

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt rét vẫn là một gánh nặng bệnh tật tại nhiều nước trên thế giới đặc biệt là khu vực Châu Phi và một số nước Châu Á trong đó có Việt Nam. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2016 có 91 Quốc gia trên Thế giới lưu hành sốt rét, ước tính có 216 triệu trường hợp mắc sốt rét, tăng 5 triệu trường hợp so với năm 2015. Có 445.650 trường hợp tử vong do sốt rét, giảm 0,11% so với năm 2015.

Trong nhiều năm qua, Chương trình Quốc gia phòng chống và loại trừ sốt rét đã cố gắng tiếp cận và phòng chống sốt rét cho các đối tượng dân di biến động, nhưng vẫn gặp phải nhiều khó khăn khi áp dụng các biện pháp can thiệp tại các vùng có dân di cư tự do và vùng có biến động dân lớn. Nguyên nhân là do tập quán làm ăn, sinh hoạt của người dân di cư, dân di biến động là không tập trung, họ thường sống trong các lán trại trong rừng sâu, trong rẫy, nơi không có đường giao thông, đi lại khó khăn.

Huyện Cư Jút và huyện Tuy Đức là hai huyện của tỉnh Đắk Nông giáp ranh với vườn Quốc gia Jok Đôn và vườn Quốc gia Bù Gia Mập có tình hình dân di biến động lớn, số lượng người dân thường xuyên đi rừng, ngủ rẫy rất cao và bệnh nhân sốt rét chủ yếu phát hiện tại những đối tượng này. Với những vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài “Thực trạng mắc sốt rét ở dân di biến động tại một số xã sốt rét lưu hành nặng tỉnh Đắk Nông, hiệu quả can thiệp bằng “Điểm sốt rét” (2015 - 2016)” với mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng mắc sốt rét và một số yếu tố liên quan ở dân di biến động tại 4 xã sốt rét lưu hành nặng tỉnh Đắk Nông, năm 2015.
2. Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng “Điểm sốt rét” tại điểm nghiên cứu, năm 2016.

TÍNH KHOA HỌC, TÍNH MỚI

1. Tính mới

Cung cấp số liệu các chỉ số dịch tễ học về mắc sốt rét, ký sinh trùng sốt rét và một số yếu tố liên quan đến mắc sốt rét ở nhóm dân di biến động tại 4 xã vùng SRLH nặng thuộc 2 huyện trọng điểm tỉnh Đắk Nông.

Hoàn thiện các chi tiết về nhân lực, trang thiết bị, chức năng, nhiệm vụ, cách thức hoạt động của mô hình “Điểm sốt rét” và hiệu quả giảm mắc sốt rét tại một vùng có sốt rét lưu hành nặng cho dân di biến động.

2. Tính khoa học

Đề tài sử dụng phương pháp nghiên cứu khoa học chuẩn mực như:

- Nghiên cứu dịch tễ học mô tả có phân tích kết hợp giữa nghiên cứu ngang và nghiên cứu dọc để xác định thực trạng mắc sốt rét ở nhóm dân di biến động (mục tiêu 1).
- Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng: Can thiệp bằng “Điểm sốt rét” phát hiện, điều trị và quản lý ca bệnh và đánh giá hiệu quả can thiệp (mục tiêu 2).

3. Tính thực tiễn

Kết quả nghiên cứu của đề tài cung cấp cho Chương trình Quốc gia phòng chống và loại trừ sốt rét những bằng chứng về thực trạng tình hình sốt rét ở nhóm dân di biến động tại tỉnh Đắk Nông và hiệu quả can thiệp bằng “Điểm sốt rét” trong phát hiện, điều trị và quản lý ca bệnh để từ đó có thể nhân rộng mô hình đưa dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng chống sốt rét cho người dân di biến động ở vùng sốt rét lưu hành nặng.

CẤU TRÚC LUẬN ÁN

Luận án gồm 124 trang: Đặt vấn đề (2 trang), Chương 1. Tổng quan tài liệu (33 trang), Chương 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (26 trang), Chương 3. Kết quả nghiên cứu (32 trang), Chương 4. Bàn luận (26 trang), Kết luận (2 trang), Kiến nghị (1 trang), 37 bảng, 11 hình và 115 tài liệu tham khảo.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan dịch tễ bệnh sốt rét

Bệnh sốt rét là bệnh truyền nhiễm do ký sinh trùng Plasmodium gây nên. Bệnh lây theo đường máu, chủ yếu là do muỗi *Anopheles* truyền, biểu hiện lâm sàng điển hình: Rét run, sốt, vã mồ hôi. Bệnh lưu hành địa phương có thể gây thành dịch. Bệnh sốt rét ở Việt Nam lây truyền quanh năm nhưng thường có 1 đến 2 đỉnh mùa truyền bệnh.

Sự lan truyền bệnh sốt rét được quyết định bởi 3 yếu tố gồm: Tác nhân gây bệnh, véc tơ truyền bệnh và con người. Sự lan truyền bệnh sốt rét có thể bị ảnh hưởng bởi rất nhiều yếu tố tự nhiên, kinh tế và xã hội trong đó các yếu tố như khí hậu, sinh cảnh những thay đổi của môi trường và các biện pháp phòng chống được áp dụng đóng vai trò quan trọng trong quá trình lan truyền bệnh. Một số yếu tố khác cũng có tác động đến sự lan truyền bệnh như: di biến động dân cư, đô thị hóa.

1.2. Tình hình sốt rét thế giới và Việt Nam

1.2.1. Tình hình sốt rét trên thế giới

Bệnh sốt rét lưu hành trên thế giới với mức độ nặng nhẹ khác nhau phụ thuộc vào điều kiện tự nhiên, sinh học, các yếu tố về kinh tế, xã hội như nghèo đói, dân trí thấp, giao thông đi lại khó khăn, di biến động dân cư, phát triển các dự án kinh tế như thủy điện, trồng rừng.

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2016 trên toàn Thế giới có khoảng 216 triệu ca mắc sốt rét trong đó 90% xảy ra tại Châu Phi, 7% số ca mắc tại các quốc gia Đông Nam Á và 2% tại vùng phía Đông Địa Trung Hải, số ca mắc sốt rét tăng khoảng 5 triệu ca bệnh so với năm 2015. Sốt rét hiện lưu hành tại 91 quốc gia và vùng lãnh thổ, trong đó lưu hành nặng tại 15 quốc gia thuộc Châu Phi chiếm khoảng 80% số ca mắc bệnh trên toàn thế giới.

Mặc dù sốt rét có giảm so với những năm trước đây, tuy nhiên công tác phòng chống cũng như loại trừ sốt rét ở các nước vẫn gặp những khó khăn, thách thức lớn như: Tiếp cận y tế công để được chẩn đoán và điều trị kịp thời còn thấp, đặc biệt là các quốc gia Châu phi; Sốt rét gia tăng ở nhiều khu vực có giao tranh hoặc tranh chấp về chính trị ở những vùng sốt rét lưu hành, dân tỵ nạn, dân di cư và dân khai thác mỏ; Thay đổi khí hậu di thường; Ký sinh trùng sốt rét kháng thuốc, muỗi kháng hóa chất diệt; và thiếu hụt nguồn kinh phí cho Chương trình phòng chống và loại trừ bệnh sốt rét.

1.2.2. Tình hình sốt rét ở Việt Nam

Sốt rét tại Việt Nam những năm gần đây đã giảm mạnh, trong năm 2016, số bệnh nhân sốt rét giảm 80,61% (10.446/53.867), tử vong do sốt rét cũng giảm 85,71% (3/21) khi so sánh với năm 2010. Việc áp dụng đồng bộ các biện pháp từ phát hiện, chẩn đoán và điều trị sớm ca bệnh, phòng chống véc tơ bằng tấm màn, phun hóa chất tồn lưu, cấp màn tẩm, vớng bọc màn tẩm hóa chất tồn lưu dài kết hợp truyền thông thay đổi hành vi đã mang lại những hiệu quả. Tuy nhiên, sốt rét vẫn còn diễn biến phức tạp tại một số địa phương đặc biệt là khu vực miền Trung - Tây Nguyên, Đông Nam Bộ đây là những tỉnh có số lượng dân di biến động lớn, giao lưu biên giới, phong tục, tập quán của người dân có liên quan đến rừng, rẫy và thói quen không sử dụng màn, ký sinh trùng kháng thuốc điều trị sốt rét lan rộng, muỗi kháng hóa chất diệt cũng lan rộng đặc biệt ở các tỉnh khu vực phía Nam.

1.3. Dân di biến động và các hình thái dân di biến động

Trong cuộc tổng điều tra dân số và nhà ở của Tổng cục Thống kê năm 2014, trong số hơn 83 triệu dân từ 5 tuổi trở lên tại thời điểm 1/4/2014, trong vòng 5 năm trước thời điểm điều tra có 1,7% tương ứng với 1,4 triệu người di cư trong huyện; 2,0% tương ứng 1,6 triệu người di cư giữa các huyện; 3,1% tương ứng 2,6 triệu người di cư giữa các tỉnh và có một tỷ lệ rất nhỏ chiếm 0,1% tương ứng 65,7 nghìn người nhập cư quốc tế.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, dân di cư và dân di biến động là những nhóm người thay đổi chỗ ở, người lao động di cư hợp pháp và không hợp pháp, lao động theo mùa vụ, dân dọc biên giới, dân trú ngụ ở trong rừng, du lịch, học sinh, bộ đội và những nhóm khác. Do đó, Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo chương trình quốc gia cần phải

xác định rõ những nhóm người có nguy cơ cao nhất đối với bệnh sốt rét.

1.4. Tình hình sốt rét ở nhóm dân di biến động

Theo báo cáo của Tổ chức Di dân Thế giới năm 2013, sốt rét vẫn là bệnh có gánh nặng bệnh tật hàng đầu ảnh hưởng lớn tới sức khỏe cộng đồng và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 5 trên Thế giới. Tại Châu Phi, sốt rét là nguyên nhân gây tử vong xếp hàng thứ 2 cho cộng đồng dân di biến động.

Nguy cơ gia tăng sốt rét và sốt rét kháng thuốc ở khu vực biên giới do người lao động di cư, người qua lại biên giới bị mắc sốt rét không được điều trị sớm, điều trị không đúng phác đồ là nguyên nhân gây bùng phát sốt rét và sốt rét kháng thuốc.

Tại các những vùng sốt rét lưu hành, đối tượng mắc sốt rét chủ yếu là người dân thường xuyên đi rừng, ngủ rừng hay những người có ngủ lại thường xuyên tại rẫy. Báo cáo điều tra ca bệnh toàn quốc năm 2017-2018 cho thấy có tới 82,87% các trường hợp nhiễm KSTSR là do đi rừng, ngủ rẫy.

1.5. Giải pháp “Điểm sốt rét”

“Điểm sốt rét” là tên ngắn gọn của tổng hợp các biện pháp: Phát hiện; Chẩn đoán; Điều trị và Quản lý ca bệnh được coi là một sáng kiến trong việc lấp đầy khoảng trống về y tế cơ sở tại những vùng sâu, vùng xa, vùng biên giới, đặc biệt là cung cấp các dịch vụ chẩn đoán, điều trị sớm bệnh nhân sốt rét cho dân di cư, dân đi rừng, ngủ rẫy và giao lưu qua biên giới. Mô hình này đã được Thái Lan thử nghiệm từ năm 2001 và phát triển mạnh vào giai đoạn 2009-2016. Các điểm sốt rét được đặt tại khu vực các thôn gần rừng và biên giới Thái Lan - Myanmar, Thái Lan - Campuchia. Mỗi điểm sốt rét có 1 nhân viên tình nguyện là người của thôn/xã được tập huấn về sử dụng test chẩn đoán nhanh, điều trị bệnh nhân sốt rét chưa biến chứng, hỗ trợ chuyển bệnh nhân nặng lên y tế xã, huyện. Các điểm sốt rét này đã góp phần tăng độ bao phủ dịch vụ y tế về sốt rét ở các vùng sâu, vùng xa và tập trung vào nhóm dân di cư, dân di biến động. Tại Myanmar, các điểm sốt rét được thành lập cũng tập trung tại khu vực biên giới Myanmar - Thái Lan, nơi có lượng dân giao lưu rất lớn là người dân Myanmar sang làm việc tại Thái Lan. Nguyên lý cơ bản về điểm sốt rét là cán bộ điểm được tập huấn; chất lượng test chẩn đoán nhanh; và thuốc điều trị sốt rét hiệu quả. Các điểm sốt rét

được đặt ở nơi mà người dân có thể tiếp cận được dễ dàng (đi bộ dưới 15 phút).

1.6. Tình hình sốt rét tỉnh Đắk Nông và 2 huyện Cư Jút và huyện Tuy Đức giai đoạn 2010-2014

Đắk Nông là một trong những tỉnh thuộc khu vực miền Tây Nguyên có tình hình dân di biến động phức tạp. Theo số liệu thống kê về tình hình sốt rét trong toàn tỉnh Đắk Nông, sốt rét tại hai huyện Tuy Đức và Cư Jút là phức tạp nhất do có đường biên giới với Campuchia, vấn đề dân di cư làm ăn tự do, khai thác lâm sản, làm rừng ngủ rẫy tập trung tại 2 huyện này nhiều, số bệnh nhân sốt rét chủ yếu liên quan đến các đối tượng này.

Xã Đắk Wil, Cư Knia thuộc huyện Cư Jút, xã Quảng Trục, xã Đắk Buk So huyện Tuy Đức là các xã có một số đặc điểm tương đồng như có đường biên giới với Campuchia, giáp ranh với khu vực vườn Quốc gia (xã Đắk Wil và Quảng Trục); xã Cư Knia và Đắk Buk So là 2 xã giáp với 2 xã trên và mọi hoạt động làm ăn đều liên qua tới làm rẫy ở vùng đệm của vườn Quốc gia, khai thác lâm sản và giao lưu qua biên giới. Thống kê số liệu giai đoạn năm 2010 -2014 thấy rằng tại xã Quảng Trục và tại Đắk Wil, KST phát hiện luôn cao nhất huyện đều có liên quan tới di dân, dân đi làm rừng, làm rẫy.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người dân di biến động: Đi rẫy, ngủ rẫy; Đi rừng, ngủ trong rừng; có giao lưu qua biên giới; từ nơi khác đến làm thuê theo mùa vụ.
- Tuổi từ 16 tuổi trở lên, có khả năng trả lời phỏng vấn.
- Các trường hợp xác định nhiễm KSTSR.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu

Năm 2015-2016.

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu

Chọn chủ đích 8 thôn thuộc 4 xã của 2 huyện Cư Jút và huyện Tuy Đức.

- Huyện Cư Jút: Thôn 5 và thôn 9 xã Đăk Wil và thôn 9 và thôn 10 xã Cư Knia.
- Huyện Tuy Đức: Thôn Bù Gia, Bu Krăk xã Quảng Trực và thôn Bù Nung, thôn 9 xã Đăk Buk So.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Dịch tễ học mô tả:
- + Nghiên cứu ngang: Xác định tỷ lệ hiện mắc năm 2015, 2016 và các yếu tố liên quan.
- + Nghiên cứu dọc: Theo dõi dân di biến động, phát hiện, điều trị và theo dõi các trường hợp mắc SR năm 2015-2016.
- Can thiệp cộng đồng có đối chứng: Áp dụng “Điểm sốt rét” tại 4 thôn của 2 xã huyện Cư Jút, chọn 4 thôn của 2 xã huyện Tuy Đức làm đối chứng.
- Dịch tễ học phân tích: Phân tích các yếu tố liên quan đến mắc sốt rét, đánh giá hiệu quả can thiệp

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Mẫu cho nghiên cứu ngang (điều tra 2 lần 2015 và 2016): Điều tra kiến thức, thái độ, thực hành và xác định tỷ lệ hiện mắc:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu; p: Tỷ lệ mắc sốt rét ước tính của quần thể nhóm dân di biến động, chọn $p = 0,062$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

ε : Sai số tương đối, chọn $\varepsilon = 0,28$ (28%).

Cỡ mẫu tính toán là 742 người cho 2 huyện (tránh trường hợp thiếu mẫu chúng tôi làm tròn 760 mẫu). Như vậy, tổng số mẫu cho nghiên cứu ngang là 760 cho cả 2 huyện, mỗi huyện chọn 2 xã, mỗi xã chọn 2 thôn, cỡ mẫu trung bình cho mỗi thôn là 95 người.

- Mẫu cho nghiên cứu dọc:
- + Các trường hợp sốt rét xác định có ký sinh trùng sốt rét là dân di biến động ở 8 thôn nghiên cứu trong năm 2015, 2016.
- + Dân di biến động thuộc 8 thôn của 4 xã nghiên cứu.

Bảng 2.1. Số lượng dân di biến động tại điểm nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu	Dân làm rẫy, ngủ rẫy	Dân đi rừng, ngủ rừng	Dân giao lưu qua biên giới	Cộng
4 thôn huyện Cư Jút	1.305	620	30	1.955
4 thôn huyện Tuy Đức	1.162	608	55	1.825

2.4. Nội dung nghiên cứu

Nghiên cứu ngang: Điều tra cắt ngang gồm phỏng vấn KAP và lấy lam máu xét nghiệm thực hiện tại 8 thôn của 4 xã theo cỡ mẫu đã chọn.

Nghiên cứu dọc: Theo dõi dọc được thực hiện cho tất cả đối tượng di biến động ở 8 thôn của 4 xã nghiên cứu.

- Xác định thực trạng mắc sốt rét ở nhóm dân di biến động.
- Phỏng vấn thu thập các thông tin về kiến thức, thái độ, thực hành trong phòng chống sốt rét và các biện pháp PCSR.
- Phân tích một số yếu tố có liên quan đến mắc sốt rét trong nhóm đối tượng di biến động.
- Đánh giá hiệu quả áp dụng “Điểm sốt rét”.

2.5. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

- Kỹ thuật thăm khám lâm sàng: Đo nhiệt độ hố nách bằng nhiệt kế thủy ngân trong thời gian 3-5 phút.
- Kỹ thuật xét nghiệm lam máu tuân thủ theo Quy trình xét nghiệm ký sinh trùng sốt rét bằng kính hiển vi của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương.
- Kỹ thuật xét nghiệm tét chẩn đoán nhanh sốt rét.
- Kỹ thuật phỏng vấn trực tiếp.

2.6. Nhập, phân tích và xử lý số liệu

Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 12.0.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Tuân thủ đầy đủ các quy định trong nghiên cứu y sinh học.

Chương 3.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng mắc sốt rét và một số yếu tố liên quan ở dân di biến động tại 4 xã vùng sốt rét lưu hành nặng tỉnh Đắk Nông năm 2015

3.1.1. Thực trạng mắc sốt rét tại các điểm nghiên cứu năm 2015

3.1.1.1. Tình hình mắc sốt rét qua nghiên cứu ngang

Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc sốt rét qua điều tra cắt ngang (n=760)

Tên xã	Tổng số XN	BN SRLS	Số KST SR	<i>P.f</i>	<i>P.v</i>	PH	Tỷ lệ % BNSRLS	Tỷ lệ % KST/số XN
Đắk Wil	198	2	0	0	0	0	1,01	0
Cư Knia	204	3	1	0	1	0	1,47	0,49
Quảng Trực	182	1	0	0	0	0	0,54	0
Đắk Buk So	176	1	0	0	0	0	0,56	0
Cộng	760	7	1	0	1	0	0,92	0,13

Kết quả điều tra cắt ngang tháng 11 năm 2015 cho thấy trong số 760 người được xét nghiệm, có 7 trường hợp sốt rét lâm sàng chiếm tỷ lệ 0,92%. Phát hiện 01 trường hợp dương tính với cả lam và test chân đoán nhanh. Ký sinh trùng được xác định là *P.vivax*, chiếm tỷ lệ 0,13%.

3.1.1.2. Kết quả nghiên cứu dọc

Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc mới sốt rét tích lũy tại 8 thôn thuộc 4 xã nghiên cứu năm 2015

Tên thôn	Dân di biến động	Số KSTSR	Tỷ lệ (%)
4 thôn thuộc 2 xã của huyện Cư Jút	1.955	22	1,13
4 thôn thuộc 2 xã của huyện Tuy Đức	1.825	14	0,77
Cộng	3.780	36	0,95
Giá trị p	0,26		

Trong năm 2015, tổng cộng có 36 trường hợp sốt rét xác định tại 8 thôn thuộc 4 xã nghiên cứu được phát hiện. Trong đó, toàn bộ

36 trường hợp này đều là người dân di biến động có tuổi đời từ 16 tuổi trở lên.

Tỷ lệ mắc mới sốt rét tích lũy trong năm 2015 của người dân di biến động ở các điểm nghiên cứu là 0,95% năm.

Bảng 3.6. Tỷ lệ mắc tích lũy ký sinh trùng sốt rét theo nhóm di biến động

Nhóm Điểm NC	Đi rừng, ngủ rừng			Đi rẫy, ngủ rẫy			Đi Campuchia		
	Số người	KST	Tỷ lệ %	Số người	KST	Tỷ lệ %	Số người	KST	Tỷ lệ %
4 thôn huyện Cư Jút	620	11	1,77	1.305	10	0,77	30	1	3,33
4 thôn huyện Tuy Đức	608	5	0,82	1.162	8	0,69	55	1	1,82
Cộng	1.228	16	1,30	2.467	18	0,73	85	2	2,35
Giá trị p	0,14			0,82			0,66		

Bảng trên cho thấy tỷ lệ mắc chung ở nhóm giao lưu qua biên giới là cao nhất, chiếm tỷ lệ 2,35%, tiếp theo đến nhóm đi rừng, ngủ rừng là 1,30%; nhóm đi rẫy, ngủ rẫy là 0,73%.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc SR đối với từng nhóm dân di biến động ở 2 huyện nghiên cứu với giá trị $p > 0,05$

3.1.2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến mắc sốt rét

Để phân tích mối liên quan giữa mắc sốt rét với các yếu tố nguy cơ, chúng tôi sử dụng số mắc là 36 KST bao gồm số KSTSR phát hiện qua điều tra cắt ngang và theo dõi dọc trong năm 2015, các trường hợp mắc qua theo dõi dọc được phỏng vấn thu thập các thông tin để đưa vào phân tích, như vậy tổng số mẫu là 795 người.

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa mắc sốt rét và giới tính

Nhóm nguy cơ	Mắc sốt rét	Không mắc sốt rét	Tổng	OR, CI 95%, giá trị p
Nam giới	31	392	423	OR=5,80 CI: 2,20-19,29 p=0,0001
Nữ giới	5	367	372	
Cộng	36	759	795	
Không đi học	27	294	321	OR=4,74 CI: 2,12-11,61 p=0,0001
Có đi học	9	465	474	
Cộng	36	759	795	

Bảng trên cho thấy tỷ lệ mắc sốt rét ở nhóm nam giới cao gấp 5,80 lần so với nhóm nữ, sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Những người không đi học có nguy cơ mắc sốt rét cao gấp 4,74 lần so với nhóm có đi học, sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,01$.

Bảng 3.19. Liên quan giữa mắc SR và hiểu đúng về muỗi là nguyên nhân truyền bệnh sốt rét

Nhóm nguy cơ	Mắc SR	Không mắc SR	Tổng	OR, CI 95%, giá trị p
Không hiểu đúng muỗi truyền bệnh SR	30	249	279	OR=10,24 CI: 4,11-30,40 p=0,000
Hiểu đúng	6	510	516	
Cộng	36	759	795	
Không hiểu đúng bệnh SR có thể phòng tránh	30	282	312	OR=8,45 CI: 3,39-25,10 p=0,000
Hiểu đúng	6	477	483	
Cộng	36	759	795	
Không ngủ màn thường xuyên	24	191	215	OR=5,94 CI: 2,78-13,28 p=0,000
Ngủ màn thường xuyên	12	568	580	
Cộng	36	759	795	

Người chưa hiểu đúng về muỗi là nguyên nhân truyền bệnh sốt rét có nguy cơ mắc sốt rét cao hơn 10,24 lần so với những người hiểu đúng, sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,01$.

Mắc sốt rét ở nhóm người không hiểu đúng bệnh sốt rét có thể phòng tránh cao gấp 8,45 lần so với mắc sốt rét ở nhóm hiểu đúng, sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,01$.

Những người không ngủ màn thường xuyên có nguy cơ mắc sốt rét cao gấp 5,94 lần so với những người có ngủ màn thường xuyên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,01$.

Bảng 3.22. Mối liên quan giữa mắc SR với nhóm đối tượng đi rừng

Nhóm nguy cơ	Mắc SR	Không mắc SR	Tổng	OR, CI 95%, giá trị p
Đi rừng	28	90	118	OR=26,01 CI: 11,04-67,62
Không đi rừng	8	669	677	
Cộng	36	759	795	p=0,000
Đi rầy, ngủ rầy	36	727	763	$\chi^2=1,58$ p=0,22
Không đi rầy, ngủ rầy	0	32	32	
Cộng	36	759	795	

Mắc sốt rét ở nhóm đi rừng cao gấp 26,01 lần so với nhóm không đi rừng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,01$.

Không phát hiện có trường hợp mắc sốt rét nào ở nhóm không đi rầy, vì vậy không có sự tương quan ở giữa mắc sốt rét và không mắc sốt rét ở nhóm đi rầy và không đi rầy, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Hiệu quả can thiệp bằng “Điểm sốt rét”

3.2.1. Hoạt động “Điểm sốt rét”

Tổng cộng có 4 người tình nguyện làm việc tại 4 điểm sốt rét. Trong số người tình nguyện làm việc cho các điểm còn có tuổi đời còn rất trẻ, phần lớn vừa tốt nghiệp trường Y và hiện chưa có việc làm. Người có tuổi đời trẻ nhất là 21 tuổi, người lớn tuổi nhất là 24 tuổi. Số nam và nữ là tương đương (50%).

Trong số 4 người tham gia điểm sốt rét, có tới 3 người đã tốt nghiệp y sỹ đa khoa, 1 người là điều dưỡng đa khoa. Điều này chứng tỏ về mặt trình độ có đủ khả năng tham gia thực hiện việc chẩn đoán và điều trị bệnh sốt rét.

3.2.1.1. Kết quả thực hiện nhiệm vụ của “Điểm sốt rét”

Trong năm 2016, tại 4 “Điểm sốt rét” thực hiện phát hiện, điều trị và quản lý ca bệnh thực hiện phát hiện ca bệnh chủ động bằng hình thức lấy lam máu xét nghiệm tìm KSTSR cho người dân có ngủ rừng, ngủ rẫy về địa phương với 1.987 lượt người được xét nghiệm, đã phát hiện 9 KTSR, điều trị và theo dõi trong và sau quá trình điều trị cho 9 trường hợp có xác định KSTSR.

Thực hiện quản lý dân di biến động bằng phương pháp theo dõi các hộ gia đình tại thôn đặt điểm và người đi qua điểm để đi vào rừng, vào rẫy. Kết quả đã theo dõi được 1.172 lượt người đi rừng, 3.734 lượt người có ngủ rẫy và 30 lượt người có giao lưu qua biên giới. Các trường hợp này được theo dõi, được lấy lam máu xét nghiệm hoặc test chẩn đoán nhanh khi có sốt hoặc sốt 3 ngày trước đó.

Hoạt động truyền thông cũng được thực hiện thông qua thăm hộ gia đình và cấp phát tờ rơi tại hộ gia đình và tại điểm. Trong năm, đã thực hiện 1.249 lần truyền thông với tổng số 4.935 lượt người được truyền thông.

Tại xã Đăk Wil, hai điểm phát hiện, điều trị và quản lý ca bệnh đã thực hiện lấy lam phát hiện cho 867 người có nguy cơ phát hiện 3 KSTSR, tỷ lệ KST/lam là 0,34%. Tại xã Cư Knia, lấy lam phát hiện cho 1.120 người phát hiện 6 KSTSR, chiếm tỷ lệ là 0,53%.

Các trường hợp ký sinh trùng đã được cán bộ điểm điều trị sau khi tham khảo ý kiến của Trạm y tế xã và theo dõi đến ngày D3 lấy lam, kết quả xét nghiệm ngày D3 âm tính.

3.2.2. Đánh giá hiệu quả “Điểm sốt rét”

Để đánh giá hiệu quả can thiệp bằng “Điểm sốt rét”, nhóm nghiên cứu tiến hành điều tra sau can thiệp nhằm so sánh kết quả sự thay đổi về kiến thức, hành vi của người dân trong công tác phòng chống sốt rét, đồng thời đánh giá hiệu quả giảm mắc sốt rét tại điểm nghiên cứu.

3.2.2.1. Kết quả nghiên cứu ngang năm 2016

Bảng 3.28. Tỷ lệ nhiễm qua điều tra cắt ngang (n=794)

Tên nhóm	Tổng số XN	BN SRLS	Số KST SR	Tỷ lệ % BN SRLS	Tỷ lệ % KST/XN
Nhóm can thiệp	384	3	0	0,78	0
Nhóm đối chứng	410	0	0	0	0
Cộng	794	3	0	0,37	0

Lấy lam máu cho 794 đối tượng để xét nghiệm tìm ký sinh trùng sốt rét. Tại thời điểm điều tra, tại nhóm can thiệp thuộc 2 xã Đăk Wil và xã Cư Knia có 3 trường hợp sốt rét lâm sàng chiếm tỷ lệ 0,78%. Không phát hiện được KSTSR.

Tại 2 xã chứng, không phát hiện bệnh nhân SRLS cũng như xét nghiệm lam không phát hiện KSTSR. Tỷ lệ bệnh nhân SRLS chung cho điều tra ngang là 0,37% trên tổng số điều tra.

3.2.2.2. Kết quả nghiên cứu dọc tại nhóm can thiệp và nhóm chứng

Bảng 3.29. Mắc sốt rét tích lũy năm 2016

Tên nhóm	Dân di biến động	Số KSTSR	Tỷ lệ (%)
Nhóm can thiệp	1.977	9	0,46
Nhóm đối chứng	1.846	27	1,46
Cộng	3.823	36	0,94
Giá trị p	p=0,001		

Bảng trên cho thấy, ở 4 thôn can thiệp tỷ lệ % KST ở dân di biến động là 0,46% năm. Tại các thôn đối chứng, tỷ lệ % KST ở dân di biến động cao hơn với tỷ lệ 1,46% năm. Sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,01$.

Bảng 3.33. Phân bố ký sinh trùng theo nhóm đối tượng di biến động

Tên nhóm	Đi rừng, ngủ rừng			Đi rẫy, ngủ rẫy			Đi Campuchia		
	Số người	KST	Tỷ lệ (%)	Số người	KST	Tỷ lệ (%)	Số người	KST	Tỷ lệ (%)
Nhóm can thiệp	620	8	1,29	1.327	1	0,08	30	0	0
Nhóm đối chứng	608	24	3,95	1.183	3	0,25	55	0	0
Cộng	1.228	32	2,61	2.510	4	0,16	85	0	0
Giá trị p	0,004			0,26					

Trong số những người đi rừng, ngủ rừng thì tỷ lệ mắc ở nhóm đối chứng là 3,95% cao hơn ở nhóm can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,01$.

Ở những người đi rẫy, ngủ rẫy, tỷ lệ mắc ở nhóm chứng là 0,26% cao hơn ở nhóm can thiệp, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị $p > 0,05$.

3.2.2.3. Hiệu quả về giảm tỷ lệ mắc sốt rét

Hiệu quả giảm mắc qua nghiên cứu ngang

Bảng 3.34. Đánh giá hiệu quả can thiệp về tỷ lệ người có KSTSR trước và sau can thiệp qua theo điều tra cắt ngang

	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp		
	Số XN	Số KST	Tỷ lệ (%)	Số XN	Số KST	Tỷ lệ (%)
Năm 2015	358	0	0	402	1	0,25
Năm 2016	410	0	0	384	0	0

Đối với nhóm can thiệp chỉ số hiệu quả được đánh giá là giảm 100%, tuy nhiên do nhóm chứng khi điều tra không phát hiện ký sinh trùng nào.

Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ mắc tại các thôn nghiên cứu qua theo dõi dọc

Bảng 3.32. Hiệu quả giảm tỷ lệ mắc tích lũy ở dân di biến động tại 8 thôn nghiên cứu

	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp		
	Dân số	Số KST	Tỷ lệ (%)	Dân số	Số KST	Tỷ lệ (%)
Năm 2015	1.825	14	0,77	1.955	22	1,13
Năm 2016	1.846	27	1,46	1.977	9	0,46
Giá trị p	0,047			0,018		
CSHQ	-92,68%			59,55%		
HQCT	152,23%					

Tỷ lệ mắc sốt rét của dân di biến động ở nhóm can thiệp đã giảm từ 1,13% năm 2015 xuống còn 0,46% năm 2016, chỉ số hiệu quả là 59,55%. Trong khi đó, tỷ lệ mắc ở nhóm đối chứng trong năm 2016 là 1,46% cao hơn nhiều so với năm 2015, chỉ số hiệu quả là -92,68%. Hiệu quả can thiệp sau 1 năm về giảm tỷ lệ mắc sốt rét ở dân di biến động chung là 152,23%.

3.2.2.4. Thay đổi về kiến thức của người được điều tra

Bảng 3.34. Hiệu quả thay đổi hiểu biết bệnh sốt rét có thể phòng chống

	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp		
	Số điều tra	Trả lời đúng	Tỷ lệ (%)	Số điều tra	Trả lời đúng	Tỷ lệ (%)
Năm 2015	358	231	64,53	402	246	61,19
Năm 2016	410	345	84,15	384	369	96,09
Giá trị p	0,06			0,0005		
CSHQ	30,40%			57,04%		
HQCT	26,64%					

Hiểu biết đúng về bệnh sốt rét có thể phòng tránh được và cách phòng tránh đúng đã tăng lên ở cả 2 nhóm. Trong đó nhóm can thiệp tăng từ 61,19% lên đến 96,09%. Với nhóm chứng, tỷ lệ tăng

thấp hơn là từ 64,53% lên 84,15%. Hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức về phòng bệnh sốt rét là 26,64% khi so sánh nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

3.2.2.5. Thay đổi về hành vi ngủ màn của người được điều tra

Bảng 3.35. Hiệu quả về thay đổi hành vi ngủ màn

	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp		
	Số điều tra	Ngủ màn thường xuyên	Tỷ lệ %	Số điều tra	Ngủ màn thường xuyên	Tỷ lệ %
Năm 2015	358	272	75,98	402	297	73,88
Năm 2016	410	364	88,78	384	370	96,35
Giá trị p	0,14			0,011		
CSHQ	16,85%			30,41%		
HQCT	13,56%					

Hành vi ngủ màn của người được điều tra năm 2016 ở nhóm can thiệp đã tăng lên rõ rệt từ 73,88% năm 2015 lên 96,35% năm 2016. Đối với nhóm chứng tỷ lệ tăng thấp hơn từ 75,98% lên 88,78%. HQCT về tỷ lệ người có ngủ màn thường xuyên ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng là: HQCT = 13,56%.

3.2.2.6. Kinh phí để duy trì “Điểm sốt rét”

Chi phí cơ bản cho 1 điểm sốt rét hàng tháng trong năm đầu tiên được tính trung bình là 3.440.000 đồng, bao gồm các chi phí phụ cấp, tập huấn, trang bị, văn phòng phẩm và chi phí giám sát của tuyến huyện. Không tính kinh phí về thuốc sốt rét, lam kính, kim chích, bông, cùn, test chẩn đoán nhanh của Chương trình PCSR cấp.

Phụ cấp cho cán bộ làm việc tại điểm là chi phí lớn nhất chiếm tỷ lệ 81,40%; chi phí văn phòng phẩm phục vụ công tác thống kê báo cáo hàng tuần chiếm tỷ lệ 3,20%.

3.2.2.7. Sự chấp nhận của cộng đồng

Có tới 95,05% người được phỏng vấn trả lời có biết về điểm sốt rét và trong số đó có 91,67% người đã tiếp xúc với cán bộ điểm.

Người dân cho rằng điểm sốt rét là cần thiết để mang dịch vụ y tế đến gần với cộng đồng hơn, chiếm 90,89%, số còn lại chưa tiếp xúc hoặc không quan tâm lắm đến vấn đề này.

Chương 4 **BÀN LUẬN**

4.1. Một số đặc điểm nhiễm ký sinh trùng sốt rét tại 4 xã nghiên cứu tỉnh Đắk Nông

Tỉnh Đắk Nông là 1 tỉnh biên giới Việt Nam-Campuchia, thuộc vùng sốt rét lưu hành nặng, với địa bàn biên giới rất phức tạp về giao lưu, khó khăn trong quản lý bệnh sốt rét nên nhiều năm qua tình hình sốt rét ở khu vực này diễn biến rất phức tạp. Người dân đồng bào thiểu số giao lưu qua lại biên giới thường xuyên, người dân Campuchia cũng qua lại biên giới tạo nên sự di biên động phức tạp tại khu vực biên giới này.

Trong 4 xã nghiên cứu có xã 2 xã giáp ranh với 2 vườn quốc gia lớn ở Đắk Nông là Jok Đôn và vườn quốc gia Bù Gia Mập, 2 xã còn lại tuy không trực tiếp giáp với vườn quốc gia nhưng người dân làm rẫy và có hoạt động đi rừng thường xuyên. Một số thường xuyên đi rừng thuộc khu vực biên giới với Campuchia. Người qua lại biên giới không qua các cửa khẩu và Trạm kiểm soát mà đi theo các đường bộ trong rừng, ngủ lại trong rừng nên nguy cơ mắc sốt rét là rất cao.

4.1.1. Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng sốt rét

Kết quả điều tra cắt ngang năm 2015 cho thấy khi thực hiện điều tra vào tháng 11 là lúc số lượng ký sinh trùng bắt đầu gia tăng, đối tượng điều tra toàn là dân di biên động, tuy nhiên tại thời điểm này, chỉ có 1 ký sinh trùng *P.vivax* được phát hiện chiếm tỷ lệ 0,13%.

Kết quả nghiên cứu dọc trong năm 2015 cho thấy chỉ số mắc mới tích lũy có sự khác nhau giữa các xã, tỷ lệ mắc tích lũy chung ở người dân di biên động tại các điểm nghiên cứu năm 2015 là 1,07% năm.

Qua nghiên cứu dọc tại 4 xã nghiên cứu năm 2015, mặc dù số lượng KSTSR phát hiện hàng tháng có khác nhau ở mỗi điểm nghiên cứu, tuy nhiên, ký sinh trùng sốt rét phát hiện chủ yếu từ trong giai đoạn tháng 1,2,3 và tháng 10,11,12 và đỉnh cao nhất là vào tháng 1. Thời điểm để muỗi truyền bệnh phát triển mạnh thường vào các

tháng giao mùa, đặc biệt là cuối mùa mưa. Bên cạnh đó, tháng cuối năm thường vào vụ thu hoạch của người dân vì vậy người dân thường ngủ lại ở các lán trại trong rẫy, trong rừng. Như vậy số liệu tại 4 xã nghiên cứu cũng phù hợp với mùa truyền bệnh chung của khu vực Tây Nguyên.

Theo nghiên cứu của Trần Quang Hào thì tỷ lệ có ký sinh trùng sốt rét khu vực biên giới tỉnh Đắk Nông cao nhất vào cuối mùa mưa (6,72%), tiếp đến là vào giữa mùa mưa tỷ lệ có ký sinh trùng sốt rét là 5,76% và thấp nhất vào mùa khô 1,52%. Tỷ lệ có ký sinh trùng sốt rét chung cả năm của toàn khu vực biên giới tỉnh Đắk Nông là 4,42%, tỷ lệ này là khá cao so với các vùng sốt rét lưu hành nặng hiện nay và so với các vùng biên giới. Nghiên cứu khác của Hồ Văn Hoàng (2009) tại các xã biên giới Việt Nam - Campuchia cho thấy tỷ lệ nhiễm KSTSR ở đây là 4,22%, cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu này.

So sánh tỷ lệ mắc ở các nhóm di biến động cho thấy tỷ lệ mắc tích lũy ở nhóm giao lưu qua biên giới là cao nhất chiếm tỷ lệ 2,35%, tiếp đến là nhóm đi rừng, ngủ rừng chiếm tỷ lệ 1,30% trong khi nhóm đi rẫy, ngủ rẫy là 0,73%. Mặc dù mẫu cho nghiên cứu dọc với nhóm giao lưu qua biên giới là không cao, tuy nhiên tỷ lệ mắc cao nhất cho thấy đây là nhóm di biến động có nguy cơ rất cao và Chương trình Quốc gia phòng chống và loại trừ sốt rét cần lưu ý đến nhóm đối tượng này.

Số liệu cũng cho thấy không có trường hợp nào mắc tại thôn bản. Điều này chứng tỏ rằng hiện nay sốt rét ở thôn bản nơi ở chính của người dân dần dần không còn là vấn đề nghiên trọng mà các biện pháp phòng chống bệnh sốt rét phải nhắm tới đối tượng dân di biến động và xử lý ngăn chặn nguồn lây là người người thường xuyên đi rừng, đi rẫy hay qua biên giới trở về.

Nghiên cứu của Trần Quang Hào (2016) cho rằng có tới 45,69% người nhiễm ký sinh trùng sốt rét có giao lưu qua biên giới bằng 2 đường qua cửa khẩu và không qua cửa khẩu biên giới [**Error! Reference source not found.**]. Tuy nhiên, vấn đề giao lưu qua biên giới là rất khó xác định. Mặc dù có cửa khẩu biên giới tại Đắk Nông tuy nhiên số lượng người dân đi bằng đường cửa khẩu có khai báo là rất ít, người dân chủ yếu đi bằng các đường mòn, lối mở hoặc băng rừng qua bên kia biên giới.

Các số liệu trên cho thấy tính chất giao lưu biên giới và một số hình thức khác rất phức tạp và phổ biến tại các huyện biên giới. Tình hình giao lưu này đã làm cho nguy cơ mắc sốt rét rất cao và khó kiểm soát tình hình sốt rét.

Trong số 36 KSTSR được phát hiện trong năm 2015 tại 4 xã nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sốt rét *P. vivax* chiếm ưu thế là 61,11%. Như vậy, vấn đề điều trị chống tái phát xa cần phải chú trọng. Hay nói cách khác, khi điều trị bằng primaquin, cần có sự theo dõi hàng ngày trong liệu trình điều trị 14 ngày.

Mặc dù tỷ lệ sốt rét *P. falciparum* trong năm 2015 không cao, nhưng đối với các khu vực mà hoạt động sinh sống của người dân đều liên quan đến rừng, rẫy thì nguy cơ sốt rét do *P. falciparum* vẫn còn tiềm ẩn. Các nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng ở một khu vực có tỷ lệ mắc sốt rét *P. falciparum* cao đồng nghĩa với tình trạng lây truyền sốt rét cao và thường nguy cơ nhiễm sốt rét *P. falciparum* cao liên quan đến những người có công việc trong rừng, nhận định này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu trước đây của Nguyễn Xuân Xã và Phạm Vĩnh Thanh.

4.1.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm ký sinh trùng sốt rét tại các xã nghiên cứu

Ở nghiên cứu này, số liệu cho thấy mắc sốt rét ở đối tượng nam giới là chủ yếu và chiếm tỷ lệ 86,11%. Thực tế cho thấy, nam giới là đối tượng lao động chính trong các gia đình sống ở vùng sâu, vùng xa, đặc biệt các hoạt động có liên quan đến rừng, rẫy.

Kết quả nghiên cứu của các nghiên cứu khác gần đây cũng chỉ ra rằng số mắc sốt rét ở nam giới chiếm đa số. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Quân (2018) tại 2 xã của huyện Krong Pa tỉnh Gia Lai và 2 xã ở huyện Bù Gia Mập tỉnh Bình Phước cho thấy tỷ lệ nhiễm KSTSR ở nam giới là 70,73%; Nguyễn Xuân Xã khi nghiên cứu tại các xã biên giới với Campuchia cho tỷ lệ nhiễm ở nam giới là 56,41%.

Kết quả phân tích các yếu tố nguy cơ dẫn đến mắc sốt rét của các đối tượng này thì nguy cơ mắc SR ở nam giới cao hơn gấp 5,80 lần so với nữ giới; Những người không đi học có nguy cơ mắc cao hơn 4,74 lần so với người có đi học; Những người không hiểu đúng nguyên nhân truyền bệnh sốt rét có nguy cơ mắc sốt rét cao hơn 10,24 lần so với người hiểu đúng; không hiểu đúng bệnh sốt rét có

thể phòng chống có nguy cơ mắc cao hơn 8,45 lần so với người hiểu đúng; Không ngủ màn thường xuyên có nguy cơ mắc sốt rét cao gấp 5,94 lần so với thường xuyên ngủ màn; Người đi rừng, ngủ rừng có nguy cơ mắc SR cao hơn 26,01 lần so với người không đi rừng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,01$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định một số yếu tố có nguy cơ cao đến mắc sốt rét, trong đó, yếu tố đi rừng, ngủ rừng và không ngủ màn thường xuyên là những yếu tố có tính chất quyết định đến mắc sốt rét. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Bùi Văn Quân (2014) tại xã Đắc Nhau, huyện Bù Đăng tỉnh Bình Phước hay các nghiên cứu trước đây của các tác giả khác.

4.2. Hiệu quả can thiệp bằng “Điểm sốt rét”

“Điểm sốt rét” với nhiệm vụ phát hiện, điều trị và quản lý ca bệnh là một hoạt động mới áp dụng tại Việt Nam. Qua triển khai, điểm sốt rét đã bước đầu phát huy tác dụng là mang dịch vụ y tế về phòng chống sốt rét đến với người dân đặc biệt là dân di biến động.

Việc đẩy mạnh công tác phát hiện ca bệnh chủ động bằng hình thức đến thăm hộ gia đình, kịp thời nắm thông tin về người dân, theo dõi quản lý đối tượng đi rừng, ngủ rẫy khi đi lẫn khi về, khám, xét nghiệm máu cho người có sốt và người đi làm ăn lâu ngày về đã mang lại hiệu quả thiết thực.

Trong năm 2016, trong số 4 “Điểm sốt rét” đã tiến hành theo dõi số người có ngủ rừng, ngủ rẫy trung bình là 409 người, trong đó có 98 người thường xuyên ngủ rừng, 311 người có ngủ rẫy. Nhóm đối tượng giao lưu qua biên giới có 30 lượt người. Quản lý dân di biến động là một vấn đề khó khăn mà đến nay, hệ thống y tế chưa thể đáp ứng được. Vì vậy, quản lý được các đối tượng này đã có thể coi là một thành công lớn của các “Điểm sốt rét”.

Tỷ lệ ký sinh trùng/lam xét nghiệm của các điểm sốt rét đạt 0,45%, là một tỷ lệ cao trong khi cả nước năm 2016 tỷ lệ này 0,20% và toàn tỉnh Đắc Nông là 0,35%. Điều này cũng chứng tỏ rằng cán bộ điểm đã thực hiện nghiên túc chức năng nhiệm vụ và lấy lam xét nghiệm đúng đối tượng có nguy cơ cao.

Công tác tuyên truyền vận động người dân về thực hành các biện pháp phòng chống sốt rét cũng được thực hiện thường xuyên. 3 đối tượng chính được truyền thông là dân đi rừng, dân ngủ rẫy và giao lưu qua biên giới. Trong khi kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ hiểu

biết về sốt rét thấp và hành vi ngủ màn chưa cao thì công tác tuyên truyền vận động thường xuyên là rất cần thiết.

4.2.1. Hiệu quả can thiệp bằng “Điểm sốt rét”

4.2.1.1. Hiệu quả về giảm tỷ lệ mắc sốt rét

Chỉ số mắc tích lũy trước và sau khi áp dụng điểm sốt rét đã giảm 59,55% ở nhóm can thiệp trong khi ở nhóm chứng chỉ số này là -92,68% nghĩa là ở nhóm chứng, chỉ số mắc không giảm mà còn tăng so với trước can thiệp. Hiệu quả can thiệp về chỉ số ký sinh trùng sốt rét đạt 152,23%.

Theo nghiên cứu của Trần Quang Hào (2018) cũng tại Đắc Nông, khi nghiên cứu mô hình quân dân y phối hợp tại các xã biên giới cho thấy chỉ số hiệu quả giảm mắc sốt rét là 37,58%. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Thiệu tại Quảng Trị giai đoạn từ 2009-2012 cho thấy khi áp dụng biện pháp can thiệp tăng cường hoạt động của y tế thôn bản trong công tác phòng chống sốt rét tại các xã biên giới Việt Nam - Lào cũng có kết quả giảm tỷ lệ mắc ở nhóm can thiệp từ 2,67% xuống còn 0,17% qua điều tra cắt ngang, chỉ số hiệu quả can thiệp là 93,6%.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Quân (2018) áp dụng can thiệp bằng phun nhà rẫy và phát kem xoa xua diệt muỗi cho người dân di biến động tại Gia Lai và Bình Phước, kết quả cho thấy chỉ số giảm ký sinh trùng sốt rét trước và sau can thiệp là 94,60%. Tuy nhiên đây là nghiên cứu cộng đồng không đối chứng và hình thức can thiệp chủ yếu bằng các biện pháp phòng chống sốt rét, chưa can thiệp vào hệ thống y tế.

4.2.1.2. Hiệu quả về thay đổi kiến thức, hành vi trong phòng chống bệnh sốt rét

Kết quả điều tra dân di biến động trước và sau can thiệp cho thấy người dân đã có sự thay đổi đáng kể trong nhận thức đúng về bệnh sốt rét. Tỷ lệ hiểu đúng về phòng bệnh sốt rét đã tăng từ 61,09% lên 96,09% ở nhóm can thiệp, tăng 57,04% (với giá trị $p < 0,01$). Trong khi đó ở nhóm chứng, tỷ lệ này cũng tăng nhưng ít hơn là 30,40% (giá trị $p < 0,05$). Hiệu quả can thiệp là 26,64%.

Thay đổi về hành vi trong phòng chống sốt rét cụ thể là ngủ màn thường xuyên cũng được thể hiện rõ trong nghiên cứu này. Ở nhóm can thiệp, hành vi ngủ màn của người dân di biến động đã tăng

từ 73,88% lên 96,35%; đối với nhóm chứng, hành vi này chỉ tăng từ 75,98% lên 88,78%. Chỉ số hiệu quả can thiệp là 13,56%.

Chuyển biến hành vi của nhóm can thiệp đã có tác động giảm nguy cơ mắc và giảm tỷ lệ mắc sốt rét ở nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm chứng, kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Lê Xuân Hùng tại Gia Lai và Hà Giang (2008).

KẾT LUẬN

1. Thực trạng mắc sốt rét ở dân di biến động tại 4 xã vùng sốt rét lưu hành nặng tỉnh Đắk Nông, năm 2015.

- Kết quả điều tra cắt ngang tỷ lệ bệnh nhân sốt rét lâm sàng là 1,94%, tỷ lệ bệnh nhân có KSTSR là 0,13%.
- Nghiên cứu dọc cho thấy: Tỷ lệ mắc mới sốt rét ở dân di biến động của 8 thôn là 1,07% năm. Trong đó, tỷ lệ mắc chung ở nhóm đi rừng, ngủ rừng là 1,30% năm; nhóm đi rẫy, ngủ rẫy là 0,73% năm và ở nhóm giao lưu qua biên giới là 2,35% năm.

2. Một số yếu tố liên quan đến mắc sốt rét

- Những người không hiểu biết đúng nguyên nhân truyền bệnh SR là muỗi có nguy cơ mắc SR 10,24 lần so với người hiểu đúng. Không hiểu đúng về bệnh SR có thể phòng tránh cơ nguy cơ mắc SR 8,45 lần so với người hiểu đúng. Những người không ngủ màn thường xuyên có nguy cơ mắc SR cao gấp 5,94 lần so với những người có ngủ màn thường xuyên. Những người đi rừng thường xuyên có nguy cơ mắc sốt rét cao gấp 26,01 lần so với người không đi rừng.

3. Hiệu quả can thiệp bằng “Điểm sốt rét” năm 2016.

- “Điểm sốt rét” đã theo dõi được số người có ngủ rừng, ngủ rẫy trung bình là 409 người, trong đó có 23,96% thường xuyên ngủ rừng, 76,03% có ngủ rẫy. Phát hiện được 9 trường hợp có ký sinh trùng, bệnh nhân được điều trị và theo dõi hàng ngày, đảm bảo đủ liều điều trị.
- Hiệu quả về can thiệp qua nghiên cứu ngang cho thấy trước can thiệp tỷ lệ nhiễm KSTSR ở nhóm can thiệp là 0,25%, sau can thiệp xuống còn 0%.

- Hiệu quả can thiệp qua nghiên cứu dọc cho thấy: Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ mắc mới tích lũy ở nhóm dân di biến động là 1,13% giảm xuống còn 0,46%; ở nhóm chứng, tỷ lệ này tăng từ 0,77% lên 1,46%. Hiệu quả can thiệp là 152,23%.
- Hiểu biết đúng về nguyên nhân truyền bệnh sốt rét đã tăng từ 65,92% lên 96,09% ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp là 45,77% và hiệu quả can thiệp là 23,31%;
- Hành vi ngủ màn của người dân cũng tăng lên: Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ ngủ màn thường xuyên tăng từ 73,88% lên 96,35%. Hiệu quả can thiệp là 13,56%.
- Kinh phí để duy trì một điểm phát hiện, điều trị và quản lý ca bệnh trung bình là 3.440.000đ/tháng.
- Có 90,89% người được điều tra cho rằng duy trì điểm là rất cần thiết.

KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy “Điểm sốt rét” là một mô hình đúng nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe về sốt rét cho người dân di biến động ở những vùng sâu, vùng xa. Để tiếp tục duy trì thành quả giảm mắc, giảm chết do sốt rét tiến tới loại trừ sốt rét ở Việt Nam vào năm 2030 như chiến lược đã được Thủ tướng chính phủ phê duyệt, chúng tôi có một số kiến nghị sau:

1. Mở rộng và duy trì các “Điểm sốt rét” tại những địa điểm thích hợp ở những nơi dân thường xuyên đi rừng, ngủ rừng, ngủ rẫy và giao lưu qua biên giới và xem đây là một biện pháp tăng cường, bổ sung trong phòng chống sốt rét.

2. Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống sốt rét thường xuyên, liên tục cho nhóm dân di biến động.

