

# KIẾN THỨC THỰC HÀNH VỀ PHÒNG NGỪA NHIỄM GIUN KIM CỦA PHỤ HUYNH TRẺ MẪU GIÁO TẠI HUYỆN CỬ CHI, TP.HCM

Nhữ Thị Hoa\*, Hồ Quốc Cường\*, Nguyễn Trương Tường Duy\*

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Tình hình nhiễm *Enterobius vermicularis* vẫn rất phổ biến ở Việt Nam so với sự phát triển vượt trội về kinh tế, xã hội cũng như ý thức xử giun định kỳ của người dân ngày càng được nâng cao. Việc kiểm soát bệnh giun kim phụ thuộc chủ yếu vào vấn đề vệ sinh cho trẻ và giải quyết mầm bệnh trong không gian sinh hoạt của trẻ. Vì vậy cần tiến hành GDSK cho cộng đồng về các biện pháp phòng ngừa nhiễm giun kim. Để đạt hiệu quả tối ưu trong công tác truyền thông, việc đánh giá kiến thức, thực hành của phụ huynh về phòng ngừa nhiễm giun kim là cần thiết.

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ kiến thức, thực hành về phòng ngừa nhiễm giun kim của phụ huynh trẻ học mẫu giáo tại huyện Củ Chi, TP. HCM từ 09/2008 đến 05/2009.

**Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 1677 trẻ học tại 4 trường được chọn ngẫu nhiên từ 28 trường mẫu giáo thuộc huyện Củ Chi năm học 2008 – 2009. Sử dụng bảng câu hỏi tự điền để thu thập thông tin về hành chánh, kiến thức và thực hành của phụ huynh. Chẩn đoán nhiễm giun kim bằng kỹ thuật Graham.

**Kết quả:** Tỷ lệ phụ huynh có kiến thức đúng là 46%, chủ yếu tập trung ở nhóm lao động trí óc và học vấn > cấp 2. Số phụ huynh thực hành đúng chiếm 30,1%. Không có sự khác biệt đáng kể về thực hành giữa các nhóm. Nhóm có kiến thức đúng sẽ thực hành đúng gấp 1,28 lần nhóm có kiến thức chưa đúng ( $p=0,02$ ).

**Kết luận và đề xuất:** Nên phối hợp đồng thời tẩy giun hàng loạt với GDSK trong kiểm soát nhiễm giun kim ở trẻ mẫu giáo. Việc GDSK nên được tiến hành phù hợp với trình độ học vấn, thời gian của phụ huynh và cần được duy trì thường xuyên.

**Từ khóa:** *Enterobius vermicularis*, giun kim, nhiễm giun kim, kỹ thuật Graham, kiến thức về nhiễm giun kim, phòng ngừa nhiễm giun kim, kiểm soát nhiễm giun kim.

## ABSTRACT

### KNOWLEDGE AND PRACTICE IN ENTEROBIASIS PREVENTION AMONG PARENTS OF KINDERGARTEN CHILDREN IN CU CHI DISTRICT HCM CITY (2009)

Nhu Thi Hoa, Ho Quoc Cuong, Nguyen Truong Tuong Duy

\* Y Hoc TP.Ho Chi Minh \* Vol. 14 - Supplement of No 1 - 2010: 127-132

**Introduction:** Despite socio-economic development and periodic deworming, enterobiasis remains high in Vietnam. Pinworm control depends mainly on personal hygiene and the surrounding environment of the children. Therefore, health education on enterobiasis prevention to the community is necessary. For the success of the campaign, parent's knowledge and practice relating to pinworm infestation should be evaluated.

**Objectives:** to evaluate knowledge and practice in enterobiasis prevention among parents of kindergarten children in Cu Chi district, Ho Chi Minh city from September 2008 to May 2009.

\* Bộ môn Kí sinh trùng – Vi nấm học, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch Tp.Hồ Chí Minh

Đại chỉ liên hệ: BS.Nhữ Thị Hoa

ĐT: 0903379566

Email: drnhuhoa@yahoo.com

**Methods:** A cross sectional study was carried out among 1677 children of 4 kindergartens selected randomly from 28 nursery schools in Cu Chi district in the academic year 2008 – 2009. A structured questionnaire was used to collect information on schoolparent's knowledge and practice. Enterobiasis was diagnosed by Graham's technique.

**Results:** The proportion of parents with correct knowledge was 46%, mainly focused in the white-collar group and with level of education higher than the second grade. Thirty point one percents of the parents had correct practice. There was no significant difference in practice among different groups. Correct practice was 1.28-fold higher in the group with correct knowledge than in the group with incorrect knowledge ( $p = 0.02$ ).

**Conclusions and recommendations:** Mass treatment should be combined with health education in the control of enterobiasis. Health education must suit parent's level of education and their free time and must be regular.

**Keywords:** *Enterobius vermicularis*, pinworm, pin worm infestation, enterobiasis, Graham technique, knowledge on enterobiasis prevention, enterobiasis control.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm giun đường ruột là một vấn đề đang được quan tâm ở các xứ nhiệt đới, cận nhiệt đới, đặc biệt là các nước đang phát triển. Một số khảo sát về giun đường ruột đã chứng tỏ tỷ lệ nhiễm giun kim ở trẻ nhỏ khá cao trong khi việc điều trị, phòng ngừa nhiễm giun kim không phải là vấn đề phức tạp, tốn kém<sup>(8,10)</sup>. Khoảng 1 tỉ người trên thế giới bị nhiễm giun kim vào năm 1994, tập trung chủ yếu ở trẻ em, nhất là trẻ sống trong môi trường tập thể như nhà trẻ, lớp mẫu giáo,...<sup>(1)</sup>. Năm 2004, y văn ước tính hơn 30% trẻ dương tính với phết Graham<sup>(2)</sup>. Các điều tra năm 2006 tại Mỹ và Canada cho thấy 30% đến 80% trẻ mắc bệnh<sup>(6)</sup>. Ở Việt Nam, tỷ lệ này dao động từ 18,5% đến 47%, có vùng lên đến 73,45%<sup>(3, 4, 5, 7, 9, 12)</sup> và cũng tập trung ở lứa tuổi nhà trẻ, mẫu giáo.

Các số liệu trên cho thấy tình trạng nhiễm giun kim vẫn chưa được kiểm soát. Điều này có vẻ nghịch lý so với sự phát triển mạnh mẽ về kinh tế xã hội, khoa học kỹ thuật hiện nay; với sự cải thiện về ý thức vệ sinh, xổ giun định kỳ của người dân và với hiệu quả cao của Mebendazole, Albendazole trên giun kim<sup>(3, 5, 9, 12)</sup>. Phải chăng việc phòng ngừa nhiễm giun kim còn nhiều hạn chế? Do đó, “xác định kiến thức, thực hành của phụ huynh về phòng ngừa nhiễm giun kim” là cần thiết, giúp tìm hiểu những khiếm khuyết của

cộng đồng trong việc phòng ngừa bệnh. Từ đó xây dựng chương trình giáo dục truyền thông sát hợp liên quan đến nhiễm giun kim, góp phần kiểm soát tỷ lệ nhiễm ở trẻ em.

## ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành từ tháng 9/2008 đến tháng 05/2009 trên phụ huynh của trẻ học tại 4 trường mẫu giáo công lập thuộc 4 xã An Nhơn Tây, Phước Thạnh, Tân An Hội và Tân Thạnh Đông, huyện Củ Chi, TP. HCM. Các trường được chọn theo phương pháp chọn mẫu cụm 1 bậc (cụm = trường) bằng cách rút thăm ngẫu nhiên từ 28 trường trong huyện. Công thức tính cỡ mẫu để ước lượng một tỉ lệ trong dân số được áp dụng với  $\alpha = 0,05$ ,  $p$  tham khảo về kiến thức đúng, thực hành đúng lần lượt là 67,7% và 27%<sup>(4)</sup>, và để giảm hiệu ứng mẫu cụm nên cỡ mẫu tối thiểu cần để giải quyết mục tiêu đề ra là 672 trẻ. Thu thập các biến số về kiến thức, thực hành và các yếu tố liên quan dựa trên bảng câu hỏi cấu trúc phát cho phụ huynh tự điền. Chẩn đoán nhiễm giun kim dựa vào kỹ thuật Graham 1 lần. Sử dụng tần số, tỉ lệ để đo lường các biến số. Phép kiểm định  $\chi^2$ , OR dùng trong phân tích sự phân bố kiến thức, thực hành theo các thuộc tính của đối tượng nghiên cứu. Phân tích đa biến được áp dụng khi xét mối liên quan giữa thực hành với kiến thức của phụ huynh và tỷ lệ nhiễm ở trẻ

## KẾT QUẢ

**Bảng 1:** Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	n = 1677 Tần số (%)
Phụ huynh là	
Mẹ	1414 (84,3)
Khác	263 (15,7)
Dân tộc	
Kinh	1673 (99,8)
Khác	4 (0,2)
Nghề nghiệp	
Trí óc	100 (6,0)
Chân tay	1577 (94,0)
Học vấn	
> cấp 2	395 (23,5)
≤ cấp 2	1282 (76,6)
Tuổi	
≥ 30	1015 (60,5)
<30	662 (39,5)
Con học ở phân hiệu	
Điểm chính	1093 (65,2)
Điểm lẻ	584 (34,8)
Con học lớp	
Lá	1091 (65,1)
Chồi	586 (34,9)
Con bị nhiễm giun kim	
Có	515 (30,7)
Không	1162 (69,3)

Đa số phụ huynh là mẹ, thuộc dân tộc kinh, từ 30 tuổi trở lên, làm nghề lao động chân tay, học ≤ cấp 2 và có con học lớp lá, tập trung ở điểm chính.

**Bảng 2:** Tỷ lệ kiến thức, thực hành đúng của phụ huynh về nhiễm giun kim

	n = 1677	
	Đúng n(%)	Chưa đúng n%
Triệu chứng	873 (52,1)	804 (47,9)
Yếu tố nguy cơ	98 (5,8)	1.579 (95,2)
Biện pháp phòng ngừa	1.062 (63,3)	615 (36,7)
Kiến thức chung	772 (46,0)	905 (54,0)
<b>Thực hành</b>		
Cắt móng tay	1.024 (61,1)	652 (38,9)
Không cho bé mút tay	919 (54,8)	758 (45,2)
Rửa hậu môn mỗi sáng	948 (56,5)	729 (43,5)

Vệ sinh nhà cửa	47 (2,8)	1.630 (97,2)
Thực hành chung	504 (30,1)	1.173 (69,9)

Tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành đúng ở phụ huynh chưa cao, <50%, chủ yếu tập trung ở kiến thức chưa đúng về yếu tố nguy cơ (95,2%) và thực hành vệ sinh nhà cửa (97,2%).

**Bảng 3:** Kiến thức về phòng ngừa nhiễm giun kim phân bố theo các thuộc tính của phụ huynh.

Đặc điểm	n = 1677 Kiến thức – n (%)		Kiểm định $\chi^2$	
	Đúng	Chưa đúng	p	OR [KTC 95%]
PH là Mẹ Khác mẹ	649 (45,9) 123 (46,8)	765 (54,1) 140 (53,2)	0,80	
Nghề Trí óc Chân tay	75 (75,0) 697 (44,2)	25 (25,0) 880 (55,8)	< 0,01	3,79 (2,35 – 6,28)
TĐHV > cấp 2 ≤ cấp 2	246 (62,3) 526 (41,0)	149 (37,7) 756 (59,0)	< 0,01	2,37 (1,87 – 3,01)
Tuổi ≥ 30 < 30	474 (46,7) 298 (45,0)	541 (53,3) 364 (55,0)	0,50	
Con nhiễm Có Không	214 (41,5) 558 (48,0)	301 (58,5) 604 (52,0)	0,01	0,77 (0,62 – 0,95)
Tổng	772 (46,0)	905 (54,0)		

Nhóm phụ huynh lao động trí óc, học > cấp 2 có kiến thức đúng lần lượt cao gấp 3,79 và 2,37 lần so với nhóm lao động chân tay, học ≤ cấp 2. Phụ huynh có con nhiễm giun kim có kiến thức thấp, chỉ bằng 0,77 lần nhóm có con không nhiễm.

**Bảng 4:** Thực hành về phòng ngừa nhiễm giun kim phân bố theo các thuộc tính của phụ huynh

Đặc điểm	n = 1677 Thực hành – n (%)		Kiểm định $\chi^2$	
	Đúng	Chưa đúng	p	OR [KTC 95%]
PH là Mẹ Khác	438 (31,0) 66 (25,1)	976 (69,0) 197 (74,9)	0,06	
Nghề Trí óc Chân tay	32 (32,0) 472 (29,9)	68 (68,0) 1105 (70,1)	0,66	
TĐHV > cấp 2 ≤ cấp 2	123 (31,1) 381 (29,7)	272 (68,9) 901 (70,3)	0,59	

Đặc điểm	n = 1677 Thực hành – n (%)		Kiểm định $\chi^2$	
	Đúng	Chưa đúng	p	OR [KTC 95%]
Tuổi ≥ 30 < 30	299 (29,5) 205 (31,0)	716 (70,5) 457 (69,0)	0,51	
Con nhiễm Có Không	160 (31,1) 344 (29,6)	355 (68,9) 818 (70,4)	0,55	
Tổng	504 (30,1)	1173 (69,9)		

Không nhận thấy sự khác biệt về thực hành giữa các nhóm.

**Bảng 5:** *Mối liên quan giữa thực hành với kiến thức của phụ huynh và tỷ lệ nhiễm giun kim ở trẻ.*

Biến số	OR	(KTC 95%)	p value
Kiến thức	1,28	[1,03 – 1,57]	0,02
Tỷ lệ nhiễm ở trẻ	1,09	[0,87 – 1,37]	0,46

Nhóm phụ huynh có kiến thức đúng sẽ thực hành đúng gấp 1,28 lần nhóm còn lại. Không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm giữa hai nhóm thực hành khác nhau.

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Về đặc điểm chung, bảng 1 cho thấy hầu hết phụ huynh, người trực tiếp chăm sóc trẻ, là mẹ, ≥ 30 tuổi, thuộc dân tộc kinh, học ≤ cấp 2 và làm nghề lao động chân tay. Người mẹ thường chăm sóc con chu đáo hơn các thành viên khác trong nhà nhất là khi ≥ 30 tuổi, vì ở các vùng ngoại thành như huyện Củ Chi, phụ nữ có xu hướng kết hôn sớm, ở độ tuổi này, họ thường đã sinh con thứ hai nên kinh nghiệm nuôi con cũng được tích lũy nhiều hơn. Tuy nhiên, khi trình độ học vấn không cao sẽ hạn chế sự tìm tòi và tiếp thu những kiến thức liên quan đến sức khỏe, trong đó bao gồm bệnh giun kim. Ngoài ra, người lao động chân tay thường có thu nhập không ổn định, mức sống thấp và học vấn không cao nên điều kiện nuôi dưỡng, chăm sóc con cũng như thời gian dành cho các bé sẽ bị hạn chế. Với những đặc điểm vừa nêu, việc lựa chọn phương pháp truyền thông đơn giản, dễ hiểu cũng như thời điểm giáo dục phù hợp với đại đa

số phụ huynh là cần thiết. Đa số phụ huynh có con học lớp lá và tập trung ở các phân hiệu. Đây là nhóm nguy cơ cao nhất của bệnh giun kim (5),(11), mặt khác, tại các phân hiệu lẻ, do khó khăn về cơ sở vật chất nên điều kiện vệ sinh chưa đạt chuẩn, tỉ lệ nhiễm giun kim ở cộng đồng chắc hẳn đáng quan tâm. Thật vậy, 30,7% mẫu Graham dương tính trong quần thể khảo sát là một con số không nhỏ trong điều kiện phát triển kinh tế, xã hội hiện nay ở TP. HCM. Do đó, thực hiện GDSK về phòng ngừa nhiễm giun kim là một nhu cầu tất yếu trong chương trình chăm sóc sức khỏe trẻ em.

### Tỷ lệ kiến thức và thực hành về nhiễm giun kim của phụ huynh

Bảng 2 mô tả kiến thức đúng, thực hành đúng của phụ huynh về nhiễm giun kim chưa cao, lần lượt là 46% và 30,1% và bị chi phối chủ yếu bởi sự hiểu biết về yếu tố nguy cơ cũng như vệ sinh nhà cửa đúng cách còn quá thấp, chỉ 5,8% và 2,8%.

Phân tích sâu về các yếu tố dẫn độ, đa số phụ huynh lầm tưởng việc ăn tái uống sống, ăn rau sống không rửa kỹ, đi chân đất là nguyên nhân nhiễm giun kim; chỉ < 40% đối tượng trả lời nhiễm giun kim có thể do nuốt phải trứng giun trong không khí và rất ít người (<5%) nhận biết tầm quan trọng của giữ gìn vệ sinh nhà cửa trong phòng ngừa bệnh. Trứng giun kim sau khi được đẻ tại rìa hậu môn sẽ phát tán vào không gian xung quanh khi bé lê la dưới sàn hoặc khi tay bé dính đầy trứng (do gãi hậu môn) đụng chạm vào các vật dụng, đồ chơi. Thêm vào đó, trứng giun kim có thể tồn tại khoảng 20 ngày ở ngoại cảnh(11), tạo điều kiện lây nhiễm cao. Vì vậy, nếu vệ sinh môi trường đúng cách, lau rửa thường xuyên sàn nhà, bàn ghế và các vật dụng, đồ chơi của bé sẽ giúp loại bỏ đáng kể mầm bệnh khỏi môi trường, hạn chế lây lan và tái nhiễm. Thiếu thông tin về vấn đề này sẽ gây nhiều khó khăn cho việc khống chế bệnh. Thật vậy, hiểu biết về “biện pháp phòng ngừa” chỉ đạt 63,3% và chỉ 2,8% phụ huynh thực hành vệ

sinh nhà cửa đúng cách (bảng 2). Ngoài ra, nhiều vùng trong huyện Củ Chi vẫn khó khăn về kinh tế, nền nhà bằng đất vẫn tồn tại nên việc lau nhà là không khả thi.

Mặt khác, do chưa hiểu biết chính xác về yếu tố nguy cơ nên thực hành “rửa hậu môn cho trẻ mỗi sáng sớm” cũng chưa khả quan (55,6%) (bảng 2). Rửa hậu môn nhằm tiêu diệt và ngăn chặn sự gieo rắc mầm bệnh vào môi trường sinh hoạt chung quanh trẻ, là khâu quan trọng nhất trong việc cắt đứt chu trình phát triển của giun kim. Không thực hiện đồng loạt và thường xuyên biện pháp này, kết hợp với vệ sinh nhà cửa không đúng cách sẽ tạo cơ hội tốt cho bệnh tồn tại và phát triển. Mặc dù vậy, tỷ lệ vệ sinh vùng hạ bộ trong đánh giá này cao hơn 27% của Lê Thị Tuyết (4). Có lẽ hình thức học bán trú tại Củ Chi khá phổ biến đã tác động phần nào đến thói quen trên. Vì bé phải ở trường suốt ngày nên phụ huynh thường tắm rửa cho trẻ trước khi đi học. Đặc điểm này không được mô tả trong nghiên cứu của Lê Thị Tuyết nhưng ở một vùng quê như Thái Bình, cách đây 3 năm, đa số là nông dân, nhiều khả năng mô hình bán trú chưa phát triển.

### **Sự phân bố kiến thức, thực hành theo các đặc điểm của mẫu nghiên cứu**

Kiến thức chung và thực hành chung về nhiễm giun kim liên quan mật thiết với nghề nghiệp và trình độ học vấn của phụ huynh. Những nghề liên quan đến lao động trí óc thường đòi hỏi trình độ học vấn nhất định và với kiến thức nền sẵn có, cơ hội tiếp cận các nguồn thông tin sẽ phong phú hơn như báo chí, tivi, sách nước ngoài, internet,..., nhận định sẽ sắc bén hơn và từ đó thực hành chăm sóc con sẽ tốt hơn. Bảng 3 đã chứng minh, kiến thức đúng ở nhóm đối tượng lao động trí óc và trình độ học vấn > cấp 2 lần lượt cao gấp 3,97 và 2,37 lần các nhóm còn lại ( $p < 0,0$ ).

Bảng 4 cho thấy không có sự chênh lệch rõ ràng về thực hành giữa các nhóm nghề nghiệp, cũng như trình độ học vấn khác nhau. Có lẽ do

chưa được truyền thông đầy đủ về bệnh giun kim nên người dân thường xem trọng vai trò của tẩy giun định kỳ hơn các biện pháp dự phòng khác. Sự tin tưởng hầu như tuyệt đối vào tính ưu việt của xổ giun phối hợp với giới hạn về thời gian chăm sóc trẻ, nên dù biết vệ sinh cho trẻ là cần thiết, phụ huynh vẫn chưa thực hiện một cách đầy đủ và đều đặn.

### **Phân tích mối liên quan giữa thực hành với kiến thức và tỷ lệ nhiễm**

Phân tích đa biến mối liên quan giữa thực hành, kiến thức của phụ huynh và tỉ lệ nhiễm ở trẻ, bảng 5 chứng tỏ kiến thức đúng giữ vai trò quan trọng trong việc thay đổi thực hành của cộng đồng theo hướng tích cực (OR = 1,28 lần,  $p = 0,02$ ). Tuy nhiên, bảng 5 không ghi nhận sự phụ thuộc tỷ lệ nhiễm của trẻ vào thực hành của phụ huynh. Phải chăng ngoài các yếu tố thực hành được đánh giá trong khảo sát này, còn yếu tố khác ảnh hưởng lên tỷ lệ nhiễm? Hay thực hành phòng ngừa nhiễm giun kim của phụ huynh vẫn tồn tại nhiều vấn đề? Thật vậy, theo chu trình phát triển của giun kim, chỉ cần 1 trẻ trong gia đình, tập thể mang mầm bệnh, các thành viên khác cũng có nguy cơ bị nhiễm. Mặt khác, ngoài bệnh nhân, tất cả đồ dùng, dụng cụ trong nhà, trong lớp, sàn nhà, sàn lớp, không khí đều trở thành nguồn nhiễm, do vậy, phải “thanh trùng” cùng lúc và thường xuyên tất cả nguồn chứa. Đánh giá thực hành trong khảo sát này chưa bao phủ hết các vấn đề, chỉ tập trung chủ yếu vào trẻ và lớp học, chưa đề cập sâu đến các thành viên khác trong “gia đình” của bệnh nhân. Có lẽ vì thế mối liên quan giữa thực hành và tỉ lệ nhiễm chưa được bộc lộ.

### **KẾT LUẬN**

Kiến thức đúng và thực hành đúng của phụ huynh về phòng ngừa nhiễm giun kim cho trẻ vẫn còn ở mức thấp, lần lượt là 46% và 30,1%, tập trung chủ yếu vào hiểu biết chưa chính xác về yếu tố nguy cơ và thực hành vệ sinh nhà cửa

chưa phù hợp. Kiến thức giữ vai trò quan trọng trong việc thay đổi thực hành của phụ huynh.

## ĐỀ XUẤT

Nên phối hợp đồng thời tẩy giun hàng loạt với GDSK trong kiểm soát nhiễm giun kim ở trẻ mẫu giáo. Việc GDSK nên được duy trì thường xuyên và phù hợp với trình độ học vấn cũng như giờ giấc của phụ huynh nhằm đạt hiệu quả tối ưu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cook GC. (1994). Tropical infection of the gastrointestinal tract and liver series. Gut online, 35, 1159 -1162.
2. Corry Jeb Kucik, Gary L. Martin & Brett V. Sortor. (2004). Common Intestinal Parasites. American Family Physician, 69, 1161-1162.
3. Lại Quang Sáng, Hoàng Thị Hòa & Nguyễn Thị Thu Huyền. (2004). Tình hình nhiễm giun kim của trẻ em lứa tuổi nhà trẻ - Mẫu giáo tại trường mầm non số 2 thành phố Nam Định và hiệu quả của Mebendazol. Tạp chí y học thực hành, số 477, trang 93 -95.
4. Lê Thị Tuyết. (2006). Thực trạng nhiễm giun kim ở trẻ em nhà trẻ, mẫu giáo và nhận thức, thực hành của người nuôi, dạy trẻ ở 3 xã tỉnh Thái Bình Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, số 6, trang 72 -79.
5. Lương Thúy Vân, Nguyễn Đức Chinh & Trần Công Trường. (2007-2008). Hiệu quả của Mebendazole đơn liều trong việc kiểm soát nhiễm giun kim ở trẻ học mẫu giáo tại huyện Cù Chi, TP.HCM. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TP.HCM.
6. Murray & al. Microbiology and Immunology (3rd ed.). pp. 646-660. South Carolia.
7. Nguyễn Văn Dũng & Nguyễn Xuân Tuất. (1996). Tình hình nhiễm giun kim ở trẻ em thành phố Buôn Ma Thuột lứa tuổi từ 1 - 10. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Trường Đại học Tây Nguyên, Buôn Ma Thuột.
8. Phan Thị Hương Liên, Hoàng Tân Dân & Lê Thanh Phương. (1996). Nghiên cứu tình trạng nhiễm giun đường ruột ảnh hưởng đến sự phát triển thể lực (cân nặng) ở trẻ em lứa tuổi nhà trẻ, mẫu giáo và hiệu quả của Helminx trong điều trị giun đường ruột. Thông tin phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, số 3, trang 39-46.
9. Phan Thị Hương Liên, Hoàng Tân Dân, Lê Thanh Phương, Đặng Hồng sáu & La Tô Hòa. (1997-2003). Nghiên cứu tình hình nhiễm giun đường ruột ở trẻ em trường mầm non Việt - Bun, Hà Nội và đánh giá hiệu quả của Nasoko (Mebendazole) trong điều trị giun đường ruột. Tạp chí y học thực hành, số 477, trang 95 -99.
10. Phan Thị Hương Liên. (1996). Nghiên cứu tình trạng nhiễm giun đường ruột, bệnh nhiễm giun đường ruột ảnh hưởng đến cân nặng trẻ em tuổi mẫu giáo. Học viện quân y, Hà Nội.
11. Sung - Tae Hong, Seung - Yull Cho, Byong - Seol Seo & Chong - Ku Yun. (1979). Chemotherapeutic Control of

- Enterobius vermicularis* infection in Orphanages. The Korean Journal of Parasitology, 18, 37 - 44.
12. Trần Thị Thanh Tâm & Nguyễn Thị Thảo Hiền. (1994). Phân tích dịch tể học tỷ lệ nhiễm giun kim tại hai trường mầm non 15A Q. Phú Nhuận (nội thành TP.HCM), mầm non Linh Xuân - Thủ Đức (ngoại thành TP.HCM). Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Trung tâm đào tạo và bồi dưỡng cán bộ y tế, TP.HCM.



