

Kiến thức – thực hành phòng chống sốt xuất huyết Dengue – chỉ số lăng quăng muỗi Aedes của các hộ gia đình tại thành phố Huế - Một nghiên cứu bệnh chứng

Phạm Duy Phương Nhi¹, Nguyễn Văn Hòa²

(1) Lớp YHDP6A, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Khoa Y tế Công Cộng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm gặp ở cả trẻ em và người lớn, lây truyền qua trung gian muỗi *Aedes*, chiến lược phòng bệnh tốt nhất là diệt muỗi, lăng quăng/bọ gậy và phòng muỗi đốt dựa trên sự hiểu biết và thực hành đúng trong phòng chống SXHD của cộng đồng. Một nghiên cứu tại Malaysia (2011-2012) cho biết sự thiếu hiểu biết và thiếu hiệu quả trong thực hành các biện pháp phòng chống có thể là nguy cơ của mắc SXHD. Vì vậy chúng tôi khảo sát về kiến thức, thực hành phòng chống SXHD và chỉ số lăng quăng muỗi *Aedes* của các hộ gia đình tại thành phố Huế và các yếu tố liên quan đến mắc SXHD. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng với nhóm bệnh gồm 61 trường hợp được xác định mắc SXHD từ 01/5/2019 đến 31/10/2019, kết đôi với tỷ lệ 1 bệnh: 2 chứng có cùng một số đặc điểm cơ bản (độ tuổi, giới tính, địa chỉ); phỏng vấn và quan sát dựa trên bộ công cụ soạn sẵn, dữ liệu được phân tích bằng SPSS. **Kết quả:** 39,3% đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) thuộc nhóm bệnh và 41,8% ĐTNC thuộc nhóm chứng có đạt kiến thức; 26,2% nhóm bệnh và 33,6% nhóm chứng có thực hành phòng chống bệnh SXHD đạt; các chỉ số lăng quăng nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về số hộ gia đình có lăng quăng ($p>0,05$). Các yếu tố bao gồm: nghề nghiệp thường di chuyển (OR=2,79, KTC95%: 1,32-5,87), không dùng tinh dầu/thuốc bôi chống muỗi (OR=2,21, KTC95%: 1,04-4,68) và có chuồng chăn nuôi gần nhà (OR=4,86, KTC95%: 1,21-19,51) là những yếu tố liên quan đến mắc SXHD. **Kết luận:** Tỷ lệ ĐTNC đạt kiến thức và thực hành về phòng chống SXHD chưa cao, chỉ số lăng quăng của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về số hộ gia đình có lăng quăng, có mối liên quan giữa yếu tố nghề nghiệp, môi trường quanh nhà và sử dụng biện pháp tự bảo vệ với mắc SXHD.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, chỉ số lăng quăng, sốt xuất huyết.

Abstract

Knowledge and practice towards Dengue fever prevention – Aedes larvae indices of households in Hue city - A case control study

Phạm Duy Phương Nhi¹, Nguyễn Văn Hòa²

(1) Student in Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Faculty of Public Health, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Dengue fever (DF) is a life-threatening infectious disease, which was transmitted by the *Aedes* mosquito, the best preventive strategy is focusing on killing mosquitoes, larvae and preventing mosquito bites, based on the awareness of DF and correctly practicing of DF prevention in the community. A study in Malaysia (2011-2012) showed that lack of knowledge and ineffectiveness in practicing preventive measures could be a risk of DF. This study was commenced to assess the level of knowledge and practice towards DF prevention, besides identifying the *Aedes* larval indices of households in Hue city and investigate risk factors for the development of DF. **Materials and method:** We conducted a case-control study with a defined group of 61 DF cases from May 1 to October 31, 2019, the selection of cases and controls in the ratio of 1:2 with the same basic characteristics (age, gender, location); interview and observe based on the structured questionnaire to collect data, data was analysed using SPSS through a few statistical analyses. **Results:** We found that 39.3% participants in cases and 41.8% participants in controls having good knowledge regarding DF and only 26.2% participants in cases and 33.6% participants in controls having good practices

of DF prevention. *Aedes* larvae indices of cases is higher than that of controls, there were no statistically significant differences in the house index from cases and controls ($p>0.05$). The risk factor analysis indicated that the job that spend less time at home more at risk of DF than the others ($OR=2.79$, 95% OR : 1.32-5.87), no use mosquitoes' essential oil/repellent ($OR=2.21$, 95% OR : 1.04-4.68), the stable near house ($OR=4.86$, 95% OR : 1.21-19.51) were independent risk factors for the development of DF. **Conclusion:** A large number of participants didn't demonstrate comprehensive knowledge and the right practice towards DF prevention, there were no statistically significant differences in the house index from cases and controls, there was a significant correlation between job, environment, use safeguard measures and a risk of DF.

Keywords: knowledge, practice, larval indices, dengue fever.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ VÀ MỤC TIÊU

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm gặp ở cả trẻ em và người lớn, lây truyền qua trung gian muỗi *Aedes*, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong. Tại Việt Nam, SXHD là một bệnh phổ biến, đặc biệt là ở khu vực duyên hải miền Trung và miền Nam, tình trạng mắc SXHD không ổn định, các đợt cao điểm thường vào khoảng tháng 6 đến tháng 10 hằng năm [5], [7]. Thừa Thiên Huế là tỉnh có số ca mắc SXHD cao trong khu vực miền Trung, trong 9 tháng đầu năm 2019 toàn tỉnh có 1159 ca SXHD, tăng cao bất thường so với cả năm 2018 (401 ca) [8]. Kiểm soát véc-tơ trong đó muỗi *Aedes* là véc-tơ chính là biện pháp hữu hiệu để kiểm soát dịch bệnh, chiến lược phòng bệnh tốt nhất là diệt muỗi, lăng quăng/bọ gậy và phòng muỗi đốt nhờ việc phát hiện và loại trừ khu vực muỗi đẻ trứng xung quanh nơi ở, tăng cường nhận thức về nguy cơ giúp người dân giữ vệ sinh, tránh muỗi đốt và kịp thời tự xử lý khi mắc bệnh [3], [4]. Một nghiên cứu tại Malaysia cho biết sự thiếu hiểu biết và thiếu hiệu quả trong thực hành các biện pháp phòng chống có thể là nguy cơ của mắc SXHD [17]. Nghiên cứu tại thành phố Huế năm 2014 cho biết có 54,1% người dân có kiến thức đạt, chỉ 26,6% có thực hành đạt về phòng chống SXHD, đồng thời có mối liên quan giữa kiến thức với thực hành [1]. Nhận biết tầm quan trọng của kiến thức và thực hành trong phòng chống SXHD, chúng tôi thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu:

1. *Xác định kiến thức, thực hành về phòng chống bệnh Sốt xuất huyết Dengue và chỉ số lăng quăng muỗi Aedes của các hộ gia đình trên địa bàn thành phố Huế.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mắc Sốt xuất huyết Dengue.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm bệnh: bệnh nhân mắc SXHD theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế (2019) [2]: Triệu chứng lâm sàng; xét nghiệm huyết thanh (+): phát hiện

kháng nguyên NS1 trong 5 ngày đầu kể từ khi sốt hoặc kháng thể IgM kháng virus Dengue đặc hiệu từ sau ngày thứ 5 hoặc hiệu giá kháng thể IgG tăng giữa 2 lần xét nghiệm cách nhau 1 tuần (gấp 4 lần), tại Bệnh viện TW Huế hoặc Bệnh viện thành phố Huế; nằm trong vùng dịch tễ (thành phố Huế).

- Nhóm chứng: những người không mắc SXHD và không có người thân trong gia đình mắc SXHD trong thời gian từ đầu năm 2019 đến thời điểm phỏng vấn theo tiêu chuẩn chẩn đoán SXHD của Bộ Y tế [2]; được ghép cặp với nhóm bệnh theo tỷ số 1 bệnh: 2 chứng.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Thành phố Huế.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng của Schlesselman với $OR=3$, $f=0,3$, thêm 10% cỡ mẫu đề phòng mất thông tin, cỡ mẫu tối thiểu nhóm bệnh $n=61$, với hệ số kết đôi 1:2, n nhóm chứng là 122.

- **Nhóm bệnh** (Ca bệnh): Bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc SXHD theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế (2019), nằm điều trị SXHD tại cơ sở y tế trong thời gian từ 01/5 đến 31/10/2019 [2]. Loại trừ những người < 18 hoặc > 60 tuổi, có 343 bệnh nhân đủ điều kiện, dùng phương pháp ngẫu nhiên đơn chọn 61 bệnh nhân. Chẩn đoán dựa vào:

+ Triệu chứng lâm sàng.

+ Xét nghiệm huyết thanh (+): phát hiện kháng nguyên NS1 trong 5 ngày đầu kể từ khi sốt hoặc kháng thể IgM kháng virus Dengue đặc hiệu từ sau ngày thứ 5 hoặc hiệu giá kháng thể IgG tăng giữa 2 lần xét nghiệm cách nhau 1 tuần (gấp 4 lần), tại BV TW Huế hoặc BV thành phố Huế.

+ Nằm trong vùng dịch tễ (thành phố Huế).

- **Nhóm chứng:** Người không mắc SXHD và không có người thân trong HGĐ mắc SXHD trong thời gian từ đầu năm 2019 đến thời điểm phỏng vấn theo tiêu chuẩn chẩn đoán SXHD của Bộ Y tế [2]; bắt cặp với tỷ số 1 bệnh: 2 chứng, bắt cặp về

giới tính, độ tuổi (± 5 tuổi), nơi cư trú (cách HGD nhóm bệnh ≤ 200 m).

Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng <18 tuổi hoặc >60 tuổi, không hợp tác, không có mặt tại thời điểm nghiên cứu, nơi cư trú không thuộc thành phố Huế, phiếu điều tra không điền đầy đủ.

2.3.3. Kỹ thuật thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp ĐTNC và quan sát các DCCN tại hộ gia đình bằng bộ công cụ soạn sẵn.

2.4. Thời gian nghiên cứu: Từ 05/2019 - 01/2020.

2.5. Phương pháp đánh giá

- ĐTNC được phỏng vấn trực tiếp để thu thập thông tin về địa chỉ nơi ở, tuổi, giới tính, học vấn, nghề nghiệp, đặc điểm nhà ở liên quan đến sự sinh sản của muỗi *Aedes* (nguồn nước, loại nhà ở, số DCCN, số DCCN có nắp đậy/được thả cá, số DCCN có lăng quăng...), kinh tế gia đình.

- Kiến thức gồm các nội dung: triệu chứng của bệnh SXHD, đường lây truyền, đặc điểm sinh sản và phát triển của muỗi *Aedes*, các biện pháp phòng chống SXHD; với 32 câu, mỗi câu trả lời đúng 1 điểm, tổng 32 điểm. Điểm kiến thức đạt ≥ 24 điểm trở lên. Điểm max/min=32/0 điểm.

- Thực hành gồm các nội dung: các biện pháp phòng chống SXHD (ngủ màn cả ngày lẫn đêm hằng ngày, thay nước lọ hoa và DCCN) và xử trí khi có dấu hiệu của bệnh, tổng 10 câu, mỗi câu trả lời đúng 1 điểm, tổng 10 điểm. Điểm thực hành đạt $\geq 7,5$ điểm

trở lên cùng với điều kiện bắt buộc trả lời đúng câu hỏi về tần suất súc rửa DCCN và lọ hoa (dưới 1 tuần/lần), súc rửa DCCN đúng (dùng bàn chải chà sạch từ miệng đến thành, đáy và thay nước) đồng thời không có lăng quăng tại hộ gia đình. Điểm max/min=10/0.

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được mô tả bằng bảng phân phối tần suất, tỷ lệ; sử dụng kiểm định Chi Square/Fisher's, Mc Nemar, sử dụng hồi quy logistic có điều kiện để kiểm định các yếu tố liên quan với độ tin cậy 95%: Trong phân tích đơn biến các yếu tố liên quan mắc SXHD với $p < 0,05$ là: nghề nghiệp, kinh tế hộ gia đình, sử dụng tinh dầu/thuốc bôi chống muỗi, có chuồng chăn nuôi gần nhà ở, có giếng nước gần nhà ở, loại nhà ở được đưa vào mô hình hồi quy logistic, lựa chọn mô hình phù hợp.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu được giới thiệu rõ về mục tiêu, nội dung nghiên cứu và có quyền từ chối tham gia phỏng vấn. Thông tin cá nhân của ĐTNC hoàn toàn được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Hoàn toàn trung thực với các số liệu, kết quả nghiên cứu.

- Sau khi kết thúc phỏng vấn thực hiện tư vấn truyền thông về phòng chống SXHD cho ĐTNC.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm bệnh N (%)	Nhóm chứng N (%)	p
Giới tính	Nam	26 (42,6)	52 (42,6)	>0,999
	Nữ	35 (57,4)	70 (57,4)	
Nhóm tuổi	18-<30	26 (42,6)	40 (32,8)	0,365
	30-<45	22 (36,1)	56 (45,9)	
	45-60	13 (21,3)	26 (21,3)	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân/ly dị/góa	18 (29,5)	26 (21,3)	0,221
	Đã kết hôn	43 (70,5)	96 (78,7)	
Khu vực sinh sống	Vùng ven đô	26 (42,6)	52 (42,6)	>0,999
	Nội thành	35 (57,4)	70 (57,4)	
	Không có	24 (39,4)	52 (42,6)	
Tôn giáo	Phật giáo	36 (59,0)	59 (48,4)	0,112
	Thiên chúa giáo	1 (1,6)	11 (9,0)	

	Tiểu học trở xuống	17 (27,9)	29 (23,8)	
Trình độ học vấn	THCS	15 (24,6)	31 (25,4)	0,892
	THPT	11 (18,0)	27 (22,1)	
	TC/CD/ĐH	18 (29,5)	35 (28,7)	
Nghề nghiệp	Nông dân	6 (9,8)	16 (13,1)	0,475
	Kinh doanh/Buôn bán	11 (18,0)	27 (22,1)	
	Công nhân	20 (32,8)	32 (26,2)	
	Thất nghiệp/Hưu trí	4 (6,6)	14 (11,5)	
	Sinh viên	6 (9,8)	5 (4,1)	
	CBVC	14 (23,0)	28 (23,0)	
Kinh tế gia đình	Bình thường	52 (85,2)	117 (95,9)	0,017
	Nghèo/cận nghèo	9 (14,8)	5 (4,1)	
Số người trong gia đình	1-4	38 (62,3)	69 (56,6)	0,458
	≥ 5	23 (37,7)	53 (43,4)	
Loại nhà ở	Nhà kiên cố	55 (90,2)	115 (94,3)	0,364
	Nhà không kiên cố	6 (9,8)	7 (5,7)	
Tổng		61	122	

Nhận xét: 61 bệnh nhân bị SXHD trong đó tỷ lệ nam nữ tương đương nhau (42,6% là nam và 57,4% là nữ), nhóm tuổi mắc bệnh từ 18 - < 30 chiếm gần ½ (42,6%); khu vực sinh sống của các đối tượng bị bệnh giữa ven đô và nội thành cũng tương đương. Ở cả 2 nhóm, tình trạng hôn nhân chủ yếu là đã kết hôn và trình độ học vấn dưới THCS chiếm ½, nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là công nhân, hầu hết các ĐTNC có nhà ở kiên cố. Tỷ lệ hộ nghèo/cận nghèo của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Kiến thức và thực hành của đối tượng nghiên cứu - Chỉ số lắng lắng hộ gia đình và các yếu tố liên quan

Bảng 2. Biết kiến thức về bệnh Sốt xuất huyết Dengue của ĐTNC

Kiến thức	Nhóm bệnh N (%)	Nhóm chứng N (%)	p
SXHD là bệnh nguy hiểm	55 (90,2)	110 (90,2)	>0,999
Mọi người đều có thể mắc SXHD	61 (100,0)	115 (94,3)	0,056
Có thể mắc SXHD hơn một lần	42 (68,9)	92 (75,4)	0,345
Không điều trị bằng kháng sinh	26 (42,6)	42 (34,4)	0,279
Triệu chứng chính của SXHD	35 (57,4)	67 (54,9)	0,752
Những dấu hiệu chuyển nặng	33 (54,1)	64 (52,5)	0,834
SXHD là do muỗi đốt	60 (98,4)	120 (98,4)	>0,999
Muỗi Aedes lây truyền SXHD	15 (24,6)	49 (40,2)	0,037
Nơi muỗi đậu	26 (42,6)	63 (51,6)	0,250
Thời gian muỗi đốt	9 (14,8)	37 (30,3)	0,022
Nơi muỗi đẻ trứng	32 (52,5)	67 (54,9)	0,753

Biện pháp chung phòng bệnh SXHD	43 (70,5)	99 (81,1)	0,103
Biện pháp phòng muỗi đốt	49 (80,3)	99 (81,1)	0,894
Biện pháp diệt bọ gây/lăng quăng	22 (36,1)	46 (37,7)	0,829
Tổng	61	122	

Nhận xét: Tất cả ĐTNC đều đã nghe nói về bệnh SXHD; hầu hết đối tượng biết SXHD là do muỗi truyền nhưng chỉ có 24,6% nhóm bệnh và 40,2% nhóm chứng biết loại muỗi truyền SXHD là muỗi *Aedes*. Có một tỷ lệ cao hơn ở nhóm chứng so với nhóm bệnh về việc biết muỗi *Aedes* là loài trung gian truyền SXHD và thời gian muỗi đốt ($p<0,05$).

Bảng 3. Thực hành phòng chống bệnh Sốt xuất huyết Dengue của ĐTNC

Thực hành	Nhóm bệnh N (%)	Nhóm chứng N (%)	p
Ngủ màn	51 (83,6)	103 (84,4)	0,886
Ngủ màn cả ngày lẫn đêm hàng ngày	14 (23,0)	31 (25,4)	0,716
Súc rửa DCCN đúng	31 (50,8)	65 (53,3)	0,754
Thay nước lọ hoa đúng	57 (93,4)	118 (96,7)	0,444
Đổ bỏ nơi chứa nước có lăng quăng	54 (88,5)	113 (92,6)	0,355
Tự mua thuốc chữa, nếu nặng đến cơ sở y tế (CSYT)	31 (50,8)	36 (29,5)	0,005
Đến ngay CSYT khi có dấu hiệu SXHD	29 (47,5)	84 (68,9)	0,005
Sử dụng tinh dầu/thuốc bôi chống muỗi	14 (23,0)	49 (40,2)	0,021
Chuồng chăn nuôi gần nhà ở	7 (11,5)	4 (3,3)	0,044
Có cây cối thuận lợi muỗi đẻ trứng	12 (19,7)	17 (13,9)	0,316
Xung quanh nhà có khe nước chảy	12 (19,7)	22 (18,0)	0,788
Tổng	61	122	

Nhận xét: Trên 80% ĐTNC ở cả 2 nhóm có thực hành ngủ màn, chỉ ½ ĐTNC thực hành súc rửa DCCN đúng cách (dưới 7 ngày/lần); hầu hết thực hành thay nước lọ hoa đúng cách. ĐTNC ở nhóm bệnh phần lớn tự mua thuốc chữa nếu nặng mới đến CSYT (50,8%) trong khi nhóm chứng phần lớn cho biết sẽ đến ngay CSYT khi có dấu hiệu nghi ngờ SXHD (68,9%). 23,0% nhóm bệnh và 40,2% nhóm chứng có sử dụng tinh dầu/thuốc bôi chống muỗi; nhóm bệnh có tỷ lệ hộ gia đình có chuồng chăn nuôi gần nhà cao hơn nhóm chứng ($p<0,05$).

Bảng 4. Bảng đánh giá kiến thức, thực hành của ĐTNC

Kiến thức		Nhóm chứng		Tổng N (%)	OR (KTC 95%)	p
		Đạt N (%)	Chưa N (%)			
Nhóm bệnh	Đạt	28 (22,9)	20 (16,4)	48 (39,3)	3,10 (1,46-6,61)	0,761*
	Chưa	23 (18,9)	51 (41,8)	74 (60,7)		
	Tổng	51 (41,8)	71 (58,2)	122 (100,0)		
Thực hành		Nhóm chứng		Tổng N (%)	OR (KTC 95%)	p
		Đạt N (%)	Chưa N (%)			
Nhóm bệnh	Đạt	11 (9,0)	21 (17,2)	32 (26,2)	1,05 (0,45-2,45)	0,262*
	Chưa	30 (24,6)	60 (49,2)	90 (73,8)		
	Tổng	41 (33,6)	81 (66,4)	122 (100,0)		

*Kiểm định McNemar

Nhận xét: Tỷ lệ ĐTNC đạt kiến thức và thực hành của ĐTNC trong nhóm bệnh lần lượt là 39,3% và 26,2%; trong nhóm chứng lần lượt là 41,8% và 33,6%. Sự khác biệt về kiến thức và thực hành giữa nhóm bệnh và

nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Trong 61 hộ gia đình nhóm bệnh được điều tra thì chỉ số nhà có lăng quăng là 19,7%, chỉ số DCCN có lăng quăng là 15,5% và chỉ số BI là 39,3%; các chỉ số lăng quăng của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng với các chỉ số lần lượt là 13,9%, 9,5% và 21,3%.

Bảng 5. Số hộ gia đình có lăng quăng của đối tượng nghiên cứu

Hộ gia đình có lăng quăng		Nhóm chứng		Tổng	p
		Có	Không		
		N (%)	N (%)	N (%)	
Nhóm bệnh	Có	5 (4,1)	19 (15,6)	24 (19,7)	0,281*
	Không	12 (9,8)	86 (70,5)	98 (80,3)	
	Tổng	17 (13,9)	105 (86,1)	122 (100,0)	

*Kiểm định McNemar

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh và chứng về số hộ gia đình có lăng quăng ($p > 0,05$).

Bảng 6. Phân tích hồi quy logistic có điều kiện các yếu tố liên quan mắc SXHD

Yếu tố		OR hiệu chỉnh (95% OR)	p
Nghề nghiệp	Thường ở nhà (Nông/nội trợ/hưu trí/thất nghiệp)	1	0,007
	Thường di chuyển (Buôn bán/Công nhân/CBVC/SV)	2,79 (1,32-5,87)	
Dùng tinh dầu/thuốc bôi chống muỗi	Có	1	0,039
	Không	2,21 (1,04-4,68)	
Chuồng chăn nuôi gần nhà	Không	1	0,026
	Có	4,86 (1,21-19,51)	

Nhận xét: Các yếu tố nghề nghiệp thường di chuyển (OR=2,79, KTC95%: 1,32-5,87), không sử dụng tinh dầu/thuốc bôi chống muỗi đốt (OR=2,21, KTC95%: 1,04-4,68) và có chuồng chăn nuôi gần nhà (OR=4,86, KTC95%: 1,21-19,51) là những yếu tố có nguy cơ liên quan đến mắc SXHD. Trong mô hình, không tìm thấy mối liên quan giữa mắc SXHD và yếu tố kinh tế hộ gia đình, nhà ở không kiên cố và có giếng nước gần nhà ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ số mắc SXHD giữa nam và nữ tham gia vào nghiên cứu là tương đương nhau, 3 yếu tố ghép cặp là giới tính, độ tuổi và khu vực sinh sống giữa hai nhóm đối tượng bệnh và chứng không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Người dân Huế đặc biệt là những người theo đạo Phật chiếm khoảng 50% (bảng 1) thường có thói quen cắm lọ hoa để thờ và đổ bỏ lọ hoa sau đó 2-3 ngày; vì thói quen này tỷ lệ thực hành thay nước lọ hoa đúng cách cao hơn tỷ lệ thực hành súc rửa DCCN dưới 1 tuần/lần.

Hầu hết các ĐTNC trong nhóm bệnh biết mắc SXHD là do muỗi đốt (98,4%), tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân biết loài muỗi đó là muỗi *Aedes* chỉ 24,6% thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thị Tam (37,5%)

[14]. Nhóm bệnh có tỷ lệ không biết muỗi *Aedes* làm lây truyền bệnh, thời gian muỗi đốt cao hơn so với nhóm chứng (bảng 2); đây là điểm đáng lưu ý vì chỉ khi biết được loài muỗi *Aedes* lây truyền SXHD cũng như tập tính trú ẩn, tìm mồi và sinh sản của chúng thì mới có thể biết và áp dụng những biện pháp phòng bệnh hiệu quả. Kết quả bảng 3 cho thấy >80% ĐTNC ở hai nhóm bệnh và chứng thực hành ngủ màn nhưng tỷ lệ ngủ màn cả ngày lẫn đêm mỗi ngày chỉ 23,0% ở nhóm bệnh và 25,4% ở nhóm chứng; cao hơn nghiên cứu của Degife tại Ethiopia (10,0% nhóm bệnh và 23,6% nhóm chứng); lý giải điều này vì SXHD phổ biến tại Việt Nam hơn Ethiopia và chỉ 34,2% nhóm bệnh và 44,3% nhóm chứng trong nghiên cứu của Degife đã nghe về bệnh SXHD [9], [10].

Kết quả bảng 4 cho thấy kiến thức và thực hành của các ĐTNC còn chưa cao, tỷ lệ đạt kiến thức và thực hành của nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng và chỉ số lăng quăng của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng. Tỷ lệ đạt kiến thức và thực hành ở nhóm bệnh lần lượt là 39,3% và 26,2% tỷ lệ này thấp hơn nhóm chứng lần lượt là 41,8% và 33,6%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Điều này cũng có thể lý giải, trong quá trình điều trị, bệnh nhân được CBYT tư vấn, hướng dẫn nên kiến thức và thực hành có thay đổi. Tuy vậy, bảng 1 cho thấy, TĐHV của nhóm bệnh $> 50\%$ từ THCS trở xuống vì vậy sự tiếp thu và thực hành chưa cao.

Nhóm bệnh có tỷ lệ kiến thức đạt cao hơn nghiên cứu của Shams và CS có 28,0% bệnh nhân có kiến thức đạt, sự khác biệt này có thể là do nghiên cứu của Shams và CS lựa chọn ĐTNC là bệnh nhân mắc SXHD có địa vị xã hội thấp, do đó có sự khác biệt về TĐHV và sự tiếp cận các nguồn thông tin [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm chứng có tỷ lệ thực hành đạt cao hơn nghiên cứu của Bùi Thị Phương Anh tại thành phố Huế năm 2014 với 26,6% đạt thực hành ở nhóm người không mắc bệnh, tuy nhiên tỷ lệ kiến thức đạt thấp hơn nghiên cứu này (54,1%) [1]. Giải thích là do khoảng $\frac{1}{2}$ nhóm chứng có TĐHV dưới THCS (Bảng 1) còn nghiên cứu của Bùi Thị Phương Anh cho kết quả 70,2% ĐTNC có TĐHV từ THPT trở lên đồng thời có mối liên quan giữa TĐHV cao thì kiến thức tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho biết các chỉ số lăng quăng của nhóm bệnh đều cao hơn nhóm chứng, tương tự một nghiên cứu tại Cuba có chỉ số BI của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng trong các khoảng thời gian trước, trong và sau khi xảy ra dịch SXHD [12]. Tuy nhiên, kết quả bảng 5 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về số hộ gia đình có lăng quăng. Trong thực tế các biện pháp phòng chống SXHD có mục đích cuối cùng là loại bỏ hoàn toàn lăng quăng, tuy nhiên sự hiểu biết chưa đầy đủ về nơi muỗi đẻ trứng và biện pháp diệt lăng quăng đã dẫn đến vẫn còn có dụng cụ chứa nước có lăng quăng ở cả 2 nhóm.

Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 6) chỉ ra rằng không sử dụng tinh dầu/thuốc bôi chống muỗi đốt tăng 2,21 lần nguy cơ mắc SXHD với $p<0,05$; KTC95%: 1,04-4,68. Theo tác giả Đoàn Hữu Thiển và CS: không sử dụng hương muỗi và bình xịt hóa chất có nguy cơ cao hơn 2,11 và 1,93 lần nhóm có sử dụng; theo Vincenti và CS: sử dụng thuốc xịt muỗi làm giảm nguy cơ mắc SXHD 0,43 lần [6], [16]. Sự khác biệt về biện pháp dự phòng muỗi đốt này có thể là do thói quen của việc sử dụng tinh dầu để đuổi muỗi, một sản phẩm nổi tiếng được sản xuất và

có sẵn tại Huế. Có thể thấy sử dụng các biện pháp dự phòng muỗi đốt làm giảm nguy cơ mắc SXHD.

Gia đình có chuồng chăn nuôi gần nhà có nguy cơ mắc SXHD gấp 4,86 lần hộ gia đình không có chuồng chăn nuôi gần nhà với $p<0,05$; KTC95%: 1,21-19,51. Hầu hết những hộ gia đình có chuồng chăn nuôi thường ít được dọn dẹp, có nhiều vật dụng chứa nước như máng ăn cho vật nuôi hay phế thải xung quanh nhà là điều kiện cho muỗi *Aedes* sinh sản, phát triển và là nguy cơ của mắc SXHD. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Toan D.T.T cho biết những người sống trong môi trường nhà ở mất vệ sinh có nguy cơ mắc SXHD gấp 3,4 lần nhóm còn lại, theo tác giả Nasir và CS có mối liên quan giữa mắc SXHD và sống gần bãi rác thải, đây là môi trường thuận lợi cho muỗi *Aedes* phát triển ($p<0,001$) [11], [15].

Những nghề nghiệp thường di chuyển có khả năng làm tăng nguy cơ mắc SXHD lên 2,79 lần, $p<0,05$; KTC95%: 1,32-5,87; khác với nghiên cứu của Vincenti và CS cho rằng những người nội trợ hoặc giúp việc nhà dành hầu hết thời gian để thực hiện các hoạt động trong nhà vào ban ngày, khi muỗi hoạt động mạnh nhất có nguy cơ mắc SXHD hơn 2 lần nhóm làm việc xa nhà [16]. Thực tế tại trong nghiên cứu này, nhóm nghề nghiệp không thường di chuyển gồm nghề nông, lao động tự do, hưu trí, nội trợ, nhóm này không dành hầu hết thời gian để thực hiện các hoạt động trong nhà vào ban ngày. Ngoài ra, nghiên cứu của Vincenti và CS liên quan nhiều đến sự phát tán muỗi ở khoảng cách gần; tuy nhiên, sự thật là muỗi *Aedes* không thể bay xa và virus di chuyển từ địa điểm này sang địa điểm kia chủ yếu do sự giao lưu của người nhiễm virus [5], do đó sự di chuyển nhiều nơi và tiếp xúc nhiều người là động lực của việc truyền bệnh SXHD; theo nghiên cứu của Đoàn Hữu Thiển, tiếp xúc với bệnh nhân SXHD có nguy cơ mắc SXHD gấp 1,81 lần không tiếp xúc.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Kết luận

- Tỷ lệ ĐTNC đạt kiến thức và thực hành phòng chống SXHD chưa cao ở cả hai nhóm bệnh và chứng. Các chỉ số lăng quăng của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) về số hộ gia đình có lăng quăng giữa nhóm bệnh và nhóm chứng. Các yếu tố nghề nghiệp thường di chuyển, không dùng tinh dầu/thuốc bôi chống muỗi và có chuồng chăn nuôi gần nhà là những yếu tố liên quan đến mắc SXHD ($p<0,05$).

5.2. Kiến nghị

- Truyền thông nâng cao kiến thức về bệnh SXHD cho người dân, nhấn mạnh đến những thông tin mà

người dân chưa nắm rõ như tập tính của muỗi *Aedes* bao gồm nơi muỗi đậu, thời gian muỗi đốt, nơi muỗi đẻ trứng và các biện pháp diệt bọ gậy/lăng quăng.

- Khuyến cáo sử dụng các biện pháp dự phòng muỗi đốt và dọn dẹp vệ sinh môi trường xung quanh

nhà ở sạch sẽ, không để đọng nước tại các vật phế thải, máng ăn vật nuôi, di dời chuồng chăn nuôi xa nhà ở.

- Hướng dẫn thực hành ngủ màn đúng cả ngày lẫn đêm, hàng ngày cho cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Thị Phương Anh (2014), *Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết Dengue của người dân tại phường Thuận Hòa, thành phố Huế năm 2015*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Y học dự phòng, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. Bộ Y tế (2019), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue*. Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22/08/2019.
3. Bộ Y tế, Cục Y tế dự phòng (2017), WHO: Phòng chống dịch là trách nhiệm chung của cả cộng đồng, truy cập ngày 22/02/2020, tại trang web <http://vncdc.gov.vn/vi/tin-tuc-trong-nuoc/2251/who-phong-chong-dich-la-trach-nhiem-chung-cua-ca-cong-dong>.
4. Nguyễn Thanh Dân, Nguyễn Văn Độc (2014), "Chỉ số côn trùng và kiến thức, thái độ, thực hành, phòng chống sốt xuất huyết của người dân huyện Trần Văn Thời, tỉnh Cà Mau năm 2014", *Tạp chí Y học Dự phòng*, tập 27 số 11 năm 2017.
5. Bùi Đại (2013), *Dengue xuất huyết*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Đoàn Hữu Thiển và cộng sự (2017), "Một số đặc điểm dịch tễ học và yếu tố liên quan của bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Đắk Lắk, 2010-2016", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, số 7 - 2017, tr 130-138.
7. Tổ chức Y tế thế giới (2020), Sốt xuất huyết ở Việt Nam, truy cập ngày 09/02/2020, tại trang web <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/dengue>.
8. Viện Pasteur Nha Trang (2019), Tình hình dịch bệnh Sốt xuất huyết và Zika ở khu vực miền trung 10 tháng đầu năm 2019, truy cập ngày 22/02/2020, tại trang web <http://pasteur-nhatrang.org.vn/noidung.aspx?id=1770&idd=acf54dfa7d>.
9. Amarasinghe A., Kuritsky J.N., Letson G.W. et al (2011), "Dengue Virus Infection in Africa", *Emerg Infect Dis*, **17**(8), pp. 1349-1354.
10. Degife L.H., Worku Y., Belay D. et al (2019), "Factors associated with dengue fever outbreak in Dire Dawa administration city, October, 2015, Ethiopia - case control study", *BMC Public Health*, **19**.
11. Nasir I.A., Agbede O.O., Dangana A. et al (2017), "Dengue virus non-structural Protein-1 expression and associated risk factors among febrile Patients attending University of Abuja Teaching Hospital, Nigeria", *Virus Research*, **230**, pp. 7-12.
12. Sanchez L., Vanlerberghe V., Alfonso L. et al (2006), "Aedes aegypti Larval Indices and Risk for Dengue Epidemics", *Emerg Infect Dis*, **12**(5), pp. 800-806.
13. Shams N., Amjad S., Yousaf N. et al (2018), "Dengue Knowledge In Indoor Dengue Patients From Low Socioeconomic Class; Aetiology, Symptoms, Mode Of Transmission And Prevention", *J Ayub Med Coll Abbottabad*, **30**(1), pp. 40-44.
14. Tam P.T., Dat N.T., Huu L.M. et al (2012), "High Household Economic Burden Caused by Hospitalization of Patients with Severe Dengue Fever Cases in Can Tho Province, Vietnam", *Am J Trop Med Hyg*, **87**(3), pp. 554-558.
15. Toan D.T.T., Hoat L.N., Hu W. et al (2015), "Risk factors associated with an outbreak of dengue fever/dengue haemorrhagic fever in Hanoi, Vietnam", *Epidemiol Infect*, **143**(8), pp. 1594-1598.
16. Vincenti-Gonzalez M.F., Grillet M.-E., Velasco-Salas Z.I. et al (2017), "Spatial Analysis of Dengue Seroprevalence and Modeling of Transmission Risk Factors in a Dengue Hyperendemic City of Venezuela", *PLoS Negl Trop Dis*, **11**(1), pp. 5317.
17. Wong L.P., AbuBakar S., và Chinna K (2014), "Community Knowledge, Health Beliefs, Practices and Experiences Related to Dengue Fever and Its Association with IgG Seropositivity", *PLOS Neglected Tropical Diseases*, **8**(5), pp. 2789.