

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

BỘ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

PHAN THỊ THANH BÌNH

**ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ
LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* TRẺ EM VÀ CÁC THÀNH VIÊN
TRONG GIA ĐÌNH CỦA HAI NHÓM DÂN TỘC TÀY VÀ MƯỜNG**

Chuyên ngành: Dịch tễ học

Mã số : 62 72 10 17

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hà Nội - 2019

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

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS. TS. Nguyễn Thị Việt Hà
2. GS. TS. Vũ Sinh Nam

Phản biện 1:

.....

Phản biện 2:

.....

Phản biện 3:

.....

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

Vào hồi.. ...giờ, ngàythángnăm 2019.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

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

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế hiện đã xếp *Helicobacter pylori* (HP) vào nhóm nguy cơ loại I gây ung thư dạ dày, dù vậy cơ chế HP gây ung thư vẫn chưa được tìm hiểu rõ. Bên cạnh gây ung thư dạ dày, HP còn là tác nhân chủ yếu gây viêm dạ dày mạn tính ở người lớn, trẻ em và là nguyên nhân chính gây loét dạ dày-tá tràng dẫn đến nhiều hậu quả nghiêm trọng đến sức khỏe, chất lượng sống. Mặc dù những thông tin về đặc điểm sinh học, vai trò sinh lý và gây bệnh của HP đã được nghiên cứu rất nhiều, các kiến thức được cập nhật thường xuyên tạo ra cơ sở cho các phương pháp chẩn đoán mới, những chiến lược điều trị hiệu quả nhưng tình trạng bệnh lý và những hậu quả do nhiễm HP vẫn đang là thách thức toàn cầu.

Các nghiên cứu huyết thanh học trên thế giới đã cho thấy tỷ lệ nhiễm HP khác biệt giữa các dân tộc ở các nước. Nghiên cứu về nhiễm HP ở Việt Nam được tiến hành rải rác từ đầu những năm 2000. Những nghiên cứu này chưa được thực hiện đầy đủ ở các dân tộc tại Việt Nam và phần lớn trên đối tượng người trưởng thành. Các số liệu hiện có thu thập tại cộng đồng người Kinh, Thái, Khmer, Ede, Nùng và H'mong nhưng chưa có nghiên cứu nào trên đối tượng người Tày, Mường. Ở các nước đang phát triển, trẻ em bị nhiễm HP từ rất sớm, có những trường hợp bệnh nhân sơ sinh. Kháng nguyên bạch cầu người (HLA) là hệ thống quyết định những đáp ứng của vật chủ khi có sự xâm nhập của các yếu tố vi sinh. Tính đa hình của HLA đóng vai trò quan trọng cho sự thay đổi đáp ứng miễn dịch của từng cá thể với các kháng nguyên khác nhau, góp phần vào sự nhạy cảm hoặc kháng bệnh nhất định. Mối liên quan giữa các lớp allel HLA đặc biệt là HLA-DQ với tính cảm nhiễm vi khuẩn cũng như hiệu quả điều trị nhiễm HP đã được xác định trong nhiều nghiên cứu trên thế giới. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu về mối liên quan này. Trong đề tài nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành xác định tỷ lệ nhiễm HP và các yếu tố liên quan đến sự lây nhiễm HP ở hai dân tộc chiếm tỷ lệ dân số lớn sau dân tộc Kinh là dân tộc Tày và Mường trên đối tượng trẻ em và các thành viên hộ gia đình. Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần cung cấp thông tin để xây dựng bản đồ dịch tễ học tình hình nhiễm HP nước ta. Ngoài ra, kết quả này còn là cơ sở để giúp các nhà hoạch định chính sách có chiến lược bảo vệ sức khỏe cho các dân tộc thiểu số, một vấn đề mà Đảng và Nhà nước rất quan tâm nhằm đảm bảo công bằng xã hội trong công tác chăm sóc sức khỏe.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ từ 6 tháng đến 18 tuổi cùng các thành viên trong gia đình của hai nhóm dân tộc Tày và Mường tại Lạng Sơn và Hoà Bình năm 2013-2014,
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* trên các nhóm đối tượng nghiên cứu,
3. Mô tả phân bố kiểu gen kháng nguyên bạch cầu người nhóm DQB1 (HLA-DQB1) liên quan đến nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ 6 tháng đến 18 tuổi.

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

Hiện nay, chưa có nghiên cứu về tình hình nhiễm HP ở trẻ em và ở hai dân tộc Tày và Mường.

Xác định đặc điểm dịch tễ học nhiễm *HP* ở người Tày và người Mường tại Lạng Sơn, Hoà Bình và các yếu tố liên quan tới lây nhiễm *HP* như nhóm tuổi, tình trạng nhiễm *HP* của các thành viên trong gia đình, hành vi vệ sinh trong ăn uống, vệ sinh môi trường, tình trạng kinh tế, gia đình đông người sống chung và học vấn của người mẹ.

Nghiên cứu đầu tiên mô tả phân bố kiểu gen HLA-DQB1 bằng kỹ thuật sinh học phân tử, tìm mối liên quan đến nhiễm *HP* ở trẻ em ở Việt Nam.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 112 trang không kể tài liệu tham khảo và phụ lục, có 29 bảng, 1 hình và 1 bản đồ và 1 biểu đồ. Đặt vấn đề 2 trang, tổng quan 40 trang; đối tượng và phương pháp nghiên cứu 14 trang; kết quả nghiên cứu 16 trang; bàn luận 35 trang; kết luận 2 trang và kiến nghị 1 trang.

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1. Lịch sử nghiên cứu *Helicobacter pylori*

Xoắn khuẩn *Helicobacter pylori* được tìm thấy năm 1875 và được đặt tên ban đầu là *Campylobacter pyloridis*. Tuy nhiên, đến năm 1989 được đổi tên lại thành *Helicobacter* để phản ánh đặc điểm hình thái: dạng hình gậy và hình xoắn trên in vivo.

Năm 1983, Warren và Marshall đã xác định được mối liên hệ giữa xoắn khuẩn *HP* với bệnh lý dạ dày. Sau đó, Viện Nghiên cứu sức khỏe Hoa Kỳ đã công bố vi khuẩn *HP* có khả năng gây viêm loét dạ dày- tá tràng và khuyến cáo dùng kháng sinh để điều trị.

1.2. Đặc điểm hình thái, khả năng gây bệnh của *Helicobacter pylori*

Trên người, chỉ có 2 chủng *Helicobacter* là *HP* và *H. heilmannii* có khả năng cư trú trong dạ dày người và dẫn tới bệnh tại dạ dày- tá tràng.

Về hình thái, *HP* có dạng mỏng mảnh, cong xoắn hoặc hình chữ S, bắt màu Gram âm, dài 1,5-5 µm, dày 0,3-1 µm, có 4-7 lông có vỏ bọc mọc ra từ một đầu. Hình thái điển hình của *HP* chỉ gặp khi soi tươi hoặc nhuộm mô bệnh học các mẫu sinh thiết. Trong môi trường nuôi cấy, *HP* có hình thái dài hơn và độ xoắn thấp hơn. Dựa vào đặc điểm hình thái, *HP* có thể được phát hiện dựa trên phương pháp nhuộm Gram hoặc soi dưới kính hiển vi đối quang phân kỳ.

Helicobacter pylori là vi khuẩn sống trong môi trường dạ dày người với nồng độ axit HCl rất cao (pH<2). *HP* có những đặc điểm mang tính thích nghi với điều kiện sống: Hệ enzyme urease của *HP* được sử dụng để chuyển urea thành 2 chất có đặc tính kiềm là Ammoniac và Bicarbonate, tạo ra đám mây kiềm bao quanh nó. Cấu trúc tế bào hình xoắn và bộ lông roi có năng lượng cao cho phép *HP* có khả năng di chuyển nhanh và thoát khỏi môi trường có độ toan cao của dịch vị. Vi khuẩn này chỉ có mặt ở tá tràng nếu có sự loại sản dạ dày tại đó và bám vào các tiểu đảo tế bào dạng dạ dày ở tá tràng. *HP* có khả năng bám vào mô đích để gây bệnh là nhờ các chất dính đặc hiệu với mô ấy, ví dụ như N-acetyl-neureminyl-lactose giúp *HP* bám vào hồng cầu.

Nhiễm *HP* tại dạ dày gây nên đáp ứng miễn dịch mạnh của cơ thể vật chủ. Các yếu tố gây miễn dịch của vi khuẩn vẫn chưa được làm rõ. Hiện nay, chỉ có một số thành phần mang tính kháng nguyên

của *HP* được xác định, ví dụ như CagA. Nhờ có hệ enzyme phong phú như catalase, superoxyd dismutase và urease để phá hủy con đường diệt khuẩn của đại thực bào. Bên cạnh đó, các đáp ứng miễn dịch của vật chủ đồng thời cũng gây tổn thương niêm mạc dạ dày.

1.3. Dịch tễ học nhiễm *Helicobacter pylori* trên thế giới và Việt Nam

Tỷ lệ nhiễm *HP* ở các nước đang phát triển cao hơn hẳn các nước phát triển. Trẻ em bị nhiễm từ rất sớm, tỷ lệ nhiễm ở trẻ 5 tuổi là 5% và có thể tăng lên đến 70-90% ở người trưởng thành. Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm không giống nhau giữa các nước. Nhìn chung tỷ lệ nhiễm mới ở trẻ em nằm trong khoảng 1-5%/năm nhưng có thể lên đến hơn 20%/năm đối với các nước đang phát triển có tỷ suất nhiễm mới cao.

Hiện tượng tái nhiễm sau khi điều trị diệt trừ *HP* thấp ở các nước phát triển và cao ở các nước đang phát triển. Tỷ lệ này lên đến 25% ở Việt Nam, tức là có đến 1/4 số trẻ em được điều trị diệt trừ thành công sẽ bị nhiễm lại. Tại các nước phát triển tỷ lệ này chỉ khoảng 1%/người/năm, tỷ lệ tự khỏi cũng tương đương (1,8% ở trẻ em và 1,5% ở người lớn) nhưng tỷ lệ mắc tích lũy vẫn tăng dần chứng tỏ tỷ lệ tái nhiễm thay đổi và rất thường xuyên.

Việt Nam nằm trong khu vực có tỷ lệ nhiễm khá cao và khác nhau ở những địa bàn khác nhau. Tỷ lệ nhiễm *HP* trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Bằng và cộng sự (2004) trên 824 trẻ 6 tháng đến 15 tuổi, không có các triệu chứng của bệnh đường tiêu hoá nằm điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Bạch Mai là 34%. Kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thu Hà (2005) trên trẻ 6-18 tuổi cho thấy tỷ lệ nhiễm là 37,6%.

1.4. Cơ chế lây truyền và các yếu tố liên quan

1.4.1. Lây truyền từ người sang người

Lây truyền qua đường dạ dày-miệng là rất phổ biến, đặc biệt là trong thời thơ ấu, cộng thêm với thực hành vệ sinh kém trong ăn uống, bú, mớm và chất nôn đóng vai trò như là phương tiện vận chuyển vi khuẩn gây lây truyền bệnh. Lây truyền miệng-miệng có thể do lây nhiễm *HP* ở mảng bám răng và ở cả nước bọt của bệnh nhân nhiễm *HP*. Trong điều kiện vệ sinh kém, *HP* có thể lây nhiễm theo đường phân-miệng.

Lây truyền từ mẹ sang con qua sữa mẹ là do sự có mặt của vi khuẩn *HP* trong sữa có thể do nhiễm vi khuẩn từ núm vú hoặc ngón tay.

1.4.2. Ổ chứa ngoài cơ thể và vai trò của các yếu tố môi trường trong lây truyền *Helicobacter pylori*

Khi nước có chứa *HP* thì thực phẩm cũng có thể bị nhiễm trong quá trình xử lý, đặc biệt là trong điều kiện vệ sinh kém.

HP có thể tồn tại trong sữa một thời gian ngắn. Bên cạnh đó, cũng có những bằng chứng về mối liên quan giữa thực phẩm và nguy cơ nhiễm *HP*, ví dụ những người ăn rau sống có nguy cơ bị nhiễm *HP* cao hơn.

Với giả thuyết *HP* có ở trong phân thì ruồi có thể đóng vai trò vận chuyển *HP* từ phân vào thức ăn. Tỷ lệ nhiễm *HP* rất cao ở các nước đang phát triển, nơi nhà tiêu không hợp vệ sinh là phổ biến, trong khi ở các nước phát triển có rất ít nhà tiêu không hợp vệ sinh thì tỷ lệ này thấp hơn.

1.5. Các yếu tố nguy cơ nhiễm *Helicobacter pylori*

1.5.1. Yếu tố sinh học

Tuổi là một trong những yếu tố quan trọng quyết định mức độ nhiễm *HP* trong hầu hết các nghiên cứu dịch tễ học. Trẻ em được coi là đối tượng dễ bị nhiễm *HP*. Tuy nhiên độ tuổi tăng tỷ lệ nhiễm cao nhất là trong khoảng từ 2-6 tuổi, tùy theo từng điều kiện khu vực, từng nghiên cứu khác nhau.

Giới tính cũng được đề cập như một yếu tố có liên quan đến nguy cơ nhiễm *HP*.

Cho đến nay vai trò của nhóm máu với nguy cơ lây nhiễm vẫn còn nhiều tranh cãi. Nhiều nhà nghiên cứu đã tập trung phân tích mối liên quan giữa các kháng nguyên nhóm máu ABO với nhiễm *HP* và một số tác giả thấy có sự liên quan giữa nhóm máu O với sự tăng nhiễm.

1.5.2. Yếu tố kinh tế - xã hội

Tỷ lệ nhiễm *HP* ở các nước phát triển thấp hơn nhiều so với các nước đang hoặc kém phát triển. Ngay trong một quốc gia, hầu hết các kết luận đưa ra cho rằng thu nhập gia đình liên quan đến nguy cơ nhiễm *HP* theo xu hướng thu nhập gia đình càng thấp thì nguy cơ nhiễm *HP* càng cao. Có thể lập luận rằng, ở các nước nghèo, thu nhập thấp có thể ảnh hưởng trực tiếp đến các điều kiện sinh sống, vệ sinh, hành vi nên có ảnh hưởng nhiều hơn so với các nước phát triển khi mà dù có thu nhập thấp (trong bối cảnh nước đó) cũng không ảnh hưởng nhiều đến điều kiện sống như vệ sinh, ăn uống... nên ảnh hưởng sẽ giảm đi hoặc không còn rõ ràng.

Ngoài ra, học vấn và yếu tố nghề nghiệp cũng liên quan với nguy cơ nhiễm *HP*, xu hướng trình độ giáo dục càng thấp thì nguy cơ nhiễm *HP* càng cao.

1.5.3. Điều kiện sống

Phương thức lây truyền liên quan đến điều kiện sống đông đúc đã được xem xét qua các yếu tố như quy mô hộ gia đình, số người/diện tích nhà ở, ngủ chung giường thời thơ ấu...

1.6. Bệnh lý do *Helicobacter pylori*

Warren và Marshall đã chứng minh *HP* có liên quan đến viêm dạ dày mạn tính. *HP* cư trú chủ yếu là ở vùng hang vị và thân vị của dạ dày làm gia tăng sự xâm nhập của các bạch cầu đa nhân, đơn nhân dẫn đến quá trình viêm và loét.

Nhiễm *HP* là nguyên nhân chủ yếu của loét dạ dày ở người lớn. Nhiễm *HP* dẫn đến viêm niêm mạc dạ dày, quá trình này nếu không được điều trị sẽ diễn biến ngày càng nặng.

HP đã được chứng minh có liên quan đến ung thư dạ dày và u lympho niêm mạc dạ dày, tuy nhiên cơ chế *HP* gây ung thư vẫn chưa được tìm hiểu rõ.

Đau bụng tái diễn được định nghĩa là có ít nhất 3 cơn đau đủ để gây ảnh hưởng đến những hoạt động hàng ngày và kéo dài trong thời gian ít nhất 3 tháng. Vai trò của *HP* trong đau bụng kéo dài hiện vẫn còn là vấn đề gây tranh cãi.

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về lĩnh vực này, tuy nhiên sự liên quan giữa nhiễm *HP* và bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản ở trẻ em vẫn chưa rõ ràng. Khi nhiễm *HP*, ngoài những triệu chứng ở đường tiêu hoá còn xuất hiện các triệu chứng ngoài đường tiêu hoá như thiếu máu do thiếu sắt, giảm tiểu cầu và suy dinh dưỡng.

1.7. Mối liên quan giữa kháng nguyên bạch cầu và nhiễm HP

Hệ thống kháng nguyên bạch cầu người (Human Leucocyte Antigen, HLA) có thể đóng vai trò đặc biệt trong cơ thể vật chủ đáp ứng miễn dịch với kháng nguyên vi khuẩn. Các nghiên cứu hiện nay thường tập trung vào đánh giá vai trò của HLA lớp II trong mối liên quan với nguy cơ lây nhiễm HP. Các kiểu gen lớp II thường được nghiên cứu chủ yếu là HLA-DRB1, HLA-DQB1, HLA-DQA1.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 4 xã Chiến Thắng, Hoan Trung, Hương Cốc, Vũ Sơn, huyện Bắc Sơn, tỉnh Lạng Sơn và thị trấn Kỳ Sơn, xã Dân Hạ thuộc huyện Kỳ Sơn, tỉnh Hoà Bình.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Quá trình điều tra và lấy mẫu nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 2 năm 2013 đến tháng 10 năm 2014.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của đề tài là trẻ em và các thành viên hộ gia đình người Tày ở Lạng Sơn và người Mường ở Hòa Bình. Việc xác định dân tộc của đối tượng nghiên cứu dựa trên chứng minh thư nhân dân, sổ hộ khẩu của gia đình, thực tế sống chung khi phỏng vấn trực tiếp và xác nhận nhân khẩu của chính quyền địa phương.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang (đánh giá đặc điểm dịch tễ học) dựa vào biến phụ thuộc là tình trạng nhiễm HP (ELISA dương tính hoặc âm tính)
- Công cụ nghiên cứu: bộ câu hỏi phỏng vấn, bộ xét nghiệm và nguyên vật liệu chẩn đoán huyết thanh học, PCR.

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu để ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1-P}{\varepsilon^2 P}$$

Trong đó:

p: ước lượng tỷ lệ nhiễm HP của đối tượng nghiên cứu, theo Nguyễn Văn Bàng, Trịnh Xuân Long (2007), ước lượng 35% trẻ dương tính HP, chọn $p=0,35$

ε : sai số tương đối cho phép giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể (lấy ε là 10%)

Từ công thức trên, tính toán được số trẻ cần nghiên cứu là 714, để đảm bảo an toàn trong việc điều tra số liệu, chúng tôi làm tròn lên 800 trẻ để đề phòng trường hợp không hợp tác nghiên cứu. Thực tế nghiên cứu thu thập số liệu trên 805 trẻ em và 1207 người lớn tại hai dân tộc điều tra. Số

lượng người trưởng thành (các thành viên ông bà bố mẹ anh chị em trong cùng hộ gia đình với trẻ em) tham gia nghiên cứu tùy thuộc vào tình hình thực tế. Theo số liệu của các điều tra trước đây, ước tính là 2.000 người. Thực tế nghiên cứu thu thập số liệu trên 805 trẻ em và 1207 người lớn tại hai dân tộc điều tra.

2.4.3. Cách chọn mẫu vào nhóm nghiên cứu

Lập danh sách hộ gia đình có trẻ em từ 6 tháng đến 18 tuổi trên các địa bàn nghiên cứu ở cả hai dân tộc.

Áp dụng phương pháp chọn mẫu chủ đích cho mỗi quần thể. Trong từng quần thể sẽ lấy mẫu thuận tiện bằng cách lấy các “hộ liền kề”. Tất cả các thành viên của các thể hệ trong hộ gia đình có trẻ từ 6 tháng đến dưới 18 tuổi đều được nghiên cứu.

Tại địa phương, nhóm nghiên cứu làm việc với chủ tịch xã, cán bộ phụ trách hộ khẩu và cán bộ của trạm y tế để chọn ra hộ gia đình đạt tiêu chuẩn nghiên cứu. Theo danh sách hộ gia đình của quần thể đã chọn, tiến hành nghiên cứu từ hộ gia đình đầu tiên rồi tiếp tục theo phương pháp “hộ liền kề” đến khi đủ mẫu trẻ em ở mỗi địa điểm. Số lượng người lớn tham gia sẽ tùy thuộc vào tình hình thực tế, ước tính khoảng 750 người.

2.4.3. Kỹ thuật xét nghiệm xác định tình trạng nhiễm HP

Tất cả các thành viên trong hộ gia đình có trẻ từ 6 tháng đến dưới 18 tuổi đều được lấy mẫu máu xác định nhóm máu, chẩn đoán nhiễm HP bằng kỹ thuật ELISA và xác định các yếu tố làm tăng nguy cơ tăng lây nhiễm HP. Xét nghiệm được thực hiện tại phòng xét nghiệm các Vi khuẩn đặc biệt, khoa Vi khuẩn, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

2.2.3. Xác định kiểu gen HLA-DQB1 bằng kỹ thuật PCR

Nghiên cứu sử dụng phản ứng chuỗi trùng hợp (PCR), sản phẩm được nhuộm bằng hóa chất Redsafe và nhận biết dưới ánh sáng UV. Sử dụng phần mềm HLA fusion cho ra kết quả HLA DQB1*xxyy.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng khoa học và y đức Đại học Y Hà Nội phê duyệt, sự nhất trí của lãnh đạo Sở Y tế tỉnh Lạng Sơn và Hoà Bình, sự chấp thuận và tham gia của trung tâm Y tế xã và chính quyền xã. Đối tượng nghiên cứu được đảm bảo an toàn trong quá trình lấy mẫu máu, đảm bảo bí mật thông tin cá nhân. Các số liệu trong nghiên cứu trung thực, chính xác. Các trường hợp có kết quả xét nghiệm dương tính với HP được thông báo về Trung tâm y tế huyện. Từ đó, trung tâm y tế huyện sẽ thông báo xuống xã mời những đối tượng đó đến khám, nội soi và chỉ định điều trị.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

Tỉnh	Số hộ (hộ)	Số đối tượng	Người lớn n (%)	Trẻ em n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)
Tày	131	1094	618(56,5)	476(43,5)	481(44)	613(56)
Mường	219	918	589(64,16)	329(35,84)	398(43,3)	520(56,7)
Tổng	350	2012	1207(60)	805(40)	879(43,7)	1133(56,3)

Có 2012 đối tượng trong 131 hộ gia đình người Tày và 219 hộ gia đình người Mường đã được điều tra. Số người trên 18 tuổi chiếm 60%; trẻ em chiếm 40% tổng đối tượng nghiên cứu.

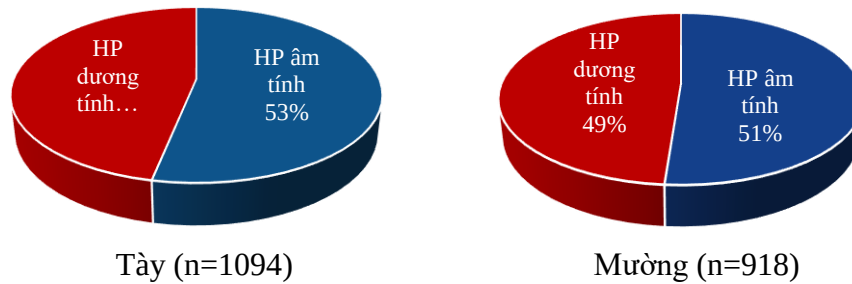
Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tày		Mường	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<3	55	5,0	52	5,7
3-<6	83	7,6	54	5,9
6-<10	153	14,0	82	8,9
10-<15	121	11,1	80	8,7
15-<18	64	5,9	61	6,6
18-<30	120	11,0	117	1,7
30-<40	229	20,9	201	21,9
40-<50	101	9,2	118	12,9
50-<60	100	9,1	83	9,0
≥60	68	6,2	70	7,6

Đối tượng nghiên cứu được chia thành các nhóm người lớn (từ 18 tuổi trở lên) và trẻ em (dưới 18 tuổi). Trong mỗi nhóm tuổi lại được chia thành 5 nhóm nhỏ theo đặc điểm sinh lý lứa tuổi. Phân bố tuổi trong các nhóm khá tương đồng ở cả hai dân tộc Tày và Mường. Nhóm trẻ em chiếm tỷ lệ cao nhất là trong độ tuổi từ 6 đến dưới 10 (8,9% ở dân tộc Mường và 14% ở dân tộc Tày). Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở người trưởng thành là 30-<40 tuổi, nhóm này chiếm 20,9% ở dân tộc Tày và 21,9% ở dân tộc Mường.

3.2. Tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* chung trên đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* chung trên đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ người Tày nhiễm *HP* là 46,8% và người Mường là 48,6%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm *HP* chung giữa hai nhóm đối tượng này.

Bảng 3.3. Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* theo nhóm đối tượng

Giới tính	Tày			Mường			p ⁽¹⁾
	N	HP(+) n(%)	OR(95%CI)	N	HP(+) n(%)	OR(95%CI)	
Trẻ em	476	197(41,4)	1	329	141(42,9)	1	0,678
Người lớn	618	304(49,2)	1,37(1,08-1,75)	589	307(51,2)	1,45(1,11-1,91)	0,309

p⁽¹⁾: phân tích sự khác biệt tỷ lệ nhiễm *HP* giữa Tày và Mường

Đối với dân tộc Tày, tỷ lệ trẻ em nhiễm *HP* là 41,4%, người lớn là 49,2%. Tỷ lệ này ở dân tộc Mường lần lượt là 42,9% và 52,1%. Tỷ lệ nhiễm *HP* của trẻ em thấp hơn rõ rệt so với người lớn. Khi so sánh hai dân tộc, tỷ lệ nhiễm *HP* ở người lớn hay trẻ em đều không có sự khác biệt giữa Tày và Mường (p=0,309 và p=0,678).

3.2.2. Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em và các thành viên hộ gia đình theo nhóm tuổi và giới tính

Bảng 3.4. Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* theo giới tính

Giới tính		Tày			Mường			p ⁽¹⁾
		N	HP(+) n(%)	OR(95%CI)	N	HP(+) n(%)	OR(95%CI)	
Người lớn	Nam	244	127(52,0)	1,1(0,88-1,21)	246	121(49,2)	0,81(0,58-1,13)	0,526
	Nữ	374	188(50,3)	1	343	186(54,2)	1	0,289
Trẻ em	Nam	237	104(43,9)	1,2(0,91-1,39)	152	70(46,1)	1,27(0,82 -1,97)	0,674
	Nữ	239	93 (38,9)	1	177	71(40,1)	1	0,804
Chung	Nam	481	251(48,0)	1,04(0,92-1,19)	398	191(48,0)	0,94(0,72-1,23)	0,992
	Nữ	613	281(45,8)	1	520	257(49,4)	1	0,229

p⁽¹⁾: phân tích sự khác biệt tỷ lệ nhiễm *HP* giữa Tày và Mường

Ở dân tộc Tày tỷ lệ *HP* dương tính ở nam là 48% và ở nữ là 45,8%. Tỷ lệ này ở dân tộc Mường tương ứng là 48% và 49,4%. Không tìm thấy bất kỳ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào trong mối quan hệ giữa tỷ lệ nhiễm *HP* và giới tính trên cả hai dân tộc Tày và Mường.

Bảng 3.5. Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tày			Mường			p ⁽¹⁾
	N	HP(+) n(%)	OR(95%CI)	N	HP(+) n(%)	OR(95%CI)	
0,5-<3	55	17(30,9)	1	52	17(32,7)	1	0,843
3-<6	83	31(37,3)	1,33(0,64-2,75)	54	22(40,7)	1,45(0,64-3,13)	0,69
6-<10	153	65(42,5)	1,65(0,85-3,18)	82	38(46,3)	1,77(0,81-3,48)	0,57
10-<15	121	50(41,3)	1,57(0,8-3,09)	80	36(45,0)	1,68(0,81-3,48)	0,606
15-<18	64	34(53,1)	1,59(1,09-2,32)	61	28(45,9)	1,74(0,81-3,76)	0,419

p⁽¹⁾: phân tích sự khác biệt tỷ lệ nhiễm *HP* giữa Tày và Mường

Tỷ lệ nhiễm *HP* ở trẻ em tăng theo nhóm tuổi khá rõ nét ở dân tộc Tày: trẻ trong độ tuổi 15-<18 có tỷ lệ nhiễm cao nhất (53,1%), trẻ từ 6 tháng đến trước 3 tuổi có tỷ lệ thấp nhất (30,9%), khác biệt này có ý nghĩa thống kê với OR=1,59 (95%CI:1,09-2,32). Ở dân tộc Mường, trẻ em từ 6 tháng đến trước 3 tuổi cũng có tỷ lệ thấp nhất (30,9%) nhưng nhóm có tỷ lệ nhiễm cao nhất là nhóm 6-<10 tuổi (46,3%). Khi so sánh hai dân tộc, không có sự khác nhau về tỷ lệ nhiễm *HP* ở các nhóm tuổi nào của trẻ em.

Bảng 3.7. Xu hướng nhiễm *Helicobacter pylori* theo nhóm tuổi ở mỗi dân tộc

Nhóm tuổi	Tày			Mường		
	N	HP(+)n(%)	ptrend	N	HP(+)n(%)	ptrend
0,5-<3	55	17(30,9)	0,000225	52	17(32,7)	0,001543
3-<6	83	31(37,3)		54	22(40,7)	
6-<10	153	65(42,5)		82	38(46,3)	
10-<15	121	50(41,3)		80	36(45,0)	
15-<18	64	34(53,1)		61	28(45,9)	
18-<30	120	65(54,2)		117	59(50,4)	
30-<40	229	107(46,7)		201	101(50,2)	
40-<50	101	45(44,5)		118	61(51,7)	
50-<60	100	64(64,0)		83	48(57,8)	
≥60	68	33(48,5)		70	38(54,3)	

ptrend: phân tích xu hướng nhiễm *HP* theo nhóm tuổi

Phân tích xu hướng gộp cả hai nhóm người lớn và trẻ em bằng test kiểm định thống kê xu hướng. Ở dân tộc Tày, tỷ lệ nhiễm *HP* có xu hướng tăng lên có ý nghĩa thống kê theo nhóm tuổi (ptrend=0,000225). Xu hướng này cũng được ghi nhận ở dân tộc Mường với ptrend=0,001543.

3.2.3. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* với các thành viên hộ gia đình, tiền sử bệnh tật và dùng kháng sinh

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em với tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* của các thành viên gia đình

Tình trạng nhiễm HP		Tày			Mường		
		N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
Mẹ	(-)	154	45(29,2)	1	144	61(42,4)	1
	(+)	124	78(62,9)	4,04(2,42-6,75)	141	66(46,8)	1,19(0,74-1,92)
Bố	(-)	123	42(34,1)	1	121	52(43,0)	1
	(+)	91	42(46,15)	1,68(0,95-2,9)	121	57(47,1)	1,13(0,67-1,90)
Bố, mẹ	(-/-)	71	22(30,9)	1	56	28(50,0)	1
	(+/-)	58	21(36,2)	1,12(0,52-2,41)	104	42(40,4)	0,68(0,35-1,31)
	(+/+)	40	23(57,5)	1,68(1,1-2,5)	65	36(55,0)	1,04(0,71-1,51)
Anh/chị/em	(-)	85	22(25,9)	1	122	44(36,1)	1
	(+)	63	39(61,9)	4,64(2,26-9,52)	91	45(49,5)	1,7(1,09-2,01)
Ông	(-)	15	6(40,0)	1	30	16(53,3)	1
	(+)	27	22(75,8)	11,1(1,71-72,3)	34	19(55,9)	1,05(0,38-2,95)
Bà	(-)	57	13(22,8)	1	65	33(50,8)	1
	(+)	29	22(75,8)	11,6(3,82-35,1)	31	19(61,3)	0,63(0,26-1,52)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Ở dân tộc Tày, trẻ có người thân (bố, mẹ, ông, bà, anh chị em) nhiễm HP thì có tỷ lệ nhiễm HP cao hơn trẻ có người thân không nhiễm; trẻ có mẹ nhiễm HP có nguy cơ nhiễm cao hơn 4,04 lần so với trẻ có mẹ không nhiễm (95%CI:2,42-6,75; tỷ lệ 62,9% so với 29,2%); trẻ có anh/chị/em HP(+) có nguy cơ nhiễm HP cao gấp 4,64 lần (95%CI:2,26-9,52; tỷ lệ 61,9% so với 25,9%); trẻ có ông, bà nhiễm HP có nguy cơ nhiễm cao hơn 11,1 và 11,6 lần so với trẻ có ông, bà âm tính với HP (95%CI:1,71-72,3 và 95%CI:3,82-35,1). Với dân tộc Mường, trẻ có bố, mẹ, ông/bà nhiễm HP có tỷ lệ nhiễm cao hơn trẻ có mẹ, ông/bà không nhiễm nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê; trẻ có anh/chị/em HP(+) có nguy cơ nhiễm HP 1,7 lần (95%CI:1,09-2,01; tỷ lệ 49,5% so với 36,1%).

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em với tình trạng bệnh tật

Tình trạng bệnh tật		Tày			Mường		
		N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
Tiền sử tiêu hoá	(-)	218	86(39,4)	1	413	170(41,2)	1
	(+)	62	31(50,0)	1,53(0,87-2,7)	31	13(41,9)	1,03(0,49-2,16)
Bệnh tiêu hoá	(-)	255	89(34,9)	1	424	172(40,6)	1
	(+)	54	29(53,7)	1,77(0,97-3,22)	43	20(46,5)	1,27(0,67-2,39)
Tiền sử dị ứng	(-)	223	89(39,9)	1	387	159(41,1)	1
	(+)	73	34(46,6)	1,31(0,77-2,23)	64	27(42,2)	1,04(0,61-1,78)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Ở cả hai dân tộc trẻ có tiền sử bệnh tiêu hóa, đang có bệnh tiêu hóa và có tiền sử dị ứng có tỷ lệ nhiễm cao hơn trẻ không có những đặc điểm này, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.10. Mỗi liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở người trưởng thành với tình trạng nhiễm HP của vợ/chồng

Vợ hoặc chồng	Tày			Mường		
	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
HP(-)	132	61(46,2)	1	134	57(42,2)	1
HP(+)	138	80(58,0)	1,6(0,99-2,57)	162	99(61,1)	2,12(1,3-3,38)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Có mỗi liên quan giữa nhiễm HP của đối tượng nghiên cứu với tình trạng nhiễm HP của vợ hoặc chồng: Người có vợ hoặc chồng dương tính với HP thì có nguy cơ nhiễm cao hơn so với người có vợ hoặc chồng không nhiễm (58% với 46,2% ở người Tày và 61,1% với 42,2% ở người Mường). Tuy nhiên khác biệt này chỉ có ý nghĩa thống kê ở dân tộc Mường với tỷ suất chênh là 2,12 lần (95%CI:1,3-3,38).

Bảng 3.11. Mỗi liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở người trưởng thành với tình trạng bệnh tật

Tình trạng bệnh tật		Tày			Mường		
		N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
Tiền sử	(-)	341	183(53,7)	1	246	137(55,7)	1
tiêu hoá	(+)	177	88(49,7)	0,92(0,77-1,1)	252	125(49,6)	0,89(0,75-1,05)
Bệnh	(-)	388	197(50,8)	1	298	163(54,7)	1
tiêu hoá	(+)	185	97(52,4)	1,03(0,87-1,22)	196	95(48,5)	0,88(0,74-1,04)
Tiền sử	(-)	440	233(53,0)	1	361	198(54,8)	1
dị ứng	(+)	100	52(52,0)	0,98(0,79-1,2)	144	68(47,2)	0,86(0,7-1,04)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi xem xét mỗi liên quan giữa tỷ lệ nhiễm HP với tiền sử bệnh tiêu hóa, tình trạng bệnh tiêu hóa hiện tại và tiền sử dị ứng trên đối tượng người trưởng thành ở cả hai địa bàn.

Bảng 3.12. Mỗi liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em với tiền sử dùng kháng sinh

Sử dụng kháng sinh		Tày			Mường		
		N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
1 tháng	Không	315	137(43,5)	1	179	77(43)	1
trở lại	Có	142	50(35,2)	0,74(0,46-1,65)	127	47(37)	0,82(0,54-1,87)
12 tháng	Không	188	85(45,2)	1	73	33(45,2)	1
trước	Có	249	96(38,6)	0,86(0,55-1,2)	238	104(43,7)	0,95(0,44-1,42)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Trẻ có sử dụng kháng sinh trong vòng 1 tháng trở lại đây hay 12 tháng trước thời điểm nghiên cứu đều có tỷ lệ nhiễm thấp hơn so với trẻ không sử dụng kháng sinh, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở người trưởng thành với tiền sử dùng kháng sinh

Sử dụng kháng sinh		Tây			Mường		
		N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
1 tháng trước	Không	365	195(53,4)	1	338	168(49,7)	1
	Có	191	92(48,2)	0,91(0,73-1,22)	201	99(49,3)	0,98(0,62-1,2)
12 tháng trước	Không	245	142(58,0)	1	182	95(52,2)	1
	Có	238	142(59,6)	0,73(0,51-1,03)	307	157(51,1)	0,95(0,66-1,38)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Không ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê nào giữa tình trạng nhiễm HP ở người trưởng thành với tiền sử sử dụng kháng sinh trong vòng một tháng hay một năm qua đối với cả hai dân tộc.

3.2.4. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* với thói quen ăn uống và vệ sinh

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em và thói quen ăn uống, vệ sinh

Hành vi sinh hoạt vệ sinh		Tây			Mường		
		N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
Ăn bốc	Không	218	85(39)	1	122	18(14,8)	1
	TT	169	72(42,6)	1,1(0,85-1,4)	153	103(67,3)	4,56(2,9-7,0)
	LL	76	34(44,7)	1,14(0,85-1,55)	42	13(31,0)	2,09(1,12-3,9)
Ăn chung	Không	240	109(45,4)	1	193	80(41,5)	1
	Có	218	82(37,6)	0,82(0,66-1,03)	131	57(43,5)	1,03(0,79-1,34)
Rửa tay trước khi ăn	LL	27	15(55,6)	1	51	18(35,3)	1
	TX	260	103(39,6)	0,52(0,23-1,16)	92	14(15,2)	0,43(0,23-0,79)
	TT	83	34(41,0)	0,55(0,23-1,33)	39	13(33,3)	0,94(0,52-1,68)
	Không	38	16(42,1)	0,75(0,45-1,25)	97	79(81,4)	2,3(1,57-3,38)
Rửa tay sau đi vệ sinh	Có	145	50(34,5)	1	120	52(43,3)	1
	Không	323	140(43,3)	1,25(0,97-1,62)	195	82(42,1)	1,03(0,79-1,3)
Vệ sinh sau khi đi đại tiện tiện	Chùi	369	155(42,0)	1	138	55(39,9)	1
	Rửa	58	21(36,2)	0,86(0,60-1,23)	115	47(40,9)	1,02(0,76-1,38)
	Rửa-chùi	40	16(40,0)	0,64(0,64-1,41)	44	18(40,9)	1,0(0,65-1,51)
Bú mẹ	≥12 tháng	366	138(37,7)	1	208	91(43,8)	1
	<12 tháng	76	32(42,1)	1,2(0,72-2,01)	120	50(41,7)	0,89(0,56-1,42)
Nhai bón	Không	170	63(37,0)	1	214	80(37,4)	1
	Có	272	115(42,3)	1,3(0,72-1,65)	114	61(53,5)	2,0(1,76-2,32)

OR(95%CI)⁽²⁾ Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

(K: không, TT: thỉnh thoảng, TX: thường xuyên, LL: luôn luôn, C: có)

Ở trẻ em Tày không tìm thấy mối liên quan nào giữa tình trạng nhiễm *HP* của trẻ với những hành vi và thói quen sinh hoạt như ăn bốc, ăn chung, rửa tay trước ăn, thời gian bú mẹ khi các khác biệt về tỷ lệ nhiễm đều không có ý nghĩa thống kê. Với trẻ em Mường, có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm *HP* với các yếu tố: nhai bón (trẻ được nhai bón có nguy cơ nhiễm *HP* cao gấp đôi trẻ không được nhai bón (95%CI:1,76-2,32; tỷ lệ 53,5% so với 37,4%)); ăn bốc (trẻ luôn và thỉnh thoảng ăn bốc có nguy cơ lần lượt cao gấp 2,09 và 4,56 lần trẻ không có thói quen này (95%CI:1,12-3,9 và 95%CI:2,9-7); trẻ không rửa tay trước khi ăn có nguy cơ nhiễm *HP* cao hơn gấp 2,3 lần so với trẻ luôn luôn rửa tay trước ăn (95%CI:1,57-3,38).

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở người trưởng thành với thói quen ăn uống, vệ sinh

Hành vi sinh hoạt vệ sinh		Tày			Mường		
		N	HP(+) n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+) n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
Ăn bốc	K	327	169(51,7)	1	369	190(51,5)	1
	C	234	122(52,1)	1,05(0,86-1,19)	191	95(49,7)	0,97(0,68-1,45)
Ăn chung	K	247	130(52,6)	1	332	166(50,0)	1
	C	297	159(53,5)	1,01(0,86-1,29)	243	129(53,1)	1,13(0,71-1,33)
Rửa tay trước khi ăn	LL	32	11(34,4)	1	127	65(51,2)	1
	TX	366	197(53,8)	1,56(1,04-4,74)	118	79(43,6)	0,85(0,67-1,08)
	TT	109	51(46,8)	1,36(0,81-2,28)	56	15(26,8)	0,52(0,32-0,83)
	K	28	17(60,7)	1,76(1,0-3,1)	130	111(85,4)	1,6(1,38-2,0)
Rửa tay sau đi vệ sinh	C	143	64(44,8)	1	227	79(35)	1
	K	431	228(52,9)	1,18(0,96-1,44)	315	205(65,1)	1,86(1,53-2,26)
Vệ sinh sau khi đi đại tiện	Chùi	492	268(54,5)	1	326	169(51,8)	1
	Rửa	51	14(27,5)	0,50(0,32-0,79)	107	52(48,6)	0,93(0,75-1,17)
	Rửa-Chùi	12	4(30,8)	0,56(0,24-1,20)	73	36(49,3)	0,95(0,73-1,22)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

(K: không, TT: thỉnh thoảng, TX: thường xuyên, LL: luôn luôn, C: có)

Không tìm thấy bất kì mối liên quan nào giữa tình trạng nhiễm *HP* của đối tượng nghiên cứu với những hành vi và thói quen sinh hoạt được đưa vào nghiên cứu như ăn bốc, ăn chung, rửa tay trước khi ăn hay rửa tay sau khi đi vệ sinh ở dân tộc Tày. Đối với việc vệ sinh sau khi đi đại tiện, người có thói quen rửa có nguy cơ nhiễm *HP* thấp hơn bằng một nửa so với thói quen chùi (95%CI:0,32-0,79). Ở dân tộc Mường, có mối liên quan giữa hành vi rửa tay trước khi ăn và rửa tay sau khi đi vệ sinh với tỷ lệ nhiễm *HP* ở người trưởng thành (người không rửa tay có nguy cơ nhiễm lớn hơn gấp 1,6 và 1,86 lần so với người luôn luôn rửa tay trước khi ăn và có rửa tay sau khi đi vệ sinh (95%CI:1,38-2,0; 95%CI:1,53-2,26). Các thói quen ăn bốc, ăn chung hay cách vệ sinh sau khi đi đại tiện của người trưởng thành không có mối liên quan với tỷ lệ nhiễm *HP* ở dân tộc Mường.

3.2.5. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* với tình trạng vệ sinh môi trường

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em với tình trạng vệ sinh môi trường

Vệ sinh môi trường		Tày			Mường		
		N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
Nguồn nước	Máy/giếng	52	11(21,2)	1	75	25(33,3)	1
	Sông/ngòi	424	186(43,9)	2,07(1,21-3,54)	242	109(45)	1,35(0,95-1,91)
Nhà vệ sinh	Tốt	59	26(44,1)	1	177	76(42,9)	1
	Không	407	168(41,3)	0,9(0,51-1,57)	123	53(43,1)	0,99(0,62 -1,59)
Loại nhà	Nền lát	50	24(48,0)	1	106	47(44,8)	1
	Nền đất	94	51(54,3)	1,13 (0,80-1,59)	6	5(83,3)	1,87 (1,23-2,8)
	Nhà sàn	146	52(35,6)	0,74 (0,51-1,06)	1	1(100)	2,25 (1,82-2,79)
Nuôi lợn	Không	167	61(36,5)	1	145	55(37,9)	1
	Có	290	127(43,8)	1,19(0,94-1,52)	148	55(38,5)	1,01(0,75-1,35)
Nuôi chó	Không	142	62(43,7)	1	80	32(40,0)	1
	Có	317	127(40,0)	0,91(0,72-1,15)	214	81(37,9)	0,94(0,68-1,3)
Nuôi mèo	Không	166	71(42,7)	1	139	53(38,1)	1
	Có	293	118(40,3)	0,94(0,75-1,17)	155	60(38,7)	1,01(0,76-1,35)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Không có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm *HP* ở trẻ với tình trạng nuôi súc vật trong hộ gia đình hay điều kiện của nhà vệ sinh trên cả hai địa bàn nghiên cứu. Đối với mối liên quan với nguồn nước hộ gia đình đang sử dụng, hộ gia đình sử dụng nguồn nước bên ngoài như giếng đào chung, nước sông, nước suối thì trẻ có tỷ lệ nhiễm cao hơn hộ gia đình sử dụng nguồn nước máy hoặc nước giếng xây trong gia đình (43,9% so với 21,2% ở dân tộc Tày và 45% so với 33,3% ở dân tộc Mường). Tuy nhiên, khác biệt có ý nghĩa thống kê được tìm thấy ở cộng đồng người Tày với OR=2,07 (95%CI:1,21-3,54), còn với người Mường, khác biệt đó không có ý nghĩa thống kê. Ở dân tộc Mường có mối liên quan giữa loại nhà ở với tình trạng nhiễm *HP* của trẻ: trẻ ở trong nhà nền đất có nguy cơ nhiễm cao hơn gấp 1,87 lần so với trẻ ở nhà được lát nền (95%CI:1,23-2,8; tỷ lệ 83,3% so với 44,8%).

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở người trưởng thành với tình trạng vệ sinh môi trường

Vệ sinh môi trường		Tày			Mường		
		N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
Nguồn nước	Máy/giếng	75	23(30,7)	1	118	60(50,8)	1
	Sông/ngòi	516	281(54,5)	1,77(1,25-2,51)	424	224(52,8)	1,03(0,85-1,26)
Nhà vệ sinh	Tốt	104	61(58,7)	1	353	183(51,8)	1
	Không	476	238(50)	0,7(0,45-1,08)	180	95(52,8)	1,03(0,72-1,5)
Loại nhà	Nền lát	70	35(50)	1	186	103(55,4)	1
	Nền đất	107	62(57,9)	1,15(0,87-1,54)	7	6(85,7)	1,54(0,57-40,7)

	Nhà sàn	159	71(44,7)	0,89 (0,66-1,19)	4	2(50,0)	0,90 (0,33-2,42)
Nuôi lợn	Không	209	121(57,9)	1	212	108(50,9)	1
	Có	361	174(48,2)	0,83(0,71-0,97)	247	131(53,0)	0,97(0,82-1,1)
Nuôi chó	Không	144	76(52,8)	1	125	62(49,6)	1
	Có	428	220(51,4)	0,97(0,81-1,16)	339	180(53,1)	1,07(0,87-1,31)
Nuôi mèo	Không	169	80(47,3)	1	201	105(52,2)	1
	Có	403	216(53,6)	1,13(0,94-1,36)	260	135(51,9)	0,99(0,83-1,18)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Ở dân tộc Tày, có mối liên quan giữa nhiễm *HP* của người trưởng thành với nguồn nước sử dụng và việc nuôi lợn trong gia đình. Người sử dụng nguồn nước bên ngoài có nguy cơ nhiễm *HP* 1,77 lần so với người dùng máy hoặc nước giếng của hộ gia đình (95%CI:1,25-2,51, tỷ lệ 54,5% so với 30,7%). Hộ có nuôi lợn có nguy cơ nhiễm chỉ bằng 0,83 lần hộ không nuôi lợn (95%CI:0,71-0,97). Không tìm thấy mối liên quan giữa nhiễm *HP* ở người trưởng thành với tình trạng vệ sinh môi trường ở cộng đồng người Mường.

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em với điều kiện kinh tế - xã hội

Kinh tế-xã hội		Tày			Mường		
		N	HP(+) n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+) n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
Thu nhập bình quân	>1triệu	209	86 (41,1)	1	138	68 (49,3)	1
	≤1triệu	235	99 (42,1)	1,02(0,82-1,2)	151	57 (37,7)	0,62(0,39-0,99)
Nghề mẹ	Nông dân	268	120 (44,8)	1	107	42 (39,3)	1
	Khác	33	12 (36,4)	0,75(0,35-1,6)	189	78 (41,3)	1,14(0,69-1,86)
Nghề bố	Nông dân	225	82 (36,4)	1	112	51 (45,5)	1
	Khác	14	10 (71,4)	4,2(1,26-14)	175	57 (32,6)	0,59(0,36-0,98)
Học vấn mẹ	Hết THPT	61	26 (42,6)	1	186	63 (33,8)	1
	Dưới THPT	242	109 (45,0)	1(0,57-1,8)	142	78 (54,1)	2,61(1,61-4,31)
Học vấn bố	Hết THPT	51	17 (33,3)	1	135	56 (41,5)	1
	Dưới THPT	178	71 (39,9)	1,28(0,7-2,2)	148	47 (31,8)	0,65(0,40-1,07)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Với người Mường, trẻ sống trong gia đình có thu nhập thấp hơn có nguy cơ nhiễm *HP* thấp hơn với tỷ suất chênh OR=0,62 (95%CI:0,39-0,99; tỷ lệ 37,7% so với 49,3%), trong khi ở dân tộc Tày không thấy điều này. Tương tự, trình độ học vấn của mẹ là yếu tố bảo vệ trẻ chỉ được ghi nhận ở người Mường: trẻ có mẹ học chưa hết cấp 3 có nguy cơ nhiễm cao hơn 2,61 lần trẻ có mẹ học hết cấp 3 (95%CI:1,61-4,31; tỷ lệ 54,1% so với 33,8%). Trẻ em Mường có bố làm các nghề khác có nguy cơ

nhiễm *HP* thấp chỉ bằng 0,59 lần so với trẻ có bố là nông dân. Ngược lại, trẻ em Tày có bố làm nghề khác lại có nguy cơ nhiễm cao gấp 4,2 lần so với trẻ có bố là nông dân (95%CI:1,26-14; tỷ lệ 42,6% so với 71,4%). Không có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm *HP* của trẻ với trình độ học vấn của bố hay nghề nghiệp của mẹ trên cả hai địa bàn.

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở người trưởng thành với điều kiện kinh tế - xã hội

Kinh tế - xã hội		Tày			Mường		
		N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
Thu nhập bình quân	>1triệu	273	142(52,0)	1	227	131(57,7)	1
	≤1triệu	282	143(50,7)	0,97(0,82-1,14)	255	125(49,0)	0,84(0,71-1,0)
Nghề	Nông dân	356	126(35,4)	1	530	272(51,3)	1
	Khác	233	181(77,7)	0,94(0,8-1,09)	61	32(52,5)	1,01(0,79-1,31)
Học vấn	Hết THPT	239	119(49,8)	1	92	53(57,6)	1
	Dưới THPT	305	163(53,4)	1,07(0,91-1,26)	480	246(51,2)	0,89(0,73-1,08)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Đối với dân tộc Tày, không có mối liên quan giữa các yếu tố kinh tế - xã hội của hộ gia đình với nguy cơ nhiễm *HP* ở người trưởng thành. Trong khi đó ở dân tộc Mường có ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm *HP* của hộ nghèo-cận nghèo (thu nhập dưới 1triệu/tháng) và hộ có thu nhập cao hơn (trên 1 triệu/tháng). Theo đó người ở gia đình có thu nhập thấp hơn thì có nguy cơ nhiễm bằng 0,84 lần (95%CI:0,71-1,0; tỷ lệ 49% so với 57,7%).

Bảng 3.20. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em với điều kiện sống đông đúc

Kinh tế - xã hội		Tày			Mường		
		N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾
Diện tích nhà ở (m ² /người)	<20	143	54(37,8)	0,84(0,57-1,23)	127	51(40,2)	1,25(0,69-1,43)
	≥20	284	120(42,3)	1	148	67(45,3)	1
Số người trong hộ	>3	78	32(41,0)	0,98(0,71-1,31)	87	45(51,7)	1,36(1,04 -1,77)
	≤3	396	165(41,7)	1	224	85(37,9)	1
Ngủ chung	≤3	321	140(43,6)	1	177	67(37,9)	1
	>3	132	52(39,4)	0,9(0,7-1,15)	124	64(51,6)	1,36(1,05-1,75)
Sống tập thể (năm)	1-5	38	19(50,0)	1	145	61(42,1)	1
	>5	344	147(42,7)	0,83(0,41-1,64)	92	36(39,1)	0,91(0,53-1,56)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Ở người Mường, trẻ sống trong gia đình có từ 4 người trở lên có nguy cơ nhiễm *HP* cao hơn 1,36 lần so với trẻ sống trong gia đình có 2 hoặc 3 thành viên (95%CI:1,04-1,77; tỷ lệ 51,7% so với 37,9%). Không có mối liên quan giữa các điều kiện khác như diện tích nhà ở, số người ngủ chung và thời gian sống tập thể với tình trạng nhiễm của trẻ ở cả hai cộng đồng.

Bảng 3.21. Mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở người trưởng thành với điều kiện sống đông đúc

Kinh tế - xã hội	Tày			Mường			
	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ^(1) 2)	N	HP(+)n(%)	OR(95%CI) ⁽²⁾	
Diện tích nhà ở (m ² /người)	<20	262	123(46,9)	0,72(0,51-1,02)	217	123(56,7)	1,2(0,84-1,7)
	≥20	273	150(54,9)	1	273	142(52,0)	1
Số người trong hộ	≤3	449	233(51,9)	1	352	184(52,3)	1
	>3	142	71(50,0)	0,96(0,79-1,16)	184	97(52,7)	1,0(0,85-1,19)
Ngủ chung	≤3	431	132(30,6)	1	354	194(54,8)	1
	>3	123	62(50,4)	0,87(0,58-1,3)	167	74(44,3)	0,63(0,4-0,9)

OR(95%CI)⁽²⁾: Đã hiệu chỉnh theo tuổi và giới tính

Không có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm *HP* ở người trưởng thành với điều kiện sống đông đúc ở dân tộc Tày. Ở dân tộc Mường, có mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm với số người ngủ chung: người trong gia đình có từ 4 người ngủ chung trở lên có nguy cơ nhiễm chỉ bằng 0,63 lần người trong gia đình chỉ có 2 hoặc 3 người ngủ chung (95%CI:0,4-0,9; tỷ lệ 44,3% so với 54,8%).

3.3. Mối liên quan giữa kiểu gen HLA-DQB1 và tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori*

Bảng 3.22. Phân bố alen HLA-DQB1 ở trẻ em theo giới tính và tiền sử bệnh lý dạ dày - tá tràng của cha/mẹ trong gia đình

Đặc điểm	n	Tần suất alen HLA-DQB1*								
		0201	0301	0303	0401	0402	0403	0501	0601	0602
Giới tính										
Nam	37	5	7	2	2	1	4	34	6	6
Nữ	23	0	10	8	1	1	7	10	6	4
Tiền sử gia đình có cha/mẹ mắc bệnh lý dạ dày - tá tràng										
Có	13	2	5	1	1	1	1	4	1	1
Không	47	3	12	9	2	1	10	44	9	9

Tỷ lệ trẻ trai mang alen HLA-DQB1*0501 cao hơn trẻ em gái (91,9% so với 43,5%) trong khi HLA-DQB1 halotype 0301 và 0303 thấp hơn so với nhóm trẻ gái (18,9% và 5,4% so với 43,5% và 34,8%). Tần suất gặp alen HLA-DQB1 halotype 0301, 0303, 0403, 0501, 0601 và 0602 ở nhóm trẻ

trong gia đình có cha/mẹ mắc bệnh lý dạ dày-tá tràng thấp hơn hẳn so với nhóm không có tiền sử mắc bệnh. Tất cả các khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.23. Phân bố alen HLA-DQB1 ở trẻ em nhiễm và không nhiễm *Helicobacter pylori*

Alen HLA-DQB1	HP (+)N=30		HP (-)N=30		OR (95%CI)
	n	%	n	%	
0201	3	10,0	2	6,7	1,5(0,5-2,7)
0301	17	56,7	20	66,7	0,85(0,4-1,95)
0303	4	13,3	6	20,0	0,56(0,3-1,76)
0401	3	10,0	0	0	-
0402	2	6,7	0	0	-
0403	4	13,3	7	23,3	0,6(0,24-1,95)
0501	22	73,3	22	73,3	1
0601	5	16,7	7	23,3	0,67(0,33-2,93)
0602	4	13,3	6	20,0	0,56(0,3-1,76)

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần suất alen HLA-DQB1 halotype 0301 và 0501 giữa hai nhóm nhiễm và không nhiễm *HP*. Tần suất gặp alen HLA-DQB1 halotype 0401 và 0402 có xu hướng cao hơn ở nhóm có nhiễm *HP* trong khi tần suất gặp alen HLA-DQB1 halotype 0403, 0601 và 0602 lại thấp hơn ở nhóm nhiễm *HP*. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.24. Mối liên quan giữa các nhóm alen mã hoá kháng nguyên và alen đặc hiệu của HLA-DQB1 với tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em

Alen HLA-DQB1	HP(+)N=30		HP (-)N=30		OR (95%CI)
	n	%	n	%	
DQB1*05:01//DQB1*05:01	4	12,5	9	32	0,3(0,15-0,7)
DQB1*03:01//DQB1*03:01	3	9,4	4	14	0,87(0,3-1,65)
DQB1*03:01//DQB1*05:01	10	31,3	3	11	2,56(1,04-4,76)
DQB1*03:01//DQB1*04:03	1	3,1	0	0	-
DQB1*02:01//DQB1*05:01	2	6,3	0	0	-
DQB1*03:01//DQB1*06:01/02	1	3,3	5	16,7	0,4(0,14-1,95)
DQB1*03:01//DQB1*03:02	1	3,3	0	0	-
DQB1*05:01//DQB1*06:01/02	1	3,3	0	0	-
DQB1*03:03//DQB1*05:01	1	3,3	0	0	-
DQB1*02:01//DQB1*03:01	1	3,3	1	3,1	0,98(0,76-2,87)
DQB1*02:01//DQB1*03:03/04:03	0	0	2	7	-
DQB1*03:01//DQB1*03:03/04:03	0	0	1	3,3	-
DQB1*03:01/04:03//DQB1*06:01/02	0	0	2	6,7	-
DQB1*03:03//DQB1*04:01/03	2	6,7	0	0	-
DQB1*03:01//DQB1*04:01/02	1	3,1	0	0	-

DQB1*03:03/04:03//DQB1*05:01	0	0	1	3,3	-
DQB1*06:01//DQB1*06:02	1	3,3	1	3,3	0,98(0,76-2,87)
DQB1*03:03//DQB1*04:03	0	0	1	3,3	-
DQB1*04:001/02//DQB1*04:01/03	1	3,1	0	0	-

Tần suất gặp alen HLA-DQB1 halotype 0501/0501 và 0301/0501 chiếm tỷ lệ cao nhất (21,7%). Halotype 0301/0301 và 0301/0601/02 chiếm tỷ lệ lần lượt là 11,7% và 10%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần suất alen HLA-DQB1 halotype 0501/0501 và 0301/0501 giữa hai nhóm nhiễm và không nhiễm *HP*.

Chương 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nhiễm *HP* ở người Tày tại Lạng Sơn là 46,8% và người Mường tại Hoà Bình là 48,6%, tương đương với tỷ lệ nhiễm *HP* chung toàn cầu. Tuy nhiên, không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm *HP* giữa người Tày và người Mường. Kết quả này tương tự như nhiều nghiên cứu tại Việt Nam như của Nguyễn Thị Anh Xuân (2015) và Nguyễn Văn Bằng (2007).

Đối với trẻ em, kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm *HP* ở trẻ em Tày là 41,4%, Mường là 42,8%, cao hơn nhiều so với các nước phát triển như Mỹ, Nhật Bản. Đối với trẻ từ 6 tháng đến dưới 3 tuổi, tỷ lệ nhiễm trong nghiên cứu của chúng tôi ở trẻ em Tày, Mường lần lượt là 30,9% và 32,7%, cao hơn các nước phát triển như Úc và Thụy Sĩ.

Trong nhiều nghiên cứu, tuổi được đề cập đến như là một trong những yếu tố quyết định mức độ nhiễm *HP*. Tỷ lệ nhiễm có xu hướng tăng theo lứa tuổi ở cả dân tộc Tày ($p_{trend}=0,00023$ và Mường ($p=0,00154$). Không phát hiện khác biệt có ý nghĩa nào về tỷ lệ nhiễm *HP* theo giới tính trong nghiên cứu này.

Nhiễm *HP* ở trẻ bắt đầu từ rất sớm, tỷ lệ nhiễm cao ở trẻ từ 6 tháng - 3 tuổi và thay đổi theo xu hướng trẻ càng lớn tỷ lệ nhiễm càng cao. Hiện tượng tự thoái lui và tái nhiễm nhiều lần và đạt đến tỷ lệ 40-80% lúc 4-6 tuổi và tới 60-85% cuối niên thiếu (15 – dưới 18 tuổi).

Có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm ở trẻ em với nghề nghiệp của bố trên hai dân tộc; mối liên quan với thu nhập gia đình và học vấn mẹ chỉ thể hiện ở người Mường. Học vấn cao của mẹ là yếu tố bảo vệ trẻ chỉ được ghi nhận ở người Mường mà không thấy ở người Tày. Với người Tày, bố là nông dân thì con có tỷ lệ nhiễm thấp hơn. Ngược lại, bố Mường là nông dân lại là yếu tố nguy cơ của trẻ.

Chỉ ở cộng đồng Mường, đối tượng sống trong gia đình có điều kiện tốt hơn thì có nguy cơ nhiễm *HP* cao hơn so với đối tượng sống trong gia đình điều kiện kinh tế khó khăn, tương tự như kết quả của hai nghiên cứu khác trong nước.

Mối liên quan giữa tình trạng nhiễm *HP* của người trưởng thành với trình độ học vấn không được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Đối với trẻ em, một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam (của Nguyễn Văn Bằng, Nguyễn Thị Anh Xuân và của Lê Thọ) cho thấy trình độ học vấn thấp của

bố/mẹ cũng có xu hướng làm gia tăng tỷ lệ nhiễm *HP*. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kết quả tương tự.

Trong nghiên cứu này, nghề nghiệp của mẹ không liên quan đến tỷ lệ nhiễm của trẻ trên cả hai địa bàn trong khi mối liên quan với nghề của bố thì trái ngược. Nhiều nghiên cứu khác tại Việt Nam cho thấy không có mối liên quan giữa nghề của bố mẹ và tỷ lệ nhiễm của con như nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Xuân (2015) và của Lê Thọ.

Mối liên quan giữa nhiễm *HP* với các điều kiện vệ sinh môi trường cũng như tập quán sinh hoạt ăn uống chính là những bằng chứng gián tiếp của lý thuyết về các con đường lây truyền của vi khuẩn này như lây truyền miệng- miệng, phân-miệng hay dạ dày-miệng, cũng như khả năng tồn tại ổ chứa vi khuẩn ngoài môi trường. Chỉ đối với người Mường, rửa tay trước khi ăn là yếu tố bảo vệ trẻ em với nguy cơ lây nhiễm *HP* khi kết quả cho thấy trẻ có rửa tay trước ăn có nguy cơ nhiễm *HP* thấp hơn rất nhiều người không có thói quen này. Ở người Mường trưởng thành, nhóm có hành vi rửa tay trước ăn và rửa tay sau khi đi vệ sinh có nguy cơ nhiễm thấp hơn hẳn những người không có hành vi này. Nhiều nghiên cứu ở Việt Nam và thế giới cũng đã đề cập đến những yếu tố về thói quen vệ sinh như nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Xuân tại Điện Biên và Trà Vinh cũng cho kết quả tương đồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thói quen ăn uống của trẻ như ăn bốc và nhai bòn khi còn nhỏ cũng được phát hiện như là yếu tố nguy cơ lây nhiễm *HP*. Kết quả này phù hợp với những lập luận rằng liên quan giữa thói quen nhai bòn cho con trong thời thơ ấu là một phần bằng chứng cho giả thuyết lây truyền miệng- miệng.

Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan nào giữa thời gian bú mẹ và tỷ lệ nhiễm *HP* trên cả hai địa bàn. Kết quả này tương đồng với hầu hết các nghiên cứu mới đây tại Việt Nam như nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Xuân, Lê Thọ

Để đánh giá mối liên quan giữa điều kiện vệ sinh môi trường và tỷ lệ nhiễm *HP*, chúng tôi đã đưa các biến số như nguồn nước hộ gia đình đang sử dụng chính, tình trạng nhà vệ sinh, loại nhà đang ở và tình trạng nuôi súc vật trong hộ gia đình. Khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ được tìm thấy ở người Tày. Mối liên quan giữa nhiễm *HP* với các điều kiện vệ sinh môi trường cũng như tập quán sinh hoạt ăn uống chính là những bằng chứng gián tiếp về các con đường lây truyền của vi khuẩn này như lây truyền miệng-miệng, phân-miệng hay dạ dày-miệng, cũng như khả năng tồn tại ổ chứa vi khuẩn ngoài môi trường.

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan nào giữa tình trạng nhiễm *HP* và tình trạng nuôi súc vật trong hộ gia đình.

Điều kiện sống đông đúc chính là điều kiện thuận lợi cho sự lây truyền từ người sang người. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều kiện sống đông đúc gồm những biến số như diện tích nhà ở bình quân theo đầu người (số m²/người), quy mô hộ gia đình (số người/hộ), ngủ chung (số người/giường), thời gian bắt đầu sống tập thể. Kết quả cho thấy, đối với người trưởng thành không phát hiện thấy bất kỳ mối liên quan có ý nghĩa thống kê nào giữa diện tích nhà/người với nguy cơ nhiễm *HP*.

Kết quả cho thấy vai trò của người mẹ trong việc lây truyền *HP* ở con. Những nghiên cứu mới đây tại Việt Nam cũng chứng tỏ điều này.

Không có sự khác biệt giữa trẻ có tiền sử và không có tiền sử dùng kháng sinh cũng như các nghiên cứu trong nước của Nguyễn Thị Anh Xuân, Nguyễn Văn Bàng và Lê Thọ.

Mối liên quan giữa nhiễm *HP* ở trẻ và tình trạng bệnh tiêu hóa của bố mẹ cả hai địa bàn thể hiện ở tỷ lệ nhiễm *HP* ở trẻ có bố hay mẹ đang bị bệnh tiêu hóa thấp hơn trẻ có bố hoặc mẹ đang không bị các chứng bệnh này. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Văn Bàng, trẻ có tiền sử bệnh tiêu hóa có tỷ lệ nhiễm cao hơn có ý nghĩa thống kê khi so sánh với nhóm chứng.

Ở hai dân tộc được nghiên cứu, trẻ có tiền sử dị ứng có nguy cơ lây nhiễm *HP* cao hơn nhưng khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Lê Thọ. Tuy thế trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Bàng, trẻ có tiền sử dị ứng có tỷ lệ nhiễm cao hơn có ý nghĩa so với trẻ chưa từng dị ứng.

Mối liên quan giữa nhiễm *HP* với kiểu gen kháng nguyên bạch cầu người nhóm DQB1 (HLA-DQB1): Tần suất gặp alen HLA-DQB1 halotype 0301, 0303, 0403, 0501, 0601 và 0602 ở nhóm trẻ trong gia đình có cha/mẹ mắc bệnh lý dạ dày-tá tràng cao hơn so với nhóm không có tiền sử mắc bệnh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như ghi nhận của Wu, tần suất mang các alen HLA-DQB1 halotype 0601 và 0602 cao hơn ở những người trong gia đình có tiền sử mắc ung thư dạ dày-tá tràng.

Khi tìm hiểu mối tương quan giữa các alen HLA-DQB1 riêng rẽ với tình trạng nhiễm *HP* chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần suất alen HLA-DQB1 halotype 0301 và 0501 giữa hai nhóm có và không nhiễm *HP*.

Những ưu điểm và hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành lần đầu tiên trên hai cộng đồng người Tày và Mường ở địa điểm tập trung đông dân tộc này nhất. Việc điều tra, lấy mẫu máu được thực hiện ở các thành viên trong hộ gia đình. Kỹ thuật ELISA đã được chuẩn độ trên quần thể nghiên cứu là người Việt Nam cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Nghiên cứu cũng đã thực hiện kỹ thuật sinh học phân tử hiện đại để xác định kiểu gen HLA. Kết quả nghiên cứu đã bước đầu xác định kiểu hình, kiểu gen HLA nhưng chỉ dừng lại ở mức độ mô tả mà chưa làm rõ được mối liên quan giữa nhiễm *HP* với HLA lớp II. Chi phí cho một xét nghiệm bằng PCR là rất cao, kinh phí của đề tài còn hạn chế nên cỡ mẫu chưa đủ lớn và mới chỉ thực hiện trên đối tượng trẻ em mà chưa tiến hành được với người trưởng thành.

Nghiên cứu mới dừng lại ở việc thông báo kết quả xét nghiệm các trường hợp dương tính *HP* đến cán bộ y tế huyện mà chưa có điều kiện thực hiện các biện pháp can thiệp như tư vấn, giáo dục hành vi lối sống và hướng dẫn điều trị trong trường hợp cần thiết cho từng đối tượng.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm dịch tễ học nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ từ 6 tháng đến 18 tuổi và các thành viên trong gia đình của hai nhóm dân tộc Tày và Mường

Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* chung của người Tày là 46,8%. Trẻ em từ 6 tháng tới 18 tuổi có tỷ lệ nhiễm thấp hơn rõ rệt so với người trưởng thành (41,4% so với 49,2%; OR=0,66 (0,52-0,85)). Tỷ lệ nhiễm HP có xu hướng tăng theo tuổi ở cả trẻ em và người lớn (ptrend=0,000225). Tỷ lệ nhiễm ở nam cao hơn nữ, trẻ nam cao hơn trẻ nữ nhưng các khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* chung của người Mường là 48,6%. Trẻ em từ 6 tháng tới 18 tuổi có tỷ lệ nhiễm thấp hơn nhóm trên 18 tuổi (42,9% so với 51,2%; OR=0,68 (0,52-0,90)). Không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm HP giữa nam và nữ.

2. Các yếu tố liên quan tới lây nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em và các thành viên trong hộ gia đình của hai nhóm dân tộc Tày và Mường

Có mối liên quan thuận giữa nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em và các thành viên trong hộ gia đình gồm: tuổi, gia đình có người nhiễm HP, điều kiện vệ sinh – xã hội (nhà nền đất, nguồn nước sinh hoạt là nước sông/ngòi, thu nhập bình quân của gia đình trên 1 triệu/tháng), thực hành vệ sinh không tốt (nhai bón cho trẻ, không rửa tay trước khi ăn, sau khi đi vệ sinh).

3. Kiểu hình HLA-DQB1 và mối liên quan đến nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em từ 6 tháng đến 18 tuổi

- Đã xác định 19 kiểu hình HLA-DQB1 trong tổng số 60 mẫu huyết thanh được làm xét nghiệm (30 mẫu dương và 30 mẫu âm tính với HP).

- Alen HLA-DQB1*0501/0501 là yếu tố làm giảm nguy cơ nhiễm HP trong khi alen HLA-DQB1*0301/0501 làm tăng nguy cơ nhiễm HP ở trẻ.

KIẾN NGHỊ

1. Cần tổ chức truyền thông trong cộng đồng và hoạt động can thiệp làm giảm nguy cơ nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em và các thành viên trong hộ gia đình của dân tộc Tày và Mường như cải thiện điều kiện kinh tế - xã hội, nâng cao hiểu biết, tăng cường các thực hành vệ sinh trong sinh hoạt, ăn uống.
2. Tổ chức khám sàng lọc và điều trị cho người bị bệnh dạ dày có nhiễm *Helicobacter pylori* trong gia đình đặc biệt là bố, mẹ, anh/chị để tránh lây truyền bệnh.
3. Tiếp tục nghiên cứu thêm về kiểu hình HLA-DQB1 và mối liên quan đến nhiễm *Helicobacter pylori*.

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

1. Phan Thị Thanh Bình, Hoàng Minh Viêt, Nguyễn Thị Việt Hà, Vũ Sinh Nam (2017), "Đặc điểm dịch tễ học nhiễm *Helicobacter pylori* ở các thành viên trong gia đình dân tộc Mường tại huyện Kỳ Sơn, tỉnh Hoà Bình", *Tạp chí Y học dự phòng* 2(27), tr.60-66.
2. Nguyễn Thị Việt Hà, Phan Thị Thanh Bình, Vũ Sinh Nam (2017), "Tìm hiểu mối liên quan giữa kiểu gene và halotype của HLA-DQB1 với tình trạng nhiễm *H. pylori* ở trẻ em Việt Nam", *Tạp chí Y học thực hành* 5 (1043), tr.113-115.
3. Thi Viet Ha Nguyen, Van Bang Nguyen, Thi Thanh Binh Phan, Thi Thu Hoang Ha, Thi Lan Anh Le and Dac Cam Phung (2016), "Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection in Tay children in Vietnam", *Annals of Clinical and Laboratory Research* 4, 4(125), tr.1-9.
4. Thi Viet Ha Nguyen, Van Bang Nguyen, Thi Thanh Binh Phan, Thi Lan Anh Le, Thi Thu Hoang Ha, Dac Cam Phung (2017), "Prevalence and Risk factor of *Helicobacter pylori* infection in Muong children in Vietnam", *Annals of Clinical and Laboratory Research* 5, 1(159), tr.1-9.