

SUCCESSFUL TREATMENT WITH SHORT-COURSE BPALM REGIMEN FOR SEVERE MULTIDRUG-RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENT WITH COMPLICATED TREATMENT HISTORY: A CASE REPORT

Hoang Thi Thanh Thuy^{1,2*}, Nguyen Thien Huong³

¹National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Ngoc Ha Ward, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

³KNCV Tuberculosis Foundation, Vietnam - 130 Mai Anh Tuan, O Cho Dua Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 06/08/2025

Revised: 25/08/2025; Accepted: 27/11/2025

ABSTRACT

Objective: We report a case of severe, multidrug-resistant pulmonary tuberculosis with diabetes and a history of multidrug-resistant pulmonary tuberculosis treatment, successfully treated with a short-course regimen BPALM. Our report aims to share experiences in the management of patients treated with this regimen.

Case report: A 36-year-old male patient with type 2 diabetes and a history of discontinuation from multidrug-resistant pulmonary tuberculosis treatment regimen containing Bedaquiline. The patient returned with more severe pulmonary lesions. However, drug susceptibility testing to second-line tuberculosis drugs showed susceptibility to Fluoroquinolones and new drugs including Bedaquiline. The patient was successfully treated with BPALM for 6 months.

Discussion: The BPALM regimen has provided opportunities for multidrug-resistant pulmonary tuberculosis patients with complex disease conditions. However, eliminating the possibility of resistance to new drugs, closely monitoring treatment, controlling comorbidities and monitoring for relapse are essential conditions to ensure sustainable treatment success.

Conclusion: To expand the BPALM regimen, Vietnam needs to ensure susceptibility testing services for new tuberculosis drugs, management of adverse events and comorbidities, support for patient adherence to treatment, and monitoring for relapse after completion of treatment.

Keywords: Multidrug-resistant tuberculosis, treatment history, BPALM regimen, Bedaquiline, drug susceptibility testing.

*Corresponding author

Email: hoangthanht@gmail.com Phone: (+84) 367934986 Doi: 10.52163/yhc.v66iCD23.3927

ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG BẰNG PHÁC ĐỒ NGẮN HẠN BPALM CHO NGƯỜI BỆNH LAO ĐA KHÁNG THUỐC CÓ TỔN THƯƠNG PHỔI NẶNG VÀ TIỀN SỬ ĐIỀU TRỊ PHỨC TẠP: BÁO CÁO CA BỆNH

Hoàng Thị Thanh Thủy^{1,2*}, Nguyễn Thiên Hương³

¹Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Hoàng Hoa Thám, P. Ngọc Hà, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Hội Chống Lao Hoàng gia Hà Lan, Việt Nam - 130 Mai Anh Tuấn, P. Ô Chợ Dừa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 06/08/2025

Ngày sửa: 25/08/2025; Ngày đăng: 27/11/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi báo cáo ca bệnh lao phổi nặng, đa kháng thuốc và có tiền sử điều trị lao đa kháng, tiểu đường, được điều trị thành công bằng phác đồ ngắn hạn BPALM nhằm chia sẻ kinh nghiệm trong việc quản lý người bệnh điều trị bằng phác đồ này.

Báo cáo ca bệnh: Bệnh nhân nam 36 tuổi có bệnh tiểu đường type 2 và tiền sử bỏ điều trị phác đồ lao đa kháng chứa Bedaquiline. Người bệnh quay trở lại với tổn thương phổi nặng hơn. Tuy nhiên, xét nghiệm kháng sinh đồ với các thuốc lao hàng hai cho kết quả còn nhạy với Fluoroquinolones và các thuốc mới bao gồm Bedaquiline. Người bệnh đã được điều trị thành công bằng phác đồ BPALM trong thời gian 6 tháng.

Bàn luận: Phác đồ BPALM đã mang tới cơ hội cho người bệnh lao đa kháng với tình trạng bệnh phức tạp. Mặc dù vậy, việc loại trừ khả năng kháng các thuốc mới, giám sát điều trị chặt chẽ và kiểm soát tốt các bệnh phối hợp, theo dõi tái phát là điều kiện thiết yếu để đảm bảo điều trị thành công bền vững.

Kết luận: Để mở rộng phác đồ BPALM, Việt Nam cần đảm bảo dịch vụ xét nghiệm kháng sinh đồ thuốc mới, kiểm soát biến cố bất lợi và bệnh đồng mắc, hỗ trợ tuân thủ, đồng thời theo dõi tái phát sau khi hoàn thành điều trị.

Từ khóa: Lao đa kháng thuốc, tiền sử điều trị, phác đồ BPALM, Bedaquiline, kháng sinh đồ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phác đồ BPALM để điều trị lao kháng Rifampicin (R), lao đa kháng (có kháng thêm Isoniazid) bắt đầu được triển khai chính thức trong điều kiện thường quy tại Việt Nam từ năm 2024 theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và hướng dẫn của Bộ Y tế. Đây là phác đồ mới, ngắn hạn (6 tháng), số lượng thuốc ít bao gồm Bedaquiline (Bdq), Pretomanid (Pa), Linezolid (Lzd) và Moxifloxacin (Mfx) nên hy vọng sẽ góp phần giảm thiểu tỷ lệ bỏ điều trị so với các phác đồ dài hạn trước đây với thời gian dài lên tới 18-20 tháng gồm 5-6 thuốc.

Một trong những điểm đặc biệt của phác đồ BPALM là được phép chỉ định trên người bệnh lao đa kháng có tổn thương phổi ở mức độ nặng mà trước đây buộc phải sử dụng phác đồ dài hạn. Mặc dù vậy, khi

điều trị bằng phác đồ BPALM, nhóm người bệnh này đòi hỏi sự theo dõi chặt chẽ về đáp ứng lâm sàng và vi khuẩn học để kịp thời chuyển phác đồ dài hạn khi cần thiết. Bên cạnh đó, phác đồ chống chỉ định với người bệnh tiểu đường không được kiểm soát, hoặc có tiền sử dùng các thuốc như Bdq, Lzd, Pa hoặc Delamanid (Dlm) trong thời gian quá 1 tháng mà không được làm kháng sinh đồ (KSD) để loại trừ khả năng kháng thuốc [1]. Tại Việt Nam, trong điều kiện nguồn lực sinh phẩm KSD thuốc mới còn hạn hẹp, phác đồ BPALM dành cho người bệnh lao đa kháng có tiền sử dùng các thuốc nói trên còn rất hạn chế. Việc chỉ định phác đồ BPALM cho người bệnh lao phổi nặng còn khá dè dặt do chưa có đủ bằng chứng dựa trên đánh giá kết quả điều trị tại Việt Nam.

*Tác giả liên hệ

Email: hoangthanht@gmail.com Điện thoại: (+84) 367934986 Doi: 10.52163/yhc.v66iCD23.3927

Chúng tôi báo cáo ca bệnh khá phức tạp mắc lao phổi nặng, đa kháng thuốc kèm bệnh tiểu đường và có tiền sử điều trị phác đồ lao đa kháng chứa Bdq; nay đã được điều trị thành công bằng phác đồ BPaLM. Báo cáo của chúng tôi nhằm chia sẻ những bài học thực tế trong việc quản lý bệnh nhân khi điều trị bằng phác đồ này. Đây là kinh nghiệm thực tiễn rất hữu ích cho các cơ sở y tế, đồng thời giúp đưa ra khuyến cáo đối với việc mở rộng phác đồ BPaLM tại Việt Nam cần đi đôi với việc đảm bảo dịch vụ xét nghiệm KSD thuốc mới, kiểm soát biến cố bất lợi và bệnh đồng mắc, hỗ trợ tuân thủ cho người bệnh trước và trong quá trình điều trị.

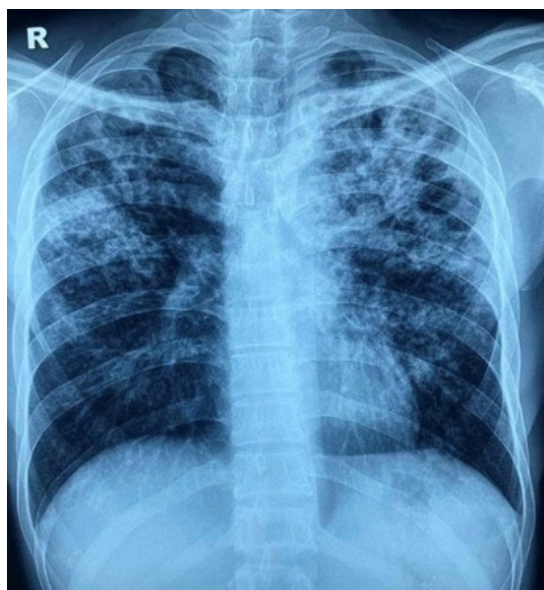
2. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 36 tuổi, có tiền sử điều trị lao kháng R lần 1 với phác đồ ngắn hạn kèm đái tháo đường type 2 và bỏ điều trị lao sau 7 tháng vì lý do cơ thể mệt mỏi khi dùng thuốc lao và phải đi làm xa. Hơn 1 năm sau, người bệnh nhập viện với dấu hiệu khó thở, ho nhiều, tức ngực trái, thể trạng suy kiệt, ăn uống kém và được chẩn đoán lao đa kháng. Tình trạng bệnh phức tạp vì có tổn thương phổi mức độ nặng kèm đái tháo đường và có tiền sử dùng thuốc mới (Bdq) trong thời gian dài. Tuy nhiên, kết quả KSD cho thấy còn nhạy với các thuốc lao hàng hai bao gồm Fluoroquinolones (FQs) và các thuốc mới, người bệnh được chỉ định điều trị bằng phác đồ BPaLM với sự hỗ trợ tuân thủ điều trị, quản lý biến cố bất lợi, kiểm soát đường huyết và đã khỏi bệnh sau 6 tháng.

2.1. Chẩn đoán và điều trị lần thứ nhất

Người bệnh đi khám vì ho, tức ngực trái, mệt mỏi, ăn uống kém, sụt cân nhiều (12 kg trong vòng 2 tháng). Xét nghiệm đờm trực tiếp âm tính, tuy nhiên nuôi cấy dương tính với vi khuẩn lao (MTB), Gene Xpert hai lần đều cho kết quả có MTB và kháng Rifampicin (MTB+ Rif+) mức độ cao, xét nghiệm MTB siêu kháng LPA cho thấy còn nhạy với các thuốc lao hàng hai bao gồm FQs. Hình ảnh X quang cho thấy tổn thương rộng lan tỏa hai phổi, có hang (hình 1 A). Người bệnh được chẩn đoán lao phổi kháng R kèm đái tháo đường tuyp 2 có biến chứng bội nhiễm phổi, toàn trạng suy kiệt và được thu nhận điều trị bằng phác đồ ngắn hạn 4-6 Bdq(6)-Lzd(2)-Lfx-Cfz-Hh-Z-E/5Lfx-Cfz-Z-E (Bdq: Bedaquiline, Lzd: Linezolid, Lfx: Levofloxacin, E: Ethambutol, Z: Pyrazinamide Hh: Isoniazide liều cao, Cfz: Clofazimine) từ ngày 20/10/2022 (bảng 1).

Trong quá trình điều trị, người bệnh có cải thiện triệu chứng lâm sàng (tăng 1 kg), tổn thương phổi trên hình ảnh X quang có cải thiện (hình 1 B), xét nghiệm đờm trực tiếp và nuôi cấy dương tính tại tháng thứ 1 rồi âm tính liên tục từ tháng thứ 2 đến tháng thứ 5, tuy nhiên đến tháng thứ 6 thì nuôi cấy lại dương tính. Chủng nuôi cấy dương tính này được chỉ định xét nghiệm MTB siêu kháng LPA cho kết quả kháng FQs. Kết quả nuôi cấy của tháng thứ 7 sau đó lại âm tính (bảng 1). Sau 7 tháng, người bệnh không quay lại để được tiếp tục khám và được kết luận “bỏ trị”.



A



B

Hình 1. X quang ngực thẳng tại thời điểm chẩn đoán và điều trị lần thứ 1 (A: trước điều trị; B: tháng thứ 6)

Bảng 1. Các thuốc sử dụng và diễn biến vi khuẩn học qua hai lần điều trị

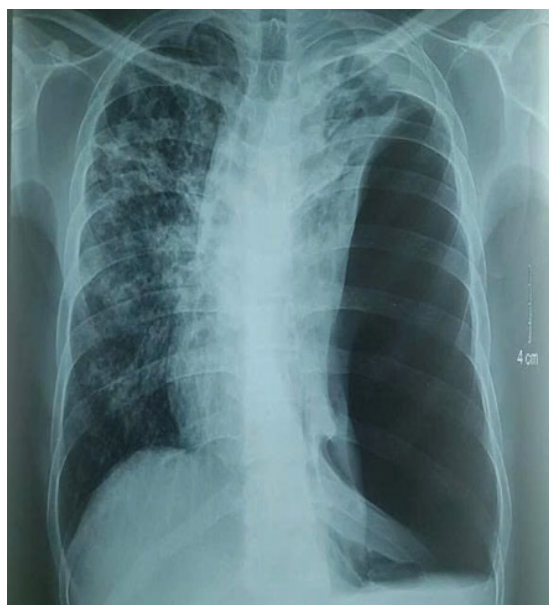
Thuốc sử dụng	Lần điều trị thứ 1	Lần điều trị thứ 2
Bdq		
Lfx		
Pto		
Cfz		
Hh		
E		
Z		
Lzd		
Pa		
Mfx		
Xét nghiệm phát hiện và theo dõi		
Xét nghiệm đờm trực tiếp	Âm , 1+, Âm, Âm, Âm, Âm, Âm, Âm	2+, 3 AFB, Âm, Âm, Âm, Âm, Âm
Nuôi cấy	MTB, MTB, Âm, Âm, Âm, Âm, MTB, Âm	MTB, MTB, Âm, Âm, Âm, Âm, Âm*
KSĐ	Gene Xpert: MTB, Rif(+)**	KSĐ hàng 1: Kháng R, H
	MTB siêu kháng LPA:	Gene Xpert: MTB, Rif(+)**
	Trước điều trị: nhạy FQs	Xpert XDR : Nhạy FQs
	Tháng thứ 6: kháng FQs	KSĐ hàng 2: nhạy FQ, Bdq, Lzd, Dlm
Lâm sàng	Cân nặng: tăng 1 kg	Cân nặng: tăng 1,5 kg
	X quang: ban đầu tổn thương rộng lan tỏa hai phổi, có hang, có cải thiện sau 6 tháng	X quang: ban đầu tổn thương nặng, lan tỏa, biến chứng tràn khí màng phổi. Kết thúc điều trị có xơ hóa, vôi hóa, ổ cận màng phổi
Kết quả	Bỏ trị	Thành công

*: Có dương tính với vi khuẩn ngoài lao -Nontuberculous Mycobacteria (NTM) nhưng âm tính với MTB;
**: Có MTB, kháng Rifampicin.

2.2. Chẩn đoán và điều trị lần thứ hai

Tháng 10/2024, hơn 1 năm sau khi dừng điều trị, người bệnh nhập viện vì ho nhiều, khó thở, đau ngực trái, mệt mỏi, suy kiệt (cân nặng 40,5 kg), xét nghiệm đờm trực tiếp dương tính (2+), Gene Xpert có MTB kháng R (mức độ cao), KSĐ có kháng với R, H và được chẩn đoán lao phổi đa kháng thuốc. Tình trạng bệnh được ghi nhận là phức tạp do tổn thương phổi mức độ nặng, lan tỏa hai phổi và có biến chứng tràn khí màng phổi trái (hình 2 A), suy hô hấp, đái tháo đường type 2 kèm bội bội nhiễm phổi. Tuy nhiên, xét

nghiệm KSĐ với các thuốc lao hàng hai cho kết quả nhạy với FQs và các thuốc mới (bảng 1). Người bệnh được đánh giá đủ tiêu chuẩn thu nhận điều trị bằng phác đồ BPALM. Kết quả theo dõi xét nghiệm đờm trực tiếp và nuôi cấy đều âm tính với MTB từ tháng thứ 2, triệu chứng lâm sàng cải thiện (tăng 1,5 kg, đỡ mệt, hết khó thở và đau ngực), X quang có các hình ảnh xơ hóa, vôi hóa hai phổi và di chứng ổ cận màng phổi trái, không có dấu hiệu tổn thương tiến triển (hình 2 B). Sau 6 tháng điều trị, ngày 23/4/2025 người bệnh được kết luận khỏi bệnh.



A



B

Hình 2. X quang ngực thẳng tại thời điểm chẩn đoán và điều trị lần thứ 2
(A: trước điều trị; B: kết thúc điều trị)

2.3. Tuân thủ điều trị và giám sát hỗ trợ qua hai lần điều trị

Lần điều trị thứ nhất, tuân thủ của người bệnh chưa tốt do ảnh hưởng của dịch COVID gây hạn chế đi lại. Người bệnh phải làm việc xa nhà, không có sự giám sát đầy đủ của nhân viên y tế hoặc người thân. Việc tái khám chưa chủ động và cần có sự nhắc nhở nhiều lần của nhân viên y tế. Người bệnh đã bỏ điều trị sau 7 tháng mặc dù cơ sở y tế kết hợp với địa phương đã liên lạc vận động.

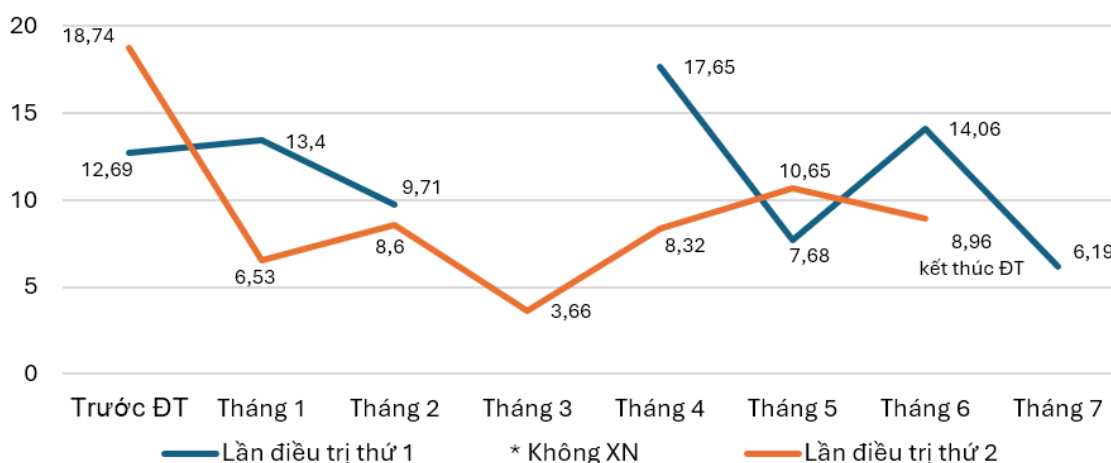
Lần sau, người bệnh uống thuốc hàng ngày tại nhà với sự giám sát của gia đình. Nhân viên y tế giám sát trực tiếp hàng tháng kết hợp với giám sát từ xa qua điện thoại, tin nhắn. Người bệnh chủ động tái khám đầy đủ tại bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh để được theo dõi đáp ứng điều trị và phát hiện biến cố bất lợi.

2.4. Kiểm soát đường huyết qua hai lần điều trị

Trong lần điều trị lao đầu tiên, người bệnh tự sử dụng thuốc hạ đường huyết và không thường xuyên. Mức đường huyết ngẫu nhiên (tại thời điểm bất kỳ) trung bình trong quá trình điều trị (từ tháng thứ 1) là 11,5 mmol/L.

Khi điều trị bằng phác đồ BPaLM, người bệnh tự tiêm Insulin tại nhà theo đơn của cơ sở y tế chuyên khoa và theo dõi đầy đủ trong thời gian điều trị ngoại trú. Mức đường huyết ngẫu nhiên trung bình trong 6 tháng từ khi điều trị (không tính thời điểm trước điều trị) được ghi nhận là 7,8 mmol/L (biểu đồ 1).

Chỉ số HbA1c ghi nhận tại thời điểm trước khi điều trị ở các lần 1 và 2 tương ứng là 7,6% và 8,1%.



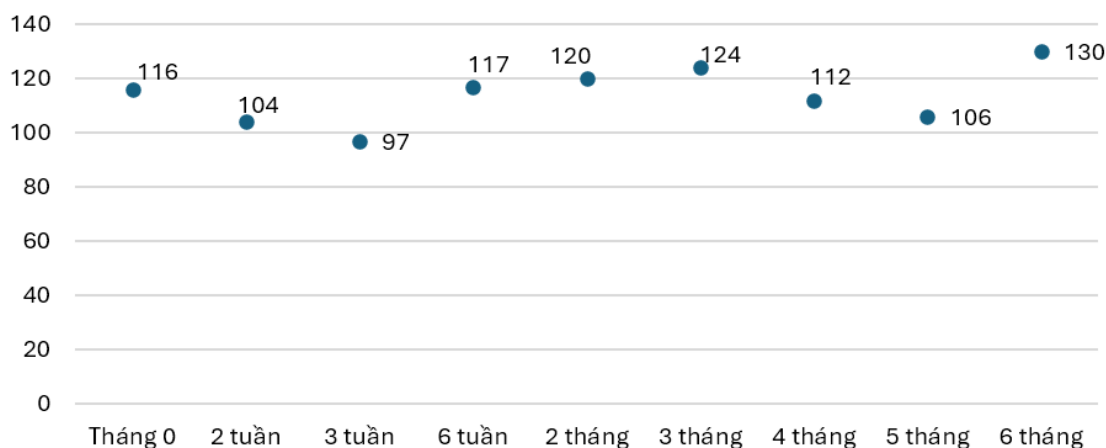
Biểu đồ 1. Chỉ số đường huyết ngẫu nhiên theo dõi qua hai lần điều trị lao (đơn vị tính: mmol/L)

2.5. Quản lý biến cố bất lợi qua hai lần điều trị

Ở lần đầu tiên, kết quả xét nghiệm theo dõi một số biến cố bất lợi quan tâm đặc biệt không có dấu hiệu bất thường. Tuy nhiên người bệnh rất mệt mỏi khi sử dụng thuốc lao nên uống không đều và bỏ điều trị sau thời gian 7 tháng.

Khi điều trị bằng phác đồ BPAL(M), người bệnh ít mệt mỏi và tuân thủ đầy đủ. Tuy nhiên xét nghiệm huyết học (chỉ số hemoglobin - Hgb) sau 2 tuần cho thấy

thiếu máu nhẹ (mức độ 1, Hgb = 104 G/L), tiến triển lên mức độ 2 sau 3 tuần (Hgb = 97 G/L), các chỉ số khác không có dấu hiệu bất thường. Người bệnh được bổ sung dinh dưỡng, thuốc bổ máu (Tothema 2 ống × 10 ml/ngày). Tình trạng thiếu máu đã hồi phục sau 6 tuần và duy trì khá ổn định trong 4 tháng tiếp theo. Cuối giai đoạn điều trị (sau 5 tháng), tình trạng thiếu máu nhẹ tái xuất hiện nhưng đã trở về bình thường khi kết thúc điều trị (biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. Xét nghiệm theo dõi chỉ số Hgb và ghi nhận bất thường khi điều trị bằng phác đồ BPALM (đơn vị tính G/L)

3. BÀN LUẬN

3.1. Diễn biến lâm sàng và vi khuẩn học

Người bệnh có tổn thương phổi rộng khi sử dụng phác đồ 9 tháng với 7 thuốc phối hợp có thể đạt hiệu quả trong giai đoạn đầu, các dấu hiệu về lâm sàng và vi khuẩn học cho thấy có cải thiện trong 5 tháng đầu tiên. Tuy nhiên kết quả điều trị cuối cùng không được chứng minh vì người bệnh đã bỏ điều trị. Khuyến cáo hiện nay của WHO và hướng dẫn của Bộ Y tế là không nên áp dụng phác đồ 9 tháng cho trường hợp lao kháng thuốc có tổn thương phổi rộng [1-2].

Ở lần điều trị đầu tiên, diễn biến vi khuẩn học bất thường với việc xuất hiện mẫu nuôi cấy dương tính MTB có kháng FQ ở tháng thứ 6 sau khi đã âm hóa 4 tháng trước đó. Điều này có thể liên quan đến hiệu lực của phác đồ 9 tháng không đảm bảo trên người bệnh có tổn thương phổi rộng khi chuyển sang giai đoạn duy trì chỉ còn 4 thuốc, đặc biệt đối với người bệnh kém tuân thủ điều trị, kiểm soát đường huyết không tốt. Kết quả nuôi cấy âm tính ở tháng thứ 7 có thể liên quan đến sai sót hành chính hoặc chất lượng mẫu không đảm bảo. Chất lượng mẫu còn được thể hiện một phần qua sự thiếu tương xứng giữa mức độ tổn thương phổi rộng, có hàng với kết quả xét nghiệm đờm trực tiếp (âm tính ở thời điểm trước điều trị, âm hóa nhanh chỉ sau 1 tháng). Mặc dù vậy, việc theo dõi X quang và vi khuẩn học để khẳng định lại tình trạng dương tính, thất bại tại thời điểm này không

thực hiện được do người bệnh bỏ điều trị.

Ở lần điều trị sau thì kết quả KSD lại cho thấy nhạy FQs. Mâu thuẫn này có thể được giải thích bằng trường hợp dị kháng (tồn tại cả chủng nhạy và kháng) biểu hiện với kết quả KSD thay đổi, khi thì chủng nhạy chiếm ưu thế, khi thì chủng kháng chiếm ưu thế [3-4]. Dị kháng là giai đoạn chuyển tiếp và thường diễn biến theo xu hướng chủng kháng chiếm ưu thế hoàn toàn [5]. Tuy nhiên người bệnh đã được điều trị bằng phác đồ BPALM, là phác đồ có thể áp dụng đối với cả người bệnh kháng FQs (lúc này phác đồ chỉ cần 3 thuốc BPAL) nên đã khỏi bệnh [1-2].

Một khả năng khác là người bệnh đã âm hóa tại thời điểm bỏ điều trị, tuy nhiên do chưa hoàn thành đủ liệu trình nên sau đó diễn biến bệnh nặng lên, đặc biệt trên người bệnh đồng mắc tiểu đường [1], [6]. Kết quả nuôi cấy dương tính ở tháng thứ 6 kèm kháng FQ có thể do sai sót hành chính hoặc ngoại nhiễm, nhiễm chéo trong phòng xét nghiệm [7]. Khả năng này có thể phù hợp vì người bệnh có đáp ứng về lâm sàng, X quang cải thiện tại thời điểm bỏ điều trị và KSD ở lần chẩn đoán sau cho thấy vẫn còn nhạy với FQ. Kháng FQs trước đây có thể là thoáng qua nhưng rất hiếm gặp. Tình trạng này có thể gặp ở người bệnh mang cả chủng MTB nhạy, kháng và đều đáp ứng với phác đồ. Tuy nhiên tại thời điểm nhất định MTB kháng chiếm ưu thế hơn do bị tiêu diệt chậm hơn và thể hiện kết quả kháng, vi khuẩn học sẽ tiếp tục âm hóa và không cần thay đổi phác đồ [8]. Với phân tích

này, phác đồ 9 tháng mà người bệnh sử dụng với 7 thuốc đủ hiệu lực trong giai đoạn đầu có thể gặp tình trạng kháng thuốc thoáng qua nhưng khó đạt được kết quả thành công trong giai đoạn sau vì chỉ còn 4 thuốc.

3.2. Bài học kinh nghiệm khi điều trị bằng phác đồ BPaLM

Trước đây, người bệnh có tiền sử điều trị và tổn thương phổi rộng phải điều trị lại bằng phác đồ dài hạn [9]. Phác đồ BPaL(M) có thể đạt hiệu quả trong trường hợp này và có nhiều ưu việt hơn vì thời gian điều trị ngắn, số lượng thuốc ít và dễ tuân thủ hơn [2]. Thực tế khi điều trị bằng phác đồ BPaLM, người bệnh ít mệt mỏi và tuân thủ tốt hơn, diễn biến lâm sàng và vi khuẩn học khá thuận lợi. Biến cố bất lợi thiếu máu mức độ nhẹ đến trung bình đã được xử trí mà vẫn duy trì được phác đồ đến khi kết thúc liệu trình.

Phác đồ BPaL(M) đòi hỏi việc tầm soát tính kháng thuốc một cách chặt chẽ [1-2]. Vì có tiền sử dùng các thuốc lao hàng hai, người bệnh đã được xét nghiệm KSD đối với FQs và các thuốc Bdq, Lzd, Dlm trước khi điều trị. Khả năng khuếch đại kháng thuốc mới Bdq đặc biệt được quan tâm do thời gian bán thải dài nên vẫn tồn tại trong cơ thể người bệnh trong giai đoạn bỏ điều trị [2]. Hiện nay tại Việt Nam, KSD thuốc mới chỉ ưu tiên cho người bệnh có tiền sử điều trị lao kháng thuốc. Để tầm soát kháng thuốc tối đa khi mở rộng phác đồ BPaL(M), Việt Nam cần đảm bảo nguồn lực để thực hiện KSD thuốc mới cho tất cả người bệnh trước khi điều trị bằng phác đồ BPaL(M) vì các thuốc này đã được sử dụng trong nhiều năm gần đây [10].

Kiểm soát tốt đường huyết là tiêu chuẩn quan trọng để cho phép sử dụng phác đồ BPaL(M) [1]. Mặc dù chỉ số HbA1c chỉ được đánh giá tại thời điểm trước khi điều trị chưa phản ánh đầy đủ khả năng kiểm soát đường huyết trong quá trình điều trị; so với lần điều trị đầu tiên, mức đường huyết ngẫu nhiên trung bình của người bệnh khi điều trị phác đồ BPaLM đã thấp hơn.

Mặc dù đã được kết luận khỏi bệnh dựa vào bằng chứng vi khuẩn học và lâm sàng, người bệnh vẫn cần được theo dõi chặt chẽ trong vòng 2 năm sau khi hoàn thành điều trị để tầm soát tái phát, đảm bảo điều trị thành công bền vững theo khuyến cáo hiện nay của WHO [2]. Ngoài ra do còn hàng tồn dư nên việc tầm soát bệnh nấm phổi là cần thiết, đặc biệt với người bệnh tiểu đường. Xử trí ổ cận màng phổi để hạn chế tái phát cũng cần được quan tâm [1].

4. KẾT LUẬN

Phác đồ BPaLM cho thấy hiệu quả trên người bệnh với tiền sử điều trị lao kháng thuốc trước đây, tổn thương phổi rộng kèm bệnh đồng mắc. Tuy nhiên, để

mở rộng phác đồ BPaLM một cách an toàn và hiệu quả, Việt Nam cần đảm bảo chất lượng dịch vụ xét nghiệm KSD thuốc mới, kiểm soát biến cố bất lợi và bệnh đồng mắc, hỗ trợ tuân thủ cho người bệnh, đồng thời theo dõi tái phát sau khi hoàn thành điều trị.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của Hội đồng Lâm sàng Lao kháng thuốc, đặc biệt là các y bác sĩ trực tiếp tham gia quản lý người bệnh đã hỗ trợ và chia sẻ thông tin giúp chúng tôi thực hiện bài báo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao, 2024.
- [2] World Health Organization. Operational handbook on tuberculosis - Treatment, Module 4: Drug-resistant tuberculosis treatment, 2022.
- [3] Zhu J et al. Additional drug resistance for *Mycobacterium tuberculosis* during turnaround time for drug-susceptibility testing in China: A multicenter observational cohort study. *Int. J. Infect. Dis.*, 2021, 108: 81-88.
- [4] Cohen T et al. Mixed-strain *Mycobacterium tuberculosis* infections and the implications for tuberculosis treatment and control. *Clin. Microbiol. Rev.*, 2012, 25 (4): 708-719.
- [5] Ye M, Yuan W et al. Antibiotic heteroresistance in *Mycobacterium tuberculosis* isolates: a systematic review and meta-analysis. *Ann. Clin. Microbiol Antimicrob*, 2021, 20 (1): 1-9.
- [6] Curry International Tuberculosis Center. Drug-resistant tuberculosis: A survival guide for clinicians, third edition, 2022 updates. *Pediatr. Surg. Dig. Second edition*, 2022, pp. 135-44.
- [7] Burman W.J, Reves R.R. Review of false-positive cultures for *Mycobacterium tuberculosis* and recommendations for avoiding unnecessary treatment. *Clin Infect Dis*, 2000, 31 (6): 1390-1395.
- [8] Toman K. Tuberculosis: Case finding and chemotherapy - Questions and answers. *Colomb J. Anesthesiol*, 1979, 47, (3): 206-207.
- [9] Bộ Y tế. Cập nhật hướng dẫn chẩn đoán điều trị và dự phòng bệnh lao, 2020.
- [10] Chương trình Chống lao Quốc gia. Báo cáo hoạt động của Chương trình Chống lao Quốc gia 2015-2024.