

NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP Ở TRẺ EM DÂN TỘC SÁN DÌU VÀ H'MÔNG TẠI HAI XÃ MIỀN NÚI PHÍA BẮC VIỆT NAM

PHẠM TRUNG KIÊN, LÊ THỊ NGÀ
Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT:

Mục tiêu: xác định tỉ lệ mắc bệnh và các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn hô hấp cấp (NKHHC) ở trẻ em dân tộc thiểu số tại các tỉnh miền núi phía Bắc.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả và bệnh chứng ở trẻ em dân tộc Sán Dìu và H'Mông tại hai xã của tỉnh Hà Giang và tỉnh Thái Nguyên trong năm 1997.

Kết quả: tỉ lệ NKHHC ở trẻ em Sán Dìu tại Nam Hoà (Thái Nguyên) là 27,2%, ở trẻ em dân tộc H'Mông (xã Cán Tỷ, Hà Giang) là 25,3. Tỉ lệ mắc bệnh cao nhất ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi (42,3-45,5%). Nhiễm khuẩn hô hấp trên chiếm 80,2-82,7%. Yếu tố nguy cơ gây NKHHC tại hai xã là bếp đun ở trong nhà (OR=17,9), nhà vệ sinh gần nhà (OR=5,9), suy dinh dưỡng (OR=3,9), nhà có mùi khó chịu và không thoáng gió (OR=2,97). *Kết luận:* tỉ lệ mắc NKHHC tại hai xã thấp hơn các vùng khác. Nguy cơ của NKHHC là bếp đun ở trong nhà, nhà vệ sinh ở gần nhà và không thoáng gió, suy dinh dưỡng.

Từ khoá: nhiễm khuẩn hô hấp cấp.

SUMMARY

Acute Respiratory Infection in Sandiu and H'mong children at two mountainous communes in the Northern of Vietnam

Background: there were few studies of Acute Respiratory Infection (ARI) in children of ethnic minority in mountainous area. *Aim:* our main objective was to determine prevalence of ARI and risk factors for ARI in children of ethnic minorities at two mountainous villages of Northland. *Subject and methods:* a case-control study was carried out on Sandiu and H'mong children at two mountainous communes in Northern of Vietnam in 1997. *Results:* our results showed that prevalence of ARI in Sandiu and H'mong children were 27.2% and 25.3%; respectively. The highest rate of ARI in children under 12 months of age (42.3-45.5%). The rate of upper respiratory tract infection accounted for 80.2%-82.7%. *Risk factors for ARI consist of* cooking in the house, latrine very near the house, malnutrition and indoor air pollution. *Conclusion:* the rate of ARI in children of ethnic minorities quite low compare with another areas. *Risk factors for ARI consist of* cooking in the house, indoor air pollution and malnutrition.

Keywords: acute respiratory infection, air pollution.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp (NKHHC) là bệnh rất hay gặp ở trẻ em, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi, hàng năm mỗi trẻ có thể mắc nhiều đợt NKHHC. Mặc dù

đã có nhiều biện pháp phòng chống tích cực, nhưng tỉ lệ mắc bệnh vẫn còn cao [1]. Tỉ lệ mắc NKHHC khác nhau tùy từng vùng sinh thái khác nhau. Những năm qua đã có nhiều nghiên cứu về tần suất mắc NKHHC, nhưng chưa có công trình nào nghiên cứu ở vùng các dân tộc thiểu số phía Bắc. Các tỉnh miền núi phía Bắc có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống, nơi đây điều kiện kinh tế-văn hoá còn rất nhiều khó khăn, nhân dân còn có những tập quán sinh hoạt không có lợi cho sức khoẻ của trẻ, tỉ lệ mắc các bệnh thường gặp ở trẻ em rất cao. Để góp phần nâng cao chất lượng công tác chăm sóc sức khoẻ trẻ em tại khu vực này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại hai xã miền núi thuộc hai tỉnh Hà Giang và Thái Nguyên với mục tiêu:

- Xác định tỉ lệ mắc NKHHC ở trẻ em dưới 5 tuổi tại hai xã miền núi phía Bắc
- Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ mắc NKHHC ở trẻ em.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả trẻ em từ 0-60 tháng tuổi tại địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: xã Cán Tỷ, Quản Bạ, Hà Giang và xã Nam Hoà, Đồng Hỷ, Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu: tháng 12 năm 1997

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu bệnh chứng.

- Chọn mẫu thuận tiện, nghiên cứu trên tất cả trẻ em tại hai xã.

Bệnh nhân được chẩn đoán NKHHC theo tiêu chuẩn lâm sàng của Chương trình phòng chống NKHHC. Nhóm chứng được chọn từ những trẻ cùng địa điểm nghiên cứu, tương đồng với nhóm nghiên cứu về tuổi, giới, dân tộc.

Phân loại suy dinh dưỡng theo phân loại của WHO (1982) dựa vào quần thể tham khảo NCHS (National Center for Health Statistics).

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Các chỉ tiêu chung về tuổi, giới, dân tộc.

+ Chỉ tiêu lâm sàng: các triệu chứng của NKHHC, chỉ tiêu nhân trắc.

+ Các chỉ tiêu nguy cơ: các chỉ số về hộ gia đình như công trình vệ sinh, độ lưu thông khí tại hộ gia đình.

- Thu thập số liệu: thăm khám phát hiện triệu chứng lâm sàng và khai thác các yếu tố nguy cơ bằng phỏng vấn từng hộ theo mẫu thống nhất.

- Xử lý số liệu theo phần mềm EPI INFO 6.04

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỉ lệ mắc NKHHC theo dân tộc

Dân tộc	Tỉ lệ nhiễm khuẩn hô hấp			p
	Số trẻ khám	Số NKHHC	Tỉ lệ %	
Sán Diu	464	126	27,2	>0,05
H'Mong	296	75	25,3	

Nhận xét: bảng 1 cho thấy tỉ lệ mắc NKHHC ở trẻ

em hai dân tộc khá cao và không có sự khác biệt giữa hai dân tộc.

Bảng 2. Tần suất mắc bệnh theo lứa tuổi ở hai dân tộc

Dân tộc	Sán Diu			H'Mong			p
	n	Số mắc bệnh	Tần suất	n	Số mắc bệnh	%	
0-12 tháng	66	30	45,5	52	22	42,3	>0,05
13-36 tháng	181	49	27,1	175	36	20,6	
37-60 tháng	217	47	21,6	69	17	24,6	

Nhận xét: ở hai nhóm dân tộc Sán Diu và H'Mong, tần suất mắc NKHHC cao nhất ở trẻ dưới 12 tháng và tăng dần theo lứa tuổi.

Bảng 3. Vị trí tổn thương đường hô hấp theo dân tộc

Dân tộc	Sán Diu		H'Mong		p
	n	%	n	%	
NKHH trên	101	80,2	62	82,7	>0,05
NKHH dưới	25	19,8	13	17,3	
Tổng số	126	100	75	100	

Nhận xét: kết quả cho thấy chủ yếu trẻ mắc NKHH trên và không có sự khác biệt giữa hai nhóm trẻ (p>0,05).

Bảng 4. Một số yếu tố nguy cơ NKHHC ở trẻ em

Nguy cơ	Xuất hiện nguy cơ	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR	p
Bếp trong nhà	Có	185	166	17,87	<0,05
	Không	16	254		
Con thứ	≥3	140	140	4,59	<0,05
	1-2	61	280		
Thông thoáng gió	Không	90	90	2,97	<0,05
	Có	111	330		
Suy dinh dưỡng	Có	142	160	3,91	<0,05
	Không	59	260		
Mùi khó chịu trong nhà	Có	121	135	3,19	<0,05
	Không	80	285		

Nhận xét: kết quả bảng cho thấy bếp đun trong nhà, nhà không thông thoáng, suy dinh dưỡng và có mùi khó chịu trong nhà là các yếu tố nguy cơ NKHHC ở trẻ em tại hai xã miền núi.

BÀN LUẬN

Chúng tôi phát hiện được 301 trường hợp NKHHC, tỉ lệ NKHHC tại hai xã là khá cao, tại Nam Hoà là 27,2% và tại Cán Tỷ là 25,3%. Tuy nhiên, so với kết quả nghiên cứu tại các địa phương khác thì tỉ lệ bệnh tại hai xã là quá thấp. Nghiên cứu của Tạ Ánh Hoa và CS tại các tỉnh phía Nam thấy tỉ lệ NKHHC là 46,3%, chủ yếu là nhiễm khuẩn hô hấp trên [2]. Nguyễn Đình Hường nghiên cứu tại một số tỉnh phía Bắc thấy tỉ lệ NKHHC là 41-43,2% [3]. Chúng tôi thấy tỉ lệ bệnh cao nhất ở những trẻ dưới một tuổi, trẻ càng lớn tỉ lệ bệnh càng giảm dần. Điều này cũng phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả cho thấy tỉ lệ bệnh ở nhóm trẻ trong độ tuổi bú mẹ là cao nhất [4], [6].

Kết quả bảng 4 cho thấy những gia đình đông con thì trẻ có nguy cơ mắc NKHHC cao hơn những gia đình ít con. Kết quả này cũng giống nghiên cứu của Đào Ngọc Phong và CS thấy nếu nhà ở chật chội, đông con, gia đình nhiều người trẻ dễ mắc NKHHC hơn [4]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy nguy cơ gây NKHHC cao nhất là bếp đun ở trong nhà (OR=17,87), phong tục người dân ở vùng núi thường đun bếp trong nhà, đây là một tập tục từ lâu đời, thói quen này không có lợi cho sức khoẻ của trẻ, đặc biệt là gây NKHHC, nhưng để thay đổi được điều này rất khó khăn. Nghiên cứu của T.W Wong và CS tại Hong Kong thấy những gia đình đun nấu trong nhà, tỉ lệ NKHHC tỉ lệ thuận với số lần nấu ăn trong ngày, tỉ lệ NKHHC cao nhất nếu nấu ăn cả ba bữa ăn trong nhà [7]. Ander Koch và CS nghiên cứu tại Greenland thấy những trẻ ngủ chung với người lớn, đặc biệt ở cùng những người hút thuốc lá có nguy cơ NKHHC cao gấp 2,5-3,1 lần, ô nhiễm không khí nhà ở nguy cơ gấp 2,1 lần, tác giả này thấy NKHHC ở trẻ trai cao hơn trẻ gái 1,7 lần [5]. Chúng tôi thấy nếu trong nhà thiếu ánh sáng, nhà có mùi khó chịu cũng là nguy cơ NKHHC. Những gia đình có hồ xi ở gần nhà, nhà có mùi khó chịu, thông gió kém làm ô nhiễm không khí nội thất làm trẻ dễ mắc NKHHC. Nghiên cứu của Đào Ngọc Phong, Ander Koch cũng cho kết quả tương tự như nhận xét của chúng tôi [4], [5].

Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng và NKHHC, chúng tôi thấy tại hai xã nghiên cứu tỉ lệ suy dinh dưỡng rất cao, tại Nam Hoà là 61,3% và tại Cán Tỷ là 54,0%. Bảng 4 cho thấy tỉ lệ NKHHC ở những trẻ suy dinh dưỡng cao gấp gần 4 lần trẻ không bị suy dinh dưỡng. Nghiên cứu của Savitha M.R và CS cũng nhận xét thấy những trẻ không được bú mẹ thường xuyên, tình trạng dinh

dưỡng kém cũng dễ mắc NKHHC hơn trẻ khác [6].

KẾT LUẬN

Tỉ lệ NKHHC tại hai xã khá thấp, tại Nam Hoà là 27,2% và tại Cán Tỷ là 25,3%. Tỉ lệ mắc bệnh cao nhất ở những trẻ dưới một tuổi. Chủ yếu là nhiễm khuẩn hô hấp trên. Nguy cơ NKHHC là bếp đun ở trong nhà, nhà đông con, nhà không thoáng gió và suy dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Hiệp, Nguyễn Hoàng Long (1992), "*Lượng giá chương trình NKHHC trẻ em năm 1992*", Chương trình viêm phổi trẻ em-Hội nghị sinh hoạt khoa học, 4, 33-35.
2. Tạ Ánh Hoa (1988), "*Tình hình nhiễm khuẩn hô hấp cấp trẻ em ở các tỉnh phía Nam*", Hội thảo các bệnh đường ruột-thở, 106-109.
3. Nguyễn Đình Hương và CS (1992), "*Điều tra tình hình NKHHC và đánh giá hiệu quả những biện pháp phòng chống*".
4. Đào Ngọc Phong và CS (1992), "*Góp phần tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ NKHHC ở trẻ em dưới 5 tuổi tại một xã miền núi Cao Bằng*", Công trình NCKH Bộ môn Vệ sinh dịch tễ Đại học Y Hà Nội, 1-17.
5. Ander Koch, Karer Molbak (2003), "*Risk factors for acute tract respiratory infection in Young Greenlandic children*", Am J Epidemiol, 383-94.
6. Savitha M.R., Nandeeshawara S. B., (2007), "*Modifiable risk factor for Acute Lower Respiratory Tract Infection*" Indian Journal of Pediatric, 74, 481-85.
7. T. W. Wong, T. S. Yu, H. J. Liu, A. H. S. Wong (2004), "*Household gas cooking: a risk factor for respiratory illnesses in preschool children*", Archives of Disease in Childhood, 89, 631-36.