

# TỶ LỆ NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN B VÀ KIẾN THỨC PHÒNG CHỐNG VIÊM GAN VI RÚT B TRONG CỘNG ĐỒNG DÂN CƯ MIỀN NÚI VÀ VEN BIỂN TỈNH QUẢNG BÌNH NĂM 2018

NGUYỄN ĐỨC CƯỜNG; ĐỖ QUỐC TIỆP; PHẠM MINH TUẤN

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Quảng Bình

## 1. Đặt vấn đề

Viêm gan vi rút B (VGVRB) là một vấn đề lớn mang tính chất toàn cầu của sức khỏe cộng đồng. Hiện nay, trên thế giới có khoảng 2 tỷ người, chiếm tới 30% dân số nhiễm vi rút viêm gan B (HBV), trong đó 350 triệu người có kháng nguyên bề mặt của siêu vi B (HbsAg) mạn tính, 3/4 trong số mắc là dân cư châu Á [7], [11]. Khoảng 25% số người nhiễm HBV mạn tính có thể tiến triển thành viêm gan mạn, xơ gan và ung thư gan nguyên phát (UTGNP) [5], [10], [13]. Ước tính có 1-2 triệu người chết mỗi năm do bệnh gan mạn tính, chủ yếu do biến chứng của xơ gan và ung thư gan [6], [8], [12], [14].

Việt Nam cũng có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B cao trên thế giới. Tỷ lệ mang VRVGB trong cộng đồng dân cư là 15-25% dân số Việt Nam tùy theo từng đối tượng. Hàng năm có khoảng 20.000 người mắc viêm gan và tỷ lệ tử vong từ 0,7 - 0,8% [3]. Hàng năm có khoảng 20.000 người mắc viêm gan và tỷ lệ tử vong từ 0,7 - 0,8% [9].

Các nghiên cứu trước đây về viêm gan vi rút nói chung và VGVRB nói riêng, trong đó có Quảng Bình chủ yếu nghiên cứu về tỷ lệ hiện mắc, tư vấn sức khỏe và vệ sinh phòng bệnh, chưa có giải pháp can thiệp bằng tiêm vắc xin tạo miễn dịch chủ động [1], [2], [4], trong khi cộng đồng đang yêu cầu triển khai các biện pháp phòng chống tích cực hơn.

Mặt khác, các nghiên cứu cũng chỉ tập trung ở khu vực trung tâm tỉnh lỵ, trại giam,... mà chưa mở rộng đến địa bàn miền núi, nông thôn ven biển, nơi tiếp cận các dịch vụ y tế còn nhiều khó khăn. Do vậy, việc tiến hành nghiên cứu nhiệm vụ KH&CN: “Xác định tỷ lệ hiện nhiễm vi rút viêm gan B và kiến thức phòng chống viêm gan vi rút B trong cộng đồng dân cư miền núi và ven biển tỉnh Quảng Bình năm 2018” là rất cần thiết.

Mục tiêu nghiên cứu của nhiệm vụ là xác định tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan ở người lớn 20-60 tuổi tại cộng đồng miền núi, ven biển tỉnh Quảng Bình năm 2018; Đánh giá kiến thức về dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B ở người lớn 20-60 tuổi tại cộng đồng miền núi, ven biển tỉnh Quảng Bình.

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là những người trong hộ gia đình có độ tuổi từ 20-60 tại 8 xã thuộc 4 huyện của tỉnh Quảng Bình theo vùng miền núi và ven biển; Thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2018 - 4/2019.

## 3. Kết quả nghiên cứu

### 3.1. Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B

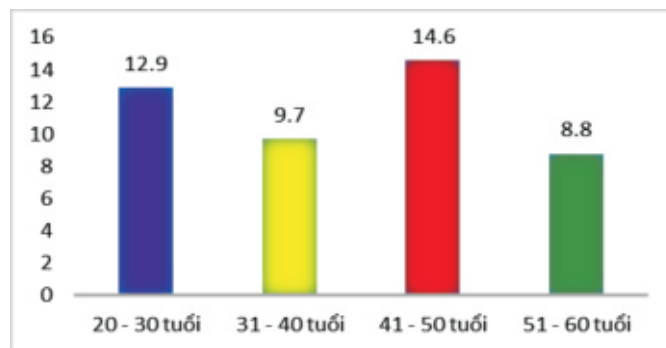
Tỷ lệ HBsAg (+) chiếm 11,3%. Các địa phương có tỷ lệ HBsAg (+) cao như xã Ngư Thủy Bắc (15,3%); xã Cảnh Dương và xã Trường Xuân (13,3%) tiếp đến là xã Ngư Thủy Trung (11,3%); xã Quảng Phú và xã Vạn Ninh (10,7%); thấp nhất là xã Hóa Tiến (8,7%) và xã Quy Hóa (6,7%).

Bảng 3.1: Tỷ lệ HBsAg (+) theo vùng địa lý

Khu vực	Số mẫu XN	HBsAg (+)		P
		SL	TL%	
Miền núi	600	59	9,8	0,043
Ven biển	600	76	12,7	
<b>Tổng</b>	<b>1200</b>	<b>135</b>	<b>11,3</b>	

Tỷ lệ HBsAg (+) tại các xã ở đồng bằng ven biển cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các xã ở miền núi với  $p < 0,05$ .

Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ HBsAg (+) theo tuổi



Tỷ lệ nhiễm HBsAg (+) cao nhất ở các nhóm tuổi 41-50 tuổi (14,6%); Thấp nhất là ở nhóm tuổi 51-60 (8,8%). Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 3.2: Tỷ lệ HBsAg (+) theo giới

Giới	Số mẫu XN	HBsAg (+)		P
		SL	TL %	
Nam	415	56	13,5	0,024
Nữ	785	79	10,1	
<b>Tổng</b>	<b>1.200</b>	<b>135</b>	<b>11,3</b>	

Tỷ lệ HBsAg (+) của nữ giới là 10,1% thấp hơn của nam giới là 13,5% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) với độ tin cậy 95%.

Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ HBsAg (+) theo nghề nghiệp



Tỷ lệ mang HBsAg cao nhất ở đối tượng công nhân, thợ thủ công (16,2%), doanh nghiệp, buôn bán (11,9%) và thấp nhất ở đối tượng công chức, viên chức (5,4%). Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg(+) giữa các nhóm nghề nghiệp tham gia nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 3.3: Tỷ lệ HBsAg (+) theo học vấn

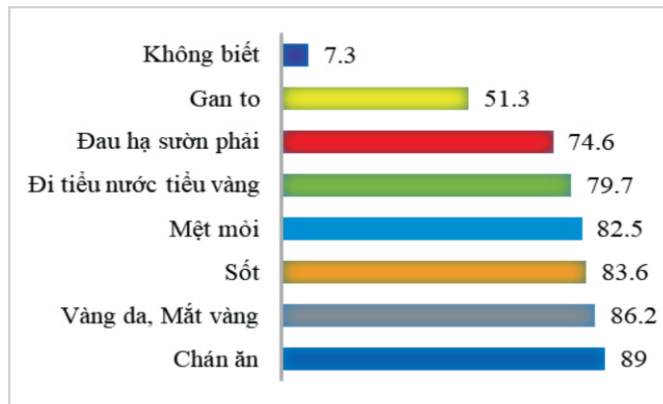
Học vấn	Mẫu XN	HBsAg (+)		p
		SL	%	
Cấp II trở xuống	833	105	12,6	0,028
Cấp III trở lên	367	30	8,2	
<b>Tổng</b>	<b>1.200</b>	<b>135</b>	<b>11,3</b>	

Tỷ lệ HBsAg (+) cao hơn ở đối tượng có trình độ học vấn cấp II trở xuống. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3.2. Kiến thức về bệnh viêm gan vi rút B**

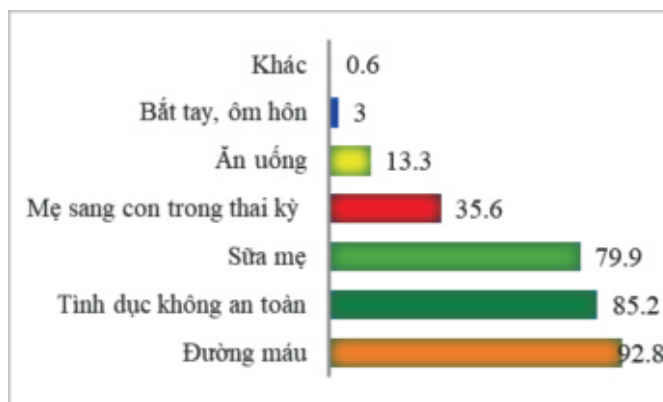
Trong tổng số 1200 ĐTNC được hỏi về bệnh VGVRB thì có 708 người có nghe nói về bệnh chiếm 59%, còn 41,0% số đối tượng là chưa biết về bệnh.

Biểu đồ 3.3: Kiến thức của ĐTNC về các dấu hiệu của bệnh viêm gan vi rút B (N = 708)



Trong 708 đối tượng đã từng nghe về bệnh VGVRB, biểu hiện chán ăn chiếm tỷ lệ cao nhất (89,0%), tiếp đến là các biểu hiện phổ biến khác như: vàng da, vàng mắt, sốt mệt mỏi.

Biểu đồ 3.4: Kiến thức của ĐTNC về đường lây truyền của bệnh viêm gan vi rút B (N = 708)



Chiếm tỷ lệ cao nhất có 92,8% biết đường lây truyền của bệnh là đường máu, tiếp đến là quan hệ tình dục không an toàn 85,2%. Mẹ sang con trong thai kỳ chỉ 35,6%. Tuy nhiên vẫn có nhiều đối tượng không biết hoặc trả lời sai về đường lây truyền của bệnh như qua sữa mẹ (79,9%), ăn uống (13,3%) và qua ôm hôn, bắt tay chiếm 3,0%.

Biểu đồ 3.5: Hiểu biết về các biện pháp phòng lây nhiễm viêm gan vi rút B (N = 708)



Trong 708 đối tượng được hỏi về khả năng phòng bệnh VGVRB thì chỉ có 94,6% người trả lời có thể phòng bệnh được. Trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là biện pháp không dùng chung bàn chải, bàn cạo râu, dụng cụ làm móng (89,0%), thấp nhất là biện pháp không tiêm chích ma túy 43,1%.

#### 4. Kết luận

##### 4.1. Tỷ lệ HBsAg (+)

Tỷ lệ HBsAg (+) tại các địa bàn nghiên cứu là 11,3%.

##### 4.2. Một số yếu tố liên quan tỷ lệ HBsAg (+)

- Tuổi: Các độ tuổi khác nhau có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B khác nhau. Tỷ lệ HbsAg (+) cao nhất ở nhóm 41-50 tuổi (14,6%) và thấp nhất ở nhóm 51-60 tuổi (8,8%) ( $p < 0,05$ ).

- Giới: Tỷ lệ HbsAg (+) nam giới là 13,5% cao hơn nữ giới 10,1% ( $p < 0,05$ ).

- Nghề nghiệp: Các đối tượng có nghề nghiệp khác nhau có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B khác nhau. Tỷ lệ HbsAg (+) cao nhất ở nhóm nghề công nhân, thợ thủ công 16,2% và thấp nhất ở nhóm nghề công chức, viên chức 5,4% ( $p < 0,05$ ).

- Trình độ học vấn: Các đối tượng có trình độ học vấn khác nhau thì có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B khác nhau. Tỷ lệ HBsAg (+) ở nhóm trình độ học vấn cấp II trở xuống là 12,6% cao hơn nhóm trình độ học vấn cấp III trở lên là 8,2% ( $p < 0,05$ ).

- Nơi sinh sống: Các đối tượng sinh sống trong các vùng sinh thái khác nhau có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B khác nhau. Vùng ven biển là 12,7% cao hơn vùng miền núi là 9,8% ( $p < 0,05$ ).

##### 4.3. Kiến thức về bệnh viêm gan vi rút B

- Tỷ lệ hiểu biết về các triệu chứng chính: Vàng da, vàng mắt là 86,2%, mệt mỏi là 82,5%, chán ăn là 89,0% và 7,3% không biết dấu hiệu nào của bệnh viêm gan vi rút B.

- Tỷ lệ người dân hiểu biết về biến chứng: Ung thư gan là 86,2%, xơ gan là 80,5%, viêm gan mạn là 25,2% và 4,8% không biết gì về biến chứng của bệnh viêm gan vi rút B.

- Tỷ lệ hiểu biết về đường lây truyền: Truyền máu là 92,8%, tình dục không an toàn là 85,2% và mẹ truyền sang con là 35,6%.

- Tỷ lệ hiểu biết về các biện pháp phòng lây nhiễm: Không tiêm chích ma túy là 43,1%; không dùng chung bơm kim tiêm là 72,2%; không dùng chung bàn chải răng, bàn cạo râu, dụng cụ làm móng là 89,0%; quan hệ tình dục an toàn là 87,2%; an toàn truyền máu là 76,6%; tiêm phòng vắc

xin là 72,1%.

### 5. Kiến nghị

- Tỷ lệ hiện nhiễm vi rút viêm gan B chiếm tỷ lệ tương đối cao ở dân cư khu vực miền núi và ven biển tỉnh Quảng Bình, trong đó dân cư ở khu vực ven biển có tỷ lệ nhiễm cao hơn. Vì tiêm chủng vắc xin viêm gan B là biện pháp hữu hiệu nhất để phòng bệnh nên cần các giải pháp làm tăng tỷ lệ tiêm chủng vắc xin viêm gan B ở khu vực này, nhất là ở trẻ dưới 24h và người lớn xét nghiệm chưa nhiễm vi rút viêm gan B.

- Kiến thức, thái độ và hành vi về bệnh viêm gan vi rút B và dự phòng lây nhiễm bệnh viêm gan vi rút B của cộng đồng dân cư có những tác động không nhỏ. Do đó cần tăng cường tuyên truyền giáo dục cho người dân về bệnh viêm gan vi rút B. Tuyên truyền vận động và giáo dục người dân ý thức tự bảo vệ bản thân và gia đình phát hiện tình trạng nhiễm bằng các xét nghiệm huyết thanh học và các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm.

- Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy cần tập trung vào truyền thông tích cực và truyền thông liên tục, nhất là tập trung vào hình thức lồng ghép vào các chương trình tại địa phương như hội họp, buổi nói chuyện... để bà con nhân dân tiếp xúc thường xuyên với thông tin y tế nói chung và phòng ngừa bệnh viêm gan vi rút B nói riêng ■

### Tài liệu tham khảo:

1. Phạm Văn Ánh (2005), *Nghiên cứu tình hình nhiễm vi rút viêm gan B trong dân cư xã Hải Dương, huyện Hương Trà, tỉnh Thừa Thiên Huế*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y khoa Huế.
2. Lê Văn Chiến (2005), *Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng dân cư xã Thủy Châu, huyện Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế*, Luận văn Bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y khoa Huế.
3. Viên Chinh Chiến, Đinh Sỹ Hiền và Cộng sự (2003), *Kết quả điều tra về tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở công nhân trong một số ngành nghề tại Nha Trang (1994-1996)*, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 1995-2001 Viện Pasteur Nha Trang, Nxb Y học, Hà Nội, tr.402-408.
4. Viên Chinh Chiến, Hoàng Thủy Nguyên và Nguyễn Thu Vân (2003), *Kết quả điều tra tỷ lệ nhiễm HBV trên nhóm sản phụ & nguy cơ lây nhiễm dọc tại Nha Trang (1994-1996)*, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 1995-2001 Viện Pasteur Nha Trang, Nxb Y học, Hà Nội, tr.24-30.
5. Chu Thị Thu Hà, Nguyễn Thu Vân và Lê Anh Tuấn (2007), *Kiến thức, thực hành về phòng chống viêm gan B ở phụ nữ có thai tại Hà Nội (2005-2006) và một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm HBsAg*, Tạp chí Y học dự phòng, tập XVII, số 1 (86), tr.33-38.
6. Nguyễn Thị Nga (1995), *Góp phần nghiên cứu tìm hiểu tỷ lệ mang HBsAg trên một số người, mối liên quan với an toàn truyền máu và ung thư gan*, Luận án PTS Khoa học Y Dược, Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Thị Tuyết Nga (1996), *Đánh giá đáp ứng miễn dịch của trẻ sơ sinh sau khi tiêm vắc xin viêm gan theo lịch tiêm khác nhau*, Luận án PTS khoa học Y Dược, Viện vệ sinh dịch tễ TW - Bộ Y tế.
8. Trịnh Thị Ngọc (2009), *Một số đặc điểm dịch tễ học của bệnh nhân nhiễm vi rút viêm gan tại Bệnh viện Bạch Mai*, Tạp chí Y học dự phòng, tập XIX, số 3 (102), tr.107-111.
9. Nguyễn Thị Kim Tiên và cộng sự (1998), *Khảo sát huyết thanh học về HIV, viêm gan B, giang mai, toxoplasmatreen thai phụ tại bệnh viện Từ Dũ Tp. Hồ Chí Minh*, Tạp chí Y học dự phòng, tập VIII, số 3 (37), tr.16-21.
10. Đỗ Quốc Tiệp và Trần Minh Hậu (2012), *Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B ở nhân viên y tế tại 3 bệnh viện tỉnh Quảng Bình năm 2012*, Tạp chí Y học dự phòng, tập XXIII, số 6 (142), 2013, tr.50-57.
11. Acemoglu H, Palanci Y và Set T (2011), *An intervention study for viral hepatitis. Peer-led health education among high school students*, Saudi Med J, 32 (2), 183-7.
12. David B và các cộng sự. (2003), *Hepatitis B infection in rural Vietnam and the Implication for a National program of infant immunization*, Am. J. Med Hy, 69 (3), pp 288-294.
13. Gregory j Dore và Van TT Nguyen, *Prevalenc and epidemiology of hepatitis B. School of Public Health community Medicine, The Universisty of South Wales kingsington, New South Wales*.
14. Takako Utsumi, Yoshihiko Yano và Maria Inge Lusida (2008), *Serologic and Molecur Characteristics of Hepatitis B Vi rút B among School Children in East Java, Indonesia*, [http:// www.ajtmh/ogr/content/83/1/189](http://www.ajtmh/ogr/content/83/1/189).