH KIỀU
646	NGUYEN VAN S	NAM	1950	CÁI RĂNG	1450	NGUYEN KIM Y	NỮ	1993	NINH KIỀU
647	TRAN VAN N	NAM	1952	CÁI RĂNG	1451	TA ANH T	NAM	1972	NINH KIỀU
648	DANG HOANG D	NAM	1984	CÁI RĂNG	1452	NGUYEN VAN B	NAM	1982	NINH KIỀU
649	TRAN THI THUY Q	NỮ	1980	CÁI RĂNG	1453	SON THI THANH T	NỮ	1985	NINH KIỀU
650	NGUYEN VAN T	NAM	1944	CÁI RĂNG	1454	NGUYEN THI M	NỮ	1959	NINH KIỀU
651	NGUYEN NGOC T	NỮ	1983	CÁI RĂNG	1455	NGUYEN VAN N	NAM	1958	NINH KIỀU
652	LE VAN T	NAM	1958	CÁI RĂNG	1456	LAM VAN D	NAM	1961	NINH KIỀU
653	NGO THI P	NỮ	1928	CÁI RĂNG	1457	NGUYEN THE T	NAM	1985	NINH KIỀU
654	LE MINH T	NAM	1979	CÁI RĂNG	1458	TRUONG PHUOC H	NAM	1977	NINH KIỀU
655	DUONG THI K	NỮ	1943	CÁI RĂNG	1459	TIEN BA P	NAM	1994	NINH KIỀU
656	TRAN QUOC V	NAM	1984	CÁI RĂNG	1460	NGO VAN H	NAM	1974	NINH KIỀU
657	TRAN HOANG H	NAM	1984	CÁI RĂNG	1461	TRAN QUANG S	NAM	1975	NINH KIỀU
658	BUI VAN B	NAM	1962	CÁI RĂNG	1462	TRAN VAN U	NAM	1969	NINH KIỀU
659	QUACH MINH V	NAM	1958	CÁI RĂNG	1463	LE VAN T	NAM	1966	NINH KIỀU
660	DANG VAN H	NAM	1970	CÁI RĂNG	1464	DO VAN T	NAM	1984	NINH KIỀU
661	TRUONG THANH P	NAM	1968	CÁI RĂNG	1465	PHAM VAN N	NAM	1962	NINH KIỀU
662	LUU VAN Q	NAM	1971	CÁI RĂNG	1466	TRAN THANH C	NAM	1971	NINH KIỀU
663	DUONG P	NAM	1970	CÁI RĂNG	1467	BUI THI H	NỮ	1951	NINH KIỀU
664	NGO VAN X	NAM	1948	CÁI RĂNG	1468	CAO VAN T	NAM	1957	NINH KIỀU
665	NGUYEN THI T	NỮ	1930	CÁI RĂNG	1469	NGUYEN THI THUY H	NỮ	1959	NINH KIỀU
666	NGUYEN THI T	NỮ	1977	CÁI RĂNG	1470	NGUYEN THI THU T	NỮ	1967	NINH KIỀU
667	NGUYEN THANH P	NAM	1969	CÁI RĂNG	1471	TRUONG THI B	NỮ	1953	NINH KIỀU
668	VO THANH V	NAM	1988	CÁI RĂNG	1472	NGUYEN THI L	NAM	1967	NINH KIỀU
669	NGO HUU D	NAM	1970	CÁI RĂNG	1473	LE HOANG A	NAM	1974	NINH KIỀU
670	TRAN LE MAI T	NỮ	1983	CÁI RĂNG	1474	TRAN THI BICH H	NỮ	1974	NINH KIỀU
671	TRUONG HONG H	NAM	1977	CÁI RĂNG	1475	DO NGOC T	NAM	1964	NINH KIỀU
672	NGUYEN VAN N	NAM	1955	CÁI RĂNG	1476	NGUYEN CONG T	NAM	1956	NINH KIỀU
673	CHAU VAN P	NAM	1958	CÁI RĂNG	1477	PHAM VAN C	NAM	1941	NINH KIỀU
674	DANG VAN P	NAM	1972	CÁI RĂNG	1478	NGUYEN VAN C	NAM	1961	NINH KIỀU
675	HUYNH MINH T	NAM	1984	CÁI RĂNG	1479	HUYNH THI V	NỮ	1958	NINH KIỀU
676	CHAU THANH H	NAM	1965	CÁI RĂNG	1480	NGUYEN CHI P	NAM	1967	NINH KIỀU
677	NGUYEN VAN T	NAM	1955	CÁI RĂNG	1481	NGUYEN NGOC M	NAM	1968	NINH KIỀU
678	PHAM VAN G	NAM	1945	CÁI RĂNG	1482	LE THANH V	NAM	1962	NINH KIỀU
679	QUACH THI D	NỮ	1961	CÁI RĂNG	1483	DO DAT L	NAM	1971	NINH KIỀU
680	LE HAI B	NAM	1963	CÁI RĂNG	1484	HUYNH MINH T	NAM	1982	NINH KIỀU
681	NGUYEN KIM N	NAM	1959	CÁI RĂNG	1485	NGUYEN VAN Q	NAM	1979	NINH KIỀU
682	TRAN VAN L	NAM	1989	CÁI RĂNG	1486	MAI XUAN QUOC T	NAM	1970	NINH KIỀU
683	PHUNG QUOC Q	NAM	1964	PHONG ĐIỀN	1487	TRAN QUANG D	NAM	1982	NINH KIỀU
684	NGO BA H	NAM	1981	PHONG ĐIỀN	1488	VO KIM S	NAM	1973	NINH KIỀU
685	TRAN VAN L	NAM	1952	PHONG ĐIỀN	1489	NGUYEN D. VU TRUONG G	NAM	1972	NINH KIỀU
686	DO VAN R	NAM	1956	PHONG ĐIỀN	1490	VO MINH M	NAM	1960	NINH KIỀU
687	PHAM VAN H	NAM	1946	PHONG ĐIỀN	1491	PHAN THANH L	NAM	1953	NINH KIỀU
688	NGUYEN THI T	NỮ	1940	PHONG ĐIỀN	1492	HO MINH V	NAM	1965	NINH KIỀU
689	MAI HOANG T	NAM	1978	PHONG ĐIỀN	1493	NGUYEN THI N	NU	1962	NINH KIỀU
690	HUYNH THI B	NỮ	1953	PHONG ĐIỀN	1494	NGUYEN THANH P	NAM	1962	NINH KIỀU
691	PHAM VAN T	NAM	1944	PHONG ĐIỀN	1495	TRAN VAN D	NAM	1985	CỔ ĐÓ
692	PHAM MINH K	NAM	1983	PHONG ĐIỀN	1496	LE MINH T	NAM	1979	CỔ ĐÓ
693	PHAM VAN A	NAM	1963	PHONG ĐIỀN	1497	NGUYEN THI THANH T	NỮ	2000	CỔ ĐÓ
694	PHAN VAN V	NAM	1954	PHONG ĐIỀN	1498	HO VAN C	NAM	1947	CỔ ĐÓ
695	NGUYEN VAN P	NAM	1947	PHONG ĐIỀN	1499	NGUYEN VAN A	NAM	1994	CỔ ĐÓ
696	NGUYEN THI C	NỮ	1948	PHONG ĐIỀN	1500	NGUYEN THI A	NỮ	1957	CỔ ĐÓ
697	MAI VAN C	NAM	1955	PHONG ĐIỀN	1501	VO VAN C	NAM	1937	CỔ ĐÓ
698	PHAN VAN C	NAM	1954	PHONG ĐIỀN	1502	NGO VAN TU E	NAM	1981	CỔ ĐÓ
699	DUONG VAN D	NAM	1962	PHONG ĐIỀN	1503	NGUYEN THANH T	NAM	1993	CỔ ĐÓ
700	NGUYEN THI U	NỮ	1949	PHONG ĐIỀN	1504	NGUYEN VAN B	NAM	1968	CỔ ĐÓ
701	TA THANH T	NAM	1985	PHONG ĐIỀN	1505	TRAN MINH T	NAM	1954	CỔ ĐÓ
702	NGUYEN VAN H	NAM	1919	PHONG ĐIỀN	1506	DUONG D	NAM	1967	CỔ ĐÓ
703	HUA PHUC H	NAM	1988	PHONG ĐIỀN	1507	LIEU D	NAM	1975	CỔ ĐÓ
704	VO VAN B	NAM	1953	PHONG ĐIỀN	1508	VO MINH T	NAM	1968	CỔ ĐÓ
705	NGUYEN QUANG T	NAM	1948	PHONG ĐIỀN	1509	TRAN THI HONG C	NỮ	1997	CỔ ĐÓ
706	TRAN THI BICH P	NU	1982	PHONG ĐIỀN	1510	NHAM THANH H	NAM	1973	CỔ ĐÓ
707	TRAN VAN H	NAM	1926	PHONG ĐIỀN	1511	VO VAN D	NAM	1983	CỔ ĐÓ
708	PHAN THI L	NỮ	1942	PHONG ĐIỀN	1512	DANG THI BE H	NỮ	1973	CỔ ĐÓ
709	NGUYEN THANH L	NAM	1939	PHONG ĐIỀN	1513	NGUYEN VAN D	NAM	1934	CỔ ĐÓ
710	NGUYEN THI C	NU	1944	PHONG ĐIỀN	1514	NGUYEN HOANG B	NAM	1988	CỔ ĐÓ
711	NGUYEN VAN D	NAM	1949	PHONG ĐIỀN	1515	NGUYEN CONG K	NAM	1972	CỔ ĐÓ
712	CAM C	NAM	1958	PHONG ĐIỀN	1516	NGUYEN PHUOC H	NAM	1963	CỔ ĐÓ
713	NGUYEN VAN D	NAM	1981	PHONG ĐIỀN	1517	VO VAN N	NAM	1938	CỔ ĐÓ

714	NGUYEN THI THU T	NỮ	1969	PHONG ĐIỀN	1518	NGUYEN TRUNG H	NAM	1952	CỔ ĐÓ
715	NGUYEN HOANG T	NAM	1960	PHONG ĐIỀN	1519	HA VAN L	NAM	1970	CỔ ĐÓ
716	PHAM NGOC T	NAM	1959	PHONG ĐIỀN	1520	DAO L	NAM	1937	CỔ ĐÓ
717	DU HOAI P	NAM	1981	PHONG ĐIỀN	1521	DONG HONG M	NỮ	1965	CỔ ĐÓ
718	LE MINH T	NAM	1990	PHONG ĐIỀN	1522	DUNG THI N	NỮ	1948	CỔ ĐÓ
719	NGUYEN THANH T	NAM	1979	PHONG ĐIỀN	1523	HUYNH THANH S	NAM	1964	CỔ ĐÓ
720	NGUYEN VAN N	NAM	1962	PHONG ĐIỀN	1524	DANH S	NAM	1959	CỔ ĐÓ
721	NGUYEN VIET H	NAM	1953	PHONG ĐIỀN	1525	THACH N	NAM	1960	CỔ ĐÓ
722	LE QUANG B	NAM	1954	PHONG ĐIỀN	1526	DAO THANH H	NAM	1982	CỔ ĐÓ
723	NGUYEN THI L	NỮ	1953	PHONG ĐIỀN	1527	PHAM HUU THIEN D	NAM	1992	CỔ ĐÓ
724	LE VAN D	NAM	1967	PHONG ĐIỀN	1528	NGUYEN THI E	NỮ	1949	CỔ ĐÓ
725	TRAN NGOC Y	NỮ	1967	PHONG ĐIỀN	1529	DAO THI N	NỮ	1945	CỔ ĐÓ
726	NGUYEN VAN D	NAM	1969	PHONG ĐIỀN	1530	DANH H	NAM	1982	CỔ ĐÓ
727	LE VAN T	NAM	1957	PHONG ĐIỀN	1531	NGUYEN VAN L	NAM	1936	CỔ ĐÓ
728	TRUONG THI TUYET E	NAM	1975	PHONG ĐIỀN	1532	TRAN THANH D	NAM	1992	CỔ ĐÓ
729	NGUYEN THANH T	NỮ	1982	PHONG ĐIỀN	1533	THACH THI C	NỮ	1990	CỔ ĐÓ
730	NGUYEN PHUOC B	NAM	1972	PHONG ĐIỀN	1534	VO QUOC T	NAM	1991	CỔ ĐÓ
731	LE THI T	NỮ	1937	PHONG ĐIỀN	1535	NGUYEN VAN T	NAM	1976	CỔ ĐÓ
732	NGUYEN THI K	NỮ	1948	PHONG ĐIỀN	1536	TRAN THI P	NỮ	1964	CỔ ĐÓ
733	DO THI T	NỮ	1933	PHONG ĐIỀN	1537	NGUYEN VAN T	NAM	1959	CỔ ĐÓ
734	LE VAN T	NAM	1955	PHONG ĐIỀN	1538	LE VAN T	NAM	1979	CỔ ĐÓ
735	NGUYEN VAN U	NAM	1978	PHONG ĐIỀN	1539	NGUYEN THANH T	NAM	1983	CỔ ĐÓ
736	NGUYEN ANH T	NAM	1959	PHONG ĐIỀN	1540	DINH THI M	NỮ	1974	CỔ ĐÓ
737	NGUYEN VAN T	NAM	1977	PHONG ĐIỀN	1541	PHAM THI D	NỮ	1978	CỔ ĐÓ
738	NGUYEN NGOC K	NAM	1986	PHONG ĐIỀN	1542	NGUYEN THI KIM H	NỮ	1978	CỔ ĐÓ
739	NGUYEN VAN S	NAM	1956	PHONG ĐIỀN	1543	PHAM VAN N	NAM	1977	CỔ ĐÓ
740	LE THI T	NỮ	1939	PHONG ĐIỀN	1544	VO VAN C	NAM	1958	CỔ ĐÓ
741	DANH TUAN K	NAM	1969	PHONG ĐIỀN	1545	NGUYEN VAN T	NAM	1973	CỔ ĐÓ
742	NGUYEN HOANG P	NAM	1979	PHONG ĐIỀN	1546	NGUYEN VAN B	NAM	1961	CỔ ĐÓ
743	NGUYEN VAN T	NAM	1929	PHONG ĐIỀN	1547	DAO VAN H	NAM	1968	CỔ ĐÓ
744	LE THI T	NỮ	1948	PHONG ĐIỀN	1548	TONG VAN H	NAM	1937	CỔ ĐÓ
745	NGUYEN VAN B	NAM	1957	PHONG ĐIỀN	1549	NGO MINH N	NAM	1945	CỔ ĐÓ
746	NGUYEN VAN N	NAM	1960	PHONG ĐIỀN	1550	HUA HONG T	NAM	1953	CỔ ĐÓ
747	DUONG VAN D	NAM	1929	PHONG ĐIỀN	1551	NGUYEN VAN T	NAM	1990	CỔ ĐÓ
748	NGUYEN VAN T	NAM	1937	PHONG ĐIỀN	1552	PHAM NGUYEN LINH P	NỮ	1993	CỔ ĐÓ
749	NGUYEN THI B	NỮ	1929	PHONG ĐIỀN	1553	LE VAN C	NAM	1983	CỔ ĐÓ
750	NGUYEN THI H	NỮ	1974	PHONG ĐIỀN	1554	THAI VAN T	NAM	1963	CỔ ĐÓ
751	LE VAN S	NAM	1950	PHONG ĐIỀN	1555	LE HO H	NAM	1969	CỔ ĐÓ
752	NGUYEN THI HOANG K	NỮ	1988	PHONG ĐIỀN	1556	NGUYEN VAN N	NAM	1949	CỔ ĐÓ
753	LE VAN R	NAM	1933	PHONG ĐIỀN	1557	DO VAN D	NAM	1958	CỔ ĐÓ
754	LAM VAN H	NAM	1934	PHONG ĐIỀN	1558	NGUYEN NGOC T	NAM	1956	CỔ ĐÓ
755	VO VAN T	NAM	1968	PHONG ĐIỀN	1559	NGO VAN X	NAM	1957	CỔ ĐÓ
756	NGUYEN VAN H	NAM	1924	PHONG ĐIỀN	1560	PHAM VAN T	NAM	1973	CỔ ĐÓ
757	LE THI H	NỮ	1959	PHONG ĐIỀN	1561	TRAN VAN T	NAM	1956	CỔ ĐÓ
758	LE TAN T	NAM	1962	PHONG ĐIỀN	1562	NGUYEN VAN T	NAM	1962	CỔ ĐÓ
759	LE THI K	NỮ	1939	PHONG ĐIỀN	1563	VO VAN M	NAM	1951	CỔ ĐÓ
760	NGUYEN THI N	NỮ	1967	PHONG ĐIỀN	1564	NGUYEN HOI X	NAM	1972	CỔ ĐÓ
761	HUYNH VAN D	NAM	1948	PHONG ĐIỀN	1565	MAI VAN H	NAM	1990	CỔ ĐÓ
762	NGUYEN VAN M	NAM	1945	PHONG ĐIỀN	1566	TRAN VAN T	NAM	1945	CỔ ĐÓ
763	TRAN VAN C	NAM	1964	PHONG ĐIỀN	1567	NGUYEN THI P	NỮ	1953	CỔ ĐÓ
764	NGUYEN VAN I	NAM	1926	PHONG ĐIỀN	1568	NGUYEN VAN T	NAM	1950	CỔ ĐÓ
765	NGUYEN VAN B	NAM	1969	PHONG ĐIỀN	1569	DANG THI BE H	NỮ	1980	CỔ ĐÓ
766	NHAM THI B	NỮ	1952	PHONG ĐIỀN	1570	NGUYEN THI N	NỮ	1967	CỔ ĐÓ
767	NGUYEN VAN G	NAM	1952	PHONG ĐIỀN	1571	NGUYEN VAN P	NAM	1967	CỔ ĐÓ
768	NGUYEN VAN G	NAM	1965	PHONG ĐIỀN	1572	NGUYEN TAN D	NAM	1957	CỔ ĐÓ
769	HUYNH VAN T	NAM	1963	PHONG ĐIỀN	1573	TRAN T	NAM	1979	CỔ ĐÓ
770	NGUYEN THI B	NỮ	1956	PHONG ĐIỀN	1574	NGUYEN THI L	NỮ	1951	CỔ ĐÓ
771	TRAN VAN B	NAM	1974	PHONG ĐIỀN	1575	DO VAN G	NAM	1966	CỔ ĐÓ
772	LE VAN L	NAM	1962	PHONG ĐIỀN	1576	TRAN THANH T	NAM	1974	CỔ ĐÓ
773	NGUYEN THI THU H	NỮ	1974	PHONG ĐIỀN	1577	LE VAN B	NAM	1935	CỔ ĐÓ
774	VO MINH N	NAM	1921	PHONG ĐIỀN	1578	NGUYEN VAN H	NAM	1972	CỔ ĐÓ
775	CAO VAN T	NAM	1933	PHONG ĐIỀN	1579	HO THANH T	NAM	1951	CỔ ĐÓ
776	DUONG VAN H	NAM	1948	PHONG ĐIỀN	1580	VO THI T	NỮ	1965	CỔ ĐÓ
777	DANG THI M	NỮ	1985	PHONG ĐIỀN	1581	DO VAN H	NAM	1957	CỔ ĐÓ
778	DO THANH P	NAM	1941	PHONG ĐIỀN	1582	DINH NGOC T	NAM	1984	CỔ ĐÓ
779	DUONG THI L	NỮ	1973	PHONG ĐIỀN	1583	LE THI KIM C	NAM	1986	CỔ ĐÓ
780	NGUYEN VAN L	NAM	1992	PHONG ĐIỀN	1584	TRAN NHUT T	NAM	1991	CỔ ĐÓ
781	TU VAN T	NAM	1954	PHONG ĐIỀN	1585	NGUYEN TAN T	NAM	1960	CỔ ĐÓ
782	LE QUOC H	NAM	1995	PHONG ĐIỀN	1586	NGUYEN VAN H	NAM	1968	CỔ ĐÓ
783	DINH THI THU T	NU	1996	PHONG ĐIỀN	1587	LE VAN T	NAM	1980	CỔ ĐÓ
784	NGUYEN THI T	NỮ	1986	PHONG ĐIỀN	1588	NGUYEN THI UT T	NỮ	1982	CỔ ĐÓ
785	LY THI H	NỮ	1947	PHONG ĐIỀN	1589	DAO VAN P	NAM	1958	CỔ ĐÓ

786	PHAM THI AI L	NỮ	1990	PHONG ĐIỀN	1590	TRUONG THI B	NỮ	1958	CỔ ĐÓ
787	LE VAN T	NAM	1960	PHONG ĐIỀN	1591	NGUYEN VAN P	NAM	1991	CỔ ĐÓ
788	TRAN THI C	NỮ	1955	PHONG ĐIỀN	1592	NGUYEN VAN B	NAM	1961	CỔ ĐÓ
789	NGUYEN VAN T	NAM	1965	PHONG ĐIỀN	1593	TRAN THI CAM H	NỮ	1968	CỔ ĐÓ
790	TRAN NGAM C	NAM	1952	PHONG ĐIỀN	1594	VO VAN T	NAM	1956	CỔ ĐÓ
791	PHAM VAN T	NAM	1962	PHONG ĐIỀN	1595	TANG PHU T	NAM	1975	CỔ ĐÓ
792	TONG THANH N	NAM	1956	PHONG ĐIỀN	1596	NGUYEN THI H	NỮ	1942	CỔ ĐÓ
793	NGUYEN VAN H	NAM	1976	PHONG ĐIỀN	1597	TO HOANG S	NAM	1976	CỔ ĐÓ
794	LE TRUNG T	NAM	1980	PHONG ĐIỀN	1598	NGUYEN THI B	NỮ	1957	CỔ ĐÓ
795	NGUYEN PHUONG E	NAM	1975	PHONG ĐIỀN	1599	TRAN VAN N	NAM	1954	CỔ ĐÓ
796	PHAM VAN T	NAM	1968	PHONG ĐIỀN	1600	CAO VAN L	NAM	1974	CỔ ĐÓ
797	NGUYEN THANH T	NAM	1990	PHONG ĐIỀN	1601	NGUYEN VAN H	NAM	1950	CỔ ĐÓ
798	NGUYEN THI B	NỮ	1961	PHONG ĐIỀN	1602	NGUYEN THANH Y	NAM	1984	CỔ ĐÓ
799	NGUYEN VAN S	NAM	1952	PHONG ĐIỀN	1603	NGUYEN THI L	NỮ	1969	CỔ ĐÓ
800	TRUONG NGOC H	NU	1982	PHONG ĐIỀN	1604	NGUYEN THI NGOC M	NỮ	1984	CỔ ĐÓ
801	NGUYEN TO K	NU	1988	PHONG ĐIỀN	1605	NGUYEN VAN D	NAM	1940	CỔ ĐÓ
802	NGUYEN CHANH T	NAM	1956	PHONG ĐIỀN	1606	TRAN AN S	NAM	1939	CỔ ĐÓ
803	NGUYEN VAN NAT T	NAM	1976	PHONG ĐIỀN	1607	TRUONG VAN L	NAM	1952	CỔ ĐÓ
804	NGUYEN QUOC N	NAM	1987	PHONG ĐIỀN	1608	HUYNH VAN H	NAM	1987	CỔ ĐÓ
					1609	VO VAN C	NAM	1967	CỔ ĐÓ

Xác nhận của cơ quan