

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ LAO TRƯỚC KHI THỰC HIỆN DOTS (1993-1997) VÀ 5 NĂM THỰC HIỆN DOTS (1998-2002) TẠI HUYỆN HỒNG NGỰ, TỈNH ĐỒNG THÁP

**NGUYỄN HOÀNG LÂM, Phòng Y tế Huyện Hồng Ngự, Tỉnh Đồng Tháp,
VŨ XUÂN PHÚ, Bệnh viện Phổi Trung ương - Bộ Y tế.**

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay bệnh lao vẫn còn là một bệnh phổ biến và trầm trọng ở Việt Nam. Chỉ số nguy cơ nhiễm lao hằng năm trong cả nước là 1,7%, ở Phía Bắc là 1,2 %, Phía Nam là 2,2 %. Số mắc lao hằng năm trong cả nước khoảng 145.000, trong đó 65.000 lao phổi có vi khuẩn lao trong đờm, xét nghiệm bằng soi trực tiếp chiếm 44,8%. Tình hình lao hiện nay có chiều hướng diễn biến phức tạp và gia tăng. Sự xuất hiện HIV/AIDS đã tạo điều kiện cho bệnh lao phát triển trở lại. Tình hình lao kháng thuốc cũng có chiều hướng gia tăng.

Sau khi cảnh báo bệnh lao là vấn đề khẩn cấp của toàn cầu, ngày 24/04/1993, Tổ chức Y tế Thế giới đã phổ biến "Khung hành động của chương trình chống lao có hiệu quả", trong đó chiến lược DOTS là phát minh quan trọng và là một vũ khí hiệu nghiệm nhất để khống chế bệnh lao trên bình diện toàn cầu.

Thời gian qua, với sự đầu tư và phát triển cả về số lượng và chất lượng cho Chương trình Chống lao Quốc gia (CTCLQG) của tỉnh Đồng Tháp, đã ưu tiên về kinh phí, trang thiết bị và nhất là cán bộ làm công tác chống

lao. Tuy nhiên do vị trí địa lý khá đặc biệt của tỉnh Đồng Tháp, có 52 km đường biên giới giáp với Vương quốc Campuchia, kéo dài trên 06 xã trong đó có huyện Hồng Ngự, tình hình nhiễm HIV/AIDS đang có chiều hướng gia tăng 10 năm trở lại đây tạo điều kiện cho các bệnh nhiễm trùng cơ hội gia tăng. Chương trình Chống lao (CTCL) của tỉnh Đồng Tháp nói chung và huyện Hồng Ngự nói riêng cần tăng cường hơn nữa mạng lưới chống lao từ huyện đến xã và thôn, bản để quản lý bệnh nhân tốt hơn và nhất là công tác phát hiện phải đạt trên 70% và tỷ lệ khỏi bệnh đạt trên 85% chỉ tiêu của CTCLQG đề ra. Mặc dù hiệu quả của chiến lược DOTS đã được ghi nhận, tỉnh Đồng Tháp trong đó có huyện Hồng Ngự vẫn chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này nhằm phát hiện những mặt mạnh, mặt yếu của chiến lược điều trị và phòng chống bệnh lao để công tác phòng chống lao ngày càng tốt hơn và hiệu quả hơn.

Nghiên cứu "So sánh hiệu quả điều trị lao trước khi thực hiện DOTS (1993-1997) và 5 năm thực hiện DOTS (1998-2002) tại huyện Hồng Ngự, tỉnh Đồng Tháp" với mục tiêu chung:

So sánh hiệu quả điều trị lao cho bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên trước và sau khi thực hiện chiến lược DOTS (1993-1997) và (1998-2002) tại huyện Hồng Ngự tỉnh Đồng Tháp, từ đó đề xuất một số biện pháp tăng cường hiệu quả quản lý và điều trị bệnh lao. Với các mục tiêu cụ thể:

1. Xác định tỷ lệ thu dung và điều trị lao theo đặc tính của người bệnh và điều kiện địa lý, kinh tế, xã hội.
2. So sánh các tỷ lệ âm hoá, tỷ lệ hoàn thành điều trị.
3. So sánh các tỷ lệ điều trị thất bại, tỷ lệ tử vong và tỷ lệ bỏ trị.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án nhằm so sánh hiệu quả điều trị lao ở 2 giai đoạn trước khi thực hiện DOTS (1993-1997) và sau khi thực hiện DOTS (1998-2002).

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Bệnh án của những bệnh nhân “lao mới” được thu dung điều trị từ 15 tuổi trở lên có vi trùng lao trong đờm được xác định bằng phương pháp soi trực tiếp (1993-1997 và 1998-2002).

Báo cáo của Đội lao huyện Hồng Ngự (1993-1997), có đánh giá điều trị trên từng bệnh án theo từng quý trong năm do CTCLQG cung cấp. Các số liệu được đảm bảo về mặt kỹ thuật, sự chính xác hồ sơ, sổ sách báo cáo, một hệ thống giám sát thường xuyên. Cỡ mẫu: sử dụng công thức chọn mẫu để so sánh 2 tỷ lệ:

$$N = \frac{\{Z1-\beta\sqrt{\pi1(1-\pi1)} + \pi2(1-\pi2) + Z1-\alpha/2\sqrt{2\pi(1-\pi)}\}^2}{(\pi1-\pi2)^2}$$

$\pi1$: tỷ lệ âm hoá giai đoạn 1993-1997: 69,13%.

$\pi2$: tỷ lệ âm hoá giai đoạn 1998-2002: 84,34%.

$\pi = (\pi1 + \pi2) / 2$

$Z1-\beta$: giá trị của phân phối chuẩn tương ứng với sai số loại 2 là: $\beta=0,02$

$Z(1-\alpha/2)$: giá trị của phân phối chuẩn tương ứng với sai số loại 1 là: $\alpha=0,05$

Cỡ mẫu cần thiết $n = 460$ cho từng giai đoạn.

Kỹ thuật chọn mẫu: dựa vào danh sách bệnh nhân và bệnh án, chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống để so sánh kết quả điều trị giữa hai giai đoạn trước khi thực hiện DOTS và khi thực hiện DOTS.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung

Thu thập thông tin từ 920 bệnh án thuộc 2 giai đoạn trước khi thực hiện DOTS (1993-1997) và khi thực hiện DOTS (1998-2002).

Bảng 1. Đối tượng nghiên cứu

	Nam		Nữ		Tổng số
	n	%	n	%	
Trước DOTS	299	65,00	161	35,00	460
DOTS	291	63,26	169	36,73	460
Tổng số	590	64,13	330	35,86	920
Lứa tuổi	Trước DOTS		DOTS		
	n	%	n	%	
15-24	52	11,3	45	9,8	
25-34	81	17,6	74	16,1	
35-44	76	16,5	83	18,1	
45-55	73	15,9	77	16,7	
55-64	86	18,7	79	17,2	
>65	92	20	102	22,2	

Tỷ lệ phân bố giới tính có khác biệt rõ trong từng nhóm, nam nhiều hơn nữ. Tỷ lệ phân bố này không có sự khác biệt giữa 2 nhóm trước và sau khi có triển khai DOTS.

Tỷ lệ phân bố bệnh nhân theo lứa tuổi của hai giai đoạn có xu hướng chuyển dịch về lứa tuổi > 65 tuổi (20% và 22,2%).

Sự phân bố bệnh nhân lao phổi theo nghề nghiệp, tỷ lệ là nông dân mắc lao được thu dung điều trị giai đoạn trước DOTS thấp hơn (68,90%) so với khi thực hiện DOTS (79,97%).

Phân bố bệnh theo địa lý cho thấy tỷ lệ bệnh nhân vùng sâu - vùng xa, kênh rạch ở giai đoạn trước DOTS thấp hơn (25%) so với khi có DOTS (36,08%). Điều này cho thấy có sự thay đổi từ khu vực thị trấn vùng ven trực lộ sang vùng sâu, vùng xa. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân lao phổi theo địa bàn dân cư

	Thị trấn, vùng ven		Vùng sâu, vùng xa		Tổng cộng
	n	%	n	%	
Trước DOTS	345	75,0	115	25,0	460
DOTS	294	63,9	166	36,1	460
Tổng cộng	639	69,5	281	30,5	920

($\chi^2 = 13,33$; $p = 0,0002$)

2. Kết quả điều trị

Phân bố tỷ lệ âm hoá theo nhóm tuổi giữa hai giai đoạn, nhóm 15-24 tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Hiệu quả điều trị của trị liệu lao ngắn ngày không phải do sự khác biệt về tuổi tác.

Bảng 3. Phân bố tỷ lệ âm hoá theo nhóm tuổi của 2 giai đoạn.

Nhóm tuổi	Trước DOTS			DOTS			p
	N=46	Âm hoá n=31	%	N=46	Âm hoá n=38	%	
15-24	52	43	82,7	45	40	88,9	P=0,001
25-34	81	63	77,8	74	65	87,8	P=0,38
35-44	76	54	71,1	83	72	86,7	P=0,64
45-54	73	49	67,1	77	64	83,1	P=0,73
55-64	86	53	61,6	79	56	70,9	P=0,48
>65	92	56	60,9	102	91	89,2	P=0,12

Việc so sánh hiệu quả điều trị theo từng chỉ số giữa 2 giai đoạn có sự khác biệt:

- Tỷ lệ âm hoá khi chưa thực hiện DOTS thấp (69,13%) so với DOTS (84,34%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,047$).

- Tỷ lệ hoàn thành giảm từ 10,86% khi chưa thực hiện DOTS giảm 3,69% ở DOTS. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

- Tỷ lệ bỏ trị của giai đoạn chưa thực hiện DOTS (8,08%) cao hơn DOTS (2,26). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$).

- Tỷ lệ chết giảm, tỷ lệ chuyển tăng ở DOTS là do bệnh nhân đến nơi khác sinh sống.

BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm chính

Trước khi thực hiện DOTS tại Đồng Tháp, CTCL đã được triển khai ở tỉnh năm 1986, thu dung điều trị bệnh nhân lao bằng phác đồ 3SHZ/6S2H2. Đến năm 1989 bắt

đầu triển khai DOTS thì số bệnh nhân điều trị bằng phác đồ 3SHS/6S2H2 giảm dần, đến năm 1996 có 100% dân số của tỉnh được bảo vệ bởi thực hiện DOTS của CTCLQG.

Huyện Hồng Ngự là huyện cuối cùng chuyển từ CTCL không DOTS sang thực hiện DOTS của tỉnh Đồng Tháp. Khi phân tích số liệu ở giai đoạn thực hiện DOTS chúng tôi thấy :

- Tỷ lệ thu dung, điều trị bệnh nhân lao nam cao hơn nữ, lứa tuổi trên 65 luôn ở mức cao, nông dân vùng sâu, vùng xa được điều trị lao ngày càng đông .

- Tỷ lệ âm hoá luôn ở mức cao, tỷ lệ hoàn thành, thất bại, bỏ trị, ngày càng giảm dần.

2. Đặc điểm dân số

Qua số liệu cho thấy, khi phân tích bệnh nhân theo giới tỷ lệ nam cao hơn nữ ở 2 giai đoạn từ 1,5 - 2 lần.

Nhóm 15-24 tuổi có tỷ lệ thu dung cao ở giai đoạn chưa có DOTS và có khuynh hướng giảm dần ở giai đoạn có DOTS. Nhóm 25-35 tuổi đến 55-65 tuổi có cơ cấu thu dung ở 2 giai đoạn tương đối đồng đều và có xu hướng chuyển dịch về lứa tuổi già. Nhóm trên 65 tuổi thu dung, điều trị luôn ở mức cao trong ở cả 2 giai đoạn, chưa thực hiện DOTS thấp hơn (68,9%) khi thực hiện DOTS (80%).

Ở giai đoạn trước khi triển khai DOTS tỷ lệ người dân sống ở vùng sâu, vùng xa được điều trị lao chỉ có 25% và tỷ lệ này được tăng lên 36 % ở giai đoạn có DOTS.

Qua các đặc điểm trên chúng ta có thể thấy triển khai DOTS hiệu quả hơn khi chưa triển khai DOTS, với công thức điều trị ngắn ngày, chi phí đi lại thấp vừa không phải nằm viện, nên thu hút được rộng rãi người dân hơn và những người ở vùng sâu, vùng xa cũng tham gia ngày càng nhiều. Hầu như 100% dân số được bảo vệ bởi CTCLQG khi thực hiện DOTS, mạng lưới chống lao được triển khai rộng khắp và công tác tuyên truyền giáo dục về phòng, chống bệnh lao sâu rộng trong nhân dân.

3 Kết quả điều trị

3.1 Tỷ lệ âm hoá

Nhìn chung tỷ lệ âm hóa 2 giai đoạn mỗi năm có sự chênh lệch khá cao. Ở giai đoạn có DOTS tỷ lệ âm hoá cao hơn (84,34%) so với giai đoạn không có DOTS (69,13%). Điều này có thể lý giải như sau:

- Phác đồ điều trị có DOTS có tính dung nạp cao hơn, tỷ lệ âm hoá cao làm giảm nhanh nguồn lây cho cộng đồng sau khi điều trị. Một cộng đồng dân cư mà tỷ lệ nhiễm lao càng ít, càng giảm chi phí từ phúc lợi xã hội và tạo điều kiện cho sự phát triển kinh tế - xã hội càng nhanh, đó cũng là tiền đề cho sự phát triển chung.

- Phác đồ ngắn ngày gồm những thuốc tối ưu hiện đang được chứng minh về vi khuẩn học và có hiệu quả cao.

- Nhân viên y tế làm công tác chống lao và nhân dân ngày càng nhận thức tốt hơn về tầm quan trọng của bệnh lao và việc quản lý bệnh nhân lao.

- Tỷ lệ âm hoá cao khi thực hiện DOTS phân bố đều ở các nhóm tuổi. Như vậy DOTS có thể được áp dụng cho tất cả mọi đối tượng từ 15 tuổi trở lên.

3.2. Tỷ lệ hoàn thành điều trị

Sự khác biệt về tỷ lệ hoàn thành giữa 2 giai đoạn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) khi có DOTS tỷ lệ hoàn thành giảm còn (3,69%) so với giai đoạn không DOTS

(10,86%). Điều này cho thấy ở DOTS có sự chăm sóc, quản lý giám sát điều trị đặc biệt của cán bộ y tế trong công tác phòng chống lao đến tận bệnh nhân trong suốt liệu trình điều trị tức là bệnh nhân dùng đủ công thức nhưng xét nghiệm không tìm thấy vi trùng khi kết thúc điều trị.

3.3. Tỷ lệ điều trị thất bại

Tỷ lệ điều trị thất bại khi thực hiện DOTS trong 5 năm rất ít chỉ có 2,6% thấp hơn mức cho phép của CTCLQG đưa ra (5%). Tỷ lệ này nói lên DOTS đã ngăn chặn được sự lây truyền bệnh lao cho cộng đồng đáng kể, trong khi ở giai đoạn không DOTS là (5%).

4. Tỷ lệ chết

Tỷ lệ chết ở bệnh nhân lao trong giai đoạn không DOTS cao (5,2%) hơn giai đoạn có DOTS (3,9%). Tuy nhiên định nghĩa chết của CTCLQG (là chết trong quá trình điều trị lao vì bất kỳ nguyên nhân gì) thì tỷ lệ chết không phản ánh được chết do lao hay do những bệnh khác kèm theo.

5. Tỷ lệ bỏ trị

Ở giai đoạn chưa triển khai DOTS tỷ lệ bỏ trị cao hơn (8,08%) giai đoạn có DOTS (2,26%) có thể lý giải :

- Ở giai đoạn chưa triển khai DOTS việc theo dõi bệnh nhân trong quá trình điều trị của cán bộ y tế làm công tác chống lao không đều, có ý nghĩa không tầm soát bệnh nhân trễ hẹn để kêu gọi, khuyến khích trở lại điều trị.

- Số ngày tiêm thuốc Streptomycine kéo dài suốt 9 tháng và tự đi tiêm ở cơ sở y tế tư nhân, thậm chí ở những người không có chuyên môn y tế dễ xảy ra tai biến.

Ngược lại, từ khi triển khai DOTS tại địa phương:

- Bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ điều trị ngắn ngày, giám sát chặt chẽ bởi nhân viên y tế làm công tác chống lao từ tỉnh đến xã/ phường và cộng tác viên thôn, ấp.

- Ngoài việc tiêm thuốc tại trạm y tế xã ở giai đoạn tấn công cán bộ y tế làm công tác chống lao còn đi từng gia đình mỗi tháng 2 lần, đến tận nhà bệnh nhân vận động người thân của bệnh nhân trong việc chăm sóc, nhắc nhở điều trị, và theo dõi tác dụng phụ.

- Như vậy việc thực hiện DOTS của CTCLQG thuận tiện trong quản lý bệnh nhân và góp phần tạo thành công của CTCLQG. Điều này đã được khẳng định qua nghiên cứu này tại huyện Hồng Ngự và có nhiều khả năng tương tự đối với toàn tỉnh Đồng Tháp.

KẾT LUẬN

Qua đánh giá kết quả điều trị lao phổi mới AFB (+) trong đờm tại huyện Hồng Ngự tỉnh Đồng Tháp chúng tôi có một số kết luận sau:

1. Ở giai đoạn thực hiện DOTS tỷ lệ âm hoá đạt cao (84,34%) hơn giai đoạn không có DOTS (69,13%).

2. Tỷ lệ hoàn thành điều trị giảm từ 10,9% ở giai đoạn chưa triển khai DOTS xuống 3,7% ở giai đoạn có DOTS .

3. Tỷ lệ bỏ trị (2,3%), thất bại (2,6%), chết(3,1%) có DOTS giảm so với giai đoạn không DOTS là bỏ trị (8,1%), thất bại (5%), chết (5,2%).

4. Thời gian điều trị theo chiến lược DOTS được rút ngắn so với khi chưa triển khai DOTS là một tháng, giai đoạn tấn công bệnh nhân tiêm thuốc Streptomycine chỉ có 60 ngày tại trạm y tế, ở giai đoạn cũng có bệnh nhân uống thuốc tại nhà được sự theo dõi thường xuyên của nhân viên y tế, và cộng tác viên.

KIẾN NGHỊ

Từ những kết quả nghiên cứu và kết luận trên, chúng tôi thấy kết quả điều trị theo chiến lược DOTS rất tốt, tỷ lệ âm hóa cao, bỏ trị thấp, khuyến nghị cần phải tiếp tục triển khai và duy trì chiến lược DOTS cho những bệnh nhân lao phổi mới có vi khuẩn lao trong đờm. Cần tăng cường phát hiện, đi đôi với điều trị sớm sao cho âm hóa tối đa và sớm cắt nguồn lây.

Hiện nay tình hình bệnh lao ở Đồng Tháp đang có diễn biến rất phức tạp, do đó tuyên truyền giáo dục về lao sâu rộng bằng nhiều hình thức khác nhau để người dân hiểu rõ cách phòng và điều trị lao.

Tăng cường nhân lực cho công tác chống lao, công tác truyền thông giáo dục sức khỏe, nâng cao hiểu biết về lao. Bồi dưỡng kiến thức cho cán bộ nhân viên y tế hiện đang không công tác trong hệ thống chuyên khoa lao để họ hiểu rõ về việc phát hiện, chẩn đoán và điều trị để cùng với CTCL tỉnh Đồng Tháp từng bước khống chế và ngăn chặn bệnh lao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trạm chống lao Đồng Tháp. Báo cáo tổng kết chống lao 5 năm 1996-2000 và phương hướng hoạt động năm 2001-2005.

2. Viện Lao và Bệnh phổi Trung ương. Đánh giá CTCLQG giai đoạn 1996-2000 và phương hướng hoạt động giai đoạn 2001-2005. Hà Nội, (2000).

3. I.Bastian, L. Rigout, A.Van DEUN, & f. Portaels. Directly observed treatment, short-course strategy and multidrug-resistant tuberculosis: are and modifications required Bulletin of the world Health organization, 2000-78.82.

4. Christopher Dye, Geoffrey P Garnett, Karen Sleeman. Prospects for Worldwide Tuberculosis control under the WHO DOTS strategy.

5. Marcos A, Sang Jae Kim, Kai man Kam. Standard short-Course Chemotherapy for Drug-Resistant Tuberculosis. JAMA.2000;2537-2545.