

CHUYÊN ĐỀ 2
DỊCH TỄ HỌC CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM, KÝ SINH TRÙNG

MÔ HÌNH DỊCH HIV/AIDS TẠI KHU VỰC TÂY NGUYÊN GIAI ĐOẠN 2010 - 2019

*Hoàng Nghĩa Thắng, Nguyễn Thị Thu Hà, K'Loan, Trần Thị Thu
Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên*

TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm mô tả cơ cấu và chiều hướng nhiễm HIV tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2010-2019. Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả được sử dụng để mô tả chiều hướng, cơ cấu phân bố các trường hợp nhiễm HIV được ghi nhận trên hệ thống giám sát phát hiện từ 1/1/2010 đến 31/12/2019. Kết quả cho thấy chuyển dịch về phân bố với sự gia tăng ở nhóm nữ giới, và nhóm hành vi QHTD không an toàn. Cơ cấu nhiễm có sự bổ sung của nhóm Nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) từ 2014-2019. Để nâng cao hoạt động phòng chống HIV/AIDS tại Tây Nguyên hướng tới mục tiêu 90-90-90 trong thời gian tới cần triển khai đồng bộ các biện pháp can thiệp tập trung vào các nhóm đối tượng PNMD, MSM và nhóm phụ nữ nguy cơ thấp (vợ hoặc bạn tình của nam nhóm nguy cơ cao).

Từ khóa: HIV/AIDS; giám sát phát hiện HIV; Mô hình nhiễm HIV

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ bệnh nhân đầu tiên được phát hiện tại Mỹ năm 1981, HIV/AIDS đã trở thành đại dịch toàn cầu với ước tính có 38 triệu người nhiễm, trong đó 690,000 người tử vong (2019). Mặc dù đã có những thành công nhất định trong các chiến lược can thiệp và kiểm soát với tỷ lệ mắc trên 100,000 người giảm từ 4000 người mắc (2005) xuống 2500 người mắc (2017). Dịch HIV toàn cầu vẫn đang tập trung ở các nhóm nguy cơ cao (tiêm chích ma túy, quan hệ tình dục đồng giới, phụ nữ bán dâm) và bạn tình của nhóm này với ước tính 47% người nhiễm (2017). Mô hình dịch HIV cũng được phân ánh thông qua tác động đến kinh tế – xã hội như bình đẳng giới, kỳ thị và phân biệt, tiếp cận các dịch vụ sức khỏe, người nhiễm ở nhóm tuổi lao động, đặc biệt là ở các nước thu nhập thấp và trung bình [8,9].

Tại Việt Nam, HIV vẫn đang là một trong những bệnh truyền nhiễm gây nhiều khó khăn thách thức cho hệ thống y tế dự phòng với ước tính có 263,500 người nhiễm trong cộng đồng [4]. Năm 2018, toàn quốc có 210,450 người nhiễm HIV, trong đó có 102,448 người tử vong và 64% người nhiễm được điều trị ARV [1]. Với nhiều hoạt động can thiệp đã được triển khai

rộng như truyền thông thay đổi hành vi, can thiệp giảm hại, và điều trị ARV đã góp phần giảm số người nhiễm với 28,300 năm 2002 xuống 19,900 năm 2010. Mô hình dịch tại Việt Nam đang tập trung ở nhóm nguy cơ cao như Nghiện chích ma túy (NCMT), Phụ nữ mại dâm (PNMT) và Nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM), cùng với yếu tố kỳ thị và phân biệt của xã hội là một trở ngại đối với các chương trình can thiệp hướng tới mục tiêu 90-90-90, và loại trừ HIV vào năm 2030 [4,10].

Trong các năm qua, khu vực Tây Nguyên cũng chịu sự tác động của dịch HIV/AIDS đối với mọi mặt của đời sống kinh tế – xã hội. Cùng với các yếu tố như dân di biến động cao, nhiều dân tộc thiểu số sinh sống, đời sống khó khăn, và trình độ dân trí hạn chế đang là thách thức lớn cho hệ thống phòng chống HIV/AIDS. Lũy tích đến hết năm 2019, khu vực Tây Nguyên có 4580 người nhiễm, trong đó có 2296 chuyển giai đoạn AIDS và 1192 trường hợp (TH) tử vong. Phần lớn số trường hợp mắc của khu vực thuộc Đắk Lắk (2368) và Gia Lai (1123). Tuy nhiên, số TH mắc trên 100,000 dân của khu vực là 101 TH mắc, trong đó cao nhất tại Đắk Lắk (127 TH mắc) và thấp nhất tại Gia Lai (74 TH mắc). Khu vực Tây nguyên có 100% huyện/thành phố/thị xã có TH mắc và 73% xã/phường/thị trấn có TH mắc, trong đó tỷ lệ cao nhất tại Đắk Lắk (88%), sau đó Đắk Nông (74%), Kon Tum (68%) và thấp nhất tại Gia Lai (64%). Dịch HIV tại Tây Nguyên ở giai đoạn trước năm 2010 chỉ tập

*Chịu trách nhiệm: Hoàng Nghĩa Thắng
Email: nghiathang2k5@gmail.com
Ngày phản biện: 24/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020*

trung ở nhóm NCMT, tuy nhiên cùng với phát triển kinh tế trong những năm gần đây đã cho thấy bắt đầu có sự gia tăng người nhiễm ở các nhóm nguy cơ cao khác [7]. Do đó, chúng tôi tiến hành phân tích mô hình dịch HIV/AIDS tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2010-2019 để đưa ra những bằng chứng về sự dịch chuyển hình thái lây nhiễm và xu hướng nhằm xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp trong thời gian tới.

II. PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu tất cả các trường hợp chuẩn đoán xác định nhiễm HIV được báo cáo thông qua hệ thống giám sát phát hiện HIV (phần mềm HIV info 3.1) từ 1/1/2010 đến 31/12/2019 có hộ khẩu tại 04 tỉnh khu vực Tây Nguyên (Đắk Lắk, Đắk Nông, Gia Lai, và Kon Tum). Thông tin thu thập từ hồi cứu danh sách TH nhiễm HIV trên hệ thống giám sát phát hiện bao gồm các thông tin về nhân khẩu học, ngày báo cáo, ngày chuẩn đoán AIDS, ngày tử vong, ngày xét nghiệm chuẩn đoán, đường lây, nguy cơ, đối tượng.

Số liệu được kết xuất từ phần mềm HIV info 3.1 sẽ được nhập và phân tích trên phần mềm

Microsoft excel 2016. Thống kê mô tả sử dụng tần suất và tỷ lệ theo con người, thời gian và địa điểm sẽ được áp dụng để nhận định mô hình và chiều hướng nhiễm HIV tại khu vực Tây Nguyên trong 10 năm qua (2010-2019)

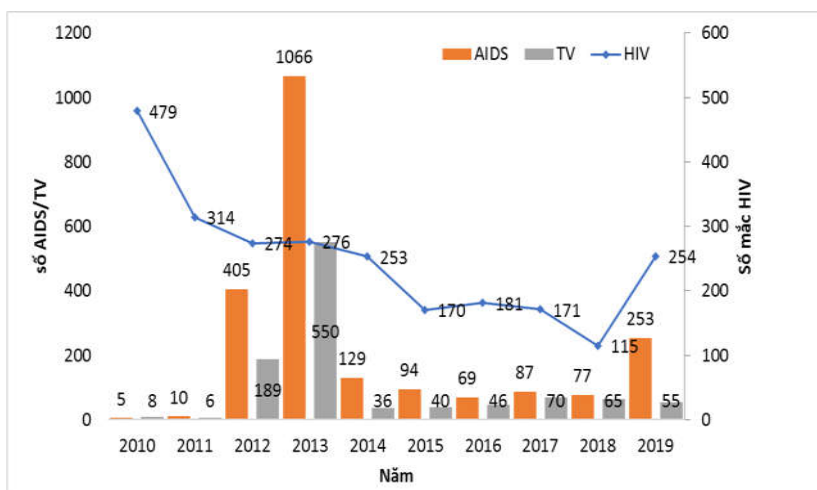
III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung

Từ 1/1/2010 đến 31/12/2019 có 2487 TH mắc HIV được báo cáo trên hệ thống giám sát phát hiện với độ tuổi trung bình là 32.1 (nhóm tuổi 20-39 chiếm 74.3%), giới tính nam (64.2%), 83.7% (1634/1953) dân tộc Kinh, nghề Nông chiếm 63% (1503/2387). Đường lây truyền chủ yếu là đường máu với 43% (1069/2487) và quan hệ tình dục (QHTD) không an toàn với 32% (796/2487), 2.7% lây truyền từ mẹ sang con, còn lại không rõ đường lây là 22.3% (554/2487). Về hành vi nguy cơ, trên 50% (334/609) TH mắc có hành vi tiêm chích ma túy và QHTD khác giới (43.2% (263/609)), còn lại 2% (12/609) có hành vi QHTD đồng giới.

3.2. Mô hình dịch HIV tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2010-2019

3.2.1. Chiều hướng nhiễm HIV

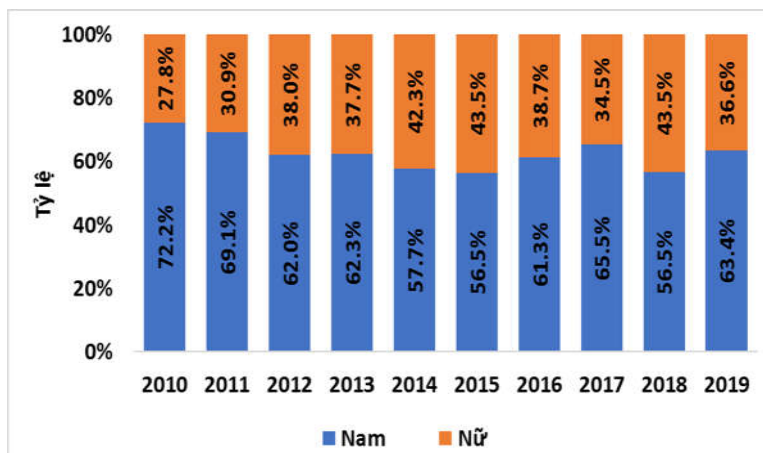


Biểu đồ 1. Phân bố số TH mắc mới HIV, AIDS và Tử vong theo năm tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2010-2019

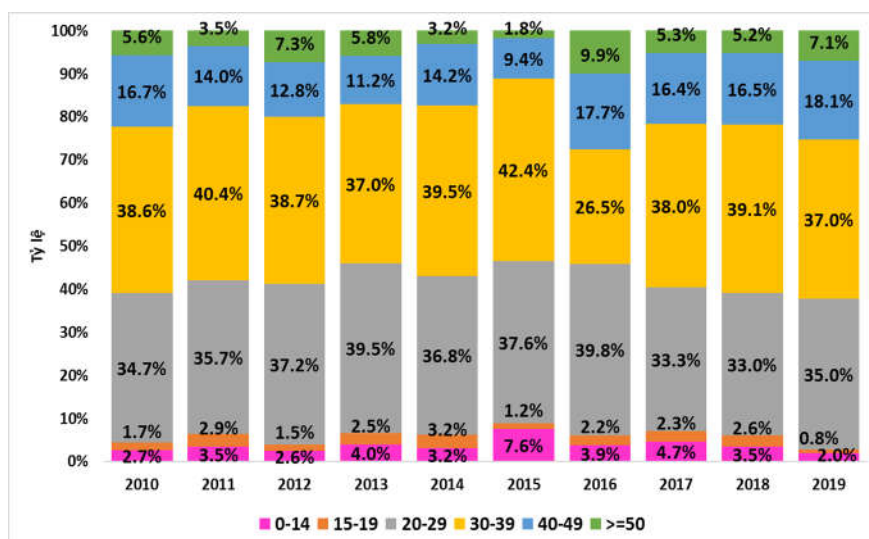
Nhìn chung số mắc mới HIV có xu hướng giảm qua các năm từ 479 xuống còn 115 năm 2018, tuy nhiên tăng cao trong năm 2019. Số TH chuyển giai đoạn AIDS và tử vong có xu hướng giảm qua các năm từ năm 2013 với 1066 TH xuống năm 2018 với 77 TH. Tuy nhiên,

có sự gia tăng số TH AIDS ở năm 2019 với 253 trường hợp, cao hơn so với 5 năm trước đó (biểu đồ 1).

3.2.2. Chiều hướng nhiễm HIV theo tuổi và giới tính



Biểu đồ 2: Phân bố số TH mắc mới HIV theo giới tính qua các năm tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2010-2019

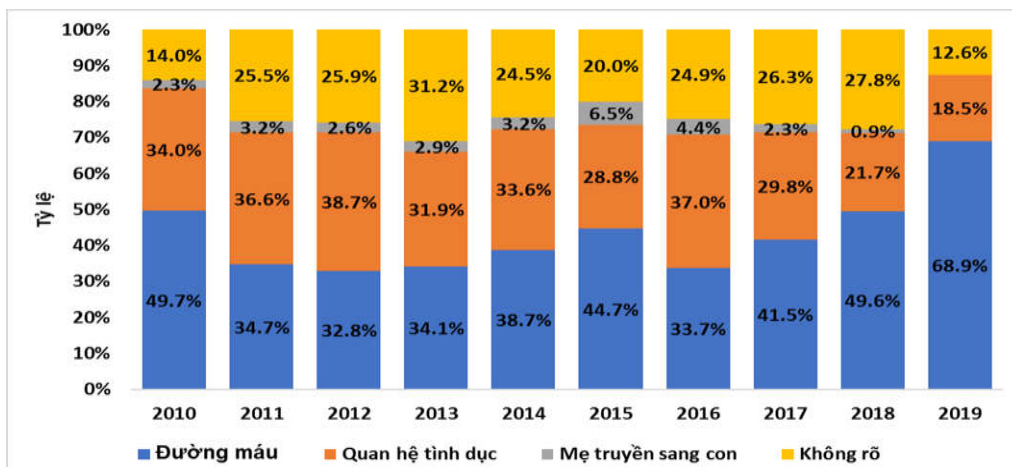


Biểu đồ 3: Phân bố số TH mắc mới HIV theo nhóm tuổi qua các năm tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2010-2019

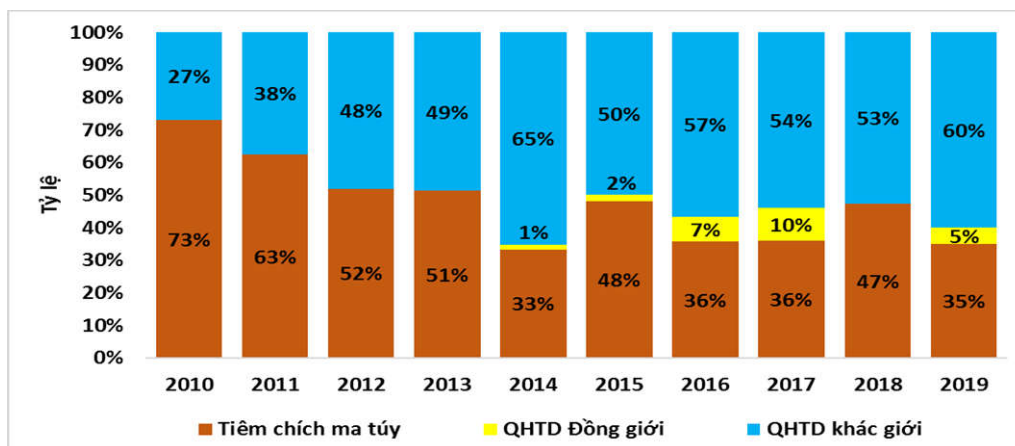
Chiều hướng nhiễm HIV ở nhóm tuổi từ 2010-2019 cho thấy vẫn tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 20-29 và 30-39 (biểu đồ 3). Trong khi đó, có sự chuyển dịch về số nhiễm HIV ở nhóm giới tính nữ từ 27.8% năm 2010 đến 36.6% năm

2019, cao nhất tại năm 2018 (43.5%) (biểu đồ 2).

3.2.3. Chiều hướng nhiễm HIV theo đường lây và hành vi nguy cơ



Biểu đồ 4: Phân bố số TH mắc mới HIV theo đường lây qua các năm tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2010-2019



Biểu đồ 5: Phân bố số TH mắc mới HIV theo hành vi nguy cơ qua các năm tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2010-2019

Chiều hướng nhiễm phân bố theo đường lây cho thấy tỷ lệ lây qua đường máu và đường quan hệ tình dục bắt đầu có sự chuyển dịch qua các năm từ 2010-2019. Biểu đồ 4 cho thấy trường hợp nhiễm lây qua đường máu có xu hướng giảm từ năm 2010 (49.6%) xuống trung bình 35% qua các năm từ 2011 đến 2016 và có xu hướng tăng trở lại từ năm 2017. Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ khá cao (trung bình 20%) không rõ đường lây. Xu hướng nhiễm qua đường QHTD không có sự thay đổi lớn qua các năm nhưng vẫn chiếm tỷ lệ trung bình 30% trong tổng số TH mắc các năm (biểu đồ 4). Tuy nhiên, khi theo dõi hành vi nguy cơ cho thấy hành vi tiêm chích ma túy có xu hướng giảm và hành vi QHTD có xu hướng tăng, đặc biệt có sự

xuất hiện của hành vi quan hệ tình dục đồng giới từ năm 2014 đến 2019, dao động từ 1% đến 10% qua các năm (Biểu đồ 5).

IV. BÀN LUẬN

Chiều hướng giảm số TH nhiễm HIV tại khu vực Tây Nguyên từ năm 2010 (749 TH) đến 2018 (77 TH) cho thấy hiệu quả của việc triển khai đồng bộ các chương trình can thiệp giảm hại cho các nhóm đối tượng nguy cơ cao (bao cao su và bơm kim tiêm miễn phí, điều trị nghiện chất thay thế Methadone), truyền thông thay đổi hành vi, xét nghiệm và điều trị ARV sớm tại khu vực Tây Nguyên [7]. Các hoạt động này đã trực tiếp hoặc gián tiếp tác động đến việc thay đổi hành vi và nhận thức của cộng đồng trong việc phòng bệnh. Ngoài ra, hoạt động điều trị ARV

cũng góp phần giảm thiểu sự lây lan trong cộng đồng từ các TH nhiễm HIV. Kết quả này phù hợp với xu hướng nhiễm mới HIV giảm dần qua các năm của cả nước với 16,603 TH mắc mới (2010) xuống 10,453 TH mắc (2018) [1]. Tuy nhiên, năm 2019 khu vực Tây Nguyên có sự gia tăng số TH nhiễm HIV với 253 trường hợp. Từ đó cho thấy sự cắt giảm nguồn lực cho hoạt động phòng chống HIV/AIDS các năm gần đây cùng với nguy cơ lây nhiễm HIV tiềm ẩn tại các vùng sâu, vùng xa, miền núi có thể dẫn đến sự gia tăng số mắc trong những năm tới [1].

Trong số các TH mắc từ 2010-2019 chủ yếu thuộc nhóm tuổi 20-39 (74.3%) và hình thái phân bố không có sự thay đổi qua các năm. Kết quả này trái ngược với mô hình dịch của cả nước khi xu hướng nhiễm ở nhóm trẻ tuổi (16-29 tuổi) có sự gia tăng qua các năm với 41.1% (2010) lên 45.1% (2013) [1,5]. Mặc dù nhóm nam giới chiếm trên 60% số TH mắc, nhưng xu hướng nhiễm HIV tại Tây Nguyên đã có sự chuyển dịch theo hướng tăng dần ở nhóm nữ giới từ 27.8% (2010) đến 36.6% (2019). Xu hướng này phù hợp với mô hình nhiễm HIV của cả nước với 29.3% (2010) đến 32.5% (2013) [1,5]. Điều này cho thấy nữ giới không thuộc nhóm nguy cơ cao như vợ hoặc bạn tình của nam giới nguy cơ cao đang tiềm ẩn nguy cơ lây nhiễm từ chồng và bạn tình của mình. Việc tập trung các can thiệp và dự phòng trên các đối tượng nguy cơ cao đang âm thầm tăng nguy cơ lây nhiễm ở nhóm phụ nữ nguy cơ thấp trong cộng đồng (thường không được ghi nhận hay báo cáo) do thiếu tiếp cận các dịch vụ dự phòng, và thiếu kiến thức dự phòng [1,4,6].

Mặc dù đã có sự dịch chuyển nhưng chưa rõ rệt về đường lây truyền HIV qua các năm tại khu vực Tây Nguyên. Trong khi đó, đã có sự thay đổi về mô hình hành vi nguy cơ trong các TH mắc của khu vực với hành vi tiêm chích không an toàn (dung chung BKT) giảm dần 73% (2010) xuống còn 35% (2019) và gia tăng hành vi tình dục không an toàn ở nhóm QHTD khác giới từ 27% (2010) đến 60% (2019). Đặc biệt, có sự xuất hiện của hành vi QHTD không an toàn ở nhóm đồng giới, trong đó có nhóm MSM. Kết quả này phù hợp với mô hình dịch của cả nước khi hình thái lây qua đường máu giảm dần (2010: 49% đến 2013: 42.4%) và tăng dần ở đường tình dục qua các năm (2010: 39% đến 2013: 45%) [3,4,7]. Sự dịch chuyển về xu hướng và hình thái này cho thấy hiệu quả của hoạt động can thiệp giảm hại thông qua điều trị Methadone đã làm giảm đáng kể hành vi tiêm

chích không an toàn. Tuy nhiên, các nhóm nguy cơ cao như PNMD và MSM có nguy cơ lây nhiễm cao do tiềm ẩn các hành vi QHTD không an toàn, tỷ lệ nhiễm HIV cao, hành vi tình dục an toàn thấp, xét nghiệm HIV thấp, tiếp cận dịch vụ thấp. Hơn nữa, với sự xuất hiện và phát triển của quần thể MSM ở Tây Nguyên (ước tính khoảng 5,600 MSM trong cộng đồng) tạo nên hình thái lây nhiễm mới trong thời gian tới tại khu vực [1-6].

Nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế như thông tin trường hợp nhiễm được báo cáo do chưa khai thác được chính xác và đầy đủ, vẫn còn khoảng 20% chưa rõ về đường lây. Thiếu thông tin của các trường hợp nhiễm HIV qua các lần điều chỉnh, bổ sung và nâng cấp hệ thống giám sát phát hiện. Do đó, chúng tôi đã sử dụng toàn bộ thông tin có thể thu thập được từ hệ thống giám sát để có thể phản ánh được nhiều nhất về mô hình nhiễm HIV tại khu vực Tây Nguyên.

V. KẾT LUẬN

Mô hình dịch HIV tại khu vực Tây nguyên trong 10 năm qua (2010-2019) đã chuyển dịch về phân bố với sự gia tăng ở nhóm nữ giới, và nhóm hành vi QHTD không an toàn. Ngoài ra, hình thái lây nhiễm của khu vực có sự bổ sung nhóm QHTD đồng giới (MSM). Để nâng cao hoạt động phòng chống HIV/AIDS tại Tây Nguyên hướng tới mục tiêu 90-90-90 trong thời gian tới cần triển khai đồng bộ các biện pháp can thiệp tập trung vào các nhóm đối tượng PNMD, MSM và nhóm phụ nữ nguy cơ thấp (vợ hoặc bạn tình của nam nhóm nguy cơ cao) như truyền thống thay đổi hành vi, can thiệp giảm hại (bao cao su và bơm kim tiêm miễn phí), điều trị dự phòng lây nhiễm (PreP), giảm phân biệt kỳ thị, tăng tiếp cận thông qua đồng đẳng viên và mạng xã hội, khám và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Cùng với đó cần mở rộng và nâng cao chất lượng hoạt động xét nghiệm sàng lọc HIV, tư vấn xét nghiệm HIV, giới thiệu chuyển gửi điều trị ARV sớm nhằm tiếp cận được 90% số người nhiễm trong cộng đồng và cải thiện chất lượng số liệu hệ thống giám sát phát hiện trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục PC HIV/AIDS (2020) Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020.
2. Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2019). Báo cáo giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi năm 2019 (HSS/HSS+).
3. Cục Phòng, Chống HIV/AIDS (2018). Ước

tính quần thể MSM bằng sử dụng mạng xã hội chuyên dụng cho MSM và kết hợp với điều trị RDS.

4. Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2013). HIV/AIDS tại Việt Nam ước tính và dự báo giai đoạn 2011-2015. Nhà xuất bản Y học năm 2013.

5. Cục phòng chống HIV/AIDS (2014). Tình hình dịch HIV/AIDS tại Việt Nam năm 2013. Tạp chí Y học dự phòng, phụ bản số 2/2014.

6. Thu Anh Nguyen, Pauline Oosterhoff, Anita Hardon, Hien Nguyen Tran, Roel A Coutinho, and Pamela Wright. (2008). A hidden HIV epidemic among women in Vietnam. BMC

public health. 2008 (8): 37

7. Viện VSDT Tây Nguyên (2019). Báo cáo tổng kết hoạt động phòng chống HIV/AIDS năm 2019.

8. WHO (2020), World health statistics: Monitoring health for the sustainable development goals (SDGs). WHO 2020

9. WHO (2020). Summary of the global HIV epidemic 2019. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids updated 05/07/2020>

10. WHO (2013). Joint review of health sector response to HIV in Vietnam 2014. WHO Western Pacific Region 2016

THE PATTERNS OF HIV/AIDS INFECTION IN CENTRAL HIGHLAND IN PERIOD 2010-2019

Thang Hoang N, Ha Nguyen T. T, K'Loan, Thu Tran T
Tay Nguyen Institute of Hygiene and Epidemiology

This study aims to describe the structure and trend of HIV infection among Key Populations at Risk for HIV in Central Highlands region in period 2010-2019. The retrospective cross-sectional study were applied to describe the trend and distribution structure of 2,487 HIV-infected cases, which reported on cases surveillance systems from January 1, 2010 to December 31, 2019. The results showed that the distribution of HIV infection has increased over the year among female, and unsafe sex behaviors group. The pattern of infection has appeared among Men who have sex with men (MSM) group from 2014 to 2019. In order to improve HIV / AIDS prevention and control in the Central Highlands towards the 90-90-90 target in future, the intervention activities should be implemented synchronously focusing on Female sex workers (FSWs), MSM and women at low risk groups (wives or sexual partners of male in Key Populations at Risk for HIV).

Keywords: HIV/AIDS; HIV cases reporting surveillance; HIV patterns

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN CÓ HUYẾT THANH DƯƠNG TÍNH VỚI ẬU TRÙNG SÁN DÂY LỢN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC TÂY NGUYÊN NĂM 2019

Vũ Thị Thu Hương, Lê Thị Xuân Quyền
Khoa Y dược, trường Đại học Tây Nguyên

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện ở bệnh viện trường đại học Tây Nguyên về một số đặc điểm của bệnh nhân có huyết thanh dương tính với ấu trùng sán dây lợn (ATSDL). Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16. **Kết quả:** Tỷ lệ huyết thanh dương tính với ATSDL được xét nghiệm bằng phương pháp ELISA là 3,8%. Trong đó, nhóm BN thường gặp là dân tộc Kinh (85,5%), nhóm tuổi > 15 (65,6%), nghề nghiệp làm nông là chủ yếu (41,1%), trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống (40%). Một số đặc điểm dịch tễ học quan trọng và có liên quan như: ăn rau sống (70%), nhà có nuôi lợn (58,9%), ăn nem chua (43,3%), uống nước lã (41,1%), và ăn tiết canh (35,6%). Một số đặc điểm lâm sàng, và cận lâm sàng: Một số nhóm triệu chứng lâm sàng quan trọng và thường gặp: triệu chứng thần kinh (71,1%) và tiêu hóa (31,1%). Một số đặc điểm về cận lâm sàng: Tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu ái toan không tăng chiếm đến 57%. Tỷ lệ BN có đốt sán và trứng *Taenia sp* trong phân lần lượt là 11,1%; 3,3%.

Từ khóa: bệnh nhân, huyết thanh, ấu trùng sán dây lợn

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2015, Tổ chức Y tế thế giới đã đưa bệnh nhiễm ấu trùng sán dây lợn (ATSDL) vào danh sách những bệnh nhiệt đới bị lãng quên và thực hiện các chiến lược nhằm làm giảm tỷ lệ mắc [1]. Bệnh nhiễm ATSDL do người bệnh nuốt phải trứng sán dây lợn (SDL) có trong rau sống, nước lã, tay bẩn, hoặc có thể tự lây do người nhiễm SDL trưởng thành trong ruột vì một lý do nào đó đốt sán bị vỡ ra bên trong cơ thể [3],[9] Hiện tượng trên tạo thành ấu trùng, di chuyển đến khắp các cơ quan đặc biệt là hệ thần kinh trung ương, chiếm đến 60 - 96% trường hợp [7]. Bệnh nhân bị nhiễm ATSDL có thể bị nhiều biến chứng nguy hiểm khác nhau như tăng áp lực nội sọ, động kinh, và mù mắt... Cho đến nay, mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng nhiễm ATSDL vẫn còn là một thách thức lớn đối với nền y tế trên toàn cầu [1][3][6]. Tại Đắk Lắk hầu như chưa có tác giả nào tiến hành nghiên cứu về vấn đề nhiễm ATSDL. Xuất phát từ những cơ sở nêu trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "Một số đặc điểm của bệnh nhân có huyết thanh dương tính với ấu trùng sán dây lợn đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên và đề xuất giải pháp, phòng chống" với ba

mục tiêu cụ thể sau:

(1) Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học của bệnh nhân có huyết thanh dương tính với ấu trùng sán dây lợn.

(2) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, và cận lâm sàng của bệnh nhân có huyết thanh dương tính với ấu trùng sán dây lợn.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân (BN) đến phòng khám Ký sinh trùng (KST), Bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên, được xét nghiệm có huyết thanh dương tính với ATSDL.

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt trường hợp.

- Phương pháp chọn mẫu: Chúng tôi dùng phương pháp chọn mẫu thuận tiện: chọn toàn bộ và liên tiếp những bệnh nhân có huyết thanh dương tính với ATSDL trong số những BN đến xét nghiệm tại PXN ký sinh trùng, Bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2019 và thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

- Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16. Thống kê mô tả: Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ bệnh nhân có huyết thanh dương tính với ấu trùng sán dây lợn:

Chịu trách nhiệm: Vũ Thị Thu Hương
Email: vtthuong@ttn.edu.vn
Ngày phản biện: 26/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

Trong số 2.375 BN đến xét nghiệm tại PXN Ký sinh trùng, Bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên có huyết thanh dương tính với ATSDL là 90 trường hợp, với tỷ lệ 3,8%. Kết quả xét nghiệm của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Đoàn Hạnh Nguyên, Hồ Sỹ Triều từ năm 1996-2000 nghiên cứu 4.044 lượt bệnh nhân đến khám tại Viện sốt rét - KST - CT TƯ, tỷ lệ huyết thanh dương tính ATSDL là 19,1%, bệnh nhân xét nghiệm có trứng *Taenia* sp trong phân là 21,1%, bệnh nhân có đốt sán trong phân là 32%. Tương tự, kết quả xét nghiệm ELISA của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Phan Anh Tuấn (2002) tại Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh là 4,3% và tương đương kết quả của tác giả trong 4 năm tiếp theo (2002-2006) là 3,8%[4]. Một nghiên cứu ở 7 quốc gia ở châu Phi, tổng số người được lấy mẫu xét nghiệm huyết thanh học trong khu vực này là 12.596, tỷ lệ huyết thanh dương tính với ATSDL cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, dao động từ 0,68% đến 21,63%. Ở Châu Mỹ Latinh, nghiên cứu từ 8 quốc gia, tổng số người được lấy mẫu là 21.911, tỷ lệ này dao động từ 0,94% đến 9,12%. Ở châu Á, ở nghiên cứu từ 4 quốc gia trong đó có Việt Nam, tổng số người được lấy mẫu là 4.764 người, tỷ lệ huyết thanh dương tính ATSDL dao động từ 0,57 % đến 5,71%. Trong khi đó, một nghiên cứu tổng quan trên thế giới, có 18.643 người tham gia từ 19 quốc gia được đưa vào tỷ lệ này là 14,2% (2.648 /18.643) [3]

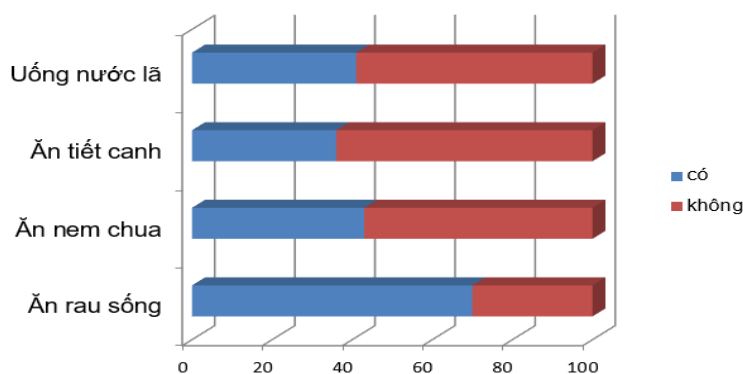


Biểu đồ 1. Tỷ lệ BN có huyết thanh dương tính với ATSDL

Nguyên nhân khác nhau có thể là do sự khác biệt về cỡ mẫu, thời gian, đối tượng nghiên cứu và đặc điểm địa lý nghiên cứu. Sự khác biệt còn được giải thích do loại ELISA KIT và cách tính ngưỡng dương tính khác nhau. Nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bộ KIT của Mỹ do tập đoàn Diagnostic Automation/Cortez Diagnostics sản xuất đạt tiêu chuẩn ISO 13485 và ISO 9001 của châu Âu, trong khi đó một số nghiên cứu sử dụng bộ KIT khác với độ nhạy và độ đặc hiệu khác nhau [10]. Nghiên cứu của chúng tôi kết quả là giá trị OD, trong khi các tác giả khác kết quả được tính toán bằng trung bình chứng âm cộng với 3 độ lệch chuẩn [7] hoặc dựa trên hiệu giá kháng thể theo tỷ lệ 1/1600 và 1/3200[10].

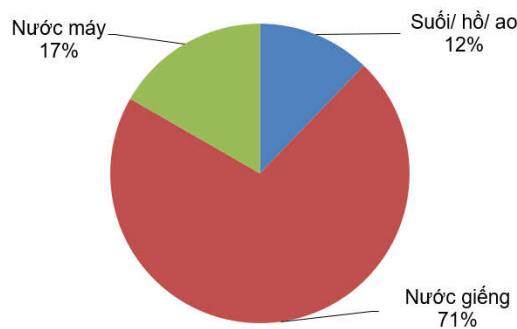
Hầu như các nghiên cứu trên thế giới sử dụng xét nghiệm bằng kỹ thuật ELISA hơn xét nghiệm phân, vì chúng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, đặc biệt là trong nghiên cứu về thực địa.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm ATSDL

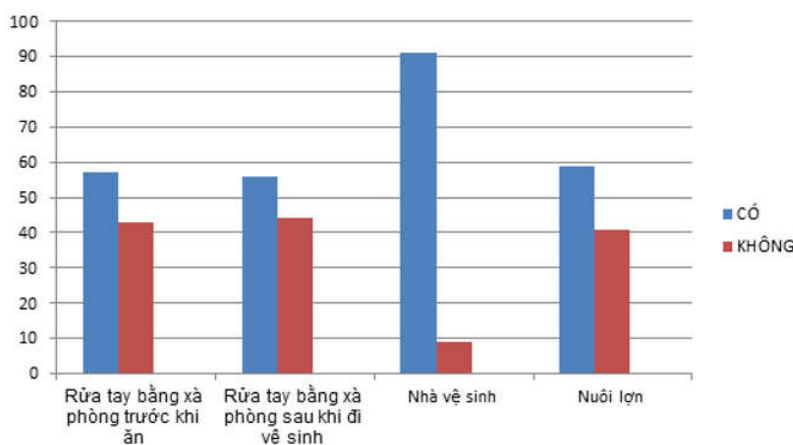


Biểu đồ 2. Một số đặc điểm dịch tễ học về thói quen ăn uống

Qua biểu đồ 2 nhận thấy bệnh nhân có thói quen ăn rau sống chiếm tỷ lệ cao (70%). Mặt khác, BN có thói quen ăn nem chua chiếm tỷ lệ thấp hơn (43,3%), uống nước lã chiếm 41,1% và ăn tiết canh chiếm 35,6%.



Biểu đồ 3. Nguồn nước



Biểu đồ 4. Thói quen sinh hoạt

Bệnh nhân chủ yếu dùng nguồn nước giếng để sinh hoạt chiếm tỷ lệ cao hơn 70%, một số ít 16,7 % BN được sử dụng nước máy. Người dân vẫn còn thói quen sử dụng nguồn nước suối/ ao/ hồ để uống hay nấu ăn là 12,2%. Phần lớn BN đun sôi nước trước khi dùng (65,6%), lọc nước chiếm tỷ lệ thấp hơn (23,3%), Thói quen không xử lý gì mà dùng chính nước giếng, suối/ ao/ hồ hoặc nước máy trực tiếp uống và sinh hoạt là 11,1%. Thói quen rửa tay bằng xà phòng trước/sau khi ăn ở hai nhóm tương đương nhau.

Đa số BN có sử dụng nhà vệ sinh chiếm (91,1%). Trong số những BN đến khám có khoảng 59% có nuôi lợn trong gia đình.

Theo Dinh Ng- Nguyen (2017) và Marco Coral-Almeida (2015), một số cuộc khảo sát điều tra về yếu tố nguy cơ đối với bệnh ATSDL và bệnh giun sán ở người đã chỉ ra rằng, các yếu tố dịch tễ bao gồm như việc ăn rau sống, thịt lợn chưa nấu chín, uống nước lã, vệ sinh

kém (sử dụng phân người bón ruộng, nuôi lợn thả rông, không kiểm định nguồn thịt, không rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh,...) đã làm cho bệnh lây lan và phát triển một cách nhanh chóng [6]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành phân tích một số đặc điểm dịch tễ học của BN có huyết thanh dương tính với ATSDL, cụ thể như sau:

Trên thực tế, các yếu tố dịch tễ học có vai trò quan trọng trong việc tiếp cận chẩn đoán, điều trị và dự phòng hiệu quả bệnh nhân trên thực hành lâm sàng. Tiền sử bệnh nhân đang cư trú trong vùng dịch tễ lưu hành của bệnh nhiễm ATSDL là một trong những yếu tố dịch tễ quan trọng giúp cho việc chẩn đoán được chính xác hơn[5], [8].. Tỉnh Đắk Lắk hiện đang là vùng dịch tễ của bệnh ATSDL, vì vậy các Y bác sĩ cần quan tâm nhiều hơn đến yếu tố này, chú ý đến những sở thích, thói quen sinh hoạt thường ngày. Cả 3 trường hợp điển hình được báo cáo trong nghiên cứu của chúng tôi đều là người

dân tộc thiểu số, sinh sống tại vùng núi của tỉnh Đắk Lắk. Người dân nơi đây thường có thói quen ăn thịt lợn nướng tái, nuôi lợn thả rông dưới sân nhà, uống nước lã,... nên nguy cơ nhiễm ATSDL là rất lớn.

Ăn rau sống

Qua biểu đồ 2 nhận thấy BN có thói quen ăn rau sống chiếm tỷ lệ cao nhất (70%). Ăn rau sống trong các bữa ăn được xem là thói quen lâu đời của đại đa số người dân Việt Nam. Theo điều tra của tác giả Lê Thị Ngọc Kim và cs năm 2007 cho biết rau sống bán ở chợ trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh có 97,1% có mầm bệnh Ký sinh trùng mà chủ yếu là ấu trùng giun. Trên 8 loại rau được nghiên cứu đề cập đến thì rau xà lách xoong, cải bẹ xanh, rau đắng, tần ô, rau má nhiễm KST 100%, các loại khác là 92,3%. Việc rửa rau dưới vòi nước 3 lần có tỷ lệ nhiễm KST thấp hơn nhưng vẫn còn khá cao (51,9%) [7]. Ở Tây Nguyên, tác giả Nguyễn Văn Chương năm 2007 chỉ ra rằng, các loại rau thủy sinh như: rau ngổ, cải xoong, xà lách ghi nhận có rất nhiều ấu trùng giun sán nhiễm trong rau [6]. Bởi lẽ các loại rau sống thường chứa các tác nhân gây bệnh mà mắt thường không nhìn thấy và không đảm bảo vệ sinh do tưới phân tươi, sử dụng thuốc trừ sâu không đúng quy định. Do đó, vi khuẩn, trứng giun sán, ấu trùng giun sán rất dễ sinh sôi và phát triển. Theo WHO (2013), việc ăn rau sống không được rửa đúng cách hoặc ăn rau sống trước đó được tưới phân chuồng đã được các nghiên cứu chứng minh là nguồn lây lan chính của không chỉ của ATSDL, mà còn rất nhiều các loại Ký sinh trùng khác như đơn bào amip, sán lá gan, ấu trùng giun đũa chó mèo,... [8].

Ăn thịt lợn chưa nấu chín

Thói quen này gặp đa số ở người đồng bào Ê đê và dân tộc khác như Mơ Nông, Chứt,... Trong đó, thói quen ăn nem chua gặp ở những bệnh nhân có tỷ lệ huyết thanh dương tính với ATSDL là 43,3% và ăn tiết canh là 35,6%. Theo Nguyễn Văn Đề (2014), tỷ lệ ăn thịt lợn chưa nấu chín là 4,5-47,5% ở miền Bắc; 74,3% ở miền Trung-Tây Nguyên; và 4,5-23,0% ở miền Nam của đất nước. Ta nhận thấy, tại Việt Nam tỷ lệ ăn thịt lợn chưa nấu chín cao nhất là ở vùng miền Trung-Tây Nguyên. Tuy Nhà Nước đã giám sát kỹ tình hình vệ sinh thực phẩm, nhưng với đại đa số người đồng bào dân tộc thiểu số ăn thịt lợn do chính mình nuôi thả rông hoặc lợn rừng đi săn về,... Theo bảng 3.4 cho thấy trong gia đình của người bệnh có tỷ lệ nuôi lợn chiếm 58,9%. Do ảnh hưởng của phong tục tập quán dân tộc địa phương là nuôi lợn thả

rông ngay dưới sàn nhà, phân được phóng uế bừa bãi và ít dọn rửa, chính những yếu tố này đã tạo điều kiện thuận lợi cho trứng giun được phát tán trong không khí và nguồn nước, ngoài ra khi ăn thịt lợn sống đặc biệt là trong phủ tạng của lợn có rất nhiều kén ATSDL nên rất dễ bị nhiễm SDL.

Uống nước lã

Thói quen uống nước lã trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ khá cao là 41,1%. Nghiên cứu tại Gia Lai và Quảng Ngãi, Quảng Nam năm 2008, 2009 đều thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [9]. Nhưng nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2006 lại cao hơn [8]. Sự khác biệt này có thể là do phụ thuộc vào dân trí, thói quen của từng vùng miền trong nước. Một nghiên cứu của Marco và cs ở Peru năm 2005 chỉ ra rằng rau sống tuy được trồng trên cạn nhưng nếu tưới bằng nguồn nước không đảm bảo cũng dễ bị nhiễm ATSDL. Nguyên nhân do đa số BN làm nông ít có thói quen đun sôi nước trước khi uống, vì khi làm đồng án về mệt họ sử dụng sẵn nguồn nước từ giếng lên hoặc đi làm đồng không mang nước theo mà uống nước từ suối/ ao/ hồ. Nguồn nước giếng chiếm 71,1% và không xử lý gì trước khi dùng chiếm 11,1%. Điều này góp phần làm tăng tỷ lệ nhiễm ATSDL nói riêng và các bệnh do KST nói chung.

Thói quen không rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh

Trong nghiên cứu này tỷ lệ BN có thói quen không rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh chiếm tỷ lệ lần lượt là 43,3 và 44,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Phan Anh Tuấn (2006), thói quen này không chỉ gặp ở trẻ em mà còn phổ biến ở cả người lớn. Việc cầm nắm thức ăn qua tay bẩn cũng là nguồn lây lan chính cho các bệnh về Ký sinh trùng nói chung và bệnh ATSDL nói riêng. Ngoài ra, thói quen mút tay, ngậm đồ chơi bẩn của trẻ cũng góp phần không nhỏ đến sự gia tăng tỷ lệ nhiễm của bệnh ATSDL.

Do vậy, chúng ta nên đẩy mạnh công tác phòng ngừa bằng cách tạo những thói quen hết sức đơn giản như rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh, thường xuyên lau dọn nhà cửa, đồ chơi cho trẻ, không cho trẻ mút tay,...

IV. KHUYẾN NGHỊ

- **Đối với người dân:** Cần tuyên truyền vệ sinh cá nhân như: rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh; Thay đổi thói quen ăn uống và tập quán sinh hoạt: nên ăn chín và uống nước đun sôi để nguội (không ăn tiết canh, nem chua, uống nước lã), sử dụng nhà vệ sinh,...; Tăng cường

công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe, cách phòng chống bệnh ATSDL ở người như giáo dục cộng đồng, đặc biệt là người dân vùng nông thôn, người dân tộc thiểu số về cách lan truyền bệnh để họ tự phòng tránh; Tăng cường công tác vệ sinh môi trường.

- **Đối với Y bác sĩ:** Chỉ định chụp hình ảnh học sọ não/ tủy sống là cần thiết trước khi tiến hành điều trị diệt ATSDL bằng các thuốc đặc hiệu ở những BN có triệu chứng đau đầu kéo dài và/hoặc động kinh; Cần làm xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán ATSDL ở cả những bệnh nhân có bạch cầu ái toan bình thường nếu như có những bằng chứng dịch tễ học và lâm sàng gợi ý nhiễm ATSDL.

- **Đối với nhà nghiên cứu:** Cần tiếp tục có những nghiên cứu về nhiễm ATSDL ở cấp độ sâu hơn và quy mô rộng hơn để có thêm nhiều thông tin về tình hình nhiễm ATSDL và các phương pháp chẩn đoán, điều trị hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Ngọc Kim, Vũ Đình Phương Ân, Trần Thị Hồng (2007), "Khảo sát ký sinh trùng trên rau sống bán tại chợ trên địa bàn TP. Hồ Chí Minh", *Báo cáo khoa học tại Hội nghị Ký sinh trùng toàn quốc*, 2007.

2. Nguyễn Khắc Lực, Đặng Thị Cẩm Thạch, Tô Mười và cs. (2008), "Nhiễm SLGL ở huyện Đại Lộc, tỉnh Quảng Nam và hiệu quả biện pháp phòng chống bệnh tại cộng đồng", *Tạp chí Y Dược học quân sự*, Học viện Quân Y, số 33(2), tr. 71-74.

3. Trần Xuân Mai (2013), *Ký sinh trùng Y học*, ĐHY Dược Tp HCM, NXB Y học, tr. 273-276.

4. Nguyễn Xuân Mến và cs (2009), "Nghiên cứu thực trạng nhiễm sán lá gan lớn và các yếu tố liên quan đến sự nhiễm bệnh ở người tại một số vùng

đồng bằng tỉnh Quảng Ngãi", *Đề tài khoa học công nghệ cấp tỉnh*.

5. Đặng Thị Nga, "Thực trạng nhiễm sán dai, sán dây, kết quả điều trị sán dây tại phòng khám quốc tế Ánh Nga chuyên khoa Ký sinh trùng" <http://www.benhgiunsan.com/nckh/bao-cao-khoa-hoc-benh-san-dai-san-day.html> , ngày truy cập 20 tháng 03 năm 2017.

6. Lê Bách Quang (2005), *Ký sinh trùng và Côn trùng Y học*, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 390-398.

7. Lương Trường Sơn và cs (2013), "Tìm hiểu các yếu tố dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đối với những bệnh nhân nhiễm Ký sinh trùng đường ruột đến khám tại viện SR-KST-CT TP. HCM", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tập 17, phụ bản của Số 1.

8. Phan Trung Tiến, Bùi Văn Đoàn (2013), "U nang do ấu trùng sán dây ở não báo cáo 3 trường hợp tại khoa truyền nhiễm bệnh viện Trung ương Huế", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 17, phụ bản số 1, tr. 110-114.

9. Bùi Văn Tuấn, Nguyễn Văn Chương, Huỳnh Hồng Quang (2015), "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sán lá gan lớn tại xã Xuân Hải và Quảng Sơn, tỉnh Ninh Thuận, 2014". *Báo cáo khoa học toàn văn*. Hội nghị Ký sinh trùng học toàn quốc lần thứ 42. Nhà xuất bản khoa học tự nhiên và công nghệ, ISBN 978-604-913-380-0, trang 152-159.

10. Nguyễn Văn Văn, Nguyễn Mạnh Hùng, Lê Xuân Hùng, Nguyễn Thanh Thảo và cs (2011), "Thực trạng nhiễm SLGL tại cộng đồng dân cư tỉnh Quảng Nam", *Tạp chí Phòng chống sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*, (3), tr. 92-98.

SUMMARY

Objective: The retrospective study was performed to describe some of the epidemiological characteristics of Measles disease on 1,449 laboratory identified measles cases having IgM positive for measles virus.

Results: the highest prevalence of laboratory identified measles cases was from 2 to 5 years old (36.8%); Children under 9 months or over 11 years old had a lower rate of measles (7.2% and 9.5%). Measles increased sharply in the first months of the year and decreased gradually after July in the Central Highlands. Measles prevalence increases in areas with low immunization rates. It is necessary to take the full 2 doses of measles vaccine for children to reduce the rate of measles, progressing to eradicate measles in the future.

Keywords: *IgM, measles, vaccine*

TỶ LỆ NHIỄM MỚI HIV-1 TRÊN BỆNH NHÂN MỚI PHÁT HIỆN NHIỄM HIV TẠI ĐÀ NẴNG, KHÁNH HÒA, ĐỒNG THÁP, AN GIANG, CẦN THƠ VÀ KIÊN GIANG

Lê Duy Hoàng Chương¹, Nguyễn Việt Nga², Lê Thu Hà², Cao Thị Thu Cúc¹, Lê Chí Thanh¹, Phạm Đức Mạnh² và Trần Tôn¹
¹ Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh
² Cục Phòng, chống HIV/AIDS – Bộ Y tế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phát hiện trường hợp nhiễm mới HIV (nhiễm HIV trong vòng 12 tháng) đóng vai trò quan trọng góp phần phát hiện các thay đổi, xu hướng lây truyền của dịch HIV, nhằm đề xuất chiến lược dự phòng, tập trung nguồn lực hiệu quả cho nhóm nguy cơ cao. **Mục tiêu:** Tìm hiểu tỷ lệ nhiễm mới HIV-1 trên bệnh nhân mới phát hiện nhiễm HIV tại 6 tỉnh miền Nam và Trung bộ. **Phương pháp:** Khảo sát cắt ngang bằng cách phân tích dữ liệu 763 mẫu sau khi thực hiện xét nghiệm nhiễm mới bằng sinh phẩm nhanh Asante™ HIV-1 Rapid Recency Assay trên các mẫu lưu HIV dương tính của giám sát phát hiện được thu thập từ 01/9/2019 đến 30/01/2020 tại 6 tỉnh Đà Nẵng, Khánh Hòa, Đồng Tháp, An Giang, Cần Thơ và Kiên Giang. **Kết quả:** Tỷ lệ chung nhiễm mới HIV-1 tại 6 tỉnh khảo sát là 7,1%, cao nhất tại Kiên Giang (9%) và thấp nhất tại Đà Nẵng 1,9%. Tỷ lệ nhiễm mới HIV-1 ở nam (85,2%) khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$) so với nữ (14,8%). Nhóm tuổi dương tính HIV tập trung tại độ tuổi 20-39 tuổi; trong đó, nhóm tuổi nhiễm mới tập trung tại độ tuổi 20-29 tuổi (chiếm 64,8%). Nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) và nhóm tình dục khác giới (TDKG) chiếm đa số ca nhiễm mới trong số các ca HIV dương, lần lượt là 38,9% và 13%. Tỷ lệ nhiễm mới ở nhóm chưa rõ nguyên nhân còn chiếm tương đối cao (24,1%). Chỉ có 413/763 (54,1%) khách hàng được quản lý chăm sóc điều trị theo như báo cáo, trong đó 383 khách hàng nhiễm hơn 12 tháng và 30 khách hàng nhiễm mới trong vòng 12 tháng. **Kết luận:** Tỷ lệ chung nhiễm mới HIV-1 tại 6 tỉnh khảo sát khá cao, dẫn đến nguy cơ lây truyền HIV cho đối tác (bạn tình). Khảo sát cho thấy cần thiết triển khai mở rộng xét nghiệm phát hiện ca nhiễm mới ra các tỉnh khác trong cả nước nhằm có biện pháp can thiệp kịp thời, góp phần đạt các mục tiêu toàn cầu 90-90-90 trong phòng chống HIV/AIDS.

Từ khóa: nhiễm mới HIV, xét nghiệm nhiễm mới, MSM, giám sát HIV

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là quốc gia đầu tiên ở châu Á - Thái Bình Dương cam kết thực hiện mục tiêu 90-90-90 về xét nghiệm và điều trị HIV. Thực hiện xét nghiệm chẩn đoán nhiễm mới HIV là một trong những cách thức để đạt được mục trên của UNAIDS. Các báo cáo nghiên cứu cho thấy 50% các trường hợp lây nhiễm HIV xảy ra ở giai đoạn năm đầu tiên của giai đoạn nhiễm HIV, đồng thời mức độ lây nhiễm ở giai đoạn đầu tiên này cao gấp 26 lần so với các giai đoạn sau do nồng độ vi rút ở các giai đoạn này là cao nhất. Vì vậy phát hiện xác định các trường hợp nhiễm mới HIV rất quan trọng trong dự phòng cắt đường lây truyền từ người nhiễm sang các

nhóm bạn tình/bạn chích. Từ đó đưa ra các giải pháp giám sát dịch chủ động, tìm chùm lây nhiễm và cắt đứt đường lây truyền thông qua các chương trình can thiệp giảm tác hại lây nhiễm HIV, đồng thời kết nối các dịch vụ tìm ca nhiễm mới và chuyển gửi điều trị HIV kịp thời. Thông tin về các trường hợp nhiễm mới HIV giúp cho việc tập trung nỗ lực phòng chống HIV vào những địa bàn, nhóm quần thể cần ưu tiên để rút ngắn quá trình loại trừ dịch HIV theo Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030 [1]. Để có số liệu nhiễm mới tại miền Trung và miền Nam phục vụ cho xây dựng kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS và đánh giá tính khả thi thực hiện phương pháp xét nghiệm nhiễm mới theo kế hoạch thí điểm tại Quyết định số 5292/QĐ-BYT ngày 24/11/2017 của Bộ Y tế về việc ban hành “Kế hoạch thí điểm phương pháp xác định nhiễm mới HIV tại một số tỉnh/thành phố của Việt Nam”, Viện Pasteur Thành

Chịu trách nhiệm: Lê Duy Hoàng Chương
Email: hoangchuong86@gmail.com
Ngày phản biện: 20/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

phố Hồ Chí Minh (Tp. HCM) đã phối hợp với các Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Đà Nẵng, Khánh Hòa, Đồng Tháp, An Giang, Kiên Giang, và Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Cần Thơ thực hiện việc đánh giá sơ bộ tỷ lệ nhiễm mới HIV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1 *Đối tượng*: các mẫu lưu của giám sát

phát hiện HIV dương tính giai đoạn từ 01/9/2019 đến 30/01/2020 tại các tỉnh Đà Nẵng, Khánh Hòa, Đồng Tháp, An Giang, Kiên Giang và Cần Thơ.

Tiêu chí chọn mẫu: mẫu không bị tán huyết, không có dấu hiệu nhiễm nấm/vi khuẩn, thể tích lớn hơn 0,2 ml; có tối thiểu các thông tin kèm theo mẫu được thể hiện trong bảng 1

Bảng 1 – Thông tin kèm theo mẫu

+ Mã số khách hàng + Tuổi, giới tính + Hành vi nguy cơ (Đối tượng) + Ngày xét nghiệm	+ Khách hàng đã chuyển gửi thành công đến Phòng khám ngoại trú (OPC) chưa? thời gian? + Số CD4 của khách hàng (số liệu CD4 khi khách hàng đã được chuyển sang OPC và làm xét nghiệm CD4 đầu tiên).
---	---

2.2 *Phương pháp nghiên cứu*: Khảo sát cắt ngang:

- Xét nghiệm nhiễm mới bằng sinh phẩm nhanh Asante™ HIV-1 Rapid Recency Assay (gọi tắt là Asante HIV-1).

- Tính tỷ lệ nhiễm mới RTRI (Rapid Test for HIV-1 recent infection) như sau:

$$\text{Tỷ lệ nhiễm mới (\%)} = \frac{\text{Số nhiễm mới (RTRI)}}{\text{Số HIV (+) được xét nghiệm Asante HIV-1}}$$

- Tiêu chuẩn kết luận “Nhiễm mới” bao gồm: (1) kết quả xét nghiệm bằng sinh phẩm nhanh Asante HIV-1 là nhiễm mới; (2) thông tin mẫu chưa từng điều trị ARV; (3) tiền sử chưa bị Lao/Nghi AIDS; (4) không ghi nhận thông tin bị suy giảm miễn dịch với kết quả CD4 \geq 200 tế bào/mm³ [2]; (5) không ghi nhận thông tin tử vong trong vòng 1 tháng sau xét nghiệm.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Có 763 mẫu đủ tiêu chuẩn đã được chuyển đến Phòng xét nghiệm HIV/AIDS của Viện

Pasteur

Tp. HCM để thực hiện xét nghiệm bằng sinh phẩm nhanh Asante HIV-1.

Tỷ lệ nhiễm mới phát hiện bằng sinh phẩm nhanh Asante HIV-1 tại 6 tỉnh khảo sát trên các mẫu HIV dương tính lưu tại phòng xét nghiệm khẳng định HIV được thể hiện trong bảng 2 [5]. Tỷ lệ chung nhiễm mới là 7.1%, cao nhất tại Kiên Giang (9%) và thấp nhất tại Đà Nẵng (1.9%).

Bảng 2 – Kết quả xét nghiệm phát hiện nhiễm mới bằng sinh phẩm nhanh Asante HIV-1

Tỉnh	Số lượng nhiễm lâu	Số lượng nhiễm mới	Số lượng tổng	Tỷ lệ nhiễm mới (%)
An Giang	148	11	159	6.9
Cần Thơ	184	16	200	8.0
Đà Nẵng	51	1	52	1.9
Đồng Tháp	126	10	136	7.4
Khánh Hòa	59	2	61	3.3
Kiên Giang	141	14	155	9.0
Tổng	709	54	763	7.1

Kết quả nhiễm mới theo giới được thể hiện ở bảng 4. Phân tích kết quả nhiễm mới theo giới cho thấy tỷ lệ nam tham gia xét nghiệm phát hiện HIV nhiều hơn nữ là đáng kể, tương ứng với 81.4% và 18.6%. Trong đó tỷ lệ nhiễm mới

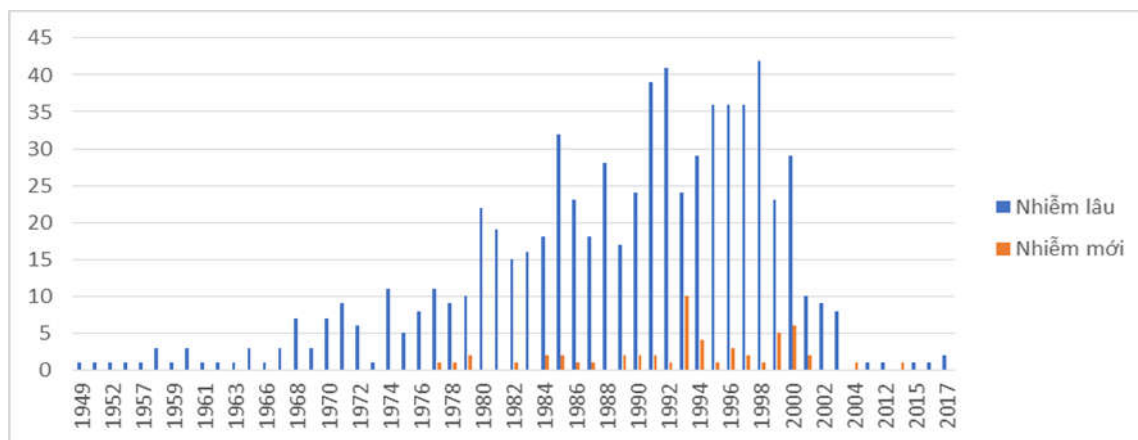
của nam so với nữ cũng chênh lệch có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$), với tỷ lệ tương ứng là 85.2% và 14.8%. Kết quả này tương tự với kết quả trong báo cáo đề tài cấp cơ sở của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương (NIHE) năm 2019 [3].

Bảng 3– Kết quả nhiễm mới theo giới

Giới	Số lượng nhiễm lâu	Số lượng nhiễm mới	Tỷ lệ nhiễm mới % (n=54)	p
Nam	575	46	85.2	< 0.001
Nữ	134	8	14.8	

Kết quả nhiễm mới theo tuổi được thể hiện ở biểu đồ 1. Phân tích kết quả nhiễm mới theo tuổi cho thấy nhóm tuổi nhiễm HIV tập trung tại độ tuổi 20 – 39 tuổi (chiếm 76.9%). Trong đó, nhóm tuổi mới nhiễm tập trung tại độ tuổi 20 – 29 tuổi

(chiếm 64.8%) – nhóm tuổi chính trong độ tuổi lao động. Kết quả này cũng tương tự với kết quả được ghi nhận trong báo cáo đề tài cấp cơ sở của NIHE năm 2019 [3].



Biểu đồ 1 – Kết quả nhiễm mới theo tuổi

Kết quả nhiễm mới theo nhóm nguy cơ được thể hiện ở bảng 5. Phân tích kết quả nhiễm mới theo nhóm nguy cơ cho thấy nhóm Nam quan hệ đồng giới (MSM) và nhóm Tình dục khác giới (TDKG) chiếm đa số nhiễm mới trong số HIV

dương tính. Nhóm MSM chiếm 38.9%, nhóm TDKG chiếm 13%. Nhóm không rõ nguyên nhân còn chiếm tương đối cao (24.1%). Kết quả này cũng tương tự với kết quả trong báo cáo của NIHE năm 2019 [3].

Bảng 4 – Kết quả nhiễm mới theo nhóm nguy cơ

Đối tượng	Số lượng nhiễm lâu	Số lượng nhiễm mới	Số lượng tổng	Tỷ lệ nhiễm mới % (n=54)
Can phạm	1	1	2	1.9
Không rõ	200	13	213	24.1
KTNVQS	3	1	4	1.9
Lao	21	1	22	1.9
MSM	160	21	181	38.9
NCMT	19	0	19	0.0
Nghi AIDS	29	0	29	0.0
PNBD	1	0	1	0.0
PNMT	27	3	30	5.6
QHTD	96	3	99	5.6
STI	19	2	21	3.7
TDKG	113	7	120	13.0
Trẻ em	2	0	2	0.0
V/c bạn tình người nhiễm	18	2	20	3.7

Ghi chú: KTNVQS: kiểm tra nghĩa vụ quân sự; MSM: nam quan hệ tình dục đồng giới, NCMT: nghiện chích ma túy; PNBD: phụ nữ bán dâm; PNMT: phụ nữ mang thai; QHTD: quan hệ tình dục; STI: bệnh lây truyền qua đường tình dục; TDKG: tình dục khác giới; V/c bạn tình người nhiễm: vợ/chồng bạn tình người nhiễm.

Bảng 5 thể hiện kết quả quản lý chăm sóc điều trị đối với khách hàng HIV dương tính theo từng tỉnh. Trong tổng số 763 khách hàng chỉ có 413 người, chiếm 54,1% được quản lý chăm

sóc điều trị theo như báo cáo. Tương tự, chỉ có 30 khách hàng nhiễm mới, chiếm 55.6% tổng số khách hàng nhiễm mới, được quản lý điều trị. Số còn lại 350 khách hàng chưa có trong danh

sách quản lý (chiếm 45.9%), số khách hàng có kết quả xét nghiệm nhiễm lâu chưa được quản lý là 383 (chiếm 54%), số khách hàng có kết quả xét nghiệm nhiễm mới chưa được quản lý là 24 (chiếm 44.4%). Như vậy gần một nửa số khách

hàng chưa có trong danh sách quản lý của tỉnh, cũng như chưa có thông tin khác về quản lý điều trị ngoại tỉnh. Đây thực sự là vấn đề cần đặc biệt quan tâm và cần có chiến lược can thiệp kịp thời và phù hợp.

Bảng 5 – Kết quả quản lý chăm sóc điều trị đối với khách hàng HIV dương tính

Tỉnh	Số khách hàng HIV (+) được quản lý điều trị		Số khách hàng nhiễm mới được quản lý điều trị	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
An Giang	87	54.7	7	63.6
Cần Thơ	130	65.0	6	37.5
Đà Nẵng	15	28.8	1	100.0
Đồng Tháp	64	47.1	5	50.0
Khánh Hòa	39	63.9	1	50.0
Kiên Giang	78	50.3	10	71.4
Tổng cộng	413	54.1	30	55.6

Nghiên cứu này có một số hạn chế như sau: (1) nhiều thông tin chưa được điền đủ, cụ thể thông tin về thực trạng quản lý điều trị của các tỉnh. Các thông tin này do bộ phận điều trị chăm sóc bệnh nhân quản lý nên các cán bộ xét nghiệm phải phối hợp để thu thập, tuy nhiên nhiều thông tin không được điền do cán bộ điều trị cũng không biết lý do nào các khách hàng này chưa điều trị hay là điều trị bên ngoài thì không nắm rõ; (2) theo phương cách xét nghiệm nhiễm mới, mẫu được kết luận là nhiễm mới nếu mẫu có thông tin chưa điều trị ARV, có kết quả nhiễm mới với sinh phẩm nhanh Asante HIV-1 và có kết quả tải lượng HIV-1 > 1000 copies/ml [3], tuy nhiên do khảo sát này thực hiện trên mẫu lưu có thể tích hạn chế nên không thực hiện được xét nghiệm đo tải lượng HIV-1 để khẳng định, khảo sát chỉ sử dụng thông tin về các dấu hiệu lâm sàng để gợi ý và kết luận ca nhiễm mới.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chung nhiễm mới tại 6 tỉnh là 7.1%. Cao nhất tại Kiên Giang (9%) và thấp nhất tại Đà Nẵng (1.9%). Tỷ lệ nhiễm mới của nam so với nữ chênh lệch có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$) với tỷ lệ tương ứng là 85.2% và 14.8%. Nhóm tuổi nhiễm HIV tập trung tại độ tuổi 20-39; trong đó nhóm tuổi mới nhiễm tập trung tại độ tuổi 20-29 tuổi (chiếm 64.8%). Nhóm MSM và TDKG chiếm đa số nhiễm mới trong số HIV dương tính với tỷ lệ lần lượt là 38.9% và 13%. Nhóm chưa rõ nguyên nhân còn chiếm tương đối cao (24.1%). Trong tổng số 763 khách hàng chỉ có 413 khách hàng được quản lý chăm sóc điều trị theo như báo cáo (chiếm 54.1%), trong đó 383 khách hàng nhiễm hơn 12 tháng và 30 khách

hàng nhiễm mới trong vòng 12 tháng (chiếm 55.6%).

V. KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường tư vấn khách hàng để khai thác thông tin chính xác, đầy đủ đặc biệt nhóm khách hàng chưa rõ nguồn gốc lây nhiễm. Các tỉnh cần tập trung khai thác đúng hành vi nguy cơ để số liệu có thể phản ánh đúng tình hình dịch tễ nhiễm HIV. Tăng cường công tác quản lý khách hàng đã được xét nghiệm bao gồm theo dõi các ca nhằm đảm bảo các ca được kết nối vào điều trị. Chú ý đặc biệt nhóm khách hàng có kết quả nhiễm mới để đưa vào quản lý điều trị kịp thời. Cần phối hợp chặt chẽ giữa phòng xét nghiệm và cơ sở tư vấn xét nghiệm. Cần triển khai mở rộng xét nghiệm nhiễm mới ra các tỉnh khác, cải tiến, áp dụng mô hình, đề ra phương pháp can thiệp kịp thời, phù hợp trong tăng cường tìm ca nhiễm dương tính và tiến hành điều trị phòng bệnh cho đối tượng bạn tình/bạn chích, vợ/chồng/con của người nhiễm chung và nhiễm mới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định số 2520/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 15/6/2020 về Ban hành Kế hoạch triển khai mở rộng xét nghiệm nhiễm mới HIV. 2020;23.
2. WHO. WHO case definitions of HIV for Surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. World Health Organisation. 2007;52.
3. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương - Bộ Y tế. Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp cơ sở "Ứng dụng sinh phẩm nhanh Asante™ HIV-1 phát hiện nhiễm mới trong giám sát phát hiện". 2019;63.

HIV-1 RECENT INFECTION PROPORTION AMONGST NEWLY DIAGNOSED PATIENTS IN DA NANG, KHANH HOA, DONG THAP, AN GIANG, CAN THO AND KIEN GIANG

Le Duy Hoang Chuong¹, Nguyen Viet Nga², Le Thu Ha², Cao Thi Thu Cuc¹,
Le Chi Thanh¹, Pham Duc Manh², and Tran Ton¹

¹ Pasteur Institute in Ho Chi Minh City,

² Vietnam Administration for HIV/AIDS Control – MOH

Background: HIV recent infection detection is critical and used to identify areas of high transmission for prevention programming, make other interventions in high burden locales to reduce new infection and HIV incidence, as well as generate epidemiologic data to track the epidemic and measure HIV incidence. However, little data on HIV-1 recent infection proportions are available in Southern and Central provinces.

Objectives: Explore HIV-1 recent infection proportion among newly diagnosed patients in 6 Southern and Central provinces to inform HIV/AIDS prevention and treatment strategies and study the feasibility of conducting recency testing.

Methods: Cross-sectional study was conducted by analysing data of 763 samples after performing recency testing with Asante HIV-1 Rapid Recency Assay for HIV-positive stored samples of case report enrolled from 1 September 2019 to 30 January 2020 in 6 provinces including Da Nang, Khanh Hoa, Dong Thap, An Giang, Can Tho, and Kien Giang.

Results: Overall, the proportion of HIV-1 recent infection in 6 provinces was 7.1%, while its highest and lowest were 9% in Kien Giang and 1.9% in Da Nang, respectively. HIV-1 recent infection proportion among male was significantly greater than among female, with being 85.2% and 14.8%, respectively. The results also showed a prominent HIV prevalence concentrating at ages 20-39, in which high HIV-1 recent infection proportion was found at ages 20-29 (64.8%). HIV-infected MSM and heterosexual groups accounted for most of the proportions of HIV-1 recent infection, with being 38.9% và 13%, respectively. Proportion of HIV-infected unknown group was quite elevated (24.1%). Only 413/763 (54.1%) cases were reported to receive care and treatment program, in which 383 cases with HIV-1 long-term infection results and 30 cases with HIV-1 recent infection results.

Conclusions: The general HIV-1 recent infection proportion in 6 provinces was relatively high, resulting in an elevated risk of HIV-1 transmission among partners. The study implied HIV recency testing should be rolled out nationwide with the aim of strengthening partner notification to reduce number of new HIV infections as well as increasing the yield of HIV testing services for better HIV care and treatment program.

Keywords: HIV recent infection, recency testing, MSM, HIV surveillance

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH SỞI TRÊN BỆNH NHÂN SỐT PHÁT BAN NGHI SỞI TẠI TÂY NGUYÊN, GIAI ĐOẠN 2013 -2019

Dương Thị Ngọc Thúy, Nguyễn Thị Tuyết Vân,
Nguyễn Hoàng Quân, Nguyễn Thị Thu Trâm,
Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên

TÓM TẮT

Bệnh sởi là bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính gây ra bởi virus sởi, thường gặp ở trẻ nhỏ. Bệnh có thể diễn biến lành tính và tự khỏi nhưng một số trường hợp có biến chứng có thể dẫn tới tử vong. Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu số liệu nhằm mô tả một số đặc điểm bệnh sởi trên bệnh nhân sốt phát ban nghi sởi ở khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2013-2019. Kết quả: Trong tổng số 2.518 mẫu huyết thanh thu thập được, tỷ lệ xét nghiệm dương tính với virus sởi là 70,85%. Dịch sởi có tính chất chu kỳ 4-5 năm một vụ dịch lớn, điển hình là vụ dịch năm 2014 và 2019, sự phân bố ca bệnh có yếu tố theo mùa trong năm; bắt đầu từ tháng 10 năm trước kéo dài đến tháng 9 năm sau, đỉnh dịch vào tháng 5. Bệnh sởi thường xảy ra trên đối tượng trẻ em < 15 tuổi, tỷ lệ mắc cao ở lứa tuổi từ 13-60 tháng (49,38%).

Từ khóa: Bệnh sởi, Sốt phát ban nghi sởi, Tây Nguyên

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sởi là bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính gây ra bởi virus thuộc họ *paramyxoviridae*, lưu hành trên toàn thế giới và là nguyên nhân gây bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ. Bệnh có thể diễn biến lành tính và tự khỏi nhưng một số trường hợp có biến chứng có thể dẫn tới tử vong [1].

Tình hình bệnh sởi ở Việt Nam thời kì trước khi có vắc xin cũng tương tự như các nước trên thế giới. Số trẻ nhỏ mắc sởi rất cao, chủ yếu là trẻ nhỏ dưới 5 tuổi. Từ khi chương trình tiêm chủng mở rộng do Bộ Y tế khởi xướng bằng việc đưa vắc xin sởi vào chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia để tiêm miễn phí cho trẻ 9 tháng tuổi từ năm 1985 thì bệnh sởi đã được kiểm soát tốt, số mắc và tử vong do bệnh sởi giảm đáng kể [2]. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, tình hình bệnh sởi lại diễn biến phức tạp và từ cuối năm 2013 dịch sởi bùng phát mạnh trở lại trên toàn quốc. Trong 3 tháng đầu năm 2014, cả nước ghi nhận 5.005 trường hợp mắc sởi xác định trong số 26.141 trường

hợp sốt phát ban nghi sởi tại 63/63 tỉnh, thành phố [5]. Năm 2019, tại Việt Nam, bệnh sởi bùng phát bắt đầu từ tháng 10 năm 2018, tính đến đầu tháng 3/2019 đã ghi nhận 18.078 trường hợp sốt phát ban nghi sởi, trong đó 2.924 ca mắc sởi dương tính được xác định tại 56 tỉnh, thành phố [3]. Tây Nguyên cũng chung tình hình đó. Giai đoạn 2013-2019, tại khu vực Tây Nguyên ghi nhận có 2.518 trường hợp sốt phát ban (SPB) nghi do sởi được lấy mẫu xét nghiệm. Số ca bệnh dao động theo từng năm trong khoảng thời gian nghiên cứu, ít nhất là năm 2013 (18 ca), vụ dịch năm 2014 (491 ca) và nhiều nhất là năm 2019 (1.637 ca). Số trường hợp sốt phát ban được lấy mẫu xét nghiệm cao nhất là tỉnh Đắk Lắk (869 ca), tiếp đó là tỉnh Đắk Nông (801 ca), Gia Lai (614 ca), Kon Tum (234 ca).

Nghiên cứu nhằm cung cấp thêm thông tin một số đặc điểm bệnh sởi trên bệnh nhân sốt phát ban nghi sởi tại Tây Nguyên, giai đoạn 2013-2019, giúp cho việc lập kế hoạch kiểm soát và phòng chống bệnh sởi tại khu vực, tiến tới mục tiêu loại trừ bệnh sởi.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Báo cáo số liệu giám sát bệnh sởi tại khu vực Tây Nguyên (Đắk Lắk, Đắk Nông, Gia Lai và Kon Tum) từ 2013-2019.

- Kết quả xét nghiệm huyết thanh phát hiện kháng thể IgM kháng virus sởi từ các trường

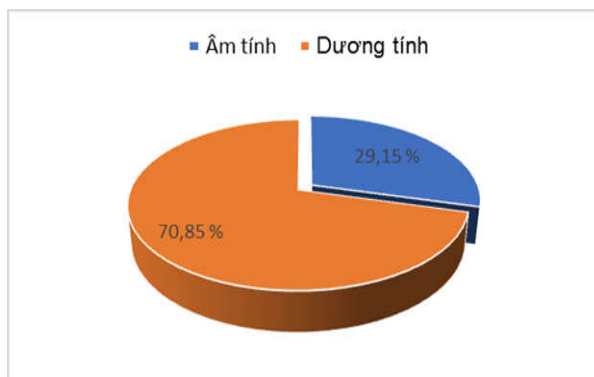
Chịu trách nhiệm: Dương Thị Ngọc Thúy
Email: ngocthu2016@gmail.com
Ngày phản biện: 27/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

hợp sốt phát ban nghi sởi giai đoạn 2013-2019.
 - Thời gian nghiên cứu: 07 năm, từ 2013-2019.
 - Địa điểm nghiên cứu: 04 tỉnh gồm Đắk Lắk, Đắk Nông, Gia Lai và Kon Tum.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu số liệu
 Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được tổng hợp và phân tích bằng phần mềm Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

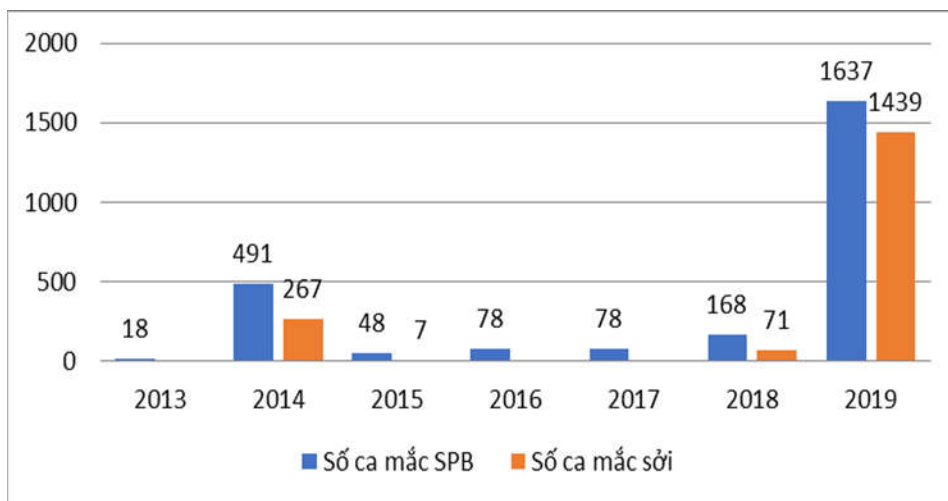
Một số đặc điểm các trường hợp mắc sởi tại khu vực Tây Nguyên giai đoạn 2013-2019.



Biểu đồ 1 : Tỷ lệ dương tính với virus sởi

Xét nghiệm 2.518 mẫu huyết thanh bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng nghi ngờ sốt phát ban do sởi, sử dụng kỹ thuật ELISA để phát

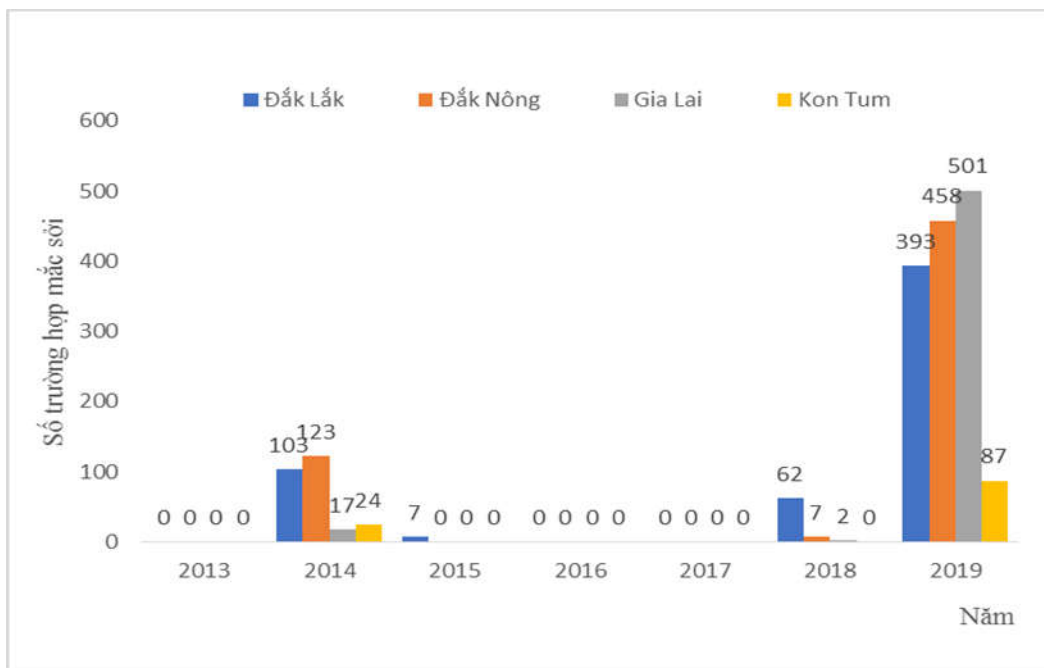
hiện kháng thể IgM kháng virus sởi, đã xác định có 1.784 trường hợp dương tính, chiếm tỷ lệ 70,85%.



Biểu đồ 2: Phân bố số ca mắc sởi theo năm

Từ năm 2013-2019, tại khu vực Tây Nguyên ghi nhận 1.784 trường hợp dương tính với virus sởi. Vụ dịch năm 2014 có tỷ lệ huyết thanh dương tính với sởi là 54,38%. Sau 3 năm liên tiếp không ghi nhận ca dương tính sởi, chỉ có

năm 2015 (7 ca dương sởi /48 ca SPB), thì gần cuối năm 2018 số trường hợp dương tính sởi đã tăng lên (71 ca dương sởi /168 ca SPB). Năm 2019 là năm dịch lớn, có tỷ lệ huyết thanh dương tính với virus sởi lên tới 87,90%.



Biểu đồ 3: Phân bố số ca mắc sốt theo địa phương

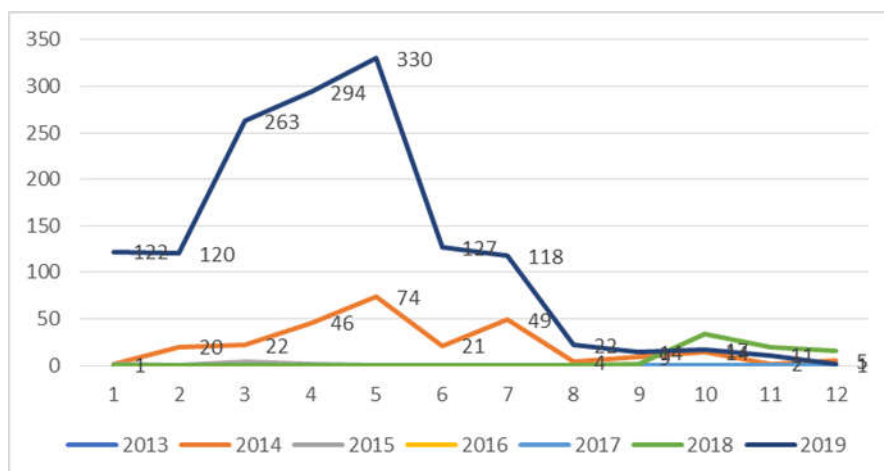
Biểu đồ 3 cho thấy trong số 1.784 trường hợp dương tính với virus sốt tại khu vực Tây Nguyên trong khoảng thời gian nghiên cứu. Đắk Nông là tỉnh ghi nhận có số ca mắc sốt cao nhất (588 ca), tiếp theo là tỉnh Đắk Lắk (565 ca), Gia Lai (520 ca) và Kon Tum (111 ca).

Bảng 1: Phân bố số ca dương tính sốt theo giới tính, nhóm tuổi, dân tộc (n = 1.784)

		Số ca dương tính sốt	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	954	53,48
	Nữ	830	46,52
Nhóm tuổi	< 12 tháng	386	21,64
	13-60 tháng	881	49,38
	6- ≤15 tuổi	396	22,20
	> 15 tuổi	121	6,78
Dân tộc	Kinh	525	29,43
	Thiểu số	1259	70,57

Giai đoạn 2013-2019, tại khu vực Tây Nguyên nam giới và nữ giới có tỷ lệ huyết thanh dương tính với sốt không khác nhau nhiều, chiếm tỷ lệ lần lượt là 53,48% và 46,52%. Bệnh sốt có sự phân bố theo nhóm tuổi, từ bảng 1 cho thấy tỷ lệ mắc sốt tập trung chủ yếu trên đối

tượng trẻ em < 15 tuổi, tỷ lệ mắc cao ở lứa tuổi từ 13-60 tháng (49,38%). Trên 15 tuổi chiếm tỷ lệ thấp chỉ 6,78%. Kết quả nghiên cứu cho thấy số ca mắc sốt ở nhóm dân tộc thiểu số nhiều hơn so với nhóm dân tộc kinh, chiếm 70,57% trong tổng số ca dương tính sốt.



Biểu đồ 4: Phân bố số ca mắc sởi giai đoạn 2013-2019 theo tháng

Dịch sởi năm 2014 và 2019 cho thấy sự phân bố ca bệnh sởi có yếu tố theo mùa trong năm. Số trường hợp mắc xuất hiện rải rác các tháng, tuy nhiên tăng mạnh từ tháng 1 đến tháng 7, đỉnh dịch vào tháng 5.

IV. BÀN LUẬN

Phân tích số liệu giám sát khu vực Tây Nguyên cho thấy trước đây dịch sởi thường xảy ra ở quy mô nhỏ mang tính tản phát. Năm 1999-2000 tỷ lệ mắc sởi là 58/100.000 dân, năm 2001-2002 số vụ dịch có tăng nhưng cũng không diễn biến phức tạp, năm 2001 mắc 275 ca, năm 2002 mắc 651 ca [4]. Năm 2009, dịch sởi bùng phát và diễn biến phức tạp trên toàn quốc, nhưng ở Tây Nguyên dịch cũng xảy ra ở quy mô nhỏ, tỷ lệ huyết thanh dương tính với sởi là 42,9%. Năm 2010, tỷ lệ dương tính với sởi là 62,8%, cao nhất so với các khu vực trong nước (miền Bắc 20,8%; miền Trung 40,2%; miền Nam 20,8%). Năm 2011, Tây Nguyên có 1.187 ca sốt phát ban nghi sởi được báo cáo và tỷ lệ bệnh nhân mắc sởi chỉ chiếm 0,8% [13].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong giai đoạn 2013-2019, Tây Nguyên xảy ra 2 vụ dịch sởi lớn vào năm 2014 và 2019. Năm 2014, số trường hợp SPB nghi sởi là 491, tỷ lệ huyết thanh dương tính với kháng thể IgM kháng virus sởi tương đối cao 54,38%. Năm 2019, dịch sởi bùng phát và diễn biến phức tạp trên toàn quốc. Tây Nguyên cũng chung tình hình đó, tính đến cuối năm 2019 ghi nhận 1.439 trường hợp mắc sởi xác định trong số 1.637 trường hợp sốt phát ban nghi sởi. Tỷ lệ dương tính với sởi cao đột biến so với các vụ dịch trước đây (87,90%) (Biểu đồ 2). Số ca mắc sởi cũng thay đổi theo

từng địa phương, cao nhất là Đắk Nông, tiếp đến là Đắk Lắk, Gia Lai và Kon Tum (Biểu đồ 3).

Dịch sởi có tính chất chu kỳ 4-5 năm một vụ dịch lớn. Sự phân bố ca bệnh có yếu tố theo mùa trong năm, thường xảy ra dịch và phát triển nhiều vào mùa đông – xuân, khí hậu thời điểm này rét ẩm. Nhưng lý do trực tiếp không phải do thay đổi thời tiết mà liên quan tới thay đổi hành vi theo mùa. Môi trường tập trung đông đúc là cơ hội cho sởi lây lan và bùng phát thành dịch [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng số trường hợp mắc xuất hiện rải rác các tháng và kéo dài từ tháng 10 năm trước đến tháng 9 năm sau. Tuy nhiên tăng mạnh từ tháng 1 đến tháng 7, đỉnh dịch vào tháng 5 (Biểu đồ 4). Nghiên cứu của Jephtha C Nmor và cộng sự về sự quay vòng dịch sởi ở Việt Nam trong những năm từ 2005-2009, nhận thấy vụ dịch thường bắt đầu từ tháng 12 năm trước và kéo dài sang tháng 5 hoặc tháng 6 năm sau, với đỉnh dịch vào tháng 2 và tháng 3 [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Hằng về đặc điểm dịch tễ của bệnh sởi tại khu vực miền Bắc năm 2013-2014 cho thấy số ca bệnh sởi tăng từ tháng 12/2013, đạt đỉnh vào tháng 4/2014 và giảm dần từ tháng 6/2014 [9].

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê mắc bệnh sởi giữa nam giới và nữ giới (53,48% và 46,52%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu bệnh sởi gần đây tại khu vực Tây Nguyên [4,10], tại Miền Bắc [9] và tại Hồ Chí Minh [11].

Nghiên cứu này cho thấy, bệnh sởi thường xảy ra trên đối tượng trẻ em < 15 tuổi, tỷ lệ mắc cao ở lứa tuổi từ 1- 5 tuổi (49,38%). Trên 15 tuổi chiếm tỷ lệ thấp chỉ 6,78% (Bảng 1). Nghiên cứu của Đào Hữu Thân và cộng sự về tình hình

bệnh sởi tại Hà Nội giai đoạn 2010-2016 cũng cho thấy số trường hợp mắc chủ yếu tập trung vào đối tượng trẻ nhỏ dưới 5 tuổi (chiếm 62,2%) [6]. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu về dịch tễ học bệnh sởi tại Việt Nam, tuy nhiên nhóm trẻ dưới 1 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất, tiếp theo là nhóm từ 1-4 tuổi [5].

Theo báo cáo của Văn phòng Tiêm chủng mở rộng khu vực Tây nguyên thì phần lớn các trường hợp mắc sởi tại khu vực đều nằm trong nhóm chưa được tiêm vắc xin phòng bệnh sởi hoặc có tiền sử tiêm phòng không rõ ràng. Năm 2018-2019, Tây Nguyên đã lên kế hoạch triển khai chiến dịch tiêm bổ sung vắc xin MR cho trẻ từ 1-5 tuổi. Tuy nhiên, dịch bùng phát nhanh và phức tạp trên địa bàn trong khi việc cung ứng vắc xin chưa kịp thời và hạn chế nên chỉ ưu tiên được những huyện có ca sởi mắc cao [3].

Bệnh sởi bùng phát trên địa bàn ngoài nguyên nhân do yếu tố thời tiết về mùa thì còn một nguyên nhân nữa xuất phát từ vấn đề dân di cư tự do. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhóm dân tộc thiểu số chiếm tới 70,57% tổng số ca dương tính sởi (Bảng 1). Theo thông tin dịch tễ, phần lớn là dân tộc thiểu số ở phía Bắc (đồng bào H'Mông) di cư tự do vào Tây Nguyên và chủ yếu sinh sống ở tỉnh Đắk [3]. Một trong những khó khăn trong công tác quản lý đối tượng và triển khai tiêm chủng là do hầu hết trẻ em theo cha mẹ đi rẫy, cùng với tập quán du canh, du cư, sinh đẻ không khai báo và tín ngưỡng tẩy chay tiêm chủng tại một số địa bàn của đồng bào H'Mông đã làm xuất hiện những vùng trống về miễn dịch với sởi, khiến dịch bùng phát và lây lan.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

5.1. Kết luận:

Phân tích tình hình bệnh sởi ở 04 tỉnh khu vực Tây Nguyên, 2013-2019 cho thấy tỷ lệ số trường hợp dương tính với virus sởi của cả giai đoạn là 70,85%. Tỉnh có số ca bệnh mắc sởi cao nhất là Đắk Nông, tiếp đến là Đắk Lắk, Gia Lai và Kon Tum. Số mắc sởi chủ yếu xảy ra ở nhóm <5 tuổi. Dịch sởi có tính chất chu kỳ 4-5 năm một vụ dịch lớn, Sự phân bố ca bệnh có yếu tố theo mùa trong năm, thường vào mùa đông- xuân.

5.2. Khuyến nghị

Cần tiếp tục giám sát sự lưu hành của virus sởi trong khu vực và tăng cường công tác tuyên truyền tiêm chủng vắc xin phòng bệnh sởi cho cá nhân và cộng đồng, đặc biệt là vùng đồng bào dân tộc thiểu số.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Quyết định số 4845/QĐ-BYT về việc ban hành " Hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh sởi, rubella" của Bộ trưởng Bộ Y tế, chủ biên, Hà Nội.
2. Dự án Tiêm chủng mở rộng-Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (2013), Tình hình bệnh sởi và rubella tính đến giữa năm 2013 (phần 1), Hà Nội.
3. Dự án Tiêm chủng mở rộng quốc gia (2019), Dự thảo hướng dẫn kỹ thuật các hoạt động tiến tới lo4.
4. Đặng Tuấn Đạt, Đỗ Thị Tam Giang (2002), "Nhận xét các vụ dịch Sởi ở khu vực Tây nguyên năm 2002 và quý 1/2003", *Tạp san Y học dự phòng Tây Nguyên* 26(3), tr. 55.
5. Đặng Thị Thanh Huyền, Dương Thị Hồng (2016), "Một số đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của bệnh sởi tại Việt Nam năm 2013 - 2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXVI, số 4 (177).
6. Đào Hữu Thân và cộng sự (2017), "Đặc điểm dịch tễ học bệnh sởi tại Hà Nội giai đoạn 2010 - 2016", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXVII, số 3.
7. Hoàng Đức Hạnh và cộng sự (2015), "Mối liên quan giữa bệnh sởi và một số yếu tố thời tiết tại thành phố Hà Nội giai đoạn 2008 - 2013", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXV, số 3 (163).
8. Jephtha. C.Nmor, Hoang. T. Thanh, Kensuke. Goto (2011), "Recurring Measles Epidemic in Vietnam 2005 - 2009: Implication for Strengthened Control Strategies, 2011", *Int J Biol Sci*, 7(2), pp.138-146.
9. Nguyễn Minh Hằng, Phạm Quang Thái, Đỗ Thị Thu, Nguyễn Văn Bình, Nguyễn Trần Hiền (2016), "Một số đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh sởi năm 2013-2014 ở miền Bắc Việt Nam", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVI, số 15, năm 2016, tr 21-31.
10. Nguyễn Thị Thu Trâm, Trịnh Thị Hồng Hạnh, Võ Thị Hường (2014), "Chẩn đoán xác định bệnh Sởi 5 tháng đầu năm 2014 tại Tây nguyên", *Tạp san Y học dự phòng Tây Nguyên*, 39(3), tr. 34.
11. Phan Trọng Lân và các cộng sự (2014), "Đặc điểm dịch tễ vụ dịch sởi tại khu vực phía Nam Việt Nam, 2013 - 2014", *Tạp chí Y tế dự phòng*, Tập XXIV, Số 3 (152).
12. Phó Thủ tướng Chính phủ Phạm Gia Khiêm (1999), Chỉ thị số 21/1999/CT- TTG ngày 31/7/1999 về việc đẩy mạnh các hoạt động đảm bảo thực hiện mục tiêu thanh toán bại liệt, loại trừ uốn ván sơ sinh và khống chế bệnh sởi vào năm 2000, Hà Nội.
13. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (2013), Báo cáo tiến độ loại trừ bệnh sởi tại Việt Nam 2006 - 2012, Hà Nội.

**SOME OF THE MEASLES CHARACTERISTICS AMONG TYPHUS PATIENT SUSPECTED
MEASLES IN THE CENTRAL HIGHLANDS, 2013-2019**

Duong Thi Ngoc Thuy, Nguyen Thi Tuyet Van,
Nguyen Hoang Quan, Nguyen Thi Thu Tram
Tay Nguyen Institute of Hygiene and Epidemiology

Measles is an acute respiratory infection caused by the measles virus, common in young children. The disease can be benign and self-healing, but in some cases, complications can lead to death. A retrospective study of data to describe some of the measles characteristics among typhus patients suspected measles in the central highlands region in the period 2013-2019. Out of a total of 2,518 serum samples collected, the rate of serum positive for the measles virus was 70.85%. The measles outbreak is cyclical every 4 to 5 years with a major outbreak, the typical measles epidemic in 2014 and 2019. The case distribution has a seasonal factor in the year, starting from October of the previous year, lasting until September of the following year, the epidemic peaks in May. Measles usually occurs in children <15 years old, the incidence is high at the age of 13-60 months (49, 38%).

Keywords: *Measles, typhus suspected measles, Tay Nguyen.*

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG THỰC TẬP LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN

Vũ Thị Lan Anh, Vũ Thị Thu Hương,
Khoa Y dược, Trường Đại học Tây Nguyên

TÓM TẮT

Kiến thức và sự tuân thủ thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện của sinh viên điều dưỡng đóng một vai trò quan trọng trong công tác kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện nhằm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 đến tháng 5 năm 2019, tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên. **Mục tiêu:** Mô tả kiến thức, thực hành của sinh viên điều dưỡng về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện và xác định mối liên quan giữa kiến thức, thực hành với các đặc điểm chung của sinh viên điều dưỡng. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang 200 SV điều dưỡng thực tập lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên từ tháng 1 - 5 năm 2019 thông qua phỏng vấn; quan sát thực hành các quy trình tuân thủ kiểm soát nhiễm khuẩn. **Kết quả:** 74,5% sinh viên có kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện ở mức độ trung bình và khá. 78,7% sinh viên tuân thủ rửa tay chung với "5 thời điểm rửa tay". Có mối liên quan giữa kiến thức, thực hành và giới tính; nhóm tuổi; thời gian thực hành; cập nhập kiến thức với $p < 0,05$.

I. MỞ ĐẦU

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là hậu quả trong thực hành điều trị và chăm sóc người bệnh. Việc giám sát NKBV góp phần cùng với những biện pháp kiểm soát khác nhằm hạ thấp tỷ lệ mắc bệnh, giảm tỷ lệ tử vong, hạ thấp chi phí điều trị. Người bệnh có thể mắc NKBV nếu nhân viên y tế không tuân thủ nghiêm ngặt các quy trình thực hành vô khuẩn cơ bản trong chăm sóc, điều trị người bệnh. Đặc biệt sinh viên điều dưỡng (SVĐD) đi thực tập lâm sàng tại bệnh viện (BV) là những người thường xuyên tiếp xúc với người bệnh.

Đánh giá nhận thức và hành vi của SV liên quan tới kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) trong bệnh viện nhằm giúp các nhà quản lý y tế có những dữ liệu cần thiết để phát triển những biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện đưa ra những khuyến cáo tốt hơn trong thực hành sinh viên, góp phần làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện mắc phải khi điều trị bệnh nhân mà xuất phát từ đối tượng sinh viên là những nhân viên y tế tương lai. Do vậy mục tiêu của đề tài là:

1. Mô tả kiến thức, thực hành về kiểm soát NKBV của sinh viên điều dưỡng thực tập lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về kiểm soát NKBV của sinh viên điều dưỡng thực tập lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Sinh viên điều dưỡng từ năm thứ 2 - 4 tại Đại Học Tây Nguyên từ 01 - 05/2019. Địa điểm NC tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên

2.2. Thiết kế nghiên cứu : Mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu : Cỡ mẫu được tính theo công thức

$$n = \frac{Z^2(1-\alpha/2) \times p(1-p)}{d^2}$$

Chọn $p = 0,5$; $Z(1-\alpha/2) = 1,96$; $d = 0,07 \rightarrow n = 196$. Làm tròn mẫu: 200 sinh viên

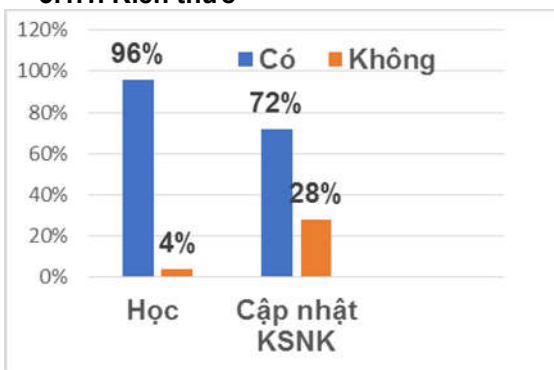
2.4. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu: Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Điều tra thông qua phỏng vấn; quan sát thực hành các quy trình tuân thủ KSNK. Các dữ liệu được quản lý trên Epidata; Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 12.0.

Chịu trách nhiệm: Vũ Thị Lan Anh
Email: vtlanh@ttn.edu.vn
Ngày phân biện: 21/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

III. KẾT QUẢ

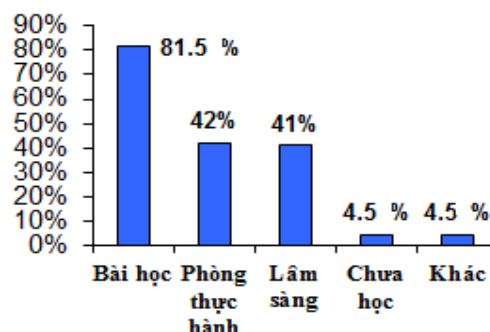
3.1. Thực trạng kiến thức, thực hành nhiễm khuẩn bệnh viện của sinh viên điều dưỡng.

3.1.1. Kiến thức



Biểu đồ 1. Được học và cập nhật kiến thức KSNK trong thời gian thực hành lâm sàng

Hướng dẫn ban đầu về kiểm soát nhiễm khuẩn

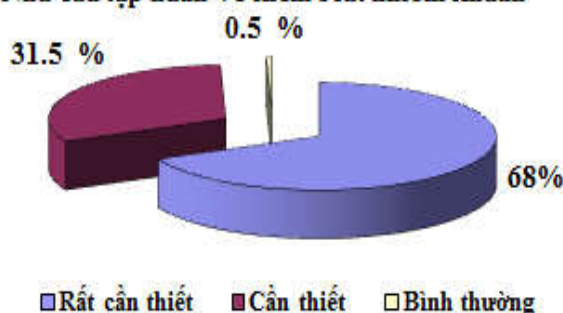


Biểu đồ 2. Hình thức hướng dẫn ban đầu kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn



Biểu đồ 3. Hình thức cập nhật kiến thức KSNK trong thời gian thực hành

Nhu cầu tập huấn về kiểm soát nhiễm khuẩn



Biểu đồ 4. Nhu cầu cập nhật kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn

Biểu đồ 1 – 4 cho thấy:

Có 96% SV tự nhận đã được học về KSNK. 72% đối tượng NC đã được cập nhật về KSNK

Hình thức hướng dẫn ban đầu kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn nhiều nhất là học qua bài học 81,5%. Có tỷ lệ nhỏ SV cho rằng chưa được học 4,5%.

52,08% sinh viên cập nhật kiến thức qua các lớp phổ biến kiến thức mới về KSNK ; cập nhật qua sinh hoạt chuyên môn, học nhóm, giao ban đạt 52,78%.

Có 99,5% người tham gia NC đều cho rằng một khóa tập huấn về KSNK một cách hiệu quả là việc cần thiết và rất cần thiết.

Bảng 1. Xếp loại kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn

Xếp loại	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	0	0
Khá	60	30,0
Trung bình	89	44,5
Không đạt	51	25,5

Tỷ lệ kiến thức về nhiễm khuẩn bệnh viện ở mức độ trung bình và khá chiếm 74,5%, không có trường hợp nào đạt mức độ tốt.

3.1.2. Sự tuân thủ kiểm soát nhiễm khuẩn trong thực hành

Bảng 2. Xếp loại thực hành thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn

Thực hành	Tốt n (%)	Khá n (%)	Trung bình n (%)	Chưa đạt n (%)
Rửa tay thường quy	95 (47,5)	36 (18,0)	50 (25,0)	19 (9,5)
Sát khuẩn tay nhanh	62 (31,0)	34 (17,0)	76 (38,0)	28 (14,0)
Tiêm tĩnh mạch	102 (51,0)	51 (25,0)	25 (12,0)	22 (11,0)
Thay băng	116 (57,5)	55 (27,5)	20 (10,0)	9 (4,5)

Tỷ lệ rửa tay thường quy ở mức độ tốt 47,5% và tỷ lệ không đạt 9,5%

Tỷ lệ sát khuẩn tay nhanh ở mức độ trung bình là 76% và không đạt 14%

Tỷ lệ hoàn thành kỹ thuật tuân thủ về nguyên tắc vô khuẩn trong quy trình tiêm tĩnh mạch ở mức độ tốt 51%, tỷ lệ không đạt là 11%

Tỷ lệ hoàn thành kỹ thuật tuân thủ về nguyên tắc vô khuẩn trong quy trình thay băng rửa vết thương ở mức độ tốt 57,5% và chưa đạt là 4,5%.

Thực trạng tuân thủ rửa tay chung của SVĐĐ là 78,7%. Tỷ lệ này thấp nhất ở các cơ hội sau khi tiếp xúc với người bệnh 40% (bảng 3)

Bảng 3. Các cơ hội rửa tay và hành động rửa tay

Cơ hội	Vấn mang găng cũ	Rửa tay nhanh	Rửa tay có xà phòng và nước	Không làm gì	Tuân thủ chung
Trước và sau khi thăm khám, chăm sóc cho mỗi người bệnh	20,5%	46,0%	25,0%	17,0%	71,0%
Trước khi làm ông việc đòi hỏi vô khuẩn	5,5%	23,5%	65,5%	5,5%	89,0%
Sau khi tiếp xúc với người bệnh	20,0%	30,0%	10,0%	40,0%	40,0%
Sau khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể, chất bài tiết, tháo bỏ găng	1,5%	16,5%	79,5%	2,5%	96,0%
Sau khi tiếp xúc với các dụng cụ bẩn, đồ vải bẩn, chất thải	0,5%	20,5%	77,0%	2,0%	97,5%
Tuân thủ vệ sinh tay chung			78,7%		

3.2. Một số yếu tố liên quan

Bảng 4: Liên quan tới kiến thức KSNK của ĐTNC với đặc điểm cá nhân

Đặc điểm	Tuân thủ tốt về KSNK		OR	p
	Tốt n (%)	Chưa tốt n (%)		
Tuổi	≤ 25	45 (39,82)	3,17	< 0,001
	> 25	15 (17,24)		
Thời gian thực hành lâm sàng	≤ 1 năm	43 (43,0)	3,68	< 0,001
	> 1 năm	17 (17,0)		

Bảng 5: Liên quan tới tuân thủ tốt về KSNK của ĐTNC với đặc điểm cá nhân.

Đặc điểm	Tuân thủ tốt về KSNK		OR	p
	Tốt n (%)	Chưa tốt n (%)		
Tuổi	>25	49 (56,32)	3,56	<0,001
	≤ 25	30 (26,55)		
Giới	Nam	19 (67,86)	3,97	<0,002
	Nữ	59 (34,70)		

Bảng 6: Liên quan tới tuân thủ tốt KSNK của ĐTNC với cập nhật kiến thức trong thời gian thực hành lâm sàng

Đặc điểm	Tuân thủ tốt về KSNK		OR	p
	Có	Chưa tốt n (%)		
Cập nhật kiến thức về KSNK	Có	63 (43,75)	1,94	0,048
	Không	40 (71,43)		

Kết quả ở các bảng 4, 5, 6 cho thấy:

- SV dưới 25 tuổi có kiến thức tốt cao gấp 3,17 lần với SV >25 tuổi với $p < 0,001$
- SV có thời gian thực hành bệnh viện dưới 1 năm có kiến thức tốt cao gấp 3,68 lần với
- SV có thời gian thực hành trên 1 năm với $p < 0,05$.
- SV nam tuân thủ KSNK cao gấp 3,97 lần với SV nữ với $p < 0,05$.
- SV trên 25 tuổi có tuân thủ KSNK cao gấp 3,56 lần với SV ≤ 25 với $p < 0,001$
- Sinh viên có cập nhật kiến thức thì tuân thủ KSNK cao gấp 1,94 lần với SV không cập nhật kiến thức với $p < 0,05$

VI. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng kiến thức, thực hành nhiễm khuẩn bệnh viện của sinh viên điều dưỡng.

Khảo sát 200 SVĐD cho thấy 96% SVĐD tự nhận đã được hướng dẫn ban đầu về KSNK bằng nhiều hình thức khác nhau. Như vậy trước khi SVĐD đi thực hành tại bệnh viện thì khoa, nhà trường đã cung cấp cho SV lượng kiến thức cần thiết để giúp SV bước đầu làm quen và cọ sát thực tế môi trường bệnh viện, từ đó có ý thức phòng chống và hạn chế phần nào các nguy cơ mắc NKBV cho bản thân và xã hội.

Qua khảo sát cho vẫn còn SVĐD trong quá trình thực hành chưa có sự chủ động khi tự tìm hiểu về KSNK. Nhưng khi được hỏi về sự cần thiết để mở một khóa tập huấn về KSNK bệnh viện thì có tới 99,5% SVĐD cho rằng đó là điều cần và rất cần thiết. Như vậy SV ĐD đã nhận thức được một tầm quan trọng của vấn đề KSNK và mong muốn có một chương trình tập huấn để nâng cao kiến thức và sự tuân thủ KSNK cho SV.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ SVĐD có kiến thức đạt về KSNK không chênh lệch nhiều so với một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Nghiên cứu năm 2015 ở Palestin có kết quả (53,9%) ĐD có trình độ kiến thức KSNK trung bình [5]; Kết quả NC của Trương Anh Thư (2012) cho thấy tỷ lệ kiến thức đạt về KSNK là (79,1%) [6]; Kết quả NC ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Tiền Giang (2010) cho thấy tỷ

lệ kiến thức đạt (78,7%) [2]. Kết quả này có thể phản ánh rõ hơn về tầm quan trọng của KSNK đối với người ĐD nói chung, SV điều dưỡng nói riêng.

Kiến thức về NKBV và KSNK của SV ĐD có tỷ lệ đạt 74,5% nhưng việc tuân thủ thực hành KSNK bệnh viện ở một số quy trình lại có tỷ lệ đạt chưa cao, cụ thể (Bảng 3.2). Qua quan sát thực hiện quy trình, kết quả cho thấy, các kỹ thuật vệ sinh bàn tay được thực hiện chưa đầy đủ và chưa đúng theo quy trình quy định để đảm bảo người ĐD chăm sóc người bệnh với đôi bàn tay sạch. Theo NC của Tạ Thị Phương (2011), khi tỷ lệ tuân thủ rửa tay của ĐD tăng từ 48% lên 66% thì tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện giảm từ 16,9% xuống 6,9 % [1]. Theo NC của Bùi Công Côn (2015), vệ sinh tay đúng kỹ thuật sẽ loại bỏ hầu hết vi sinh vật ở bàn tay. Vệ sinh tay đồng thời cũng là biện pháp để đảm bảo an toàn cho nhân viên y tế. Kiến thức không tốt của nhân viên y tế về tầm quan trọng của vi sinh vật là yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ vệ sinh tay trong thực hành khám chữa bệnh [3]. Chính vì vậy cần có những biện pháp khác để nhắc nhở, giám sát SVĐD thực hiện tốt vấn đề vệ sinh tay.

Từ kết quả khảo sát thực hành KSNK của SVĐD, nhận thấy sự thiếu sót của SVĐD liên quan đến ý thức khiến SV ĐD làm tắt, bỏ bước để nhanh hoàn thành công việc. (Bảng 3.3). Để giải quyết được vấn đề này, trước hết bản thân người SVĐD phải thay đổi hành vi của mình và lãnh đạo bệnh viện, trường, GV hướng dẫn lâm sàng cần có tăng cường nguồn nhân lực, thời gian để hướng dẫn và giám sát KSNK chặt chẽ hơn.

4.2. Một số yếu tố liên quan

Kết quả cho thấy có mối liên quan về KT giữa các đối tượng có tuổi và thời gian thực hành LS khác nhau. Có thể những người trên 25 tuổi đa phần là SV hệ liên thông đa số có trình độ trung cấp, được đào tạo về KSNK đã lâu và đến nay kiến thức về KSNK có nhiều điều mới trong thời gian gần đây. Mặc dù SV ≤ 25 tuổi có kiến thức về KSNK tốt hơn SV trên 25 tuổi tuy nhiên việc tuân thủ kiểm soát nhiễm khuẩn lại thấp hơn. Theo học thuyết về học tập xã hội của Albert

Bandura, hành vi của ĐD được quyết định bởi một mối quan hệ ba chiều giữa yếu tố nhận thức, ảnh hưởng môi trường, và hành vi học tập^[4]. Đó là một sự tương tác qua lại giữa các yếu tố vì vậy cần có chương trình can thiệp rộng hơn để tác động đến yếu tố môi trường xung quanh ảnh hưởng đến việc KSNK để giúp cho nhân viên y tế nói chung và SVĐD nói riêng có hành vi KSNK tốt góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Kết luận

- 74,5% SVĐD có kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện ở mức độ trung bình và khá

- 78,7% SV tuân thủ rửa tay chung với “5 thời điểm rửa tay” của Tổ chức Y tế thế giới

- Có mối liên quan giữa kiến thức, thực hành và giới tính; nhóm tuổi; thời gian thực hành; cấp nhập kiến thức với $p < 0,05$.

5.2. Kiến nghị: Cần tăng cường kiến thức, và giám sát thực hành về KSNK cho SV thông qua sự quan tâm của trường, giảng viên lâm sàng, đoàn hội SV bằng hình thức đa dạng hóa các biện pháp truyền thông, mở lớp tập huấn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Thị Phương (2011). Đánh giá kiến thức, thái độ và tỷ lệ tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế tại khoa ngoại và khoa nội bệnh viện

đa khoa Đống Đa – Hà Nội trước và sau can thiệp tăng cường vệ sinh bàn tay. Đề tài tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.

2. Võ Văn Tân, Lê Thị Anh Thư, Nancy White (2010). Liên quan giữa kiến thức và hành vi của điều dưỡng về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14(4), 77-84.1

3. Alessandra S, Gabriella D.G, Luciana A. et al (2011). An Investigation of Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Disinfection Procedures in Italy. BMC Infectious Diseases, 11(148).

4. Bandura A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

5. Thu T. A., Anh N. Q., Chau N. Q., & Hung N. V. (2012). Knowledge, attitude and practices regarding standard and isolation precautions among Vietnamese health care workers: a multicenter cross-sectional survey. Intern Med, 2(115), 2.

6. Fashafsheh I., Ayed A., Eqtaif F. et al (2015). Knowledge and Practice of Nursing Staff towards Infection Control Measures in the Palestinian Hospitals. Journal of Education and Practice. 6(4).

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF HOSPITAL-ACQUIRED INFECTION CONTROL OF CLINICAL NURSING STUDENT AT THE TAY NGUYEN AREA GENERAL HOSPITAL

*Vu Thi Lan Anh, Vu Thi Thu Huong
Faculty of Medical and Pharmacy, Tay Nguyen University*

Knowledge of and compliance with infection control practices at hospital of nursing students play an important role in the control of hospital infection to reduce the rate of hospital infection. The study was conducted from January 01 to May 2019, at the Tay Nguyen Area General Hospital in order to: 1. To describe knowledge and behavior about hospital-acquired infection control of clinical nursing student practice at the Tay Nguyen Area General Hospital /2. To determine some factors related to right knowledge, right practice with the general characteristics of nursing students. Research methodology cross-sectional descriptive study analysis with 200 nursing students who are practicing in Tay Nguyen Area General Hospital from January to May 2019 through interviews; practical observation procedures of infection control compliance. Research results: Research findings indicated that 74.5% of students have knowledge about hospital-acquired infection control at above average level, 78.7% of students compliance with hand washing, "5 times to wash hands". There is a relationship between knowledge, practice and gender; age group; time engaged in clinical practice, update their knowledge. This difference was statistically significant $p < 0.05$

Keywords: hospital-acquired infections, nursing students, knowledge, practice

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ NHIỄM GIUN ĐŨA, GIUN TÓC, GIUN MÓC/MỎ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI DÂN XÃ KHÁNH PHÚ, HUYỆN KHÁNH VĨNH, TỈNH KHÁNH HÒA NĂM 2019

Đặng Thị Nguyệt¹ Viên Chinh Chiến²

¹ Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa

² Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang có phân tích được thực hiện từ tháng 04 – 09 năm 2019, thu thập dữ liệu bằng lấy mẫu xét nghiệm phân trực tiếp và điều tra phỏng vấn bằng bộ câu hỏi KAP với cỡ mẫu là 420 người tại xã Khánh Phú, huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa. Kết quả tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất (GTQĐ) chung là 23,09%, tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ chiếm đa số (20,23%). Tỷ lệ nhiễm GTQĐ tăng dần theo nhóm tuổi và nhóm ≥ 15 tuổi có tỷ lệ 24,59%. Tỷ lệ nhiễm GTQĐ ở người Raglai cao gấp 3 lần người Kinh ($p < 0,01$). Những người thường xuyên ăn rau sống; uống nước lã; không thường xuyên rửa tay trước khi ăn, rửa tay sau khi đi vệ sinh; không tẩy giun và đi chân đất thường xuyên có tỷ lệ cao hơn nhóm ngược lại lần lượt là 2,33 lần; 2,84 lần; 3,54 lần; 3,24 lần; 3,59 lần và 2,24 lần với $p < 0,05$.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO năm 2011 ước tính trên thế giới có khoảng 1,2 tỷ người nhiễm giun đũa, 795 triệu người nhiễm giun tóc và 740 triệu người nhiễm giun móc/mỏ [5], năm 2016 có khoảng 270 triệu trẻ em trước tuổi đến trường và hơn 600 triệu trẻ em trong độ tuổi đến trường bị nhiễm giun truyền qua đất [6]. Tại Việt Nam, nhiễm giun đũa phân bố rộng khắp cả nước, song tỷ lệ nhiễm cao nhất là ở miền Bắc từ 50% - 95%. Tỷ lệ nhiễm giun ở miền Trung là 12,5% - 70,5%, vùng đồng bằng có tỷ lệ nhiễm là 70,5%, vùng núi là 38,4%, vùng ven biển là 12,5%. Miền Nam có tỷ lệ nhiễm giun đũa thấp hơn là 10% - 60%, Tây Nguyên là 10% - 25% [1]. Huyện Khánh Vĩnh là một huyện miền núi của tỉnh Khánh Hòa, có hơn 85% là dân tộc thiểu số, báo cáo công tác điều tra giun sán năm 2014 của Trung tâm Phòng chống Sốt rét – KST – CT Khánh Hòa cho thấy: tỷ lệ nhiễm giun sán chung là 50,21% [2], đó là lý do tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

Xác định tỷ lệ nhiễm giun đũa, giun tóc, giun móc/mỏ và một số yếu tố liên quan ở người dân tại xã Khánh Phú, huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa năm 2019.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân sống ở xã Khánh Phú, huyện Khánh Vĩnh, ≥ 24 tháng tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, sinh sống tại địa phương ≥ 12 tháng, hiện không bị mắc các bệnh lao thể hoạt động, ung thư, tâm thần.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 4 - tháng 9 năm 2019 tại xã Khánh Phú, Huyện Khánh Vĩnh, Tỉnh Khánh Hòa.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho quần thể vô hạn của WHO tính được cỡ mẫu là 420 người. Chọn mẫu ngẫu nhiên sau phân tầng

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Trường đại học Y Tây Nguyên và Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa.

Chịu trách nhiệm: Đặng Thị Nguyệt

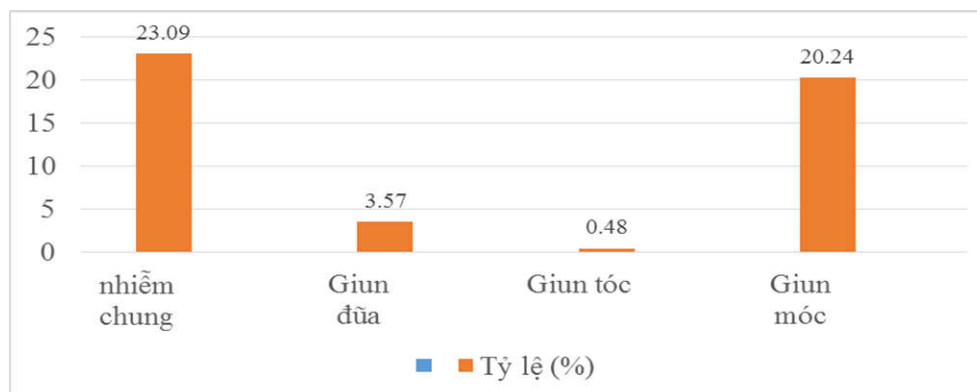
Email: dangnguyet198@gmail.com

Ngày phân biên: 12/9/2020

Ngày xuất bản: 20/10/2020

III. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ nhiễm giun đũa, giun tóc, giun móc/ mỡ :



Hình 3.1. Tỷ lệ nhiễm chung và các loại giun đũa, giun tóc giun .

Kết quả điều tra cho thấy có 97 người nhiễm giun đũa, giun tóc, giun móc/ mỡ chiếm tỷ lệ 23,09%. Trong đó nhiễm với giun đũa là 3,57%, giun tóc là 0,48% và giun móc là 20,24%. Trong các trường hợp nhiễm các loại giun truyền qua đất, nhiễm 1 loại chiếm 94,84%, nhiễm 2 loại 5,16% và không có nhiễm 3 loại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn NC tại Khánh Vĩnh năm 2014 về tỷ lệ nhiễm chung (33,60%), tỷ lệ

nhiễm giun móc/mỡ là (37,20%), giun tóc (1,70%) nhưng tỷ lệ nhiễm giun đũa của chúng tôi lại cao hơn (3,57% so với 2%) [2]. Một nghiên cứu khác tại Ninh Hòa [3], có tỷ lệ nhiễm chung 23,68% tương đương với kết quả của chúng tôi, nhiễm giun đũa 15,07% cao hơn của chúng tôi nhưng tỷ lệ nhiễm giun móc/mỡ 12,92%, lại thấp hơn của chúng tôi (20,24%).

Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất theo dân tộc

Dân tộc	n	Nhiễm giun	Tỷ lệ %	p.
Kinh	55	5	9,09	<0,05
Ragley	365	92	25,2	OR= 0,3

Bảng 3.2. Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất theo nhóm tuổi

Tuổi	Số XN	Nhiễm chung n (%)	Giun đũa n (%)	Giun tóc n (%)	Giun móc n (%)
≤ 5	55	7 (12,72)	1 (1,81)	1 (1,81)	6 (10,90)
6 – 10	72	15 (20,83)	3 (4,16)	0	13 (18,05)
11- 14	49	11 (22,44)	5 (10,20)	0	6 (12,24)
≥ 15	244	67 (27,45)	6 (2,45)	1 (0,4)	60 (24,59)

p (nhiễm chung) = 0,018; OR (nhiễm chung) = 1:1,8:1,98:2,6

Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất tăng dần theo độ tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nghiên cứu ở Lâm đồng cho thấy nhóm ≥ 15 tuổi có tỷ lệ nhiễm chung và nhiễm giun móc/mỡ lần lượt là 37,98% và 37,17% [4] cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, một NC tại Khánh Hòa tỷ lệ nhiễm chung

và nhiễm giun móc ở nhóm ≥ 15 tuổi lần lượt là 25% và 24,27% [2], kết quả này tương tự nghiên cứu của chúng tôi

3.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm giun đũa, giun tóc, giun móc/mỡ của người dân qua điều tra

Bảng 3.3. Liên quan giữa kiến thức và nhiễm giun

Kiến thức		Nhiễm giun	Không nhiễm	p. ; OR
Nguyên Nhân	Không biết	21	34	p < 0,05
	Biết	43	146	OR = 2,09
Tác hại	Không biết	18	24	p < 0,01
	Biết	46	156	OR = 2,54
Phòng chống	Không biết	24	33	p < 0,01
	Biết	40	147	OR = 2,67

Nhóm không biết nguyên nhân, tác hại và phòng chống có nguy cơ nhiễm giun cao hơn so với nhóm đối tượng biết lần lượt là 2,09 lần; 2,54 lần và 2,67 lần, sự khác biệt này có ý nghĩa

thống kê ($p < 0,01$). Kết quả này tương đồng với NC ở Lâm Đồng năm 2012, lần lượt theo các tiêu chí là 2,3 lần; 1,9 lần và 2,33 lần [4].

Bảng 3.4. Liên quan giữa thói quen ăn uống và nhiễm giun

Thói quen		Nhiễm giun	Không Nhiễm	p. OR
Ăn rau sống	Thường xuyên	22	33	p < 0,01
	Không + Không thường xuyên	42	147	OR = 2,33
Uống nước lã	Thường xuyên	16	19	p < 0,01
	Không + Không thường xuyên	48	161	OR = 2,84
Tẩy giun định kỳ	Không	58	132	p < 0,01
	Có	6	48	OR = 3,59

Nhóm đối tượng thường xuyên ăn rau sống, thường xuyên uống nước lã có nguy cơ nhiễm giun cao gấp 2,33 lần và 2,84 lần so với nhóm đối tượng không có hành vi nguy cơ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Nguy cơ nhiễm giun ở những người không tẩy giun định kỳ cao gấp 3,59 lần ($p < 0,01$). Kết quả này tương đồng với NC ở Lâm Đồng năm 2012

người thường xuyên ăn rau sống cao hơn 2,33 lần, người thường xuyên uống nước chưa đun sôi cao hơn 2,84 lần, ở người không tẩy giun định kỳ nguy cơ cao hơn 3,59 lần với $p < 0,01$ [4] và thấp hơn kết quả NC năm 2014 ở Khánh Vĩnh, Khánh Hòa nguy cơ nhiễm giun ở đối tượng không tẩy giun định kỳ cao hơn 10,2 lần [2].

Bảng 3.5. Liên quan giữa vệ sinh cá nhân và nhiễm giun

Vệ sinh cá nhân		Nhiễm giun	Không Nhiễm	p. OR
Rửa tay trước ăn	Không + Không thường xuyên	46	78	p < 0,01
	Thường xuyên	18	102	OR = 3,34
Rửa tay sau đi tiêu	Không + Không thường xuyên	35	63	p < 0,01
	Thường xuyên	29	117	OR = 3,24
Dùng bảo hộ lao động	Không + Không thường xuyên	46	96	p < 0,01
	Thường xuyên	18	84	OR = 2,23
Đi chân đất làm vườn	Thường xuyên	22	32	p < 0,01
	Không + Không thường xuyên	42	148	OR = 2,24

Nhóm đối tượng "không + không thường xuyên" rửa tay trước khi ăn, rửa tay sau khi đi tiêu, dùng bảo hộ lao động và thường xuyên đi chân đất làm vườn, có nguy cơ nhiễm giun cao hơn nhóm ngược lại lần lượt là 3,34; 3,24; 2,23 và 2,24 lần với $p < 0,01$. Kết quả này tương đương với NC năm 2014 ở Khánh Vĩnh, Khánh Hòa người không

thường xuyên rửa tay trước khi ăn cao hơn 3,45 lần; ở những người thường xuyên đi chân đất làm vườn cao hơn 2,2 lần với $p < 0,01$ [2].

VI. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm GTQĐ chung là 23,09%, tỷ lệ nhiễm giun móc/mỏ chiếm đa số (20,23%). Tỷ lệ nhiễm GTQĐ tăng dần theo nhóm tuổi và nhóm

≥ 15 tuổi có tỷ lệ 24,59 %. Tỷ lệ nhiễm GTQĐ ở người Raglai cao gấp 3 lần người Kinh ($p < 0,01$). Những người thường xuyên ăn rau sống; uống nước lã; không thường xuyên rửa tay trước khi ăn, rửa tay sau khi đi vệ sinh; không tẩy giun và đi chân đất thường xuyên có tỷ lệ cao hơn nhóm ngược lại lần lượt là 2,33 lần; 2,84 lần; 3,54 lần; 3,24 lần ; 3,59 lần và 2,24 lần với $p < 0,05$.

Từ đó NC khuyến nghị cần thường xuyên tiến hành tẩy giun định kỳ cho cộng đồng, đặc biệt là đồng bào dân tộc thiểu số và tăng cường biện pháp truyền thông nhằm thay đổi hành vi của cộng đồng cụ thể là : không đi chân đất, không uống nước lã, không ăn rau sống, vệ sinh cá nhân....

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đề, Phạm Văn Thân, Phạm Ngọc Minh (2016). Ký sinh trùng y học, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr 152 – 177.

2. Nguyễn Hữu Giáo (2014), “Thực trạng và một số yếu tố liên quan giun truyền qua đất ở phụ nữ tuổi sinh sản tại hai xã của tỉnh Khánh

Hòa, 2014”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Tây Nguyên, Đắk Lắk, tr 63 – 76.

3. Nguyễn Hữu Phước (2011), “Thực trạng và một số yếu tố nguy cơ nhiễm giun truyền qua đất (giun đũa, giun tóc, giun móc/mỏ) ở học sinh tiểu học tại hai xã Ninh Quang và Ninh Đông, thị xã Ninh Hòa, tỉnh Khánh Hòa, 2011”. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Tây Nguyên, Đắk Lắk, tr 55 – 61.

4. Trần Hữu Thành (2012), “Thực trạng nhiễm giun truyền qua đất và một số yếu tố liên quan ở cộng đồng dân cư huyện Lâm Hà, tỉnh Lâm Đồng năm 2012”. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Tây Nguyên, Đắk Lắk, tr 58 – 63.

5. WHO (2011). Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases – summary, The Weekly Epidemiological Record, 113 – 200.

6. WHO (2016). Weekly Epidemiological Record: Schistosomiasis and soiltransmitted helminthiasis: number of people treated in 2015, 585 – 600.

THE PREVALENCE OF ASCARIS LUMBRICOIDES , TRICHURIS TRICHIURA, ANCYLOSTOMA DUODENALE / NECATOR AMERICANUS AND SOME RELATED FACTORS IN KHANH PHU COMMUNE, KHANH VINH DISTRICT, KHANH HOA PROVINCE AT 2019

Dang Thi Nguyet¹ Vien Chinh Chien²

1. Khanh Hoa Center for Disease Control ;

2. Central Highland Institute of Hygiene and Epidemiology

Cross-sectional study was conducted from April to September 2019, collected data by direct interview subjects by questionnaire with a sample size of 420 people in Khanh Phu commune , Khanh Vinh district, Khanh Hoa province. As a result, the rate of Soil – Transmitted – Helminthiasis (STH) was generally 23.09%, the rate of Ancylostoma duodenale / Necator americanus accounted for the majority (20.23%). The rate of STH increased gradually by age group and group of ≥ 15 years old achieved the rate of 24.59%. The rate of STH in Ragley ethnic was 3 times higher than Kinh ethnic ($p < 0.01$). People who regularly eat raw vegetables; drink water un-boil; don't or infrequently wash hands before eating and after using the toilet; Not deworming and regular barefoot walking had a higher rate than the opposite group of 2.33 times; 2.84 times; 3.54 times; 3.24 times; 3.59 times and 2.24 times with $p < 0.05$, respectively.

MÔ TẢ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VỤ DỊCH SỞI TẠI KHU VỰC TÂY NGUYÊN NĂM 2019

Nguyễn Thị Tuyết Vân, Ngô Thị Tú Thủy, Nguyễn Hoàng Quân,
Nguyễn Thị Thu Trâm, Dương Thị Ngọc Thúy
Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện nhằm mô tả một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sởi trên 1.449 trường hợp bệnh sởi xác định phòng thí nghiệm có IgM dương tính với virus sởi.

Kết quả: tỷ lệ mắc bệnh sởi PTN cao nhất thuộc về lứa tuổi từ 2 - 5 tuổi (36,8%); trẻ dưới 9 tháng hoặc trên 11 tuổi có tỷ lệ mắc sởi thấp hơn (7,2% và 9,5%). Bệnh sởi gia tăng mạnh trong những tháng đầu năm và giảm dần sau tháng 7 tại Tây Nguyên. Tỷ lệ mắc bệnh sởi tăng cao tại những khu vực có tỷ lệ tiêm chủng thấp. Cần tăng cường tiêm vaccine sởi đầy đủ 2 mũi cho trẻ để làm giảm tỷ lệ mắc sởi, tiến tới thanh toán bệnh sởi trong tương lai

Từ khóa: IgM, bệnh sởi, vaccine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sởi là một bệnh nhiễm trùng cấp tính do virus Measles gây ra. Chu kỳ diễn biến của dịch sởi thường sau 4 – 5 năm [1]. Năm 2019, WHO thông báo có 184/194 quốc gia thông báo có dịch với tổng số 539.061 trường hợp

mắc sởi, trong đó có nhiều nước có số trường hợp mắc cao như: Cộng hòa dân chủ Congo, Madagascar, Sudan, Ethiopia, Yemen, Ukraine, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Myanmar, Philippines, Thailand and India, Pakistan, và Brazil tăng gấp 3,2 lần so với cùng kỳ năm 2018 [8].

Năm 2018 Việt Nam có 1.177 trường hợp sởi xác định, hầu hết các trường hợp đều không được tiêm vaccine. Trong số các trường hợp mắc sởi hầu hết có tiền sử chưa tiêm vắc xin sởi hoặc không rõ tiền sử tiêm vắc xin sởi [8]. Các trường hợp mắc tập trung chủ yếu tại các tỉnh, thành phố có tỷ lệ tiêm chủng vắc xin sởi thấp. Do đó phân tích một số đặc điểm vụ dịch sởi năm 2019 tại Tây Nguyên là vấn đề cần thiết, góp phần đề ra chiến lược phòng chống bệnh sởi trong những năm tiếp theo.

Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến bệnh sởi xác định phòng thí nghiệm (ca bệnh xác định dương tính phòng thí nghiệm)

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Tuyết Vân
Email: tuyetvan1603@yahoo.com.vn
Ngày phân biên: 25/8/2020
Ngày xuất bản: 20/10/2020

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Các trường hợp bệnh sởi xác định phòng thí nghiệm có IgM (+)

- **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu các trường hợp bệnh nhân có IgM dương tính với virus sởi bằng kỹ thuật ELISA

- **Mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

+ Chọn toàn bộ bệnh nhân sởi có xét nghiệm IgM(+) trong năm 2019

+ Tổng số mẫu IgM(+) sởi thu thập được năm 2019 là 1.449 mẫu

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc sởi có địa chỉ sinh sống ngoài khu vực Tây Nguyên

+ Địa điểm nghiên cứu: Khoa Virus Viện VSDT Tây Nguyên

+ Thời gian thu thập: tháng 1/2019 đến tháng 12/2019

- **Trang thiết bị và sinh phẩm**

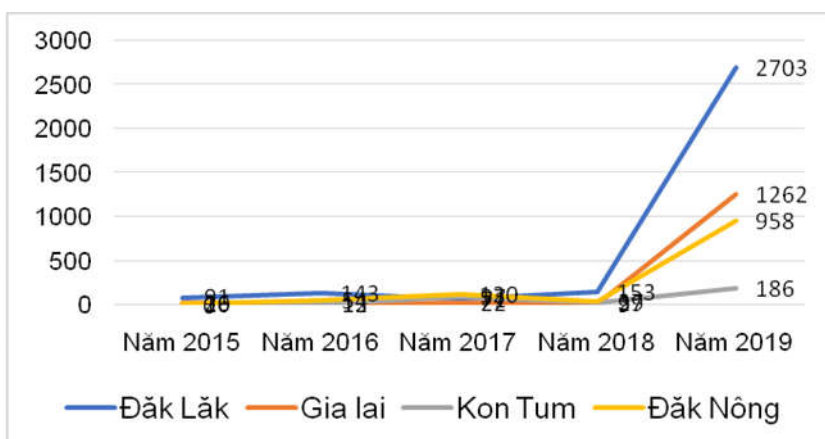
+ Trang thiết bị: Máy ủ mẫu ELISA của hãng IPS (Mỹ); Máy rửa mẫu ELISA của hãng Biotek (Mỹ); Máy đọc phiên ELISA của hãng Biotek (Mỹ)

+ Sinh phẩm: Measles virus IgM micro-Capture ELISA của hãng IBL (Mỹ)

- **Kỹ thuật thực hiện:** ELISA IgM: Giếng ELISA được gắn sẵn kháng nguyên virus Sởi. Nếu huyết thanh bệnh nhân có kháng thể IgM kháng virus Sởi thì sẽ tạo phức hợp miễn dịch kháng nguyên – kháng thể. Cộng hợp gồm kháng IgM của người gắn enzym peroxidase sẽ kết hợp với kháng thể IgM đặc hiệu. Thành phần enzyme trong cộng hợp làm xúc tác cho cơ chất chuyển sang màu xanh. Khi dung dịch dừng phản ứng được thêm vào, phản ứng dừng lại và dung dịch sẽ chuyển sang màu vàng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tình hình dịch sởi tại khu vực Tây Nguyên từ 2015 – 2019



Hình 1: Số ca nghi sởi tại khu vực Tây Nguyên từ 2015 – 2019

Năm 2019 dịch sởi bùng phát mạnh tại khu vực Tây Nguyên, tại Đắk Lắk số ca nghi sởi năm 2019 là 2.703 trường hợp. Số ca sởi xác định Phòng thí nghiệm năm 2019 của cả khu vực Tây Nguyên là 1.449 trường hợp

3.2. Tỷ lệ mắc bệnh sởi xác định PTN tại Tây Nguyên/100.000 dân năm 2019

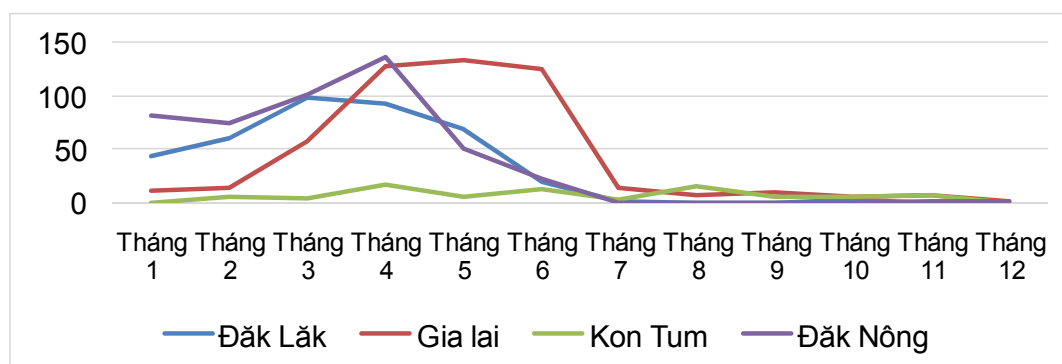
Bảng 1: Tỷ lệ mắc bệnh sởi xác định PTN/100.000 dân

	IgM(+)	Dân số	P
Đắk Lắk	385	1.869.322	20.6
Gia Lai	514	1.513.847	34.0
Kon Tum	81	540.438	15.0
Đắk Nông	469	622.168	75.4
Tổng	1.449	4.545.775	31.9

Tỷ lệ mắc bệnh sởi xác định PTN/100.000 dân cao nhất tại Đắk Nông và thấp nhất tại Kon Tum

3.3. Tỷ lệ mắc sởi phân theo tháng tại khu vực Tây Nguyên năm 2019

Số các trường hợp bệnh sởi xác định PTN năm 2019 gia tăng mạnh mẽ tại 4 Tỉnh từ tháng 2 đến tháng 4, sau đó giảm dần cho đến tháng 12



Hình 2: Tỷ lệ mắc sởi phân theo tháng tại khu vực Tây Nguyên năm 2019

3.4. Phân bố ca bệnh sởi xác định PTN theo tuổi và giới tính

Bảng 2: Đặc điểm giới tính và tuổi của các ĐTNC (n = 1.449)

Đặc điểm	Phân nhóm	n	%
Giới	Nam	746	51,5
	Nữ	703	48,5
Tuổi	≤ 9 tháng	105	7,2
	10 – 18 tháng	233	16,1
	19 – 24 tháng	156	10,8
	25 – 60 tháng	533	36,8
	6 – 10 tuổi	284	19,6
	> 11 tuổi	138	9,5

Tỷ lệ mắc sởi ở nam là 51,5% tương đương ở nữ là 48,5%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc sởi giữa nam và nữ với $p > 0,05$.

Trẻ dưới 9 tháng thường có kháng thể từ mẹ nên ít mắc bệnh sởi. Vaccin sởi thường được tiêm vào lúc trẻ được 9 tháng và 18 tháng.. Trong 1.449 ĐTNC, tỷ lệ mắc bệnh sởi cao nhất thuộc về lứa tuổi từ 2 - 5 tuổi (36,8%); trẻ dưới 9 tháng hoặc trên 11 tuổi có tỷ lệ mắc sởi thấp hơn (7,2% và 9,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.4. Hình thành kháng thể IgM ở các ca bệnh xác định

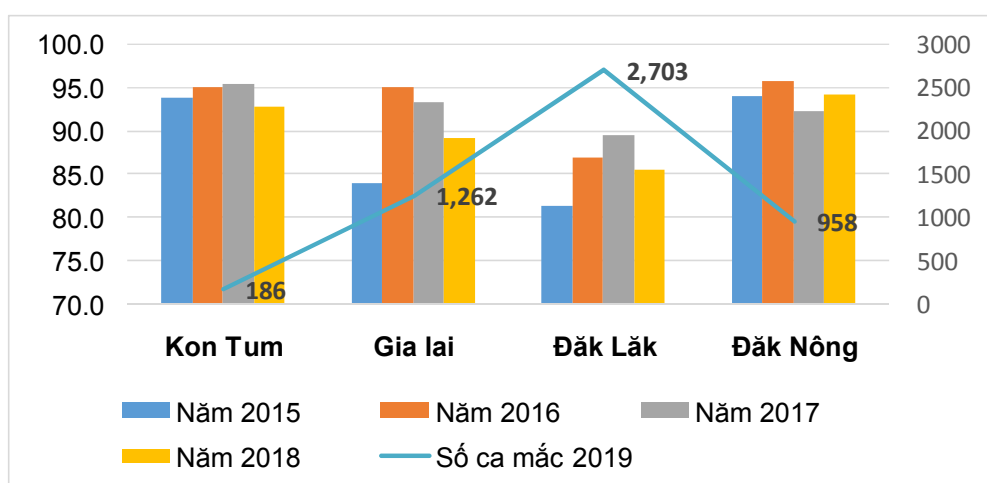
Trong tổng số 1449 trường hợp IgM (+) có 9,9% ca bệnh sởi xác định có kháng thể IgM trong 3 ngày đầu của bệnh, có đến 75,4% ca bệnh sởi xác định có sự xuất hiện của kháng thể IgM sau ngày thứ 7.

Bảng 3. Sự hình thành kháng thể IgM ở các ca bệnh sởi xác định PTN

Ngày lấy mẫu sau sốt	N	%
1 – 3	143	9.9
4 – 5	121	8.4
6 – 7	93	6.4
> 7	1092	75.4
Tổng	1449	100.0

3.5. Tình hình tiêm vaccin sởi mũi 2 tại khu vực Tây Nguyên từ 2015 – 2018:

Tỷ lệ tiêm vaccin sởi mũi 2 của Đắk Lắk thấp nhất trong khu vực từ 2015 - 2018. Tương ứng số ca mắc sởi tại tỉnh Đắk Lắk năm 2019 cao nhất khu vực với 2.703 trường hợp.



Hình 3. Tình hình tiêm vaccin sởi mũi 2 tại khu vực Tây Nguyên từ 2015 – 2018

IV. BÀN LUẬN

Bệnh sởi là một bệnh nhiễm trùng cấp tính, phòng ngừa được bằng vaccine và là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em trên khắp thế giới [7]. Tỷ lệ mắc bệnh sởi phụ thuộc vào hiệu quả của việc tiêm phòng vaccin sởi. Trong chương trình vaccin toàn cầu, sởi và Rubella là một trong những vaccin được đặc biệt chú trọng. Chiến lược loại trừ bệnh sởi và Rubella toàn cầu đã đặt ra vấn đề loại trừ bệnh sởi và Rubella vào năm 2020. Vaccine sởi đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do sởi từ năm 2000 – 2018 trên khắp thế giới [6] Tuy nhiên bệnh sởi vẫn phổ biến tại các nước đang phát triển, đặc biệt ở châu Phi và châu Á. Hơn 140.000 người tử vong do bệnh sởi trên toàn thế giới trong năm 2018, hơn 95% là từ các nước đang phát triển. Năm 2019 tại Việt Nam số ca mắc sởi là 5.004 trường hợp.

Trong năm 2019, 170 nước trên thế giới đã ghi nhận các ổ dịch sởi với tổng số 539.061 trường hợp mắc sởi, trong đó có nhiều nước có số trường hợp mắc cao như: Cộng hòa dân chủ Congo, Madagascar, Sudan, Ethiopia, Yemen, Ukraine, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Myanmar, Philippines, Thailand and India, Pakistan, và Brazil [8].

Theo kết quả thống kê tại Việt Nam năm 2014, trẻ dưới 9 tháng tuổi có tỉ lệ mắc sởi là 10,8%, năm 2013 tỉ lệ này là 8%. Nghiên cứu của Adekule tại Mỹ và Canada năm 2018-2019, nhóm tuổi có tỷ lệ mắc sởi cao là nhóm từ 1 – 3 tuổi [3]. Tỷ lệ mắc bệnh sởi cao nhất trong nghiên cứu thuộc về lứa tuổi từ 2 - 5 tuổi (36,8%), điều này cho thấy cần thiết phải tiêm sởi mũi 2 lúc trẻ 18 tháng.

Năm 2019 dịch sởi bùng phát với số ca mắc tăng gấp 24,3 lần so với năm 2018 tại khu vực Tây Nguyên. Trong năm 2019 cũng xuất hiện cả các trường hợp mắc bệnh sởi ở người trưởng thành và người trên 50 tuổi.

Kháng thể IgM của virus sởi hình thành sớm trong những ngày đầu của bệnh, nhưng phát hiện IgM tốt nhất vẫn từ ngày thứ 5 sau sốt. Vì vậy đối với những trường hợp sốt phát ban nghi sởi cần có thêm xét nghiệm PCR để phát hiện kháng nguyên của virus sởi. Đắk Lắk có tỷ lệ tiêm phòng vaccine Sởi mũi 2 thấp hơn so với các Tỉnh Đắk Nông, Gia Lai và Kon Tum nên tỷ lệ mắc sởi xác định cũng cao hơn các Tỉnh khác trong năm 2019.

Vaccin sởi được đưa vào sử dụng từ những năm 1960, mũi 1 tiêm lúc trẻ 9 tháng tuổi và mũi 2 lúc trẻ 18 tháng tuổi [1]. Từ năm 1980 – 2018

chỉ có 69% trẻ em được nhận vaccine sởi mũi 2 trên toàn thế giới [7]. Dịch sởi thường có chu kỳ 4 – 5 năm, năm 2014 sau khi bùng phát dữ dội với số ca mắc sởi tại Việt Nam là 16.602 ca, sau đó dịch sởi tạm thời yên lặng với số ca mắc rải rác trong cộng đồng [8]. Nếu không chú trọng vấn đề tiêm phòng vaccin sởi, dịch sởi sẽ quay trở lại và bùng phát dữ dội.

V. KẾT LUẬN

Bệnh sởi gia tăng mạnh trong những tháng đầu năm và giảm dần sau tháng 7 tại Tây Nguyên trong năm 2019. Tỷ lệ mắc bệnh sởi tăng cao tại những khu vực có tỷ lệ tiêm chủng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dự án Tiêm chủng mở rộng quốc gia (2019), Dự thảo hướng dẫn kỹ thuật các hoạt động tiến tới loại trừ sởi.

2. Hướng dẫn giám sát các bệnh truyền nhiễm trong tiêm chủng mở rộng. Số 1656 /VSDTTU-TCQG ngày 31/10/2016

3. Adekunle Sanyaolu, 1 Chuku Okorie, 2 Aleksandra Marinkovic, 3 Oladapo Ayodele, 3 Abu Fahad Abbasi, 3 Stephanie Prakash. Measles Outbreak in Unvaccinated and Partially Vaccinated Children and Adults in the United States and Canada (2018-2019): A Narrative Review of Cases. Inquiry. 2019 Jan-Dec; 56: 0046958019894098. Published online 2019 Dec 11

4. UNICEF. Alarming global surge of measles cases a growing threat to children. 01 March 2019. (<https://www.unicef.org/vietnam>)

5. World Health Organization (2014), Country Profile-Measles Elimination Viet Nam, Demographic information, Measles incidence, epidemiologic and virologic characteristic. Report on the 12th WHO global Measles and Rubella Laboratory Network Meeting. Istanbul, Turkey 22-24 September 2014.

6. World Health Organization. Global Measles and Rubella Strategic Plan 2012-2020. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44855/9789241503396_eng.pdf);jsessionid=49F84F9B011CF6A5B391FC0A473EAFB6?sequence=1)

7. World Health Organization. Vaccination in acute humanitarian emergencies: a framework for decision making. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255575/1/WHO-IVB-17.03-eng.pdf>).

8. World Health Organization. Global Measles and Rubella Update October 2019

SUMMARY

Objective: *The retrospective study was performed to describe some of the epidemiological characteristics of Measles disease on 1,449 laboratory identified measles cases having IgM positive for measles virus.*

Results: *the highest prevalence of laboratory identified measles cases was from 2 to 5 years old (36.8%); Children under 9 months or over 11 years old had a lower rate of measles (7.2% and 9.5%). Measles increased sharply in the first months of the year and decreased gradually after July in the Central Highlands. Measles prevalence increases in areas with low immunization rates. It is necessary to take the full 2 doses of measles vaccine for children to reduce the rate of measles, progressing to eradicate measles in the future.*

Keywords: *IgM, measles, vaccine*