BMJ Best Practice

Bệnh lao phổi

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết

Cập nhật lần cuối: Mar 21, 2018

Mục Lục

Tóm tắt 3

Thông tin cơ bản 4

- Định nghĩa 4
- Dịch tễ học 4
- Bệnh căn học 4
- Sinh lý bệnh học 4

Phòng ngừa 6

- Ngăn ngừa sơ cấp 6
- Khám sàng lọc 6
- Ngăn ngừa thứ cấp 7

Chẩn đoán 8

- Tiền sử ca bệnh 8
- Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước 8
- Các yếu tố nguy cơ 10
- Các yếu tố về tiền sử và thăm khám 12
- Xét nghiệm chẩn đoán 13
- Chẩn đoán khác biệt 17
- Các tiêu chí chẩn đoán 18

Điều trị 19

- Cách tiếp cận điều trị từng bước 19
- Tổng quan về các chi tiết điều trị 24
- Các lựa chọn điều trị 26
- Giai đoạn đầu 44

Liên lạc theo dõi 45

- Khuyến nghị 45
- Các biến chứng 45
- Tiên lượng 47

Hướng dẫn 48

- Hướng dẫn chẩn đoán 48
- Hướng dẫn điều trị 48

Nguồn trợ giúp trực tuyến 51

Tài liệu tham khảo 52

Hình ảnh 58

Tuyên bố miễn trách nhiệm 61

Tóm tắt

- Một bệnh cần báo cáo.
- Các yếu tố nguy cơ cụ thể bao gồm sống ở châu Á, Mỹ Latinh, Đông Âu, hoặc châu Phi trong nhiều năm; phơi nhiễm với ca bệnh lao có khả năng lây nhiễm; sống trong môi trường tập thể và vô gia cư.
- Các triệu chứng có thể gồm ho, sốt và giảm cân.
- Nếu lâm sàng nghi ngờ lao phổi, cần cách ly bệnh nhân, cần tiến hành chụp XQ ngực, lấy 3 mẫu đờm để nuôi cấy và nhuộm soi tìm AFB, và cần thực hiện xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (NAAT) trên ít nhất một mẫu bệnh phẩm đường hô hấp.
- Điều trị có quan sát trực tiếp được khuyến cáo mạnh và đặc biệt được chỉ định ở các nhóm không thể đảm bảo việc tuân thủ điều trị.
- Chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả bệnh nhân lao là nguồn lây có vai trò quyết định trong ngăn chặn sự lây truyền bệnh lao.

Định nghĩa

Lao phổi là một bệnh truyền nhiễm do trực khuẩn lao Mycobacterium tuberculosis gây nên. Trong nhiều trường hợp, trực khuẩn lao sẽ ở trạng thái không hoạt động trước khi tiến triển thành bệnh lao hoạt động. Bệnh thường gây ảnh hưởng đến phổi và là thể có thể lây truyền, nhưng cũng có thể ảnh hưởng đến hầu hết mọi hệ cơ quan bao gồm các hạch bạch huyết, hệ thần kinh trung ương, gan, xương, tiết niệu sinh dục và đường tiêu hóa.

Dịch tễ học

Theo dữ liệu của WHO, bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ chín trên toàn cầu và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do một tác nhân nhiễm trùng đơn độc. Năm 2016, ước tính có 10,4 triệu người mắc lao và có 1,3 triệu trường hợp tử vong do lao trong số những người HIV âm tính và 374.000 trường hợp tử vong có liên quan đến bệnh lao trong số những người HIV dương tính.[1] Hơn một nửa số ca bệnh (56%) là ở năm quốc gia: Ấn Độ, Indonesia, Trung Quốc, Philippines, và Pakistan, và phần lớn các trường hợp tử vong (85% trường hợp tử vong do lao có HIV âm tính và dương tính) đến từ khu vực châu Phi và khu vực Đông Nam Á, theo WHO.[1] Bệnh lao gây tổn hại đặc biệt nghiêm trọng ở những khu vực có tỉ lệ mắc HIV cao.[2] Phổi là vị trí chủ yếu bị nhiễm trực khuẩn lao.

Tại Hoa Kỳ, ước tính có 9,5 triệu người nhiễm lao tiềm ẩn.[3] Năm 2016, 9272 ca bệnh lao đã được báo cáo với tỷ lệ mới mắc là 2,9/100.000 người, giảm 3,6% so với năm trước đó.[4] Tỷ lệ mắc lao là 1,1/100.000 người đối với người bản xứ và 14,7 đối với người nhập cư. Tỷ lệ phần trăm số ca bệnh xuất hiện ở những người nhập cư tăng lên chiếm 68,5% tổng số ca bệnh toàn quốc. Tỷ lệ này đã tăng ổn định kể từ năm 1993. Người châu Á tiếp tục có tỷ lệ số ca bệnh cao nhất (18,0/100.000 người) trong số tất cả các chủng tộc hay dân tộc tại Hoa Kỳ.[4]

Bệnh căn học

Sự phát triển bệnh lao đòi hỏi phải nhiễm trực khuẩn lao và hệ miễn dịch không đủ khả năng bảo vệ. Bệnh nhân bị nhiễm trực khuẩn lao không có bằng chứng về bệnh lao hoạt động trên lâm sàng, vi sinh hay X-quang được cho là bị nhiễm lao tiềm ẩn. Bệnh lao hoạt động có thể xảy ra từ việc tái hoạt động nhiễm khuẩn tiềm ẩn trước hoặc từ tiến triển của nhiễm khuẩn nguyên phát.

Sự lây truyền bệnh lao xuất phát từ những người bị nhiễm lao phổi (và hiếm gặp là lao thanh quản). Sự lây nhiễm phát sinh do hít phải các hạt nhỏ trong không khí có chứa vi khuẩn. Khả năng lây truyền tùy thuộc vào tính lây nhiễm của nguồn lây (ví dụ như kết quả xét nghiệm soi trực tiếp và mức độ tổn thương hang trên XQ ngực), mức độ phơi nhiễm với ca bệnh (ví dụ như khoảng cách gần, thông khí, và thời gian phơi nhiễm), và mẫn cảm của người tiếp xúc với ca bệnh.[5] Những người nhiễm HIV có nguy cơ cao hơn mắc lao tái hoạt động cũng như tiến triển của lao nguyên phát. Các nhóm khác tăng nguy cơ mắc bệnh lao hoạt động bao gồm những người mới có biến đổi test lẩy da tuberculin (TST), vô gia cư, tiêm chích ma túy, hút thuốc lá, và những người bị suy giảm miễn dịch (ví dụ như người bị đái tháo đường, điều trị bằng corticosteroid kéo dài, bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD), suy dinh dưỡng, hoặc có bệnh máu ác tính).[6] [7]

Sinh lý bệnh học

Để bị nhiễm lao cần phải hít phải nhân các hạt nhỏ trong không khí. Sau khi lắng đọng trong các phế nang, trực khuẩn lao bị thôn thực bởi các đại thực bào phế nang, nhưng vẫn sống sót và nhân lên bên trong các đại thực bào. Trực khuẩn tăng lên về số lượng giết chết đại thực bào và được giải phóng; sự kiện này tạo ra đáp ứng từ hệ miễn dịch. Sự phơi nhiễm có thể dẫn đến sự đào thải trực khuẩn lao, lao tiềm ẩn ổn định, hoặc tiến triển thành bệnh nguyên phát.

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Việc ngăn chặn bệnh lao thành công phụ thuộc vào hệ miễn dịch tế bào, chủ yếu qua trung gian tế bào T hỗ trợ (đáp ứng TH1). Tế bào T và đại thực bào hình thành một u hạt có phần trung tâm chứa chất hoạt tử (trung tâm bã đậu), trực khuẩn lao, và mô u hạt ngoại vi chủ yếu gồm đại thực bào và tế bào lympho; u hạt đóng vai trò ngăn chặn sự sinh trưởng và lan truyền của trực khuẩn lao. Những người này không có khả năng lây nhiễm và bị nhiễm lao tiềm ẩn; đa số các bệnh nhân này sẽ có hình ảnh XQ ngực bình thường và test lẩy da tuberculin (TST) dương tính.

Bệnh lao hoạt động thường xuất hiện do quá trình tái hoạt động. Khoảng 10% những người bị nhiễm lao tiềm ẩn sẽ tiến triển thành bệnh hoạt động trong suốt cuộc đời. Nguy cơ cao nhất trong vòng 2 năm sau khi mắc phải trực khuẩn lao ban đầu. Một số tình trạng có thể thay đổi nguy cơ này, đặc biệt là nhiễm HIV, trong đó nguy cơ phát triển thành bệnh lao hoạt động hàng năm là 8% đến 10%. Các tình trạng suy giảm miễn dịch và điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch, bao gồm corticosteroid toàn thân và thuốc đối kháng TNF-alpha cũng góp phần tái hoạt động bệnh.

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Ngăn ngừa sơ cấp

Vắc-xin BCG là chủng M. bovis sống giảm độc lực được sử dụng ở nhiều nơi trên thế giới. Vắc-xin BCG có hiệu quả trong việc phòng bệnh viêm màng não do lao và bệnh lao toàn thể ở trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ.[20] Tuy nhiên, vắc-xin này không ngăn ngừa được lao phổi ở trẻ em và người lớn. Nó không còn được sử dụng thường xuyên. Có thể có các chỉ định hiếm gặp cho việc sử dụng vắc-xin này, chẳng hạn như trẻ nhũ nhi có mẹ mắc lao đa kháng và kết quả nhuộm soi dương tính.

Bệnh lao hoạt động, đã được xác nhận hoặc nghi ngờ mức độ cao, là tình trạng cần được khai cáo cho cơ quan y tế địa phương để ngăn ngừa tiếp tục lây truyền bệnh lao trong cộng đồng.

Khám sàng lọc

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ và Ban Đặc trách về Dịch vụ Phòng bệnh của Hoa Kỳ khuyến cáo người lớn không có triệu chứng có nhiều nguy cơ nhiễm lao tại Hoa Kỳ nên được sàng lọc về nhiễm lao tiềm ẩn, bao gồm cả cư dân sinh ra tại nước có tỷ lệ mới mắc cao, bệnh nhân HIV, người tiêm chích ma túy, nhân viên y tế phục vụ nhóm quần thể nguy cơ cao, và những người tiếp xúc với bệnh nhân lao phổi.[22] [40] Test lẩy da tuberculin hoặc định lượng interferon gamma giải phóng là phương pháp tiêu chuẩn để xác định người bị nhiễm mycobacterium.[22] Việc sàng lọc những người không thuộc quần thể có nguy cơ cao đặt ra gánh nặng về nguồn lực và do đó không được khuyến cáo.

Sàng lọc chỉ là một khía cạnh trong việc kiểm soát bệnh; khuyến cáo nên ưu tiên hoàn thành điều trị bệnh lao hoạt động và xét nghiệm cho những người tiếp xúc.

Các khuyến cáo trong hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới về sàng lọc hệ thống cho bệnh lao hoạt động chủ yếu nhắm đến các quốc gia có gánh nặng bệnh lao từ trung bình đến cao.[41] Hướng dẫn của WHO xác định 'nhóm nguy cơ' đối với bệnh lao là bất kỳ nhóm người nào có tỷ lệ lưu hiện mắc hoặc tỷ lệ mới mắc bệnh lao cao hơn đáng kể so với dân số nói chung. Hướng dẫn này đưa ra 7 khuyến cáo về việc ưu tiên sàng lọc các nhóm nguy cơ. 7 khuyến cáo được chia thành mạnh (khuyến cáo trong đó các tác dụng mong muốn được đánh giá là lớn hơn rõ rệt các tác dụng không mong muốn, và sàng lọc được đánh giá là khả thi, có thể chấp nhận, và có khả năng chi trả trong mọi hoàn cảnh) và tùy theo điều kiện (khuyến cáo trong đó các tác dụng mong muốn có khả năng lớn hơn các tác dụng không mong muốn nhưng sự cân nhắc, hiệu quả chi phí, tính khả thi, khả năng chi trả hoặc kết hợp các yếu tố này là không chắc chắn).

Các khuyến cáo mạnh

1. Những người tiếp xúc trong hộ gia đình và người tiếp xúc gần gũi khác cần được sàng lọc có hệ thống bệnh lao shoạt động.
2. Người mắc HIV cần được sàng lọc có hệ thống bệnh lao hoạt động vào mỗi lần thăm khám tại cơ sở y tế.
3. Nhân viên hiện tại và trước đây tại những nơi làm việc có phơi nhiễm silic cần được sàng lọc có hệ thống bệnh lao hoạt động.

Khuyến cáo tùy theo đều kiện

1. Cần cân nhắc sàng lọc có hệ thống bệnh lao hoạt động tại nhà tù và tổ chức giam giữ khác.
2. Cần cân nhắc sàng lọc có hệ thống bệnh lao hoạt động ở những người có tổn thương xơ hóa trên X-quang ngực chưa được điều trị.
3. Ở những môi trường có tỷ lệ hiện mắc lao trong quần thể chung là 100/100.000 người trở lên, cần cân nhắc sàng lọc có hệ thống bệnh lao hoạt động ở những người tìm kiếm dịch vụ y tế hay những người đang được chăm sóc y tế và người thuộc các nhóm nguy cơ chọc lọc.
4. (a) Có thể cân nhắc sàng lọc bệnh lao hoạt động có hệ thống cho các nhóm quần thể xác định theo khu vực địa lý có tỉ lệ bệnh lao không được phát hiện rất cao (tỷ lệ hiện mắc 1% trở lên).

   (b) Cũng có thể cân nhắc sàng lọc có hệ thống bệnh lao hoạt động cho các nhóm quần thể khác khả năng rất thấp tiếp cận dịch vụ y tế, như những người sống ở khu ổ chuột thành phố, người vô gia cư, người sống ở vùng sâu

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

vùng xa có ít khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, và các nhóm không được bảo vệ hoặc biệt lập, bao gồm người dân bản địa, người nhập cư và người tị nạn.

Ngăn ngừa thứ cấp

Do tính chất lây nhiễm của bệnh, bệnh nhân cần tránh tiếp xúc mới với những người không phải là thành viên gia đình trong khi họ có khả năng lây nhiễm bệnh. Thành viên gia đình cần được đánh giá và điều trị kịp thời khi phù hợp. Bệnh nhân có thể cần được cách ly trong ngắn hạn. Sau khoảng 2 tuần điều trị lao có hiệu quả, bệnh nhân sẽ ít có khả năng lây nhiễm cho những người khác hơn.

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Tiền sử ca bệnh

Tiền sử ca bệnh #1

Một bệnh nhân nam 34 tuổi đến gặp bác sĩ chăm sóc ban đầu của anh ta với bệnh sử xuất hiện ho khan trong 7 tuần. Trong thời gian này, anh ấy tkhông có cảm giác ăn ngon miệng và nhận thấy quần áo trở nên rộng hơn. Đôi khi anh ấy cảm thấy sốt, nhưng không đo thân nhiệt. Anh ấy không có cảm giác khó thở hay ho ra máu. Anh ấy đến từ Philippines. Anh ta cho biết mình không có tiền sử bị lao hay phơi nhiễm người bệnh lao. Khám lâm sàng phát hiện thể trạng gầy và biểu lộ mệt mỏi, cơ quan khác không phát hiện bất thường.

Các bài trình bày khác

Biể hiện lâm sàng lao phổi rất thay đổi, bệnh nhân có thể biểu hiện sớm hoặc muộn trong diễn tiến của bệnh, hoặc có các yếu tố vật chủ khác nhau (như HIV, tuổi tác) có thể ảnh hưởng đến sự biểu hiện bệnh. Các phát hiện kinh điển, bao gồm ho ra máu, đổ mồ hôi đêm, và giảm cân, giúp cho việc chẩn đoán trở nên rõ ràng, nhưng có thể vắng mặt. Một số đặc điểm liên quan đến việc chẩn đoán sai bệnh lao bao gồm không có triệu chứng ở phổi, phết đờm âm tính với trực khuẩn kháng axit, test lao lẩy da âm tính, phát hiện XQ ngực thẳng không điển hình, và mắc các bệnh khác có thể làm thay đổi tình trạng miễn dịch. Việc chú ý kỹ đến các yếu tố nguy cơ về dịch tễ (như sinh sống hay làm việc trong môi trường tập thể, sinh ra hoặc sống lâu dài ở các quận đang lưu hành bệnh lao, tiền sử mắc bệnh lao tiềm ẩn, hoặc phơi nhiễm gần đây với ca bệnh truyền nhiễm) thường sẽ hạ ngưỡng đánh giá bệnh lao xuống như một phần của chẩn đoán phân biệt.

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Chẩn đoán có thể rõ ràng trong một số trường hợp nhưng thường khó chẩn đoán. Quan trong là cần phải có mức độ nghi ngờ cao khi đánh giá bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ. Chẩn đoán xác định đòi hỏi việc nuôi cấy trực khuẩn lao. Chậm trễ trong chẩn đoán và khởi trị có liên quan đến việc lây truyền bệnh và tăng tỷ lệ tử vong.[21]

Nếu mức độ nghi ngờ bệnh lao cao, cần cách ly bệnh nhân (ở nhà hoặc phòng áp suất âm trong bệnh viện) cho đến 5 ngày đến 2 tuần sau khi hoàn tất điều trị. Bệnh lao hoạt động, đã được xác nhận hoặc nghi ngờ cao, là tình trạng cần được khai cáo cho cơ quan y tế địa phương.

Bệnh sử lâm sàng và các yếu tố nguy cơ

Cần phải cân nhắc khả năng mắc lao ở bất kỳ người nào có những yếu tố nguy cơ phơi nhiễm với bệnh lao mà có triệu chứng gợi ý (ví dụ: sốt, mệt mỏi, đau ngực kiểu màng phổi, ho kéo dài trên 2-3 tuần, đổ mồ hôi đêm, giảm cân, ho ra máu, các triệu chứng tâm thần, ngón tay dùi trống, ban đỏ dạng nốt) hoặc cácbất thường trên hình ảnh chụp XQ ngực. Mặc dù xuất hiện các thâm nhiễm thùy trên là đặc trưng của bệnh, biểu hiện XQ ngực không điển hình thường gặp ở trẻ em và bệnh nhân nhiễm HIV và suy giảm miễn dịch (bao gồm người bị đái tháo đường).
[Fig-1]

Các thăm dò

Các thăm dò đánh giá nhiễm lao hoạt động bao gồm XQ ngực, lấy 3 mẫu đờm để xét nghiệm trực khuẩn kháng axit (AFB), xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (NAAT), công thức máu, và điện giải đồ (ví dụ như natri). Nếu bệnh nhân không thể tự khạc đờm, thì cần kích thích (dùng các biện pháp phòng ngừa để tránh lây truyền bệnh) hoặc lấy đờm thông qua nội soi phế quản hoặc hút dịch dạ dày.[21] Cần tiến hành kỹ thuật nhuộm soi trực tiếp từ bệnh phẩm đờm

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

để tìm AFB vì đây là bằng chứng vi khuẩn học đầu tiên về nhiễm khuẩn và đưa ra ước tính về khả năng lây nhiễm của bệnh nhân. Nếu nhuộm soi phát hiện AFB, cần bắt đầu điều trị và cách ly bệnh nhân.

Nuôi cấy đờm hỗ trợ chẩn đoán lao, độ nhạy cao hơn nhuộm soi, có khả năng xác định loài mycobacterium bằng cách lai hoặc khuếch đại axit nucleic, và đánh giá độ nhạy của thuốc. Các hệ thống nuôi cấy trong môi trường canh thang cho phép sinh trưởng và phát hiện nhanh trong 1 đến 3 tuần, ngược lại với 4 đến 8 tuần đối với môi trường rắn.[21]

Cần thực hiện kỹ thuật NAAT trên ít nhất một mẫu bệnh phẩm đường hô hấp khi nghĩ đến chẩn đoán lao. NAAT có thể đẩy nhanh quá trình chẩn đoán trong các ca bệnh nhuộm soi âm tính và có thể có giá trị phân biệt vi khuẩn lao không điển hình khi AFB đờm dương tính nhưng NAAT âm tính.[22] Xác định kiểu gen có thể được coi là hữu ích trong các đợt bùng phát bệnh lao để xác định sự lây truyền bệnh lao, đặc biệt là khi không đánh giá được sự tiếp xúc trong quá trình điều tra dịch tễ học.

Chụp CT ngực có thể có giá trị để loại trừ bệnh lý khác như ung thư, mặc dù nó không được thực hiện thường quy.

Tất cả các bệnh nhân lao được khuyến cáo cần xét nghiệm HIV trong vòng 2 tháng sau khi được chẩn đoán.

Hiếm gặp bệnh lao bẩm sinh xảy ra do lây truyền qua đường nhau thai hoặc nuốt phải nước ối nhiễm bệnh. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh lao bẩm sinh lây truyền qua đường nhau thai bao gồm biểu hiện của phức hợp gan nguyên phát hoặc u hạt hoại tử bã đậu trên sinh thiết gan qua da, nhiễm lao nhau thai, và biểu hiện các tổn thương trong vài tuần đầu đời.[23]

Kết quả nhuộm soi hoặc nuôi cấy âm tính

Khoảng 40% đến 50% các ca bệnh có kết quả nhuộm soi AFB âm tính và 15% đến 20% có kết quả nuôi cấy âm tính. Ở những bệnh nhân có lâm sàng nghi ngờ mắc lao cao, đặc biệt là nếu test lẩy da tuberculin dương tính (cục sần phản ứng ≥5 mm), có thể thử điều trị bệnh lao theo kinh nghiệm trước khi xác địnhnhiễm lao trong phòng thí nghiệm. Sự cải thiện trên lâm sàng và X-quang khi điều trị thuốc chống lao phù hợp sẽ hỗ trợ việc chẩn đoán. Xét nghiệm NAAT cho các mẫu nuôi cấy đờm cũng có thể có giá trị trong trường hợp này. Có thể thực hiện nội soi phế quản để lấy mẫu dịch rửa phế quản-phế nang hoặc sinh thiết xuyên thành phế quản, và có thể sử dụng biện pháp hút dịch dạ dày ở bệnh nhân không thể lấy đờm đủ tiêu chuẩn, chẳng hạn như trẻ nhỏ. Ở bệnh nhân ít nghi ngờ về bệnh lao hoạt động và nhuộm soi AFB âm tính, có thể cho phép chờ kết quả nuôi cấy AFB hoặc lặp lại chụp XQ ngực thẳng trước khi bắt đầu điều trị.[6]

Bệnh nhân lao AFB âm tính có thể lây bệnh, mặc dù nguy cơ lây truyền thấp hơn so với lao AFB dương tính.[24] Nếu nghi ngờ mắc lao cao, cần cân nhắc bắt đầu dùng thuốc chống lao trước khi có sự xác nhận của phòng thí nghiệm.

Kháng sinh đồ

Trong hoàn cảnh có đủ nguồn lực, xét nghiệm kháng sinh đồ (DST) dựa trên nuôi cấy được thực hiện thường quy trên các chủng phân lập trực khuẩn lao ban đầu. Một hạn chế của DST dựa trên nuôi cấy đó là có thể mất >2 tuần để mọc chủng phân lập phục vụ cho việc xét nghiệm. Nếu có sự nghi ngờ kháng thuốc cao hơn, thì kỹ thuật sinh học phân tử xác định tính nhạy thuốc nhanh có thể phù hợp để hướng dẫn việc điều trị. Kỹ thuật sinh học phân tử xác định tính nhạy thuốc nhanh đối với rifampicin có hoặc không có isoniazid sử dụng các mẫu bệnh phẩm đường hô hấp của người có nhuộm soi AFB dương tính hoặc NAAT dương tính cần được cân nhắc ở những bệnh nhân:

- Có tiền sử điều trị lao trước đây, hoặc
- Sinh ra tại hoặc sống ít nhất một năm ở nước ngoài có tỷ lệ mới mắc lao ít nhất ở mức trung bình (≥20/100.000 người) hoặc tỷ lệ hiện mắc lao đa kháng ban đầu cao (MDR) (≥2%), hoặc
- Tiếp xúc với bệnh nhân lao đa kháng, hoặc

- Nhiễm HIV.

Cần lưu ý, khi sử dụng Xpert MTB/RIF (xét nghiệm sinh học phân tử nhanh được Tổ chức Y tế Thế giới công nhận) trong chẩn đoán lao, tính kháng rifampicin sẽ được đánh giá tự động.[21]

Test lẩy da tuberculin và định lượng giải phóng interferon-gamma

Các xét nghiệm đánh giá lao tiềm ẩn ở người đã phơi nhiễm trực khuẩn lao nhưng không có dấu hiệu của bệnh lao hoạt động được dựa trên test lẩy da tuberculin (TST) hoặc định lượng giải phóng interferon gamma (IGRA). TST và IGRA đánh giá mức độ đáp ứng của tế bào T đối với kháng nguyên lao. Do kết quả âm tính giả xảy ra ở 20% đến 25% bệnh nhân bị lao phổi hoạt động, do vậy không nên sử dụng đơn độc các xét nghiệm này để loại trừ chẩn đoán bệnh lao hoạt động.[25] Việc phiên giải kết quả TST phụ thuộc vào đặc điểm của bệnh nhân, bao gồm khả năng miễn dịch và tình trạng tiêm chủng. Đối với bệnh nhân hệ miễn dịch bình thường và không có các yếu tố nguy cơ kèm theo, đường kính cục sẩn ≥15 mm nghĩa là có kết quả dương tính, nhưng ngưỡng cut-off đường kính nhỏ hơn được sử dụng ở những người có các yếu tố nguy cơ kèm theo.[21] [26] Có thể sử dụng IGRA thay cho TST trong mọi trường hợp TST được sử dụng để chẩn đoán nhiễm lao tiềm ẩn.[27] IGRA được ưu tiên sử dụng ở những người có tiền sử tiêm vắc-xin BCG do độ đặc hiệu vượt trội.[26] Ngoài ra, IGRA được ưu tiên để xét nghiệm cho những người từ các nhóm trước đây có tỷ lệ quay lại thấp để đọc kết quả TST.

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ/Hội Lồng ngực Hoa Kỳ khuyến cáo thực hiện xét nghiệm nhắm đích đối với nhiễm lao tiềm ẩn như một phần của chiến lược kiểm soát và giảm tỉ lệ bệnh lao. Các nhóm có nguy cơ cao bao gồm những người nhiễm HIV, người tiêm chích ma túy, nhân viên y tế chăm sóc cho những quần thể nguy cơ cao và những người tiếp xúc với người bị bệnh lao phổi.[9] Cần thực hiện xét nghiệm đánh giá lao tiềm ẩn cho bệnh nhân trước khi điều trị bằng thuốc đối kháng TNF-alpha.[28]

Các yếu tố nguy cơ

Mạnh

Phơi nhiễm với nguồn lây

- Điều này là cần thiết nhưng không đủ để phát triển thành bệnh lao. Trong số các trường hợp tiếp xúc gần, khoảng một phần ba trường hợp mắc phải nhiễm khuẩn tiềm ẩn và 1% được phát hiện là có bệnh hoạt động. Những người bị lây nhiễm mắc phải gần đây (ví dụ mới biến đổi test lẩy da tuberculin) trong vòng 2 năm đã qua sẽ có nguy cơ cao tiến triển thành bệnh lao hoạt động.[8] [9]

Sinh ra tại quốc gia lưu hành dịch

- Các khu vực có nguy cơ cao bao gồm châu Á, Mỹ Latinh, và châu Phi.[10]

Nhiễm HIV

- Tăng nguy cơ cả tiến triển thành bệnh nguyên phát cũng như tái hoạt động lao tiềm ẩn. Nguy cơ tái hoạt động ở bệnh nhân HIV dương tính bị nhiễm lao tiềm ẩn lên đến 10% một năm, ngược lại so với nguy cơ suốt đời 10% ở bệnh nhân âm tính với HIV. Ngoài ra, bệnh lao hoạt động đã cho thấy là làm tăng tải lượng vi-rút HIV.[11] [12] [13] [14]

Thuốc ức chế miễn dịch

- Đặc biệt là corticosteroid toàn thân và thuốc đối kháng TNF-alpha. Nguy cơ với steroid tăng lên khi tăng liều (tỷ suất chênh 7,7 đối với >15 mg prednisone/ngày) và thay đổi theo tình trạng bệnh lý nền. Nguy cơ với infliximab lớn hơn với etanercept. Nguy cơ tương đối sau khi ghép tạng lớn hơn 20 đến 74 lần.[15] [16]

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Bệnh bụi phổi silic

- Nguy cơ tăng 30 lần so với nhóm chứng.[9]

Xơ hóa đỉnh phổi

- Bệnh nhân có XQ ngực cho thấy các hình ảnh mờ xơ ở thùy trên phù hợp với lao phổi không được điều trị trước đó có nguy cơ cao hơn tiến triển thành lao hoạt động (nguy cơ ước tính là 0,3%/năm trở lên tùy vào kích cỡ của các bất thường trên phim chụp X-quang).[18]

Yếu

Ung thư

- Nguy cơ tăng lên ở bệnh nhân bị bệnh máu ác tính và ung thư vùng đầu-cổ. Tuy nhiên, bệnh nhân Hoa Kỳ bản xứ bị khối u đặc khác có vẻ như không có nguy cơ cao hơn bị tiến triển thành bệnh lao hoạt động.[17]

Bệnh thận giai đoạn cuối

- Bệnh nhân lọc máu bị tăng nguy cơ.

tiêm chích ma túy

- Làm tăng nguy cơ, ngay cả khi không nhiễm HIV.[9]

suy dinh dưỡng

- Bao gồm cả những người nhẹ cân (<90% cân nặng lý tưởng), bệnh không dung nạp gluten (Coeliac) và tiền sử cắt dạ dày. Nguy cơ cũng cao hơn ở bệnh nhân được phẫu thuật nối tắt hỗng-hồi tràng.

chứng nghiện rượu

- Khó tách rời với các yếu tố nguy cơ khác.

Tiểu đường

- Nguy cơ tương đối từ 2 đến 4 nếu không đượckiểm soát.

Môi trường tập thể có nguy cơ cao

- Cư dân hay nhân viên của cơ sở trại giam, nhà ở cho người vô gia cư, hay viện dưỡng lão bị tăng nguy cơ.

Tình trạng kinh tế xã hội thấp hay có nguồn gốc là người da đen/Latinh/Người da đỏ

- Các mô hình đa biến cho thấy ít nhất một nửa nguy cơ từ sắc tộc (người da đen/Latinh/Người da đỏ) có thể là do tình trạng kinh tế xã hội thấp gây ra.[19]

Tuổi

- Cả trẻ nhỏ (dưới <5 tuổi) và người cao tuổi đều bị tăng nguy cơ tiến triển thành bệnh.

Hút thuốc

- Mối liên hệ giữa phơi nhiễm khói thuốc chủ động và thụ động và nhiễm lao tiềm ẩn, bệnh lao hoạt động, và tiên lượng xấu sau khi điều trị bệnh lao.[7]

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Các yếu tố về tiền sử và thăm khám

Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu

có các yếu tố nguy cơ (thường gặp)

- Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm phơi nhiễm với nguồn lây, suy giảm miễn dịch, bệnh bụi phổi silic, bệnh ác tính, sinh ra tại quốc gia lưu hành dịch, và HIV ở các vùng thích hợp.

ho (thường gặp)

- Thời gian trên 2 đến 3 tuần; ban đầu ho khan, sau đó có đờm. Nghiên cứu ở bệnh nhân ngoại trú cho thấy chỉ 50% bệnh nhân bị ho trên 2 tuần.[29]

sốt (thường gặp)

- Thường sốt nhẹ. Có đến 20% bệnh nhân có thể không bị sốt. Sốt ít gặp hơn ở người cao tuổi.

Chán ăn (thường gặp)

- Có thể thấy ở bệnh nhân kèm theo các triệu chứng gợi ý khác.

Sút cân (thường gặp)

- Có thể thấy ở bệnh nhân kèm theo các triệu chứng gợi ý khác.

khó chịu (thường gặp)

- Có thể chỉ được phát hiện muộn, sau khi điều trị.

Các yếu tố chẩn đoán khác

Vã mồ hôi đêm (thường gặp)

- Nếu có; thường ướt sũng.

đau ngực do viêm màng phổi (không thường gặp)

- Có thể gợi ý viêm màng phổi kèm theo.

ho ra máu (không thường gặp)

- Biểu heienj ở <10% bệnh nhân (đặc trưng cho bệnh tiến triển). Có thể là hậu quả của di chứng (ví dụ như giãn phế quản) và không biểu hiện cho bệnh đang hoạt động.

các triệu chứng tâm thần (không thường gặp)

- Có thể bao gồm trầm cảm hoặc hưng cảm nhẹ.

Nghe phổi thấy bất thường (không thường gặp)

- Khám ngực có thể bình thường ở bệnh thể nhẹ/trung bình. Có thể phát hiện các dấu hiệu gồm ran nổ, âm thở phế quản hay tiếng thổi vò (âm thở rỗng, xa nghe được qua các hang phổi).

không có triệu chứng (không thường gặp)

- Bệnh nhân có thể không có triệu chứng và được chẩn đoán do phát hiện ngẫu nhiên hoặc sàng lọc.

khó thở (không thường gặp)

- Phát hiện muộn trong trường hợp tổn thương phá hủy phổi nhiều hoặc tràn dịch màng phổi.

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

ngón tay dùi trống (không thường gặp)

- Chỉ gặp khi bệnh kéo dài.

Ban đỏ nốt (không thường gặp)

- Các nốt ban đỏ nổi lên gây đau ở vùng trước xương chày.

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu

Xét nghiệm	Kết quả
CXR • Xét nghiệm đầu tay • Hầu như luôn bất thường ở người có hệ miễn dịch bình thường. Thường xuất hiện các hình ảnh mờ xơ-nốt ở các thùy trên, có hoặc không tạo hang. [Fig-1] • Dạng không điển hình bao gồm các hình ảnh mờ ở thùy giữa hoặc dưới, hạch to rốn phổi hoặc cạnh khí quản, và/hoặc tràn dịch màng phổi. [Fig-2] [Fig-3] [Fig-4] • Các nghiên cứu cho thấy hình ảnh X-quang ngực không điển hình phản ánh tình trạng ức chế miễn dịch, hơn là bệnh lao nguyên phát.[30] • Tình trạng HIV có liên quan đến hạch to, tràn dịch, bao gồm vùng phổi dưới, và tổn thương dạng kê; thường ít thấy tổn thương tạo hang hơn. Bệnh nhân bị HIV giai đoạn cuối có thể có kết quả chụp XQ ngực bình thường.[30] [31]	**bất thường điển hình đối với bệnh lao; bất thường không điển hình đối với bệnh lao; hoặc bình thường**
Soi đờm trực tiếp tìm trực khuẩn kháng axit (AFB) • Có thể ho khạc đờm tự nhiên hoặc kích thích (dùng các biện pháp phòng ngừa phù hợp để tránh lây truyền bệnh) và cần lấy 3 mẫu bệnh phẩm (cách nhau tối thiểu 8 tiếng, gồm một mẫu bệnh phẩm vào sáng sớm, là mẫu tốt nhất để phát hiện trực khuẩn lao).[21] • Kỹ thuật viên xét nghiệm sẽ tìm AFB (màu thuốc nhuộm vẫn còn ngay cả sau khi tiếp xúc với môi trường axit) phù hợp với trực khuẩn lao. Các vi khuẩn khác, đặc biệt là vi khuẩn lao không điển hình (ví dụ như M. kansasii và M. avium) dương tính trên nhuộm AFB. Do đó, nhuộm soi AFB dương tính không đặc hiệu ở các quần thể bệnh nhân có tỷ lệ hiện mắc lao thấp. • Nếu AFB đờm dương tính, kết quả sẽ được phân loại từ 1+ đến 3+ hoặc 4+ tùy vào số lượng vi khuẩn nhìn thấy và thang phân loại. Mức độ dương tính và mức phân loại của nhuộm soi có thể giúp ước tính mức độ lây nhiễm và gánh nặng của bệnh lao. Tại Hoa Kỳ, độ nhạy là 50% đến 60%.[32]	**dương tính với trực khuẩn kháng axit (AFB)**
Cấy đờm • Xét nghiệm nhạy và đặc hiệu nhất. Luôn phải thực hiện vì xét nghiệm này là cần thiết để định danh chính xác và làm kháng sinh đồ. • Khuẩn lạc mọc trên môi trường rắn có thể mất 4 đến 8 tuần; mọc trong môi trường lỏng có thể được phát hiện trong 1 đến 3 tuần. Nếu mọc trên môi trường đặc dương tính sẽ được báo cáo trên thang định lượng (1+ đến 4+). • Khi điều trị, bệnh nhân cần được tiến hành nuôi cấy đờm ít nhất hàng tháng cho đến khi có lần 2 nuôi cấy liên tiếp âm tính.[6]	**dương tính; không mọc; hoặc mycobacteria khác**

Xét nghiệm	Kết quả
Công thức máu • Tình trạng tăng bạch cầu (không dịch chuyển sang trái) và thiếu máu được thấy ở 10%.[33] Các bất thường khác bao gồm tăng bạch cầu đơn nhân và bạch cầu ái toan. Có thể thấy giảm ba dòng ở bệnh lao toàn thể.	**tăng bạch cầu; huyết sắc tố thấp**
Xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (NAAT) • Xét nghiệm khuếch đại ADN hoặc RNA để chẩn đoán nhanh. Có thể sử dụng trên đờm hoặc dịch cơ thể vô khuẩn. Hiện có nhiều xét nghiệm trên thị trường. Có kết quả trong vòng <8 tiếng trong phòng thí nghiệm. • Hữu ích trong ca bệnh soi đờm dương tính để xác nhận rằng mycobacterium quan sát được là trực khuẩn lao (độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 99%) và ở ca bệnh soi đờm âm tính để chẩn đoán nhanh (độ nhạy 50%, độ đặc hiệu 95%).[34] [22]	**dương tính với trực khuẩn lao**

Các xét nghiệm khác cần cân nhắc

Xét nghiệm	Kết quả
hút dịch dạ dày • Được sử dụng ở bệnh nhân không thể khạc đờm (ví dụ như trẻ nhỏ). Dựa trên việc thu thập dịch tiết phế quản qua đêm trong dạ dày. Vào sáng sớm sau 8 đến 10 giờ nhịn ăn, 10 đến 20 mL nước vô khuẩn được bơm vào dạ dày qua ống thông mũi - dạ dày và hút lấy 50 mL. Sau khi trung hòa, dịch hút được gửi đi nuôi cấy.[21]	**AFB dương tính**
Nội soi phế quản và xét nghiệm dịch rửa phế quản - phế nang (BAL) • Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng BAL (dịch rửa phế quản phế nang) và lấy đờm tác động có độ nhạy tương tự. Có thể chỉ định BAL ở bệnh nhân không thể lấy đờm tác động hoặc bệnh nhân có nhuộm soi và NAAT âm tính. Nội soi phế quản có giá trị khi các chẩn đoán khác được cân nhắc mạnh mẽ hoặc ở bệnh nhân vẫn đang nghi ngời bị lao phổi sau khi các phương pháp khác không đưa ra được chẩn đoán. • Lấy đờm nhiều nhất là lần khạc đờm đầu tiên sau khi nội soi phế quản. • Sinh thiết phổi xuyên thành phế quản hữu ích trong việc chẩn đoán lao kê vì có thể quan sát thấy tổn thương u hạt và/hoặc có thể nuôi cấy trực khuẩn lao.	**AFB dương tính**

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Xét nghiệm	Kết quả
Xét nghiệm bệnh lao qua da (XNBLQD) • TST âm tính không loại trừ bệnh lao hoạt động do kết quả âm tính giả xảy ra ở 20% đến 25% bệnh nhân lao phổi hoạt động.[25] Độ nhạy của TST trong chẩn đoán lao hoạt động khoảng 75% đến 80% và việc không thể phân biệt giữa nhiễm lao tiềm ẩn và lao hoạt động làm hạn chế giá trị của nó. • TST sử dụng một dẫn xuất protein tinh khiết (PPD) đánh giá đáp ứng quá mẫn muộn để chẩn đoán đã từng phơi nhiễm với trực khuẩn lao. Các ngưỡng khác nhau về kích cỡ chai cứng được sử dụng để xác định xét nghiệm dương tính tùy vào các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân. • Có sự suy giảm đáp ứng miễn dịch ở bệnh nhân lao hoạt động, đặc biệt là ở người cao tuổi, dinh dưỡng kém, và có bệnh tiến triển.[35]	**cục sẩn tính theo đơn vị millimet ; 0-4 mm thường được coi là âm tính và không chỉ định điều trị, mặc dù có thể được coi là dương tính ở trẻ dưới 5 tuổi có nguy cơ nhiễm lao cao; ≥5 mm được coi là dương tính trong trường hợp nhiễm HIV, tiếp xúc với ca bệnh lao có khả năng lây nhiễm trong 2 năm qua, hình mờ xơ trên phim chụp X-quang ngực phù hợp với bệnh lao không được điều trị nhưng đã lành, bệnh nhân suy giảm miễn dịch (ví dụ như ghép tạng, thuốc chẹn TNF-alpha, prednisolone ≥15 mg/ngày trong 1 tháng trở lên); ≥10 mm được coi là dương tính trong trường hợp biến đổi TST trong vòng 2 năm, tình trạng xã hội hoặc y tế liên quan đến tăng nguy cơ tiến triển thành lao hoạt động (ví dụ như bị đái tháo đường, suy dinh dưỡng, hút thuốc, uống rượu >3 ly/ngày, người tiêm chích ma túy, bệnh bạch cầu cấp, u lympho, ung thư đầu-cổ, ung thư phổi, suy thận mạn), người mới nhập cư từ các nước có tỷ lệ hiện mắc lao cao, những người sống và làm việc trong môi trường tập thể nguy cơ cao (ví dụ như viện dưỡng lão, nhà tù), nhân viên phòng thí nghiệm lao; ≥15 mm được coi là dương tính ở người không có yếu tố nguy cơ đối với bệnh lao**
Định lượng interferon-gamma giải phóng (IGRA) • Đánh giá đáp ứng của tế bào T với kháng nguyên lao để chẩn đoán tiền sử phơi nhiễm trước đây. • Tương tự TST, IGRA có độ nhạy thấp trong chẩn đoán bệnh lao hoạt động với tỷ lệ âm tính giả từ 20% đến 25% ở bệnh nhân lao phổi hoạt động.[25] Chúng không phân biệt giữa nhiễm lao tiềm ẩn và bệnh lao hoạt động, làm giới hạn giá trị trong chẩn đoán bệnh lao hoạt động. Độ nhạy của QuantiFERON®-TB Gold đối với bệnh lao hoạt động là 75%.[35] [36]	**dương tính**

Xét nghiệm	Kết quả
điều trị theo kinh nghiệm • Chẩn đoán bệnh lao hoạt động có thể được đưa ra dựa trên bệnh sử lâm sàng, bao gồm các yếu tố nguy cơ và các dấu hiệu trên phim chụp X-quang.[4] • Cần cân nhắc các chẩn đoán khác và đánh giá qua nội soi phế quản và BAL nếu không có đủ nghi ngờ về bệnh lao hoặc các chẩn đoán phân biệt, bao gồm cả bệnh mắc đồng thời, ảnh hưởng đến việc điều trị lâm sàng. • Khi lâm sàng nghĩ nhiều đến lao phổi, điều trị lao theo kinh nghiệm bằng phác đồ tiêu chuẩn (isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, ethambutol) thường được bắt đầu sau khi thu thập các mẫu đờm tốt nhất. • Đối với các ca bệnh có kết quả nuôi cấy âm tính được điều trị thuốc lao theo kinh nghiệm, cần đánh giá lại đáp ứng lâm sàng và Xquang 2 tháng sau khi điều trị, và tiếp tục dùng isoniazid và rifampicin trong ít nhất 2 tháng nữa (tổng cộng là 4 tháng điều trị) nếu có đáp ứng trên lâm sàng và Xquang. Nếu không có đáp ứng sau 2 tháng điều trị, cần dừng thuốc lao và tìm chẩn đoán khác.[6]	**đáp ứng lâm sàng**
Kháng sinh đồ • Thực hiện trên các chủng phân lập ban đầu. • Tại Hoa Kỳ, khoảng 9% số ca lao mới và 19% số ca bệnh có tiền sử mắc lao trước đây kháng isoniazid; khoảng 1% số ca bệnh lao đa kháng nguyên phát (không có tiền sử mắc bệnh lao trước đó và kháng ít nhất với isoniazid và rifampicin).[4]	**độ nhạy cảm của thuốc**
xác định kiểu gen • Có giá trị trong điều tra nghiên cứu các đợt bùng phát, người tiếp xúc, và nhiễm chéo trong phòng thí nghiệm, cũng như các nghiên cứu dịch tễ. Có bằng chứng cho thấy một số chủng lao có thể đã tăng độc lực. • Hiện tại, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ và các phòng nghiệm khác đang sử dụng kỹ thuật Spoligotyping (một ký thuật phản ứng chuỗi polymerase để đồng thời phát hiện và định kiểu gen các chủng của trực khuẩn lao) và/hoặc kỹ thuật được gọi là các đơn vị lặp phân tán-các đoạn lặp nối tiếp có số lượng biến thiên của mycobacterium (MIRU-VNTR) làm kỹ thuật định kiểu gen ban đầu.	**kiểu gen của tác nhân nhiễm trùng**
Xét nghiệm HIV • Tất cả các bệnh nhân lao được khuyến cáo cần xét nghiệm HIV trong vòng 2 tháng sau khi chẩn đoán bệnh lao.[6] Trong bệnh cảnh nhiễm HIV, lao phổi là đặc điểm chẩn đoán xác định của AIDS. • Nhiễm HIV có thể làm thay đổi việc điều trị bệnh lao và điều trị nhiễm HIV có thể dẫn đến cải thiện bệnh lao nhanh hơn.[6]	**dương tính hoặc âm tính**
CT ngực • Không phải là kỹ thuật thăm dò tiêu chuẩn nhưng có thể hỗ trợ trong việc đánh giá các chẩn đoán khác. Có thể cho thấy các dạng tổn thương tương tự như trên phim XQ ngực. Ngoài ra, có thể có dấu hiệu chồi cây. Lưu ý là hình ảnh hang thấy trên phim CT nhưng không thấy trên phim XQ ngực không phải là cơ sở để phân loại bệnh nhân vào bệnh thể hang.	**bất thường**
Kỹ thuật Xpert MTB/RIF • NAAT tự động phát hiện trực khuẩn lao và kháng rifampicin có thể cho kết quả trong 2 giờ. Việc sử dụng NAAT trong các khu vực có tỷ lệ hiện mắc lao MDR cao đã được WHO phê chuẩn.[37]	**dương tính**

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Chẩn đoán khác biệt

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Viêm phổi cộng đồng	• Các dấu hiệu của viêm phổi thùy hoặc viêm phổi không điển hình, bao gồm cả tiếng ran nổ và khó thở. Nói chung, thời gian khởi phát triệu chứng ngắn hơn so với bệnh lao. Nếu nghi ngờ, nên cân nhắc điều trị viêm phổi do vi khuẩn trước (không sử dụng nhóm fluoroquinolone, hoặc các loại kháng sinh khác có hoạt tính chống lao quan trọng) và đánh giá đáp ứng điều trị.	• Xét nghiệm đờm xem có vi khuẩn khác ngoài các vi khuẩn chí hay không.
Ung thư phổi	• Bệnh lao và ung thư phổi đồng mắc; bệnh ác tính có thể xói mòn u hạt. Mặc dù có AFB trong đờm, nếu có các đặc điểm gợi ý ung thư (ví dụ như hình hang bất thường) hoặc các hình ảnh bất thường của phổi tiến triển ở bệnh nhân đang điều trị thuốc chống lao, cần tiến hành thêm thăm dò về ung thư.[33]	• Xét nghiệm tế bào học đờm; CT ngực; sinh thiết mô.
Vi khuẩn lao không điển hình (NTM)	• Cả Mycobacterium avium complex và M. kansasii đều có thể biểu hiện tổn thương dạng hang. Các yếu tố nguy cơ mắc lao của bệnh nhân có thể gợi ý chẩn đoán có khả năng nhất.	• Nếu nuôi cấy AFB đờm dương tính, có thể sử dụng đoạn dò ADN để xác định loài. Tương tự, xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (NAAT) âm tính với lao trên mẫu nhuộm soi đờm dương tính (độ nhạy 95%) thì ít có khả năng đó là M. tuberculosis. NTM thường gặp hơn ở trên nền bệnh nhân mắc bệnh phổi .
Nhiễm nấm	• Các loài nấm có khả năng gây bệnh gồm bào tử nấm histoplasma capsulatum, coccidioidomycosis, và blastomycosis. Tiền sử đi du lịch có thể giúp thu hẹp chẩn đoán phân biệt.	• Nuôi cấy đờm và hiệu giá kháng thể huyết thanh dương tính đối với nhiễm nấm và âm tính với M. tuberculosis.
Bệnh sarcoid	• Có thể biểu hiện các đặc điểm khác của bệnh sarcoidosis, như hạch to trong lồng ngực và đau khớp.	• Nuôi cấy đờm sẽ âm tính trong bệnh sarcoidosis.

Các tiêu chí chẩn đoán

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh: định nghĩa năm 2009 về ca bệnh lao[38]

Tiêu chuẩn lâm sàng

Ca bệnh đáp ứng tất cả các tiêu chí sau:

- TST dương tính hoặc IGRA dương tính với trực khuẩn lao
- Các dấu hiệu và triệu chứng khác phù hợp với bệnh lao (ví dụ như phim X-quang ngực bất thường, chụp cắt lớp vi tính hoặc thăm dò hình ảnh lồng ngực khác bất thường, hoặc bằng chứng lâm sàng về lao hiện tại)
- Điều trị bằng 2 loại thuốc chống lao trở lên
- Đánh giá chẩn đoán toàn diện.

Tiêu chuẩn xét nghiệm để chẩn đoán

- Phân lập được M. tuberculosis từ mẫu bệnh phẩm lâm sàng, HOẶC
- Có mặt M. tuberculosis complex từ mẫu bệnh phẩm lâm sàng bằng xét nghiệm khuếch đại axit nucleic, HOẶC
- Có AFB trong mẫu bệnh phẩm lâm sàng khi chưa có hay không thể nuôi cấy, hoặc nuôi cấy âm tính giả hay bị nhiễm chéo.

Ca bệnh được xác nhận

Ca bệnh đáp ứng định nghĩa ca bệnh lâm sàng hoặc được xác nhận bằng xét nghiệm vi sinh.

Tổ chức Y tế Thế giới: định nghĩa năm 2014 về ca bệnh lao[39]

Chẩn đoán lao dựa trên lâm sàng

- Ca bệnh không đáp ứng tiêu chuẩn xác nhận về vi khuẩn học, nhưng đã được bác sĩ lâm sàng chẩn đoán lao hoạt động và đã hoàn thành toàn bộ một liệu trình điều trị lao
- Định nghĩa này bao gồm các ca bệnh được chẩn đoán trên cơ sở bất thường trên phim X-quang hoặc hình ảnh mô bệnh gợi ý, và các ca lao ngoài phổi không có xác nhận về vi khuẩn.
- Các ca bệnh chẩn đoán dựa trên lâm sàng sau đó được phát hiện vi khuẩn lao dương tính (trước hoặc sau khi bắt đầu điều trị) cần được phân loại lại là bệnh lao được xác nhận về vi khuẩn học.

Bệnh lao được xác nhận về vi khuẩn học

- Bệnh phẩm sinh học dương tính khi nhuộm soi dưới kính hiển vi, nuôi cấy hoặc các xét nghiệm chẩn đoán nhanh được WHO phê duyệt (ví dụ như Xpert MTB/RIF).

Các ca bệnh lao được xác nhận bằng vi khuẩn học hoặc được chẩn đoán lâm sàng cũng được phân loại theo:

- Vị trí giải phẫu của bệnh
- Tiền sử điều trị trước đây
- Khả năng kháng thuốc
- Tình trạng HIV.

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cách tiếp cận điều trị từng bước

Mục tiêu chính là chữa khỏi cho bệnh nhân và ngăn lây truyền bệnh lao sang cho người khác. Việc điều trị lao yêu cầu thời gian tối thiểu 6 tháng ngoại trừ lao phổi có kết quả nuôi cấy âm tính. Bác sĩ điều trị cũng đóng một vai trò trong y tế công đồng và do đó chịu trách nhiệm bảo đảm bệnh nhân tuân thủ thành công và hoàn thành điều trị.

Điều trị được bắt đầu khi có chẩn đoán xác định hoặc nghĩ nhiều đến lao và bao gồm một giai đoạn tấn công ban đầu và một giai đoạn duy trì sau đó.

Nếu có khả năng lây nhiễm, bệnh nhân cần được cách ly (tại nhà hay phòng bệnh thích hợp tại bệnh viện). Bác sĩ điều trị cần thảo luận các ca bệnh này với phòng y tế công đồng địa phương để tìm hiểu các yêu cầu cụ thể của địa phương và bắt đầu thăm dò tiếp xúc kịp thời. Tham khảo các hướng dẫn về những khuyến cáo mới nhất.

Người tiếp xúc với các bệnh nhân lao hoạt động có khả năng lây nhiễm

Những người có phơi nhiễm đáng kể trong 1 đến 2 năm trước cần được khảo sát bệnh lao hoạt động và nhiễm lao tiềm ẩn. Khuyến cáo lặp lại xét nghiệm LTBI (test lẩy da tuberculin hoặc định lượng interferon-gamma giải phóng) 8 đến 10 tuần sau khi phơi nhiễm lần cuối nếu đánh giá ban đầu được tực hiện trước đó và kết quả xét nghiệm ban đầu là âm tính. Quyết định có điều trị hay không tùy vào tính chất mới gần đây, thời gian, phạm vi gần và môi trường phơi nhiễm, cũng như tình trạng miễn dịch của người bị phơi nhiễm.[6]

Các hướng dẫn của Hoa Kỳ khuyến cáo dùng isoniazid hàng ngày trong 6 đến 9 tháng, rifampicin hàng ngày trong 4 tháng, hoặc tuần một lần isoniazid cộng với rifapentine trong 12 tuần.[9] [42] Các hướng dẫn của Anh Quốc và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo một lựa chọn bổ sung là dùng hàng ngày isoniazid cộng với rifampicin trong 3 tháng.[43] [44]

Phác đồ kết hợp isoniazid và rifapentine 12 tuần dưới dạng liệu pháp theo dõi trực tiếp (DOT) một lần/tuần được khuyến cáo cho người ≥12 tuổi do có hiệu quả tương đương phác đồ isoniazid 9 tháng tự dùng hàng ngày.[42] [45] Một nghiên cứu theo dõi đã cho thấy phác đồ kết hợp 12 tuần dưới dạng liệu pháp tự dùng có hiệu quả như DOT tại Hoa Kỳ mặc dù không quan sát thấy tỷ lệ tuân thủ tương tự tại các điểm nghiên cứu ngoài Hoa Kỳ.[46] Isoniazid cộng với rifapentine dùng một lần/tuần được thấy là có hiệu quả ở trẻ em từ 2 đến 17 tuổi.[47] Phác đồ liều 12 tuần không được khuyến cáo cho: trẻ <2 tuổi; bệnh nhân nhiễm HIV đang điều trị kháng retrovirus (ARV); phụ nữ mang thai hay phụ nữ dự kiến mang thai trong khi điều trị; và người mắc bệnh lao kháng isoniazid hoặc rifampicin.

Lựa chọn giữa phác đồ liều 12 tuần và các phác đồ được khuyến cáo khác tùy thuộc vào nhiều yếu tố như nguồn cung ứng thuốc; các hoạt động chương trình bao gồm cả theo dõi bệnh nhân; dự kiến việc hoàn thành điều trị có cân nhắc đến hoàn cảnh y tế và xã hội của bệnh nhân; các thuốc dùng đồng thời có thể gây tương tác thuốc; và các sở thích của bệnh nhân và bác sĩ kê đơn.

Ở bệnh nhân bị nhiễm lao tiềm ẩn và có bệnh đồng mắc thường gặp là bệnh lý thần kinh ngoại biên (ví dụ như nhiễm HIV, đái tháo đường, tăng urê huyết, nghiện rượu, suy dinh dưỡng), co giật và mang thai, cần cho dùng pyridoxine hàng ngày cùng với isoniazid để giúp phòng ngừa các tác dụng phụ liên quan đến hệ thần kinh.[9] Điều này cũng được khuyến cáo ở tất cả các bệnh nhân mắc lao hoạt động.

Phương pháp điều trị: bệnh lao hoạt động

Để giảm tỷ lệ không tuân thủ, liệu pháp điều trị có thể được cung cấp bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe kết hợp với cơ quan y tế cộng đồng tại địa phương bằng hình thức DOT. DOT có thể được áp dụng 5 ngày/tuần, hay 2 hoặc 3 lần/tuần tùy vào phác đồ và giai đoạn điều trị. Mặc dù một nghiên cứu tổng quan hệ thống đã kết luận rằng DOT không đem đến giải pháp cho tình trạng kém tuân thủ trong điều trị bệnh lao,[48] hướng dẫn của Hoa Kỳ và WHO[6] [49]

đặc biệt khuyến nghị sử dụng nó cho tất cả các bệnh nhân, đặc biệt ở một số nhóm dân số như bệnh kháng thuốc; đồng nhiễm HIV; lạm dụng chất gây nghiện; bệnh tâm thần; trẻ em và trẻ vị thành niên; và những người khác, theo ý kiến của bác sĩ, có thể không tuân thủ với liệu pháp tự dùng.[50] Lliệu pháp điều trị từng đợt cần phải được giám sát. Liệu pháp không giám sát (liệu pháp tự dùng [SAT]) cần thực hiện hàng ngày, 7 ngày/tuần. Có thể sử dụng các phác đồ khác; tham khảo hướng dẫn để biết chi tiết.[6]

Giai đoạn tấn công

Điều trị giai đoạn tấn công ban đầu bao gồm các thuốc được ưu tiên là isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, ethambutol và kéo dài trong 8 tuần. Có thể ngừng ngay ethambutol nếu chủng M. tuberculosis phân lập nhạy cảm với isoniazid và rifampicin.[6] Điều trị corticosteroid bổ trợ không có khả năng đem lại lợi ích đáng kể trên bệnh nhân lao phổi, và do đó không khuyến cáo dùng thường quy.[51]

Giai đoạn duy trì

Nếu M. tuberculosis nhạy cảm với isoniazid và rifampicin, trong giai đoạn duy trì, bệnh nhân được dùng isoniazid và rifampicin trong 4 tháng (tức là tổng cộng 6 tháng điều trị) ngoại trừ các nhóm sau cần có giai đoạn duy trì kéo dài 7 tháng (tổng cộng 9 tháng):

- Bệnh nhân không dùng pyrazinamide trong giai đoạn tấn công
- Nhạy với isoniazid và rifampicin, nhưng kháng pyrazinamide
- Bệnh nhân lao phổi tạo hang trên phim XQ ngực và nuôi cấy đờm dương tính 2 tháng sau điều trị. [Fig-1]

Cũng cần cân nhắc kéo dài giai đoạn duy trì (đến tổng cộng 9 tháng) ở bệnh nhân lao phổi tạo hang trên phim XQ ngực hoặc nuôi cấy đờm dương tính 2 tháng sau điều trị và đồng thời: dương tính với HIV; nhẹ cân; có tổn thương rộng trên phim XQ ngực; đái tháo đường; hoặc đang hút thuốc.[6]

Bệnh nhân được cho là có khả năng lây nhiễm cho đến khi:

- Nhuộm soi AFB 3 mẫu liên tiếp âm tính
- Đã được điều trị theo liệu pháp tiêu chuẩn trong ít nhất 2 tuần
- Có cải thiện lâm sàng khi điều trị bệnh lao.

Gián đoạn điều trị

Gián đoạn trong điều trị lao thường khá phổ biến. Quyết định sau đó liệu nên bắt đầu lại toàn bộ quá trình điều trị hay chỉ đơn giản là tiếp tục điều trị. Theo một hướng dẫn chung là, càng mới bắt đầu quá trình điều trị và thời gian ngừng điều trị càng lâu, thì càng nhiều khả năng cần phải quay lại từ đầu giai đoạn điều trị tấn công.[6]

Hướng dẫn về cách quản lý gián đoạn điều trị có trong các hướng dẫn của Hội Lồng ngực Hoa Kỳ/Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ/Hội Bệnh Truyền nhiễm Hoa Kỳ và được tóm tắt bên dưới.[6]

Gián đoạn điều trị trong giai đoạn tấn công:

- thời gian <14 ngày - tiếp tục điều trị theo kế hoạch (phải hoàn thành tất cả các liều trong vòng 3 tháng)
- thời gian ≥14 ngày - bắt đầu điều trị lại hoàn toàn.

Gián đoạn điều trị trong giai đoạn duy trì:

- Đã dùng ≥80% tổng liều và xét nghiệm ban đầu có nhuộm soi AFB đờm âm tính - sau đó có thể không cần điều trị nữa

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

- Đã dùng ≥80% tổng liều và xét nghiệm ban đầu có nhuộm soi AFB đờm dương tính - tiếp tục điều trị và dùng hết tất cả các liều
- Đã dùng <80% tổng liều và tổng thời gian ngừng thuốc tích lũy <3 tháng - tiếp tục điều trị cho đến khi hoàn thành tất cả các liều trừ khi thời gian ngừng thuốc kéo dài liên tục >2 tháng. Nếu không thể hoàn thành phác đồ điều trị trong khoảng thời gian khuyến cáo thì bắt đầu lại điều trị từ đầu (tức là từ giai đoạn chuyên sâu)
- Đã dùng <80% tổng liều và thời gian ngừng thuốc là ≥3 tháng - bắt đầu điều trị lại từ đầu (tức là từ giai đoạn tấn công).

Bệnh nhân đồng nhiễm HIV

Việc điều trị cho bệnh nhân HIV dương tính tương tự như bệnh nhân HIV âm tính. Liệu pháp điều trị có thể là DOT hoặc SAT mặc dù DOT hiện đang được khuyến cáo cho các bệnh nhân HIV dương tính[6]

Bệnh nhân HIV vẫn có thể duy trì điều trị bằng phác đồ chuẩn, nhưng có thể cân nhắc dùng rifabutin thay cho rifampicin, tùy vào phác đồ kháng retrovirus (ARV) mà bệnh nhân dùng. Rifampicin được cho là có thể chấp nhận với phác đồ ARV sau: efavirenz + 2 nucleoside analogue.[52] Các phác đồ khác có thể được sử dụng với rifampicin bao gồm: nevirapine + 2 nucleoside analogue, zidovudine/lamivudine/abacavir/tenofovir, và zidovudine/lamivudine/tenofovir.[52] Rifabutin ít gây ảnh hưởng lên nồng độ thuốc ức chế protease trong huyết thanh hơn so với rifampicin. Bệnh nhân đang sử dụng phác đồ ARV có thuốc ức chế protease cần được điều trị với rifabutin thay vì rifampicin trong phác đồ điều trị lao của họ. Khuyến cáo hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa khi cân nhắc sử dụng rifabutin trên bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế protease.

Trong giai đoạn duy trì, không khuyến cáo dùng thuốc một hay hai lần/tuần. Thay vào đó, khuyến cáo nên thực hiện phác đồ hàng ngày (ưu tiên) hoặc 3 lần/tuần.[6] [53]Khởi trị với ARV sớm nhất có thể sau khi bắt đầu điều trị lao là phù hợp theo hướng dẫn của WHO.[54] [55] [56] Tỷ lệ sống sót được cải thiện ở những người đồng nhiễm HIV có số lượng CD4+ <50 tế bào/mL nếu được điều trị bằng liệu pháp ARV trong vòng 2 tuần sau khi bắt đầu điều trị lao.[57] [58] [59] Nếu một bệnh nhân đồng nhiễm HIV và lao chưa được khởi trị bằng liệu pháp ARV, thì cần cân nhắc kéo dài thời gian điều trị bệnh lao đến 9 tháng (tức là thêm 3 tháng trong giai đoạn duy trì).[6] Cũng cần cân nhắc kéo dài giai đoạn duy trì ở nhưng bệnh nhân có tổn thương dạng hang trên phim XQ ngực hoặc nuôi cấy đờm dương tính sau 2 tháng điều trị và đồng nhiễm HIV.[6] Việc điều trị đối với những bệnh nhân có thêm bệnh đồng mắc rất phức tạp và sẽ cần đến tư vấn thông qua hội chẩn.

Suy giảm chức năng thận

Bệnh nhân suy giảm chức năng thận nhưng có độ thanh thải creatinine >30 mL/phút nên được điều trị theo liều tiêu chuẩn. Tuy nhiên, cần cân nhắc theo dõi nồng độ thuốc trong huyết thanh.[6] Ở bệnh nhân có độ thanh thải creatinine <30 mL/phút, sử dụng ethambutol và pyrazinamide 3 lần/tuần (liều dùng sau khi lọc máu nếu bệnh nhân đang lọc máu; khuyến cáohội chẩn với chuyên gia).[6]

Viêm gan do thuốc hoặc tiền sử bệnh gan từ trước

Cần chỉ định xét nghiệm viêm gan A, B, và C nếu bệnh nhân không có bệnh gan từ trước nhưng có kết quả xét nghiệm chức năng gan bất thường. Cần hỏi bệnh nhân về các chất gây độc đối với gan, kể cả việc uống bia rượu. Cần kiểm tra chức năng gan ban đầu (men gan, bilirubin, phosphatase kiềm). Cần xét nghiệm chức năng gan hàng tháng ở những bệnh nhân có chức năng gan ban đầu bất thường, bệnh gan nền, đồng nhiễm HIV và yếu tố nguy cơ gây viêm gan khác.

Isoniazid, rifampicin, và pyrazinamide đều có thể gây ra hoặc làm trầm trọng thêm bệnh gan. Quyết định về việc có an toàn khi tiếp tục dùng 1, 2, hay cả 3 thuốc này hay không tùy thuộc vào mức độ nặng của bệnh gan. Tình trạng tăng ALT không có triệu chứng xảy ra ở 20% bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ có chứa các thuốc này. Nếu tăng <5

lần giới hạn trên của giá trị bình thường (ULN) và không có triệu chứng, hoặc <3 lần ULN và có triệu chứng, thì có thể tiếp tục phác đồ các thuốc hàng một, nhưng cần theo dõi chức năng gan và các triệu chứng.

Nếu ALT tăng hơn 5 lần ULN, hay hơn 3 lần ULN và có triệu chứng, cần dừng các thuốc gây độc cho gan và bắt đầu điều trị bằng ít nhất 3 thuốc không có tác dụng gây độc cho gan (ví dụ như ethambutol, fluoroquinolone, và aminoglycoside) đặc biệt khi gánh nặng về bệnh lao nhiều hơn mức tối thiểu. Có thể tiếp tục với 1 hoặc 2 thuốc có hiệu quả hơn, isoniazid và/hoặc rifampicin, đồng thời theo dõi cẩn thận chức năng gan, đặc biệt là khi ALT <2 lần ULN. Các thuốc này có thể được cho dùng lại lần lượt, từng thuốc một, chờ 4 đến 7 ngày trước khi thêm thuốc tiếp theo. Trước khi cho dùng mỗi loại thuốc mới, cần kiểm tra chức năng gan. Nếu xuất hiện tăng ALT, thì thuốc sử dụng gần đây nhất có khả năng là thuốc gây viêm gan.[6] [60]

Mặc dù rifabutin có thể gây tổn thương gan (chủ yếu là kiểu tắc mật như rifampicin), thuốc này cho thấy là ít gây độc gan hơn so với rifampicin và có thể thay cho rifampicin để hoàn thành phác đồ điều trị bệnh lao ngắn hạn. Ví dụ, nếu tổn thương gan tái phát khi cho dùng lại rifampicin, có thể cân nhắc thay thế bằng rifabutin.

Việc điều trị đối với những bệnh nhân có thêm bệnh đồng mắc rất phức tạp và sẽ cần đến tư vấn thông qua hội chẩn.

Mang thai và cho con bú

Phụ nữ mang thai nghi ngờ bị lao hoạt động cần được điều trị vì có nguy cơ lây bệnh lao sang cho bào thai. Điều trị ban đầu thường bắt đầu với isoniazid, rifampicin, và ethambutol. Pyrazinamide có thể an toàn và được cân nhắc bổ sung cho phác đồ ba thuốc. Tổng thời gian điều trị tối thiểu là 9 tháng đối ới phụ nữ chưa dùng pyrazinamide trong phác đồ ban đầu.[6]

Phụ nữ đang điều trị thuốc chống lao có thể cho con bú vì chỉ có một nồng độ thấp thuốc đi vào sữa. Tuy nhiên, nồng độ thuốc đó không đủ cao để đem lại điều trị hiệu quả cho đứa con.[6]

Việc điều trị đối với những bệnh nhân có thêm bệnh đồng mắc rất phức tạp và sẽ cần đến tư vấn thông qua hội chẩn.

Lao đa kháng thuốc (MDR-TB)

Lao đa kháng thuốc được định nghĩa là kháng đồng thời isoniazid và rifampicin, kèm theo kháng hoặc không kháng các thuốc hàng một khác. Lao siêu kháng thuốc (XDR-TB) được định nghĩa là lao đa kháng kèm theo kháng bất kỳ thuốc nào trong nhóm fluoroquinolone, và ít nhất một trong 3 thuốc tiêm hàng hai (amikacin, capreomycin, và kanamycin).[61]

Có thể nghi ngờ kháng thuốc dựa trên thông tin tiền sử hoặc dịch tễ. Việc điều trị yêu cầu cần hội chẩn với chuyên gia.

WHO khuyến cáo một phác đồ ngắn hoặc dài hơn (thông thường) để điều trị cho bệnh nhân lao kháng thuốc.[62]

Phác đồ điều trị MDR-TB ngắn hơn đề cập đến thời gian điều trị lao kháng rifampicin (RR) hoặc MDR-TB kéo dài 9 đến 12 tháng, phần lớn được tiêu chuẩn hóa, bao gồm 2 giai đoạn riêng biệt:

- Giai đoạn tấn công 4 tháng, có thể kéo dài tối đa thành 6 tháng trong trường hợp không có biến đổi xét nghiệm nhuộm soi đờm và bao gồm các thuốc sau:
    - gatifloxacin hoặc moxifloxacin
    - kanamycin
    - prothionamide
    - Clofazimine:
    - isoniazid (liều cao)

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

- pyrazinamide
- ethambutol

- Sau đó là giai đoạn duy trì trong 5 tháng và bao gồm các thuốc sau:

- gatifloxacin hoặc moxifloxacin
- Clofazimine:
- pyrazinamide
- ethambutol.

Phác đồ rút ngắn này chỉ được khuyến cáo cho bệnh nhân không mang thai mắc lao phổi RR hay MDR, người chưa điều trị bằng các thuốc hàng hai và ở người đã loại trừ hoặc được cho là không có khả năng kháng các fluoroquinolone và thuốc tiêm hànghai.

Phác đồ ngắn hạn của WHO là bước tiến lớn đối với điều kiện có thu nhập thấp và vừa, là những nơi có thể không có khả năng tiếp cận được với xét nghiệm kháng sinh đồ thuốc hànghai. Ở những nơi có khả năng kiểm tra kháng sinh đồ thuốc hàng hai, việc xây dựng phác đồ phù hợp sẽ dựa trên kết quả kháng sinh đồ. Phác đồ ngắn hạn có thể khiến bệnh nhân phải dùng thuốc không có chỉ định.

Phác đồ dài hạn, trước đây được gọi là điều trị thông thường, đề cập đến các phác đồ trị lao RR hay MDR kéo dài từ 18 tháng trở lên và có thể được chuẩn hóa hay cá nhân hóa.

WHO khuyến cáo phác đồ lao MDR dài hạn bao gồm ít nhất 5 thuốc trong giai đoạn tấn công có thể có hiệu quả. Phác đồ này bao gồm pyrazinamide cộng với 4 thuốc hàng hai chính: một từ nhóm A (levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin); một từ nhóm B (amikacin, capreomycin, kanamycin, streptomycin); và ít nhất 2 từ nhóm C (prothionamide, cycloserine, linezolid, clofazimine). Nếu không đủ số lượng tối thiểu các loại thuốc từ các thuốc này, một thuốc từ nhóm D2 (bedaquiline ở người lớn, delamanid ở trẻ em từ 6 đến 17 tuổi và người lớn) và các thuốc khác từ nhóm D3 (axit aminosalicylic, imipenem/cilastatin, meropenem, amoxicillin/clavulanate, thiacetazone) có thể được thêm vào để đưa tổng số thuốc lên 5. Có thể củng cố thêm phác đồ bằng isoniazid liều cao và/hoặc ethambutol. Phác đồ cụ thể cần được lựa chọn bởi bác sĩ chuyên khoa về điều trị MDR-TB.[62] Tổng số thuốc điều trị lao được đưa vào phác đồ cần cân bằng giữa lợi ích kỳ vọng với nguy cơ từ các tác dụng phụ và việc không tuân thủ khi gánh nặng về thuốc tăng.

Phác đồ dài hạn này được khuyến cáo cho tất cả các bệnh nhân không đáp ứng các tiêu chuẩn dùng phác đồ ngắn hạn.[62]

Ở bệnh nhân mắc lao RR hoặc MDR, có thể phẫu thuật cắt phổi một phần tùy chọn (cắt thùy phổi hoặc cắt hình chêm) cùng với phác đồ điều trị lao MDR theo khuyến cáo.[62]

Điều trị cho các bệnh nhân có thêm bệnh đồng mắc rất phức tạp và cần thảo luận với bác sĩ chuyên khoa.

Điều trị thất bại và lao tái phát

WHO định nghĩa điều trị thất bại là nhuộm soi hoặc nuôi cấy đờm dương tính vào 5 tháng hoặc muộn hơn trong quá trình điều trị lao.[49] Khi nhuộm soi hoặc nuôi cấy đờm vẫn dương tính trên 2 đến 3 tháng trong quá trình điều trị lao, phải xác minh lại việc tuân thủ điều trị thuốc lao. Lao kháng thuốc mới xuất hiện trong quá trình điều trị và tình trạng kém hấp thu thuốc lao qua đường tiêu hóa cũng cần được đánh giá.

Lao tái phát là ca bệnh lao trước đây được cho là đã điều trị lao thành công. Các trường hợp lao tái phát bao gồm tái phát do cùng một chủng trực khuẩn lao gây ra đợt bệnh trước đây, cũng như các đợt bệnh lao mới do tái phơi nhiễm dẫn đến tái nhiễm lao lại. Tại Hoa Kỳ, nhìn chung tái phát là hậu quả của việc vi khuẩn lao ban tái hoạt động trở lại (tái phát) trong khi tại các nước lưu hành dịch lao, nó có thể là kết quả của tái nhiễm khuẩn từ bên ngoài. Hầu hết các

trường hợp tái phát xảy ra trong 6 đến 12 tháng đầu sau khi hoàn tất điều trị và xuất hiện ở 2% đến 5% bệnh nhân được điều trị phù hợp.[63]

Nếu ban đầu bệnh nhân có các chủng phân lập nhạy cảm với thuốc và việc điều trị được quan sát trực tiếp, tái phát sẽ có khả năng là hậu quả của cùng các vi khuẩn nhạy cảm đó và có thể sử dụng liệu pháp điều trị trước đó. Tuy nhiên, nếu ban đầu bệnh nhân điều trị theo liệu pháp tự dùng thuốc, có nhiều khả năng có sự phát triển vi khuẩn kháng thuốc hơn. Trong tình huống này, hoặc nếu trước đó chưa làm xét nghiệm kháng sinh đồ, thì cần cân nhắc phác đồ điều trị MDR-TB mở rộng bổ sung ít nhất 2 thuốc mới chưa được dùng trước đây.

Nếu nghi ngờ tái nhiễm lao ngoại sinh, điều trị lao cần được dựa trên hồ sơ kháng sinh đồ của nguồn lây bệnh, nếu đã biết.[6]

Tổng quan về các chi tiết điều trị

Tham khảo cơ sở dữ liệu dược địa phương của quý vị để biết thông tin toàn diện về thuốc, bao gồm các chống chỉ định, tương tác giữa các loại thuốc, và liều dùng thay thế. (xem Tuyên bố miễn trách nhiệm)

bắt đầu		(tóm tắt)
Lao tiềm ẩn: âm tính với HIV, không mang thai		
	1	**điều trị thuốc chống lao cho nhiễm lao tiềm ẩn**
Lao tiềm ẩn: dương tính với HIV, không mang thai		
	1	**điều trị thuốc chống lao cho nhiễm lao tiềm ẩn**
Lao tiềm ẩn: mang thai		
	1	**điều trị thuốc chống lao cho nhiễm lao tiềm ẩn**

Cấp tính		(tóm tắt)
Lao hoạt động HIV âm tính, không mang thai: không có rối loạn chức năng gan		
	1	
không nghĩ đến đa kháng thuốc	**1**	**liệu pháp giai đoạn tấn công**
	thêm	**liệu pháp giai đoạn duy trì**
đa kháng thuốc	**1**	**phác đồ ngắn hạn (giai đoạn tấn công)**
	thêm	**Phác đồ ngắn hạn (giai đoạn duy trì)**
	1	**phác đồ dài hạn (phác đồ chính)**
	bổ sung	**phác đồ dài hạn (thuốc bổ sung)**
	thêm	**isoniazid liều cao và/hoặc ethambutol**
	bổ sung	**phẫu thuật**

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính (tóm tắt)

Lao hoạt động HIV dương tính, không mang thai: không có rối loạn chức năng gan		
không nghĩ đến đa kháng thuốc	**1**	**liệu pháp giai đoạn tấn công**
	thêm	**liệu pháp giai đoạn duy trì**
đa kháng thuốc	**1**	**phác đồ ngắn hạn (giai đoạn tấn công)**
	thêm	**Phác đồ ngắn hạn (giai đoạn duy trì)**
	1	**phác đồ dài hạn (phác đồ chính)**
	bổ sung	**phác đồ dài hạn (thuốc bổ sung)**
	thêm	**isoniazid liều cao và/hoặc ethambutol**
	bổ sung	**phẫu thuật**
Lao hoạt động trên phụ nữ mang thai		
	1	**hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa**
Lao hoạt động, không mang thai: rối loạn chức năng gan do thuốc hoặc có trước		
	1	**hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa**

Tiếp diễn (tóm tắt)

Lao tái phát		
	1	**hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa**

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Các lựa chọn điều trị

bắt đầu

Lao tiềm ẩn: âm tính với HIV, không mang thai

1 **điều trị thuốc chống lao cho nhiễm lao tiềm ẩn**

Các lựa chọn sơ cấp

» isoniazid: liều 5 mg/kg uống một lần/ngày trong 6-9 tháng, liều tối đa 300 mg, hoặc 15 mg/kg qua đường uống tuần hai lần trong 6-9 tháng, tối đa 900 mg/liều
-và-
» pyridoxine: cân nhắc liều 25 mg đường uống một lần/ngày

HOẶC

» isoniazid: liều 15 mg/kg uống một lần/tuần trong 12 tuần, liều tối đa 900 mg
-và-
» rifapentine: liều dựa trên trọng lượng ngoài mỡ trong cơ thể và dạng bào chế viên nén có sẵn; tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa, hướng dẫn hay quy trình tại cơ sở về hướng dẫn liều dùng
-và-
» pyridoxine: cân nhắc dùng liều 50 mg uống một lần/lần

HOẶC

» rifampicin: liều 10 mg/kg uống một lần/ngày trong 4 tháng, liều tối đa 600 mg

» Những người có phơi nhiễm đáng kể với ca bệnh lao hoạt động có khả năng lây nhiễm trong 1 đến 2 năm trước cần được đánh giá bệnh lao hoạt động và nhiễm lao tiềm ẩn. Khuyến cáo thực hiện lặp lại xét nghiệm LTBI (test lẩy da tuberculin hoặc định lượng interferon-gamma giải phóng) 8 đến 10 tuần sau lần phơi nhiễm cuối nếu có đánh giá ban đầu trước thời điểm này và kết quả xét nghiệm ban đầu âm tính.

» Ở những người có test lẩy da dương tính (thường với cục sần ≥5 mm ở nhóm bệnh nhân này) nhưng không có dấu hiệu lâm sàng hoặc vi sinh của nhiễm lao hoạt động, có thể cân nhắc điều trị nhiễm lao tiềm ẩn trước.

» Quyết định có điều trị hay không tùy vào thời gian, phạm vi và môi trường phơi nhiễm, cũng như tình trạng miễn dịch của người tiếp xúc đã phơi nhiễm.[6]

» Các hướng dẫn của Hoa Kỳ khuyến cáo dùng isoniazid hàng ngày trong 6 đến 9 tháng, rifampicin

ĐIỀU TRỊ

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

bắt đầu

hàng ngày trong 4 tháng, hoặc tuần một lần isoniazid cộng với rifapentine trong 12 tuần.[9] [42]

» Các hướng dẫn của Anh Quốc và Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo một lựa chọn bổ sung là dùng isoniazid hàng ngày cộng với rifampicin trong 3 tháng.[43] [44]

» Các phác đồ khác nhau được nêu chi tiết dưới đây; cần thực hiện các phác đồ hai lần/tuần kết hợp với liệu pháp theo dõi trực tiếp (DOT). Cũng có thể sử dụng các phác đồ một lần/tuầnvà 3 lần/tuần.

» Pyridoxine được khuyến cáo sử dụng, đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường, suy thận, nhiễm HIV, nghiện rượu, suy dinh dưỡng, hoặc bệnh lý thần kinh ngoại biên có trước đó, và cho phụ nữ mang thai và cho con bú; tuy nhiên, nhiều bác sĩ lâm sàng cũng bổ sung pyridoxine vào phác đồ trong các trường hợp khác.

» Lý tưởng là tất cả các thuốc trong phác đồ chỉ định được uống tại cùng thời điểm trong ngày nếu có thể. Nếu bệnh nhân không thể dung nạp được gánh nặng thuốc, có thể cho dùng riêng các loại thuốc khác nhau nhưng liều của mỗi thuốc không nên chia nhỏ ra. Tham khảo các hướng dẫn để biết thông tin về liều lượng.[6]

» Phác đồ kết hợp isoniazid và rifapentine trong 12 tuần sử dụng DOT một lần/tuần được khuyến cáo cho người ≥12 tuổi vì nó có hiệu quả như phác đồ isoniazid 9 tháng tự dùng hàng ngày.[42] [45] Một nghiên cứu theo dõi đã cho thấy phác đồ kết hợp 12 tuần dưới dạng liệu pháp tự dùng có hiệu quả như DOT tại Hoa Kỳ mặc dù không quan sát thấy tỷ lệ tuân thủ tương tự tại các điểm nghiên cứu ngoài Hoa Kỳ.[46] Isoniazid cộng với rifapentine dùng một lần/tuần được thấy là có hiệu quả ở trẻ em từ 2 đến 17 tuổi.[47] Cách phối hợp này không được khuyến cáo đối với: trẻ <2 tuổi; bệnh nhân nhiễm HIV đang điều trị kháng retrovirus; phụ nữ mang thai hoặc dự kiến mang thai trong khi điều trị; và người được cho là mắc lao kháng isoniazid hoặc rifampicin. Rifapentine có thể không có tại một số nước.

» Bệnh nhân có bệnh đồng mắc, hoặc có chống chỉ định điều trị, cần hội chẩn với chuyên gia trước khi điều trị.

» Có thể sử dụng rifampicin nếu kháng isoniazid, nhạy rifampicin được ghi nhận, hoặc khi có tình trạng không dung nạp isoniazid.

Lao tiềm ẩn: dương tính với HIV, không mang thai

1 **điều trị thuốc chống lao cho nhiễm lao tiềm ẩn**

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

bắt đầu

Các lựa chọn sơ cấp

» isoniazid: liều 5 mg/kg uống một lần/ngày trong 6-9 tháng, liều tối đa 300 mg, hoặc 15 mg/kg qua đường uống tuần hai lần trong 6-9 tháng, tối đa 900 mg/liều
-và-
» pyridoxine: 25 mg đường uống ngày một lần

Các lựa chọn thứ cấp

» rifampicin: liều 10 mg/kg uống một lần/ngày trong 4 tháng, liều tối đa 600 mg

HOẶC

» rifabutin: Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn kết hợp thuốc và liều dùng phù hợp

» Có thể sử dụng rifampicin nếu ghi nhận tình trạng phơi nhiễm nhạy rifampicin, kháng isoniazid hoặc nếu ghi nhận tình trạng không dung nạp isoniazid. Có thể dùng rifabutin thay rifampicin tùy thuộc vào phác đồ kháng retrovirus đang được sử dụng. Khuyến cáo nên hội chẩn bác sĩ chuyên khoa khi xem xét sử dụng rifabutin.

» Khuyến cáo sử dụng pyridoxine cho bệnh nhân đang dùng isoniazid.

Lao tiềm ẩn: mang thai

1 điều trị thuốc chống lao cho nhiễm lao tiềm ẩn

Các lựa chọn sơ cấp

» isoniazid: liều 5 mg/kg uống một lần/ngày trong 6-9 tháng, liều tối đa 300 mg, hoặc 15 mg/kg qua đường uống tuần hai lần trong 6-9 tháng, tối đa 900 mg/liều
-và-
» pyridoxine: 25 mg đường uống ngày một lần

HOẶC

» rifampicin: liều 10 mg/kg uống một lần/ngày trong 4 tháng, liều tối đa 600 mg

» Mang thai ảnh hưởng rất ít đến tiến triển từ nhiễm lao tiềm ẩn thành bệnh lao hoạt động và phụ nữ mang thai cần được xét nghiệm dựa trên các yếu tố nguy cơ hiện có. Nếu có nguy cơ cao tiến triển thành bệnh lao (ví dụ như nhiễm lao gần đây, nhiễm HIV), chỉ định điều trị ngay lập tức. Mặt khác, có thể trì hoãn điều trị cho đến ít nhất 3 tháng sau sinh do tăng tỷ lệ xuất hiện viêm gan nặng do thuốc trong thời kỳ chu sinh.

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

bắt đầu

» Khuyến cáo sử dụng pyridoxine ở bệnh nhân đang dùng isoniazid, đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường, suy thận, nhiễm HIV, nghiện rượu, suy dinh dưỡng, hay có bệnh lý thần kinh ngoại biên từ trước, và cho phụ nữ mang thai và cho con bú; tuy nhiên, nhiều bác sĩ lâm sàng cũng thêm pyridoxine vào phác đồ trong các trường hợp khác.

» Khuyến cáo nên hội chẩn bác sĩ chuyên khoa trong thời gian mang thai.

Cấp tính

Lao hoạt động HIV âm tính, không mang thai: không có rối loạn chức năng gan

Lao hoạt động HIV âm tính, không mang thai: không có rối loạn chức năng gan — **1**

- **không nghĩ đến đa kháng thuốc** — **1** — **liệu pháp giai đoạn tấn công**

Các lựa chọn sơ cấp

» isoniazid: 5 mg/kg đường uống, một lần/ngày, liều tối đa 300 mg; hoặc 15 mg/kg đường uống, hai lần/tuần, liều tối đa 900 mg; hoặc 15 mg/kg đường uống, ba lần/tuần, liều tối đa 900 mg
-và-
» pyridoxine: 25 mg đường uống ngày một lần
-và-
» rifampicin: 10 mg/kg đường uống, một lần/ngày, liều tối đa 600 mg; hoặc 10 mg/kg đường uống, hai lần/tuần, liều tối đa 600 mg; hoặc 10 mg/kg đường uống, ba lần/tuần, liều tối đa 600 mg
-và-
» pyrazinamide: liều dựa trên trọng lượng ngoài mỡ trong cơ thể và dạng bào chế viên nén có sẵn; tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa, hướng dẫn hay quy trình tại cơ sở về hướng dẫn liều dùng
-và-
» ethambutol: liều dựa trên trọng lượng ngoài mỡ trong cơ thể và dạng bào chế viên nén có sẵn; tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa, hướng dẫn hay quy trình tại cơ sở về hướng dẫn liều dùng

» Có thể là liệu pháp theo dõi trực tiếp (DOT) hoặc tự dùng (SAT). Dựa trên bằng chứng từ các thử nghiệm ngẫu nhiên, có nhóm chứng ở bệnh nhân HIV âm tính và các thử nghiệm không ngẫu nhiên ở bệnh nhân HIV dương tính, thuốc điều trị hàng một bao gồm isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, và ethambutol.[6] [64] [65] Cần dừng ethambutol nếu chủng phân lập nhạy với isoniazid và rifampicin.

» Khuyến cáo sử dụng pyridoxine đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường, suy thận, nhiễm HIV, nghiện rượu, suy dinh dưỡng, hay có bệnh lý thần kinh ngoại

Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

biên từ trước, và cho phụ nữ mang thai và cho con bú; tuy nhiên, nhiều bác sĩ lâm sàng cũng thêm pyridoxine vào phác đồ trong các trường hợp khác. Cần dùng pyridoxine cùng với isoniazid để giúp ngăn ngừa bệnh lý thần kinh liên quan đến isoniazid và được khuyến cáo trong mọi ca bệnh lao hoạt động.

» Pyrazinamide chỉ được sử dụng trong giai đoạn tấn công và cho phép rút ngắn phác đồ điều trị từ 9 tháng xuống 6 tháng. Không khuyến cáo cho bệnh nhân bị viêm khớp do gút cấp (nhưng có thể dùng cho bệnh nhân có tiền sử bị gút trước đây) hoặc phụ nữ mang thai do có ít thông tin về dữ liệu an toàn.

» Cần hội chẩn với chuyên gia ở bệnh nhân có độ thanh thải creatinine <30 mL/phút.

» Nếu sử dụng SAT, cần dùng thuốc hàng ngày, 7 ngày/tuần trong 8 tuần. Nếu sử dụng DOT, ưu tiên dùng liều hàng ngày với DOT vào các ngày trong tuần.[6] Có thể dùng thuốc 3 lần/tuần trong 8 tuần nếu bệnh nhân HIV âm tính, không có tổn thương dạng hang và nhuộm soi âm tính. Dùng thuốc hai lần/tuần không còn được khuyến cáo nhưng có thể cân nhắc ở bệnh nhân âm tính với HIV có không có tổn thương dạng hang và nhuộm soi âm tính sau 2 tuần đầu điều trị hàng ngày. Liều khuyến cáo phụ thuộc vào số lần dùng thuốc được chọn. Lý tưởng nhất là tất cả các thuốc trong phác đồ chỉ định được dùng cùng thời điểm trong ngày nếu có thể. Nếu bệnh nhân không thể dung nạp gánh nặng thuốc, có thể dùng riêng các loại thuốc khác nhau nhưng liều của mỗi thuốc không nên chia nhỏ ra. Sau tuần thứ 8, cần bắt đầu giai đoạn duy trì. Hội Lồng ngực Hoa Kỳ đưa ra hướng dẫn chung trình bày chi tiết các phác đồ liều dùng được khuyến cáo.[6]

thêm **liệu pháp giai đoạn duy trì**

Các lựa chọn sơ cấp

» isoniazid: 5 mg/kg đường uống, một lần/ngày, liều tối đa 300 mg; hoặc 15 mg/kg đường uống, ba lần/tuần, liều tối đa 900 mg
-và-
» pyridoxine: 25 mg đường uống ngày một lần
-và-
» rifampicin: 10 mg/kg đường uống, một lần/ngày, liều tối đa 600mg; hoặc 10 mg/kg đường uống, ba lần/tuần, liều tối đa 600mg

» Giai đoạn duy trì kéo dài 18 tuần sau khi hoàn thành giai đoạn tấn công. Lý tưởng nhất là dùng tất cả các thuốc trong phác đồ chỉ định tại cùng thời điểm trong ngày nếu có thể. Nếu bệnh nhân không thể dung nạp nhiều thuốc, có thể dùng riêng các loại thuốc khác nhau nhưng liều của mỗi thuốc không nên chia nhỏ ra. Ưu tiên dùng thuốc hàng ngày trong suốt giai đoạn giai

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

đoạn. Tuy nhiên, nếu chọn dùng thuốc từng đợt, thì ưu tiên điều trị 3 lần/tuần hơn là hai lần/tuần.[6]

» Khuyến cáo sử dụng pyridoxine đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường, suy thận, nhiễm HIV, nghiện rượu, suy dinh dưỡng, hay có bệnh lý thần kinh ngoại biên từ trước, và cho phụ nữ mang thai và cho con bú; tuy nhiên, nhiều bác sĩ lâm sàng cũng thêm pyridoxine vào phác đồ trong các trường hợp khác. Cần dùng pyridoxine cùng với isoniazid để giúp ngăn ngừa bệnh lý thần kinh liên quan đến isoniazid và được khuyến cáo trong mọi ca bệnh lao hoạt động.

» Nếu bệnh nhân không dùng pyrazinamide trong 8 tuần đầu, giai đoạn duy trì cần kéo dài 31 tuần (tổng cộng điều trị trong 39 tuần). Cũng cần kéo dài thời gian điều trị nếu bệnh nhân có tổn thương dạng hang và nuôi cấy đờm dương tính sau 2 tháng điều trị, hoặc có chủng kháng pyrazinamide.

» Cũng cần cân nhắc kéo dài giai đoạn duy trì ở những bệnh nhân có tổn thương dạng hang trên XQ ngực hoặc nuôi cấy đờm dương tính 2 tháng sau điều trị và đồng thời: HIV dương tính; nhẹ cân; có tổn thương lan tỏa trên XQ ngực; đái tháo đường; đang hút thuốc.[6]

đa kháng thuốc **1**

phác đồ ngắn hạn (giai đoạn tấn công)

Các lựa chọn sơ cấp

» gatifloxacin
-hoặc-
» Moxifloxacin
--VÀ--
» kanamycin
-và-
» prothionamide
-và-
» Clofazimine:
-và-
» isoniazid
-và-
» pyrazinamide
-và-
» ethambutol

» Khuyến cáo chỉ sử dụng phác đồ ngắn hạn cho bệnh nhân không mang thai mắc lao phổi kháng rifampicin (RR) hoặc đa kháng (MDR), chưa điều trị bằng các thuốc hàng hai và đã loại trừ hoặc được coi là ít có khả năng kháng fluoroquinolone và các thuốc tiêm hàng hai.[62]

» Có thể nghi ngờ kháng thuốc dựa trên thông tin tiền sử hoặc dịch tễ. Việc điều trị yêu cầu cần hội chẩn với chuyên gia.

 © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

» Phác đồ cuối cùng cần dựa vào kết quả kháng sinh đồ.

» Phác đồ lao đa kháng ngắn hạn đề cập đến thời gian điều trị lao kháng rifampicin hoặc lao đa kháng kéo dài 9 đến 12 tháng. Giai đoạn tấn công trong 4 tháng, nhưng có thể kéo dài đến 6 tháng ở bệnh nhân không có biến đổi kết quả nhuộm soi đờm.[62]

» Việc điều trị trên những bệnh nhân có bệnh đồng mắc rất phức tạp, và sẽ cần lời khuyên của bác sĩ chuyên khoa.

» Phác đồ cụ thể phải do bác sĩ chuyên khoa về điều trị lao đa kháng quyết định. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn liều dùng.

thêm **Phác đồ ngắn hạn (giai đoạn duy trì)**

Các lựa chọn sơ cấp

» gatifloxacin
-hoặc-
» Moxifloxacin
--VÀ--
» Clofazimine:
-và-
» pyrazinamide
-và-
» ethambutol

» Giai đoạn duy trì của phác đồ ngắn hạn kéo dài 5 tháng.

» Khuyến nghị chỉ sử dụng phác đồ ngắn hạn cho những bệnh nhân không mang thai mắc lao phổi kháng rifampicin hoặc đa kháng (MDR), chưa được điều trị bằng thuốc hàng hai và đã loại trừ hay được coi là ít có khả năng kháng fluoroquinolone và thuốc tiêm hàng hai.

» Việc điều trị những bệnh nhân có bệnh đồng mắc rất phức tạp, và sẽ cần lời khuyên của bác sĩ chuyên khoa.

» Phác đồ cụ thể phải do bác sĩ chuyên khoa về điều trị lao đa kháng quyết định. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn liều dùng.

1 **phác đồ dài hạn (phác đồ chính)**

Các lựa chọn sơ cấp

» pyrazinamide

HOẶC

» levofloxacin

HOẶC

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

» Moxifloxacin

HOẶC

» gatifloxacin

HOẶC

» amikacin

HOẶC

» capreomycin

HOẶC

» kanamycin

HOẶC

» streptomycin

HOẶC

» prothionamide

HOẶC

» ethionamide

HOẶC

» cycloserine

HOẶC

» linezolid

HOẶC

» Clofazimine:

» Phác đồ dài hạn này được khuyến cáo cho tất cả các bệnh nhân không đáp ứng các tiêu chuẩn dùng phác đồ ngắn hạn.

» Phác đồ dài hạn, trước đây được gọi là điều trị thông thường, đề cập đến các phác đồ điều trị lao kháng rifampicin hoặc lao đa kháng (MDR) kéo dài từ 18 tháng trở lên và có thể được chuẩn hóa hay cá nhân hóa.

» Hướng dẫn của WHO khuyến cáo phác đồ điều trị lao đa kháng dài hạn bao gồm ít nhất 5 thuốc trong

Cấp tính

giai đoạn tấn công có thể hiệu quả (tức là 4 thuốc hàng hai chính cộng với pyrazinamide, có thể được củng cố thêm bằng isoniazid liều cao và/hoặc ethambutol).

» Phác đồ này cần bao gồm pyrazinamide cộng với 4 thuốc hàng hai chính: một từ nhóm A (levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin); một từ nhóm B (amikacin, capreomycin, kanamycin, streptomycin); và ít nhất 2 từ nhóm C (ethionamide/prothionamide, cycloserine, linezolid, clofazimine).

» Streptomycin là lựa chọn thay thế cho các thuốc tiêm hàng hai khi không thể sử dụng capreomycin hoặc các aminoglycoside khác, khả năng nhạy với thuốc cao hơn.[62]

» Việc điều trị những bệnh nhân có bệnh đồng mắc rất phức tạp, và sẽ cần lời khuyên của bác sĩ chuyên khoa.

» Phác đồ cụ thể phải do bác sĩ chuyên khoa về điều trị lao đa kháng quyết định. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn liều dùng.

bổ sung **phác đồ dài hạn (thuốc bổ sung)**

Các lựa chọn sơ cấp

» bedaquiline

HOẶC

» delamanid

HOẶC

» axit aminosalicylic

HOẶC

» imipenem/cilastatin

HOẶC

» meropenem

HOẶC

» amoxicillin/clavulanate

HOẶC

» thioacetazone

» Nếu không thể xây dựng một phác đồ dựa trên các thuốc chính, thì có thể thêm thuốc từ các lựa chọn này để có phác đồ 5 thuốc.

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

» Phải xác định tình trạng HIV âm tính trước khi sử dụng thioacetazone.

» Phác đồ cụ thể cần phải do bác sĩ chuyên khoa về điều trị lao đa kháng quyết định. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn liều dùng.

thêm **isoniazid liều cao và/hoặc ethambutol**

Các lựa chọn sơ cấp

» isoniazid
-và/hoặc-
» ethambutol

» Cần củng cố thêm phác đồ bằng isoniazid liều cao và/hoặc ethambutol.

» Phác đồ cụ thể cần phải do bác sĩ chuyên khoa về điều trị lao đa kháng quyết định. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn liều dùng.

bổ sung **phẫu thuật**

» Ở những bệnh nhân mắc lao kháng rifampicin hoặc lao đa kháng (MDR), có thể phẫu thuật cắt bỏ một phần phổi không bắt buộc (cắt thùy phổi hoặc cắt hình chêm) cùng điều trị phác đồ lao đa kháng đã được khuyến cáo[62]

Lao hoạt động HIV dương tính, không mang thai: không có rối loạn chức năng gan

không nghĩ đến đa kháng thuốc **1** **liệu pháp giai đoạn tấn công**

Các lựa chọn sơ cấp

» isoniazid: 5 mg/kg đường uống, một lần/ngày, liều tối đa 300 mg
-và-
» pyridoxine: 25 mg đường uống ngày một lần
-và-
» rifampicin: 10 mg/kg đường uống, một lần/ngày, liều tối đa 600 mg
-và-
» pyrazinamide: liều dựa trên trọng lượng ngoài mỡ trong cơ thể và dạng bào chế viên nén có sẵn; tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa, hướng dẫn hay quy trình tại cơ sở về hướng dẫn liều dùng
-và-
» ethambutol: liều dựa trên trọng lượng ngoài mỡ trong cơ thể và dạng bào chế viên nén có sẵn; tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa, hướng dẫn hay quy trình tại cơ sở về hướng dẫn liều dùng

Các lựa chọn thứ cấp

» isoniazid: 5 mg/kg đường uống, một lần/ngày, liều tối đa 300 mg
-và-

 © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

» pyridoxine: 25 mg đường uống ngày một lần
-và-
» rifabutin: Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn kết hợp thuốc và liều dùng phù hợp
-và-
» pyrazinamide: liều dựa trên trọng lượng ngoài mỡ trong cơ thể và dạng bào chế viên nén có sẵn; tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa, hướng dẫn hay quy trình tại cơ sở về hướng dẫn liều dùng
-và-
» ethambutol: liều dựa trên trọng lượng ngoài mỡ trong cơ thể và dạng bào chế viên nén có sẵn; tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa, hướng dẫn hay quy trình tại cơ sở về hướng dẫn liều dùng

» Điều trị những bệnh nhân HIV dương tính tương tự như với các bệnh nhân HIV âm tính. Có thể dùng liều pháp theo dõi trực tiếp (DOT) hoặc tự dùng (SAT) mặc dù DOT được khuyến cáo cho các bệnh nhân HIV dương tính.[6] Dựa trên bằng chứng từ các thử nghiệm ngẫu nhiên, có đối chứng ở bệnh HIV âm tính và các thử nghiệm không ngẫu nhiên ở bệnh nhân HIV dương tính, điều trị ưu tiên bao gồm isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, và ethambutol.[6] [64] [65] Cần dừng ethambutol nếu chủng phân lập nhạy với isoniazid và rifampicin.

» Khuyến cáo sử dụng pyridoxine, đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường, suy thận, nhiễm HIV, nghiện rượu, suy dinh dưỡng, hoặc có bệnh lý thần kinh ngoại biên từ trước, và phụ nữ mang thai và cho con bú; tuy nhiên, nhiều bác sĩ lâm sàng cũng thêm pyridoxine vào phác đồ trong các trường hợp khác. Cần dùng pyridoxine cùng với isoniazid để giúp ngăn ngừa bệnh lý thần kinh liên quan đến isoniazid và được khuyến cáo trong mọi ca bệnh lao hoạt động.

» Pyrazinamide chỉ được sử dụng trong giai đoạn tấn công và cho phép rút ngắn phác đồ điều trị từ 9 tháng xuống 6 tháng. Không khuyến cáo cho bệnh nhân bị viêm khớp do gút cấp (nhưng có thể dùng cho bệnh nhân có tiền sử bị gút trước đây) hoặc phụ nữ mang thai do có ít thông tin về dữ liệu an toàn.

» Cần hội chẩn với chuyên gia ở bệnh nhân có độ thanh thải creatinine <30 mL/phút.

» Nếu bệnh nhân đang dùng liệu pháp kháng retrovirus (ART), thì có một số cân nhắc bổ sung, bao gồm khả năng tương tác thuốc, đặc biệt là giữa rifampicin và các thuốc ức chế enzym phiên mã ngược không phải nucleoside hoặc thuốc ức chế protease. Vì lý do này, có thể cân nhắc dùng rifabutin thay thế cho rifampicin. Khuyến cáo nên hội chẩn bác sĩ chuyên khoa khi xem xét sử dụng rifabutin.

» Nếu sử dụng SAT, cần dùng thuốc hàng ngày, 7 ngày/tuần trong 8 tuần. Nếu lựa chọn DOT, cũng cần

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

dùng thuốc hàng ngày (theo dõi vào các ngày trong tuần). Liều khuyến cáo phụ thuộc vào số lần dùng thuốc đã chọn. Lý tưởng nhất là tất cả các thuốc trong phác đồ chỉ định được dùng cùng thời điểm trong ngày nếu có thể. Nếu bệnh nhân không thể dung nạp nhiều thuốc, có thể dùng riêng các loại thuốc khác nhau nhưng liều của mỗi thuốc không nên chia nhỏ ra. Sau tuần thứ 8, cần bắt đầu giai đoạn duy trì. Hội Lồng ngực Hoa Kỳ đưa ra hướng dẫn chung trình bày chi tiết các phác đồ về liều dùng được khuyến cáo.[6]

thêm **liệu pháp giai đoạn duy trì**

Các lựa chọn sơ cấp

» isoniazid: 5 mg/kg đường uống, một lần/ngày, liều tối đa 300 mg; hoặc 15 mg/kg đường uống, ba lần/tuần, liều tối đa 900 mg
-và-
» pyridoxine: 25 mg đường uống ngày một lần
-và-
» rifampicin: 10 mg/kg đường uống, một lần/ngày, liều tối đa 600mg; hoặc 10 mg/kg đường uống, ba lần/tuần, liều tối đa 600mg

Các lựa chọn thứ cấp

» isoniazid: 5 mg/kg đường uống, một lần/ngày, liều tối đa 300 mg; hoặc 15 mg/kg đường uống, ba lần/tuần, liều tối đa 900 mg
-và-
» pyridoxine: 25 mg đường uống ngày một lần
-và-
» rifabutin: Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn kết hợp thuốc và liều dùng phù hợp

» Điều trị những bệnh nhân HIV dương tính tương tự như với các bệnh nhân HIV âm tính. Có thể là liệu pháp theo dõi trực tiếp (DOT) hoặc tự dùng (SAT) mặc dù tình trạng HIV dương tính là một chỉ định việc dùng DOT.

» Giai đoạn duy trì kéo dài 18 tuần sau khi hoàn thành giai đoạn tấn công. Lý tưởng nhất là dùng tất cả các thuốc trong phác đồ chỉ định tại cùng thời điểm trong ngày nếu có thể. Nếu bệnh nhân không thể dung nạp nhiều thuốc, có thể dùng riêng các loại thuốc khác nhau nhưng liều của mỗi thuốc không nên chia nhỏ ra. Liệu pháp dùng thuốc hàng ngày tốt hơn là 3 lần/tuần; tham khảo chi tiết trong hướng dẫn.[6] [53]

» Khuyến cáo sử dụng pyridoxine đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường, suy thận, nhiễm HIV, nghiện rượu, suy dinh dưỡng, hay có bệnh lý thần kinh ngoại biên từ trước, và cho phụ nữ mang thai và cho con bú; tuy nhiên, nhiều bác sĩ lâm sàng cũng thêm pyridoxine vào phác đồ trong các trường hợp khác. Cần dùng pyridoxine cùng với isoniazid để giúp ngăn ngừa bệnh

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

lý thần kinh liên quan đến isoniazid và được khuyến cáo trong mọi ca bệnh lao hoạt động.

» Nếu bệnh nhân không dùng pyrazinamide trong 8 tuần đầu, giai đoạn duy trì cần kéo dài 31 tuần (tổng cộng điều trị trong 39 tuần). Nếu bệnh nhân không điều trị kháng retrovirus (ART), thì cũng cần kéo dài điều trị bệnh lao đến 31 tuần.[6] Cũng cần kéo dài thời gian điều trị nếu bệnh nhân tổn thương dạng hang và nuôi cấy đờm dương tính sau 2 tháng điều trị, hoặc kháng pyrazinamide. Cân nhắc kéo dài giai đoạn duy trì ở bệnh nhân có tổn thương dạng hang trên XQ ngực hoặc nuôi cấy đờm dương tính sau 2 tháng điều trị và đồng nhiễm HIV.[6]

» Nếu bệnh nhân đang dùng ART, thì có một số cân nhắc bổ sung, bao gồm khả năng tương tác thuốc, đặc biệt là giữa rifampicin và các thuốc ức chế enzym phiên mã ngược không phải nucleoside hoặc thuốc ức chế protease. Vì lý do này, có thể cân nhắc dùng rifabutin thay thế cho rifampicin. Khuyến cáo nên hội chẩn bác sĩ chuyên khoa khi xem xét sử dụng rifabutin.

đa kháng thuốc **1**

phác đồ ngắn hạn (giai đoạn tấn công)

Các lựa chọn sơ cấp

» gatifloxacin
-hoặc-
» Moxifloxacin
--VÀ--
» kanamycin
-và-
» prothionamide
-và-
» Clofazimine:
-và-
» isoniazid
-và-
» pyrazinamide
-và-
» ethambutol

» Người nhiễm HIV cần được cân nhắc điều trị phác đồ lao đa kháng (MDR) ngắn hạn giống với người có xét nghiệm huyết thanh HIV âm tính.[62]

» Khuyến cáo chỉ sử dụng phác đồ rút ngắn này cho bệnh nhân không mang thai mắc lao phổi kháng rifampicin (RR) hoặc lao đa kháng, chưa điều trị bằng các thuốc hàng hai và đã loại trừ hay được cho ít có khả năng kháng fluoroquinolone và ccacs thuốc tiêm hàng hai.[62]

» Có thể nghi ngờ kháng thuốc dựa trên thông tin tiền sử hoặc dịch tễ. Việc điều trị yêu cầu cần hội chẩn với chuyên gia.

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

» Phác đồ cuối cùng cần dựa vào kết quả kháng sinh đồ.

» Phác đồ lao đa kháng ngắn hạn đề cập đến thời gian điều trị lao kháng rifampicin hoặc lao đa kháng kéo dài 9 đến 12 tháng. Giai đoạn tấn công trong 4 tháng, nhưng có thể kéo dài đến 6 tháng ở bệnh nhân không có biến đổi kết quả nhuộm soi đờm.[62]

» Việc điều trị trên những bệnh nhân có bệnh đồng mắc rất phức tạp, và sẽ cần lời khuyên của bác sĩ chuyên khoa.

» Phác đồ cụ thể phải do bác sĩ chuyên khoa về điều trị lao đa kháng quyết định. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn liều dùng.

thêm **Phác đồ ngắn hạn (giai đoạn duy trì)**

Các lựa chọn sơ cấp

» gatifloxacin
-hoặc-
» Moxifloxacin
--VÀ--
» Clofazimine:
-và-
» pyrazinamide
-và-
» ethambutol

» Giai đoạn duy trì của phác đồ ngắn hạn kéo dài 5 tháng.

» Khuyến nghị chỉ sử dụng phác đồ ngắn hạn cho những bệnh nhân không mang thai mắc lao phổi kháng rifampicin hoặc đa kháng (MDR), chưa được điều trị bằng thuốc hàng hai và đã loại trừ hay được coi là ít có khả năng kháng fluoroquinolone và thuốc tiêm hàng hai.

» Việc điều trị những bệnh nhân có bệnh đồng mắc rất phức tạp, và sẽ cần lời khuyên của bác sĩ chuyên khoa.

» Phác đồ cụ thể phải do bác sĩ chuyên khoa về điều trị lao đa kháng quyết định. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn liều dùng.

1 **phác đồ dài hạn (phác đồ chính)**

Các lựa chọn sơ cấp

» pyrazinamide

HOẶC

» levofloxacin

HOẶC

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

» Moxifloxacin

HOẶC

» gatifloxacin

HOẶC

» amikacin

HOẶC

» capreomycin

HOẶC

» kanamycin

HOẶC

» streptomycin

HOẶC

» prothionamide

HOẶC

» ethionamide

HOẶC

» cycloserine

HOẶC

» linezolid

HOẶC

» Clofazimine:

» Phác đồ dài hạn này được khuyến cáo cho tất cả các bệnh nhân không đáp ứng các tiêu chuẩn dùng phác đồ ngắn hạn.

» Phác đồ dài hạn, trước đây được gọi là điều trị thông thường, đề cập đến các phác đồ điều trị lao kháng rifampicin hoặc lao đa kháng (MDR) kéo dài từ 18 tháng trở lên và có thể được chuẩn hóa hay cá nhân hóa.

» Hướng dẫn của WHO khuyến cáo phác đồ điều trị lao đa kháng dài hạn bao gồm ít nhất 5 thuốc trong

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

giai đoạn tấn công có thể hiệu quả (tức là 4 thuốc hàng hai chính cộng với pyrazinamide, có thể được củng cố thêm bằng isoniazid liều cao và/hoặc ethambutol).

» Phác đồ này cần bao gồm pyrazinamide cộng với 4 thuốc hàng hai chính: một từ nhóm A (levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin); một từ nhóm B (amikacin, capreomycin, kanamycin, streptomycin); và ít nhất 2 từ nhóm C (ethionamide/prothionamide, cycloserine, linezolid, clofazimine).

» Streptomycin là lựa chọn thay thế cho các thuốc tiêm hàng hai khi không thể sử dụng capreomycin hoặc các aminoglycoside khác, khả năng nhạy với thuốc cao hơn.[62]

» Việc điều trị những bệnh nhân có bệnh đồng mắc rất phức tạp, và sẽ cần lời khuyên của bác sĩ chuyên khoa.

» Phác đồ cụ thể phải do bác sĩ chuyên khoa về điều trị lao đa kháng quyết định. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn liều dùng.

bổ sung **phác đồ dài hạn (thuốc bổ sung)**

Các lựa chọn sơ cấp

» bedaquiline

HOẶC

» delamanid

HOẶC

» axit aminosalicylic

HOẶC

» imipenem/cilastatin

HOẶC

» meropenem

HOẶC

» amoxicillin/clavulanate

» Nếu không thể xây dựng một phác đồ dựa trên các thuốc chính, thì có thể thêm thuốc từ các lựa chọn này để có phác đồ 5 thuốc.

» Phác đồ cụ thể cần phải do bác sĩ chuyên khoa về điều trị lao đa kháng quyết định. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn liều dùng.

thêm **isoniazid liều cao và/hoặc ethambutol**

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Cấp tính

Các lựa chọn sơ cấp

» isoniazid
-và/hoặc-
» ethambutol

» Cần củng cố thêm phác đồ bằng isoniazid liều cao và/hoặc ethambutol.

» Phác đồ cụ thể cần phải do bác sĩ chuyên khoa về điều trị lao đa kháng quyết định. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn liều dùng.

bổ sung **phẫu thuật**

» Ở những bệnh nhân mắc lao kháng rifampicin hoặc lao đa kháng (MDR), có thể phẫu thuật cắt bỏ một phần phổi không bắt buộc (cắt thùy phổi hoặc cắt hình chêm) cùng điều trị phác đồ lao đa kháng đã được khuyến cáo[62]

Lao hoạt động trên phụ nữ mang thai

1 **hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa**

» Khuyến cáo nên hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa khi điều trị bệnh lao trong thời gian mang thai.

Lao hoạt động, không mang thai: rối loạn chức năng gan do thuốc hoặc có trước

1 **hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa**

» Khuyến cáo nên có hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa trong trường hợp rối loạn chức năng gan do thuốc về các lựa chọn điều trị ít gây độc cho gan hơn.

Tiếp diễn

Lao tái phát

1 **hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa**

» Điều trị thất bại được định nghĩa là nhuộm soi hoặc nuôi cấy đờm dương tính vào 5 tháng trở lên trong quá trình điều trị.[49] Khi nhuộm soi hoặc nuôi cấy đờm vẫn dương tính sau 2 đến 3 tháng trình điều trị, phải đánh giá việc tuân thủ điều trị; các chủng lao kháng thuốc mới xuất hiện và tình trạng kém hấp thu thuốc lao qua đường tiêu hóa cũng cần được đánh giá.

» Lao tái phát xảy ra ở một bệnh nhân đã hoàn thành điều trị khỏi. Các bệnh nhân lao tái phát bao gồm tái phát do cùng một chủng M. tuberculosis gây ra đợt bệnh trước, cũng như các đợt bệnh lao mới do tái phơi nhiễm dẫn đến nhiễm lao tái phát. Tại các nước không lưu hành dịch, lao tái phát thường do tái hoạt động vi khuẩn ban đầu, trong khi tại các nước lưu hành dịch

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Tiếp diễn

lao, nó có thể là hậu quả của tái nhiễm vi khuẩn lao ngoại sinh. Lao tái phát thường xảy ra trong 6 đến 12 tháng đầu sau khi hoàn thành điều trị và xảy ra ở 2% đến 5% bệnh nhân đã được điều trị thích hợp.[63]

» Nếu ban đầu bệnh nhân có các chủng phân lập nhạy cảm với thuốc và việc điều trị được giám sát trực tiếp, lao tái phát khả năng là hậu quả của cùng các vi khuẩn nhạy cảm đó và có thể sử dụng phác đồ điều trị trước đó. Nếu ban đầu bệnh nhân được điều trị theo phương pháp tự dùng, khả năng phát triển vi khuẩn lao kháng thuốc là lớn hơn. Trong tình huống này, hay nếu trước đây chưa làm kháng sinh đồ, thì cần cân nhắc phác đồ đa kháng mở rộng có bổ sung ít nhất 2 thuốc mới chưa được dùng trước đây.[6]

» Nếu nghi ngờ tái nhiễm lao ngoại sinh, việc điều trị cần được dựa trên hồ sơ kháng sinh đồ của nguồn lây, nếu đã biết.

» Tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa về hướng dẫn phối hợp thuốc và liều dùng phù hợp.

Giai đoạn đầu

Clofazimine:

Chưa có nhiều thông tin về clofazimine. Thuốc này có tác dụng kháng lao hứa hẹn trên in vitro và ở chuột nhưng nó không cho thấy có tác dụng trên mô hình động vật lớn hơn. Một nghiên cứu quan sát cho thấy phác đồ có chứa clofazimine hiệu quả nhất trong việc điều trị lao đa kháng (MDR).[66] Clofazimine cần phải được nghiên cứu thêm trong điều trị lao đa kháng.[67]

Delamanid

Delamanid, một dẫn xuất nitro-dihydro-imidazo-oxazole, là thuốc ức chế sinh tổng hợp axit mycolic mới chống lại M. tuberculosis . Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên, có đối chứng-giả dược ở 481 bệnh nhân lao phổi đa kháng, 45,4% được điều trị phác đồ cơ bản cộng với delamanid có kết quả biến đổi nuôi cấy đờm sau 2 tháng so với 30% bệnh nhân được điều trị phác đồ cơ bản cộng với giả dược.[68] Delamanid được Cơ quan Dược phẩm châu Âu khuyến cáo sử dụng trong phác đồ điều trị lao đa kháng năm 2013.

PA-824

PA-824, một nitroimidazo-oxazine, là một thuốc chống lao mới. Một thử nghiệm tiến cứu, ngẫu nhiên, có đối chứng đánh giá hoạt tính diệt khuẩn giai đoạn đầu (EBA) của các phác đồ kết hợp nhiều thuốc mới ở bệnh nhân chưa điều trị, nhạy cảm với thuốc, mắc lao phổi không có biến chứng đã cho rằng điều trị kết hợp 3 thuốc PA-824, moxifloxacin và pyrazinamide có hoạt tính diệt khuẩn giai đoạn đầu tương đương với pháp đồ điều trị bệnh lao tiêu chuẩn.[69] Điều quan trọng là, phác đồ có PA-824 này không chưa isoniazid hay rifamycin.

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Khuyến nghị

Giám sát

Cần kiểm tra chức năng gan (men gan, bilirubin, phosphatase kiềm) ban đầu trước khi bắt đầu điều trị. Cần thu đánh giá chức năng gan hàng tháng ở những bệnh nhân có chức năng gan ban đầu bất thường, bệnh gan nền, đồng nhiễm HIV, mang thai, và yếu tố nguy cơ khác đối với viêm gan.

Theo dõi rối loạn thị lực ở bệnh nhân có dùng ethembutol và nếu được điều trị trong hơn 2 tháng, cần kiểm tra thị lực hàng tháng. Có thể cần phải theo dõi chức năng thận và gan thường quy.

Nhìn chung, bệnh nhân nên chụp XQ ngực khi hoàn tất điều trị lao phổi để làm mức cơ sở mới. Mặt khác, không chỉ định theo dõi thường quy sau khi hoàn tất điều trị. Ở bệnh nhân mắc lao đa kháng, khuyến cáo theo dõi chặt chẽ trong 2 năm sau khi hoàn thành điều trị (ví dụ như chụp XQ ngực và xét nghiệm đờm mỗi 4-6 tháng).

Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

Bệnh nhân cần được thông báo về tình trạng bệnh Cụ thể, cần thảo luận về những vấn đề sau:

- Tầm quan trọng của việc hoàn thành thời gian điều trị theo khuyến cáo. Nếu xuất hiện tác dụng phụ, cần đến cơ sở y tế.
- Sự cần thiết của việc theo dõi định kỳ chức năng thận và gan
- Sự cần thiết của việc lấy đờm định kỳ và kỹ thuật lấy đờm.

Do tính chất lây nhiễm của bệnh, bệnh nhân có thể cần được cách ly ngắn hạn. Sau khoảng 2 tuần, bệnh nhân ít có khả năng lây nhiễm cho những người tiếp xúc gần gũi hơn.

Bác sĩ cần thông báo cho tất cả các bệnh nhân lao đa kháng và lao siêu kháng (XDR) rằng họ không được di chuyển bằng máy bay dân dụng cho đến khi họ không có khả năng lây nhiễm (tức là có 2 kết quả nuôi cấy đờm âm tính liên tiếp).[78] Lao đa kháng được định nghĩa là kháng isoniazid và rifampicin, kháng hoặc không kháng các thuốc hàng một khác, và lao siêu kháng được định nghĩa là kháng ít nhất isoniazid và rifampicin, và bất kỳ fluoroquinolone nào, và ít nhất một trong 3 thuốc tiêm hàng hai (amikacin, capreomycin, và kanamycin).[61]

Bác sĩ cần thông báo ngay cho cơ quan y tế cộng đồng địa phương khi họ biết bệnh nhân mắc lao có tính chất lây nhiễm hoặc có khả năng lây nhiễm có ý định di chuyển trái với lời khuyên y tế hay có thể có trường hợp ngoại lệ cần phải di chuyển bằng máy bay dân dụng.

Bác sĩ cần thông báo ngay cho cơ quan y tế cộng đồng khi bệnh nhân mắc lao có tính chất lây nhiễm hay có khả năng lây nhiễm có tiền sử di chuyển bằng máy bay dân dụng trong 3 tháng trước.[79] [CDC: TB]

Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Lây truyền bệnh lao	**ngắn hạn**	**cao**

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Bệnh nhân có thể lây nhiễm bệnh cho những người tiếp xúc gần gũi. Ngay khi nghi ngờ bệnh lao, bác sĩ điều trị phải tiến hành các bước để ngăn chặn việc lây truyền thêm. Điều này bao gồm cách ly bệnh nhân tại nhà hay phòng áp suất âm (nếu nhập viện). Nếu cách ly tại nhà, bệnh nhân không được tiếp xúc với những người mới hay với trẻ nhỏ và người bị suy giảm miễn dịch. Cách tiếp cận thận trọng là xem như bệnh nhân có khả năng lây bệnh cho đến khi có 3 mẫu AFB đờm liên tiếp âm tính, đã được điều trị phác đồ chuẩn trong ít nhất 2 tuần, và cho thấy cải thiện lâm sàng khi điều trị bệnh lao.[73]		
hội chứng viêm phục hồi miễn dịch (IRIS)	**ngắn hạn**	**trung bình**
Còn được gọi là đáp ứng ngược. Hội chứng này bao gồm các triệu chứng và tổn thương lao xấu đi tạm thời sau khi bắt đầu phác đồ điều trị lao. Hội chứng này thường gặp hơn ở bệnh nhân HIV dương tính suy giảm miễn dịch nặng đang được dùng liệu pháp kháng retrovirus (ARV).[59] Có đến 20% đến 30% bệnh nhân lao nhiễm HIV có thể tiến triển IRIS sau khi bắt đầu điều trị ARV (thời gian khởi phát trung bình là 2 tuần). IRIS cũng được mô tả ở bệnh nhân HIV âm tính trong đó thời gian khởi phát trung bình của các triệu chứng đáp ứng ngược là 8 tuần sau khi bắt đầu điều trị. Ở cả hai nhóm, IRIS có vẻ hay gặp hơn trong lao ngoài phổi. Biểu hiện có thể bao gồm sốt, tình trạng xấu đi trên phim XQ ngực , hạch to, hay tràn dịch màng phổi tăng. Các căn nguyên khác, như viêm phổi do vi khuẩn và viêm phổi PCP cần được loại trừ, cũng như điều trị lao thất bại do không tuân thủ điều trị chưa được phát hiện hoặc lao kháng thuốc.[74] [75] [60] Các đáp ứng ngược có tính chất thoáng qua, và nhìn chung không cần dừng phác đồ điều trị lao hay ARV. Nếu có triệu chứng đáng kể, cân nhắc dùng steroid (ví dụ như prednisone 1-2 mg/kg một lần/ngày trong vài tuần, sau đó giảm dần liều trong vài tuần) đồng thời vẫn duy trì phác đồ điều trị lao và ARV. Đối với IRIS nặng và đôi khi đe dọa tính mạng, có thể cần dừng một vài hay tất cả các phác đồ điều trị.		
Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS)	**ngắn hạn**	**thấp**
Bệnh lao là một nguyên nhân gây ra suy hô hấp cần thông khí cơ học hiếm gặp (MV). Có mối liên quan chặt chẽ hơn giữa suy hô hấp và lao kê so với viêm phổi do lao (nguy cơ lớn hơn gấp 20 lần). Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân lao cần thông khí cơ học lên đến 69%.[72] Điều trị hướng vào việc thông khí cơ học hỗ trợ hô hấp và phác đồ chống lao. Ở những bệnh nhân nặng này, có thể có chứng kém hấp thu gây hậu quả là nồng độ thuốc không đủ, và việc có thể cần phải sử dụng các thuốc chống lao không qua đường tiêu hóa (ví dụ như isoniazid, rifampicin, levofloxacin, và amikacin).		
Tràn khí màng phổi	**ngắn hạn**	**thấp**
Hậu quả của sự vỡ vào khoang màng phổi của một hang lao ở ngoại vi hoặc một ổ hoại tử bã đậu dưới màng phổi hóa lỏng. Lỗ rò phế quản-màng phổi (BPF) liên quan có thể được bịt kín hoặc tồn tại dai dẳng. Lỗ rò phế quản-màng phổi lớn có thể dẫn đến tràn mủ màng phổi.[33] Điều trị bằng đặt sonde màng phổi (đặt ống dẫn lưu qua mở ngực) Lỗ rò phế quản-màng phổi dai dẳng có thể cần can thiệp ngoại khoa.		
tràn mủ màng phổi	**ngắn hạn**	**thấp**

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Có thể thấy ở bệnh nhân lao mới nhưng thường biểu hiện trong trường hợp có tổn thương nhu mô nhu mô mở rộng. Điều trị bằng đặt sonde màng phổi (đặt ống dẫn lưu qua mở ngực) Có thể cần can thiệp phẫu thuật.		
Bệnh giãn phế quản	**dài hạn**	**thấp**
Có thể phát sinh từ lao phổi mới, cách xa vị trí tắc nghẽn nếu hạch bệnh lý gây chèn ép phế quản. Nếu lao tái phát gây phá hủy nhu mô, giãn phế quản có thể phát triển trong khu vực liên quan. Các triệu chứng tương tự như của các nguyên nhân gây giãn phế quản khác, nhưng có thể ở mức tối thiểu (giãn phế quản thể khô). Chẩn đoán xác định tốt nhất bằng HRCT.		
Phá hủy phổi rộng	**dài hạn**	**thấp**
Phá hủy nhu mô phổi rộng có thể xảy ra ở lao mới hay tái phát. Phá hủy phổi thường là hậu quả của bệnh lao mạn tính, tiến triển, không được điều trị. Thăm dò xquang có thể thấy hình ảnh phổi xơ hóa và co kéo; rốn lên cao, khí phế thũng thùy dưới và giãn phế quản cũng có thể xuất hiện. Hiếm gặp phá hủy phổi tiến triển nhanh được gọi là hoại tử phổi. Huyết khối mạch lan tỏa dẫn đến nhồi máu và hoại tử.		
Hội chứng thùy giữa phải (RML)	**dài hạn**	**thấp**
Xẹp thùy giữa từng đợt hoặc dai dẳng do hạch bạch huyết lân cận phì đại gây chèn ép phế quản thùy giữa. Có thể là hậu quả của bệnh lao hay các nguyên nhân khác. Có thể dẫn đến viêm phổi xẹp thùy giữa tái phát. Được chẩn đoán bằng nội soi phế quản. Các ca bệnh nặng có thể cần phải phẫu thuật cắt thùy phổi.		
ho ra máu	**biến thiên**	**thấp**
Bệnh lao chiếm <10% trường hợp ho ra máu.[76] [77] Nó có thể gặp ở bệnh lao hoạt động hay đã được điều trị và thường ho với số lượng ít. Các trường hợp ho ra máu do lao mức độ nặngcó thể phát sinh từ phình mạch Rasmussen do hang lao ăn mòn vào thành mạch. Các nguyên nhân gây ra ho ra máu liên quan đến lao bao gồm giãn phế quản, u nấm hay ung thư biểu mô sẹo. Đánh giá ho ra máu có thể bao gồm xét nghiệm đờm (đối với lao tái phát), nội soi phế quản và chụp CT ngực. Trong bệnh lao hoạt động, thuốc an thần, nghỉ ngơi tại giường và điều trị lao có thể là điều trị phù hợp. Đối với ho ra máu nặng hơn, cần hội chẩn bác sĩ hô hấp và điều trị có thể bao gồm điện quang can thiệp (nút mạch) hay phẫu thuật lồng ngực để cắt bỏ.[33]		

Tiên lượng

Nếu không được điều trị, tỷ lệ tử vong do bệnh lao là hơn 50%; tuy nhiên, lao là bệnh có thể điều trị được. Tại Hoa Kỳ, năm 2009 có 529 ca tử vong do bệnh lao trong số 11.528 ca được báo cáo, tỷ lệ tử vong bệnh nhân lao là 4,6%. Các yếu tố nguy cơ tử vong bao gồm cao tuổi, chậm trễ trong chẩn đoán lao, mức độ tổn thương trên phim X-quang, cần thông khí cơ học, ESRD, đái tháo đường và suy giảm miễn dịch.[70] [71]

Nhìn chung, bệnh nhân lao được điều trị có thể có kết quả tốt và ít hoặc không để lại di chứng.

Hướng dẫn chẩn đoán

Châu Âu

Tuberculosis

Nhà xuất bản: National Institute for Health and Care Excellence **Xuất bản lần cuối:** 2016

A systematic review of rapid diagnostic tests for the detection of tuberculosis infection

Nhà xuất bản: Health Technology Assessment NHS R&D HTA programme **Xuất bản lần cuối:** 2007

Quốc tế

Global tuberculosis report 2017

Nhà xuất bản: World Health Organization **Xuất bản lần cuối:** 2017

Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management

Nhà xuất bản: World Health Organization **Xuất bản lần cuối:** 2018

International standards for tuberculosis care, 3rd edition

Nhà xuất bản: World Health Organization **Xuất bản lần cuối:** 2014

Bắc Mỹ

Diagnosis of tuberculosis in adults and children

Nhà xuất bản: American Thoracic Society; Infectious Diseases Society of America; Centers for Disease Control and Prevention **Xuất bản lần cuối:** 2016

Chronic cough due to TB and other chronic infections

Nhà xuất bản: American College of Chest Physicians **Xuất bản lần cuối:** 2018

Châu Á

Prevention, diagnosis and management of tuberculosis

Nhà xuất bản: Singapore Ministry of Health **Xuất bản lần cuối:** 2016

Hướng dẫn điều trị

Châu Âu

Tuberculosis

Nhà xuất bản: National Institute for Health and Care Excellence **Xuất bản lần cuối:** 2016

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Châu Âu

Standards of care for people living with HIV in 2013

Nhà xuất bản: British HIV Association **Xuất bản lần cuối:** 2013

Quốc tế

Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care

Nhà xuất bản: World Health Organization **Xuất bản lần cuối:** 2017

Global tuberculosis report 2017

Nhà xuất bản: World Health Organization **Xuất bản lần cuối:** 2017

Treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis

Nhà xuất bản: World Health Organization **Xuất bản lần cuối:** 2016

Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management

Nhà xuất bản: World Health Organization **Xuất bản lần cuối:** 2018

International standards for tuberculosis care, 3rd edition

Nhà xuất bản: World Health Organization **Xuất bản lần cuối:** 2014

Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes

Nhà xuất bản: World Health Organization **Xuất bản lần cuối:** 2010

Tuberculosis and air travel: guidelines for prevention and control

Nhà xuất bản: World Health Organization **Xuất bản lần cuối:** 2008

Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach

Nhà xuất bản: World Health Organization **Xuất bản lần cuối:** 2008

Bắc Mỹ

Treatment of drug-susceptible tuberculosis

Nhà xuất bản: American Thoracic Society; Centers for Disease Control and Prevention; Infectious Diseases Society of America **Xuất bản lần cuối:** 2016

Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents living with HIV

Nhà xuất bản: Department of Health and Human Services Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents **Xuất bản lần cuối:** 2016

Canadian tuberculosis standards 7th edition

Nhà xuất bản: Canadian Thoracic Society **Xuất bản lần cuối:** 2014

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018. Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Bắc Mỹ

Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents

Nhà xuất bản: Centers for Disease Control and Prevention; National Institutes of Health; HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America

Xuất bản lần cuối: 2018

Châu Á

Prevention, diagnosis and management of tuberculosis

Nhà xuất bản: Singapore Ministry of Health

Xuất bản lần cuối: 2016

Guidelines for chemotherapy of tuberculosis in Taiwan

Nhà xuất bản: Infectious Diseases Society of the Republic of China; Society of Tuberculosis, Taiwan

Xuất bản lần cuối: 2004

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Nguồn trợ giúp trực tuyến

1. CDC: TB *(external link)*

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Các bài báo chủ yếu

- Khan K, Wang J, Hu W, et al. Tuberculosis infection in the United States: national trends over three decades. Am J Respir Crit Care Med. 2008;177:455-460. Toàn văn Tóm lược
- National Institute for Health and Care Excellence. Tuberculosis. May 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/ng33 (last accessed 13 December 2016). Toàn văn
- Sterling TR, Villarino ME, Borisov AS, et al. Three months of rifapentine and isoniazid for latent tuberculosis infection. N Engl J Med. 2011;365:2155-2166. Tóm lược
- World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. 4th edition. 2010. http://www.who.int (last accessed 13 December 2016). Toàn văn
- Uthman OA, Okwundu C, Gbenga K, et al. Optimal timing of antiretroviral therapy initiation for HIV-infected adults with newly diagnosed pulmonary tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2015;163:32-39. Tóm lược
- Tuberculosis Trials Consortium. Rifapentine and isoniazid once a week versus rifampicin and isoniazid twice a week for treatment of drug-susceptible pulmonary tuberculosis in HIV-negative patients: a randomised clinical trial. Lancet. 2002;360:52-34. Tóm lược
- American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America. Controlling tuberculosis in the United States. Am J Respir Crit Care Med. 2005;172:1169-1227. Toàn văn Tóm lược

Tài liệu tham khảo

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Oct 2017 [internet publication]. Toàn văn
2. Dye C. Global epidemiology of tuberculosis. Lancet. 2006;367:938-940. Tóm lược
3. Khan K, Wang J, Hu W, et al. Tuberculosis infection in the United States: national trends over three decades. Am J Respir Crit Care Med. 2008;177:455-460. Toàn văn Tóm lược
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reported Tuberculosis in the United States, 2016. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2017. Toàn văn
5. Lienhardt C. From exposure to disease: the role of environmental factors in susceptibility to an development of tuberculosis. Epidemiol Rev. 2001;23:288-301. Tóm lược
6. Nahid P, Dorman SE, Alipanah N, et al. Official American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America clinical practice guidelines: treatment of drug-susceptible tuberculosis. Clin Infect Dis. 2016;63:e147-e195. Toàn văn Tóm lược

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

7. Lin HH, Ezzati M, Murray M. Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2007;4:e20. Toàn văn Tóm lược

8. Marks SM, Taylor Z, Qualls NL, et al. Outcomes of contact investigations of infectious tuberculosis patients. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162:2033-2038. Toàn văn Tóm lược

9. American Thoracic Society. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. Am J Respir Crit Care Med. 2000;161:S221-S247. Toàn văn Tóm lược

10. Zuber PL, McKenna MT, Binkin NJ, et al. Long-term risk of tuberculosis among foreign-born persons in the United States. JAMA. 1997;278:304-307. Tóm lược

11. Markowitz N, Hansen NI, Hopewell PC, et al. Incidence of tuberculosis in the United States among HIV-infected persons. Ann Intern Med. 1997;126:123-132. Tóm lược

12. Toossi Z, Mayanja-Kizza H, Hirsch CS, et al. Impact of tuberculosis on HIV-1 activity in dually infected patients. Clin Exp Immunol. 2001;123:233-238. Toàn văn Tóm lược

13. Daley CL, Small PM, Schechter GF, et al. An outbreak of tuberculosis with accelerated progression among persons infected with human immunodeficiency syndrome. N Engl J Med. 1992;326:231. Tóm lược

14. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med. 1989;320:545-550. Tóm lược

15. Jick SS, Lieberman ES, Rahman MU, et al. Glucocorticoid use, other associated factors, and the risk of tuberculosis. Arthritis Rheum. 2006;55:19-26. Tóm lược

16. Wallis RS, Broder MS, Wong JY, et al. Granulomatous infections due to tumor necrosis factor blockade: correction. Clin Infect Dis. 2004;39:1254-1255. Tóm lược

17. Kamboj M, Sepkowitz KA. The risk of tuberculosis in patients with cancer. Clin Infect Dis. 2006;42:1592-1595. Tóm lược

18. International Union Against Tuberculosis Committee on Prophylaxis. Efficacy of various durations of isoniazid preventive therapy for tuberculosis: five years of follow-up in the IUAT trial. Bull World Health Organ. 1982;60:555-564. Tóm lược

19. Cantwell MF, McKenna MT, McCray E, et al. Tuberculosis and race/ethnicity in the United States, impact of socioeconomic status. Am J Respir Crit Care Med. 1998;157:1016-1020. Toàn văn Tóm lược

20. Colditz GA, Berkey CS, Mosteller F, et al. The efficacy of bacillus Calmette-Guérin vaccination of newborns and infants in the prevention of tuberculosis: meta-analyses of the published literature. Pediatrics. 1995 Jul;96(1 Pt 1):29-35. Tóm lược

21. Lewinsohn DM, Leonard MK, LoBue PA, et al. Official American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America/Centers for Disease Control and Prevention clinical practice guidelines: diagnosis of tuberculosis in adults and children. Clin Infect Dis. 2017;64:e1-e33. Toàn văn Tóm lược

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated guidelines for the use of nucleic acid amplification tests in the diagnosis of tuberculosis. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009;58:7-10. Toàn văn Tóm lược

23. Loto OM, Awowole I. Tuberculosis in pregnancy: a review. J Pregnancy. 2012;2012:379271. Toàn văn Tóm lược

24. Behr MA, Warren SA, Salamon H, et al. Transmission of Mycobacterium tuberculosis from patients smear-negative for acid-fast bacilli. Lancet. 1999;353:444-449. Tóm lược

25. Metcalfe JZ, Everett CK, Steingart KR, et al. Interferon-γ release assays for active pulmonary tuberculosis diagnosis in adults in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. J Infect Dis. 2011;204(suppl 4):S1120-S1129. Toàn văn Tóm lược

26. Pai M, Zwerling A, Menzies D. Systematic review: T-cell-based assays for the diagnosis of latent tuberculosis infection: an update. Ann Intern Med. 2008;149:177-184. Tóm lược

27. Mazurek GH, Jereb J, Vernon A, et al; IGRA Expert Committee; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated guidelines for using Interferon Gamma Release Assays to detect Mycobacterium tuberculosis infection - United States, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010;59:1-25. Toàn văn Tóm lược

28. Doherty SD, Van Voorhees A, Lebwohl MG, et al. National Psoriasis Foundation consensus statement on screening for latent tuberculosis infection in patients with psoriasis treated with systemic and biologic agents. J Am Acad Dermatol. 2008;59:209-217. Tóm lược

29. Miller LG, Asch SM, Yu EI, et al. A population-based survey of tuberculosis symptoms: how atypical are atypical presentations. Clin Infect Dis. 2000;30:293-299. Tóm lược

30. Geng E, Kreiswirth B, Burzynski J, et al. Clinical and radiographic correlates of primary and reactivation tuberculosis, a molecular epidemiology study. JAMA. 2005;293:2740-2745. Tóm lược

31. Jones BE, Ryu R, Yang Z, et al. Chest radiographic findings in patients with tuberculosis with recent or remote infection. Am J Respir Crit Care Med. 1997;156:1270-1273. Toàn văn Tóm lược

32. Global Laboratory Initiative. Mycobacteriology laboratory manual. April 2014. http://www.stoptb.org/wg/gli/ (last accessed 12 April 2017). Toàn văn

33. Garay SM. Pulmonary tuberculosis. In: Rom WM, Garay SM, eds. Tuberculosis. 2nd ed. New York: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003:345-394.

34. Catanzaro A, Perry S, Claridge JE, et al. The role of clinical suspicion in evaluating a new diagnostic test for active tuberculosis: results of a multi-center trial. JAMA. 2000;283:639-645. Tóm lược

35. Pai M, Menzies D. Interferon-release assays: what is their role in the diagnosis of active tuberculosis. Clin Infect Dis. 2007;44:74-77. Tóm lược

36. Dewan PK, Grinsdale J, Kawamura LM. Low sensitivity of a whole-blood interferon-gamma release assay for detection of active tuberculosis. Clin Infect Dis. 2007;44:69-73. Tóm lược

37. Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D, et al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. N Engl J Med. 2010;363:1005-1015. Toàn văn Tóm lược

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

38. Centers for Disease Control and Prevention. Tuberculosis (TB) (Mycobacterium tuberculosis) 2009 case definition. https://wwwn.cdc.gov/ (last accessed 15 June 2017). Toàn văn

39. World Health Organization. Definitions and reporting framework for tuberculosis - 2013 revision. December 2014. http://apps.who.int/ (last accessed 15 June 2017). Toàn văn

40. US Preventive Services Task Force. Final recommendation statement latent tuberculosis infection: screening. September 2016. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/ (last accessed 13 December 2016). Toàn văn

41. World Health Organization. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. 2013. http://www.who.int/ (last accessed 15 May 2017). Toàn văn

42. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for use of an isoniazid-rifapentine regimen with direct observation to treat latent Mycobacterium tuberculosis infection. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60:1650-1653. Toàn văn Tóm lược

43. World Health Organization. Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management. Mar 2018 [internet publication] Toàn văn

44. National Institute for Health and Care Excellence. Tuberculosis. May 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/ng33 (last accessed 13 December 2016). Toàn văn

45. Sterling TR, Villarino ME, Borisov AS, et al. Three months of rifapentine and isoniazid for latent tuberculosis infection. N Engl J Med. 2011;365:2155-2166. Tóm lược

46. Belknap R, Holland D, Feng PJ, et al; TB Trials Consortium iAdhere Study Team. Self-administered versus directly observed once-weekly isoniazid and rifapentine treatment of latent tuberculosis infection: a randomized trial. Ann Intern Med. 2017 Nov 21;167(10):689-697. Tóm lược

47. Villarino ME, Scott NA, Weis SE; International Maternal Pediatric and Adolescents AIDS Clinical Trials Group; Tuberculosis Trials Consortium. Treatment for preventing tuberculosis in children and adolescents: a randomized clinical trial of a 3-month, 12-dose regimen of a combination of rifapentine and isoniazid. JAMA Pediatr. 2015;169:247-255. Tóm lược

48. Karumbi J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. Cochrane Database Syst Rev. 2015; (5):CD003343. Toàn văn Tóm lược

49. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. 4th edition. 2010. http://www.who.int (last accessed 13 December 2016). Toàn văn

50. Jasmer RM, Seaman CB, Gonzalez L, et al. Tuberculosis treatment outcomes: Directly observed therapy compared with self administered therapy. Am J Respir Crit Care Med. 2004;170:561-566. Toàn văn Tóm lược

51. Critchley JA, Orton LC, Pearson F. Adjunctive steroid therapy for managing pulmonary tuberculosis. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(11):CD011370. Toàn văn Tóm lược

52. Centers for Disease Control and Prevention. Managing drug interactions in the treatment of HIV-related tuberculosis. June 2013. http://www.cdc.gov (last accessed 13 December 2016). Toàn văn

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

53. Gopalan N, Santhanakrishnan RK, Palaniappan AN, et al. Daily vs intermittent antituberculosis therapy for pulmonary tuberculosis in patients with HIV: A randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2018 Mar 5. [Epub ahead of print] Tóm lược

54. World Health Organization. Rapid advice: antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. November 2009. http://www.who.int/ (last accessed 13 December 2016). Toàn văn

55. Severe P, Juste MA, Ambroise A, et al. Early versus standard antiretroviral therapy for HIV-infected adults in Haiti. N Engl J Med. 2010;363:257-265. Toàn văn Tóm lược

56. Abdool Karim SS, Naidoo K, Grobler A, et al. Timing of initiation of antiretroviral drugs during tuberculosis therapy. N Engl J Med. 2010;362:697-706. Toàn văn Tóm lược

57. Abdool Karim SS, Naidoo K, Grobler A, et al. Integration of antiretroviral therapy with tuberculosis treatment. N Engl J Med. 2011;365:1492-1501. Toàn văn Tóm lược

58. Havlir DV, Kendall MA, Ive P, et al; AIDS Clinical Trials Group Study A5221. Timing of antiretroviral therapy for HIV-1 infection and tuberculosis. N Engl J Med. 2011;365:1482-1491. Toàn văn Tóm lược

59. Uthman OA, Okwundu C, Gbenga K, et al. Optimal timing of antiretroviral therapy initiation for HIV-infected adults with newly diagnosed pulmonary tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2015;163:32-39. Tóm lược

60. Manosuthi W, Kiertiburanakul S, Phoorisri T, et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome of tuberculosis among HIV-infected patients receiving antituberculous and antiretroviral therapy. J Infect. 2006;53:357-363. Tóm lược

61. World Health Organization. Tuberculosis (TB). Frequently asked questions - XDR-TB. http://www.who.int (last accessed 13 December 2016). Toàn văn

62. World Health Organization. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis. October 2016. http://apps.who.int/ (last accessed 14 April 2017). Toàn văn

63. Tuberculosis Trials Consortium. Rifapentine and isoniazid once a week versus rifampicin and isoniazid twice a week for treatment of drug-susceptible pulmonary tuberculosis in HIV-negative patients: a randomised clinical trial. Lancet. 2002;360:52-34. Tóm lược

64. East and Central African/British Medical Research Council Fifth Collaborative Study. Controlled clinical trial of 4 short-course regimens of chemotherapy (three 6-months and one 8-month) for pulmonary tuberculosis. Tubercle. 1986;67:5-15. Tóm lược

65. British Thoracic Society. A controlled trial of 6 months chemotherapy in pulmonary tuberculosis, final report: results during the 36 months after the end of chemotherapy and beyond. Br J Dis Chest. 1984;78:330-336. Tóm lược

66. Van Deun A, Maug AK, Salim MA, et al. Short, highly effective, and inexpensive standardized treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Am J Respir Crit Care Med. 2010;182:684-692. Toàn văn Tóm lược

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

67. Dooley KE, Obuku EA, Durakovic N, et al; Efficacy Subgroup, RESIST-TB. World Health Organization group 5 drugs for the treatment of drug-resistant tuberculosis: unclear efficacy or untapped potential? J Infect Dis. 2013;207:1352-1358. Toàn văn Tóm lược

68. Gler MT, Skripconoka V, Sanchez-Garavito E, et al. Delamanid for multidrug-resistant pulmonary tuberculosis. N Engl J Med. 2012;366:2151-2160. Toàn văn Tóm lược

69. Diacon AH, Dawson R, von Groote-Bidlingmaier F, et al. 14-day bactericidal activity of PA-824, bedaquiline, pyrazinamide, and moxifloxacin combinations: a randomised trial. Lancet. 2012;380:986-993. Tóm lược

70. Anyama N, Bracebridge S, Black C, et al. What happens to people diagnosed with tuberculosis? A population-based cohort. Epidemiol Infect. 2007;135:1069-1076. Tóm lược

71. Fielder JF, Chaulk CP, Dalvi M, et al. A high tuberculosis case-fatality rate in a setting of effective tuberculosis control: implications for acceptable treatment success rates. Int J Tuberc Lung Dis. 2002;6:1114-1117. Tóm lược

72. Penner C, Roberts D, Kunimoto D, et al. Tuberculosis as a primary cause of respiratory failure requiring mechanical ventilation. Am J Respir Crit Care Med. 1995;151:867-872. Tóm lược

73. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America. Controlling tuberculosis in the United States. Am J Respir Crit Care Med. 2005;172:1169-1227. Toàn văn Tóm lược

74. Narita M, Ashkin D, Hollender ES, et al. Paradoxical worsening of tuberculosis following antiretroviral therapy in patients with AIDS. Am J Respir Crit Care Med. 1998;158:157-161. Toàn văn Tóm lược

75. Cheng V, Ho P, Lee R, et al. Clinical spectrum of paradoxical deterioration during antituberculosis therapy in non-HIV-infected patients. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2002;21:803-809. Tóm lược

76. Santiago S, Tobias J, Williams AJ. A reappraisal of the causes of hemoptysis. Arch Intern Med. 1991;151:2449-2451. Tóm lược

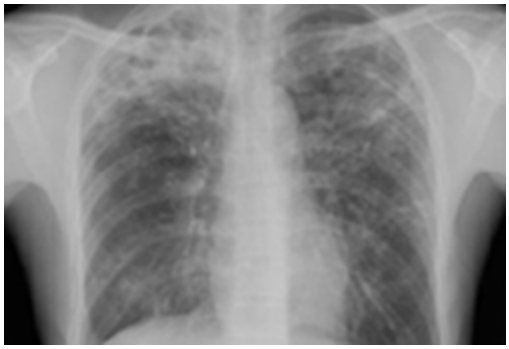
77. Johnston H, Reisz G. Changing spectrum of hemoptysis. Underlying causes in 148 patients undergoing diagnostic flexible fiberoptic bronchoscopy. Arch Intern Med. 1989;149:1666-1668. Tóm lược

78. World Health Organization. Tuberculosis and air travel: guidelines for prevention and control. 2008. http://www.who.int/ (last accessed 13 December 2016). Toàn văn

79. Abubakar I, Fernandez de la Hoz K. WHO publishes the third edition of guidelines for the prevention and control of air-travel-associated tuberculosis. Euro Surveill. 2008;13:18898. Toàn văn Tóm lược

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Hình ảnh



Hình 1: Lao phổi tạo hang

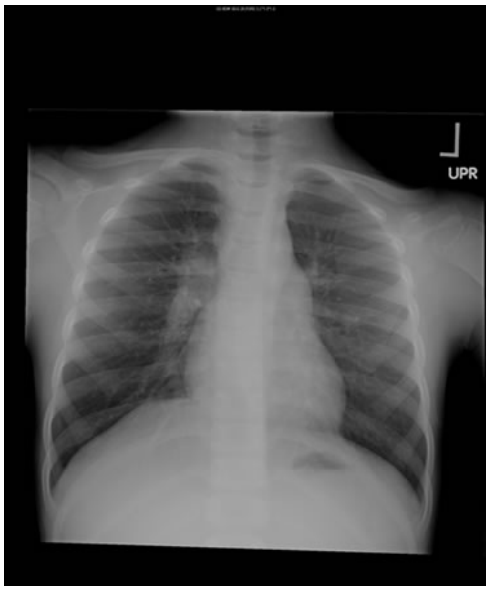
Từ tập hợp bài viết cá nhân của David Horne và Masahiro Narita

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Hình 2: Các hình ảnh mờ ở thùy dưới phải trên bệnh nhân lao phổi và đái tháo đường

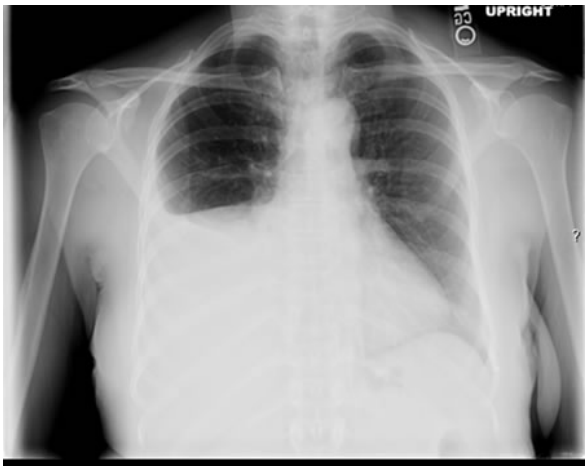
Từ tập hợp bài viết cá nhân của David Horne và Masahiro Narita

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.



Hình 3: Hạch rốn phổi phải ở bệnh nhi

Từ tập hợp bài viết cá nhân của David Horne và Masahiro Narita



Hình 4: Tràn dịch màng phổi phải

Từ tập hợp bài viết cá nhân của David Horne và Masahiro Narita

Bản PDF chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) này
dựa trên phiên bản trang mạng được cập nhật lần cuối vào: Mar 21, 2018.
Các chủ đề BMJ Best Practice (Thực tiễn Tốt nhất của BMJ) được cập nhật thường xuyên và
bản mới nhất của các chủ đề này có trên bestpractice.bmj.com . Việc sử dụng nội dung này phải
tuân thủ tuyên bố miễn trách nhiệm. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu dược chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web.

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105
support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

 © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Giữ mọi bản quyền.

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

David J. Horne, MD, MPH

Associate Professor
Division of Pulmonary, Critical Care, and Sleep Medicine, Department of Medicine, University of Washington, Seattle, WA
CÔNG KHAI THÔNG TIN: DJH declares that he has no competing interests.

Masahiro Narita, MD

Professor of Medicine
Division of Pulmonary, Critical Care, and Sleep Medicine, Department of Medicine, University of Washington, Seattle, WA
CÔNG KHAI THÔNG TIN: MN declares that he has no competing interests.

// Những Người Bình duyệt:

William Burman, MD

Professor
Division of Infectious Diseases, University of Colorado at Denver and Health Sciences Center, Denver, CO
CÔNG KHAI THÔNG TIN: WB declares that he has no competing interests.

Ian Campbell, MD (Lond), FRCP (Edin & Lond)

Consultant Chest Physician
Llandough Hospital, Llandough, Penarth, South Wales
CÔNG KHAI THÔNG TIN: IC declares that he has no competing interests.