

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA VIỆC MỞ RỘNG DOTS TẠI AN GIANG.

Bs Phạm Văn Bé, Ths Lê Minh Uy và các cộng sự Khoa Lao YT Dự Phòng An Giang

Tìm hiểu các thay đổi của hiệu quả công tác chống lao An giang (từ khi tiến hành thí điểm hoá trị liệu ngắn ngày (DOTS) tại một số huyện cho đến áp dụng toàn tỉnh từ 1/1995 - 5/2001) cho thấy “Mở rộng DOTS đã đem lại những kết quả ban đầu đáng khích lệ cho Chương trình chống lao An Giang. Tỷ lệ bệnh nhân thu dung điều trị tăng, tỷ lệ bệnh nhân bỏ trị giảm hơn là 2 thành quả quan trọng. Tuy nhiên, những thay đổi trong số bệnh nhân bỏ trị (về nghề nghiệp, về thời điểm bỏ trị) đòi phải có những khảo sát xa hơn làm cơ sở cho những can thiệp hiệu quả, góp phần nâng cao hơn nữa hiệu quả của DOTS trong cuộc chiến bệnh lao tại An Giang”.

MỞ ĐẦU:

Bệnh Lao là một trong mười nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới (1,2). Ước tính 1/3 dân số thế giới bị nhiễm lao, mỗi năm có 8 triệu người mới mắc lao và 1,8 triệu người chết vì lao (3,4). Khoảng 80% số bệnh lao mới đang sống tại 23 quốc gia có tỷ lệ bệnh lao mới cao nhất ở Châu Phi và Đông Nam Á, trong đó có Việt Nam (3,4). Hội nghị Bộ trưởng Y tế và Tài chính của 23 quốc gia này tại Amsterdam vào tháng tháng 3 năm 2000 đã tuyên bố về tình hình lao “vừa báo động, vừa không thể chấp nhận được” và nhất thiết phải “tăng tốc hành động chống lại bệnh lao bằng cách mở rộng dân số được bảo vệ bằng chiến lược DOTS theo khuyến cáo của WHO để đến năm 2005 ít nhất 70% số nguồn lây lao được phát hiện”.

Chiến lược DOTS hiệu quả nhưng triển khai không dễ dàng. Do đó, dù rằng việc kiểm soát lao là hiệu quả và không đắt tiền nhưng lại phức tạp hơn các vấn đề sức khoẻ cộng đồng khác (6). Tại Việt Nam, các tỉnh thành phía nam triển khai thí điểm hoá trị liệu ngắn ngày có kiểm soát DOTS ở vài địa phương từ năm 1989 và mở rộng dần. Đến năm 1999, DOTS được triển khai đồng loạt bao phủ trên phạm vi toàn miền. Điều này đã đưa đến nhiều thay đổi trong kết quả điều trị của Chương trình chống Lao. Khảo sát tìm hiểu các thay đổi này để có hướng giải quyết kịp thời nhằm đạt mục đích mà chiến lược DOTS đề ra là cần thiết.

An Giang là một tỉnh đồng bằng sông Cửu Long với dân số 2.122.000 người, sống trong 9 huyện và 2 thị xã. Trung Tâm Y tế dự phòng tỉnh là đơn vị chịu trách nhiệm các mặt hoạt động của công tác chống lao trong tỉnh. Đơn vị chủ yếu thực hiện công tác chống lao là Tổ chống lao các huyện thị. Chiến lược DOTS được triển khai trên toàn tỉnh từ năm 1998 theo hướng dẫn của CTCL quốc gia (5) và đưa đến nhiều thay đổi trong kết quả chống lao của tỉnh. Tìm hiểu sự thay đổi này sẽ giúp góp phần nâng cao hơn hiệu quả công tác chống lao của tỉnh.

MỤC TIÊU:

Mục tiêu tổng quát: Tìm hiểu những thay đổi trong kết quả điều trị lao sau khi triển khai DOTS trên phạm vi toàn tỉnh.

Mục tiêu chuyên biệt:

- So sánh kết quả điều trị trước và sau khi triển khai DOTS toàn tỉnh.
- Tìm hiểu tình hình bỏ trị và các yếu tố ảnh hưởng đến bỏ trị trước và sau triển khai DOTS toàn tỉnh.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Khảo sát 2 nhóm bệnh nhân lao được thu dung điều trị trong chương trình chống lao của tỉnh tại 2 thời điểm:

- Bệnh nhân lao được thu dung điều trị từ 01/95 đến 12/96 là thời gian mà DOTS triển khai tại 7/11 huyện thị, bao phủ 60% dân số toàn tỉnh, được gọi là nhóm DOTS thiếu
- Bệnh nhân lao được thu dung điều trị từ 6/99 đến 5/2001 là thời gian mà DOTS được triển khai và bao phủ 100% dân số trong tỉnh, được gọi là nhóm DOTS đủ.

Kết quả điều trị được đánh giá theo hướng dẫn của Chương trình chống Lao quốc gia qua hệ thống đăng ký và báo cáo chương trình chống lao tỉnh (5). Các bệnh nhân bỏ trị được nhân viên tổ chống lao huyện thị đến tại nhà để phỏng vấn theo bảng câu hỏi cấu trúc sẵn.

Các dữ liệu thu thập sẽ được nhập và xử lý theo chương trình Epi Info 6.04b. Phép kiểm χ^2 hoặc Fisher được sử dụng để phân tích sự khác biệt và phân tích tương quan logistic được sử dụng để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu.

KẾT QUẢ

Tổng số bệnh nhân lao thu dung trong nhóm DOTS thiếu là 6.131, số bệnh nhân thu dung trong nhóm DOTS đủ là 9.598. Bảng 1 trình bày kết quả điều trị của 2 nhóm. Tỷ lệ bỏ trị nhóm DOTS đủ là 1,3% giảm có ý nghĩa so với nhóm DOTS thiếu là 3%. Các tỷ lệ thất bại, chết, chuyển không khác biệt. Do đó, tỷ lệ điều trị hiệu quả (âm hóa/hoàn thành) ở nhóm DOTS đủ cao hơn (92,2%) so với nhóm DOTS thiếu (90,8%).

Bảng 1: Kết quả điều trị

Kết quả	DOTS thiếu N = 6131 (%)	DOTS đủ N = 9598 (%)	Giá trị P	OR	Khoảng tin cậy 95% OR
Âm hóa/Hoàn thành	5567 (90,8%)	8849 (92,2%)	0,002	0,84	0,74 – 0,94
Thất bại	86 (1,4%)	143 (1,5%)	0,65	0,94	0,71 – 1,24
Bỏ trị	185 (3%)	126 (1,2%)	<0,001	2,34	1,85 – 2,96
Chết	263 (4,3%)	432 (4,5%)	0,53	0,95	0,81 – 1,12
Chuyển	30 (0,5%)	48 (0,5%)	0,92	0,98	0,60 – 1,58

Bảng 2 trình bày các yếu tố liên quan đến vấn đề bỏ trị của bệnh nhân. Không có sự khác biệt nào về giới tính, lứa tuổi, tình huống bỏ trị, tiền sử bệnh, thể bệnh giữa 2 nhóm bệnh nhân. Nghề nghiệp là yếu tố làm cho có sự khác nhau giữa 2 nhóm trong việc bỏ trị. Ở nhóm DOTS thiếu, tỷ lệ bỏ trị cao ở người làm ruộng. Ở nhóm DOTS đủ, tỷ lệ bỏ trị cao ở người thất nghiệp, làm thuê không cố định.

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến bỏ trị của bệnh nhân.

Nội dung	Nhóm DOTS thiếu n = 185	Nhóm DOTS đủ n = 126	Giá trị P	OR	95%CI của OR
----------	-------------------------------	----------------------------	--------------	----	-----------------

Giới tính			0,26	0,76	0,45-1,27
▪ Nam	118 (63,8%)	88 (69,8%)			
▪ Nữ	67 (36,2%)	38 (30,2%)			
Nơi cư ngụ					
• Nông thôn	118 (63,8%)	88 (69,8%)			
• Thị trấn	67 (36,2%)	38 (30,2%)			
Lứa tuổi					
▪ Dưới 15 tuổi	6 (3,2%)	0 (0%)	0,04	1,7	1,55-1,87
▪ 15 - 54 tuổi	106 (57,3%)	71 (56,3%)	0,87	1,04	0,64-1,68
▪ Trên 54 tuổi	73 (39,5%)	55 (43,7%)	0,46	0,84	0,52-1,37
Nghề nghiệp					
▪ Làm ruộng	102 (55,1%)	35 (27,8%)	<0,001	4,21	2,48-7,17
▪ Buôn bán	10 (5,4%)	11 (8,7%)	0,25	0,6	0,23-1,57
▪ Làm thuê	11 (5,9%)	26 (20,6%)	<0,001	0,24	0,11-0,54
▪ Mất sức	48 (25,9%)	37 (29,4%)	0,5	0,84	0,49-1,44
▪ Thất nghiệp	4 (2,2%)	14 (11,1%)	<0,001	0,18	0,05-0,59
▪ Khác	10 (5,4%)	3 (2,4%)	0,19	2,34	0,58-10,97
Tiền sử lao			0,25	1,54	0,7-3,39
• Lần đầu	169 (91,4%)	110 (87,3%)			
• Tái phát	16 (8,6%)	16 (12,7%)			
Thể bệnh			0,48	0,77	0,35-1,66
• Lao phổi	161 (12,1%)	113 (89,7%)			
• Lao ngoài phổi	24 (13%)	13 (10,3%)			
Tình huống bỏ trị					
• Đi làm ăn xa	92 (49,7%)	74 (58,7%)	0,12	0,7	0,43-1,13
• Giao thông khó khăn	9 (4,9%)	1 (0,8%)	0,04	6,39	0,82-136,4
• Khác	84 (45,4%)	51 (40,5%)	0,39	1,22	0,75-1,99
Quan niệm về bệnh					
• Đi điều trị tư tốt hơn	39 (21,1%)	27 (21,4%)	0,94	0,98	0,54-1,77
• Nghĩ rằng bệnh đã hết	15 (8,1%)	8 (6,3%)	0,56	1,3	0,5-3,48

Khảo sát thời điểm bỏ trị của bệnh nhân (bảng 3) cho thấy có sự thay đổi giữa 2 nhóm bệnh nhân. Ở nhóm DOTS thiếu có 35,7% bỏ trị trong 3 tháng đầu và 74,8% bệnh nhân bỏ trị trong 6 tháng đầu điều trị. Ở nhóm DOTS đủ có 34,1% bệnh nhân bỏ trị trong 2 tháng đầu và 80,2% bệnh nhân bỏ trị trong 5 tháng đầu. Ở nhóm DOTS đủ, số bệnh nhân bỏ trị trong tháng thứ nhất tăng cao ($P=0,004$; $OR=0,32$ với 95% CI là 0,13-0,76) cũng như trong tháng thứ ba ($P=0,008$; $OR=0,46$ với 95% CI là 0,24-0,86).

Bảng 3 Tình hình bỏ trị theo thời gian trị liệu

Thời điểm	Nhóm DOTS thiếu n = 185		Nhóm DOTS đủ n = 126	
	%	Cộng dồn	%	Cộng dồn
▪ Trong 1 tháng đầu	10 (5,4%)	5,4%	19 (15,1%)	15,1%
▪ Trong tháng thứ 2	32 (17,3%)	22,7%	24 (19,0%)	34,1%
▪ Trong tháng thứ 3	24 (13%)	35,7%	31 (24,6%)	58,7%
▪ Trong tháng thứ 4	23 (12,4%)	48,1%	18 (14,3%)	73%
▪ Trong tháng thứ 5	21 (11,4%)	59,5%	9 (7,2%)	80,2%
▪ Trong tháng thứ 6	27 (14,6%)	74,1%	15 (11,9%)	92,1%
▪ Trong tháng thứ 7	28 (15,1%)	89,2%	10 (7,9%)	100%
▪ Trong tháng thứ 8	20 (10,8%)	100%		

THẢO LUẬN

Triển khai rộng DOTS đem đến nhiều khác biệt ở những nơi khác nhau và cho những bài học khác nhau (3,4,6). Khảo sát này gợi ý một số điểm sau.

Trước hết, khi mở rộng thực hiện DOTS, tỉ lệ bệnh nhân thu dung có thể không tăng và thậm chí còn có xu hướng giảm. Đây là một trong những vấn đề làm cho DOTS dù là một can thiệp y tế hiệu quả nhưng lại khó đạt được kết quả như mong muốn (6,7). Khảo sát này tại An Giang cho thấy mở rộng DOTS làm tăng số bệnh nhân được thu dung điều trị đáng kể. Đây có thể là do bước đầu hiệu quả điều trị của DOTS làm cho bệnh nhân tin tưởng và đến với các tổ chức lao nhiều hơn. Tuy nhiên, cần theo dõi và có khảo sát thêm để tìm ra lý do đích thực

nhằm động viên, khuyến khích bệnh nhân đến với DOTS cũng như kịp thời giải quyết các nguyên do khiến bệnh nhân không chấp nhận DOTS như một số khảo sát đã cho thấy (8,9).

Mở rộng DOTS đưa đến tăng cao hiệu quả điều trị và giảm tỉ lệ bỏ trị đã được chứng minh (1,7,10). Khảo sát này cũng có kết quả tương tự. Tuy nhiên, điều quan trọng là làm sao luôn duy trì được kết quả này. Như khảo sát này cho thấy, bệnh nhân làm thuê tự do, thất nghiệp có xu hướng bỏ trị cao hơn. Nguyên nhân có thể liên quan đến bản thân việc thực hiện DOTS là kiểm soát điều trị trực tiếp tại cơ sở y tế làm cho những đối tượng bệnh nhân có nghề nghiệp như vậy không thể tuân thủ được DOTS trong thời gian dài. Tương tự, số bệnh nhân bỏ trị ở tháng đầu tiên tăng cao hơn có thể do ngay từ tháng đầu điều trị bệnh nhân đã không thực hiện được yêu cầu mà DOTS đề ra. Mặc dù số bệnh nhân như vậy không nhiều nhưng Chương trình chống lao An Giang cần tiếp tục theo dõi cũng như cần tiến hành những khảo sát sâu hơn để hạn chế số bỏ trị.

Thời điểm bỏ trị cũng là điều cần lưu ý. Khảo sát này cho thấy trong phác đồ chuẩn 3SHZ6S2H2, bệnh nhân bỏ trị sau 3 tháng điều trị tấn công sẽ tăng cao còn trong phác đồ ngắn ngày của DOTS, bỏ trị có xu hướng tăng sau 2 tháng điều trị tấn công. Sự dịch chuyển thời điểm bỏ trị này cho thấy cần có biện pháp thực hiện giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân đúng lúc nhằm hạn chế điều này vì nguy cơ kháng thuốc ở nhóm bỏ trị như vậy là cao. Khảo sát sâu hơn để có hướng xây dựng nội dung giáo dục sức khỏe thích hợp là cần thiết đối với Chương trình chống lao An Giang.

KẾT LUẬN

Mở rộng DOTS đã đem lại những kết quả ban đầu đáng khích lệ cho Chương trình chống lao An Giang. Tỉ lệ bệnh nhân thu dung điều trị tăng, tỉ lệ bệnh nhân bỏ trị giảm hơn là 2 thành quả quan trọng. Tuy nhiên việc xuất hiện những thay đổi trong số bệnh nhân bỏ trị (về nghề nghiệp, về thời điểm bỏ trị) đòi phải có những khảo sát xa hơn làm cơ sở cho những can thiệp hiệu quả, góp phần nâng cao hơn nữa hiệu quả của DOTS trong cuộc chiến bệnh lao tại An Giang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- (1) Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2002. Geneva, WHO 2002.
- (2) Floyd K, Blanc L, Raviglione M, Lee JW. Resources required for global tuberculosis control. Science 2002; 295: 2040-1.
- (3) G.R. Khatri, Thomas R. Frieden. Rapid DOTS expansion in India. Bulletin of WHO 2002; 80(6): 457-63.
- (4) Xianyi Chen, Fengzeng Zhao, Hongjin Duanmu, and al. The DOTS strategy in China : results and lessons after 10 years. Bulletin of WHO 2002; 80(6): 430-36.
- (5) Nguyễn Việt Cồ và cộng sự. Hướng dẫn thực hiện Chương trình chống lao quốc gia. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội 1999.

- (6) Murray CJL. Issues in operational, social and economic research on tuberculosis. In: Bloom B, editor. Tuberculosis: pathogenesis, protection and control. Washington (DC) : American Society for Microbiology; 1994. P.583-622.
- (7) Christopher Dye, Catherine J. Watt, Daniel Bleed. Low access to a highly effective therapy : a challenge for international tuberculosis control. Bulletin of WHO 2002; 80(6): 437-44.
- (8) Knut Lonnroth. Public health in Private hands. Department of Social Medicine. Goterborg University. 2000
- (9) Nguyễn Ngọc Khang. Tham luận về DOTS tại Kiên Giang. Trong “Hội thảo về Thực hiện DOTS trong Chương trình chống lao B2”. TP.Hồ Chí Minh.1998.
- (10) Martien W. Borgdorff, Katherine Floyd, Jaap F. Broekmans. Interventions to reduce tuberculosis mortality and transmission in low- and middle-income countries. Bulletin of WHO 2002; 80(3): 217-27.