

PHÂN VÙNG DỊCH TỄ SỐT RÉT CAN THIỆP TẠI CÁC TỈNH MIỀN BẮC VIỆT NAM NĂM 2009

Nguyễn Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Phân vùng dịch tễ sốt rét (SR) can thiệp năm 2009 được triển khai tại 28 tỉnh, thành phố phía Bắc dựa trên các yếu tố sinh địa cảnh, hồi cứu các chỉ số về mắc SR, muỗi truyền bệnh chính từ năm 2004 - 2008 và đề xuất các giải pháp phòng chống SR thích hợp cho từng vùng: vùng không có SR lưu hành gồm 3.128 xã với 24.351.411 dân. Vùng nguy cơ SR quay trở lại gồm 2.390 xã, 11.470.604 dân. Vùng SR lưu hành nhẹ có 327 xã, 1.617.315 dân; vùng SR lưu hành vừa có 224 xã, 922.255 dân; vùng SR lưu hành nặng có 183 xã, 708.901 dân.

* Từ khoá: Sốt rét; Sốt rét lưu hành; Phân vùng dịch tễ sốt rét.

MALARIA EPIDEMIOLOGICAL STRATIFICATION FOR INTERVENTION IN THE NORTHERN PROVINCES OF VIETNAM

SUMMARY

The malaria epidemiological stratification for intervention was carried out in 2009 in 28 northern provinces/cities basing on the landscape and geographical factors, the retrospective survey on the malaria indicators and main malaria vectors from 2004 - 2008, and proposed appropriate malaria control measures for each area/zone: the free malaria endemic area includes 3,128 commune with 24,351,411 people. The area at risk of malaria resurgence includes 2,390 communes with 11,470,604 people. The low malaria endemic area includes 327 communes with 1,617,315 population; the medium malaria endemic area consists of 224 communes with 922,255 population; the highly malaria endemic area consists of 183 communes with 708,901 population.

* *Key words: Malaria; Epidemiological malaria; Malaria epidemiological stratification.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chương trình phòng chống sốt rét (PCSR) ở Việt Nam trong những năm qua đã đạt được thành tích to lớn, số người mắc và chết do SR giảm đáng kể. Diễn biến dịch tễ bệnh SR cũng có những thay đổi ở các vùng miền trên toàn quốc qua nhiều năm đòi hỏi những biện pháp can thiệp phòng chống bệnh SR phải phù hợp và hiệu quả hơn với từng vùng dịch tễ SR.

Nghiên cứu phân vùng dịch tễ SR ngày càng trở nên quan trọng và cần thiết để giúp các nhà quản lý và kế hoạch cập nhật thực trạng vùng SR lưu hành (SRLH), triển khai các biện pháp PCSR thích hợp cho mỗi vùng SR và ưu tiên đầu tư kinh phí, kỹ thuật cho những vùng SR trọng điểm. Nghiên cứu phân vùng dịch tễ SR can thiệp tại các tỉnh khu vực phía Bắc được triển khai với các mục tiêu: (1) *Phân vùng dịch tễ SR căn cứ vào*

* Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng TW

Phản biện khoa học: PGS. TS. Đoàn Huy Hậu

điều kiện sinh địa cảnh, các chỉ số mắc SR và muỗi truyền bệnh chính. (2) Xây dựng bản đồ phân vùng dịch tễ SR tới đơn vị xã, phường. (3) Đề ra các giải pháp can thiệp phòng chống SR thích hợp cho mỗi vùng dịch tễ SR.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- Địa điểm nghiên cứu: các tỉnh khu vực phía Bắc, từ Hà Tĩnh trở ra.
- Đơn vị phân vùng là đơn vị hành chính xã, phường.
- Các yếu tố phân vùng và vùng dịch tễ SR:

Vùng không có SRLH: vùng đồng bằng hoặc núi cao > 1.000m so với mực nước biển; không có lây truyền SR tại chỗ; không có ký sinh trùng SR nội địa nhưng có thể có ký sinh trùng SR ngoại lai.

Vùng nguy cơ SR quay trở lại: vùng SRLH cũ nhưng đã cắt đứt lây truyền SR; không có ký sinh trùng SR nội địa trong vòng 5 năm liền từ 2004 - 2008, nhưng có thể có ký sinh trùng SR ngoại lai.

Vùng SRLH nhẹ: vùng đồi thấp, savan cây bụi, vùng núi cao 800 - 1.000m, vùng ven biển nước lợ; có lan truyền SR tại chỗ, có muỗi *An.minimus*, tỷ lệ bệnh nhân SR < 5/1.000 dân số chung/năm.

Vùng SRLH vừa: vùng rừng đồi, ven biển nước lợ, vùng rừng rậm, rừng thưa xen kẽ cây bụi, rừng cây công nghiệp; có lan truyền SR tại chỗ, có muỗi *An.minimus*, tỷ lệ bệnh nhân SR từ 5 - 10/1.000 dân số chung/năm; có > 5 ca ký sinh trùng (+)/1.000 dân số vùng SR lưu hành/năm.

Vùng SRLH nặng: vùng núi rừng, rừng rậm và bìa rừng rậm, rừng cây công nghiệp; có lan truyền SR tại chỗ, có muỗi *An.minimus*, tỷ lệ bệnh nhân SR > 10/1.000 dân số chung/năm.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Phương pháp hồi cứu: hồi cứu các số liệu về bệnh nhân SR, muỗi truyền bệnh SR tại xã, huyện, tỉnh trong 5 năm liền (2004 - 2008).

- Nghiên cứu ngang mô tả: điều tra cắt ngang có chủ đích tại 4 tỉnh đại diện các vùng địa lý sau khi đã phân vùng dựa vào chỉ số mắc SR, ký sinh trùng SR, tình trạng miễn dịch SR, muỗi truyền bệnh SR để kiểm chứng sự chính xác của phân vùng qua số liệu hồi cứu và điều tra sinh địa cảnh.

Điều tra đánh giá chỉ số hiện mắc SR và ký sinh trùng SR tại thời điểm phân vùng: mỗi tỉnh chọn 4 điểm đại diện cho 4 vùng (nguy cơ SR quay trở lại, SR lưu hành nhẹ, SR lưu hành vừa, SR lưu hành nặng). Mỗi điểm chọn 2 thôn có tình hình SR nặng nhất xã để khám, xét nghiệm máu tìm ký sinh trùng SR cho 400 người.

Điều tra đánh giá miễn dịch SR bằng kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang (IFA): 400 mẫu tại mỗi điểm điều tra chỉ số hiện mắc SR tại vùng SR nhẹ.

Điều tra muỗi truyền bệnh tại các điểm điều tra dịch tễ về thành phần loài và mật độ muỗi

truyền bệnh SR theo các kỹ thuật thường quy của Viện SR-Ký sinh trùng-Côn trùng TW.

- Tổng hợp số liệu và phân tích kết quả bằng phần mềm thống kê y sinh học và phần mềm bản đồ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ

BÀN LUẬN

1. Kết quả phân vùng dịch tễ SR.

Bảng 1: Phân bố số xã và dân số theo vùng tại 28 tỉnh, thành phố phía Bắc.

VÙNG	SỐ XÃ	TỶ LỆ %	DÂN SỐ	TỶ LỆ %
Vùng không có SRLH	3.128	50,6	24.351.411	62,3
Vùng nguy cơ SR quay trở lại	2.390	37,8	11.470.604	29,4
Vùng SRLH nhẹ	327	5,2	1.617.315	4,1
Vùng SRLH vừa	224	3,5	922.255	2,4
Vùng SRLH nặng	183	2,9	708.901	1,8
Cộng	6.322	-	39.070.486	-

28 tỉnh thành phố khu vực phía Bắc có 734 xã thuộc vùng SRLH (chiếm 11,6% tổng số xã) và 3.248.471 dân sống trong vùng SRLH (8,3% tổng dân số). So sánh với phân vùng dịch tễ SR năm 2003, sau 5 năm, tỷ lệ xã có SRLH và dân số sống trong vùng SR ở miền Bắc giảm đáng kể: tỷ lệ xã có SRLH năm 2009 đã giảm 49,5% (23% năm 2003) và tỷ lệ dân số sống trong vùng SRLH giảm được 51,5% (17,1% năm 2003).

2. Kết quả điều tra cắt ngang các chỉ số về bệnh SR.

Tại 3 tỉnh Lai Châu, Hà Giang, Phú Thọ, mỗi tỉnh chọn 4 điểm đại diện cho 4 vùng nguy cơ SR quay trở lại, SRLH nhẹ, SRLH vừa và SRLH nặng. Mỗi điểm đã khám lâm sàng và lấy lam máu xét nghiệm tìm ký sinh trùng SR cho 400 người. Kết quả ở vùng nguy cơ SR quay trở lại chỉ có 2 ca SR lâm sàng, vùng SRLH nhẹ có 3 ca SR lâm sàng, vùng SRLH có 16 ca SRLS/1.200 người tại mỗi vùng; tại cả 3 vùng trên đều không phát hiện được người nhiễm ký sinh trùng SR. Tại vùng SRLH nặng tỉnh Lai Châu có 25 ca SR lâm sàng và 4 người nhiễm *P.vivax*.

3. Kết quả xét nghiệm IFA tại vùng SR lưu hành nhẹ.

Bảng 2:

TỈNH	SỐ TRƯỜNG HỢP XÉT NGHIỆM	SỐ TRƯỜNG HỢP DƯƠNG TÍNH	TỶ LỆ %
Lai Châu	400	43	10,8
Hà Giang	398	30	7,5

Phú Thọ	400	7	1,8
Cộng	1.198	80	6,7

Tại vùng SRLH nhẹ, tình trạng miễn dịch SR trong cộng đồng đã giảm thấp, miễn dịch SR của dân ở vùng SR nhẹ tại Phú Thọ thấp nhất và cao hơn là ở Lai Châu, điều này phù hợp với tình hình SR hiện nay: Lai Châu mới giảm tỷ lệ mắc và giảm chết trong những năm gần đây, Phú Thọ đã giảm mắc và chết trong nhiều năm liền.

4. Kết quả điều tra phân bố muỗi truyền bệnh SR.

- Tại Lai Châu: cả 4 vùng nguy cơ SR quay trở lại, vùng SRLH nhẹ, vùng SRLH vừa và vùng SRLH nặng đều có muỗi truyền bệnh *An.minimus*.

- Tại Hà Giang: 3 vùng nguy cơ SR quay trở lại, vùng SRLH nhẹ, vùng SRLH vừa đều có muỗi truyền bệnh *An.minimus*.

- Tại Phú Thọ: hai vùng nguy cơ SR quay trở lại và vùng SRLH nhẹ có muỗi truyền bệnh *An.minimus*.

5. Đề xuất giải pháp can thiệp.

- Vùng không có SRLH: phát hiện và điều trị sớm, đúng phác đồ cho bệnh nhân sốt rét ngoại lai. củng cố các yếu tố PCSR bền vững.

- Vùng nguy cơ SR quay trở lại: giám sát dịch tễ SR thường xuyên; phát hiện sớm và điều trị sớm, đúng phác đồ cho các bệnh nhân sốt rét ngoại lai; có biện pháp phòng chống vector thích hợp nếu xuất hiện ký sinh trùng SR nội địa; quản lý dân di biến động đi và về từ vùng SRLH, cấp thuốc SR và tẩm màn cho người đi vào vùng SR.

- Vùng SR lưu hành nhẹ: triển khai các biện pháp PCSR để tiếp tục làm giảm mắc và giảm chết do SR, không để dịch SR xảy ra. Phát hiện, điều trị, quản lý bệnh nhân SR, người nhiễm ký sinh trùng SR, vận động nhân dân ngủ màn thường xuyên; chỉ tẩm màn hoá chất diệt muỗi ở những nơi giáp với các vùng SRLH vừa và nặng; giám sát dịch tễ SR thường xuyên; quản lý y dược tư nhân, quản lý di biến động dân cư đi và về từ các vùng không có hoặc có SR lưu hành; truyền thông phòng chống SR cho cộng đồng.

- Vùng SRLH vừa: triển khai các biện pháp PCSR mạnh để tiếp tục làm giảm mắc và giảm chết do SR, không để dịch SR lớn xảy ra. Phát hiện, điều trị, quản lý bệnh nhân SR, người nhiễm ký sinh trùng SR; vận động nhân dân tẩm màn hoá chất diệt muỗi, ngủ màn tẩm hóa chất diệt muỗi cả ở nhà và khi đi nương rẫy, đi rừng; phun hóa chất tồn lưu nơi có nguy cơ dịch hoặc xảy ra dịch, nơi dân không ngủ màn hay tỷ lệ ngủ màn < 80%; truyền thông phòng chống SR cho cộng đồng; giám sát dịch tễ SR thường xuyên; củng cố hoạt động của điểm kính hiển vi, quản lý y dược tư nhân.

- Vùng SRLH nặng: tập trung nguồn lực, kỹ thuật và triển khai các biện pháp PCSR mạnh làm giảm tỷ lệ mắc, tử vong do SR, không để dịch SR lớn xảy ra. Phát hiện, quản lý bệnh nhân SR, người nhiễm ký sinh trùng SR (ưu tiên thuốc hiệu lực cao). Vận động nhân dân tẩm màn hoá chất diệt muỗi, ngủ màn tẩm hóa chất diệt muỗi cả ở nhà và khi đi nương rẫy, đi

rừng. Phun hóa chất tồn lưu nơi có nguy cơ dịch hoặc xảy ra dịch, nơi dân không ngủ màn hay tỷ lệ ngủ màn dưới 80%. Tăng cường truyền thông phòng chống SR cho cộng đồng bằng các nội dung và hình thức thích hợp; tăng cường giám sát dịch tễ SR thường xuyên; củng cố mạng lưới y tế cơ sở, điểm kính hiển vi, quản lý y dược tư nhân; cấp thuốc SR cho những đối tượng đi rừng, ngủ rẫy; phối hợp đa ngành, quân dân y trong PCSR.

KẾT LUẬN

Phân vùng dịch tễ SR can thiệp tại 28 tỉnh, thành phố phía Bắc từ Hà Tĩnh trở ra có 5 vùng: vùng không có SRLH (3.128 xã) với 24.351.411 dân; vùng nguy cơ SR quay trở lại có 2.390 xã và 11.470.604 dân. Có 734 xã (11,6%) và 3.248.471 dân sống trong vùng SRLH (8,3%) bao gồm vùng SRLH nhẹ có 327 xã, 1.617.315 dân; vùng SRLH vừa 224 xã và 922.255 dân; vùng SRLH nặng 183 xã, 708.901 dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Vũ Thị Phan và CS.* Phân vùng dịch tễ và thực hành trong chương trình thanh toán SR ở Việt Nam. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 1981 - 1986, tập 1 phần SR. Viện Sốt rét-KST-CTTW. Hà Nội. 1987, tr:1-13.
2. *Vũ Thị Phan.* Dịch tễ học bệnh SR và phòng chống SR ở Việt Nam. Nhà xuất bản Y học. 1996, tr.176-187.
3. *Lê Khánh Thuận và CS.* Phân vùng dịch tễ SR và can thiệp trong Chương trình PCSR Việt Nam. Công trình nghiên cứu khoa học báo cáo tại Hội nghị Khoa học toàn quốc chuyên ngành Sốt rét-KST-CT giai đoạn 2001 - 2005, tập 1, bệnh sốt rét. Nhà xuất bản Y học. 2006, tr.30-37.
4. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị SR ban hành kèm theo quyết định số 339/QĐ-BYT ngày 31/01/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
5. *Bruce - Chwatt's.* Essential malariology. Arnold London. 1996, third edition, pp.134-136.
6. *World Health Organization.* Global malaria control and elimination, report of a technical review. 2008, pp.11-21.
7. *World Health Organization.* Malaria elimination. A field manual for low and moderate endemic countries. 2008, pp.9-10.