

Hiệu quả can thiệp dựa vào cộng đồng phòng chống bệnh lao tại quận Gò Vấp thành phố Hồ Chí Minh năm 2014

Nguyễn Trung Hòa¹, Võ Nguyễn Quang Luân⁴, Lê Trường Giang²,
Vũ Nguyên Thanh², Nguyễn Huy Dũng³

Tóm tắt: Nghiên cứu thiết kế theo phương pháp can thiệp cộng đồng giả đối chứng (quasi-experimental) được tiến hành trên 646 bệnh nhân lao từ tháng 4/2014 đến 5/2015 và nhóm đối chứng là những bệnh nhân lao thu dung điều trị hai năm 2012-2013 tại quận Gò Vấp thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) với mục tiêu giảm tỷ lệ bỏ trị, tăng tỷ lệ điều trị thành công và tăng số trường hợp phát hiện bệnh lao tại cộng đồng. Can thiệp được thực hiện bởi nhóm cộng tác viên qua biện pháp tiếp cận chủ động tại các hộ gia đình để tư vấn và tầm soát bệnh lao, phối hợp y tế công tư trong phát hiện, điều trị và theo dõi bệnh lao tại cộng đồng. Kết quả cho thấy tỷ lệ xét nghiệm lam đờm tăng 75,1%, tỷ lệ phát hiện bệnh lao tăng 17,3%, tỷ lệ điều trị thành công tăng 9% (chỉ số hiệu quả 10,8%), tỷ lệ bỏ trị giảm còn 0,5% (chỉ số hiệu quả 93%), tỷ lệ tử vong giảm 0,3% (chỉ số hiệu quả 10,3%). Như vậy, tăng cường tiếp cận chủ động nhằm tư vấn và tầm soát bệnh lao, quản lý bệnh nhân tại cộng đồng sẽ gia tăng phát hiện bệnh và điều trị thành công, giảm tỷ lệ bỏ trị từ đó sẽ giảm tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong vì bệnh lao.

Từ khóa: Bệnh lao, can thiệp dựa vào cộng đồng, tuân thủ điều trị, tầm soát.

Results of the community – based intervention for the prevention and control of TB in Go Vap district, Ho Chi Minh city, 2014

Nguyen Trung Hoa¹, Vo Nguyen Quang Luan⁴, Le Truong Giang²,
Vu Nguyen Thanh², Nguyen Huy Dung³

Abstract: The research employed a quasi-experimental, community-based intervention design which was applied to 646 tuberculosis patients from April 2014 to May 2015. The control population consisted of all TB patients treated in Go Vap district, Ho Chi Minh City (HCMC), between 2012 and 2013. The objective was to reduce treatment drop out rate, increase treatment success rate and the number of new TB cases detected in the community. The intervention was implemented by a group of health workers engaged in active outreach to households to conduct TB screening and counseling, to increase case

detection via public-private partnership in health, and to provide care and follow-up for TB patients in the community. The results showed an increase of sputum exams by 75.1%, an increase in new case enrollments by 17.3%, an increase in treatment success rate by nine percentage points (efficiency index 10.8%), a decline in default rate to 0.5% (efficiency index 93%) and a decline in mortality rate by 0.3 percentage points (efficiency index 10.3%). Therefore, increasing active outreach for TB screening and counseling, and providing patient care in the community can increase detection and treatment success, and decrease drop out rate, subsequently decreasing TB incidence and mortality rates.

Key words: Tuberculosis, community-based intervention, treatment compliance, screening

Tác giả:

1. Trung tâm Y tế Dự phòng quận Gò Vấp TPHCM
2. Hội Y tế công cộng TPHCM
3. Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch TPHCM
4. Friends for International TB Relief Đức

1. Đặt vấn đề

Bệnh lao vẫn còn là một trong những bệnh truyền nhiễm gây chết người nhiều nhất. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, hiện nay ước tính có 9 triệu bệnh nhân (BN) mắc lao trên toàn thế giới, trong đó có 480.000 người mắc lao đa kháng thuốc và có 1,5 triệu người tử vong do lao hàng năm [9]. Theo các chuyên gia y tế, với tốc độ giảm tỷ lệ mắc lao hiện tại ước tính đến năm 2182 mới tiêu diệt được bệnh lao [4]. Việt Nam hiện là quốc gia đứng thứ 12 trong 22 nước có tình hình dịch tễ lao cao nhất trên toàn cầu, đồng thời đứng thứ 14 trong số 27 nước có gánh nặng bệnh lao đa kháng thuốc cao nhất thế giới. Hàng năm, nước ta có khoảng 17.000 người tử vong do lao và số hiện mắc bệnh khoảng 190.000 người trong đó có khoảng 130.000 người mới mắc, tỷ lệ bệnh lao kháng đa thuốc tăng từ 2,3% năm 1996 lên 4,0% năm 2011 [6].

Nhiều khảo sát cho thấy những trở ngại trong công tác phòng chống lao là do bệnh nhân không được quản lý và điều trị bởi Chương trình chống lao Quốc gia (CTCLQG) vì họ điều trị trong hệ thống y tế tư nhân (khoảng 20%), không có điều kiện tiếp cận CTCLQG (khoảng 10%) hoặc không điều trị gì cả do không có triệu chứng (khoảng 10%) [5]. Một số nghiên cứu tại TPHCM đã xác định chất lượng điều trị trong hệ thống y tế tư nhân là thấp và khả

năng gây ra tình trạng kháng thuốc rất lớn do có tỷ lệ bỏ trị đến 65% [8]. Vì thế, CTCLQG tìm kiếm chiến lược và mô hình mới nhằm đạt mục tiêu giảm tỷ lệ hiện mắc bệnh lao từ 209/100.000 xuống còn 20/100.000 đến năm 2030. Một trong những mô hình như vậy là công tác tiếp cận cộng đồng chủ động [6]. Quận Gò Vấp TPHCM có số dân khoảng 650.000 người, dân nhập cư chiếm 47% và họ thường xuyên thay đổi nơi ở, ý thức phòng bệnh và sự tuân thủ điều trị của người dân chưa cao gây khó khăn cho công tác quản lý bệnh. Bên cạnh đó, trên địa bàn có nhiều phòng khám tư, có 2 bệnh viện đa khoa tư nhân nên đã thu dung một số lượng không nhỏ bệnh nhân lao vào điều trị. Mỗi năm phòng khám chuyên khoa lao Gò Vấp phát hiện và điều trị khoảng 700 bệnh nhân, những năm gần đây số bệnh nhân vào điều trị có xu hướng giảm, nhưng tỷ lệ bỏ trị ngày càng tăng (năm 2010 là 5,2%, 2011 là 7,1%, 2012 là 10,5%; nguồn từ báo cáo CTCL TPHCM năm 2010-2012). Trước thực trạng như vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng phòng chống bệnh lao tại quận Gò Vấp TPHCM năm 2014.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Người dân mắc bệnh lao đang sống, lao động, học tập trên địa bàn quận Gò Vấp.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2014 - 5/2015 tại 16 phường thuộc quận Gò Vấp.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang và can thiệp giả đối chứng (quasi experimental) so sánh nhóm can thiệp với nhóm chứng lịch sử là những bệnh nhân thu dung và điều trị 27 tháng liền kề.

- Cơ mẫu và cách chọn mẫu cho nghiên cứu ngang: Chọn tất cả bệnh nhân đã thu dung điều trị lao tại Phòng khám chuyên khoa lao quận Gò Vấp TPHCM từ 1/1/2012 đến 31/3/2014, số thực tế nghiên cứu là 1626.

- Cơ mẫu nghiên cứu can thiệp theo công thức:

$$n = Z^2(\alpha, \beta) \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Chúng tôi chọn $p_1 = 0,07$ tương ứng với 7,0% là tỷ lệ bỏ trị của bệnh nhân lao theo kết quả điều tra hai năm liền kề (2012-2013). Chọn $p_2 = 0,03$ tương ứng với 3% là tỷ lệ bỏ trị mong muốn sau can thiệp (giảm 4%). Chọn α ở mức ý nghĩa thống kê với độ tin cậy là 95% ($\alpha = 0,05$) và $\beta = 0,1$, vậy $Z^2(\alpha, \beta) = 10,5$. Thay vào công thức ta có $n = 618$. Chọn tất cả bệnh nhân lao đang điều trị tại thời điểm 1/4/2014 và số thu dung đến 31/5/2015 tại Phòng khám chuyên khoa lao Gò Vấp. Thực tế cỡ mẫu là 646 người.

2.3 Định nghĩa một số biến số nghiên cứu

- Bệnh nhân bỏ trị: bỏ dùng thuốc lao liên tục trên 2 tháng trong quá trình điều trị

- Thời gian điều trị (tương đương với thời gian can thiệp): Là khoảng thời gian sử dụng thuốc theo phác đồ điều trị của từng bệnh nhân (nghiên cứu này là 8 tháng)

- Điều trị thành công: Là những bệnh nhân được chẩn đoán lao và tuân thủ điều trị theo phác đồ, hoàn thành quy trình điều trị được chẩn đoán khỏi bệnh.

- Tuân thủ điều trị: Là bệnh nhân thực hiện đúng 6 nguyên tắc điều trị (1) Dùng thuốc đúng liều lượng; (2) Dùng thuốc đều đặn; (3) Dùng thuốc đúng cách; (4) Dùng thuốc đủ thời gian; (5) Xét nghiệm đúng định kỳ; (6) Khám bệnh đúng hẹn.

2.4 Các biện pháp can thiệp

- Xây dựng mạng lưới cộng tác viên tiếp cận chủ động tại các hộ gia đình nhất là những hộ có người mắc hoặc nghi mắc bệnh lao để tư vấn về kiến thức bệnh, cung cấp tờ rơi, tầm soát bệnh qua việc xét nghiệm đờm và tư vấn tuân thủ điều trị cho bệnh nhân

- Hoạt động của các cộng tác viên được sự hỗ trợ của Ban điều hành khu phố, tổ dân phố và ban ngành địa phương; có sự kết nối với Phòng khám lao quận, các phòng khám tư và sự hỗ trợ, hướng dẫn của Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch TPHCM. Cộng tác viên cũng sẽ tạo điều kiện chẩn đoán xét nghiệm cho những người nghi mắc lao bao gồm việc thu và chuyển đờm đến các phòng xét nghiệm quận, quản lý thông tin liên lạc và thông báo kết quả thử đờm nhanh để tránh sự bỏ trị ban đầu.

- Mỗi cộng tác viên thăm tối thiểu 15 hộ gia đình/ngày tương đương 12.600 người mỗi năm, giới thiệu xét nghiệm đờm ít nhất 100 người/năm. Kinh phí hỗ trợ cho cộng tác viên là 3,5 triệu đồng/tháng và nhận thưởng 100.000 đồng mỗi ca phát hiện lao.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Phân tích số liệu theo phương pháp thống kê y học, phần mềm Stata-10. So sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ bằng test χ^2 . Giá trị p có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $< 0,05$.

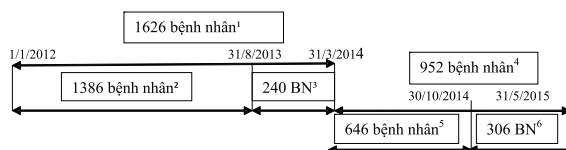
Chỉ số hiệu quả (CSHQ) can thiệp được đánh giá theo công thức:

$$CSHQ \% = \frac{|p_2 - p_1|}{p_1} \times 100$$

Với p_1 là tỷ lệ trước và p_2 là tỷ lệ sau can thiệp

3. Kết quả

Qua mô tả cắt ngang trên hồ sơ bệnh nhân từ ngày 1/1/2012 đến 31/3/2014, kết quả có 1626 bệnh nhân với nam giới 68%. Trong khi đó tính từ thời điểm tiếp cận can thiệp từ 1/4/2014 đến 31/5/2015 có 952 bệnh nhân và tỷ lệ nam giới là 67,5%.



Sơ đồ 1. Phân bố số bệnh nhân điều trị ở nhóm chứng và can thiệp theo thời gian

Sơ đồ 1 cho thấy số lượng BN thuộc nhóm chứng là 1626 người (1), tuy nhiên khi so sánh hiệu quả can thiệp trước sau về tỷ lệ bỏ trị và điều trị thành công chỉ có 1386 BN (2) do đủ điều kiện thời gian điều trị phác đồ (8 tháng), còn nhóm 240 BN (3) không đủ điều kiện thời gian để so sánh. Ở nhóm BN can thiệp 952 người (4) được thu dung từ lúc bắt đầu can thiệp 1/4/2014 đến 31/5/2015, có 646 BN (5) đủ điều kiện so sánh còn lại 306 BN (6) không đủ điều kiện so sánh sau can thiệp.

Bảng 1. So sánh giới tính, nhóm tuổi của bệnh nhân nhóm chứng và can thiệp

Biến số	Chỉ số SL		Nhóm chứng n=1626		Nhóm can thiệp n=952			p	
			%	SL	%				
Giới tính	Nam		1106	68,0	643	67,5		>0,05	
	Nữ		520	32,0	309	32,5			
Tổng cộng			1626	100	952	100			
Nhóm tuổi	0-14	Nam	0	0,0	0,0	3	0,3	0,6	>0,05
		Nữ	0	0,0		3	0,3		
	15-24	Nam	151	9,3	17,1	71	7,5	15,0	>0,05
		Nữ	126	7,8		71	7,5		
	25-34	Nam	239	14,7	24,0	119	12,5	21,7	>0,05
		Nữ	151	9,3		87	9,2		
	35-44	Nam	236	14,5	19,5	137	14,4	19,3	>0,05
		Nữ	81	5,0		47	4,9		
	45-54	Nam	237	14,6	18,7	152	16,0	20,8	>0,05
		Nữ	67	4,1		46	4,8		
	55-64	Nam	147	9,0	11,3	104	10,9	14,3	>0,05
		Nữ	38	2,3		32	3,4		
	≥65	Nam	96	5,9	9,4	56	5,9	8,3	>0,05
		Nữ	57	3,5		23	2,4		
Tổng cộng			1626	100	100	952	100	100	

Bảng 1 cho thấy bệnh nhân nam nhiều hơn nữ và ở nhóm chứng, nhóm can thiệp đều tương đương tỷ lệ với nhau. Nhóm tuổi 25-34 chiếm tỷ lệ cao nhất ở 2 nhóm.

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tạm trú ngắn hạn ở 2 nhóm khoảng 22%. Nghề nghiệp là cán bộ viên chức hoặc sinh viên học sinh có tỷ lệ thấp nhất, bệnh nhân lao có nhiễm HIV 4,6% ở nhóm can thiệp và nhóm chứng 7,7%.

Bảng 2. So sánh yếu tố địa lý, nghề nghiệp, bệnh lý kèm theo của bệnh nhân can thiệp và không can thiệp

Biến số	Chỉ số	Nhóm chứng n=1626		Nhóm can thiệp n=952		p
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Đối tượng cư trú	Thường trú	1164	71,6	679	71,3	>0,05
	KT2	100	6,1	58	6,1	
	KT3	6	0,4	2	0,2	
	KT4	356	21,9	213	22,4	
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức	185	11,4	76	8,0	>0,05
	Công nhân	244	15,0	176	18,5	
	Lao động phổ thông	288	17,7	186	19,5	
	Kinh doanh	119	7,3	85	8,9	
	Nội trợ	108	6,6	73	7,7	
	Sinh viên học sinh	173	10,6	84	8,8	
	Khác + MSLĐ	509	31,4	272	28,6	
Bệnh lý kèm theo	HIV/AIDS	126	7,7	44	4,6	>0,05
	Viêm gan	11	0,7	13	1,4	
	Đái tháo đường	44	2,7	30	3,1	
	Khác	11	0,7	75	1,9	
	Không	1434	88,2	790	89,0	
Tổng cộng		1626	100	952	100	

Bảng 3. So sánh số liệu tiếp cận, tầm soát bệnh và cam kết tuân thủ điều trị

Nội dung	Nhóm chứng n=1626	Nhóm can thiệp n=952
Số hộ gia đình tiếp cận	0	53.976
Số tờ rơi phát đến người dân	5.000	54.847
Số người được xét nghiệm từ cộng đồng	0	1629
Số BN phát hiện bệnh từ cộng đồng	0	306/1629
Số BN cam kết tuân thủ điều trị	0	932/952
Số phòng mạch tư tham gia	0	47/151 phòng mạch

Bảng 3 cho thấy số BN phát hiện mới tại cộng đồng là 306/952, tỷ lệ 32,1%. Số BN cam kết tuân thủ điều trị là 932/952, tỷ lệ 97,9%. Số phòng mạch tư cam kết tham gia theo dõi và điều trị lao là 47/151 (phòng khám đa khoa và nội nhi), tỷ lệ 31,1%.

Bảng 4. So sánh các chỉ tiêu tầm soát bệnh tại phòng khám trước và sau can thiệp

Nội dung tầm soát Tính theo trung bình/tháng	Kết quả theo trung bình/tháng		Tỷ lệ thay đổi (%)
	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	
Số đối tượng đến PKCKL để thử đờm	198,2	113,2	+75,1
Số ca AFB(+) phát hiện tại PKCKL	15,2	13,8	+10,4
Số ca AFB(+) phát hiện từ nguồn khác	19,1	15,8	+20,8
Số ca AFB(-) phát hiện tại PKCKL	13,8	12,1	+13,5
Tổng số ca mới phát hiện tại PKCKL	63,9	54,4	+17,3
Tổng số ca chuyển đến PKCKL	4,1	3,1	+34,9
Tổng số ca thu dung tại PKCKL	68	57,5	+18,3

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ xét nghiệm đờm tăng 75,1%, phát hiện mới tại phòng khám chuyên khoa lao tăng 17,3% và số bệnh nhân thu dung điều trị tăng 18,3%.

Bảng 5. Chỉ số hiệu quả can thiệp về điều trị và tuân thủ điều trị

Nội dung can thiệp	Nhóm không can thiệp n = 1386		Nhóm can thiệp n = 646		P χ^2	CSHQ %
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Điều trị thành công	1151	83,0	594	92,0	<0,05	10,8
Điều trị thất bại	51	3,7	21	3,2	>0,05	13,5
Chuyển đi	47	3,4	11	1,7	<0,05	50,0
Bỏ trị	97	7,0	3	0,5	<0,05	93,0
Tử vong	40	2,9	17	2,6	>0,05	10,3
Tổng cộng	1386	100	646	100		

Bảng 5 cho thấy tỷ lệ điều trị thành công tăng 9%, bỏ trị giảm 6,5%.

4. Bàn luận

Kết quả nghiên cứu từ bảng 1 và 2 cho thấy đặc điểm bệnh nhân ở nhóm chứng và can thiệp đều có sự tương đồng về yếu tố nhân trắc và tỷ lệ bệnh lý kèm theo. Tỷ lệ nam giới bệnh lao gấp đôi nữ giới và nhóm tuổi có tỷ lệ bệnh cao là từ 25 đến 54 sau đó giảm dần. Kết quả này cũng tương tự khảo sát tỷ lệ mắc bệnh lao tại Việt Nam năm 2009, nam giới cao hơn 1,9 lần so với nữ giới và tỷ lệ mắc gia tăng

theo tuổi [5]. Đối với điều kiện cư trú của bệnh nhân, kết quả cũng cho thấy bệnh nhân lao là người di biến động (tạm trú KT4) rất cao, chiếm hơn 1/5 tổng số người mắc lao. Điều này tạo ra hạn chế cho công tác kiểm soát bệnh lao tại cộng đồng do bệnh nhân lao nhóm này khó tuân thủ điều trị. Một số báo cáo của các quận huyện thuộc TPHCM có đề cập việc điều trị lao cho người nhập cư và cũng có tỷ lệ bỏ trị cao ở nhóm này, tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá khoa học về vấn đề cư trú của bệnh nhân lao. Về yếu tố nghề nghiệp của bệnh nhân, bảng 2 cho thấy nhóm người mất sức lao động có tỷ lệ cao nhất. Có lẽ do bệnh nhân lao dù ở nhóm trung niên nhưng do bệnh mãn tính kéo dài và đặc biệt có kèm theo bệnh khác như HIV/AIDS, viêm gan, đái tháo đường... làm gia tăng số người mất sức lao động. Riêng nhóm nghề có tỷ lệ bệnh cao thứ hai là người lao động phổ thông và công nhân. Đây là 2 nhóm nghề có cường độ lao động cao, trình độ học vấn hạn chế, đa số có điều kiện sống và chăm sóc sức khỏe kém cho nên dễ mắc lao hơn các nhóm khác. Kết quả phân tích về bệnh khác kèm theo cho thấy nhóm có HIV/AIDS là cao nhất, kể đến là đái tháo đường. Đây là hai nhóm bệnh có chung đặc điểm là giảm sức đề kháng cơ thể và việc không kiểm soát tốt bệnh dễ dẫn đến bệnh lao cơ hội. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã minh chứng điều này. A. Pawlowski và cộng sự cho rằng nhiễm HIV là yếu tố nguy cơ lớn nhất dẫn đến nhiễm lao và tiến triển thành bệnh, làm tăng nguy cơ tiềm ẩn bệnh lao gấp 20 lần [7]. Theo A.D. Harries, mối liên hệ giữa bệnh tiểu đường và bệnh lao đã được công nhận trong nhiều thế kỷ. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy bệnh đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với bệnh lao và có thể ảnh hưởng đến sự phát bệnh cũng như đáp ứng điều trị. Hơn nữa, bệnh lao có thể gây không dung nạp glucose và làm trầm trọng thêm sự kiểm soát đường huyết ở những người bị bệnh đái tháo đường [3].

Sơ đồ 1 cho thấy tổng số bệnh nhân lao có từ 1/1/2012 đến 31/3/2014 là 1626 người, tuy nhiên khi hồi cứu mô tả để làm nhóm chứng so sánh nhóm can thiệp chỉ có 1386 người do 240 bệnh nhân chưa kết thúc phác đồ điều trị. Và như vậy, vì đạo đức nghiên cứu nhóm 240 bệnh nhân này sẽ được tiếp tục can thiệp khi hoạt động bắt đầu từ 1/4/2014 nhưng không đưa vào số liệu so sánh sau can thiệp. Số bệnh nhân thu dung từ khi có hoạt động can thiệp đến 31/5/2015 là 952 người, nhưng khi phân tích hiệu quả can thiệp đã loại ra 306 người (do vẫn còn can thiệp quá trình tuân thủ điều trị). Như vậy, số bệnh nhân hoàn thành can thiệp là 646 người.

Trong thời gian áp dụng mô hình tiếp cận cộng đồng thông qua các tư vấn viên cho thấy có sự hỗ trợ và phối hợp chặt chẽ giữa các đơn vị thực hiện như: Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, Trung tâm Y tế Dự phòng và Phòng khám chuyên khoa lao quận Gò Vấp, Trạm y tế và các khu phố, tổ dân phố. Đặc biệt, hoạt động can thiệp được sự đồng thuận của đại đa số người dân tại cộng đồng. Kết quả bảng 3 cho thấy số hộ dân được tầm soát 53.976 hộ, chiếm khoảng 1/3 toàn quận và số người dân được tiếp cận tư vấn phát từ rơi gần 250.000 người. Tuy nhiên, số tầm soát đờm ở người nghi lao chỉ có 1629 người và đã phát hiện người bị lao tại cộng đồng là 306 người. Kết quả can thiệp này đã làm tăng kiến thức và chủ động phòng bệnh lao của người dân, tăng phát hiện bệnh nhân tiềm ẩn và như vậy hạn chế lây lan mầm bệnh trong cộng đồng. Bên cạnh đó, tiếp cận chủ động cùng tư vấn và giám sát sự tuân thủ điều trị cho tất cả những bệnh nhân được thu dung điều trị, hạn chế thấp nhất tỷ lệ bỏ trị. Tỷ lệ cam kết tuân thủ điều trị là 97,9% (932/952), đây là điểm mới và chỉ có ở hoạt động can thiệp này (CTCLQG không bắt buộc cam kết). Đối với vấn đề phối hợp công tư trong quản lý và điều trị lao, kết quả can thiệp chỉ có 31,1% số cơ sở y tế tư nhân tham gia và cũng chỉ có 7 bệnh nhân lao được chuyển gửi, chẩn đoán, theo dõi và điều trị trong suốt quá trình can thiệp. Tuy nhiên, đây chỉ là kết quả bước đầu.

Từ những hoạt động can thiệp nêu trên, kết quả tại bảng 4 cho thấy số bệnh nhân đến Phòng khám chuyên khoa lao để tầm soát bệnh cũng gia tăng và số thử đờm tăng 75,1%, số bệnh nhân thu dung điều trị tăng 17,3% so với nhóm chứng. Kết quả hoạt động can thiệp tại bảng 5 cũng cho thấy tỷ lệ điều trị thành công tăng 9% so với nhóm chứng, chỉ số hiệu quả 10,8%; Tỷ lệ bỏ trị 0,5% (giảm 6,5% so với nhóm chứng), chỉ số hiệu quả 93%. Đây là kết quả rất khả quan, cho thấy mô hình can thiệp đi đúng hướng và nội dung can thiệp phù hợp thực trạng tại địa phương. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tích cực khi gia tăng can thiệp dựa vào cộng đồng để phòng chống và kiểm soát bệnh lao. Ahmed Arshad và cộng sự đã nghiên cứu tổng quan hệ thống vào năm 2012 với nội dung can thiệp dựa vào cộng đồng phòng chống và kiểm soát bệnh lao cũng cho kết quả làm gia tăng tỷ lệ phát hiện bệnh, gia tăng tỷ lệ điều trị thành công và kéo giảm tỷ lệ bệnh tái phát [1].

Về hiệu quả kinh tế của mô hình can thiệp, nếu ước tính chi phí điều trị cho một bệnh nhân lao trung bình 50.000 đồng/ngày thì tổng chi cho 8 tháng là 12 triệu đồng /người, chi phí điều trị lao kháng đa thuốc còn cao gấp vài chục lần. Theo thông điệp của Tổ chức Y tế Thế giới “Phát hiện sớm được một người mắc lao là cứu sống 1 người và phòng cho 10 người”. Như vậy, trong 14 tháng hoạt động can thiệp phát hiện 306 bệnh mới tại cộng đồng (tương đương với phòng ngừa mắc lao cho 3060 người), ước tính tiết kiệm được 36,72 tỷ đồng. Giảm 42 bệnh nhân bỏ trị (nguy cơ dẫn đến điều trị lao kháng đa thuốc chi phí khoảng 200 triệu đồng/người) ước tính tiết kiệm kinh phí hơn tám tỷ. Trong khi đó, hoạt động can thiệp chi phí quản lý và hỗ trợ cộng tác viên vào khoảng 1 tỷ. Như vậy, đầu tư 1 tỷ đồng để tiết kiệm gần 45 tỷ đã mang lại hiệu quả kinh tế rất lớn cho xã hội.

Với kết quả này, nhóm nghiên cứu mong muốn xây dựng và áp dụng mô hình can thiệp cộng đồng nhằm đẩy lùi bệnh lao cũng như hậu quả của nó. Để mô hình bền vững vẫn đạt hiệu quả với chi phí thấp nhất, thì vai trò của cán bộ chuyên trách phòng chống lao tại trạm y tế phường, xã phải tích cực tiếp cận cộng đồng, xây dựng mạng lưới tại chỗ từ tổ dân phố, tăng cường truyền thông nâng cao nhận thức và hiểu biết về bệnh để người dân chủ động đến cơ sở y tế tầm soát bệnh lao khi có dấu hiệu nghi ngờ, và như vậy không cần thuê mướn cộng tác viên.

Mặc dù nhóm nghiên cứu rất cố gắng, nhưng đề tài vẫn còn những điểm hạn chế như thiếu dữ liệu phân tích về trình độ học vấn và điều kiện kinh tế của bệnh nhân, sự phối hợp với các cơ sở y tế tư nhân còn thấp. Chúng tôi sẽ tiếp tục khắc phục điều này trong những hoạt động can thiệp thời gian tới.

Tóm lại, mô hình tiếp cận chủ động dựa vào cộng đồng phòng chống và kiểm soát bệnh lao sẽ gia tăng tỷ lệ phát hiện bệnh trong cộng đồng, tăng hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ bỏ trị. Từ đó, bệnh lao sẽ giảm tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong góp phần giảm gánh nặng do bệnh lao gây ra tại địa phương.

Dựa trên kết quả can thiệp, chúng tôi khuyến nghị hệ thống y tế công lập có xây dựng mạng lưới tư vấn viên hoặc tạo điều kiện cho cán bộ phụ trách bệnh lao đi sàng lọc, tư vấn, giới thiệu và hỗ trợ bệnh nhân lao trong cộng đồng. Phối hợp có hiệu quả các cơ sở y tế tư nhân, đặc biệt các đơn vị chuyên khoa bệnh hô hấp.

Tài liệu tham khảo

1. Arshad A et al. (2014) "Community based interventions for the prevention and control of tuberculosis", Journal of BioMed Central. pp. 2-10.
2. Dinh SN, "Strategic management of MDR-TB in Vietnam", Journal Of Franco-Vietnamese Association Of Pulmonology, vol. 02, no. 03, pp. 40-42, 2011.
3. Harries AD, Billo N, Kapur A. "Links between diabetes mellitus and tuberculosis: should we integrate screening and care?" Trans R Soc Trop Med Hyg. 2009;103:1-2.
4. Keshavjee S and Yuen C, "Stop TB Partnership. The Paradigm Shift: Global Plan to End TB 2016-2020. Geneva: Stop TB Partnership, UNOPS, 2015.
5. Nguyen BH, Dinh NS, Nguyen VN, Tiemersma E, Borgdorff M and Cobelens F, "National survey of tuberculosis prevalence in Vietnam," Bulletin of the World Health Organization, no. 88, pp. 273-280, 2010.
7. Pawlowski A, Jansson M, Skold M, Rottenberg RE, Kallenius G, (2012) "Tuberculosis and HIV Co-Infection," PLoS Pathog. 8(2): e1002464.
8. Quy HT, Linnroth K, Lan NT and Buu TN (2003) "Treatment results among TB patients involved in a PPM project in VN", International Journal of TB and Lung Disease, vol. 7, no. 12, pp. 1139-1146
6. NTP, "National Strategic Plan for TB Control for the Period 2015-2020," Ministry of Health, Hanoi, 2014.
9. World Health Organization, "Global TB Report," WHO Press, Geneva, 2014.