

TỶ LỆ DỊ TẬT BẨM SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở HUYỆN PHÙ CÁT - BÌNH ĐỊNH

Trương Quang Đạt, Trần Đức Phấn, Ngô Văn Toàn
Trường Cao đẳng Y tế Bình Định, Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở huyện Phù Cát - Bình Định và một số yếu tố liên quan trên 6.600 phụ nữ 15-49 tuổi đã từng mang thai ở 30 thôn thuộc 18 xã, thị trấn của huyện Phù Cát - Bình Định ở thời điểm tháng 1/2012. Kết quả cho thấy tỷ lệ mẹ sinh con bị dị tật bẩm sinh là 4,38%. Tỷ lệ con bị dị tật bẩm sinh trên tổng số con sinh ra là 1,83%. Trong số 301 con bị dị tật bẩm sinh, nam chiếm 58,14%, nữ chiếm 41,86%. Phân tích theo mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy: các bà mẹ được sinh ra trước năm 1972 sinh con dị tật bẩm sinh là 5,56% so với 3,50% ở các bà mẹ được sinh ra từ năm 1972 trở về sau (OR = 1,52; 95% CI: 1,20 - 1,94); mẹ sống ở khu vực sân bay Phù Cát sinh con dị tật bẩm sinh là 6,36% so với 4,24% ở mẹ sống ở các vùng khác (OR = 1,60; 95% CI: 1,06 - 2,40). Mẹ có học vấn bậc tiểu học sinh con dị tật bẩm sinh là 5,94% (OR = 2,86; 95% CI: 1,31 - 5,89).

Từ khóa: dị tật bẩm sinh, chất độc da cam, thuốc bảo vệ thực vật.

Summary

THE PROPORTION OF BIRTH DEFECTS AND SOME RELATED FACTORS IN PHU CAT - BINH DINH

The study aimed to determine the proportion of birth defects in Phu Cat - Binh Dinh and some related factors in 6,600 women aged 15 - 49 who had been pregnant in 30 villages of 18 communes and town of Phu Cat - Binh Dinh at the time in 1/2012. Results showed that the proportion of mothers having children with birth defects is 4.38% (289 mothers). The proportion of all children with birth defects is 1.83% (301 children) in which male is 58.14% and female is 41.86%. Use of multivariate logistic regression model showed that the odds ratio (OR) for maternal date of birth before 1972 is 1.52 (95% CI: 1.20 - 1.94). The OR for mother's residence in Phu Cat airport area is 1.60 (95% CI: 1.06 - 2.40). The OR for mothers having primary education is 2.86 (95% CI: 1.31 - 5.89).

Keywords: birth defects, Agent Orange, pesticide.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (TCYTGG), dị tật bẩm sinh (Birth Defects) là những bất thường về cấu trúc, chức năng hoặc chuyển hóa có mặt lúc mới sinh. Về mặt lâm sàng, dị tật bẩm sinh (DTBS) có thể được phát hiện ngay từ lúc sinh hoặc có thể được chẩn đoán muộn hơn [0].

Báo cáo toàn cầu về DTBS của Christianson A. D. và cs (2006) cho biết: mỗi năm ước tính có 7,9 triệu

trẻ em (6% trẻ em được sinh ra trên toàn thế giới) bị các DTBS nghiêm trọng do di truyền hoặc có nguồn gốc từ di truyền. Có ít nhất 3,3 triệu trẻ em dưới 5 tuổi chết do DTBS mỗi năm và ước tính có 3,2 triệu trẻ sống bị tàn tật suốt đời [0].

DTBS là một vấn đề toàn cầu, tuy nhiên số trẻ dị tật và tỷ lệ DTBS ở các nước có thu nhập trung bình và thấp là cao hơn ở các nước có thu nhập cao. Nguyên nhân được đề cập là do nghèo đói, mẹ mắc các bệnh lý nhiễm virus, nhiễm trùng, ký sinh trùng, mẹ có thai khi lớn tuổi... Trên 94% trẻ em bị các DTBS nghiêm trọng (95% số trẻ đó tử vong) là ở các quốc gia có thu nhập thấp hoặc trung bình [0].

Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu DTBS tại các vùng dân cư hoặc ở các bệnh viện. Hầu hết các tần suất DTBS đã công bố đều là các con số thống kê trên những người đã phơi nhiễm với chất độc hóa học trong chiến tranh (CĐHHTCT) hay ở bệnh viện; hơn nữa, nhiều tác giả quan tâm đến sự liên quan giữa phơi nhiễm chất da cam / dioxin với DTBS; đồng thời các nghiên cứu này được thực hiện cách đây trên 10 năm, có công trình đã trên 20 năm [0], [0], [0], [0].

Xuất phát từ những lí do trên, chúng tôi tiến hành "Nghiên cứu tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở huyện Phù Cát - Bình Định" với mục tiêu: *Mô tả tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở huyện Phù Cát - Bình Định và một số yếu tố liên quan.*

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Phù Cát - tỉnh Bình Định vào thời điểm 1/2012. Huyện có 18 xã, thị trấn, 118 thôn và khu phố. Dân số 189.150 người. Trừ người dân ở thị trấn Ngô Mây sống bằng buôn bán nhỏ, nhân viên hành chính, người dân ở các xã còn lại đều là nông dân trồng lúa hoặc trồng hoa màu.

1. Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (tuổi từ 15 - 49) và đã từng có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả phỏng vấn về tiền sử sinh sản.

- **Phương pháp thu thập thông tin:** sử dụng phiếu điều tra theo hộ gia đình bằng cách hỏi đáp trực tiếp.

- **Cỡ mẫu:** được tính theo công thức:

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

Trong đó: p là tỷ lệ mẹ sinh con bị DTBS = 5,82% [0]. d: sai số tuyệt đối và DE: hệ số thiết kế mẫu = 2.

Cỡ mẫu điều tra là 6.600 bà mẹ.

- Chọn mẫu:

Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu 30 cụm ngẫu nhiên đối với 118 thôn của huyện. Chọn ngẫu nhiên đơn để chọn các phụ nữ vào diện nghiên cứu.

- Các biến số chủ yếu:

DTBS là biến phụ thuộc được đánh giá theo: Biến liên tục: số lần sinh con DTBS; biến nhị phân: có sinh con DTBS; không sinh con DTBS và biến danh mục: phân loại DTBS theo hệ cơ quan theo ICD - X của TCYTTG [0].

Chúng tôi sử dụng một số biến số độc lập chủ yếu để phân tích một số yếu tố liên quan đến sinh con DTBS:

- Tiền sử gia đình có bất thường sinh sản (BTSS): mẹ ruột của đối tượng nghiên cứu bị một hoặc nhiều hơn trong các dạng BTSS gồm: sảy thai, thai chết lưu và sinh con DTBS.

- Các đặc trưng cá nhân: tuổi (biến liên tục) và nhị phân (sinh trước 1972 và từ 1972 trở về sau); trình độ văn hóa; hút thuốc lá thụ động; phơi nhiễm thuốc bảo vệ thực vật (TBVTV).

- Nơi ở: là tên địa phương được ghi trên sổ hộ khẩu của gia đình. Đánh giá biến nơi ở theo các dạng: ở miền núi, không ở miền núi; ở vùng sân bay Phù Cát, không ở vùng sân bay Phù Cát.

- **Phân tích thống kê:** dựa vào phần mềm Stata 10.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ mẹ có con bị DTBS và con bị DTBS

Để xác định được tỷ lệ DTBS, chúng tôi đã điều tra 6.600 phụ nữ để thu thập thông tin về tất cả những lần mang thai đã được kết thúc tính đến thời điểm cuối năm 2011.

Bảng 1. Tỷ lệ mẹ có con bị DTBS và tỷ lệ con bị DTBS

Tình trạng mẹ	n = 6.600	%	% cộng dồn
Sinh con DTBS	289	4,38	4,38
Không sinh con DTBS	6.311	95,62	100
<i>Trong đó</i>			
1 con bị DTBS	277	4,2	4,2
2 con bị DTBS	12	0,18	4,38
Tình trạng con	n = 16.444	%	% cộng dồn
DTBS	301	1,83	1,83
Không bị DTBS	16.143	98,17	100
<i>Trong đó</i>			
Nam	175	58,14	
Nữ	126	41,86	

Trong số 16.444 trẻ được sinh ra có 301 trẻ sinh ra bị DTBS chiếm 1,83%. Có 289 bà mẹ sinh con bị DTBS, chiếm 4,38%. Số bà mẹ có 1 con bị DTBS 277, chiếm 4,2%. Trẻ trai bị DTBS chiếm 58,14%, cao hơn trẻ gái.

Bảng 2. Tỷ lệ sinh con dị tật ở các lần mang thai (6.600 bà mẹ)

Lần mang thai	Số lượt phụ nữ có thai	Số dị tật	%	So sánh
1	6.600	136	2,06	P1-
2	5.533	77	1,39	2,3,4,6<0,05
3	3.145	50	1,59	P2-5,6,7<0,05
4	1.356	23	1,7	P2-3,4>0,05
5	494	10	2,02	P3-4,5,7>0,05
6	156	4	2,56	P3,4-6<0,05
7	49	1	2,04	P1,4-5,7>0,05
8,9	17	0	0	P5-6,7>0,05
Tổng	17.350	301	1,73	

Bảng 2 cho thấy lần mang thai thứ nhất bị DTBS chiếm 2,06%, lần thứ 5 bị DTBS chiếm 2,56%.

2. Tỷ lệ các loại dị tật bẩm sinh

Trong điều kiện điều tra ở cộng đồng, thiếu các phương tiện thăm khám và xét nghiệm chuyên sâu nên hầu hết các DTBS ở các cơ quan bên trong hoặc bệnh tật liên quan với rối loạn chuyển hoá chưa được đánh giá đầy đủ. Vì vậy, những số liệu sau đây chủ yếu vẫn dựa vào các dị dạng hình thái hoặc các rối loạn chức năng thể hiện rõ ràng.

Bảng 3. Tỷ lệ các DTBS theo hệ cơ quan (16.444 trẻ sinh ra)

TT	ICD-10	Loại DTBS	n=301	% trẻ bị DTBS	% số trẻ sinh ra
1	Q00-Q07	Thần kinh	99	32,89	0,60
2	Q65-Q79	Cơ, xương	52	17,28	0,32
3	Q10-Q18	Mắt, tai, mặt, cổ	39	12,96	0,24
4	Q35-Q37	Khe hở môi, vòm miệng	29	9,63	0,18
5	Q20-Q28	Hệ tuần hoàn	29	9,63	0,18
6	Q99	Hội chứng Down	10	3,32	0,06
7	Q82	Da	8	2,66	0,05
8	Q30-Q34	Hô hấp	4	1,33	0,02
9	Q38-Q45	Tiêu hóa	4	1,33	0,02
10	Q50-Q56	Sinh dục	3	1,00	0,02
11	Q80-Q89	Các dị tật khác	24	7,97	0,15
		Tổng	301	100	1,83

Trong 301 trường hợp bị DTBS, DTBS của hệ thần kinh chiếm 32,98%; hệ cơ xương chiếm 17,28%; ở mắt, tai mặt, cổ chiếm 12,96%.

3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng sinh con DTBS của bà mẹ

Bảng 4. Mô hình hồi qui logistic giữa tuổi mẹ và con DTBS ở các lần sinh

Lần sinh	Số lượt phụ nữ sinh con	Số dị tật	%	P	OR	95% CI
1	6.317	136	2,15	1,41	1,03	0,99-1,08
2	5.304	77	1,45	0,26	1,00	0,95-1,07
3	2.943	50	1,70	0,03	1,00	0,93-1,07
4	1.237	23	1,86	0,07	1,00	0,90-1,10
5	450	10	2,22	0,13	0,99	0,84-1,16
6	137	5	2,96			
7	42	1	2,38			

8,9	11	0	0,00	
Tổng	17.350	301	1,83	

Bảng 4 cho thấy không có mối liên quan giữa tuổi mẹ (biến liên tục) và sinh con bị DTBS có ý nghĩa thống kê (95% CI đều chứa giá trị 1).

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến với tình trạng con DTBS của 6.600 bà mẹ

Biến số độc lập	Con DTBS	%	p	OR	95% CI
Năm sinh mẹ					
> 1971 (*)	132	3,50		1,00	
=< 1971	157	5,56	0,00	1,52	1,20-1,94
Học vấn của mẹ					
Trên trung học (*)	8	1,89		1,00	
Trung học	177	4,00	0,05	2,01	0,98-4,12
Tiểu học	104	5,94	0,00	2,86	1,31-5,89
Ở vùng núi					
Không (*)	242	4,23		1,00	
Có	47	5,34	0,07	1,35	0,97-1,87
Mẹ phơi nhiễm TBVTV					
Không (*)	179	3,99		1,00	
Có	110	5,20	0,13	1,21	0,94-1,55
Tiền sử BTSS gia đình					
Không (*)	195	4,05		1,00	
Có	94	4,25	0,09	1,24	0,96-1,60
Sống ở vùng sân bay Phù Cát					
Không (*)	261	4,24		1,00	
Có	28	6,36	0,02	1,60	1,06-2,40

(*): Nhóm tham khảo; OR: tỷ số chênh; CI: Khoảng tin cậy

Bảng 5 cho thấy mẹ ra đời từ năm 1971 trở về trước có tỷ lệ sinh con DTBS: 5,56% cao hơn ở mẹ ra đời từ năm 1972 trở về sau; mẹ có trình độ học vấn bậc trên trung học phổ thông sinh con DTBS: 1,89%, thấp hơn ở các nhóm khác; mẹ sống ở vùng núi sinh con DTBS: 5,34% cao hơn so với người mẹ sống ở các khu vực khác; mẹ sống ở vùng sân bay Phù Cát có tỷ lệ sinh con DTBS: 6,36% cao hơn vùng khác; các khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và 95% CI không chứa giá trị 1.

BÀN LUẬN

1. Mô tả tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở Phù Cát

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mô tả tỷ lệ DTBS ở huyện Phù Cát. Kết quả cho thấy, trong số 17.350 lần mang thai đã kết thúc thai nghén một cách tự nhiên thì tỷ lệ DTBS là 1,73% theo số thai; 4,38% theo mẹ và 1,83% theo số con sinh ra (bảng 1 và 2).

Nghiên cứu của Zhang X và cs (2012) cho thấy tỷ lệ DTBS từ 1,54 - 1,561% / số con sinh ra ở Trung Quốc [0]. Trong một báo cáo khác thì tỷ lệ trẻ sinh ra bị DTBS là 3,37% ở bang Illinois của Mỹ (2011) [0]. Lê Cao Đài và cs (1993), tỷ lệ sinh con DTBS của cựu binh từng tiếp xúc CĐHHTCT ở miền Nam Việt Nam là 2,3% [0]. Tỷ lệ con bị DTBS ở Đà Nẵng: 1,68%; ở Thái Bình: 1,72% (theo số con); tỷ lệ bà mẹ có con bị DTBS ở Đà Nẵng: 3%, Thái Bình: 2,93% [0]. Khi làm phép so sánh, chúng tôi nhận thấy rằng sự khác biệt các tỷ lệ mẹ có con bị DTBS trong

nghiên cứu này với kết quả nghiên cứu ở Đà Nẵng và Thái Bình có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhìn chung tỷ lệ DTBS có khác nhau theo các tác giả và địa điểm nghiên cứu. Theo chúng tôi, tỷ lệ DTBS ở Phù Cát trong nghiên cứu của chúng tôi dù xem xét theo con sinh ra hay theo mẹ đều cao hơn so với một số tác giả trong nước mà đối tượng nghiên cứu không phơi nhiễm với CĐHHTCT [0]. Tuy nhiên, tỷ lệ con bị DTBS của chúng tôi thấp hơn một số tác giả ở trong nước mà đối tượng nghiên cứu là nhóm phơi nhiễm với CĐHHTCT [0]. Như vậy, có thể nói rằng tỷ lệ con bị DTBS ở Phù Cát là khá cao. Điều này cho thấy giả thuyết về sự tồn tại các yếu tố liên quan đến sinh con bị DTBS ở Phù Cát mà yếu tố môi trường cần xem xét đến. Phù Cát là nơi bị rải CĐHHTCT với mật độ dày đặc từ năm 1965 - 1971 [0], đồng thời có sân bay quân sự Phù Cát - nơi chứa CĐHHTCT để chuẩn bị các phi vụ rải, vì thế khả năng phơi nhiễm với CĐHHTCT của người dân Phù Cát là rất lớn. Hơn nữa, Phù Cát cũng là huyện thuần nông, vấn đề sử dụng TBVTV trong nông nghiệp khá phổ biến, khả năng này cũng cần được xem xét.

Ngoài ra, chúng tôi nghĩ rằng, sự khác biệt các tỷ lệ DTBS trong các nghiên cứu trong nước cũng như ngoài nước, có thể do thời kỳ trẻ em được quan sát sau sinh, các phương pháp thu thập số liệu, các phương pháp xử lý thống kê cũng khác nhau. Ngoài ra, thiết kế nghiên cứu, phương pháp chọn mẫu, định nghĩa các biến số cũng góp phần vào sự khác biệt này.

Bảng 2 cho thấy lần mang thai thứ nhất sinh con bị DTBS chiếm 2,15%, lần mang thai thứ 5 con bị DTBS chiếm 2,02%. Sự khác biệt tỷ lệ sinh con bị DTBS ở lứa con thứ nhất và thứ 2,3 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và tỷ lệ sinh con bị DTBS ở lứa thứ tư có xu hướng tăng dần sau đó nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Một số tác giả cho rằng tuổi mẹ càng lớn thì tỷ lệ sinh con bị DTBS càng cao ở một số loại DTBS cụ thể đặc biệt là từ 35 tuổi trở lên [0], [0]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa phát hiện mối liên quan này khi phân tích hồi quy logistic giữa tuổi mẹ (biến liên tục) và tình trạng sinh con DTBS (bảng 4).

Dựa vào hệ thống phân loại bệnh tật theo ICD-X [0], bảng 3 cho thấy tỷ lệ DTBS ở hệ thần kinh chiếm 32,89%; kế đến là hệ cơ-xương chiếm 17,28%. Tỷ lệ DTBS ở hệ thần kinh khá cao, đây là một gánh nặng bệnh tật ở cộng đồng. Chúng tôi cũng tiến hành thống kê một số DTBS khác với tính chất sau: dễ chẩn đoán với độ tin cậy cao, ít nhầm với DTBS mắc phải, tần suất tương đối phổ biến, việc điều trị và phục hồi chức năng có hiệu quả. DTBS loại khe hở môi và vòm miệng là loại dị tật dễ nhận thấy nhất, thường được công bố với tỉ lệ cao trong các nghiên cứu về DTBS (2,09/1.000 trẻ sinh sống; 0,75/1.000 trẻ từ 2 - 7 tuổi ở nông thôn Nam Phi đầu thập niên 1990 [0]). Loại dị tật khe hở môi và vòm miệng di truyền theo kiểu đa nhân tố, yếu tố phơi nhiễm với tác nhân độc hại của môi trường đã can thiệp vào sự hình thành loại DTBS này [0]. Đối với loại dị tật khe hở môi hàm, việc phẫu thuật chỉnh hình sớm là cần

đề có tính xã hội và tính nhân đạo sâu sắc, giúp cho trẻ bị dị tật loại này không có những mặc cảm bị dị tật, hoà nhập tốt vào cộng đồng. Tỷ lệ hội chứng Down chiếm 3,32% tổng số các loại DTBS. Hội chứng Down là nguyên nhân phổ biến gây nên chậm phát triển tâm thần trong cộng đồng, tuổi thọ của những người này cũng khá cao nên các biện pháp phục hồi chức năng và các biện pháp quản lý giúp cho người bệnh có thể hòa nhập cộng đồng cần phải được quan tâm.

2. Một số yếu tố liên quan đến dị tật bẩm sinh ở Phù Cát

Dựa theo y văn, thực tế và khả năng thực hiện đề tài; chúng tôi sẽ tìm hiểu các yếu tố liên quan đến biến phụ thuộc là tình trạng sinh con bị DTBS gồm: tuổi có thai lần đầu, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, ở vùng núi, hút thuốc lá thụ động, phơi nhiễm TBVTV, sống vùng sân bay Phù Cát, sinh từ 1971 trở về trước và gia đình có tiền sử BTSS. Chúng tôi sử dụng lệnh sw logistic trong chương trình Stata 10.0 với $pr = 0,2$ để chọn các biến số đủ điều kiện đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến [0].

Chúng tôi phân thời điểm mẹ được sinh ra trước 1972 và từ 1972 trở về sau vì trong quá trình nghiên cứu chúng tôi phát hiện bà mẹ ở khu vực gần sân bay và vùng núi có nhiều con bị DTBS. Giả thuyết chúng tôi là mức độ phơi nhiễm với CĐHHTCT ở vùng này cao hơn ở các vùng còn lại trên một huyện được cho là phơi nhiễm với CĐHHTCT [0], [0]. Tỷ lệ mẹ sinh con DTBS được sinh ra trước năm 1972 là 3,56% cao hơn ở nhóm sinh từ 1972 trở về sau với $p < 0,05$; OR = 1,52; 95% CI: 1,2 - 1,94 cho phép chúng tôi suy luận rằng nhóm tuổi sinh trước 1972 có khả năng sinh con DTBS cao hơn nhóm còn lại 1,52 lần. Mẹ được sinh ra trước 1972 là trong thời gian này Phù Cát là nơi bị rải CĐHHTCT với mật độ khá cao [0] và những đứa bé gái sinh ra vào thời điểm này bị ảnh hưởng là không thể tránh khỏi và việc tăng tỷ lệ sinh con DTBS là hậu quả hợp lý. Một số nghiên cứu đều khẳng định tác động của CĐHHTCT có thể kéo dài nhiều thế hệ củng cố thêm giả thuyết của chúng tôi [0].

Mẹ có trình độ học vấn bậc tiểu học có khả năng sinh con DTBS với $p < 0,05$; POR: 2,86; 95% CI: 1,31 - 5,89. Chúng tôi nghĩ rằng sự khác biệt này có thể là gián tiếp do tình trạng kinh tế của người mẹ, chế độ ăn uống, hoàn cảnh sống, tiếp cận với chế độ ăn hợp lý cũng như kiến thức của người mẹ về tầm quan trọng của acid folic trong chế độ ăn mà một số tác giả đã chú ý đến [0].

Sống ở vùng sân bay Phù Cát có liên quan đến tình trạng mẹ sinh con DTBS mà chúng tôi phát hiện được với $p < 0,05$; POR: 1,60; 95% CI: 1,06 - 2,40. Sân bay Phù Cát, trước 1975 là sân bay quân sự của chế độ cũ, nơi chứa CĐHHTCT (chủ yếu là chất da cam / dioxin) để thực hiện các phi vụ đi rải từ năm

1965 - 1971 [0], [0]. Các CĐHHTCT tại sân bay này vẫn tồn tại cho đến ngày hôm nay về mặt cảm quan cũng như khi xét nghiệm mẫu đất; từ đây CĐHHTCT này sẽ phơi nhiễm đến con người ở chung quanh bằng nhiều con đường khác nhau và hậu quả là tăng tỷ lệ BTSS nói chung và mẹ sinh con DTBS ở vùng này là không thể tránh khỏi. Đặc điểm phơi nhiễm ở vùng sân bay Phù Cát cũng tương tự như một số điểm nóng Dioxin ở Việt Nam: Sân bay Đà Nẵng; sân bay Biên Hòa [0].

KẾT LUẬN

Tỷ lệ mẹ sinh con DTBS là 4,83%; tỷ lệ con bị DTBS là 1,83%. Tỷ lệ các dạng DTBS theo hệ cơ quan là: hệ thần kinh 32,89%; hệ cơ - xương 17,28%; Mẹ có học vấn bậc tiểu học, mẹ sinh ra trước năm 1972 và mẹ sống ở khu vực sân bay Phù Cát là các yếu tố liên quan đến sinh con DTBS. Giả thuyết là do phơi nhiễm chất độc hóa học trong chiến tranh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Christianson A. D. et al (2006). "Global Report on Birth Defects", *March of Dimes*, 2-20.
2. Trịnh Văn Bảo và cs (2006). "Tư vấn di truyền: biện pháp hạn chế sinh con dị tật bẩm sinh", *Tạp chí độc học*, 2, 14-21.
3. Nguyễn Việt Hùng, Trịnh Văn Bảo (2005). "Nghiên cứu tình hình dị tật bẩm sinh của sơ sinh đẻ tại bệnh viện Bạch Mai từ 1/1/1999 đến 30/9/2003 và một số yếu tố liên quan". *Tạp chí Y học thực hành*, số3 (505),12-16.
4. Võ Minh Tuấn và cs (2002). "Liên quan giữa phơi nhiễm chất độc màu da cam Dioxin với tình trạng sinh con dị tật bẩm sinh". Hội nghị khoa học Việt - Mỹ về ảnh hưởng của chất độc da cam/ dioxin lên sức khỏe con người và môi trường. Hà Nội, Việt Nam, 2002, 127 - 154.
5. Lê Cao Đài và cs (1993). "Điều tra tình hình biến chứng sinh sản và dị tật bẩm sinh ở gia đình cựu chiến binh huyện Việt Yên - Hà Bắc" Chất diệt cỏ trong chiến tranh, tác hại lâu dài đối với con người và thiên nhiên, *Hội thảo quốc tế lần thứ II*, tr. 224 - 232.
6. WHO (2011). International Statistical Classification of Diseases and Related Health problem World Health Organization Geneva (ICD-10), Tenth Revision, 2, pp. 174 - 185.
7. Zhang X. et al (2012), "Prevalence of birth defects and risk-factor analysis from a population-based survey in Inner Mongolia, China", *BMC Pediatr*, 12: 125.
8. Illinois Department of Public Health (2011), Trends in Birth Defect Rates in Illinois and Chicago 2004-2005.
9. Green R. F. et al (2010). "Association of paternal age and risk for major congenital anomalies from the National Birth Defects Prevention Study, 1997 to 2004". *Ann Epidemiol*, 20(3), 241-9.
10. Hoàng Văn Minh và cs (2012). Phương pháp phân tích số liệu và trình bày kết quả nghiên cứu khoa học y học. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 94 - 102.
11. U.S. - Vietnam Dialogue Group on Agent Orange/Dioxin 2010 - 2019 (2012). Declaration and plan of action.

CẤU CẦU BỆNH TẬT CỦA THUYỀN VIÊN TÀU VẬN TẢI VIÊN DƯƠNG

Nguyễn Thị Huệ¹, Nguyễn Tr-êng S-n²,
Tr-ần Thị Quỳnh Chi², S-ông S-óc Phó³
Bộ Y tế¹, Viện Y học biển VN², Viện Vệ sinh Dịch tễ TW³

TÓM TẮT

Các tác giả đã nghiên cứu thực trạng sức khoẻ và cơ cấu bệnh tật của 300 thuyền viên đang làm việc trên. Kết quả thu được như sau:

1. Về cơ cấu bệnh tật của thuyền viên tàu vận tải viễn dương

- Bệnh có tỷ lệ cao nhất là các bệnh chuyển hóa: tỷ lệ mắc bệnh của thuyền viên trước so với sau hành trình là 69,33% / 85,67 %, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. ($p < 0,01$). Tiếp đến là bệnh hệ tiêu hóa 27,67% / 66,33%; Bệnh của hệ thống hô hấp 39,00% / 63,67%; Bệnh của hệ thống tuần hoàn 24,33% / 48,67 %; Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng là 15,33% / 43,33 %; Các rối loạn hành vi tâm thần: tỷ lệ mắc bệnh của thuyền viên trước hành trình là 28,67% sau hành trình tăng lên 38,33%.

- Các bệnh ít gặp là tai nạn thương tích, bệnh u cục, bệnh máu và cơ quan tạo máu.

2. Một số bệnh có tính chất nghề nghiệp và tăng theo tuổi nghề ở thuyền viên tàu vận tải viễn dương:

- Bệnh của hệ thống tuần hoàn.
- Các rối loạn hành vi tâm thần.
- Bệnh của tai.

SUMMARY

RESEARCH THE DISEASE STRUCTURE OF SEAFARERS ON OCEAN-GOING SHIPS

Nguyen Hai Ha¹, Nguyen Truong Son², Tran Thi Quynh Chi², Dang Duc Phu³

VN Ministry of health¹, VN National Institute of Maritime Medicine², National Academy of Epidemiology Hygiene³

The authors have researched the disease structure of 300 seafarers working on the ocean-going ships. The results were obtained as follow:

1. The disease structure of seafarers as follow:

The highest incidence of metabolized diseases: 69.33% / 85.67 % (before and after the trip) ($P < 0.01$); the second was diseases of the digestive system 27.67% / 66.33%; Diseases of respiratory system 39.00% / 63.67%; Diseases of circulatory system 24.33% / 48.67 %; Infectious and parasitic diseases are 15.33% / 43.33 %; Diseases of nervous system and behavior disorders was 28.67% / 38.33%.

2. There is closing linear relation between professional years with some diseases as: Diseases of circulatory system, diseases of nervous system and behavior disorders, diseases of ears.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, ngành hàng hải nước ta có những bước phát triển đáng kể về chất lượng và số lượng, đội ngũ thuyền viên, số lượng và chất lượng các đội tàu, đặc biệt là các tàu viễn dương. Cùng với việc vươn khơi của các đội tàu là lực lượng thuyền viên làm việc tương ứng, họ đã trang bị được cho

minh khả năng về chuyên môn kỹ thuật, trình độ ngoại ngữ, khả năng làm việc quốc tế. Bên cạnh đó họ còn là nguồn lao động biển để xuất khẩu đến trên 10 nước, mang lại ngoại tệ đáng kể cho đất nước.

Các đối tượng này trong suốt thời gian hành trình trên biển thường xuyên phải sống và làm việc trong những môi trường hết sức khó khăn như: Môi trường vi khí hậu ở nhiều tàu không đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh cho phép, tác hại của sóng điện từ, tiếng ồn, rung vượt quá tiêu chuẩn cho phép và kéo dài liên tục 24/24 giờ trong ngày và qua nhiều ngày. Chế độ dinh dưỡng mất cân đối, thiếu rau xanh, vitamin... chế biến lại đơn điệu, nên dễ gây nhàm chán cho thuyền viên. Bên cạnh đó, hoạt động đơn điệu trong hành trình cũng thường gây nên cảm giác buồn chán, quan hệ xã hội phức tạp do đặc điểm môi trường vi xã hội bất thường như xã hội đồng giới, thường xuyên phải cô lập với đất liền, người thân, thiếu thông tin, thiếu phương tiện giải trí, lo nghĩ về kinh tế... Kết quả là tạo ra gánh nặng thần kinh - tâm lý ảnh hưởng đến sức khoẻ thuyền viên [3], [4].

Mặt khác cùng với sự phát triển kinh tế, sự thay đổi lối sống đặc điểm cơ cấu bệnh tật của người dân nước ta nhìn chung có xu hướng chuyển từ các bệnh nhiễm trùng sang các bệnh không nhiễm trùng, đặc biệt là các bệnh chuyển hóa. Vậy câu hỏi đặt ra là cơ cấu bệnh tật của thuyền viên tàu viễn dương có những thay đổi gì? Để trả lời những câu hỏi này chúng tôi tiến hành nghiên cứu chuyên đề này nhằm mục tiêu sau:

- Nghiên cứu cơ cấu bệnh tật của thuyền viên tàu vận tải viễn dương,

- Nghiên cứu một số bệnh có tính chất nghề nghiệp ở thuyền viên viễn dương.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu: Gồm 300 thuyền viên đang làm việc trên các tàu viễn dương của 2 Công ty VIPCO và Vitranschart, toàn bộ là nam giới, thời gian đi biển (tuổi nghề ít nhất từ 2 năm trở lên).

2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: tàu vận tải viễn dương của 2 công ty Vosco và Vitranschart nằm trên địa bàn thành phố HP và Viện Y học biển.

- Thời gian nghiên cứu: năm 2012.

3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Cơ mẫu nghiên cứu Chọn chủ đích 10 tàu chở hàng bách hóa của 2 công ty (6 tàu của Vosco và 4 tàu của Vitranschart).