

CHÔNG TỬ VONG DO VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM NHỮNG KHÓA CẠNH Y HỌC XÃ HỘI

NGUYỄN ĐÌNH HƯỜNG

1. Viêm phổi, nguyên nhân gây tử vong số 1 ở trẻ nhỏ Việt Nam

Theo một thống kê năm 1989 của Tổ chức y tế thế giới*, hàng năm tại các nước kinh tế đang phát triển có khoảng 14 triệu trẻ nhỏ dưới 5 tuổi chết do các nguyên nhân sau: viêm phổi 4 triệu, tiêu hóa 3,9 triệu, thời kỳ chu sinh 3,2 triệu, các nguyên nhân khác 2,9 triệu. Các bệnh đường ruột và đường thở là những nguyên nhân của hơn 1/2 số tử vong trẻ em tại các nước nghèo.

Ở Việt Nam, nhiều thống kê y tế các tuyến cũng đã cho thấy tình hình tương tự. Viêm phổi là nguyên nhân mắc bệnh cũng như tử vong chủ yếu ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi. Bảng dưới đây tổng hợp các số liệu đã được công bố.

Cơ sở	Thời điểm	Tỷ lệ mắc bệnh hô hấp/ tổng số mắc		Tác giả
		Vào điều trị	Tử vong	
Viện bảo vệ sức khỏe trẻ em	1960 -1976	44%	37,6%	Viện Bảo vệ sức khỏe trẻ em
Bệnh viện huyện Phú Xuyên	1983 - 1985	46,8%	42,3%	Bác sĩ Hoàng Thành
Bệnh viện Nhi đồng II thành phố Hồ Chí Minh	1983- 1985	28-38%		Giáo sư Tạ Ánh Hoa
Tỉnh Minh Hải (3 huyện thị)	1992		39,5%	Bác sĩ Trần Tiến Khóa
5 tỉnh đồng bằng sông Cửu Long	1992		40,8%	Bác sĩ Lê Văn Nhi

So sánh viêm phổi với tiêu chảy vào điều trị tại khoa nhi các bệnh viện lớn 2 thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội, các thống kê sau cho thấy như sau:

	Bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội 1987-98 Bác sĩ Lê Thị Hiền		Các bệnh viện thành phố Hồ Chí Minh 1992 Bác sĩ Thái Thành Nhơn	
	Bệnh hô hấp	Bệnh tiêu chảy	Bệnh hô hấp	Bệnh tiêu chảy
Khám bệnh	37.416	8.481	138.02	31.092
Vào viện	6.115	2.287	24.258	12.182
Tử vong	530	52	236	45

* Giáo sư Nguyễn Đình Hường là viện trưởng Viện Lao và bệnh phổi Việt Nam, Thư ký thường trực Hội đồng khoa học Hiệp hội bài lao và bệnh phổi quốc tế Paris.

2. Chương trình ARI. (Chương trình chống tử vong trẻ em do viêm phổi).

Trước tình hình trên, vào đầu thập kỷ 80, Tổ chức y tế thế giới đã đề xuất một chương trình phòng chống mang tên chống "Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính", tiếng Anh là Acute Respiratory Infection (ARI), phòng một loạt các bệnh đường thở trên và dưới ở trẻ em, từ mũi họng, tai giữa đến thanh khí phế quản, nhu mô, có thể gọi đơn giản là *Chương trình chống viêm phổi* vì viêm phổi là diễn biến cuối cùng và là nguyên nhân gây tử vong chủ yếu.

Năm 1982, Braxin là nước đầu tiên trên thế giới có Chương trình quốc gia phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Năm 1984, Chương trình được tổ chức tại Việt Nam và Việt Nam là 1 trong 3 nước trên thế giới có Chương trình quốc gia, nước đầu tiên ở khu vực Á Phi. Đến nay trên thế giới đã có khoảng hơn 60 nước đang phát triển tổ chức chương trình ARI quốc gia, hướng ứng mục tiêu của Tổ chức y tế thế giới.

Sau 10 năm thực hiện đến nay Chương trình ARI ở Việt Nam đã được triển khai tại tất cả các tỉnh, tại 4.140 xã thuộc 303 huyện, số trẻ em dưới 5 tuổi trong diện bảo vệ của Chương trình là 3.769.872, chiếm tỷ lệ 54% tổng số trẻ trong diện đối tượng.

3. Một số vấn đề cơ sở chiến lược.

Mục tiêu của Chương trình ARI là chống mắc bệnh cho trẻ, các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp. Tuy nhiên trước mắt Chương trình có mục tiêu gần là giảm tử vong, nó là nguyên nhân gây chết của khoảng 4 triệu trẻ em trên thế giới như đã trình bày ở phần trên và không dưới 20.000 trẻ mỗi năm ở Việt Nam.

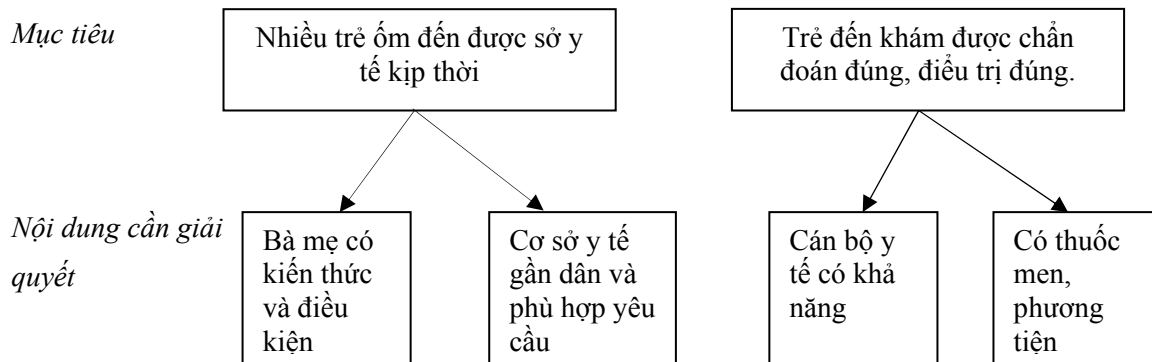
Nhằm mục tiêu này và để đề xuất một chiến lược thích hợp, có 2 vấn đề đã được tìm hiểu: ai thăm khám trẻ mắc bệnh và trẻ chết trong hoàn cảnh nào?

Về người thăm khám, qua nhiều thống kê có thể đi đến một số liệu tổng quát như sau: khoảng gần 20% trẻ em mắc bệnh được đến chữa tại các bệnh viện và hơn 80% chỉ được thăm khám tại các trạm y tế xã phường hoặc chữa tại nhà, hoặc không được điều trị gì.

Tình hình này đưa đến một kết luận thực đơn giản nhưng lại rất cơ bản về chiến lược là cần trước hết củng cố mạng lưới y tế cơ sở. Nếu có 100 tử vong, thì theo tỷ lệ trên, khoảng 20 sẽ xảy ra ở bệnh viện, 80 ở trạm y tế hoặc ở nhà. Thầy thuốc trong bệnh viện nếu chữa bệnh thực giỏi để không xảy ra tử vong thì sẽ cứu được 20 trẻ nhưng nếu y tế cơ sở chỉ cần chữa khỏi 50% số bệnh nhi đến khám thì 40 trẻ đã có thể được cứu sống.

Về hoàn cảnh tử vong, các điều tra đến từng hộ gia đình đã cho thấy có 3 tình huống: trẻ đến chữa quá muộn, trẻ không được chữa chạy và trẻ đến chữa dù rất kịp thời mà điều đáng tiếc vẫn xảy ra. Các tỷ lệ cụ thể là khác nhau từng vùng, từng tỉnh (ví dụ ở 17 xã đồng bằng sông Hồng, điều tra năm 1984: 39% đến khi bệnh đã nặng, 6% quá nặng, 14% chữa tại nhà, 9% không được chữa chạy gì, 3% được chữa bằng "cúng bái" và 29% đến cơ sở y tế khi bệnh còn khá nhẹ trong khi ở miền núi thì chỉ hơn 1/4 trẻ được đưa đến các trạm xá) nhưng tựu trung chỉ có 3 tình huống chủ yếu đã nêu.

Trên cơ sở các kết quả thăm dò như trên, chiến lược cũng như biện pháp của Chương trình ARI đã được xác định và có thể được tóm tắt trong sơ đồ sau:



4. Khả năng thực hiện đối với y tế cơ sở

Yêu cầu của Chương trình đối với người cán bộ ở các trạm y tế cơ sở tương đối đơn giản và bao gồm 2 việc chủ yếu:

- Thăm khám trẻ mắc bệnh và phân loại làm 3 thể: nhẹ thì trả về nhà, hướng dẫn cách chăm sóc, theo dõi, nặng thì chuyển lên tuyến trên, trung bình (thể vừa) là trong khả năng, giữ lại điều trị.
- Kê đơn phát thuốc, đúng loại thuốc đã được quy định sử dụng.

Chương trình đã nghiên cứu và đúc kết được những kỹ thuật hết sức đơn giản trong thăm khám, căn cứ các triệu chứng rất dễ nhận biết cũng như quy định những bảng phác đồ điều trị có màu sắc và hình ảnh dễ hiểu, dễ dùng, hướng dẫn việc sử dụng các loại thuốc.

Phương pháp đào tạo cũng đã được nghiên cứu, thực tế, cụ thể, giảng viên "miệng nói tay làm", "cầm tay chỉ việc" học viên tai nghe mắt nhìn, có kiến tập, có cả đóng kịch (bà mẹ, trẻ ốm, thầy thuốc v.v...) để người học dễ hiểu, dễ nhớ.

Với đối tượng cán bộ y tế tuyến cộng đồng của Việt Nam như hiện nay, hầu hết đã tốt nghiệp phổ thông cơ sở hoặc trung học và 1 - 2 năm học nghề, việc tiếp thu thường tương đối dễ dàng nhanh chóng, khả năng thực hiện nhiệm vụ có thể đạt được không khó khăn.

Trong một đợt đánh giá chất lượng chẩn đoán (3 tỉnh đồng bằng Bắc Bộ năm 1990), 232 trẻ em ốm được y tế xã khám đã được bác sỹ nhi khoa thẩm định lại sau đó, các kết quả cho thấy sai lầm chủ yếu là chẩn đoán thừa, định mức thể bệnh cao hơn quy định và dùng kháng sinh chưa cần thiết với mức độ chung quanh 9 - 15%. Trong một thăm dò khác tại 2 tỉnh (năm 1987) theo dõi công việc của 50 y sỹ xã (khám cho 150 bệnh nhi) thấy 79% trường hợp đã được phân thể bệnh đúng, 78% quyết định xử trí đúng, 66% có hướng dẫn nhắc nhở bà mẹ chăm sóc trẻ tại nhà và 78% đã ghi chép sổ sách đạt yêu cầu quy định.

Tuy nhiên, từ có kiến thức đến sử dụng được kiến thức, bước đường đôi khi không ngắn. Trong các đợt giám sát những thiếu sót trong thực hiện chức trách chuyên môn đã được phát hiện với các nguyên nhân phần lớn thuộc lĩnh vực ngoài y học và có thể xếp trong các phạm vi sau: đời sống của cán bộ không đảm bảo, lương thấp, trả chậm, phải làm thêm việc ngoài, thiếu tinh thần trách nhiệm, khám bệnh tắc trách qua loa, không nghiêm chỉnh áp dụng những kiến thức đã học dù đã biết. Điều đáng lưu ý là các sai phạm như vậy thường gặp tại các tỉnh phía Bắc nhiều hơn so với các tỉnh phía Nam.

5. Khả năng thực hiện đối với bà mẹ.

Giáo dục kiến thức chăm sóc trẻ cho các bà mẹ là một hoạt động rất quan trọng của Chương trình ARI. Nội dung những hiểu biết cần truyền đạt đã được tìm hiểu và quy định

rất rõ ràng tỷ mỹ.

Các bà mẹ đã được hướng dẫn về những nguyên nhân nào làm trẻ dễ mắc viêm phổi (từ suy dinh dưỡng, mắc tiêu chảy, đến khói bếp, khói thuốc lá, không được bú mẹ, thời tiết lạnh...) Các bà mẹ cũng đã được giải thích khi nào nghi trẻ mắc viêm phổi để cần đưa đến y tế kịp thời, nhất là biết các triệu chứng khi bệnh diễn biến nguy kịch để đưa trẻ đi khám không chậm trễ v.v...

Các nội dung đó đã được nghiên cứu thể hiện khá công phu, từ về danh từ sử dụng, hình vẽ minh họa cho đến màu sắc trình bày, cách trao đổi nêu câu hỏi gây hứng thú, sao cho dễ hiểu, dễ nhớ và tạo được niềm tin, qua những thử nghiệm đánh giá trên thực địa.

Việc giáo dục được thực hiện qua những cuộc họp do các đoàn thể hoặc do y tế tổ chức nhưng chủ yếu là khi các bà mẹ đưa con đến trạm y tế, trong lúc chờ đợi khám bệnh (qua tranh ảnh, phát thanh) và quan trọng hơn nữa sau lúc trẻ được thăm khám, qua những dặn dò trực tiếp giữa người chữa bệnh và bệnh nhân (như đã nói ở một phần trên) giải thích hướng dẫn cách uống thuốc, tiêm thuốc, cách chăm sóc trẻ... là việc cán bộ y tế phải thực hiện khi khám bệnh, đã được quy định.

Các kết quả thu được của hoạt động này thấy rất khả quan. Theo số liệu của một số đợt điều tra tại vùng đồng bằng sông Hồng, điều rõ ràng là một số bà mẹ ở nông thôn miền Bắc của chúng ta có những hiểu biết khá chính xác và đáng mừng về việc chăm sóc trẻ. Trong một đợt thăm dò ở Hà Nội (1986), nêu 22 câu hỏi với 188 bà mẹ có con đang gửi nhà trẻ về bệnh hô hấp ở trẻ em thấy 55% biết khá đúng về các dấu hiệu của bệnh khi nặng lên và 54% biết khá chính xác về chỉ định sử dụng kháng sinh, 57% hiểu rõ lợi ích của sữa non.

Điều đáng nêu khác là khả năng tiếp thu, sau khi được giải thích, mức độ hiểu biết tăng lên rõ rệt

Phòng vấn 150 bà mẹ mang con nhỏ đến khám bệnh tại 50 trạm y tế ở những xã đã được thực hiện Chương trình sau 6 tháng (1987), các kết quả cho thấy 80% có hiểu biết khá đầy đủ về những triệu chứng của một trẻ mắc bệnh viêm phổi, 36% biết cách chăm sóc trẻ tại nhà khi ốm đau, 88% biết chú ý việc nuôi dưỡng khi trẻ mắc bệnh và 90% hiểu nội dung cũng như lợi ích của việc tiêm chủng 6 bệnh cho trẻ em.

Tuy nhiên, cũng như đối với cán bộ y tế, từ hiểu biết, kiến thức đến hành động, con đường cũng còn khá dài và trắc trở. Qua tìm hiểu tại nhà những trường hợp tử vong hoặc thăm hỏi lý do đưa trẻ đến quá muộn, có thể xếp các nguyên nhân thường được trả lời trong một số nội dung sau:

- Chưa thật tin vào những điều đã được hướng dẫn dù có biết và trả lời đúng yêu cầu trên lý thuyết.
- Hoàn cảnh kinh tế khó khăn, bận làm ăn, không có phương tiện đi lại, nhà xa trạm y tế.
- Không được quyền quyết định, phải chờ ý kiến chồng hoặc hoặc bố mẹ, (ông bà).

Ngoài ra còn có một tỷ lệ không nhỏ (15 - 30% tùy địa phương) bà mẹ không muốn đưa con đến trạm y tế vì những nguyên nhân thuộc về tinh thần thái độ phục vụ, ví dụ trạm đóng cửa, bắt chờ đợi, bị hắt hủi hoặc không tin có đủ khả năng chuyên môn v.v... Trong một số trường hợp như vậy, trẻ ốm đến khám thầy thuốc tư, ông lang hoặc được chữa theo lời khuyên của hàng xóm láng giềng.

Về vấn đề thầy thuốc tư, cũng có một vài vấn đề nên lưu ý. Việc phát triển hệ thống y tế tư nhân là một hiện tượng tự nhiên và hợp pháp trong hoàn cảnh hiện nay và đã có vai trò tích cực nhất định trong công tác chăm sóc sức khỏe, giải quyết bệnh tật.

Tuy nhiên, tại một số địa phương, đặc biệt ở nông thôn, việc đăng ký hành nghề chưa được quy định chặt chẽ đưa đến tình trạng có những người không đủ khả năng cũng tự động hành nghề và gây ảnh hưởng không tốt.

Một điều tra ở một huyện đồng bằng sông Hồng (1990) đã thấy trong 75 trường hợp trẻ em được thống kê là viêm phế quản, viêm phổi, có 22 là do thầy thuốc tư phát hiện (bác sỹ, y sỹ, y tá). Trong số này, 19 đã được chỉ định dùng kháng sinh với 13 trường hợp kê đơn không đúng quy định. Trong 9 trường hợp tử vong do viêm phổi, có 8 là đã chữa tại bệnh viện, 1 chữa thầy thuốc tư.

Trong hiệu quả điều trị cho trẻ nhỏ, một yếu tố quan trọng khác là sự hợp tác của bà mẹ để thực hiện đơn thuốc. Một số lớn các trường hợp viêm phổi trẻ em có thể được điều trị ngoại trú tại nhà. Việc các bà mẹ cho trẻ uống thuốc, tiêm thuốc đúng yêu cầu rất quyết định cho kết quả chữa bệnh. Về vấn đề này, 1 điều tra ở tỉnh Belem, Braxin (tài liệu của Tổ chức y tế thế giới 1989) đã cho thấy một số số liệu đáng lưu ý như sau: 30% bà mẹ đã cho con uống thuốc thiếu liều mỗi lần, 27% cho uống thiếu liều của cả ngày, 9% cho uống không đủ số ngày quy định, 3% cho uống quá liều, pha thuốc không đúng quy định, chỉ còn 3% là theo đúng chỉ dẫn của thầy thuốc, không có sai lầm gì.

Ở Việt Nam, chưa có một điều tra nào với nội dung tương tự nhưng qua việc thăm hỏi ở các lần khám bệnh, thông thường ít nhất khoảng 1/3 bà mẹ không nhớ đầy đủ được các điều đã căn dặn. Ở những địa phương mà khái niệm về đo lường còn rất "đại khái" (một đùm, một nắm thay cho 1 thìa, 1 chén hoặc thìa cà phê thìa canh cũng như nhau) thì việc cho trẻ uống 1 viên, 1 viên rưỡi hoặc uống 3 lần 1 ngày đều là những điều hầu như chắc chắn khó có thể được thực hiện chu đáo.

Tóm lại, nếu viêm phổi là một khái niệm bệnh học, chữa viêm phổi là một nội dung của y tế, điều không ai chối cãi, thì thực hiện việc điều trị viêm phổi nói trên diện hẹp hoặc giảm thiểu tử vong do viêm phổi, trên diện rộng hơn, rõ ràng là những hoạt động mang rất nhiều tính chất, vừa kỹ thuật vừa tổ chức, vừa y tế vừa xã hội, bao hàm những kiến thức khoa học cũng như những nếp nghĩ, thái độ, thói quen trong đó đan chen nhau những khái niệm mới mẻ có thể tiếp thu nhanh chóng qua nhìn nghe trong một buổi tập huấn đồng thời cả những quan niệm cổ hữu đã được hình thành cùng với cuộc sống một con người.

Như vậy, khả năng thực thi của Chương trình chống tử vong do viêm phổi trẻ em tại một địa phương lệ thuộc cả một hệ thống các yếu tố có thể tạm tóm tắt khái quát trong sơ đồ sau (xem sơ đồ ở trang 25).

Bằng các hoạt động giáo dục truyền thống, nâng cao kiến thức vệ sinh y học đối với bà mẹ và gia đình, đào tạo huấn luyện nâng cao tay nghề cho cán bộ y tế xã, cung cấp thuốc men (đánh dấu bằng ô kẻ đậm trên sơ đồ), Chương trình ARI có thể có một số tác động tích cực nhằm đạt mục tiêu làm giảm tử vong cho trẻ nhỏ. Nhưng cạnh đó còn không ít các yếu tố y tế và xã hội khác cũng có vai trò rất quyết định cho hiệu quả của Chương trình.

