

Tỉ lệ hiện mắc lao cao và một số yếu tố liên quan ở người tiêm chích ma túy tại Hải Phòng

Hoàng Thị Giang^{1*}, Phạm Minh Khuê¹, Dương Thị Hương¹, Don Des Jarlais², Didier Laureillard³, Vũ Hải Vinh⁴, Delphine Rapoud⁵, Roselyne Vallo⁵, Nguyễn Quang Đức¹, Khuất Thị Hải Oanh⁶, Jean Pierre Moles⁵, Jonathan Feelemyer², Catherine Quillet⁵, Nicolas Nagot⁵

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

² Trường Đại học New York, Hoa Kỳ

³ Bệnh viện đại học Caremeau, Nimes, CH PHÁP

⁴ Bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng

⁵ INSERM, đại học Montpellier, CH Pháp

⁶ Trung tâm hỗ trợ sáng kiến phát triển cộng đồng – SCDI, Hà Nội

Tác giả liên hệ

Hoàng Thị Giang
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Điện thoại: 0904135488
Email: htgiang@hpmu.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 20/11/2022
Ngày phản biện: 25/11/2022
Ngày đăng bài: 28/12/2022

TÓM TẮT

Mục tiêu: Người tiêm chích ma túy (NTCMT) là nhóm nguy cơ cao mắc lao. Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 2 nhóm NTCMT có HIV dương tính và HIV âm tính từ một nghiên cứu thuần tập sử dụng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (Responding Driven Sampling) tại Hải Phòng năm 2018 nhằm xác định tỉ lệ hiện mắc lao và một số yếu tố liên quan trên đối tượng nguy cơ cao này. Có 885 đối tượng nghiên cứu được sàng lọc lao bằng bộ câu hỏi triệu chứng lao. Nếu có bất kì triệu chứng nào, họ sẽ tiếp tục được chụp XQ phổi và xét nghiệm đờm bằng kĩ thuật Xpert MTB/RIF để chẩn đoán xác định lao. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn NTCMT là nam (>92.3%), trung vị tuổi của nhóm HIV âm tính và HIV dương tính lần lượt là 42,5 (IQR 35.0 - 50.0) và 41.0 (IQR 37.0 - 45.0). Về đặc điểm sử dụng chất trong 6 tháng qua, có 64.7% NTCMT vẫn đang sử dụng heroin, 52,5% có hút đá và 63,2% đang điều trị Methadone. Tỉ lệ hiện mắc lao trên nhóm HIV dương tính là 2,3% (95% CI 1,0-4,5) và trên nhóm HIV âm tính là 2,1% (95%CI 0,8-4,2). Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ mắc lao gồm có sống chung với bạn tình, bị bắt trong vòng 6 tháng qua, vô gia cư và hút đá. Cần có những can thiệp phù hợp về sàng lọc, điều trị lao cho NTCMT tại Hải Phòng.

Từ khóa: người tiêm chích ma túy, tỉ lệ hiện mắc, lao, yếu tố liên quan

Tuberculosis prevalence and some related factors among injecting drug users in Hai Phong

ABSTRACT. People who inject drugs (IDUs) are a high-risk group of tuberculosis (TB). A cross-sectional descriptive study conducted on 2 groups of IDUs with HIV positive and HIV negative from a cohort study using the Responding Driven Sampling-RDS in Hai Phong in 2018 to evaluate TB prevalence and some related factors in this high-risk population. There were 885 study subjects screened for TB using a TB symptom questionnaire. If there are any symptoms, they have been transferred to perform chest X-ray and sputum test using Xpert MTB/RIF technique to confirm TB diagnosis. The study results showed that the majority of IDUs were male (92.3%), the median age of HIV negative and HIV positive groups was 42.5 (IQR 35.0-50.0) and 41.0 (IQR 37.0-45.0), respectively. Regarding the characteristics of substance use in the past 6 months, 64.7% of IDUs were still using heroin, 52.5% were smoking ice and 63.2%

Bản quyền © 2023 Tạp chí Khoa học sức khỏe

were receiving Methadone treatment. TB prevalence in the HIV-positive group was 2.3% (95% CI 1.0-4.5) and in the HIV-negative group was 2.1% (95% CI 0.8-4.2). Factors associated with TB incidence include living with a sexual partner, being arrested within the last 6 months, homelessness, and smoking methamphetamine. Appropriate interventions are needed on TB screening and treatment for IDUs in Hai Phong.

Keywords: *people who inject drugs, prevalence, tuberculosis, related factor*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao vẫn là một mối đe dọa lớn đối với sức khỏe cộng đồng ở Đông Nam Á, bất chấp những nỗ lực của quốc tế và quốc gia nhằm loại trừ bệnh lao. Mặc dù lây lan rộng rãi trong dân chúng, dịch lao không đồng nhất mà bao gồm các khu vực lây truyền cao và các quần thể có nguy cơ cao, khiến mục tiêu không có bệnh lao của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khó đạt được [1]. Trong số những quần thể này, những người tiêm chích ma túy (NTCMT) được xác định là nhóm nguy cơ cao do nhiều nguyên nhân. Thứ nhất, họ có nguy cơ cao bị nhiễm vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV), loại vi-rút này làm tăng khả năng mắc bệnh lao của chính họ. Một nghiên cứu ở Anh cho thấy tỷ lệ mắc bệnh lao ở bệnh nhân nhiễm HIV cao gấp 4,8 lần ở NTCMT [2]. Những bệnh nhân chưa từng điều trị bằng thuốc kháng vi-rút (ART) thường được xét nghiệm vi khuẩn lao và có tiền sử điều trị [3]. Thứ hai, sự thay đổi trực tiếp đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào do tiếp xúc với thuốc có thể tạo điều kiện thuận lợi cho việc nhiễm lao và phát triển bệnh. Bên cạnh đó, thường xuyên bị giam giữ hành chính, thiếu thốn xã hội và nhà ở tồi tàn, những đặc điểm chung của NTCMT, cũng được coi là những yếu tố nguy cơ của bệnh lao [1,4].

Nhìn chung, các nghiên cứu dịch tễ học điều tra tỷ lệ mắc bệnh lao hoạt động ở những NTCMT còn ít được thực hiện. Một số nghiên cứu thu nhận những người sử dụng ma túy chung nhưng với rất ít người tiêm chích (3,6%) [5] hoặc với cỡ mẫu hạn chế và ít trường hợp lao [6]. Mặc dù tất cả các nghiên cứu này đều cho thấy gánh nặng bệnh lao cao, nhưng chúng chỉ phản ánh một phần tỷ lệ mắc bệnh lao trong toàn bộ quần thể NTCMT. Hơn nữa, bối cảnh phổ cập điều trị ARV hiện nay,

giúp giảm 2/3 tỷ lệ mắc lao, có thể đã làm thay đổi mức độ nguy cơ. Việc thiếu dữ liệu này khiến các nhà hoạch định chính sách không thể nhắm mục tiêu cụ thể vào nhóm có nguy cơ cao tiềm ẩn này trong các chương trình kiểm soát bệnh lao và nó có thể cản trở những nỗ lực hướng tới loại trừ bệnh lao [1].

Trong số các quốc gia Đông Nam Á, Việt Nam có tỷ lệ mắc bệnh lao hàng năm cao, ước tính khoảng 176 trường hợp trên 100.000 dân vào năm 2019 và có lịch sử sử dụng heroin lâu đời [7]. Trong 10 năm qua, chương trình HIV quốc gia được hỗ trợ bởi Quỹ Toàn cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét, và Kế hoạch Cứu trợ Khẩn cấp của Tổng thống về Phòng chống AIDS (PEPFAR) đã cung cấp các can thiệp kết hợp cho NTCMT ở Việt Nam. Các can thiệp này bao gồm giảm tác hại thông qua các Tổ chức dựa vào cộng đồng (CBO), điều trị ARV miễn phí và phổ cập, tiếp cận với methadone ở hầu hết các tỉnh, thành phố lớn trên cả nước, góp phần chấm dứt dịch HIV trong nhóm này, trong đó có thành phố Hải Phòng với 2 triệu dân trên toàn quốc [8].

Trong bối cảnh đó, nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu đánh giá tỷ lệ mắc lao và các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm lao trong nhóm NTCMT, có và không nhiễm HIV, tại Hải Phòng, Việt Nam.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu:

Người tiêm chích ma túy tại Hải Phòng tham gia một nghiên cứu thuần tập về HIV – nghiên cứu DRIVE [9], bao gồm 2 nhóm HIV âm tính và HIV dương tính. Tất cả đối tượng này được tuyển vào nghiên cứu thuần tập từ các khảo sát cắt ngang bằng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (Responding Driven

Sampling- RDS). Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: 1) Đủ 18 tuổi; 2) Đang sinh sống tại Hải Phòng; 3) Tự báo cáo đang tiêm chích ma túy; 4) Có xét nghiệm nước tiểu dương tính với heroin hoặc methamphetamine; 5) Có vết tiêm chích trên da được nhóm cộng đồng xác nhận; 6) Đồng thuận tham gia nghiên cứu. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu thuận tập sẽ được mời đến tham gia vòng theo dấu mỗi 6 tháng. Nghiên cứu này thực hiện tại vòng theo dấu tháng thứ 18.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại 2 văn phòng nghiên cứu của nhóm cộng đồng Hải Đăng và Vòng tay bè bạn tại thành phố Hải Phòng từ tháng 10/2018 đến tháng 1/2019.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang ước lượng tỉ lệ trong quần thể với hệ số thiết kế $DE = 2$ cho nghiên cứu cộng đồng. Tỉ lệ mắc lao ước tính theo nghiên cứu tại Pakistan là 6,1% [10]. Tính được cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm là 430. Thực tế tuyển được 434 NTCMT có HIV âm tính và 451 NTCMT có HIV dương tính tham gia vào nghiên cứu.

Biến số, chỉ số nghiên cứu

Biến số đầu ra chính của nghiên cứu là bệnh lao thể hoạt động, được xác định bằng xét nghiệm Xpert MTB/RIF dương tính. Các yếu tố liên quan đến bệnh lao được xem xét bao gồm: đặc điểm cá nhân (tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, tình trạng gia cư), đặc điểm sử dụng ma túy (heroin và methamphetamine), tình trạng HIV, CD4 và tình trạng pháp lý (bị bắt trong 6 tháng qua).

Phương pháp, công cụ thu thập thông tin

Sàng lọc lao: các thành viên CBO đặt câu hỏi cho những người tham gia về các triệu chứng bệnh lao (gồm sốt; ho >1 tuần; đổ mồ hôi ban đêm; sụt cân; mệt mỏi). Nếu người tham gia có ít nhất 1 triệu chứng hoặc tiền sử lao thì được mời chụp X-quang phổi tại Bệnh viện lao Hải Phòng. Nếu kết quả chụp X-quang ngực được coi là “bất thường”, thì đờm sẽ được lấy để làm xét nghiệm Xpert MTB/RIF.

Tất cả các chi phí sàng lọc và điều trị đều miễn phí cho những người tham gia. Tất cả bệnh nhân có xét nghiệm Xpert MTB/RIF dương tính đều được điều trị theo hướng dẫn quốc gia. Bảng hỏi yếu tố liên quan: bảng hỏi đặc điểm cá nhân và hành vi nguy cơ cũng như tình trạng điều trị HIV, methadone được xây dựng bởi nhóm nghiên cứu, phỏng vấn trực tiếp tại địa điểm nghiên cứu và ghi nhận vào dữ liệu trực tuyến.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Các chỉ số thống kê: n, trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, tỷ lệ %, Mann-Whitney test để so sánh các giá trị trung bình, trung vị. Chúng tôi đã xác định các yếu tố liên quan bằng cách sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến trong đó có bệnh lao (được xác nhận bằng xét nghiệm Xpert MTB/RIF dương tính) là biến phụ thuộc. Ngoài biến thứ cấp trong mô hình đa biến, chỉ những biến độc lập có ý nghĩa ở mức 20% trong phân tích đơn biến mới được đưa vào mô hình. Ngưỡng ý nghĩa thống kê khi chỉ số $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

Các khía cạnh đạo đức nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Dược Hải Phòng (chứng nhận chấp thuận số 01/HĐĐĐ trường ĐHY Dược Hải Phòng ngày 04/10/2016) và Viện nghiên cứu quốc gia về lạm dụng chất Hoa Kỳ (NIDA) (chứng nhận số #100-14 của Hội đồng đạo đức trường Đại học Mount Sinai ngày 22/3/2016). Đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia bằng cách kí văn bản đồng thuận sau khi đã được giải thích rõ về mục đích và ý nghĩa của nghiên cứu. Thông tin thu thập trung thực, được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		HIV âm tính (N=434)	HIV dương tính (N=451)
		SL (%)	SL (%)
Đặc điểm dân số - xã hội học			
Tuổi (trung vị, IQR)		42,5 (35,0-50,0)	41,0 (37,0-45,0)
Giới	Nữ	40 (9,2)	26 (5,8)
	Nam	392 (90,3)	425 (94,2)
	Chuyển giới	2 (0,5)	0 (0,0)
Tình trạng hôn nhân	Li hôn/li thân/góa	266 (61,3)	294 (65,2)
	Có sống chung với chồng/bạn tình	168 (38,7)	157 (34,8)
Nơi ở không cố định/Vô gia cư		25(5,8) [†]	12(2,7) [‡]
Đi làm có lương		356 (82,0)	336 (74,5)
Tình trạng điều trị HIV			
Đang điều trị ARV		--	407 (90,4) [‡]
Tải lượng HIV $\leq 1,000$ bản sao/mL		--	367 (81,6) [‡]
Số lượng CD4 (trung vị, IQR)		--	472 (317-674) [‡]
Tình trạng sử dụng ma túy			
Sử dụng heroin trong 6 tháng qua	Không	166 (38,2)	146 (32,4)
	Thi thoảng (< 15 ngày/tháng)	109 (25,1)	165 (36,6)
	Thường xuyên (>15 ngày/tháng)	159 (36,6)	140 (31,0)
Hút methamphetamine (đá)		252 (58,1)	213 (47,2)
Đang điều trị Methadone		220 (50,7)	339 (75,2)
Có dùng chung bơm kim tiêm		8 (3,0)	1 (0,3)
Bộ câu hỏi sàng lọc lao			
Có tiền sử mắc lao		37 (8,6) [!]	152 (33,7)
Ho kéo dài trên 1 tuần		5 (1,2)	0 (0,0) [‡]
Vã mồ hôi ban đêm		125 (28,8)	170 (37,7)
Sụt cân		74 (17,1)	104 (23,1)
Đau ngực, khó thở		151 (34,8)	188 (41,7)
Sốt		40 (9,2)	58 (12,9)
Mệt mỏi		167 (38,5)	221 (49,0)

[†] 5 giá trị thiếu,

[‡] 1 giá trị thiếu,

[!] 2 giá trị thiếu,

Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, hầu hết NTCMT là nam giới (92,3%) và có việc làm (82,0% trong nhóm người tham gia âm tính với HIV; 74,5% có việc làm trong nhóm người

tham gia dương tính với HIV), với độ tuổi trung bình là 42 tuổi. 50,7% người âm tính với HIV và 75,2% người dương tính với HIV đang điều trị Methadone và chỉ một số ít (<6,0%) không có nơi ở thường xuyên. Trong nhóm dương tính với HIV, 90,4% đang điều trị ARV và 81,6% có tải lượng vi rút ≤ 1000 bản sao/mL, với số lượng CD4 trung bình là 472 tế bào/ μL (Bảng 1).

Tỉ lệ hiện mắc lao

<u>Nhóm HIV âm tính</u>		<u>Nhóm HIV dương tính</u>
n = 457	.....Tham gia khảo sát.....	n = 484
n = 434 (95%)	.....Đồng ý trả lời bảng hỏi sàng lọc triệu chứng lao.....	n = 451 (93%)
n = 228 (52%)	.....Có ít nhất 1 triệu chứng nghi lao.....	n = 308 (68%)
n = 158	.....Có chụp XQ phổi.....	n = 253
n = 47 (29%)	.....Hình ảnh XQ phổi bất thường.....	n = 84 (33%)
n = 18	.....Có làm xét nghiệm Gen Xpert MTB/RIF đờm.....	n = 38
n = 7 (39%)	.....Kết quả xét nghiệm Gen Xpert MTB/RIF đờm dương tính.....	n = 8 (21%)

Hình 1. Sơ đồ thu nhận và sàng lọc lao cho đối tượng nghiên cứu

Trong số 457 NTCMT có HIV âm tính, có 434 người đồng ý tham gia sàng lọc lao, chiếm 95%. Trong số 484 NTCMT có HIV dương tính, có 451 người đồng ý tham gia sàng lọc lao, chiếm 93%. Ở bước sàng lọc triệu chứng lao, 228 (52%) và 308 (68%) tương ứng cho biết họ có ít nhất 1 triệu chứng. 47/158 (29%) NTCMT HIV âm tính và 84/253 NTCMT HIV dương tính có kết quả chụp X-quang phổi bất thường. Tỷ lệ mắc lao là 2,1% (khoảng tin cậy 95%: 0,8–4,2) đối với nhóm HIV âm tính và 2,3 % (khoảng tin cậy 95%: 1,0–4,5) với nhóm HIV dương tính (Hình 1). Trong số này, chúng tôi xác định được 3 người (20%) kháng rifampicin.

Bảng 2. Mối liên quan với tình trạng mắc lao ở đối tượng nghiên cứu (n=686)

Yếu tố liên quan		Số ca mắc lao/ tổng (%)	OR thô	95% CI	OR hiệu chỉnh (aOR)	95% CI
<i>Tuổi</i>	<38	5/208 (2,4)	Ref			
	38-45	3/229 (1,3)	0,5	0,1-2,8		
	≥45	7/249 (2,8)	1,2	0,3-4,8		
<i>Giới</i>	Nam	14/639 (2,2)	Ref			
	Nữ	1/47 (2,1)	1,0	0,0-6,7		
<i>Đang điều trị methadone</i>		8/441 (1,8)	0,6	0,2-1,8		
<i>Sống chung</i>		10/250 (4,0)	3,6	1,2-10,6	4,9	1,4-19,8
<i>Đi làm có lương</i>		11/534 (2,1)	1,3	0,3-4,4		

<i>Bị bắt trong 6 tháng qua</i>		3/30 (10,0)	5,9	1,0-23,8	5,9	1,0-26,6
<i>Sử dụng heroin</i>						
	Không	6/243 (2,5)	Ref			
	Thi thoảng	4/214 (1,9)	0,8	0,2-3,2		
	Thường xuyên	5/229 (2,2)	0,9	0,2-3,5		
<i>Hút đá</i>		12/359 (3,3)	3,7	1,0-20,8	3,8	1,0-22,0
<i>HIV và CD4</i>						
	HIV âm tính	7/336 (2,1)	Ref			
	HIV dương tính & CD4 ≤ 350 tế bào/μL	4/107 (3,7)	1,8	0,4-7,3	2,9	0,6-13,1
	HIV dương tính & CD4 > 350 tế bào/μL	4/242 (1,7)	0,8	0,2-3,2	1,1	0,2-4,5
<i>Không có nơi ở cố định/vô gia cư</i>		3/30 (10,0)	5,9	1,0-23,6	8,0	1,2-38,5

Trong mô hình đa biến, vô gia cư (aOR 8,0; 95% CI: 1,2–38,5), đã bị bắt trong 6 tháng qua (aOR 5,9; 95% CI: 1,0–26,6), có sống chung (aOR 4,9; 95% CI: 1,4–19,8) và hút methamphetamine (aOR 3,8; 95% CI: 1,0–22,0) có liên quan độc lập với tình trạng mắc lao. Không tìm thấy mối liên quan giữa mắc lao và tình trạng nhiễm HIV, số lượng CD4 (Bảng 2)

BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy ước tính tỷ lệ nhiễm lao trong nhóm NTCMT cao ở mức đáng báo động, dao động từ 1,7% đến 5,6%, mặc dù dịch HIV đã kết thúc và tỷ lệ bao phủ điều trị ARV rất cao [8]. Với tỉ lệ hiện mắc này, tỷ lệ mới mắc hàng năm có thể cao gấp hai lần (nghĩa là 3400 trường hợp/100000 mỗi năm), NTCMT sẽ có nguy cơ mắc bệnh lao cao hơn gấp khoảng 20 đến 65 lần so với dân số chung [7]. Đáng chú ý, những số liệu này không tính đến các trường hợp lao không có triệu chứng, cũng như các trường hợp lao có xét nghiệm Xpert MTB/RIF âm tính. Bên cạnh đó, có một tỉ lệ NTCMT không đến tham gia nghiên cứu vì lý do bị bắt cũng có thể là một yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ hiện mắc lao thực sự của nhóm đối tượng nghiên cứu này.

Phát hiện của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trước đây có liên quan báo cáo về bệnh lao ở những người sử dụng ma túy, với tỷ lệ lưu hành là 1,8% ở Bờ Biển Ngà trong số NTCMT [5], 6,1% trong số NTCMT nhiễm HIV ở Pakistan [10] hoặc 2,6% trong số NTCMT được hỗ trợ điều trị bằng thuốc ở

Tanzania [6]. So với các nghiên cứu trước đây báo cáo về bệnh lao trong các phân nhóm NTCMT, những phát hiện của chúng tôi cung cấp ước tính chính xác về gánh nặng bệnh lao trong toàn bộ nhóm NTCMT, bất kể tình trạng nhiễm HIV là gì và trong bối cảnh hiện tại có mức độ bao phủ điều trị ARV cao.

Mặc dù Việt Nam thuộc top 30 quốc gia có gánh nặng bệnh lao cao nhưng tỷ lệ của chúng tôi là đáng chú ý. Một số nghiên cứu mô tả gánh nặng bệnh lao cao trong số những NTCMT phần lớn là do tỷ lệ nhiễm HIV không được kiểm soát cao của họ. Chúng tôi kỳ vọng rằng mức độ bao phủ điều trị ARV đáng chú ý ở Việt Nam và tỷ lệ nhiễm HIV rất thấp được ghi nhận sẽ làm giảm nguy cơ mắc lao như đã báo cáo ở những người nhiễm HIV không tiêm chích ma túy, và có thể giảm nguy cơ này xuống bằng với mức dân số nói chung. Tuy nhiên, rõ ràng là không phải như vậy và điều này đã được xác nhận bởi phân tích yếu tố nguy cơ của chúng tôi, phân tích này không cho thấy bất kỳ mối liên hệ độc lập nào giữa tình trạng nhiễm HIV và bệnh lao. Phát hiện này có thể được giải thích bằng phương pháp

Bản quyền © 2023 Tạp chí Khoa học sức khỏe

điều trị lao tiềm ẩn (isoniazid hàng ngày trong 9 tháng) được đề xuất cho tất cả NTCMT dương tính với HIV được điều trị ARV theo hướng dẫn của Việt Nam. Tuy nhiên, theo các bác sĩ địa phương, việc chấp nhận và tuân thủ điều trị bệnh lao tiềm ẩn được coi là rất thấp trong thực hành thông thường.

Ngoài HIV, NTCMT còn tiếp xúc nhiều với sự kết hợp của các yếu tố nguy cơ mắc bệnh lao khác trong cộng đồng, chẳng hạn như thuốc lá, rượu, điều kiện nhà ở tồi tàn, suy giảm miễn dịch do thuốc, không có nơi ở cố định hoặc vô gia cư [1], [7]. Tỷ lệ mắc bệnh lao trong nhóm NTCMT cao hơn nhiều so với dân số nói chung chắc chắn cũng được thúc đẩy bởi sự lây truyền bệnh lao cao trong cộng đồng. NTCMT thường bị bắt và giam giữ ở những nơi quá đông đúc với hệ thống thông gió kém, làm tăng nguy cơ lây truyền bệnh lao [11]. Tuy nhiên, phân tích yếu tố liên quan của chúng tôi cung cấp thêm kiến thức về các kiểu lây truyền này trong NTCMT. Mối liên hệ giữa bệnh lao và việc sống chung như vợ chồng cho thấy rõ ràng rằng việc lây truyền trong nhà là rất quan trọng. Với tỷ lệ nhiễm HIV cao, có khả năng bạn tình của NTCMT cũng có nguy cơ cao mắc bệnh lao, do lây nhiễm HIV hoặc sử dụng ma túy.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra mối liên quan của việc sử dụng methamphetamine với bệnh lao. Điều này có thể liên quan đến cơ chế sinh lý bệnh cho thấy rằng việc tiếp xúc thường xuyên với việc sử dụng methamphetamine dẫn đến viêm toàn thân [33], tổn thương phổi nghiêm trọng do sự xâm nhập của các tế bào viêm trong phổi, dày vách ngăn phế nang và giảm số lượng túi phế nang. Ngoài khả năng tạo điều kiện thuận lợi cho methamphetamine gây nhiễm trùng *Mycobacterium tuberculosis* ở phổi, các điều kiện sử dụng ma túy này cũng thuận lợi cho việc lây truyền [12]. Theo các thành viên CBO và NTCMT, các buổi hút đá thường tập trung từ 5 đến 10 người trong nhiều giờ trong phòng kín (để thoát khỏi sự theo dõi của cảnh sát), những người này dùng chung ống nước dùng để hút methamphetamine dạng tinh thể. Do đó, các buổi sử dụng methamphetamine tập thể thường xuyên này là một con đường lây truyền bệnh lao hợp lý trong nhóm NTCMT.

Có rất ít nhận thức của các bác sĩ và các nhà hoạch định chính sách y tế về tình hình bệnh lao trầm trọng ở những NTCMT. Điều này có thể là do rất ít các nghiên cứu dịch tễ học gần đây đã định lượng được gánh nặng bệnh lao trong nhóm dễ bị tổn thương này. Với khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc thấp của nhóm dân số này, tỷ lệ mắc bệnh lao cao này có thể dẫn đến tỷ lệ tử vong cao. Cần có các biện pháp can thiệp kết hợp khẩn cấp, bao gồm sàng lọc bệnh lao quy mô lớn, truy dấu tiếp xúc với các ca bệnh, tiếp cận tốt hơn, cải thiện chuyển tuyến về chăm sóc và điều trị bệnh lao tiềm ẩn là cần thiết để kiểm soát bệnh trong số những NTCMT, không chỉ giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong mà còn tác động về động thái lao trong phần còn lại của dân số [1]. Ngoài ra, tác động đến sự lây truyền bệnh lao thông qua các biện pháp phòng ngừa sẽ là chìa khóa để giảm rõ rệt tỷ lệ lây nhiễm bệnh lao. Trước khi thiết kế các biện pháp can thiệp này, trước tiên chúng ta cần hiểu thêm hoặc xác nhận các nguyên nhân lây truyền bệnh lao giữa những NTCMT, cả ở cấp độ cá nhân và cộng đồng, sau đó thì điểm các biện pháp kiểm soát đầy đủ và phù hợp. Dịch HIV trong nhóm NTCMT đã được chấm dứt bằng cách cung cấp dịch vụ tư vấn về giảm tác hại và tạo điều kiện tiếp cận dịch vụ chăm sóc kết hợp với các nhóm CBO để tiếp cận nhóm dân số bị kỳ thị và bị gạt ra ngoài lề xã hội này [8]. Chiến lược này cũng có thể sử dụng để kiểm soát bệnh lao. Rõ ràng là dữ liệu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ chấp nhận sàng lọc bệnh lao tại địa điểm cộng đồng là rất cao (>90%). Tuy nhiên, tỷ lệ chấp nhận chuyển đến hệ thống y tế để tiếp tục sàng lọc bệnh lao bằng chụp X-quang ngực và Xpert MTB/RIF thấp hơn nhiều. Tình huống này đòi hỏi phải thu thập đầy đủ mẫu hoặc dữ liệu để sàng lọc bệnh lao ở cấp độ cộng đồng. Việc thu thập đờm sẽ được xử lý thêm trong phòng thí nghiệm lao hoặc xe tải được trang bị chụp X-quang ngực di động, kỹ thuật số hóa và đọc tự động có sự hỗ trợ của máy tính triển khai tại các địa điểm cộng đồng có thể giúp cải thiện đáng kể việc mất dấu bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi có một vài hạn chế. Mặc dù quy mô nghiên cứu rất lớn, nhưng mẫu của chúng tôi có thể không đại diện cho tất cả NTCMT cư trú tại Hải Phòng do được lấy từ nghiên cứu thuận tiện. Tuy nhiên, những

người tham gia này được rút ra từ một cuộc khảo sát RDS, để lấy mẫu đại diện cho dân số mong muốn [44]. Do đó, NTCMT trong nghiên cứu này có thể được hưởng lợi từ sự hỗ trợ của CBO, những NTCMT “khó tiếp cận” nhất có thể không được đại diện đúng mức. Chúng tôi cũng không nắm bắt được các trường hợp lao không có triệu chứng. Ngoài ra, chúng tôi không thể xác định các trường hợp lao có Xpert MTB/RIF âm tính. Những hạn chế này có thể dẫn đến việc đánh giá thấp tỷ lệ lưu hành bệnh lao thực sự. Mặc dù những dữ liệu này cần được xác nhận ở các cơ sở khác, nhưng tỷ lệ cao được báo cáo trong tài liệu trong số ít nghiên cứu dịch tễ học hiện có cho thấy gánh nặng tương tự ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc bệnh lao rất cao trong nhóm NTCMT ở Việt Nam. Gánh nặng bệnh lao cao này không được giải thích là do nhiễm HIV, mà là do sự tích lũy các yếu tố nguy cơ cá nhân. Đặc biệt, việc hút đá có thể là một trong những tình huống nguy cơ cao làm tăng lây truyền bệnh lao. Các biện pháp can thiệp bệnh lao cụ thể nhắm vào người tiêm chích ma túy nên được xây dựng và đánh giá, để cuối cùng đạt được mục tiêu loại trừ bệnh lao của WHO.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mathema B., Andrews J.R., Cohen T. và cộng sự. (2017). Drivers of Tuberculosis Transmission. *J Infect Dis*, 216(suppl_6), S644–S653.
2. Winter J.R., Stagg H.R., Smith C.J. và cộng sự. (2017). Injecting drug use predicts active tuberculosis in a national cohort of people living with HIV. *AIDS*, 31(17), 2403–2413.
3. Active and latent tuberculosis among HIV-positive injecting drug users in Indonesia - PubMed. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25690530/>>, accessed: 06/02/2023.
4. de Vries S.G., Cremers A.L., Heuvelings C.C. và cộng sự. (2017). Barriers and facilitators to the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review of qualitative literature. *Lancet Infect Dis*, 17(5), e128–e143.
5. Bernier A., Perrineau S., Reques L. và cộng sự. (2020). Prevalence and management of tuberculosis among people who use drugs in Abidjan, Ivory Coast. *Int J Drug Policy*, 83, 102862.
6. Gupta A., Mbwambo J., Mteza I. và cộng sự. (2014). Active case finding for tuberculosis among people who inject drugs on methadone treatment in Dar es Salaam, Tanzania. *Int J Tuberc Lung Dis*, 18(7), 793–798.
7. Global tuberculosis report 2020. <<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240013131>>, accessed: 06/02/2023.
8. Des Jarlais D.C., Huong D.T., Oanh K.T.H. và cộng sự. (2020). Ending an HIV epidemic among persons who inject drugs in a middle-income country: extremely low HIV incidence among persons who inject drugs in Hai Phong, Viet Nam. *AIDS*, 34(15), 2305–2311.
9. DRIVE (Drug Use and Blood-Borne Infections in Vietnam): Combined Prevention and Care to End the HIV Epidemic Among People Who Inject Drugs in Haiphong, Vietnam. CDUHR, <<https://www.cduhr.org/project/drive-drug-use-blood-borne-infections-vietnam-combined-prevention-care-end-hiv-pwid-haiphong/>>, accessed: 06/02/2023.
10. Tahseen S., Shah Nawaz H., Riaz U. và cộng sự. (2018). Systematic case finding for tuberculosis in HIV-infected people who inject drugs: experience from Pakistan. *Int J Tuberc Lung Dis*, 22(2), 187–193.
11. Story A., Murad S., Roberts W. và cộng sự. (2007). Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. *Thorax*, 62(8), 667–671.
12. Nazari A., Zahmatkesh M., Mortaz E. và cộng sự. (2018). Effect of methamphetamine exposure on the plasma levels of endothelial-derived microparticles. *Drug Alcohol Depend*, 186, 219–225.