

NHIỄM KÝ SINH TRÙNG SỐT RÉT VÀ THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC SỐT RÉT TỰ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI DÂN NGỦ RẦY TẠI VINH THẠNH, TỈNH BÌNH ĐỊNH

Nguyễn Thị Lệ Huyền; Hồ Văn Hoàng**

TÓM TẮT

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, điều tra và phỏng vấn các đối tượng ngủ rầy trên 15 tuổi tại 2 xã (Vinh Hòa và Vĩnh Thuận, huyện Vĩnh Thạnh, tỉnh Bình Định) cho kết quả: tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng (KST) sốt rét (SR) ở người dân ngủ rầy là 7,29% (5,11 - 10,24%). Thành phần loài *P.falciparum* chiếm ưu thế (81,25%). Tỷ lệ nhận thuốc SR tự điều trị của người dân ngủ rầy là 54,67% (49,88 - 59,38%). Arterakin được cấp 60%, chloroquin 40%. Người dân đi ngủ rầy đến nhận thuốc ở y tế thôn bản (70%) cao hơn so với đến trạm y tế xã (30%). Tỷ lệ người dân ngủ rầy có uống thuốc tự điều trị khi nghi mắc SR là 31,67% so với tổng số người nhận thuốc. Đối với thuốc tự điều trị, chỉ có 28,95% uống đủ 3 ngày. Nguyên nhân không uống đủ liều: 50% không uống tiếp do hết sốt, 18,52% trở về nhà uống tiếp; 11,11% không nhớ và 20,37% không muốn uống thuốc tiếp.

* Từ khoá: Sốt rét; Nhiễm ký sinh trùng sốt rét; Thực trạng sử dụng thuốc.

THE PROPORTION OF MALARIA PARASITE INFECTION AND USAGE OF STANDBY-TREATMENT DRUGS IN FOREST-GOING AND PLOT-HUT POPULATION

SUMMARY

*The study with the objectives were to identify the proportion of malaria parasite infection The cross-sectional study, investigating and interviewing were carried out at 2 communes (Vinhhoa and Vinhthuan, Vinhthanh district, Binhdin province) and to evaluate the plot-hut populations more than 15 ages receiving and using the standby-treatment drugs. The results showed that the proportion of malaria parasite in forest-going and plot-hut populations was 7.29%. The *P.falciparum* formula was 81.25%. The proportion of plot-hut people receiving the standby-treatment drugs was 54.67% (49.88 - 59.38%). The proportion of providing arterakin and chloroquine was 60% and 40% respectively. The people coming and receiving the standby-treatment drugs at village health workers were 59.17% higher than at commune health staff (30%). The proportion of plot-hut people used the standby-treatment drugs when they got suspected malaria was 31.67%. The 3-day usages (full dose) of arterakin and chloroquine were 28.95%. The reasons of not full dose usages were due to fever clearance (50%), coming back home and continuing (18.52%), not remember (11.11%) and dislike to continue (20.37%)*

* Key words: Malaria; Malaria parasite infection; The status of using drugs.

* Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn
Phản biện khoa học: GS. TS. Lê Bách Quang

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình hình SR nhiều vùng trên thế giới cũng như ở Việt Nam có xu hướng giảm, nhưng nguy cơ mắc SR ở một số vùng có dân giao lưu với rừng hoặc có hoạt động đi rừng, ngủ rầy rất cao và đáng quan tâm [5, 9].

Kết quả điều tra về SR trong thời gian gần đây cho thấy nhóm có nguy cơ mắc SR cao là những người thường xuyên có hoạt động và ngủ trong rừng, trong nhà rầy [2, 4]. Hiện nay, phun tồn lưu nhà ở và tắm màn với hoá chất diệt muỗi là những biện pháp chính

được sử dụng để phòng chống vector SR ở Việt Nam. Hai biện pháp này đều có hiệu quả cao trong phòng chống SR cho cộng đồng dân sống cố định. Tuy nhiên, để bảo vệ cho những người có hoạt động và ngủ trong rẫy, cả phun tồn lưu và tấm màn rất khó thực hiện vì ở trong rừng họ thường ngủ trong những ngôi lều tạm thời hoặc thậm chí ngủ ngoài trời.

Để bảo vệ đối tượng này, Bộ Y tế và Dự án Quốc gia phòng chống SR đã có chính sách cấp thuốc tự điều trị khi đi xa cơ sở y tế. Tuy nhiên, việc quản lý thuốc cũng như sử dụng của người dân chưa được đánh giá đầy đủ [1]. Mục tiêu của đề tài này nhằm:

- *Xác định tỷ lệ nhiễm KST SR ở người dân có hoạt động ngủ rẫy tại huyện Vĩnh Thạnh, tỉnh Bình Định.*

- *Đánh giá tỷ lệ nhận thuốc và sử dụng thuốc tự điều trị của người dân trong thời gian đi rẫy và ngủ lại trong rẫy.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu thực hiện tại xã Vĩnh Hòa, Vĩnh Thuận, huyện Vĩnh Thạnh là 2 xã có nhiều người dân Ba Na làm rẫy và ngủ rẫy. Đối tượng điều tra là người có ngủ rẫy > 15 tuổi.

2. Phương pháp nghiên cứu.

* *Phương pháp mô tả dịch tễ học:*

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang: xác định tỷ lệ nhiễm KST SR của người dân có hoạt động ngủ rẫy tại 2 xã được chọn. Cỡ mẫu: theo công thức nghiên cứu cắt ngang:

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

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)}$ là giá trị Z từ bảng Z ứng với $\alpha = 0,05$, thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

p: Tỷ lệ KST SR theo điều tra trước, $p = 0,10$, $q = (1 - p) = 1 - 0,10 = 0,9$.

d: Độ chính xác là khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu (p) và từ tỷ lệ quần thể (P). Chọn $d = 0,04$.

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,10 \times 0,90}{0,04^2} = 217$$

Để bảo đảm số mẫu (do đi vắng hoặc làm sạch số liệu), số mẫu trên sẽ cộng thêm 5%, cần có $217 + 10 = 227$ người.

* *Kỹ thuật và công cụ nghiên cứu:*

- Xét nghiệm tìm KST SR theo: phương pháp nhuộm Giemsa.
- Khám lâm sàng phát hiện bệnh nhân SR.
- Phòng vấn trực tiếp người ngủ rẫy.

* *Phương pháp thống kê y sinh học:* phần mềm Epi.info để phân tích số liệu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Nhiễm KST SR ở nhóm dân ngủ rẫy.

* *Tỷ lệ nhiễm KST SR ở nhóm dân ngủ rẫy:*

Bảng 1:

ĐIỂM ĐIỀU TRA	XÉT	KST SR			GIAO BÀO	
		Số (+)	%	CI 95%	Số (+)	%
Vĩnh Hòa	225	17	7,56	4,60 - 12,03	6	2,67
Vĩnh Thuận	214	15	7,01	4,11 - 11,52	7	3,27
Tổng	439	32	7,29	5,11 - 10,24	13	2,96

* Cơ cấu nhiễm KST SR ở nhóm dân ngủ rẫy:

Bảng 2:

ĐIỂM ĐIỀU TRA	CƠ CẤU LOẠI KST SR					
	<i>P.falciparum</i>		<i>P.vivax</i>		Phối hợp	
	n	%	n	%	n	%
Vĩnh Hòa	14	82,35	2	11,76	1	5,88
Vĩnh Thuận	12	80,00	2	13,33	1	6,67
Tổng	26	81,25	4	12,50	2	6,25

Loài *P.falciparum* chiếm ưu thế (81,25%) trong tổng số KST SR được phát hiện, tại xã Vĩnh Hòa *P.falciparum* chiếm 82,35%, xã Vĩnh Thuận loài *P.falciparum* là 80%.

2. Tỷ lệ nhận thuốc và sử dụng thuốc tự điều trị khi đi rẫy và ngủ rẫy.

* Tỷ lệ người dân ngủ rẫy đến nhận thuốc tự điều trị khi đi ngủ rẫy:

Bảng 3:

Xã	Điều tra	Nhận thuốc	%	CI 95%
Vĩnh Hòa	225	114	50,67	43,96 - 57,35
Vĩnh Thuận	214	126	58,88	51,95 - 65,48
Tổng	439	240	54,67	49,88 - 59,38

* Loại thuốc nhận khi đi rừng ngủ rẫy:

Bảng 4:

XÃ	NHẬN THUỐC	LOẠI THUỐC			
		Arterakin		Chloroquine	
		n	%	n	%
Vĩnh Hòa	114	69	60,53	45	39,47
Vĩnh Thuận	126	75	59,52	51	40,48
Tổng	240	144	60,00	96	40,00

*** Phân tích đối tượng đến nhận thuốc:**

Tỷ lệ nữ khi đi ngủ rầy đến nhận thuốc tự điều trị là 60%, cao hơn so với nam (40%). Tại cả 2 điểm điều tra, nữ đến nhận thuốc tự điều trị khi đi ngủ rầy cao hơn nam.

*** Nguồn thuốc SR tự điều trị người dân đi ngủ rầy đến nhận:**

Bảng 5:

Xã	Số có nhận thuốc	Y tế xã		Y tế thôn bản	
		Số người	%	Số người	%
Vĩnh Hòa	114	37	32,46	77	67,54
Vĩnh Thuận	126	35	27,78	91	72,22
Tổng	240	72	30,00	168	70,00

Người dân đi ngủ rầy đến nhận thuốc ở y tế thôn bản chiếm 70%, cao hơn so với đến trạm y tế xã (30%).

*** Tỷ lệ người dân có sốt/nghi SR khi đi ngủ rầy và sử dụng thuốc:**

Bảng 6:

Xã điều tra	Sử dụng thuốc			1 ngày		2 ngày		3 ngày	
	Số nhận thuốc	Uống thuốc do nghi sốt rét	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Vĩnh Hòa	114	35	30,70	5	14,29	20	57,14	10	28,57
Vĩnh Thuận	126	41	32,54	6	14,63	23	56,10	12	29,27
Tổng	240	76	31,67	11	14,47	43	56,58	22	28,95

Tất cả người ngủ rầy khi nghi nhiễm SR đều có sử dụng thuốc. Tỷ lệ người dân có sử dụng thuốc uống tự điều trị là 31,67% so với số người nhận thuốc. Phân tích sử dụng thuốc arerakin và chloroquin, chỉ có 28,96% uống đủ liệu trình 3 ngày; còn lại 71,14% (54/76) không uống đủ liều gồm 55,58% uống thuốc 2 ngày và 14,47% chỉ dùng 1 ngày.

*** Nguyên nhân không uống thuốc tự điều trị đủ liều khi ngủ rầy:**

Bảng 7:

Xã	Uống thuốc không đủ liều	Hết sốt		Trở về nhà uống tiếp		Không nhớ		Không muốn uống tiếp	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Vĩnh Hòa	25	12	48,00	4	16,00	3	12,00	6	24,00
Vĩnh Thuận	29	15	51,72	6	20,69	3	10,34	5	17,24
Tổng	74	27	50,00	10	18,52	6	11,11	11	20,37

BÀN LUẬN

1. Về tỷ lệ nhiễm KST SR ở nhóm dân đi rẫy và ngủ rẫy.

Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ nhiễm KST SR ở người dân có hoạt động ngủ rẫy là 7,29%, cao hơn nhiều so với tỷ lệ nhiễm KST SR theo thống kê số liệu ở khu vực miền Trung-Tây Nguyên (0,69%) [5]. Một số điều tra trong những năm trước đây tại một số điểm có dân đi rừng, ngủ rẫy cho thấy tỷ lệ nhiễm rất cao: Ngọc Lây (Kon Tum) 8,85%, Dak Rin (Kon Tum) 6,80%, Ia O (Gia Lai) 7,08%, Sơn Thái (Khánh Hoà) 29,77%, Khánh Thượng (Khánh Hòa) 8,16%, Thanh (Quảng Trị) 6,77%. Điều này cho thấy, người dân đi rừng ngủ rẫy có nguy cơ mắc SR cao hơn những đối tượng khác và các biện pháp phòng chống SR thường quy chưa có hiệu quả, người dân chưa có ý thức cao về tự bảo vệ khi đi vào rừng, rẫy [2, 4, 5, 6].

Kết quả phân tích KST: thành phần loài *P.falciparum* chiếm ưu thế (81,25%), trong đó *P.vivax* có tỷ lệ thấp (12,50%). Như vậy, nguy cơ SR ác tính dẫn đến tử vong do nhiễm *P.falciparum* rất cao.

Một điều tra tại Khánh Vĩnh thấy tỷ lệ nhiễm SR của người dân ngủ rẫy là 13,1%, cao hơn so với nhóm không đi rừng (8,3%) [8].

Nghiên cứu của Tạ Thị Tĩnh về hiệu quả cấp thuốc tự điều trị: tỷ lệ nhiễm KST SR ở các đối tượng này giảm so với trước, nhưng có nơi tỷ lệ KST SR lên đến 4,1%, dù đã có sử dụng thuốc tự điều trị kết hợp với truyền thông giáo dục. Như vậy, tỷ lệ nhiễm ở người đi rừng ngủ rẫy cao và cấp thuốc tự điều trị phòng ngừa SR diễn biến nặng đã có hiệu quả, nhưng cần có các biện pháp bảo vệ cá nhân phòng nhiễm KST SR cho các đối tượng này [3]. Nhiễm KST còn cao là do khi người dân ngủ trong rẫy, các biện pháp bảo vệ cá nhân tránh muỗi đốt hiệu quả rất thấp, người dân không ngủ màn hoặc không thể treo màn do nhà rẫy quá nhỏ. Nhà rẫy lại ở sâu trong rừng, rẫy có mật độ muỗi SR cao, nên nguy cơ nhiễm bệnh SR là khó phòng chống.

2. Tỷ lệ nhận và sử dụng thuốc tự điều trị.

Cho đến nay rất ít báo cáo điều tra về tỷ lệ người dân đến nhận thuốc là bao nhiêu khi họ đi rừng ngủ rẫy mặc dù đã có hướng dẫn từ năm 2003. Trên thực tế, vẫn có người dân đến nhận thuốc tự điều trị, trong những trường hợp này cán bộ y tế xã hoặc y tế thôn bản cấp 1 liều thuốc sốt rét. Tuy nhiên, mỗi nơi cấp một loại thuốc, sau khi trở về ít khi người dân đến báo cáo lại có sử dụng thuốc hay không. Tại 2 điểm điều tra này, tỷ lệ người dân đi rừng ngủ rẫy đến nhận thuốc tự điều trị là 54,67%. Như vậy, vẫn còn tỷ lệ cao không đến nhận thuốc, mặc dù chính sách thuốc tự điều trị đã được ban hành từ năm 2003, kèm theo những biện pháp truyền thông giáo dục để người dân đến nhận thuốc. Theo điều tra tại một số cộng đồng dân ngủ rẫy tại miền Trung-Tây Nguyên (2005), tỷ lệ người dân đến nhận thuốc chỉ chiếm < 50%. Những đối tượng không nhận thuốc qua phỏng vấn họ cũng không mang theo thuốc SR và nếu mắc bệnh có nguy cơ SR ác tính cũng như tử vong cao.

Tình trạng người dân không nhận thuốc có thể do bệnh SR giảm, người dân chủ quan; cũng có thể do công tác truyền thông chưa đạt hiệu quả nên không thay đổi được thái độ và hành vi của người dân

Tại cả 2 điểm điều tra, tỷ lệ nữ đến nhận thuốc tự điều trị khi đi ngủ rẫy cao hơn nam. Tỷ lệ nữ đến nhận thuốc tự điều trị (60%) cao hơn so với nam (40%), cho thấy sự khác biệt về thái độ và hành vi về bệnh SR giữa 2 giới. Nguyên nhân có thể do phụ nữ khi đi rẫy thường đưa con nhỏ cùng đi để chăm sóc và quan tâm đến sức khỏe của con nhiều hơn nam.

Về thuốc: cán bộ y tế cấp nhiều nhất là arterakin (60%), cao hơn nhiều so với chloroquin (40%). Hướng dẫn về thuốc tự điều trị không chỉ rõ cấp thuốc nào nên cán bộ y tế có thể cấp các loại thuốc khác nhau. Tuy nhiên, arterakin là loại thuốc dùng ngắn ngày (3 ngày), hiệu quả cao nên cán bộ y tế thường chọn. Người dân đi ngủ rẫy đến nhận thuốc ở y tế thôn bản chiếm 70%, cao hơn so với đến trạm y tế xã (30%). Điều này là do người dân ở các xã này có thôn rất xa trạm y tế, nhưng gần với y tế thôn bản hơn. Người dân rất ít khi dùng đủ

liều, đối với thuốc có liệu trình 3 ngày (arterakin, chloroquin), chỉ 28,95% uống đủ 3 ngày; 56,58% có uống thuốc 2 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất và 14,47% chỉ dùng 1 ngày.

Trong số 74 trường hợp không uống đủ liều, có đến 50% không uống tiếp do hết sốt, 18,52% trở về nhà uống tiếp, 11,11% không nhớ để uống tiếp và 20,37% không muốn uống tiếp. Như vậy, trong việc cấp thuốc tự điều trị nên sử dụng các loại thuốc ngắn ngày, tốt nhất là arterakin (liều 3 ngày) [1].

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nhiễm KST SR ở cộng đồng ngủ rẫy.

- Tỷ lệ nhiễm KST SR ở người dân ngủ rẫy tại 3 xã nghiên cứu là 7,29% (5,11 -10,24%). Nhiễm KST SR tại xã Vĩnh Hòa là 7,56%, xã Vĩnh Thuận 7,01%.

- *P.falciparum* là loài chiếm ưu thế (81,25%). Tại xã Vĩnh Hòa Thanh *P.falciparum* chiếm 82,35%, xã Vĩnh Thuận là 80%.

2. Tỷ lệ nhận thuốc và sử dụng thuốc tự điều trị khi ngủ rẫy.

- Tỷ lệ nhận thuốc tự điều trị ở cả 2 xã nghiên cứu là 54,67% (49,88 - 59,38%), tại xã Vĩnh Hòa là 50,67% và xã Vĩnh Thuận 58,88%.

- Arterakin được cấp với tỷ lệ 60%, chloroquin 40%. Người dân đi ngủ rẫy đến nhận thuốc ở y tế thôn bản chiếm 70%, cao hơn so với đến trạm y tế xã (30%).

- Tỷ lệ người dân ngủ rẫy có uống thuốc tự điều trị 31,67%, 28,95% uống thuốc đủ liệu trình 3 ngày.

- Nguyên nhân không uống đủ liều: 50% không uống tiếp do hết sốt, 18,52% trở về nhà uống tiếp, 11,11% không nhớ và 20,37% không muốn uống tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh SR. Dự án phòng chống SR Quý toàn cầu. Hà Nội. 2007.
2. Hồ Văn Hoàng. Di cư tự do và nguy cơ gia tăng SR ở Đak Lak và Dak Nông. Y học TP. Hồ Chí Minh. 2006, tập 10, số 4, tr.348-352.
3. Tạ Thị Tĩnh. Hiệu quả của biện pháp cấp thuốc tự điều trị cho nhóm dân đi rừng ngủ rẫy. Công trình nghiên cứu khoa học. Hội nghị khoa học toàn quốc Chuyên ngành Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng 2001 - 2005. Nhà xuất bản Y học. 2006, tr.50-56.
4. Lê Khánh Thuận. Nghiên cứu một số biện pháp khắc phục SR gia tăng do di biến động (đi rừng, ngủ rẫy) ở Bình Tân (Bình Thuận) và Sơn Trạch (Quảng Bình). Kỷ yếu công trình NCKH 1991 - 2000. Viện Sốt rét KST-CT Quy Nhơn. 2000. tr. 27-39.
5. Viện Sốt rét KST-CT TW. Tổng kết công tác phòng chống SR và giun sán 2001 - 2005 và triển khai kế hoạch 2006 - 2010. 2006.
6. Marchand Ron P. Nguy cơ nhiễm SR và “vấn đề đi rừng”. Sự kết hợp các yếu tố môi trường, xã hội và văn hóa. Kỷ yếu công trình NCKH 1991 - 2000. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 2001, tr.107-109.
7. Erhart A, Ngo D Thang. Forest malaria in Vietnam: A challenge for control. The American Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2004, 70 (2), pp.110-118.
8. Neeru S., Mishra A.K. Forest malaria in Chhindwara, Madhya Pradesh, central India: A case study in tribal community. The American Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2003, 68 (5), pp.602-607.
9. WHO. Malaria Report. 2008, pp.1-2.