

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

TRẦN ANH TÚ

**THỰC TRẠNG NHIỄM VI RÚT
VIÊM GAN B Ở PHỤ NỮ ĐỘ TUỔI SINH ĐẼ
KHU VỰC TÂY BẮC VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ
BIỆN PHÁP CAN THIỆP DỰ PHÒNG
LÂY TRUYỀN MẸ CON**

Chuyên ngành: Y học dự phòng

Mã số: 9 72 01 63

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hà Nội - 2023

**CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS.TS. Nguyễn Trần Hiền
2. TS.BS. Ngũ Duy Nghĩa

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện họp tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

Vào hồigiờ, ngàythángnăm 2023.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

**DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ XUẤT BẢN
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Trần Anh Tú, Ngũ Duy Nghĩa, Nguyễn Công Khanh, Ngô Huy Tú, Phạm Thị Cẩm Hà, Nguyễn Thị Thường, Trần Đại Quang, Trần Như Dương, Đặng Đức Anh, Nguyễn Trần Hiền (2022), “Thực trạng nhiễm HBV ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 18-49 tuổi tại khu vực Tây Bắc năm 2018”, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 32 (số 3), tr. 71-79.
2. Trần Anh Tú, Ngũ Duy Nghĩa, Nguyễn Công Khanh, Ngô Huy Tú, Phạm Thị Cẩm Hà, Trần Thị Lan Anh, Đàm Thanh Tú, Trần Đại Quang, Trần Như Dương, Đặng Đức Anh, Nguyễn Trần Hiền (2023), “Thực trạng kiến thức của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 18-49 tuổi về bệnh viêm gan B và tiêm vắc xin phòng bệnh tại tỉnh Điện Biên năm 2018”, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 33 (số 3), tr. 78 – 87.
3. Trần Anh Tú, Ngũ Duy Nghĩa, Trần Thị Lan Anh, Hà Hồng Nhung, Đàm Thanh Tú, Hoàng Văn Bắc, Trần Như Dương, Nguyễn Trần Hiền (2023), “Hiệu quả một số biện pháp can thiệp dự phòng lây truyền vi rút viêm gan B từ mẹ sang con tại Mường Chà, Điện Biên, năm 2022”, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 33 (số 5).

MỞ ĐẦU

Hiện nay, Việt Nam được đánh giá là quốc gia thuộc khu vực có tỉ lệ lưu hành vi rút viêm gan B cao trong cộng đồng và sự lây truyền trong cộng đồng chủ yếu từ mẹ sang con. Tỉ lệ nhiễm của nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ thường được ghi nhận ở mức cao, dao động từ 9 – 13% ở nhiều địa bàn khác nhau. Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có thể lây truyền vi rút viêm gan B sang con trong quá trình sinh đẻ và chăm sóc nếu trẻ sinh ra không được tiêm vắc xin viêm gan B phòng bệnh kịp thời và đủ liều, đặc biệt là liều sơ sinh trong 24 giờ đầu sau sinh. Khu vực Tây Bắc là một vùng có điều kiện kinh tế - xã hội và dịch vụ y tế khó khăn với tỉ lệ tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh trong 24 giờ đầu luôn ở mức thấp dưới 60% trong nhiều năm trở lại đây. Công tác lập kế hoạch can thiệp phòng chống bệnh viêm gan B, đặc biệt trong công tác dự phòng lây truyền từ mẹ sang con tại khu vực Tây Bắc gặp rất nhiều khó khăn do dữ liệu về thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B của nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại khu vực Tây Bắc còn rất hạn chế. Chính vì vậy, chúng tôi đã tiến hành thực hiện đề tài “Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ khu vực Tây Bắc và hiệu quả một số biện pháp can thiệp dự phòng lây truyền mẹ con”.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ (18 - 49 tuổi) tại 4 tỉnh khu vực Tây Bắc năm 2018.
2. Mô tả một số yếu tố liên quan nhiễm vi rút viêm gan B ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ (18 - 49 tuổi) tại 4 tỉnh khu vực Tây Bắc năm 2018.
3. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao tỉ lệ sinh con tại cơ sở y tế và tỉ lệ tiêm vắc xin viêm gan B trong vòng 24 giờ sau sinh phòng lây truyền mẹ con.

Những điểm mới về khoa học và giá trị thực tiễn của đề tài

Hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu về tình hình nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, đặc biệt là tại khu vực Tây Bắc. Hầu hết các nghiên cứu trước đây tập trung vào nhóm phụ nữ đang mang thai đến khám tại các cơ sở khám chữa bệnh.

Nghiên cứu này đã xác định thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại toàn bộ 4 tỉnh Tây Bắc. Bên cạnh đó nghiên cứu cho thấy hiệu quả các biện pháp can thiệp cộng đồng trong việc nâng cao tỉ lệ sinh con tại cơ sở y tế và tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh trong 24 giờ đầu. Nghiên cứu có tính ứng dụng cao, có thể mở ra định hướng xây dựng mô hình tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh trong 24 giờ cho trẻ sinh tại nhà.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 114 trang không kể tài liệu tham khảo và phụ lục, có 30 bảng, 11 hình, 2 sơ đồ và 2 bản đồ. Đặt vấn đề 2 trang; Tổng quan 31 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 23 trang; Kết quả nghiên cứu 25 trang; bản luận 31 trang; kết luận 1 trang và kiến nghị 1 trang.

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1 MỘT SỐ KHÁI NIỆM

Bệnh viêm gan B: Bệnh viêm gan do vi rút B, hay còn được gọi tắt là bệnh viêm gan B (VGB) được coi là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm với khả năng tiến triển mạn tính, gây xơ gan, ung thư gan, dẫn tới nguy cơ tử vong cao. Bệnh rất khó được phát hiện, sàng lọc trên cộng đồng vì các dấu hiệu lâm sàng ban đầu khi nhiễm vi rút VGB thường rất mờ nhạt. Đường lây truyền vi rút VGB, tương tự với đường lây truyền của vi rút HIV nhưng nguy cơ lây nhiễm cao hơn nhiều lần. Các đường lây truyền chủ yếu là qua máu, từ mẹ sang con và quan hệ tình dục không an toàn. Tại khu vực các quốc gia có sự lưu hành vi rút cao, sự lây truyền chủ yếu từ mẹ sang con.

Để chẩn đoán tình trạng nhiễm vi rút VGB trong cộng đồng, cần thực hiện xét nghiệm huyết thanh học để xác định các dấu ấn sinh học của vi rút trong

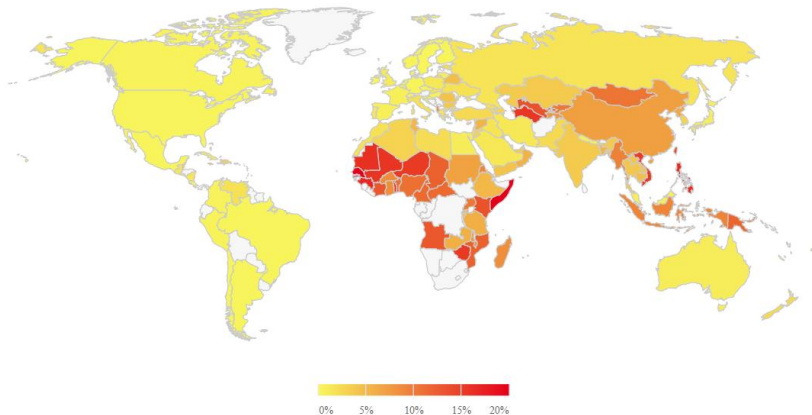
huyết thanh, bao gồm: HBsAg, anti-HBs, anti-HBc.

Bảng 1.2.1 : Tình trạng nhiễm HBV dựa vào vào xét nghiệm huyết thanh học

Tình trạng nhiễm	Xét nghiệm	Kết quả
Chưa nhiễm HBV, chưa tiêm vắc xin VGB	HBsAg	–
	anti-HBs	–
	anti-HBc	–
Đã miễn nhiễm sau khi nhiễm vi rút VGB tự nhiên	HBsAg	–
	anti-HBs	+
	anti-HBc	+
Miễn nhiễm sau khi tiêm vắc xin VGB	HBsAg	–
	anti-HBs	+
	anti-HBc	–
Nhiễm cấp	HBsAg	+
	anti-HBs	–
	anti-HBc IgM	+
Nhiễm mạn	HBsAg	+
	anti-HBs	+
	anti-HBc	+
	anti-HBc IgM	–

1.2 DỊCH TỄ HỌC BỆNH VIÊM GAN B

1.2.1 Thực trạng nhiễm vi rút VGB trên thế giới



Hình 1.4: Phân bố lưu hành HBV trên thế giới (nguồn: CDC, 2010)

Trên thế giới, ước tính có trên 2 tỉ người nhiễm vi rút viêm gan vi rút B, trong

đó khoảng 270 triệu người nhiễm HBV mạn tính với 75% trong số này là người châu Á, đặc biệt là Trung Quốc. Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B thay đổi theo từng khu vực địa lý dân cư. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) phân loại ba khu vực lưu hành viêm gan B là cao (trên 8%), trung bình (2-7%), và thấp (dưới 2%).

1.2.2 Thực trạng nhiễm vi rút VGB tại Việt Nam

Hiện nay các dữ liệu ở cấp quốc gia liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh cũng như tử vong về viêm gan vi rút B trên phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ còn khá hạn chế. Hầu hết các xét nghiệm sàng lọc HBV được thực hiện lồng ghép trong các nghiên cứu hoặc tại các phòng khám, bệnh viện. Theo đó, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B trên phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại Việt Nam dao động từ khoảng 10 - 25% tùy thuộc vào đối tượng và địa bàn. Trong một nghiên cứu tại Bình Thuận năm 2014, tỷ lệ nhiễm của phụ nữ trung bình khoảng 11%. Trong khi đó, nhóm tuổi từ 20-39 tuổi có tỷ lệ lưu hành vi rút VGB cao hơn hẳn so với các nhóm còn lại. Một nghiên cứu khác thực hiện tại bệnh viện Phụ sản Cần Thơ năm 2015 cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở phụ nữ đi khám thai khoảng 8,8%. Cũng trong năm đó, tại Trung tâm Y khoa Medic TP Hồ Chí Minh, một nghiên cứu khác được thực hiện trên 600 phụ nữ đến khám trong độ tuổi từ 20-35 cho tỷ lệ HBsAg dương tính là 12,6%. Năm 2021, tại bệnh viện sản nhi An Giang, tỷ lệ nhiễm ở phụ nữ mang thai đến khám là 7%. Ở các nghiên cứu cộng đồng nói chung, nghiên cứu tại Quảng Bình năm 2017 cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút VGB của phụ nữ khoảng 9,6% và nhóm tuổi từ 31-40 có tỷ lệ nhiễm cao hơn so với các nhóm tuổi còn lại. Tại các khu công nghiệp tỉnh Bắc Ninh, nghiên cứu do Nguyễn Văn Dũng thực hiện năm 2015 trên các công nhân độ tuổi từ 16-30 tuổi cho thấy tỷ lệ nhiễm HBsAg rất cao ở nhóm phụ nữ với khoảng 17%, đặc biệt là nhóm chưa tốt nghiệp hết cấp III. Trong khi đó, tại Yên Bái, một tỉnh miền núi phía Bắc Việt Nam, nơi có nhiều người dân tộc thiểu số sinh sống, nghiên cứu Nguyễn Thị Lan Anh năm 2015 cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút VGB khoảng 12,4% ở nhóm phụ nữ từ 15-49 tuổi. Tại khu vực Tây Nguyên, nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh cho thấy tỷ lệ dương tính với HBsAg ở phụ nữ khoảng 9,8% và nhóm tuổi dưới

50 có tỉ lệ cao hơn so với các nhóm tuổi còn lại.

1.3. Các biện pháp phòng, chống bệnh viêm gan B

Các biện pháp phòng, chống bệnh viêm gan B dựa trên đường lây truyền của vi rút VGB bao gồm: thực hiện an toàn truyền máu, truyền thông giáo dục sức khỏe để nâng cao hiểu biết và thực hành phòng bệnh như quan hệ tình dục an toàn, không dùng chung vật dụng cá nhân có nguy cơ gây chảy máu,... Tuy nhiên, biện pháp quan trọng nhất và có khả năng phòng bệnh đặc hiệu với hiệu quả cao là tiêm phòng vắc xin viêm gan B, đặc biệt là mũi tiêm liều sơ sinh cho trẻ trong 24 giờ đầu sau sinh (VXVGBSS24h).

Vắc xin viêm gan B đã được thực hiện trong chương trình TCMRQG với quy mô toàn quốc từ năm 2003. Các bằng chứng cho thấy việc tiêm vắc xin liều sơ sinh được thực hiện càng sớm thì hiệu quả càng cao. Với mũi tiêm đầu tiên trong 24 giờ, trẻ có khả năng được dự phòng sự lây truyền từ mẹ sang con lên đến 90%. Hiệu quả phòng bệnh sẽ giảm theo số ngày tiêm muộn, lên đến 50% và có thể không đạt được hiệu quả nếu tiêm sau 7 ngày. Tỉ lệ tiêm VXVGBSS24h có thể bị ảnh hưởng bởi sự hiểu biết, thái độ của người mẹ và những người trong gia đình, đặc biệt là đối với cộng đồng dân tộc thiểu số khu vực Tây Bắc. Theo thống kê của chương trình TCMRQG, khu vực miền núi và nơi có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số với tập quán sinh con tại nhà, tỉ lệ trẻ sơ sinh được tiêm vắc xin VGB vẫn còn rất thấp, có nơi dưới 40%. Ở một số nghiên cứu còn cho thấy tỉ lệ tiêm thấp còn liên quan đến sự tư vấn nhân viên y tế trong quá trình tư vấn cho phụ nữ đến khám thai.

Trên thế giới, can thiệp tiêm VXVGBSS24h tại nhà đã từng được nghiên cứu thí điểm triển khai như Trung Quốc. Tuy nhiên, một số vấn đề e ngại liên quan đến chất lượng bảo quản vắc xin và hiệu quả phòng bệnh khi tiêm tại nhà vẫn cản trở việc triển khai rộng rãi việc tiêm chủng vắc xin VGB ngoài dây chuyền lạnh.

CHƯƠNG 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nghiên cứu mô tả

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ độ tuổi sinh đẻ từ 18 – 49 tuổi thường trú tại địa bàn triển khai điều tra, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2 Địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được triển khai tại 04 tỉnh khu vực Tây Bắc, Việt Nam, bao gồm: Điện Biên, Lai Châu, Sơn La và Hòa Bình.

2.1.3 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2018 đến 3/2019.

2.1.4 Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho 01 tỉ lệ:

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

Trong đó, $Z_{1-\alpha/2}$ là giá trị từ phân bố chuẩn được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê α là 5%; p là tỉ lệ hiện nhiễm vi rút VGB từ nghiên cứu trước đó, d là mức sai số tuyệt đối chấp nhận, DE (*design effect*) là hệ số thiết kế, n là cỡ mẫu tối thiểu để thực hiện nghiên cứu.

Ước lượng tỉ lệ hiện nhiễm (HBsAg dương tính) trên phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại khu vực miền núi phía Bắc Việt Nam là 12,4% ($p = 0,124$); hệ số tin cậy là 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$); mức sai số tuyệt đối chấp nhận $d = 0,03$; hệ số thiết kế cho phương pháp chọn mẫu cụm $DE = 2$. Với tỉ lệ từ chối ước tính 15%, áp dụng công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu để thực hiện nghiên cứu này là 1.067 đối tượng. Trên thực tế, số lượng đối tượng tham gia nghiên cứu là 1.064 đối tượng.

2.2. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ đang mang thai ít nhất 12 tuần.

2.1.2 Địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Mường Chà, tỉnh Điện Biên.

2.1.3 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2022 đến 4/2023.

2.1.4 Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp cộng đồng:

$$n_{\text{mỗi nhóm}} = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

$$- Z_{(1-\beta)} = 0,842 \quad (1-\beta = 80\%)$$

- $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ($1-\alpha = 95\%$)
- $p_1 = 0,218$ (tỉ lệ sinh con tại CSYT của nhóm can thiệp năm 2021)
- $p_2 = 0,418$ (tỉ lệ sinh con tại CSYT kì vọng của nhóm can thiệp sau khi được can thiệp)
- $q_1 = 1 - p_1$
- $q_2 = 1 - p_2$

Cỡ mẫu tối thiểu ở mỗi nhóm tính được là khoảng 107 đối tượng. Trên thực tế, nghiên cứu này được thực hiện trên 110 đối tượng ở mỗi nhóm.

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn tỉ lệ theo kích thước quần thể dựa vào danh sách phụ nữ có thai quản lý bởi các trạm y tế xã. Kết quả chọn mẫu như sau:

Nhóm xã can thiệp	Nhóm xã đối chứng
- Na Sang: 46	- Huổi Lèng: 37
- Sa Lông: 24	- Nậm Nèn: 27
- Pa Ham : 40	- Mường Mươn: 46

2.3 Phân tích và xử lý số liệu.

Số liệu được nhập liệu và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1 và được phân tích bằng phần mềm Stata 16. Sử dụng các phương pháp thống kê y sinh học với ngưỡng thống kê $\alpha=0,05$.

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu

Quyền và lợi ích của đối tượng tham gia nghiên cứu được đảm bảo đúng với quy định đạo đức, đã được hội đồng đạo đức của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương thông qua. Nghiên cứu chấp hành các qui định về y đức trong nghiên cứu nên không có những tác động can thiệp nào ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe của đối tượng nghiên cứu. Đảm bảo sự tự nguyện và đồng ý của đối tượng nghiên cứu.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ

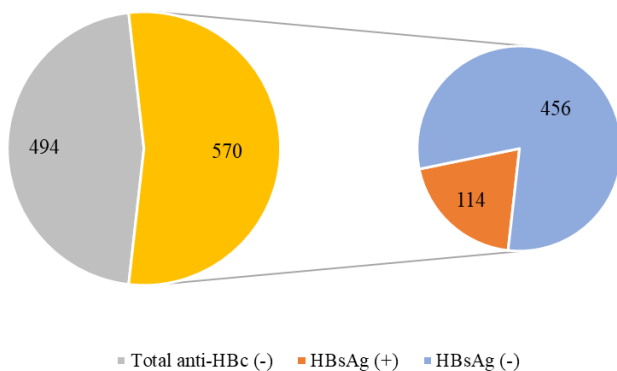
3.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu (n=1.064)

Yếu tố	Phân nhóm	Tần số	Tỉ lệ %
Tỉnh	Điện Biên	281	26,4
	Hòa Bình	253	23,8
	Lai Châu	238	22,4
	Sơn La	292	27,4
Nhóm tuổi	18 – 22	78	7,3
	23 – 35	459	43,2
	36 - 49	527	49,5
Dân tộc	Kinh	194	18,2
	Tày	34	3,2
	Thái	442	41,6
	H'mông	104	9,8
	Dao	77	7,2
	Khơ mú	33	3,1
	Mường	136	12,8
	Dân tộc thiểu số khác	44	4,1
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	48	4,5
	Đang kết hôn	956	89,9
	Li dị/Li thân/Goá	60	5,6
Trình độ học vấn	Không biết chữ	255	24,0
	Tiểu học	222	20,9
	Trung học cơ sở	271	25,4
	Trung học phổ thông	180	16,9
	Cao đẳng, Đại học	136	12,8
Nghề nghiệp	Nông dân	744	69,9
	Công nhân	28	2,6
	Nhân viên y tế	23	2,2
	Nhân viên văn phòng	259	24,4
	Nghỉ hưu/Nội trợ	10	0,9

Đối tượng nghiên cứu phân bố đồng đều tại 4 tỉnh với tỉ lệ trên dưới 25%. Về dân tộc, dân tộc Thái chiếm tỉ lệ cao nhất với 41,6%, tiếp theo là dân tộc Kinh

với 18,2% và dân tộc Mường với 12,8%. Còn lại, các dân tộc thiểu số khác chiếm tỉ lệ thấp, dưới 10% mỗi nhóm. Nhóm dưới độ tuổi kết hôn (tuổi kết hôn trung bình của phụ nữ ở khu vực Tây Bắc là 22 tuổi) chiếm tỉ lệ nhỏ nhất (7,3%), trong khi đó, nhóm 23 – 35 tuổi (độ tuổi sinh đẻ tốt nhất – theo TCYTTG) và nhóm 36 – 49 tuổi có tỉ lệ tương đương nhau, với tỉ lệ lần lượt là 43,2% và 49,5%. Phần lớn phụ nữ trong nghiên cứu đã từng kết hôn với tỉ lệ 95,5%, tỉ lệ người chưa từng kết hôn chỉ khoảng 4,5%. Về trình độ học vấn, gần 1/4 tổng số đối tượng không biết chữ, chiếm 24% và chỉ có trên 10% có trình độ từ cao đẳng, đại học trở lên. Đa số làm nghề nông, chiếm tỉ lệ gần 70%; tỉ lệ phụ nữ có nghề phi nông nghiệp phân bố cụ thể như sau: nghề nghiệp văn phòng 24,4%; nhân viên y tế 2,2%; công nhân 2,6%. Một số ít phụ nữ đã nghỉ hưu hoặc ở nhà nội trợ với tỉ lệ 0,9%.



Hình 3.1: Kết quả xét nghiệm huyết thanh học viêm gan B trên phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 18-49 tuổi tại khu vực Tây Bắc (n=1.064)

Bảng 3.2: Tỉ lệ hiện nhiễm vi rút VGB phân bố theo tỉnh

Tỉnh	Tổng số	HBsAg(+)	Tỉ lệ %
Lai Châu	238	21	8,8
Điện Biên	281	25	8,9
Sơn La	292	35	12,0
Hòa Bình	253	33	13,0

Tổng số 1.064 phụ nữ tham gia nghiên cứu đều được lấy máu xét nghiệm huyết thanh học xác định total anti-HBc và HBsAg theo quy trình xét nghiệm. Tất cả các mẫu máu đều đạt và cho kết quả xét nghiệm hợp lệ. Kết quả xét nghiệm cho thấy 570 phụ nữ dương tính với Total anti-HBc, chiếm tỉ lệ 53,6% (95%CI: 51,0 – 57,0). Trong số 570 phụ nữ dương tính với Total anti-HBc, có 114 phụ nữ dương tính với HBsAg, chiếm tỉ lệ 10,7% (95%CI: 9,0 – 13,0) (Hình 3.1). Như vậy tỉ lệ nhiễm vi rút VGB chung của khu vực Tây Bắc ghi nhận trong nghiên cứu này là 10,7%.

Kết quả phân tích ở Bảng 3.2 mô tả tỉ lệ hiện nhiễm vi rút VGB cao tại Sơn La và Hòa Bình với tỉ lệ lần lượt là 12,0% và 13,0%. Hai tỉnh còn lại là Lai Châu và Điện Biên ghi nhận tỉ lệ thấp hơn với 8,8% và 8,9%.

Bảng 3.9: Kiến thức về bệnh VGB của các đối tượng nghiên cứu (n=1.064)

Kiến thức viêm gan B	Tần số	Tỉ lệ %
Đã từng nghe nói về bệnh VGB	424	39,8
Đường lây truyền vi rút VGB		
<i>Qua đường máu</i>	343	32,2
<i>Qua chất dịch cơ thể</i>	168	15,8
<i>Qua QHTD không an toàn</i>	295	27,7
<i>Từ mẹ sang con</i>	343	32,2
Cách phòng lây truyền vi rút VGB		
<i>Tiêm phòng vắc xin</i>	389	36,5
<i>Không dùng chung dụng cụ tiêm/truyền/xăm trổ</i>	323	30,4
<i>Không tiêm chích ma túy</i>	314	29,5
<i>Luôn dùng bao cao su khi QHTD</i>	313	29,4
<i>Không QHTD với nhiều bạn tình</i>	318	29,9
<i>Không dùng chung đồ dùng sinh hoạt cá nhân</i>	281	26,4
Đối tượng cần tiêm vắc xin VGB		
<i>Trẻ mới sinh trong 24 giờ</i>	325	30,5
<i>Trẻ dưới 1 tuổi</i>	336	31,6
<i>Người chưa bị nhiễm vi rút VGB</i>	302	28,4
<i>Người thường xuyên tiếp xúc với người nhiễm VGB</i>	260	24,4
<i>Lịch tiêm chủng vắc xin VGB</i>	255	24,0

Kết quả phân tích thực trạng kiến thức về bệnh VGB của các đối tượng nghiên cứu cho thấy chỉ có 39,8% đối tượng đã từng nghe nói về bệnh viêm gan B. Về các kiến thức cụ thể, tỉ lệ hiểu biết về phòng bệnh bằng vắc xin và đường lây truyền từ mẹ sang con chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ lần lượt là 36,5% và 32,2%. Tỉ lệ biết cần tiêm vắc xin VGB cho trẻ mới sinh trong 24 giờ đầu đạt 30,5%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ nhiễm vi rút viêm gan B

Bảng 3.11: Mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học và tình trạng hiện nhiễm vi rút VGB (đơn biến, n=1.064)

Yếu tố nhân khẩu học	Âm tính		Dương tính		c-OR	95% CI
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %		
1. Tuổi						
Từ 18-22	72	92,3	6	7,7	1	
Từ 23-49	878	89,0	108	11,0	1,5	0,6 – 3,5
2. Dân tộc						
Kinh	176	90,7	18	9,3	1	
Dân tộc thiểu số	774	89,0	96	11,0	1,2	0,7 – 2,1
3. Trình độ học vấn						
Cao đẳng, đại học	122	89,7	14	10,3	1	
Từ THPT trở xuống	828	89,2	100	10,8	1,1	0,6 – 1,9
4. Nghề nghiệp chính						
Phi nông nghiệp	292	91,2	28	8,8	1	
Nông nghiệp	658	88,4	86	11,6	1,4	0,9 – 2,1
5. Tình trạng hôn nhân						
Độc thân/li dị/li thân/góa	99	90,8	10	9,2	1	
Đang kết hôn	851	89,1	104	10,9	1,2	0,6 – 2,4
6. Mức thu nhập trung bình mỗi tháng						
Trên 20 triệu đồng	19	95,0	1	5,0	1	
Dưới 20 triệu đồng	931	89,3	113	10,7	2,3	0,3 – 17,4

Bảng 3.11 cho thấy không có yếu tố nào trong các yếu tố về nhân khẩu học được xác định là có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng hiện nhiễm vi rút VGB của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ ở khu vực Tây Bắc. Một số yếu tố gợi ý nguy cơ làm tăng tỉ lệ hiện nhiễm vi rút VGB bao gồm: độ tuổi từ 23 trở lên (c-OR = 1,5; 95%CI = 0,6 – 3,5); nhóm dân tộc thiểu số (c-OR = 1,2; 95%CI = 0,7 – 2,1); trình độ từ THPT trở xuống (c-OR = 1,1; 95%CI = 0,6

– 1,9); làm nghề nông nghiệp (c-OR = 1,4; 95%CI = 0,9 – 2,1); tình trạng đang kết hôn (c-OR = 1,2; 95%CI = 0,6 – 2,4); mức thu nhập dưới 20 triệu đồng trung bình mỗi tháng (c-OR = 2,3; 95%CI = 0,3 – 17,4).

Bảng 3.12: Mối liên quan giữa các yếu tố hành vi nguy cơ và tình trạng hiện nhiễm vi rút VGB (đơn biến, n=1.064)

Hành vi nguy cơ	Âm tính		Dương tính		c-OR	95% CI
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %		
7. Tiền sử gia đình có người mắc bệnh gan/vàng da						
Không	889	90,3	95	9,7	1	
Có	61	76,2	19	23,8	2,9	1,7 – 5,1
8. Tiền sử quan hệ tình dục						
Chưa bao giờ	29	93,5	2	6,5	1	
Đã từng	921	89,2	112	10,8	1,8	0,4 – 7,5
9. Tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs)						
Không	919	89,7	106	10,3	1	
Có	31	79,5	8	20,5	2,2	1,1 – 5,0
10. Đang mang thai						
Không	920	89,6	107	10,4	1	
Có	30	81,1	7	18,9	2,0	0,9 – 4,7

Phân tích mối liên quan giữa tiền sử cá nhân, gia đình và tỉ lệ hiện nhiễm vi rút VGB, kết quả Bảng 3.12 cho thấy phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có tiền sử trong gia đình có người bị mắc bệnh gan, vàng da và tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục có nguy cơ nhiễm bệnh cao hơn, với tỉ suất chênh so với nhóm còn lại lần lượt là 2,9 (%CI = 1,7 – 5,1) và 2,2 (95%CI = 1,1 – 5,0). Các tiền sử khác như đã từng tiền sử quan hệ tình dục, tiền sử đang mang thai cũng gợi ý nguy cơ làm tăng tỉ lệ nhiễm nhưng không có sự khác biệt về mặt thống kê với các nhóm không có các tiền sử trên.

Bảng 3.13: Mối liên quan giữa các yếu tố tiền sử khám chữa bệnh và tình trạng hiện nhiễm vi rút VGB (đơn biến, n=1.064)

Tiền sử khám chữa bệnh	Âm tính		Dương tính		c-OR	95% CI
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %		
11. Tiền sử truyền tĩnh mạch						
Không	747	89,5	88	10,5	1	
Có	203	88,6	26	11,4	1,1	0,7 – 1,7
12. Tiền sử can thiệp ở những lần sinh đẻ trong quá khứ						
Không	723	89,9	81	10,1	1	
Có	227	87,3	33	12,7	1,3	0,8 – 2,0
13. Tiền sử phẫu thuật						
Không	607	88,8	77	11,2	1	
Có	343	90,3	37	9,7	0,8	0,5 – 1,3
14. Tiền sử truyền máu						
Không	932	89,4	110	10,6	1	
Có	18	81,8	4	18,2	1,8	0,6 – 5,7
15. Tiền sử hiến máu						
Không	892	89,1	109	10,9	1	
Có	58	92,1	5	7,9	0,7	0,3 – 1,8
16. Tiền sử làm thủ thuật nha khoa						
Không	716	88,5	93	11,5	1	
Có	234	91,8	21	8,2	0,7	0,4 – 1,1

Bảng 3.13 thể hiện sự không đồng nhất trong mối liên quan giữa các tiền sử khám chữa bệnh với tỉ lệ hiện nhiễm HBV. Trong khi tiền sử tiêm truyền tĩnh mạch, tiền sử truyền máu, tiền sử can thiệp ở những lần sinh đẻ trong quá khứ có xu hướng cho thấy là các yếu tố nguy cơ thì các tiền sử phẫu thuật ngoại khoa, tiền sử hiến máu, tiền sử làm thủ thuật nha khoa lại gợi ý là những yếu tố bảo vệ. Mặc dù vậy, sự khác biệt về tỉ lệ hiện nhiễm vi rút VGB giữa các nhóm Có và Không có tiền sử trên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở mức tin cậy 95%.

Bảng 3.15: Mối liên quan giữa các yếu tố hành vi nguy cơ và tình trạng hiện nhiễm vi rút VGB (đơn biến, $n = 1.064$)

Hành vi nguy cơ cao	Âm tính		Dương tính		c-OR	95% CI
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %		
17. Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với chồng/bạn tình						
Luôn sử dụng	29	93,5	2	6,5	1	
Lúc có, lúc không	921	89,2	112	10,8	1,8	0,4 – 7,5
18. Xăm mình						
Không	875	89,2	106	10,8	1	
Có	75	90,4	8	9,6	0,9	0,4 – 1,9
19. Xô khuyên						
Không	76	88,4	10	11,6	1	
Có	874	89,4	104	10,6	0,9	0,4 – 1,8
20. Dùng chung đồ dùng cá nhân (bàn chải, dao cạo...)						
Không	698	89,8	79	10,2	1	
Có	252	87,8	35	12,2	1,2	0,8 – 1,9
21. Tiền sử nạo hút thai						
Không	609	89,7	70	10,3	1	
Có	341	88,6	44	11,4	1,1	0,7 – 1,7

Kết quả Bảng 3.15 cho thấy hành vi sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với chồng hoặc bạn tình gợi ý một yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ nhiễm vi rút VGB trên nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (c-OR = 1,8; 95%CI = 0,4 – 7,5). Các yếu tố hành vi khác không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm có và không thực hiện hành vi.

Kết quả phân tích mô hình hồi quy đa biến logistic, trong đó yếu tố phụ thuộc là tình trạng hiện nhiễm vi rút viêm gan B và các yếu tố độc lập bao gồm các yếu tố nhân khẩu học, tiền sử cá nhân, tiền sử khám chữa bệnh cũng như các hành vi liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B. Theo đó, nhóm đối tượng nghiên cứu mà có thành viên trong gia đình bị mắc bệnh gan hoặc có tình trạng vàng da là có xu hướng nhiễm vi rút viêm gan B cao hơn so với nhóm không có tiền sử trên (aOR = 3,3; 95%CI = 1,8 – 5,9). Tiền sử mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục cũng có liên quan đến tỉ lệ nhiễm vi rút viêm gan B (aOR = 2,0; 95%CI = 1,1 – 4,6). Bên cạnh đó, nhóm phụ nữ đang mang thai cũng có nguy cơ bị nhiễm vi rút viêm gan B cao hơn so với nhóm không

mang thai (aOR = 2,3; 95%CI = 1,1 – 5,5).

3.3. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp

Bảng 3.17: Tỷ lệ sinh con tại CSYT và tiêm VXVGBSS24h tại địa bàn nghiên cứu trước can thiệp năm 2021

Yếu tố	Phân nhóm	Nhóm can thiệp n=110		Nhóm đối chứng n=110		p
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Nơi sinh	Tại CSYT	24	21,8	31	28,2	0,136
	Tại nhà	86	78,2	79	71,8	
Tiêm VXVGBSS24h	Có tiêm	29	26,4	30	27,3	0,440
	Không tiêm	81	73,6	80	72,7	

Tại các xã thuộc nhóm can thiệp, với 110 trẻ được sinh ra trong năm 2021, chỉ có 24 trẻ được sinh tại cơ sở y tế, chiếm tỷ lệ 21,8%. Tại các xã thuộc nhóm đối chứng, với 110 trẻ được sinh ra, chỉ có 31 trẻ được sinh ra tại cơ sở y tế, chiếm tỷ lệ 28,2%. Khi so sánh tỷ lệ sinh con tại cơ sở y tế giữa hai nhóm, kết quả không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Về tiêm vắc xin VGB trong 24 giờ đầu (VXVGBSS24h), tại nhóm xã can thiệp, trên 110 trẻ, có 29 trẻ được tiêm, chiếm tỷ lệ 26,4%. Trong khi đó, tại các xã thuộc nhóm đối chứng, tỷ lệ này là 27,3%. Khi so sánh tỷ lệ tiêm VXVGBSS24h giữa hai nhóm, kết quả không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.18 : Tỷ lệ tiêm VXVGBSS24h theo nơi sinh tại địa bàn nghiên cứu trước can thiệp năm 2021

Yếu tố	Phân nhóm	Nhóm can thiệp n=110		Nhóm đối chứng n=110	
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Đẻ tại CSYT	Có tiêm	24	100	30	96,8
	Không tiêm	0	0	1	3,2
Đẻ tại nhà	Có tiêm	5	5,8	0	0
	Không tiêm	81	94,2	78	100

Đối với nhóm can thiệp, 100% trẻ sinh tại cơ sở y tế được tiêm VXVGBSS24h. Trong khi đó, trẻ sinh tại nhà có tỷ lệ tiêm rất thấp, chỉ 5,8%.

Tỉ lệ tiêu chuẩn của nhóm can thiệp trong 110 trẻ sinh ra năm 2021 là 26,4%. Đối với nhóm đối chứng, tỉ lệ trẻ sinh tại cơ sở y tế được tiêu VVXGBSS24h đạt 96,8%, trong khi không có trẻ nào sinh ra tại nhà được tiêu. Tỉ lệ tiêu chuẩn của nhóm đối chứng trong 110 trẻ sinh ra năm 2021 là 27,3%.

Bảng 3.19: Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	Phân nhóm	Nhóm can thiệp n=110		Nhóm đối chứng n=110		p*
		Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %	
Nhóm tuổi	22 tuổi trở xuống	64	58,2	49	44,5	0,129
	23 – 35 tuổi	40	36,4	53	48,2	
	36 – 44 tuổi	6	5,4	8	7,3	
Dân tộc	Kinh	1	0,9	1	0,9	0,132
	H'mông	86	78,2	70	63,6	
	Thái	12	10,9	19	17,3	
	Khơ-mú	6	5,5	15	13,6	
	Dân tộc thiểu số khác	5	4,5	5	4,6	
Trình độ học vấn	Không biết chữ	15	13,6	21	19,1	0,147
	Tiểu học	47	42,7	30	27,3	
	Trung học cơ sở	30	27,3	37	33,6	
	Trung học phổ thông	16	14,6	17	15,5	
	Cao đẳng, đại học	2	1,8	5	4,5	
Nghề nghiệp	Nông dân	103	93,6	103	93,6	0,774
	Kinh doanh	4	3,7	5	4,6	
	Văn phòng	3	2,7	2	1,8	

*** So sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng**

Nghiên cứu được thực hiện trên tổng số 110 phụ nữ đang mang thai thuộc nhóm can thiệp và 110 phụ nữ đang mang thai thuộc nhóm đối chứng. Kết quả tại Bảng 3.19 cho thấy phụ nữ mang thai đa số từ 35 tuổi trở xuống, phụ nữ có thai ở độ tuổi trên 35 chỉ chiếm tỉ lệ nhỏ, với 5,4% ở nhóm can thiệp và 7,3% ở nhóm đối chứng. Về dân tộc, dân tộc H'mông chiếm đa số ở cả 2 nhóm, với 78,2% ở nhóm can thiệp và 63,6% ở nhóm đối chứng. Tỉ lệ học vấn thấp từ THCS trở xuống chiếm tỉ lệ cao ở cả 2 nhóm, khoảng trên 80%. Đặc biệt, ở cả 2 nhóm vẫn tồn tại tỉ lệ mù chữ cao, với 13,6% ở nhóm can

thiệt và 19,1% ở nhóm đối chứng. Về nghề nghiệp, hầu hết các đối tượng nghiên cứu ở cả 2 nhóm là nông dân với tỉ lệ đều là 93,6%. Sự khác biệt về phân bố nhân khẩu học giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.24 : Thực trạng tiêm VXVGBSS24h theo nơi sinh tại địa bàn nghiên cứu sau can thiệp

Yếu tố	Phân nhóm	Nhóm can thiệp n=110		Nhóm đối chứng n=110	
		Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Đẻ tại CSYT	Có tiêm	66	100	61	89,7
	Không tiêm	0	0	7	10,3
Đẻ tại nhà	Có tiêm	41	93,2	7	16,7
	Không tiêm	3	6,8	35	83,3

Đối với nhóm can thiệp, 100% trẻ sinh tại cơ sở y tế được tiêm vắc xin viêm gan B trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Trong khi đó, trẻ sinh tại nhà có tỉ lệ tiêm thấp hơn với 93,2%. Đối với nhóm đối chứng, tỉ lệ trẻ sinh tại cơ sở y tế được tiêm vắc xin viêm gan B trong vòng 24 giờ đầu sau sinh đạt 89,7%, trong khi tỉ lệ trẻ sinh tại nhà được tiêm vắc xin viêm gan B trong vòng 24 giờ đầu sau sinh chỉ đạt 16,7%.

Bảng 3.25: Tỉ lệ sinh con tại cơ sở y tế ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng sau khi kết thúc nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm can thiệp (n _c =110)		Nhóm đối chứng (n _{đc} =110)		CSHQ		p CT/ĐC sau can thIỆP	HQCT CT/ĐC (%)
	Trước n (%)	Sau n (%)	Trước n (%)	Sau n (%)	CT (%)	ĐC (%)		
Đẻ tại CSYT	24 (21,8)	66 (60,0)	31 (28,2)	68 (61,8)	175,2	119,1	>0,05	56,1
Tiêm VXVGBSS trong 24h	29 (26,4)	107 (97,3)	30 (27,3)	68 (61,8)	268,5	126,4	<0,05	142,1

Sau can thiệp, đối với nhóm can thiệp, tỉ lệ đẻ tại cơ sở y tế tăng từ 21,8% lên 60,0%; đối với nhóm đối chứng, tỉ lệ tăng từ 28,2% lên 61,8%. Kết quả không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ sinh con tại cơ sở y tế giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng sau can thiệp ($p>0,05$). Chỉ số

hiệu quả can thiệp tăng 56,1%. Trong khi đó, kết quả ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tiêu VXVGBSS24h sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Theo đó, ở nhóm can thiệp, tỉ lệ tiêu tăng từ 26,4% lên 97,3%; ở nhóm đối chứng, tỉ lệ tiêu tăng từ 27,3% lên 61,8%. Chỉ số hiệu quả tăng 142,1%. Như vậy, khi so sánh kết quả trước can thiệp và sau can thiệp giữa hai nhóm, nhóm được can thiệp có các chỉ số đầu ra tốt hơn so với nhóm đối chứng.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Đặc điểm nhân khẩu học của các đối tượng nghiên cứu trong đề tài phản ánh tương đối chính xác thực trạng thực tế của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại khu vực Tây Bắc ở thời điểm nghiên cứu bao gồm đặc điểm phân bố dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức thu nhập bình quân. Đây là một lợi thế quan trọng để có thể mô tả một cách chính xác phân bố tỉ lệ nhiễm vi rút viêm gan B cũng như các yếu tố ảnh hưởng có liên quan.

Theo kết quả thu thập được, tỉ lệ mang HBsAg trong máu, hay còn gọi là tỉ lệ hiện nhiễm vi rút VGB, của nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại khu vực Tây Bắc là 10,7%, nghĩa là ở mức độ lưu hành dịch cao theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (trên 8,0%). Tỉ lệ này cũng cao hơn so với tỉ lệ dương tính HBsAg trong cộng đồng nói chung tại Việt Nam. So sánh với kết quả báo cáo điều tra quốc gia về thực trạng nhiễm viêm gan B trên người trưởng thành tại Việt Nam năm 2018 ở mức 9,4%, tỉ lệ hiện nhiễm của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ khu vực Tây Bắc vẫn cao hơn. Bên cạnh đó, nếu xét tới nhóm phụ nữ trưởng thành nói chung tại Việt Nam, tỉ lệ hiện nhiễm cũng chỉ ở mức 8,1%, thấp hơn nhiều so với con số 10,7% nói trên. Như vậy, nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 18 – 49 tuổi tại khu vực Tây Bắc có tỉ lệ mang HBsAg đều cao hơn với hầu hết các nhóm cộng đồng dân cư nói chung tại Việt Nam. Hiện tượng này có thể được giải thích bởi các yếu tố liên quan đến nhóm tuổi và địa dư của các đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi từ 18 – 49 tuổi là độ tuổi có tỉ lệ nhiễm vi rút VGB cao hơn so với các nhóm tuổi khác. Bên cạnh đó, khu

vực Tây Bắc cũng là một khu vực có tỉ lệ lưu hành vi rút VGB cao so với các khu vực khác trong cả nước. Theo điều tra quốc gia năm 2018 về thực trạng nhiễm vi rút VGB, tỉ lệ người mang HBsAg ở khu vực Tây Bắc là 11,1%, thấp hơn không nhiều so với khu vực có tỉ lệ lưu hành cao nhất là khu vực Nam Trung Bộ với 11,4%.

Về phân bố theo địa dư, mặc dù các tỉnh Tây Bắc có đặc điểm kinh tế - văn hóa – xã hội tương đối đồng nhất, tỉ lệ hiện nhiễm vi rút VGB tại mỗi tỉnh vẫn có sự khác biệt. Theo đó, hai tỉnh Sơn La và Hòa Bình có tỉ lệ lưu hành vi rút VGB cao hơn so với Lai Châu và Điện Biên (12% - 13% so với 8,8% - 8,9%). Về mặt đặc điểm kinh tế xã hội, có sự khác biệt về mặt địa lý giữa hai nhóm tỉnh này. Theo đó, Sơn La và Hòa Bình ở gần các thành phố lớn như Hà Nội, Hải Phòng, nơi có mật độ dân số cao và nhiều hoạt động giao thương buôn bán. Theo báo cáo của Tổng cục Thống kê về thực trạng kinh tế xã hội Việt Nam từ năm 2016 – 2018, Sơn La và Hòa Bình cũng là những tỉnh có thu nhập bình quân và xếp hạng kinh tế cao hơn so với Điện Biên và Lai Châu.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ nhiễm vi rút viêm gan B

Về nhóm tuổi, nhóm phụ nữ có độ tuổi lớn hơn độ tuổi kết hôn trung bình có tỉ lệ nhiễm vi rút VGB cao hơn so với nhóm trẻ hơn. Kết quả này tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu khác về mức độ lưu hành vi rút VGB trong cộng đồng.

Về khía cạnh dân tộc, phân bố tỉ lệ HBsAg dương tính theo dân tộc trong nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ nhiễm vi rút VGB cao ở các dân tộc thiểu số như Dao, Khơ-mú (trên 18%), dân tộc Tày, Thái (trên 11%) trong khi tỉ lệ nhiễm ở dân tộc Kinh, Mường chỉ chiếm từ 9-10%. Các hành vi gắn liền với các tập tục văn hóa của mỗi dân tộc có thể ảnh hưởng đến nguy cơ lây nhiễm vi rút VGB. Nghiên cứu tại xã Mỏ Vàng, tỉnh Yên Bái cho thấy tỉ lệ nhiễm HBV ở dân tộc H'mông và dân tộc Dao trong cùng một xã lần lượt là 7,3% và 15,3%. Sự khác biệt này có liên quan tới sự khác biệt về tập quán sinh hoạt của hai dân tộc trên.

Về đặc điểm kinh tế – xã hội, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ hiện nhiễm VGB giữa các nhóm trình độ học vấn, tuy nhiên, xuất hiện sự chênh lệch giữa các nhóm nghề nghiệp và các nhóm thu nhập trung bình mỗi tháng. Theo đó, nhóm phụ nữ làm nông nghiệp có tỉ lệ mang HBsAg cao hơn nhóm phụ nữ làm nghề phi nông nghiệp. Kết quả nghiên cứu cũng cho chỉ ra sự lưu hành vi rút VGB cao nhất ở nhóm phụ nữ làm nhân viên y tế, những người thường xuyên phải phơi nhiễm với các tác nhân truyền nhiễm tại môi trường làm việc, với tỉ lệ 12,2%. Về thu nhập trung bình mỗi tháng, nhóm phụ nữ có thu nhập trung bình trên 20 triệu đồng mỗi tháng có tỉ lệ hiện nhiễm thấp, chỉ khoảng 5%; trong khi đó, các nhóm thu nhập còn lại dưới 20 triệu đồng thì có tỉ lệ nhiễm đều cao, trên 10%. Nhóm thu nhập cao thường có khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế tốt hơn như tiêm vắc xin VGB để dự phòng đặc hiệu. Đồng thời họ cũng có ý thức và điều kiện hơn trong việc chăm sóc sức khỏe bản thân và gia đình nói chung như một biện pháp dự phòng không đặc hiệu.

Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện thấy liên quan chặt chẽ giữa yếu tố gia đình và tình trạng nhiễm vi rút VGB trên nhóm đối tượng nghiên cứu. Theo đó, nhóm phụ nữ có thành viên trong gia đình mắc các bệnh gan hoặc có tình trạng vàng da có nguy cơ cao gấp 2,9 lần so với nhóm phụ nữ không có.

Bên cạnh đó, nhóm phụ nữ có tiền sử mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs) cũng có nguy cơ nhiễm vi rút VGB cao hơn gấp 2 lần so với nhóm phụ nữ chưa bao giờ mắc STDs. Do viêm gan B là một bệnh lây truyền qua đường tình dục nên việc đồng nhiễm vi rút VGB với các tác nhân bệnh tình dục khác thường xảy ra khi đối tượng quan hệ tình dục không an toàn hoặc quan hệ tình dục với nhiều bạn tình.

Một số yếu tố khác liên quan đến hoạt động tình dục như tiền sử quan hệ tình dục, tình trạng mang thai cũng cho thấy nguy cơ cao nhiễm vi rút VGB. Nhiều nghiên cứu về viêm gan B đã được thực hiện tại các cơ sở khám chữa bệnh cho thấy tỉ lệ sản phụ có tình trạng hiện nhiễm vi rút VGB cao hơn so với các nhóm bệnh nhân khác. Điều này có thể được giải thích trong giai đoạn ngay

trước khi mang thai, vô hình trung người phụ nữ đã có hành vi quan hệ tình dục không an toàn với chồng hoặc bạn tình. Lúc này, nguy cơ lây nhiễm vi rút VGB hoàn toàn có thể xảy ra và khi xét nghiệm sàng lọc HBsAg sẽ cho tỉ lệ dương tính cao đối với nhóm đối tượng này.

Một số yếu tố khác có xu hướng liên quan tới nhiễm vi rút viêm gan B nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê như yếu tố dân tộc thiểu số, mức thu nhập, truyền máu, tiêm tĩnh mạch, quan hệ tình dục...

4.3. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp phòng lây truyền mẹ con

Kết quả can thiệp cho thấy, sau quá trình can thiệp, cả hai nhóm can thiệp và đối chứng đều ghi nhận sự gia tăng về tỉ lệ sinh con tại cơ sở y tế và tỉ lệ tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh trong 24 giờ đầu (VXVGBSS24h) đối với trẻ sinh tại nhà so với năm 2021. Tuy nhiên, khi đánh giá hiệu quả can thiệp khi so sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, chúng tôi ghi nhận giá trị hiệu quả can thiệp đối với tỉ lệ sinh con tại cơ sở y tế và tỉ lệ tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh trong 24 giờ đầu sau sinh, lần lượt là 56,1% và 142,1%. Như vậy, các biện pháp can thiệp có hiệu quả cao trong việc tăng cường tỉ lệ tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh trong 24 giờ sau sinh. Sự hiệu quả của các biện pháp can thiệp trong của nghiên cứu này là sự phối hợp của một loạt các hoạt động can thiệp y tế dự phòng, bao gồm truyền thông giáo dục sức khỏe và công tác tổ chức tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh tại nhà. Trong đó, sự hỗ trợ và phối hợp của hệ thống y tế thôn bản cũng như hệ thống chính quyền tại làng bản đóng vai trò quan trọng trong việc triển khai thành công các hoạt động can thiệp, đặc biệt là giám sát, phát hiện sự kiện sinh con tại nhà để cán bộ y tế kịp thời tổ chức tiêm vắc xin trong vòng 24 giờ đầu sau khi trẻ được sinh ra. Kết quả nghiên cứu can thiệp này cũng một phần giải đáp được một số lo ngại liên quan đến tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh tại nhà, không chỉ ở Việt Nam mà còn ở các quốc gia khác trên thế giới. Hiện nay, theo một số nghiên cứu ở Trung Quốc, vấn đề chất lượng vắc xin viêm gan B khi được vận chuyển ngoài dây chuyền lạnh đang được quan tâm và là một trong những rào cản của nhiều quốc gia khi cân nhắc thực hiện tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh tại nhà. Các biện pháp can thiệp của nghiên cứu

này còn thể hiện tính tương đồng với nội dung hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới để tăng cường tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh, đặc biệt là việc tiếp cận tiêm vắc xin cho trẻ sơ sinh tại nhà. Mặc dù có nhiều sự tương đồng về mặt phương pháp với các tài liệu quốc tế, các biện pháp can thiệp trong nghiên cứu này vẫn cần có những đánh giá cụ thể hơn để xây dựng một mô hình triển khai tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh tại nhà một cách hiệu quả, nhằm tăng cường dự phòng lây truyền bệnh viêm gan B từ mẹ sang con trong cộng đồng. Tuy nhiên, kết quả can thiệp và bài học kinh nghiệm rút ra từ nghiên cứu này có thể cung cấp một số phương án giải quyết một số rào cản có thể gặp phải khi xây dựng một mô hình phòng bệnh viêm gan B đặc hiệu cho cộng đồng người dân tộc thiểu số khu vực miền núi phía Bắc.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Tỉ lệ hiện nhiễm vi rút viêm gan B trên phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 18 - 49 tuổi tại khu vực Tây Bắc là 10,7%, cao hơn so với mức trung bình của cộng đồng nói chung tại Việt Nam. Tỉ lệ nhiễm vi rút viêm gan B ở các tỉnh Hòa Bình và Sơn La cao hơn so với các tỉnh Lai Châu và Điện Biên.

2. Một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ nhiễm vi rút viêm gan B

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy một số yếu tố có liên quan đến tỉ lệ nhiễm vi rút viêm gan B, bao gồm tiền sử gia đình có người mắc bệnh gan hoặc có tình trạng vàng da, tình trạng đang mang thai, tiền sử từng mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs).

3. Hiệu quả giải pháp can thiệp

Các hoạt động can thiệp phối hợp trong nghiên cứu bao gồm truyền thông giáo dục sức khỏe, và sự hỗ trợ của chính quyền, các tổ chức chính trị, xã hội đối với hệ thống y tế địa phương trong việc tổ chức tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh tại CSYT và tại nhà đã có hiệu quả làm tăng tỉ lệ sinh con tại CSYT và tiêm VXVGBSS24h.

KIẾN NGHỊ

1. UBND tỉnh:

- Chỉ đạo các ban ngành, cơ quan, cá nhân có liên quan phối hợp hỗ trợ nhân lực và kinh phí cho ngành Y tế trong các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về tiêm VXVGBSS24h, lồng ghép với các hoạt động sinh hoạt văn hóa – xã hội bằng nhiều hình thức, đa phương tiện.
- Tăng cường nguồn lực dự phòng lây truyền cho mẹ và con, đặc biệt tại hai tỉnh Hòa Bình và Sơn La.

2. Sở Y tế:

- Chỉ đạo TTKSBT tỉnh phối hợp TTYT huyện và TYT xã thực hiện: tăng cường truyền thông về kiến thức và phòng bệnh cho mẹ; tăng cường triển khai các hoạt động TTGDSK lồng ghép tại cộng đồng, trong đó có các nội dung kiến thức về bệnh VGB, cách phòng chống lây nhiễm cũng như lợi ích của việc sinh con tại cơ sở y tế để trẻ được tiêm VXVGBSS24h; tăng cường tư vấn xét nghiệm phát hiện sớm tình trạng nhiễm và nguy cơ lây truyền vi rút VGB ở phụ nữ mang thai để điều trị và phòng bệnh cho con; truyền thông tư vấn bà mẹ để sẵn sàng tiêm VXVGBSS24h cho con.
- Phối hợp với Sở Tư pháp, Bảo hiểm xã hội tỉnh thực hiện truyền thông sinh con tại cơ sở y tế, lồng ghép với nội dung liên quan như đăng ký khai sinh, làm bảo hiểm y tế miễn phí cho trẻ mới sinh nhằm tăng động lực sinh con tại cơ sở y tế của phụ nữ mang thai.
- Từng bước mở rộng hệ thống giám sát phụ nữ sinh con tại nhà để tổ chức tiêm VXVGBSS24h cho trẻ sinh tại nhà kịp thời.

3. Bộ Y tế:

- Chỉ đạo Sở Y tế các tỉnh lập kế hoạch thực hiện lồng ghép chương trình phòng chống vi rút VGB với các chương trình phòng chống HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.