

**ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**



**NÔNG PHÚC THẮNG**

**THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP CAN THIỆP  
NHẪM GIẢM THIỂU MỘT SỐ BỆNH NGOÀI DA  
PHỔ BIẾN Ở NGƯỜI LAO ĐỘNG NÔNG NGHIỆP  
THUỘC DÂN TỘC TÀY TẠI THÁI NGUYÊN**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ**

**THÁI NGUYÊN - 2024**

**ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

**NÔNG PHÚC THẮNG**

**THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP CAN THIỆP  
NHẪM GIẢM THIỂU MỘT SỐ BỆNH NGOÀI DA  
PHỔ BIẾN Ở NGƯỜI LAO ĐỘNG NÔNG NGHIỆP  
THUỘC DÂN TỘC TÀY TẠI THÁI NGUYÊN**

**Chuyên ngành: Y tế công cộng**

**Mã số: 9.72.07.01**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ**

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS. TS. Nguyễn Quý Thái**
- 2. GS. TS. Đỗ Văn Hàm**

**THÁI NGUYÊN - 2024**

## MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1. TỔNG QUAN .....	3
1.1. Một số khái niệm, cấu trúc, chức năng sinh lí của da.....	3
1.1.1. Cấu trúc của da.....	3
1.1.2. Sinh lý da.....	5
1.2. Một số bệnh da phổ biến trong cộng đồng.....	8
1.2.1. Bệnh da do nấm sợi.....	8
1.2.2. Bệnh da và niêm mạc do Candida.....	9
1.2.3. Nấm móng (Onychomycosis) .....	9
1.2.4. Nấm kẽ chân.....	10
1.2.5. Nấm hắc bào.....	10
1.2.6. Viêm da tiếp xúc dị ứng (Allergic Contact Dermatitis).....	11
1.2.7. Sẩn ngứa (Prurigo) .....	12
1.2.8. Bệnh mề đay (Urticaria).....	12
1.2.9. Viêm nang lông (Folliculitis).....	13
1.2.10. Lang ben (Pityriasis versicolor) .....	13
1.2.11. Sạm da.....	14
1.2.12. Viêm da mủ (Pyodermite) trong lao động nông nghiệp .....	15
1.3. Một số yếu tố liên quan đối với bệnh ngoài da.....	16
1.3.1. Môi trường bề mặt da.....	16
1.3.2. pH bề mặt da .....	17
1.3.3. Chất lượng lớp sừng của da .....	17
1.3.4. Nhiệt độ và độ ẩm của da.....	18
1.3.5. Suy giảm miễn dịch.....	19
1.3.6. Yếu tố nguy cơ, môi trường bên ngoài liên quan đến bệnh ngoài da ...	19
1.4. Tình hình bệnh da trên Thế giới và ở Việt Nam.....	23

1.4.1. Tình hình bệnh da trên Thế giới.....	23
1.4.2. Tình hình bệnh ngoài da ở Việt Nam.....	30
1.5. Các phương pháp phòng chống bệnh ngoài da trong cộng đồng.....	33
1.5.1. Cơ sở xây dựng các phương pháp phòng chống bệnh ngoài da .....	33
1.5.2. Một số nghiên cứu giải pháp can thiệp phòng chống bệnh da ở lao động nông nghiệp, công nhân nông nghiệp .....	35
<b>Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>41</b>
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	41
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu .....	41
2.2.1. Một số đặc điểm tình hình KT-XH tại địa bàn nghiên cứu .....	41
2.2.2. Thời gian nghiên cứu .....	45
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	45
2.3.1. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu .....	45
2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu .....	45
2.4. Nội dung và sơ đồ can thiệp.....	49
2.4.1. Xác định vấn đề cần can thiệp .....	49
2.4.2. Xác định các giải pháp và các hoạt động cụ thể thực hiện giải pháp can thiệp.....	51
2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu.....	54
2.5.1. Các chỉ số cho mục tiêu 1 .....	54
2.5.2. Các chỉ số cho mục tiêu 2 .....	55
2.5.3. Các chỉ số cho mục tiêu 3 .....	56
2.6. Bộ công cụ và cách đánh giá chỉ số nghiên cứu .....	56
2.7. Kỹ thuật thu thập số liệu .....	57
2.7.1. Kỹ thuật thu thập số liệu định tính.....	57
2.7.2. Thu thập số liệu định lượng .....	57
2.8. Kỹ thuật xử lý số liệu .....	62
2.9. Sai số và biện pháp khắc phục .....	63
2.10. Đạo đức nghiên cứu .....	64

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....	65
3.1. Thực trạng một số bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên.....	65
3.2. Một số yếu tố liên quan đối với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp dân tộc Tày .....	73
3.3. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu bệnh ngoài da ở người lao động thuộc dân tộc Tày huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên. ....	85
Chương 4. BÀN LUẬN .....	94
4.1. Thực trạng một số bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên.....	94
4.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu .....	94
4.1.2. Thực trạng bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên.....	96
4.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên .....	100
4.2.1. Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da.....	100
4.2.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên.....	107
4.3. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện tỷ lệ mắc bệnh ngoài da và kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp dân tộc Tày .....	115
4.3.1. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp dân tộc Tày.....	116
4.3.2. Hiệu quả can thiệp trong giảm tỷ lệ mắc bệnh ngoài da của người lao động dân tộc Tày .....	120
KẾT LUẬN .....	123
KHUYẾN NGHỊ.....	125
TÀI LIỆU THAM KHẢO	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới tính, trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu.....	65
Bảng 3.2. Đặc điểm nhà ở, nguồn nước, công trình vệ sinh (nguồn nước, chuồng gia súc) của đối tượng nghiên cứu .....	66
Bảng 3.3. Cơ cấu các bệnh ngoài da tại 3 xã nghiên cứu .....	68
Bảng 3.4. Cơ cấu các bệnh nấm da tại 3 xã nghiên cứu .....	69
Bảng 3.5. Phân bố bệnh ngoài da theo trình độ học vấn.....	71
Bảng 3.6. Tỷ lệ bệnh ngoài da theo nghề chuyên canh .....	71
Bảng 3.7. Kiến thức, hiểu biết chung về bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu....	73
Bảng 3.8. Kiến thức về phòng chống và phát hiện bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu .....	75
Bảng 3.9. Thái độ phòng chống bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu ....	76
Bảng 3.10. Thực hành phòng chống bệnh ngoài da.....	78
Bảng 3.11. Liên quan giữa độ tuổi, giới tính với bệnh ngoài da .....	80
Bảng 3.12. Liên quan giữa trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu với bệnh ngoài da.....	81
Bảng 3.13. Liên quan giữa các nhóm nghề nông với bệnh ngoài da.....	81
Bảng 3.14. Liên quan giữa đặc điểm nhà ở của đối tượng nghiên cứu với bệnh ngoài da .....	82
Bảng 3.15. Liên quan giữa các công trình vệ sinh của đối tượng nghiên cứu với bệnh ngoài da .....	82
Bảng 3.16. Liên quan giữa kiến thức phòng chống bệnh với tỷ lệ bệnh ngoài da ...	83
Bảng 3.17. Liên quan giữa thái độ phòng chống bệnh với tỷ lệ bệnh ngoài da .....	84
Bảng 3.18. Liên quan giữa thực hành phòng chống bệnh với tỷ lệ bệnh ngoài da ..	84

Bảng 3.19. Tổng hợp các yếu tố liên quan đối với các bệnh ngoài da ở người lao động dân tộc Tày .....	85
Bảng 3.20. Kết quả tập huấn cho các thành viên tham gia can thiệp .....	85
Bảng 3.21. Kết quả hoạt động truyền thông phòng chống bệnh ngoài da của các thành viên tham gia can thiệp .....	87
Bảng 3.22. Kết quả theo dõi, giám sát các hoạt động của mô hình .....	89
Bảng 3.23. Kết quả thay đổi kiến thức phòng chống bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng .....	91
Bảng 3.24. Kết quả thay đổi kiến thức phòng chống bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng .....	91
Bảng 3.25. Kết quả thay đổi thực hành phòng chống bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng .....	92
Bảng 3.26. Kết quả thay đổi tỉ lệ bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng .....	93

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da tại các xã nghiên cứu .....	67
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động theo nhóm tuổi.....	69
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da theo giới tính .....	70
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ bệnh ngoài da theo nguồn nước .....	72
Biểu đồ 3.5. Kiến thức chung về phòng chống bệnh ngoài da của ĐTNC .....	76
Biểu đồ 3.6. Thái độ chung phòng chống bệnh ngoài da của ĐTNC .....	77
Biểu đồ 3.7. Đánh giá thực hành chung phòng chống bệnh ngoài da .....	78



## DANH MỤC HỘP

Hộp 3.1. Trả lời phỏng vấn sâu của Chủ tịch Hội nông dân tập thể về tình hình mắc các bệnh ngoài da ở người lao động .....	67
Hộp 3.2. Trả lời phỏng vấn sâu của đại diện người lao động nông nghiệp về kiến thức đối với các bệnh ngoài da ở người lao động.....	70
Hộp 3.3. Thảo luận nhóm của người lao động nông nghiệp về môi trường lao động nông nghiệp tại địa phương .....	72
Hộp 3.4. Thảo luận nhóm các cán bộ thuộc các ban, ngành của địa phương về các yếu tố liên quan và công tác phòng chống bệnh ngoài da.....	74
Hộp 3.5. Thảo luận nhóm các cán bộ y tế của địa phương về phác đồ, phương pháp điều trị bệnh ngoài da đã áp dụng tại địa phương.....	79
Hộp 3.6. Phỏng vấn lãnh đạo địa phương về các yếu tố liên quan và phương pháp can thiệp phòng chống các bệnh ngoài da .....	80
Hộp 3.7. Phỏng vấn lãnh đạo Hội nông dân tập thể về các yếu tố liên quan và kết quả của các phương pháp can thiệp phòng chống các bệnh ngoài da.....	83
Hộp 3.8. Thảo luận nhóm người lao động nông nghiệp về kết quả điều trị các bệnh ngoài da .....	86
Hộp 3.9. Thảo luận nhóm các cán bộ thuộc các ban, ngành, đoàn thể địa phương về kết quả các giải pháp can thiệp phòng chống các bệnh ngoài da.....	88
Hộp 3.10. Thảo luận nhóm các cán bộ y tế địa phương về hiệu quả của các giải pháp can thiệp điều trị và phòng chống các bệnh ngoài da .....	90

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ATVSLĐ	An toàn vệ sinh lao động
BHLĐ	Bảo hộ lao động
BYT	Bộ Y tế
BVTV	Bảo vệ thực vật
CBYT	Cán bộ y tế
CS	Cộng sự
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CSSKND	Chăm sóc sức khoẻ nhân dân
HCBVTV	Hoá chất bảo vệ thực vật
HQCT	Hiệu quả can thiệp
KHCN	Khoa học công nghệ
LDNN	Lao động nông nghiệp
NVYTTB	Nhân viên y tế thôn bản
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
TT-GDSK	Truyền thông – Giáo dục sức khỏe
TYT	Trạm y tế
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization)

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ngoài da đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng, phổ biến ở hầu hết các nước trên thế giới, đặc biệt là ở các nước có khí hậu và thời tiết nóng ẩm [25], [65]. Việt Nam nằm trong vùng nhiệt đới, khí hậu nhiệt đới, gió mùa, cùng với sự ô nhiễm môi trường ngày càng gia tăng là điều kiện thuận lợi để bệnh ngoài da tiến triển [19], [24], [80]. Cùng với những thói quen chưa tốt về vệ sinh cá nhân, điều kiện môi trường canh tác nông nghiệp của người dân thường luôn là những yếu tố thuận lợi cho bệnh ngoài da phát triển, phổ biến khắp nơi ở nước ta, đặc biệt là ở người nông dân khu vực miền núi [20], [29], [35].

Kết quả nghiên cứu về mô hình bệnh tật do Bộ Y tế đã tiến hành cho thấy tại 16 tỉnh vùng đồng bằng và trung du phía Bắc, bệnh ngoài da phổ biến, đứng hàng thứ 2 và chiếm tỷ lệ 5,68% trong số các bệnh chuyên khoa. Theo thống kê của nhiều tác giả, ước tính tỷ lệ bệnh da nói chung ở cộng đồng của tất cả các lứa tuổi khoảng 12% dân số [34], [39], [43].

Trong sản xuất nông nghiệp, người dân phải tiếp xúc với phân bón hữu cơ, phân bón hoá học, các hóa chất độc trong tình trạng thiếu phương tiện phòng hộ cá nhân... nên cơ hội lây nhiễm bệnh ngoài da là rất cao [26], [32], [54]. Mặt khác việc điều trị bệnh da hiện nay đối với những đối tượng làm nghề nông là rất khó khăn do không tuân thủ đúng qui trình điều trị, dùng thuốc không đúng phác đồ dẫn tới tổn thương lâu khỏi, dễ lây lan khắp các vùng trên cơ thể cũng như lan nhiễm ra cộng đồng [17], [31]. Bệnh có thể kéo dài mạn tính, không thể khỏi dứt điểm, ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống, làm suy giảm nghiêm trọng hiệu suất lao động và chất lượng cuộc sống của người dân. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Khanh trên người nông dân trồng chè tại Thái Nguyên cho thấy, triệu chứng ngứa da gặp ở 23,1% và bệnh lý về da gặp ở 40,1% đối tượng nghiên cứu [2], [33].

Môi trường sống, lao động của người Tày tại một số huyện miền núi tỉnh Thái Nguyên là tương đối ẩm và nóng hơn khu vực thành thị [18]. Vì vậy, đây là một điều kiện có thể làm gia tăng các bệnh ngoài da, đặc biệt là các bệnh nấm da ở người lao động cũng như ở cả cộng đồng.

Hai huyện Phú Lương và Đại Từ nằm ở khu vực phía Bắc của tỉnh Thái Nguyên có tỷ lệ người dân tộc Tày sinh sống khá cao, chiếm tỷ lệ 18,6% và 12,7% số người Tày trong toàn tỉnh [18]. Tập quán sinh hoạt, canh tác nông nghiệp của người Tày ở đây khá đặc biệt: môi trường canh tác thường ẩm ướt, ít sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, sống tiết kiệm nước... Nhà ở đặc trưng của người dân tộc Tày là nhà sàn, chỗ ăn ngủ, sinh hoạt của con người phía trên, dưới gầm sàn là nơi ở cho gia súc, gia cầm nên môi trường thường ô nhiễm các chất thải từ gia súc, tạo điều kiện thuận lợi cho các bệnh lý như bệnh ngoài da phát triển. Như vậy, câu hỏi cần được giải đáp là thực trạng bệnh ngoài da và các giải pháp can thiệp nhằm chăm sóc, nâng cao sức khỏe cho cộng đồng người dân tộc Tày hay các dân tộc thiểu số miền núi nói chung là gì. Vấn đề này, cho đến nay vẫn chưa được báo cáo và quan tâm đúng mức. Chính vì vậy, chúng tôi chọn nghiên cứu đề tài luận án: ***“Thực trạng và giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu một số bệnh ngoài da phổ biến ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên”*** nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng một số bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại một số xã tỉnh Thái Nguyên năm 2017 – 2018.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan đối với bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày ở Thái Nguyên.*

3. *Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu bệnh ngoài da phổ biến ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên.*

## Chương 1

### TỔNG QUAN

#### 1.1. Một số khái niệm, cấu trúc, chức năng sinh lí của da [51]

##### 1.1.1. Cấu trúc của da

Cấu trúc của da gồm có 3 lớp: thượng bì, trung bì và hạ bì.

###### 1.1.1.1. Thượng bì

Thượng bì là lớp ngoài cùng của da, gồm chủ yếu là tế bào biểu mô sừng (chiếm 95%), ngoài ra có tế bào hắc tố, Merkel và tế bào Langerhans. Thượng bì có tác dụng như hàng rào bảo vệ da, gồm 4 lớp chính: lớp tế bào sừng, lớp hạt, lớp gai và lớp đáy (lớp tế bào mầm).

*Lớp tế bào đáy:* là lớp sâu nhất thượng bì, gồm những tế bào hình trụ, nhân có trục dài, thẳng đứng. Các tế bào đáy có khả năng sinh sản mạnh mẽ để sản xuất các tế bào mới thay thế các tế bào cũ đã biệt hóa.

*Lớp tế bào gai:* là lớp tế bào hình đa diện, nằm trên lớp đáy, từ 6-20 hàng, thành phần cấu tạo chứa hỗn hợp của lipid như phospholipid, sphingolipid và cholesterol giúp da giữ nước và tham gia vào quá trình gắn kết và bong vảy của lớp sừng.

*Lớp tế bào hạt:* là những tế bào dẹt nằm trên lớp gai, gồm 3-4 hàng tế bào, nhân sáng. Tế bào sáng chỉ có ở lòng bàn tay, bàn chân, nằm trên lớp hạt gồm những tế bào trong thuần nhất, không nhân, dẹt, sắp xếp thành 2 - 3 hàng.

*Lớp tế bào sừng:* là lớp ngoài cùng của da, có bề dày khoảng 0,1mm. Thành phần chủ yếu là chất sừng (keratin).

*Các tế bào thượng bì có tua:* là tế bào sắc tố và tế bào Langerhans. Tế bào sắc tố là tế bào tua gai cung cấp sắc tố cho các tế bào sừng tạo màu da, chống lại tia cực tím (UV), kiểm soát tổng hợp vitamin D3 và điều hòa thân nhiệt tại chỗ. Tế bào Langerhans là tế bào trình diện kháng nguyên, có nguồn

gốc từ tủy xương, chiếm 5% tế bào thượng bì, nằm ở khắp thượng bì tạo hàng rào lưới, nhưng tập trung nhiều ở lớp tế bào gai phía trên...

#### *1.1.1.2. Trung bì*

Trung bì là lớp thứ 2, nằm dưới thượng bì và là vùng dày nhất của da. Trung bì và thượng bì ngăn cách nhau bởi màng đáy.

*Trung bì nông:* là lớp nuôi dưỡng, rất mỏng chỉ khoảng 0,1mm. Trên bề mặt có những gai nhô lên còn gọi là nhú bì hay gai bì ăn sâu vào thượng bì.

*Trung bì chính thức (trung bì sâu):* là lớp chống đỡ, dày, gồm những sợi keo làm da bền vững chống lại sang chấn, bảo vệ các tổ chức bên trong; sợi chun (sợi đàn hồi) giúp da đàn hồi; sợi lưới tạo thành mạng lưới mỏng bao quanh mạch máu, tuyến mồ hôi; sợi liên võng tập trung ở trung bì nông, phần phụ của da, mạch máu. Các tế bào xơ có tác dụng làm da lên sẹo. Tổ chức bào hình thoi, hình sao, có thể biến thành thực bào, đại thực bào. Dưỡng bào tham gia quá trình chuyển hóa heparin, histamin, acid hyaluronic. Trung bì chỉ có những mạch máu nhỏ tập trung ở gai bì và quanh các tuyến. Thần kinh não tủy có vỏ myelin, có nhánh đi riêng; Thần kinh giao cảm không có vỏ myelin chạy trong các bao mạch máu.

#### *1.1.1.3. Hạ bì*

Hạ bì còn gọi là lớp mỡ dưới da chứa mô liên kết, nhiều mạch máu, thần kinh, ... đảm bảo cho da sống và thực hiện các chức năng. Cấu trúc gồm nhiều tầng ngăn, liên kết tạo thành nhiều ô, chứa nhiều chất mỡ. Ở hạ bì có nhiều mạch máu lớn. Đây là kho dự trữ mỡ lớn nhất cơ thể, có vai trò bảo vệ cơ học chống sức ép, chấn động đột ngột, che chở da và những cấu trúc bên dưới, có vai trò điều hòa nhiệt độ.

#### *1.1.1.4. Các thành phần phụ của da*

*Tuyến mồ hôi:* là tuyến ngoại tiết, gồm 2 loại: tuyến bảo toàn được phân bố trên khắp bề mặt của da, trừ niêm mạc. Tuyến bảo toàn làm nhiệm vụ

điều hòa thân nhiệt, góp phần làm cho thân nhiệt hằng định; tuyến đầu hủy tập trung ở mặt, quanh hậu môn, đầu vú, nách.

*Tuyến bã:* là tuyến ngoại tiết nằm cạnh nang lông, đổ chất tiết vào nang lông mở ra ở da, làm da mềm mại, chống thấm nước, chống khô da.

*Nang lông:* nang lông là phần lõm sâu xuống của thượng bì chứa sợi lông và tiếp cận với tuyến bã. Lông là biến dạng nhiễm keratin của thượng bì.

*Móng* là biến dạng của da, ở các đầu ngón tay, ngón chân. Móng là một tấm sừng mỏng, có 4 bờ: bờ tự do, bờ sau và 2 bờ bên; có rễ móng, thân móng, liềm móng, mầm móng.

*Niêm mạc:* không có keratin. Các lớp nông ở niêm mạc gồm tế bào có nhiều lỗ hồng dẹt và bong đi chứ không nhiễm keratin, còn các lớp tế bào gai, lớp hạt giống như da nhưng dày hơn.

### **1.1.2. Sinh lý da**

Da là cơ quan lớn nhất cơ thể người, diện tích khoảng 1,5-2 m<sup>2</sup>, chiếm 16% trọng lượng cơ thể. Da là một vỏ bọc bảo vệ cơ thể, da mang nhiều chức năng như hấp thu, dự trữ và chuyển hóa các chất, bài tiết các chất bảo vệ da (chất bã), đào thải các chất độc, thu nhận cảm giác, điều hòa thân nhiệt, cân bằng nội môi, chức năng miễn dịch.

#### **1.1.2.1. Chức năng bảo vệ**

Da được cấu tạo bởi thượng bì, trung bì, hạ bì tạo thành bức tường kiên cố bảo vệ các cơ quan bên trong như thần kinh, mạch máu, cơ, xương, phủ tạng... khỏi các yếu tố có hại, khỏi các chấn thương cơ học.

Bảo vệ khỏi các vi sinh vật: vi sinh vật kí sinh trên da luôn bị đào thải ra ngoài cùng tế bào sừng (do sự biệt hóa không ngừng của lớp tế bào thượng bì). Bề mặt da khô sạch, pH acid của da hạn chế sự sinh trưởng của vi sinh vật. Một số enzyme tổng hợp tại da có tác dụng diệt hoặc hạn chế vi khuẩn

phát triển như lysozym diệt khuẩn, leucotaxin kích thích thực bào của bạch cầu, men tăng sinh bạch cầu, men tổng hợp huy động kháng thể.

Bảo vệ khỏi những tổn thương vật lý: lớp sừng của da ngăn ánh sáng bước sóng 200nm; lớp trung bì ngăn ánh sáng bước sóng 340-700nm xuyên qua. Da có tính hấp thụ ánh nắng mặt trời bảo vệ cơ thể trước bức xạ tử ngoại.

Bảo vệ khỏi những tổn thương do chất hóa học: lớp sừng bảo vệ một cách tương đối khi các chất hóa học xâm nhập, da có thể bảo vệ cơ thể tránh các chất hóa học có tính kiềm hoặc acid yếu.

Chống lại sự mất dịch của cơ thể: kết cấu đa tầng của da, liên kết chặt chẽ của lớp sừng với lớp mỡ gian bào có thể chống lại sự mất dịch của cơ thể.

#### *1.1.2.2. Chức năng điều hòa thân nhiệt*

Da điều hòa nhiệt độ, giữ cho thân nhiệt hằng định nhờ cơ chế ra mồ hôi và phản ứng vận mạch dưới sự điều khiển của trung khu điều hòa thân nhiệt ở vùng dưới đồi của não. Da tỏa nhiệt thông qua 4 phương thức: bốc hơi, đối lưu, bức xạ, truyền dẫn.

#### *1.1.2.3. Chức năng bài tiết*

##### *Bài tiết mồ hôi*

Giữ vai trò bài tiết mồ hôi chủ yếu là tuyến mồ hôi (tuyến bảo toàn), có 2,5 triệu tuyến mồ hôi. Bài tiết mồ hôi còn có nhiệm vụ đào thải các chất cặn bã, chất độc hại cho cơ thể.

##### *Bài tiết chất bã*

Bài tiết chất bã trên da giúp da không thấm nước, ngăn cản sự bốc hơi nước, làm da mềm mại, chống lại vi khuẩn, vi nấm, kí sinh trùng.

#### *1.1.2.4. Chức năng chuyển hóa*

Da đóng vai trò quan trọng trong hệ thống cân bằng nước, điện giải. Da tham gia quá trình chuyển hóa đạm, đường, mỡ. Da có các enzyme amylase,



cholinesterase, lipase, arginase, tyrosinase. Da có nhiều loại vitamin như B12, A, C, D, B6 (pyridoxine), H (biotin), ...

#### *1.1.2.5. Chức năng thu nhận cảm giác* chia ra làm 2 loại:

Một loại cảm giác đơn nhất như tiếp xúc, cảm giác đau, lạnh hoặc nóng. Vùng nhạy cảm với cảm giác nóng lạnh là vú, ngực, bụng, mũi, tai. Cảm giác đau do tận cùng các dây thần kinh cảm giác đảm nhiệm.

Một loại cảm giác khác phức tạp như cảm giác hình thể, phân biệt giữa hai điểm, định vị và hình họa, cảm giác ngứa.

#### *1.1.2.6. Chức năng tạo sừng (keratin), tạo sắc tố (melanin)*

Đây là hai chức năng đặc biệt của tế bào thượng bì. Chất sừng, sắc tố giúp bảo vệ sự toàn vẹn và lành mạnh da, chống lại các tác động có hại của tác nhân sinh học (vi khuẩn, vi nấm, virus, kí sinh trùng), cơ học, lý học, hóa học.

#### *1.1.2.7. Chức năng miễn dịch*

Ở da có nhiều tế bào có thẩm quyền miễn dịch như tế bào Langerhans, tế bào Lympho T. Khi có kháng nguyên (vi khuẩn, virus, kí sinh trùng) đột nhập vào da, tế bào Langerhans xuất hiện bắt giữ và trình diện kháng nguyên với tế bào Lympho có thẩm quyền miễn dịch. Tế bào sừng tiết ra interferon.

#### *1.1.2.8. Chức năng hô hấp*

Da có thể trực tiếp hấp thụ  $O_2$  trong không khí và có khả năng thải ra  $CO_2$  do các mạch máu nhỏ tiếp xúc trực tiếp với không khí, khả năng hô hấp của da mạnh hơn bất cứ cơ quan nào.

#### *1.1.2.9. Chức năng tạo ngoại hình và chủng tộc*

Mỗi chủng tộc khác nhau có màu da khác nhau, qui định là do lượng sắc tố và sự phân bố không đồng đều của các hạt sắc tố trong da là khác nhau. Da góp phần tạo ra hình hài con người chúng ta [51], [21].

## 1.2. Một số bệnh da phổ biến trong cộng đồng [9], [34]

### 1.2.1. Bệnh da do nấm sợi

\* Nấm bàn chân: Thường gặp ở những người lao động đi giày, đi ủng.... Nguyên nhân chủ yếu do *Trichophyton rubrum* và *T. mentagrophytes*, có thể do *Epidermophyton floccosum*. Lâm sàng nấm ở bàn chân có các hình thái: bong vảy, viêm kẽ, hình tổ đĩa, viêm móng.

\* Nấm bẹn thường do *Epidermophyton inguinale*, *Trichophyton rubrum* gây nên. Tổn thương là những chấm đỏ, có vảy, lan ra thành mảng hình tròn hoặc bầu dục, bề mặt đỏ, bờ hơi cao, trên bờ có nhiều mụn nước và vảy da. Các mảng liên kết với nhau thành mảng lớn hình cung, có triệu chứng ngứa.

\* Nấm vùng mặt: do *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes*, *M. canis* gây nên. Lâm sàng thường là dát đỏ, kích thước 1-5 cm, bờ hơi nổi cao, bong vảy, ngứa.

\* Nấm thân mình: hay gặp nhất là *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes* và *T. tonsurans*. Tổn thương là mụn nước, thành đám hình tròn hay hình cung, ngứa nhiều; khu trú hay lan toả toàn thân tùy thuộc vào vi nấm hay vật chủ...

\* Nấm vùng râu: hình thái nông do *Trichophyton violaceum*, *T. rubrum*. Sợi râu gãy, bong vảy, nhổ lên chân vẫn bình thường; hình thái sâu do *T. mentagrophytes*, tạo các u nhỏ liên kết với nhau thành mảng thâm nhiễm, các áp xe. Da trên bề mặt viêm tấy, sợi râu rụng hoặc không có, mủ chảy ra qua lỗ chân râu.

Xét nghiệm cận lâm sàng chung cho bệnh da do nấm sợi: soi tươi tìm sợi nấm; nuôi cấy định loại chủng nấm. Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm.

Nguyên tắc điều trị chung cho bệnh da do nấm sợi: xác định, loại bỏ các yếu tố thuận lợi cho nấm phát triển và điều trị nguyên nhân. Vệ sinh cá

nhân, vệ sinh phương tiện phòng hộ, tránh tiếp xúc với nguồn lây nhiễm. Điều trị sớm, dùng thuốc chống nấm bôi tại chỗ hoặc kết hợp với thuốc đường toàn thân tùy thuộc vào mức độ tổn thương. Thuốc bôi tại chỗ như các loại kem chống nấm Ketoconazol 2%, Terbinafin 1%, Clotrimazol 1%. Dùng phối hợp với thuốc kháng nấm toàn thân khi thương tổn lan rộng, dai dẳng như Griseofulvin, hoặc Terbinafin, hoặc Itraconazol...

### **1.2.2. Bệnh da và niêm mạc do *Candida***

Bệnh da và niêm mạc do *Candida*, chủ yếu do nấm *C. albicans* gây nên.

*Nhiễm Candida da*: vị trí hay gặp như kẽ ngón tay, ngón chân, nếp lằn vú, mông, nách... Các yếu tố thuận lợi mắc bệnh là ngâm nước nhiều, nóng, ẩm... Biểu hiện mảng ban đỏ rõ, có trọt kèm với mụn mủ xung quanh.

*Nhiễm Candida niêm mạc đường tiêu hóa và âm đạo*

*Nhiễm Candida quanh móng và móng*: gây tổn thương bề mặt móng, mất bóng, màu trắng, có nhiều đường lõm. Viêm quanh móng sung đỏ, đau khi ấn vào.

Chẩn đoán xác định nấm da, niêm mạc do *Candida*: triệu chứng đặc trưng từng thể lâm sàng khác nhau; soi tươi phát hiện nấm men nảy chồi và giả sợi; nuôi cấy, phân lập nấm *Candida*. Điều trị bệnh nấm da và niêm mạc do *Candida*: nguyên tắc chung là xác định và loại bỏ các yếu tố nguy cơ là quan trọng. Dùng thuốc chống nấm tại chỗ hay toàn thân tùy loại tổn thương. Kháng nấm nhóm imidazole, terbinafin tại chỗ và đường toàn thân phối hợp. Vệ sinh, giữ khô da thường xuyên. Đồ bảo hộ, quần, áo, tất, giày... cần phơi nắng, khô trước khi sử dụng.

### **1.2.3. Nấm móng (*Onychomycosis*)**

Nguyên nhân do nấm sợi (*Dermatophyte*) khoảng 90%, chủ yếu do một số chủng *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes*... Do nấm men: chủ yếu do *Candida albicans*, *C. tropicalis*... Do nấm mốc ít gặp hơn như *Fusarium spp.*, *Aspergillus spp.* Biểu hiện lâm sàng thường gặp tổn thương ở phần

bên, phân xa dưới móng. Móng bị đục, trắng và mủn, màu sắc móng thay đổi trắng, vàng cam; bề mặt móng có những đốm hoặc khía trắng. Tiến triển mạn tính xen kẽ những đợt cấp tính, tổn thương nặng gây rối loạn phát triển móng và teo móng. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

Điều trị nấm móng: vệ sinh cá nhân, cắt tỉa móng tay, móng chân. Mang giày, tất thoáng rộng. Điều trị thuốc chống nấm đúng, đủ liều bằng đường bôi, đường uống tùy mức độ tổn thương và phối hợp theo phác đồ điều trị. Thuốc kháng nấm như Fluconazol, Griseofulvin, Itraconazol, Terbinafin...

#### **1.2.4. Nấm kẽ chân**

Nguyên nhân do nấm *Trichophyton mentagrophytes* var, *T. rubrum*, *Epidermophyton floccosum*. Bệnh thường gặp ở người làm việc trong môi trường nước, ẩm ướt, bùn đất...Tổn thương cơ bản ở kẽ ngón chân, bong da, màu hơi vàng, chảy dịch, mụn nước ở kẽ chân... lan ra các kẽ ngón khác, lan lên mu, gan bàn chân. Nếu bội nhiễm gây mụn mủ, sưng nề, có thể sốt, nổi hạch bẹn, ngứa, khó chịu... Cận lâm sàng lấy bệnh phẩm soi thấy bào tử đốt hoặc các sợi nấm.

Điều trị và dự phòng nấm kẽ chân: không nên đi giày, tất thời gian dài; chân phải khô sạch. Dùng thuốc kháng nấm tại chỗ hoặc phối hợp toàn thân nếu tổn thương nặng, lan rộng, mãn tính....Sử dụng kháng histamin để chống ngứa, kháng sinh tại chỗ nếu bội nhiễm. Thuốc kháng nấm tại chỗ như: nhóm allylamin (terbinafin, naftifin), nhóm azol (clotrimazol, ketoconazole). Thuốc uống nhóm azol (itraconazol, ketoconazol), nhóm griseofulvin.

#### **1.2.5. Nấm hắc bào**

Nguyên nhân do nấm *Epidermophyton floccosum*; *Trichophyton mentagrophytes* var, *Microsporum gypseum*...Lâm sàng có thể biểu hiện nấm toàn thân. Các đám tổn thương có màu hơi đỏ, ranh giới rõ, viền đỏ có mụn nước, lành ở giữa, lan thành đám có nhiều vòng cung. Tổn thương có thể

nhiễm khuẩn thứ phát nếu gãi, chà xát, điều trị không đúng dẫn đến viêm trợt da, đóng vảy, mụn nước khắp bề mặt tổn thương..., ngứa nhiều.

Điều trị bệnh hắc bào đúng phác đồ, dùng thuốc tại chỗ hàng ngày để giảm ngứa và lan rộng, không gãi gây trầy xước bội nhiễm vi khuẩn. Thuốc chống nấm bôi tại chỗ như: ketoconazol, miconazol...Chỉ định thuốc toàn thân đối với những trường hợp nặng, lan rộng, mãn tính như itraconazol, ketoconazol..., kháng histamin để giảm ngứa. Không dùng chung đồ dùng dễ lây nhiễm bệnh. Vệ sinh cơ thể, vùng da bị bệnh sạch; quần áo thoáng mát...

### ***1.2.6. Viêm da tiếp xúc dị ứng (Allergic Contact Dermatitis)***

Viêm da tiếp xúc dị ứng là phản ứng tăng nhạy cảm của da đối với các dị nguyên, thuộc loại phản ứng quá mẫn chậm. Nguyên nhân do da bị phơi nhiễm với các tác nhân hóa học, lý học, sinh học. Bệnh thường gặp ở người mẫn cảm với dị nguyên gây viêm da tiếp xúc. Ngứa nhiều, có thể đau nhức.

Viêm da tiếp xúc dị ứng cấp tính là dát đỏ, ranh giới rõ, phù nề, trên mặt có mụn nước, sần, hoặc bong nước, bong nước vỡ để lại vết trợt tiết dịch và đóng vảy. Triệu chứng cơ năng là ngứa.

Viêm da tiếp xúc dị ứng bán cấp là những mảng dát đỏ nhẹ, nhỏ, vảy da khô, có những đốm đỏ hoặc sần chắc, hình tròn. Tiến triển mạn tính thường có lichen hóa, da dày, bong vảy da cùng các sần, nhỏ, chắc, hình tròn, phẳng, trầy xước, dát đỏ và nhiễm sắc tố.

Cận lâm sàng dựa vào mô bệnh học; test lấy da, áp da thường dùng để phát hiện tác nhân gây bệnh. Nguyên tắc điều trị là phải loại bỏ được căn nguyên gây bệnh. Điều trị viêm da dị ứng cấp tính, lan tỏa toàn thân có thể chỉ định corticoid toàn thân. Điều trị tại chỗ thường sử dụng chế phẩm có corticoid. Phòng bệnh viêm da tiếp xúc dị ứng gồm dự phòng tiên phát, thứ phát và dự phòng cơ địa.

### **1.2.7. Sẩn ngứa (Prurigo)**

Sẩn ngứa là bệnh da do phản ứng viêm xuất tiết ở lớp trung bì nông với sự thâm nhiễm của tế bào lympho và bạch cầu đa nhân trung tính. Một số nguyên nhân như côn trùng đốt, kích thích về vật lý, ánh sáng, hóa chất... gây giải phóng histamin được cho là cơ chế gây bệnh.

Lâm sàng: sẩn phù dạng mày đay; sẩn huyết thanh; mụn nước trên sẩn phù, mụn nước vỡ gây tiết dịch và đóng vảy; sẩn cục chắc, màu đỏ nâu hoặc xám. Tổn thương rải rác, chủ yếu vùng da hở. Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, phát hiện rối loạn chức năng các cơ quan...

Nguyên tắc điều trị chung là loại bỏ căn nguyên; Dùng thuốc corticosteroid dạng bôi, kháng histamin dạng uống như loratadin, cetirizin, fexofenadin... Dự phòng tránh căn nguyên gây dị ứng, quá mẫn. Sử dụng kem chống nắng, chống tia UVA, UVB. Điều trị thuốc ức chế miễn dịch trong thời gian ngắn như Corticosteroid đường toàn thân, Methotrexat...

### **1.2.8. Bệnh mày đay (Urticaria)**

Mày đay là phản ứng của mao mạch trên da với các tác nhân gây phù cấp hoặc mạn tính ở trung bì. Cơ chế phức tạp, chủ yếu là thông qua kháng thể IgE, các chất trung gian hóa học có vai trò quan trọng, nhất là histamin. Mày đay do một số căn nguyên: do thuốc, do nọc độc, côn trùng, phấn hoa, bụi nhà, lông vũ..., virút, vi khuẩn, chất hữu cơ, chất hóa học; do các yếu tố vật lý từ bên ngoài như găng sức, stress, ánh nắng, nước....

Thương tổn cơ bản là các sẩn phù, khu trú hoặc lan rộng. Sẩn phù nổi cao trên mặt da, hơi đỏ hoặc nhợt nhạt hơn vùng da xung quanh. Ở vùng mi mắt, môi... gọi là phù mạch hay phù Quincke. Mày đay rất ngứa, phát triển thêm nhiều sẩn, tiến triển sau vài phút, vài giờ thì có thể lặn mất, hoặc thành mạn tính kéo dài. Một số xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán như công thức máu, số

lượng bạch cầu ái toan; test lấy da (Prick test); test áp da (Patch test); định lượng IgE (test 36 dị nguyên). Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng

Nguyên tắc điều trị là xác định và loại bỏ dị nguyên. Hạn chế gãi, chà xát mạnh trên da; tránh ánh nắng mặt trời trực tiếp; mặc quần áo cotton nhẹ thoáng; tránh ra nhiều mồ hôi; chế độ nghỉ ngơi và giảm stress hợp lí. Thuốc điều trị dị ứng, điều chỉnh các rối loạn chức năng, các tổn thương tổ chức; vô hiệu hóa chất hóa học trung gian; phối hợp kháng histamin H1 với Corticoid.

### **1.2.9. Viêm nang lông (*Folliculitis*)**

Viêm nang lông (*Folliculitis*) là tình trạng viêm nông một hoặc nhiều nang lông. Nguyên nhân chủ yếu là tụ cầu vàng, trực khuẩn mủ xanh. Các nguyên nhân khác do nấm, virus *Herpes*, yếu tố thuận lợi như da ẩm ướt, tăng tiết mồ hôi, gãi, thuốc, hóa chất gây kích ứng... Tổn thương là những sẩn nhỏ ở nang lông, có vảy tiết, không đau, tiến triển có thể khỏi không để lại sẹo.

Nguyên tắc điều trị: loại bỏ các yếu tố thuận lợi gây bệnh; vệ sinh cá nhân; tránh gãi, kích thích thương tổn; Dùng dung dịch sát khuẩn kết hợp kháng sinh bôi tại chỗ hoặc toàn thân.

Điều trị cụ thể: dung dịch Povidon-iodin 10%, Chlorhexidine 4%...; thuốc bôi tại chỗ như mỡ acid Fucidic, mỡ Neomycin, kem Silver Sulfadiazin 1%... Trường hợp nặng, phối hợp điều trị tại chỗ kết hợp toàn thân bằng một trong các kháng sinh sau: Cloxacilin, Clindamycin, Vancomycin ... Trường hợp khác cần điều trị theo nguyên nhân cụ thể. Phòng bệnh bằng vệ sinh cá nhân, tránh các yếu tố thuận lợi như môi trường nóng ẩm, các hóa chất ...

### **1.2.10. Lang ben (*Pityriasis versicolor*)**

Ở một số vùng khí hậu nhiệt đới khoảng 30-40% dân số đã từng bị lang ben. Nguyên nhân do nấm thuộc nhóm *Malassezia* gây nên. Khí hậu nóng và ẩm là điều kiện tốt cho nấm phát triển. Một số yếu tố thuận lợi như da dầu, tiết mồ hôi nhiều, suy giảm miễn dịch, dinh dưỡng kém, ...

Tổn thương là dát hình tròn, bầu dục, trên có vảy da, tổn thương liên kết với nhau thành mảng lớn hình cung. Vị trí thường gặp ở vùng da tiết bã.... Bệnh nhân có ngứa nhẹ khi thời tiết nóng. Soi tươi thấy hình ảnh bào tử xen kẽ với sợi nấm ngắn.

Điều trị: dùng thuốc kháng nấm tại chỗ hoặc toàn thân. Loại bỏ hoặc hạn chế các yếu tố thuận lợi gây bệnh; phối hợp điều trị bằng thuốc tại chỗ và thuốc toàn thân. Tắm, vệ sinh sạch, sử dụng xà phòng Sastid. Kết hợp với bôi kem trị nấm như Ketoconazol, Clotrimazole, Terbinafin, ... Thuốc điều trị toàn thân áp dụng trong trường hợp tổn thương diện rộng, nặng, không đáp ứng với thuốc điều trị tại chỗ. Chỉ định uống thuốc kháng nấm như Griseofulvin, Ketoconazol, Itraconazol, Fluconazole, ...

### ***1.2.11. Sạm da***

Sạm da là tình trạng tăng sắc tố trên da làm cho da vùng tổn thương có màu nâu, nâu đen, vàng nâu, xanh đen... hay gặp ở vùng da hở như mặt, cổ. Sạm da là kết quả của nhiều nguyên nhân như di truyền, rối loạn nội tiết, chuyển hoá; yếu tố vật lý, hóa học... làm rối loạn quá trình sản sinh sắc tố melanin và sự phân bố của sắc tố melanin.

Sạm da do hoá chất: những hoá chất gây tăng sắc tố da thường là các hoá chất có nguồn gốc dầu mỏ, mỹ phẩm, nước hoa...

Sạm da do yếu tố vật lý: như cháy nắng, rám nắng ở vùng có bộc lộ với ánh sáng mặt trời mà không được bảo vệ.

Sạm da do tăng sắc tố sau viêm: có thể ở thượng bì, trung bì, vùng tăng sắc tố có thể xảy ra sau một viêm cấp hay mạn tính.

Chẩn đoán xác định dựa vào biểu hiện lâm sàng trên da, rối loạn các cơ quan và kết quả xét nghiệm. Điều trị nguyên nhân nếu có; điều chỉnh rối loạn chuyển hoá, rối loạn nội tiết; bổ sung vi chất, các Vitamin A, PP, 3B... Áp dụng các biện pháp chống nắng; dùng kháng sinh, thuốc diệt vi khuẩn, virút,



vi nấm; Có thể sử dụng phẫu thuật, laser, hoá chất; Thuốc điều trị tại chỗ làm giảm sắc tố da như Hydroquinon, Leucodinin, Vitamin A, kem chống nắng, Corticoid; điều trị toàn thân bằng thuốc uống Cloroquin, Plaquinil.... Tùy trường hợp cụ thể mà dùng thuốc đơn độc hay phối hợp với nhau. Phòng bệnh bằng trang bị phòng hộ cá nhân chống nắng, kem chống nắng... Hạn chế lao động thời điểm nắng gắt, chế độ sinh hoạt điều độ....

### **1.2.12. Viêm da mũ (*Pyodermite*) trong lao động nông nghiệp**

Hay xảy ra ở mùa cày cấy, gặt hái do tạp khuẩn. Lâm sàng có những mụn mủ, nốt do tụ cầu hoặc liên cầu, có thể loét do bội nhiễm vi khuẩn yếm khí. Điều kiện thuận lợi là lao động ở môi trường nhiều bụi, ẩm ướt, ô nhiễm, ra mồ hôi nhiều làm giảm sức chống đỡ, giảm miễn dịch trên da, vết xước da, côn trùng đốt... Phân chia thành viêm bì mủ do tụ cầu và viêm bì mủ liên cầu.

\* *Viêm bì mủ do tụ cầu:*

Viêm nang lông nông (*Superficial folliculitis* - chốc Bockhart): là tình trạng viêm nông ở đầu lỗ chân lông, sưng đỏ, đau, sau thành mụn mủ nhỏ, sau đó mụn mủ khô, để lại vảy tiết, vảy bong không để lại sẹo. Vị trí thường gặp ở đầu, trán, gáy, cằm, lưng.

Viêm nang lông sâu (*Deep folliculitis*): do tụ cầu vàng có độc tố cao. Ban đầu là mụn mủ quanh lỗ chân lông, sau đó nhiễm khuẩn sâu, rộng nhiều mụn mủ rải rác hoặc tụ lại thành đám đỏ, cứng cộm, nặn ra mủ. Viêm nang lông sâu ở vùng cằm, mép, gáy, đầu... tiến triển dai dẳng hay tái phát.

- Đỉnh nốt (*Furoncle*): là dạng viêm nang lông. Do tụ cầu vàng độc tố cao gây viêm toàn bộ nang lông, tổ chức xung quanh, hoại tử tạo thành “ngòi” gồm tế bào, xác bạch cầu. Tiến triển ban đầu thành u đỏ, nắn quanh chân lông cứng, cộm, đau (Giai đoạn 1): u mềm dần, làm mủ, tạo ngòi; (Giai đoạn 2): khoảng ngày thứ 8-10 nốt mềm nhũn, vỡ mủ nặn ra ngòi đặc, sau đó lành sẹo; (Giai đoạn 3): đỉnh nốt to, sốt, nổi hạch đau, có thể nhiễm khuẩn huyết.

- Nhọt ổ gà (*Hidradenitis*): do viêm nang lông kèm viêm tuyến mồ hôi, tuyến bã ở vùng nách, thành túi mủ sâu ở chân bì và hạ bì. Nổi thành cục cứng, viêm đỏ, sau mềm dần, vỡ mủ. Tiến triển dai dẳng, hay tái phát.

\* *Viêm bì mủ do liên cầu*

- Chốc lây (*Impetigo contagiosa*): thường do tụ cầu và liên cầu phối hợp với nhau. Bệnh bắt đầu bằng một phỏng nước, hình tròn, viêm đỏ. Nước trong, dần thành mủ đục, đóng vảy tiết. Dưới lớp vảy là lớp trợt đỏ, nông, sau lành không để lại sẹo. Chốc rải rác toàn thân, có thể sốt, biến chứng gây viêm cầu thận cấp.

- Chốc loét (*Ecthyma*): tổn thương lan sâu đến trung bì. Thường gặp ở bệnh nhân thiếu dinh dưỡng, vệ sinh kém, bệnh tiểu đường.... Bệnh bắt đầu như chốc, phỏng nước, phỏng mủ, sau đó phỏng mủ vỡ, đóng vảy dày. Vảy bong để lại vết loét, nền tái, rớm mủ, ít nụ thịt.

Điều trị nhiễm trùng da tại chỗ bằng Milian, xanh Metylen, mỡ kháng sinh. Điều trị toàn thân bằng kháng sinh, chống viêm. Vệ sinh cơ thể bằng dung dịch sát khuẩn, nước muối sinh lý, thuốc tím pha loãng...; nâng cao đề kháng bằng chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý, bổ sung các Vitamin như A, B1, C...

Phòng bệnh viêm da mủ bằng tắm rửa, vệ sinh sạch vùng da bị viêm, rửa vết thương khô, sạch; giặt, khử trùng quần áo, ga trải giường sạch, các vật dụng cá nhân...; chẩn đoán và điều trị sớm, đúng liệu pháp, ngăn chặn lây lan của bệnh; duy trì lối sống lành mạnh, ăn đủ dinh dưỡng, thể dục...để củng cố hệ miễn dịch. [9], [51].

### **1.3. Một số yếu tố liên quan đối với bệnh ngoài da**

#### **1.3.1. Môi trường bề mặt da**

Da bao phủ toàn bộ cơ thể, có diện tích từ 1,5 - 2m<sup>2</sup>, là cơ quan đặc biệt giới hạn giữa môi trường bên ngoài và bên trong cơ thể. Da có nhiều chức phận quan trọng, một trong các chức phận đó là bảo vệ cơ thể tránh được

những tác động lý, hoá và sinh học (vi sinh vật và nấm). Theo nhiều tác giả thì các yếu tố: độ pH, chất lượng lớp sừng, nhiệt độ, độ ẩm của da có liên quan tới sự phát triển và gây bệnh của nấm da, hay các bệnh ngoài da khác [39].

### **1.3.2. pH bề mặt da**

Độ axit bề mặt da được điều khiển bởi acid Lactic, Pyruvic trong mồ hôi và các sản phẩm phân huỷ của các acid bay hơi như acid Acetic, acid Propionic. Độ pH của mồ hôi thường có tính acid, trong khoảng từ 5 - 6. Khi lao động với cường độ cao, cơ thể sẽ tiết nhiều mồ hôi, sau một vài giờ sẽ biến thành amoniac, lúc này pH da kiềm tính hơn, có thể tới 6,8 - 8,2. Tình trạng bí tắc của da làm cho pH da tăng cao hơn bình thường nên các vi sinh vật dễ xâm nhập gây bệnh. Nghiên cứu ảnh hưởng ở da trong tình trạng bí tắc, nhiều tác giả đã theo dõi thấy pH da tăng từ 5,6 đến 6,7 (ở ngày thứ 3). Đa số các loại nấm da đều phát triển trong môi trường có pH thích hợp khoảng 6,9 - 7,2. Đối với sự phát triển của nấm men *Malassezia furfur* (gây bệnh lang ben) cho thấy ở trong tình trạng tương tự: Plotkin và nhiều tác giả nghiên cứu trên invitro và invivo có nhận xét pH = 7,5 là thích hợp với hoạt động phân huỷ lipit của enzyme lipase (enzyme cần cho sự phát triển loại nấm ưa mỡ *Malassezia furfur*); pH da thay đổi tùy theo vị trí trên cơ thể, độ tuổi khác nhau. Những vị trí da có độ pH hơi kiềm là kẽ nách, bẹn, chân (6,3 - 7,1), vì vậy bệnh nấm da thường là bị ở các kẽ da [34], [36]. Phạm Công Chính, Nguyễn Quý Thái nghiên cứu pH da trên bệnh nhân nấm lang ben đã nhận xét: pH da ở người bị bệnh cao hơn so với người bình thường ở cùng; ở những người có pH da cao, nguy cơ mắc bệnh cao gấp 2,7 lần so với những người có pH da thấp (với OR = 2,7; p < 0,05 [17]).

### **1.3.3. Chất lượng lớp sừng của da**

**Nhiều tác giả nghiên cứu sinh lý da liên quan với nấm da cho rằng chất lượng lớp sừng kém thì khả năng trung hoà kiềm và kháng kiềm của da cũng**

### ***kém nên dễ mắc bệnh nấm da.***

Đặc điểm chung của các loại nấm da là có ái tính đặc biệt với chất sừng, vùng kẽ da dễ bị cọ xát làm tổn thương lớp sừng sẽ dễ bị bệnh hơn các vùng khác. Bệnh nấm gây nên do *T. rubrum* hay xảy ra ở những người có rối loạn cấu tạo chất sừng. Người khô da toàn thể hoặc khô da lòng bàn tay, bàn chân thường dễ bị bệnh hơn. Kết quả nghiên cứu trên thực nghiệm của tác giả Niomiya J. đã cho thấy: khi bôi nấm *T. mentagrophytes* lên lớp sừng có tổn thương vùng bàn chân, nấm xâm nhập vào lớp sừng nhanh hơn so với bôi lên lớp sừng vùng da không bị tổn thương ở cùng một độ ẩm thích hợp (95% và 100%). Ở độ ẩm dưới 85%, nấm *T. mentagrophytes* vẫn xâm nhập qua lớp sừng có tổn thương nhưng không xâm nhập qua được lớp sừng bình thường. Như vậy tổn thương của lớp sừng cũng là yếu tố liên quan (nguy cơ) đối với sự phát triển của bệnh nấm da. Chất lượng lớp sừng của da là yếu tố quan trọng giúp cho da có khả năng chống đỡ với các yếu tố ngoại cảnh, vi sinh vật và nấm da [19], [34], [107].

#### ***1.3.4. Nhiệt độ và độ ẩm của da***

Để phát triển nấm cần hai điều kiện rất quan trọng là nhiệt độ và độ ẩm. Theo nhiều tác giả thì nhiệt độ bề mặt da vào khoảng 27 – 30°C là phù hợp cho sự phát triển của các loài nấm da [19]. Kết quả nghiên cứu trong phòng thí nghiệm cũng đều nhận thấy đa số nấm phát triển thích hợp ở môi trường có độ ẩm 70% - 100%, và tốt nhất ở 80 - 100% (t<sup>0</sup> phòng 28°C). Trên da người, khả năng phân huỷ cơ chất (xâm nhập lớp sừng) của nấm *T. rubrum* và *T. mentagrophytes* phụ thuộc nhiều vào độ ẩm trên da. Một số tác giả khác nhận xét người bị bệnh nấm da có độ ẩm và nhiệt độ da gần với nhiệt độ và độ ẩm thích hợp của nấm hơn so với người bình thường (p<0,05). Vì vậy vùng da có độ ẩm cao như: thắt lưng, bẹn, nếp gấp, kẽ chân ngón chân (độ ẩm thường xuyên 95%) là nơi dễ bị nấm da [102], [108].

### ***1.3.5. Suy giảm miễn dịch***

Da có khả năng tổng hợp, huy động kháng thể tham gia các phản ứng miễn dịch nhờ có nhiều tế bào lympho, các đại thực bào làm nhiệm vụ nhận diện và trình diện kháng nguyên, các hạch lympho tham gia đáp ứng và điều khiển miễn dịch ở da. Sự điều hoà miễn dịch da do chính tế bào của da thực hiện.

Một số tác giả nhận xét rằng đáp ứng miễn dịch trung gian tế bào có vai trò quan trọng trong bệnh nấm da. Suy giảm miễn dịch làm cho bệnh lan rộng, tiến triển mạn tính, khó điều trị và hay tái phát. Theo Phạm Trí Tuệ, yếu tố thuận lợi cho bệnh nấm cơ hội phát triển chủ yếu là sự thiếu hụt miễn dịch tế bào và nấm da cũng được xem như các tác nhân nhiễm nấm cơ hội [55]. Phạm Hoàng Khâm nghiên cứu miễn dịch trong bệnh nấm da đã phát hiện thấy có sự liên quan giữa bệnh nấm da với miễn dịch dịch thể: số lượng tế bào lympho B ở bệnh nhân nấm da giảm (ở cả trước và sau điều trị) so với người bình thường ( $p < 0,001$  ;  $p < 0,001$ ) [31].

Hiện nay đã có rất nhiều nỗ lực nghiên cứu được tiến hành với hy vọng có thể quản lý, điều trị các bệnh nấm da bề mặt bằng vaccin (tiêm chủng). Một số tác giả cho rằng kháng thể chống nấm dù có ở người bị nấm da cũng không có hiệu lực loại bỏ nấm. Từ đó có thể thấy hướng nghiên cứu phòng bệnh nấm da bằng biện pháp đặc hiệu (miễn dịch) hiện nay là chưa khả thi [72], [78].

### ***1.3.6. Yếu tố nguy cơ, môi trường bên ngoài liên quan đến bệnh ngoài da***

Trong quá trình lao động cũng như sinh hoạt, người lao động thường xuyên tiếp xúc và chịu tác động của rất nhiều yếu tố nguy cơ có thể làm gia tăng các bệnh ngoài da. Môi trường khí hậu khu vực miền núi, đặc biệt là độ ẩm cao, nhiệt độ thay đổi bất thường kết hợp với lao động nặng sẽ là nguy cơ rất cao đối với các bệnh ngoài da. Điều này đã được nhiều tác giả Trần Duy Ninh, Trương Minh Hương nhắc đến. Mồ hôi ra nhiều kết hợp với không đủ

nước sạch, tắm rửa kịp thời cũng luôn là nguy cơ phát sinh, phát triển bệnh ngoài da,.. Các yếu tố môi trường tự nhiên liên quan tới bệnh nấm da cũng đã được nhiều tác giả đề cập tới, nhất là yếu tố về thời tiết, khí hậu. Theo Đào Ngọc Phong [35]: "Ảnh hưởng của mùa và khí tượng lên độc lực của các mầm bệnh tuy chưa được tìm thấy, nhưng người ta lại biết sự tăng trưởng và phát triển của các mầm bệnh có liên quan trực tiếp đến những tính chất lí học của môi trường: nhiệt độ, độ ẩm, bức xạ và ion không khí". Với thời tiết khí hậu "Bệnh da bị tổn thương trong điều kiện nhiệt độ làm thay đổi bài tiết mồ hôi và axit da. Độ ẩm tăng liên quan đến các bệnh nấm da, viêm chân lông" [26], [35]. Sự phát triển của vi nấm ngoài phụ thuộc vào độ ẩm của vật mang bào tử nấm, nó còn liên quan đến độ ẩm tương đối của không khí; Nếu độ ẩm tương đối của không khí cao (80 - 100%) thì làm cho độ ẩm của vật chủ tăng lên và tạo điều kiện thuận lợi cho bào tử nấm phát triển. Nhiều tác giả có nhận xét: độ ẩm và nhiệt độ không khí ảnh hưởng rõ rệt đến sự phát triển của nấm da; nấm phát triển thuận lợi ở nhiệt độ không khí từ 25 – 38<sup>0</sup>C, tốt nhất 30<sup>0</sup>C - 35<sup>0</sup>C. Các nhà nghiên cứu cũng cho biết số người mắc bệnh nấm da chiếm tỷ lệ cao ở trong những tháng mùa hè và có mưa nhiều [48], [49].

Mặc dù bệnh nấm da là phổ biến khắp nơi, nhưng nó vẫn được xem như chiếm ưu thế hơn ở các nước nhiệt đới và cận nhiệt đới. Với đặc trưng khí hậu nóng và ẩm, do vậy môi trường rất thuận lợi cho các loài nấm da phát triển và gây bệnh. Theo một số nghiên cứu tại Ấn Độ, người ta phát hiện thấy bệnh nấm da (nấm da thân, nấm da đùi, lang ben) có tỷ lệ mắc cao nhất từ các tháng 5 - 10 trong năm, có sự liên quan giữa các bệnh nấm da với các yếu tố môi trường: nhiệt độ và độ ẩm cao, mưa nhiều. Theo dõi sự thay đổi theo mùa ảnh hưởng tới bệnh da ở Gambia (Keneba), tác giả Porter M.J. đã nhận thấy sự thay đổi của khí hậu ảnh hưởng nhiều tới tỷ lệ hiện mắc các bệnh nấm da [109].

Theo nhiều tác giả thì khí hậu nước ta nóng, ẩm là rất thuận lợi cho các bệnh ngoài da, nấm da phát triển. Kết quả nghiên cứu của tác giả cũng cho thấy tỷ bệnh nấm da ở các tháng hè (6, 7, 8) tăng cao hơn so với các tháng khác trong năm. Đỗ Hàm và cs theo dõi diễn biến bệnh da theo mùa tại một xã thuộc miền núi phía Bắc cũng phát hiện thấy: tỷ lệ mắc bệnh nấm da ở thời điểm giao mùa Xuân - Hè là rất cao (35,8%) và giảm dần so với ở mùa Thu (26,3%) [24]. Tại tỉnh Lâm Đồng, Nguyễn Đình Thắng và cs có nhận xét: ở vùng III (nhiệt độ trung bình và tổng nhiệt độ trong năm cao nhất) tỷ lệ mắc bệnh nấm da trong cộng đồng cao hơn (5,5%) so với vùng II và vùng I (3,94% và 3,12%) [43].

Vai trò của nấm da trong môi trường cũng rất quan trọng. Các loại nấm ưa đất bình thường sống hoại sinh trong đất, có thể lây nhiễm cho người và động vật qua tiếp xúc. Các loại bào tử nấm ưa người, ưa động vật có thể tồn tại trên lông, tóc, vẩy da rơi vãi ra đất, từ đó theo không khí, nước . . . và phát tán ra khắp nơi. Trong điều kiện thuận lợi, các bào tử nấm khi bám trên da người có thể phát triển thành nấm ký sinh gây bệnh. Một nghiên cứu ở Ấn Độ, trong 269 mẫu đất từ các nơi ở khác nhau người ta đã phân lập được 3 loại của nấm *Trichophyton mentagrophytes* và 16 loại của *Trichophyton gypseum* (thường gặp). Một số tác giả nghiên cứu nhiễm nấm da trong cát ở một số bãi tắm biển miền Trung ở nước ta cho biết: tỷ lệ số mẫu cát được phân lập có nấm da là khá cao (15,9%). Theo Lê Trần Anh (2001), ở môi trường không khí, đất và đồ vật xung quanh ở một số đơn vị bộ đội đều có thể phân lập được từ 1 đến 3 chủng nấm da (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Microsporum gypseum*) [1], [22].

Bệnh nấm da trong quá trình phát sinh, phát triển không chỉ phụ thuộc vào các yếu tố môi trường sinh thái tự nhiên mà còn phụ thuộc rất nhiều vào các yếu tố môi trường xã hội khác như tập quán, hành vi, lối sống, thói quen

vệ sinh cá nhân, điều kiện lao động, các hoạt động của con người gây ô nhiễm môi trường...)

Theo Hazen K.C., tỷ lệ mắc các bệnh nấm da gia tăng về tần xuất mắc bệnh, sự phân bố các chủng loại nấm khác nhau là do ô nhiễm môi trường trong công nghiệp, nông nghiệp [90]. Nghiên cứu của một số tác giả khác trên các đối tượng là sinh viên lớp bơi lội và người lao động ở cộng đồng đã phát hiện thấy: sau 12 ngày tham gia bơi lội, tỷ lệ mới mắc bệnh nấm da chân ở những sinh viên là rất cao (22,2%), trong đó tác nhân gây bệnh chủ yếu là do *T. mentagrophytes* (70.6%); nghiên cứu cũng thấy tỷ lệ mắc nấm móng ở những người bơi lội là cao gấp 3 lần so với tỷ lệ mắc chung trong cộng đồng. [64], [90].

Ở nước ta, theo ý kiến nhận xét của các tác giả Nguyễn Thị Đào và cộng sự thì khả năng lây nhiễm của nấm da liên quan tới việc vệ sinh cá nhân, thói quen dùng chung đồ dùng, vật dụng sinh hoạt cá nhân. Bệnh nấm kẽ và nấm bàn chân hay gặp ở người đi giày da hoặc ủng cao su kín và ẩm ướt ở công nhân, nông dân, vận động viên bơi lội.... Bệnh lang ben liên quan đến vệ sinh da kém... [19], [20].

Trong những năm gần đây, hướng nghiên cứu về ô nhiễm môi trường, nhất là môi trường nước sinh hoạt liên quan với bệnh nấm da cũng đã được một số tác giả quan tâm [46]. Theo Nguyễn Cảnh Cầu, nếu nước không đạt tiêu chuẩn vệ sinh, sau khi tắm xong bào tử nấm vẫn còn bám trên da khi gặp được điều kiện thuận lợi chúng có thể phát triển và gây bệnh [16]. Nhiều tác giả khác cũng nhận thấy tỷ lệ mắc bệnh nấm da ở nơi sử dụng nguồn nước không đạt tiêu chuẩn vệ sinh cao hơn so với nơi có nguồn nước đạt tiêu chuẩn vệ sinh [44]. Tác giả Đỗ Hàm và cs (2001) cũng giải thích tỷ lệ bệnh nấm da rất cao (69,3%) ở đồng bào dân tộc Sán Chỉ (xã miền núi - tỉnh Thái Nguyên) một phần do tập quán, do thiết kế xây dựng nhà ở đã làm cho vi khí hậu trong nhà rất bất lợi: nhiệt độ và độ ẩm cao, gió quẩn [24].



Theo nghiên cứu của một số tác giả và báo cáo của phòng Công nghiệp và Sức khỏe an toàn lao động California, Hoa Kỳ, ngoài các yếu tố độc hại về vật lý, hoá học, điều kiện lao động (ecgônômi), sinh lý, tâm lý xã hội . . . người lao động còn có thể phải tiếp xúc với khoảng 200 tác nhân sinh học, trong đó có nấm da [39], [78]. Theo Khúc Xuyên, các yếu tố môi trường lao động như độ ẩm cao, thông gió kém, bụi nhiều trong khai thác hầm lò là điều kiện thuận lợi để các bệnh nấm da phát triển và chiếm tỷ lệ cao (36.79%) ở công nhân khai thác mỏ than [56], [57]. Theo tác giả Cái Phúc Thắng và Khúc Xuyên nghiên cứu bệnh nấm da ở lao động trong ngành cao su miền Nam có nhận xét: do tính chất công việc đặc thù nên phần lớn công nhân (74,6%) phải tiếp xúc với nước, hoá chất, môi trường ẩm ướt thường xuyên, sử dụng bảo hộ chiếm tỷ lệ thấp (ủng: 40,5%, găng tay: 10,3%) là yếu tố thuận lợi làm người lao động mắc bệnh nấm da cao (34,6%) [41].

#### **1.4. Tình hình bệnh da trên Thế giới và ở Việt Nam**

##### ***1.4.1. Tình hình bệnh da trên Thế giới***

Các bệnh da luôn phổ biến ở cộng đồng ở nhiều nước trên thế giới [56], [68], [69]. Mỗi nghề nghiệp khác nhau cùng với các yếu tố liên quan tác động, các bệnh da cũng có cơ hội phát triển khác nhau [56], [60]. Có rất nhiều loại bệnh ngoài da được nghiên cứu tại cộng đồng, đặc biệt là ở nông dân, lao động nông nghiệp [73], [89], [91].

Nghiên cứu của Chito Clare Ekwealor và cộng sự về bệnh nấm da ở nông dân trồng lúa ở bang Anambra, Nigeria (2013) cho thấy trong tổng số 2.580 nông dân được sàng lọc các bệnh nhiễm trùng ở da, có tỉ lệ 7,79% được phát hiện có các tổn thương nhiễm nấm. Trong đó có 38,81% là nam giới, 61,19% là nữ giới. Nấm móng tay chiếm tỉ lệ 44,78%, nấm móng chân chiếm 22,39%, nấm da chiếm 13,43%, nấm bàn chân chiếm 9,95%, nấm da đầu 3,48%. Công việc của nông dân phải chuẩn bị đất, cày ruộng, sử dụng phân

bón, gieo hạt, cấy lúa và thu hoạch đều được thực hiện thủ công khiến họ dễ bị nhiễm nấm da. Những yếu tố khác có thể làm cho nông dân dễ bị nhiễm nấm bao gồm vệ sinh cá nhân, lao động, điều kiện vệ sinh môi trường kém, tuổi, khí hậu nóng ẩm... Công nhân nông trại tiếp xúc với nhiều tác nhân như bùn, các loại phân hữu cơ, bụi và đất nên dễ bị nhiễm nấm [72].

Tác giả Shehu nghiên cứu về nấm liên quan đến bệnh ngoài da của nông dân ở Sokoto Metropolis, Nigeria (2014) cho kết quả tỷ lệ nhiễm nấm ngoài da *Dermatophytes* là 66,3%. Các mầm bệnh nấm được phân lập thường xuyên nhất trên da của nông dân là *Trichophyton rubrum* (38,4%), tiếp theo là *Trichophyton mentagrophyte* (25%) và *Microsporum audouinii* (20,8%). *Microsporum gypseum* là loại nấm da ít gặp nhất với tỷ lệ là 15,5% [116].

Báo cáo của Aiggan Tamene, đơn vị Y tế Môi trường, các trường Y tế và Khoa học Sức khỏe (Ethiopia (2021), bệnh da nghề nghiệp là bệnh nghề nghiệp đứng thứ hai, chiếm gần 25% tổng số ngày nghỉ việc của công nhân trang trại. Viêm da tiếp xúc nghề nghiệp (OCD) chiếm 70% đến 90% các bệnh về da ở nơi làm việc. Tỷ lệ mắc bệnh viêm da tiếp xúc ở công nhân trang trại là 67,8%. Công nhân trang trại không có kiến thức và thực hành an toàn tiếp xúc nghề nghiệp kém [60], [74].

Theo Kelley J. Donham (2016) và các nghiên cứu của một số tác giả thì tác nhân chính gây bệnh ngoài da trong môi trường nông nghiệp là thực vật, côn trùng, thuốc trừ sâu, ánh sáng mặt trời, nhiệt độ và các tác nhân truyền nhiễm. Các bệnh về da liên quan đến trang trại và nông thôn được chia thành: viêm da tiếp xúc; viêm da truyền nhiễm; viêm da do động vật chân đốt; rối loạn da do ánh nắng mặt trời; và các rối loạn về da liên quan đến nhiệt độ nóng, lạnh và độ ẩm. Bệnh da liễu truyền nhiễm quan trọng, phổ biến nhất của công nhân nông nghiệp là bệnh nấm da lây từ động vật, môi trường sang người [84], [94], [99].

Nghiên cứu của Aditi Sharma và cs về viêm da tiếp xúc thuốc trừ sâu ở công nhân nông nghiệp Himachal Pradesh (Ấn Độ, 2018) cho thấy: công nhân nông nghiệp thường xuyên sử dụng thuốc trừ sâu có thể gây ra viêm da tiếp xúc dị ứng, phổ biến hơn dự tính nhưng chưa được báo cáo đầy đủ. Viêm da tiếp xúc với thuốc trừ sâu với tỷ lệ hiện mắc thay đổi từ thấp đến 57% (tỷ lệ viêm da tiếp xúc là 57% ở những người làm vườn chè và 26,7% ở những người trồng hoa quả). Việc sử dụng thuốc trừ sâu, thuốc diệt nấm, diệt cỏ, diệt chuột, diệt côn trùng trong đất đang ở mức cao trên thế giới, ngộ độc thuốc trừ sâu do phơi nhiễm nghề nghiệp thường là do tiếp xúc với da [59].

Nghiên cứu của Riti Bhatia và cs về Hồ sơ lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân viêm da tiếp xúc nghề nghiệp ở New Delhi, Ấn Độ (2015) và một số nghiên cứu khác cho kết quả: thường gặp nhất là viêm da tiếp xúc dị ứng nghề nghiệp (OACD) chiếm 57% do công việc đồng áng; tiếp theo là viêm da tiếp xúc kích ứng nghề nghiệp (OICD) (24%) do công việc ẩm ướt; bệnh chàm ở tay chiếm 81,2%. Nông dân là đối tượng bị ảnh hưởng thường xuyên nhất, chất gây dị ứng thường gặp nhất là *Parthenium hysterophorus* [83], [113].

Tác giả Janardhan Bommakanti đã báo cáo trong nghiên cứu về mô hình bệnh ngoài da ở nông dân tại Medchal mandal, quận Rangareddy, Telangana, Ấn Độ (2017), đánh giá tỉ lệ mắc bệnh ngoài da và so sánh với các nghiên cứu trước đó để rút ra kết luận và giải pháp vì lợi ích xã hội: kết quả 5930 người đã được nghiên cứu, có 19,76% mắc bệnh ngoài da, trong đó 45,48% là nam và 54,52% là nữ. Tỷ lệ mắc bệnh da không lây nhiễm (60,15%) cao hơn bệnh da lây nhiễm là 39,85%. Trong các bệnh da lây nhiễm do vi khuẩn, phổ biến là viêm da mũ, viêm nang lông, chốc lở, nhọt. Phần lớn đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp là nông dân, đa số thuộc nhóm tiểu học, tiếp theo là trung học cơ sở và trung học phổ thông trở lên [94].

Một phân tích thăm dò về bệnh da nghề nghiệp ở công nhân nông trại thời vụ ở Bắc Carolina, Mỹ của T.A.Arcury (2003) cho thấy tỉ lệ 24% công nhân nông trại có triệu chứng bệnh ngoài da vào đầu mùa vụ; 37% có triệu chứng bệnh ngoài da vào cuối vụ mùa. Các yếu tố nguy cơ đáng kể đối bệnh da là mặc lại quần áo đi làm, không tắm sau giờ làm việc và ở độ tuổi 35 trở lên [119].

Một đánh giá có hệ thống về nguy cơ phản vệ dị ứng trong lao động nông nghiệp của Giulio Arcangeli và cộng sự (Italy) qua phân tích 489 nghiên cứu của các tác giả (trên PubMed, Cochrane Library, Scopus) trên cơ sở dữ liệu chính cho thấy: triệu chứng dị ứng ở công nhân nông trại trong nông nghiệp rất phổ biến. Lao động nông nghiệp phải tiếp xúc với nhiều chất gây dị ứng khác nhau liên quan đến việc khởi phát phản ứng phản vệ. Những bệnh chính hay gặp là chàm, viêm da, mề đay, với nhiều triệu chứng (từ phản ứng cục bộ đến sốc phản vệ). Công việc chính liên quan đến các rối loạn dị ứng này là thu hoạch hoặc trồng trái cây và ngũ cốc, người nuôi ong và những người làm việc trong nhà kính [88].

Nghiên cứu của Achisna Rahmatika và cs về mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và viêm da tiếp xúc đối với nông dân ở Lampung, Indonesia (2020) cho thấy viêm da ở nông dân Lampung chiếm tỉ lệ là 35,82%. Trong đó, nông dân bị viêm da tiếp xúc chiếm 13,5%. Tương tự một kết quả nghiên cứu tại Indonesia cũng chỉ ra rằng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa viêm da tiếp xúc với sử dụng thiết bị bảo hộ cá nhân, thời gian tiếp xúc, vệ sinh cá nhân, tổng số loại thuốc trừ sâu và số loại phân bón, các yếu tố môi trường lao động [58], [93].

Tác giả Ann Agric và cs (2020) nghiên cứu về tỉ lệ mắc bệnh viêm da tiếp xúc nghề nghiệp và các yếu tố nguy cơ ở nhân viên của các trang trại trồng cây quy mô lớn ở Ethiopia và một số nghiên cứu của các tác giả khác

cho kết quả: bệnh da nghề nghiệp chiếm tỉ lệ thứ hai trong tổng số bệnh nghề nghiệp, chiếm 25% tổng số ngày nghỉ việc. Viêm da tiếp xúc nghề nghiệp (OCD) chiếm 70% đến 90% các bệnh về da ở nơi làm việc. Tỷ lệ mắc bệnh viêm da tiếp xúc nghề nghiệp trong 12 tháng qua ở công nhân của các trang trại Khat quy mô lớn là (AOR: 67,80%, 95% CI [61,00, 76,23]). Trong hội quy đa biến, lớn tuổi hơn (AOR: 5,51, 95% CI [1,79, 7,24]), làm nghề đóng gói (AOR: 5,74, 95% CI [2,12, 15,55]), không đeo thiết bị bảo hộ cá nhân (PPE) (AOR: 2,50, 95% CI [1,64, 3,81]) và có kiến thức kém về sử dụng, bảo quản và phương pháp xử lý thuốc trừ sâu (AOR: 2,50, 95% CI [1,64, 3,81]) có liên quan đến viêm da tiếp xúc nghề nghiệp [61], [74].

Nghiên cứu của Shahnawaz Bashir và cs về mô hình bệnh về da và bệnh da liễu nghề nghiệp người làm ruộng ở Thung lũng Kashmir, Bắc Ấn Độ (2021) cho kết quả: trong 600 công nhân trồng lúa được khám, phát hiện 38,3% được có tổn thương da. Trong đó tổn thương da lây nhiễm chiếm 40,4%, tổn thương không lây nhiễm chiếm 59,6%. Các rối loạn không nhiễm trùng chính bao gồm nấm, tiếp theo là chàm tay và chân, tăng sừng ở lòng bàn tay, lòng bàn chân; ở nhóm nhiễm trùng, phần lớn do nhiễm vi khuẩn, sau đó là nấm, virus và ký sinh trùng [114]. Nhiễm nấm chiếm tỷ lệ 12,6% trong tổng số bệnh ngoài da ở những người làm ruộng lúa, có thể do nhiệt độ mùa hè cao, độ ẩm cao, ngâm chân dưới nước kéo dài, tất cả đều tạo điều kiện thuận lợi cho mầm bệnh nấm phát triển. Bệnh sạm da cũng chiếm tỷ lệ tương đối (19,1%): do tiếp xúc với bức xạ mặt trời cường độ cao và trong thời gian dài. Bệnh chàm bàn tay, bàn chân chiếm 9,1% tổng số biểu hiện ở da, do làm ruộng tiếp xúc với trâu và ngũ cốc khô, phân bón, nước thải, hóa chất khác như chất gây dị ứng và kích ứng da tiềm ẩn. Như đã được chứng minh trong các tài liệu y khoa, người làm ruộng lúa phải tiếp xúc với nhiều tác nhân như các chất kích thích như bùn, phân bón, thuốc trừ sâu và bụi...chân tay thường

xuyên ngấm trong nước. Tất cả những yếu tố này có thể khiến người lao động mắc các bệnh da, bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn và nấm khác nhau [50], [53], [95], [114].

Genevieve Patrick và cs (2022) báo cáo về tỷ lệ triệu chứng da liễu trong số nông dân sống ở Gracias a Dios, Honduras: khoảng 37% số nông dân được điều tra có tổn thương ngoài da. Các triệu chứng gặp nhiều nhất là ngứa (21%), thay đổi màu sắc da (14%), da mẩn đỏ/kích ứng (14%) và đau (9%). Các tổn thương thường gặp gồm phát ban, mụn nước, da khô, bong tróc và rụng tóc, tỷ lệ tổn thương da thân mình cao hơn ở tứ chi. Các vị trí da trên cơ thể bị ảnh hưởng bao gồm: da đầu, tai, mặt và cổ là 9,3%, da vai, ngực, bụng và lưng là 16,3%; da vùng cơ tam đầu, bắp tay, khuỷu tay, cổ tay, lòng bàn tay và ngón tay là 23,3%; da vùng chân (đùi, đầu gối, chân, bàn chân là 25,6%; da tứ chi (37,2%: cánh tay hoặc chân) [89].

Kết quả nghiên cứu của Yarmaliza Yarmaliza và cs về Dịch tễ học bệnh viêm da ở nông dân ở Aceh, Indonesia (2020) cho thấy tỉ lệ nông dân bị viêm da rất cao 66%; phần lớn nông dân có điều kiện vệ sinh cá nhân kém (61%). Tại khu vực nghiên cứu này, năm 2014 có 364 trường hợp viêm da, tăng lên 1.854 trường hợp vào năm 2015 và 2.794 trường hợp vào năm 2016 ; cũng trong báo cáo này cho thấy hầu hết các bệnh da liễu nghề nghiệp ở Anh là viêm da tiếp xúc (95%), một số bệnh ngoài da khác như nấm da, mụn trứng cá, nổi mề đay tiếp xúc.... [120].

C. I. Wootton và cs tiến hành đánh giá bệnh ngoài da và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe ở cộng đồng nông thôn Lào (2018) cho kết quả: tỉ lệ mắc bệnh ngoài da được phát hiện (53%). Những bệnh ngoài da phổ biến là chàm (22%), nấm da (19%), mụn trứng cá (10%), ghẻ (9%), nấm da (8%) và bệnh vẩy phấn nhiều màu (4%). Kết quả nghiên cứu cũng xác nhận rằng bệnh ngoài da trong cộng đồng ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống lao động nông nghiệp nông thôn [75].

Trên thực tế, dự án Nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu (GBD) năm 2013 cho thấy bệnh ngoài da là nguyên nhân thứ 4 (không gây tử vong) gây ra tình trạng khuyết tật trên toàn thế giới. Ở nhóm dân số có điều kiện kinh tế xã hội thấp, khả năng tiếp cận chăm sóc sức khỏe kém; nền kinh tế, lao động nông nghiệp bị hạn chế thì tác động của các bệnh ngoài da sẽ trầm trọng hơn [70].

Tác giả C. I. Wootton cũng báo cáo ngoài Đông Nam Á, các nghiên cứu về tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở khu vực nông thôn ở các nước khác cho thấy tần suất mắc bệnh ngoài da cao, dao động từ 26 đến 34%; ở Tanzania, 45% ở Ấn Độ, 62% ở Nepal, 67% ở Ethiopia, đến 86% ở Ai Cập. Trong các nghiên cứu này, bệnh ngoài da chủ yếu là nấm da, bệnh ngoài da ký sinh trùng (ghẻ và móng chân) gây ra gánh nặng bệnh tật lớn nhất. Bệnh chàm, vẩy phấn trắng, mụn trứng cá và rối loạn sắc tố cũng là những bệnh da chiếm tương đối trong các nghiên cứu này [75].

Nghiên cứu của Ayanlowo O. và cs (2022) về bệnh viêm da nghề nghiệp ở bàn tay của những người chế biến sản trong cộng đồng ở nông thôn Tây Nam Nigeria cho thấy: bệnh nấm móng đã được ghi nhận là bệnh da liễu nghề nghiệp và nhiễm nấm móng tay là phổ biến nhất ở nông dân. Biểu hiện lâm sàng bệnh nấm móng chiếm 68,4%. Bệnh nấm móng dưới móng ở phần xa (68-57,1%) là phổ biến nhất, nấm móng loạn dưỡng toàn phần (49-41,2%), nấm móng do *Candida* (34-28,6%), nấm móng dưới móng đoạn gần (14-11,8%), nấm móng trắng bề mặt. (9-7,6%). Giống nấm *Aspergillus* và *Penicillium spp* được phát hiện chiếm (78,8%); *Dermatophytes* chiếm 18,8%, nấm men 4,2% [62].

Các tác giả Dewi Wulandari và cs (2023) nghiên cứu phân tích mối liên quan giữa vệ sinh cá nhân với tỷ lệ mắc bệnh viêm da ở nông dân Indonesia cho kết quả: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc sử dụng bảo hộ lao động, thời gian tiếp xúc của nông dân, vệ sinh cá nhân, các loại thuốc trừ

sâu, các loại phân bón với tỷ lệ mắc bệnh viêm da tiếp xúc ở nông dân ở tỉnh Lampung, Indonesia: có 56,1% nông dân không sử dụng bảo hộ lao động hoàn toàn, chỉ sử dụng đồ bảo hộ đầu (mũ), không mặc quần áo bảo hộ phù hợp, không đeo găng tay cao su dày, không mang ủng cao su khi làm việc trên đồng ruộng [77].

#### **1.4.2. Tình hình bệnh ngoài da ở Việt Nam**

Việt Nam là nước nhiệt đới, có khí hậu nóng và độ ẩm cao rất thuận lợi cho các bệnh ngoài da phát triển, có tỷ lệ lưu hành cao. Theo báo cáo của Nguyễn Thái Dũng về nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới, khoảng 20 - 25% dân số thế giới mắc nấm da, bệnh nấm da là một trong những bệnh phổ biến; tại Việt Nam, nấm da chiếm tỷ lệ dao động khoảng 27- 37,3% [22]. Ở bệnh viện, bệnh nấm da thường chiếm tỷ lệ quan trọng trong số các bệnh ngoài da. Theo một số nghiên cứu, tỷ lệ người đến khám và điều trị bệnh nấm da khá cao (9,7% trong tổng số bệnh da), đứng thứ hai sau bệnh chàm. Các bệnh nấm gặp chủ yếu là nấm bẹn (55,74), lang ben (19,02%), bệnh do *Trichophyton* ở da (8,62%), vẩy rồng (8,18%), *Candidose* (4,24%), nấm tóc (3%). Theo nhiều tác giả khác số bệnh nhân nấm da chiếm tỷ lệ từ 10% - 23% trong tổng số bệnh nhân ngoài da được khám và điều trị nội trú [1], [36].

Nghiên cứu của Lê Trần Anh (2001), cho biết tỷ lệ mắc bệnh nấm da ở một số đơn vị quân đội là 10%, chủ yếu là nấm da do nấm sợi (57,67%) và lang ben (10,9 %). Tại các đơn vị khác cũng được tác giả thông báo về tỷ lệ mắc bệnh nấm da là 8,24%, chiếm 58,24% trong số các bệnh da; Trong 111 mẫu nấm da phân lập có nấm dương tính gồm: *T. rubrum* (64,9%), *T. mentagrophytes* (14,4%), *E. floccosurn* (12,6%), *M. gypseum* (4,5%) [1].

Các kết quả nghiên cứu về sức khỏe của người dân ở nhiều địa phương thuộc khu vực miền núi phía Bắc của nhiều tác giả cũng cho thấy tỷ lệ lưu hành các bệnh ngoài da còn tương đối cao, từ 12 đến 17% [23].



Nghiên cứu của Đỗ Hàm (2001) và cs cho kết quả tỷ lệ bệnh nấm da rất cao (69,3%) ở đồng bào dân tộc Sán Chỉ (một xã miền núi của tỉnh Thái Nguyên), nguyên nhân có thể là do vi khí hậu nhà của các hộ dân rất bất lợi (nhiệt độ và độ ẩm cao, gió quẩn) [24].

Nghiên cứu năm 2001 của Nguyễn Quý Thái và cs thì tỷ lệ nhiễm nấm da ở công nhân khai thác ở 4 mỏ than (trong điều kiện môi trường nóng, ẩm ướt, điều kiện vệ sinh kém...) tại Thái Nguyên rất cao, tới 22,4%. Trong đó có bệnh nấm lang ben gặp phổ biến nhất 63,4% [39].

Tại khu vực phía Nam (Thành phố Hồ Chí Minh), nghiên cứu của Trần Xuân Mai và cs đã cấy 490 bệnh phẩm, kết quả phân lập được cho thấy có các chủng vi nấm sau: *T. rubrum* 187 (80,62%), *T. mentagrophytes* 11 (4,72%), *T. tonsurans* 8 (4,63%), *E. floccosum* 4 (1,72), *T. violaceum* (0,86%), *T. verrucosum* (0,43%) [34].

Nghiên cứu của Cái Phúc Thắng và Khúc Xuyên cho biết tỷ lệ mắc bệnh nấm da ở công nhân trong các nông trường và nhà máy chế biến mủ cao su (miền Nam) ở cả hai mùa mưa và khô đều rất cao (19% đến 44%); chung cho toàn ngành là 34,6%, chiếm 50% đến 80% trong tổng số các bệnh da, trong đó các bệnh thường gặp là: nấm da thân mình, nấm móng và nấm kẽ [41].

Trong một nghiên cứu cộng đồng khu vực miền núi các tỉnh phía Bắc của Nguyễn Quý Thái và cs thấy tỷ lệ nhiễm các loại nấm da là 66,05% trong tổng số các bệnh ngoài da. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước cũng cho kết quả tỷ lệ nhiễm nấm da trong cộng đồng chiếm 42,85% [22], [40].

Theo kết quả nghiên cứu của Đỗ Thùy Trang và cs về nông dân trồng lúa tại Nam Định, trong số 1103 cá nhân ở độ tuổi >15, có 381 người có vấn đề về da là viêm da, chàm, và nhiễm nấm bề mặt. Trong số 874 đối tượng không mắc bệnh da lúc ban đầu, có 183 người mắc bệnh da mới (tỷ lệ mắc mới là 21%). Có 30% người dân tại địa bàn nghiên cứu đã từng bị chàm so

với 10% ở Mỹ Trung (Nam Định). Ở Mỹ Tân, 110 trong số 163 người từng bị chàm cho biết việc tiếp xúc với các vật liệu trong lao động khiến bệnh da của họ nặng hơn [81].

Nghiên cứu của Võ Thị Thanh Hiền và cs về thực trạng bệnh nấm da của bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện da liễu Thái Bình (2022) cho thấy tỷ lệ mắc bệnh nấm da cao (56,5%); nam giới mắc nhiều hơn nữ giới (63,2% so với 36,8%); hai nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao là 20 - 39 tuổi và 40 - 59 tuổi (42% và 27%); công nhân và nông dân có tỷ lệ nhiễm lần lượt 24,6% và 21,3%. Đa số bệnh nhân có biểu hiện ngứa thường xuyên (69%); vị trí tổn thương thường gặp là lưng, mông, bẹn [30].

Nghiên cứu của Nguyễn Thái Dũng và cs về một số đặc điểm và kết quả điều trị nấm da ở bệnh nhân đến khám và điều trị da liễu tại Nghệ An 2015-2016 cho thấy tỷ lệ nhiễm nấm da là 42,4%, trong đó nông dân chiếm 28,6% cao nhất trong đối tượng nghiên cứu [22].

Huỳnh Quốc Tuấn và cs nghiên cứu về tình hình nhiễm nấm da - niêm mạc ở người tại Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa từ năm (2015-2018) cho kết quả tỉ lệ nhiễm nấm da - niêm mạc của người dân đến khám trong thời gian nghiên cứu là 7,24%, trong đó nông dân mắc tỉ lệ cao nhất chiếm 47,56% các nghề nghiệp khác [53].

Nghiên cứu của Nguyễn Quý Thái và cs (2012) về thực trạng bệnh nấm da tại một số địa phương thuộc khu vực miền núi phía Bắc như Sơn La, Hòa Bình, Bắc Kạn, Thái Nguyên cho thấy tỉ lệ bệnh nấm da cao trong cộng đồng, dao động 10-36%. Những bệnh nấm da thường gặp là nấm da thân mình, hắc lào, lang ben, nấm móng, nấm kẽ [40].

Nghiên cứu của Tôn Nữ Phương Anh và cs (2012) về tình hình bệnh nấm da của các bệnh nhân đến xét nghiệm tại khoa Kí sinh trùng, bệnh viện Đại học Y Dược Huế cho kết quả tỷ lệ nhiễm nấm trung bình trên các bệnh

nhân được xét nghiệm là 51,8%, trong đó nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất 62,5%. Trong đó tỉ lệ nấm thân 33,02%, nấm bẹn 29,30%, nấm da bàn chân 6,05%, viêm quanh móng - móng 5,58%, chốc đầu 3,72%, nấm móng 3,72%, da bàn tay - viêm kẽ tay 3,72%, thể bệnh phối hợp 14,88% [2].

Nghiên cứu của Châu Văn Trở và cs (2019) về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh nhân nấm da do vi nấm sợi tại bệnh viện Da liễu tỉnh Bình Thuận cho kết quả bệnh nhân sống ở nông thôn bị nấm da chiếm tỉ lệ 63,3%; bệnh nhân nữ chiếm 55,6%, tuổi trung bình  $36 \pm 2,5$  tuổi, nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 21 - 40 (54,6%), tiền sử gia đình bị nấm da chiếm 53,1%. Triệu chứng ngứa chiếm (65,8%), đau rát da (52,6%) [48].

Như vậy, qua phân tích tổng hợp các nghiên cứu về bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp và cộng đồng nói chung trên Thế giới và ở Việt Nam cho thấy nổi bật lên tỉ lệ bệnh ngoài da vẫn tương đối cao, phổ biến trong cộng đồng dao động từ trên 10% đến trên 40-50%. Cơ cấu các bệnh ngoài da thường gặp ở người lao động nông nghiệp là nấm da, nấm kẽ, sẩn ngứa, mày đay, viêm da tiếp xúc dị ứng, viêm da tiếp xúc kích ứng, sạm da.... Những bệnh ngoài da trên thực tế đã gây hậu quả suy giảm sức khỏe, thể chất tinh thần, ảnh hưởng đến hiệu suất lao động của người lao động nông nghiệp và cộng đồng. Chính vì vậy việc xây dựng các giải pháp can thiệp phù hợp nhằm dự phòng và điều trị bệnh, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của người lao động nông nghiệp và cộng đồng nói chung là hết sức cần thiết.

## **1.5. Các phương pháp phòng chống bệnh ngoài da trong cộng đồng**

### ***1.5.1. Cơ sở xây dựng các phương pháp phòng chống bệnh ngoài da***

Theo nhiều tác giả ở Việt Nam cũng như trên Thế giới, để phòng chống các bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp cần có giải pháp tổng hợp về y tế, kinh tế-xã hội, lồng ghép với các chương trình giáo dục sức khỏe khác và sự ủng hộ, đồng hành của cả cộng đồng xã hội. Về cơ bản, cần tập trung thực

hiện các nhóm biện pháp chính là: tăng cường miễn dịch cơ thể, vệ sinh cá nhân, vệ sinh lao động nhằm ngăn cản tác nhân gây bệnh xâm nhập, khống chế các đường lây, điều trị triệt để cho người bệnh [3], [7], [13], [14].

#### 1.5.1.1. Tăng cường vệ sinh

Dựa vào đặc điểm sinh học, vi sinh vật cần những điều kiện thích hợp về nhiệt độ, độ ẩm và nguồn dinh dưỡng để phát triển.

Các bệnh nấm da hay gặp, các chủng nấm da như nấm *Trichophyton* (*T. rubrum*, *T. mentagrophytes*) thường xâm nhập rất nhanh sau một tổn thương trên da, hoặc tình trạng da bị bít tắc, ra nhiều mồ hôi... Các bệnh nấm da lây truyền theo hướng trực tiếp và gián tiếp, trong đó hướng trực tiếp là chủ yếu. Vì vậy thực hiện vệ sinh cá nhân, vệ sinh lao động tốt sẽ có khả năng ngăn cản một cách có hiệu quả sự xâm nhập của nấm vào cơ thể qua bề mặt da.

Thực hiện vệ sinh cũng còn có tác dụng ngăn cản nấm chuyển từ trạng thái hoại sinh sang ký sinh và gây bệnh [39], [42], [67]. Một số nấm men, nấm mốc bình thường chỉ là những sinh vật sống hội sinh trên da người, nhưng khi đề kháng cơ thể suy giảm hoặc có sự phối hợp của các bệnh khác, các loại nấm đó dễ dàng chuyển thành dạng gây bệnh. Thực hiện tốt các biện pháp vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường sống, lao động sẽ làm hạn chế mật độ vi sinh vật gây bệnh ở trên da, ở ngoại cảnh, từ đó hạn chế việc xâm nhập và ký sinh vào cơ thể [96], [108].

#### 1.5.1.2. Khống chế các đường lây lan của bệnh

Việc hạn chế tiếp xúc những người bị bệnh ngoài da lây nhiễm như bệnh nấm da cũng như việc điều trị có hiệu quả ở người bệnh, đặc biệt là xử lý các chất thải, đồ dùng, vật dụng cá nhân liên quan tới nấm sẽ có tác dụng ngăn ngừa nấm lây lan từ người bệnh sang người lành trong cộng đồng và môi trường xung quanh. Lao động nông nghiệp do tính chất công việc phải tiếp xúc với nhiều tác nhân sinh học lây nhiễm cần phải được trang bị đầy đủ

bảo hộ lao động, cung cấp đầy đủ các phương tiện phúc lợi lao động khác (nước tắm giặt, xà phòng, chất tẩy rửa...) [39], [49].

### *1.5.1.3. Chủ động phòng bệnh bằng cách điều trị triệt để ở người mắc bệnh*

Những người bị bệnh ngoài da cũng chính là những vật chủ dự trữ mầm bệnh (reservator) rất quan trọng. Việc phát hiện sớm những người mắc bệnh, điều trị kịp thời và đúng phương pháp là biện pháp chủ động ngăn ngừa sự phát triển của các bệnh da nói chung, bệnh nấm da nói riêng nhằm hạn chế biến chứng cho người bệnh, là phòng bệnh cấp 1 (không để bệnh xuất hiện) cho những người khỏe tại cộng đồng. Đây cũng là quan điểm của các chuyên gia trong ngành y tế cũng như các nhà chức trách ở nước ta [11], [12], [40] và nhiều nước trên thế giới [103], [108].

### ***1.5.2. Một số nghiên cứu giải pháp can thiệp phòng chống bệnh da ở lao động nông nghiệp, công nhân nông nghiệp***

Kathleen R. Ragan và cs nghiên cứu về “Hành vi phòng chống ung thư da ở công nhân nông nghiệp và xây dựng ở Hoa Kỳ năm 2015”, cho kết quả: tỷ lệ sử dụng kem chống nắng và tìm kiếm bóng râm tránh nắng thấp và không khác biệt đáng kể giữa các nhóm, dao động từ 15,1 - 21,4% đối với việc sử dụng kem chống nắng và 24,5 - 29,1% cho việc tránh nắng trong bóng râm. Tỷ lệ mặc quần áo bảo hộ ở lao động nông nghiệp tương đối cao (70,9%) [98].

Nghiên cứu của Caitlin Horsham và cs (2014) về “Các biện pháp can thiệp để giảm nguy cơ ung thư da ở người lao động ngoài trời”. Tổng hợp các biện pháp can thiệp đã được công bố từ 2007-2012 về hành vi chống nắng, sạm da, ung thư da nghề nghiệp... Những nghiên cứu lớn, với thời gian theo dõi dài đã chứng minh tính hiệu quả của các biện pháp can thiệp giáo dục sức khỏe đa dạng, sử dụng nhiều thiết bị bảo hộ cá nhân, kem chống nắng, quần áo, găng tay, mũ, kính....và một số biện pháp can thiệp chính sách, các thành phần can thiệp nghiên cứu [69].

Nghiên cứu của tác giả Summaiya Lari và cs (năm 2023) về “Ảnh hưởng của việc sử dụng thiết bị bảo hộ cá nhân đến việc giảm thiểu tác động của việc tiếp xúc với thuốc trừ sâu đối với công nhân nông trại ở Ấn Độ” cho thấy tầm quan trọng của thiết bị bảo hộ lao động để giảm thiểu các tác động xấu đến sức khỏe trong quá trình sử dụng thuốc trừ sâu ở lao động nông nghiệp [118].

Tác giả Manoch Naksata và cs nghiên cứu về “Phát triển quần áo bảo hộ cá nhân để giảm tiếp xúc với thuốc trừ sâu ở người phun thuốc trừ sâu” năm 2020 ở Chiang Mai, Thái Lan cho thấy quần áo bảo hộ lao động được phủ nhựa thông bảo vệ cung cấp mức độ bảo vệ thỏa đáng chống lại thuốc trừ sâu và có thể được coi là quần áo bảo hộ lao động thích hợp cho người phun thuốc trừ sâu. Việc lựa chọn loại vải phù hợp để phủ nhựa thông bảo vệ cũng cần được xem xét nghiên cứu [105].

Nghiên cứu của Madalina Adina Coman và cs ở Phần Lan (năm 2020) đã nghiên cứu đánh giá có hệ thống “Các can thiệp giáo dục để cải thiện kiến thức về an toàn và sức khỏe cho người lao động nông nghiệp” cho kết quả: Nghiên cứu đã sử dụng các biện pháp can thiệp giáo dục cho nông dân nhằm mục đích ngăn ngừa bệnh tật do lao động gây ra, tăng cường sức khỏe và phúc lợi cho nông dân, thực hành sản xuất tốt. Các phương pháp giáo dục đa dạng như bài giảng, video, bản tin, trò chơi và hội chợ cộng đồng đã thu hút cộng đồng cùng thiết kế biện pháp can thiệp, đào tạo nông dân cùng thực hiện can thiệp cộng đồng. Các biện pháp can thiệp đã thu hút sự tham gia của cộng đồng nông dân vào việc phát triển biện pháp can thiệp đã mang lại kết quả tốt nhất về mặt thay đổi hành vi. Các chiến lược can thiệp giáo dục đã mang lại kết quả tốt, có khả năng cung cấp dữ liệu, thông tin trong việc thiết kế và thực hiện các can thiệp, chương trình y tế công cộng nhằm cải thiện sức khỏe của nông dân và cộng đồng lao động nông nghiệp [103].

Nghiên cứu của Kristina Campbell và cs (năm 2017) ở Florida, Mỹ về “Mối liên quan giữa phát ban trên da và môi trường làm việc, thiết bị bảo hộ cá nhân và thực hành vệ sinh ở nữ công nhân nông trại” đã đưa ra khuyến cáo: Để bảo vệ công nhân nông trại khi tiếp xúc với thuốc trừ sâu và thực vật, đặc biệt khuyến khích sử dụng trang bị bảo hộ cá nhân như quần áo, găng tay, ủng... Cơ quan Bảo vệ Môi trường Hoa Kỳ (USEPA) khuyến nghị sử dụng đồ bảo hộ cho công nhân xử lý trộn và phun thuốc trừ sâu, đảm bảo chất lượng vải của đồ bảo hộ, cách sử dụng đồ bảo hộ để hạn chế phơi nhiễm. Tuy nhiên, thực trạng việc sử dụng đồ bảo hộ trong các loại hình nông nghiệp vẫn còn thấp (Theo MacFarlane và cs, 2013) [100].

Radoslaw Spiewak và cs nghiên cứu về “Nông dân và công nhân nông trại” ở Balan năm 2012 cho thấy: biện pháp phòng ngừa ban đầu các bệnh về da trong nông nghiệp bằng cách tránh tiếp xúc với các tác nhân gây bệnh: loại bỏ các tác nhân nguy hiểm như hóa chất trừ sâu, chất gây dị ứng... khỏi quy trình sản xuất...; áp dụng biện pháp hiệu quả để ngăn chặn các tác nhân nguy hiểm tiếp xúc với da như sử dụng trang bị bảo hộ, máy tự động hóa...; áp dụng những thay đổi công nghệ nhằm ngăn chặn sự lây lan của các tác nhân nguy hiểm [111].

Trong đào tạo lao động nông nghiệp cần dự phòng sớm về phơi nhiễm bệnh da nghề nghiệp. Phòng bệnh cấp 1 bằng giáo dục nâng cao kiến thức trong dạy nghề, tư vấn và truyền thông tại khu vực nông thôn, dịch vụ y tế nghề nghiệp; kiểm tra sức khỏe định kỳ để phòng ngừa thứ phát bệnh da nghề nghiệp ở nông dân. Giải pháp phòng ngừa thứ cấp nhằm phát hiện các bệnh da nghề nghiệp ở giai đoạn đầu. Dự phòng cấp ba là cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế phù hợp cho người bệnh nhằm hạn chế tình trạng khuyết tật, giảm chi phí điều trị. Tăng cường dự phòng thứ cấp như kiểm tra, giám sát sức khỏe định kì, an toàn lao động, đào tạo truyền thông cho nông dân; bác sĩ đa khoa,

chuyên gia y học nghề nghiệp tăng cường giáo dục, cố vấn cho nông dân về nguy cơ mắc bệnh da nghề nghiệp trong nông nghiệp [111].

Nghiên cứu của Christel Smit-Kroner và cs ở Australia (2015) về “Các chiến dịch bảo vệ da và sức khỏe cộng đồng nông dân có tiếp xúc với ánh nắng mặt trời” cho thấy: phòng ngừa và sớm phát hiện ung thư da là một cách hiệu quả để giảm gánh nặng bệnh tật và các chi phí liên quan. Kiểm tra việc thực hành bảo vệ da ở nông dân được thực hiện. Kết quả nghiên cứu thấy rằng quần áo bảo hộ lao động là giải pháp khả thi nhất để cải thiện khả năng bảo vệ da của nông dân. Chương trình y tế công cộng cần phải phát hiện sớm bệnh da, đưa ra khuyến nghị trong tương lai [73].

Nghiên cứu của Gholamhossein Abdollahzadeh và cs ở Iran (2020) về “Tác dụng việc dự đoán ý định sử dụng bảo hộ lao động của nông dân để ngăn ngừa tác dụng phụ của thuốc trừ sâu: kiểm tra mô hình niềm tin sức khỏe (HBM)” cho thấy: thiết bị bảo hộ cá nhân (PPE) làm giảm tác hại của thuốc trừ sâu đến sức khỏe. Phần lớn nông dân (56,33%) cho rằng họ sẽ sử dụng bảo hộ lao động trong việc xử lý thuốc trừ sâu. Kết quả cho thấy các yếu tố ảnh hưởng tích cực đến ý định sử dụng loạt PPE của nông dân là: nhận thấy mức độ nghiêm trọng về tác dụng phụ của thuốc trừ sâu, hành động và lợi ích của bảo hộ lao động. Kết quả nghiên cứu đã gợi ý các chương trình đào tạo nâng cao kiến thức về sử dụng thuốc trừ sâu và nhận thức được những lợi ích của PPE sẽ có tác động tốt trong việc tăng tỷ lệ hành vi phòng ngừa của nông dân [87].

Hướng dẫn của phòng An toàn vệ sinh lao động và phòng công nghiệp Hoa Kỳ về “An toàn và sức khỏe trong các hoạt động lao động nông nghiệp” cho thấy: một số yếu tố ảnh hưởng đến da của công nhân nông trại: bức xạ mặt trời cường độ cao gây cháy nắng, ung thư da và phát ban do nhiệt; Một số loại sinh vật có thể gây mẩn ngứa, sưng tấy, dị ứng, đau, viêm da tiếp xúc,



niêm trùng thứ phát; tiếp xúc với hóa chất diệt cỏ, thuốc trừ sâu, phân bón... cũng có thể gây viêm da.

Người lao động nông nghiệp có thể chủ động tự bảo vệ: nghỉ ngơi trong bóng mát, bôi kem chống cháy nắng và ung thư da, kính râm chống tia UV. Sử dụng trang bị bảo hộ lao động (quần áo, mũ, găng tay); sau khi làm việc thay, giặt trang bị bảo hộ lao động để tránh hấp thụ hóa chất vào da; tuân thủ chương trình đào tạo về an toàn sức khỏe lao động, việc sử dụng thiết bị bảo hộ cá nhân, chăm sóc y tế khi gặp tình trạng nghiêm trọng, chủ động thực hiện phương pháp tự bảo vệ mình, kiểm soát và điều trị các bệnh ngoài da. [78].

Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Khanh về “Đánh giá ảnh hưởng của sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật đến sức khỏe người chuyên canh chè tại Thái Nguyên và hiệu quả của các biện pháp can thiệp”, tác giả đã đề xuất mô hình can thiệp “Nông - tiểu - cán” là một phát hiện mới mang tính đột phá về cách tiếp cận trong chăm sóc sức khỏe người dân chuyên canh chè, có sự phân tích chọn điểm nhân để can thiệp có trọng điểm, đã mang lại hiệu quả cao và được cộng đồng hưởng ứng, có khả năng nhân rộng [33].

Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Quỳnh (năm 2021) về “Thực trạng điều kiện lao động, sức khỏe, một số yếu tố liên quan và hiệu quả giải pháp can thiệp ở người chuyên canh vải huyện Lục Ngạn, tỉnh Bắc Giang” đã áp dụng các giải pháp can thiệp chủ yếu là truyền thông giáo dục sức khỏe, hướng dẫn sử dụng các phương tiện bảo vệ cá nhân, đảm bảo an toàn lao động kết hợp với khám phát hiện sớm, chữa bệnh kịp thời cho thấy: hiệu quả can thiệp về kiến thức đạt 47,6%, về thái độ tốt đạt 41,4%, về thực hành đạt 47,4%; hiệu quả can thiệp cải thiện tỷ lệ sử dụng khẩu trang đạt chuẩn; đeo găng tay tăng; cải thiện tỷ lệ sử dụng kính đúng tiêu chuẩn; tăng tỷ lệ sử dụng mũ, quần áo, bảo hộ đạt chuẩn khi làm việc tại trang trại lần lượt đạt 52,8%; 29,4%; 16,6% và 48,2%; hiệu quả can thiệp làm giảm tỷ lệ mắc bệnh viêm da đạt 48,9% [38].

Nghiên cứu của Dương Hồng Thắng về “”Điều kiện lao động, một số bệnh liên quan nghề nghiệp ở người chăn nuôi gà tại Huyện Yên Thế tỉnh Bắc Giang và hiệu quả của giải pháp can thiệp” năm 2021 đã áp dụng các giải pháp như lồng ghép các nội dung truyền thông giáo dục sức khỏe; cải thiện điều kiện môi trường lao động và tập huấn, tư vấn cho các bộ y tế về kỹ năng khám phát hiện bệnh sớm, điều trị bệnh. Kết quả cho thấy: hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức và thực hành chung của người chăn nuôi gà trong phòng chống ô nhiễm môi trường và phòng bệnh lần lượt là 25,5%, 86,45%; chỉ số hiệu quả can thiệp ở các nhóm bệnh dao động từ 21,1% đến 57,1%; hiệu quả can thiệp về tỷ lệ các bệnh lý về da cũng được cải thiện, đặc biệt ở nhóm bệnh sẩn ngứa - dị ứng có chỉ số hiệu quả lên tới 266,7%, tiếp đến là các bệnh nấm da (94,%) [42].

Chúng tôi thấy rằng, nhiều tác giả trên Thế giới và ở Việt Nam cũng đã nghiên cứu đề xuất, áp dụng triển khai một số giải pháp can thiệp nhằm phòng chống bệnh ngoài da, điều trị, chăm sóc nâng cao sức khỏe ở người lao động nông nghiệp đạt hiệu quả nhất định. Các nhóm giải pháp tập trung chủ yếu vào giáo dục sức khỏe nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành trong vệ sinh an toàn lao động, dự phòng bệnh da ở lao động nông nghiệp; dự phòng thứ phát, kiểm tra sức khỏe định kỳ phát hiện bệnh da liễu nghề nghiệp sớm ở giai đoạn đầu để nâng cao hiệu quả điều trị; cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế phù hợp hạn chế hậu quả xấu đến sức khỏe, thể chất, tinh thần, giảm chi phí điều trị; tăng cường giám sát, kiểm tra sức khỏe định kỳ, an toàn vệ sinh lao động; đào tạo nâng cao chuyên môn nghiệp vụ cho đội ngũ cán bộ y tế, truyền thông GDSK cho nông dân, cho cộng đồng ...

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại hai huyện Phú Lương và Đại Từ tỉnh Thái Nguyên.

**\* Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Là người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày sinh sống tại địa bàn các xã của các huyện được chọn vào nghiên cứu ít nhất 5 năm.

- Đối tượng được chọn là lao động chính, có thời gian chuyên canh lúa chè, hoa màu...với thời gian ít nhất 02 năm (Hầu hết các bệnh nghề nghiệp mạn tính trên da phải có thời gian phơi nhiễm ít nhất là 02 năm, theo thông tư Số 28, ngày 30 tháng 6 năm 2016) [13].

- Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu, không di chuyển chỗ ở, không chuyển làm các công việc khác trong thời gian nghiên cứu.

**\* Tiêu chuẩn loại trừ**

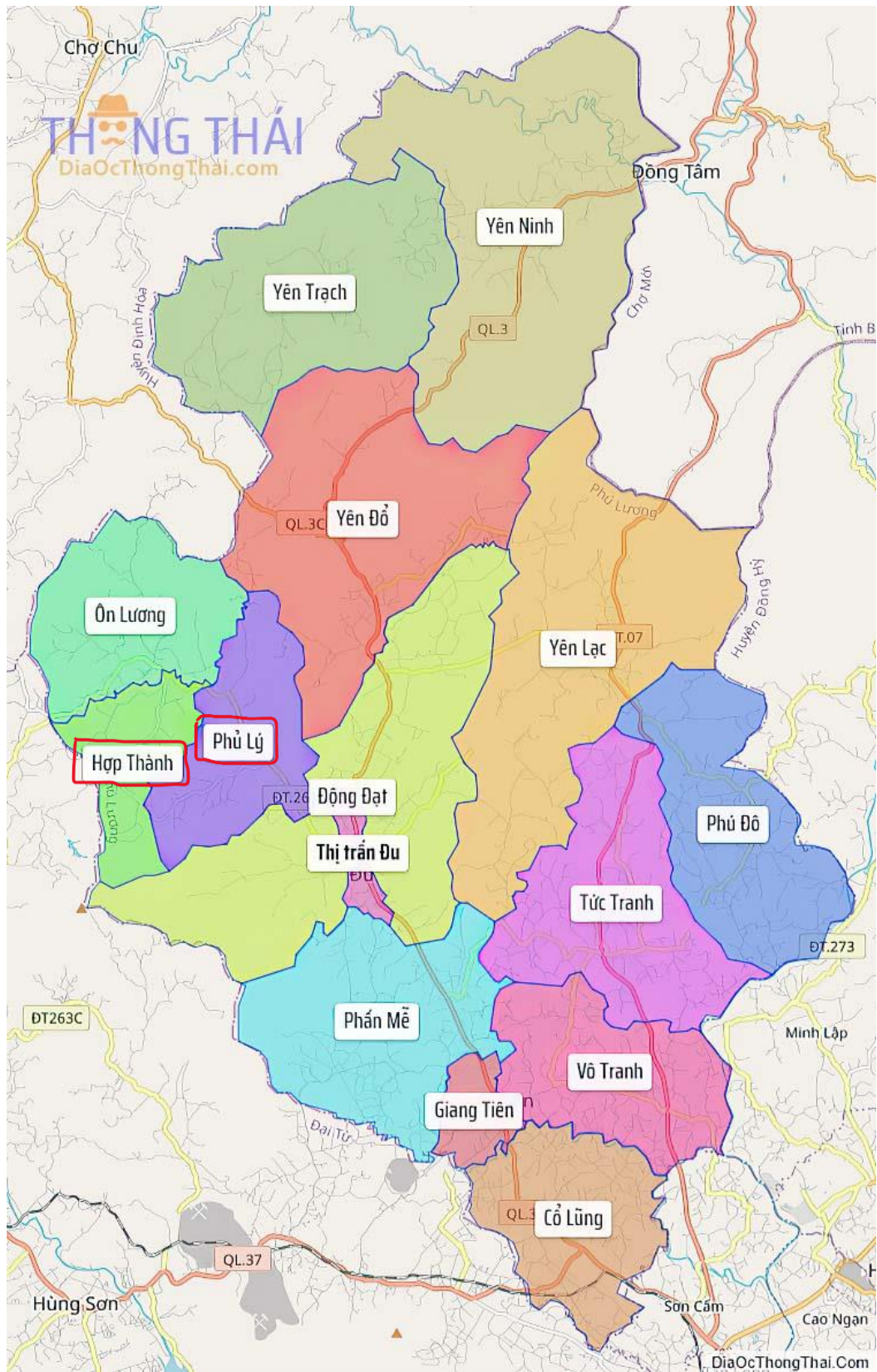
- Những người lao động thuộc địa bàn nghiên cứu nhưng không tham gia sản xuất liên tục (ngắt quãng) trong thời gian nghiên cứu.

- Đối với đối tượng can thiệp: không chọn những người có những khó khăn về giao tiếp, tiếp cận hoặc không thực hiện đầy đủ các giải pháp can thiệp phòng chống bệnh ngoài da.

#### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

##### 2.2.1. Một số đặc điểm tình hình KT-XH tại địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 3 xã thuộc hai huyện Phú Lương và Đại Từ của tỉnh Thái Nguyên.



Bản đồ huyện Phú Lương – tỉnh Thái Nguyên

Phú Lương là một huyện miền núi nằm ở phía Bắc của tỉnh Thái Nguyên. Huyện có tổng dân số trên 100.000 người, với 8 dân tộc chủ yếu sinh sống (tỷ lệ dân tộc thiểu số chiếm gần 50%). Về sản xuất nông nghiệp: canh tác lúa và chè chiếm vị trí quan trọng trong nền kinh tế. Ngoài ra người dân trên địa bàn huyện còn trồng một số loại cây lương thực và hoa màu khác như ngô, khoai, sắn, lạc đỗ tương...

Xã Phủ Lý, huyện Phú Lương có vị trí địa lý nằm cách thị trấn Đu (trung tâm huyện) khoảng 4,5km về phía Tây Bắc; Diện tích tự nhiên là: 1.598,82ha. Toàn xã có 8 dân tộc anh em sống trên địa bàn. Dân tộc Tày chiếm 75%, dân tộc Kinh chiếm 20%, dân tộc khác chiếm 5%. Dân cư sống thưa thớt, thu nhập bình quân đầu người thấp, đời sống nhân dân chủ yếu dựa vào sản xuất nông, lâm nghiệp. Theo số liệu quan trắc của trạm khí tượng thủy văn Thái Nguyên, xã Phủ Lý nằm trong vùng khí hậu nhiệt đới gió mùa, thời tiết chia làm 4 mùa rõ rệt: xuân, hạ, thu, đông. Nhiệt độ không khí trung bình năm 22 độ C. Độ ẩm không khí trung bình 82%. Lượng mưa trung bình năm là 2.097mm, mùa mưa chiếm 91,6% lượng mưa cả năm, mưa nhiều nhất vào tháng 7 và tháng 8, nhiều khi xảy ra lũ.

Hợp Thành là xã miền núi nằm ở phía tây của huyện, với trên 3000 nhân khẩu. Toàn xã có 06 dân tộc anh em cùng sinh sống là Kinh, Tày, Nùng, Dao, Thái, Sán Chí, trong đó dân tộc Tày chiếm 80%. Dân cư sống không tập trung, đa phần rải rác quanh các khu vực đồi núi, thung lũng, trình độ dân trí không đồng đều, đến năm 2020 xã vẫn còn 1/2 số xóm trong xã là đặc biệt khó khăn (QĐ số 135). [18], [45].

Như vậy, thực trạng điều kiện địa lý tự nhiên, khí hậu, thổ nhưỡng khu vực huyện Phú Lương đặc trưng khí hậu nhiệt đới gió mùa, nóng ẩm, mưa nhiều, độ ẩm cao; kinh tế chủ yếu dựa vào sản xuất nông nghiệp, canh tác lúa, chè, hoa màu, trồng rừng chiếm vị trí quan trọng trong nền kinh tế. Dân tộc

thiểu số chiếm đại đa số, trong đó dân tộc Tày tại 02 xã Phú Lý và Hợp Thành chiếm đến 75-80% tổng số dân của xã. Mặt khác, bản sắc văn hóa và tập quán sinh hoạt người Tày sống tiết kiệm nước, điều kiện lao động, canh tác thực tế tiếp xúc với môi trường ruộng nước, ẩm ướt, môi trường lao động ô nhiễm vi sinh vật gây bệnh như nấm, vi khuẩn và các chất hóa học như thuốc trừ sâu, thuốc diệt cỏ... và các tác nhân lý học khác nên là những điều kiện thuận lợi gây ra các bệnh lý, đặc biệt là bệnh ngoài da cho người lao động nông nghiệp tại khu vực này. Đây là thực trạng cần thiết được nghiên cứu và có các giải pháp can thiệp phù hợp để công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe người lao động nông nghiệp nói chung và người dân tộc Tày nói riêng trong khu vực đạt được hiệu quả tốt hơn.

Huyện Đại Từ tỉnh Thái Nguyên được chọn nghiên cứu cùng với Phú Lương cũng có điều kiện môi trường, kinh tế xã hội tương tự. Tại đây chúng tôi chọn xã Phúc Lương. Xã Phúc Lương, có tỉ lệ người Tày khoảng 75%. Ngoài ra còn các dân tộc khác chiếm khoảng 25%. Người dân ở đây cũng sinh sống bằng nghề nông là chủ yếu. Công việc chính ở đây là chuyên canh lúa và hoa màu (chiếm 45%), trồng chè (35%), các nghề khác khoảng 20%.

Đặc điểm điều kiện lao động của đồng bào các dân tộc tại 03 xã là tương tự như nhau. Canh tác lúa, chủ yếu là lúa nước nên trong quá trình lao động thường xuyên tiếp xúc với nước ruộng, ẩm ướt. Đặc biệt là thời gian canh tác đầu năm của vụ mùa xuân hè, thời tiết khá ẩm ướt. Do tập quán sử dụng phân động vật chưa được ủ kỹ nên nước ruộng thường ô nhiễm nặng nề các loại vi sinh vật gây bệnh như các loài nấm, vi khuẩn, cũng như các vi sinh vật khác. Do phân động vật, bao gồm cả phân lợn và phân trâu, bò không được ủ kỹ nên tồn tại khá nhiều các sản phẩm hữu cơ chưa phân hủy, độc hại tạo điều kiện cho các bệnh da phát sinh, phát triển ở người và động vật. Công việc canh tác chè tại các địa phương này, người nông dân không những

thường sử dụng phân tươi chưa xử lí mà còn sử dụng khá nhiều chất hóa học độc hại nhằm mục đích tiêu diệt các côn trùng gây bệnh và tăng năng suất cây chè như các hóa chất trừ sâu, diệt cỏ, tăng trưởng... Các hóa chất độc hại có thể gây tổn thương da, đặc biệt là các kẽ chân, tay. Hóa chất độc và độ ẩm ướt cao tạo điều kiện cho các bệnh ngoài da phát sinh và phát triển, rất khó khăn để có thể điều trị dứt điểm [18], [45], [46].

### **2.2.2. Thời gian nghiên cứu**

Từ tháng 4/2017 đến tháng 3/2020. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi chủ động thu thập số liệu mô tả đầu vào chủ yếu vào mùa hè, thời gian lao động có nhiều yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe, đặc biệt là các bệnh ngoài da. Giai đoạn can thiệp, chúng tôi tiến hành liên tục cả năm và đánh giá kết quả vào mùa hè năm sau.

## **2.3. Phương pháp nghiên cứu**

### **2.3.1. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu**

- Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, theo thiết kế cắt ngang. Nghiên cứu mô tả chủ yếu được tiến hành giai đoạn nghiên cứu đầu vào để đánh giá thực trạng bệnh ngoài da và các yếu tố liên quan.

- Nghiên cứu can thiệp sau mô tả theo hướng can thiệp cộng đồng, trước sau có đối chứng.

- Thu thập số liệu nghiên cứu được thiết kế kết hợp định lượng và định tính. Nghiên cứu định tính nhằm bổ sung, giải thích các kết quả nghiên cứu thu được từ phương pháp định lượng và đánh giá khả năng chấp nhận, nhân rộng mô hình nghiên cứu tại cộng đồng.

### **2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

#### **2.3.2.1. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả**

\* Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức: [27]

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

*Trong đó:*

n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu.

$z_{1-\alpha/2}$ : hệ số giới hạn tin cậy (tra từ bảng z: với mức ý nghĩa thống kê  $\alpha=5\%$  thì  $z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ).

Chọn giá trị p: do không có nghiên cứu nào về các bệnh da ở người lao động nông nghiệp khu vực có điều kiện môi trường tương tự trong thời gian gần đây. Vì vậy chúng tôi chọn giá trị  $p = 0,3$ : theo kết quả một nghiên cứu của các tác giả Đỗ Hàm, Trần Duy Ninh, Trương Minh Hương và cộng sự (2003), tỷ lệ mắc bệnh da thường gặp ở người dân miền núi thuộc tỉnh Thái Nguyên là 36,7%, trong đó người ở độ tuổi 20 – 60 là 32,9 đến 33,7% [25].

- d: độ chính xác mong muốn đạt được  $d = 0,03$ .

- Thay vào công thức ta có  $n = 897$  người Tày ở độ tuổi lao động. Dự kiến trong quá trình nghiên cứu có một số trường hợp bỏ cuộc, hoặc vắng nhà, chuyển nghề khác nên chúng tôi đã quyết định: chọn mỗi xã 300 người. Khi tiến hành nghiên cứu, do người dân thấy sự cần thiết đã đến khám nhiều và dễ thuận về vấn đề y đức, chúng tôi đã khám, thu thập số liệu tất cả người đến khám. Toàn bộ số này đều đủ điều kiện đưa vào phân tích (970 người).

\* *Phương pháp chọn mẫu*

\* *Chọn xã:*

Chúng tôi chọn chủ đích 03 xã Hợp Thành, Phủ Lý, Phúc Lương thuộc hai huyện huyện Phú Lương và Đại Từ của tỉnh Thái Nguyên vì đây là các xã vùng cao, miền núi khó khăn, độ ẩm môi trường thường cao hơn các nơi khác của tỉnh Thái Nguyên (cao hơn các nơi khác từ 3% đến 10%). Đây là 3 xã có



tỷ lệ người dân tộc Tày cao nhất trong các dân tộc sinh sống trong xã. Đồng thời số người lao động nông nghiệp là người Tày cũng cao nhất [18].

*\* Chọn cá thể vào mẫu nghiên cứu*

Trên cơ sở cỡ mẫu dự tính, chúng tôi chia đều ra mỗi xã. Kết quả cuối cùng chúng tôi thu được số cá thể lao động đủ dữ liệu về sức khỏe, bệnh ngoài da, các yếu tố liên quan theo yêu cầu của nghiên cứu là: Hợp Thành/310 người, Phủ Lý/302 người và Phúc Lương/358 người. Những người lao động nông nghiệp được đưa vào nghiên cứu đều có số liệu về sức khỏe, bệnh ngoài da đầy đủ, các kết quả phỏng vấn cũng được ghi chép đầy đủ, đạt yêu cầu.

Bước thứ nhất, chúng tôi lập danh sách toàn bộ những người trong độ tuổi lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày của mỗi xã. Theo báo cáo của cơ quan văn hóa, xã hội địa phương thì mỗi xã có khoảng 1000 đến 1200 người lao động nông nghiệp thường xuyên, có thời gian chuyên canh lúa, hoa màu hay chè, hoặc cả hai từ hai năm trở lên. Trong thời gian nghiên cứu không chuyển nghề hoặc đi làm ăn ở nơi khác.

Từ danh sách chúng tôi lập cho mỗi xã, chúng tôi đã chọn ra số người lao động để đưa vào mẫu nghiên cứu bằng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn dựa trên phần mềm vi tính. Tuy nhiên, để đảm bảo không vi phạm về đạo đức trong nghiên cứu, chúng tôi đã khám cho tất cả những đối tượng khác, nếu họ biết hoặc có nhu cầu khám bệnh ngoài da và chữa bệnh cho họ, nhưng chỉ đưa vào xử lý, phân tích số liệu những người lao động đáp ứng đủ các tiêu chí nghiên cứu. Cỡ mẫu cuối cùng, chúng tôi thu được là 970 người.

Để nghiên cứu, xác định một số yếu tố liên quan đối với bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày, chúng tôi chọn đưa vào toàn bộ số 970 người đã mô tả đầu vào để khai thác các yếu tố có thể xác lập mối liên quan với các bệnh ngoài da trong cùng thời điểm.

### 2.3.2.2. *Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp*

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp can thiệp cộng đồng. Cụ thể là phương pháp can thiệp cộng đồng trước sau, có đối chứng.

Do tỷ lệ bệnh ngoài da của các xã là tương tự như nhau, cùng có chung và tương đồng về địa lý và khí hậu, thời tiết cũng như các yếu tố liên quan nên chúng tôi bắt thăm ngẫu nhiên và được hai xã Hợp Thành và Phú Lý đưa vào nghiên cứu can thiệp. Chúng tôi ấn định xã Phú Lý để tiến hành can thiệp và xã Hợp Thành làm đối chứng.

*Cỡ mẫu can thiệp:* trên cơ sở cỡ mẫu nghiên cứu mô tả và để đảm bảo vấn đề đạo đức trong nghiên cứu (điều trị và tư vấn đầy đủ) nên chúng tôi can thiệp, tác động trên toàn bộ số người đã được khám phát hiện bệnh đầu vào. Như vậy: số người lao động nông nghiệp được can thiệp phòng chống bệnh ngoài da ở Phú Lý là 302 người, nhóm đối chứng thuộc xã Hợp Thành là 310 người. Các đối tượng đều là người trưởng thành tại các hộ gia đình đã được lựa chọn để khám, đánh giá trước sau đầy đủ về lâm sàng và cận lâm sàng tất cả các bệnh ngoài da cũng như phỏng vấn về KAP về ATVSLĐ và phòng chống bệnh ngoài da cũng như đánh giá các yếu tố liên quan theo mẫu mô tả.

### 2.3.2.3. *Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu định tính*

Phương pháp nghiên cứu định tính được tiến hành dựa trên kinh nghiệm, phương pháp của các tác giả có nhiều kinh nghiệm về vấn đề này trong nghiên cứu các bệnh da trong lao động nông nghiệp [99], [114].

- *Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu phỏng vấn sâu:* tiến hành 04 cuộc (trước can thiệp: 02 cuộc; sau can thiệp: 02 cuộc). Chọn phỏng vấn các lãnh đạo chính quyền xã, chủ tịch Hội nông dân và một số người lao động. Đây là các đối tượng có tầm hiểu biết đầy đủ và sâu sắc về địa phương và có tầm ảnh hưởng cao trong cộng đồng, có thể hỗ trợ nhóm nghiên cứu trong quá trình can thiệp.

- *Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu thảo luận nhóm*: tiến hành 06 cuộc (trước can thiệp: 03 cuộc; sau can thiệp: 03 cuộc), mỗi nhóm từ 7 đến 10 người.

\* Nhóm 1: người lao động nông nghiệp, chọn những người nhanh nhẹn, hiểu biết và phát ngôn có trách nhiệm với cộng đồng

\* Nhóm 2: các cán bộ thuộc các ban, ngành và đoàn thể địa phương như Hội nông dân tập thể, Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên, Cựu Chiến binh...

\* Nhóm 3: các cán bộ y tế ở địa phương, bao gồm y tế xã và y tế thôn bản.

Các đối tượng được chọn phải có hiểu biết nhiều về lao động nông nghiệp ở địa phương. Các cán bộ y tế phải là những người am hiểu về đặc điểm sản xuất cũng như các điều kiện kinh tế xã hội địa phương liên quan đến bệnh ngoài da, có thể hỗ trợ nhóm nghiên cứu trong quá trình can thiệp.

## **2.4. Nội dung và sơ đồ can thiệp**

### **2.4.1. Xác định vấn đề cần can thiệp**

\* *Phân tích vấn đề phòng chống bệnh ngoài da ở cộng đồng*

Thông qua các kết quả nghiên cứu định lượng cũng như định tính, nhóm nghiên cứu tiến hành thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu các đối tượng của các bên liên quan để lựa chọn các vấn đề ưu tiên. Kết quả phân tích vấn đề, xác định vấn đề sức khỏe và lựa chọn được hai vấn đề ưu tiên ở các địa điểm nghiên cứu như sau:

- Hành vi phòng chống bệnh ngoài da kém.
- Ngoài ra công tác quản lý điều trị bệnh ngoài da tại các TYT xã còn rất yếu.

Từ các kết quả nghiên cứu, chúng tôi tập trung giải quyết hai vấn đề ưu tiên trong phòng chống bệnh ngoài da cho dân.

- Giải quyết vấn đề hành vi kém bằng cách TT-GDSK về phòng chống bệnh ngoài da.

- Giải quyết vấn đề quản lý và điều trị bệnh ngoài da bằng cách cải thiện nguồn lực cho Trạm y tế xã.

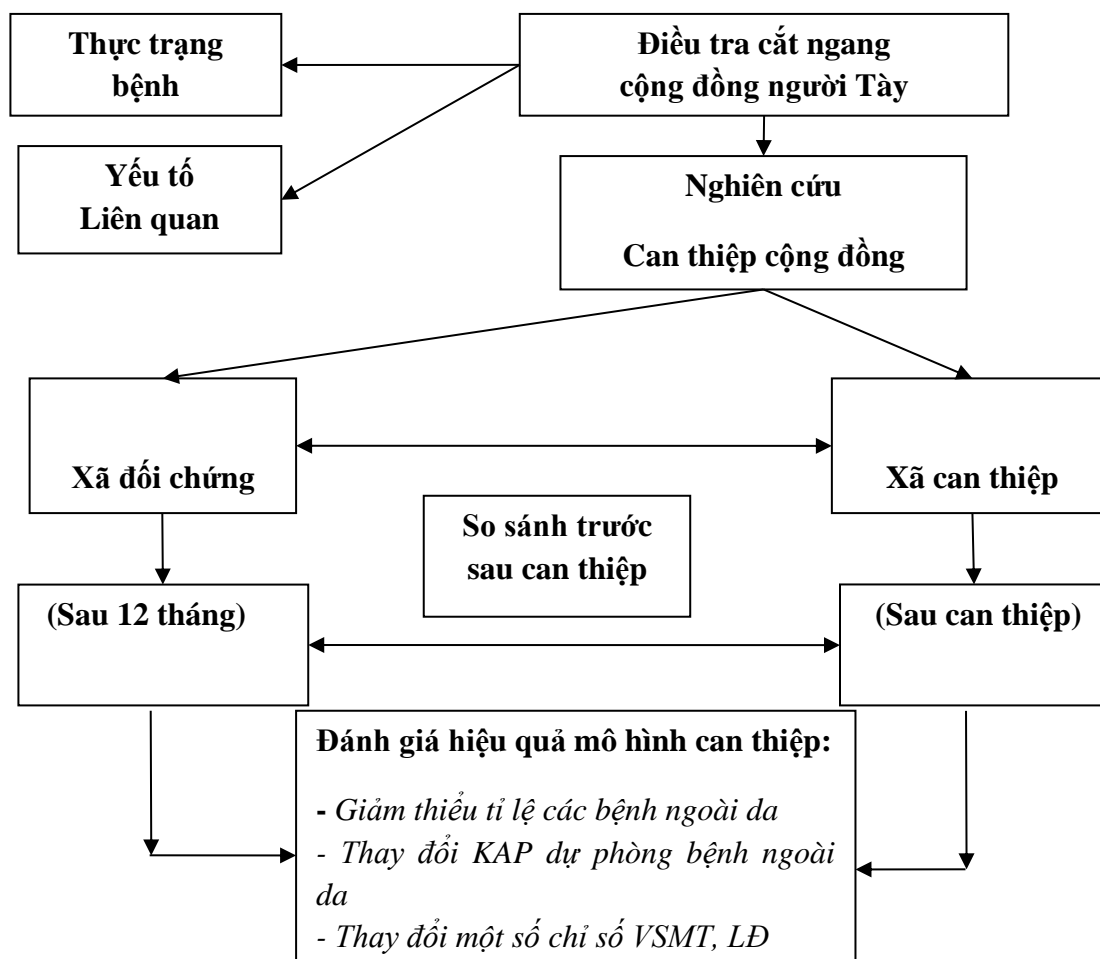
Các nội dung can thiệp bao gồm:

+ Truyền thông về vệ sinh cá nhân (đặc biệt chú ý vệ sinh da) nhằm mục đích dự phòng các bệnh ngoài da.

+ Can thiệp cải thiện môi trường sống, môi trường lao động, hành vi vệ sinh chung, vệ sinh lao động... Nhóm nghiên cứu trực tiếp giảng dạy tập trung và phát tài liệu, tờ rơi cho các đối tượng người lao động. Phương tiện chủ yếu là các phương tiện truyền thông sẵn có ở địa phương và các tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống các bệnh ngoài da và các nguy cơ sức khỏe khác đã được các chuyên gia chuyên ngành y học lao động soạn thảo (Phân phụ lục).

+ Khám, xét nghiệm các bệnh da thường xuyên (gồm cả phân lập, định danh loài nấm gây bệnh). Giai đoạn đầu các cán bộ của nhóm nghiên cứu thực hiện kết hợp tập huấn cho cán bộ địa phương để họ tự thực hiện độc lập. Giai đoạn sau hỗ trợ để cán bộ y tế địa phương tự làm có giám sát của nhóm nghiên cứu.

+ Đánh giá sau can thiệp về các chỉ tiêu cải thiện trong điều trị, dự phòng các bệnh ngoài da và KAP của người dân.



### Sơ đồ nghiên cứu

#### 2.4.2. Xác định các giải pháp và các hoạt động cụ thể thực hiện giải pháp can thiệp

Để xác định các giải pháp và hoạt động can thiệp, chúng tôi đặt ra hai mục tiêu làm cơ sở:

Mục tiêu 1: Truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm thay đổi hành vi có lợi trong phòng chống bệnh ngoài da và bảo vệ sức khỏe của người dân

Mục tiêu 2: tập huấn phương pháp điều trị và dự phòng các bệnh ngoài da và nâng cao năng lực hệ thống chăm sóc sức khỏe tại địa phương.

Trên cơ sở các mục tiêu chúng tôi tổ chức các hoạt động sau:

*\* Hoạt động 1*

- Tập huấn cho nguồn nhân lực thực hiện mô hình nghiên cứu như cho Cán bộ lãnh đạo xã, trưởng các ban ngành, các tổ chức xã hội trong xã như: Hội người cao tuổi, Hội nông dân, phụ nữ, thanh niên, cựu chiến binh...ở đây Hội nông dân xã làm nòng cốt, CBYT xã, NVYTTB và phương pháp thực hiện can thiệp nhất là kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh ngoài da và quản lý điều trị bệnh ngoài da.

- Phương pháp tập huấn bao gồm: hướng dẫn kiến thức và kỹ năng truyền thông trên cơ sở thực hành tại chỗ. Các chuyên gia giảng dạy là những người có kinh nghiệm về truyền thông cũng như kiến thức về phòng chống bệnh tật nâng cao sức khỏe cộng đồng.

- Tập huấn cho các cán bộ y tế: các nội dung tập huấn bao gồm các kiến thức chuyên môn về khám, điều trị bệnh ngoài da theo đúng phác đồ mới nhất được Bộ Y tế ban hành. Tập huấn được thực hiện bởi các chuyên gia chuyên ngành da liễu và các chuyên gia về truyền thông giáo dục sức khỏe [8], [9].

*\* Hoạt động 2: tổ chức TT-GDSK*

- Tổ chức phát thanh trên loa truyền thanh xã mỗi tháng 2 lần. Các bài truyền thanh đã được các chuyên gia góp ý, xây dựng theo đúng mục tiêu nghiên cứu, với phương châm cụ thể và dễ hiểu để mọi người dân trong cộng đồng đều có thể tiếp nhận một cách dễ dàng.

- Tổ chức nói chuyện sức khỏe, chủ yếu là bệnh ngoài da tại nhà văn hóa thôn bản cho người dân mỗi tháng 1 lần. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi đã tổ chức được 12 buổi truyền thông. Trong quá trình tổ chức các buổi truyền thông, chúng tôi luôn chú ý sự có mặt của những người lao động đã có các số

liệu nghiên cứu theo yêu cầu. Nếu đối tượng này ít, chúng tôi yêu cầu cán bộ y tế thôn bản phải tăng cường huy động sự tham gia của họ vì đây chính là mục tiêu truyền thông cần đạt được. Để hiệu quả truyền thông được nhân lên, chúng tôi đã phối hợp với hội nông dân, các đoàn thể, ban ngành. Truyền thông cũng thường xuyên được lồng ghép với các cuộc họp thôn bản.

- Các buổi truyền thông được chuẩn bị một cách đầy đủ và chất lượng theo mục tiêu nghiên cứu. Truyền thông được thông qua và được sự ủng hộ, hỗ trợ của các tổ chức chính quyền, quần chúng tại thôn bản. Sự lồng ghép các nội dung TT-GDSK phòng chống bệnh ngoài da vào các hoạt động kinh tế, văn hóa, xã hội khác ở địa phương cần có sự cập nhật và hợp lý.

- CBYT thôn bản trong xã thường xuyên tư vấn cho người dân đến trạm y tế xã nếu thấy có các vấn đề về sức khỏe nói chung và bệnh ngoài da nói riêng. Như vậy, bản thân CBYT thôn bản cũng phải được tập huấn đầy đủ về công tác phòng chống bệnh ngoài da trước đó. Trong thời gian nghiên cứu, người lao động đến khám, tư vấn và điều trị bệnh ngoài da được nhận dịch vụ y tế tại TYT về phòng chống bệnh ngoài da miễn phí. Sau can thiệp chúng tôi sẽ tìm cách tạo nguồn kinh phí, nguồn thuốc để công cuộc chăm sóc sức khỏe giảm thiểu bệnh ngoài da được duy trì một cách lâu dài.

- Chi hội nông dân tại thôn bản phối hợp với NVYTTB thường xuyên thăm người bệnh ngoài da tại hộ gia đình.

*\* Hoạt động 3: hoạt động theo dõi giám sát thực hiện giải pháp can thiệp*

Để cho các giải pháp thực hiện theo đúng kế hoạch đề ra chúng tôi duy trì các hoạt động theo dõi giám sát như sau:

- Tuyến xã giám sát các hoạt động ở thôn bản mỗi tháng 01 lần. Các giám sát bao gồm giám sát theo kế hoạch định kỳ và giám sát không theo kế hoạch (đột xuất). Đoàn cán bộ giám sát ít nhất phải có 03 thành phần: cán bộ

y tế, đại diện chính quyền và đại diện đoàn thể. Thông thường là trưởng trạm y tế, chủ tịch Hội nông dân tập thể và lãnh đạo Đoàn thanh niên hoặc phụ nữ.

- Nhóm nghiên cứu mỗi tháng 1 lần tham gia giao ban cùng Ban chỉ đạo phòng chống bệnh ngoài da của xã và đoàn giám sát tháng đó. Thông thường chúng tôi cũng tổ chức đến một địa điểm đã được giám sát có vấn đề cần giải quyết cũng như hỗ trợ các vướng mắc trong hoạt động TT-GDSK phòng chống bệnh ngoài da.

- Các hoạt động can thiệp phòng chống bệnh ngoài da đã được tiến hành đầy đủ và liên tục trong 01 năm can thiệp.

## **2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu**

### **2.5.1. Các chỉ số cho mục tiêu 1**

- Tuổi: là tuổi dương lịch của đối tượng nghiên cứu được tính theo công thức: năm nghiên cứu - năm sinh.

- Giới tính: là giới tính của đối tượng nghiên cứu gồm 2 nhóm nam và nữ

- Trình độ học vấn: là trình độ học vấn cao nhất của đối tượng nghiên cứu

+ Tiểu học: là người đã học hết lớp 4/10 hoặc 5/12;

+ THCS: là người đã học hết lớp 7/10 hoặc 9/12;

+ THPT trở lên: là người học hết lớp 10/10 hoặc 12/12 trở lên.

\* Tỷ lệ các bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu, phân loại các bệnh ngoài da dựa vào: Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da liễu*” [9] và Quyết định 3970/QĐ-BYT năm 2015 của Bộ Y tế về việc ban hành Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan phiên bản lần thứ 10 (ICD 10) [10]. Nhiều bệnh da liễu đã được phát hiện trong quá trình nghiên cứu, tuy nhiên chúng tôi quan tâm đến các bệnh ngoài da thường gặp, khám đầy đủ theo khuyến cáo của Bộ Y tế (TT 14/2013/TT-BYT và TT 09/2023/TT-BYT) [15]. Đứng đầu trong



các triệu chứng, bệnh da thường gặp là nấm da, tiếp theo là sẩn ngứa, mề đay, và viêm da cơ địa.... Để chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt, phân loại các bệnh ngoài da thường gặp, chúng tôi áp dụng phương pháp lâm sàng, các kỹ thuật cận lâm sàng và dựa theo thường quy kỹ thuật khám Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường, ví dụ: test Biodose để đánh giá khả năng mắc sạm da nghề nghiệp của người lao động [9], [49], [50].

\* Phân bố các bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu

\* Tỷ lệ mắc các bệnh ngoài da theo tuổi, giới, trình độ học vấn

\* Tỷ lệ trả lời đúng và không đúng các kiến thức phòng chống bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu

\* Mức độ kiến thức phòng chống bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu: chia làm 3 mức độ: tốt, trung bình, yếu

\* Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có thái độ tốt và không tốt về phòng chống bệnh ngoài da

\* Mức độ thái độ phòng chống bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu: chia làm 3 mức độ là: tốt, trung bình, yếu

\* Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thực hành đúng và không đúng phòng chống bệnh ngoài da.

\* Mức độ thực hành phòng chống bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu: Chia làm 3 mức độ: tốt, trung bình, yếu

### **2.5.2. Các chỉ số cho mục tiêu 2**

- Mối liên quan giữa độ tuổi, giới tính với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da

- Mối liên quan giữa trình độ học vấn với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da

- Mối liên quan nghề nghiệp (trồng lúa, chè, hoa màu...), nhà ở (kiên cố và không kiên cố) của đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da

- Mối liên quan giữa hộ gia đình có các công trình vệ sinh (tiêu chuẩn hợp vệ sinh và không hợp vệ sinh) với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da.

- Môi liên quan kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da.

### **2.5.3. Các chỉ số cho mục tiêu 3**

- Hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức dự phòng các bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp dân tộc Tày

- Hiệu quả can thiệp cải thiện thái độ dự phòng các bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp dân tộc Tày

- Hiệu quả can thiệp cải thiện hành vi dự phòng các bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp dân tộc Tày

- Hiệu quả can thiệp giảm thiểu tỷ lệ bệnh ngoài da tại cộng đồng.

## **2.6. Bộ công cụ và cách đánh giá chỉ số nghiên cứu (bổ sung cho phụ lục)**

Bộ công cụ nghiên cứu gồm có 3 phần:

- Phần 1: thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: gồm tuổi, giới, trình độ học vấn, các thông tin về nhà ở, nguồn nước, công trình vệ sinh, chuồng trại gia súc, gia cầm....

- Phần 2: bệnh án nghiên cứu: gồm các thông tin về kết quả khám các bệnh ngoài da, các kết quả xét nghiệm (nếu có)

- Phần 3: kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu:

Kiến thức, thái độ và thực hành dự phòng bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu được đánh giá bằng bộ công cụ KAP về phòng chống bệnh ngoài da do tác giả xây dựng và đánh giá tính chính xác (validity) bởi các chuyên gia thuộc lĩnh vực Sức khỏe nghề nghiệp và Da liễu. Bộ công cụ được thử nghiệm trên 30 người dân tộc Tày thuộc địa bàn khác và đánh giá độ tin cậy (reliability) bằng chỉ số Cronbach Alpha trên 0,8.

Bộ công cụ đánh giá KAP về phòng chống bệnh ngoài da gồm 3 phần:

- Kiến thức về phòng chống bệnh ngoài da gồm 16 câu hỏi nhiều lựa

chọn. Với mỗi lựa chọn đúng được tính 1 điểm. Điểm thấp nhất là 0 điểm và cao nhất là 16 điểm

- Thái độ về phòng chống bệnh ngoài da gồm 11 câu hỏi likert scale 5 mức độ từ 1 đến 5 điểm với điểm thái độ đạt 4 điểm trở lên là thái độ tốt và dưới 4 điểm là thái độ chưa tốt

- Thực hành gồm 7 câu hỏi nhiều lựa chọn với mỗi lựa chọn đúng được tính 1 điểm. Điểm thấp nhất là 0 điểm và cao nhất là 13 điểm

Phân loại KAP: Nhóm nghiên cứu chia ra 03 mức độ như sau: tốt  $\geq 80\%$  tổng điểm, trung bình  $> 60\% - < 80,0\%$  tổng điểm và yếu  $\leq 60,0\%$  tổng điểm

## **2.7. Kỹ thuật thu thập số liệu**

### **2.7.1. Kỹ thuật thu thập số liệu định tính**

Trong thiết kế nghiên cứu định tính chúng tôi sử dụng hai phương pháp là phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm. Các số liệu phỏng vấn, chúng tôi sử dụng kết hợp bảng câu hỏi mở, đóng và nửa đóng để thuận tiện cho các đối tượng. Phiếu phỏng vấn được thiết kế sẵn, tương ứng với các thông tin theo các nhóm biến số, chỉ số nghiên cứu. Phần thảo luận nhóm, chúng tôi chuẩn bị sẵn chủ đề theo mục tiêu cần thiết để thu thập ý kiến của các thành viên.

Việc thu thập số liệu được ghi chép tại chỗ kết hợp với ghi âm để tránh bỏ sót các chi tiết khi đối tượng nói nhanh.

### **2.7.2. Thu thập số liệu định lượng**

- Thu thập số liệu trước can thiệp ở 3 xã nghiên cứu

+ Nghiên cứu viên sử dụng phiếu điều tra thu thập số liệu được thiết kế sẵn để thu thập số liệu về đặc điểm nhân khẩu học; kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp dân tộc Tày tại địa bàn nghiên cứu.

+ Khám lâm sàng: được tiến hành bởi các bác sĩ chuyên khoa Da liễu có trình độ Chuyên khoa I hoặc Thạc sỹ trở lên hiện đang làm việc tại trường

Đại Học Y Dược và bệnh viện trung ương Thái Nguyên. Khám, chẩn đoán xác định bệnh Da liễu theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế và phân loại bệnh theo ICD-10 [9], [10].

Các kỹ thuật khám lâm sàng bao gồm khám toàn diện về sức khỏe và khám chuyên khoa Da liễu. Khi khám toàn diện về sức khỏe, chúng tôi đặc biệt chú ý đến các biểu hiện bệnh lý liên quan đến bệnh ngoài da như bề mặt da, hệ cơ, xương, khớp và thần kinh. Các dụng cụ hỗ trợ khám lâm sàng theo chuyên khoa cũng được trang bị đầy đủ như kính lúp, dao cạo, lam kính,...

+ *Xét nghiệm cận lâm sàng*: các kỹ thuật cận lâm sàng được tiến hành theo kỹ thuật khám Da liễu và Thường quy kỹ thuật Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường của Bộ Y tế.

(1). *Soi hình thể nấm da*: bao gồm soi da kiểm tra tổn thương trên da và soi nấm ký sinh. Trong xét nghiệm chẩn đoán các bệnh nấm da, soi tươi và nuôi cấy định danh thì việc lấy mẫu rất quan trọng, kết quả xét nghiệm phụ thuộc nhiều vào cách lấy bệnh phẩm xét nghiệm. Khi lấy bệnh phẩm cần:

- + Sử dụng dụng cụ lấy mẫu đã tiệt trùng, tránh nhiễm nấm từ môi trường
- + Lấy đúng vị trí tổn thương và tiệt khuẩn vị trí lấy.
- + Bệnh nhân ngưng sử dụng thuốc chống nấm 1-2 ngày trước khi lấy mẫu.
- Kỹ thuật lấy bệnh phẩm (lấy tại cơ sở y tế hoặc phòng xét nghiệm)
- + Bệnh phẩm da: lấy vảy da ở rìa tổn thương chỗ có tổn thương mới.

Lấy bằng cách sát khuẩn da bằng cồn 70<sup>0</sup>, sau đó dùng dao mổ cạo da hoặc gắp vảy chỗ tổn thương được hứng trên 1 lam kính sạch.

+ Bệnh phẩm tóc, râu, lông: dùng kéo để cắt hoặc dùng nhíp để nhổ, sau đó cho lên lam kính. Trường hợp nấm ở tóc có thêm vảy da đầu thì lấy thêm vảy da để xét nghiệm.

+ Bệnh phẩm móng: dùng dao cạo hoặc dùng kéo để cắt và hứng vào lọ vô trùng. Đối với trường hợp viêm móng có mũ, ta lấy cả mũ để xét nghiệm.

Các bước tiến hành soi tươi:

Bước 1: Lấy bệnh phẩm theo đúng quy định của chuyên ngành.

Bước 2: Tiến hành kỹ thuật:

- Lấy bệnh phẩm cho lên lam kính.
- Tùy từng loại bệnh phẩm sử dụng hóa chất khác nhau.
- Bệnh phẩm da, tóc, móng: lấy bệnh phẩm lên lam kính, nhỏ dung dịch KOH 20% lên trên bệnh phẩm.
- Lấy lá kính đậy lên trên giọt dung dịch.
- Quan sát kính hiển vi vật kính 10X - 40X.

(2). Thử nghiệm trung hòa kiềm theo phương pháp Burchardt

Thử nghiệm trung hòa kiềm nhằm đánh giá một phần sức đề kháng của da, nếu độ kiềm giảm tức là sức đề kháng của da kém, dễ mắc bệnh. Để xác định độ trung hòa kiềm của da, ta dùng một lượng nhỏ dung dịch kiềm NaOH 1/80 N có kèm theo chất chỉ thị màu Phenolphthaleine, nhỏ lên da. Nếu da mất màu đỏ sẫm, chứng tỏ da có độ kiềm thấp. Thử nghiệm trung hòa kiềm được tiến hành theo 03 bước:

*Bước 1:* lau sạch vùng da thử nghiệm bằng cồn 70 độ. Thường là chọn vùng da trước cẳng tay.

*Bước 2:* nhỏ 01 giọt dung dịch NaOH 1/80N – láng đều.

*Bước 3:* đọc kết quả:

- Nếu thời gian mất màu đỏ  $\geq 07$  phút – Da bình thường
- Nếu thời gian mất màu đỏ  $< 07$  phút – Da yếu, dễ bị bệnh

(3). Thử nghiệm lấy da (Prick test)

Test lấy da dùng để đánh giá sự miễn cảm của cá thể với một tác nhân gây bệnh nào đó khi tiếp xúc. Da có phản ứng nhạy cảm với mỗi loại dị nguyên khác nhau. Nếu nhỏ một dị nguyên vào chỗ da trầy xước, da sẽ phản ứng nổi mề đay. Kỹ thuật tiến hành theo 03 bước:

*Bước 1:* lau sạch, đánh dấu 02 vùng da thử nghiệm bằng cồn 70 độ. Thường là chọn vùng da trước cẳng tay.

*Bước 2:* làm xước cả 02 vùng da bằng mũi kim tiêm nhỏ

- *Nhỏ 01 giọt nhỏ* dung dịch dị nguyên lên trên chỗ xước vùng thử.

- *Nhỏ 01 giọt nhỏ* nước cất (hoặc H<sub>2</sub>O muối sinh lý) lên trên chỗ xước vùng da đối chứng.

*Bước 3:* đọc kết quả: sau thời gian 10 - 15 phút

- Da vùng thử nếu nổi sẩn là dương tính

- Sẩn mề đay đường kính 3-5 mm – Dương tính nhẹ (+)

- Sẩn mề đay đường kính >5-8 mm – Dương tính vừa (++)

- Sẩn mề đay đường kính >8-12 mm – Dương tính rõ (+++)

- Sẩn mề đay đường kính 12 mm – Dương tính rất rõ (++++)

#### (4). Thử nghiệm test áp bì (*Patch test*)

Thử nghiệm test áp bì cũng tương tự test lấy da, dùng để đánh giá sự mẫn cảm của cá thể với một tác nhân gây bệnh nào đó trong quá trình lao động, sinh hoạt. Thử nghiệm được tiến hành bằng cách dán một dị nguyên vào chỗ da bất kỳ (nên là ở vùng da ít va chạm), da sẽ phản ứng nổi mề đay sau 24 – 48 giờ.

Để xác định bệnh da NN do Crom, ta làm Patch test bằng dị nguyên là Kali Dicromat 0,25%.

Để xác định bệnh da NN do Niken, ta làm Patch test bằng dị nguyên là Nikensulphat 0,01%.

Để xác định bệnh da NN do nhôm và hợp chất của nhôm, ta làm Patch test bằng dị nguyên là Alumin sulphat 0,01%.

*Kỹ thuật tiến hành Patch test bằng dị nguyên được tiến hành theo 03 bước:*

*Bước 1:* lau sạch vùng da thử nghiệm bằng bông và nước cất. Thường là chọn vùng da ít va chạm như da lưng hoặc trước cẳng tay.

*Bước 2:* làm sạch vùng da bằng bông với nước cất

- Đánh dấu và bôi lên da một lớp mỏng dị nguyên (bằng bông thấm ẩm dị nguyên muốn xác định).

- Dán miếng dán trung tính để giữ dị nguyên

- Theo dõi 24 – 48 giờ vùng da thử.

*Bước 3:* đọc kết quả: sau thời gian 24 – 48 giờ – Da đỏ hoặc nổi mề đay

- Sẩn mề đay sau 24 – Dương tính mạnh (++)

- Sẩn mề đay sau 48 – Dương tính chậm (+)

(5). *Thử nghiệm xác định liều sinh học/ Biodose*

Đo liều sinh học nhằm đánh giá sự mẫn cảm của cá thể với tia cực tím, khả năng mắc bệnh sạm da trong lao động, khi tiếp xúc nhiều với ánh sáng mặt trời. Về mặt kỹ thuật, sử dụng tia tử ngoại bước sóng từ 280-320nm chiếu trên da để gây phản ứng theo cơ chế của quá trình phát triển sạm da. Những người đáp ứng mạnh với tia tử ngoại dễ bị bệnh sạm da nghề nghiệp. Phản ứng này cũng góp phần chẩn đoán phân biệt với sạm da sinh lý ở người lao động. Có thể dùng chùm tia bước sóng trên 100nm là được. Tuy nhiên phải chiếu theo thời gian dài hoặc ngắn khác nhau:

- Cứ thấp đi 50nm, thời gian kéo dài thêm 10 giây

- Cứ cao thêm 50nm, thời gian rút ngắn đi 10 giây

- Không được cao trên 450 nm.

*Phương pháp xác định được tiến hành như sau:*

- Bước 1: chuẩn bị đối tượng: chọn vị trí thử nghiệm thường là vùng trước trong cẳng tay, mặt trước trong cánh tay hoặc dọc hai bên sống lưng.

- Bước 2: đặt thước đo vào vùng da thử nghiệm

- Bước 3: chỉnh khoảng cách từ mặt đèn chiếu tia tử ngoại đến mặt thước đo sao cho kích thước phù hợp với công suất của đèn (5-7 cm đối với

đèn chiếu công suất 100W và khoảng cách 50-70cm đối với đèn chiếu công suất 1000W)

- Bước 4: mở lần lượt từng ô cửa sổ theo hai loại thước đo:

*Loại thước 03 lỗ:* mở lần lượt 3 ô, từ ô thứ nhất, cứ sau một phút đối với 01 ô, sao cho ô cửa sổ thứ nhất được chiếu 3 phút, ô cửa sổ thứ 2 chiếu được 2 phút và ô của số thứ 3 chiếu được 1 phút.

*Loại thước 06 lỗ:* mở lần lượt 6 ô, từ ô thứ nhất, cứ sau một phút đối với 01 ô, sao cho ô cửa sổ thứ nhất được chiếu 6 phút, ô cửa sổ thứ 2 chiếu được 5 phút và ô của số cuối cùng chiếu được 1 phút.

- Bước 5: đóng các ô cửa sổ sau khi đã chiếu xong cả 3 hoặc 6 phút.

- Bước 6: đọc kết quả sau 18 đến 24 giờ.

*Đánh giá kết quả*

- Âm tính/ Không có biểu hiện gì ở cả 6 cửa sổ

- Dương tính phút thứ 5 và 6 (+5' - 6')/ Dát đỏ xuất hiện ở cửa 1 hoặc 2

- Dương tính phút thứ 3 và 4 (+3' - 4')/Dát đỏ xuất hiện ở ô cửa thứ nhất đến ô cửa thứ 3 hoặc 4. [49], [50].

## **2.8. Kỹ thuật xử lý số liệu**

- Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, mã hóa và nhập dữ liệu vào máy tính, sử dụng phần mềm EpiData 3.1; phân tích số liệu bằng sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

- Các thuật toán được sử dụng trong nghiên cứu:

+ Tính tỷ lệ %.

+ Sử dụng kiểm định T-test để so sánh sự khác nhau về giá trị trung bình của hai nhóm.

+ Sử dụng kiểm định  $\chi^2$  (Chi square) để so sánh sự khác nhau về tỷ lệ của các nhóm.



- Số liệu phân tích được trình bày dưới dạng bảng tần số, tỷ lệ, trung bình hoặc đồ thị.

- Đánh giá hiệu quả can thiệp dựa vào chỉ số hiệu quả (CSHQ), các tỷ lệ được tính theo công thức: [27]

$$\text{CSHQ \%} = \frac{|p_1 - p_2|}{p_1} \times 100$$

*Trong đó:*

$P_1$ : là kết quả (số lượng hoặc tỷ lệ) của chỉ số nghiên cứu trước can thiệp

$P_2$ : là kết quả (số lượng hoặc tỷ lệ) của chỉ số nghiên cứu sau can thiệp

Khi đó hiệu quả can thiệp được tính bằng công thức:

$$\text{HQCT} = \text{CSHQ \% Can thiệp} - \text{CSHQ \% Đối chứng}$$

## 2.9. Sai số và biện pháp khắc phục

Đối tượng nghiên cứu là người dân, người lao động dân tộc ít người, trình độ kiến thức, hiểu biết có giới hạn nên có thể không hợp tác thuận lợi. Do vậy các câu hỏi phải dễ hiểu, có sự giải thích đơn giản, thấu hiểu sao cho người dân cảm nhận được sự gần gũi, cảm thông và hợp tác đầy đủ.

*Khắc phục:* giải thích rõ ý nghĩa của việc điều tra và nghiên cứu, các câu hỏi phải dễ hiểu, có sự giải thích đơn giản, thấu hiểu sao người dân cảm nhận được sự gần gũi, cảm thông và hợp tác đầy đủ.

Sai số thông tin: nếu thời điểm điều tra, khám bệnh tập trung đông người, đối tượng nghiên cứu có thể trả lời qua loa, hoặc ngại giao tiếp, không tập trung hoặc không dám nói ra triệu chứng bệnh của mình.

*Khắc phục:* chọn nghiên cứu viên, điều tra viên, thầy thuốc khám chuyên khoa là những người có chuyên môn cao, kỹ năng phỏng vấn tốt để thu thập thông tin chính xác.

- Tập huấn về kỹ năng cho nghiên cứu viên, điều tra viên về phương pháp tiếp cận và phỏng vấn, tạo môi trường thoải mái, thân thiện và gợi ý để đối tượng vui vẻ trả lời.

- Chúng tôi mời đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn ở phòng riêng để tạo điều kiện thuận lợi khi phỏng vấn, thu thập được thông tin chính xác.

- Tổ chức điều tra vào ngày nghỉ (Thứ 7 và Chủ nhật) là thời điểm dễ tập trung các đối tượng nghiên cứu và thu thập thông tin được chính xác hơn.

- Các giám sát viên tiến hành giám sát kỹ cách hỏi, ghi chép của điều tra viên trong ngày đầu điều tra. Nhóm nghiên cứu xem xét, kiểm tra lại các phiếu sau mỗi ngày điều tra.

## **2.10. Đạo đức nghiên cứu**

- Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên và được sự đồng ý của cơ quan có thẩm quyền từ huyện đến xã.

- Tiến hành nghiên cứu với thái độ trung thực, tôn trọng cộng đồng, đảm bảo không làm ảnh hưởng đến uy tín của cá nhân, người bệnh và các ban, ngành đoàn thể địa phương tham gia nghiên cứu. Khi có kết quả nghiên cứu, chúng tôi sẽ thông báo kết quả cho đối tượng nghiên cứu và chính quyền địa phương đồng thời tiến hành các can thiệp hỗ trợ chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

- Đảm bảo giữ bí mật tuyệt đối mà cá nhân đối tượng nghiên cứu đã cung cấp. Nghiên cứu viên luôn quan tâm và tôn trọng ý kiến của đối tượng nghiên cứu để có sự hợp tác tốt, cung cấp thông tin trung thực, khách quan.

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được biết rõ mục tiêu nghiên cứu và các thông tin được sử dụng đúng mục đích nghiên cứu. Nếu mắc bệnh đều được tư vấn và điều trị đầy đủ. Đối tượng nghiên cứu có quyền dừng tham gia nghiên cứu bất cứ giai đoạn nào mà không chịu áp lực gì.

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thực trạng một số bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên

*Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới tính, trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu*

Xã Đặc điểm	Phúc Lương		Phủ Lý		Hợp Thành		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
<b>Nhóm tuổi</b>	Trung bình: <b>46,34 ± 15,1</b>							
< 20 tuổi	11	1,1	11	1,1	10	1,0	32	3,3
20 - 29 tuổi	54	5,6	22	2,3	33	3,4	109	11,2
30 - 39 tuổi	91	9,4	46	4,7	55	5,7	192	19,8
40 - 49 tuổi	81	8,4	67	6,9	68	7,0	216	22,3
50 - 59 tuổi	75	7,7	94	9,7	68	7,0	237	24,4
60 tuổi trở lên	46	4,7	62	6,4	76	7,8	184	19,0
<b>Giới tính</b>								
Nam	180	18,6	91	9,4	97	10,0	368	<b>37,9</b>
Nữ	178	18,4	211	21,8	213	22,0	602	<b>62,1</b>
<b>Trình độ học vấn</b>								
Tiểu học	71	7,3	49	5,1	37	3,8	157	<b>16,2</b>
THCS	162	16,7	120	12,4	127	13,1	409	<b>42,2</b>
THPT	88	9,1	96	9,9	104	10,7	288	29,7
Trung cấp	12	1,2	15	1,5	19	2,0	46	4,7
CĐ/ĐH trở lên	25	2,6	22	2,3	23	2,4	70	7,2

*Nhận xét:* tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $46,34 \pm 15,1$ .

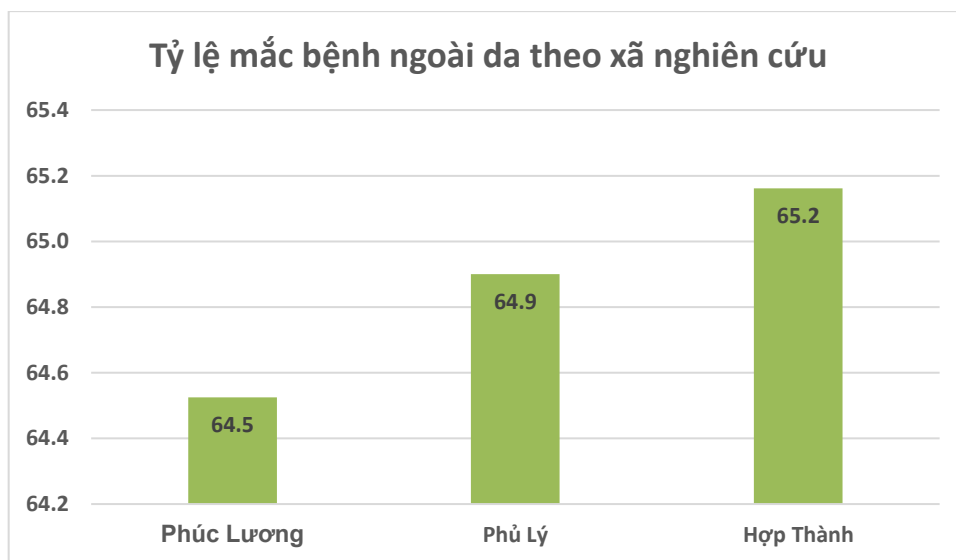
Phần lớn đối tượng nghiên cứu ở nhóm tuổi trên 30 tuổi (85,5%). Tỷ lệ nữ giới chiếm 62,1%, nam giới chiếm 37,9%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có trình độ tiểu học là 16,2%, THCS là 42,2%, THPT trở lên 41,6%.

**Bảng 3.2. Đặc điểm nhà ở, nguồn nước, công trình vệ sinh (nguồn nước, chuồng gia súc) của đối tượng nghiên cứu**

<b>Xã</b> <b>Đặc điểm</b>	<b>Phúc Lương</b>		<b>Phủ Lý</b>		<b>Hợp Thành</b>		<b>Tổng</b>	
	<b>SL</b>	<b>%</b>	<b>SL</b>	<b>%</b>	<b>SL</b>	<b>%</b>	<b>SL</b>	<b>%</b>
<b>Nhà ở</b>								
Xây kiên cố/hợp vệ sinh	283	29,2	230	23,7	259	26,7	772	<b>79,6</b>
Nhà đất	15	1,5	60	6,2	13	1,3	88	9,1
Khác	60	6,2	12	1,2	38	3,9	110	11,3
<b>Nguồn nước</b>								
Hợp vệ sinh	283	29,2	252	26,0	286	29,5	821	<b>84,6</b>
Không hợp vệ sinh	75	7,7	50	5,2	24	2,5	149	15,4
<b>Chuồng gia súc</b>								
Hợp vệ sinh	299	30,8	218	22,5	251	25,9	768	<b>79,2</b>
Không hợp vệ sinh	59	6,1	84	8,7	59	6,1	202	20,8

*Nhận xét:*

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có nhà kiên cố chiếm 79,6%, nguồn nước hợp vệ sinh chiếm 84,6%, chuồng gia súc hợp vệ sinh chiếm 79,2%.

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da tại các xã nghiên cứu**

*Nhận xét:* tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở xã Phúc Lương là 64,5%; xã Phú Lý là 64,9% và xã Hợp Thành là 65,2%.

***Hộp 3.1. Trả lời phỏng vấn sâu của Chủ tịch Hội nông dân tập thể về tình hình mắc các bệnh ngoài da ở người lao động***

Trong cuộc phỏng vấn Chủ tịch Hội nông dân tập thể, bà Đ T B T có ý kiến như sau:

*“Bà con nông dân, đặc biệt là những người thường tiếp xúc với ruộng nước hoặc là môi trường ẩm ướt mất vệ sinh trong chăn nuôi, họ đều biết bị ngứa, có bệnh ở kẽ chân, kẽ tay hoặc các vùng kín của cơ thể. Tuy nhiên họ đều cảm thấy như là sự đương nhiên, nhiều khi không chữa trị nó cũng tự khỏi hoặc trở thành mạn tính không ảnh hưởng mấy đến sức khỏe”.*

*“Người dân chẳng mấy khi đi đến thầy thuốc điều trị cho dứt điểm mà thường tự chữa bệnh ở nhà bằng các phương pháp chữa bệnh dân gian nên bệnh hầu như không bao giờ khỏi”. Chúng tôi cho rằng cần phải nâng cao nhận thức của người lao động nông nghiệp về các bệnh ngoài da và tác hại của nó để người dân biết tự bảo vệ sức khỏe của mình.*

*Nhận xét:*

Kết quả phỏng vấn cho thấy người lao động nông nghiệp ở đây cũng biết tỷ lệ mắc bệnh cao, cũng gây phiền phức nhưng họ chủ quan nên quá trình chữa trị không hiệu quả.

**Bảng 3.3. Cơ cấu các bệnh ngoài da tại 3 xã nghiên cứu**

<b>Bệnh ngoài da</b>	<b>Xã</b>		<b>Phúc Lương</b>		<b>Phủ Lý</b>		<b>Hợp Thành</b>		<b>Tổng</b>	
	<b>SL</b>	<b>%</b>	<b>SL</b>	<b>%</b>	<b>SL</b>	<b>%</b>	<b>SL</b>	<b>%</b>	<b>SL</b>	<b>%</b>
Các bệnh nấm da	97	27,1	71	23,5	50	16,1	218	<b>22,4</b>		
Sẩn ngứa, mề đay	74	<b>20,7</b>	75	<b>24,8</b>	46	14,8	195	<b>20,1</b>		
Viêm da cơ địa	39	10,9	35	11,6	50	16,1	124	<b>12,8</b>		
Viêm da tiếp xúc	8	2,2	12	4,0	34	11,0	54	5,6		
Viêm nang lông, tuyến bã	7	2,0	3	1,0	16	5,2	26	2,7		
Viêm da dị ứng	6	1,7	0	0	6	1,9	12	1,2		
Sạm da	4	1,1	7	2,3	5	1,6	16	1,6		
Không có bệnh	127	35,5	106	35,1	108	34,8	341	35,2		
<b>Tổng số khám</b>	<b>358</b>	<b>36,9</b>	<b>302</b>	<b>31,1</b>	<b>310</b>	<b>32,0</b>	<b>970</b>	<b>100</b>		

*Ghi chú:* một số người lao động mắc trên 01 bệnh

*Nhận xét:*

Trong các loại bệnh ngoài da, tỉ lệ mắc các bệnh nấm da chung tương đối cao 22,4%; sẩn ngứa mề đay chiếm 20,1%. Tiếp đến là viêm da cơ địa 12,8%; Trong đó, ở 2 xã Phúc Lương và Phủ Lý có tỉ lệ sẩn ngứa mề đay chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 20,7 và 24,8%. Ở xã Hợp Thành, viêm da cơ địa là bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 16,1%. Tỷ lệ mắc sạm da nghề nghiệp là 1,6%.

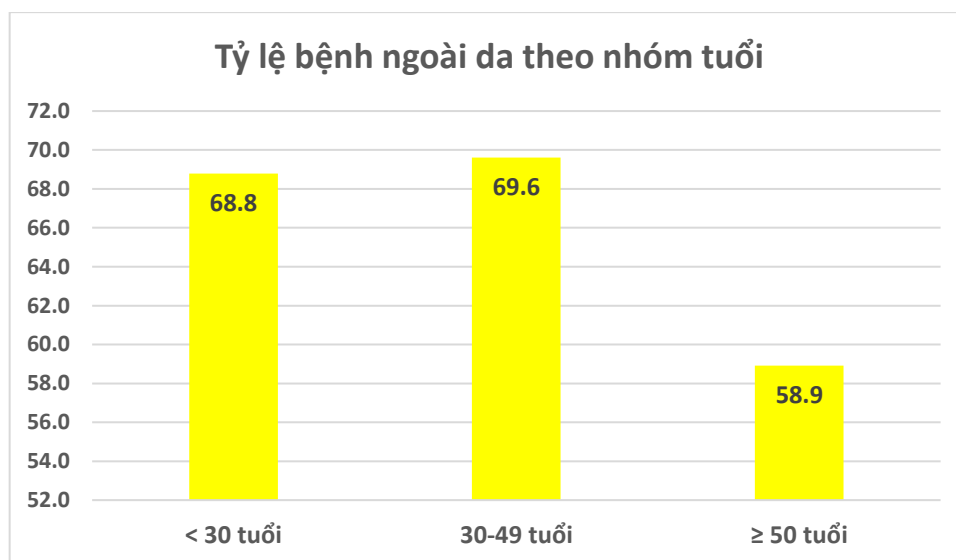
**Bảng 3.4. Cơ cấu các bệnh nấm da tại 3 xã nghiên cứu**

Bệnh nấm da	Xã		Phúc Lương		Phủ Lý		Hợp Thành		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Nấm da thân	28	7,8	24	7,9	28	9,0	80	<b>8,2</b>		
Nấm móng	25	7,0	38	12,6	9	2,9	72	<b>7,4</b>		
Nấm kẽ	43	12,0	6	2,0	9	2,9	58	<b>6,0</b>		
Nấm tóc	1	0,3	3	1,0	4	1,3	8	0,8		
<b>Tổng</b>	<b>97</b>	<b>27,1</b>	<b>71</b>	<b>23,5</b>	<b>50</b>	<b>16,1</b>	<b>218</b>	<b>22,4</b>		

*Ghi chú:* một số người lao động mắc trên 01 bệnh;

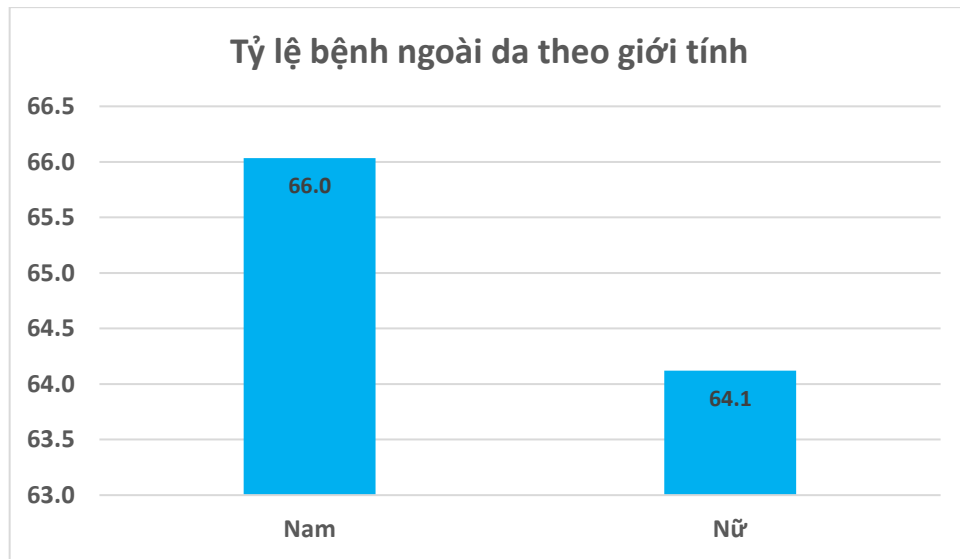
*Nhận xét:* tổng số người mắc nấm da chung tương đối cao: 22,4%.

Trong đó nấm da thân mình 8,2%; nấm móng 7,4%; nấm kẽ 6%.

**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động theo nhóm tuổi**

*Nhận xét:* tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động tương đối cao.

Người lao động dưới 50 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh da cao: nhóm dưới 30 tuổi là 68,8%; nhóm 30-49 tuổi là 69,6%; nhóm tuổi trên 50 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh da thấp nhất là 58,9%.

**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da theo giới tính**

*Nhận xét:*

Tỷ lệ mắc bệnh da theo giới tính ở nam giới là 66,0%, gần tương đương với tỷ lệ mắc bệnh da ở nữ giới là 64,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Hộp 3.2. Trả lời phỏng vấn sâu của đại diện người lao động nông nghiệp về kiến thức đối với các bệnh ngoài da ở người lao động**

Trong cuộc phỏng vấn về hiểu biết bệnh ngoài da trong lao động, đại diện một số người lao động có ý kiến như sau:

“Ông Hoàng Văn T nói rằng: bệnh ngoài da thì ai mà chả mắc nhất là chúng tôi thường xuyên phải lội dưới ruộng cày cấy, hoặc trồng cây, chăm sóc cây chè, ... tuy nhiên có hơi khó chịu một chút”.

“Bà Lê Thị Y cho rằng: bệnh ngoài da rất khó chữa khỏi hẳn hoặc chữa rất lâu nên không mấy khi chữa dứt điểm được”.

“Bà Đào Thị B nói: chúng tôi cũng đi chữa ở nhiều nơi nhưng thuốc có tác dụng kém hoặc không khỏi nên cũng chán”.

*Nhận xét:*

Kết quả phỏng vấn cho thấy: bệnh ngoài da khá thường gặp ở người lao động song quá trình chữa trị lại không được người dân chú ý nên hiệu quả chưa cao. Về mặt chuyên môn, các thầy thuốc cũng cần cập nhật, đào tạo liên tục, nâng cao năng lực để có những phương pháp, phác đồ điều trị hiệu quả.



**Bảng 3.5. Phân bố bệnh ngoài da theo trình độ học vấn**

<b>Bệnh ngoài da</b> <b>Học vấn</b>	<b>Có</b>		<b>Không</b>		<i>p</i>
	<b>SL</b>	<b>%</b>	<b>SL</b>	<b>%</b>	
Tiểu học (1)	96	<b>15,3</b>	61	17,9	P <sub>1,2</sub> < 0,05
Trung học cơ sở (2)	269	<b>42,8</b>	140	41,1	
THPT trở lên (3)	264	<b>42,0</b>	140	41,1	P <sub>1,3</sub> < 0,05
<b>Tổng</b>	629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:*

Trong số những người bị bệnh ngoài da, tỷ lệ những người bệnh có trình độ tiểu học là 15,3% so với trung học cơ sở chiếm 42,8% và THPT trở lên chiếm 42%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.6. Tỷ lệ bệnh ngoài da theo nghề chuyên canh**

<b>Bệnh ngoài da</b> <b>Nghề nông</b>	<b>Có</b>		<b>Không</b>		<i>p</i>
	<b>SL</b>	<b>%</b>	<b>SL</b>	<b>%</b>	
(1) Lúa và hoa màu (364)	257	<b>70,6</b>	107	29,4	P <sub>1,3</sub> < 0,05
(2) Chè (489)	318	<b>65,0</b>	171	35,0	
(3) Cả chè và lúa (117)	54	<b>46,1</b>	63	53,9	P <sub>2,3</sub> < 0,05
<b>Tổng (970)</b>	629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:* tỷ lệ người bị bệnh da ở những người chuyên canh lúa và hoa màu cao nhất (chiếm 70,6%), tiếp theo là những người trồng chè là 65,0%; ở những người trồng cả chè và lúa là 46,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P_{1,3} < 0,05$  và  $P_{2,3} < 0,05$ .

**Hộp 3.3. Thảo luận nhóm của người lao động nông nghiệp về môi trường lao động nông nghiệp tại địa phương**

Trong cuộc thảo luận nhóm người lao động nông nghiệp, có một số ý kiến tập trung như sau:

- Ý kiến thứ nhất: môi trường lao động nông nghiệp chứa nhiều yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỉ lệ bệnh ngoài da ở nông dân như độ ẩm ướt, bùn đất, phân bón mất vệ sinh.

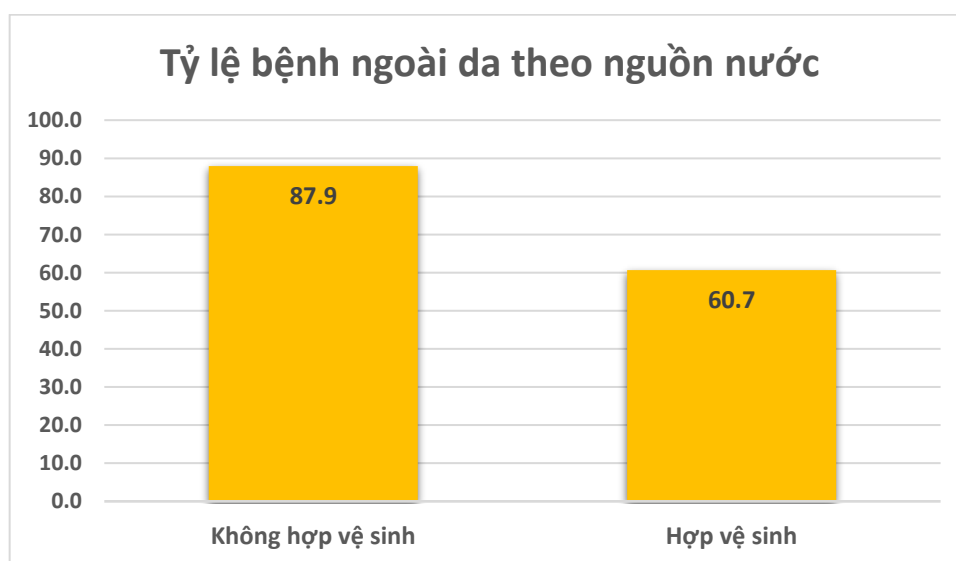
- Ý kiến thứ hai: người dân vẫn quen sử dụng phân tươi trong canh tác lúa, hoa màu. Đây là yếu tố làm gia tăng sự tồn tại của mầm bệnh.

- Nhìn chung người lao động biết ẩm ướt và mồ hôi là những yếu tố liên quan có thể mắc các bệnh da.

*Nhận xét:*

Kết quả thảo luận nhóm cho thấy mọi người đã nhận thức được ảnh hưởng của các yếu tố môi trường có khả năng làm gia tăng tỉ lệ bệnh ngoài da. Đặc biệt các yếu tố độ ẩm ướt, phân bón, mồ hôi trong lao động nặng kết hợp các yếu tố ô nhiễm môi trường làm gia tăng nguy cơ gây bệnh da.

**Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ bệnh ngoài da theo nguồn nước**



*Nhận xét:* Tỷ lệ bệnh ngoài da cao gấp ở những người thường xuyên sử dụng nguồn nước sinh hoạt không hợp vệ sinh chiếm 87,9% so với những người sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh 60,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.2. Một số yếu tố liên quan đối với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp dân tộc Tày

**Bảng 3.7. Kiến thức, hiểu biết chung về bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu**

Kiến thức	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	SL	%	SL	%
Kể tên được một số loại bệnh ngoài da thường gặp	543	56,0	427	44,0
Biết nguyên nhân gây bệnh ngoài da	79	<b>8,1</b>	891	91,9
Biết bệnh nấm da là bệnh có lây	749	<b>77,2</b>	221	22,8
Biết nấm da lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp	730	<b>75,3</b>	240	24,7
Biết biểu hiện của bệnh ngoài da	430	<b>44,3</b>	540	55,7
Biết những tác hại của bệnh nấm da	110	11,3	860	88,7
Biết bệnh nấm da là bệnh có thể phòng được	713	73,5	257	26,5
Biết điều kiện vệ sinh ô nhiễm có liên quan tới mắc bệnh ngoài da	790	<b>81,4</b>	180	18,6

*Nhận xét:*

Tỷ lệ biết bệnh nấm da là bệnh có lây là 77,2%; biết điều kiện vệ sinh ô nhiễm có liên quan tới bệnh ngoài da 81,4%; Biết nấm da lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp 75,3%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết nguyên nhân gây bệnh ngoài da chỉ chiếm 8,1%, biết biểu hiện của bệnh ngoài da chiếm 44,3%.

**Hộp 3.4. Thảo luận nhóm các cán bộ thuộc các ban, ngành của địa phương về các yếu tố liên quan và công tác phòng chống bệnh ngoài da**

Trong cuộc thảo luận nhóm các cán bộ ban, ngành địa phương, chúng tôi thấy có một số ý kiến tập trung như sau:

- Bà Hoàng Thị Q, cán bộ hội phụ nữ cho rằng: các yếu tố liên đến các bệnh ngoài da ở phụ nữ chúng tôi đặc biệt là làm ruộng lúa nước có rất nhiều. Trong đó phải kể đến là lội nước cả ngày, vệ sinh sau lao động qua loa sơ sài.

- Chị Tào Thị H, bí thư Đoàn thanh niên xã nói: chị em chúng tôi thường xuyên đi đất, không giày dép khi lội ruộng, làm nương vì cảm thấy vướng bận, khó chịu, khó thao tác nên cũng dễ mắc bệnh ngoài da.

- Bà Lý Thị D, chủ tịch hội chữ thập đỏ xã có ý kiến: tôi không thấy ai nói về phòng chống bệnh ngoài da ở nông dân nên cũng coi như là sự đương nhiên, mắc bệnh thì chữa, chẳng ai chữa đến nơi đến chốn nên bệnh cứ kéo dài mãi.

**Nhận xét:**

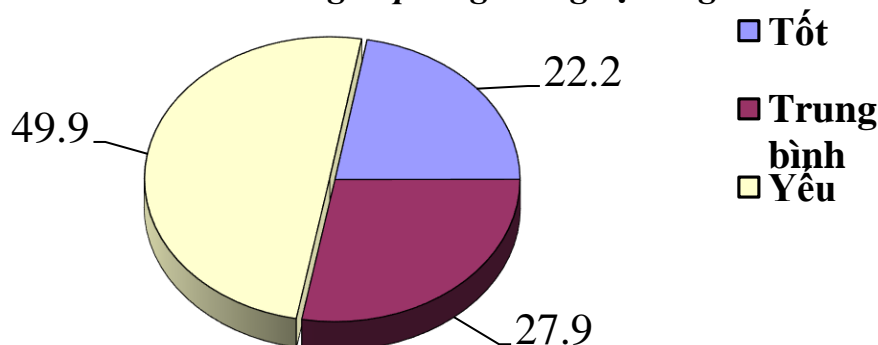
Nhìn chung, cán bộ các ban ngành, đoàn thể trong xã đều nhấn mạnh điều kiện lao động, vệ sinh môi trường cũng như thói quen của người lao động nông nghiệp tại xã Phú Lý đang có nhiều yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỉ lệ bệnh ngoài da ở người lao động.

**Bảng 3.8. Kiến thức về phòng chống và phát hiện bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu**

Kiến thức	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	SL	%	SL	%
Biết điều kiện nhà ở/nơi làm việc thuận lợi cho bệnh ngoài da phát triển	311	32,1	659	67,9
Biết những yếu tố thời tiết thuận lợi cho bệnh ngoài da phát triển	829	<b>85,5</b>	141	14,5
Biết dùng loại xà phòng thích hợp có thể góp phần phòng bệnh ngoài da	661	68,1	309	31,9
Biết thay, giặt sạch sẽ quần áo thường xuyên góp phần phòng bệnh ngoài da	846	87,2	124	12,8
Biết bệnh ngoài da có thể chữa được	877	<b>90,4</b>	93	9,6
Biết bệnh ngoài da không phải là bệnh cấp tính, điều trị nhanh khỏi	615	63,4	355	36,6
Biết bệnh ngoài da là bệnh mãn tính và hay tái phát	535	<b>55,2</b>	435	44,8
Biết xét nghiệm phát hiện bị nhiễm nấm da là soi tươi	493	50,8	477	49,2

*Nhận xét:*

Tỷ lệ biết những yếu tố thời tiết thuận lợi cho sự phát triển bệnh ngoài da là 85,5%; biết các bệnh ngoài da là bệnh mãn tính và hay tái phát 55,2%; 90,4% đối tượng nghiên cứu biết bệnh ngoài da có thể chữa được.

**Biểu đồ 3.5. Kiến thức chung về phòng chống bệnh ngoài da của ĐTNC**

*Nhận xét:* Tỷ lệ kiến thức chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da lần lượt là 22,2%, 27,9% và 49,9% (theo thứ tự).

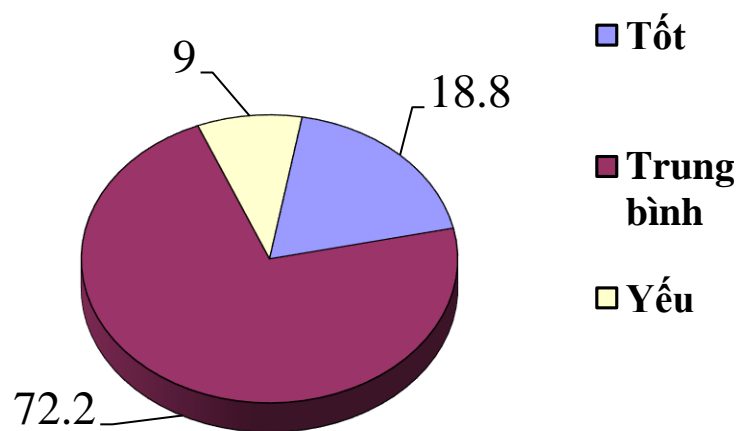
**Bảng 3.9. Thái độ phòng chống bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu**

Thái độ	Tốt		Không tốt	
	SL	%	SL	%
Bệnh ngoài da có ảnh hưởng đến năng suất lao động, chất lượng cuộc sống	620	<b>63,9</b>	350	36,1
Bệnh ngoài da là bệnh mãn tính, hay tái phát và không chữa khỏi	385	39,7	585	60,3
Bệnh ngoài da hoàn toàn phòng được	691	71,2	279	28,8
Việc không dùng chung đồ dùng cá nhân góp phần phòng bệnh ngoài da	800	82,5	170	17,5
Phòng bệnh tránh mặc quần áo ẩm ướt/chật gây cọ xát, ướt mồ hôi	860	88,7	110	11,3
Sử dụng xà phòng thích hợp có thể phòng bệnh ngoài da	759	78,2	211	21,8
Sử dụng nguồn nước không hợp vệ sinh là điều kiện nhiễm bệnh ngoài da	886	91,3	84	8,7
Vệ sinh cá nhân sạch sẽ, hợp lý góp phần phòng bệnh ngoài da	915	94,3	55	5,7
Môi trường sống, lao động có độ ẩm cao, nhiệt độ cao, ô nhiễm bụi khói độc hại làm tăng khả năng mắc bệnh ngoài da	819	84,4	151	15,6
Khám sức khỏe định kỳ có khám bệnh ngoài da là cần thiết	685	<b>70,6</b>	285	29,4
Khi có biểu hiện bệnh nấm da cần phải đến cơ sở y tế khám, điều trị	806	83,1	164	16,9

*Nhận xét:*

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đồng ý rằng bệnh ngoài da có ảnh hưởng đến năng suất lao động, chất lượng cuộc sống, sinh hoạt hàng ngày là 63,9%; khám sức khỏe định kỳ trong đó có khám phát hiện bệnh ngoài da là cần thiết chiếm 70,6%.

**Biểu đồ 3.6. Thái độ chung phòng chống bệnh ngoài da của ĐTNC**

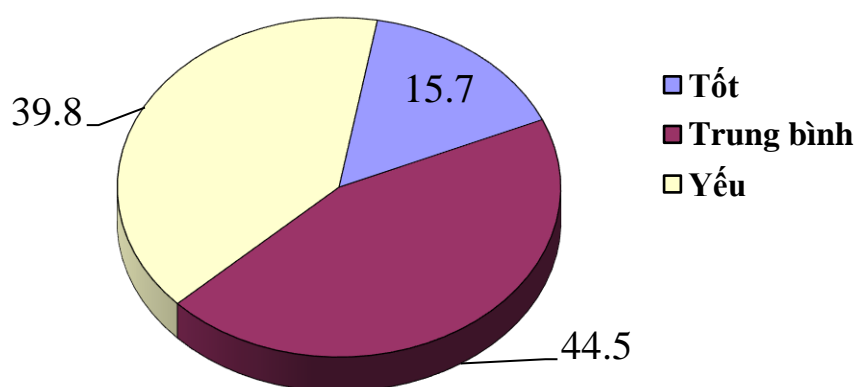
*Nhận xét:*

Tỷ lệ thái độ chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da là 18,8%, 72,2% và 9,0% (theo thứ tự).

**Bảng 3.10. Thực hành phòng chống bệnh ngoài da**

Thực hành	Đúng		Không đúng	
	SL	%	SL	%
Đi đến các cơ sở y tế điều trị khi mình hoặc người nhà bị bệnh ngoài da	489	<b>50,4</b>	481	49,6
Tránh các thói quen không tốt để phòng bệnh ngoài da	458	47,2	512	52,8
Thường xuyên tắm ngay sau khi đi lao động về	528	<b>54,4</b>	442	45,6
Có thói quen dùng xà phòng khi tắm	587	<b>60,5</b>	383	39,5
Không dùng chung đồ dùng, vật dụng cá nhân với người khác	375	38,7	595	61,3
Không sống, lao động trong môi trường nóng, ẩm và nhiều bụi	405	41,8	565	58,2
Yêu cầu bác sỹ khám cho mình về bệnh ngoài da khi khám sức khỏe	491	50,6	479	49,4

*Nhận xét:* Tỷ lệ đến các cơ sở y tế điều trị khi bị bệnh ngoài da là 50,4%, có thói quen dùng xà phòng khi tắm là 60,5%, thường xuyên tắm ngay sau khi đi lao động về là 54,4%.

**Biểu đồ 3.7. Đánh giá thực hành chung phòng chống bệnh ngoài da**

*Nhận xét:* Tỷ lệ thực hành chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da là 15,7%, 44,5% và 39,8% (theo thứ tự).



***Hộp 3.5. Thảo luận nhóm các cán bộ y tế của địa phương về phác đồ, phương pháp điều trị bệnh ngoài da đã áp dụng tại địa phương***

Trong cuộc thảo luận nhóm các cán bộ y tế địa phương về việc điều trị bệnh ngoài da, có một số ý kiến tập trung như sau:

*“Ý kiến đồng chí trưởng trạm y tế xã Phú Lý: từ trước đến nay chúng tôi thường dựa vào hướng dẫn sử dụng của mỗi hộp thuốc và kinh nghiệm được học từ các thầy bộ môn Da liễu. Chúng tôi chưa thực sự quan tâm nhiều đến bệnh da nghề nghiệp ở người lao động nông nghiệp nên cách chữa trị thường chưa đầy đủ và triệt để”.*

*“Ý kiến trưởng trạm y tế xã Hợp Thành: bây giờ chúng tôi mới biết vấn đề xác định yếu tố nguy cơ gây nên các bệnh da ở người lao động là một khâu rất quan trọng trong công tác phòng chống bệnh ngoài da góp phần chăm sóc sức khỏe người lao động nông nghiệp”.*

*“Ý kiến của chị Hoàng Thị X, cán bộ y tế xã Phú Lý: bây giờ chúng tôi mới nhận thức rõ phải kết hợp giữa giải quyết các yếu tố nguy cơ, bảo hộ lao động và công tác điều trị thì hiệu quả phòng chống bệnh ngoài da mới có thể tốt được”.*

*Nhận xét:*

Nhìn chung cán bộ y tế thường chỉ chú ý đến lâm sàng và các phương pháp điều trị trực tiếp người bệnh. Do chưa quan tâm đúng mức về các yếu tố liên quan đến việc phát sinh, phát triển bệnh ngoài da của người lao động nên hiệu quả phòng chống bệnh ngoài da chưa cao. Đồng thời, nhận thức về phòng chống bệnh ngoài da và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế điều trị của người dân địa phương còn hạn chế.

**Bảng 3.11. Liên quan giữa độ tuổi, giới tính với bệnh ngoài da**

Chỉ số \ Bệnh ngoài da		Có		Không		p
		SL	%	SL	%	
<b>Tuổi</b>	(1) < 30 tuổi (141)	97	<b>68,8</b>	44	31,2	P <sub>1,3</sub> < 0,05
	(2) 30-49 tuổi (408)	284	<b>69,6</b>	124	30,4	P <sub>2,3</sub> < 0,05
	(3) ≥ 50 tuổi (421)	248	<b>58,9</b>	173	41,1	P <sub>1,2&amp;3</sub> < 0,05
<b>Giới</b>	Nam (368)	243	66,0	125	34,0	P > 0,05
	Nữ (602)	386	64,1	216	35,9	
<b>Tổng</b>		629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:*

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở 2 nhóm tuổi dưới 50 tuổi và nhóm tuổi ≥ 50 trở lên với (p < 0,05). Nhóm người dưới 30 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh ngoài da (68,8%) và nhóm 30-49 tuổi (69,6%) đều cao hơn so với nhóm người trên 50 tuổi (58,9%). Chưa thấy có mối liên quan giữa giới tính của đối tượng nghiên cứu với bệnh ngoài da (p > 0,05).

**Hộp 3.6. Phỏng vấn lãnh đạo địa phương về các yếu tố liên quan và phương pháp can thiệp phòng chống các bệnh ngoài da**

Trong cuộc phỏng vấn lãnh đạo địa phương về các yếu tố liên quan và giải pháp can thiệp phòng chống bệnh ngoài da, Ông ...D có ý kiến như sau:

“Ông Chủ tịch ủy ban nhân dân xã Phủ Lý, NG V Đ cho rằng: việc xác định các yếu tố liên quan đến bệnh ngoài da cũng như xây dựng các giải pháp can thiệp phòng chống sẽ mang lại kết quả làm giảm tỷ lệ bệnh, nâng cao trình độ chuyên môn của các cán bộ y tế địa phương”.

“Ông Bí thư đảng ủy xã Hoàng V Th cho rằng: việc can thiệp toàn diện của chương trình không những huy động được sự tham gia các ban ngành, mà còn làm cho người nông dân hiểu rõ trách nhiệm tự bảo vệ sức khỏe bản thân, sẽ nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe nhân dân địa phương. Chúng tôi hết sức trân trọng và hưởng ứng”.

*Nhận xét:*

Nhìn chung các cán bộ lãnh đạo xã đều thấy được mô hình các giải pháp can thiệp sẽ mang lại kết quả tốt trong phòng chống bệnh ngoài da ở người lao động tại địa phương. Các đồng chí lãnh đạo địa phương nhiệt tình ủng hộ và tin tưởng rằng các giải pháp dễ áp dụng và có thể nhân rộng ở cộng đồng.

**Bảng 3.12. Liên quan giữa trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu với bệnh ngoài da**

Bệnh ngoài da Học vấn	Có		Không		p
	SL	%	SL	%	
< THPT	365	<b>64,5</b>	201	35,5	> 0,05
≥ THPT	264	<b>65,3</b>	140	34,7	
<b>Tổng</b>	629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:*

Không có mối liên quan giữa nhóm trình độ học vấn dưới THPT và nhóm trên THPT của đối tượng nghiên cứu với bệnh ngoài da ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.13. Liên quan giữa các nhóm nghề nông với bệnh ngoài da**

Bệnh ngoài da Nghề nông	Có		Không		p
	SL	%	SL	%	
(1) Lúa và hoa màu (364)	257	<b>70,6</b>	107	29,4	$P_{1,3} < 0,05$
(2) Chè (489)	318	<b>65,0</b>	171	35,0	
(3) Cả chè và lúa (117)	54	<b>46,1</b>	63	53,9	$P_{2,3} < 0,05$
<b>Tổng</b>	629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:*

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nghề nông với bệnh ngoài da ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở những người nông dân trồng lúa và hoa màu (70,6%) cao hơn hẳn so với những người trồng chè và lúa (46,1%) (với  $P_{1,3} < 0,05$ ); Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở những người nông dân trồng chè (65,0%) cao hơn so với những người trồng cả chè và lúa (46,1%) (với  $P_{2,3} < 0,05$ ).

**Bảng 3.14. Liên quan giữa đặc điểm nhà ở của đối tượng nghiên cứu với bệnh ngoài da**

Nhà ở \ Bệnh ngoài da	Có		Không		p
	SL	%	SL	%	
Không kiên cố (198)	142	<b>71,7</b>	56	28,3	<b>&lt; 0,05</b>
Kiên cố (772)	487	<b>63,1</b>	285	36,9	
<b>Tổng</b>	629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:*

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhà ở không kiên cố của đối tượng nghiên cứu với bệnh ngoài da ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở những người ở nhà xây kiên cố (chiếm 63,1%) thấp hơn những người ở nhà không kiên cố (chiếm 71,7%).

**Bảng 3.15. Liên quan giữa các công trình vệ sinh của đối tượng nghiên cứu với bệnh ngoài da**

Chỉ số \ Bệnh ngoài da	Có		Không		p	
	SL	%	SL	%		
<b>Nguồn nước</b>	Không hợp vệ sinh (149)	108	<b>72,5</b>	41	27,5	<b>&lt; 0,05</b>
	Hợp vệ sinh (821)	521	63,5	300	36,5	
<b>Chuồng gia súc</b>	Không hợp vệ sinh (202)	169	<b>83,7</b>	33	16,3	<b>&lt; 0,05</b>
	Hợp vệ sinh (768)	460	59,9	308	40,1	
<b>Tổng</b>	629	64,8	341	35,2		

*Nhận xét:*

Có mối liên quan giữa nguồn nước và chuồng gia súc không hợp vệ sinh với bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở những người có nguồn nước và chuồng gia súc hợp vệ sinh (chiếm 63,5% và 59,9%) thấp hơn ở những người dân có nguồn nước và chuồng gia súc không hợp vệ sinh (chiếm 72,5% và 83,7%).

**Hộp 3.7. Phỏng vấn lãnh đạo Hội nông dân tập thể về các yếu tố liên quan và kết quả của các phương pháp can thiệp phòng chống các bệnh ngoài da**

Trong cuộc phỏng vấn lãnh đạo Hội nông dân tập thể về các yếu tố liên quan và kết quả điều trị bệnh ngoài da, bà Chủ tịch hội có một số ý kiến như sau:

- Chúng tôi cho rằng việc xác định các yếu tố liên quan đến bệnh ngoài da mà các nhà chuyên môn đặt ra là hết sức quý báu, là cơ sở cho các giải pháp phòng chống bệnh được khoa học hơn.

- Kết quả của các giải pháp can thiệp là rất thuyết phục. Tỷ lệ bệnh ngoài da không những giảm mà tỷ lệ các bệnh mạn tính liên quan đến lao động nông nghiệp cũng ít hơn.

- Chúng tôi sẽ tiếp tục vận động các hội viên hội nông dân tập thể tăng cường bảo vệ sức khỏe của mình thông qua việc áp dụng thường xuyên những kỹ năng, kiến thức đã được tập huấn vào trong đời sống, lao động hàng ngày.

*Nhận xét:*

Kết quả nghiên cứu cho thấy: lãnh đạo hội nông dân tập thể đã xác định được vai trò của mình trong công tác phòng chống bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp. Các giải pháp can thiệp được cho là có kết quả khả quan, được mọi người tin tưởng và làm theo.

**Bảng 3.16. Liên quan giữa kiến thức phòng chống bệnh với tỷ lệ bệnh ngoài da**

Bệnh ngoài da Kiến thức	Có		Không		p
	SL	%	SL	%	
Chưa tốt (755)	502	<b>66,5</b>	253	33,5	<b>&gt; 0,05</b>
Tốt (215)	127	<b>59,1</b>	88	40,9	
<b>Tổng</b>	629	<b>64,8</b>	341	35,2	

*Nhận xét:* Kiến thức về phòng chống bệnh tốt, tỷ lệ mắc bệnh ngoài da có giảm, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ bệnh ngoài

da gặp ở những người có kiến thức tốt (chiếm 59,1%) thấp hơn những người có kiến thức chưa tốt (66,5%).

**Bảng 3.17. Liên quan giữa thái độ phòng chống bệnh với tỷ lệ bệnh ngoài da**

Bệnh ngoài da Thái độ	Có		Không		p
	SL	%	SL	%	
Chưa tốt (788)	524	<b>66,5</b>	264	33,5	<b>&lt; 0,05</b>
Tốt (182)	105	<b>57,7</b>	77	42,3	
<b>Tổng</b>	629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:*

Thái độ về phòng chống bệnh da tốt, tỷ lệ mắc bệnh ngoài da có giảm, có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ bệnh da gặp ở những người có thái độ phòng chống bệnh tốt (chiếm 57,7 %) thấp hơn những người có thái độ chưa tốt (66,5%).

**Bảng 3.18. Liên quan giữa thực hành phòng chống bệnh với tỷ lệ bệnh ngoài da**

Bệnh ngoài da Thực hành	Có		Không		p
	SL	%	SL	%	
Chưa tốt (818)	543	<b>66,4</b>	275	33,6	<b>&lt; 0,05</b>
Tốt (152)	86	<b>56,6</b>	66	43,4	
<b>Tổng</b>	629	64,8	341	35,2	

*Nhận xét:*

Có mối liên quan giữa thực hành về phòng chống bệnh với tỉ lệ mắc bệnh ngoài da ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ bệnh ngoài da gặp ở những người có thực hành tốt (chiếm 56,6%) thấp hơn những người thực hành chưa tốt (66,4%).

**Bảng 3.19. Tổng hợp các yếu tố liên quan đối với các bệnh ngoài da ở người lao động dân tộc Tày**

Yếu tố liên quan	OR đơn biến (95%CI)
Tuổi <30	1,6(1,2-2,1)
Giới Nam	1,1(0,8-1,4)
Học vấn <THPT	0,96(0,7-1,3)
Nhà ở không kiên cố	1,5(1,1-2,1)*
Nguồn nước không hợp vệ sinh	1,5(1,03-2,23)*
Chuồng gia súc không hợp vệ sinh	<b>3,4(2,3-5,1)**</b>
Kiến thức phòng chống bệnh chưa tốt	<b>1,4(1,01-1,9)*</b>
Thái độ PC bệnh ngoài da chưa tốt	<b>1,5(1,05-2,02)*</b>
Thực hành PC bệnh ngoài da chưa tốt	<b>1,5(1,07-2,15)*</b>

*Nhận xét:*

Kết quả tổng hợp về các yếu tố liên quan đối với bệnh ngoài da ở người lao động dân tộc Tày cho thấy mối liên quan quan trọng, tác động làm gia tăng nhiều đối với tỷ lệ các bệnh ngoài da cao là chuồng gia súc không hợp vệ sinh. Kiến thức, thái độ, thực hành trong phòng chống các bệnh ngoài da của người lao động cũng là những yếu tố liên quan cần lưu ý (OR=1,4-1,5).

### **3.3. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu bệnh ngoài da ở người lao động thuộc dân tộc Tày huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên.**

**Bảng 3.20. Kết quả tập huấn cho các thành viên tham gia can thiệp**

Kiến thức PC bệnh ngoài da	Thời điểm		Sau tập huấn		p
	SL	%	SL	%	
Tốt	8	<b>18,6</b>	33	<b>76,7</b>	<b>&lt; 0,05</b>
Trung bình	23	53,5	5	11,6	
Yếu	12	27,9	5	11,6	
<b>Tổng</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	100,0	

*Nhận xét:* sau đợt tập huấn, kiến thức tốt của học viên về phòng chống bệnh ngoài da tăng lên rõ rệt, nhất là mức độ khá, giỏi (từ 18,6% tăng lên 76,7% với  $p < 0,05$ ).

***Hộp 3.8. Thảo luận nhóm người lao động nông nghiệp về kết quả điều trị các bệnh ngoài da***

Trong cuộc thảo luận nhóm người lao động về kết quả điều trị bệnh ngoài da, có một số ý kiến tập trung như sau:

- Bà Lê Thị X nói: không chỉ tôi mà rất nhiều người đã được chữa khỏi bệnh ngoài da. Tôi bị nấm kẽ chân nhiều năm chữa trị nhưng không khỏi. Đợt này được giải thích, hướng dẫn phương pháp chữa trị, còn được cấp thuốc miễn phí nên tôi đã nghe theo và điều trị thành công.

- Bà Đoàn Th H nói: bệnh hắc bào của tôi cũng như một số người đã được chữa khỏi hẳn, không để lại mề đay, ngứa kéo dài như trước đây. Tôi cho rằng vấn đề phát hiện kịp thời và điều trị triệt để mới giải quyết được các bệnh ngoài da của nông dân chúng tôi.

- Ông L V C nói: lần này các cán bộ điều trị cho tôi rất hiệu quả, bệnh nấm móng ở chân coi như đã khỏi hẳn. Cán bộ y tế cũng nói nếu không chú ý vệ sinh sau lao động thì bệnh nấm móng sẽ có nguy cơ mắc lại. Điều này trước kia tôi không biết nên cứ điều trị hết lần này đến lần khác mà bệnh không dứt điểm.

*Nhận xét:*

Hầu hết những người mắc bệnh cho rằng: phương pháp điều trị kết hợp với công tác dự phòng mà các thầy thuốc khuyến cáo, áp dụng là có hiệu quả rõ rệt. Người bệnh chúng tôi cũng biết được nhiều hơn về ảnh hưởng của bệnh cũng như phương pháp phòng chống các bệnh này. Qua đó, sức khỏe của người lao động có cơ hội cải thiện tốt hơn.



**Bảng 3.21. Kết quả hoạt động truyền thông phòng chống bệnh ngoài da của các thành viên tham gia can thiệp**

<b>Chỉ số TT-GDSK</b> <b>Các tổ chức thực hiện</b>	<b>Số buổi truyền thông</b>	<b>Số buổi tư vấn tại hộ gia đình</b>	<b>Số lượt người nghe</b>
Các tổ chức chính quyền, ban ngành	51	0	1.210
Cán bộ y tế xã	21	41	425
NVYTTB/Hội Nông dân	102	180	3011
Các hội quần chúng khác	25	510	519
<b>Tổng</b>	<b>199</b>	<b>731</b>	<b>5.165</b>

*Nhận xét:*

Có 5.165 số lượt người được nghe TT-GDSK phòng chống bệnh ngoài da thông qua 199 cuộc họp và 731 buổi tư vấn tại hộ gia đình. Đóng góp nhiều trong hoạt động này đó là vai trò của NVYTTB/Chi hội nông dân tại các thôn/bản (102 buổi, 3.011 lượt người nghe). Tiếp theo là tham gia của các tổ chức chính quyền, ban ngành xã (51 buổi, 1.210 lượt người nghe). Vai trò của các các hội quần chúng khác cũng rất tích cực (25 buổi, 510 lượt hộ, 519 lượt người nghe).

***Hộp 3.9. Thảo luận nhóm các cán bộ thuộc các ban, ngành, đoàn thể địa phương về kết quả các giải pháp can thiệp phòng chống các bệnh ngoài da***

Trong cuộc thảo luận nhóm các ban, ngành, đoàn thể địa phương về kết quả can thiệp phòng chống bệnh ngoài da, có một số ý kiến tập trung như sau:

- Bà Hoàng Th M, chi hội trưởng chi hội phụ nữ Khuôn Lân nói: các giải pháp can thiệp đã giúp chúng tôi hiểu biết hơn nhiều về bệnh ngoài da và cách chữa trị nên chúng tôi cũng biết tự bảo vệ bản thân, không chủ quan nữa.

- Ông Đào V T chi hội trưởng chi hội cựu chiến binh xóm B cho rằng: chương trình phòng chống bệnh ngoài da đã góp phần giảm thiểu những phiền phức về bệnh tật ngoài da mạn tính, qua đó tăng cường sức khỏe của người lao động, nâng cao chất lượng cuộc sống.

- Chị Hoàng Thị G, phó bí thư chi đoàn thanh niên xóm Q cho rằng: cần áp dụng các giải pháp can thiệp thường xuyên và nghiêm túc đối với người lao động vì không những bảo vệ sức khỏe phòng chống bệnh tật mà còn làm tăng khả năng lao động cho đoàn viên, xã viên.

*Nhận xét:*

Nhìn chung cán bộ các ban ngành đoàn thể đều thấy rõ lợi ích của các giải pháp can thiệp phòng chống các bệnh ngoài da ở người lao động. Các cán bộ cũng cho rằng việc duy trì một cách đầy đủ và liên tục các phương pháp can thiệp đã được áp dụng sẽ giúp địa phương duy trì, gia tăng chất lượng nguồn nhân lực lao động tại địa phương.

**Bảng 3.22. Kết quả theo dõi, giám sát các hoạt động của mô hình**

<b>Chỉ số</b>	<b>Số buổi</b>	<b>Số người được GS/buổi</b>	<b>Tổng</b>
Giám sát NVYTTB, chi hội Nông dân	9	19	188
Giám sát các tổ chức chính quyền, ban ngành xã	3	9	21
Giám sát CB TYT xã tư vấn phòng chống bệnh ngoài da tại trạm	7	5	30
Giám sát hoạt động của các hội quần chúng khác	5	4	16
<b>Tổng</b>	<b>24</b>	<b>37</b>	<b>255</b>

*Nhận xét:*

Số buổi giám sát trong quá trình triển khai các hoạt động can thiệp là 24 buổi với 255 lượt người được giám sát hỗ trợ đó là cán bộ y tế xã, các tổ chức chính quyền, ban ngành, đoàn thể xã, NVYTTB, hội nông dân... Đây là các đối tượng nòng cốt tham gia vào TT-GDSK về phòng chống bệnh ngoài da cho người dân trong xã.

**\* Hoạt động khám và điều trị**

- Tập huấn nâng cao năng lực khám chữa bệnh ngoài da cho cán bộ y tế xã (01 hội thảo tập huấn).

- Tập huấn nâng cao năng lực phát hiện và tư vấn bệnh ngoài da cho nhân viên y tế thôn bản (01 hội thảo tập huấn) để nhân viên y tế thôn bản phát hiện và tư vấn cho người dân đến trạm y tế xã khám chữa bệnh khi có biểu hiện.

- Phối hợp, hỗ trợ trạm y tế xã lập kế hoạch dự trữ các thuốc điều trị bệnh ngoài da (Ketoconazol và Genpharmason) gửi Trung tâm Y tế huyện Phú Lương cấp thuốc theo Bảo hiểm y tế.

- Phối hợp, hỗ trợ trạm y tế xã thống nhất quy trình lấy mẫu xét nghiệm và gửi Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên khi có mẫu bệnh phẩm.

- Khám bệnh ngoài da cho 970 người: bác sĩ Da liễu BV Trung ương Thái Nguyên khám theo quy trình khám Da liễu.

- Đã phát thuốc điều trị cho 629 người mắc bệnh ngoài da bằng thuốc Ketoconazol và Genpharmason và một số thuốc đặc trị khác theo bệnh cụ thể.

- Tiến hành cấp phát thuốc định kỳ 1 tháng/1 lần cho Trạm Y tế xã can thiệp (xã Phú Lý) để sử dụng trong khám chữa bệnh ngoài da cho bệnh nhân đến trạm y tế xã.

***Hộp 3.10. Thảo luận nhóm các cán bộ y tế địa phương về hiệu quả của các giải pháp can thiệp điều trị và phòng chống các bệnh ngoài da***

Trong cuộc thảo luận nhóm các cán bộ y tế địa phương về kết quả thực hiện phác đồ điều trị và công tác phòng chống bệnh ngoài da, có một số ý kiến tập trung như sau:

- Ý kiến của đồng chí trưởng trạm y tế xã Phú Lý cho biết: việc áp dụng phác đồ cũng như phương pháp điều trị mà chương trình đã đưa ra, tập huấn là hiệu quả và dễ áp dụng.

- Ý kiến của đồng chí Phó Giám đốc TTYT huyện Phú Lương cho rằng: việc xây dựng mô hình các giải pháp can thiệp dựa trên các yếu tố liên quan, nguy cơ đối với bệnh ngoài da là có cơ sở khoa học. Do vậy, hiệu quả là đáng khích lệ. Chúng tôi sẽ cho tập huấn và mở rộng, áp dụng ở các xã có điều kiện tương tự như ở Phú Lý không những đối với bệnh ngoài da mà còn đối với các bệnh khác.

*Nhận xét:*

Kết quả nghiên cứu cho thấy: lãnh đạo ngành y tế địa phương đã khẳng định kết quả hữu ích của mô hình can thiệp đã áp dụng tại Phú Lý đối với các bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp. Ông cũng cho rằng mô hình can thiệp cần được nhân rộng ra các địa phương khác trong công tác chăm sóc sức khỏe người dân, đặc biệt là người lao động thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ có thể làm gia tăng tỷ lệ bệnh.

**Bảng 3.23. Kết quả thay đổi kiến thức phòng chống bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng**

Kiến thức	Xã chứng (Hợp Thành) (n= 310)		Xã can thiệp (Phủ Lý) (n= 302)				HQCT (%)		
	ĐT ban đầu		Sau		Trước CT*			Sau CT	
	SL	%	SL	%	SL	%		SL	%
Tốt	22	7,1	32	10,3	86	<b>28,5</b>	259	<b>85,8</b>	<b>156</b>
Chưa tốt	288	92,9	278	89,7	216	71,5	43	14,2	
CSHQ (%)	45,1				201,1				
<i>p</i>	> 0,05				< <b>0,05</b>				

*Nhận xét:*

Sau can thiệp, tỉ lệ kiến thức tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 28,5% lên 85,8%, với chỉ số hiệu quả đạt 201,1%. Trong khi đó tỷ lệ kiến thức tốt ở nhóm chứng chỉ tăng từ 7,1% lên 10,3%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện kiến thức phòng chống bệnh ngoài da là 156%,  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.24. Kết quả thay đổi kiến thức phòng chống bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng**

Thái độ	Xã chứng (Hợp Thành) (n= 310)		Xã can thiệp (Phủ Lý) (n= 302)				HQCT (%)		
	ĐT ban đầu		Sau		Trước CT*			Sau CT	
	SL	%	SL	%	SL	%		SL	%
Tốt	55	17,7	63	20,3	70	<b>23,2</b>	256	<b>84,8</b>	<b>250,8</b>
Chưa tốt	255	82,3	247	79,7	232	76,8	46	15,2	
CSHQ (%)	14,7				<b>265,5</b>				
<i>p</i>	> 0,05				< <b>0,05</b>				

*Nhận xét:* sau can thiệp, tỉ lệ thái độ tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 23,2%

lên 84,8%, với chỉ số hiệu quả đạt 256,5%. Trong khi đó tỷ lệ thái độ tốt ở nhóm chứng chỉ tăng từ 17,7% lên 20,3%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện thái độ phòng chống bệnh ngoài da là 250,8%,  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.25. Kết quả thay đổi thực hành phòng chống bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng**

Xã Thực hành	Xã chứng (Hợp Thành) (n= 310)				Xã can thiệp (Phủ Lý) (n= 302)				HQCT (%)
	ĐT ban đầu		Sau		Trước CT*		Sau CT		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Tốt	67	21,6	75	24,2	49	<b>16,2</b>	251	<b>83,1</b>	<b>400,9</b>
Chưa tốt	243	78,4	235	75,8	253	83,8	51	16,9	
CSHQ (%)	12,0				<b>412,9</b>				
<i>p</i>	> 0,05				<b>&lt; 0,05</b>				

*Nhận xét:*

Sau can thiệp, tỉ lệ thực hành tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 16,2% lên 83,1%, với chỉ số hiệu quả đạt 412,9%. Trong khi đó tỷ lệ thực hành tốt ở nhóm chứng chỉ tăng từ 21,6% lên 24,2%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện thực hành phòng chống bệnh ngoài da là 400,9%,  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.26. Kết quả thay đổi tỉ lệ bệnh ngoài da tại xã can thiệp và xã đối chứng**

Xã Bệnh	Xã chứng (Hợp Thành) (n= 310)				Xã can thiệp (Phủ Lý) (n= 302)				HQCT (%)
	ĐT ban đầu		Sau		Trước CT*		Sau CT		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Bệnh	202	65,2	195	62,9	196	<b>64,9</b>	73	<b>24,1</b>	<b>59,4</b>
Không bệnh	108	34,8	115	37,1	106	35,1	229	75,8	
CSHQ (%)	3,5				<b>62,7</b>				
<i>p</i>	> 0,05				<b>&lt; 0,05</b>				

*Nhận xét:*

Sau can thiệp, ở nhóm can thiệp tỷ lệ người dân mắc bệnh ngoài da giảm từ 64,9% xuống còn 24,2%, với chỉ số hiệu quả đạt 62,7%,  $p < 0,05$ . Hiệu quả can thiệp trong việc giảm tỷ lệ mắc bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp đạt 59,4%.

## Chương 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. Thực trạng một số bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên

##### 4.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Ngày nay vấn đề nông nghiệp và nông thôn đang được Đảng và Nhà nước đến các Bộ, ngành quan tâm đặc biệt thông qua rất nhiều chính sách, đường lối [4], [37], [47]. Tuy nhiên trong quá trình phát triển và đổi mới, những vấn đề về sức khỏe người dân, người lao động luôn có những vấn đề cần được giải quyết để công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe người dân ngày một tốt hơn. Mô hình bệnh tật và chăm sóc sức khỏe luôn thay đổi, trong đó có các bệnh ngoài da. Qua nghiên cứu 970 đối tượng là người lao động tại địa điểm nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đã thống kê một số đặc điểm chung của đối tượng trình bày tại bảng 3.1. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $46,34 \pm 15,1$ , tỉ lệ nữ giới 62,1%. Trình độ học vấn  $\leq$  tiểu học là 16,2%, THCS là 42,2%, THPT 41,6%. Kết quả chỉ ra nhóm đối tượng lao động chính ở độ tuổi trung niên và có học vấn tương tự mặt bằng chung người nông dân khu vực miền núi phía bắc, trên 80% có trình độ từ THCS trở lên và không có đối tượng nào mù chữ. Tuy nhiên vẫn còn 58,4% người lao động có trình độ từ trung học cơ sở trở xuống là một khó khăn đối với việc tiếp cận các chương trình giáo dục truyền thông, chăm sóc sức khỏe mà các cán bộ y tế cần chú ý.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về giới tính của người lao động cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuấn Khanh và cộng sự trên người nông dân trồng chè ở Thái Nguyên [33]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, các đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 30 - 49 chiếm tỷ lệ cao



68,8%. Tỷ lệ nữ (53,0 %) nhiều hơn nam (47,0 %). Các đối tượng trong nghiên cứu có trình độ học vấn chủ yếu là THCS chiếm tỷ lệ cao 76,6 %.

Về sử dụng hóa chất độc đã được Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn chỉ đạo tại Thông tư 10/2020 [5]. Về vệ sinh môi trường và nhà ở, vẫn còn nhiều tồn tại, số hộ gia đình chưa có nguồn nước hợp vệ sinh và 20,8% gia đình có chuồng gia súc không hợp vệ sinh. Vấn đề này cũng được Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn chỉ đạo tại Thông tư 12/2021, để làm sao môi trường không bị ô nhiễm, đặc biệt là bởi chất thải chuồng trại [6]. Có 9,1% đối tượng nghiên cứu ở nhà vách đất và 11,3% đối tượng nghiên cứu ở nhà sàn. Nhà ở không đạt tiêu chuẩn vệ sinh môi trường có thể là yếu tố nguy cơ liên quan đến các bệnh ngoài da tiếp xúc ở người dân. Người dân trong quá trình lao động sẽ tiếp xúc với nhiều yếu tố môi trường ô nhiễm như phân, bùn, đất, nước bẩn, hóa chất thuốc trừ sâu. Thực ra vấn đề này không chỉ ở nước ta mà vẫn là vấn đề tồn tại ở nhiều nước trên thế giới làm tăng nguy cơ bệnh tật [38], [52], [97]. Nếu điều kiện bảo hộ không đảm bảo, kèm theo thiếu nguồn nước vệ sinh để tẩy rửa, loại bỏ các yếu tố nguy cơ trên, lâu dài sẽ có thể dẫn đến mắc các bệnh ngoài da hoặc làm nặng thêm bệnh viêm da tiếp xúc đang mắc phải. Bên cạnh đó, nhà sàn là loại nhà ở đặc trưng của người dân tộc Tày tại các tỉnh miền núi phía Bắc. Tuy nhiên, đặc điểm của loại nhà này là sàn phía trên dành cho sinh hoạt, ăn ở của con người, còn ở phía dưới là nơi nhốt các loại gia súc gia cầm. Chính điều kiện vệ sinh môi trường như vậy có thể khiến cho các bệnh ngoài da phát triển [24], [26].

Một nghiên cứu của tác giả Dương Hồng Thắng về điều kiện vệ sinh môi trường của các hộ chăn nuôi gia cầm ở Bắc Giang, một tỉnh giáp với Thái Nguyên cho thấy, khoảng cách từ chuồng/trại đến nhà ở xa nhất là 200 m, gần nhất là sát gần nhà. Tỷ lệ không đạt TCCP chung 02 xã là 23,3%, trong đó ở xã Canh Nậu là 35,8% cao hơn so với xã Đồng Vương là 10,3% và sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Khoảng cách từ chuồng/ trại đến giếng nước tỷ lệ không đạt TCCP chung của 02 xã là 12,3%; trong đó, ở xã Canh Nậu là 15,0% cao hơn so với xã Đồng Vương (9,5%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Khoảng cách từ vị trí hộ thu gom phân đến nhà ở trung bình là 26,1 m; Tỷ lệ chung 02 xã về khoảng cách từ vị trí thu gom phân đến nhà ở không đạt TCCP là 3,4 [42].

Tóm lại, các thông tin cơ bản về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu cho thấy sự đa dạng về giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn và tiếp cận các điều kiện vệ sinh. Các kết quả này vừa có ý nghĩa tham khảo cho quần thể, quan trọng hơn là cung cấp thông tin để hiểu sâu hơn về nhóm người nghiên cứu và tạo cơ sở cho việc phân tích kết quả nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành của họ về bệnh ngoài da liên quan đến công việc nông nghiệp.

#### ***4.1.2. Thực trạng bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên***

Bệnh viêm da tiếp xúc nghề nghiệp là bệnh da nghề nghiệp được báo cáo thường xuyên nhất ở các nước phát triển và chiếm từ 70% đến 90% tổng số các trường hợp mắc bệnh da nghề nghiệp được ghi nhận [29], [82], [112]. Tại địa điểm nghiên cứu là khu vực giáp ranh giữa 2 huyện, gồm 3 xã là Phúc Lương, Phú Lý và Hợp Thành, kết quả nghiên cứu 970 chủ hộ thuộc 3 xã này cho thấy tỷ lệ bệnh ngoài da lên đến 64,8%. Trong đó tỷ lệ người dân bị bệnh ngoài da khi phân bố theo xã khá tương đồng, Phúc Lương (64,5%) Phú Lý (64,9%) và Hợp Thành (65,2%). Theo chúng tôi, tỷ lệ mắc cho thấy gánh nặng bệnh tật của bệnh ngoài da liên quan đến nghề nghiệp mà người lao động nông nghiệp phải đối mặt. Những người làm nông nghiệp này tiếp xúc liên tục với nhiều chất kích thích, chất gây dị ứng và tác nhân vật lý trong môi trường làm việc của họ, làm tăng khả năng phát triển các vấn đề liên quan đến da. Bệnh ngoài da không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe cá nhân, mà còn gây

giảm hiệu suất làm việc và làm suy giảm chất lượng cuộc sống. Hơn nữa, việc điều trị y tế còn tạo ra gánh nặng kinh tế cho người lao động nông nghiệp.

Tỷ lệ cao bệnh ngoài da mà chúng tôi quan sát được trong nghiên cứu tương đối cao, có thể được giải thích bằng một số yếu tố liên quan đến nghề nghiệp. Tiếp xúc thường xuyên với thuốc trừ sâu, thuốc diệt cỏ và phân bón, kết hợp với việc sử dụng thiết bị bảo hộ cá nhân (PPE) không đúng cách, làm tăng khả năng mắc các bệnh ngoài da. Tiếp xúc dài hạn với ánh nắng mặt trời hoặc trực tiếp với nước bẩn, môi trường ẩm ướt mà không có biện pháp bảo vệ thích hợp hoặc việc tuân thủ quy trình vệ sinh kém cũng đóng góp vào tỷ lệ cao của các vấn đề ngoài da này. Điều này sẽ được bàn luận kỹ hơn ở phần các yếu tố nguy cơ đến bệnh.

Tỷ lệ bệnh ngoài da cũng tương đồng với nhiều địa phương thuộc khu vực miền núi phía bắc theo nghiên cứu của một số tác giả trước đó. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ lưu hành bệnh nấm da tương đối cao (10%-35%) và chiếm tỷ lệ trên 40% - 70% các bệnh lý về da. Nghiên cứu của Đỗ Thùy Trang và cộng sự [80], trong nhóm người dân trồng lúa tại Nam Định cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ngoài da trong nhóm này là 21%. Cũng theo tác giả Đỗ Thùy Trang nghiên cứu ở người nông dân tại Hà Nội, các bệnh về da được báo cáo chiếm tỷ lệ (22,2%), tỷ lệ mắc là 32,5/100 người/năm [79]. Nghiên cứu bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp một số tác giả cho thấy cũng thường là cao. Kết quả nghiên cứu của Brian Wu PhD. MD *Candidate* [64], Sigsgaard.T, Basinas.I, Doekes.G, Blay.F, Ojrzanowska.D [110] cũng cho biết tỷ lệ bệnh khoảng từ 16,4% đến 18,9%.

Tác giả Nguyễn Hoàng Quỳnh [38], trong nghiên cứu về bệnh tật trên người lao động nông nghiệp chuyên canh cây vải tại Bắc Giang cho thấy, tỷ lệ viêm da ở cả 2 xã là 18,3%, trong đó tỷ lệ ở xã Thanh Hải là 19%, tỷ lệ ở xã

Phượng Sơn chiếm 17,5%. Triệu chứng da mẩn ngứa chiếm 29,0% đối tượng nghiên cứu.

Kết quả phỏng vấn cho thấy người lao động nông nghiệp ở đây tỷ lệ mắc bệnh cao, cũng gây phiền phức nhưng họ chủ quan nên quá trình chữa trị không hiệu quả.

Kết quả nghiên cứu tại Hộp 3.1 cho thấy lãnh đạo địa phương đều biết người lao động nông nghiệp của địa phương bị mắc bệnh với tỷ lệ cao. Họ cũng hiểu rằng bệnh ngoài da cũng gây ra nhiều phiền phức nhưng người lao động chủ quan không khám phát hiện kịp thời và cũng không được điều trị đúng cách nên hiệu quả không cao. Đây là cơ sở cho các giải pháp can thiệp phòng chống bệnh ngoài da đã được cộng đồng biết và ủng hộ.

Những điều tra của một số tác giả về bệnh da ở cộng đồng dân cư thuộc khu vực miền núi phía Bắc trong thời gian gần đây đều nhận xét: có thể do các thói quen về vệ sinh, tập quán sinh hoạt còn lạc hậu, điều kiện lao động canh tác nông nghiệp, vệ sinh môi trường kém đã góp phần ảnh hưởng tới tỷ lệ bệnh nấm da chiếm tỷ lệ khá cao trong các bệnh ngoài da ở khu vực này (47%-70%). Điều này lý giải một phần do Việt Nam nằm trong vùng nhiệt đới, khí hậu nóng ẩm, cùng với sự ô nhiễm môi trường gia tăng cũng là điều kiện thuận lợi để bệnh ngoài da tiến triển nhanh [24], [25].

Nghiên cứu của Đỗ Hàm (2001) cũng giải thích về nguyên nhân dẫn tới tỷ lệ bệnh tật khá cao, trong đó có bệnh nấm da rất cao (69,3%) ở đồng bào dân tộc Sán Chỉ (một xã của tỉnh Thái Nguyên) có thể là do vi khí hậu nhà của các hộ dân rất bất lợi (nhiệt độ và độ ẩm cao, gió quẩn) [24].

Nghiên cứu năm 2001 của Nguyễn Quý Thái thì tỷ lệ nhiễm nấm da ở công nhân khai thác ở 4 mỏ than tại Thái Nguyên rất cao, tới 22,4%. Trong đó có bệnh nấm lang ben gặp phổ biến nhất 63,4% [39].

Tỷ lệ bệnh nấm da ở nam cao hơn nữ, nhất là bệnh lang ben và nấm kẽ chân. Nhiều tác giả trên thế giới cũng ghi nhận về sự liên quan với các bệnh ngoài da khác với hành vi phòng chống bệnh [85], [87], [103].

Kết quả nghiên cứu tại Hộp 3.2 cho thấy người lao động nông nghiệp cũng đã nhận thức được một phần về tác hại của các bệnh ngoài da. Họ cho biết bệnh ngoài da khá thường gặp trong lao động nông nghiệp, song quá trình chữa trị lại không được chú ý nên bệnh thường trở thành mạn tính gây phiền hà cho họ, kết quả chữa trị cũng chưa cao. Về mặt chuyên môn họ muốn các thầy thuốc quan tâm xem xét thêm để có những phương án, phác đồ điều trị hiệu quả, lâu dài [109].

Bảng 3.3 cho thấy phân bố một số triệu chứng và chẩn đoán trong 629 đối tượng được chẩn đoán là có bệnh ngoài da nghề nghiệp (64,8%). Hàng đầu là mắc các loại nấm da tổng số chiếm 22,4%; sẩn ngứa, mào đay (20,1%) tiếp đó là viêm da cơ địa (12,8%); cơ cấu các bệnh nấm da là nấm da thân mình chiếm 8,2%; nấm móng 7,4%; nấm kẽ 6%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Chen và cộng sự về triệu chứng của bệnh viêm da tiếp xúc nghề nghiệp. Kết quả nghiên cứu này chỉ ra rằng ngứa (27,2%), da nứt nẻ (15,5%), ban đỏ (12,9%) và vảy nến (9,1%) là những biểu hiện phổ biến nhất [71].

Về phân bố bệnh ngoài da theo một số đặc điểm tuổi giới hay trình độ học vấn. Trong số người bị bệnh ngoài da, tỉ lệ người < 50 tuổi là 60,6%, ≥ 50 tuổi là 39,4%. Những người dưới 50 tuổi thường là những người lao động chính, thời gian canh tác nông nghiệp của họ dài. Do vậy họ là những người thường xuyên tiếp xúc với những yếu tố bất lợi gây ra các bệnh nghề nghiệp của người nông dân, trong đó có bệnh ngoài da. Những người có bệnh ngoài da là nữ giới (chiếm 61,4%) cao hơn nam giới (chiếm 38,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do đặc thù lao động nông nghiệp và cơ cấu, phân bố lao động ở các khu vực nghiên cứu là khác nhau.

Một nghiên cứu nhằm xác định sự phổ biến của bệnh viêm da tiếp xúc nghề nghiệp ở Thái Lan, kết quả cho thấy bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn so với nam giới, cụ thể 76,8% là nữ và 23,2% là nam. Cùng quan điểm với nghiên cứu trên ở Thái Lan, nghiên cứu phân tích các trường hợp viêm da tiếp xúc nghề nghiệp trong giai đoạn 2004 đến 2017 cho thấy trong nhóm các bệnh nhân mắc bệnh viêm da tiếp xúc nghề nghiệp có 182 bệnh nhân (52,1%) là nữ và 167 (47,9%) là nam giới [66].

Đối với phân bố tỷ lệ bệnh da theo nghề chuyên canh, kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người bị bệnh da ở những người chuyên canh lúa và hoa màu cao nhất (chiếm 70,6%), tiếp theo là những người trồng chè là 65,0%; ở những người trồng cả chè và lúa là 46,1%. Nghiên cứu ở người lao động chuyên canh lúa tại Ấn Độ của Shiva S cho thấy tỷ lệ bệnh ngoài da cũng khá cao (chiếm 23,5%) [117]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận lao động trồng chè là những người thường xuyên phải tiếp xúc với yếu tố liên quan, bất lợi như hóa chất bảo vệ thực vật, vi sinh vật gây bệnh, yếu tố lý học... gây viêm da nên tỷ lệ mắc bệnh cũng khá cao (65%). Bên cạnh đó, người nông dân trồng lúa và hoa màu ở nước ta và nhiều nước khác thường xuyên phải tiếp xúc với hóa chất bảo vệ thực vật, môi trường ô nhiễm, vi sinh vật gây bệnh... và các yếu tố hóa học, vật lý khác như ánh nắng, độ ẩm... Chính vì vậy, tỷ lệ bệnh ngoài da gặp ở nông dân trồng lúa và hoa màu có xu hướng cao hơn ở những người nông dân làm nghề chuyên canh khác.

## **4.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên**

### **4.2.1. Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da**

#### *\* Kiến thức phòng bệnh ngoài da*

Kết quả cho thấy sự đa dạng trong mức độ hiểu biết của đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ người dân kể tên được một số loại bệnh ngoài da thường

gặp là 56,0%. Điều này cho thấy người dân đã ít nhiều có sự hiểu biết cơ bản về các loại bệnh ngoài da. Đối với hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh ngoài da, tỷ lệ thống kê được chỉ chiếm 8,1%. Tỷ lệ này là rất thấp, cho thấy cần có sự nâng cao kiến thức về nguyên nhân gây bệnh ngoài da tại khu vực nghiên cứu. Cũng trong bảng này, 77,2% người dân biết rằng bệnh nấm da là bệnh có tính lây nhiễm; có 75,3% người dân biết rằng nấm da có thể lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp. Điều này cho thấy những người lao động nông nghiệp cần được tăng cường kiến thức về dự phòng các bệnh ngoài da.

Đối với các biểu hiện của bệnh nấm da, tỷ lệ người dân biết là 44,3%, và chỉ 11,3% biết về tác hại của bệnh nấm da. Tỷ lệ này là thấp, cho thấy cũng cần có sự tăng cường giáo dục về triệu chứng và hậu quả của bệnh nấm da.

Mức độ hiểu biết về khả năng phòng tránh bệnh nấm da là 43,5%, trong khi 90,4% người dân biết rằng bệnh ngoài da có thể chữa được. Điều này cho thấy sự nhận thức về khả năng phòng và điều trị của bệnh ngoài da cần được cải thiện.

Ngoài ra, tỷ lệ người dân biết về điều kiện vệ sinh ô nhiễm liên quan đến mắc bệnh ngoài da là 81,4%, và 85,5% biết về yếu tố thời tiết thuận lợi cho bệnh ngoài da phát triển. Điều này cho thấy người dân có nhận thức đáng kể về các yếu tố môi trường ảnh hưởng đến bệnh ngoài da trong nhóm người nghiên cứu.

Tổng kết các kết quả từ biểu đồ 3.4 và bảng 3.7 cho thấy mức độ kiến thức và hiểu biết đa dạng về phòng chống bệnh ngoài da trong nhóm người dân làm nông nghiệp. Mặc dù có một vài nội dung về lây nhiễm của bệnh nấm da người dân có hiểu biết tốt, nhưng vẫn còn nhiều khía cạnh cần được tăng cường, chẳng hạn như kiến thức về biểu hiện bệnh, tác hại và phương pháp phòng tránh. Các kết quả này sẽ là cơ sở khoa học cho việc đề xuất các hoạt động giáo dục và truyền thông nhằm nâng cao nhận thức và kiến thức

của người dân về phòng chống bệnh ngoài da trong nghề nghiệp nông nghiệp. Nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước cũng đặc biệt quan tâm đến thực trạng cũng như các giải pháp cải thiện hành vi phòng chống bệnh ngoài da ở cộng đồng nói chung, người lao động nói riêng [85], [87], [104]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mức độ hiểu biết về các biện pháp phòng ngừa bệnh ngoài da của các đối tượng nghiên cứu. Điều này sẽ giúp chi tiết hóa công tác phòng chống các bệnh ngoài da ở người lao động một cách cụ thể hơn. Tỷ lệ người dân biết sử dụng loại xà phòng thích hợp để phòng bệnh ngoài da là 68,1%, và 87,2% biết rằng việc thay, giặt sạch sẽ quần áo thường xuyên cũng đóng góp vào việc phòng tránh bệnh ngoài da. Kết quả cho thấy sự nhận thức về vai trò của vệ sinh cá nhân và sử dụng các biện pháp phòng ngừa của đối tượng nghiên cứu.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng vẫn còn khá nhiều hạn chế về kiến thức và hiểu biết của người dân, qua đó công tác truyền thông giáo dục sức khỏe sẽ phải giải quyết vấn đề chi tiết và với số lượng, chất lượng cao hơn. Cụ thể, tỷ lệ người dân biết về nguyên nhân gây bệnh ngoài da chỉ là 8,1%, và 11,3% biết về tác hại của bệnh nấm da. Điều này cho thấy cần có các hoạt động giáo dục và truyền thông hiệu quả nhằm nâng cao nhận thức về nguyên nhân và tác hại của bệnh ngoài da trong cộng đồng nông nghiệp.

Kết quả nghiên cứu cũng gợi ý việc cần tiếp tục mở rộng nghiên cứu để xem xét các phần thiếu hụt về kiến thức có liên quan đến bệnh ngoài da hay không. Đồng thời cần chuẩn bị cho các giải pháp triển khai các hoạt động giáo dục và truyền thông rộng rãi về kiến thức và hiểu biết về bệnh ngoài da trong nghề nghiệp nông nghiệp. Các hoạt động này có thể bao gồm tổ chức buổi hội thảo, khóa đào tạo và chiến dịch truyền thông để tăng cường nhận thức và kiến thức của người dân về bệnh ngoài da và các biện pháp phòng ngừa. Cung cấp các phương pháp phòng ngừa đúng đắn. Cuối cùng, cũng cần



thiết lập một chương trình giám sát và đánh giá liên tục về kiến thức, thái độ, hành vi của người dân về bệnh ngoài da trong nghề nghiệp nông nghiệp. Chương trình này sẽ giúp theo dõi sự tiến triển và hiệu quả của các hoạt động giáo dục và truyền thông đã được triển khai, từ đó đề xuất các điều chỉnh và cải tiến để đạt được kết quả tốt hơn trong việc nâng cao nhận thức và kiến thức, từ đó thay đổi hành vi tích cực về bệnh ngoài da.

Biểu đồ 3.5 dựa trên kết quả tính toán tỷ lệ kiến thức chung về phòng chống bệnh ngoài da trong đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ kiến thức chung tốt là 22,2%, trung bình là 27,9% và yếu là 49,9%. Kết quả này cho thấy sự đa dạng và chênh lệch trong mức độ kiến thức của người dân làm nông nghiệp về phòng chống bệnh ngoài da. Tỷ lệ kiến thức chung tốt chỉ là 22,2%, điều này cho thấy không nhiều người dân có kiến thức tốt về phòng chống bệnh ngoài da. Điều này có thể là kết quả của việc họ đã được đào tạo hoặc có truyền thống gia đình về quan tâm đến sức khỏe và phòng bệnh. Tuy nhiên, có đến 49,9% người dân có mức độ kiến thức yếu về phòng chống bệnh ngoài da. Điều này cho thấy có thể họ thiếu thông tin về phòng chống bệnh ngoài da. Thực trạng này dẫn tới sự cần thiết của việc truyền thông giáo dục về bệnh ngoài da trong cộng đồng người dân làm nông nghiệp. Chương trình giáo dục và truyền thông nên tập trung vào việc cung cấp thông tin cơ bản về các loại bệnh ngoài da, nguyên nhân gây bệnh, biểu hiện, tác hại và biện pháp phòng ngừa.

Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Morowatisharifabad M.A. và cs (2017) thấy tỷ lệ kiến thức mức độ tốt 1,0%, trung bình 34,0% và yếu 65,0% [106]. Điều này có thể do sự khác biệt của mẫu nghiên cứu và địa bàn nghiên cứu.

*\* Thái độ phòng chống bệnh ngoài da*

Các nghiên cứu về hành vi cho thấy thái độ là một cấu phần quan trọng tạo nên hành vi. Thái độ giúp hiểu rõ hơn về nhận thức, ý thức và hành vi của

người dân đối với bệnh ngoài da. Thái độ của mỗi cá nhân có thể ảnh hưởng đến việc chấp nhận và thực hiện các biện pháp phòng ngừa và điều trị bệnh ngoài da. Việc nghiên cứu thái độ giúp xác định mức độ nhận thức và hiểu biết của người dân về bệnh ngoài da, nhận thức về tác động của môi trường và các yếu tố nguy cơ liên quan. Nó cũng giúp giải thích những mâu thuẫn trong kiến thức và ý thức của người dân để đưa ra các biện pháp giáo dục và tăng cường thông tin phù hợp. Thông qua việc nghiên cứu thái độ, chúng ta có thể nhận thức được những hạn chế trong việc nhận thức và thực hiện các biện pháp phòng ngừa bệnh ngoài da. Điều này cho phép chúng ta đưa ra các chương trình giáo dục và thông tin phù hợp, nhằm nâng cao nhận thức, thay đổi thái độ và thúc đẩy hành vi tích cực trong việc phòng chống bệnh ngoài da. Nghiên cứu về thái độ cũng cung cấp cơ sở để đánh giá hiệu quả của các chương trình giáo dục và thông tin trong việc thay đổi thái độ và hành vi của người dân. Chúng ta có thể đánh giá sự thay đổi trong nhận thức, ý thức và hành vi sau khi thực hiện các hoạt động giáo dục và tìm hiểu hiệu quả của các biện pháp phòng ngừa và điều trị.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, thái độ với một số vấn đề về bệnh ngoài da và thái độ chung được trình bày ở bảng 3.8 và biểu đồ 3.6. Các kết quả này cho thấy những nhận thức và hành vi tích cực, tuy nhiên vẫn còn một số ý kiến và thái độ không đạt được mức đáng kể. Cụ thể, có 63,9% người dân nhận thức rằng bệnh ngoài da có ảnh hưởng đến năng suất lao động và chất lượng cuộc sống, điều này cho thấy nhận thức về tác động tiêu cực của bệnh ngoài da đến công việc và cuộc sống hàng ngày. Tuy nhiên, chỉ có 39,7% người dân cho rằng bệnh ngoài da là bệnh mãn tính và hay tái phát và không chữa khỏi. Điều này cho thấy cần tăng cường giáo dục về tính chất mãn tính của bệnh ngoài da và cần duy trì các biện pháp phòng ngừa lâu dài để tránh tái phát.

Đáng chú ý là 71,2% người dân cho rằng bệnh ngoài da hoàn toàn có thể phòng ngừa được. Điều này cho thấy phần lớn đối tượng có sự nhận thức và thái độ, nhận định tích cực về khả năng phòng ngừa bệnh ngoài da thông qua việc áp dụng biện pháp phòng ngừa đúng cách.

Có 88,7% người dân nhận thức về việc không sử dụng chung đồ dùng cá nhân góp phần phòng ngừa bệnh nấm da, và 94,3% người dân nhận thức về tầm quan trọng của vệ sinh cá nhân sạch sẽ và hợp lý để phòng ngừa bệnh ngoài da. Về thái độ và hành vi tích cực đối với công cuộc phòng chống bệnh ngoài da nói chung ở cộng đồng đã được nhiều tác giả trong nước và trên thế giới quan tâm [103], [106].

Tuy nhiên, chỉ có 70,6% người dân nhận thức về sự cần thiết của việc khám sức khỏe định kỳ và khám bệnh ngoài da. Điều này cho thấy cần tăng cường nhận thức về vai trò của việc khám bệnh ngoài da định kỳ và sự quan trọng của việc điều trị kịp thời khi có biểu hiện bệnh ngoài da. Tóm lại, mặc dù có những nhận thức và thái độ tích cực, nhưng vẫn cần tăng cường giáo dục và nhận thức về bệnh ngoài da, đồng thời khuyến khích việc áp dụng các biện pháp phòng ngừa hiệu quả nhằm giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh ngoài da trong cộng đồng.

*\* Thực hành phòng chống bệnh ngoài da*

Kết quả về thực hành bệnh ngoài da trong nghiên cứu cho thấy một số điểm mạnh và còn một số điểm yếu trong thái độ và hành vi của người dân. Kết quả này được trình bày ở bảng 3.9 và biểu đồ 3.7.

Tỷ lệ người dân đi đến các cơ sở y tế điều trị khi bị bệnh ngoài da là 50,4%, cho thấy chỉ khoảng 1/2 đối tượng nghiên cứu nhận thức được tầm quan trọng và có hành vi tìm kiếm sự chăm sóc y tế chuyên biệt. Tuy nhiên, với sự phổ biến của bệnh da nghề nghiệp thì tỷ lệ này còn thấp và cần được nâng cao để đảm bảo việc chẩn đoán và điều trị chính xác.

Trong khi đó, tỷ lệ thực hiện các thói quen tốt như tắm ngay sau khi đi lao động về và có sử dụng xà phòng khi tắm đạt mức 54,4% và 60,5% tương ứng. Điều này cho thấy một phần người dân đã nhận thức và thực hiện các biện pháp vệ sinh cá nhân để phòng ngừa bệnh ngoài da. Bên cạnh đó, tỷ lệ không dùng chung đồ dùng và vật dụng cá nhân với người khác chỉ đạt 38,7%; tỷ lệ không sinh hoạt và lao động trong môi trường nóng, ẩm và nhiều bụi là 41,8%. Điều này cho thấy còn một số người dân chưa nhận thức đầy đủ về tác động xấu của việc dùng chung đồ dùng và sống trong môi trường nóng, ẩm, ô nhiễm có liên quan đến mắc bệnh ngoài da.

Việc yêu cầu bác sỹ khám về bệnh ngoài da khi khám sức khỏe đạt tỷ lệ 50,6%, cũng một lần nữa cho thấy một phần người dân đã nhận thức tầm quan trọng của việc tìm kiếm sự khám và tư vấn y tế chuyên nghiệp.

Dù có sự nhận thức và thực hiện một số thói quen tốt, còn nhiều người dân cần nâng cao thái độ và thực hiện các biện pháp phòng ngừa bệnh ngoài da một cách đầy đủ.

Phần lớn các y văn chỉ ra có mối liên quan chặt chẽ giữa kiến thức, thái độ và hành vi của một cá nhân. Kiến thức cung cấp thông tin và hiểu biết về một vấn đề cụ thể, trong trường hợp này là về bệnh ngoài da. Kiến thức giúp người dân nhận ra tác động của bệnh ngoài da, nhận biết các yếu tố nguy cơ và biết được những biện pháp phòng ngừa và điều trị.

Tuy nhiên, chỉ có kiến thức chưa đủ để thay đổi hành vi. Thái độ của một cá nhân đóng vai trò quan trọng trong việc quyết định hành vi của họ. Thái độ là quan điểm, cảm nhận và đánh giá của một cá nhân đối với một vấn đề cụ thể. Nó có thể ảnh hưởng đến quyết định và hành vi của cá nhân.

Khi kiến thức và thái độ đi đôi với nhau, chúng có thể tạo ra sự thay đổi hành vi tích cực. Nếu một cá nhân có kiến thức đầy đủ về bệnh ngoài da và thái độ tích cực đối với việc phòng ngừa và điều trị, họ có xu hướng thực hiện

các biện pháp phòng ngừa và điều trị hiệu quả. Ngược lại, khi kiến thức và thái độ không phù hợp, hành vi có thể không thay đổi hoặc không thực hiện đúng các biện pháp phòng ngừa và điều trị. Do đó, để thúc đẩy hành vi tích cực, cần nghiên cứu và cải thiện cả về kiến thức và thái độ. Chương trình giáo dục và tư vấn có thể tăng cường kiến thức và thay đổi thái độ của người dân, từ đó khuyến khích họ thực hiện các biện pháp phòng ngừa và điều trị bệnh ngoài da một cách hiệu quả

#### ***4.2.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên***

*\* Mối quan hệ giữa độ tuổi, giới tính với bệnh ngoài da*

Về mối quan hệ giữa độ tuổi và bệnh ngoài da, có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm tuổi  $< 50$  và  $\geq 50$ . Nhóm tuổi  $< 50$  chiếm tỷ lệ cao hơn trong số người mắc bệnh ngoài da (69,4%) so với nhóm tuổi  $\geq 50$  (58,9%). Tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , cho thấy người có độ tuổi trẻ hơn có nguy cơ mắc bệnh ngoài da cao hơn so với nhóm tuổi lớn hơn. Những người dưới 50 tuổi là những người lao động chính và thường xuyên làm việc trực tiếp ngoài cánh đồng. Chính vì vậy họ là những người thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố với các yếu tố bất lợi gây các bệnh ngoài da như hóa chất, các yếu tố vật lý như nắng nóng, độ ẩm cao, vi sinh vật gây bệnh... Chính vì vậy nguy cơ bị bệnh ngoài da ở nhóm người này có xu hướng cao hơn. Điều này gợi ý cho chúng ta rằng nhóm người dân dưới 50 tuổi tại địa điểm nghiên cứu cần được phòng ngừa và kiểm soát bệnh ngoài da để giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh ngoài da. Một nghiên cứu về bệnh ngoài da ở người làm nghề tiếp xúc thường xuyên với môi trường nước, ẩm ướt tại Hà Nội cũng cho thấy vấn đề tương tự. Nghiên cứu này cho thấy, nhóm độ tuổi từ 30-44 tuổi có nguy cơ cao hơn (OR = 3,44, 95% CI 1,32—9,00) so với nhóm độ tuổi từ 45 tuổi trở lên (OR = 2,64, 95% CI 0,98—7,12) [79]. Tuy nhiên, điều này không có

nghĩa là nhóm tuổi lớn hơn không cần quan tâm đến việc phòng ngừa và kiểm soát bệnh ngoài da. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh ngoài da có thể thấp hơn trong nhóm tuổi lớn hơn, nhưng việc duy trì các biện pháp bảo vệ và chăm sóc sức khỏe vẫn rất quan trọng để duy trì tình trạng sức khỏe tốt và ngăn ngừa bệnh ngoài da

Về mối quan hệ giữa giới tính và bệnh ngoài da, không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm giới nam và nữ. Cả hai nhóm đều có tỷ lệ tương đối gần nhau trong việc mắc bệnh ngoài da cho thấy không có sự chênh lệch đáng kể về nguy cơ mắc bệnh ngoài da giữa hai nhóm giới ( $p > 0,05$ ). Kết quả này cũng tương tự một số nghiên cứu khác tương tự tại Việt Nam và đều cho thấy không có sự khác biệt về giới tính với tình trạng mắc bệnh ngoài da [43], [117].

*\* Mối liên quan giữa trình độ học vấn với bệnh ngoài da*

Trình độ học vấn có thể ảnh hưởng đáng kể đến nhận thức của người dân về các biện pháp phòng ngừa và điều trị bệnh ngoài da. Người có trình độ học vấn cao hơn có khả năng tiếp cận và hiểu rõ hơn về các thông tin y tế liên quan đến bệnh ngoài da, từ đó họ có thể thực hiện các biện pháp phòng ngừa hiệu quả hơn. Đối mặt với rủi ro nghề nghiệp, người làm nông nghiệp thường tiếp xúc trực tiếp với các yếu tố tiềm ẩn gây bệnh ngoài da như tia UV từ ánh sáng mặt trời, hoá chất từ phân bón và thuốc trừ sâu, vi sinh vật gây bệnh... Những người có trình độ học vấn thấp có thể không có đủ kiến thức về cách bảo vệ sức khỏe khi làm việc trong môi trường nông nghiệp, dẫn đến tăng nguy cơ mắc các bệnh ngoài da. Việc tìm hiểu mối liên quan giữa trình độ học vấn và tình trạng mắc bệnh ngoài da có thể giúp cải thiện chính sách và giáo dục y tế nhằm tăng cường nhận thức và kiến thức phòng ngừa bệnh ngoài da cho người làm nông nghiệp. Việc cung cấp thông tin và hướng dẫn phòng ngừa cụ thể và dễ hiểu sẽ giúp họ bảo vệ sức khỏe một cách tốt hơn trong quá trình lao động nông nghiệp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, không có sự khác biệt về trình độ học vấn ở mức THCS khi so sánh với mức cao hơn là từ THPT trở lên. Điều này cũng chưa thể lý giải được sự liên quan giữa trình độ học vấn với tình trạng mắc bệnh. Có thể phần lớn kiến thức được trang bị ở cấp phổ thông hay cơ sở ít nhiều có đề cập đến một số vấn đề dự phòng, tuy nhiên nếu chia cụ thể ở các bậc học cao hơn như Cao đẳng, Đại học và cao hơn nữa thì có thể đối tượng sẽ được tiếp cận với kiến thức dự phòng sâu và rộng hơn. Ngoài ra, trình độ học vấn nên được nhận định là có vai trò đóng góp gián tiếp đến bệnh ngoài da thông qua nhiều yếu tố trực tiếp khác như các tác nhân vật lý, hóa học hay vi sinh vật.

*\* Mối liên quan giữa nhóm nghề nông với bệnh ngoài da*

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghề nông với bệnh ngoài da ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở những người nông dân trồng lúa và hoa màu (70,6%) cao hơn hẳn so với những người trồng chè (65,0%), trồng cả trồng lúa và chè (46,1%). [32], [38], [108]. Kết quả nghiên cứu này có thể được giải thích do đặc thù của những người nông dân trồng lúa và hoa màu là phải thường xuyên làm việc trên cánh đồng trong thời gian dài, chính vì vậy họ phải tiếp xúc nhiều hơn với những yếu tố vật lý và hóa học, sinh học bất lợi gây ra những bệnh ngoài da. Chính vì lẽ đó nên có thể tỷ lệ mắc bệnh ngoài da gặp ở những người nông dân trồng lúa và hoa màu cao hơn những nhóm lao động nông nghiệp khác. Bên cạnh đó, những người nông dân trồng chè, trồng rừng, hay trồng các cây công nghiệp khác... cũng thường xuyên phải tiếp xúc môi trường ô nhiễm hóa chất, yếu tố lý học nóng ẩm bất lợi, các loại côn trùng, vi sinh vật gây bệnh hoặc truyền nhiễm.... gây các bệnh lý ngoài da.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thùy Trang trên người nông dân trồng lúa ở Nam Định, với tỷ lệ mắc

bệnh ngoài da ở những người này là 21% [80]. Một số các tác giả trên thế giới đều nhấn mạnh mối liên quan đặc biệt, rõ rệt về tỷ lệ bệnh ngoài da với công việc, nghề nghiệp của người lao động nông nghiệp [58], [63].

*\* Mối liên quan giữa nhà ở với bệnh ngoài da*

Bảng 3.14 chỉ ra rằng, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhà ở không xây kiên cố của đối tượng nghiên cứu với bệnh ngoài da ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở những người ở nhà xây kiên cố (chiếm 63,8%) thấp hơn những người ở nhà không kiên cố (chiếm 71,7%). Tác giả Đỗ Hàm và cộng sự cũng giải thích tỷ lệ bệnh nấm da rất cao (69,3%) ở đồng bào dân tộc Sán Chỉ (xã miền núi - tỉnh Thái Nguyên) có thể một phần do tập quán xây dựng nhà ở đã làm cho vi khí hậu trong nhà của các hộ nhà dân tại đây rất bất lợi: nhiệt độ và độ ẩm cao, gió quẩn [24].

Điều kiện khí hậu nhiệt đới cùng với những thói quen chưa tốt về vệ sinh môi trường, lối sống, tập quán ăn uống, canh tác của người dân là điều kiện thuận lợi cho các bệnh khác cũng như bệnh ngoài da phát triển, phổ biến khắp nơi ở Việt Nam, đặc biệt là khu vực miền núi ở nhiều nước có điều kiện tương tự [23], [24]. Trong sản xuất nông nghiệp, người dân phải tiếp xúc với phân bón hữu cơ, phân bón hoá học, các hóa chất độc, trong tình trạng thiếu trang thiết bị bảo hộ lao động... nên cơ hội lây nhiễm bệnh là rất cao. Mặt khác việc điều trị bệnh ngoài da hiện nay đối với những đối tượng làm nghề nông là rất khó khăn do không tuân thủ đúng quy định điều trị, dùng thuốc không đúng phác đồ dẫn tới tổn thương do nấm, vi khuẩn, virus....gây bệnh ngoài da lây lan khắp các vùng trên cơ thể, có thể gây bội nhiễm vi khuẩn, chàm hóa.... Bệnh có thể kéo dài mãn tính, không thể khỏi dứt điểm, ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống, tạo điều kiện cho các bệnh lý khác có cơ hội hình thành làm suy giảm nghiêm trọng hiệu suất lao động, công việc canh tác của người dân [26].



*\* Mối liên quan giữa yếu tố vệ sinh môi trường với bệnh ngoài da*

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan giữa nguồn nước và chuồng gia súc không hợp vệ sinh với bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở những người có nguồn nước và chuồng gia súc hợp vệ sinh (chiếm 63,5 và 59,9%) thấp hơn ở những người dân có nguồn nước và chuồng gia súc không hợp vệ sinh (chiếm 72,5% và 83,7%).

Người dân sử dụng nguồn nước không hợp vệ sinh có tỷ lệ mắc bệnh ngoài da cao hơn so với nhóm sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh. Điều này là phù hợp với thực tiễn, nguồn nước không hợp vệ sinh có thể chứa các tác nhân gây bệnh, ô nhiễm gây kích ứng da và tăng khả năng mắc bệnh ngoài da. Ngược lại nguồn nước hợp vệ sinh đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa bệnh ngoài da. Nước là một yếu tố quan trọng trong việc duy trì vệ sinh cá nhân và môi trường sống. Nước là một yếu tố cần thiết để duy trì vệ sinh cá nhân hàng ngày. Bằng cách sử dụng nước sạch để tắm, rửa mặt và rửa tay, người ta có thể loại bỏ bụi bẩn, mồ hôi và tác nhân gây kích ứng trên da, giúp giảm nguy cơ mắc bệnh ngoài da. Bên cạnh đó, nước giúp làm sạch da và giữ độ ẩm cho da, tránh da bị khô. Khi da được làm sạch và không bị bám đọng bụi bẩn và vi khuẩn, nguy cơ mắc bệnh ngoài da giảm đi đáng kể. Đặc biệt, nước sạch cũng đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa nhiễm trùng da. Khi da bị tổn thương, việc rửa sạch vùng bị tổn thương bằng nước sạch sẽ giúp loại bỏ các tác nhân gây nhiễm trùng và giảm nguy cơ viêm nhiễm. Nước sạch là môi trường lý tưởng để sử dụng các sản phẩm vệ sinh như xà phòng. Những sản phẩm này giúp làm sạch và bảo vệ da khỏi các tác nhân gây kích ứng, giúp duy trì làn da khỏe mạnh [26], [44].

Kết quả nghiên cứu tại Hộp 3.3 qua thảo luận nhóm cho thấy mọi người đã nhận thức được ảnh hưởng của các yếu tố môi trường có khả năng làm gia tăng tỉ lệ bệnh ngoài da. Đặc biệt các yếu tố độ ẩm và mồ hôi trong lao động

nặng nhọc kết hợp làm nguy cơ gây bệnh khá phổ biến. Như vậy vấn đề cải thiện môi trường lao động, môi trường sống được coi là cần thiết. Nếu giải quyết tốt vấn đề này hiệu quả của công tác phòng chống bệnh ngoài da sẽ tốt hơn. Đây cũng là khuyến cáo của nhiều tác giả trong và ngoài nước [40], [84].

Các số liệu nghiên cứu tại Hộp 3.4 qua thảo luận nhóm các cán bộ của các ban ngành, đoàn thể trong xã đều nhấn mạnh điều kiện lao động, vệ sinh môi trường cũng như thói quen của người lao động nông nghiệp tại xã Phú Lý đang có nhiều yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỉ lệ bệnh ngoài da ở người lao động. Đội ngũ này nhận thức rõ họ sẽ hỗ trợ nhóm nghiên cứu tốt hơn. Chúng tôi cần tận dụng sức mạnh tập thể này trong quá trình can thiệp phòng chống các bệnh da cho người lao động.

Việc giữ gìn vệ sinh môi trường chuồng gia súc có thể giảm nguy cơ mắc bệnh ngoài da, bởi vì chuồng gia súc không hợp vệ sinh có thể là nguồn lây nhiễm cho con người. Với người làm nông nghiệp ở các vùng nông thôn Việt Nam nói chung, tình trạng vệ sinh môi trường hộ gia đình nói chung và tình trạng vệ sinh hố xí và chuồng nuôi gia súc là vấn đề có liên quan mật thiết với tình trạng sức khỏe cũng như bệnh ngoài da. Hố xí không hợp vệ sinh cũng như chuồng gia súc không hợp vệ sinh là nguồn ủ các mầm bệnh tiềm tàng rất lớn, đặc biệt người dân thường không đảm bảo được khoảng cách giữa hố xí, chuồng gia súc với các nguồn nước và nhà ở, nguồn nước. Điều này là nguy cơ lớn với việc ô nhiễm nguồn nước và không khí. Các mầm bệnh dễ dàng xâm nhập vào nguồn nước hoặc trực tiếp tiếp xúc với da của người dân. Ngoài ra, một số vùng còn có tập quán sử dụng phân người và gia súc trong canh tác, kèm theo nguy cơ tiếp xúc trực tiếp với nguồn bệnh hoặc góp phần phát tán nguồn bệnh ra môi trường [28], [42].

Nhìn chung, kết quả này đã cung cấp các thông tin quan trọng về mối liên quan giữa các yếu tố vệ sinh môi trường tổng hợp gồm nguồn nước,

chuồng gia súc và tình trạng mắc bệnh ngoài da. Từ đó giúp chúng ta hiểu rõ hơn về các yếu tố liên quan đến bệnh ngoài da và đưa ra các biện pháp phòng ngừa và can thiệp hiệu quả để bảo vệ sức khỏe của người dân lao động nông nghiệp trong công việc và sinh hoạt hàng ngày.

Nghiên cứu của Mazloomy M.S và cs [104], Gavin A và cs [86] cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn và kiến thức, thực hành phòng chống bệnh ung thư da; các tác giả lý giải rằng: trình độ học vấn cao thì có khả năng thu nhập thông tin sức khỏe tốt hơn, kiến thức tốt hơn do đó phòng chống tốt hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu trên khi thấy trình độ học vấn thấp thì thực hành phòng chống bệnh ngoài da chưa tốt cao hơn, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Thực tế, việc thực hành phòng chống bệnh còn liên quan phần lớn đến thói quen, phong tục tập quán trong canh tác nông nghiệp và đời sống sinh hoạt hàng ngày của người dân. Nghiên cứu của chúng tôi thấy: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhà ở không kiên cố, nguồn nước không hợp vệ sinh và chuồng gia súc không hợp vệ sinh với thực hành phòng chống bệnh ngoài da không tốt ( $p < 0,05$ ). Lý giải điều này theo chúng tôi là những hộ có điều kiện vệ sinh tốt là những hộ có kinh tế khá, liên quan đến việc có điều kiện mua trang thiết bị bảo hộ và thực hiện bảo hộ lao động tốt hơn.

*\* Mối liên quan giữa KAP phòng chống bệnh ngoài da với tỷ lệ mắc bệnh*

Có mối liên quan giữa thái độ và thực hành về phòng chống bệnh với tỉ lệ mắc bệnh ngoài da ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da ở những người có thái độ và thực hành tốt thấp hơn ở những người có thái độ và thực hành chưa tốt ( $p < 0,05$ ). Kết quả này của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Mazloomy M.S và cs [104], Hobbs C và cs [92] khi thấy có mối liên quan thuận dương tính giữa thái độ tốt và thực hành tốt với tỷ lệ bệnh da. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trước phù hợp với luận điểm về

khoa học hành vi - giáo dục sức khỏe. Là tiền đề cho các nghiên cứu can thiệp cộng đồng sau này. Cũng theo kết quả nghiên cứu của tác giả trên kiến thức về rủi ro nghề nghiệp còn kém, trung bình và khá là 166/500 (33,2%), 283/500 (56,6%) và 51/500 (10,2%) người tham gia tương ứng. Sự phổ biến của bệnh ngoài da ở những người tham gia có kiến thức kém và trung bình nguy cơ nghề nghiệp là 7,22% (n=12/166) và 4,24% (n = 12/283) tương ứng, trong khi 3,92% (n = 2/51) ở những người có kiến thức tốt, p= 0,39, không có ý nghĩa thống kê,  $\chi^2 = 1,86$ . Bên cạnh đó, 117 (23,4%) người tham gia không áp dụng các biện pháp phòng ngừa, trong khi 214 (42,8%) và 169 (33,8%) người tham gia áp dụng các biện pháp phòng ngừa thường xuyên và không thường xuyên. Tỷ lệ mắc bệnh về da ở những người tham gia không áp dụng bất kỳ biện pháp phòng ngừa nào là 11,11% (n = 13/117), trong khi 4,67% (n = 10/214) và 1,78% (n = 3/169) tuân theo biện pháp phòng ngừa thường xuyên và không thường xuyên, p = 0,004, được coi là có ý nghĩa thống kê,  $\chi^2 = 10,9$ . [92], [104].

Các số liệu nghiên cứu tại Hộp 3.5 qua thảo luận nhóm các cán bộ y tế cho thấy họ thường chỉ chú ý đến lâm sàng và các phương pháp điều trị trực tiếp người bệnh. Do không quan tâm đến các yếu tố liên quan đến việc phát sinh, phát triển bệnh ngoài da của người lao động nên hiệu quả phòng chống bệnh ngoài da không cao.

Kết quả nghiên cứu tổng hợp các yếu tố liên quan với bệnh ngoài da ở người lao động dân tộc Tày tại Bảng 3.19 cho thấy các mối liên quan quan trọng, tác động làm gia tăng nhiều đối với tỷ lệ các bệnh ngoài da, có thể can thiệp là vệ sinh môi trường, Kiến thức, Thái độ, Thực hành trong phòng chống các bệnh ngoài da của người lao động (OR= 1,4-1,6). Vấn đề vệ sinh môi trường cũng đóng vai trò quan trọng làm gia tăng tỷ lệ các bệnh ngoài da (OR=3,4). Kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước cũng

cho nhận xét tương tự như chúng tôi [28], [32], [69], [101]. Nghiên cứu của Shahnawaz Bashir và cộng sự ở người lao động nông nghiệp tại Kashmir Valley, Indian [114]; nghiên cứu của Sharara Shakik, Victoria Arrandale ở Ontario [115] cũng cho nhận xét như kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Đây sẽ là cơ sở khoa học quan trọng cho việc lựa chọn ưu tiên các nội dung can thiệp đối với công tác phòng chống các bệnh ngoài da cho người lao động nông nghiệp tại địa phương.

Vấn đề can thiệp phòng chống mỗi một bệnh ở cộng đồng phải là biện pháp tổng hợp trên cơ sở các yếu tố nguy cơ kết hợp với phát hiện sớm và điều trị kịp thời mới mang lại kết quả mang tính chất chiến lược tại địa phương. Trong quá trình can thiệp phòng chống bệnh ngoài da chúng tôi cần lưu ý vấn đề này.

#### **4.3. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện tỷ lệ mắc bệnh ngoài da và kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp dân tộc Tày**

Kết quả nghiên cứu tại Hộp 3.6 qua phỏng vấn lãnh đạo địa phương về các yếu tố liên quan và phương pháp can thiệp phòng chống các bệnh ngoài da cho thấy các cán bộ lãnh đạo xã đều thấy sự cần thiết phải có một mô hình các giải pháp can thiệp. Qua can thiệp, đặc biệt là hiệu quả phòng chống bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp tại địa phương đã rõ rệt. Các đồng chí lãnh đạo đã tham gia trực tiếp và ủng hộ nhiệt tình. Các lãnh đạo địa phương có nhận xét các giải pháp đã thử nghiệm là dễ áp dụng và có thể nhân rộng ở cộng đồng.

Kết quả thu được tại Hộp 3.7 khi phỏng vấn lãnh đạo Hội nông dân tập thể về các yếu tố liên quan đối với bệnh ngoài da cũng như về kết quả của các phương pháp can thiệp phòng chống các bệnh ngoài da cho thấy kết quả là rất tốt. Hội nông dân tập thể và người lao động nông nghiệp sẽ hưởng ứng và duy

trì các công việc nhằm làm tốt hơn nữa công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe xã viên. Lãnh đạo hội nông dân tập thể đã xác định được vai trò của mình trong công tác phòng chống bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp. Các giải pháp can thiệp được cho là có kết quả thiết thực, được mọi người tin tưởng và làm theo.

#### ***4.3.1. Hiệu quả can thiệp trong cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp dân tộc Tày***

##### *\* Cải thiện kiến thức về phòng chống bệnh ngoài da*

Sau khi áp dụng các biện pháp can thiệp trong đó chủ yếu tập trung vào việc huy động các thành viên trong cộng đồng tham gia TT-GDSK về phòng chống bệnh ngoài da cho người lao động trong lĩnh vực nông nghiệp, kết quả thu được rất đáng kể. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp, tỉ lệ kiến thức tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 28,5% lên 85,8%, với chỉ số hiệu quả đạt 201,1%. Trong khi đó tỷ lệ kiến thức tốt ở nhóm chứng chỉ tăng từ 7,1% lên 10,3%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện kiến thức phòng chống bệnh ngoài da là 156%,  $p < 0,05$ .

Có được kết quả này là do chúng tôi đã triển khai một số giải pháp can thiệp như truyền thông giáo dục sức khỏe cho người lao động nông nghiệp về các nội dung kiến thức, kỹ năng đảm bảo an toàn vệ sinh lao động và dự phòng bệnh tật dựa trên nền tảng từ hộ gia đình với sự tham gia của nhiều thành phần như chính quyền xã, hội nông dân, phụ nữ, trạm y tế xã, trưởng thôn, nhân viên y tế thôn bản... Bên cạnh đó, tại xã can thiệp, chúng tôi cũng thường xuyên phát các bản tin tuyên truyền về kiến thức phòng chống các bệnh ngoài da cho người lao động nông nghiệp như kiến thức về sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân trong sản xuất nông nghiệp, các biện pháp phòng chống các bệnh ngoài da, đảm bảo vệ sinh môi trường, an toàn vệ sinh

lao động. Điều này giúp người dân thường xuyên được cập nhật và tích lũy những kiến thức về phòng chống bệnh ngoài da.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Quỳnh năm 2021. Trong nghiên cứu này, tác giả đã áp dụng giải pháp truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân chuyên canh vải về các biện pháp đảm bảo an toàn vệ sinh lao động và dự phòng bệnh tật. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp, tỷ lệ người chuyên canh vải ở nhóm can thiệp có kiến thức ATVSLĐ đạt tăng từ 15,8% lên 63,5%. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), chỉ số hiệu quả đạt 56,7%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện kiến thức về ATVSLĐ đạt 47,6% [38].

Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Khanh năm 2010. Nghiên cứu này đã áp dụng biện pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe dựa trên mô hình can thiệp “Nông - Tiêu - Cán”. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, mô hình can thiệp này có hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện các kiến thức liên quan đến sử dụng an toàn HCBVTV, nhận biết các triệu chứng ngộ độc HCBVTV cũng như cách xử trí khi bị ngộ độc HCBVTV, với hiệu quả can thiệp lên đến 66,6% [33].

*\* Cải thiện thái độ phòng chống bệnh ngoài da*

Thái độ của người dân được hình thành từ việc cải thiện những hiểu biết về phòng chống bệnh ngoài da cũng như những kinh nghiệm được họ tích lũy trong quá trình sinh hoạt và canh tác. Chính vì vậy, việc truyền thông giáo dục sức khỏe cũng như hướng dẫn, giám sát người dân trong việc thay đổi các hành vi phòng chống bệnh ngoài da.

Điều này được thể hiện trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, sau can thiệp, tỉ lệ thái độ tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 23,2% lên 84,8%, với chỉ số

hiệu quả đạt 256,5%. Trong khi đó tỷ lệ thái độ tốt ở nhóm chứng chỉ tăng từ 17,7% lên 20,3%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện thái độ phòng chống bệnh ngoài da là 250,8%,  $p < 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Quỳnh năm 2021 trên đối tượng người dân chuyên canh vải tại Bắc Giang. Tỷ lệ người chuyên canh vải có thái độ tốt về ATVSLĐ tăng từ 71,9% lên 87,9%. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), chỉ số hiệu quả đạt 56,9%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện thái độ về ATVSLĐ đạt 41,4% [38].

Một nghiên cứu của Damalas C.A và cộng sự năm 2017 tại Hy Lạp áp dụng các chương trình đào tạo cho người nông dân về cách sử dụng HCBVTV. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi trong việc cải thiện kiến thức, thái độ và kỹ năng về đảm bảo an toàn khi sử dụng HCBVTV ở người nông dân giữa nhóm can thiệp (được đào tạo) và nhóm đối chứng (không được đào tạo). Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, điểm trung bình về kiến thức sử dụng an toàn HCBVTV ở nhóm can thiệp là  $2,72 \pm 0,52$ , cao hơn có ý nghĩa thống kê so với điểm trung bình kiến thức ở nhóm đối chứng ( $1,33 \pm 0,53$ ) ( $p < 0,001$ ). Điểm trung bình thái độ về sử dụng an toàn HCBVTV ở nhóm can thiệp là 7,14 điểm, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm đối chứng (3,84 điểm) ( $p < 0,001$ ) [76].

*\*Cải thiện thực hành phòng chống bệnh ngoài da*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, sau can thiệp, tỉ lệ thực hành tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 16,2% lên 83,1%, với chỉ số hiệu quả đạt 412,9%. Trong khi đó tỷ lệ thực hành tốt ở nhóm chứng chỉ tăng từ 21,6% lên 24,2%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện thực hành phòng chống bệnh ngoài da là 400,9%,  $p < 0,05$ .



Kết quả này có được là do ngoài việc TT-GDSK được thực hiện thường xuyên, hàng tuần nhân viên y tế thôn bản và chi hội nông dân với sự hỗ trợ của trường bản, thanh niên tại các thôn/bản đã tiến hành đi thăm các hộ gia đình và hướng dẫn, giám sát các thực hành phòng chống bệnh ngoài da của người dân cũng như cải thiện điều kiện vệ sinh an toàn lao động.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Quỳnh và nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Khanh.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Quỳnh, tỷ lệ người chuyên canh vải có thực hành đạt về ATVSLĐ tăng từ 14% lên 65,4%. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), chỉ số hiệu quả đạt 59,8%. Hiệu quả can thiệp trong việc cải thiện thực hành về ATVSLĐ đạt 47,4%. Sau can thiệp, tỷ lệ sử dụng khẩu trang đạt chuẩn khi tiếp xúc với HCBVTV đã tăng từ 26,6% lên 76,3%. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), chỉ số hiệu quả đạt 67,7%. Tỷ lệ đeo găng tay khi làm việc tại trang trại sau can thiệp đã tăng từ 66,5% lên 88,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), chỉ số hiệu quả đạt 32,9%. Có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trong việc thay đổi tỷ lệ sử dụng mũ, quần áo bảo hộ đạt chuẩn khi làm việc tại trang trại tăng từ 25,4% lên 65,7%, chỉ số hiệu quả đạt 54% [38].

Trong nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Khanh trên người nông dân chuyên canh chè, mô hình “Nông- Tiểu- Cán” được áp dụng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau khi áp dụng giải pháp can thiệp tỷ lệ sử dụng khẩu trang ở nhóm can thiệp tăng từ 92,4% lên 95,7%; tỷ lệ sử dụng quần áo bảo hộ tăng từ 53,8 lên 87,2%; sử dụng mũ nón tăng từ 85,7% lên 94,0% và đều cao hơn ở nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp ( $p < 0,05$ ) [33].

### ***4.3.2. Hiệu quả can thiệp trong giảm tỷ lệ mắc bệnh ngoài da của người lao động dân tộc Tày***

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp, ở nhóm can thiệp tỷ lệ người dân mắc bệnh ngoài da giảm từ 64,9% xuống còn 24,2%, với chỉ số hiệu quả đạt 62,7%,  $p < 0,05$ . Hiệu quả can thiệp trong việc giảm tỷ lệ mắc bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp đạt 59,4%.

Có được điều này là do khi can thiệp chúng tôi đã tập trung tăng cường đào tạo cho đội ngũ cán bộ y tế tuyến cơ sở về kiến thức và kỹ năng trong việc dự phòng và khám chữa bệnh về da. Đồng thời, trong quá trình can thiệp, chúng tôi tiến hành khám bệnh ngoài da cho 970 người theo quy trình khám Da liễu. Đồng thời chúng tôi đã phát thuốc điều trị cho 629 người mắc bệnh ngoài da bằng thuốc Ketoconazol và Genpharmason và một số thuốc đặc trị khác theo bệnh cụ thể. Đồng thời, chúng tôi cũng tiến hành cấp phát thuốc định kỳ 1 tháng/1 lần cho Trạm Y tế xã can thiệp (xã Phú Lý) để sử dụng trong khám chữa bệnh ngoài da cho bệnh nhân đến trạm y tế xã.

Kết quả nghiên cứu tại Hộp 3.8, qua thảo luận nhóm người lao động nông nghiệp về kết quả điều trị các bệnh ngoài da cho thấy hầu hết những người mắc bệnh đều nhận thức được phương pháp điều trị kết hợp với công tác dự phòng mà các thầy thuốc khuyến cáo, áp dụng là có hiệu quả rõ rệt. Người bệnh chúng tôi cũng biết được nhiều hơn về ảnh hưởng cũng như phương pháp phòng chống các bệnh này. Qua đó, sức khỏe của người lao động có cơ hội cải thiện tốt hơn. Đây là cơ sở cho việc duy trì và nhân rộng các kết quả đã đạt được của quá trình can thiệp phòng chống bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp dân tộc Tày.

Hoạt động khám và điều trị các bệnh ngoài da cho người dân không chỉ tác động trực tiếp làm giảm tỷ lệ mắc các bệnh ngoài da của người nông dân tại địa bàn can thiệp mà còn giúp người dân có thể thấy được lợi ích rõ rệt của

mô hình can thiệp được triển khai. Đồng thời các hoạt động nhằm nâng cao năng lực khám và điều trị các bệnh ngoài da cho cán bộ y tế tại địa phương sẽ giúp duy trì hiệu quả và tính bền vững của mô hình can thiệp

Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với một nghiên cứu của Cái Phúc Thắng và Khúc Xuyên đã áp dụng và đánh giá hiệu quả của một loại thuốc phòng và điều trị bệnh nấm ở chân qua thử nghiệm lâm sàng. Sau 2 tuần lễ theo dõi, kết quả cho thấy những người được ngâm thuốc có tỷ lệ khỏi bệnh cao gấp 5,28 lần so với nhóm không dùng thuốc. Các tác giả đã khuyến nghị nên dùng thuốc dự phòng bệnh nấm da để có hiệu quả tốt, thuốc phổ biến, dễ sử dụng và được cộng đồng chấp nhận nên đưa vào sử dụng hàng ngày để phòng bệnh nấm kẽ chân cho người lao động [41].

Kết quả thảo luận nhóm tại Hộp 3. 9 cho thấy các cán bộ thuộc các ban, ngành, đoàn thể địa phương đã thấy được hiệu quả của các giải pháp can thiệp phòng chống các bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp. Cán bộ các ban ngành đoàn thể đều thấy rõ lợi ích của các giải pháp can thiệp phòng chống các bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp. Các cán bộ cũng cho rằng việc duy trì một cách đầy đủ và liên tục các phương pháp can thiệp đã được áp dụng sẽ giúp địa phương duy trì, gia tăng chất lượng nguồn nhân lực lao động tại địa phương.

Tác giả Nguyễn Hoàng Quỳnh cũng áp dụng giải pháp đào tạo nâng cao năng lực khám chữa bệnh nghề nghiệp cho các cán bộ y tế tuyến cơ sở. Từ đó làm giảm đáng kể tỷ lệ mắc một số bệnh thường gặp ở người nông dân trồng vải. Cụ thể, tỷ lệ mắc bệnh viêm da giảm từ 19% xuống còn 8,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) và chỉ số hiệu quả đạt 55,8%. Hiệu quả can thiệp làm giảm tỷ lệ mắc bệnh viêm da đạt 48,9% [38].

Kết quả nghiên cứu tại Hộp 3.10 về các ý kiến trong thảo luận nhóm các cán bộ y tế địa phương về hiệu quả của các giải pháp can thiệp điều trị và

phòng chống các bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp cho thấy họ đã tham gia có trách nhiệm và hiệu quả. Lãnh đạo ngành y tế địa phương đã khẳng định hiệu quả của mô hình can thiệp đã áp dụng tại Phú Lý đối với các bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp. Ông cũng cho rằng mô hình can thiệp cần được nhân rộng ra các địa phương khác trong công tác chăm sóc sức khỏe người dân, đặc biệt là người lao động thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ có thể làm gia tăng tỷ lệ bệnh.

Như vậy, các giải pháp can thiệp nhằm giảm tỉ lệ mắc bệnh ngoài da đã đạt được hiệu quả rất khả quan: tỉ lệ mắc bệnh ngoài da ở người lao động thuộc nhóm can thiệp giảm rõ rệt, chỉ số và giá trị hiệu quả can thiệp đạt được cao. Điều đó được thể hiện ở tỉ lệ bệnh ngoài da giảm mạnh; qua phỏng vấn, điều tra, khảo sát nhóm người lao động nông nghiệp, cán bộ chính quyền ban ngành và các cán bộ y tế địa phương cho thấy các biện pháp can thiệp truyền thông, GDSK nâng cao kiến thức, thực hành và điều trị cho người lao động; tập huấn đào tạo nâng cao kiến thức, năng lực chuyên môn cho cán bộ y tế, cho cán bộ chính quyền, ban ngành địa phương... đã đạt được kết quả rất tích cực. Mô hình can thiệp chăm sóc sức khỏe và dự phòng bệnh ngoài da ở lao động nông nghiệp cần được duy trì bền vững hiệu quả tại địa phương và nhân rộng ra các địa phương khác nhằm góp phần chăm sóc nâng cao sức khỏe cho người lao động nông nghiệp, đặc biệt dân tộc thiểu số; nâng cao chất lượng nguồn nhân lực lao động nông nghiệp tại các địa phương.

## KẾT LUẬN

### **1. Thực trạng mắc một số bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày tại Thái Nguyên năm 2017 – 2018 là khá cao:**

- Tỷ lệ mắc bệnh các bệnh ngoài da tại các xã thuộc khu vực nghiên cứu còn khá cao: cụ thể tỷ lệ mắc tại xã Phúc Lương là 64,5%; xã Phú Lý là 64,9% và xã Hợp Thành là 65,2%. Tỷ lệ mắc bệnh ngoài da trung bình tại 3 xã là 64,8%.

- Cơ cấu mắc các bệnh ngoài da tương đối đa dạng. Trong đó, tỷ lệ mắc các loại nấm da chung là cao nhất (chiếm 22,4%), tỷ lệ sản ngứa mày đay chiếm 20,1%, viêm da cơ địa 12,8%, còn lại là các loại viêm da khác như viêm da dị ứng tiếp xúc, kích ứng, sạm da...

- Trong số người bị bệnh ngoài da, tỷ lệ người < 50 tuổi là 60,6%, ≥ 50 tuổi là 39,4%; nam là 38,6%, nữ là 61,4%; trình độ học vấn dưới trung học phổ thông là 58,0% và trên trung học phổ thông là 42,0%.

### **2. Một số yếu tố liên quan đối với bệnh ngoài da ở người lao động nông nghiệp thuộc dân tộc Tày ở Thái Nguyên:**

- Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa một số yếu tố liên quan với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp như: độ tuổi thấp, nhà ở chưa kiên cố, nguồn nước không hợp vệ sinh; chuồng gia súc không hợp vệ sinh; kiến thức chưa tốt, thái độ chưa tốt, thực hành chưa tốt về phòng chống bệnh ngoài da với tỷ lệ mắc bệnh ngoài da của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ).

- Tỷ lệ kiến thức chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da lần lượt là 22,2%, 27,9% và 49,9%. Tỷ lệ thái độ chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da lần lượt là 18,8%, 72,2% và 9,0%. Tỷ lệ thực hành chung tốt, trung bình và yếu về phòng chống bệnh ngoài da lần lượt là 15,7%, 44,5% và 39,8%.

### **3. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu bệnh ngoài da ở người lao động thuộc dân tộc Tày huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên**

- Sau can thiệp, tỉ lệ kiến thức tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 28,5% lên 85,8. Hiệu quả can thiệp đạt 156%,  $p < 0,05$ .

- Tỉ lệ thái độ tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 23,2% lên 84,8%. Hiệu quả can thiệp đạt 250,8%,  $p < 0,05$ .

- Tỉ lệ thực hành tốt về phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp thuộc nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 16,2% lên 83,1%. Hiệu quả can thiệp đạt 400,9%,  $p < 0,05$ .

- Tỷ lệ người dân mắc bệnh ngoài da giảm từ 64,9% xuống còn 24,2%. Hiệu quả can thiệp đạt 59,4%,  $p < 0,05$ .

## **KHUYẾN NGHỊ**

Trên cơ sở các kết quả nghiên cứu đã thu được, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị như sau:

- Công tác phòng chống bệnh ngoài da cần tiến hành trên qui mô rộng, mang tính xã hội, cộng đồng; phải lồng ghép với các chương trình y tế xã hội khác như chương trình dinh dưỡng Quốc gia, chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, chương trình nước sạch và vệ sinh môi trường...

- Bệnh ngoài da có nguy cơ mãn tính, khó điều trị nên công tác phòng chống phải thường xuyên và liên tục trong thời gian dài mới đạt hiệu quả.

- Phòng chống bệnh ngoài da phải có trọng tâm trọng điểm, tập trung vào vùng nguy cơ có tỷ lệ nhiễm cao hoặc các đối tượng có nguy cơ nhiễm cao như lao động nông nghiệp trồng lúa, trồng rau màu, trồng chè, trồng rừng....

- Nhân rộng mô hình các giải pháp can thiệp phòng chống bệnh ngoài da để góp phần nâng cao hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, cho người lao động nông nghiệp, đặc biệt là dân tộc thiểu số miền núi là hết sức cần thiết.

## **DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Nông Phúc Thắng, Nguyễn Quý Thái, Đỗ Văn Hàm, Trần Thế Hoàng, Phạm Thị Thuỳ (2020), “*Thực trạng một số bệnh ký sinh trùng đường ruột và bệnh ngoài da ở người dân tại một số xã miền núi tỉnh Thái Nguyên*”, tạp chí Y học Việt Nam, số 1(488), 138-142.
2. Nông Phúc Thắng, Nguyễn Quý Thái, Đỗ Văn Hàm, Đào Trọng Quân (2023), “*Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh ngoài da của người lao động nông nghiệp tại một số xã miền núi tỉnh Thái Nguyên*”, tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Thái Nguyên, số 228(13), 483-489.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Lê Trần Anh (2001), *Nghiên cứu của một số yếu tố môi trường miễn dịch và sinh lý da ảnh hưởng đến bệnh nấm da trong quân đội*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện quân y, Hà Nội.
2. Tôn Nữ Phương Anh, Ngô Thị Minh Châu, Nguyễn Thị Hóa và cộng sự (2012), *Nghiên cứu tình hình bệnh nấm da của các bệnh nhân đến xét nghiệm tại khoa Kí Sinh Trùng, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế*, Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh Kí sinh trùng, số 4/2012.
3. Bộ Lao động-Thương binh và xã hội (2022), Thông tư 09/2022/TT-BLĐTBXH/ ngày 25/5/2022 - *Hướng dẫn một số nội dung thực hiện đa dạng hóa sinh kế, phát triển mô hình giảm nghèo và hỗ trợ người lao động... thuộc “Chương trình mục tiêu quốc gia giảm nghèo bền vững giai đoạn 2021-2025”*, Hà Nội.
4. Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn (2020), Quyết định số: 824/QĐ-BNN-TT ngày 16/4/2020 - *Quyết định phê duyệt đề án phát triển cây trồng năm 2020, tầm nhìn đến năm 2030*, Hà Nội.
5. Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn (2020), Thông tư số 10/2020/TT-BNNPTNT ngày 09/9/2020 - *Thông tư ban hành danh mục thuốc bảo vệ thực vật được phép sử dụng, cấm sử dụng tại Việt Nam*, Hà Nội.
6. Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn (2021), Thông tư số 12/2021/TT-BNNPTNT ngày 26/10/2021 - *Thông tư Hướng dẫn việc thu gom xử lý chất thải chăn nuôi, phụ phẩm nông nghiệp tái sử dụng cho mục đích khác*, Hà Nội.

7. Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn (2022), Thông tư 05/ ngày 25/7/2022 - *Hướng dẫn một số nội dung thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia xây dựng nông thôn mới giai đoạn 2021-2025*, Hà Nội.
8. Bộ Y tế (2014), Thông tư 14/ ngày 16/5/2013 - *Hướng dẫn khám sức khỏe người lao động*, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2015), Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da liễu*”, chủ biên, Hà Nội.
10. Bộ Y tế (2015), Quyết định số 3970/QĐ-BYT về việc ban hành *Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan*, phiên bản lần thứ 10 (ICD 10) tập 1 và tập 2, chủ biên, Hà Nội.
11. Bộ Y tế (2016), Thông tư 15/2016/TT-BYT ngày 15 tháng 5 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế *quy định về Bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội*, chủ biên, Hà Nội.
12. Bộ Y tế (2016), Thông tư 19/2016/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế *Hướng dẫn quản lý vệ sinh lao động và sức khỏe người lao động*, Hà Nội
13. Bộ Y tế (2016), Thông tư 28/2016/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế *Hướng dẫn quản lý bệnh nghề nghiệp*, Hà Nội.
14. Bộ Y tế (2021), Thông tư 29/2021/TT-BYT ngày 24 tháng 12 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế *Hướng dẫn đào tạo chuyên môn về Y tế lao động*, Hà Nội.
15. Bộ Y tế (2023), Thông tư Số 09/2023/TT-BYT ngày 05/5/2023 - Sửa đổi, bổ sung một số điều tại Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013, Hà Nội.
16. Nguyễn Cảnh Cầu và Nguyễn Khắc Viện (1995), "*Một vài yếu tố ngoại cảnh ảnh hưởng tới bệnh ngoài da*", Nội san Da liễu 1, tr. 3-5.

17. Phạm Công Chính, Nguyễn Quý Thái, Nông Thanh Sơn (2002), "*So sánh hiệu quả điều trị bệnh lang ben bằng thuốc bôi có chứa ASA với thuốc uống Sporal*", Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Thái Nguyên. 4(24), tr. 91-92.
18. Cổng thông tin điện tử Huyện Phú Lương, Thái Nguyên (2023), *Giới thiệu chung về xã Hợp Thành và Phú Lý*.
19. Nguyễn Thị Đào (2000), "*Bệnh nấm da*", Tập 3, chủ biên, *Bách khoa thư bệnh học*, Nhà xuất bản từ điển bách khoa, Hà Nội, tr. 39-43.
20. Nguyễn Thị Đào, Lê Kinh Duệ, Nguyễn Xuân Hiền (1979), *Một số bệnh nấm thường gặp ở người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
21. Nguyễn Lâm Dũng, Bùi Xuân Đồng, Lê Đình Lương (1982), *Vi nấm*, Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật Hà Nội.
22. Nguyễn Thái Dũng (2017), *Nghiên cứu một số đặc điểm và kết quả điều trị nấm da ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Trung tâm chống Phong - Da liễu Nghệ An 2015 - 2016*, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương, Hà Nội.
23. Đỗ Hàm (1997), *Ảnh hưởng của biến đổi vi khí hậu lên sức khỏe cộng đồng dân cư một xã miền núi*, Thái Nguyên, Đề tài khoa học cấp Bộ.
24. Đỗ Hàm (2001), *Vi khí hậu nhà ở miền núi phía Bắc và một số bệnh thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
25. Đỗ Hàm, Trần Duy Ninh, Trương Minh Hương (2003), *Ảnh hưởng của môi trường, vi khí hậu lên sức khỏe cộng đồng dân cư miền núi*, Tạp chí Y học thực hành, số 464, Tr 52-56.
26. Đỗ Hàm (2016), *Khoa học môi trường sinh thái*, NXB Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên.
27. Đỗ Hàm (2020), *Giáo trình nghiên cứu khoa học y học*, NXB Khoa học và kỹ thuật.

28. Nguyễn Thị Quỳnh Hoa, Đỗ Hàm, Nông Thanh Sơn (2005), *Thực trạng môi trường ở các hộ gia đình có chăn nuôi gia súc-gia cầm tại Ôn Lương- Phú Lương-Thái Nguyên*, Tạp chí Y học thực hành, số 10/2005, Tr 15-17.
29. Nguyễn Thị Quỳnh Hoa, Đỗ Hàm (2009), *Một số yếu tố môi trường và sức khỏe người chăn nuôi lợn hộ gia đình tại phường Thịnh Đán Thành phố Thái Nguyên*, Tạp chí Bảo hộ lao động, số 178, Tr 17-20.
30. Võ Thị Thanh Hiền, Nguyễn Thị Huyền Sương, Vũ Văn Thái và cộng sự (2022), *Thực trạng bệnh nấm da của bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Da liễu Thái Bình*, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 515, tháng 6, số đặc biệt 2022.
31. Phạm Hoàng Khâm (2002), *Nghiên cứu một số biến đổi miễn dịch ở bệnh nhân nấm da và đánh giá hiệu quả điều trị bằng phác đồ BSI-Benzosali kết hợp với Levamisol*, Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
32. Nguyễn Tuấn Khanh, Đỗ Hàm (2009), *Một số yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe của người dân chuyên canh chè tại Thái Nguyên*, Tạp chí Bảo hộ lao động, số 173, Tr 18-21.
33. Nguyễn Tuấn Khanh (2010), *Đánh giá ảnh hưởng của sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật đến sức khỏe người chuyên canh chè tại Thái Nguyên và hiệu quả của các biện pháp can thiệp*, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
34. Trần Xuân Mai (2003), *Vi nấm Y học*, chủ biên, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
35. Đào Ngọc Phong (2000), "*Bệnh học khí tượng*", *Bách khoa thư bệnh học*, Nhà xuất bản từ điển bách khoa, Hà Nội, tr. 7-10.

36. Lê Bách Quang, Trịnh Trọng Phụng và Lê Trần Anh (2002), "*Nghiên cứu ảnh hưởng của độ ẩm và nhiệt độ tới sự phát triển của nấm da và bệnh nấm da*", *Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học chuyên đề ký sinh trùng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 201-204.
37. Quốc hội (2018), Quyết định 461/QĐ-TTg 2018 mới nhất về Đề án phát triển 15000 hợp tác xã liên hiệp hợp tác xã nông nghiệp.
38. Nguyễn Hoàng Quỳnh (2021), *Thực trạng điều kiện lao động, sức khỏe, một số yếu tố liên quan và hiệu quả giải pháp can thiệp ở người chuyên canh vải huyện Lục Ngạn, tỉnh Bắc Giang*, Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên.
39. Nguyễn Quý Thái (2001), "*Tình hình bệnh nấm da và mối liên quan với môi trường lao động của công nhân tại một số mỏ than – Thái Nguyên*", *Nội san da liễu*, 1, tr. 27-32.
40. Nguyễn Quý Thái (2012), *Thực trạng bệnh nấm da tại một số địa phương thuộc khu vực miền núi phía bắc và những giải pháp chủ yếu phòng bệnh cho nhân dân*, *Da liễu học*, 2012, 07, tr.67-72.
41. Cái Phúc Thắng và Khúc Xuyên (1998), *Nghiên cứu các biện pháp dự phòng và điều trị các bệnh nấm da trong ngành cao su và đề nghị bổ xung bệnh này vào danh mục bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm ở Việt Nam*, Đề tài Khoa học cấp Bộ, Hà Nội.
42. Dương Hồng Thắng (2021), *Điều kiện lao động, một số bệnh liên quan nghề nghiệp ở người chăn nuôi gà tại huyện Yên Thế Tỉnh Bắc Giang và hiệu quả của giải pháp can thiệp*, Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
43. Nguyễn Đình Thắng và cs (1997), "*Tình hình bệnh da liễu qua khám điều tra bệnh da toàn dân tại Tỉnh Lâm Đồng (1993-1994)*", *Nội san da liễu* (3), tr. 25-33.

44. Nguyễn Hoàng Thanh, Hoàng Văn Minh và Nguyễn Việt Hùng (2011), *"Nghiên cứu mối liên quan giữa tình hình ốm đau, bệnh tật tự khai báo với điều kiện nước sạch và vệ sinh môi trường tại xã Hoàng Tây và Nhật Tân, huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam"*, Tạp chí Y tế công cộng, 22(22), tr. 46-52.
45. Thủ tướng chính phủ (2022), Quyết định Số: 318/QĐ-TTg Hà Nội, ngày 08 tháng 3 năm 2022/ ban hành Bộ tiêu chí quốc gia về xã nông thôn mới và bộ tiêu chí quốc gia về xã nông thôn mới nâng cao giai đoạn 2021 – 2025, Hà Nội.
46. Thủ tướng chính phủ (2022), Quyết định Số: 450/QĐ-TTg Hà Nội, ngày 13 tháng 4 năm 2022, *Phê duyệt Chiến lược bảo vệ môi trường quốc gia đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2050*, Hà Nội.
47. Thủ tướng chính phủ (2022), Quyết định Số: 587/QĐ-TTg Hà Nội, ngày 18 tháng 5 năm 2022, Ban hành Kế hoạch tổ chức thực hiện Phong trào thi đua *"Cả nước chung sức xây dựng nông thôn mới"* giai đoạn 2021-2025, Hà Nội.
48. Châu Văn Trở, Lê Huỳnh Phúc (2019), *Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh nhân nấm da do vi nấm sợi tại Bệnh viện Da liễu tỉnh Bình Thuận năm 2019*, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 15 - số 2/2020.
49. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên (2016), *An toàn vệ sinh lao động trong ngành Y tế*, NXB Y học, Hà Nội.
50. Trường Đại học Y Hà Nội (2017), *Bệnh nghề nghiệp*, NXB Y học, Hà Nội (127 trang).
51. Trường Đại học Y Hà Nội (2017), Bộ môn Da liễu, *Bệnh học Da liễu, Tập 1*, Nhà xuất bản Y học, 2017.
52. Nguyễn Thị Hồng Tú (2001), *Chiến lược nâng cao sức khỏe nơi làm việc tại Việt Nam*, Hội nghị khoa học Y học lao động toàn quốc lần IV, chủ biên, Hà Nội, tr.12.

53. Huỳnh Quốc Tuấn, Vũ Tuấn Anh và cộng sự (2019), *Nghiên cứu tình hình nhiễm nấm da-niêm mạc ở người tại Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa từ năm 2015 đến năm 2018*, Tạp chí Y Dược học lâm sàng 108, tập 14, số 1/2019.
54. Lê Văn Tuấn, Vũ Thị Mai (2005), "*Thực trạng môi trường ở xã Ôn Lương huyện Phú Lương tỉnh Thái Nguyên*", Tạp chí Y học thực hành, số 531, tr. 219-223.
55. Phạm Trí Tuệ (2000), "*Những bệnh nhiễm trùng cơ hội*", Nội san khoa học công nghệ Y Dược, Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên (1), tr. 3.
56. Lê Tử Vân và Khúc Xuyên (1998), *Bệnh da nghề nghiệp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
57. Khúc Xuyên và cộng sự (1994), "*Bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa môi trường lao động và bệnh da nghề nghiệp của công nhân mỏ Cẩm Phả*", Tạp san Y học lao động và vệ sinh môi trường (7), tr.63-67.

#### TIẾNG ANH

58. Achisna Rahmatika, Fitria Saftarina và cộng sự (2020), *Relationship between Contact Dermatitis Risk Factors for Farmers*, Universitas Lampung, Indonesia, Jurnal Kesehatan, Volume 11, Nomor 1, ISSN 2086-7751, p248-257.
59. Aditi Sharma, Vikram K. Mahajan, Karaninder S. Mehta et al (2018), *Pesticide contact dermatitis in agricultural workers of Himachal Pradesh*, India J. Med . 2018- Oct p20-39.
60. Aiggan Tamene (2021), *Occupational Contact Dermatitis in Employees of Large-Scale Narcotic Crop Farms of Ethiopia: Prevalence and Risk Factors*, Environmental Health Unit, School of Public Health, College of Medicine and Health Sciences, Volume 15: 1–11, Wachemo University, Hosaena, Ethiopia

61. Ann Agric (2020), *Occupational Contact Dermatitis in Employees of Large-Scale Narcotic Crop Farms of Ethiopia: Prevalence and Risk Factors*. Environ Med.; 27(2), p211–218.
62. Ayanlowo O et.al (2022), *Occupational Hand Dermatitis amongst Cassava Processors in Rural Communities in Southwest Nigeria*, West Afr J Med. 2022 Oct 20; 39 (10):1089-1094.
63. Bashir S., et al. (2021), "*Pattern of Skin Diseases and Occupational Dermatoses among Paddy Field Workers in Kashmir Valley: A Cross-Sectional Study from North India*", Indian J Community Med. 46 (4), pp. 610-613.
64. Bolaños B (1991), "*Dermatophyte feet infection among students enrolled in swimming courses at a university pool*", Boletin de la Asociacion Medica de Puerto Rico. 83(5), pp. 181-184.
65. Brian Wu PhD. MD Candidate (2019), *Skin problems in farmers*, Keck School of Medicine; Chief Editor: Dr Amanda Oakley, Dermatologist, Hamilton, New Zealand, December 2019.
66. Boonchai W, Thanomkitti K & Kasemsarn P (2014), "*Occupational contact dermatitis in tertiary university hospital: a 5-year retrospective study*", J Med Assoc Thai, 97(11), pp. 1182-8.
67. Brian Wu PhD. MD Candidate (2018), *Skin problems in farmers*, Dermatologist, Keck School of Medicine, New Zealand, December 2015. P132-139.
68. Brice L., et al. (2020), "*Skin diseases affecting a population occupationally exposed to terrestrial fauna and flora in Brittany over a 15-year period*", Ann Agric Environ Med. 27(2), pp. 211-218.



69. Caitlin Horsham, Josephine Auster, Marguerite C Sendall, Melissa Stoneham (2014), *Interventions to decrease skin cancer risk in outdoor workers: update to a 2007-2012 systematic review*, BMC Research Notes 2014.
70. Chante Karimkhani, MD; Robert P. Dellavalle (2013), *Global Skin Disease Morbidity and Mortality An Update From the Global Burden of Disease Study 2013*, JAMA Dermatology | Original Investigation.
71. Chen Y. X. , Cheng H. Y & Li L. F. (2017), "*Prevalence and risk factors of contact dermatitis among clothing manufacturing employees in Beijing: A cross-sectional study*", Medicine (Baltimore). 96 (12), pp. e6356.
72. Chito Clare Ekwealor and Christie Amechi Oyeka (2013), "*Cutaneous Mycoses among Rice Farmers in Anambra State, Nigeria*", Journal of Mycology/2013/Article.
73. Christel Smit-Kroner, Susan Brumby, *Farmers sun exposure, skin protection and public health campaigns: An Australian perspective*, Preventive Medicine Reports 2 (2015), 602–607.
74. Christopher Chu , James G Marks Jr, Alexandra Flamm (2020), *Occupational Contact Dermatitis: Common Occupational Allergens*, Dermatol Clin, 2020 Jul; 38(3): 339-349.
75. C. I. Wootton, S. Bell, A. Philavanh, K. Phommachack, M. Soukavong và cộng sự (2018), *Assessing skin disease and associated health-related quality of life in a rural Lao community*, BMC Dermatology.
76. Damalas C. A & Koutroubas S. D. (2017), "*Farmers' Training on Pesticide Use Is Associated with Elevated Safety Behavior*", Toxics. 5(3).
77. Dewi Wulandari<sup>1</sup>, Fitria Saftarina, Sudjarwo MA, Ijhes (2023), *Analysis of the relationship of personal hygiene with the incidence of dermatitis in farmers, Indonesia*, Vol: 6 Issue: 6, June 2023, p 261-274.

78. Department of Industrial Relations Division of Occupational Safety and Health Publications Unit, State of California, *Safety and Health in Agricultural Field Operations*, August 2020.
79. Do Thuy Trang., et al (2007), "*Incidence of and risk factors for skin ailments among farmers working with wastewater-fed agriculture in Hanoi, Vietnam*", Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 101(5), pp. 502-510.
80. Do Thuy Trang., et al. (2007), "*Skin disease among farmers using wastewater in rice cultivation in Nam Dinh, Vietnam*", Tropical Medicine & International Health. 12, tr. 51-58.
81. Do Thuy Trang, Wim Van Der Hoek và cộng sự (2017), *Skin disease among farmers using wastewater in rice cultivation in Nam Dinh, Vietnam*, National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi Vietnam, 14 November 2017.
82. Erpi Nurdin, Mukhtasyam Zuchrullah, Nurul Izza M Achiruddin (2023), *Detection of dermatophyte and non dermatophyte fungus in tinea unguium using breakfan dextrose agar alternative media (Indonesia)*, Jurnal Inovasi Pendidikan dan Sains Vol. 4 No. 1, April 2023, p16-20.
83. Feng Le, Bin Liu, Zixiang Si, Sheng Li, and Jianjun Qiao (2016), *Prevalence of Dermatitis and Superficial Fungal Infection of the Hands in Seafood Workers: An Investigation from Food Markets in Ningbo, China*, p68-75.
84. Fred Gerr, MD (2015), *Occupational skin disorders in agriculture*, College of Public Health, University of Iowa, 2015, p47-54.

85. Febriana S.A et al (2022), "*Pesticide management knowledge, attitude and practices in Indonesian vegetable farmers with Occupational Skin Disease in Magelang, Central Java: Pesticide-related Skin Disease and KAP in Farmers*", Journal of Pakistan Association of Dermatologists. 32(3), pp. 517-525.
86. Gavin A, et al (2012), "*Trends in skin cancer knowledge, sun protection practices and behaviours in the Northern Ireland population*", Eur J Public Health. 22(3), pp. 408-12.
87. Gholamhossein Abdollahzadeh, Mohammad Sharif Sharifzadeh (2020), "*Predicting farmers' intention to use PPE for prevent pesticide adverse effects: An examination of the Health Belief Model (HBM)*", Journal of the Saudi Society of Agricultural Sciences 20 (2021), 40–47.
88. Giulio Arcangeli, Veronica Traversini (2020), "*Allergic Anaphylactic Risk in Farming Activities: A Systematic Review*", International Journal of Environ. Res. Public Health 2020, 17, 4921.
89. Genevieve Patrick, Madison Leonard (2022), "*Prevalence of self-reported dermatologic symptoms among farmers living in Gracias a Dios, Honduras*", JAAD Int. 2022 Jun 22:8:89-91.
90. Hazen K. C (1995), "*New and emerging yeast pathogens*", Clinical microbiology reviews. 8(4), pp. 462-478.
91. Heru Listiono, Muhammad Romadhon, Siti Aisyah (2022), "*Risk Factor Analysis for Dermatitis Due to Work in Rubber Plantation Farmers*", Jurnal Lahan Suboptimal, Journal of Suboptimal Lands, Vol. 11, No.1 p14–24.
92. Hobbs C., et al (2014), "*Skin cancer knowledge, attitudes, and behaviors in collegiate athletes*", J. Skin Cancer. 2014, pp. 248198.

93. Ike Puspitasari Singgih Putri, Tri Martiana và cộng sự (2020), *Correlation between Environmental and Individual Factors with Dermatitis Contact on Tobacco Farmers*, The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health. Vol. 9 No. 1 (2020) p356-367.
94. Janardhan Bommakanti, Pradeep Pendyala (2017), *Pattern of skin diseases in rural population: a cross sectional study at Medchal mandal, Rangareddy district, Telangana, India*, International Journal of Research in Medical Sciences, 5(1):50-55.
95. Julia Benedetti MD (2023), *Overview of Sunlight and Skin Damage*, Harvard Medical School, Reviewed/Revised Oct 2023.
96. Jon-Sun Park, Eun-Kee Park, Hee-Kyoo Kim, and Gil-Soon Choi (2014), *Prevalence and Risk Factors of Occupational Skin Disease in Korean Workers from the 2014, Korean Working Conditions Survey*, Exp Appl Acarol. (2015), N<sup>o</sup>, p 62:77–90.
97. Jyoti Nayak.D, Er. Pragati Kishore Rout and Dr. Sachidanada Swain (2023), *Occupational Skin Diseases in Farm Women*, Vigyan, Varta 4(1) p 4-7.
98. Kathleen R. Ragan, Natasha Buchanan Lunsford, Cheryll C. Thomas (2015), *Skin Cancer Prevention Behaviors Among Agricultural and Construction Workers in the United States*, 2015, Public Health Research, Practice, and Policy, Volume 16, E15, February, 2019.
99. Kelley J. Donham and Anders Thelin, *Agricultural Skin Diseases*, Agricultural Medicine: Rural Occupational and Environmental Health, Safety, and Prevention, Second Edition.
100. Kristina Campbell, Brenda Baker, Antonio Tovar (2017), *The Association Between Skin Rashes and Work Environment, Personal Protective Equipment, and Hygiene Practices Among Female Farmworkers*, Workplace Health & Safety, vol. 65, no. 7, July 2017.

101. Lazzarini R., et al. (2022), *"Occupational contact dermatitis: analysis of cases observed in a service not specialized in occupational dermatosis between 2004 and 2017"*, Anais Brasileiros de Dermatologia. 97, pp. 105-107.
102. Loddé Brice, Dewitte Jean-Dominique, Misery Laurent (2018), *Skin diseases affecting a population occupationally exposed to terrestrial fauna and flora in Brittany over a 15-year period*, Exp Appl Acarol. (2018) 62:77–90.
103. Madalina Adina Coman, Andreea Marcu và cộng sự (2020), *Educational Interventions to Improve Safety and Health Literacy Among Agricultural Workers: A Systematic Review*, Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 1114.
104. Mazloomi M.S., et al (2013), *"Knowledge, attitude, and performance of people toward skin cancer in Yazd"*, Toloo-eBehdasht. 11(3), pp. 125-137.
105. Manoch Naksata, Anucha Watcharapasorn và cộng sự (2020), *Development of Personal Protective Clothing for Reducing Exposure to Insecticides in Pesticide Applicators*, Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 3303.
106. Morowatisharifabad M. A ., et al (2017), *"Attitude to, knowledge and practice of skin care in older adults in Sarakhs city, and prevalence of some skin problems among them"*, Elderly health journal. 3(2), pp. 67-73.
107. Ninomiya J (2000), *"Effect of temperature, humidity and minor injury to the penetration of dermatophytes into human stratum corneum"*, Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi. 41(1), pp. 5-9.
108. Nayak J, Rout P.K, Swain S (2023), *Occupational Skin Diseases in Farm Women*, Vigyan, N<sup>o</sup>4 (1) p4-7.
109. Porter M. J (1980), *"Seasonal change and its effect on the prevalence of infectious skin disease in a Gambian village"*, Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 74(2), pp. 162-168.

110. Radoslaw Spiewak (2012), *Farmers and Farmworkers*, ResearchGate, Department of Experimental Dermatology and Cosmetology, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland Instytut Dermatologii, Krakow, Poland.
111. Radosław Śpiewak, Anna Góra-Florek, Andrzej Horoch, Mirosław J (2018), *Risk factors for work-related eczema and urticaria among vocational students of agriculture*, Ann Agric Environ Med, N<sup>o</sup>24(4) p716-721.
112. Rahman A., et al (2015), "*Prevalence of occupational contact dermatitis, knowledge, and adaption of preventive measures by chemical industries workers of Pune: an observational study*", J. Environ Occup Sci. 4(1), pp. 27-33.
113. Riti Bhatia, Vinod K. Sharma, M. Ramam và cộng sự *Clinical profile and quality of life of patients with occupational contact dermatitis from New Delhi, India*, Contact Dermatitis, 73, 172–181.
114. Shahnawaz Bashir, Iffat Hassan, R. T. Wani và cộng sự (2021), *Pattern of Skin Diseases and Occupational Dermatoses among Paddy Field Workers in Kashmir Valley*, Indian J Community Med. 2021 Oct-Dec; 46(4), p610–613.
115. Sharara Shakik, Victoria Arrandale (2019), *Dermatitis among workers in Ontario: results from the Occupational Disease Surveillance System*, Occup Environ Med 2019;76:625–631
116. Shehu, S. Shinkafi, Published (2014), "*Study of fungi associated with farmers skin diseases in Sokoto Metropolis*", Journal of advanced Botany and Zoology, Environmental Science, Agricultural and Food Sciences, Medicine.

117. Shiva S. S & Singh S.K (2017), "*Prevalence of occupational skin diseases among rice field workers in Haryana*", International Journal Of Community Medicine And Public Health. 4(4), pp. 1011.
118. Summaiya Lari, Praveen Yamagani, Arun Pandiyan (2023), *The impact of the use of personal-protective-equipment on the minimization of effects of exposure to pesticides among farm-workers in India*, Front. Public Health, Volume 11/2023.
119. Thomas A.Arcury, S A Quandt, B G Mellen (2003), *An exploratory analysis of occupational skin disease among Latino migrant and seasonal farmworkers in North Carolina*, J Agric Saf Health. 2003 Aug; 9(3):221-32.
120. Yarmaliza Yarmaliza, Teungku Nih Farisni, Fitriani và cộng sự (2020), *Epidemiology of dermatitis in farmers*, Jurnal Berkala Epidemiologi, Volume 8 Nomor 1(2020) p50-56.