

PREVALENCE OF SOIL-TRANSMITTED HELMINTH INFECTIONS AMONG HMONG CHILDREN AGED 24-60 MONTHS IN TWO COMMUNES OF HA GIANG PROVINCE, VIETNAM, IN 2024

Chu Van Thanh^{1*}, Hoang Dinh Canh², Pham Quang Loc³, Do Trung Dung², Nguyen Luong Tinh²,
Nguyen Duc Thuy², Khong Thu Hien⁴

¹Hanoi Center for Disease Control - 70 Nguyen Chi Thanh, Lang ward, Hanoi, Vietnam

²National Institute of Malaria, Parasitology and Entomology - 34 Trung Van street, Dai Mo ward, Hanoi, Vietnam

³Institute of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

⁴Tuyen Quang Provincial Center for Disease Control - Group 10, Ha Giang 1 Ward, Tuyen Quang Province, Vietnam

Received: 15/10/2025

Revised: 05/11/2025; Accepted: 18/11/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence of soil-transmitted helminth infections among Mong children aged 24-60 months in two communes of Ha Giang province (old), Vietnam, in 2024.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 275 children aged 24-60 months in Can Ty and Quyet Tien communes, Ha Giang province, between July and August 2024. Stool samples were examined using the Kato-Katz method to determine the prevalence and infection intensity of *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, and hookworm species.

Results: The rate of soil-transmitted helminth infection in the two communes was 35.6%, higher in Can Ty (40.9%) than in Quyet Tien (21.1%). *Ascaris lumbricoides* was the most common species (26.2%), followed by *Trichuris trichiura* (9.1%) and hookworm (2.6%). Among 98 infected children, 91.8% had single infections and 8.2% had mixed infections with two helminth species; no triple infections were recorded. Most infections were of light intensity, though 2.8% of *Ascaris* infections were classified as heavy. The mean egg count was highest for *Ascaris lumbricoides* (6434.0 EPG).

Conclusion: The prevalence of soil-transmitted helminth infection among Mong children aged 24-60 months in the studied communes remains high, particularly for *Ascaris lumbricoides*. Although most cases were of light intensity and single infections, the presence of heavy infections warrants attention. Regular deworming programs and continuous epidemiological surveillance are necessary to protect child health in these communities.

Keywords: Soil-transmitted helminths, children, Ha Giang.

*Corresponding author

Email: thanhsoffret@gmail.com Phone: (+84) 914239995 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD21.3868>

THỰC TRẠNG NHIỄM GIUN TRUYỀN QUA ĐẤT Ở TRẺ 24-60 THÁNG TUỔI NGƯỜI MÔNG TẠI HAI XÃ CỦA TỈNH HÀ GIANG NĂM 2024

Chu Văn Thanh^{1*}, Hoàng Đình Cảnh², Phạm Quang Lộc³, Đỗ Trung Dũng², Nguyễn Lương Tình², Nguyễn Đức Thủy², Khổng Thu Hiền⁴

¹Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật thành phố Hà Nội - 70 Nguyễn Chí Thanh, phường Láng, Hà Nội, Việt Nam

²Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương - 34 đường Trung Văn, phường Đại Mỗ, Hà Nội, Việt Nam

³Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

⁴Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Tuyên Quang - tổ 10 phường Hà Giang 1, tỉnh Tuyên Quang, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15/10/2025

Ngày chỉnh sửa: 05/11/2025; Ngày duyệt đăng: 18/11/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng nhiễm giun truyền qua đất ở trẻ 24-60 tháng tuổi người Mông tại hai xã thuộc tỉnh Hà Giang (cũ) năm 2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang với 275 trẻ từ 24-60 tháng tuổi tại xã Cán Tỷ và xã Quyết Tiến, tỉnh Hà Giang từ 7/2024-8/2024. Tỷ lệ và cường độ nhiễm giun đũa, giun tóc, giun móc/mỏ được xét nghiệm bằng phương pháp Kato-Katz qua mẫu phân. Tỷ lệ đơn nhiễm và đa nhiễm giun truyền qua đất được báo cáo.

Kết quả: Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất ở hai xã là 35,6%, xã Cán Tỷ (40,9%) cao hơn xã Quyết Tiến (21,1%). Giun đũa chiếm tỷ lệ cao nhất (26,2%), giun tóc (9,1%) và giun móc/mỏ (2,6%). Trong số 98 trẻ nhiễm giun truyền qua đất, 91,8% là đơn nhiễm, 8,2% nhiễm phối hợp 2 loại, không ghi nhận trường hợp nhiễm 3 loại. Về mức độ, đa số ở thể nhẹ; riêng giun đũa có 2,8% nhiễm nặng. Cường độ nhiễm trung bình cao nhất ở giun đũa (6434,0 EPG).

Kết luận: Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất ở trẻ 24-60 tháng của người Mông tại hai xã của tỉnh Hà Giang còn cao, đặc biệt là giun đũa. Phần lớn trường hợp ở mức độ nhẹ và đơn nhiễm, song vẫn có ca nặng cần quan tâm. Cần duy trì các biện pháp tẩy giun định kỳ và giám sát dịch tễ thường xuyên để bảo vệ sức khỏe trẻ em tại địa phương.

Từ khóa: Giun truyền qua đất, trẻ em, Hà Giang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm giun truyền qua đất (soil-transmitted helminths), chủ yếu bao gồm giun đũa, giun tóc và giun móc/mỏ, vẫn đang là một trong những bệnh ký sinh trùng phổ biến nhất toàn cầu, đặc biệt tại các nước nghèo và đang phát triển thuộc vùng nhiệt đới, cận nhiệt đới. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, có gần 2 tỷ người trên thế giới đang mang giun đường ruột, trong đó khoảng 807 triệu người nhiễm giun đũa, 604 triệu người nhiễm giun tóc và 576 triệu người nhiễm giun móc/mỏ [1]. Tại Việt Nam, các điều tra dịch tễ cho thấy tình trạng nhiễm giun ở trẻ

em vẫn ở mức cao. Theo nghiên cứu của Đỗ Trung Dũng và cộng sự năm 2019 trên hơn 2.000 trẻ em tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang cho thấy tỷ lệ nhiễm chung giun truyền qua đất rất cao, lên đến 84,1%, trong đó giun đũa chiếm 71,2%, giun tóc 58,5% và giun móc/mỏ 23,9% [2].

Nhiễm giun truyền qua đất gây ra gánh nặng sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng, bởi bệnh thường tiến triển âm thầm làm giảm sự phát triển thể chất, tinh thần, cản trở khả năng học tập và lao động, từ đó tác động tiêu cực đến phát triển kinh tế - xã hội.

*Tác giả liên hệ

Email: thanhstret@gmail.com Điện thoại: (+84) 914239995 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD21.3868>

Tác hại lớn nhất thường gặp ở trẻ là suy dinh dưỡng, thiếu máu, thiếu sắt, giảm protein và albumin huyết thanh, thể trạng kém, giảm khả năng học tập và thậm chí có thể là nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp dẫn đến tử vong [1].

Hà Giang là một trong những tỉnh đã triển khai chương trình tẩy giun hàng loạt cho trẻ 24-60 tháng tuổi liên tục từ năm 2011. Mặc dù vậy, theo những số liệu đã nêu ở trên thì tỷ lệ nhiễm giun ở trẻ em vẫn còn cao. Mặt khác, theo Quyết định số 353/QĐ-TTg ngày 15/3/2022 của Thủ tướng Chính phủ, xã Cán Tỷ và xã Quyết Tiến của tỉnh Hà Giang (cũ) được xếp vào nhóm xã nghèo giai đoạn 2021-2025, với nhiều khó khăn về y tế, giáo dục và dinh dưỡng trẻ em [3]. Ở Hà Giang, người Mông chiếm khoảng 31% dân số, chia làm 2 nhóm chính là Mông trắng và Mông hoa. Người Mông sinh sống chủ yếu tại các huyện Quản Bạ, Yên Minh, Đồng Văn, Mèo Vạc và hai huyện phía tây Hoàng Su Phì, Xín Mần. Đồng bào Mông chủ yếu sinh sống ở vùng núi cao, hẻo lánh, điều kiện vệ sinh môi trường còn hạn chế, thiếu nước sạch và nhà tiêu hợp vệ sinh, tập quán sinh hoạt như đi chân trần, không rửa tay thường xuyên, thiếu thói quen tẩy giun định kỳ là các yếu tố nguy cơ cao của nhiễm bệnh giun truyền qua đất. So với một số dân tộc khác (Tày, Nùng, Dao...), dân tộc Mông thường có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn hơn, ít tiếp cận được các chương trình y tế dự phòng, dẫn đến nguy cơ mắc và tái nhiễm cao hơn. Đặc biệt hai xã Quyết Tiến và Cán Tỷ của tỉnh Hà Giang là địa bàn vùng cao, có tỷ lệ người Mông chiếm đa số, địa hình khó khăn, điều kiện y tế cơ sở còn hạn chế. Trong bối cảnh đó, việc đánh giá thực trạng nhiễm giun truyền qua đất ở trẻ 24-60 tháng tuổi của người Mông tại hai xã này là hết sức cần thiết. Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp dữ liệu dịch tễ học cập nhật, làm cơ sở khoa học cho việc xây dựng các chương trình can thiệp, phòng chống bệnh giun đường ruột, cải thiện sức khỏe và tình trạng dinh dưỡng cho trẻ em vùng cao. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng nhiễm giun truyền qua đất ở trẻ em từ 24-60 tháng tuổi người Mông tại hai xã Quyết Tiến và Cán Tỷ của tỉnh Hà Giang năm 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: trẻ em 24-60 tháng tuổi là người dân tộc Mông; trẻ em được lấy mẫu phân theo hướng dẫn; trẻ em không có các dấu hiệu của tổn thương về thể chất, tinh thần và nhận thức.

- Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ em hoặc bố mẹ/người giám hộ không đồng ý tham gia vào nghiên cứu; trẻ đang mắc các bệnh cấp tính khác (có các triệu chứng cấp tính như sốt, tiêu chảy, đau bụng); trẻ em được tẩy giun trong vòng 3 tháng trước ngày lấy mẫu làm xét nghiệm.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại xã Quyết Tiến và xã Cán Tỷ thuộc tỉnh Hà Giang (cũ) từ tháng 7/2024-8/2024.

Nghiên cứu được thực hiện trước thời điểm sắp xếp lại các đơn vị hành chính địa phương 2 cấp (1/7/2025), để thuận tiện cho việc mô tả và đối chiếu, chúng tôi sử dụng tên gọi của các xã theo đơn vị hành chính cũ (trước khi sát nhập) trong bài báo này.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

- Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu; $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số giới hạn tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$), có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p = 0,481 là tỷ lệ nhiễm giun ở học sinh tiểu học tại huyện Xín Mần tỉnh Hà Giang tham khảo trong nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Thanh và cộng sự (2022) [4]; d là khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và quần thể lấy bằng 0,05.

Từ công thức trên, tính được n = 384. Trên thực tế tại 2 xã nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 400 đối tượng nghiên cứu với 200 trẻ ở mỗi xã thuộc tất cả các dân tộc.

Tỷ lệ chung người Mông của cả 2 xã nghiên cứu là 68,8%, do đó chúng tôi lọc ra các trẻ em từ 24-60 tháng tuổi thuộc dân tộc Mông để chọn vào nghiên cứu và đã thu thập được tổng số 275 trẻ em người Mông từ 24-60 tháng tuổi vào nghiên cứu này (xã Cán Tỷ 198 trẻ và Quyết Tiến 77 trẻ).

- Phương pháp chọn mẫu: từ số liệu báo cáo kết quả tẩy giun cho trẻ 24-60 tháng tuổi đợt 2 năm 2023 của tỉnh Hà Giang, chúng tôi chọn 2 xã nông thôn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện đảm bảo xã chọn có số lượng trẻ 24-60 tháng tuổi nhiều nhất để thu thập đủ số mẫu, từ đó chúng tôi chọn xã Quyết Tiến và xã Cán Tỷ của tỉnh Hà Giang. Tại mỗi xã đã chọn, lập danh sách tất cả trẻ 24-60 tháng tuổi, chọn mẫu

theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Kỹ thuật xét nghiệm phân: sử dụng phương pháp Kato-Katz, mỗi mẫu phân được xét nghiệm bằng 2 lam theo thường quy của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương.
- Sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn phỏng vấn trực tiếp cha/mẹ/người chăm sóc trẻ để thu thập thông tin về thực hành phòng chống giun truyền qua đất của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương.

2.4. Các chỉ số nghiên cứu

- Xác định tỉ lệ nhiễm giun: tỉ lệ nhiễm giun chung; tỉ lệ nhiễm giun đũa, giun tóc, giun móc/mỏ; tỉ lệ đơn nhiễm; tỉ lệ nhiễm phối hợp 2 hoặc 3 loại giun.
- Xác định cường độ nhiễm giun: cường độ nhiễm giun tính theo số trứng giun trên 1 gam phân (eggs per gram - EPG) được xác định qua xét nghiệm Kato-Katz; cường độ nhiễm giun trung bình là EPG được tính như sau (tính theo trung bình cộng): $EPG = \frac{\text{Tổng số EPG của những người có trứng giun}}{\text{Tổng số người}}$ được xét nghiệm.

Đánh giá cường độ nhiễm giun theo Tổ chức Y tế Thế giới:

Loại giun	Nhiễm nhẹ (EPG)	Nhiễm trung bình (EPG)	Nhiễm nặng (EPG)
Giun đũa	1-4.999	5.000-49.999	≥ 50.000
Giun tóc	1-999	1.000-9.999	≥ 10.000
Giun móc/mỏ	1-1.999	2.000-3.999	≥ 4.000

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau thu thập được làm sạch, sau đó nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 15.0. Sử dụng tần số, tỷ lệ % mô tả biến số định tính, sử dụng trung bình, độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$) để mô tả biến số định lượng.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

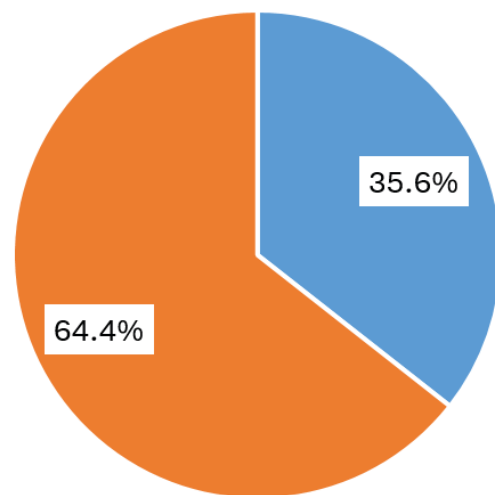
Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội.

Nghiên cứu được sự đồng ý của đối tượng, phụ huynh của đối tượng nghiên cứu. Thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 275 trẻ em dân tộc Mông trong độ tuổi từ 24-60 tháng tại hai xã Cán Tỷ và Quyết Tiến, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $45,1 \pm 9,9$ tháng. Tỷ lệ trẻ nam 54,2%, trẻ nữ 45,8%.

3.1. Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất ở đối tượng nghiên cứu



■ Dương tính (n=98) ■ Âm tính (n=177)

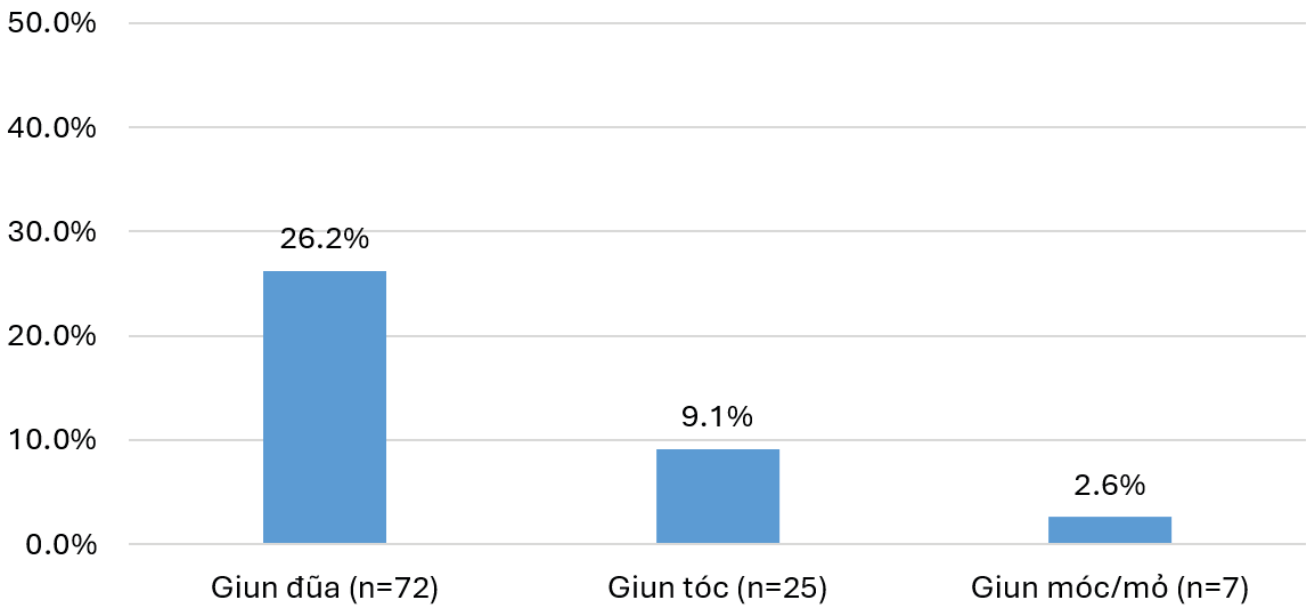
Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất ở đối tượng nghiên cứu (n = 275)

Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất ở đối tượng nghiên cứu là 35,6%.

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm giun phân bố theo địa điểm, tuổi và giới

Đặc điểm		Số xét nghiệm	Số (+)	%
Địa điểm	Xã Cán Tỷ	198	81	40,9
	Xã Quyết Tiến	77	17	22,1
Tuổi	24-36 tháng	73	25	34,3
	37-48 tháng	85	38	44,7
	49-60 tháng	117	35	29,9
Giới	Nam	126	45	35,7
	Nữ	149	53	35,6

Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất chung của trẻ em người Mông tại hai địa phương nghiên cứu là 35,6%, trong đó xã Cán Tỷ có tỷ lệ nhiễm (40,9%) cao hơn xã Quyết Tiến (21,1%). Tỷ lệ nhiễm cao nhất ở nhóm 37-48 tháng tuổi (44,7%), tiếp theo là nhóm 24-36 tháng tuổi (34,3%) và nhóm 49-60 tháng tuổi (29,9%). Tỷ lệ nhiễm giun ở trẻ nam (35,7%) tương đương trẻ nữ (35,6%).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ nhiễm từng loại giun truyền qua đất ở đối tượng nghiên cứu (n = 275)

Trong 3 loại giun truyền qua đất được xét nghiệm, giun đũa chiếm tỷ lệ nhiễm cao nhất (26,2%), tiếp đến là giun tóc (9,1%) và thấp nhất là giun móc/mỏ (2,6%).

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm từng loại giun truyền qua đất phân bố theo địa điểm, tuổi và giới

Đặc điểm		Số xét nghiệm	Giun đũa		Giun tóc		Giun móc/mỏ	
			Số (+)	%	Số (+)	%	Số (+)	%
Địa điểm	Xã Cán Tỷ	198	11	5,6	19	9,6	6	3,0
	Xã Quyết Tiến	77	61	79,2	6	7,8	1	1,3
Nhóm tuổi	24-36 tháng	73	22	30,1	2	2,7	2	2,7
	37-48 tháng	85	24	28,2	13	15,3	3	3,5
	49-60 tháng	117	26	22,2	10	8,6	2	1,7
Giới tính	Nam	149	36	24,2	16	10,7	3	2,0
	Nữ	126	36	28,6	9	7,1	4	3,2

Tại xã Cán tỷ, tỷ lệ nhiễm giun đũa chiếm 5,6%, giun tóc là 9,6% và giun móc/mỏ là 3%. Tại xã Quyết Tiến tỷ lệ nhiễm giun đũa là 79,2%, giun tóc là 7,8% và giun móc/mỏ là 1,3%. Giun đũa có tỷ lệ nhiễm cao nhất ở tất cả các nhóm tuổi, dao động từ 22,2-30,1%. Tỷ lệ nhiễm các loại giun truyền qua đất giữa nam và nữ nhìn chung là tương đương nhau.

Bảng 3. Tỷ lệ đơn nhiễm và nhiễm phối hợp các loại giun truyền qua đất

Địa điểm	Số xét nghiệm (+)	Nhiễm 1 loại giun		Nhiễm 2 loại giun		Nhiễm 3 loại giun	
		n	%	n	%	n	%
Xã Cán Tỷ	81	74	91,4	7	8,6	0	0
Xã Quyết Tiến	17	16	94,1	1	5,9	0	0
Chung	98	90	91,8	8	8,2	0	0

Trong số 98 trẻ nhiễm giun truyền qua đất, đa số là nhiễm 1 loại giun (91,8%). Trường hợp nhiễm phối hợp 2 loại giun chiếm tỷ lệ thấp (8,2%), không có trẻ nhiễm phối hợp 3 loại giun. Xu hướng này tương

tự ở cả hai xã: tại Cán Tỷ, 91,4% trẻ đơn nhiễm và 8,6% nhiễm 2 loại; tại xã Quyết Tiến, tỷ lệ đơn nhiễm chiếm 94,1% và nhiễm 2 loại chiếm 5,9%.

3.2. Mức độ nhiễm giun và cường độ nhiễm giun truyền qua đất

Bảng 4. Mức độ nhiễm các loại giun truyền qua đất

Loại giun	Số xét nghiệm (+)	Mức độ nhiễm giun					
		Nhẹ		Trung bình		Nặng	
		n	%	n	%	n	%
Giun đũa	72	55	76,4	15	20,8	2	2,8
Giun tóc	25	24	96,0	1	4,0	0	0
Giun móc/mỏ	7	7	100	0	0	0	0

Xét theo mức độ nhiễm, đa số các trường hợp đều thuộc mức độ nhẹ, chiếm 76,4% ở giun đũa, 96% ở giun tóc và 100% ở giun móc/mỏ. Các mức độ trung bình và nặng ở giun đũa lần lượt 20,8% và 2,8%.

Bảng 5. Cường độ nhiễm trung bình các loại giun truyền qua đất

Loại giun	Số xét nghiệm (+)	Cường độ nhiễm giun trung bình (EPG)		
		Xã Cán Tỷ	Xã Quyết Tiến	Chung
Giun đũa	72	7064,1	2940,0	6434,0
Giun tóc	25	205,3	458,0	265,9
Giun móc/mỏ	7	104,0	1872	356,6

Giun đũa có cường độ nhiễm trung bình cao nhất (6434,0 EPG), tiếp đến là giun móc/mỏ (356,6 EPG) và giun tóc (265,9 EPG).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp Kato-Katz để xác định tình trạng nhiễm giun của 275 trẻ em người Mông từ 24-60 tháng tuổi tại xã Quyết Tiến và xã Cán Tỷ, tỉnh Hà Giang. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất ở trẻ là 35,6%. Kết quả này cao hơn với nghiên cứu của Ojja S và cộng sự (2018) ghi nhận tỷ lệ 27,1% ở trẻ mẫu giáo [5]; thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Lương Tình và cộng sự (2018) cho thấy tỷ lệ nhiễm chung giun truyền qua đất là 62,8% [6]. Một nghiên cứu khác của Đỗ Thị Hạnh Trang và cộng sự (2020) cho thấy tỷ lệ nhiễm giun là 47,4% [7]. Sự

khác biệt này có thể là do trong những năm gần đây, chương trình tẩy giun định kỳ tại cộng đồng đã được mở rộng tại nhiều địa phương miền núi, đặc biệt thông qua các hoạt động y tế học đường, trạm y tế xã. Bên cạnh đó, điều kiện vệ sinh môi trường vùng nông thôn miền núi được cải thiện so với trước kia, nhiều dự án đã hỗ trợ các vùng nông thôn miền núi xây dựng nhà tiêu hợp vệ sinh và nước sạch.

Về tỷ lệ nhiễm từng loại giun, kết quả phân tích cho thấy nhiễm giun đũa chiếm tỷ lệ cao nhất (26,2%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Đỗ Thị Hạnh Trang và cộng sự (2020) cho thấy trẻ bị nhiễm giun đũa chiếm tỷ lệ cao nhất (44,9%), tiếp đến là giun tóc (14,1%) và giun móc/mỏ có tỷ lệ thấp nhất (2,4%) [7]. Một nghiên cứu khác của Sacolo-Gwebu H và cộng sự (2019) thực hiện tại Nam Phi trên 1143 trẻ từ 1-5 tuổi cho thấy trẻ nhiễm giun đũa chiếm tỷ lệ cao nhất (18,3%) [8]. Tỷ lệ trẻ em nhiễm giun đũa cao có thể là do giun đũa lây truyền chủ yếu qua đường phân - miệng, thông qua việc nuốt phải trứng giun có trong đất, nước hoặc thực phẩm nhiễm bẩn. Trẻ 24-60 tháng tuổi thường xuyên chơi trực tiếp trên nền đất, đưa tay vào miệng, chưa có ý thức vệ sinh cá nhân và phụ thuộc vào người chăm sóc, nên rất dễ phơi nhiễm với trứng giun trong môi trường sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận phần lớn các trường hợp là đơn nhiễm một loại giun (91,8%). Nghiên cứu của Nguyễn Lương Tình và cộng sự (2018) ghi nhận tỷ lệ đơn nhiễm là 62,8% [6]; nghiên cứu của Đỗ Thị Hạnh Trang và cộng sự (2020) cũng cho thấy tỷ lệ trẻ mắc đơn nhiễm giun là 57,2% [7].

Phân tích mức độ nhiễm giun truyền qua đất trong nghiên cứu cho thấy, phần lớn các trường hợp đều ở mức nhẹ (trẻ nhiễm giun đũa có 76,4% mức độ nhẹ, 20,8% mức độ trung bình và chỉ 2,8% mức độ nặng). Đối với giun tóc và giun móc/mỏ, tỷ lệ nhiễm nhẹ chiếm ưu thế gần như tuyệt đối, lần lượt là 96,0% và 100%, không ghi nhận trường hợp nào nhiễm nặng. Kết quả đáng chú ý ở đây là có 2,8% tỷ lệ trẻ nhiễm giun đũa mức nặng và cần lưu ý. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, nhiễm giun đũa nặng (≥ 50.000 EPG) có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng như tắc ruột, suy dinh dưỡng, chậm phát triển thể chất và tinh thần ở trẻ [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giun đũa có cường độ nhiễm trung bình cao nhất (6434,0 EPG), nằm trong ngưỡng nhiễm trung bình, trong khi giun móc/mỏ và giun tóc có cường độ lần lượt là 356,6 EPG và 265,9 EPG - đều thuộc mức nhẹ. Kết quả của

chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Lương Tình và cộng sự (2018) cho thấy cường độ nhiễm trung bình của giun đũa là $7604,5 \pm 22912,3$ EPG, giun tóc là $330 \pm 432,0$ EPG và giun móc/mỏ là $544 \pm 925,9$ EPG [6]; nghiên cứu của Đỗ Trung Dũng và cộng sự cho thấy cường độ nhiễm trung bình của giun đũa là 19.522,6 EPG, của giun tóc là 606,7 EPG và của giun móc/mỏ là 333,6 EPG [2]. Sự khác biệt có thể là do nghiên cứu của Đỗ Trung Dũng và cộng sự thực hiện trên học sinh tiểu học - nhóm tuổi có thể đã phơi nhiễm lâu hơn và có hành vi tiếp xúc với môi trường đa dạng hơn so với nhóm trẻ 24-60 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi. Thời gian phơi nhiễm kéo dài hơn thường dẫn đến tích lũy số lượng giun trong cơ thể nhiều hơn, từ đó làm tăng cường độ nhiễm.

Mặc dù nghiên cứu đã cung cấp những bằng chứng có giá trị về thực trạng nhiễm giun truyền qua đất trên đối tượng nghiên cứu, tuy nhiên vẫn tồn tại một số hạn chế như: địa bàn nghiên cứu chỉ giới hạn tại hai xã có đặc điểm dân tộc, tập quán và điều kiện kinh tế - xã hội đặc thù, do đó kết quả khó có tính đại diện cho toàn tỉnh hoặc các vùng miền khác. Ngoài ra, đa phần người Mông không biết tiếng Kinh nên cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thông tin và phối hợp thực hiện lấy mẫu xét nghiệm.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất ở trẻ 24-60 tháng tuổi người Mông tại hai xã của tỉnh Hà Giang vẫn ở mức cao (35,6%), trong đó giun đũa chiếm ưu thế (26,2%) và đa số là nhiễm 1 loại giun (91,8%). Cường độ nhiễm chủ yếu ở mức nhẹ, song vẫn ghi nhận một số ca nhiễm nặng. Cần tiếp tục duy trì các biện pháp phòng chống và giám sát dịch tễ thường xuyên tại địa phương để đưa ra những biện pháp dự phòng phù hợp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization. Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in at-risk population groups. Guideline: preventive chemotherapy to control

soil-transmitted helminth infections in at-risk population groups, 2017.

- [2] Đỗ Trung Dũng, Nguyễn Lương Tình, Trần Huy Thọ và cộng sự. Thực trạng nhiễm giun truyền qua đất ở học sinh tiểu học tại huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang, năm 2019. Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, 2021, 2 (122): 15-23.
- [3] Thủ tướng Chính phủ. Quyết định số 353/QĐ-TTg ngày 15 tháng 3 năm 2022 Phê duyệt danh sách huyện nghèo, xã đặc biệt khó khăn vùng bãi ngang, ven biển và hải đảo giai đoạn 2021-2025.
- [4] Hoàng Thị Phương Thanh, Nguyễn Lương Tình, Nguyễn Đức Thủy và cộng sự. Thực trạng nhiễm giun truyền qua đất ở học sinh tiểu học tại huyện Xín Mần, tỉnh Hà Giang, năm 2021. Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, 2022, 1 (127): 3-10.
- [5] Ojja S, Kisaka S, Edia M et al. Prevalence, intensity and factors associated with soil-transmitted helminths infections among preschool-age children in Hoima district, rural western Uganda. BMC Infectious Diseases, 2018, 18 (1): 408.
- [6] Nguyễn Lương Tình, Nguyễn Quang Thiều, Đỗ Trung Dũng và cộng sự. Thực trạng nhiễm giun truyền qua đất ở trẻ 12-60 tháng tuổi và một số yếu tố liên quan tại huyện Mường Khương tỉnh Lào Cai, năm 2018. Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, 2018, 4 (106). DOI:10.59253/tcpsr.v12i1.22
- [7] Đỗ Thị Hạnh Trang, Phạm Minh Huế. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm giun truyền qua đất ở trẻ từ 24 đến 59 tháng tuổi tại huyện Mù Cang Chải và Trạm Tấu, tỉnh Yên Bái. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, 2020, 2 (4): 64-70.
- [8] Sacolo-Gwebu H, Chimbari M, Kalinda C. Prevalence and risk factors of schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis among preschool aged children (1-5 years) in rural KwaZulu-Natal, South Africa: a cross-sectional study. Infect Dis Poverty, Jun 16 2019, 8 (1): 47.