

NGHIÊN CỨU XU THẾ NHIỄM LAO GIAI ĐOẠN 1995 - 2005 CỦA THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH VÀ KIẾN NGHỊ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP

LÊ THANH HẢI
TT Y tế dự phòng TP. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu xu thế nhiễm lao giai đoạn 1995 - 2005 của thành phố Hồ Chí Minh.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang và hồi cứu.

Kết quả: Tổng số học sinh đo thử phản ứng lao tố là 24.234, trong đó học sinh nam là 12.593 chiếm tỷ lệ 51,96% và học sinh nữ là 11.641 chiếm tỷ lệ 48,04%. Tuổi trung bình của các học sinh là $6,72 \pm 0,76$. Phản ứng lao tố ≥ 15 mm có 1.570 em, chiếm tỷ lệ 6,48%, trong đó nhóm có sẹo BCG có 1.491 em có phản ứng lao tố ≥ 15 mm, chiếm tỷ lệ 6,38% của nhóm và nhóm không sẹo BCG có 79 em có phản ứng lao tố ≥ 15 mm, chiếm tỷ lệ 9,24% của nhóm. Chỉ số nguy cơ nhiễm lao "R" của toàn thành là 0,92. Vùng nội thành có chỉ số nguy cơ nhiễm lao "R" là 0,93. Vùng ngoại thành có chỉ số nguy cơ nhiễm lao "R" là 0,91.

Kết luận: Xu thế lây nhiễm lao của thành phố Hồ Chí Minh diễn biến theo chiều hướng giảm từ năm 1995 đến nay. Cần tổ chức tiêm phòng lao BCG đạt tỷ lệ 100% cho trẻ em, định kỳ giám sát chỉ số nguy cơ nhiễm lao và nâng cao đời sống của người dân là kiến nghị một số giải pháp can thiệp để nâng cao hiệu quả phòng bệnh lao.

Từ khóa: Xu thế nhiễm lao, phản ứng lao tố.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu thống kê ghi nhận được thì tình hình dịch tễ lao nước ta xếp vào loại trung bình cao ở khu vực Đông Nam Châu Á, đây cũng là khu vực có số bệnh lao cao nhất thế giới (chiếm tỷ lệ 36% toàn thế giới-WHO report 2007) [9]. Nguyên nhân là do tăng dân số tự nhiên, sự bùng nổ dịch HIV và tình trạng kháng đa thuốc lao [3], [4], [6]. Tuy tình hình bệnh lao còn ở mức cao, nhưng nghiên cứu xu thế nhiễm lao trong từng khoảng thời gian là việc làm cần thiết để đưa ra các biện pháp can thiệp phù hợp nhằm ngày càng hạ thấp mức độ lưu hành của bệnh. Đây cũng chính là mục tiêu của nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh về xu thế nhiễm lao trong giai đoạn từ 1995 đến năm 2005.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

– Đối tượng: 25.611 học sinh lớp 1 và lớp 2 của niên khóa 2005 - 2006 của 56 trường tiểu học tại TP.HCM; và 400 bệnh nhân lao phổi AFB(+) mới đang điều trị tại tổ chống lao quận Tân Bình (qua chọn ngẫu nhiên 01 quận) và phòng khám bệnh viện Phạm Ngọc Thạch để thử phản ứng lao tố làm chứng.

– Thời gian: 10 - 12/2005

2. Phương pháp nghiên cứu

– Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang và hồi cứu.

– Sinh phẩm sử dụng trong điều tra là tuberculin PPD RT 23 + Tween 80 với 2 đơn vị do Viện Huyết Thanh Quốc Gia Copenhagen (Đan Mạch) sản xuất [1], [2].

– Kỹ thuật tiêm và đọc theo kỹ thuật Mantoux – test theo TCYTTG hướng dẫn.

Tiêu chí đưa vào:

– Tất cả học sinh lớp 1 và lớp 2 của 56 trường tiểu học nêu trên.

– Sẹo BCG: sẹo tròn, giới hạn rõ, lõm ở giữa, ở 1/3 trên ngoài cánh tay và thường là bên tay trái.

Tiêu chí loại ra:

– Đang mắc một bệnh nhiễm trùng cấp tính.

– Trẻ đang bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải.

– Đang dùng các loại thuốc làm suy giảm miễn dịch.

– Sau 72 giờ mà học sinh vắng mặt không thể đọc được kết quả.

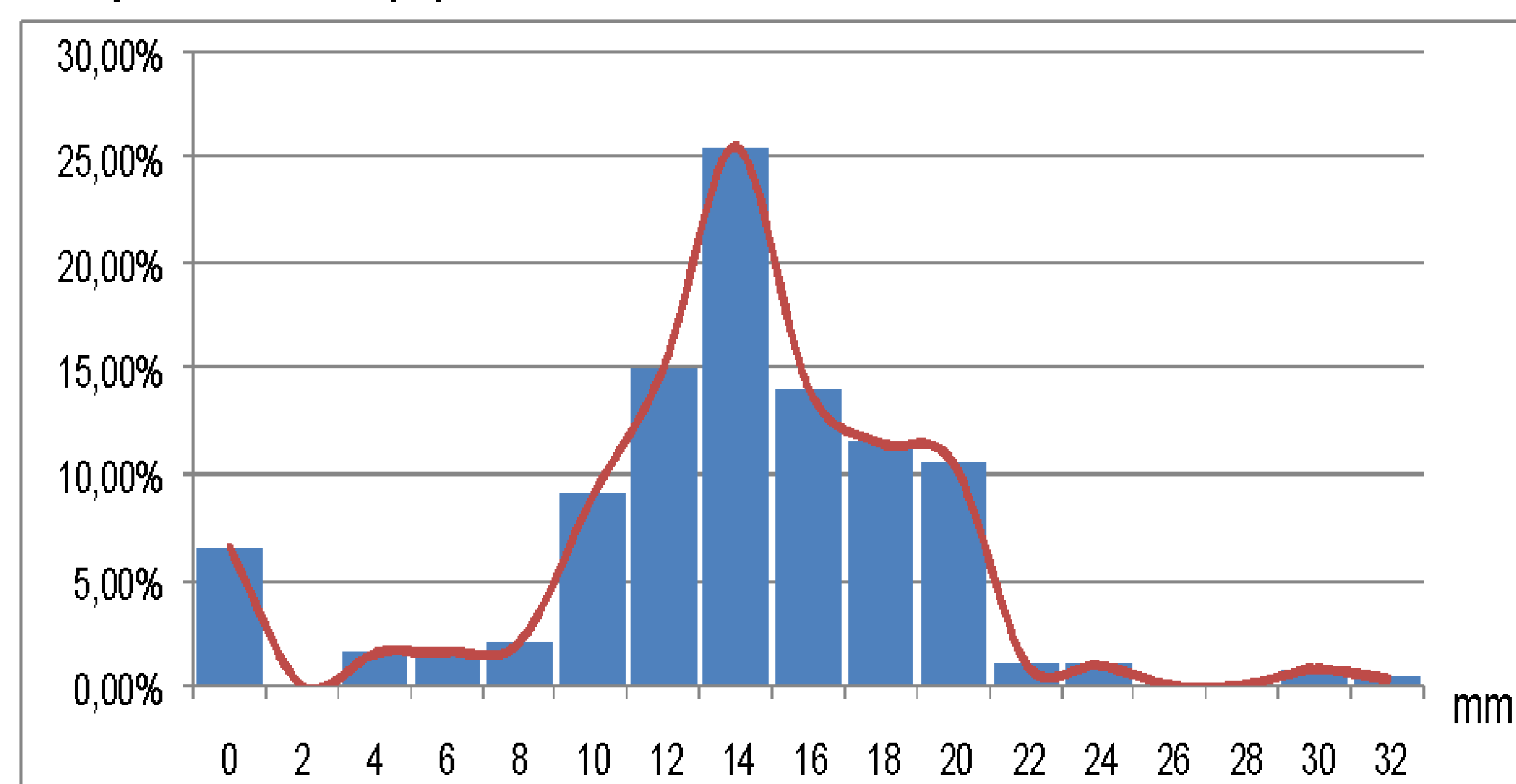
Kỹ thuật chọn mẫu: lấy trọn

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Epi-Info 6.04

KẾT QUẢ

Dựa vào kết quả phản ứng lao tố ở nhóm bệnh nhân lao phổi mới AFB(+) để xác định ngưỡng dương tính. Kết quả cho thấy đỉnh biểu đồ phân phối tần số phản ứng lao tố của 403 bệnh nhân lao phổi AFB(+) nằm ở mức 15 mm (biểu đồ 1). Do đó, nghiên cứu đã chọn ngưỡng PULT ≥ 15 mm trở lên được xác định tính xu thế thay đổi dịch tễ lao.

Biểu đồ 1. Phân bố phản ứng lao tố ở bệnh nhân lao phổi AFB(+)



Số học sinh tham gia thử phản ứng lao tố là 25.611 em, trong đó có 24.234 em kiểm tra được phản ứng lao tố sau tiêm 72 giờ. Nhóm phản ứng lao tố ≥ 15 mm có 1.570 em, chiếm tỷ lệ 6,48%.

Bảng 1 Phân tích theo sẹo BCG của học sinh toàn thành (phản ứng lao tố ≥ 15 mm)

Tuổi	Tổng số	Có sẹ BCG			Không sẹ BCG		
		TS	PU'LT ≥ 15		TS	PU'LT ≥ 15	
			N	%		N	%
TC	24.234	23.379	1.491	6.38	855	79	9.24

▪ Nhóm có sẹ BCG: có 23.379 học sinh, trong đó 1.491 em có phản ứng lao tố ≥ 15 mm chiếm tỷ lệ 6,38%.

▪ Nhóm không sẹ BCG: có 855 học sinh, trong đó 79 em có phản ứng lao tố ≥ 15 mm chiếm tỷ lệ 9,24%.

Bảng 2 Phân tích theo giới tính và sẹ BCG của học sinh toàn thành (phản ứng lao tố ≥ 15 mm)

Tuổi	TS	Tổng chung		Có sẹ BCG			Không sẹ BCG		
		PU'LT ≥ 15		TS	PU'LT ≥ 15		TS	PU'LT ≥ 15	
		N	%		N	%		N	%
Nam	12.593	769	6,10	12.146	732	6,03	447	37	8,28
Nữ	11.641	801	6,88	11.233	759	6,76	408	42	10,29
TC	24.234	1.570	6,48	23.379	1.491	6,38	855	79	9,24

Phân tích chung

- Nam: có 769 em phản ứng lao tố ≥ 15 mm, chiếm tỷ lệ 6,10%.

- Nữ: có 801 em phản ứng lao tố ≥ 15 mm, chiếm tỷ lệ 6,88%.

Nhóm có sẹ BCG

+ Nam: có 12.146 học sinh, trong đó 732 em có phản ứng lao tố ≥ 15 mm chiếm tỷ lệ 6,03%.

+ Nữ: có 11.233 học sinh, trong đó 759 em có phản ứng lao tố ≥ 15 mm chiếm tỷ lệ 6,76%.

Nhóm không sẹ BCG

+ Nam: có 447 học sinh, trong đó 37 em có phản ứng lao tố ≥ 15mm chiếm tỷ lệ 8,28% .

+ Nữ: có 408 học sinh, trong đó 42 em có phản ứng lao tố ≥ 15mm chiếm tỷ lệ 10,29%.

Tính R theo công thức K.Styblo: $R=1- (1-p)^{1/A}$

R: nguy cơ nhiễm lao hàng năm

A: Tuổi trung bình

P: Lưu hành độ nhiễm lao

Bảng 3 Chỉ số R chung của các học sinh

Trên tổng số 24.234 học sinh kiểm tra được phản ứng lao tố sau tiêm, chỉ số R: 0,92.

Phản ứng lao tố	Tổng số mẫu	Chỉ số R(%)	95% CI
≥ 15 mm	1.570	0,92	0,88 - 0,97

Bảng 4 Chỉ số R học sinh nội thành

Phản ứng lao tố	Tổng số mẫu	Chỉ số R%	95% CI
≥ 15 mm	923	0,93	0,87 - 0,99

Bảng 5 Chỉ số R học sinh ngoại thành

Phản ứng lao tố	Tổng số mẫu	Chỉ số R%	95% CI
≥ 15 mm	647	0,91	0,85 - 0,99

Bảng 6. Mối liên hệ giữa phản ứng lao tố và chỉ số R của học sinh có-không BCG

	Có sẹ BCG		Không sẹ BCG	
	PU'LT ≥ 15 mm (số học sinh)	R%	PU'LT ≥ 15 mm (số học sinh)	R%
Nội thành	869	0,90	54	1,73
Ngoại thành	622	0,92	25	0,84

❖ Xu thế mắc bệnh lao tại thành phố trong 10 năm (từ 1995-2005):

Bảng 7 Tổng hợp các lần thực hiện và kết quả phản ứng lao tố

Năm thực hiện	Cơ quan thực hiện	Nơi khảo sát	Số trẻ 0 không sẹ BCG			
			Cỡ mẫu	Kết quả phản ứng		
				≥ 10mm	≥ 12mm	≥ 15mm
1961-1962	WHO	Sài Gòn Chợ Lớn cũ	2.073	652		
1986-1988-1989	ITSC	TpHCM: 18 quận huyện nội ngoại thành	2.138	411		
1995	VN	TpHCM: 18 quận huyện nội ngoại thành	2.436		541	
2005	VN	TpHCM: 18 quận huyện nội ngoại thành	855	262		79

(số liệu từ chương trình chống lao TP.HCM) [8].

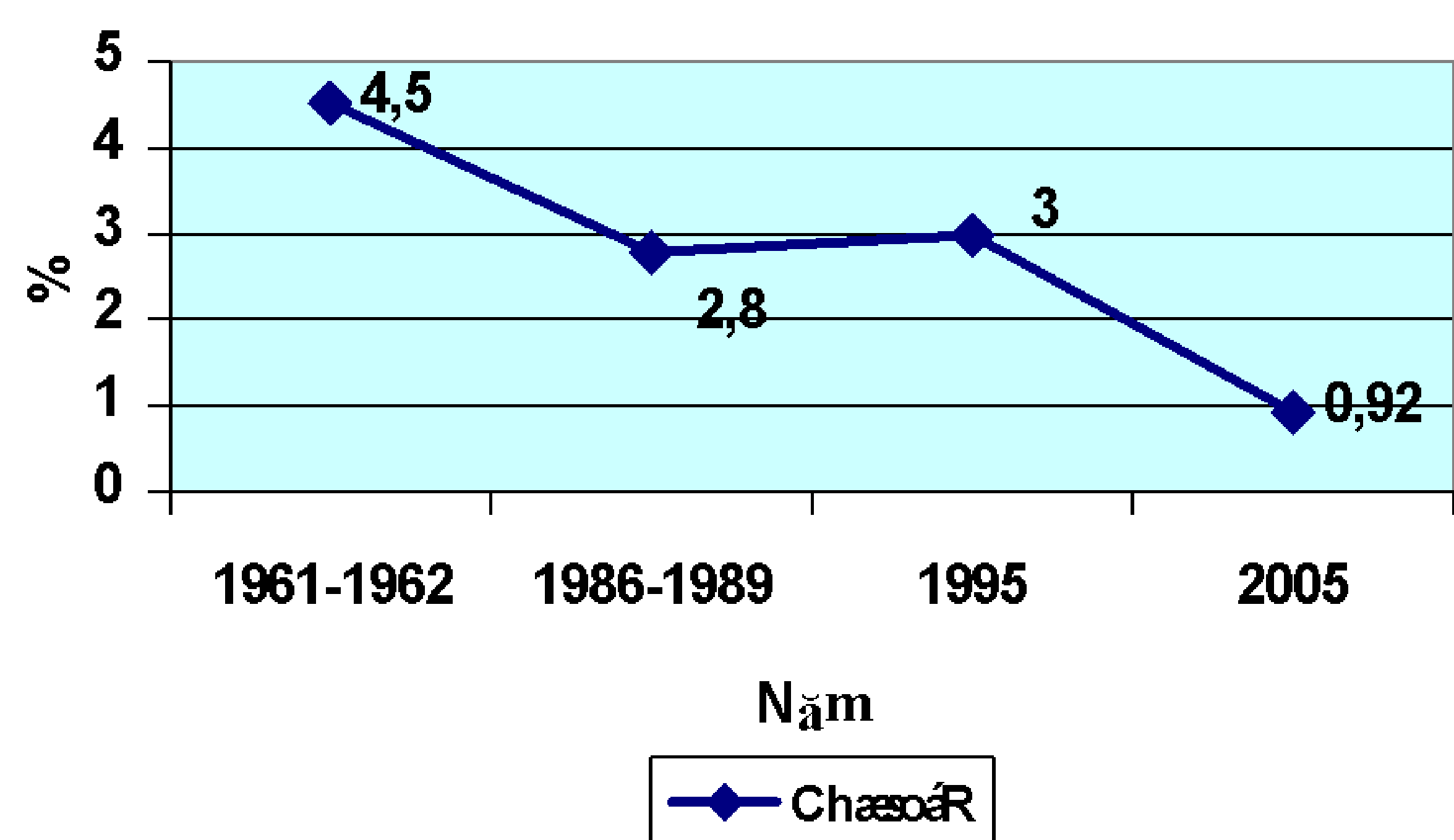
Bảng 8 So sánh chỉ số P, R năm 1995 và 2005

	Năm 1995 (PU'LT ≥ 12 mm)		Năm 2005 (PU'LT ≥ 15 mm)	
	P	R (%)	Pi	R (%)
Nội thành	21,97%	3,26	6,15%	0,93
Ngoại thành	18,65%	2,7	7,02%	0,91
Toàn thành	20,23	3,0	6,48	0,92

Xu thế mắc bệnh lao của khu vực nội thành diễn tiến theo xu hướng giảm. Điều này cũng xảy ra tương tự ở khu vực ngoại thành. Đánh giá chung thì bệnh lao của toàn thành diễn tiến theo xu hướng giảm (biểu đồ 2).

So sánh kết quả chỉ số R qua các lần thực hiện tại TpHCM:

Biểu đồ 2. Diễn tiến kết quả chỉ số R tại Tp.HCM



BÀN LUẬN

- Khảo sát mối tương quan giữa 2 yếu tố BCG và phản ứng lao tố chứng tỏ trẻ có tiêm BCG có nguy cơ mắc lao chỉ bằng 0,67 lần so với trẻ không tiêm BCG ($p < 0,001$); Với độ tin cậy 95% ($0,52 < OR < 0,85$) chứng tỏ tiêm BCG là yếu tố bảo vệ chống lại mắc bệnh lao.

- Khảo sát mối tương quan giữa 2 yếu tố giới tính

và phản ứng lao tố chứng tỏ học sinh nam có nguy cơ mắc lao chỉ bằng 0,88 lần so với học sinh nữ ($p=0,014$); Với độ tin cậy 95% ($0,79 < OR < 0,98$) chứng tỏ giới tính là yếu tố bảo vệ chống lại mắc bệnh lao.

– Với chỉ số nguy cơ nhiễm lao “R” của khu vực nội thành là 0,91% và khu vực ngoại thành là 0,93% thì xu thế nhiễm lao vùng nội thành tương đương vùng ngoại thành.

– Nghiên cứu cho thấy mối liên hệ giữa kết quả phản ứng lao tố và chỉ số nguy cơ nhiễm lao R của 2 nhóm có sẹo BCG và không sẹo BCG, có sự thay đổi rõ rệt tại khu vực nội thành ở nhóm trẻ không sẹo có R là 1,73% cao hơn gần gấp 2 lần so với nhóm trẻ có sẹo BCG với chỉ số R là 0,90%. Điều này chứng minh thêm vai trò bảo vệ của BCG trong chương trình phòng chống bệnh lao (xem bảng 6)

– Trong khoảng 4 thập niên gần đây đã thực hiện 4 lần đánh giá chỉ số nguy cơ nhiễm lao R tại thành phố Hồ Chí Minh. Chỉ số R cao nhất là 4,5% vào năm 1961-1962. Chỉ số R thấp nhất là 0,92% vào năm 2005. Bệnh lao đang có xu hướng giảm nhanh liên tục từ năm 1995 đến năm 2005. Điều này hoàn toàn phù hợp với sự phát triển về kinh tế xã hội của thành phố trong thời gian từ 1995 đến năm 2005.

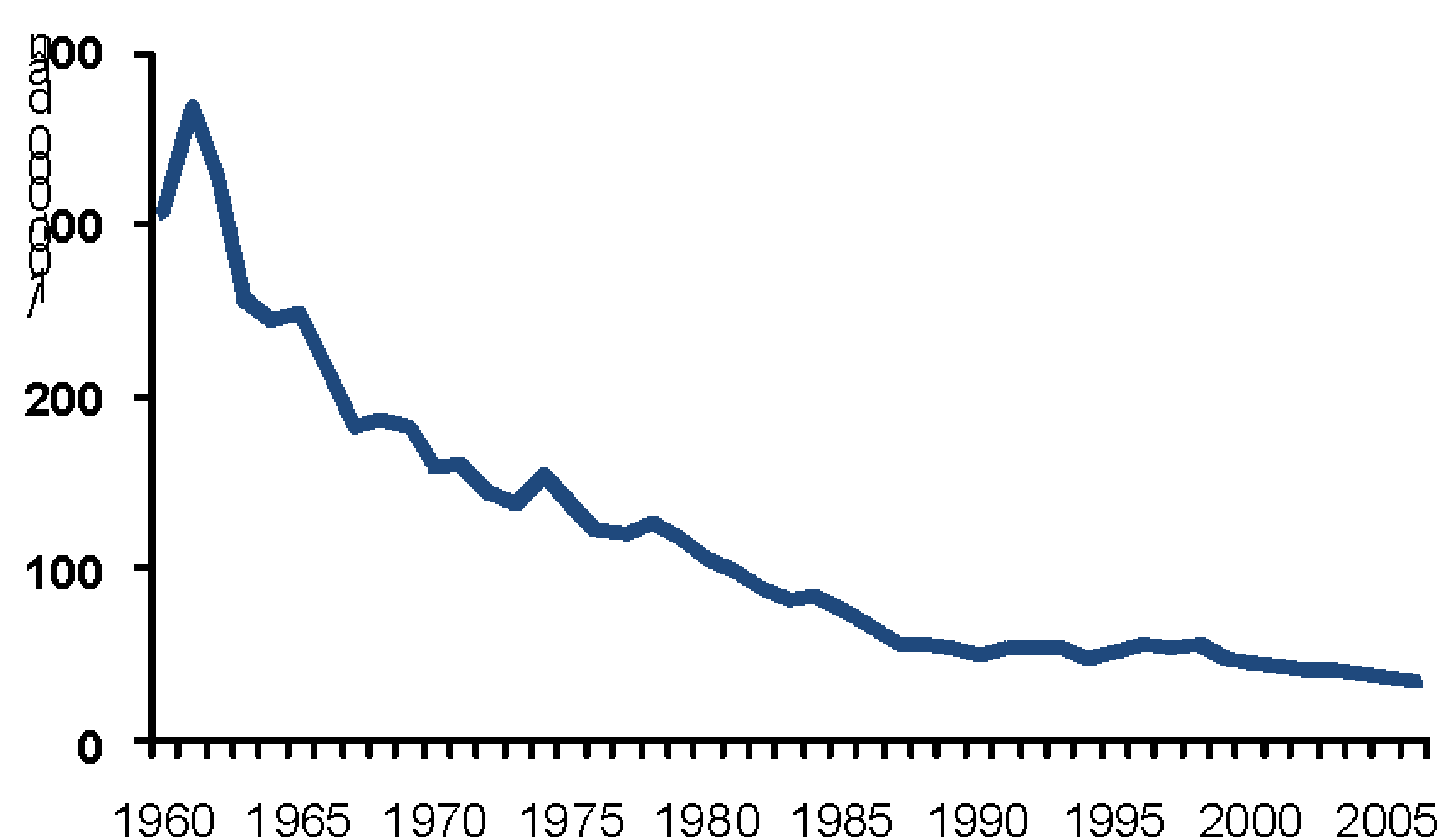
Bảng 9 Tổng sản phẩm trên địa bàn theo giá so sánh 1995 phân theo khu vực kinh tế

Năm	Tổng sản phẩm	Chia ra		
		Nông, lâm nghiệp và thủy sản	Công nghiệp và xây dựng	Dịch vụ
		Tỷ đồng		
1995	32.596	1.093	12.551	18.952
2005	88.872	1.468	41.891	45.513

(theo số liệu của Cục Thống kê TP.HCM năm 2005)

Chứng tỏ đời sống kinh tế là một yếu tố tác động đến nguy cơ lây lan của bệnh lao. Mức sống nâng cao sẽ giúp đẩy lùi bệnh lao trong cộng đồng, Singapore là một bằng chứng:

Biểu đồ 4.3. Diễn tiến tỷ lệ nhiễm lao mới của Singapore từ năm 1960 đến năm 2005



Tương ứng với GDP năm 1960 là 2,15 tỷ đô-la Singapore và GDP của năm 2005 là 194 tỷ đô-la Singapore [5], [7].

KẾT LUẬN - KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP CAN THIỆP

Xu thế lây nhiễm lao của thành phố Hồ Chí Minh diễn biến theo chiều hướng giảm từ năm 1995 đến nay. Một trong các nguyên nhân đó là hiệu quả bảo vệ của

BCG đến thời điểm này vẫn còn giá trị tốt, thể hiện cụ thể là trẻ có tiêm BCG có nguy cơ mắc lao chỉ bằng 0,67 lần so với trẻ không tiêm BCG. Ngoài ra nâng cao đời sống kinh tế của người dân cũng là yếu tố hỗ trợ cho công tác phòng chống bệnh lao. Vì vậy để nâng cao hiệu quả của công tác chống lao, nên thực hiện:

– Cần tổ chức tiêm phòng lao BCG đạt tỷ lệ 100% cho trẻ em.

– Cần cho phép để định kỳ giám sát chỉ số nguy cơ nhiễm lao (ví dụ như 5 năm một lần) trong kế hoạch kinh tế-xã hội của thành phố để có sự đánh giá liên tục nhằm đưa ra các biện pháp phù hợp với thực tế.

– Nâng cao đời sống của người dân vì đây là biện pháp cơ bản và bền vững trong phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm trong đó có bệnh lao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Cồ và Trần Hà (1996), *Tìm hiểu vấn đề chậm trễ trong phát hiện lao*, Tóm tắt Hội nghị khoa học về Lao và Bệnh Phổi, Hà Nội

2. Cục thống kê TP.HCM (2005, 2006, 2007), *Niên giám thống kê thành phố Hồ Chí Minh*, Nhà xuất bản thống kê, TP.HCM.

3. Nguyễn Đình Hương (1994), “Nhiễm HIV. Dịch tễ học bệnh Lao”, *Bệnh học Lao và Bệnh Phổi*, tr. 120-121.

4. Bernstein.J., Lott W.A., Steinberg A. et al (1952), “Chemotherapy of experimental tuberculosis. Isonicotinic acid hydrazide (Nydrazid) and related compounds”, *American review of Tuberculosis*, 65, pp. 37-64

5. Chee Cynthia (2007), *Progress of the Singapore TB Elimination Programme*, IUATLD 1st Asia Pacific Region Conference 2007

6. Corbel M.J., Fruth U., Griffiths E., Knezevic I. (2004), “Report on a WHO consultation on the characterisation of BCG strains, Imperial college. London 15-16 December 2003”, *Vaccine* 2004; 22(21-22), pp. 2675-2680

7. Nah Seok Ling (2006), “Singapore’s Manufacturing Sector 1991 – 2005”, *Statistics Singapore Newsletter*.

8. WHO (1963), “A tuberculosis prevalence survey in Saigon, Vietnam 1962”, *World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific*, pp. 1-104.

9. WHO (2007), *Epidemiology of TB in the Region, Tuberculosis in the South-East Asia Region*, Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, Financing, WHO Report 2007, Regional Office for South-East Asia, New delhi.