

STUDY THE PREVALENCE OF MALARIA INFECTION IN THE IA HDREH COMMUNE, KRONG PA DISTRICT, GIA LAI PROVINCE IN 2020

Phan Cam Ly*, Trinh Hoang Vy

Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy - 99 Hung Vuong, Hai Chau, Da Nang, Vietnam

Received: 14/11/2023

Revised: 10/01/2024; Accepted: 15/02/2024

ABSTRACT

Objectives: Determine the prevalence of malaria parasites and the associated factors with the infection percentage in the Ia Hdreh commune, Krong Pa district, Gia Lai province.

Material and method: Cross-sectional study conducted on 406 people living in Ia Hdreh commune, Krong Pa district, Gia Lai province, from October 2019 to June 2020 with malaria testing including species identification and asexual/sexual identification, combined with investigation of epidemiological information.

Result: The prevalence of malaria parasite infection in the community of Ia Hdreh commune was 3.2%, the rate of gametocytes accounts for 0.74% of the total 406 people. There was some statistically significant relatives between the rate of malaria parasite infection and age group, education level, and especially bed net sleeping habit (OR 6.24).

Conclusion: There is malaria occurrence in the community of Ia Hdreh commune with a prevalence of 3.20%; with a gametocyte rate of 0.74%, in which *P. falciparum*/*P. vivax* accounts for 76.90%/23.10%. It is necessary to closely monitor developments in the malaria situation in Ia Hdreh commune, Krong Pa district, Gia Lai province and evaluate the results of implementing intervention to prevent and control malaria to promptly prevent the epidemic from occurring.

Keywords: Malaria, parasite *Plasmodium*, Gia Lai province, Vietnam.

*Corresponding author

Email address: pely@dhktyduocdn.edu.vn

Phone number: (+84) 902 158 225

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i2.919>

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ NHIỄM KÝ SINH TRÙNG SỐT RÉT TẠI XÃ IA HDREH, HUYỆN KRÔNG PA, TỈNH GIA LAI NĂM 2020

Phan Cẩm Ly*, Trình Hoàng Vỹ

Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng - 99 Hùng Vương, Hải Châu, Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 14 tháng 11 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 01 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 15 tháng 02 năm 2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng sốt rét và tìm hiểu một số yếu tố liên quan nhiễm ký sinh trùng sốt rét tại xã Ia Hdreh, huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai năm 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 406 trường hợp người dân sinh sống trên địa xã Ia Hdreh, huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai, thời gian từ tháng 10/2019 đến tháng 6/2020 với việc xét nghiệm tìm Ký sinh trùng sốt rét bao gồm cả định loài và định thể vô tính-hữu tính, kết hợp điều tra thông tin dịch tễ.

Kết quả: Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng sốt rét trong cộng đồng người dân xã Ia Hdreh là 3,2%, tỷ lệ thể giao bào chiếm 0,74% tổng số 406 người. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng sốt rét với nhóm tuổi, trình độ học vấn, và nhất là thói quen ngủ màn (OR 6,24).

Kết luận: Có sự lưu hành sốt rét tại cộng đồng người dân xã Ia Hdreh với tỉ lệ hiện mắc 3,20%; với tỉ lệ giao bào là 0,74%, *P.falciparum* chiếm 76,90%; *P.vivax* chiếm 23,10%. Cần theo dõi sát diễn biến tình hình sốt rét tại xã Ia Hdreh, huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai và đánh giá kết quả triển khai các biện pháp can thiệp phòng, chống bệnh sốt rét để kịp thời ngăn chặn dịch xảy ra.

Từ khóa: Sốt rét, ký sinh trùng *Plasmodium*, tỉnh Gia Lai, Việt Nam.

*Tác giả liên hệ

Email: pcly@dhktyduocdn.edu.vn

Điện thoại: (+84) 902 158 225

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i2.919>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt rét là bệnh truyền nhiễm do 5 loài ký sinh trùng *Plasmodium* gây nên gồm *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale* và *Plasmodium knowlesi*. Bệnh lây truyền chủ yếu là do muỗi *Anopheles*. Bệnh thường biểu hiện bằng những cơn sốt điển hình với ba triệu chứng nối tiếp nhau là rét run, sốt, và vã mồ hôi. Bệnh tiến triển có chu kỳ và có hạn định nếu không bị tái nhiễm [1]. Tuy nhiên, có một tỷ lệ cao bệnh nhân nhiễm *P.falciparum* và *P.knowlesi* có nguy cơ diễn tiến thành thể bệnh sốt rét ác tính với nhiều biến chứng có thể nguy hiểm tính mạng [2].

Nhằm triển khai thực hiện Quyết định 08/QĐ-BYT của BYT năm 2016, tỉnh Gia Lai phê duyệt lộ trình loại trừ sốt rét trên địa bàn toàn tỉnh vào năm 2025 [3]. Tuy nhiên, hiện nay với tình hình sốt rét vẫn còn biến động, gia tăng tại một số địa phương trên địa bàn tỉnh có thể sẽ ảnh hưởng đến lộ trình này. Và một huyện được xem như là một trong những vùng trọng điểm sốt rét hiện nay của cả nước đó là Krông Pa. Ia HDreh là xã có sốt rét lưu hành nặng ở mức cao của huyện Krông Pa. Theo phân vùng dịch tễ sốt rét năm 2019, số người nhiễm ký sinh trùng sốt rét (KSTSR) trong vài năm gần đây luôn ở mức cao so với tỷ lệ mắc chung trên toàn huyện. Thành phần dân tộc chủ yếu tại xã là người J' Rai, kinh tế phần lớn dựa vào nông nghiệp và khai thác lâm sản tại các khu vực rừng núi trong khu bảo tồn rừng Ea Sô và giáp ranh với hai tỉnh Phú Yên và Đắk Lắk [4]. Nhằm đánh giá tình hình nhiễm ký sinh trùng sốt rét hiện tại cũng như mô tả các yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc sốt rét, từ đó đề xuất các biện pháp phòng chống sốt rét thích hợp, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng sốt rét của người dân xã Ia HDreh, huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai năm 2020, và (2) tìm hiểu một số yếu tố liên quan việc nhiễm ký sinh trùng sốt rét tại điểm nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên tập hợp người dân sinh sống trên địa bàn xã Ia HDreh, huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai. Thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2019 đến tháng 6/2020.

Thiết kế nghiên cứu: Thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu được tính theo công thức

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng α (độ tin cậy) = 0,05, Z (Trị số từ phân phối chuẩn) = 1,96, với ước tính $p = 0,5$ dựa trên nghiên cứu trước đây ở Krông Pa [4], [5]. Nếu theo hướng dẫn của các tác giả Hoàng Văn Minh và Lư Ngọc Hoạt [6], [7], cho giá trị p ở trên thì chọn $d=0,1$; cỡ mẫu tính ra là $n=96,04$. Để tăng độ đại diện mẫu, chúng tôi chọn $d=0,05$; cỡ mẫu tính ra là $n=384$. Làm tròn số và tránh các trường hợp lạc mẫu, nhóm thực hiện nghiên cứu trên tối thiểu 400 mẫu.

Chọn mẫu: Chọn mẫu nghiên cứu theo cách chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống, trên tập hợp các gia đình sinh sống lâu dài tại địa phương. Kỹ thuật lấy mẫu là kỹ thuật ngẫu nhiên hệ thống được tiến hành với (1) khung mẫu là danh sách hộ gia đình, (2) đơn vị lấy mẫu là hộ gia đình, (3) đơn vị quan sát là các cá thể trong hộ gia đình được chọn.

Cỡ mẫu 400 người, trung bình một hộ có 4 - 5 người, với tổng số hộ điều tra thực tế là 81 hộ với tổng số hộ được quan sát trong xã là 986 hộ, khi đó khoảng cách mẫu $K = 986/81 \approx 12$

Trên danh sách hộ gia đình của xã, chọn ngẫu nhiên một hộ gia đình có số thứ tự nhỏ hơn 12 (khoảng cách mẫu K), sử dụng hệ số $K = 12$ để lấy đủ 81 hộ gia đình cho nghiên cứu.

Tổng cộng thực tế chúng tôi đã nghiên cứu cho tập hợp gồm $n=406$ trường hợp.

Tiêu chí chọn mẫu: Tiêu chí chọn mẫu là đối tượng nghiên cứu chấp nhận phỏng vấn và xét nghiệm. Tiêu chí loại trừ là không đồng ý tham gia nghiên cứu; hoặc đến nhà nhiều lần nhưng không gặp; hoặc không có khả năng giao tiếp bình thường với cán bộ y tế.

Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu: Kỹ thuật xét nghiệm lam máu nhuộm Giemsa tìm ký sinh trùng sốt rét và Kỹ thuật phỏng vấn, theo quy trình chuẩn của Bộ Y tế đã quy định năm 2013.

Xử lý số liệu: Chúng tôi sử dụng phần mềm Microsoft Excel 2010, SPSS 20.0 để xử lý số liệu với phương pháp Chi bình phương, với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn

và được Hội đồng Khoa học và Y đức của Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng phê duyệt cho phép tiến hành đề tài ở Quyết định số 632/QĐ-ĐHKTYDĐN ngày 30/10/2019.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 406 trường hợp

người dân sinh sống trên địa bàn xã Ia HDreh, huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai, từ tháng 10/2019 đến tháng 6/2020, cho một số kết quả. Trong 406 mẫu nghiên cứu có 13 mẫu dương tính với KSTSR chiếm tỷ lệ 3,20% (bảng 3.1). Số trường hợp nhiễm KSTSR mang thể giao bào chiếm tỷ lệ 0,74% (bảng 3.2). Ký sinh trùng sốt rét loài *P. falciparum* chiếm tỷ lệ cao (76,90%), *P. vivax* chiếm tỷ lệ 23,10% (Biểu đồ 3.1).

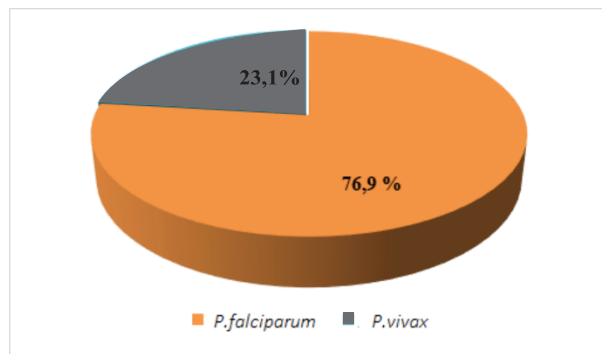
Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm KSTSR của người dân tại điểm nghiên cứu

KSTSR	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dương tính	13	3,20
Âm tính	393	96,80
Tổng	406	100,0

Bảng 3.2. Tỷ lệ nhiễm giao bào của người dân tại điểm nghiên cứu

Thể giao bào của KSTSR	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dương tính	3	0,74
Âm tính	403	99,26
Tổng	406	100,0

Biểu đồ 3.1. Cơ cấu KSTSR tại điểm nghiên cứu



Đánh giá về mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với một số yếu tố đặc điểm mẫu cho thấy có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với nhóm tuổi và trình độ học vấn ($p < 0,05$) (Bảng 3.3). Đặc biệt, thấy rõ có mối liên

quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với thói quen ngủ màn của người dân tại điểm nghiên cứu ($p < 0,05$) (Bảng 3.4) với tỷ số OR 6,24.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với giới, nhóm tuổi, nghề nghiệp, dân tộc, trình độ học vấn

Đặc điểm		KSTSR		Âm tính		Tổng		P
		Dương tính		n	%	n	%	
Giới	Nam	9	4,13	209	95,87	218	53,69	ns
	Nữ	4	2,13	184	97,87	188	46,31	
Nhóm tuổi	<5	1	2,94	33	97,36	8	1,97	<0,05
	5-15	1	0,65	152	99,35	40	9,85	
	>15	11	5,02	208	94,98	358	88,18	
Nghề nghiệp	Khai thác lâm sản	8	3,77	204	96,23	321	79,06	ns
	Làm nông	2	1,67	118	96,33	85	20,94	
	Cán bộ viên chức	1	6,25	15	93,75	120	29,56	
	Học sinh – Sinh viên	1	2,50	39	97,50	212	52,22	
	Khác (lao động tự do...)	1	5,56	17	94,44	16	3,94	
Dân tộc	J' Rai	11	3,43	310	96,57	40	9,85	ns
	Kinh	2	2,35	83	97,65	18	4,43	
Trình độ học vấn	Chưa đi học/mù chữ	6	33,33	12	66,67	18	4,43	<0,05
	Tiểu học	4	4,44	86	95,56	90	22,17	
	Trung học cơ sở	2	1,41	139	98,59	141	34,73	
	THPT trở lên	1	0,64	156	99,36	157	38,67	

(ns: not significant – không có ý nghĩa thống kê)

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với thói quen ngủ màn tại điểm nghiên cứu

		KSTSR				p
		Dương tính		Âm tính		
		n	%	n	%	
Thói quen	Không	8	10	72	90	<0,05 (OR=6,24)
Ngủ màn	Có	5	1,75	281	98,25	

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ KSTSR dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi tại xã Ia Hdreh, huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai bằng kỹ thuật lấy máu mao mạch nhuộm Giemsa là 3,20% (bảng 3.1). Theo tác giả Hoàng Hà (2004), khi nghiên cứu tình hình nhiễm KSTSR tại xã Thanh, huyện Hướng Hóa tỉnh Quảng Trị ghi nhận tỷ lệ nhiễm

KSTSR là 4,04% [8]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn không nhiều so với tác giả Hoàng Hà có thể do đặc điểm dịch tễ sốt rét tại xã Thanh gần giống với xã Ia Hdreh. Ngoài ra đây cũng là những tỉnh có tỷ lệ nhiễm KSTSR cao so với khu vực miền Trung - Tây Nguyên cũng như so với cả nước. Theo tác giả Hồ Văn Hoàng và cs. (2009) về các yếu tố nguy cơ ở một số xã có sốt rét dai dẳng tại các tỉnh Quảng Trị, Quảng Nam,

Gia Lai nhận thấy tỷ lệ nhiễm KSTSR tại xã Thanh (Quảng Trị) chiếm 6,41%, Trà Don (Quảng Nam) chiếm 7,40%, Ia O (Gia Lai) chiếm 4,87% [9]. Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn có thể là do phong tục tập quán, thói quen đi rừng ngủ rẫy, giao lưu biên giới... của người dân tại các điểm nghiên cứu, dẫn tới tỷ lệ nhiễm KSTSR cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, khi so với báo cáo của Nguyễn Văn Khởi và cs. (2018), trong nghiên cứu tại huyện Bù Gia Mập, tỉnh Bình Phước với tỷ lệ nhiễm KSTSR là 2,13% [10] thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn; có thể lý giải là do đặc điểm dân tộc học, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế xã hội... có sự khác biệt giữa hai địa điểm nghiên cứu.

Ở bảng 3.2, tỷ lệ nhiễm giao bào tại xã Ia Hdreh, huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai bằng kỹ thuật lấy máu mao mạch nhuộm Giemsa là 0,74%. Theo tác giả Hồ Văn Hoàng và cs. (2009), ghi nhận tỷ lệ nhiễm giao bào tại xã Thanh 3,20%; xã Trà Don 3,58%; xã Ia O 3,66%[9]. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt so với tác giả có thể là do cỡ mẫu của chúng tôi thấp hơn so với những nghiên cứu trên. Để nâng cao hiệu quả về công tác phòng chống sốt rét tại địa phương đạt được kết quả cao thì công tác phát hiện các trường hợp nhiễm giao bào cũng như các trường hợp nhiễm KSTSR không có triệu chứng là hết sức quan trọng, góp phần làm giảm nguồn phát nhiễm, giảm sự lan nhiễm sốt rét trong cộng đồng.

Ở biểu đồ 3.1 nhận thấy cơ cấu KSTSR có sự khác biệt đáng kể trong sự phân bố loài giữa *P.falciparum* (76,90%) và *P.vivax* chiếm (23,10%), không có ca nào nhiễm phối hợp. Theo tác giả Hồ Văn Hoàng và cs.(2009), nhận thấy loài *P.falciparum* cũng chiếm ưu thế hơn so với *P.vivax*, cụ thể xã Thanh (Quảng Trị) *P.falciparum* chiếm 75,0%, Trà Don (Quảng Nam) *P.falciparum* chiếm 61,29%, Ia O (Gia Lai) *P.falciparum* chiếm 84,21%[9]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Hà và cs. (2004), nghiên cứu tình hình sốt rét và các yếu tố liên quan đến bệnh sốt rét tại xã Thanh, huyện Hướng Hóa cho thấy cơ cấu KSTSR *P.falciparum* chiếm 69,76% và *P.vivax* chiếm 30,24%[8]. Với tỷ lệ *P.falciparum* chiếm 76,90% của chúng tôi là phù hợp với cơ cấu loài ở các vùng khác của khu vực miền Trung-Tây Nguyên cũng như trong các nghiên cứu của các tác giả trên. *P.falciparum* là một trong những chủng KSTSR quan trọng gây nên sốt rét ác tính và sốt rét kháng thuốc, nhất là những người có yếu tố nguy cơ như đi rừng ngủ rẫy,

giao lưu biên giới... Xác định cơ cấu KSTSR sẽ góp phần vào công tác phòng chống sốt rét cũng như có kế hoạch lập dự trữ thuốc điều trị cho người nhiễm KSTSR phù hợp cho từng địa phương [9].

Dữ liệu của chúng tôi ở bảng 3.3 nhận thấy tỷ lệ nhiễm KSTSR ở nam giới chiếm 4,13% và nữ giới chiếm 2,13%, không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với giới. Tác giả Đoàn Đức Hùng và cs. (2019), khi nghiên cứu 3248 người dân sinh sống tại 4 xã tại huyện Krông Pa tỉnh Gia Lai cho thấy có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [11]. Còn tác giả Nguyễn Văn Khởi và cs. (2018), trong nghiên cứu thực trạng nhiễm KSTSR tại huyện Bù Gia Mập, tỉnh Bình Phước cũng nhận thấy có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)[10]. Có sự khác nhau giữa nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả trên có thể do số mẫu nghiên cứu của chúng tôi chỉ 406 mẫu, của các tác giả khác cao hơn rất nhiều, dẫn đến có sự khác biệt này.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy ở nhóm trên 15 tuổi dương tính với KSTSR chiếm tỷ lệ 3,07%, 5 đến 15 tuổi chiếm tỷ lệ 2,50%, nhỏ hơn 5 tuổi chiếm 12,50%; có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với nhóm tuổi ($p < 0,05$); kết quả có sự tương đồng với các tác giả Nguyễn Văn Khởi và cs. (2018) [10] và Đoàn Đức Hùng và cs. (2019) [11]. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ dương tính với KSTSR ở đối tượng người dân khai thác lâm sản chiếm tỷ lệ 3,77%, làm nông chiếm 1,67%, cán bộ viên chức chiếm 6,25%, học sinh – sinh viên chiếm 2,50%, nghề nghiệp khác (lao động tự do, nội trợ...) chiếm 5,56%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này gần gũi với nghiên cứu của tác giả Đoàn Đức Hùng và cs. (2019), khi nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm KSTSR tại 4 xã ở huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai nhận thấy tỷ lệ dương tính với KSTSR ở người dân làm nghề khai thác lâm sản chiếm 3,02% [11]. Theo tác giả Nguyễn Văn Khởi và cs. (2018), trong nghiên cứu thực trạng nhiễm KSTSR tại huyện Bù Gia Mập, tỉnh Bình Phước cũng cho thấy không có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với nghề nghiệp, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [10]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận dân tộc J'Rai có số trường hợp dương tính với KSTSR chiếm tỷ lệ 3,43%, dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ 2,35%, (bảng 3.3), không có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với

thành phần dân tộc . Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Đoàn Đức Hùng và cs. (2019), khi nghiên cứu tại 4 xã tại huyện Krông Pa tỉnh Gia Lai về mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với dân tộc [11]. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhiễm KSTSR ở đối tượng có trình độ học vấn từ PTTH trở lên chiếm tỷ lệ 0,64%, THCS chiếm 1,41%, tiểu học chiếm 4,44%, chưa đi học/mù chữ chiếm 33,33%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Dữ liệu ở bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ nhiễm KSTSR ở nhóm đối tượng không ngủ màn chiếm 10%, nhóm có ngủ màn chiếm 1,75%, tỷ lệ nhiễm KSTSR ở nhóm không ngủ màn cao gấp 6,24 lần so với nhóm có thói quen ngủ màn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo tác giả Hồ Văn Hoàng và cs. (2007) khi nghiên cứu thực trạng nhiễm sốt rét và biện pháp phòng chống sốt rét thích hợp cho cộng đồng dân cư tự do tại huyện Đăk Glông, tỉnh Đăk Nông cho thấy người không ngủ màn có nguy cơ mắc bệnh sốt rét cao hơn 5,45 lần so với ngủ màn, có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm KSTSR với thói quen ngủ màn ($p < 0,01$) [12]. Tác giả Đặng Hân và cs. (2005) trong nghiên cứu về một số yếu tố nguy cơ liên quan đến tỷ lệ nhiễm KSTSR ở cộng đồng Pakô - Vân Kiều huyện Hướng Hóa, Quảng Trị cho thấy tỷ lệ nhiễm KSTSR ở nhóm không ngủ màn chiếm 6,93%, nhóm có ngủ màn 2,54%, tỷ lệ nhiễm KSTSR ở nhóm không ngủ màn cao gấp 3,60 lần so với nhóm có thói quen ngủ màn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [13]. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả trên do địa điểm nghiên cứu tập trung ở những vùng có sốt rét lưu hành, thành phần dân tộc đa dạng, điều kiện kinh tế xã hội còn gặp nhiều khó khăn, nhận thức của một bộ phận người dân còn hạn chế... nên không tuân thủ theo kế hoạch phòng chống sốt rét của địa phương đề ra.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm KSTSR trong cộng đồng người dân xã Ia Hdreh là 3,20%; với tần suất xuất hiện giao bào là 0,74%. Về cơ cấu KSTSR, *P. falciparum* chiếm 76,90%; *P. vivax* chiếm 23,10%. Có sự lưu hành sốt rét tại cộng đồng; do đó, cần theo dõi sát diễn biến tình hình sốt rét tại xã Ia Hdreh, huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai và đánh giá kết quả triển khai các biện pháp can thiệp phòng, chống bệnh sốt rét để kịp thời ngăn chặn dịch xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Quyết định số 4845/QĐ-BYT ngày 8/9/2016 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốt rét, 2016.
- [2] JA Brejt, LM Golightly, Severe malaria: update on pathophysiology and treatment, Current Opinion in Infectious Diseases, vol 32, (5), 413–418, 2019, doi: 10.1097/QCO.0000000000000584.
- [3] Bộ Y tế, Quyết định 741/QĐ-BYT ngày 02/03/2016 về Hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh sốt rét, 2016.
- [4] Nguyễn Duy Sơn, Hồ Văn Hoàng, Nguyễn Công Trung Dũng, Tỷ lệ nhiễm và hiệu quả quản lý ca bệnh sốt rét Plasmodium vivax tại huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai năm 2016, Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, (96), 2017, tr 73–78,.
- [5] Hồ Văn Hoàng, Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe và kem xua muỗi trong phòng chống sốt rét cho người ngủ rẫy tại huyện Krông Pa, Gia Lai năm 2015, Tạp chí Phòng chống bệnh Sốt rét và các bệnh Ký sinh trùng, (96), 2017, tr 247–253.
- [6] Lưu Ngọc Hoạt, Võ Văn Thắng, Phương pháp nghiên cứu sức khỏe cộng đồng, NXB Y học Huế, 2011, tr 15–17.
- [7] Hoàng Văn Minh, Lưu Ngọc Hoạt, Phương pháp chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học sức khỏe, Mạng lưới Nghiên cứu khoa học sức khỏe - Trường Đại học Y tế công cộng, 2020.
- [8] Hoàng Hà và cộng sự, Nghiên cứu tình hình sốt rét và các yếu tố liên quan đến bệnh sốt rét tại xã Thanh, huyện Hướng Hóa năm 2004 và hiệu quả các biện pháp tác động phòng chống sốt rét, trong Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 2001 – 2006 - Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn, NXB Y học, 2004, tr 84–91.
- [9] Hồ Văn Hoàng, Triệu Nguyên Trung, Nguyễn Duy Sơn, Nghiên cứu yếu tố nguy cơ ở một số xã có sốt rét dai dẳng tại các tỉnh Quảng Trị, Quảng Nam, Gia Lai”, Tạp chí Y học dự phòng, vol 796, (2011), tr 20–23.

- [10] Nguyễn Văn Khởi, Lê Thành Đồng, Trần Thiện Thuần, Thực trạng nhiễm ký sinh trùng sốt rét tại huyện Bù Gia Mập tỉnh Bình Phước, năm 2018, Tạp chí Y học thực hành, vol 11,(148), 2018, tr 100.
- [11] Đoàn Đức Hùng, Đặng Đức Anh, Hồ Văn Hoàng và cộng sự, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm ký sinh trùng sốt rét của người dân tại huyện Krông Pa, tỉnh Gia Lai, năm 2019, Tạp chí y học thực hành, vol 13, 2019, tr 23.
- [12] Hồ Văn Hoàng, Triệu Nguyên Trung, Nguyễn Duy Sơn, Nghiên cứu thực trạng nhiễm sốt rét và biện pháp phòng chống sốt rét thích hợp cho cộng đồng dân di cư tự do tại huyện Đăk Glông, tỉnh Đăk Nông, Tạp chí Y học dự phòng, vol 796, 2011, tr 15–17.
- [13] Đặng Hân và cộng sự, Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến tỷ lệ mắc và nhiễm KSTSR ở cộng đồng Pakô - Vân Kiều huyện Hướng Hóa, Quảng Trị năm 2005, trong Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 2001 - 2006 - Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn, NXB Y học, 2005, tr 300–307.

