

TỈ LỆ NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN B TRONG CỘNG ĐỒNG TỈNH TIỀN GIANG NĂM 2015 VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Tạ Văn Trâm*, Trần Thanh Hải **

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ mang vi rút viêm gan B trong cộng đồng tỉnh Tiền Giang năm 2015 và các yếu tố nguy cơ.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B: tỷ lệ HBsAg (+) là 9%; tỷ lệ anti HBc (+) là 50,7%; tỷ lệ anti HBs (+) là 51,65%. Tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất ở độ tuổi 40 - 49 (27,3%) và thấp nhất ở độ tuổi 10 -14 (1,8%). Tỷ lệ antiHBc (+) tăng dần theo tuổi, từ 1,1% ở độ tuổi 10 - 14 đến 25,6% ở độ tuổi từ 60 trở lên. Các đối tượng có nghề nghiệp khác nhau có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B khác nhau. Tỷ lệ HBsAg (+) và antiHBc (+) cao nhất ở nông dân và thấp nhất ở công nhân. Các đối tượng sinh sống trong các vùng sinh thái khác nhau (thành phố, đồng bằng) có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B khác nhau, vùng thành phố có tỷ lệ nhiễm là 4,1% và vùng đồng bằng có tỷ lệ nhiễm 4,9%. Nhóm người có tiền sử phẫu thuật, chữa nhổ răng, tiêm chích và xẻ nốt khâu da có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm không có. Nhóm người dùng chung dao cạo trong gia đình, dùng chung dao cạo ở tiệm hớt tóc và các dịch vụ khác, dùng chung bàn chải đánh răng...với nhóm không dùng chung, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B không khác nhau. Nhóm đối tượng đã tiêm chủng đầy đủ 3 mũi vắc xin viêm gan B có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B thấp hơn so với nhóm chưa tiêm chủng đầy đủ.

Kết luận: Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B tại Tiền Giang là phù hợp với tình hình chung cả nước.

Từ khóa: Viêm gan B.

ABSTRACT

RATE OF HEPATITIS B VIRUS INFECTION IN THE COMMUNITY OF TIEN GIANG PROVINCE IN 2015 AND RISK FACTORS

Ta Van Tram, Tran Thanh Hai * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement of Vol. 20 - No 6 - 2016: 42 - 49

Objective: To determine the prevalence of hepatitis B virus carriers in community Tien Giang province in 2015 and the risk factors.

Methods: Cross-sectional descriptive study.

Results: The prevalence of hepatitis B virus: the ratio of HBsAg (+) is 9%; rate anti-HBc (+) is 50.7%; rate anti-HBs (+) is 51.65%. Percentage highest positive HBsAg aged 40-49 (27.3%) and lowest in the 10 -14 age group (1.8%). Percentage of positive anti-HBc increases with age, from 1.1% at age 10-14 to 25.6% at ages 60 and older. The objects have different career prevalence of hepatitis B virus different. Percentage of positive HBsAg and anti-HBc positive highest and lowest peasant workers. The subjects living in different ecological areas (city, plain) had higher rates of hepatitis B virus infection are different, the cities have infection rates of 4.1% and the delta ratio 4.9% infection. Group of people with a history of surgery, tooth extraction treatment, injections and split leather stitched boil difference statistically significant with no group. Groups who share razors in the family, share razors in barber shops and other services, sharing toothbrushes with no shared group, prevalence VRVGB no different. The target group were fully immunized 3 doses of hepatitis B vaccine prevalence of hepatitis B virus is lower than the group not fully vaccinated.

*Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang. **Trường Cao Đẳng Y Tế Tiền Giang

Tác giả liên lạc: CNĐD Trần Thanh Hải ĐT: 0917159314 Email: tavantram@gmail.com.

Conclusions: The prevalence of hepatitis B virus in Tien Giang is consistent with the general situation throughout the country.

Keywords: Hepatitis B.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm gan vi rút B là một trong những bệnh truyền nhiễm phổ biến nhất trên thế giới trong đó có Việt Nam. Hiện nay đã xác định được 6 vi rút viêm gan (vi rút A, B, C, D, E và G), trong đó viêm gan vi rút B nguy hiểm nhất, dễ dẫn đến xơ gan, ung thư gan sau này.

Những biến chứng cấp và mạn tính của vi rút viêm gan B là một vấn đề sức khỏe lớn cho toàn cầu. Theo số liệu Tổ chức Y tế thế giới công bố, hiện nay có khoảng có khoảng 2 tỷ người bị nhiễm vi rút viêm gan B và trong đó có khoảng 360- 400 triệu người nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính. Hàng năm trên thế giới có khoảng 10-30 triệu người nhiễm vi rút viêm gan B và 2 triệu người nhiễm vi rút viêm gan B mạn tử vong do hai biến chứng nguy hiểm là xơ gan và ung thư gan nguyên phát, như vậy, có 2800 người chết/ngày, 115 người chết/giờ. Nguy cơ bị ung thư gan ở người bị nhiễm vi rút viêm gan B cao gấp 100 lần so với người không bị nhiễm vi rút viêm gan B và trong số những người bị ung thư gan có đến 85% người có nhiễm vi rút viêm gan B^(3,5). Trong cộng đồng khoảng 15% dân số bị nhiễm viêm gan B, khả năng trẻ em và người lớn phơi nhiễm như nhau. Tại Việt Nam, tỉ lệ viêm gan B trong cộng đồng cao từ 10-20%, và là một trong những nước có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B cao nhất thế giới^(5,7,8), 90% trường hợp nhiễm viêm gan B tuổi trưởng thành sẽ hồi phục hoàn toàn, chỉ có một tỷ lệ nhỏ 10% chuyển thành viêm gan mạn tính và 25% sẽ tử vong do các biến chứng sau này. Tại thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội tỷ lệ nhiễm viêm gan B 10% và 14%, tỷ lệ dương tính kháng thể kháng nguyên bề mặt vi rút viêm gan B: antiHBs (+) 59% và 50%.

Do tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B ngày càng gia tăng cùng với những hậu quả nặng nề

của nó gây ra, nên sự ảnh hưởng của nhiễm vi rút viêm gan B không chỉ ở mỗi cá nhân mà nó còn ảnh hưởng đến gia đình và cộng đồng. Tuy nhiên cho đến nay ở Tiền Giang chưa thấy có công trình vừa nghiên cứu về tình hình nhiễm vi rút viêm gan B ở tất cả các vùng sinh thái.

Mục tiêu nghiên cứu

Xác định tỉ lệ mang vi rút viêm gan B, bệnh viêm gan vi rút B mạn trong cộng đồng tỉnh Tiền Giang năm 2015.

Xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Người từ 10 tuổi trở lên.

Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 4 xã phường thuộc 2 vùng sinh thái của tỉnh Tiền Giang.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 7/2014 đến tháng 07/2015.

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu

Sử dụng công thức.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p(1-p)}{d^2(N-1) + Z^2 \times p(1-p)}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết; N: cỡ quần thể: dân số tỉnh Tiền Giang năm 2013 là 1.700.576 người

α : mức ý nghĩa thống kê; chọn $\alpha = 0,05$ nên $Z_{\alpha/2} = 1,96$ (từ bảng Z); p: tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B dự đoán: Dự đoán tỷ lệ HBsAg (+) là 10%. Dự đoán tỷ lệ anti HBc (+) là 60%. d: mức chính xác mong muốn (sai số chọn): chấp nhận $d = 0,025$;

Và tính được:

Cỡ mẫu tối thiểu để tìm tỷ lệ HBsAg (+) là:

$n_1 = 450$;

Cỡ mẫu tối thiểu để tìm tỷ lệ anti HBc (+) là:

$n_2 = 850$;

$n_2 > n_1$ nên sử dụng n_2 cho nghiên cứu tìm đồng thời 2 tỷ lệ;

Vì sử dụng mẫu 2 giai đoạn nên cỡ mẫu hợp lý phải gấp 1,5-2 lần cỡ mẫu được tính: $850 \times 1,5 = 1200$.

Phương pháp chọn mẫu

Dùng mẫu tầng 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1 (chọn xã phường) tỉnh Tiền Giang có 173 đơn vị (144 xã, 22 phường, 07 thị trấn) thuộc 2 vùng sinh thái (thành phố, đồng bằng). Dùng phương pháp ngẫu nhiên đơn chọn mỗi vùng sinh thái 2 xã phường: được 4 xã phường.

Giai đoạn 2 (chọn đối tượng nghiên cứu): dùng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống để chọn ra n đối tượng từ khung mẫu là danh sách tất cả những người từ 10 tuổi trở lên của 4 xã phường đã được chọn ở giai đoạn 1 bằng cách:

Lập danh sách tất cả người từ 10 tuổi trở lên của 4 xã phường nghiên cứu. Sau đó xác định khoảng cách mẫu k theo công thức: $k = N/n$

Trong đó: N: tổng số người từ 10 tuổi trở lên của 4 xã phường nghiên cứu. n: số người từ 10 tuổi trở lên cần có trong mẫu nghiên cứu.

Tiến hành chọn trên bảng số ngẫu nhiên một số X nhỏ hơn k và cũng là đối tượng đầu tiên

Các yếu tố liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B

Liên quan giữa đặc điểm dịch tễ học với tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Bảng 4. Tỷ lệ HBsAg (+) theo tuổi

Đặc điểm	HBsAg n(%)				anti HBc n(%)				
	(-)	(+)	Tổng	p	(-)	(+)	Tổng	p	
Nhóm tuổi	10 - 14	59(5,3)	2(1,8)	61(5,0)	0,26	54(9,0)	7(1,1)	61(5,0)	0,001
	15 - 19	62(5,6)	10(9,1)	72(5,9)		54(9,0)	18(2,9)	72(5,9)	
	20 - 29	110(9,9)	9(8,2)	119(9,7)		91(15,1)	28(4,5)	119(9,7)	
	30 - 39	171(15,4)	19(17,3)	190(15,5)		116(19,2)	74(11,9)	190(15,5)	
	40 - 49	237(21,3)	30(27,3)	267(21,8)		108(8,8)	159(13,0)	267(21,8)	
	50 - 59	255(22,9)	22(20,0)	277(22,6)		101(16,7)	176(28,3)	277(22,6)	
	≥ 60	220(19,7)	18(16,4)	238(19,4)	79(13,1)	159(25,6)	238(19,4)		
Giới	Nam	424(38,1)	49(44,5)	473(38,6)	0,18	237(39,3)	236(38,0)	473(38,6)	0,64
	Nữ	690(61,9)	61(55,5)	751(61,4)		366(60,7)	385(62,0)	751(61,4)	
Nghề	Nội trợ	238(21,4)	20(18,2)	258(21,1)	0,85	105(17,4)	153(24,6)	258(21,1)	0,001

được chọn vào mẫu. Trên cơ sở danh sách người từ 10 tuổi trở lên của 4 xã phường được lập theo thứ tự, chọn người có các số thứ tự lần lượt là: X; X + k; X + 2k; X + 3k... cho đến khi đủ số lượng cần chọn vào mẫu nghiên cứu.

Lập danh sách những người được chọn, có kế hoạch cụ thể để tổ chức lấy mẫu máu và phỏng vấn theo phiếu điều tra.

Phân tích số liệu

Phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B.

Tỷ lệ HBsAg dương tính

Bảng 1. Tỷ lệ HBsAg (+)

Cỡ mẫu	HBsAg (+)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)
1224	110	9,0

Tỷ lệ anti HBc dương tính

Bảng 2. Tỷ lệ anti HBc (+)

Cỡ mẫu	anti HBc (+)	
	n	Tỷ lệ (%)
1224	621	50,7

Tỷ lệ anti HBs dương tính

Bảng 3. Tỷ lệ anti HBs (+)

Cỡ mẫu	anti HBs (+)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)
1224	631	51,6

Đặc điểm	HBsAg n(%)				anti HbC n(%)				
	(-)	(+)	Tổng	p	(-)	(+)	Tổng	p	
nghề nghiệp	Nông dân	269(24,1)	33(30,0)	302(24,7)	0,19	144(23,9)	158(25,4)	302(24,7)	0,001
	Buôn bán	134(12,0)	12(10,9)	146(11,9)		60(10,0)	86(13,8)	146(11,9)	
	Công nhân	67(6,0)	7(6,4)	74(6,0)		37(6,1)	37(6,0)	74(6,0)	
	HSSV	119(10,7)	12(10,9)	131(10,7)		110(18,2)	21(3,4)	131(10,7)	
	CB.CNV	157(14,1)	16(14,5)	173(14,1)		93(15,4)	80(12,9)	173(14,1)	
	Khác	130(11,7)	10(9,1)	140(11,4)		54(9,0)	86(13,8)	140(11,4)	
Vùng sinh thái	Xã	536(48,1)	60(54,5)	596(48,7)	0,19	328(54,4)	268(43,2)	596(48,7)	0,001
	Phường	578(51,9)	50(45,5)	628(51,3)		275(45,6)	353(56,8)	628(51,3)	

Liên quan giữa tiền sử can thiệp y tế với tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Bảng 5. Liên quan giữa tiền sử can thiệp y tế với tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Đặc điểm	HBsAg n(%)				anti HbC n(%)				
	(-)	(+)	Tổng	p	(-)	(+)	Tổng	p	
Truyền máu	Có	111(10,0)	9(8,2)	120(9,8)	0,549	52(8,6)	68(11,0)	120(9,8)	0,171
	Không	1003(90,0)	101(91,8)	1104(90,2)		551(91,4)	553(89,0)	1104(90,2)	
Phẫu thuật	Có	314(18,2)	22(20,0)	336(27,5)	0,066	132(21,9)	204(32,9)	336(27,5)	0,001
	Không	800(71,8)	88(80,0)	888(72,5)		471(38,5)	417(67,1)	888(72,5)	
Chữa và nhổ răng	Có	811(72,8)	73(66,4)	884(72,2)	0,150	417(69,2)	467(75,2)	884(72,2)	0,018
	Không	303(27,2)	37(33,6)	340(27,8)		186(30,8)	154(24,8)	340(27,8)	
Tiêm chích	Có	813(73,0)	74(67,3)	887(72,5)	0,201	422(70,0)	465(74,9)	887(72,5)	0,055
	Không	301(27,0)	36(32,7)	337(27,5)		181(30,0)	156(25,1)	337(27,5)	
Xê nhọt, khâu da	Có	339(30,4)	25(22,7)	364(29,7)	0,092	154(25,5)	210(33,8)	364(29,7)	0,002
	Không	775(69,6)	85(77,3)	860(70,3)		449(74,5)	411(66,2)	860(70,3)	

Liên quan giữa thói quen và hành vi nguy cơ với tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Bảng 6. Liên quan giữa thói quen và hành vi nguy cơ với tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Đặc điểm	HBsAg n(%)				anti HbC n(%)				
	(-)	(+)	Tổng	p	(-)	(+)	Tổng	p	
Dùng chung dao cạo	Có	60(5,4)	5(4,5)	65(5,3)	0,708	39(6,5)	26(4,2)	65(5,3)	0,075
	Không	1054(94,6)	105(95,5)	1159 (94,7)		564(93,5)	595(95,8)	1159(94,7)	
Dùng chung bàn chải răng	Có	51(4,6)	9(8,2)	60(4,9)	0,095	28(4,6)	32(5,2)	60(4,9)	0,68
	Không	1063(95,4)	101(91,8)	1164 (95,1)		575(95,4)	589(94,8)	1164(95,1)	
Dùng chung dụng cụ/ làm móng tay chân	Có	338(30,3)	41(37,3)	379(31,0)	0,134	188(31,2)	191(30,8)	379(31,0)	0,874
	Không	776(69,7)	69(62,7)	845(69,0)		415(68,8)	430(69,2)	845(69,0)	
Xăm da	Có	100(9,0)	8(7,3)	108(8,8)	0,548	47(7,8)	61(9,8)	108(8,8)	0,211
	Không	1014(91,0)	102(92,7)	1116 (91,2)		556(92,2)	560(90,2)	1116(91,2)	
Dùng chung kim tiêm	Có	67(6,0)	6(5,5)	73(6,0)	0,813	29(4,8)	44(7,1)	73(6,0)	0,093
	Không	1047(94,0)	104(94,5)	1151 (94,0)		574(95,2)	577(92,9)	1151(94,0)	

Liên quan giữa tiêm vaccin ngừa viêm gan B với tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Bảng 7: Liên quan giữa tiêm vaccin ngừa viêm gan B với tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B

Đặc điểm	HBsAg n(%)				anti HbC n(%)				
	(-)	(+)	Tổng	p	(-)	(+)	Tổng	p	
Tiêm chủng VGB (đủ 3 mũi)	Có	208(18,7)	14(12,7)	222(18,1)	0,123	127(21,1)	95(15,3)	222(18,1)	0,009
	Không	906(81,3)	96(7,8)	1002(81,9)		476(78,9)	526(84,7)	1002(81,9)	

BÀN LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu 1224 người dân từ 10 tuổi trở lên, sống ở 4 xã, phường thuộc địa bàn tỉnh Tiền Giang, chúng tôi thu được kết

quả như sau:

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B

Tỷ lệ HBsAg dương tính

Kết quả cho thấy tỷ lệ HBsAg (+) là 9%. So

sánh với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước như sau: Tác giả Ngô Viết Lộc^(6,7) nghiên cứu 2.525 người dân từ 6 tuổi trở lên, sống ở 8 xã, phường thuộc địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế, được chọn ngẫu nhiên theo 4 vùng sinh thái gồm vùng đồi núi, vùng ven biển, vùng đồng bằng và thành phố. Tỷ lệ chọn đối tượng nghiên cứu dựa theo niên giám thống kê tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2006 về tổng số dân và phân bố vùng sinh thái, cho thấy tỷ lệ HBsAg (+) là 16,36%. Cao Ngọc Nga⁽¹⁾ nghiên cứu nhiễm vi rút viêm gan B ở người đi chùng ngừa tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2001-2002, cho kết quả là tỷ lệ HBsAg(+) là 16,1% trên tổng số 1.841 người được nghiên cứu và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ. Nếu sử dụng chỉ điểm HBsAg (+) và antiHBs (+) để đánh giá tình hình nhiễm vi rút viêm gan B thì kết quả nghiên cứu của các tác giả này dao động trong khoảng 60-64%. Với các kết quả nghiên cứu trên cho thấy tỷ lệ HBsAg (+) ở người dân thành phố Hồ Chí Minh và Thừa Thiên Huế tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ anti HBc dương tính

Kết quả thấy tỷ lệ antiHBc (+) chiếm 50,7%. So sánh với kết quả của Ngô Viết Lộc⁽⁶⁾ cho thấy tỷ lệ antiHBc (+) chiếm 69,50%, của Trần Thị Minh Diễm⁽¹¹⁾ tại tỉnh Thừa Thiên Huế thì tỷ lệ anti HBc (+) chiếm tỷ lệ 74,34% cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Đối tượng nghiên cứu của Ngô Viết Lộc là từ 6 tuổi trở lên còn của Trần Thị Minh Diễm là người ≥ 15 tuổi, trong khi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là từ 10 tuổi và kết quả cũng cho thấy tỷ lệ anti HBc (+) cứ tăng dần theo tuổi. Trong các đề tài trong nước nghiên cứu dịch tễ học về nhiễm vi rút viêm gan B, các tác giả thường sử dụng kết hợp dấu ấn huyết thanh HBsAg và antiHBs. Để đánh giá tình hình nhiễm vi rút viêm gan B có thể sử dụng tổng số của hai loại dấu ấn trên. Tuy nhiên, tổng của hai loại dấu ấn này thường thấp hơn số liệu antiHBc do có khoảng trống huyết thanh xảy ra khi nồng độ HBsAg đã xuống thấp dưới

ngưỡng phát hiện, trong khi anti HBs chưa phát hiện được trong máu.

Tỷ lệ anti HBs dương tính: Kết quả cho thấy tỷ lệ anti HBs (+) của mẫu nghiên cứu là 51,6%. So sánh với kết quả của Ngô Viết Lộc⁽⁵⁾ tỷ lệ anti HBs (+) của mẫu nghiên cứu là 31,09%, theo Đường Công Lự⁽³⁾ nghiên cứu tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B trên 220 người bình thường ở Hà Tĩnh với xét nghiệm anti HBs (+) là 31,36. Như vậy kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả với hai tác giả trên.

Các yếu tố liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B

Tuổi

Đối với nhiễm vi rút viêm gan B với HBsAg (+): kết quả cho thấy tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất ở nhóm tuổi 40-49 (27,3%) và 50-59 (20,1%), kể đến là nhóm tuổi 30-39 là 17,3%. Như vậy trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi với 1224 đối tượng ≥10 tuổi thì tỷ lệ HBsAg (+) cao nằm trong lứa tuổi từ 30-59 tuổi. Tỷ lệ HBsAg (+) từ 30-59 tuổi chiếm đến 74,7%. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu của Ngô Viết Lộc, Trần Thị Minh Diễm, Phạm Hoàng Phiệt, Hoàng Thùy Long⁽⁴⁾ vì hầu hết tỷ lệ HBsAg (+) thường cao ở nhóm tuổi này. Các tác giả giải thích do lứa tuổi 30-59 có mật độ cao trong tháp dân số và có quan hệ xã hội rộng rãi làm cho nguy cơ lây nhiễm cao hơn, nhất là khi có vợ hoặc chồng đã mang HBsAg. Tỷ lệ cao này cũng có thể giải thích do sự cộng dồn của tỷ lệ HBsAg(+) trong khi giáng hóa của HBsAg hoặc khả năng trung hòa của anti HBs theo thời gian chưa hình thành.

Đối với nhiễm vi rút viêm gan B với anti HBc (+): kết quả cho thấy tỷ lệ anti HBc (+) cứ tăng dần theo nhóm tuổi. Tỷ lệ thấp nhất là ở nhóm tuổi từ 10-14 tuổi, tiếp theo là nhóm từ 15-19 tuổi thì tỷ lệ tăng càng cao và tăng dần cho đến nhóm tuổi ≥60. Trần Thị Minh Diễm và ⁽¹¹⁾ nghiên cứu tại Thừa Thiên Huế cũng cho kết quả tỷ lệ anti HBc (+) là 74,34%; kết quả này cho thấy việc tiêm chủng vắc xin viêm gan B ở những người cao tuổi cần thiết phải định

lượng anti HBs trước khi tiêm chủng vì đa số đã nhiễm vi rút viêm gan B. Hoàng Thùy Long⁽⁴⁾ nghiên cứu tại 2 xã thuộc tỉnh Thanh Hóa, nhóm tuổi 25-40 có tỷ lệ anti HBc (+) là 79,2% cao hơn với kết quả của chúng tôi.

Giới

Đối với nhiễm vi rút viêm gan B với HBsAg (+): kết quả cho thấy tỷ lệ HBsAg (+) ở nam là 4% và ở nữ là 5%. Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này khác kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Linh, Trần Thị Minh Diễm và ⁽¹¹⁾ với 1.478 người từ 3-70 tuổi tại tỉnh Thừa Thiên Huế, có tỷ lệ HBsAg (+) là 16,8% trong đó nam giới chiếm 10,4% và nữ chiếm 6,4% (tỷ lệ ở nam giới gấp 1,6 lần nữ). Kết quả của chúng tôi cũng khác kết quả nghiên cứu của Hà Thị Minh Thi và cộng sự tại Trung tâm Nghiên cứu Y học lâm sàng, nghiên cứu 150 người HBsAg (+) thì tỷ lệ HBsAg (+) của nam cao hơn nữ 1,4 lần.

Đối với nhiễm vi rút viêm gan B với anti HBc (+): Tỷ lệ anti HBc (+) ở nam là 19,3% và ở nữ là 31,5%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,640$. Kết quả nghiên cứu của Ngô Viết Lộc^(6,7), cho thấy tỷ lệ anti HBc (+) ở nam là 73,52% và ở nữ là 65,89%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Hoàng Thùy Long⁽⁴⁾ nghiên cứu ở Thanh Hóa thì tỷ lệ người đã nhiễm và đang nhiễm vi rút viêm gan B là 49,5% trong đó nam là 56,4% và nữ là 38,3%.

Nghề nghiệp

Đối với nhiễm vi rút viêm gan B với HBsAg (+): kết quả cho thấy theo phân nhóm nghề nghiệp thì tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất là nông dân 30%; tiếp đến là nội trợ 18,2%; cán bộ công chức 14,5% và nhóm có tỷ lệ HBsAg (+) thấp nhất là công nhân 6,4%. So với kết quả của Ngô Viết Lộc^(5,6), cho thấy theo phân nhóm nghề nghiệp thì tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất là nông dân 19,95%; tiếp đến là công nhân 16,67%; buôn bán 16,11%; cán bộ công chức 14,71% và nhóm có tỷ lệ HBsAg (+) thấp nhất là học sinh sinh viên 13,08%. Theo nghiên cứu

của Viện Dịch tễ về tỷ lệ HBsAg(+) trên quần thể dân cư tại Nha Trang⁽⁸⁾ thì tỷ lệ cao nhất là nhóm làm ruộng và nhóm có tỷ lệ HBsAg (+) thấp nhất là cán bộ và không có nhóm học sinh sinh viên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nếu không tính nhóm học sinh sinh viên thì tỷ lệ HBsAg (+) thấp nhất cũng là nhóm cán bộ công chức.

Đối với nhiễm vi rút viêm gan B với anti HBc (+): theo kết quả cho thấy nhóm nghề có tỷ lệ anti HBc (+) cao nhất là nông dân chiếm 25,4%; sau đó buôn bán 13,8%; cán bộ công chức 12,8% và nhóm có tỷ lệ anti HBc (+) thấp nhất là học sinh sinh viên (3,4%). Qua kết quả này chúng tôi nhận thấy về mặt dịch tễ học, tỷ lệ antiHBc (+) giữa các nhóm nghề có liên quan đến sự hiểu biết về đường lây nhiễm vi rút viêm gan B. Theo chúng tôi, nhóm nghề ít hiểu biết về đường lây nhiễm vi rút viêm gan B là nhóm nông dân, buôn bán và công nhân nên có tỷ lệ antiHBc (+) cao nhất.

Nơi sinh sống

Đối với nhiễm vi rút viêm gan B với HBsAg (+): kết quả cho thấy trong 2 vùng sinh thái thì vùng thành thị có tỷ lệ HBsAg (+) chiếm 45,5%; vùng nông thôn là 54,4%. Kết quả của Ngô Viết Lộc⁽⁵⁾ trên 2.525 người chọn ngẫu nhiên ở các vùng sinh thái khác nhau của tỉnh Thừa Thiên Huế cho thấy trong 4 vùng sinh thái thì vùng ven biển có tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất chiếm 20,15%; tiếp đến là vùng đồi núi 16,90%, vùng đồng bằng 16,14% và sau cùng là thành phố Huế chiếm 14,07%.

Đối với nhiễm vi rút viêm gan B với anti HBc (+): Tỷ lệ anti HBc (+) cao là ở các người dân vùng thành thị chiếm 56,8%; vùng nông thôn chiếm 43,2%

Kết quả của Ngô Viết Lộc⁽⁶⁾ trên 2.525 người chọn ngẫu nhiên ở các vùng sinh thái khác nhau của tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2009 cho thấy tỷ lệ antiHBc (+) cao nhất là ở các người dân vùng ven biển chiếm 73,69%; tiếp đến là vùng đồi núi chiếm 70,78% vùng

đồng bằng là 70,45% và thấp nhất là thành phố (Huế) có tỷ lệ anti HBc (+) chiếm 65,53%. Các kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu về tỷ lệ HBsAg (+) trong nghiên cứu; tức vùng có tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất là vùng ven biển, tiếp đến là vùng đồi núi, vùng đồng bằng và thấp nhất là thành phố.

Tiền sử can thiệp y tế

Kết quả cho thấy trong các yếu tố tiền sử can thiệp y tế liên quan đến nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B giữa hai nhóm người nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B và nhóm không nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B thì phẫu thuật, chữa nhổ răng, tiêm chích và xé nốt khâu da có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (với $p < 0,05$). Yếu tố truyền máu không có sự liên quan đến nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B. Kết quả nghiên cứu của Ngô Viết Lộc^(6,7) cho thấy trong các yếu tố tiền sử can thiệp y tế liên quan đến nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B giữa hai nhóm người nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B và nhóm không nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B thì chích lễ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (với $p < 0,05$). Yếu tố truyền máu, phẫu thuật, chữa nhổ răng, tiêm chích và xé nốt khâu da không có sự liên quan đến nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B. Người dân thường dùng các mảnh chai vỡ bóng đèn để chích lễ, người chích lễ thường không mang găng tay nên khi chích cho người khác dễ có nguy cơ gây nhiễm bệnh qua đường máu.

Thói quen và hành vi nguy cơ

Có đến 40 – 50% trường hợp nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B nhưng không có yếu tố nguy cơ rõ ràng. Sự tiếp xúc thường xuyên với những người bị nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B trong gia đình, cộng đồng, việc dùng chung các vật dụng cá nhân như bàn chải đánh răng, dao cạo, làm móng tay chân có thể gây ra tình trạng lây nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B trong gia đình hoặc cộng đồng. Kết quả của Ngô Viết Lộc⁽⁶⁾ cho thấy nhóm người ≥ 15 tuổi là 8,95%; so với nhóm chúng là 6,22% và sự khác biệt về tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm người dùng chung dao cạo trong gia đình, dùng chung dao cạo ở tiệm hớt tóc và các dịch vụ khác, dùng chung bàn chải đánh răng với nhóm không dùng chung, tỷ lệ nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B không khác nhau, có lẽ là do người dân đã có ý thức dùng riêng các dụng cụ cá nhân để phòng ngừa các bệnh lây qua đường máu như viêm gan B.

Tiêm phòng vắc xin viêm gan B

Tiêm đầy đủ 3 mũi vắc xin sẽ tạo được miễn dịch bảo vệ $>95\%$ trẻ em và người trưởng thành. Ở người 40 tuổi, mức độ kháng thể bảo vệ $<90\%$. Ở người 60 tuổi, mức độ kháng thể bảo vệ chỉ còn 65 – 75% ở những người đã được tiêm vắc xin. Thời gian bảo vệ ít nhất là 15 năm và có thể là suốt đời^(2,9,12). Kết quả cho thấy không có sự liên quan giữa nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B với việc tiêm phòng vắc xin viêm gan B. Qua khai thác tiền sử, hầu hết những người đã tiêm chủng vẫn có 4 người có HBsAg(+) vì do họ chưa được sàng lọc bằng các xét nghiệm cần thiết trước khi tiêm phòng vắc xin viêm gan B. Theo tác giả Ngô Viết Lộc^(6,7) cho thấy có sự liên quan giữa nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B với việc tiêm phòng vắc xin viêm gan B có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B cao hơn so với nhóm tiêm phòng đầy đủ 3 mũi vắc xin viêm gan B. Các nghiên cứu của Hoàng Thủy Long⁽⁴⁾, Nguyễn Văn Quân⁽¹⁰⁾ về đánh giá hiệu lực vắc xin viêm gan B theo 3 chiến lược tiêm phòng khác nhau và điều tra kiến thức, thái độ, thực hành của hộ gia đình về bệnh gan, viêm gan B và tiêm chủng mở rộng cho thấy có mối liên quan giữa tiêm chủng vắc xin viêm gan B và tình trạng nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy sự cần thiết sàng lọc bằng các xét nghiệm chẩn đoán nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B cho người dân để tăng cường biện pháp phòng ngừa tiêm phòng vắc xin viêm gan B cho người chưa bị nhiễm vi rút viêm gan B nhằm phòng bệnh cho gia đình họ và cộng đồng. Đây là việc làm cần được quan tâm tại cộng đồng nhằm tầm soát việc lây nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B

trong cộng đồng dân cư tại các nước có tỷ lệ nhiễm nhiễm vi rút viêm gan B cao.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B

Tỷ lệ HBsAg (+) là 9%.

Tỷ lệ anti HBc (+) là 50,7%.

Tỷ lệ anti HBs (+) là 51,65%.

Các yếu tố liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B

Tuổi

Các độ tuổi khác nhau có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B khác nhau. Tỷ lệ HBsAg dương tính cao nhất ở độ tuổi 40 - 49 (27,3%) và thấp nhất ở độ tuổi 10 -14 (1,8%). Tỷ lệ antiHBc dương tính tăng dần theo tuổi, từ 1,1% ở độ tuổi 10 - 14 đến 25,6% ở độ tuổi từ 60 trở lên.

Giới

Tỷ lệ HBsAg dương tính và tỷ lệ antiHBc dương tính ở nam và nữ không khác biệt.

Nghề nghiệp

Các đối tượng có nghề nghiệp khác nhau có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B khác nhau. Tỷ lệ HBsAg dương tính và antiHBc dương tính cao nhất ở nông dân và thấp nhất ở công nhân

Nơi sinh sống

Các đối tượng sinh sống trong các vùng sinh thái khác nhau (thành phố, đồng bằng) có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B khác nhau, vùng thành phố có tỷ lệ nhiễm là 4,1% và vùng đồng bằng có tỷ lệ nhiễm 4,9%.

Tiền sử can thiệp y tế

Nhóm người có tiền sử phẫu thuật, chữa nhổ răng, tiêm chích và xé nốt khau da có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm không có.

Hành vi nguy cơ

Nhóm người dùng chung dao cạo trong gia đình, dùng chung dao cạo ở tiệm hớt tóc và các dịch vụ khác, dùng chung bàn chải đánh răng...với nhóm không dùng chung, tỷ lệ nhiễm VRVGB không khác nhau.

Tiêm chủng vắc xin

Nhóm đối tượng đã tiêm chủng đầy đủ 3 mũi vắc xin viêm gan B có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B thấp hơn so với nhóm chưa tiêm chủng đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Ngọc Nga, Phạm Thị Lệ Hoa, Nguyễn Đỗ Nguyên (2003), "Nhiễm vi rút viêm gan B ở người đi chủng ngừa tại TP.Hồ Chí Minh năm 2001 - 2002", Tạp chí Y học thực hành, số 2, tr. 111-113.
2. Đỗ Hữu Lợi (2008), Kiến thức và thái độ về phòng bệnh viêm gan siêu vi B của các thai phụ từ 18-45 tuổi đến khám tại Bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2008, Luận văn tốt nghiệp cử nhân y tế công cộng 2008, tr:35-39.
3. Đường Công Lự (2001), Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm vi rút viêm gan B tại Hà Tĩnh, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội, tr.45-47.
4. Hoàng Thủy Long (2001), "Điều tra kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của hộ gia đình về bệnh gan, viêm gan B và tiêm chủng mở rộng tại Thanh Hóa, Tạp chí Y học dự phòng, tập XI, số 4 (50), tr. 18-23.
5. Lý Văn Xuân, Phan Thị Quỳnh Trâm (2009), "Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh viêm gan siêu vi B của bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Phước, tháng 3 năm 2009", Y học TP. Hồ Chí Minh, tr 108-125.
6. Ngô Viết Lộc, Đinh Thanh Huệ, Nguyễn Đình Sơn (2010), "Nghiên cứu tình hình nhiễm vi rút viêm gan B ở người từ 6 tuổi trở lên tại tỉnh Thừa Thiên Huế", Tạp chí Y học thực hành, Bộ Y tế, số 10 (739/2010), tr.113 - 115.
7. Ngô Viết Lộc, Đinh Thanh Huệ, Nguyễn Đình Sơn (2011), "Đánh giá kết quả can thiệp phòng chống nhiễm vi rút viêm gan B tại một số xã phường tỉnh Thừa Thiên Huế", Tạp chí Y học thực hành, Bộ Y tế, số 8 (777/2011), tr.51 - 55.
8. Nguyễn Mai Anh, Hồ Văn Cự, Nguyễn Anh Tuấn (2002), "Tình hình nhiễm virus viêm gan B ở cộng đồng qua điều trị tại một số tỉnh miền núi phía Bắc năm 2000-2002", Thông tin Y dược, số chuyên đề bệnh Y dược, tr. 1-4.
9. Nguyễn Minh Ngọc, Bùi Hữu Hoàng (2011), "Kiến thức và sự tuân thủ của bệnh nhân người lớn bị nhiễm virus viêm gan B đến khám tại Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh", Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, số 1, tr. 291-295.
10. Nguyễn Văn Quân, Nguyễn Quang Tập (2007), "Đánh giá hiểu biết, thái độ thực hành phòng nhiễm vi rút viêm gan B của Cán bộ y tế Thành phố Hải Phòng", Tạp chí Y học thực hành (591 + 592), số 12/2007, tr.28 - 32.
11. Trần Thị Minh Diễm (2008), "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ lây nhiễm vi rút viêm gan B trong gia đình và qua đường máu tại tỉnh Thừa Thiên Huế", Báo cáo tổng kết đề tài Khoa học và Công nghệ cấp Bộ, Mã số: B 2006-ĐHH 04-06, tr.45-49.
12. Vũ Hồng Chương (1998), "Khả năng lây truyền HBsAg, Anti-HBs sang con trong thời kỳ thai sản và vai trò của lây nhiễm ngang với trẻ từ 1-5 tuổi", Nhi khoa tập 7, số 3, tr. 168 - 171.

Ngày nhận bài báo: 7/10/2016
 Ngày phản biện nhận xét bài báo: 10/10/2016
 Ngày bài báo được đăng: 05/12/2016