

ĐÁNH GIÁ MÔ HÌNH BỆNH NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP TRẺ EM DƯỚI MỘT TUỔI TẠI THANH HÀ, HẢI DƯƠNG

TRẦN THỊ KIÊM - Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mô hình và một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ em dưới 1 tuổi tại huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. Gồm tất cả trẻ em từ khi mới sinh đến dưới 12 tháng tuổi ở huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương và mẹ các cháu trong thời gian từ tháng 9/2008-10/2009.

Kết quả và bàn luận: Viêm phổi, VA và cảm cúm phổ biến nhất: 11,6%. Bệnh viêm họng ở trẻ 7-12 tháng tuổi: 57,1%, viêm phế quản gặp nhiều ở trẻ từ 2 đến dưới 7 tháng tuổi: 72,7%, cảm cúm ở trẻ từ 2 đến dưới 7 tháng tuổi: 52,6%, VA ở trẻ 7-12 tháng tuổi: 51,8%, viêm phổi từ 7-12 tháng tuổi: 53,8%, bệnh khác gặp nhiều ở trẻ từ 2 đến dưới 7 tháng tuổi. Bệnh viêm họng, viêm phế quản, cảm cúm, VA gặp nhiều ở trẻ trai, viêm phổi gặp nhiều ở bé gái. Trẻ có cân nặng lúc sinh dưới 2500g, nguy cơ mắc bệnh tăng lên 3,9 lần. Trong số trẻ bị viêm phổi, hầu hết trẻ mắc viêm phổi nặng. Trẻ ăn thêm sữa trong 6 tháng đầu nguy cơ mắc bệnh tăng lên 1,4 lần. Trẻ tiêm chủng chưa đủ không liên quan đến bệnh. Trẻ có tiền sử mắc bệnh tật 2 tháng qua có nguy cơ mắc bệnh hiện tại tăng 6,9 lần.

Kết luận: Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là hậu quả của trình độ học vấn của mẹ thấp, nghề nghiệp vất vả của mẹ, gia đình nghèo, tiền sử trẻ đẻ nhẹ cân, chế độ ăn không phù hợp, tiền sử mắc bệnh của trong vòng 2 tháng.

SUMMARY

Objectives: To assess the model and some elements related to respiratory infections on children under a year old at Thanh Ha district, Hai Duong province.

Study methods: Slide description include all children from birth to under 12 months old at Thanh Ha district, Hai Duong province and their mother from 9/2008 to 10/2009.

Result and discussion: Pneumonia, VA and flu are common 11.6%. Sore throat at children 7-12 months old 57.1%, bronchitis appears in children from 2 to under 7 months old 72.7%, flu appears in children from 2 to under 7 months old 52.6%, tonsillitis (VA) appears in children from 7 to 12 months old 51.8%, pneumonia appears in children from 7 to 12 months old 53.8%, other diseases appear in children from 2 to under 7 months old. Sore throat, flu, bronchitis and tonsillitis appear in boys, pneumonia appears in girls. Children was born and weigh less than 2500gr, the risk increased by 3.9 times. Among the children, almost them has bad pneumonia. Children drink more milk in the first 6 months, the risk increased 1.4 times. Children weren't vaccinated enough isn't related to the disease. Children have prehistory of diseases last 2 months, the risk of current disease increased 6.9 times.

Conclusion: Respiratory infections is the consequence of mother's low education, hard career, poverty family, prehistory of low-weight-baby births, inappropriate diet, prehistory of diseases last 2 months.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1982, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã xây dựng chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHC) ở trẻ em nhằm mục tiêu làm giảm tử vong do bệnh này gây ra, trong đó chủ yếu là do viêm phổi (VP). Trong những năm qua nhờ chương trình này mà tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 5 tuổi vì NKHHC giảm đáng kể so với trước. Mặc dầu vậy, bệnh vẫn còn là nguyên nhân chính gây tử vong cho trẻ dưới 5 tuổi, trong đó hơn 90% là do viêm phổi. Thanh Hà là một huyện nghèo của tỉnh Hải Dương, có 24 xã và 1 thị trấn, với dân số khoảng 180.000 người, sống chủ yếu bằng nghề trồng trọt. Sau năm 2000, chương trình NKHHC thiếu kinh phí, thiếu thuốc và thiếu sự quan tâm của các cấp, các ngành. Đề tài nghiên cứu này nhằm trả lời các câu hỏi: Mô hình NKHHC ở trẻ dưới 1 tuổi trên địa bàn huyện Thanh Hà ra sao? Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh của trẻ là gì? Chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá mô hình NKHHC và các yếu tố liên quan ở trẻ dưới 1 tuổi tại huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương năm 2009" với 2 mục tiêu sau:

1. Đánh giá mô hình nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ dưới 1 tuổi tại huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương.
2. Đánh giá một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 1 tuổi tại huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. Gồm tất cả trẻ từ khi mới sinh đến dưới 12 tháng tuổi tại huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương và mẹ các cháu từ tháng 9/2008 đến tháng 10/2009.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số cặp trẻ – mẹ: 759 (đạt 97% cỡ mẫu), trẻ từ 2 đến 6 tháng tuổi: 49,9%. Tuổi mẹ từ 20 đến dưới 25 tuổi: 40,7%.

1. Mô hình NKHHC ở trẻ dưới 1 tuổi tại Thanh Hà

Bảng 1. Mô hình nhiễm khuẩn hô hấp cấp

Bệnh	n	Tỷ lệ trong nhóm (%)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	39	32,2	5,1
Viêm VA	27	22,3	3,5
Viêm họng	14	11,6	1,8
Viêm phế quản	11	9,0	1,4
Cảm cúm	19	15,7	2,5
Hen	12	9,1	1,6
Tổng số:	121	100,0	121/759=15,9

Nhận xét: Viêm phổi, VA và cảm cúm là bệnh phổ biến nhất: 11,6%.

Bảng 2. Mô hình nhiễm khuẩn hô hấp theo tuổi

Tuổi Bệnh	< 2 tháng		2 - <7 tháng		7-<12tháng		Tổng số	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
VH	2	14,3	4	28,6	8	57,1	14	100
Viêm phế quản	0	0,0	8	72,7	3	27,3	11	100
Cảm cúm	2	10,6	10	52,6	7	36,8	19	100
VA	3	11,2	10	37,0	14	51,8	27	100
Viêm phổi	2	5,2	16	41,0	21	53,8	39	100
Hen	0	0,0	6	50,0	6	50,0	12	100

Nhận xét: Bệnh viêm họng gặp nhiều ở trẻ 7-12 tháng: 57,1%, viêm PQ gặp nhiều ở trẻ 2- < 7 tháng: 72,7%, cảm cúm gặp nhiều ở trẻ 2- <7 tháng: 52,6%,

VA gặp nhiều ở trẻ 7-12 tháng: 51,8%, viêm phổi gặp nhiều 7-12 tháng: 53,8%, bệnh khác gặp nhiều ở 2- < 7 tháng tuổi.

Bảng 3. Mô hình NKHH theo giới tính

Giới Bệnh	Trai		Gái		p, X ²	
	n	(%)	n	(%)	X ²	p
Viêm họng	8	57,1	6	42,9	14	<0,05
Viêm phế quản	8	72,7	3	27,3	11	<0,01
Cảm cúm	10	52,6	9	47,4	19	<0,05
VA	16	59,3	11	40,7	27	<0,05
Viêm phổi	19	48,7	20	51,3	39	>0,05
Hen	11	91,7	1	8,3	12	<0,01

Nhận xét: Bệnh viêm họng, viêm phế quản, cảm cúm, VA gặp nhiều ở trẻ trai sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Viêm phổi gặp nhiều ở trẻ gái nhưng sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Phân bố viêm phổi theo thể bệnh

Thể bệnh	n	Tỷ lệ trong nhóm (%)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	32	82,0	4,2
Viêm phổi nặng	7	18,0	0,9
Tổng số:	39	100,0	5,1

Nhận xét: Trong số trẻ viêm phổi, hầu hết trẻ mắc viêm phổi nặng.

2. Quan hệ giữa bệnh với một số yếu tố liên quan

2.1. Liên quan con nặng lúc sinh với bệnh tật

Bảng 5. Liên quan con lúc sinh với bệnh

Bệnh	Bệnh	Không mắc bệnh	OR (95%CI)	p
	n	n		
Con nặng lúc sinh				
< 2500 gr	31	51	3,9 (2,4-6,5)	<0,001
≥ 2500 gr	90	587		
Tổng số:	121	638		

Nhận xét: Mẹ làm ruộng, con có nguy cơ mắc bệnh tăng 1,5 lần.

2.2. Liên quan ăn thêm sữa công thức trong 6 tháng đầu với bệnh

Bảng 6. Liên quan ăn thêm sữa công thức trong 6 tháng đầu với bệnh

Bệnh	Bệnh	Không mắc bệnh	OR (95%CI)	p
	n	n		
Ăn thêm				
Ăn thêm	52	216	1,4 (1,2-3,2)	<0,05
Không	69	422		
Tổng số:	121	638		

Nhận xét: Trẻ ăn thêm sữa trong 6 tháng đầu nguy cơ mắc bệnh tăng 1,4 lần

2.3. Liên quan tiền sử với bệnh hiện tại

Bảng 7. Liên quan tiền sử bệnh 2 thông qua với bệnh hiện tại

Bệnh	Bệnh	Không bệnh	OR (95%CI)	p
	n	n		
Tiền sử				
Mắc bệnh	81	144	6,9 (4,5-10,6)	<0,001
Không	40	494		
Tổng số:	121	638		

Nhận xét: Trẻ có tiền sử mắc bệnh trong 6 tháng đầu nguy cơ mắc bệnh tăng lên 6,9 lần.

BÀN LUẬN

1. Mô hình bệnh NKHHC

Mô hình NKHHC chung: Theo bảng 1, các bệnh NKHHC mà chúng tôi phát hiện là viêm phổi, viêm VA, viêm họng, viêm phế quản, cảm cúm và hen.

Hàng đầu là viêm phổi chiếm 5,1% sau đó là 3,6%; viêm họng là 1,8%; viêm phế quản 1,4%; cảm cúm 2,5% và hen là 1,6%. Theo KJ. Kvaerner [6], trong số bệnh NKHHCT trẻ em hàng đầu là cảm cúm 58,3%, sau đó là viêm mũi 16,4%. Viêm tai chiếm 7,1%, viêm họng và viêm amidal 7,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đặc điểm bệnh lý của trẻ theo lứa tuổi.

2. Mô hình bệnh tật theo tuổi

Tất cả các bệnh NKHHCT đều gặp với tần suất cao hơn trẻ trên 2 tháng đến dưới 12 tháng tuổi. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Lê Nam Trà[2]. Trẻ trên 2 tháng và đặc biệt là trẻ 7-8 tháng tuổi, đây là độ tuổi ăn dặm nên trẻ hay bị rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy, nguyên nhân của suy dinh dưỡng và càng bị suy dinh dưỡng nặng hơn trẻ càng dễ bị mắc các bệnh nhiễm khuẩn. Đó là mối quan hệ qua lại của suy dinh dưỡng và nhiễm khuẩn [2]

3. Mô hình bệnh tật theo giới

Viêm họng, viêm phế quản, cảm cúm, VA và hen phổi phổ biến ở trẻ trai; mắc bệnh viêm phổi ở cả 2 giới (trai, gái) đều giống nhau. Phân bố tỷ lệ các bệnh NKHHCT phổ biến ở trẻ trai có thể liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ở đối tượng này cao hơn ở trẻ gái. Lý do khác, có thể do trẻ trai hiếu động, tiếp xúc với môi trường bên ngoài là yếu tố nguy cơ gây bệnh cao hơn ở trẻ gái, do vậy tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ trai thường cao hơn.

4. Phân loại viêm phổi

Trong số các trường hợp viêm phổi, phân bố viêm phổi theo nhóm là 82%, viêm phổi nặng là 18,0%. So với số trẻ điều tra: tỷ lệ viêm phổi là 4,2%, viêm phổi nặng là 0,9%. Theo A.Roca[10], tỷ lệ viêm phổi nặng ở trẻ dưới 1 tuổi là 0,9% và viêm phổi rất nặng là 0,2%. Như vậy, tỷ lệ viêm phổi và viêm phổi nặng của chúng tôi cao hơn nhiều. Theo số liệu của Lê Nam Trà và CS[2], tỷ lệ viêm phổi ở Kenia là 18%, ở Thái Lan là 7% và ở Mỹ là 3%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn ở Kenia, Thái Lan và tương đương ở Mỹ. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của H.Reyes là 17,8%[9]. Sở dĩ kết quả của chúng tôi thấp hơn là do nghiên cứu của các tác giả đều được tiến hành trên đối tượng có nhiều nguy cơ mắc viêm phổi (đối tượng nghèo, thiếu vitamin A, suy dinh dưỡng). Hơn nữa, hầu hết nghiên cứu của các tác giả nêu trên được tiến hành tại bệnh viện.

5. Một số yếu tố liên quan nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính

5.1. Trẻ dễ nhẹ cân, đặc biệt là trẻ dễ non có nhiều nguy cơ xuất hiện muộn như: suy dinh dưỡng, chậm phát triển vận động tinh thần, rối loạn hô hấp, tim mạch và dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn, trong đó có NKHHCT. Theo Mariam[7], Đào Ngọc Phong[1] trẻ cân nặng thấp nguy cơ mắc NKHHCT tăng 3,4 lần. Tỷ lệ trẻ dễ nhẹ cân hiện nay khoảng 12-15%[2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ nhẹ cân có nguy cơ mắc NKHHCT tăng 3,9 lần. Theo Dharmage[3] giữa suy dinh dưỡng, dễ nhẹ cân và viêm phổi có liên quan mật thiết với nhau. Khi trẻ suy dinh dưỡng, nguy cơ viêm phổi tăng lên 2 lần.

5.2. Trẻ có “tiền sử mắc bệnh” trong vòng 2 tháng có OR=6,9, nghĩa là khi trẻ có tiền sử mắc bệnh trong vòng 2 tháng thì nguy cơ mắc NKHHCT tăng lên 6,9 lần. Dharmage[3] thấy tiền sử mắc bệnh thì trẻ có nguy cơ mắc bệnh tăng 1,7 lần. Trong vòng 1 năm đầu sữa mẹ là tốt nhất, nếu mẹ không đủ sữa trẻ phải “ăn thêm sữa ngoài” thì nguy cơ NKHHCT tăng 1,4 lần. Nguy cơ viêm phổi tăng 3,2 lần[3] khi trẻ phải ăn sữa công thức, cai sữa sớm. Haldar cho rằng khi không có sữa, mất sữa thì nguy cơ trẻ < 5 tuổi ở Ấn Độ mắc viêm phổi tăng 14,1 lần[4]

KẾT LUẬN

1. Mô hình NKHHCT, phân bố các bệnh hô hấp: Mô hình bệnh NKHHCT chủ yếu là viêm phổi (5,1%), sau đó là VA(3,6%). Các bệnh viêm họng, viêm phế quản, cúm, VA và hen hay gặp ở trẻ trai; viêm phổi hay gặp ở trẻ gái. Các bệnh hô hấp chủ yếu gặp ở trẻ có độ tuổi từ 2 tháng đến 12 tháng.

2. Một số nguy cơ liên quan: “Gia đình nghèo OR=2,2”, “cân nặng lúc sinh dưới 2500g OR=3,9”, “ăn thêm sớm OR=1,4” và “tiền sử mắc bệnh OR=6,9” là các biến số liên quan tới bệnh NKHHCT ở trẻ từ 1 tháng đến 12 tháng tuổi tại huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đào Ngọc Phong, Nguyễn Đăng Vũ và cộng sự(1995), *Nguy cơ mắc và tử vong do Nhiễm khuẩn Hô hấp cấp tính ở Trẻ em dưới 12 tháng tuổi tại bệnh viện khu vực Sơn Tây (Hà Tây)- Bệnh viện Xanh-pôn Hà Nội và một số xã tuyến cơ sở từ 1989 đến 1999*, Đề tài nhánh, mã số KY.01.06.02C, Đề tài KY01.06, Chương trình nghiên cứu khoa học cấp Nhà nước KY.01.
- Lê Nam Trà và cộng sự (2001), “Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính”, Bài giảng Nhi khoa tập I, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.321-329.
- Dharmage SC et al (1996), “Risk factors of acute lower respiratory tract infections in children under five years of age”, *Sutheast Asia J Trop Med Public Health*, 27(1):107-10.
- Haldar A et al (2005), “Acute lower respiratory tract infection among under fives in urban eastern India-an appraisal of risk factors”, *J commun Dis*, 37(3):203-8.
- Jensen AG et al (2006), “Primary care management of respiratory tract infections in Dutch preschool children”, *Scand J Prim Health Care*, 24(4):231-6.
- Kvaerner KJ et al (2000), “Upper respiratory morbidity in preschool children: a cross-sectional study”, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 126(10):1201-6.
- Mariam Claeson, Ronal J.W. (2000), “The evolution of child health programmes in developing countries: from targeting diseases to tragering peple”, *Bull. WHO.*, 78(10), pp.1234-1245.
- Rasmussen Z, Pio A, Enarson B. (2000), “Case management of childhood pneumonia in developing countries: recent relevent research and current initiatives”, *Int. J. Tubercle and Lung Diseases*, IUATLD., 4(9), pp.807-826.
- Reye H at al (2002), “Frequency and determinants of vitamin A deficiency in children under 5 years of age with pneumonia”, *Arch Med Res*, 33(2):180-5.
- Roca A et al (2006), “Commnity incidences of respiratory infections in an actively followed cohort of children < 1 year of age in Mahida, a rural area of southern Mozambique”, *Trop Med Int Health*, 11(3):373-80