

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH

NGUYỄN ĐỨC CƯỜNG

**THỰC TRẠNG NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN B
Ở NGƯỜI 20-60 TUỔI VÀ HIỆU QUẢ
MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP TẠI CỘNG ĐỒNG
MIỀN NÚI VÀ VEN BIỂN TỈNH QUẢNG BÌNH**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Thái Bình - 2024

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH

NGUYỄN ĐỨC CƯỜNG

**THỰC TRẠNG NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN B
Ở NGƯỜI 20 - 60 TUỔI VÀ HIỆU QUẢ
MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP TẠI CỘNG ĐỒNG
MIỀN NÚI VÀ VEN BIỂN TỈNH QUẢNG BÌNH**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức y tế

Mã số: 62 72 01 64

**Hướng dẫn khoa học: 1. PGS.TS. VŨ PHONG TÚC
2. PGS.TS. TRẦN NHƯ DƯƠNG**

Thái Bình - 2024

LỜI CẢM ƠN

Để kết thúc khóa học và hoàn thành Luận án này, tôi xin chân thành bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc của mình đến:

Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý Đào tạo Sau đại học, Khoa Y tế Công cộng Trường Đại học Y Dược Thái Bình cùng các thầy giáo, cô giáo đã hướng dẫn, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập. Xin chân thành cảm ơn các nhà khoa học trong và ngoài Trường đã giúp tôi nhiều ý kiến quý báu để hoàn thiện Luận án này.

Tôi xin chân cảm ơn đến lãnh đạo tỉnh Quảng Bình, Sở Y tế, Sở Khoa học - Công nghệ Quảng Bình; Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới; Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Quảng Bình; Công ty Cổ phần Dược phẩm Quảng Bình; Trung tâm Y tế các huyện Minh Hóa, Quảng Trạch, Ủy ban nhân dân và trạm y tế các xã Hóa Tiến, Quy Hóa, Quảng Phú, Cảnh Dương đã tạo mọi điều kiện thuận lợi, hỗ trợ, động viên tôi trong suốt quá trình học tập và thực hiện Đề tài.

Đặc biệt tôi xin bày tỏ lòng biết ơn đến PGS.TS. Vũ Phong Túc, Trưởng khoa Y tế Công cộng - Trường Đại học Y Dược Thái Bình và PGS.TS. Trần Như Dương, Phó Viện trưởng Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, là những người Thầy đã trực tiếp hướng dẫn, chỉ dạy cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành Luận án.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng tri ân sâu sắc đến gia đình, vợ, con, người thân, bạn bè, đồng nghiệp đã luôn luôn động viên, giúp đỡ tôi về mọi mặt trong suốt thời gian học tập cũng như trong quá trình hoàn thành Luận án này.

Thái Bình, tháng 7 năm 2024

Tác giả Luận án

Nguyễn Đức Cường

LỜI CAM ĐOAN

Tôi tên là Nguyễn Đức Cường, học viên khóa đào tạo trình độ Tiến sĩ chuyên ngành Vệ sinh xã hội học và Tổ chức y tế của Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu khoa học do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Vũ Phong Túc và PGS.TS. Trần Như Dương. Những kết quả nghiên cứu trong Luận án này là trung thực, chính xác, chấp hành đầy đủ quy định về y đức trong nghiên cứu Y sinh học và không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

Nếu có gì sai sót tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm.

Tác giả Luận án

Nguyễn Đức Cường

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ELISA	Phản ứng miễn dịch liên kết men (Enzyme - linked immunosorbent assay)
HBcAg	Kháng nguyên lõi vi rút viêm gan B (Hepatitis B core antigen)
HBeAg	Kháng nguyên vỏ vi rút viêm gan B (Hepatitis B envelope antigen)
HBsAg	Kháng nguyên bề mặt vi rút viêm gan B (Hepatitis B surface antigen)
HBV	Vi rút Viêm gan B (Hepatitis B Virus)
HIV	Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virus)
WHO	Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization)
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CTTCMR	Chương trình Tiêm chủng mở rộng
HQCT	Hiệu quả can thiệp
NVYT	Nhân viên y tế
PTTH	Phổ thông trung học
THCS	Trung học cơ sở
TT-GDSK	Truyền thông - Giáo dục sức khỏe
VGB	Viêm gan vi rút B
VX	Vắc xin
XN	Xét nghiệm

MỤC LỤC

Trang

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

MỤC LỤC

DANH MỤC BẢNG

DANH MỤC HÌNH VÀ BIỂU ĐỒ

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1.....	3
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Đại cương về Vi rút viêm gan B.....	3
1.1.1. Hình thể và cấu trúc của Vi rút viêm gan B.....	3
1.1.2. Đường lây truyền của Vi rút viêm gan B.....	4
1.1.3. Tiến triển của nhiễm Vi rút viêm gan B	4
1.1.4. Chẩn đoán Viêm gan vi rút B	7
1.1.5. Hậu quả lâu dài của nhiễm virus viêm gan B.....	8
1.2. Thực trạng nhiễm Vi rút viêm gan B và các yếu tố liên quan	9
1.2.1. Thực trạng nhiễm Vi rút viêm gan B	9
1.2.2. Các yếu tố liên quan đến thực trạng nhiễm Vi rút viêm gan B	13
1.3. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV	19
1.3.1. Trên thế giới.....	19
1.3.2. Ở Việt Nam	21
1.4. Chiến lược, giải pháp dự phòng lây nhiễm Viêm gan vi rút B	24
1.4.1. Các kế hoạch chiến lược chung	24
1.4.2. Các biện pháp dự phòng lây nhiễm Viêm gan B	26
1.5. Tình hình nghiên cứu can thiệp TT-GDSK dự phòng lây nhiễm HBV	33

1.5.1. Trên thế giới	33
1.5.2. Ở Việt Nam	35
1.6. Địa bàn nghiên cứu	37
Chương 2.....	39
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	39
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu	39
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	39
2.1.2. Địa điểm nghiên cứu	41
2.1.3. Thời gian nghiên cứu	41
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	41
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	41
2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu	42
2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu	47
2.2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin.....	55
2.3. Các giai đoạn triển khai nghiên cứu.....	57
2.3.1. Công tác chuẩn bị.....	57
2.3.2. Điều tra mô tả cắt ngang trước can thiệp.....	58
2.3.3. Triển khai các hoạt động can thiệp	58
2.3.4. Đánh giá hiệu quả can thiệp.....	61
2.4. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu	62
2.5. Sai số và biện pháp hạn chế sai số	62
2.5.1. Sai số có thể gặp.....	62
2.5.2. Biện pháp hạn chế	63
2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.....	64
Chương 3.....	66
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	66
3.1. Thực trạng nhiễm HBV của người 20 - 60 tuổi năm 2018	66

3.1.1. Thông tin chung về đối tượng điều tra ban đầu	66
3.1.2. Tỷ lệ nhiễm HBV	69
3.1.3. Một số yếu tố liên quan với tình trạng nhiễm HBV	70
3.2. Kiến thức, thực hành của đối tượng người 20 - 60 tuổi về dự phòng lây nhiễm HBV.....	75
3.2.1. Kiến thức về dự phòng lây nhiễm HBV	75
3.2.2. Thực trạng thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV.....	86
3.3. Hiệu quả hoạt động can thiệp TT-GDSK dự phòng lây nhiễm HBV trên đối tượng người 20-60 tuổi	89
3.3.1. Khả năng tiếp cận thông tin về VGB sau can thiệp	89
3.3.2. Cải thiện kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV.....	91
3.3.3. Hiệu quả tổng thể về cải thiện kiến thức và thực hành.....	100
Chương 4.....	102
BÀN LUẬN	102
4.1. Thực trạng nhiễm HBV và một số yếu tố liên quan ở người 20 - 60 tuổi	102
4.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	102
4.1.2. Thực trạng nhiễm HBV.....	104
4.1.3. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng nhiễm HBV	106
4.2. Thực trạng kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV	112
4.2.1. Thực trạng kiến thức về dự phòng lây nhiễm HBV.....	112
4.2.2. Thực hành dự phòng lây nhiễm HBV.....	119
4.3. Hiệu quả can thiệp TT-GDSK cải thiện kiến thức, thực hành	122
4.3.1. Hiệu quả trong việc tăng cường tiếp cận thông tin về VGB.....	123
4.3.2. Hiệu quả cải thiện kiến thức, thực hành ở đối tượng đã tiếp cận thông tin về bệnh VGB.....	125
4.3.3. Hiệu quả tổng thể của can thiệp.....	130

4.4. Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu.....	132
4.4.1. Điểm mạnh.....	132
4.4.2. Hạn chế của nghiên cứu.....	132
KẾT LUẬN	134
Thực trạng nhiễm HBV và một số yếu tố liên quan ở người 20 - 60 tuổi tại cộng đồng miền núi và ven biển tỉnh Quảng Bình.....	134
2. Kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV ở người 20 - 60 tuổi	134
3. Hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV ở người 20 - 60 tuổi	135
KHUYẾN NGHỊ.....	136
DANH MỤC CÁC BÀI BÁO KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC 1. BỘ CÂU HỎI ĐIỀU TRA VỀ VIÊM GAN VI RÚT B	
PHỤ LỤC 2. QUY TRÌNH XÉT NGHIỆM HBsAg	
PHỤ LỤC 3: MỘT SỐ HÌNH ẢNH HOẠT ĐỘNG CAN THIỆP	
PHỤ LỤC 4. HÌNH ẢNH TỜ RƠI, POSTER TRONG HOẠT ĐỘNG CAN THIỆP	
PHỤ LỤC 5. BÀI TRUYỀN THÔNG VỀ PHÒNG CHỐNG VIÊM GAN VI RÚT B	

DANH MỤC BẢNG

	Trang
Bảng 2.1. Tóm tắt các biến số trong nghiên cứu	51
Bảng 2.2. Tổng hợp kết quả triển khai các hoạt động can thiệp TT-GDSK...	61
Bảng 3.1. Một số đặc điểm nhân khẩu của đối tượng nghiên cứu theo địa bàn	66
Bảng 3.2. Điều kiện kinh tế xã hội của đối tượng nghiên cứu.....	67
Bảng 3.3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến nhiễm HBV	74
Bảng 3.4. Tình hình tiếp cận thông tin về bệnh VGB của người 20 - 60 tuổi	75
Bảng 3.5. Kiến thức về tác nhân gây bệnh, đường lây truyền và đối tượng nguy cơ của người 20 - 60 tuổi	76
Bảng 3.6. Kiến thức về các biện pháp phòng bệnh của người 20 - 60 tuổi....	77
Bảng 3.7. Kiến thức về việc tiêm vắc xin phòng bệnh của người 20 - 60 tuổi	78
Bảng 3.8. Kiến thức về triệu chứng và hậu quả có thể gặp khi nhiễm HBV..	79
Bảng 3.9. Kiến thức về các biện pháp chẩn đoán bệnh của người 20 - 60 tuổi	80
Bảng 3.10. Kiến thức về việc xét nghiệm HBV của người 20 - 60 tuổi.....	81
Bảng 3.11. Kiến thức về xử trí một số tình huống của người 20 - 60 tuổi	82
Bảng 3.12. Kiến thức về điều trị bệnh của người 20 - 60 tuổi.....	83
Bảng 3.13. Tỷ lệ người 20 - 60 tuổi có kiến thức đúng	84
Bảng 3.14. Thực hành theo khai báo về một số tình huống giả định của người 20 - 60 tuổi	86
Bảng 3.15. Thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh của người 20 - 60 tuổi.....	87
Bảng 3.16. Tỷ lệ người 20 - 60 tuổi thực hành đúng về các nội dung khảo sát	87
Bảng 3.17. Đặc điểm nhân khẩu, kinh tế xã hội của đối tượng sau can thiệp	89

Bảng 3.18. Tiếp cận thông tin của đối tượng về VGB trước và sau can thiệp	90
Bảng 3.19. Cải thiện kiến thức của đối tượng về tác nhân gây bệnh, đường lây truyền và đối tượng nguy cơ	91
Bảng 3.20. Cải thiện kiến thức của đối tượng về các biện pháp phòng bệnh.	92
Bảng 3.21. Cải thiện kiến thức của đối tượng về vắc xin phòng bệnh	93
Bảng 3.22. Cải thiện kiến thức của đối tượng về triệu chứng có thể có, hậu quả của nhiễm HBV	94
Bảng 3.23. Cải thiện kiến thức của đối tượng về biện pháp chẩn đoán.....	95
Bảng 3.24. Cải thiện kiến thức của đối tượng về xét nghiệm HBV	95
Bảng 3.25. Cải thiện kiến thức của đối tượng về cách xử trí một số tình huống	96
Bảng 3.26. Tổng hợp thay đổi kiến thức của đối tượng về dự phòng lây nhiễm HBV sau can thiệp	97
Bảng 3.27. Cải thiện thực hành của đối tượng theo khai báo tình huống.....	98
Bảng 3.28. Cải thiện thực hành của đối tượng về tiêm phòng vắc xin.....	99
Bảng 3.29. Tổng hợp thay đổi về thực hành của đối tượng về dự phòng lây nhiễm HBV sau can thiệp	99
Bảng 3.30. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức dự phòng lây nhiễm HBV trên đối tượng người 20 - 60 tuổi	100
Bảng 3.31. Hiệu quả can thiệp cải thiện thực hành dự phòng lây nhiễm HBV trên đối tượng người 20 - 60 tuổi	101

DANH MỤC HÌNH, BIỂU ĐỒ

	Trang
Hình 1.1. Cấu trúc của Vi rút viêm gan B.....	3
Hình 1.2. Nhiễm HBV mạn tính liên quan đến tiến triển bệnh gan.....	6
Hình 1.3. Tỷ lệ mang HBsAg trên toàn cầu năm 2019.....	10
Hình 1.4. Bản đồ các huyện, thị xã, thành phố tỉnh Quảng Bình	37
Hình 2.1. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu.....	46
Hình 2.2. Thiết kế các hoạt động can thiệp.....	60
Biểu đồ 3.1. Tiền sử cá nhân liên quan đến nguy cơ lây nhiễm HBV (n; %). 68	68
Biểu đồ 3.2. Tiền sử gia đình đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HBV (n; %). 69	69
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ nhiễm HBV ở người 20 - 60 tuổi	69
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ nhiễm HBV theo địa phương	70
Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ nhiễm HBV theo tuổi và giới	70
Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ nhiễm HBV theo học vấn và nghề nghiệp	71
Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ nhiễm HBV theo điều kiện kinh tế hộ gia đình	71
Biểu đồ 3.8. Tỷ lệ nhiễm HBV theo tiền sử cá nhân sử dụng dịch vụ y tế.....	72
Biểu đồ 3.9. Tỷ lệ nhiễm HBV theo tiền sử hành vi nguy cơ cá nhân	73
Biểu đồ 3.10. Tỷ lệ nhiễm HBV theo tiền sử gia đình.....	73
Biểu đồ 3.11. Tỷ lệ có kiến thức đúng về VGB theo địa bàn	85
Biểu đồ 3.12. Tỷ lệ thực hành đúng về VGB theo địa bàn	88

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan vi rút B (VGB) là một trong những bệnh truyền nhiễm phổ biến và nghiêm trọng trên toàn cầu [1]. Khoảng một phần ba dân số thế giới đã bị nhiễm vi rút viêm gan B (HBV), với khoảng 5% mang mầm bệnh mạn tính và một phần tư trong số đó có nguy cơ phát triển các bệnh gan nghiêm trọng như viêm gan mạn tính, xơ gan và ung thư biểu mô gan [2]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (2022) có khoảng 296 triệu người nhiễm HBV mạn tính và 1,5 triệu người mắc mới VGB hàng năm. Mỗi năm có khoảng 820.000 người tử vong vì VGB mạn tính, hầu hết trường hợp tử vong đều liên quan đến biến chứng dẫn đến xơ gan và ung thư gan [3].

Ở Việt Nam, nhờ việc đưa vắc xin phòng VGB vào Chương trình tiêm chủng mở rộng (CTTCMR) từ năm 1997, tỷ lệ nhiễm HBV ở trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng đã giảm rõ rệt [4]. Theo đánh giá gánh nặng bệnh tật toàn cầu 2019, tỷ lệ nhiễm HBV ở trẻ dưới 5 tuổi đã giảm từ 7,6% (1990) xuống 0,8% (2015) và 0,7% (2019) [5]. Mặc dù vậy, Việt Nam vẫn thuộc nhóm các nước có tỷ lệ nhiễm HBV cao trên 8% [6] với khoảng 7,7 triệu người mang mầm bệnh [7]. Những người từ 20 tuổi trở lên phần lớn chưa được tiêm phòng vắc xin trong CTTCMR thường có tỷ lệ nhiễm HBV cao hơn và là một trong những nhóm đối tượng ưu tiên trong chiến lược dự phòng lây nhiễm HBV hiện nay [8].

Bên cạnh đó, nâng cao kiến thức và cải thiện thực hành của người dân là một giải pháp quan trọng để làm giảm nguy cơ lây nhiễm HBV [9], [8]. Hiện nay, người dân có điều kiện tiếp cận tốt hơn với nhiều nguồn thông tin khác nhau về bệnh VGB và các biện pháp phòng lây nhiễm bệnh. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây cho thấy kiến thức, thực hành của người dân trong cộng đồng về dự phòng lây nhiễm HBV vẫn còn nhiều hạn chế [10], [11]. Điều đó đặt ra yêu cầu cần triển khai các can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của cộng đồng về bệnh VGB.

Một số nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của các chương trình can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV trong cộng đồng ở một số nơi [12], [13]. Tuy nhiên tại Quảng Bình, hiện chưa có nghiên cứu can thiệp nào về phòng chống HBV. Mặt khác, các nghiên cứu về VGB ở Quảng Bình trước đây cũng chỉ tập trung ở khu vực thành thị, chưa mở rộng đến khu vực miền núi, ven biển, nơi việc tiếp cận các dịch vụ y tế còn nhiều khó khăn. Câu hỏi đặt ra là: Tỷ lệ nhiễm HBV ở người trưởng thành 20-60 tuổi, đối tượng chưa được tiêm chủng vắc xin phòng viêm gan B miễn phí trong cộng đồng vùng miền núi và ven biển của Quảng Bình ở mức độ nào so với các vùng miền khác trong tỉnh và khu vực? Thực trạng kiến thức và thực hành của người dân về dự phòng lây nhiễm HBV như thế nào? Giải pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khoẻ có hiệu quả như thế nào trong việc cải thiện kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV của người dân miền núi và ven biển của tỉnh Quảng Bình? Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: ***“Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở người 20 - 60 tuổi và hiệu quả một số biện pháp can thiệp tại cộng đồng miền núi và ven biển tỉnh Quảng Bình”*** nhằm cung cấp thêm các bằng chứng khoa học, làm cơ sở cho việc quản lý hoạch định chính sách phù hợp, triển khai có hiệu quả hơn các hoạt động phòng chống VGB trên địa bàn.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỷ lệ hiện nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan ở người 20 - 60 tuổi tại 2 xã miền núi và 2 xã ven biển của tỉnh Quảng Bình năm 2018.
2. Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành về dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B ở người 20 - 60 tuổi tại địa bàn nghiên cứu năm 2018.
3. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức, thực hành về dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B ở người 20 - 60 tuổi tại địa bàn nghiên cứu năm 2018-2019.

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đại cương về Vi rút viêm gan B

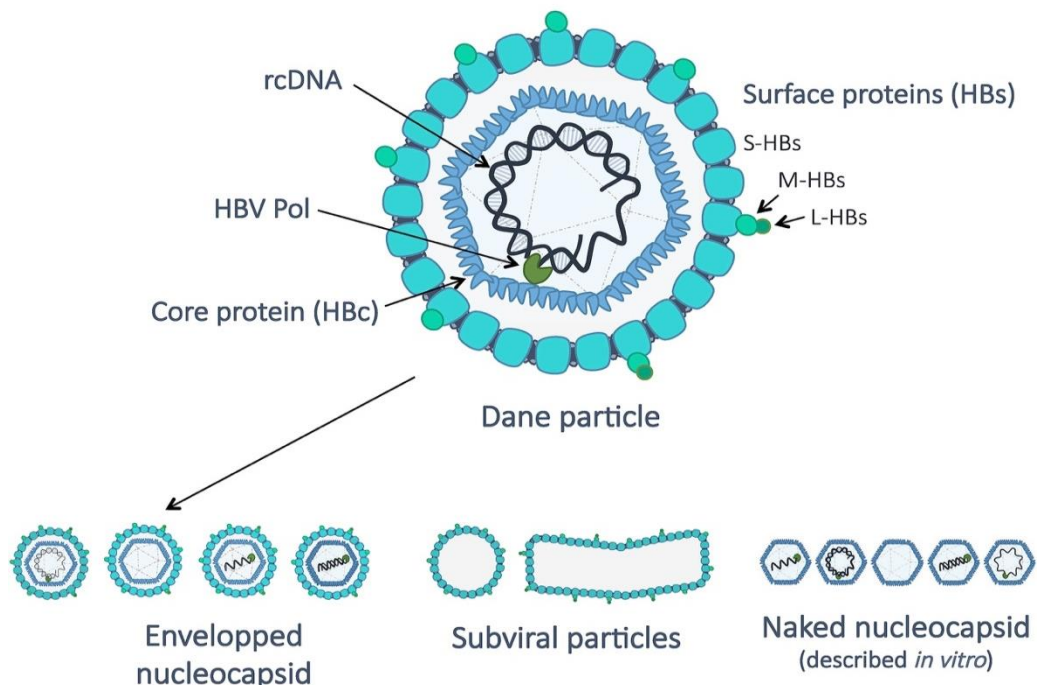
1.1.1. Hình thể và cấu trúc của Vi rút viêm gan B

HBV thuộc chi Orthohepadnavirus, họ Hepadnaviridae, có dạng hạt hình cầu đường kính khoảng 42 nm với cấu trúc 3 lớp gồm:

- Lớp vỏ bọc ngoài gồm 2 lớp lipoprotein, trong đó có 3 protein có chung một quyết định kháng nguyên bề mặt của vi rút, đó là HBsAg.

- Lớp Nucleocapside ở giữa gồm nhiều mẫu protein mang quyết định kháng nguyên HBc (HBcAg).

- Lớp lõi trong cùng chứa genome của HBV là một phân tử DNA cấu trúc vòng kép không hoàn toàn và các men DNA polymerase có khả năng phiên mã ngược, proteinkinase có khả năng phospho hóa các protein của nucleocapside và các loại protein nhỏ khác [6],[14].



Nguồn: Tsukuda và cộng sự [15]

Hình 1.1. Cấu trúc của Vi rút viêm gan B

1.1.2. Đường lây truyền của Vi rút viêm gan B

1.1.2.1. Lây truyền qua đường máu và các sản phẩm từ máu

HBV lây truyền chủ yếu bằng đường máu hoặc các sản phẩm từ máu với thời gian ủ bệnh sau truyền máu từ 60-180 ngày. Vi rút cũng có thể lây truyền qua việc dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích ma túy, qua một số hoạt động sinh hoạt đời sống như xăm mình, xâu khuyên,... không bảo đảm an toàn. Đường lây truyền này thường hay gặp ở khu vực có tỷ lệ lưu hành HBV trung bình và thấp [16].

1.1.2.2. Lây truyền qua đường tình dục

Tỷ lệ lây nhiễm HBV qua đường tình dục trực tiếp và lâu dài nếu đối tượng có HBsAg (+) nhất là HBeAg (+) và AND polymeraza có hoạt tính cao lên đến 78,3% [17].

1.1.2.3. Lây truyền từ mẹ sang con

Lây truyền dọc từ mẹ sang con chủ yếu diễn ra quanh thời kỳ chuyển dạ, chỉ khoảng 2-5% các trường hợp là lây truyền trong tử cung và chưa có bằng chứng lây truyền qua sữa mẹ. Nguy cơ lây truyền từ mẹ qua con phụ thuộc vào tải lượng vi rút và sự có mặt của kháng nguyên HBeAg. Nguy cơ lây nhiễm tăng từ 10-40% ở những bà mẹ có HBeAg (-) lên đến 70-90% ở những người có HBeAg [18]. Đường lây truyền này chiếm đến 60% trường hợp nhiễm vi rút ở trẻ em và hay gặp nhất ở các vùng lưu hành dịch cao, như khu vực Đông Nam Á, Trung Quốc và phần lớn Châu Phi [19].

1.1.3. Tiến triển của nhiễm Vi rút viêm gan B

1.1.3.1. Chuyển đổi huyết thanh

Sau khi xâm nhập vào cơ thể, HBV sẽ nhân lên trong khi cơ thể đáp ứng lại bằng phản ứng miễn dịch tạo ra kháng thể chống lại vi rút [20], [18]. Biến đổi huyết thanh với sự có mặt của các kháng nguyên vi rút và các kháng

thể tương ứng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, xác định thể bệnh cũng như giai đoạn bệnh.

- Kháng nguyên bề mặt (HBsAg) là bằng chứng nhiễm HBV, thường xuất hiện rất sớm từ 2-6 tuần trước khi có triệu chứng, tăng cao dần và biến mất sau 4-8 tuần sau đó nhưng cũng có thể tồn tại kéo dài trên 6 tháng khi nhiễm vi rút mạn tính. Anti-HBs (HBsAb) là kháng thể kháng HBsAg, trong đó IgM xuất hiện trong giai đoạn cấp, khoảng 2-16 tuần sau khi HBsAg (-) và biến mất trước, còn IgG xuất hiện muộn hơn và tồn tại lâu hơn. HBsAb (+) là dấu hiệu bệnh đã được cải thiện và có khả năng tạo miễn dịch suốt đời [19].

- Kháng nguyên lõi (HBcAg) thường chỉ xuất hiện trong nhân tế bào gan, không có trong huyết thanh. HBcAg (+) rất có giá trị trong chẩn đoán nhiễm HBV bởi HBcAg (+) thường đi kèm với HBsAg (+) trên màng tế bào và hàm lượng DNA polimerase tăng cao [21], [22]. IgM Anti-HBc là kháng thể được hình thành sớm nhất và thường được sử dụng để chẩn đoán nhiễm HBV cấp tính, đặc biệt trong giai đoạn cửa sổ khi HBsAg đã (-) còn Anti-HBs và Anti-HBc tít IgG chưa xuất hiện [22].

- Kháng nguyên vỏ hay kháng nguyên E (HBeAg) phản ánh mức độ lây nhiễm của bệnh. HBeAg (+) chứng tỏ nhiễm trùng ở giai đoạn sớm và đang hoạt động mạnh và có giá trị tiên lượng về khả năng lây nhiễm, nguy cơ mạn tính, cũng như chẩn đoán phân biệt người lành mang vi rút và người mắc viêm gan mạn tiến triển. Kháng thể Anti-HBe thường xuất hiện vào giai đoạn cuối của viêm gan cấp, là dấu hiệu tiên lượng tốt nói lên có sự đáp ứng miễn dịch, và có thể tồn tại lâu dài tới 1-2 năm sau khi viêm gan đã hồi phục [6].

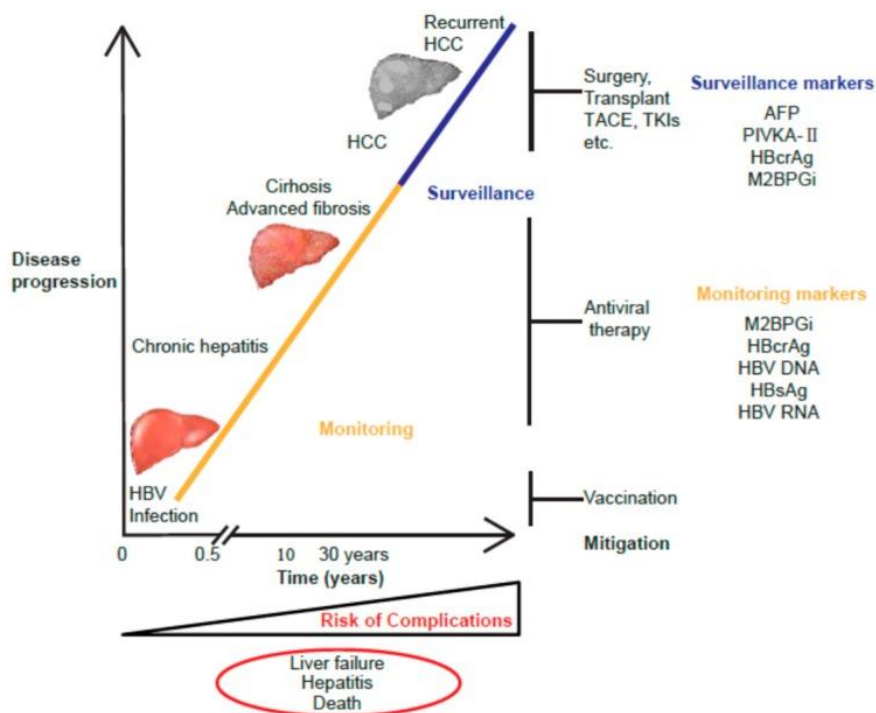
- DNA của vi rút (HBV-DNA) chỉ thấy trong huyết thanh có chứa các hạt vi rút nguyên vẹn. Đây là bằng chứng về việc vi rút đang có mặt trong máu; định lượng HBV-DNA cho phép đánh giá mức độ nhiễm HBV [6].

1.1.3.2. Biểu hiện lâm sàng nhiễm Vi rút viêm gan B

Biểu hiện lâm sàng của nhiễm HBV có liên quan với biến đổi miễn dịch, vi rút học và thường trải qua các giai đoạn chính sau.

- Giai đoạn nhiễm trùng cấp: Sau thời gian ủ bệnh khoảng 45-180 ngày, phần lớn người nhiễm HBV không có triệu chứng; chỉ khoảng 30-50% trường hợp có các triệu chứng, thường không đặc hiệu như sốt, mệt mỏi, chán ăn, rối loạn tiêu hoá,... Chưa tới 1% trường hợp nhiễm trùng cấp tính tiến triển thành thể viêm gan tối cấp với tổn thương tế bào gan nặng nề dẫn tới suy gan cấp, thậm chí tử vong nếu không được điều trị kịp thời [20].

- Giai đoạn hồi phục và tạo miễn dịch: Trong hơn 90% trường hợp nhiễm HBV, lượng kháng thể tạo ra có khả năng tiêu diệt được vi rút, cơ thể loại bỏ được vi rút sau vài tháng. Lượng kháng thể tăng lên, tồn tại kéo dài và tạo được miễn dịch bền vững giúp cơ thể bảo vệ chống lại HBV suốt đời [20].



Nguồn: Baudi, 2020 [23]

Hình 1.2. Nhiễm HBV mạn tính liên quan đến tiến triển bệnh gan

- Nhiễm vi rút mạn tính: Khi lượng kháng thể không đủ để tiêu diệt vi rút, HBsAg có thể tồn tại kéo dài trong cơ thể trên 6 tháng dẫn đến tình trạng mang vi rút mạn tính. Tình trạng này chiếm <10% các trường hợp nhiễm trùng cấp (khoảng 90% với trẻ sơ sinh, 25% với trẻ nhỏ và 5% với người lớn) và phần lớn không có triệu chứng. Khoảng 10-30% những người mang HBsAg mạn chuyển thành viêm gan mạn tính tiến triển viêm hoại tử tế bào gan, có hoặc không kèm với HBeAg (+). Khoảng 30% trường hợp viêm gan mạn tính tiến triển dẫn đến xơ gan, suy chức năng gan và 5-10% tiến triển thành ung thư gan [20].

1.1.4. Chẩn đoán Viêm gan vi rút B

Theo hướng dẫn mới nhất của Bộ Y tế năm 2019 [24], chẩn đoán Viêm gan vi rút B bao gồm:

1.1.4.1. Chẩn đoán Viêm gan vi rút B cấp tính

- Tiền sử: Có truyền máu hay các chế phẩm của máu, tiêm chích, quan hệ tình dục không an toàn trong khoảng 4-24 tuần trước khi khởi bệnh.

- Lâm sàng: Đa số không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng. Thể điển hình có thể có các triệu chứng như: sốt (khi chưa vàng da), mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, vàng da, vàng mắt, tiểu sậm màu, đau tức vùng gan... VGB cấp có thể diễn tiến nặng sang suy gan cấp dẫn đến bệnh não gan với tỷ lệ tử vong cao.

- Cận lâm sàng: Men gan (AST, ALT) tăng, thường trên 5 lần giới hạn trên của mức bình thường (ULN: 35 U/L đối với nam, 25 U/L đối với nữ). Bilirubin có thể tăng. Anti-HBc IgM dương tính, HBsAg dương tính (hoặc âm tính trong giai đoạn cửa sổ) [24].

1.1.4.2. Chẩn đoán nhiễm vi rút viêm gan B mạn

- HBsAg và/ hoặc HBV DNA dương tính \geq 6 tháng, hoặc
- HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính [24].

1.1.5. Hậu quả lâu dài của nhiễm virus viêm gan B

Xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan là hai hậu quả lâu dài quan trọng nhất của nhiễm HBV [25], đồng thời cũng là hai nguyên nhân chính gây tử vong ở những người nhiễm HBV [3].

1.1.5.1. Xơ gan

Xơ gan thường xảy ra trên những người mang vi rút mạn tính và chuyển qua viêm gan mạn tính tiến triển. Khoảng 30% những người viêm gan mạn tính tiến triển có thể dẫn đến xơ gan và suy chức năng gan. Xơ gan làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong. Ở những bệnh nhân không bị xơ gan, tỷ lệ tử vong liên quan đến gan thấp và dao động từ 0 đến 1,06 trên 100 người năm.

1.1.5.2. Ung thư biểu mô tế bào gan

HBV là nguyên nhân chính của ung thư biểu mô tế bào gan. Xơ gan có thể làm tăng đáng kể nguy cơ mắc ung thư biểu mô tế bào gan ở bệnh nhân VGB mạn tính. Các yếu tố khác như tuổi, giới tính, mức alanin aminotransferase (ALT) trong huyết thanh, mức HBV-DNA trong huyết thanh (hay tải lượng vi rút) và mức HBeAg cũng có thể ảnh hưởng đến nguy cơ mắc ung thư biểu mô tế bào gan. Sự kết hợp của mức ALT cao, HBeAg dương tính và mức HBV-DNA huyết thanh ≥ 10.000 bản sao/mL được coi là yếu tố dự báo mạnh mẽ cho sự phát triển của ung thư biểu mô tế bào gan, bất kể mức độ nghiêm trọng của xơ gan [26].

Sự phát triển của ung thư biểu mô tế bào gan và suy gan là nguyên nhân chính gây tử vong do VGB. Các yếu tố khác nhau liên quan đến vật chủ và vi rút có thể góp phần vào sự phát triển của ung thư biểu mô tế bào gan. Ước tính có khoảng hơn 500.000 người chết mỗi năm do hậu quả của nhiễm HBV [27]. Một nghiên cứu cho thấy ung thư biểu mô tế bào gan tăng lên 10 lần khi có HBsAg (+) và 60 lần khi có HBeAg (+) [28].

1.2. Thực trạng nhiễm Vi rút viêm gan B và các yếu tố liên quan

1.2.1. Thực trạng nhiễm Vi rút viêm gan B

1.2.1.1. Trên thế giới

Theo ước tính của WHO, năm 2019 có 296 triệu người trên toàn cầu nhiễm vi rút VGB mạn tính, trong số đó chỉ có khoảng 30,4 triệu người (chiếm 10,5% tổng số người nhiễm vi rút mạn) đã được chẩn đoán. Ngoài ra, mỗi năm có khoảng 1,5 triệu người nhiễm mới vi rút mạn tính và 820.000 người chết do VGB, chủ yếu do xơ gan và ung thư tế bào gan [3].

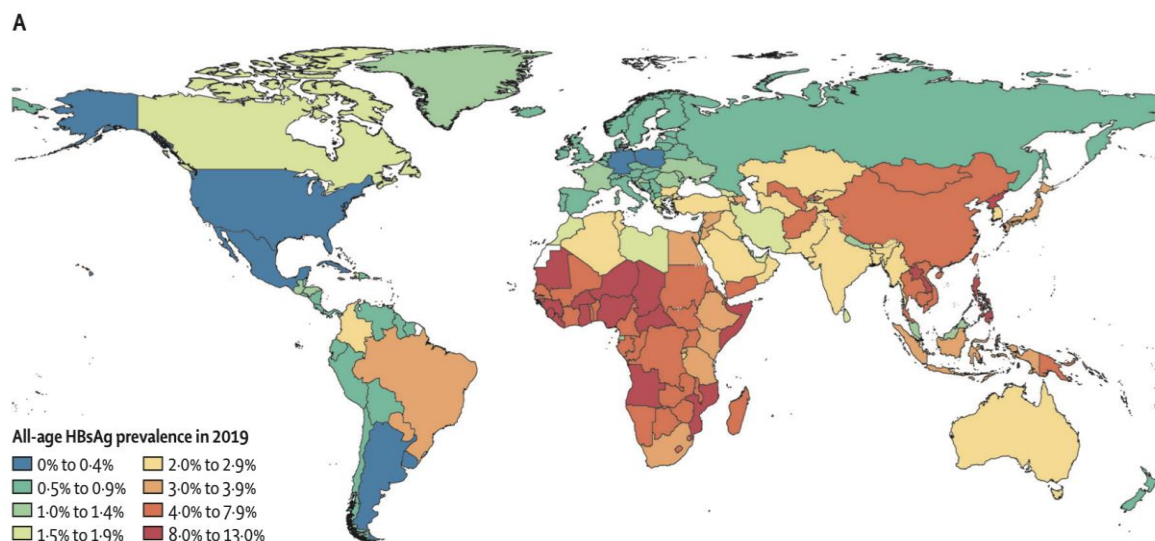
Gánh nặng do nhiễm HBV lớn nhất ở khu vực Tây Thái Bình Dương và ở châu Phi, với lần lượt 116 triệu và 81 triệu người bị nhiễm vi rút mạn tính. Số người mang mầm bệnh mạn tính ở khu vực Đông Địa Trung Hải là 60 triệu, ở khu vực Đông Nam Á là 18 triệu, ở châu Âu là 14 triệu và ở châu Mỹ là 5 triệu [3], [29].

Dựa vào tỷ lệ mang HBsAg, có thể chia các quốc gia thành 4 khu vực với các mức độ lưu hành dịch khác nhau như sau: [6]

- Vùng lưu hành dịch cao là những nơi có tỷ lệ người mang HBsAg từ 8% trở lên như phần lớn các nước châu Phi (8,83%); một số nước châu Á-Thái Bình Dương như Vanuatu (17,55%), Phi-lip-pin (16,7%).... [6].

- Vùng lưu hành dịch trung bình cao gồm những nước có tỷ lệ mang HBV từ 5 đến dưới 8% dân số như Trung Quốc (5,49%), Bu-tan (5,84%), Thái Lan (6,42%).... [6].

- Vùng lưu hành dịch ở mức trung bình thấp có tỷ lệ người mang HBsAg từ 2% đến dưới 5% dân số như phần lớn các nước Tây Thái Bình Dương như Hàn Quốc (4,36%), Singapore (4,09%), Brunei (4,06%),[6].



Nguồn: Global Burden of Disease [5]

Hình 1.3. Tỷ lệ mang HBsAg trên toàn cầu năm 2019

- Vùng lưu hành dịch thấp là những nước có tỷ lệ mang người mang HBsAg dưới 2%, bao gồm các nước Tây và Bắc Âu; phần lớn các nước Bắc Mỹ, Nam Mỹ và Caribe, một số nước châu Á-Thái Bình Dương như Nhật Bản 1,02%; Malaixia (0,74%) hay Australia 0,37% [6].

Trong khi đó, đánh giá gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2019 ước tính 4,1% dân số thế giới, tương ứng với khoảng 316 triệu người nhiễm HBV mạn tính. Tỷ lệ này đã giảm 31,3% so với thời điểm trước khi có vắc-xin phòng bệnh (năm 1990). Mức giảm cao hơn đáng kể ở nhóm trẻ em dưới 5 tuổi (giảm tới 76,8%) đã cho thấy hiệu quả của việc tiêm vắc xin phòng VGB. Số trường hợp tử vong do VGB ước tính năm 2019 là 555.000 người. Mặc dù số ca tử vong do VGB tăng 5,9% so với 1990 nhưng chủ yếu do sự gia tăng dân số và tình trạng già hoá, trong khi tỷ lệ tử vong do VGB ở mọi độ tuổi và chuẩn hóa theo tuổi đều giảm trong giai đoạn 1990-2019 [5].

Kết quả các điều tra nghiên cứu, phân tích gộp hoặc nghiên cứu tổng quan hệ thống từ các nghiên cứu cộng đồng ở các khu vực khác nhau cũng cho kết quả tương tự. Ở Đông Phi, một nghiên cứu tổng quan hệ thống từ 37 nghiên cứu trong giai đoạn 2005-2020 cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV mạn tính

trong cộng đồng ở mức cao với 6,025%; cao hơn ở Kenya (8,54%), Uganda (8,454%) và ở các nghiên cứu trong giai đoạn 2011-2015 (8,759%) [30]. Tại Trung Quốc, kết quả phân tích gộp từ 27 nghiên cứu giai đoạn 2013-2017 cho thấy, tỷ lệ nhiễm HBV ước tính trong cộng đồng là 6,89% (KTC 95%: 5,84-7,95%), tương ứng với khoảng 84 triệu người sống chung với HBsAg vào năm 2018. Tỷ lệ nhiễm HBV ở nam cao hơn ở nữ (5,88% so với 5,05%) và ở nông thôn cao hơn thành thị (5,86% so với 3,29%). Tỷ lệ nhiễm HBV cao nhất ở các tỉnh miền Tây (8,92; KTC 95%: 7,19-10,64%). Ở người trên 20 tuổi, tỷ lệ nhiễm HBV là khoảng 7%, cao hơn ở trẻ em [31].

Trong khu vực Đông Nam Á, theo ước tính mới nhất năm 2016, tỷ lệ nhiễm HBV trung bình là 8,6% với hơn 44,9 triệu người mang HBsAg. Trong đó, ba nước có tỷ lệ người nhiễm HBV cao nhất là Philippine (16,7%), Việt Nam (10%) và Myanmar (9,7%). Với tỷ lệ hiện mắc 7,1%, Indonesia là nước có số người nhiễm HBV mạn tính cao nhất trong khu vực với gần 17,7 triệu người; tiếp theo là Philippine với 10,1 triệu người và Việt Nam với 7,7 triệu người mang HBsAg mạn tính [7].

1.2.1.2. Tại Việt Nam

Việt Nam nằm trong nhóm nước có tỷ lệ nhiễm HBV cao trên 8%. Tỷ lệ nhiễm HBV mạn tính dao động vào khoảng 12% theo ước tính của WHO năm 2015 và 10% theo một phân tích gộp năm 2016 [7]. Các nghiên cứu trong cộng đồng cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở người trưởng thành khoẻ mạnh dao động từ 5,7%-27,4% tùy theo địa bàn và đối tượng nghiên cứu [32]. Vai trò của tiêm chủng vắc xin phòng VGB được chứng minh trong một nghiên cứu gần đây khi tỷ lệ mang HBsAg cao hơn đáng kể ở những người 20-39 tuổi (8%) so với những trong 1-19 tuổi (2,0%) [4].

Nghiên cứu của Nakata và cộng sự (1994) cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh dao động trong khoảng 10-14% với 35-

37% có kháng thể kháng HBsAg [33]. Sau khi triển khai tiêm 3 mũi vắc xin cơ bản phòng VGB trong CTTCMR, nghiên cứu của Tran Huy Thien Tuan (2003) cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV trong cộng đồng ở Thành phố Hồ Chí Minh là 10,0% [34]. Trong cùng thời gian, nghiên cứu của Hipgrave tại Thanh Hoá cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HBV là 18,1%; với 12,4% ở trẻ nhỏ, 18,4% ở trẻ em, 20,5% ở trẻ vị thành niên và 18,8% ở người trưởng thành [35].

Tại Hải Phòng, theo nghiên cứu của Vũ Thị Vượng (2009) có 8,1% người trưởng thành 18-60 tuổi mang HBsAg; trong đó 7,9% ở giai đoạn cấp và 30,0% đã được bảo vệ do tiêm vắc xin hoặc nhiễm tự nhiên. Tỷ lệ lây truyền ở các đối tượng đang bị viêm gan cấp là 72% với nguồn lây nhiễm từ vợ chồng và từ mẹ sang con [36]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến cho thấy 19,16% thuyền viên đánh bắt xa bờ có HBsAg (+) [37].

Những năm gần đây, nghiên cứu của Trần Ngọc Dung và Huỳnh Thị Kim Liên (2010) cho thấy với tỷ lệ nhiễm HBV trong cộng đồng ở thành phố Cần Thơ là 7,0%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Ngô Viết Lộc (2010) ở Thừa Thiên Huế là 16,36% [38], trong nghiên cứu của Tạ Văn Trâm (2016) ở Tiền Giang là 9,0% [39] và trong nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh (2018) tại khu vực Tây Nguyên là 11,1% . Một nghiên cứu gần đây của Lê Thị Diễm Trinh và cộng sự (2022) cho thấy tỷ lệ có HBsAg (+) ở người trưởng thành 18-60 tuổi đồng bào dân tộc Khmer ở Trà Vinh là 10,4% [11].

Tại Quảng Bình, chúng tôi chưa ghi nhận được thông tin về tỷ lệ nhiễm HBV trước thời điểm triển khai tiêm vắc xin phòng VGB. Gần đây, đã có một số nghiên cứu về tình hình nhiễm HBV trên các đối tượng người trưởng thành. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Cường và cộng sự (2017) trên 2019 người 20-60 tuổi trong cộng đồng cho thấy tỷ lệ HBsAg (+) chung là 11,89%; ở nam (15,99%) cao hơn nữ (9,65%); và ở nông thôn cao hơn ở thành thị [40]. Nghiên cứu của Đỗ Quốc Tiệp trên 592 đối tượng đến xét nghiệm tại Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Quảng Bình cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B

chung là 11,3% (8,8% mang kháng nguyên HBsAg và 2,5% có kháng thể Anti-HBs). Tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam (14,0% và 9,5%) và ở nông thôn tương đương với thành thị (11,3% và 10,8%) [41].

1.2.2. Các yếu tố liên quan đến thực trạng nhiễm Vi rút viêm gan B

Ngoài sự khác biệt giữa các khu vực địa lý, các quốc gia như trình bày ở trên, còn có nhiều yếu tố khác liên quan đến lây nhiễm HBV, tùy thuộc vào nhóm đối tượng và con đường lây nhiễm. Có thể chia các yếu tố liên quan đến lây nhiễm HBV trong cộng đồng nói chung theo 4 nhóm chính: (1) các yếu tố về nhân khẩu; (2) điều kiện kinh tế xã hội, (2) các yếu tố hành vi, tiền sử, và (4) nhóm các yếu tố đặc trưng cho cơ chế lây nhiễm dọc từ mẹ sang con.

1.2.2.1. Các yếu tố nhân khẩu, kinh tế xã hội

Giới tính:

Sự khác biệt về giới trong các bệnh lý do HBV gây ra đã được ghi nhận với tỷ lệ mang vi rút mạn tính cùng với các bệnh lý xơ gan mạn và ung thư gan ở nam phổ biến hơn so với nữ. Tác dụng hiệp đồng của các hormone sinh dục và các phản ứng miễn dịch, cùng với các yếu tố từ phía vi rút góp phần vào sự khác biệt trong tiến triển của nhiễm HBV giữa nam và nữ [42].

Nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Wang (2019) từ 27 nghiên cứu ở Trung Quốc trong giai đoạn 2013-2017 cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HBV ở nam (5,88%) cao hơn so với nữ (5,05%) [31]. Nghiên cứu của Tsay (2009) trên hơn 45.035 người khám sức khỏe định kỳ ở Trung Quốc cho thấy tỷ lệ lưu hành kháng nguyên bề mặt HBsAg trong huyết thanh của nam giới cao hơn ở nữ giới (17,8% so với 13,2%). Phụ nữ ít có khả năng trở thành người mang HBsAg hơn nam giới đặc biệt nếu nhiễm trùng không xảy ra trong thời kỳ chu sinh [43]. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu của Lee A ở Hồng Kông (2001) [44], nghiên cứu của Tsai ở Hawaii năm 2008 [45], hay nghiên cứu của Janahi ở Bahrain (2014) [46].

Ngoài ra, nghiên cứu của Chen và cộng sự (2006) cũng cho thấy hiệu giá DNA vi rút trong huyết thanh ở nam giới cao hơn phụ nữ [47].

Ở Việt Nam, tỷ lệ nhiễm HBV ở nam giới cao hơn so với nữ giới trong nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh ở Tây nguyên năm 2019 [48] và thấp hơn nữ giới trong nghiên cứu của Đỗ Quốc Tiệp tại Quảng Bình năm 2016 [41].

Độ tuổi:

Tỷ lệ mắc VGB cấp tính cao nhất ở thanh thiếu niên và người lớn, mặc dù nguy cơ phát triển thành viêm gan mạn tính lại thấp hơn so với trẻ sơ sinh và trẻ em. Trên bình diện toàn cầu, số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ mang HBsAg (+) ở người trưởng thành giảm theo tuổi ở phần lớn các khu vực địa lý [49]. Tuy nhiên, trong các nghiên cứu cộng đồng, mối liên quan giữa tuổi và tình trạng lây nhiễm HBV cho những kết trái ngược nhau.

Xu hướng giảm tỷ lệ mang HBsAg (+) theo độ tuổi ở người trưởng thành được ghi nhận trong các nghiên cứu của Tsay (2009) [43] và của Zhang ở Trung Quốc (2011) [50], nghiên cứu của Tsai ở Hawaii (2009) [45] hay nghiên cứu của Lee ở Hàn Quốc (2002) [51]. Tình trạng này được lý giải do tình trạng chuyển đổi huyết thanh tự nhiên thành kháng thể kháng HBeAg theo thời gian. Những người mang vi rút lớn tuổi hơn có nhiều khả năng hơn để loại bỏ HBeAg so với những người trẻ [52]. Bên cạnh đó, người trẻ cũng thường có nhiều hành vi nguy cơ lây nhiễm hơn liên quan đến hành vi tình dục không an toàn hay tiêm chích ma túy [50].

Ngược lại, các nghiên cứu của Hipgrave tại Thanh Hoá (2003)[35], Nguyễn Thị Thuý Vân (2007) tại Thái Bình [53], hay Thái Hồng Dương tại Thái Nguyên (2009) đều cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV tăng dần theo tuổi[54]. Nguyên nhân có thể do người lớn tuổi có tỷ lệ tiêm vắc xin phòng VGB thấp hơn trong khi tỷ lệ nhiễm HBV ở trẻ em đang ngày càng giảm đi nhờ hiệu quả của CTTCMR và điều trị dự phòng cho phụ nữ mang thai có HBsAg (+) [55].

Chủng tộc:

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy mối liên quan giữa chủng tộc và lây nhiễm HBV. Trong nghiên cứu của Tsai (2008) ở Hawaii, tỷ lệ mang HBsAg của người gốc Việt, gốc Trung và gốc từ các quốc đảo ở Thái Bình Dương cao hơn so với người da trắng [45]. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ lây nhiễm HBV cao hơn ở những người nhập cư [56],[46], người dân tộc thiểu số [56],[57] trong khi nghiên cứu của Zhang (2011) cho thấy không có mối liên quan giữa dân tộc và tình trạng nhiễm HBV [50].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Hipgrave tại Thanh Hoá (2003) cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở dân tộc Mường cao hơn so với dân tộc Kinh mặc dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê [35]. Trong khi đó, theo nghiên cứu của Thái Hồng Dương tại Thái Nguyên (2009), dân tộc Kinh là một trong năm yếu tố dự báo tỷ lệ lây nhiễm HBV cao trong cộng đồng [54].

Yếu tố địa bàn sinh sống:

Những khác biệt về địa lý trong phương thức lây truyền, tỷ lệ lưu hành HBV thường liên quan đến sự khác biệt về tuổi khi lây nhiễm và kiểu gen chiếm ưu thế của HBV ở các khu vực [58]. Các địa bàn sinh sống khác nhau thường có sự khác biệt về điều kiện kinh tế, phong tục tập quán, hành vi và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế. Theo Xu (2019), mật độ dân số, tổng sản phẩm quốc nội bình quân đầu người, tỷ trọng công nghiệp và tỷ số nhân viên y tế/1000 dân là những yếu tố dự báo tình trạng lây nhiễm HBV [59].

Xét theo địa bàn sinh sống, tỷ lệ nhiễm HBV ở thành thị cao hơn nông thôn trong nghiên cứu của Wang ở Trung Quốc năm 2019 (5,86% so với 3,92% [31]; tương đương nhau giữa hai khu vực thành thị trong nghiên cứu của Zhang (2011) [50] và thấp hơn so với ở nông thôn theo nghiên cứu của Xu (2019) [59]. Nghiên cứu của Bundle ở Anh (2019) cũng cho thấy tỷ lệ lây nhiễm HBV cao hơn ở những người không có địa chỉ cư trú cố định [56]. Tại

Việt Nam, không ghi nhận được một xu hướng rõ ràng nào trong sự khác biệt về tỷ lệ lây nhiễm HBV giữa các địa phương [41].

Nghề nghiệp:

Ở cấp độ cá nhân, nghề nghiệp là một yếu tố quan trọng liên quan đến tình trạng lây nhiễm HBV. Một số nhóm nghề nghiệp như nhân viên y tế, quản giáo tại các nhà tù vốn được coi là những đối tượng có nguy cơ cao phơi nhiễm nghề nghiệp với HBV [60],[61]. Nghiên cứu của Tian (2019) ở Trung Quốc cho thấy 91,9% bác sĩ gây mê đã gặp phải chấn thương do vật sắc nhọn, trong đó 75,5% gặp hơn một lần. Có 40,0% số bác sĩ gây mê đã từng tiếp xúc với HBV, và gần 2/3 trong số họ đã tiếp xúc nhiều hơn một lần [62].

Trong cộng đồng, nghiên cứu của Zhang (2011) cho thấy tỷ lệ dương tính của HBsAg cao hơn ở những người kinh doanh nhỏ, nông dân, người lao động tự do và những người có các hoạt động xã hội rủi ro [50]. Nghiên cứu của Yang (2017) cũng cho thấy các ngành nghề đòi hỏi lao động trình độ cao được coi là có nguy cơ lây nhiễm HBV cao hơn so với nông dân, công nhân và các nghề nghiệp khác [63].

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến tại Hải Phòng (2007) cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở ngư dân đi biển đánh bắt xa bờ là 19,16%; cao hơn so với các đối tượng khác (8,22%) và tăng dần theo tuổi nghề [37]. Trong khi đó, nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh ở Đắc Lắc cho thấy những người làm nghề nông có tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất [48].

Trình độ học vấn:

Những người có học vấn cao hơn thường có nguy cơ nhiễm HBV thấp hơn do có kiến thức, thái độ và thực hành dự phòng lây nhiễm bệnh tốt hơn. Học vấn thấp là một yếu tố độc lập dự báo khả năng lây nhiễm HBV theo nghiên cứu của Mittal ở Ấn Độ (2013) [64] và nghiên cứu của Morisco ở

Italia (2017) [65]. Người lớn từ 18-49 tuổi có học vấn sau trung học được bảo vệ khỏi HBV cao hơn theo nghiên cứu của King (2020) tại Hoa Kỳ [66].

1.2.2.2. Các yếu tố hành vi, tiền sử

Theo Trung tâm CDC Hoa Kỳ, các đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HBV cao ở người trưởng thành bao gồm: người tiêm chích ma túy; đối tượng hành nghề mại dâm; tiếp xúc trong gia đình với người bệnh; bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính như chạy thận nhân tạo, người nhiễm HIV, HCV, bệnh gan mạn, đái tháo đường; khách du lịch đến các nước vùng dịch [61].

Tại Ấn Độ, nghiên cứu của Lohani (2017) cho thấy hành vi xô tai, xô mũi là những yếu tố hành vi nguy cơ lây nhiễm HBV ở phụ nữ nông thôn. Tiền sử gia đình có người bị vàng da, viêm gan B; tiền sử cá nhân mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, tiền sử nhập viện, truyền máu và lịch sử tiêm chủng cũng là những yếu tố nguy cơ lây nhiễm HBV ở người trưởng thành [67]. Khác với nghiên cứu của Janahi tại Barain (2014), các thủ thuật răng cũng là những yếu tố nguy cơ lây nhiễm HBV [46].

Tại Trung Quốc, theo Zhang (2011), tiền sử gia đình có người nhiễm HBV và chưa tiêm chủng vắc xin, hành vi hút thuốc và chất lượng giấc ngủ kém là những yếu tố dự đoán độc lập về khả năng nhiễm và mang HBV mạn tính [50]. Hành vi hút thuốc là thường làm giảm khả năng miễn dịch sau tiêm vắc xin phòng VGB trong một số nghiên cứu khác [68],[69].

Tại Maroc, tiền sử điều trị răng, phẫu thuật, sử dụng bơm kim tiêm thủy tinh và hành vi tình dục không an toàn là những yếu tố liên quan đến tỷ lệ lây nhiễm HBV cao theo nghiên cứu của Baha (2013) [70]. Ở Lybia, nghiên cứu của Elzouki (2013) cho thấy tiếp xúc với người bệnh viêm gan trong gia đình là yếu tố duy nhất dự báo khả năng lây nhiễm HBV [71].

Nghiên cứu của Meffre tại Pháp (2010) cho thấy các hành vi nguy cơ lây nhiễm HBV là sử dụng ma túy qua đường tĩnh mạch, nam giới có quan hệ

tình dục đồng giới, tình trạng kinh tế xã hội thấp [72]. Nghiên cứu của bệnh chúng của Ozer ở Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy chạy thận nhân tạo, có vợ/chồng có HBsAg (+), sống chung với cha mẹ có HBsAg (+) cùng với giới tính nam là các yếu tố nguy cơ độc lập có khả năng liên quan đến nhiễm HBV [73]. Với trẻ em dưới 15 tuổi, sự tiếp xúc gần gũi với cha mẹ tham gia vào các hoạt động tình dục có nguy cơ cao được xem là yếu tố nguy cơ nhiễm HBV [74].

Ở Việt Nam, các nghiên cứu cho thấy yếu tố nguy cơ nhiễm VBG ở người trưởng thành bao gồm tiền sử gia đình có người thân mắc bệnh gan [48], [53]; tiền sử nhập viện, châm cứu, sử dụng lại bơm kim tiêm và thói quen dùng chung bàn chải, cạo râu [53]; quan hệ tình dục với gái mại dâm, đặc biệt là không sử dụng bao cao su khi quan hệ, có tiền sử truyền máu và phẫu thuật [37]. Nghiên cứu của Đoàn Phước Thuộc (2012) tại Ban Mê Thuột cho thấy nhiễm HBV ở người 15-18 tuổi liên quan đến tiền sử gia đình có người mắc bệnh, quan hệ tình dục không an toàn, không sử dụng bơm kim tiêm một lần, không tiêm phòng viêm gan B, thiếu kiến thức về đường lây nhiễm HBV nhưng không liên quan với việc sử dụng chung đồ dùng cá nhân, tiền sử truyền máu hay phẫu thuật [75].

1.2.2.3. Các yếu tố liên quan đến lây nhiễm HBV từ mẹ sang con

Lây nhiễm theo chiều dọc từ mẹ sang con là cơ chế lây nhiễm chính hiện nay trên toàn cầu, đặc biệt là ở các khu vực có tỷ lệ lây nhiễm cao. Kết quả nghiên cứu tại Ethiopia cho thấy tiền sử gia đình có người nhiễm HBV, bản thân có nhiều bạn tình, có tiền sử truyền máu, tiền sử phẫu thuật, thủ thuật như cắt amidan là các nguy cơ cao lây nhiễm HBV ở phụ nữ mang thai [76],[77]. Một nghiên cứu tại Kenya còn cho thấy gia đình đa thế, sinh nhiều con, tiền sử nạo phá thai và bắt đầu quan hệ tình dục sớm cũng là những yếu tố nguy cơ lây nhiễm HBV ở phụ nữ mang thai [78].

Với những phụ nữ mang thai có HBsAg (+), tải lượng vi rút và sự hiện diện của kháng nguyên HBeAg trong máu mẹ là yếu tố mang tính quyết định nhất đến khả năng lây truyền từ mẹ sang con [79], [80] mặc dù việc xác định tải lượng vi rút khó được áp dụng rộng rãi ở những nơi có nguồn lực hạn chế [81]. Nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con tăng từ 10-40% ở những bà mẹ có HBeAg (-) lên đến 70-90% ở những người có HBeAg (+) [18]. HBeAg (+) là một chỉ số tham khảo để lựa chọn biện pháp dự phòng và đồng thời là yếu tố quyết định mức độ thành công của các biện pháp dự phòng lây nhiễm dọc từ mẹ sang con [82],[83]. Phương pháp sinh con được cho là có thể có liên quan với khả năng lây nhiễm HBV mặc dù một nghiên cứu phân tích gộp của Chen (2019) cho thấy sinh mổ không làm giảm nguy cơ lây truyền từ mẹ qua con ở những người mẹ có HBsAg (+) [84].

Tại Việt Nam, với tỷ lệ nhiễm HBV ở phụ nữ mang thai vẫn còn ở mức cao, lây nhiễm theo chiều dọc vẫn là con đường lây nhiễm chính mặc dù lây nhiễm theo chiều ngang vẫn đang có xu hướng tăng lên. Hầu hết các nghiên cứu ở Việt Nam cũng cho thấy HBeAg trong máu mẹ là một dấu hiệu chỉ điểm cho nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con cao. Đồng thời, tỷ lệ lây nhiễm từ mẹ sang con ở những bà mẹ có HBeAg (+) cao hơn từ 4 lần trong nghiên cứu của Phạm Thị Hoài Thu [85]. Theo nghiên cứu của Phí Đức Long (2014), với những bà mẹ nhiễm HBV, việc có kèm HBeAg (+) không chỉ làm tăng nguy cơ nhiễm HBV ở con lên 10 lần mà còn làm tăng nguy cơ tiêm chủng thất bại lên 4,5 lần so với khi mẹ có HBeAg (-) [86].

1.3. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV

1.3.1. Trên thế giới

Kiến thức và thực hành của cộng đồng về bệnh VGB và các biện pháp phòng chống cũng là một yếu tố quan trọng liên quan đến mức độ lây nhiễm HBV. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy những quốc gia có tỷ lệ lưu hành cao

cũng đồng thời cũng là nơi mà kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống lây nhiễm HBV của người dân còn hạn chế. Nghiên cứu của Gebrecherkos (2020) cho thấy 73,4% phụ nữ mang thai ở Ethiopia có kiến thức ở mức kém. Chỉ 18,9% biết HBV có thể lây truyền từ mẹ sang con khi mang thai; gần một nửa (43,8) cho rằng họ sẽ không bao giờ bị nhiễm HBV. Đa số người được hỏi (85,87%) chưa bao giờ tầm soát HBV và chỉ 28,5% người tham gia cho rằng VGB có thể gây ung thư gan [87]. Nghiên cứu của Olaniyan (2020) cho thấy khoảng một nửa số người được hỏi có kiến thức về phương thức lây truyền HBV. Chỉ có khoảng 11,4% biết về biện pháp tiêm chủng [88].

Một nghiên cứu ở Karachi, Pakistan (2011) cho thấy cho thấy kiến thức, thái độ và thực hành chưa đúng về bệnh viêm gan thấp ở thợ cắt tóc và khách hàng của họ. Chỉ khoảng 51% thợ cắt tóc và 32% khách hàng có kiến thức về bệnh viêm gan và một nửa đối tượng cho rằng mình có nguy cơ mắc bệnh. Dao cạo được 12% thợ và 42% khách hàng công nhận là tác nhân lây nhiễm bệnh nhưng chỉ 49% khách hàng xác nhận rằng dao cạo đã được khử trùng trước khi dùng. Mặc dù lần lượt 50% và 30% thợ cắt tóc và khách hàng biết rằng bệnh viêm gan có thể phòng ngừa được, nhưng chỉ có 2% thợ và 7% khách hàng đã được tiêm vắc xin phòng VGGB. Lý do không tiêm vắc xin là do không nhận thức được và do vấn đề chi phí [89].

Nghiên cứu của tác giả Abdi và cộng sự (2020) cho thấy đa số những người nhập cư Somalia ở Malaysia có kiến thức tốt (82,8%) và thái độ tốt (78,6%) về dự phòng lây nhiễm HBV nhưng nhìn chung thực hành kém (32,4%) [90]. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Kumar (2020) thực hiện tại bang Ấn Độ cho thấy những người có kiến thức tốt về HBV thường gắn liền với thái độ và thực hành tốt trong phòng chống VGB [91].

Nhân viên y tế (NVYT) thường có kiến thức, thực hành phòng chống lây nhiễm HBV tốt hơn. Nghiên cứu của Mursy tại Xu-đăng cho thấy 58,2% điều dưỡng và nữ hộ sinh có kiến thức đúng, 86,4% có thái độ tích cực và

65,5% có các hành vi thực hành an toàn phòng tránh lây nhiễm HBV. Tuy nhiên, vẫn còn khoảng một nửa số điều dưỡng, nữ hộ sinh còn thiếu kiến thức cần thiết về quản lý sau phơi nhiễm. Tỷ lệ tiêm vắc xin phòng VGB còn thấp (chỉ 40,9% hoàn thành đủ 3 liều vắc xin, trong khi 27,3% không tiêm bất cứ liều nào) và có đến 51,8% có tiền sử gặp thương tích do kim tiêm [92]. Nghiên cứu của Al-Shamiri tại Ả-rập Xê-út cho thấy phần lớn các sinh viên nha khoa có kiến thức đúng về VGB và các biện pháp phòng tránh lây nhiễm. Đa đa số sinh viên luôn đeo găng tay (97,9%), áo choàng (92,1%), khẩu trang (89,2%), mũ dùng một lần (87,1%) và đeo kính bảo vệ mắt (80,9%) trong thực hành lâm sàng. Có đến 91,4% sinh viên đã được chủng ngừa HBV; tuy nhiên, chỉ có 41% hoàn thành 3 liều vắc xin theo khuyến cáo [93].

1.3.2. Ở Việt Nam

Tại Việt Nam, kết quả nghiên cứu trong những năm gần đây cho thấy kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về HBV còn thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới [94]. Gish đã nhận định rằng một trong những yếu tố quan trọng nhất dẫn đến tỷ lệ nhiễm HBV cao là do cộng đồng cũng như nhiều cán bộ y tế chưa thực sự hiểu đúng về sự cần thiết phải tiêm chủng cho những người chưa bị nhiễm bệnh, các rủi ro và hậu quả lâu dài của việc nhiễm trùng không được điều trị và không biết rằng có những phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho những bị lây nhiễm [32].

Nghiên cứu của Vũ Đình Sơn (2019) ở Vĩnh Phúc cho thấy chỉ 16,7% người dân có kiến thức chung đạt và 47,5% có thái độ chung đạt yêu cầu trong phòng lây nhiễm HBV [10]. Nghiên cứu của Lê Thị Diễm Trinh (2022) trên đối tượng đồng bào Khmer 18-60 tuổi ở Trà Cú, Trà Vinh cho thấy 20% có kiến thức chung tốt và 40% có thực hành chung tốt trong dự phòng lây nhiễm HBV [95]. Nghiên cứu của Trần Ngọc Dung (2010) tại Cần Thơ cho thấy việc tiếp nhận các thông tin về bệnh VGB chưa được tốt khi chỉ 52%

người được hỏi đạt yêu cầu về kiến thức chung trong phòng chống VGB trong khi 95,9% đạt yêu cầu về thái độ và 81,3% đạt yêu cầu về hành vi theo khai báo. Chỉ 35,8% bà mẹ có con nhỏ ở Lương Sơn, Hoà Bình có kiến thức đúng về HBV, trong đó 71% biết đây là bệnh truyền nhiễm; 66,7% biết người khỏe mạnh vẫn có thể mang vi rút VGB và 68% biết bệnh có thể lây từ mẹ sang con. Chưa đến 35% các bà mẹ trả lời đúng về các biến chứng và cách phòng bệnh lây nhiễm HBV [96].

Trên đối tượng phụ nữ có thai, nghiên cứu tại Thái Bình cho thấy 85,0% có kiến thức đúng nguyên nhân gây bệnh VGB nhưng chỉ có 18,9% biết được đường lây chủ yếu của HBV là lây truyền từ mẹ sang con. Đa số các đối tượng đều biết được các triệu chứng chủ yếu của VGB như vàng da (84,4%), vàng mắt (70,6%); 70% biết được HBV có thể gây viêm gan mạn và trên 50% trả lời HBV có thể gây xơ gan và ung thư. Có đến 98,9% đối tượng biết tác dụng vắc xin phòng VGB nhưng chỉ có 21,6% biết đúng lịch tiêm và 36,1% biết được đúng số mũi vắc xin cần tiêm. Nghiên cứu của Đinh Hồng Nhung (2019) tại Nam Định cho thấy chỉ có 35% phụ nữ mang thai đạt yêu cầu kiến thức về phòng chống lây nhiễm HBV. Trong đó, có 46,1% biết tất cả các con đường lây truyền của HBV; 5,6% biết nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con cao nhất xảy ra trong lúc chuyển dạ đẻ; 2,8% biết khả năng trẻ bị nhiễm HBV trong khi bú mẹ là rất thấp [97].

Cũng trên đối tượng phụ nữ mang thai, nghiên cứu của Hang Pham (2019) ở khu vực miền núi phía Bắc cho thấy chỉ 10,8% trả lời đúng cho tất cả các câu hỏi liên quan đến các con đường lây truyền HBV và các biện pháp phòng ngừa. Chỉ 66,1% phụ nữ mang thai trả lời rằng họ chắc chắn sẵn sàng cho con mình tiêm phòng trong vòng 24 giờ. Sinh con tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh là một yếu tố tiên lượng tốt cho việc sàng lọc HBV chu sinh và sử dụng liều lượng viêm gan B khi sinh [98]. Tại khu vực phía Nam, nghiên cứu của Hoàng Quốc Cường (2019) cũng cho thấy kiến thức và thực hành về phòng

ngừa lây nhiễm HBV trong nhóm thai phụ chưa tốt, do đó có thể ảnh hưởng đến tình trạng nhiễm HBV ở trẻ sinh ra từ những người mẹ này [94].

Trên đối tượng nhân viên y tế, nghiên cứu của Hang Pham cho thấy có đến 75,5% NVYT ở khu vực miền núi phía Bắc không biết nhiễm HBV khi sinh có nguy cơ cao nhất phát triển thành nhiễm trùng mạn tính. Có 30,2% NVYT nhầm lẫn rằng HBV có thể lây truyền qua đường ăn uống hoặc dùng chung thức ăn với bệnh nhân. Có tới 38,8% NVYT không cảm thấy tin tưởng rằng vắc xin viêm gan B là an toàn. Chỉ 30,1% NVYT trả lời đúng cho tất cả các câu hỏi về an toàn tiêm chủng; 48,2% cho biết họ thường xuyên rửa tay bằng hai tay sau khi tiêm và 24,2% cho biết đã bị kim chích tại nơi làm việc trong vòng 12 tháng qua [99]. Nghiên cứu của Vũ Thị Thuỳ Linh ở Hải Phòng (2015) cho thấy vẫn còn 6,4% sinh viên y khoa không biết được nguyên nhân VGB; 5,9%-26,5% chưa biết được đường lây chính của HBV; 17%-39,9% chưa biết được hậu quả chính của VGB và 4,5%-37,5% chưa biết cách phòng ngừa lây nhiễm HBV như tiêm vắc xin, an toàn truyền máu, không sử dụng chung bơm kim tiêm và đồ dùng cá nhân. Nhìn chung, 11,5% sinh viên chưa đạt kiến thức về phòng lây nhiễm HBV [100].

Tại Quảng Bình, chỉ có 23,0% đến 38,9% đối tượng được làm xét nghiệm trả lời đúng về đường lây truyền HBV; 35,8% đến 44,4% biết về các triệu chứng của bệnh và 80,7% biết bệnh có thể phòng ngừa bằng cách tiêm phòng vắc xin [41]. Trên đối tượng học sinh phổ thông, tỷ lệ không đạt về kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV lần lượt lên đến 78,1%, 61,4%, 82% [101]. Ngay trong cán bộ y tế, vẫn có từ 2-19,9% chưa hiểu đúng về đường lây truyền bệnh, 21,4%-40% chưa biết đầy đủ về các biến chứng của bệnh và đặc biệt là vẫn còn một tỷ lệ lớn chưa hiểu đúng ý nghĩa của các chỉ điểm huyết thanh như HBcAg (74,4%) và HBeAg (93,2%) [102].

1.4. Chiến lược, giải pháp dự phòng lây nhiễm Viêm gan vi rút B

1.4.1. Các kế hoạch chiến lược chung

1.4.1.1. Chiến lược Y tế toàn cầu về Viêm gan vi rút giai đoạn 2016-2021

Năm 2016, Tổ chức Y tế thế giới đã thông qua Chiến lược toàn cầu về phòng chống Viêm gan vi rút 2016-2021, hướng tới chấm dứt Viêm gan vi rút. Chiến lược này đề cập đến tất cả năm loại vi rút viêm gan (Viêm gan A, B, C, D và E), nhưng tập trung đặc biệt vào viêm gan B và C, do mức độ ảnh hưởng lớn đến gánh nặng sức khỏe công cộng [5]. Chiến lược này đặt ra một tầm nhìn toàn cầu về việc ngăn chặn tác hại của viêm gan vi rút và bảo đảm cho tất cả mọi người nhiễm bệnh đều có thể tiếp cận với dịch vụ chăm sóc, điều trị an toàn, hiệu quả với chi phí phải chăng. Chiến lược cũng đặt ra mục tiêu loại bỏ viêm gan vi rút như một mối đe dọa sức khỏe công cộng quan trọng vào năm 2030, cụ thể là đến năm 2030 giảm số trường hợp nhiễm vi rút mạn tính mới hằng năm từ 6-10 triệu xuống còn 0,9 triệu và giảm số tử vong hàng năm do viêm gan mạn tính từ 1,4 triệu xuống dưới 0,5 triệu [5].

Để đạt được mục này, chiến lược tập trung vào 5 định hướng (i) bảo đảm thông tin, bằng chứng cho việc xây dựng chiến lược, kế hoạch hành động; (ii) thiết kế các can thiệp có hiệu quả cao; (iii) bảo đảm công bằng trong cung ứng dịch vụ; (iv) bảo đảm tài chính bền vững; và (v) thúc đẩy đổi mới sáng tạo. Trên cơ sở đó ba nhóm giải pháp lớn được đề xuất, bao gồm: (i) tăng cường nỗ lực phòng chống lây nhiễm viêm gan vi rút như tăng cường chương trình tiêm chủng, tăng cường khai báo và kiểm soát nhiễm vi rút, đồng thời tăng cường tư vấn và giám sát cho người nhiễm; (ii) nâng cao khả năng chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút, bao gồm tăng cường quy trình kiểm tra, điều trị và giám sát người bệnh; và (iii) nâng cao năng lực và cơ sở hạ tầng cho phòng chống viêm gan vi rút, bao gồm nâng cao năng lực của các cơ sở y tế, tăng cường đầu tư, cải thiện các chính sách và quy định liên quan.

Chiến lược cũng đưa ra nhiều chỉ tiêu để đo lường hiệu quả, bao gồm tỷ lệ nhiễm vi rút, tỷ lệ người nhiễm được chẩn đoán và điều trị, số người chết do viêm gan vi rút, và tỷ lệ được tiêm chủng vắc xin phòng bệnh. Chiến lược cũng đề cập đến tầm quan trọng của việc tăng cường hợp tác quốc tế để đạt được mục tiêu này, đặc biệt là việc đẩy mạnh hợp tác quốc tế và đối tác tại các khu vực có nhiễm vi rút viêm gan cao. WHO cũng đã tạo ra các công cụ và khung hành động để hỗ trợ các quốc gia trong việc thực hiện thành công chiến lược toàn cầu về phòng chống viêm gan vi rút.

1.4.1.2. Kế hoạch phòng chống Viêm gan vi rút của Việt Nam 2021-2025

Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 4531/QĐ-BYT ngày 24/9/2021 phê duyệt Kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2021-2025, trong đó phòng chống Viêm gan vi rút B là một nhiệm vụ trọng tâm ưu tiên [103]. Mục tiêu chung của Kế hoạch là giảm lây truyền vi rút viêm gan, giảm tỷ lệ mắc và tử vong do viêm gan vi rút, nhất là với VGB. Các lĩnh vực ưu tiên và hoạt động cụ thể bao gồm:

- Dự phòng lây nhiễm viêm gan vi rút B bằng các biện pháp: (i) Tiêm chủng vắc xin VGB; (ii) Phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con; (iii) Kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở y tế; (iv) Can thiệp giảm tác hại; (v) An toàn truyền máu.

- Tiếp cận chẩn đoán, điều trị Viêm gan vi rút B bằng các biện pháp tăng cường năng lực xét nghiệm, chẩn đoán bệnh; đẩy mạnh việc điều trị cho bệnh nhân nhằm giảm xơ gan, ung thư gan và tử vong do Viêm gan vi rút nói chung và VGB nói riêng.

- Truyền thông nâng cao nhận thức xã hội và vận động chính sách về viêm gan vi rút với việc triển khai các chiến dịch truyền thông nâng cao nhận thức của cộng đồng; và huy động nguồn lực và vận động sự tham gia của chính quyền địa phương, các ban, ngành, tổ chức chính trị, xã hội và cộng

đồng trong việc xây dựng và triển khai các hoạt động phòng chống Viêm gan vi rút [103].

1.4.2. Các biện pháp dự phòng lây nhiễm Viêm gan B

Có 5 chiến lược can thiệp để dự phòng và tiến tới loại trừ HBV. Các chiến lược này bao gồm: (1) tiêm chủng vắc xin phòng bệnh, (2) thực hiện tiêm, truyền, phẫu thuật an toàn, (3) dự phòng lây truyền từ mẹ sang con; (4) can thiệp giảm tác hại ở những đối tượng tiêm chích ma túy; và (5) điều trị cho người nhiễm HBV mạn tính [8]. Ngoài ra, các giải pháp nhằm nâng cao nhận thức của cộng đồng về các biện pháp phòng chống HBV cũng được khuyến cáo, đặc biệt đối với các nước đang phát triển [9].

1.4.2.1. Tiêm vắc xin phòng Viêm gan B

Tiêm vắc xin là giải pháp có hiệu quả nhất để chủ động phòng chống lây nhiễm HBV và các hậu quả nặng nề của nó. Vắc xin phòng VGB an toàn đã được giới thiệu từ năm 1982 và năm 1991 được khuyến nghị tích hợp vào các CTTCMR quốc gia từ năm 1995 ở các nước có tỷ lệ lưu hành $\geq 8\%$ và từ năm 1997 ở các nước có tỷ lệ lưu hành thấp hơn [104]. Để tiện cho việc triển khai CTTCMR, có thể thực hiện lịch tiêm với 4 liều vắc xin VGB gồm 1 liều đơn giá sơ sinh sau đó là 3 liều vắc xin đơn giá hoặc phối hợp có thành phần viêm gan B được sử dụng cùng thời gian như 3 liều vắc xin phòng Bạch hầu, Ho gà và Uốn ván [104].

WHO cũng khuyến nghị tiêm chủng bổ sung cho trẻ lớn hơn đã bỏ qua tiêm chủng khi còn nhỏ. Chiến lược này được cân nhắc trên cơ sở phân tích đầy đủ cả về khía cạnh kinh tế và dịch tễ học [105]. Sau khi đã ưu tiên tiêm vắc xin cho trẻ em, có thể xem xét tiêm chủng cho các nhóm dân số trưởng thành có nguy cơ cao như nhân viên y tế, người tiếp xúc với người dương tính với HBsAg, nam quan hệ tình dục đồng giới, mại dâm, người tiêm chích ma túy, người thường xuyên tiếp xúc với máu và các sản phẩm của máu [105].

Tính đến năm 2018, vắc xin phòng VGB đã được sử dụng trên phạm vi toàn quốc ở 189 nước; tỷ lệ bao phủ 3 liều vắc xin cơ bản đạt 84% trên toàn cầu (so với 1% năm 1990) và lên tới 90% ở các nước khu vực Tây Thái Bình Dương [106]. Riêng tại Đài Loan, chương trình tiêm chủng được bắt đầu từ năm 1984 và đã góp phần làm giảm 78%-87% tỷ lệ hiện nhiễm HBV ở trẻ em [107]. Ở Mỹ, nhờ việc bắt đầu tiêm chủng vắc xin viêm gan B toàn dân vào năm 1991, tỷ lệ nhiễm HBV ở trẻ em giảm 68% trong vòng 10 năm sau đó. Đến năm 2014, tỷ lệ bao phủ vắc xin là 91,4% ở thanh thiếu niên từ 13–17 tuổi; 24,5% ở người trưởng thành 19 tuổi trở lên, 32,2% ở người 19-49 tuổi và 15,7% ở người 50 tuổi trở lên [108].

Một số nghiên cứu trước đây cho thấy một số yếu tố như thiếu khả năng tiếp cận chăm sóc, không có bảo hiểm y tế và sự thiếu tin tưởng vào hệ thống CSSK là rào cản đối với việc tiêm vắc xin phòng VGB [109]. Trong khi đó, những người trẻ hơn, đã kết hôn, có tình trạng kinh tế xã hội cao hơn, có liên hệ gần đây với bác sĩ và quen với các loại vắc xin khác như cúm, viêm gan A là những yếu tố hỗ trợ quan trọng cho việc tiêm vắc xin phòng VGB [110].

Tại Việt Nam, vắc xin phòng VGB chính thức được đưa vào CTTCMR từ năm 1997 và phổ cập cho trẻ sơ sinh từ năm 2003 [111]. Hiện nay, ngoài mũi vắc xin sơ sinh, Việt Nam đang triển khai lịch tiêm 3 liều vắc xin Viêm gan B cơ bản cho trẻ em vào lúc 2, 3, 4 tháng tuổi ở dạng vắc xin phối hợp 5 trong 1. Lịch tiêm 3 mũi cơ bản cho người lớn lần lượt là 0,1,6 tháng. Cả người lớn và trẻ em đều được khuyến cáo tiêm nhắc lại mũi 4 sau 5 năm.

Một nghiên cứu tại Hà Tĩnh (2012) cho thấy có đến 90,4% trẻ em được tiêm đủ 3 mũi vắc xin phòng VGB trở lên, trong đó 87,8% được tiêm đủ mũi và đúng lịch; 71,0% được tiêm mũi vắc xin đầu tiên trước 24 giờ sau khi sinh. Một nghiên cứu khác tại tỉnh Thái Bình (2012) cho thấy tỷ lệ trẻ được tiêm mũi vắc xin phòng VGB đầu tiên trong 24h đầu sau khi sinh đạt 61,7%; cao nhất ở nhóm trẻ 5-7 tuổi (chiếm 96,7%) và thấp nhất ở nhóm trẻ 8-11 tuổi

(41,7%) [112]. Tỷ lệ trẻ em được tiêm vắc xin phòng VGB liều sơ sinh tại Bắc Giang (2015) là 59,1%, trong đó 52,2% tiêm trong vòng 24 giờ đầu [113]; tại Quỳnh Nhai, Sơn La (2019) là 70% với 58,7% trẻ được tiêm trong vòng 24 giờ sau sinh [114] và tại Yên Bái (2017) lên tới 96,1% với 99% trong số đó được tiêm trong 24 giờ sau sinh [115].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các yếu tố nơi sinh, phương pháp sinh, kiến thức của bà mẹ về tiêm vắc xin phòng VGB, đánh giá, tư vấn của cán bộ y tế sau khi sinh, tâm lý lo ngại e dè trong chỉ định tiêm, thời gian tổ chức tiêm chủng có ảnh hưởng tới tình trạng tiêm chủng phòng VGB liều sơ sinh [113]. Các yếu tố liên quan khác là công việc của mẹ, nơi sinh, cân nặng khi sinh và được cán bộ y tế tư vấn [114], tuổi thai khi sinh, cân nặng sơ sinh, thực hiện chống chỉ định và tạm hoãn tiêm vắc xin [115]. Nghiên cứu tại huyện Lương Sơn, tỉnh Hòa Bình (2015) cho thấy 64,2% bà mẹ biết cách phòng bệnh VGB bằng tiêm vắc xin và 25,3% bà mẹ có kiến thức đúng về tiêm liều vắc xin sơ sinh phòng VGB. Trong đó 89,2% biết liều vắc xin sơ sinh phòng VGB được tiêm miễn phí; 76,9% biết liều vắc xin này tiêm tốt nhất trong 24h đầu sau khi sinh (76,9%). Chỉ có 12,1%-45,2% bà mẹ có kiến thức đúng về các phản ứng trẻ có thể gặp sau tiêm [96].

1.4.2.2. Bảo đảm an toàn trong tiêm truyền, thủ thuật và phẫu thuật

Có thể ngăn chặn sự lây truyền của HBV trong các cơ sở y tế thông qua việc áp dụng nghiêm ngặt các biện pháp phòng ngừa chung cho tất cả các can thiệp y tế xâm lấn, thúc đẩy các biện pháp an toàn tiêm và đặc biệt là đảm bảo cung cấp các sản phẩm máu an toàn [8]. Trong những năm qua, nguy cơ lây truyền HBV đã được giảm dần thông qua việc lựa chọn người hiến máu dựa trên đánh giá hành vi nguy cơ, các xét nghiệm HBsAg ngày càng nhạy cảm hơn, việc sử dụng sàng lọc kháng thể anti-HBc ở một số quốc gia lưu hành bệnh thấp, và việc triển khai xét nghiệm axit nucleic của HBV gần đây [116].

Mặc dù vậy, rủi ro lây nhiễm HBV qua truyền máu vẫn chưa thể được loại trừ hoàn toàn do nguy cơ liên quan đến giai đoạn cửa sổ và nhiễm HBV ẩn [117]. Ở những khu vực có nguồn lực hạn chế, tỷ lệ nhiễm HBV ở người cho máu cao, song tình trạng thiếu các xét nghiệm sàng lọc có độ chính xác cao làm hạn chế khả năng giảm nguy cơ lây truyền HBV qua truyền máu [118]. Một số nghiên cứu cũng cho thấy cần thực hiện lồng ghép các chương trình phòng chống viêm gan vi rút với các dịch vụ phòng chống HIV, Lao và bệnh lây truyền qua đường tình dục nhằm mang lại hiệu quả cao [119].

1.4.2.3. Các biện pháp dự phòng lây truyền từ mẹ sang con

Lây truyền dọc từ mẹ sang con là con đường lây nhiễm chính ở các khu vực có tỷ lệ nhiễm HBV cao bởi vậy, dự phòng lây truyền từ mẹ sang con là một giải pháp then chốt để hoàn thành mục tiêu loại trừ căn bệnh này [120]. Phụ nữ mang thai có HBsAg (+) được khuyến cáo nên tiêm globulin miễn dịch VGB (HBIG) và vắc xin VGB cho trẻ sơ sinh trong vòng 12-24 giờ sau khi sinh để tạo miễn dịch thụ động và chủ động đồng thời [121],[122].

Liều vắc xin VGB sơ sinh đặc biệt quan trọng ở những khu vực có tỷ lệ cao các bà mẹ có HBsAg và HBeAg cùng dương tính như ở Trung Quốc, Đông Nam Á. Ở những khu vực này, hiệu quả của vắc xin VGB có thể giảm xuống chỉ còn 50% đến 75% nếu thiếu liều vắc xin sơ sinh [123]. Nguy cơ lây truyền từ những bà mẹ có HBsAg (+) có thể giảm đáng kể nếu kết hợp liều vắc xin VGB sơ sinh và HBIG. Nghiên cứu của Huang (2020) cho thấy vắc xin VGB và HBIG được sử dụng sớm trong vòng một giờ sau sinh có thể mang lại hiệu quả bảo vệ tốt hơn chống lại sự lây truyền của HBV từ mẹ sang con [124]. Tuy nhiên, việc sử dụng HBIG thường chỉ có hiệu quả khi kết hợp với một chương trình sàng lọc VGB trước sinh toàn diện [125].

Tính đến năm 2012 chỉ mới có 52% các quốc gia khuyến nghị tiêm liều vắc xin HBV đầu tiên trong vòng 24 giờ sau khi sinh. Đến năm 2018, liều vắc

xin viêm gan B sơ sinh đã được giới thiệu ở 108 quốc gia với tỷ lệ bao phủ toàn cầu ước tính là 42% (so với 28% năm 2010), đạt cao nhất 83% ở Tây Thái Bình Dương và thấp nhất ở châu Phi với chỉ 4% [106].

Bên cạnh việc tạo miễn dịch cho trẻ, điều trị dự phòng thuốc kháng vi rút như tenofovir cho bà mẹ cũng được tính đến như là một giải pháp nhằm tăng cường hiệu quả dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con [126]. Một thử nghiệm lâm sàng mù đôi, đa trung tâm được Jourdain thực hiện ở Thái Lan (2018) cho thấy kết quả ban đầu ở nhóm dùng TDF không có trẻ nào bị nhiễm HBV so với 3 trẻ (2%) ở nhóm dùng giả dược mặc dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê [127]. Trong khi nghiên cứu của Yin ở Trung Quốc (2020) cho thấy việc kết hợp cả dự phòng miễn dịch và dùng thuốc trên 905 phụ nữ mang thai có HBsAg (+) đã giúp giảm tỷ lệ lây truyền từ mẹ sang con chỉ còn 0,9% mà không làm tăng các biến cố như dị tật bẩm sinh ở trẻ [128].

1.4.2.4. Các can thiệp giảm tác hại ở đối tượng tiêm chích ma túy

Với các đối tượng tiêm chích ma túy, tiêm vắc xin phòng bệnh, đảm bảo tiếp cận với dụng cụ tiêm chích vô trùng, điều trị thay thế nghiện chất ma túy dạng thuốc phiện là các biện pháp có hiệu quả để ngăn ngừa và kiểm soát việc lây truyền HBV [8]. Tiêm vắc xin phòng VGB là biện pháp có hiệu quả và có thể thực hiện ngay tại tuyến cơ sở [129], tuy nhiên, tỷ lệ tiêm chủng thấp trên đối tượng những người tiêm chích ma túy thấp được ghi nhận ở Tây Ban Nha [130] cũng như ở Francisco, Hoa Kỳ [131].

Trong khi đó, chương trình cung cấp bơm kim tiêm được chấp nhận rộng rãi hơn, tiếp cận được với những người sử dụng ma túy có nguy cơ cao ở Kabul [132] và tỏ ra có hiệu quả thúc đẩy những người nghiện tham gia điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện và từ đó giảm việc sử dụng và tiêm chích ma túy ở Baltimore [133]. Các biện pháp can thiệp giảm tác hại bao gồm điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện bằng methadone, cung cấp

bơm kim tiêm, tư vấn cai nghiện và khuyến mại bao cao su đã giúp tỷ lệ mắc HBV ở Tứ Xuyên, Trung Quốc giảm đáng kể từ 14,2 xuống 8,8 trường hợp trên 100 người-năm [134]. Kết quả nghiên cứu ở Atlanta, Hoa Kỳ (2018) cho thấy các can thiệp giảm tác hại bao gồm hành vi tình dục an toàn và sử dụng bao cao su giúp cải thiện cả về kiến thức, thái độ và thực hành dự phòng VGB ở đối tượng phụ nữ tiêm chích ma túy gốc Phi vô gia cư [135].

1.4.2.5. Điều trị người nhiễm HBV mạn tính

Mục tiêu cuối cùng của điều trị VGB mạn tính là làm giảm nguy cơ tiến triển thành xơ gan và các biến chứng như ung thư biểu mô tế bào gan. Mặt khác, việc điều trị VGB mạn tính còn góp phần giảm nguy cơ lây nhiễm HBV nhờ loại trừ DNA của vi rút. Có hai chiến lược điều trị chính là sử dụng thuốc kháng vi rút và điều trị bằng interferon. Cả hai chiến lược đều có thể đạt được đáp ứng vi rút học và trong một số ít trường hợp, đáp ứng huyết thanh học nhưng điều trị bằng thuốc kháng vi rút được sử dụng rộng rãi hơn nhờ tính sẵn có và chi phí hợp lý thấp hơn [136].

Trong số các thuốc kháng vi rút hiện có, Tenofovir và Entecavir đang được sử dụng như là các lựa chọn điều trị hàng đầu vì tính hiệu quả và tính an toàn cao. Liệu trình điều trị thường phải kéo dài và được quyết định dựa trên đánh giá lâm sàng tùy theo giai đoạn nhiễm HBV mạn và sự hiện diện và mức độ tổn thương gan [7]. Theo khuyến cáo của WHO, việc điều trị thuốc kháng vi rút được ưu tiên ở tất cả người lớn, thanh thiếu niên và trẻ em bị VGB mạn có bằng chứng lâm sàng xơ gan còn bù hoặc xơ gan mất bù bất kể mức ALT, tình trạng HBeAg hoặc mức tải lượng vi rút. Việc điều trị cũng được khuyến cáo cho người lớn >30 tuổi mắc VGB mạn không có bằng chứng lâm sàng về xơ gan, có mức ALT bất thường kéo dài và bằng chứng sao chép HBV ở mức độ cao (tải lượng vi rút > 20.000 IU/mL), bất kể tình trạng HBeAg [137].

Ước tính năm 2016, mới chỉ có khoảng 4,8 triệu trong số 94 triệu người mắc VGB mạn có nhu cầu (32% tổng số người nhiễm HBV mạn) được điều trị thuốc kháng vi rút, trong đó riêng Trung Quốc đã chiếm đến 3,5 triệu [7]. Với sự phát triển của các loại thuốc kháng vi rút mới, việc quản lý điều trị VGB mạn đã đạt được nhiều tiến bộ đáng kể trong thập kỷ vừa qua. Mặc dù vậy, gánh nặng tài chính và tình trạng kháng thuốc vẫn là những thách thức trong việc điều trị VGB mạn, đòi hỏi phải thiết lập các chiến lược cá nhân hoá trong thực hành lâm sàng quản lý điều trị bệnh nhân [138].

Kết quả nghiên cứu cho thấy vẫn còn một chặng đường dài để có thể đạt được mục tiêu chung 80% những người VGB mạn tính có chỉ định trên toàn cầu được điều trị với thuốc kháng vi rút. Bên cạnh đó, mặc dù các loại thuốc hiện có làm giảm nguy cơ tiến triển của bệnh gan, nhưng chúng không thể loại bỏ dứt điểm HBV cũng như các biến chứng của nó, và cần phải có những lựa chọn điều trị mới. Vì vậy, phòng ngừa lây nhiễm HBV vẫn là chiến lược hiệu quả nhất để đạt được kiểm soát bệnh [139].

Tại Việt Nam, áp dụng theo khuyến cáo của WHO, chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút cho bệnh nhân VGB mạn tính dựa trên 3 yếu tố: nồng độ ALT, tải lượng HBV DNA và mức độ xơ hóa gan. Thuốc điều trị gồm 4 loại chính, trong đó có 3 nhóm thuốc kháng vi rút nucleotide analogues là: Tenofovir disoproxil fumarate (TDF), Entecavir (ETV), Tenofovir alafenamide (TAF) và 1 thuốc nhóm interferon là Peg-IFN- α -2a (cho người lớn) và IFN- α -2b (cho trẻ em) [24].

1.4.2.6. Truyền thông giáo dục sức khoẻ nâng cao nhận thức của cộng đồng

Nâng cao nhận thức của cộng đồng về bệnh là một biện pháp có hiệu quả để giảm tỷ lệ mắc VGB trong cộng đồng. Nhiều mô hình can thiệp TT-GDSK đã được áp dụng và mang lại hiệu quả tích cực trong việc nâng cao

kiến thức và cải thiện thái độ và thực hành của cả người dân và nhân viên y tế trong phòng chống VGB như được trình bày ở phần tiếp theo.

1.5. Tình hình nghiên cứu can thiệp TT-GDSK dự phòng lây nhiễm HBV

1.5.1. Trên thế giới

Tại Mỹ, Juon và cộng sự (2013) đã tiến hành nghiên cứu với mục đích đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp giáo dục về HBV trong việc nâng cao kiến thức về phòng chống lây nhiễm bệnh ở Baltimore. Nhóm can thiệp nhận được một chương trình giáo dục kéo dài 30 phút về các nội dung liên quan đến lây nhiễm HBV. Kết quả theo dõi sau 6 tháng can thiệp cho thấy điểm kiến thức đã được cải thiện rõ rệt ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng (chênh lệch giữa hai nhóm là 1,44 đối với kiến thức về các phương thức lây truyền và 0,59 đối với di chứng, $p < 0,01$); kiến thức về các phương thức lây truyền HBV ở nhóm can thiệp tăng từ 2,07 lên 4,18 với $p < 0,01$ [13]. Tương tự, một nghiên cứu ở Maryland (2010) cho thấy việc cung cấp các bài giảng về bệnh VGB không chỉ giúp cải thiện kiến thức của người Mỹ gốc Á về bệnh mà còn làm tăng tỷ lệ tham gia sàng lọc phát hiện bệnh sớm và tiêm vắc xin phòng bệnh [9].

Hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe cũng đã giúp cải thiện kiến thức và thái độ phòng chống VGB trong một nghiên cứu trên đối tượng quân nhân Ả rập Xê út (2012) [140]. Can thiệp giáo dục phòng chống VGB cho thấy sự cải thiện đáng kể đối với kiến thức của bệnh nhân về bệnh tật, hành vi của họ (bao gồm cả xét nghiệm và tiêm chủng), sự sẵn sàng bắt đầu và tuân thủ điều trị. Các can thiệp giáo dục đa phương thức, phức tạp hơn dường như tạo ra những thay đổi tích cực về hành vi làm tăng tỷ lệ xét nghiệm, tiêm chủng và điều trị [141]. Đối với bệnh nhân VGB mạn tính, can thiệp giáo dục cũng giúp cải thiện đáng kể kiến thức về bệnh, dẫn đến cải thiện việc theo dõi quản lý, dự phòng và điều trị thích hợp [142].

Với nhân viên y tế, một chương trình đào tạo trực tuyến về HBV đã được xây dựng ở Úc bằng cách sử dụng kết hợp văn bản, phim hoạt hình, hình ảnh minh họa, sơ đồ, bảng biểu. Kết quả cho thấy, chương trình can thiệp đã nâng cao rõ rệt kiến thức của nhân viên y tế trong đánh giá và quản lý bệnh nhân và góp phần cải thiện khả năng tiếp cận điều trị của người bệnh [143]. Việc kết hợp hình ảnh với văn bản là một xu hướng văn hóa mới có thể được tích hợp vào đào tạo y tế vì chúng có thể truyền tải thông điệp theo những cách mà các văn bản đơn thuần không làm được [144].

Một nghiên cứu can thiệp giáo dục sức khỏe cho nhân viên y tế qua điện thoại ở Baltimore, Mỹ (2016) đã giúp những người trong nhóm can thiệp tăng khả năng được tiêm 1 hoặc nhiều loại vắc xin và có nhiều khả năng hoàn thành liệu trình tiêm chủng hơn so với nhóm đối chứng. Rào cản quan trọng nhất đối với việc tiêm vắc xin phòng VGB là thiếu thời gian để tiêm phòng. Những yếu tố thúc đẩy quan trọng nhất để thực hiện tiêm chủng là tác động của chương trình can thiệp và động lực bản thân [145].

Một can thiệp giáo dục có cấu trúc đã được tiến hành như một phần của khóa đào tạo lồng ghép chăm sóc HIV/VGB cho NVYT ở vùng Tây sông Nile của Uganda đã giúp nâng cao kiến thức về HBV và cách phòng ngừa cũng như thái độ tích cực hơn đối với bệnh nhân VGB. Cách tiếp cận này có thể được nhân rộng ở các cơ sở khác, như một chiến lược y tế công cộng nhằm tăng cường nỗ lực loại trừ HBV [146].

Tương tự, một khóa đào tạo trực tuyến miễn phí bằng tiếng Trung - "KnowHBV" đã được xây dựng ở Sơn Đông, Trung Quốc dành cho các bác sĩ và y tá chăm sóc ban đầu tại các bệnh viện và phòng khám trong cộng đồng. Kết quả cho thấy tỷ lệ học viên trả lời đúng tất cả các câu hỏi trắc nghiệm đã tăng từ 19,7% trước khi tham gia khóa học lên 42,4% sau khi hoàn thành khóa học lần đầu. Hơn 90% người tham gia đã đánh giá khóa học là 'tốt' hoặc 'rất tốt'; hơn 94% nhận thấy thiết kế hướng dẫn khóa học hữu ích [147].

1.5.2. Ở Việt Nam

Trong Kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2021-2025, Bộ Y tế cũng đã coi can thiệp truyền thông giáo dục nâng cao nhận thức về các biện pháp dự phòng bệnh VGB là một trong những giải pháp quan trọng để giảm tỷ lệ lây nhiễm trong cộng đồng [103]. Ngoài ra, cũng đã một số nghiên cứu can thiệp TT-GDSK mang lại hiệu quả tích cực trong việc thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV.

Từ kết quả nghiên cứu của mình, Gish khuyến cáo cần phải đặt ra một cách tiếp cận toàn diện bao gồm giáo dục rộng rãi cho người dân và cán bộ y tế, đồng thời mở rộng sàng lọc VGB, tiêm vắc xin phòng bệnh, điều trị VGB mạn tính, giảm lây nhiễm liên quan đến tái sử dụng bơm kim tiêm, dụng cụ sắc nhọn, dao cạo và dụng cụ y tế không được khử trùng đầy đủ [32].

Tại Thừa Thiên Huế, nghiên cứu của Ngô Viết Lộc (2011) cho thấy sau 18 tháng can thiệp cộng đồng chủ yếu bằng biện pháp TT-GDSK, các tỷ lệ tiếp cận thông tin về HBV, tỷ lệ kiến thức chung về bệnh VGB và tỷ lệ kiến thức đúng về sự nguy hiểm của nhiễm HBV ở nhóm can thiệp đều được cải thiện so với trước can thiệp và đều cao hơn có ý nghĩa thống kê nhóm chứng [148]. Tại Tiền Giang, tác giả Tạ Văn Trâm tại Tiền Giang (2018) cho thấy sau 18 tháng can thiệp TT-GDSK cộng đồng, tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về sự nguy hiểm của nhiễm HBV ở nhóm can thiệp là 55,6%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (25%). Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HBV ở nhóm can thiệp là 96,8% so với nhóm chứng là 93,1%. Tỷ lệ biết cách phát hiện bệnh VGB của người dân ở nhóm can thiệp là 87,5%, cao hơn so với nhóm chứng là 80,0% [149].

Tại 4 tỉnh khu vực Tây Nguyên, nghiên cứu Phạm Ngọc Thanh (2021) triển khai hoạt động can thiệp tập trung vào mảng truyền thông nhằm cải thiện kiến thức và hành vi của cộng đồng trong việc phòng lây nhiễm HBV. Kết quả cho thấy, các hoạt động can thiệp đã cải thiện kiến thức phòng ngừa lây

nhiễm HBV của người dân nhóm can thiệp tăng từ 10,9% (trước can thiệp) lên 63,2% (sau can thiệp). Mức thay đổi về kiến thức giữa trước và sau khi can thiệp giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng ở mức 51,4%. Các hoạt động can thiệp đã cải thiện hành vi phòng ngừa lây nhiễm HBV của người dân nhóm can thiệp tăng từ 2,7% (trước can thiệp) lên 30,5% (sau can thiệp). Mức thay đổi về hành vi giữa trước và sau khi can thiệp giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng ở mức 27,3% [150].

Nghiên cứu của tác giả Vũ Đình Sơn và cộng sự nhằm đánh giá sự thay đổi kiến thức về phòng bệnh VGB của người dân sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại xã Trung Nguyên, huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018 cho thấy điểm trung bình kiến thức tăng có ý nghĩa thống kê đạt $28,10 \pm 3,14$ điểm ngay sau can thiệp và còn duy trì khá cao sau can thiệp 3 tháng với $23,45 \pm 3,40$ điểm so với $16,88 \pm 4,79$ điểm ở trước can thiệp ($p < 0,05$). Ngay sau can thiệp tỷ lệ người dân có kiến thức đạt cũng tăng lên rõ rệt với 91,4% và còn duy trì ở mức 63,6% sau can thiệp 3 tháng so với 16,7% trước can thiệp ($p < 0,01$) [151].

Trên đối tượng nhân viên y tế, nghiên cứu của Nguyễn Quang Tập (2007) tại 3 bệnh viện thành phố Hải Phòng cho thấy can thiệp TT-GDSK đã thành công trong cải thiện chất lượng phòng lây nhiễm HBV. Kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV được nâng cao rõ rệt giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng với 8/14 chỉ số về kiến thức, 6/15 chỉ số về thực hành được cải thiện ở nhóm điều dưỡng, 4/6 chỉ số về kiến thức và 4/4 chỉ số về thực hành cải thiện ở cả 2 đối tượng bác sĩ và điều dưỡng. Tỷ lệ lây nhiễm HBV mới ở nhóm can thiệp (1,3%), thấp hơn nhóm chứng (2,5%) [152].

Tuy nhiên, tại Quảng Bình, theo chúng tôi được biết, chưa có các nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ và hành vi phòng chống lây nhiễm HBV trong cộng đồng. Trong nghiên cứu này, để tăng hiệu quả hoạt động TT-GDSK, chúng tôi kết hợp cả các hình thức truyền thông trực tiếp bằng các buổi nói chuyện thông qua các cuộc họp với các hình

thức truyền thông gián tiếp qua các tờ rơi, panô, áp phích, tuyên truyền qua hệ thống loa truyền thanh của các xã.

1.6. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại tỉnh Quảng Bình, nơi có vị trí hẹp nhất theo chiều ngang của Việt Nam với bờ biển dài 116,04 km (Hình 1.4)

Quảng Bình có diện tích tự nhiên 8.065 km², địa hình đa dạng với hai vùng chính là đồi núi và đồng bằng ven biển. Tỉnh có 08 đơn vị hành chính gồm 01 thành phố (Đồng Hới), 01 thị xã (Ba Đồn) và 06 huyện, trong đó có 01 huyện miền núi rẻo cao (Minh Hóa), 01 huyện miền núi trung du (Tuyên Hóa), 01 huyện đồng bằng ven biển (Quảng Trạch) và 03 huyện có cả vùng cao biên giới, trung du và đồng bằng ven biển (Bố Trạch, Quảng Ninh, Lệ Thủy). Toàn tỉnh có 151 xã, phường, thị trấn và 1240 thôn/bản [153].



Nguồn: Cổng Thông tin điện tử tỉnh Quảng Bình (<https://quangbinh.gov.vn/chi-tiet-tin/-/view-article/1/3500113527739416277/13883632217997>)

Hình 1.4. Bản đồ các huyện, thị xã, thành phố tỉnh Quảng Bình

Dân số trung bình năm 2022 của tỉnh Quảng Bình là 913.862 người với 76,83% sống ở nông thôn, gồm 26 dân tộc, trong đó người Kinh chiếm 91%,

còn lại là các dân tộc thiểu số như: Bru, Vân Kiều, Chứt,... Lực lượng lao động từ 15 tuổi trở lên của tỉnh Quảng Bình đạt 434.769 người, với cơ cấu kinh tế bao gồm khu vực nông, lâm nghiệp và thủy sản chiếm 20,12%, khu vực công nghiệp - xây dựng chiếm 27,02%, khu vực dịch vụ chiếm 49,40%, thuế sản phẩm trừ trợ cấp sản phẩm chiếm 3,46%. GRDP bình quân đầu người năm 2022 đạt 54,72 triệu đồng, tương đương 2.357 USD Mỹ [153].

Nghiên cứu lựa chọn có chủ đích 02 huyện đại diện cho hai khu vực địa lý chính của tỉnh là Minh Hoá đại diện cho khu vực miền núi và Quảng Trạch đại diện cho khu vực đồng bằng ven biển.

Minh Hóa là một huyện miền núi vùng cao nằm về phía Tây Bắc của tỉnh với diện tích khoảng 1.394 km², dân số năm 2022 là 52.094 người, được phân chia thành 16 đơn vị hành chính cấp xã, trong đó dân tộc Kinh chiếm đa số và các dân tộc ít người như Chứt, Bru - Vân Kiều sinh sống tập trung ở các xã biên giới [153].

Quảng Trạch là một huyện thuộc phía Bắc của tỉnh với diện tích khoảng 448 km², dân số năm 2022 là 111.840 người, gồm 17 xã [153].

Nghiên cứu được thực hiện tại xã Hóa Tiến và Quy Hóa của huyện Minh Hóa; Cảnh Dương và Quảng Phú của huyện Quảng Trạch.

Chương 2.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1.1. Đối tượng nghiên cứu cắt ngang: Mục tiêu 1 và 2

Là những người dân trong độ tuổi từ 20 - 60 đang sinh sống tại 04 xã được chọn tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trong độ tuổi nghiên cứu (20 - 60 tuổi) tại thời điểm điều tra
- Có hộ khẩu hoặc thường trú tại 04 xã được chọn
- Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không có mặt tại địa phương trong thời gian nghiên cứu
- Đang điều trị các bệnh lý về máu, lao ...
- Không có khả năng trả lời phỏng vấn.

2.1.1.2. Đối tượng nghiên cứu can thiệp: Mục tiêu 3

Có ba nhóm đối tượng trong nghiên cứu can thiệp, gồm:

Đối tượng tiếp nhận can thiệp

Là toàn bộ người dân trên địa bàn hai xã thuộc nhóm can thiệp (xã Hoá Tiến và xã Cảnh Dương), trong đó tập trung vào nhóm đối tượng đích của nghiên cứu là những người trong độ tuổi 20 - 60 như trong 2 mục tiêu đầu. Theo số liệu thống kê tại thời điểm triển khai nghiên cứu, hai xã can thiệp có tổng cộng 12.006 người dân (3.148 ở Hoá Tiến và 8.858 ở Cảnh Dương), trong đó 7.079 người trong độ tuổi 20-60 (1.741 ở Hoá Tiến và 5.338 ở Cảnh Dương) là đối tượng đích tiếp nhận các hoạt động can thiệp TT-GDSK.

Đối tượng can thiệp trung gian

Là cán bộ lãnh đạo cấp xã (các phó chủ tịch: Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân xã); các tổ chức đoàn thể (chủ tịch: Ủy ban Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, Hội Liên hiệp phụ nữ, Hội Nông dân, Hội Cựu chiến binh, bí thư Đoàn Thanh niên); cán bộ văn hóa xã, giáo viên phụ trách đoàn đội, cán bộ y tế học đường các trường học và cán bộ y tế của các thôn, xã trong các xã thuộc nhóm can thiệp ở hai huyện nghiên cứu. Các đối tượng này được tập huấn về HBV và các biện pháp dự phòng lây nhiễm HBV để làm cộng tác viên truyền thông, vừa gián tiếp thực hiện các hoạt động can thiệp TT-GDSK trong nghiên cứu vừa duy trì hiệu quả hoạt động nhằm bảo đảm tính bền vững sau can thiệp. Tiêu chuẩn chọn là những người đã tốt nghiệp phổ thông trung học trở lên, đồng ý tự nguyện tham gia và có thời gian tham gia các hoạt động can thiệp trong nghiên cứu. Tổng cộng có 168 lượt người được đào tạo (76 ở Hoá Tiến và 92 ở Cảnh Dương), 97 người (43 ở Hoá Tiến và 54 ở Cảnh Dương) được tuyển chọn làm cộng tác viên truyền thông và tham gia các hoạt động can thiệp trong nghiên cứu.

Đối tượng đánh giá sau can thiệp

Là những người dân từ 20-60 tuổi tại 4 xã tham gia nghiên cứu (cả xã can thiệp và xã đối chứng). Việc điều tra, đánh giá hiệu quả sau can thiệp tương tự như trong điều tra nghiên cứu cắt ngang đã được mô tả tại điểm 2.1.1.1.

Đối tượng nghiên cứu tập trung vào những người từ 20-60 tuổi sinh sống trên địa bàn 04 xã được chọn tham gia nghiên cứu tại hai huyện Minh Hoá và Quảng Trạch tỉnh Quảng Bình, độ tuổi hầu như chưa được tiêm vắc xin phòng VGB trong CTTCMR, là đối tượng ưu tiên trong chiến lược dự phòng và giảm thiểu gánh nặng do HBV [8]. Ngoài ra, trong mục tiêu nghiên

cứ thứ 3 còn có thêm một số đối tượng khác tham gia vào các hoạt động can thiệp.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại hai huyện Minh Hoá đại diện cho huyện miền núi (gồm hai xã Hoá Tiến và Quy Hoá) và Quảng Trạch đại diện cho huyện ven biển (gồm hai xã Cảnh Dương và Quảng Phú) của tỉnh Quảng Bình. Trong đó các xã can thiệp là Hoá Tiến và Cảnh Dương, các xã đối chứng là Quy Hoá và Quảng Phú.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai từ tháng 1/2018 - 12/2019, bao gồm nhiều giai đoạn được mô tả chi tiết ở phần phương pháp nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp TT-GDSK trong việc nâng cao kiến thức, cải thiện thực hành của người dân trong dự phòng lây nhiễm HBV (mục tiêu nghiên cứu 3). Nghiên cứu được triển khai qua ba giai đoạn:

- *Giai đoạn 1:* Chuẩn bị và điều tra mô tả cắt ngang ban đầu, được thực hiện từ tháng 01-08/2018 trên toàn bộ 4 xã tham gia nghiên cứu, phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu thứ nhất về tình trạng nhiễm HBV và mục tiêu nghiên cứu thứ hai về thực trạng kiến thức, thực hành của người dân trong dự phòng lây nhiễm HBV.
- *Giai đoạn 2:* Triển khai các hoạt động can thiệp TT-GDSK về dự phòng lây nhiễm HBV trong thời gian từ tháng 09/2018 đến 10/2019 tại 2 xã can thiệp được chọn trong số 4 xã tham gia nghiên cứu.
- *Giai đoạn 3:* Điều tra cắt ngang sau can thiệp, thực hiện trong tháng 11-12/2019 trên toàn bộ 4 xã tham gia nghiên cứu với quy trình và nội dung

như điều tra ban đầu trước can thiệp. Kết quả điều tra sau can thiệp được so sánh giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng và so sánh với kết quả trước can thiệp trong cùng nhóm.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu cắt ngang

Áp dụng chung công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu cắt ngang xác định một tỷ lệ cho cả hai mục tiêu 1 và 2:

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

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu (đôi tượng 20-60 tuổi)
- α : Mức ý nghĩa thống kê
- d: Mức sai lệch chính xác mong ước giữa tỷ lệ thu được từ mẫu nghiên cứu và tỷ lệ thực của quần thể.
- Z: Là trị số của hàm phân phối chuẩn, với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.
- + Cỡ mẫu xác định cho mục tiêu 1:
- p: Tỷ lệ nhiễm HBV theo một nghiên cứu trước đó tại Quảng Bình [154] là 0,12 và lấy $d=0,02$ (hay 2%).

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,12 \times 0,88}{(0,02)^2} \approx 1.015$$

+ Cỡ mẫu xác định cho mục tiêu 2:

- p: Tỷ lệ hiểu đúng về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HBV theo một nghiên cứu trước đây của Ngô Viết Lộc ở Thừa Thiên Huế là xấp xỉ 30% [148] và $d=0,03$ (hay 3%).

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,3 \times 0,7}{(0,03)^2} \approx 896$$

Để thuận tiện cho việc điều tra thu thập thông tin, chúng tôi sử dụng cỡ mẫu tối thiểu cho cả 2 mục tiêu là 1.015 người, đồng thời chọn thêm 10% dự

phòng cho những trường hợp đi vắng mặt, từ chối hoặc không đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Như vậy, cỡ mẫu tổng cộng cho điều tra cắt ngang ban đầu là 1.120 người 20-60 tuổi, tương ứng với mỗi xã là 280 người.

Cỡ mẫu can thiệp cộng đồng cho mục tiêu 3

Cỡ mẫu đánh giá sau can thiệp được tính toán dựa trên giả thuyết nghiên cứu mong muốn sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu về kiến thức, thực hành liên quan đến bệnh VGB sau can thiệp. Do thời gian triển khai nghiên cứu không dài nên chúng tôi tập trung vào đánh giá sự cải thiện về kiến thức, thông qua một chỉ số quan trọng là kiến thức về dự phòng lây nhiễm HBV. Theo đó, cỡ mẫu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng được áp dụng theo công thức sau:

$$n_1 = n_2 = \frac{\left(\frac{Z_{\alpha}}{2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Trong đó:

- n_1 và n_2 : Cỡ mẫu tối thiểu của mỗi nhóm nghiên cứu (can thiệp và đối chứng) với số lượng bằng nhau.

- α là sai lầm loại I, chọn $\alpha = 0,05$ tương ứng với độ tin cậy là 95%;
 $Z_{\alpha/2} = 1,96$

- β là sai lầm loại II, chọn $\beta = 0,20$ tương ứng với hiệu lực mẫu 80%;
 $Z_{\beta} = 0,80$.

- p_1 và p_2 : Tỷ lệ có kiến thức đúng về các biện pháp dự phòng VGB sau can thiệp, lần lượt ở nhóm chứng và nhóm can thiệp.

- p : Là trung bình của hai tỷ lệ p_1 và p_2 hay $p = (p_1 + p_2) / 2$

Dựa trên kết quả nghiên cứu can thiệp của Ngô Việt Lộc ở tỉnh Thừa Thiên - Huế năm 2011 cho thấy tỷ lệ có kiến thức đúng về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HBV sau can thiệp ở nhóm chứng và nhóm can thiệp lần lượt là 29,98% và 42,23% [148] chúng tôi ước tính p_1 và p_2 trong nghiên cứu

này lần lượt là 0,3 và 0,4. Thay vào công thức chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm là $n \approx 408$ đối tượng, tổng hai nhóm là 816.

Để thuận tiện cho việc triển khai điều tra thu thập thông tin cũng như đánh giá hiệu quả can thiệp, chúng tôi sử dụng luôn cỡ mẫu 1.120 đối tượng, trong đó mỗi nhóm can thiệp và nhóm chứng sẽ có 560 đối tượng được điều tra, cả trước và sau can thiệp, tương ứng 280 đối tượng/xã tương tự như trong điều tra ban đầu cho mục tiêu 1 và mục tiêu 2.

Sau 12 tháng can thiệp, danh sách những người 20-60 tuổi còn sống trên địa bàn bốn xã được cập nhật lại để làm khung mẫu cho điều tra sau can thiệp.

Phương pháp chọn mẫu điều tra cắt ngang

Kết hợp cả kỹ thuật chọn mẫu xác suất và chọn mẫu không xác suất qua ba giai đoạn:

Chọn huyện: Chọn có chủ đích một huyện miền núi là Minh Hoá và một huyện ven biển là Quảng Trạch như mô tả trong phần địa bàn nghiên cứu.

Chọn xã: Để thuận tiện cho việc kết hợp với chọn mẫu điều tra can thiệp về sau, tại mỗi huyện chúng tôi lập danh sách và ghép cặp các xã có điều kiện kinh tế xã hội gần giống nhau và có vị trí địa lý cách xa nhau thành tám cặp xã ở huyện Minh Hoá và chín cặp xã ở huyện Quảng Trạch. Sau đó, tiến hành bốc thăm để chọn ngẫu nhiên một cặp xã tham gia nghiên cứu ở mỗi huyện. Kết quả có 4 xã đã được chọn tham gia nghiên cứu, bao gồm Hoá Tiến và Quy Hoá ở huyện Minh Hoá và Cảnh Dương và Quảng Phú ở huyện Quảng Trạch.

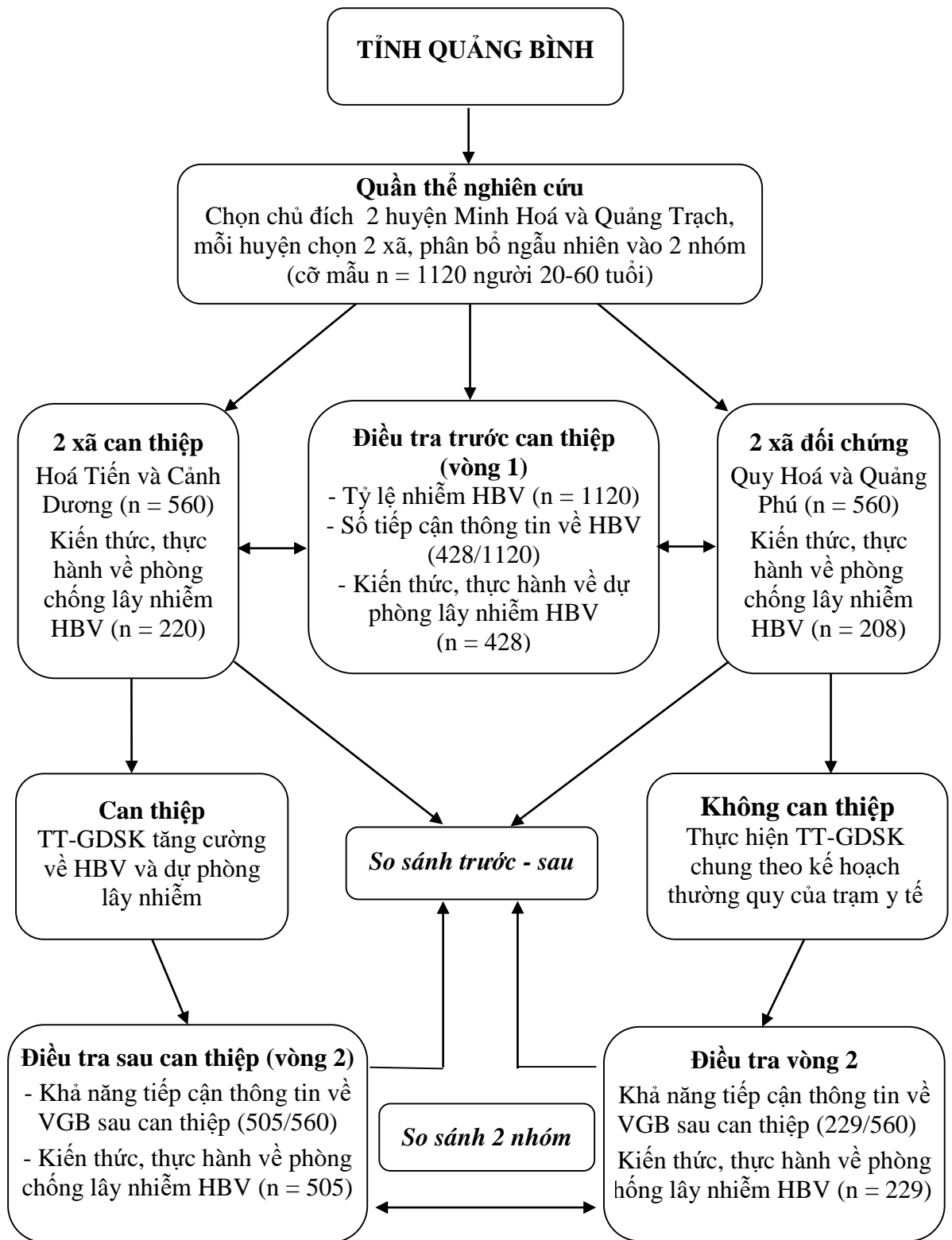
Chọn đối tượng: Tại mỗi xã, chọn điểm xuất phát từ một ngã ba, ngã tư gần trạm y tế, thực hiện quay bút chọn một hướng đi sau đó thực hiện việc điều tra nhà kế nhà để điều tra phỏng vấn cho đến có đủ 280 người/xã. Nếu

trong hộ gia đình có từ 2 người trở lên trong độ tuổi 20-60 đủ tiêu chuẩn thì thực hiện bốc thăm để chọn ngẫu nhiên chỉ một người tham gia.

Phương pháp chọn mẫu can thiệp cộng đồng

Sau khi bốc thăm chọn ngẫu nhiên 02 cặp xã (mỗi cặp gồm 02 xã có điều kiện kinh tế xã hội tương đồng), tiếp tục lựa chọn ngẫu nhiên một xã cho can thiệp và một xã đối chứng. Kết quả Hoá Tiến (Minh Hoá) và Cảnh Dương (Quảng Trạch) được chọn làm các xã can thiệp, Quy Hoá và Quảng Phú được chọn là các xã đối chứng.

Sau can thiệp, tại mỗi xã, bốc thăm chọn điểm xuất phát và thực hiện điều tra nhà kế nhà để phỏng vấn người 20 - 60 tuổi cho đến có đủ 280 đối tượng/xã. Nếu trong hộ gia đình có từ 2 người trở lên đủ tiêu chuẩn thì chỉ chọn ngẫu nhiên một người tham gia nghiên cứu. Tổng cộng có 1.120 đối tượng được khảo sát cho mỗi vòng trước và sau can thiệp, trong đó 560 đối tượng nhóm can thiệp và 560 đối tượng nhóm chứng.



Hình 2.1. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

2.2.3.1. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu cắt ngang

Biến số độc lập

Các biến số độc lập được sử dụng chung cho cả 3 mục tiêu nghiên cứu bao gồm:

- Thông tin về nhân khẩu, điều kiện kinh tế xã hội của đối tượng nghiên cứu, gồm: địa bàn nghiên cứu (xã, huyện), tuổi (tính theo năm sinh dương lịch), giới, học vấn (với các mức độ: mù chữ, biết đọc viết, tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông và trên trung học phổ thông), nghề nghiệp (nông/ngư nghiệp, công nhân/lao động thủ công, công việc văn phòng, kinh doanh/buôn bán và già yếu/nội trợ), số người trong hộ gia đình, điều kiện kinh tế hộ gia đình (có được địa phương phân loại hộ nghèo theo chuẩn nghèo đa chiều của Chính phủ [155] không) và tình trạng tiếp cận internet (có sử dụng internet hay không trong 12 tháng qua).

- Thông tin về tiền sử cá nhân và gia đình, bao gồm: tiền sử cá nhân có các hành vi có nguy cơ lây nhiễm HBV cao (như tiền sử phẫu thuật, truyền máu, tiêm truyền, nhổ răng, chữa răng, châm cứu, chích lễ, xăm môi, xăm hình, xăm lông mày; dùng chung dao cạo, bàn chải đánh răng, dụng cụ làm móng tay, móng chân) và tiền sử gia đình có người mắc bệnh gan nói chung và mắc VGB nói riêng.

- Tình trạng tiêm vắc xin phòng VGB là biến độc lập cho mục tiêu nghiên cứu thứ nhất và là biến phụ thuộc cho hai mục tiêu nghiên cứu còn lại.

Biến số nghiên cứu (phụ thuộc) trong mục tiêu 1

- Tình trạng nhiễm HBV: Được đánh giá dựa trên kết quả xét nghiệm HBsAg theo phương pháp miễn dịch liên kết men (ELISA). Đối tượng được coi là nhiễm HBV khi có kết quả xét nghiệm HBsAg (+).

- Tỷ lệ nhiễm HBV: Được tính bằng tỷ lệ % đối tượng có kết quả xét nghiệm HBsAg (+) trên tổng số đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ này được tính chung cho toàn bộ đối tượng và tính riêng theo một số biến độc lập như khu vực, nhóm tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp, điều kiện kinh tế,... để tìm hiểu các yếu tố liên quan đến nhiễm HBV.

2.2.3.2. *Biến số nghiên cứu trong mục tiêu 2*

Toàn bộ các biến số về kiến thức, thực hành phòng chống lây nhiễm HBV trong mục tiêu 2 đều được đánh giá dựa trên khai báo qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi cấu trúc.

Bộ câu hỏi do nhóm nghiên cứu thiết kế trên cơ sở tham khảo bộ câu hỏi điều tra khảo sát về kiến thức, thái độ và thực hành về dự phòng lây nhiễm VGB của một số tác giả như Ngô Viết Lộc [148] và Nguyễn Quang Tập [152]. Bộ câu hỏi cũng đã được điều tra thử nghiệm trước khi đưa vào điều tra chính thức, trong đó:

Kiến thức về HBV và bệnh viêm gan vi rút B, bao gồm các nội dung: kiến thức về tác nhân gây bệnh VGB, về các đường lây truyền và các biện pháp dự phòng lây nhiễm, về đối tượng nguy cơ mắc bệnh, các triệu chứng và hậu quả của bệnh, biện pháp chẩn đoán, biện pháp xử trí sau khi có kết quả xét nghiệm, xử trí các vết thương có nguy cơ phơi nhiễm.

Thực hành về phòng chống lây nhiễm HBV được đánh giá dựa trên cách thức xử trí theo khai báo với các tình huống khi nghi ngờ bản thân mắc bệnh, khi vợ/chồng mắc bệnh hay hàng xóm mắc bệnh; thực hành các hành vi nguy cơ lây nhiễm cao, đi xét nghiệm khi có người nhà nhiễm HBV; đi tiêm vắc xin phòng bệnh khi chưa bị nhiễm.

Từ kết quả thu thập thông tin qua bộ câu hỏi phỏng vấn, thực trạng kiến thức và thực hành của người dân về phòng chống bệnh VGB được phân tích, đánh giá như sau:

Tỷ lệ tiếp cận với thông tin về bệnh VGB được tính bằng số người đã được nghe nói về bệnh trên tổng số người trả lời phỏng vấn (trong thực tế, 428 người được chọn vào nghiên cứu trong số 1120 người).

Tỷ lệ có kiến thức, thực hành đúng cho từng câu hỏi khảo sát được tính bằng số người có lựa chọn đúng trên tổng số người đã từng nghe nói về bệnh trong từng nội dung (số người có lựa chọn đúng về tác nhân gây bệnh, đường lây truyền, biện pháp dự phòng,...). Trong đó:

- Kiến thức đúng về tác nhân gây bệnh khi biết nguyên nhân gây bệnh do vi rút. Trả lời đúng nguyên nhân gây bệnh do vi rút cho 1 (một) điểm, trả lời sai hoặc không biết cho 0 (không) điểm

- Kiến thức đúng về triệu chứng bệnh khi kể đúng tất cả các triệu chứng có thể có của bệnh được khảo sát. Trả lời đúng cho 1 (một) điểm, trả lời thiếu hoặc không biết cho 0 (không) điểm

- Kiến thức đúng về hậu quả của bệnh khi kể đúng tất cả các hậu quả có thể có của bệnh được khảo sát. Trả lời đúng cho 1 (một) điểm, trả lời thiếu hoặc không biết cho 0 (không) điểm

- Kiến thức đúng về đường lây truyền khi kể đúng cả 4 đường lây truyền (đường máu, chất tiết, quan hệ tình dục, mẹ sang con). Trả lời đúng cả 4 đường lây truyền cho 1 (một) điểm, trả lời sai, thiếu hoặc không biết cho 0 (không) điểm.

- Kiến thức đúng về đối tượng nguy cơ khi kể đúng và đầy đủ tất cả các đối tượng có nguy cơ được nêu trong câu hỏi khảo sát. Trả lời đúng cho 1 (một) điểm, trả lời thiếu hoặc không biết cho 0 (không) điểm

- Kiến thức đúng về các biện pháp dự phòng khi kể đầy đủ tất cả các biện pháp dự phòng chính xác được khảo sát. Trả lời đúng cho 1 (một) điểm, trả lời sai, thiếu hoặc không biết cho 0 (không) điểm.

- Kiến thức đúng về biện pháp dự phòng hiệu quả nhất khi cho rằng tiêm vắc xin là biện pháp phòng bệnh hiệu quả nhất. Trả lời đúng tiêm vắc xin cho 1 (một) điểm, trả lời sai cho 0 (không) điểm.

- Kiến thức đúng về biện pháp xác định bị nhiễm là xét nghiệm máu. Trả lời đúng cho 1 (một) điểm, trả lời sai cho 0 (không) điểm.

- Kiến thức xử lý đúng tình huống có kết quả xét nghiệm HBsAg âm tính khi tiêm vắc xin và/hoặc thực hiện các biện pháp phòng tránh lây nhiễm. Trả lời đúng cho 1 (một) điểm, trả lời sai cho 0 (không) điểm.

- Kiến thức xử lý đúng tình huống có kết quả xét nghiệm HBsAg dương tính khi khám, kiểm tra sức khoẻ và/hoặc thực hiện các biện pháp dự phòng lây nhiễm khác. Trả lời đúng cho 1 (một) điểm, trả lời sai cho 0 (không) điểm.

Điểm kiến thức được tính từ 0 điểm đến 10 điểm, trong đó phân loại kiến thức đạt khi tổng điểm kiến thức ≥ 7 điểm, kiến thức không đạt khi tổng điểm kiến thức < 7 điểm.

- Thực hành đúng theo khai báo khi xử lý đúng các tình huống giả định nghi bản thân mắc bệnh là đến khám bệnh ở các cơ sở y tế. Trả lời đúng cho 1 (một) điểm, trả lời sai cho 0 (không) điểm.

- Thực hành đúng theo khai báo khi xử lý đúng các tình huống giả định có vợ/chồng hoặc người trong gia đình mắc bệnh khi kể đầy đủ các nội dung thực hành nêu trong câu hỏi khảo sát. Trả lời đầy đủ cho 1 (một) điểm, trả lời sai hoặc thiếu cho 0 (không) điểm.

- Thực hành đúng theo khai báo khi xử lý đúng các tình huống giả định có hàng xóm mắc bệnh khi vẫn duy trì quan hệ bình thường. Trả lời đúng cho 1 (một) điểm, trả lời sai cho 0 (không) điểm.

- Thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh khi có tiêm. Trả lời có tiêm cho 1 (một) điểm, trả lời chưa hoặc không nhớ cho 0 (không) điểm.

Điểm thực hành được tính từ 0 điểm đến 4 điểm, trong đó phân loại thực hành đạt khi tổng điểm thực hành ≥ 3 điểm, thực hành không đạt khi tổng điểm thực hành < 3 điểm.

2.2.3.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu điều tra sau can thiệp

Biến số, chỉ số nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin sau can thiệp cho mục tiêu 3 tương tự như với điều tra khảo sát ban đầu cho mục tiêu 2 đã được mô tả ở mục 2.2.3.

Biến số độc lập bao gồm các thông tin về nhân khẩu, điều kiện kinh tế xã hội và thông tin về tiền sử cá nhân và gia đình của đối tượng nghiên cứu như đã được mô tả ở mục 2.2.3.1.

Biến số phụ thuộc bao gồm các biến số mô tả kiến thức, thực hành của người 20 - 60 tuổi về HBV và VGB như được mô tả ở mục 2.2.3.2.

Các biến số này đều được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn và được đánh giá dựa trên khai báo của đối tượng nghiên cứu, không dựa trên bất cứ kỹ thuật điều tra quan sát nào khác. Chi tiết về các biến số cho cả 3 mục tiêu nghiên cứu được trình bày chi tiết trong Bảng 2.1 dưới đây.

Bảng 2.1. Tóm tắt các biến số trong nghiên cứu

Mã	Tên biến	Định nghĩa	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
Phần A. Hành chính và Thông tin chung				
A1	Địa bàn	Là địa bàn nghiên cứu (xã)	Danh mục	ĐTV ghi theo danh sách
A2	Mã cá nhân	Mã số duy nhất gán cho mỗi cá nhân theo địa bàn	Rời rạc	ĐTV tự điền theo quy định
A4	Giới	Là giới tính đối tượng nghiên cứu theo hồ sơ	Nhị phân	Dựa trên hồ sơ cá nhân
A5	Tuổi	Tuổi tính theo năm sinh	Rời rạc	Phỏng vấn trực tiếp
A6	Học vấn	Học vấn cao nhất đã	Thứ hạng	Phỏng vấn trực tiếp

		tốt nghiệp		
A7	Nghề nghiệp	Nghề nghiệp chính (dành nhiều thời gian nhất) hiện nay	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
A8	Số thành viên trong gia đình	Là số người đang sống chung trong nhà	Rời rạc	Phòng vấn trực tiếp
A9	Số người trong độ tuổi lao động	Là số người trong độ tuổi 15-60 tuổi trong gia đình	Rời rạc	Phòng vấn trực tiếp
A10	Kinh tế gia đình	Gia đình có/không được xếp loại hộ nghèo theo quy định Chính phủ	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
A11	Sử dụng Internet	Là có/không sử dụng internet trong vòng 12 tháng qua	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
<i>Phần B. Kiến thức về bệnh tật, dự phòng và điều trị</i>				
B1	Nghe nói về bệnh VGB		Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
B2	Những nguồn thông tin về bệnh VGB		Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B3	Nguyên nhân gây bệnh VGB		Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B4	Những biểu hiện một người bị bệnh VGB		Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B5	Hậu quả bệnh VGB		Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B6	Con đường có thể lây VGB		Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B7	Những trường hợp có nguy cơ cao lây nhiễm bệnh VGB		Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B8	Các biện pháp giúp phòng ngừa bệnh VGB		Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B9	Biện pháp hiệu quả nhất để giúp phòng ngừa bệnh VGB		Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B10	Biện pháp xử trí khi bị các vết thương do bơm kim tiêm hoặc vật sắc nhọn có dính máu hoặc dịch thể của người bị bệnh VGB		Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B11	Biện pháp chẩn đoán nhiễm VGB		Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B12	Chỉ định làm xét nghiệm VGB		Danh mục	Phòng vấn trực tiếp

B13	Biết nơi làm xét nghiệm VGB	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
B14	Các cơ sở có thể xét nghiệm VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B15	Biện pháp xử trí khi kết quả xét nghiệm chưa bị nhiễm VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B16	Biện pháp xử trí khi kết quả xét nghiệm đã bị nhiễm VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B17	Nghe nói về việc tiêm vắc xin phòng VGB	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
B18	Lợi ích việc tiêm vắc xin phòng VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B19	Chỉ định tiêm vắc xin phòng VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B20	Biết nơi tiêm phòng bệnh VGB	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
B21	Các cơ sở có thể tiêm phòng bệnh VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
B22	Bệnh VGB có thể được điều trị khỏi	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
B23	Biết nơi điều trị bệnh VGB	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
B24	Các cơ sở có thể điều trị bệnh VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
<i>Phần C. Thực hành, tiền sử và hành vi nguy cơ</i>			
C5	Xử trí khi nghi mắc bệnh VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
C6	Xử trí khi vợ/chồng hoặc người trong gia đình bị VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
C7	Xử trí khi hàng xóm mắc bệnh VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
C8	Đã từng xét nghiệm VGB	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
C9	Lần xét nghiệm gần nhất	Rời rạc	Phòng vấn trực tiếp
C10	Kết quả xét nghiệm gần nhất	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
C11	Xử trí khi biết kết quả xét nghiệm VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
C12	Đã từng tiêm vắc xin phòng VGB	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
C13	Lý do chưa tiêm vắc xin phòng VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
C14	Tình huống tiêm vắc xin phòng VGB	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
C15	Số mũi vắc xin phòng VGB đã tiêm	Rời rạc	Phòng vấn trực tiếp
C16	Mũi tiêm vắc xin gần nhất	Rời rạc	Phòng vấn trực tiếp
C17	Gia đình có người mắc bệnh VGB	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp
C18	Người mắc VGB trong gia đình	Danh mục	Phòng vấn trực tiếp
C19	Gia đình có người mắc bệnh gan/vàng	Nhị phân	Phòng vấn trực tiếp

	da		
C20	Người mắc bệnh gan trong gia đình	Danh mục	Phỏng vấn trực tiếp
C21	Tiền sử phẫu thuật hoặc làm các thủ thuật y tế	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C22	Tiền sử lọc máu vì bệnh thận (chạy thận nhân tạo)	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C23	Tiền sử truyền máu và các sản phẩm từ máu	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C24	Tiền sử hiến máu	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C25	Tiền sử làm các thủ thuật về răng (nhổ, trồng, trám răng...)	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C26	Tiền sử châm cứu, chích lễ	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C27	Tiền sử tiêm truyền	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C28	Tiền sử tiêm truyền trong 12 tháng qua	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C29	Tiền sử các hành vi nguy cơ cao	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C30	Tiền sử tiêm chích ma túy	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C31	Tiền sử quan hệ với gái mại dâm 12 tháng qua (nam)	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C32	Tiền sử sử dụng bao cao su khi quan hệ với gái mại dâm 12 tháng qua (nam)	Thứ hạng	Phỏng vấn trực tiếp
C33	Tiền sử sử dụng bao cao su khi quan hệ với gái mại dâm trong lần gần đây (nam)	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C34	Tiền sử quan hệ tình dục đồng giới nam 12 tháng qua (nam)	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C35	Tiền sử sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục đồng giới 12 tháng qua (nam)	Thứ hạng	Phỏng vấn trực tiếp
C36	Tiền sử sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục đồng giới trong lần gần đây (nam)	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C37	Tiền sử sinh con ở nữ	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C38	Tiền sử thủ thuật khi sinh con (nữ)	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C39	Tiền sử nạo hút thai (nữ)	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp
C40	Tình trạng mang thai hiện tại (nữ)	Nhị phân	Phỏng vấn trực tiếp

2.2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

2.2.4.1. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin trong điều tra cắt ngang

Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi cấu trúc

Các điều tra viên là những cán bộ có trình độ đại học trở lên thuộc Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Quảng Bình và hỗ trợ từ Trung tâm Y tế của hai huyện nghiên cứu sẽ thực hiện việc phỏng vấn đối tượng tham gia nghiên cứu bằng bộ câu hỏi cấu trúc đã được thiết kế sẵn (Phụ lục 1). Nội dung bộ câu hỏi bao gồm hai phần chính:

- Các thông tin chung mô tả đối tượng nghiên cứu cho cả hai mục tiêu, bao gồm đặc điểm nhân khẩu, điều kiện kinh tế xã hội, tiền sử của cá nhân và gia đình liên quan đến nhiễm HBV.

- Kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu về HBV và bệnh VGB cho mục tiêu 2, bao gồm: tác nhân gây bệnh, đường lây truyền, biện pháp dự phòng, biện pháp chẩn đoán, triệu chứng bệnh, hậu quả của bệnh, biện pháp xử trí trong một số tình huống giả định; thực hành theo khai báo về các biện pháp dự phòng lây nhiễm như tiêm vắc xin, xử trí khi bản thân mắc bệnh, vợ chồng mắc bệnh, hoặc hàng xóm mắc bệnh,....

Lấy mẫu máu xét nghiệm HBsAg

Sau khi đối tượng được phỏng vấn xong, các kỹ thuật viên có kinh nghiệm của Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh và Trung tâm Y tế của hai huyện nghiên cứu thực hiện lấy 2 ml máu tĩnh mạch của đối tượng vào ống nghiệm không có chất chống đông hay ống có chất chống đông là K3- EDTA, bảo đảm máu không vỡ hồng cầu. Mẫu máu sau khi thu thập sẽ được ly tâm để tách huyết thanh, giữ ổn định ở 2-8°C tại Trung tâm Y tế huyện trong 5 ngày và được chuyển về Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh để thực hiện xét nghiệm tìm HBsAg theo thường quy kỹ thuật miễn dịch liên kết men (ELISA).

Kỹ thuật xét nghiệm HBsAg

Xét nghiệm tìm kháng nguyên HBsAg trong mẫu máu của đối tượng bằng kỹ thuật ELISA do các kỹ thuật viên có kinh nghiệm của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Quảng Bình thực hiện tại Labo xét nghiệm của Trung tâm theo hướng dẫn thường quy trên hệ thống máy Multiskan™ FC Microplate Photometer, sử dụng sinh phẩm HBsAg Elisa Fortress do Anh sản xuất. (Phụ lục 2)

2.2.4.2. Phương pháp đánh giá kết quả can thiệp

Kết quả can thiệp TT-GDSK trong việc cải thiện kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV được đánh giá theo 3 góc độ: (1) gia tăng tỷ lệ tiếp cận với thông tin về VGB (hay tăng số người biết về bệnh); (2) cải thiện kiến thức, thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV trong số những người đã được tiếp cận thông tin về VGB; và (3) hiệu quả tổng thể của can thiệp trong việc cải thiện kiến thức, thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV tính trên toàn bộ người dân trong cộng đồng.

Hiệu quả gia tăng mức độ tiếp cận với thông tin về bệnh VGB

Mức độ tiếp cận với thông tin về bệnh VGB được tính bằng tỷ lệ người dân đã biết về bệnh và nguồn thông tin tiếp cận. Hiệu quả gia tăng mức độ tiếp cận thông tin được tính bằng chênh lệch tỷ lệ người biết về bệnh VGB sau can thiệp so với trước can thiệp.

Hiệu quả cải thiện kiến thức, thực hành trong số những người đã được tiếp cận thông tin về bệnh VGB

Đánh giá mức độ cải thiện về kiến thức, thực hành thông qua so sánh tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm HBV trong số những người đã biết (đã được tiếp cận thông tin) về bệnh trong từng nhóm sau can thiệp so với trước can thiệp và giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng.

Các nội dung đánh giá kiến thức, thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm HBV được áp dụng tương tự như trong điều tra ban đầu trước can thiệp.

Đánh giá hiệu quả tổng thể của can thiệp

Hiệu quả tổng thể của can thiệp được tính chung trên toàn bộ mẫu nghiên cứu (cả người đã được tiếp cận và chưa được tiếp cận với thông tin về bệnh VGB). Đầu ra của can thiệp được đánh giá dựa trên các chỉ số tỷ lệ đối tượng có kiến thức, thực hành đúng trong phòng chống nhiễm HBV theo các tiêu chuẩn đã được mô tả ở mục 2.2.3.2. Kết quả đầu ra được so sánh trước sau trong nhóm can thiệp và so sánh giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp sau khi can thiệp.

Để đánh giá hiệu quả can thiệp, trước hết tính chỉ số hiệu quả (CSHQ) cho từng biến nghiên cứu cho mỗi nhóm, được tính theo công thức:

$$CSHQ(\%) = \frac{|p1 - p2| * 100}{p1}$$

Trong đó: p1 là tỷ lệ trước can thiệp và p2 là tỷ lệ sau can thiệp.

Từ đó hiệu quả can thiệp (HQCT) được tính bằng chênh lệch giữa CSHQ của nhóm can thiệp và nhóm chứng:

Hiệu quả can thiệp = CSHQ (nhóm can thiệp) - CSHQ (nhóm chứng).

2.3. Các giai đoạn triển khai nghiên cứu

2.3.1. Công tác chuẩn bị

Thời gian: Từ tháng 1 - 5/2018.

Địa điểm: Tại Trung tâm Y tế huyện Minh Hoá và Quảng Trạch.

Nội dung công việc: Chuẩn bị cho điều tra cắt ngang trước can thiệp.

- Chọn mẫu: Làm việc với Trung tâm Y tế huyện Minh Hoá và Quảng Trạch để thống nhất kế hoạch, lập danh sách ghép cặp các xã, bốc thăm ngẫu nhiên chọn một cặp xã ở mỗi huyện. Bốc thăm chọn một trong hai xã làm xã can thiệp, xã còn lại làm xã đối chứng.

- Thử nghiệm và hoàn thiện bộ câu hỏi điều tra phỏng vấn.

- Tập huấn điều tra viên, là các cán bộ có trình độ đại học trở lên của Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Quảng Bình về nội dung bảng hỏi và kỹ thuật thu thập thông tin. Tập huấn cho các kỹ thuật viên của Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh và Trung tâm Y tế của 2 huyện nghiên cứu về kỹ thuật lấy mẫu máu tĩnh mạch, bảo quản mẫu máu và thực hiện xét nghiệm máu tìm các chỉ điểm nhiễm HBV theo thường quy.

2.3.2. Điều tra mô tả cắt ngang trước can thiệp

Thời gian: Từ tháng 6 - 8/2018.

Địa điểm: Tại 4 xã tham gia nghiên cứu.

Nội dung công việc: Tổ chức điều tra cắt ngang trước can thiệp (phỏng vấn hộ gia đình và lấy mẫu máu xét nghiệm HBsAg).

- Điều tra viên đến từng hộ gia đình, sàng lọc đối tượng, nếu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn thì giải thích về nội dung, yêu cầu của nghiên cứu và mời đối tượng tham gia. Nếu đối tượng đồng ý tham gia thì thực hiện phỏng vấn theo bộ câu hỏi cấu trúc. Sau khi kết thúc phỏng vấn, các kỹ thuật viên đi cùng sẽ thực hiện lấy mẫu máu tĩnh mạch tại nhà theo quy trình để làm xét nghiệm tìm HBsAg.

- Mẫu máu sau đó được bảo quản trong ngày tại trạm y tế và ngày hôm sau được chuyển về Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh để thực hiện xét nghiệm theo thường quy.

- Phân tích xử lý số liệu điều tra cơ bản để làm cơ sở phát triển tài liệu can thiệp truyền thông.

2.3.3. Triển khai các hoạt động can thiệp

Thời gian: Trong vòng 14 tháng, từ tháng 09/2018 - 10/2019, gồm 2 tháng chuẩn bị và 12 tháng thực hiện can thiệp (11/2018 - 10/2019).

Địa điểm: Tại bốn xã tham gia nghiên cứu.

Nội dung hoạt động: Triển khai các biện pháp can thiệp tại hai xã can thiệp và các hoạt động chuyên môn thường quy tại hai xã đối chứng.

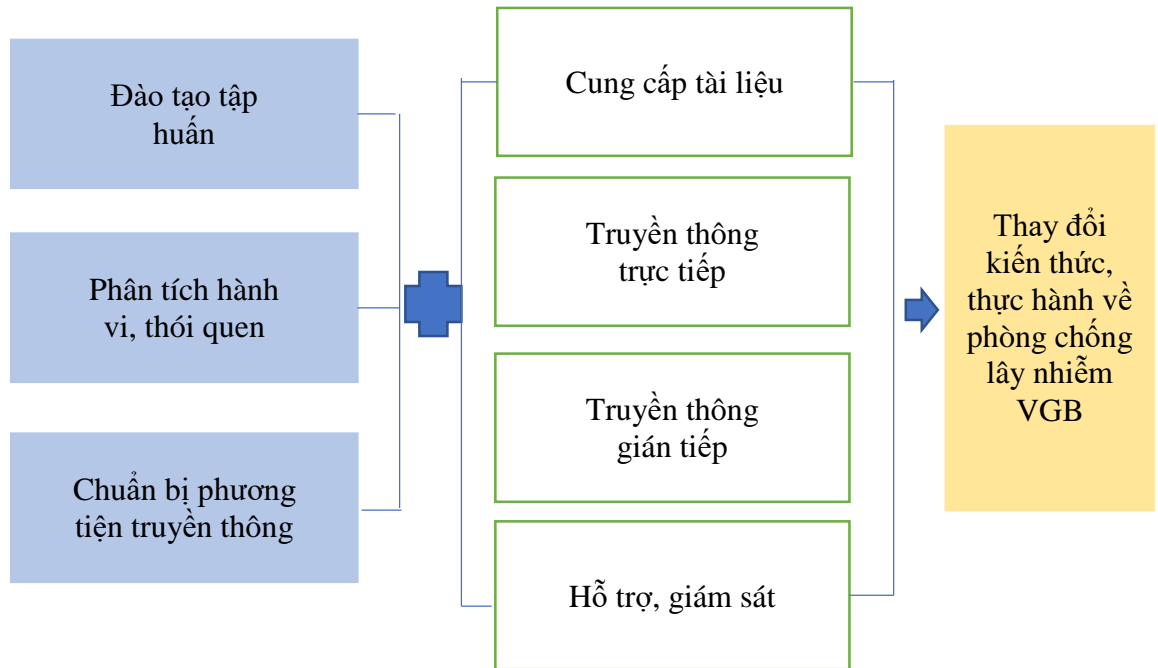
Triển khai các hoạt động can thiệp tại hai xã can thiệp

Tại hai xã can thiệp (xã Hoá Tiến, huyện Minh Hoá và xã Cảnh Dương, huyện Quảng Trạch), các hoạt động can thiệp được thực hiện như trong hình 2.2 dưới đây:

- Tổ chức đào tạo, tập huấn định kỳ hai lần vào tháng thứ nhất và tháng thứ sáu của can thiệp cho các đối tượng cộng tác viên truyền thông là lãnh đạo chính quyền xã và thôn (các phó chủ tịch: Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân xã, trưởng thôn); đại diện các tổ chức hội, đoàn thể: Phụ nữ, đoàn thanh niên, mặt trận, cựu chiến binh, nông dân; nhân viên trạm y tế xã, y tế thôn, nhân viên y tế học đường của các trường học, giáo viên phụ trách đoàn đội,...

Nội dung đào tạo tập trung vào:

- + Vi rút viêm gan B (HBV): Các con đường lây truyền và biện pháp phòng tránh, lợi ích của tiêm vắc xin và lịch tiêm chủng vắc xin;
- + Viêm gan vi rút B (VGB): triệu chứng và hậu quả, biện pháp điều trị, tránh lây lan, hạn chế nguy cơ biến chứng; và
- + Các câu hỏi thường gặp trong phòng chống VGB và kỹ năng tư vấn về các biện pháp phòng chống lây nhiễm HBV.



Hình 2.2. Thiết kế các hoạt động can thiệp

- Triển khai các hoạt động truyền thông cộng đồng tăng cường cho toàn bộ người dân trên địa bàn thông qua các hình thức: Qua hệ thống loa truyền thanh của xã (theo định kỳ hằng tuần); qua các buổi sinh hoạt định kỳ (hằng tháng, quý) của các thôn, các tổ chức đoàn thể; qua pano áp phích và in tờ rơi tuyên truyền về HBV để tại trạm y tế, phát cho các trường học, nhà văn hoá thôn, các cộng tác viên truyền thông, các đối tượng nguy cơ cao và cộng đồng dân cư nói chung. Nội dung truyền thông tập trung vào: HBV và hậu quả; các con đường lây truyền và biện pháp phòng tránh nhiễm HBV; lợi ích của tiêm vắc xin phòng bệnh và lịch tiêm chủng vắc xin; triệu chứng của VGB, cách xử trí khi nghi ngờ nhiễm HBV.

- Riêng đối với những người đã nhiễm HBV, việc tư vấn truyền thông sẽ được các bác sĩ của Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh thực hiện tại nhà dưới sự hỗ trợ, giám sát của cán bộ trạm y tế xã với nội dung tập trung vào các biện pháp nhằm hạn chế trở thành bệnh và biến chứng (như dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng, hạn chế sử dụng rượu, bia), phòng tránh lây nhiễm (an

toàn truyền máu, tình dục an toàn); kiểm tra sức khỏe, điều trị kịp thời khi phát hiện bệnh.

Bảng 2.2. Tổng hợp kết quả triển khai các hoạt động can thiệp TT-GDSK

Hoạt động	Đơn vị tính	Tổng cộng	Xã Hoà Tiến	Xã Cảnh Dương
In, treo poster	Tờ	30	12	18
In, phát tờ rơi	Tờ	3000	1000	2000
Tuyên truyền qua hệ thống phát thanh	Lượt	720	288	432
Số lượt người nghe	Lượt người	11600	3100	8500
Số lớp tập huấn đối tượng trung gian	Lớp	4	2	2
Số lượt người được tập huấn	Lượt người	168	72	96
Số người được đào tạo cộng tác viên	Người	97	43	54
Số buổi hội họp tuyên truyền trực tiếp	Buổi	52	12	40
Số lượt tư vấn cho người nhiễm HBV	Lượt	52	18	34

Thực hiện các hoạt động thường quy tại hai xã đối chứng

Để bảo đảm vấn đề đạo đức trong nghiên cứu, hai xã đối chứng (Quy Hoá của Minh Hoá và Quảng Phú của Quảng Trạch) vẫn triển khai thực hiện các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe chung theo kế hoạch hoạt động thường xuyên hằng năm của đơn vị như truyền thông phòng chống dịch (trong đó có cả phòng chống VGB), vệ sinh môi trường, an toàn thực phẩm, tiêm chủng,... Bên cạnh đó, các đối tượng được phát hiện mang HBsAg cũng sẽ được tư vấn hỗ trợ điều trị theo thường quy như tại 2 xã can thiệp.

2.3.4. Đánh giá hiệu quả can thiệp

Thời gian: Sau khi hoàn thành 12 tháng can thiệp, từ tháng 11-12/2019.

Nội dung: Chọn mẫu điều tra đánh giá kết quả can thiệp như mô tả ở phần chọn mẫu và thực hiện việc điều tra phỏng vấn theo mẫu như trong điều

tra cơ bản ban đầu. Sau đó, thực hiện phân tích xử lý số liệu, viết luận án và các bài báo nghiên cứu.

2.4. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra và cập nhật bổ sung hoàn chỉnh trước khi nhập vào máy tính trên phần mềm Excel, sau đó sẽ được chuyển qua xử lý bằng phần mềm STATA 17.0.

Kết quả nghiên cứu mô tả được trình bày dưới dạng các bảng tần số và biểu đồ với các tham số như tỷ lệ %, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, trung vị và tứ phân vị với độ tin cậy 95%.

Sử dụng test χ^2 để kiểm định sự khác biệt giữa các tỷ lệ; test t-student và ANOVA để kiểm định sự khác biệt giữa các giá trị trung bình. Các yếu tố liên quan được phân tích trong các mô hình hồi quy đơn biến và đa biến thích hợp. Các yếu tố liên quan đã được ghi nhận theo y văn và có giá trị $p < 0,1$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình phân tích đa biến theo kỹ thuật backward. Các yếu tố có giá trị $p < 0,05$ trong mô hình phân tích hồi quy đa biến được coi là yếu tố liên quan.

Hiệu quả can thiệp được đánh giá so sánh trước sau và so sánh giữa hai nhóm đánh dựa trên chỉ số hiệu quả (CSHQ) cho từng biến số nghiên cứu.

2.5. Sai số và biện pháp hạn chế sai số

2.5.1. Sai số có thể gặp

Sai số chọn:

Việc ghép cặp giữa xã can thiệp và xã chứng chưa thật tương đồng về các đặc điểm chung, chọn mẫu đối tượng có thể chưa bảo đảm ngẫu nhiên và mang tính đại diện.

Sai số hệ thống và sai lệch trong quá trình thu thập thông tin:

- Bộ công cụ phỏng vấn chưa chuẩn, nội dung câu hỏi chưa rõ ràng, ngôn ngữ chưa phù hợp.

- Điều tra viên, kỹ thuật viên chưa có kinh nghiệm, chưa hiểu rõ hoặc không tuân thủ quy trình phỏng vấn, lấy mẫu, làm xét nghiệm.

- Máy móc xét nghiệm không chuẩn.

Sai số nhớ lại:

Đối tượng có thể quên một số thông tin về tiền sử và các sự kiện đã xảy ra trong quá khứ.

Yếu tố nhiễu:

Một số yếu tố có thể đóng vai trò nhiễu khi phân tích các yếu tố liên quan với tỷ lệ nhiễm HBV.

2.5.2. Biện pháp hạn chế

Sai số chọn:

- Tuân thủ đúng quy trình ghép cặp bốc thăm ngẫu nhiên chọn các xã ở mỗi huyện, quy trình lập danh sách, chọn ngẫu nhiên các cụm và chọn đối tượng nghiên cứu theo đúng đề cương nghiên cứu.

- Bảo đảm cỡ mẫu đủ lớn cho nghiên cứu.

Sai số hệ thống và sai chệch trong quá trình thu thập thông tin:

- Bộ câu hỏi được xây dựng và điều tra thử trước khi sử dụng.

- Lựa chọn điều tra viên, kỹ thuật viên có trình độ đồng đều, có kinh nghiệm và tập huấn thật kỹ về quy trình nghiên cứu, nội dung bộ câu hỏi, kỹ năng phỏng vấn, quy trình điều tra, quy trình lấy mẫu bệnh phẩm, bảo quản bệnh phẩm và kỹ thuật làm xét nghiệm. Thực hiện quy trình giám sát trong quá trình điều tra thu thập thông tin.

- Hệ thống máy móc xét nghiệm của Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Quảng Bình đã được kiểm chuẩn chất lượng.

Sai số nhớ lại:

Hạn chế các câu hỏi về các sự kiện đòi hỏi phải nhớ chính xác thời gian. Với các câu hỏi về tiền sử, điều tra viên giải thích rõ ràng về yếu tố tiền

sử và gắn với các sự kiện quan trọng trong cuộc đời để giúp đối tượng nhớ lại chính xác hơn về tiền sử.

Yếu tố nhiễu:

Thực hiện kỹ thuật phân tích đa biến để phát hiện và loại trừ yếu tố nhiễu.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của Trường Đại học Y Dược Thái Bình theo Quyết định số 369/QĐ-YDTB ngày 02/4/2018 và được sự chấp thuận của chính quyền địa phương tham gia nghiên cứu trước khi triển khai.

Đối tượng nghiên cứu được thông báo, giải thích và cung cấp đầy đủ thông tin về quá trình tiến hành phỏng vấn, lấy mẫu xét nghiệm cũng như tiến hành các hoạt động can thiệp. Chỉ những đối tượng đồng ý tự nguyện tham gia mới được đưa vào nghiên cứu. Các đối tượng tham gia có quyền rút lui tại bất cứ thời điểm nào của nghiên cứu mà không bị phân biệt đối xử.

Việc điều tra phỏng vấn, lấy mẫu máu xét nghiệm không gây ra rủi ro sức khỏe đáng kể cho đối tượng tham gia. Quá trình thu thập thông tin, lấy mẫu xét nghiệm được thực hiện bởi các điều tra viên, kỹ thuật viên có nhiều kinh nghiệm, được tập huấn lại kỹ lưỡng trước khi triển khai và tuân thủ chặt chẽ các quy trình chuyên môn kỹ thuật để hạn chế đến mức thấp nhất các rủi ro, ảnh hưởng đến đối tượng nghiên cứu.

Thông tin cá nhân sau khi thu thập sẽ được nhập vào máy tính dưới dạng mã hoá và bảo đảm bí mật thông tin trong nghiên cứu. Chỉ nghiên cứu viên và người nhập thông tin có thể tiếp cận được với các dữ liệu cá nhân. Số liệu được phân tích và trình bày dưới dạng vô danh và chỉ sử dụng phục vụ cho mục đích nghiên cứu đề tài này.

Đối tượng tham gia nghiên cứu ở cả hai nhóm chứng và can thiệp đều được làm xét nghiệm và cung cấp kết quả xét nghiệm HBsAg miễn phí; những người có kết quả xét nghiệm dương tính đều được tư vấn điều trị nếu

cần thiết. Cả 4 xã tham gia nghiên cứu đều thực hiện các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe chung theo kế hoạch hằng năm, riêng hai xã can thiệp sẽ được thực hiện thêm các hoạt động đào tạo tập huấn cộng tác viên và truyền thông tăng cường tại cộng đồng về bệnh VGB và các biện pháp dự phòng lây nhiễm.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng nhiễm HBV của người 20 - 60 tuổi năm 2018

3.1.1. Thông tin chung về đối tượng điều tra ban đầu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm nhân khẩu của đối tượng nghiên cứu theo địa bàn

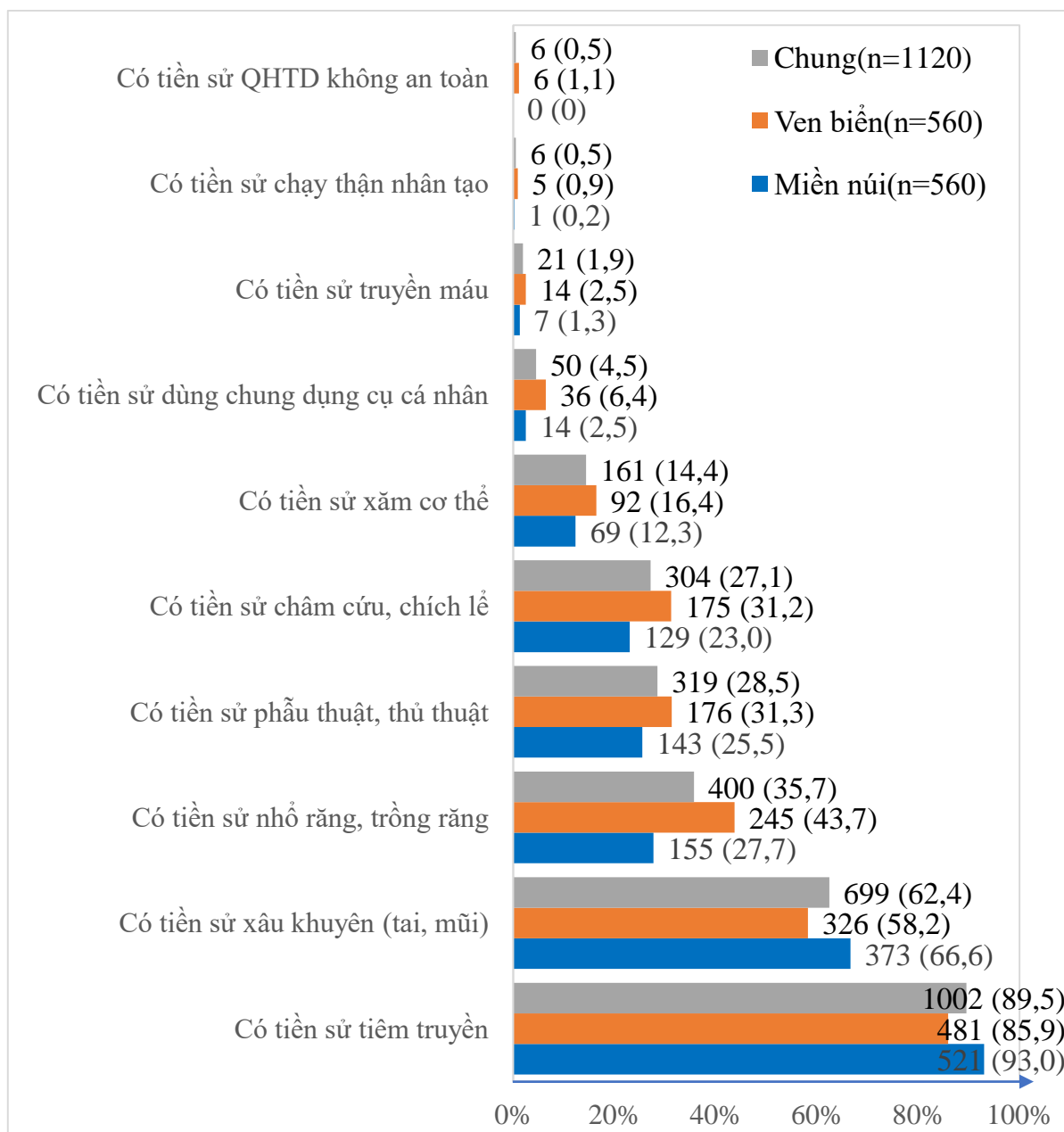
Biến số	Miền núi (n; %)	Ven biển (n; %)	Tổng (n; %)
Giới tính			
Nam	137 (24,5)	157 (28,0)	294 (26,2)
Nữ	423 (75,5)	403 (72,0)	826 (73,8)
Độ tuổi			
20 – 30	107 (19,1)	71 (12,7)	178 (15,9)
31 – 40	174 (31,1)	87 (15,5)	261 (23,3)
41 – 50	140 (25,0)	145 (25,9)	285 (25,4)
51 – 60	139 (24,8)	257 (45,9)	396 (35,4)
Trung bình ± SD	41,4±11,3	46,7±11,1	44,1±11,5
Trung vị số thành viên trong gia đình (25%-75%)	4 (4-5)	4 (3-5)	4 (3-5)
Trung vị số người trong độ tuổi lao động (25%-75%)	2 (2-3)	2 (2-3)	2 (2-3)
Tổng	560 (50,0)	560 (50,0)	1120 (100)

Trong số 1120 đối tượng tham gia điều tra khảo sát ban đầu, nữ giới chiếm đa số (73,8%). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 44,1±11,5 với cơ cấu các nhóm tuổi tăng dần từ mức thấp nhất là 15,9% ở độ tuổi 20-30 lên đến mức cao nhất là 35,4% ở độ tuổi 51-60. Tính chung, mỗi hộ gia đình có 4 thành viên, trong đó 2 thành viên trong độ tuổi lao động. Đối tượng ở vùng ven biển có độ tuổi lớn hơn so với vùng miền núi.

Bảng 3.2. Điều kiện kinh tế xã hội của đối tượng nghiên cứu

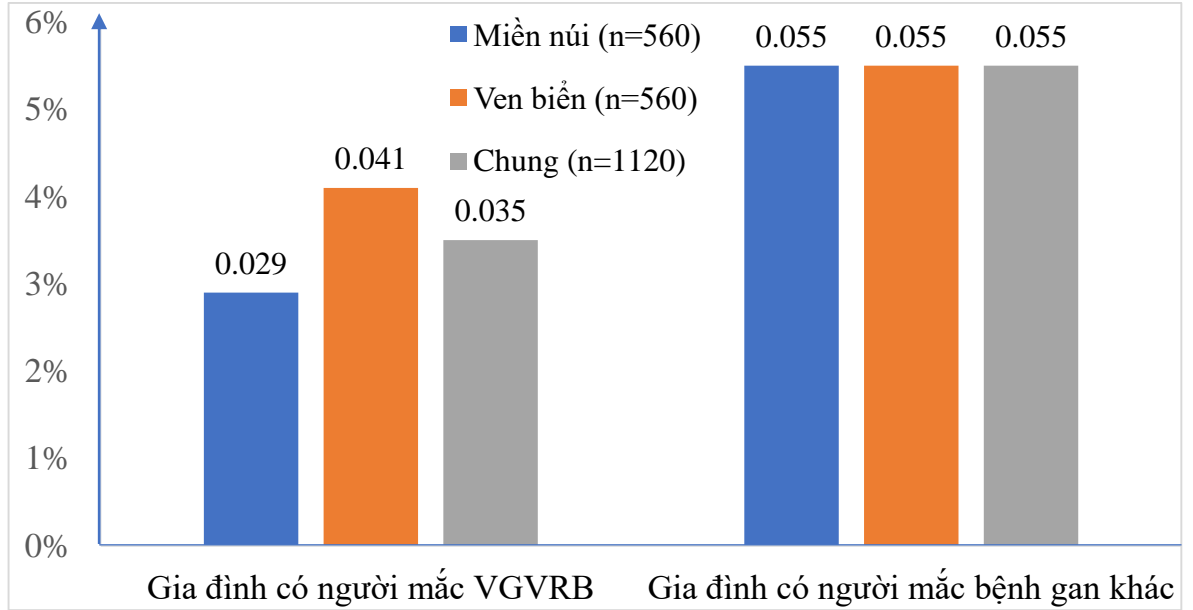
Biến số	Miền núi (n=560)	Ven biển (n=560)	Tổng (n=1120)
Trình độ học vấn			
Tiểu học trở xuống	97 (17,3)	153 (27,3)	250 (22,3)
Trung học cơ sở (THCS)	233 (41,6)	263 (47,0)	496 (44,3)
Phổ thông trung học (PTTH) trở lên	230 (41,1)	144 (25,7)	374 (33,4)
Nghề nghiệp chính			
Nông nghiệp, ngư nghiệp	325 (58,0)	182 (32,5)	507 (45,3)
Nội trợ, nghỉ hưu, già yếu	70 (12,5)	167 (29,8)	237 (21,2)
Kinh doanh, buôn bán, dịch vụ	30 (5,4)	133 (23,8)	163 (14,6)
Công việc văn phòng	105 (18,7)	34 (6,1)	139 (12,1)
Công nhân, lao động thủ công	30 (5,4)	44 (7,8)	74 (6,6)
Sử dụng internet			
Không	350 (62,5)	259 (46,3)	609 (54,4)
Có	210 (37,5)	301 (53,7)	511 (45,6)
Kinh tế hộ gia đình			
Hộ nghèo	90 (16,1)	10 (1,8)	100 (8,9)
Không phải hộ nghèo	470 (83,9)	550 (98,2)	1020 (91,1)

Phần lớn đối tượng nghiên cứu (44,3%) có trình độ học vấn trung học cơ sở (THCS) với các nghề nghiệp chính lần lượt là làm nông nghiệp (45,3%), nội trợ (21,2%) và kinh doanh buôn bán (14,6%). Gần một nửa đối tượng (45,6%) có sử dụng internet trong vòng 12 tháng qua và 8,9% đối tượng thuộc hộ gia đình nghèo. Đối tượng ở vùng ven biển có tỷ lệ làm các nghề nghiệp phi nông nghiệp lớn hơn, tỷ lệ tiếp cận, sử dụng internet cao hơn; có tỷ lệ học vấn THPT trở lên và tỷ lệ hộ nghèo thấp hơn so với miền núi.



Biểu đồ 3.1. Tiền sử cá nhân liên quan đến nguy cơ lây nhiễm HBV (n; %)

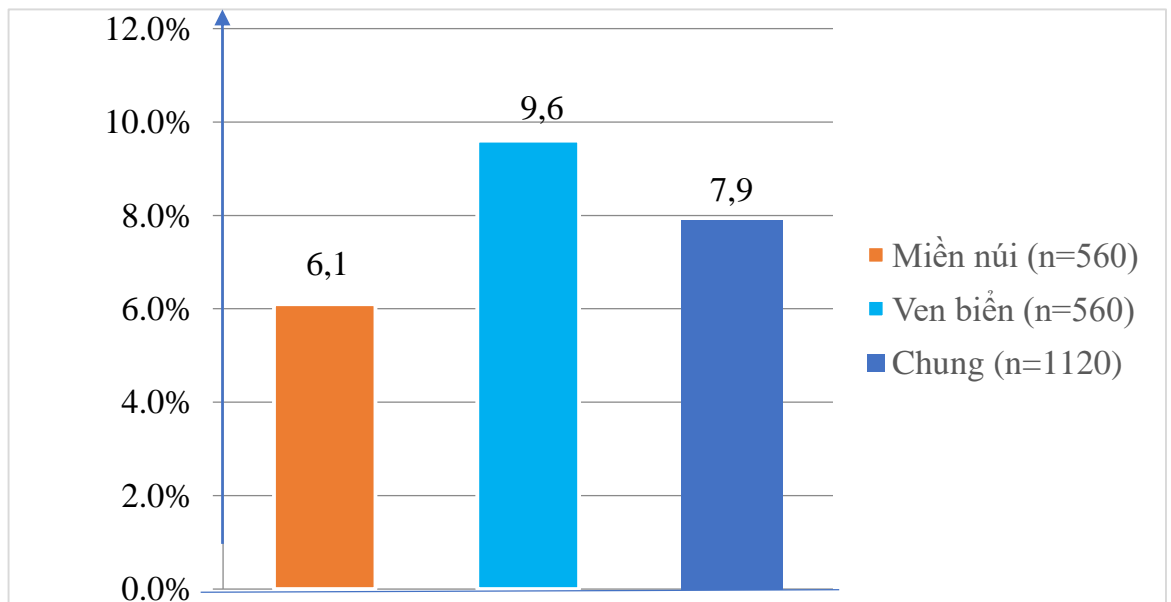
Đa số (89,5%) đối tượng nghiên cứu có tiền sử tiêm truyền y tế. Ngoài ra, các hành vi, dịch vụ có nguy cơ lây nhiễm được khai báo nhiều nhất là xâu khuyên (62,4%), nhổ răng/trồng răng tại các cơ sở dịch vụ (35,7%); phẫu thuật, thủ thuật y tế (28,5%); châm cứu, chích lễ (27,1%) và xăm các bộ phận của cơ thể (14,4%). Tỷ lệ có tiền sử hầu hết các yếu tố nguy cơ ở vùng ven biển cao hơn miền núi (trừ tiền sử tiêm truyền và xâu khuyên).



Biểu đồ 3.2. Tiền sử gia đình đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HBV (n; %)

Có 3,5% đối tượng khai báo có người nhà mắc VGB (2,9% ở miền núi và 4,1% ở ven biển) và 5,5% có người nhà mắc bệnh gan khác (cả 2 khu vực).

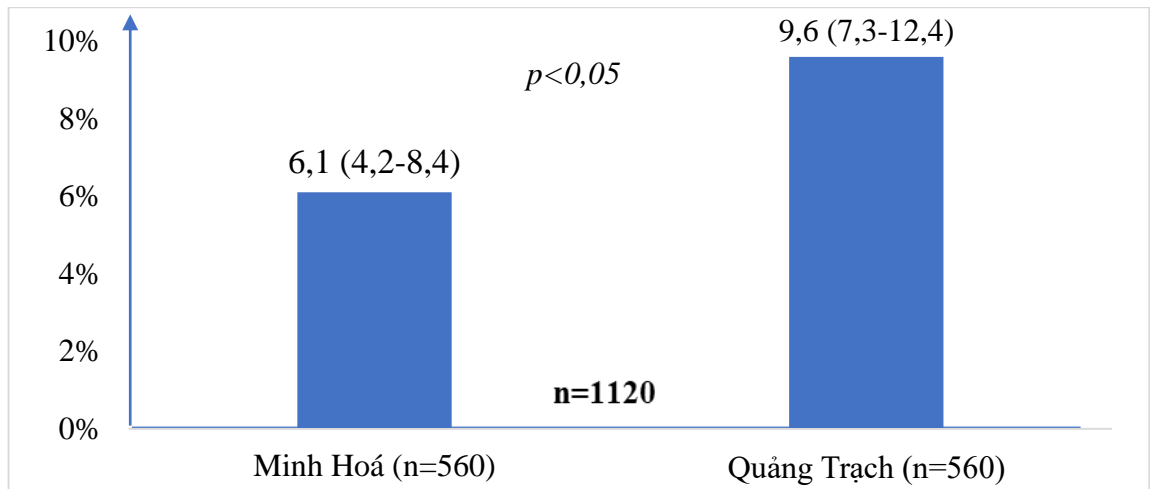
3.1.2. Tỷ lệ nhiễm HBV



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ nhiễm HBV ở người 20 - 60 tuổi

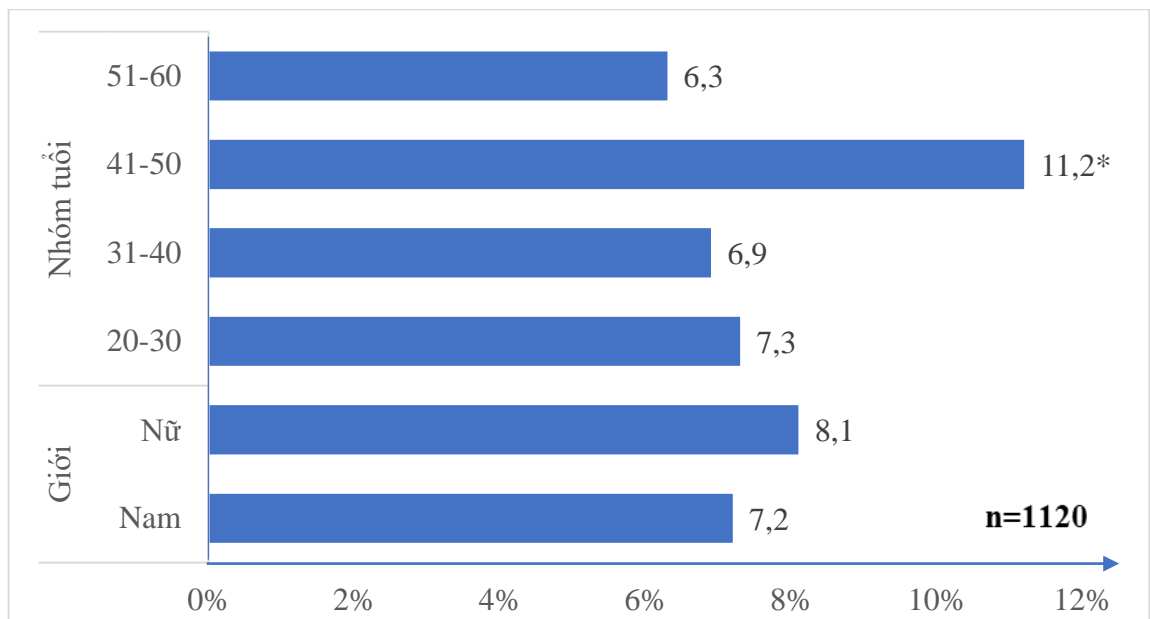
Kết quả khảo sát cho thấy có 7,9% (6,3%-9,6%) đối tượng nghiên cứu nhiễm HBV (HBsAg +).

3.1.3. Một số yếu tố liên quan với tình trạng nhiễm HBV



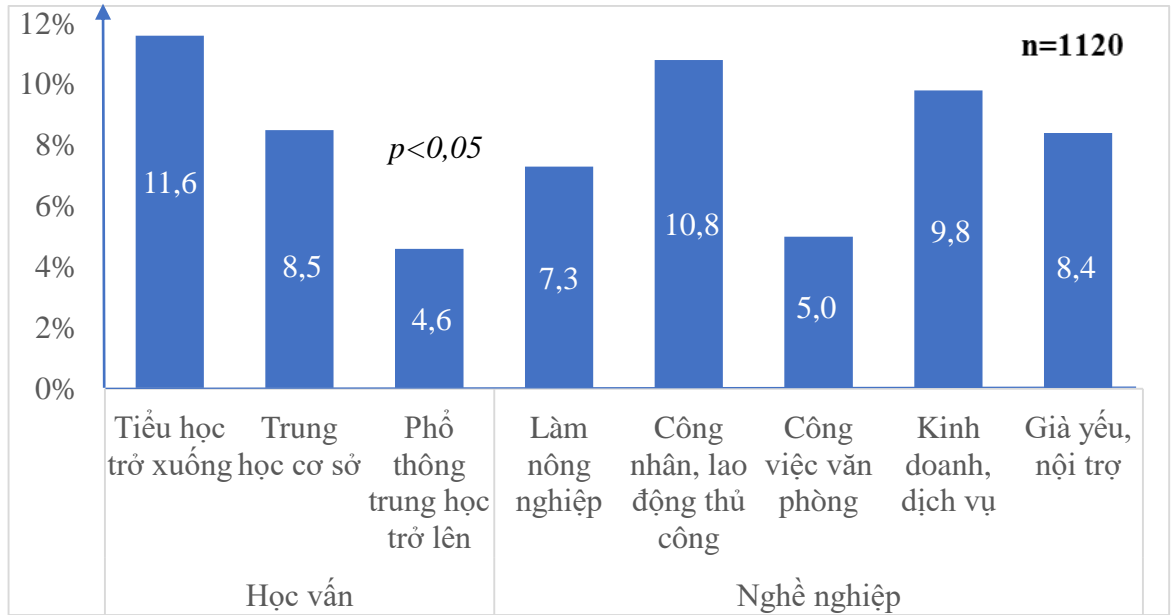
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ nhiễm HBV theo địa phương

Tỷ lệ nhiễm HBV ở khu vực đồng bằng ven biển (Quảng Trạch) là 9,6% (7,3%-12,4%), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở khu vực miền núi (Minh Hoá) với 6,1% (4,2%-8,4%); $p < 0,05$.



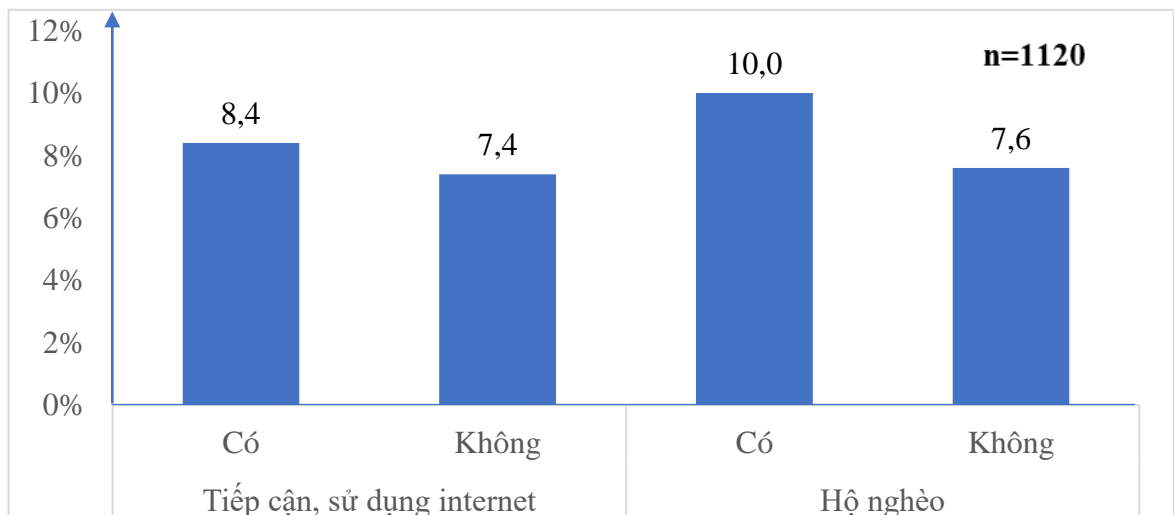
Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ nhiễm HBV theo tuổi và giới

Tỷ lệ nhiễm HBV ở nam là 7,2% và ở nữ là 8,1%; cao nhất 11,2% ở nhóm tuổi 41-50 và thấp nhất 6,3% ở nhóm tuổi 51-60. Tỷ lệ nhiễm ở nhóm 41-50 tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với các nhóm còn lại.



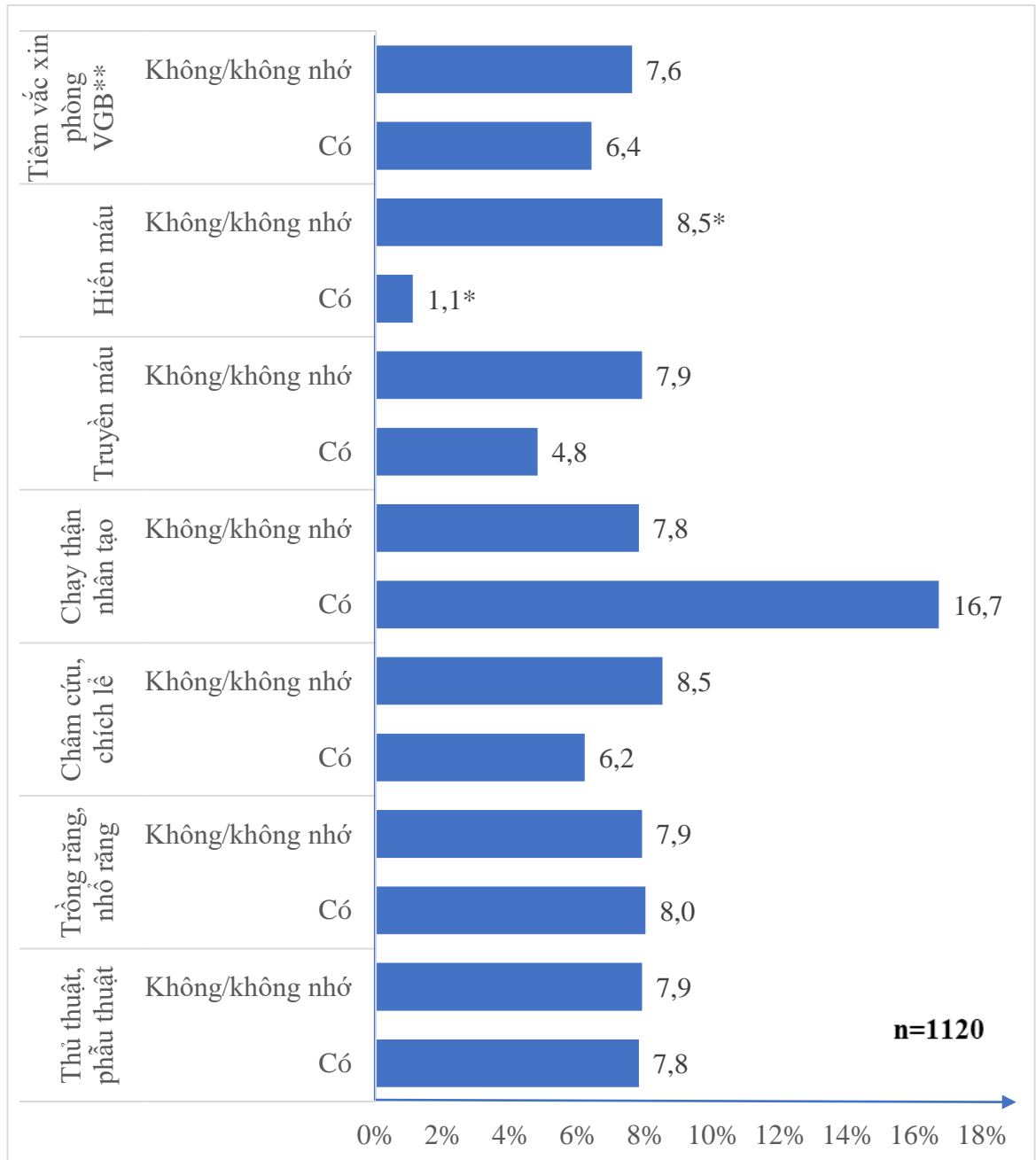
Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ nhiễm HBV theo học vấn và nghề nghiệp

Tỷ lệ nhiễm HBV giảm dần theo trình độ học vấn, từ 11,6% ở nhóm có học vấn dưới THCS xuống 4,6% ở nhóm tốt nghiệp THPT trở lên; thấp nhất ở nhóm làm công việc văn phòng (5,0%) và cao nhất ở nhóm công nhân (10,8%), song khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê theo học vấn ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ nhiễm HBV theo điều kiện kinh tế hộ gia đình

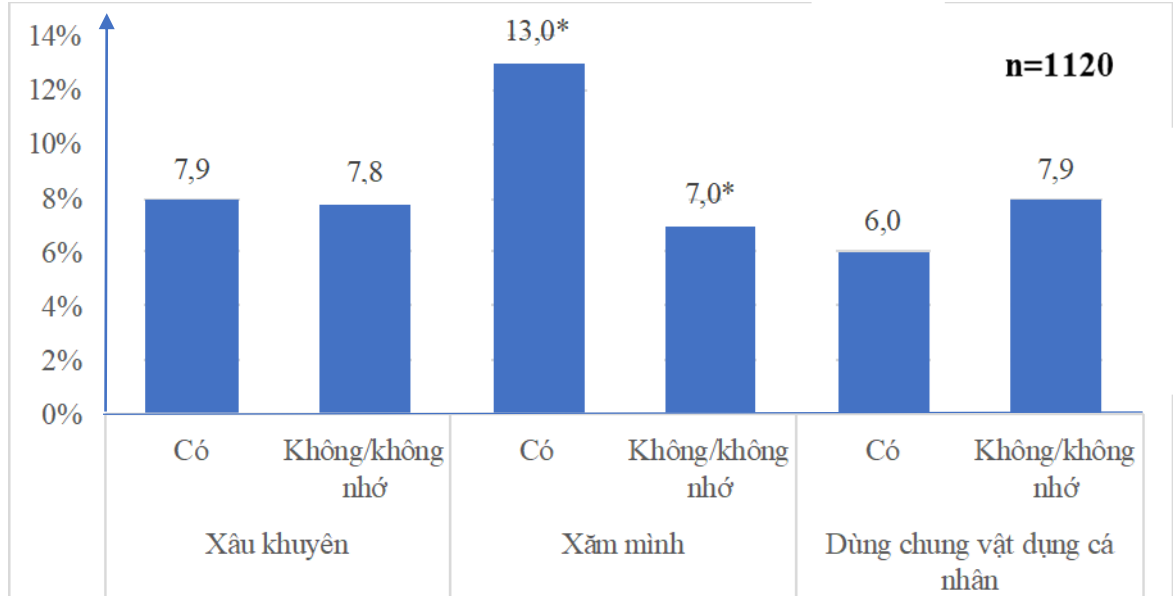
Tỷ lệ nhiễm HBV cao hơn ở nhóm có tiếp cận, sử dụng internet (8,4%) so với nhóm không tiếp cận (7,4%), ở nhóm hộ nghèo (10,0%) so với nhóm không thuộc hộ nghèo (7,6%). Khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



* $p < 0,05$; ** Tính trong số những người đã biết về bệnh

Biểu đồ 3.8. Tỷ lệ nhiễm HBV theo tiền sử cá nhân sử dụng dịch vụ y tế

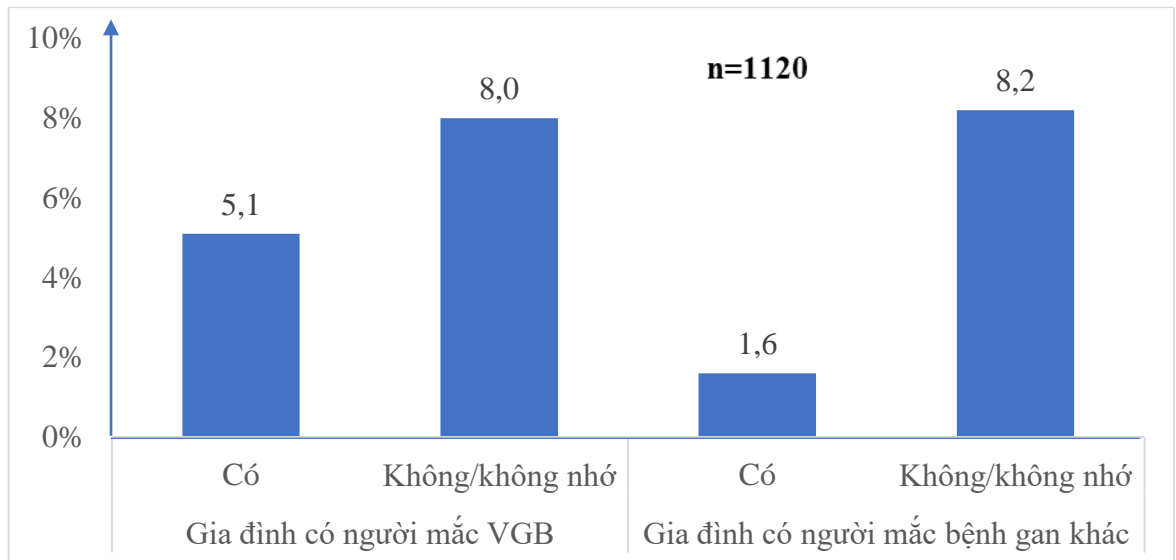
Tỷ lệ nhiễm HBV ở nhóm có tiền sử hiển máu (1,1%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm không có tiền sử (8,5%). Khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê theo tiền sử sử dụng các dịch vụ y tế khác, kể cả tiền sử tiêm vắc xin phòng VGB ($p > 0,05$).



*: Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Biểu đồ 3.9. Tỷ lệ nhiễm HBV theo tiền sử hành vi nguy cơ cá nhân

Tỷ lệ nhiễm HBV ở nhóm có tiền sử xăm mình (13,0%) cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm không có tiền sử xăm mình (7,0%). Khác biệt theo các yếu tố tiền sử khác như xâu khuyên, dùng chung các dụng cụ cá nhân như dao cạo,...chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.10. Tỷ lệ nhiễm HBV theo tiền sử gia đình

Tỷ lệ nhiễm HBV chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo tiền sử gia đình có người mắc VGB hoặc mắc bệnh gan khác ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến nhiễm HBV

Biến số	Tỷ lệ HBsAg (+)	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
Địa bàn			
Mình Hoá	6,1	1	1
Quảng Trạch	9,6	1,65 (1,06-2,58)*	1,58 (0,96-2,60)
Giới			
Nam	7,2	1	1
Nữ	8,1	1,15 (0,69-1,91)	1,01 (0,60-1,71)
Nhóm tuổi			
20 – 30	7,3	1,17 (0,58-2,34)	1,86 (0,90-3,88)
31 – 40	6,9	1,10 (0,59-2,06)	1,43 (0,74-2,77)
41 – 50	11,2	1,88 (1,09-3,24)*	1,82 (1,03-3,20)*
51 – 60	6,3	1	1
Học vấn			
≤Tiểu học	11,6	2,76 (1,48-5,13)*	2,14 (1,08-4,27)*
THCS	8,5	1,94 (1,09-3,47)*	1,73 (0,93-3,22)
≥PTTH	4,6	1	1
Hộ nghèo			
Không	7,6	1	1
Có	10,0	1,34 (0,67-2,68)	1,46 (0,68-3,12)
Hiện máu			
Không	8,5	1	1
Có	1,0	0,12 (0,22-0,84)*	0,16 (0,02-1,18)
Xăm mình			
Không	7,0	1	1
Có	13,0	2,00 (1,19-3,36)*	1,96 (1,14-3,80)*

*:p<0,05

Kết quả phân tích đa biến cho thấy tỷ lệ nhiễm cao hơn ở nhóm tuổi 41-50 (OR=1,82) so với nhóm tuổi 51-60, ở nhóm có học vấn tiểu học trở xuống so với nhóm tốt nghiệp PTTH trở lên (OR=2,14) và ở nhóm có xăm mình so với nhóm không xăm (OR=1,96). Mọi liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Kiến thức, thực hành của đối tượng người 20 - 60 tuổi về dự phòng lây nhiễm HBV

3.2.1. Kiến thức về dự phòng lây nhiễm HBV

Bảng 3.4. Tình hình tiếp cận thông tin về bệnh VGB của người 20 - 60 tuổi

Tiếp cận thông tin	Miền núi (n;%)	Ven biển (n;%)	Tổng (n;%)
Nghe nói về VGB	(n=560)	(n=560)	(n=1120)
Không	350 (62,5)	342 (61,1)	692 (61,8)
Có	210 (37,5)	218 (38,9)	428 (38,2)
Nguồn thông tin	(n=210)	(n=218)	(n=428)
Hội họp, tập huấn	62 (29,5)	54 (24,8)	116 (27,1)
Sách báo, tạp chí	88 (38,1)	81 (37,2)	161 (37,6)
Đài, ti vi, internet	148 (70,5)	151 (69,3)	299 (69,9)
Cán bộ y tế	124 (59,1)	146 (67,0)	270 (63,1)
Bạn bè, người thân	62 (29,5)	67 (30,7)	129 (30,1)

Có 38,2% đối tượng nghiên cứu đã từng nghe nói (tiếp cận thông tin) về bệnh VGB, với các nguồn thông tin chủ yếu đến từ các phương tiện thông tin đại chúng (đài, ti vi, internet, với 69,9%), từ cán bộ y tế (63,1%) và từ sách, báo, tạp chí (37,6%). Vẫn còn 30,1% biết thông tin từ nguồn không chính thống là từ bạn bè, người thân. Không có sự khác biệt giữa hai địa bàn về tỷ lệ tiếp cận cũng như các nguồn thông tin.

Bảng 3.5. Kiến thức về tác nhân gây bệnh, đường lây truyền và đối tượng nguy cơ của người 20 - 60 tuổi

Kiến thức	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
Tác nhân gây bệnh			
Vi rút	367	85,7	32,8
Vi khuẩn	89	20,8	7,9
Ký sinh trùng	41	9,6	3,7
Rượu, bia, ăn uống	66	15,4	5,9
Đường lây truyền			
Đường máu	374	87,4	33,4
Qua dịch tiết cơ thể	294	68,7	26,3
Qua quan hệ tình dục	325	75,9	29,0
Từ mẹ sang con	316	73,8	28,2
Qua sữa mẹ	176	41,1	15,7
Đường ăn uống	151	35,3	13,5
Bắt tay, ôm hôn	87	20,3	7,8
Đối tượng nguy cơ			
Trẻ có mẹ mắc bệnh	337	78,7	30,1
Có vợ/chồng mắc bệnh	344	80,4	30,7
Tiêm chích ma túy	336	78,5	30,0
Quan hệ tình dục không an toàn	328	76,6	29,3
Người chuyên cho máu	312	72,9	27,9
Cán bộ y tế	284	66,4	25,4

Có 85,7% những người đã tiếp cận với thông tin về VGB biết đúng tác nhân gây bệnh là vi rút (32,8% tính chung trong tổng số đối tượng

ngiên cứu) nhưng vẫn còn một số hiểu sai nguyên nhân gây bệnh, cao nhất là do vi khuẩn (20,8%; 7,9%). Tỷ lệ kể đúng các đường lây bệnh lần lượt trong nhóm tiếp cận và trong tổng số đối tượng là truyền máu (87,4%; 33,4%); tình dục không an toàn (75,9%; 29,0%); mẹ sang con (73,8%; 28,2%) và tiếp xúc với máu, dịch tiết người bệnh (68,7%; 26,3%). Đường lây truyền bị hiểu sai nhiều nhất là qua sữa mẹ với lần lượt 41,1% trong nhóm tiếp cận và 15,7% trong tổng số. Các đối tượng nguy cơ cao được kể đến với tỷ lệ cao nhất là có vợ/chồng mắc bệnh (80,4%; 30,1%) và thấp nhất là cán bộ y tế (66,4%; 29,3%).

Bảng 3.6. Kiến thức về các biện pháp phòng bệnh của người 20 - 60 tuổi

Kiến thức	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
Các biện pháp phòng bệnh			
Không tiêm chích ma túy	337	78,7	30,1
Dùng riêng đồ cá nhân	295	68,9	26,3
Quan hệ tình dục lành mạnh	315	73,6	28,1
<i>Cách ly người bệnh</i>	<i>174</i>	<i>40,7</i>	<i>15,5</i>
Tiêm vắc xin	336	78,5	30,0
Biện pháp hiệu quả nhất			
Tiêm vắc xin	324	75,7	28,4
Không tiêm chích ma túy	72	16,8	6,4
Biện pháp khác	32	7,5	2,9

Các biện pháp dự phòng lây nhiễm được nhắc đến nhiều nhất trong nhóm đã tiếp cận với thông tin về bệnh là không tiêm chích ma túy (78,7%), tiêm vắc xin (78,5%) và quan hệ tình dục an toàn (73,6%); tương ứng với lần lượt là 31,1%; 31,0% và 28,1% tổng số đối tượng. Vẫn còn 40,7% người đã tiếp cận thông tin (15,5% tổng số) cho rằng phòng lây nhiễm bằng biện pháp

cách ly người bệnh. Đa số đối tượng cho rằng tiêm vắc xin là biện pháp dự phòng hiệu quả nhất (75,7% trong nhóm đã tiếp cận với thông tin và 28,4% trong tổng số).

Bảng 3.7. Kiến thức về việc tiêm vắc xin phòng bệnh của người 20 - 60 tuổi

Kiến thức	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
Đã từng nghe nói về tiêm vắc xin phòng bệnh			
Có	346	80,8	30,9
Không (n=428)	82	19,2	
Không (n=1120)	774		69,1
Lợi ích của tiêm phòng (n=346)			
Phòng nhiễm vi rút cho bản thân	294	85,0	30,9
Phòng mắc bệnh cho bản thân	280	80,9	26,3
Phòng ngừa biến chứng	187	54,1	16,7
Phòng lây bệnh cho người khác	148	42,8	13,2
Đối tượng tiêm phòng (n=346)			
Tất cả mọi người	281	81,2	25,1
Trẻ em trong CTTCMR	251	72,5	22,4
Người lớn chưa nhiễm vi rút	245	70,8	21,9
Cán bộ y tế	199	57,5	17,8
Người nhà bệnh nhân	110	31,8	9,8
<i>Bệnh nhân đã mắc VGB</i>	<i>121</i>	<i>35,0</i>	<i>10,8</i>
<i>Người lớn đã nhiễm vi rút</i>	<i>131</i>	<i>37,9</i>	<i>11,7</i>
Biết nơi tiêm vắc xin (n=346)			
Có	255	73,7	22,8
Không (n=346)	91	26,3	
Không (n=1120)	865		77,2

Có 80,8% đối tượng tiếp cận thông tin về bệnh VGB đã từng nghe nói về việc tiêm vắc xin phòng bệnh, tương ứng với 30,9% tổng số đối tượng. Các lợi ích được kể đến nhiều nhất lần lượt là phòng nhiễm vi rút (85,0%; 30,9%) và phòng mắc bệnh (80,9%; 26,3%), phòng biến chứng (54,1%; 16,7%) cho bản thân. Đa số đối tượng (81,2%; 25,1%) cho rằng tất cả mọi người đều có thể là đối tượng tiêm vắc xin, tiếp theo là trẻ em trong CTTCMR (72,5%; 22,4%). Vẫn còn 35,0% (10,8%) cho rằng cần tiêm phòng cho người bệnh hay người đã nhiễm HBV (37,9%; 11,7%). Có 73,7% (22,8% tổng số) đối tượng biết nơi tiêm vắc xin.

Bảng 3.8. Kiến thức về triệu chứng và hậu quả có thể gặp khi nhiễm HBV

Kiến thức	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
Triệu chứng có thể gặp			
Sốt	280	65,4	25,0
Mệt mỏi	336	78,5	30,0
Chán ăn	317	74,1	28,3
Đau dưới sườn phải	254	59,4	22,7
Vàng da, vàng mắt	339	79,2	30,3
Nước tiểu vàng	266	62,1	23,8
Gan sưng to	234	54,7	20,9
Hậu quả có thể gặp			
Nhiễm vi rút lâu dài	293	68,5	26,2
Mắc bệnh lâu dài	276	64,5	24,6
Xơ gan	267	62,4	23,8
Ung thư gan	307	71,7	27,4

Các triệu chứng khi nhiễm HBV được kể đến nhiều nhất là vàng da, vàng mắt (79,2%); mệt mỏi (78,5%) và chán ăn (74,1%). Các hậu quả được kể đến lần lượt là ung thư gan (71,7%), nhiễm vi rút lâu dài (68,5%), mắc viêm gan B lâu dài (64,5%).

Bảng 3.9. Kiến thức về các biện pháp chẩn đoán bệnh của người 20 - 60 tuổi

Biện pháp	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
Xét nghiệm máu	382	89,3	34,1
Xét nghiệm nước tiểu	169	39,5	15,1
Siêu âm	123	28,7	11,0
Chụp phim	106	24,8	9,5

Đa số đối tượng đã tiếp cận thông tin (89,3%) tương ứng với 34,1% tổng số đối tượng biết đúng biện pháp để chẩn đoán nhiễm HBV là xét nghiệm máu. Trong nhóm đã tiếp cận, vẫn còn 39,5% cho rằng chẩn đoán bằng xét nghiệm nước tiểu, bằng siêu âm (28,7%) hay chụp phim (24,8%). Tỷ lệ này tính trong tổng số đối tượng lần lượt là 15,1%; 11,0% và 9,5%.

Bảng 3.10. Kiến thức về việc xét nghiệm HBV của người 20 - 60 tuổi

Kiến thức	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
Chỉ định xét nghiệm			
Người tiêm chích ma túy	329	76,9	29,4
Trước khi tiêm vắc xin phòng VGB	248	57,9	22,1
Vết thương phơi nhiễm	339	79,2	30,3
Trước khi phẫu thuật	249	58,2	22,2
Phụ nữ mang thai	278	65,0	24,8
Trẻ mới sinh	153	35,8	13,7
Người nhà bệnh nhân	140	32,7	12,5
Biết nơi làm xét nghiệm			
Có	278	65,0	24,8
Không (n=428)	150	35,0	
Không (n=1120)	842		75,2

Trong số những người đã biết về bệnh VGB, các trường hợp có thể chỉ định làm xét nghiệm HBV được kể đến với tỷ lệ cao nhất là có vết thương phơi nhiễm dính máu, chất tiết của người bệnh (79,2%), người tiêm chích ma túy (76,9%), phụ nữ mang thai (65,0%), trước khi phẫu thuật (58,2%) hay trước khi tiêm vắc xin phòng VGB (57,9%). Các tỷ lệ tương ứng trong tổng số đối tượng lần lượt là 30,3%; 29,4%; 24,8%; 22,2% và 22,1%. Có 65,0% đối tượng đã tiếp cận thông tin (24,8% tổng số) biết nơi làm xét nghiệm HBV.

Bảng 3.11. Kiến thức về xử trí một số tình huống của người 20 - 60 tuổi

Xử lý tình huống	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
Khi xét nghiệm âm tính			
<i>Không làm gì</i>	109	25,5	9,7
Tiêm vắc xin phòng bệnh	263	61,4	23,5
Biện pháp dự phòng khác	56	13,1	5,0
Khi xét nghiệm dương tính			
<i>Nghỉ ngơi, không làm gì</i>	85	19,9	7,6
Khám, kiểm tra sức khoẻ	249	58,2	22,2
<i>Tiêm vắc xin phòng bệnh</i>	14	3,3	1,3
<i>Nhập viện điều trị luôn</i>	34	7,9	3,0
Các biện pháp khác	46	10,7	4,1
Vết thương dính máu, dịch tiết			
Dùng khăn, giấy lau khô vết thương	107	25,0	9,6
Rửa vết thương dưới vòi nước chảy	125	29,2	11,2
Sát khuẩn vết thương bằng xà phòng, cồn	88	20,6	7,9
<i>Băng kín vết thương</i>	64	15,0	5,7
Tư vấn cán bộ y tế	44	10,3	3,9

Khi có kết quả xét nghiệm HBsAg âm tính, đa số (61,4%) những người đã tiếp cận thông tin về bệnh; tương ứng với 23,5% tổng số đối tượng cho rằng nên đi tiêm phòng vắc xin nhưng vẫn có đến 25,5% (9,7%) cho rằng không cần phải làm gì. Khi xét nghiệm dương tính, có 58,2% (22,2%) đối tượng cho rằng cần đi khám, kiểm tra sức khoẻ nhưng vẫn có 19,9% (7,6%) cho rằng chỉ cần nghỉ ngơi, không phải làm gì; 7,9% (3,0%) cho rằng phải nhập viện điều trị luôn và 3,3% (1,3%) cho rằng phải đi tiêm vắc xin. Với vết

thương phơi nhiễm máu, phần lớn cho rằng cần rửa vết thương dưới vòi nước chảy (29,2%; 11,2%) hoặc lau bằng khăn, giấy khô (25,0%; 9,6%) nhưng vẫn có 15,0% (5,7%) cho rằng cần băng kín vết thương.

Bảng 3.12. Kiến thức về điều trị bệnh của người 20 - 60 tuổi

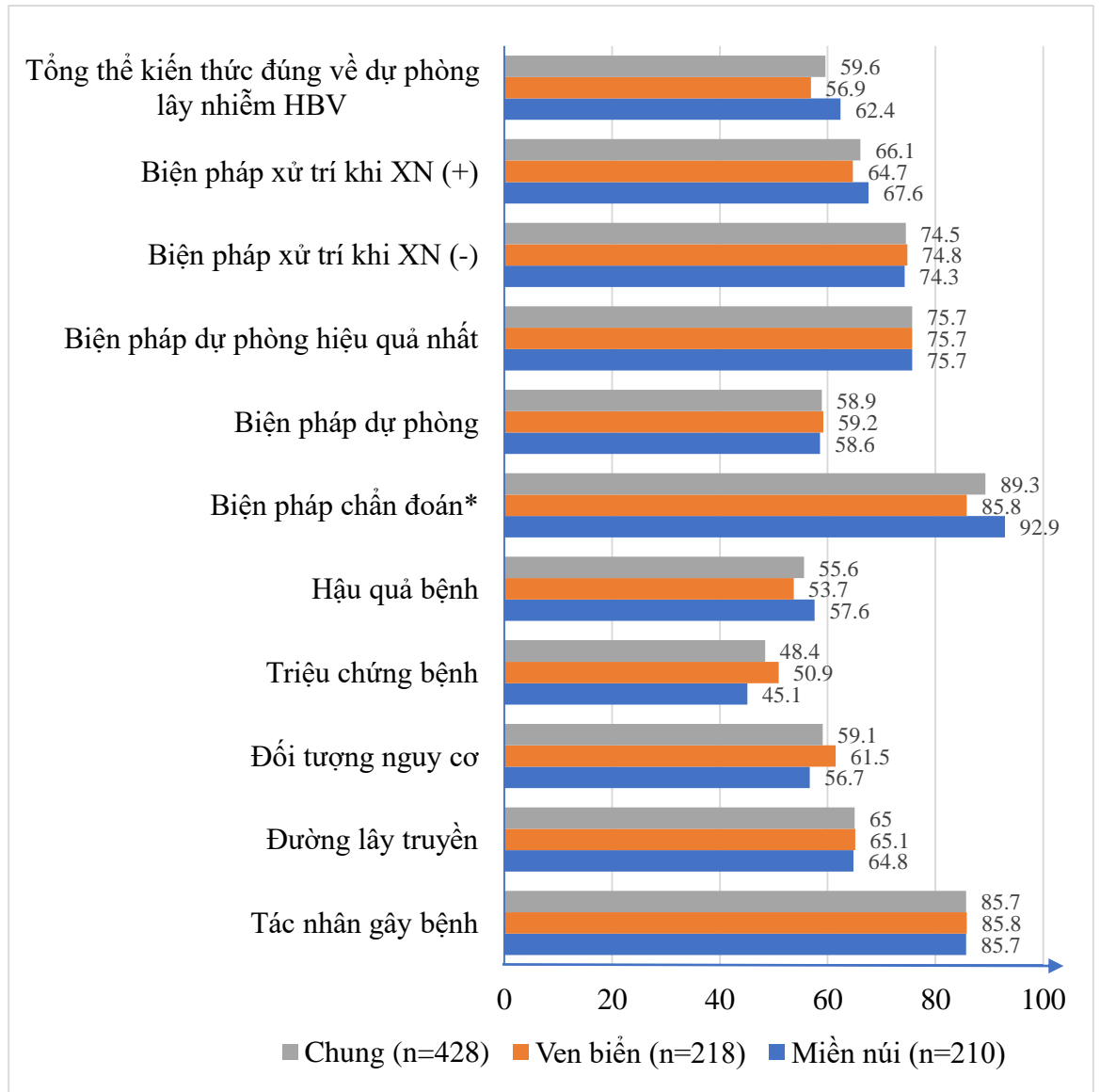
Thông tin	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
Bệnh có thể điều trị được			
Có	212	49,5	18,9
Không/không biết	216	50,5	19,3
Biết nơi điều trị (n=212)			
Có	194	91,5	17,3
Không (n=212)	18	8,5	
Không (n=1120)	926		82,7

Trong nhóm đối tượng đã tiếp cận thông tin, có 49,5% đối tượng cho rằng VGB có thể điều trị được và 83,6% biết nơi điều trị bệnh. Tỷ lệ tương ứng trong tổng số đối tượng lần lượt là 18,9% và 17,3%.

Bảng 3.13. Tỷ lệ người 20 - 60 tuổi có kiến thức đúng

Có kiến thức đúng về	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
Tác nhân gây bệnh	367	85,7	32,8
Đường lây truyền	278	65,0	24,8
Đối tượng nguy cơ	253	59,1	22,6
Triệu chứng bệnh	207	48,4	18,5
Hậu quả bệnh	238	55,6	21,3
Biện pháp chẩn đoán	382	89,3	34,1
Biện pháp dự phòng	252	58,9	22,5
Biện pháp dự phòng hiệu quả nhất	324	75,7	28,9
Biện pháp xử trí khi XN (-)	319	74,5	28,5
Biện pháp xử trí khi XN (+)	283	66,1	25,3
Tổng thể kiến thức đúng về dự phòng lây nhiễm HBV	255	59,6	22,8

Trong số những người đã tiếp cận thông tin về bệnh, các kiến thức có tỷ lệ đúng cao nhất là về biện pháp chẩn đoán (89,3%), tác nhân gây bệnh (85,7%), biện pháp dự phòng hiệu quả nhất (75,7%), biện pháp xử trí khi có kết quả xét nghiệm âm tính (74,5%) và khi có kết quả dương tính (66,1%); tương ứng với tỷ lệ lần lượt 34,1%; 32,8%; 28,9; 28,5% và 25,3% trong toàn bộ đối tượng nghiên cứu. Các kiến thức có tỷ lệ đúng thấp nhất là về triệu chứng (48,4%), hậu quả (55,4%), biện pháp dự phòng (58,9%) và đối tượng nguy cơ (59,1%); tương ứng với lần lượt là 18,5%; 21,2%; 22,5% và 22,6% trong toàn bộ đối tượng. Tỷ lệ có kiến thức tổng thể đúng về dự phòng lây nhiễm HBV trong số những người đã biết về bệnh là 59,6% tương ứng với 22,8% trong toàn bộ đối tượng 20-60 tuổi.



*:p<0,05

Biểu đồ 3.11. Tỷ lệ có kiến thức đúng về VGB theo địa bàn

Tỷ lệ có kiến thức đúng về hầu hết các nội dung được khảo sát liên quan đến bệnh VGB và dự phòng lây nhiễm VGB tương đương nhau giữa hai địa bàn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ được ghi nhận với tỷ lệ có kiến thức đúng về biện pháp chẩn đoán bệnh ở khu vực miền núi (92,9%), cao hơn so với ở khu vực ven biển (85,8%). Tỷ lệ có kiến thức đúng về tổng thể ở miền núi cao hơn so với ven biển (62,4% so với 56,9%) song khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2.2. Thực trạng thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV

Bảng 3.14. Thực hành theo khai báo về một số tình huống giả định của người 20 - 60 tuổi

Tình huống	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
Nghi mình mắc bệnh			
Đi khám tại cơ sở y tế	401	93,7	35,8
Đi khám thầy lang	8	1,9	0,7
Tự điều trị	19	4,4	1,7
Vợ/chồng mắc bệnh			
Chung sống bình thường	308	72,0	27,5
Hạn chế ăn uống chung	102	23,8	9,1
Hạn chế quan hệ vợ chồng	113	26,4	10,1
Tiêm vắc xin cho người bệnh	69	16,1	6,2
Tiêm vắc xin cho người lành	280	65,4	25,0
Điều trị cho người bệnh	279	65,2	24,9
Hàng xóm mắc bệnh			
Quan hệ như bình thường	348	81,3	31,1
Hạn chế quan hệ, tiếp xúc	34	7,9	3,0
Không biết phải làm gì	46	10,8	4,1

Đa số đối tượng (93,7% người đã tiếp cận với thông tin; 35,8% trong tổng số) đi khám tại cơ sở y tế khi nghi mình mắc bệnh, (72,0%; 27,5%) chung sống bình thường khi có vợ/chồng mắc bệnh và (81,3%; 31,1%) duy trì quan hệ tiếp xúc như bình thường với hàng xóm mắc bệnh. Vẫn còn một tỷ lệ nhất định đi khám thầy lang (1,9%; 0,7%) hoặc tự điều trị (4,4%; 1,7%) khi nghi ngờ mắc bệnh; hạn chế ăn uống chung (23,8%; 9,1%), hạn chế quan hệ vợ chồng (23,8%; 9,1%) hay tiêm vắc xin cho người bệnh (16,1%; 6,2%) khi

vợ/chồng mắc bệnh; không biết phải làm gì (10,8%; 4,1%) hay hạn chế tiếp xúc khi có hàng xóm mắc bệnh (7,9%; 3,0%).

Bảng 3.15. Thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh của người 20 - 60 tuổi

Thông tin	Số lượng	% trong nhóm đã tiếp cận thông tin (n=428)	% trong tổng số đối tượng (n=1120)
Đã tiêm vắc xin phòng VGB	(n=428)		
Có	204	47,7	18,2
Không (n=428)	224	52,3	
Không (n=1120)	916		81,8
Tình huống tiêm vắc xin	(n=204)		
Tự đi tiêm	159	77,9	14,2
Cán bộ y tế chỉ định	45	22,1	4,0
Số mũi VX trung bình (\pmSD)		2,9 \pm 1,1	

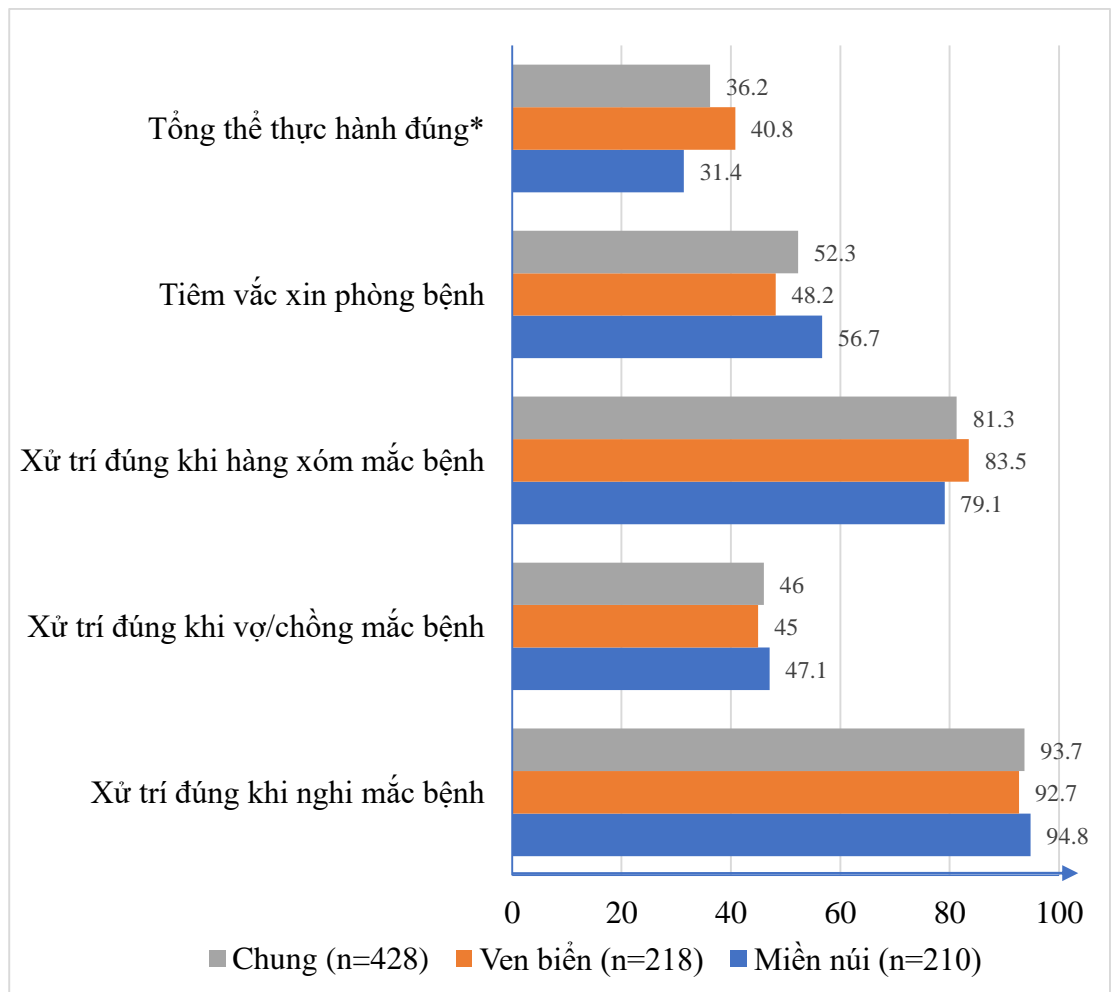
Có 47,7% những người đã tiếp cận thông tin về bệnh (18,2% tổng số đối tượng) đã được tiêm vắc xin, phần lớn là tự đi tiêm (77,9%; 14,2%), với trung bình 2,9 \pm 1,1 mũi vắc xin/người.

Bảng 3.16. Tỷ lệ người 20 - 60 tuổi thực hành đúng về các nội dung khảo sát

Thực hành đúng về	Số lượng	Tỷ lệ % trong số người biết về bệnh (n=428)	Tỷ lệ % trong tổng số đối tượng (n=1120)
Xử trí khi nghi mắc bệnh	401	93,7	35,8
Xử trí khi vợ/chồng mắc bệnh	197	46,0	17,6
Xử trí khi hàng xóm mắc bệnh	348	81,3	31,1
Tiêm vắc xin phòng VGB	204	47,7	18,2
Tổng thể thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm HBV	155	36,2	13,8

Trong số những người đã tiếp cận với thông tin về bệnh VGB, tỷ lệ người dân thực hành đúng được khảo sát trong nghiên cứu này cao nhất là về

biện pháp xử trí các tình huống khi bản thân nghi mắc bệnh (93,7%), khi hàng xóm mắc bệnh (81,3%) hay khi vợ, chồng mắc bệnh (72,0%). Tỷ lệ đã tiêm vắc xin phòng VGB là 47,7% (18,2% tính trên tổng số đối tượng). Tỷ lệ tổng thể thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm HBV là 36,2% trong số những người đã biết tiếp cận thông tin về bệnh, hay 13,8% trong tổng số đối tượng.



Biểu đồ 3.12. Tỷ lệ thực hành đúng về VGB theo địa bàn

Tỷ lệ có thực hành đúng về tổng thể ở ven biển (40,8%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở miền núi (31,4%). Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ thực hành đúng cho từng tình huống ở hai địa bàn không có ý nghĩa thống kê.

3.3. Hiệu quả hoạt động can thiệp TT-GDSK dự phòng lây nhiễm HBV trên đối tượng người 20-60 tuổi

3.3.1. Khả năng tiếp cận thông tin về VGB sau can thiệp

Bảng 3.17. Đặc điểm nhân khẩu, kinh tế xã hội của đối tượng sau can thiệp

Đặc điểm	Chung (n=1120)		Nhóm can thiệp (n=560)		Nhóm chứng (n=560)		p
	n	%	n	%	n	%	
Giới tính							
Nam	320	28,6	170	30,4	150	26,8	0,186
Nữ	800	71,4	390	69,6	410	73,2	
Độ tuổi							
20 – 30	180	16,1	76	13,6	104	18,6	0,087
31 – 40	261	23,3	142	25,4	119	21,3	
41 – 50	283	25,3	145	25,9	138	24,6	
51 – 60	396	35,3	197	35,2	199	35,5	
Trung bình ± SD	44,0±11,6		44,2±11,1		43,9±12,1		0,345
Học vấn							
≤Tiểu học	236	21,1	128	22,9	108	19,3	0,182
THCS	507	45,3	256	45,7	251	44,8	
≥PTTH	377	33,7	176	31,4	201	35,9	
Nghề nghiệp chính							
Nông, ngư nghiệp	526	47,0	249	44,5	277	49,5	0,113
Nghề khác	594	53,0	311	55,5	283	50,5	

Phân bố tuổi, giới học vấn và nghề nghiệp chính của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng cũng như so với trước can thiệp ở bảng 3.1.

Bảng 3.18. Tiếp cận thông tin của đối tượng về VGB trước và sau can thiệp

	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			p _{2,4}
	Trước ¹ (n=560)	Sau ² (n=560)	p _{1,2}	Trước ³ (n=560)	Sau ⁴ (n=560)	p _{3,4}	
Nghe nói về VGB							
Có	39,3	90,2	<0,01	37,1	40,9	0,198	<0,01
Không	60,7	9,8		62,9	59,1		
Nguồn thông tin về VGB							
Hội họp, tập huấn	26,8	80,0	<0,01	27,4	28,4	0,820	<0,01
Sách báo, tạp chí	37,7	73,5	<0,01	37,5	40,6	0,506	<0,01
Đài, ti vi, internet	71,8	88,1	<0,01	67,8	67,7	0,982	<0,01
Cán bộ y tế	63,2	83,8	<0,01	63,0	65,1	0,650	<0,01
Bạn bè, người thân	28,7	26,3	0,522	31,7	26,2	0,203	0,964

Tỷ lệ người dân biết đến bệnh VGB ở nhóm can thiệp đã tăng từ 39,3% trước can thiệp lên 90,2% sau can thiệp, so với từ 37,1% lên 40,9% ở nhóm chứng. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) giữa trước và sau can thiệp cũng như giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng sau can thiệp. Tỷ lệ các nguồn thông tin về VGB cũng tăng lên có ý nghĩa thống kê trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và giữa hai nhóm sau khi can thiệp, ngoại trừ nguồn thông tin từ người thân, bạn bè. Các phương tiện thông tin đại chúng như đài, ti vi, internet vẫn là nguồn thông tin quan trọng nhất ở cả hai nhóm sau can thiệp. Tuy nhiên, nguồn thông tin từ cán bộ y tế và từ các cuộc hội họp, tập huấn đã được tăng lên nhanh chóng ở nhóm can thiệp sau khi can thiệp.

3.3.2. Cải thiện kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV

3.3.2.1. Cải thiện kiến thức về dự phòng lây nhiễm HBV

Bảng 3.19. Cải thiện kiến thức của đối tượng về tác nhân gây bệnh, đường lây truyền và đối tượng nguy cơ

Kiến thức	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			P _{2,4}
	Trước ¹ (n=220)	Sau ² (n=505)	P _{1,2}	Trước ³ (n=208)	Sau ⁴ (n=229)	P _{3,4}	
Tác nhân gây bệnh							
Vi rút	88,2	87,5	0,804	83,2	79,5	0,323	<0,01
Vi khuẩn	22,3	4,2	<0,01	19,2	17,0	0,551	<0,01
Ký sinh trùng	9,6	3,0	<0,01	9,6	8,7	0,750	<0,01
Rượu, bia	15,0	8,7	<0,05	15,9	20,1	0,252	<0,01
Đường lây truyền							
Đường máu	85,9	97,0	<0,01	88,9	92,1	0,252	<0,01
Qua dịch tiết cơ thể	71,8	83,8	<0,01	65,4	68,1	0,544	<0,01
Qua đường tình dục	77,3	96,0	<0,01	74,5	79,0	0,263	<0,01
Từ mẹ sang con	72,3	96,0	<0,01	75,5	79,5	0,317	<0,01
Qua sữa mẹ	43,6	7,3	<0,01	38,5	43,2	0,311	<0,01
Qua đường ăn uống	35,0	5,0	<0,01	35,6	27,5	0,069	<0,01
Bắt tay, ôm hôn	22,7	3,4	<0,01	17,8	13,5	0,221	<0,01
Đối tượng nguy cơ							
Trẻ có mẹ mắc bệnh	78,6	97,0	<0,01	78,9	82,5	0,329	<0,01
Vợ/chồng mắc bệnh	81,8	97,4	<0,01	78,8	83,4	0,223	<0,01
Tiêm chích ma túy	75,9	96,4	<0,01	81,2	78,6	0,491	<0,01
Tình dục không an toàn	72,7	96,0	<0,01	80,8	82,1	0,721	<0,01
Người chuyên cho máu	76,4	88,1	<0,01	69,2	75,1	0,170	<0,01
Cán bộ y tế	69,1	81,4	<0,01	63,5	68,1	0,305	<0,01

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ có kiến thức đúng về đường lây và đối tượng nguy cơ sau can thiệp tăng và tỷ lệ có kiến thức sai về tác nhân, đường lây và đối tượng nguy cơ giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) so với trước can thiệp và cao hơn so với nhóm chứng. Trong khi đó, ở nhóm chứng sau can thiệp, đa phần tỷ lệ có kiến thức đúng không tăng hoặc tăng chưa có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ có kiến thức sai không giảm hoặc giảm chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.20. Cải thiện kiến thức của đối tượng về các biện pháp phòng bệnh

Kiến thức	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			P ^{2,4}
	Trước ¹ (n=220)	Sau ² (n=505)	P ^{1,2}	Trước ³ (n=208)	Sau ⁴ (n=229)	P ^{3,4}	
Biện pháp phòng bệnh							
Không TCMT	76,8	90,3	<0,01	80,8	79,5	0,735	<0,01
Dùng riêng đồ cá nhân	68,2	85,2	<0,01	69,7	63,8	0,187	<0,01
Tình dục an toàn	72,7	89,5	<0,01	74,5	78,6	0,314	<0,01
Tiêm vắc xin	82,7	95,1	<0,01	74,0	83,8	<0,05	<0,01
<i>Cách ly người bệnh</i>	43,6	12,3	<0,01	37,5	39,7	0,631	<0,01
Biện pháp hiệu quả nhất							
Tiêm vắc xin	80,0	95,1	<0,01	71,2	77,7	0,115	<0,01
Không TCMT	13,6	4,8	<0,01	20,2	14,4	0,109	<0,01
Biện pháp khác	6,4	0,2	<0,01	8,7	7,9	0,763	<0,01

Tỷ lệ có kiến thức đúng về các biện pháp dự phòng lây nhiễm cũng như biện pháp can thiệp hiệu quả nhất (tiêm vắc xin) ở nhóm can thiệp sau can thiệp tăng so với trước can thiệp và cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tỷ lệ có kiến thức chưa đúng về các biện pháp dự phòng giảm so với trước can thiệp và thấp hơn so với nhóm chứng. Trong khi đó, ở nhóm chứng, kiến thức sau can thiệp chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp.

Bảng 3.21. Cải thiện kiến thức của đối tượng về vắc xin phòng bệnh

Kiến thức	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			P _{2,4}
	Trước ¹ (n=220)	Sau ² (n=505)	P _{1,2}	Trước ³ (n=208)	Sau ⁴ (n=229)	P _{3,4}	
Đã từng nghe nói về vắc xin							
Có	82,7	95,8	<0,01	78,9	83,8	0,179	<0,01
Không	17,3	4,2		21,1	16,2		
Lợi ích của tiêm vắc xin							
Phòng nhiễm vi rút	82,4	98,6	<0,01	87,8	90,6	0,458	<0,01
Phòng mắc bệnh	85,7	98,6	<0,01	75,6	82,3	0,121	<0,01
Phòng ngừa biến chứng	58,8	96,7	<0,01	48,8	63,5	<0,01	<0,01
Phòng lây cho người khác	47,3	95,9	<0,01	37,8	55,2	<0,01	<0,01
Đối tượng chỉ định							
Tất cả mọi người	76,4	98,1	<0,01	86,6	89,6	0,382	<0,01
Trẻ em trong CTTCMR	73,6	97,9	<0,01	71,3	79,2	0,087	<0,01
Người lớn chưa nhiễm	73,6	97,9	<0,01	67,7	76,6	0,062	<0,01
Cán bộ y tế	58,8	96,7	<0,01	56,1	68,2	<0,05	<0,01
Người nhà bệnh nhân	22,0	88,4	<0,01	42,7	70,3	<0,01	<0,01
<i>Người lớn nhiễm vi rút</i>	<i>44,0</i>	<i>4,3</i>	<i><0,01</i>	<i>31,1</i>	<i>55,2</i>	<i><0,01</i>	<i><0,01</i>
<i>Bệnh nhân mắc VGB</i>	<i>38,5</i>	<i>3,0</i>	<i><0,01</i>	<i>31,1</i>	<i>22,4</i>	<i>0,103</i>	<i><0,01</i>
Biết nơi tiêm vắc xin							
Có	68,7	98,1	<0,01	79,3	91,7	<0,01	<0,01
Không	31,3	1,9		20,7	8,3		

Tỷ lệ người dân ở nhóm can thiệp biết về vắc xin phòng bệnh, biết nơi tiêm vắc xin, có kiến thức đúng về lợi ích của tiêm phòng vắc xin và các đối tượng được chỉ định tiêm phòng sau can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê sau so với trước can thiệp và so với nhóm chứng. Tỷ lệ hiểu sai về chỉ định tiêm vắc xin (cho người bệnh và người đã nhiễm) giảm sau can thiệp và thấp

hơn so với nhóm chứng ($p < 0,01$). Trong khi ở nhóm chứng, đa số những khác biệt trước và sau can thiệp chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.22. Cải thiện kiến thức của đối tượng về triệu chứng có thể có, hậu quả của nhiễm HBV

Kiến thức	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			P _{2,4}
	Trước ¹ (n=220)	Sau ² (n=505)	P _{1,2}	Trước ³ (n=208)	Sau ⁴ (n=229)	P _{3,4}	
Triệu chứng có thể có của nhiễm HBV							
Sốt	65,0	95,1	<0,01	65,9	69,0	0,485	<0,01
Mệt mỏi	78,2	96,2	<0,01	78,9	83,0	0,272	<0,01
Chán ăn	71,8	96,4	<0,01	76,4	80,8	0,268	<0,01
Đau dưới sườn phải	62,3	95,5	<0,01	56,3	65,1	0,059	<0,01
Vàng da, vàng mắt	76,8	95,8	<0,01	81,7	84,7	0,403	<0,01
Nước tiểu vàng	62,3	91,1	<0,01	62,0	52,4	<0,05	<0,01
Gan sưng to	56,4	78,4	<0,01	52,9	55,0	0,654	<0,01
Hậu quả của nhiễm HBV							
Nhiễm vi rút mạn	66,8	95,3	<0,01	69,7	75,6	0,171	<0,01
Mắc bệnh lâu dài	63,2	94,9	<0,01	65,4	72,5	0,108	<0,01
Xơ gan	64,6	96,0	<0,01	59,6	66,4	0,143	<0,01
Ung thư gan	81,4	85,4	0,177	61,5	69,0	0,102	<0,01

Tỷ lệ người dân biết đúng các triệu chứng cũng như hậu quả của bệnh sau can thiệp ở nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,01$). Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ nhận biết hầu hết các triệu chứng và hậu quả bệnh sau can thiệp cũng đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp.

Bảng 3.23. Cải thiện kiến thức của đối tượng về biện pháp chẩn đoán

Biện pháp chẩn đoán	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			P _{2,4}
	Trước ¹ (n=220)	Sau ² (n=505)	P _{1,2}	Trước ³ (n=208)	Sau ⁴ (n=229)	P _{3,4}	
Xét nghiệm máu	88,6	97,8	<0,01	89,9	92,6	0,322	<0,01
Xét nghiệm nước tiểu	42,3	9,9	<0,01	36,5	43,7	0,129	<0,01
Siêu âm	27,3	10,3	<0,01	30,3	37,6	0,110	<0,01
Chụp phim	25,5	7,9	<0,01	24,0	30,6	0,127	<0,01

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ đối tượng hiểu đúng về biện pháp chẩn đoán sau can thiệp tăng so với trước can thiệp, tỷ lệ hiểu sai giảm sau can thiệp và thấp hơn so với nhóm chứng ($p < 0,01$). Trong khi ở nhóm chứng, khác biệt trước và sau can thiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.24. Cải thiện kiến thức của đối tượng về xét nghiệm HBV

Kiến thức	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			P _{2,4}
	Trước ¹ (n=220)	Sau ² (n=505)	P _{1,2}	Trước ³ (n=208)	Sau ⁴ (n=229)	P _{3,4}	
Đối tượng chỉ định							
Người tiêm chích ma túy	65,0	95,1	<0,01	89,4	90,4	0,736	<0,05
Phụ nữ mang thai	62,3	94,7	<0,01	67,8	73,8	0,167	<0,01
Trước khi tiêm chủng	66,8	95,3	<0,01	48,6	59,4	<0,05	<0,01
Trước khi phẫu thuật	54,6	93,5	<0,01	62,0	69,9	0,083	<0,01
Vết thương phơi nhiễm	81,8	97,4	<0,01	76,4	80,8	0,268	<0,01
Trẻ mới sinh	40,9	91,5	<0,01	30,3	45,4	<0,01	<0,01
Người nhà bệnh nhân	30,0	89,7	<0,01	35,6	49,3	<0,01	<0,01
Biết nơi xét nghiệm							
Có	62,7	92,9	<0,01	67,3	72,9	0,199	<0,01
Không	37,3	7,1		32,7	27,1		

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ biết về chỉ định xét nghiệm và nơi làm xét nghiệm HBV sau can thiệp đều tăng so với trước can thiệp và cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, khác biệt trước và sau can thiệp chỉ có ý nghĩa thống kê trong một số nội dung.

Bảng 3.25. Cải thiện kiến thức của đối tượng về cách xử trí một số tình huống

Xử trí tình huống	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			P _{2,4}
	Trước ¹ (n=220)	Sau ² (n=505)	P _{1,2}	Trước ³ (n=208)	Sau ⁴ (n=229)	P _{3,4}	
Khi kết quả xét nghiệm âm tính							
Không phải làm gì	26,4	11,5	<0,01	24,5	26,2	0,687	<0,01
Tiêm vắc xin phòng bệnh	60,9	81,0	<0,01	62,0	62,5	0,927	<0,01
Biện pháp dự phòng khác	12,7	7,5	<0,05	13,5	11,4	0,504	0,088
Khi kết quả xét nghiệm dương tính							
<i>Nghỉ ngơi, không làm gì</i>	19,1	10,5	<0,01	20,7	12,3	<0,05	0,388
Khám, kiểm tra sức khỏe	60,5	75,3	<0,01	55,8	60,3	0,342	<0,01
<i>Tiêm vắc xin phòng bệnh</i>	3,2	2,0	0,326	3,4	4,8	0,450	<0,05
<i>Nhập viện điều trị luôn</i>	6,4	4,6	0,309	9,6	10,0	0,881	<0,01
Các biện pháp khác	10,9	7,7	0,161	10,6	12,2	0,588	<0,05
Xử trí vết thương dính máu, chất tiết							
<i>Lau khô bằng khăn giấy</i>	26,4	18,2	<0,05	23,6	25,3	0,667	<0,05
Rửa dưới vòi nước chảy	27,3	30,1	0,442	31,3	29,3	0,651	0,817
Sát khuẩn bằng cồn	21,4	36,5	<0,01	19,7	23,6	0,327	<0,01
<i>Băng kín vết thương</i>	13,6	6,9	<0,01	16,3	13,1	0,338	<0,01
Tư vấn cán bộ y tế	11,4	8,3	0,193	9,1	8,7	0,883	0,851

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ biết cách xử trí đúng các tình huống hầu hết đều tăng sau can thiệp và cao hơn nhóm chứng; các cách xử trí chưa phù hợp giảm sau can thiệp và thấp hơn nhóm chứng ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, kiến thức trước và sau can thiệp sự cải thiện chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.26. Tổng hợp thay đổi kiến thức của đối tượng về dự phòng lây nhiễm HBV sau can thiệp

Có kiến thức đúng về	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			P _{2,4}
	Trước ¹ (n=560)	Sau ² (n=560)	P _{1,2}	Trước ³ (n=560)	Sau ⁴ (n=560)	P _{3,4}	
Tác nhân gây bệnh	34,6	78,9	<0,01	30,9	32,5	0,61	<0,01
Đường lây truyền	26,4	70,2	<0,01	23,2	27,9	0,09	<0,01
Đối tượng nguy cơ	24,3	68,2	<0,01	20,9	23,8	0,28	<0,01
Triệu chứng bệnh	19,5	62,1	<0,01	17,5	21,3	0,13	<0,01
Hậu quả bệnh	23,2	63,4	<0,01	19,3	24,8	<0,05	<0,01
Biện pháp chẩn đoán	34,8	88,2	<0,01	33,4	37,9	0,13	<0,01
Biện pháp dự phòng	23,6	68,6	<0,01	21,4	22,7	0,67	<0,01
Biện pháp dự phòng hiệu quả nhất	31,4	85,7	<0,01	26,4	31,8	<0,05	<0,01
Cách xử trí khi có kết quả xét nghiệm (-)	28,9	79,8	<0,01	30,2	28,0	0,43	<0,01
Cách xử trí khi có kết quả xét nghiệm (+)	26,8	72,9	<0,01	23,8	28,2	0,09	<0,01
Tổng thể kiến thức đúng	23,9	72,0	<0,01	21,6	25,0	0,178	<0,01

Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng với các nội dung về dự phòng lây nhiễm VGVRB được khảo sát (như tác nhân gây bệnh, đường lây, biện pháp dự phòng, chẩn đoán, triệu chứng, hậu quả và cách xử trí một số tình huống) ở nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp và so với nhóm chứng ($p < 0,01$). Tổng thể kiến thức đúng về dự phòng lây nhiễm HBV sau can thiệp ở nhóm can thiệp (72,0%) cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) so với trước can thiệp (23,9%) và so với nhóm chứng (21,6%).

3.3.2.2. Cải thiện thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV

Bảng 3.27. Cải thiện thực hành của đối tượng theo khai báo tình huống

Tình huống	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			P _{2,4}
	Trước ¹ (n=220)	Sau ² (n=505)	P _{1,2}	Trước ³ (n=208)	Sau ⁴ (n=229)	P _{3,4}	
Nghi ngờ bản thân mắc bệnh							
Đi khám tại cơ sở y tế	90,9	98,2	<0,01	96,6	96,9	0,855	0,273
Đi khám thầy lang	2,3	0,4	<0,05	1,5	0,9	0,576	0,416
Tự điều trị	6,8	1,4	<0,01	1,9	2,2	0,848	0,430
Vợ/chồng mắc bệnh							
Chung sống bình thường	70,9	93,9	<0,01	73,1	78,6	0,177	<0,01
Hạn chế ăn uống chung	29,5	5,7	<0,01	21,6	15,7	0,112	<0,01
Hạn chế quan hệ vợ chồng	27,7	5,9	<0,01	25,0	20,1	0,219	<0,01
Tiêm VX cho người bệnh	20,0	3,4	<0,01	12,0	9,6	0,416	<0,01
Tiêm VX cho người lành	65,5	87,5	<0,01	65,4	71,2	0,193	<0,01
Điều trị cho người bệnh	64,1	70,9	0,069	66,4	69,0	0,554	<0,01
Hàng xóm mắc bệnh							
Quan hệ như bình thường	82,7	99,0	<0,01	79,8	78,6	0,757	<0,01
Hạn chế quan hệ, tiếp xúc	4,6	0,8	<0,01	11,5	10,0	0,614	<0,01
Không biết phải làm gì	12,7	0,2	<0,01	8,7	11,4	0,349	<0,01

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ đến khám tại cơ sở y tế khi nghi mắc VGB tăng có ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Tỷ lệ xác định chung sống bình thường, tiêm vắc xin cho người lành, điều trị cho vợ/chồng khi mắc bệnh và tỷ lệ khai báo chung sống quan hệ bình thường với hàng xóm mắc bệnh cũng đều tăng sau can thiệp và cao hơn so với nhóm chứng. Tỷ lệ khai báo các biện pháp xử trí không phù hợp như hạn chế ăn uống chung, hạn chế quan hệ vợ chồng hay tiêm vắc xin cho người bệnh giảm sau can thiệp và thấp hơn ở nhóm chứng ($p < 0,05$).

Bảng 3.28. Cải thiện thực hành của đối tượng về tiêm phòng vắc xin

Tiêm vắc xin phòng bệnh	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			p ^{2,4}
	Trước ¹ (n=220)	Sau ² (n=505)	p _{1,2}	Trước ³ (n=208)	Sau ⁴ (n=229)	p _{3,4}	
Đã tiêm	48,6	87,9	<0,01	46,6	59,8	<0,01	<0,01
Chưa tiêm	51,4	12,1		53,4	40,2		
Đã tiêm (n=560)	19,1	79,3	<0,01	13,7	24,5	<0,01	<0,01
Chưa tiêm (n=560)	80,9	20,7		86,3	75,5		

Sau can thiệp, tỷ lệ tiêm vắc xin phòng VGB tăng có ý nghĩa thống kê trong số đối tượng đã biết về bệnh VGB ở cả hai nhóm, trong đó mức tăng ở nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nhóm chứng ($p < 0,01$).

Bảng 3.29. Tổng hợp thay đổi về thực hành của đối tượng về dự phòng lây nhiễm HBV sau can thiệp

Thực hành đúng về	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm chứng (%)			p _{2,4}
	Trước ¹ (n=560)	Sau ² (n=560)	p _{1,2}	Trước ³ (n=560)	Sau ⁴ (n=560)	p _{3,4}	
Xử trí khi nghi mắc bệnh	35,7	88,6	<0,01	35,9	39,6	0,86	<0,01
Xử trí khi vợ/chồng mắc bệnh	18,2	57,5	<0,01	17,0	20,4	0,07	<0,01
Xử trí đúng khi hàng xóm mắc bệnh	32,5	89,3	<0,01	29,6	32,1	0,37	<0,01
Tiêm VX phòng bệnh	19,1	79,3	<0,01	17,3	24,5	<0,01	<0,01
Tổng thể thực hành đúng	14,8	77,1	<0,01	12,9	18,8	<0,01	<0,01

Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng thực hành đúng từng nội dung về dự phòng lây nhiễm HBV ở nhóm can thiệp cao hơn so với trước can thiệp và so với nhóm chứng ($p < 0,01$). Trong khi đó, khác biệt ở nhóm chứng trước và sau can thiệp không có ý nghĩa thống kê (ngoại trừ với tỷ lệ tiêm vắc xin phòng bệnh). Tỷ lệ thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm HBV tổng thể sau can

thiếp ở nhóm can thiệp (77,1%) cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) so với trước can thiệp (14,8%) và so với nhóm chứng sau can thiệp (18,8%).

3.3.3. Hiệu quả tổng thể về cải thiện kiến thức và thực hành

Bảng 3.30. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức dự phòng lây nhiễm HBV trên đối tượng người 20 - 60 tuổi

Kiến thức	Chỉ số hiệu quả (%)		Hiệu quả can thiệp (%)
	Nhóm can thiệp (n=1120)	Nhóm chứng (n=1120)	
Nghe nói về bệnh VGB	129,5*	10,2	119,3
Biết đúng tác nhân gây bệnh	128,0*	5,2	122,8
Biết đúng đường lây truyền	165,9*	20,3	145,6
Biết đúng đối tượng nguy cơ	180,7*	13,9	166,8
Biết đúng triệu chứng bệnh	218,5*	21,7	196,8
Biết đúng hậu quả bệnh	173,3*	28,5*	144,8
Biết đúng biện pháp chẩn đoán	153,4*	13,5	139,9
Biết đúng biện pháp dự phòng	190,1*	4,1	186,0
Biết đúng biện pháp hiệu quả nhất	172,9	20,5*	152,5
Đúng biện pháp xử trí khi XN (-)	176,1*	7,9	168,2
Đúng biện pháp xử trí khi XN (+)	172,0*	18,5	153,5
Về tổng thể kiến thức đúng	200,7*	15,7	185

*: Khác biệt giữa hai tỷ lệ với $p < 0,05$

Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng với các nội dung phòng chống lây nhiễm HBV ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện. Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với tất cả các nội dung ở nhóm can thiệp và với hai nội dung (biết về hậu quả bệnh và biết biện pháp dự phòng hiệu quả nhất) ở nhóm chứng. Ở nhóm can thiệp, các chỉ số hiệu quả đạt trên 100% so với mức dao động dưới 30% ở nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp cải thiện các nội dung về kiến thức được khảo sát dao động từ thấp nhất 119,3% với việc nghe nói về bệnh VGB đến cao nhất 196,8% đối với có kiến thức đúng về các triệu

chúng của bệnh. CSHQ tổng thể ở nhóm can thiệp đạt 200,7% so với 15,7% ở nhóm chứng, tương ứng với HQCT là 185%.

Bảng 3.31. Hiệu quả can thiệp cải thiện thực hành dự phòng lây nhiễm HBV trên đối tượng người 20 - 60 tuổi

Thực hành đúng	CSHQ (%)		HQCT (%)
	Nhóm can thiệp (n=1120)	Nhóm chứng (n=1120)	
Khi nghi mắc bệnh	148,2*	10,3	137,9
Khi vợ, chồng mắc bệnh	215,9*	20,0	195,9
Khi hàng xóm mắc bệnh	174,8*	8,4	166,4
Tiêm vắc xin phòng bệnh	315,2*	41,0*	274,2
Về tổng thể thực hành đúng	420,5*	45,8*	374,7

*: Khác biệt giữa hai tỷ lệ với $p < 0,05$

Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng thực hành phù hợp với các nội dung về phòng chống lây nhiễm HBV ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ghi nhận với tất cả các nội dung ở nhóm can thiệp và thực hành tiêm vắc xin ở nhóm chứng. Ở nhóm can thiệp, các CSHQ dao động từ 148,2% đến 315,2% so với mức từ 8,4% đến 41,0% ở nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp cải thiện các nội dung về thái độ, thực hành được khảo sát đạt thấp nhất là 137,9% với việc xử trí đúng khi bản thân nghi mắc bệnh và cao nhất 274,2% với việc tiêm vắc xin phòng bệnh. Tính tổng thể, CSHQ ở nhóm can thiệp đạt 420,5% so với 45,8% ở nhóm chứng; HQCT là 374,7%.

Chương 4.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 1.120 đối tượng người 20-60 tuổi tại 2 huyện Minh Hóa (miền núi) và Quảng Trạch (ven biển) của tỉnh Quảng Bình để xác định tình trạng nhiễm HBV; kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV của người dân và thực hiện can thiệp nhằm cải thiện công tác dự phòng lây nhiễm HBV trong cộng đồng.

4.1. Thực trạng nhiễm HBV và một số yếu tố liên quan ở người 20 - 60 tuổi

4.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu, kinh tế xã hội

Bảng 3.1 cho thấy trong số 1.120 đối tượng nghiên cứu, nữ giới chiếm đa số (73,8%), với tuổi trung bình là 44,1; trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 51-60 (35,4%).

Tỷ lệ nữ giới cao hơn thường gặp trong các nghiên cứu cộng đồng do cơ cấu dân số cũng như đặc thù công việc. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ giới chiếm tới 73,8%, cao hơn so với phân bố bình thường trong cộng đồng cũng như trong nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh trên đối tượng người trưởng thành ở Tây Nguyên năm 2018 với 53,1% đối tượng nghiên cứu là nữ [48]. Điều này phản ánh một thực tế ở địa phương là nam giới trong độ tuổi lao động thường đi làm ăn xa, không có mặt tại thời điểm điều tra, khảo sát. Tỷ lệ các nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cũng khác so với trong nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Thanh có nhóm tuổi từ 30-39 chiếm tỷ lệ cao nhất (21,18%) và nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,7%) [48].

Tuổi và giới là các đặc điểm nhân khẩu cơ bản và là những yếu tố có liên quan với kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống lây nhiễm HBV, tình trạng tiêm vắc xin phòng bệnh cũng như tỷ lệ mắc VGB [156].

Về các đặc điểm kinh tế, xã hội, đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn tương đối cao với 33,4% có học vấn phổ thông trung học trở lên. Nghề nghiệp chính của đối tượng nghiên cứu là làm nông, lâm, ngư nghiệp (45,3%) với 8,9% đối tượng thuộc hộ gia đình nghèo tại thời điểm nghiên cứu (Bảng 3.2). Gần một nửa đối tượng nghiên cứu (45,6%) có điều kiện tiếp cận và sử dụng internet trong 12 tháng qua. Các yếu tố này có ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thông tin và thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống lây nhiễm HBV của người dân trong cộng đồng.

Tiền sử cá nhân và gia đình

Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ các yếu tố tiền sử cá nhân liên quan đến nguy cơ lây nhiễm HBV. Bên cạnh tiền sử sử dụng các dịch vụ y tế như tiêm truyền (89,5%); trồng, nhổ răng (35,7%); phẫu thuật, thủ thuật y tế (28,5%); châm cứu, chích lễ (27,1%); truyền máu (1,9%) còn có các hành vi nguy cơ cao như xăm khuyên (62,4%) và xăm cơ thể (14,4%). Đây là các yếu tố nguy cơ lây nhiễm qua đường máu, vốn là đường lây nhiễm quan trọng nhất đối với HBV [156]. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận có 0,5% đối tượng khai báo có hành vi quan hệ tình dục không an toàn, với cả mại dâm nữ và quan hệ đồng tính nam.

Tiền sử gia đình cũng thường được xem xét trong các nghiên cứu về lây nhiễm HBV. Kết quả ở biểu đồ 3.2 cho thấy 3,5% đối tượng nghiên cứu khai báo gia đình có người mắc VGB, và 5,5% trường hợp có người nhà mắc các bệnh gan khác. Đây cũng là một yếu tố nguy cơ lây nhiễm HBV trong một số nghiên cứu trước đây.

4.1.2. Thực trạng nhiễm HBV

Kết quả ở biểu đồ 3.3 cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 7,9% (95%CI: 6,3%-9,6%).

Cũng như nhiều nghiên cứu khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng nhiễm HBV được đánh giá thông qua tỷ lệ đối tượng có xét nghiệm HBsAg (+). Tỷ lệ 7,9% đối tượng người trưởng thành mang HBsAg trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn một chút so với ước tính mới nhất năm 2016 về tỷ lệ nhiễm HBV trung bình ở người trưởng thành khu vực Đông Nam Á là 8,6% với hơn 44,9 triệu người có HBsAg (+) [7].

Tuy nhiên, con số này cao hơn so với tỷ lệ nhiễm HBV ước tính gộp chung trong cộng đồng dân số Trung Quốc ở các độ tuổi khác nhau từ năm 2013 đến năm 2017 là 6,89% [31]. Đặc biệt tỷ lệ nhiễm HBV trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với các nước ở khu vực châu Âu như những nước có tỷ lệ người nhiễm HBV dưới 2%, bao gồm các nước Tây và Bắc Âu; phần lớn các nước Bắc Mỹ, Nam Mỹ và Caribe, một số nước châu Á-Thái Bình Dương như Nhật Bản 1,02%; Malaixia (0,74%) hay Australia 0,37% [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây ở trong nước với tỷ lệ nhiễm HBV ở người trưởng thành khoẻ mạnh dao động từ 5,7%-27,4% tùy theo địa bàn và đối tượng nghiên cứu [32]. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trần Ngọc Dung và Huỳnh Thị Kim Liên ở quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ năm 2010, với tỷ lệ HBsAg (+) trong cộng đồng là 7,0%. Tuy nhiên, nhìn chung, tỷ lệ 7,9% người nhiễm HBV trong cộng đồng là tương đối thấp so với kết quả của nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV trong cộng đồng ở Việt Nam thường ở mức hai con số [32].

Tỷ lệ nhiễm HBV trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ 10% theo nghiên cứu của Tran Huy Thien Tuan trên đối tượng bệnh nhân có

bệnh gan ở Thành phố Hồ Chí Minh (2003) [34] hay 11,1% trên đối tượng người trưởng thành trong cộng đồng theo nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Thanh ở Tây Nguyên (2018) [48]. Hay kết quả một phân tích gộp gần đây từ 72 nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở phụ nữ mang thai là 10,8% (10,1%-11,6%) và người trưởng thành trong cộng đồng là 10,5% (10,0%-11,0%). Từ tỷ lệ nhiễm tương tự hoặc tăng nhẹ ở các nhóm có nguy cơ phơi nhiễm cao nhất, tác giả cho rằng tình trạng nhiễm HBV chủ yếu là do nhiễm mạn tính mắc phải trong thời thơ ấu [157].

Sự chênh lệch này do những khác biệt về địa bàn nghiên cứu, cơ cấu tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu và thời điểm nghiên cứu liên quan đến việc áp dụng các chiến lược dự phòng, kiểm soát lây nhiễm HBV. Mặc dù vậy, việc đưa ra được ước tính tỷ lệ 7,9% nhiễm HBV ở người trưởng thành khoẻ mạnh trong cộng đồng tại tỉnh Quảng Bình là thông tin quan trọng làm cơ sở cho việc xây dựng kế hoạch và chiến lược phòng chống lây nhiễm và hướng tới loại trừ VGB theo kế hoạch chung của quốc gia.

Nghiên cứu trước đây đã ghi nhận các chiến lược cải tiến để giải quyết bệnh VGB bao gồm việc sàng lọc máu và các sản phẩm máu trong ngân hàng máu và tiêm chủng mở rộng trong nước, tuy nhiên, dựa trên tỷ lệ hiện mắc, cần phải làm nhiều việc hơn để giải quyết bệnh VGB ở những người sống chung căn bệnh bao gồm mở rộng khả năng tiếp cận điều trị và quản lý ở cấp độ nhà cung cấp dịch vụ [158, 159]. Tuy nhiên, việc ngăn ngừa các ca nhiễm mới không ảnh hưởng đến sự tiến triển của những người đã mắc bệnh, và do đó các ước tính cho thấy các ca ung thư gan và xơ gan vẫn tiếp tục tăng: xơ gan sẽ tăng từ 36500 ca năm 2005 lên 58600 ca vào năm 2025 và ung thư gan tăng từ 15 600 vào năm 2005 lên 25 000 vào năm 2025 [111]. Kết quả là, ước tính số ca tử vong hàng năm liên quan đến HBV tăng từ 23.300 vào năm 2005 lên 40.000 vào năm 2025 [111].

4.1.3. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng nhiễm HBV

4.1.3.1. Liên quan giữa nhiễm HBV với đặc điểm nhân khẩu, kinh tế xã hội

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có nhiều yếu tố về nhân khẩu và kinh tế xã hội có liên quan với tình trạng nhiễm HBV ở người trưởng thành khoẻ mạnh trong cộng đồng.

- Liên quan giữa địa bàn và tỷ lệ nhiễm HBV

Kết quả ở biểu đồ 3.4 cho thấy trong phân tích đơn biến, tỷ lệ nhiễm HBV ở đồng bằng ven biển (Quảng Trạch) là 9,6%; cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở miền núi (Minh Hoá) với 6,1% với $p < 0,05$. Kết quả này gắn liền với sự khác biệt về điều kiện địa lý, kinh tế, văn hoá xã hội giữa hai địa bàn nghiên cứu thuộc hai vùng miền khác nhau.

Các số liệu nghiên cứu và thống kê cũng cho thấy lây nhiễm HBV là một vấn đề sức khỏe toàn cầu, những khác biệt về địa lý trong phương thức lây truyền, tỷ lệ lưu hành HBV. Sự khác biệt về mặt địa lý trong nhiễm HBV mạn tính có thể được giải thích bởi sự khác biệt về tuổi tại thời điểm lây nhiễm và kiểu gen chiếm ưu thế của HBV ở các khu vực [58]. Trong khi đó, ở cấp độ cộng đồng, các địa bàn sinh sống khác nhau thường gắn với sự khác biệt về điều kiện kinh tế, phong tục tập quán, hành vi và khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ y tế.

Nghiên cứu của Xu (2019) tại Trung Quốc cho thấy mật độ dân số, tổng sản phẩm quốc nội bình quân đầu người, tỷ trọng công nghiệp cơ bản và tỷ số nhân viên y tế/1000 dân là những yếu tố dự báo tình trạng lây nhiễm HBV [59]. Tại Việt Nam, tỷ lệ lây nhiễm HBV khác nhau giữa các địa phương, mặc dù không có một xu hướng rõ ràng về tỷ lệ nhiễm HBV giữa thành thị và nông thôn [41]. Sự khác biệt giữa các tiểu vùng về tỷ lệ lưu hành HBV có thể là do các biện pháp can thiệp khác nhau trong việc phòng ngừa và kiểm soát

dịch viêm gan vi rút hoặc có thể do hành vi của dân số được nghiên cứu và các phương pháp được áp dụng để phát hiện bệnh viêm gan vi rút.

Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Thanh và cộng sự ở Tây Nguyên (2019) cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở người trưởng thành là 11,2% và không có sự khác biệt đáng kể giữa các tỉnh trong khu vực. Điều này có thể do các tỉnh trong khu vực Tây Nguyên có các đặc điểm về nhân khẩu, kinh tế xã hội, phong tục tập quán văn hoá cũng như hệ thống y tế mang tính đặc thù và tương đối giống nhau [48].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy khi đưa vào mô hình phân tích đa biến với việc hiệu chỉnh theo cơ cấu tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu và bao gồm cả các yếu tố kinh tế xã hội, hành vi và tiền sử có liên quan khác thì sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm HBV theo địa bàn không còn nữa (Bảng 3.3). Điều này cho thấy, mối liên quan giữa địa bàn sinh sống và tỷ lệ nhiễm HBV nhiều khả năng do sự khác biệt về các đặc điểm nhân khẩu và đặc biệt là điều kiện kinh tế xã hội của đối tượng nghiên cứu ở hai khu vực.

- Liên quan giữa giới, tuổi và thực trạng nhiễm HBV

Biểu đồ 3.5 cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở hai giới là tương đương nhau (lần lượt là 7,2% ở nam và 8,1% ở nữ). Kết quả này có sự khác biệt với nhiều nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở nam thường cao hơn nữ. Chẳng hạn, trong nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh ở Tây Nguyên (2018), tỷ lệ nhiễm HBV ở nam giới trưởng thành cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nữ giới (12,9% so với 9,8%) [48].

Các nghiên cứu về miễn dịch học cho thấy phụ nữ có khả năng đáp ứng hệ miễn dịch tốt hơn nam giới nên họ ít mắc bệnh truyền nhiễm hơn. Điều này góp phần lý giải lý do tại sao nam giới thường có tỷ lệ nhiễm vi rút VGB cao hơn phụ nữ. Ngoài ra, nam giới cũng thường có nhiều yếu tố hành vi nguy cơ hơn so với nam giới như tiêm chích ma tuý, quan hệ tình dục không an toàn,...

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm HBV cao nhất được ghi nhận ở nhóm tuổi 41-50 tuổi là 11,2%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các nhóm tuổi còn lại, cả trong phân tích đơn biến (biểu đồ 3.5), cũng như trong phân tích đa biến (so với nhóm tuổi 51-60; bảng 3.3) mặc dù không có một xu hướng rõ ràng cho mối liên quan giữa nhiễm HBV theo độ tuổi.

Với nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh, mặc dù chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và tình trạng nhiễm HBV, song tác giả cũng đã nhận thấy tỷ lệ nhiễm có xu hướng tăng theo lứa tuổi và đạt tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 40-49. Mối liên quan giữa tuổi và tình trạng nhiễm HBV cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu khác trong và ngoài nước và được cho là có liên quan với việc triển khai các chương trình kiểm soát lây nhiễm, đặc biệt là chương trình tiêm chủng vắc xin phòng VGB trong những năm gần đây.

Tỷ lệ nhiễm HBV thấp hơn ở những nhóm tuổi trẻ do hiệu quả của việc triển khai Chương trình Tiêm chủng mở rộng trong những năm gần đây. Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm cao ở nhóm tuổi 41-50 và thấp hơn ở nhóm tuổi 51-60 chưa được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây và rất khó để lý giải đặt trong bối cảnh liên quan với việc triển khai các chương trình can thiệp, phòng ngừa. Ngoài ra, có thể có một số trường hợp nhiễm HBV đã tiến triển thành xơ gan, ung thư gan và không còn sống đến thời độ tuổi cao hơn.

- Liên quan giữa điều kiện kinh tế xã hội và nhiễm HBV.

Kết quả ở biểu đồ 3.6 cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV giảm theo chiều tăng của trình độ học vấn; cao nhất ở đối tượng có học vấn tiểu học trở xuống (11,6%) và thấp nhất ở những người có học vấn từ PTTH trở lên (4,6%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mối liên quan giữa học vấn và tình trạng nhiễm HBV vẫn được ghi nhận trong mô hình phân tích đa biến ở Bảng 3.10. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng đã cho thấy trình độ học vấn cũng là một yếu tố có liên quan đến lây nhiễm HBV, theo đó người có học vấn cao

hơn có nguy cơ nhiễm HBV thấp hơn do có kiến thức thái độ và thực hành dự phòng lây nhiễm bệnh tốt hơn, có điều kiện kinh tế cao hơn và khả năng tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ y tế, trong đó có các dịch vụ dự phòng và kiểm soát bệnh VGB [66].

Trong nghiên cứu của Yang và cộng sự (2017), tỷ lệ nhiễm HBV ở người dân thuộc các độ tuổi khác nhau trong cộng đồng có xu hướng giảm dần theo trình độ học vấn song mối liên quan này chỉ có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến [63]. Nghiên cứu của Mittal và cộng sự trên đối tượng người tình nguyện ở Ấn Độ (2013) cho thấy những người có học vấn thấp có nguy cơ bị nhiễm HBV cao hơn [64]. Trong khi đó, người lớn từ 18-49 tuổi có trình độ học vấn sau trung học có tỷ lệ được bảo vệ khỏi HBV cao hơn so với những người có trình độ học vấn trung học trở xuống theo nghiên cứu của King và cộng sự (2020) tại Hoa Kỳ [66].

Khác với nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh và một số nghiên cứu của các tác giả khác, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận được mối liên quan giữa nghề nghiệp với tình trạng nhiễm HBV. Mặc dù tỷ lệ nhiễm HBV cao nhất ở nhóm công nhân lao động, thợ thủ công (10,8%) và thấp nhất ở nhóm làm công việc văn phòng (5,0%) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (Biểu đồ 3.6). Trong khi đó, nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh ở Tây Nguyên cho thấy những người có nghề nghiệp chính là nông dân có tỷ lệ nhiễm HBV cao hơn so với các nghề nghiệp còn lại với OR=1,46 (95%CI: 1,03-2,06) [48].

Nhiều nghiên cứu khác cũng đã cho thấy những người điều kiện kinh tế tốt hơn, người có bảo hiểm y tế có khả năng được bảo vệ khỏi HBV cao hơn. Điều này có thể giải thích bởi điều kiện tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ y tế nói chung và dịch vụ dự phòng lây nhiễm HBV như tiêm vắc xin nói riêng [66]. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc tham gia khám thai không đầy đủ và kiến thức kém về tiêm chủng cho phụ nữ mang thai sẽ có tác động tiêu cực

đến hiệu quả của các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ ở các nước đang phát triển, trong khi những nghiên cứu khác chỉ ra rằng sự thiếu hụt kiến thức thực tế về các chương trình tiêm chủng ở những người trẻ tuổi, học vấn kém, và những bà mẹ mù chữ [160, 161].

Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận được mối liên quan giữa điều kiện kinh tế gia đình với tình trạng nhiễm HBV ở người trưởng thành. Mặc dù tỷ lệ nhiễm HBV ở những người thuộc hộ nghèo là 10,0%, cao hơn so với tỷ lệ 7,6% ở những người không thuộc hộ nghèo song khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Tương tự, kết quả ở biểu đồ 3.7 cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV tương đương nhau giữa những người có tiếp cận, sử dụng internet và những người không tiếp cận (lần lượt là 8,4% và 7,4%).

4.1.3.2. Liên quan giữa tiền sử, hành vi có nguy cơ và nhiễm HBV

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy tình trạng nhiễm HBV có liên quan chặt chẽ với tiền sử sử dụng một số dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe, làm đẹp và các hành vi nguy cơ khác liên quan đến khả năng lây nhiễm bệnh qua hai con đường chính là qua đường máu và đường tình dục.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận được nguy cơ nhiễm HBV cao hơn ở những người có tiền sử cá nhân sử dụng các dịch vụ y tế trước đây. Tuy nhiên, những người đã từng hiến máu có tỷ lệ nhiễm HBV thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với những người không có tiền sử này (biểu đồ 3.8). Điều này có thể lý giải do những người hiến máu đều được xét nghiệm sàng lọc và những người có HBV dương tính thường không được chấp nhận hiến máu nên các đối tượng có tiền sử hiến máu thường có xác suất “sạch HBV” cao hơn so với những người khác.

Trong khi đó, một nghiên cứu trên 43.163 người hiến máu tại Freetown được thực hiện trong 5 năm cho thấy tỷ lệ lưu hành HBV là 15,2%. So với bệnh viện quân đội (4,7%), tỷ lệ nhiễm HBV ở người hiến máu tại trung tâm

phẫu thuật cấp cứu cao hơn (33,2%) [162]. Các nhà nghiên cứu báo cáo rằng 10,79% những người hiến tặng tự nguyện và 11,59% những người hiến tặng thay thế có HBsAg dương tính [163]. Trong khi đó, theo một nghiên cứu tại Việt Nam, những người có tiền sử truyền máu thường có tỷ lệ nhiễm HBV cao hơn (68,4 so với 45,7%, $p < 0,05$) [54]. Các kết quả nghiên cứu này cho thấy cần đảm bảo an toàn trong quá trình hiến máu và thực hiện các thủ thuật liên quan nhằm góp phần phòng chống lây nhiễm HBV.

Một điểm đáng quan tâm là thực trạng nhiễm HBV trong nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan với tiêm vắc xin phòng bệnh khi tỷ lệ nhiễm HBV ở nhóm có tiêm và không tiêm phòng lần lượt là 7,7% và 7,9%. Điều này hoàn toàn trái với hiệu quả của vắc xin trong việc dự phòng lây nhiễm HBV đã được ghi nhận theo y văn và được chứng minh thực tế từ nhiều nghiên cứu trước đây. Một trong những lý do là tỷ lệ tiêm vắc xin trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khá thấp do các đối tượng này đều đã quá độ tuổi được tiêm vắc xin trong chương trình TCMR. Trong khi đó, phần lớn những người được tiêm vắc xin dịch vụ đều được làm xét nghiệm sàng lọc trước và những trường hợp có kết quả xét nghiệm dương tính sẽ không được tiêm chủng nữa.

Trong số các hành vi nguy cơ như xăm mình, xăm khuyên, sử dụng chung dụng cụ cá nhân như bàn chải đánh răng, dao cạo râu, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở những người có tiền sử xăm mình là 13,0%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ 7,0% ở những người không có tiền sử này (Biểu đồ 3.9).

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh xăm trổ, xăm khuyên tai, mũi là những hành vi có nguy cơ lây nhiễm HBV theo đường máu [70],[67]. Nghiên cứu của Gheorghe và cộng sự (2013) trên đối tượng người trưởng thành ở Ru-ma-ni cho thấy xăm mình làm tăng nguy cơ nhiễm HBV lên 1,41 lần so với người không xăm [164]. Nguy cơ này thậm chí tăng gấp 7,07 lần

theo nghiên cứu của Desalegn và cộng sự (2016) trên 215 phụ nữ mang thai ở E-thi-ô-pi-a [165]. Trong khi đó, nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh ở Tây Nguyên cho thấy các yếu tố này không phải là những yếu tố nguy cơ lây nhiễm quan trọng trong cộng đồng người Việt Nam do đây chỉ là những hành vi mang tính đặc thù ở một số nhóm nhỏ các đối tượng nhất định [48].

4.1.3.3. Nhiễm HBV với tiền sử gia đình và thực trạng tiêm phòng vắc xin

Một số nghiên cứu đã cho thấy mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HBV với tiền sử gia đình có người mắc bệnh gan mạn tính nói chung và VGB nói riêng [61], [71]. Tuy nhiên, theo kết quả ở bảng 3.9, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm HBV với thông tin về tiền sử gia đình mắc bệnh VGB và bệnh gan nói chung ($p > 0,05$). Điều này có thể do hầu hết đối tượng nghiên cứu đều ở trong độ tuổi chưa được tiêm phòng vắc xin trong CTTCMR nên tỷ lệ tiêm vắc xin còn khá thấp. Bên cạnh đó, kết quả này cũng có thể một phần do ảnh hưởng của sai số nhớ lại, đặc biệt trong bối cảnh trước can thiệp có đến hơn 60% đối tượng nghiên cứu chưa từng được nghe nói về bệnh VGB như được đề cập ở phần dưới đây.

4.2. Thực trạng kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV

4.2.1. Thực trạng kiến thức về dự phòng lây nhiễm HBV

Bảng 3.4 cho thấy, chỉ có 38,2% đối tượng nghiên cứu đã từng biết về bệnh VGB; gần 2/3 số đối tượng còn lại chưa từng nghe nói về căn bệnh này. Tỷ lệ biết đến bệnh VGB thấp sẽ làm hạn chế tỷ lệ người dân có kiến thức, thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm bệnh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV cho từng câu hỏi cụ thể trên những đối tượng đã từng biết về bệnh (hay đối tượng đã được tiếp cận thông tin về bệnh) và đánh giá cả trên toàn bộ đối tượng nghiên cứu khi đánh giá tổng hợp cho từng nội dung.

Tỷ lệ tiếp cận với thông tin về bệnh VGB trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của Trần Ngọc Dung trên đối tượng người trưởng thành tại Cần Thơ (2010) cho thấy 83,4% người dân đã từng nghe nói về bệnh VGB. Tỷ lệ này là rất thấp khi đặt trong bối cảnh gánh nặng bệnh tật lớn do VGB và các biến chứng của nó gây nên trên phạm vi toàn quốc nói chung và Quảng Bình nói riêng. Đặc biệt là trong bối cảnh ngành y tế đã nhiều năm triển khai các hoạt động phòng chống lây nhiễm HBV và hơn 20 năm triển khai tiêm vắc xin phòng bệnh trong Chương trình TCMR. Điều này đòi hỏi cần tăng cường hơn nữa các biện pháp tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho người dân về HBV và bệnh VGB.

Phần lớn người dân tiếp nhận thông tin về bệnh VGB từ các phương tiện thông tin đại chúng như đài, ti vi, internet (69,9%) và từ cán bộ y tế (63,1%). Mặc dù tỷ lệ tiếp cận khác nhau song các nguồn thông tin cung cấp thông tin chính về HBV và bệnh VGB trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà và cộng sự trên đối tượng phụ nữ mang thai tại Hà Nội (2005-2006) với hai kênh thông tin phổ biến nhất là từ phương tiện thông tin đại chúng như đài, vô tuyến (56,3%) và từ cán bộ y tế (17,5%) [17]. Sau hơn 20 năm, thông tin đại chúng vẫn là nguồn thông tin chính của người dân về bệnh VGB. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò ngày càng quan trọng của cán bộ y tế trong việc tuyên truyền phổ biến kiến thức về phòng chống lây nhiễm HBV trong cộng đồng. Đây là điều cần phải được tính đến trong kế hoạch của ngành y tế địa phương trong dự phòng và kiểm soát lây nhiễm HBV trên địa bàn.

Bảng 3.5 cho thấy trong số những người đã từng tiếp cận thông tin về VGB, có 85,7% biết tác nhân gây bệnh là vi rút nhưng vẫn còn 20,8% cho rằng nguyên nhân do vi khuẩn; 15,4% cho rằng nguyên nhân do rượu bia, ăn uống; và 9,6% cho rằng do ký sinh trùng. Do tỷ lệ tiếp cận với thông tin về

bệnh VGB thấp nên tính chung trong toàn bộ đối tượng nghiên cứu, chỉ có 32,8% người biết đúng nguyên nhân gây bệnh VGB là do vi rút. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Dung và cộng sự tại thành phố Cần Thơ (2010) với 39,4% người dân biết đúng nguyên nhân gây bệnh VGB. Việc biết đúng nguyên nhân gây bệnh là cơ sở cho việc hình thành kiến thức và thực hành của người dân trong cộng đồng về việc dự phòng lây nhiễm cũng như tìm kiếm các biện pháp điều trị phù hợp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.5) cũng cho thấy kiến thức về các đường lây truyền lần lượt là đường máu (87,4%), đường tình dục (75,9%), từ mẹ sang con (73,8%); và qua tiếp xúc với máu, dịch tiết từ các vết thương (68,7%). So với các nghiên cứu trước đây, kết quả chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Ngọc với lần lượt 91,1%; 84,8%; 85,3% theo đường máu, đường tình dục và từ mẹ qua con [166]. Khi tính chung trong toàn bộ đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ có kiến thức đầy đủ về cả 4 đường lây truyền của HBV và bệnh VGB trong nghiên cứu của chúng tôi là 24,8% (bảng 3.20). Các tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Ngọc Dung và cộng sự (2010) tại Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ với chỉ 16,8% người dân hiểu đúng về các đường lây truyền bệnh.

Điều đáng lưu ý trong nghiên cứu của chúng tôi là vẫn còn một tỷ lệ đáng kể đối tượng nghiên cứu nhầm lẫn về đường lây truyền như qua sữa mẹ (41,1%), đường ăn uống (35,3%) và bắt tay, ôm hôn (20,3%) (Bảng 3.5). Việc nhầm lẫn về đường lây truyền có thể dẫn đến những nhầm lẫn trong việc thực hiện các biện pháp dự phòng thích hợp. Bên cạnh việc tuyên truyền giáo dục về các đường lây truyền chính xác, cần quan tâm đến việc loại trừ các kiến thức sai lệch về các con đường lây nhiễm HBV.

Kiến thức hạn chế về các đường lây nhiễm HBV nói riêng và dự phòng lây nhiễm bệnh nói chung của người dân trong cộng đồng cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu khác ở các nước đang phát triển. Một nghiên cứu

được thực hiện ở Ghana cũng cho thấy chỉ 49% người được hỏi biết rằng HBV có thể lây truyền qua đường máu và 42,8% người được hỏi biết rằng quan hệ tình dục không an toàn có thể dẫn đến lây truyền HBV [167].

Cũng trong bảng 3.5, đối tượng nguy cơ cao được đề cập với tỷ lệ cao nhất là có vợ/chồng mắc bệnh (80,4%) và thấp nhất là cán bộ y tế (66,4%). Một số đối tượng nguy cơ quan trọng cho chiến lược dự phòng, liên quan đến hành vi, lối sống như tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục không an toàn lại được đề cập với tỷ lệ thấp hơn (lần lượt là 78,5% và 76,6%). Điều này cho thấy những hạn chế nhất định trong nhận thức về phòng chống HBV của người dân trong cộng đồng cần phải được quan tâm cải thiện. Tính chung trong toàn bộ đối tượng nghiên cứu, chỉ có 22,6% đề cập đúng được toàn bộ các đối tượng nguy cơ được khảo sát (Bảng 3.13).

Bảng 3.6 cho thấy kết quả các biện pháp dự phòng được nhận biết nhiều nhất theo thứ tự là không tiêm chích ma túy (78,7%), tiêm vắc xin (78,5%) và quan hệ tình dục an toàn (73,6%). Tỷ lệ có kiến thức đúng về các biện pháp phòng bệnh tương thích với kết quả khảo sát về các con đường lây nhiễm bệnh ở phần trên. Tuy nhiên, việc không tiêm chích ma túy là biện pháp phòng ngừa được nhiều người lựa chọn nhất cho thấy vẫn còn những kiến thức chưa thật chính xác về dự phòng lây nhiễm HBV và từ đó có thể dẫn đến việc chủ quan hoặc thực hành dự phòng chưa phù hợp ở những người không tiêm chích ma túy. Ngoài ra, vẫn còn 40,7% hiểu sai việc dự phòng bệnh bằng biện pháp cách ly, hạn chế tiếp xúc với người bệnh. Tính chung trong toàn bộ đối tượng nghiên cứu, cũng chỉ có 22,5% biết được đầy đủ toàn bộ các biện pháp phòng bệnh được khảo sát (Bảng 3.13). Kết quả phân tích thêm cho thấy đa số các trường hợp này đều cho rằng nguyên nhân gây bệnh là do vi rút hoặc do vi khuẩn và đa số đều chọn bệnh lây truyền qua đường ăn uống. Đây là một nhầm lẫn trong kiến thức về dự phòng lây nhiễm HBV đã

được nhóm nghiên cứu lưu ý khi xây dựng nội dung và thực hiện các hoạt động can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe.

Tương tự như một số nghiên cứu khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy phần lớn (75,7%) đối tượng cho rằng tiêm vắc xin biện pháp dự phòng lây nhiễm HBV hiệu quả nhất. Mặc dù vậy, nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy nhận thức cũng như thực hành của người dân về tiêm vắc xin phòng bệnh vẫn còn nhiều hạn chế [168].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.7 cho thấy chỉ mới có 80,8% trong số những người đã từng nghe nói về bệnh VGB (chiếm 30,9% tổng số đối tượng nghiên cứu) biết về biện pháp tiêm vắc xin phòng lây nhiễm HBV. Điều này cũng phù hợp với kết quả chỉ có 85,0% đối tượng biết rằng việc tiêm vắc xin có thể phòng nhiễm vi rút HBV cho bản thân cũng như các lợi ích khác như phòng mắc bệnh VGB (80,9%), phòng biến chứng của bệnh (54,1%) hay phòng lây nhiễm cho những người khác (42,8%). Về đối tượng chỉ định tiêm vắc xin, chỉ 81,2% những người đã nghe nói về vắc xin biết việc tiêm phòng có thể chỉ định cho tất cả mọi người; 72,5% cho rằng chỉ tiêm cho trẻ em trong CTTCMR trong khi lần lượt 35,0% và 37,9% đối tượng nhầm lẫn việc tiêm phòng cho bệnh nhân hay người đã nhiễm HBV. Không chỉ hạn chế trong kiến thức về vắc xin phòng nhiễm HBV, trong nghiên cứu của chúng tôi, vẫn còn 26,3% số đối tượng đã từng nghe nói về việc tiêm vắc xin phòng bệnh VGB vẫn chưa biết nơi cung cấp dịch vụ tiêm phòng căn bệnh này.

Khi kiểm tra kiến thức, khả năng tiếp cận và tình trạng tiêm chủng HBV của 643 phụ nữ mang thai ở ba cấp độ chăm sóc sức khỏe ở Ibadan, Nigeria, các nhà nghiên cứu báo cáo rằng 76% phụ nữ mang thai có kiến thức về HBV rất thấp, 20% cho biết đã được sàng lọc, và chỉ có 9,7% được tiêm vắc xin để dự phòng nhiễm HBV [168].

Bảng 3.8 cho thấy các triệu chứng được người dân nhận biết với tỷ lệ cao nhất lần lượt là vàng da, vàng mắt (79,2%); mệt mỏi (78,5%) và chán ăn

(74,1%). Bên cạnh đó, trên 60% các đối tượng nghiên cứu đã từng nghe nói về HBV biết về các hậu quả của bệnh như ung thư gan (71,7%), nhiễm vi rút mạn tính (68,5%), mắc viêm gan mạn tính (64,5%) và xơ gan (62,4%). Tỷ lệ biết về các triệu chứng và hậu quả của bệnh không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Trần Ngọc Dung và cộng sự (2010) tại Cần Thơ với tỷ lệ có kiến thức đúng về biểu hiện của bệnh VGB chỉ chiếm 24,1%, trong bối cảnh 83,6% đối tượng đã từng nghe nói về bệnh.

Với kiến thức về chẩn đoán bệnh, kết quả ở bảng 3.9 cho thấy đại đa số đối tượng nghiên cứu (89,3%) biết biện pháp để chẩn đoán bệnh VGB là xét nghiệm máu. Tuy nhiên, vẫn còn 39,5% cho rằng chẩn đoán bằng xét nghiệm nước tiểu, siêu âm (28,7%) hay chụp phim (24,8%). Bảng 3.10 cho thấy hai chỉ định làm xét nghiệm được đề cập với tỷ lệ cao nhất là khi có vết thương phơi nhiễm (79,2%) hay người tiêm chích ma túy (76,9%). Trong khi đó, một đối tượng quan trọng là phụ nữ mang thai chỉ được 65,0% đối tượng đề cập đến và chỉ 59,7% biết đến việc xét nghiệm trước khi tiêm vắc xin phòng bệnh.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy chỉ có 65,0% đối tượng biết nơi cần làm xét nghiệm. Đây là những vấn đề cần được lưu ý trong việc tuyên truyền giáo dục cho người dân về công tác phòng chống lây nhiễm HBV trong cộng đồng để nâng cao khả năng tiếp cận với các dịch vụ chẩn đoán phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Trong kế hoạch truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh VGB, cần có nội dung tuyên truyền về các đối tượng nên được khuyến khích làm xét nghiệm sàng lọc, chẩn đoán, ngoài những đối tượng có hành vi nguy cơ cao. Đồng thời cũng phải có kế hoạch để cung cấp các dịch vụ xét nghiệm đến gần hơn với người dân.

Bảng 3.11 cho thấy lỗ hổng về kiến thức của người dân về việc xử trí đối với một số tình huống giả định. Khi có kết quả xét nghiệm HBsAg âm tính, mới chỉ có 61,4% đối tượng cho rằng nên đi tiêm phòng vắc xin trong khi 25,5% cho rằng không cần phải làm gì. Tương tự, khi xét nghiệm dương

tính, chỉ có hơn một nửa (58,2%) đối tượng cho rằng nên đi khám, kiểm tra sức khoẻ và 10,7% thực hiện các biện pháp dự phòng khác trong khi vẫn còn 19,9% đối tượng cho rằng không phải làm gì; 7,9% cho rằng phải nhập viện điều trị ngay và 3,3% thậm chí cho rằng cần phải tiêm vắc xin. Với vết thương phơi nhiễm máu, chất tiết của người bệnh vẫn còn 15,0% cho rằng cần băng kín vết thương. Những thiếu hụt về kiến thức xử lý một số tình huống liên quan đến dự phòng lây nhiễm HBV cần được lưu ý khi xây dựng nội dung truyền thông giáo dục sức khoẻ cho người dân trong cộng đồng. Tỷ lệ cho rằng cần rửa vết thương dưới vòi nước chảy, sát khuẩn bằng xà phòng, còn lần lượt là 29,2% và 20,6%.

Với kiến thức về điều trị bệnh, kết quả ở bảng 3.12 cho thấy chỉ có chưa đầy một nửa số đối tượng đã biết về bệnh (49,5%) cho rằng bệnh VGB có thể điều trị được. Nếu tính chung trong toàn bộ đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ này chỉ còn 18,9%. Điều này có thể dẫn đến những thái độ, thực hành không phù hợp trong dự phòng, kiểm soát và tìm kiếm dịch vụ điều trị. Ngoài ra, vẫn còn 16,4% đối tượng chưa biết các cơ sở có thể điều trị được VGB. Hạn chế này là một trong những yếu tố cản trở người dân trong việc tìm kiếm dịch vụ y tế liên quan đến VGB.

Đánh giá chung kiến thức của người dân về phòng chống lây nhiễm HBV, kết quả ở bảng 3.13 cho thấy trong số những người đã từng biết về bệnh VGB, kiến thức có tỷ lệ đúng cao nhất là biện pháp chẩn đoán (89,3%) và tác nhân gây bệnh (85,7%). Kiến thức về các nội dung quan trọng khác có tỷ lệ thấp hơn hẳn như kiến thức về đường lây truyền (65,0%), đối tượng nguy cơ (59,1%) và về biện pháp dự phòng (58,9%).

Như vậy, ngay cả với những người đã từng biết về bệnh VGB, vẫn còn một tỷ lệ lớn các đối tượng có kiến thức sai hoặc chưa đầy đủ liên quan đến dự phòng lây nhiễm bệnh. Trong bối cảnh chỉ có 38,2% đối tượng nghiên cứu đã từng nghe nói về bệnh VGB, tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về bệnh lại

càng thấp hơn nhiều. Cụ thể là chỉ có 32,8% tổng số đối tượng nghiên cứu biết đúng về tác nhân gây bệnh; 24,8% biết đúng về đường lây truyền, 22,6% biết đầy đủ về các đối tượng nguy cơ và 22,5% biết đầy đủ về các biện pháp dự phòng được khảo sát. Trong khi đó, các kiến thức về đối tượng nguy cơ, biện pháp phòng chống là những kiến thức quan trọng nhằm nâng cao nhận thức và thực hành phòng chống lây nhiễm HBV. Kết quả này cần được tính đến trong các kế hoạch, giải pháp phòng chống lây nhiễm HBV ở địa phương.

Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về phòng chống lây nhiễm HIV ở mức thấp cũng đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây ở Việt Nam. Nghiên cứu của Hang Pham tại Quảng Ninh và Hòa Bình cho thấy chỉ 10,5% bà mẹ mang thai có kiến thức đúng về phòng ngừa HBV [98]. Tỷ lệ này là 52,5% trong nghiên cứu của Trần Ngọc Dung tại Cần Thơ. Hay như trong nghiên cứu của Nguyễn Thái Hồng (2017) trên đối tượng người đến xét nghiệm tại Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Bắc Kạn cho thấy chỉ khoảng 1/3 người dân có kiến thức về đường lây nhiễm HBV [169].

Kết quả ở biểu đồ 3.11 cho thấy tỷ lệ có kiến thức đúng về hầu hết các nội dung được khảo sát liên quan đến bệnh VGB và dự phòng lây nhiễm VGB tương đương nhau giữa hai địa bàn, ngoại trừ kiến thức về biện pháp chẩn đoán bệnh ở khu vực miền núi cao hơn so với ở khu vực ven biển (92,9% so với 85,8%) có thể là do tỷ lệ học vấn THPT trở lên ở miền núi (41,1%) cao hơn so với ven biển (25,7%) ở bảng 3.2 . Điều này chứng tỏ có thể áp dụng các nội dung tuyên truyền chung cho cả hai địa bàn, có tính đến đặc thù của mỗi vùng miền.

4.2.2. Thực hành dự phòng lây nhiễm HBV

Kết quả ở bảng 3.14 cho thấy theo đối tượng nghiên cứu, khi nghi nhiễm HBV, đại đa số (93,7%) đến khám tại cơ sở y tế; chỉ 4,4% tự điều trị và 1,9% đến điều trị ở các thầy lang. Trong trường hợp có vợ/chồng mắc

bệnh, có 72,0% đối tượng khai báo vẫn chung sống và sinh hoạt bình thường; 65,2% điều trị cho người bệnh và 65,4% tiêm vắc xin phòng bệnh cho người lành trong gia đình. Tuy nhiên, vẫn còn 26,4% đối tượng khai báo hạn chế quan hệ vợ/chồng; 23,8% hạn chế ăn uống chung và thậm chí có 16,1% đối tượng tiêm vắc xin cho người bệnh. Tương tự, trong trường hợp hàng xóm mắc bệnh VGB; vẫn còn 10,8% chưa biết phải xử lý như thế nào để phòng bệnh; 7,9% cho rằng cần hạn chế quan hệ, tiếp xúc. Điều này một lần nữa cho thấy vẫn có một tỷ lệ đáng kể người dân hiểu sai về đường lây truyền, tác dụng và chỉ định của việc tiêm vắc xin phòng bệnh dẫn đến thực hành theo khai báo chưa phù hợp.

Trong nội dung truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng đồng, cần nhấn mạnh việc đến các cơ sở y tế để khám, tư vấn và điều trị khi cần thiết, không nhất thiết phải đến bệnh viện để điều trị ngay cho tất cả các trường hợp. Hơn nữa, cũng cần giải thích cho người dân biết việc khám sức khỏe định kỳ phải được thực hiện thường xuyên, không đợi đến khi nghi nhiễm HBV. Đặc biệt, việc tiêm phòng vắc xin cũng chỉ có giá trị khi đối tượng chưa bị nhiễm vi rút.

Một nghiên cứu trước đây cho thấy khoảng một phần ba số phụ nữ và bà mẹ mang thai được khảo sát lo ngại về việc tiếp xúc bình thường (31,8%), làm việc chung hoặc dùng chung thức ăn với bệnh nhân nhiễm HBV mạn tính (37,4%) [98]. Điều đó cũng cho thấy sự kỳ thị đáng kể liên quan đến những người mắc VGB mạn tính ở Việt Nam. Cần có những nghiên cứu sâu hơn về lĩnh vực này để đánh giá tầm quan trọng của vấn đề và đề xuất các biện pháp can thiệp phù hợp có hiệu quả nhằm nâng cao nhận thức và thực hành về phòng chống lây nhiễm HBV.

Bảng 3.15 cho thấy chỉ có 47,7% đối tượng biết về bệnh VGB đã được tiêm vắc xin với 77,9% trường hợp là người dân tự đi tiêm phòng với số mũi tiêm trung bình là $2,9 \pm 1,1$. Kết quả nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu

ở Ethiopia với đa số người được hỏi 85,87% chưa bao giờ tầm soát HBV và 97,7% chưa được tiêm vắc xin phòng VGB [87]. Tại Trung Quốc khi điều tra trên 3050 người lớn chưa được tiêm vắc xin phòng VGB, các lý do cho việc không tiêm chủng bao gồm: không cần vắc-xin (69,67%); giá quá cao (13,18%); lo lắng về tính an toàn và tác dụng phụ của vắc xin (1,77%); và không tự tin về hiệu quả của vắc xin (1,48%) [170].

Về thực hành phòng ngừa bệnh viêm gan vi rút B của phụ nữ mang thai nhiễm HBV tại khu vực phía Nam 2019-2020 cho thấy chỉ có 34% thai phụ từng nghe và biết bệnh viêm gan vi rút B, 45,5% không biết số mũi vắc xin viêm gan vi rút B cần tiêm ngừa cho con. Hơn 85% chưa từng được điều trị viêm gan vi rút B trước đây [94].

Bảng 3.16 cho thấy kết quả đánh giá chung về thái độ, thực hành phòng chống lây nhiễm HBV của đối tượng nghiên cứu. Theo đó, tính riêng trong số những người đã từng biết về VGB, tỷ lệ có biện pháp xử trí phù hợp là 93,7% khi bản thân nghi mắc bệnh; 81,3% khi hàng xóm mắc bệnh và chỉ 46,0% khi vợ, chồng mắc bệnh. Nếu tính chung trong toàn bộ đối tượng nghiên cứu, các tỷ lệ này chỉ lần lượt là 35,8%; 31,1% và 17,6%.

Có kiến thức đúng về các biện pháp phòng chống HBV là tiền đề cho việc có thái độ sẵn sàng ứng phó với một người nhiễm HBV. Kết quả nghiên cứu của Lê Minh Thi trên đối tượng bệnh nhân tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy người bệnh có kiến thức đạt về phòng lây nhiễm HBV là 48,1% và thực hành đạt là 37,2% [171]. Trong khi đó, một nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Khánh trên đối tượng điều dưỡng ở một bệnh viện tại Bến Tre cho thấy 63,5% có kiến thức đạt về bệnh và phòng bệnh VGB [172]. Theo một nghiên cứu của Vũ Đình Sơn cho thấy tỷ lệ người dân ở Vĩnh Phúc có kiến thức chung đạt chiếm 16,7%; thái độ chung đúng có tỷ lệ là 47,5% [10].

Tại Ả Rập Xê-út, nghiên cứu của Alotaibi cho thấy hầu hết những người trưởng thành tham gia chưa từng được nghe nói về vi rút viêm gan và

có kiến thức đúng về viêm gan vi rút thấp (42%) [173]. Trong nghiên cứu của Al-Hazmi trên đối tượng người trưởng thành tại các phòng khám răng, chính vì thiếu các kiến thức về bệnh nên vẫn còn 29,3% người tham gia cảm thấy không tự tin khi tiếp xúc với người nhiễm HBV [174].

Một nghiên cứu của Abeje (2015) cho thấy kiến thức của nhân viên y tế, cả trong kiến thức chung về HBV, kiến thức về nguy cơ và thực hành tiêm chủng đều còn hạn chế [175]. Tình trạng này cũng được ghi nhận trong một số báo cáo nghiên cứu khác, đặc biệt là ở các nước đang phát triển [176].

Trong khi đó, một nghiên cứu của Dwiartama trên đối tượng từ 15 tuổi trở lên ở Indonesia cho thấy những người tham gia nghiên cứu có kiến thức rất cao về bệnh VGB; thái độ tích cực cao; và mức độ thực hành tích cực rất cao đối với việc phòng ngừa lây nhiễm bệnh. Tuy nhiên, tác giả cũng nhận thấy một số mâu thuẫn giữa các khía cạnh chính của kết quả nghiên cứu, cụ thể là kiến thức về VGB của người trả lời có tương quan ngược chiều với hành vi dự phòng lây nhiễm và hành vi đó cũng có tương quan ngược chiều với sự sẵn sàng tham gia sàng lọc phát hiện bệnh của họ [177].

Theo biểu đồ 3.12, mặc dù tỷ lệ thực hành đúng về các biện pháp dự phòng VGB trong các tình huống được khảo sát tương đương nhau giữa hai khu vực, tuy nhiên tỷ lệ thực hành đúng về tổng thể ở ven biển cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở miền núi. Điều này gợi ý các nội dung tuyên truyền về thực hành quan trọng cần được quan tâm nhiều hơn ở khu vực miền núi.

Tình trạng kiến thức, thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV còn hạn chế trong nghiên cứu này khẳng định sự cần thiết của việc thực hiện các chương trình can thiệp về truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm cải thiện kiến thức, thực hành của người dân.

4.3. Hiệu quả can thiệp TT-GDSK cải thiện kiến thức, thực hành

Trong nghiên cứu này, kết quả can thiệp TT-GDSK được đánh giá dưới 3 góc độ: gia tăng tỷ lệ tiếp cận của người dân với các thông tin về bệnh VGB

(tăng tỷ lệ người biết về bệnh); tăng tỷ lệ người dân có kiến thức, thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm bệnh ở những người đã được tiếp cận với bệnh; và hiệu quả can thiệp tổng thể đánh giá qua các chỉ số hiệu quả trong từng nội dung, lĩnh vực và hiệu quả can thiệp chung.

4.3.1. Hiệu quả trong việc tăng cường tiếp cận thông tin về VGB

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thực hiện các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tăng cường bằng cả hình thức gián tiếp và trực tiếp tại hai xã can thiệp. Trong đó, bao gồm các hoạt động treo poster, phát tờ rơi, phát thanh ở 2 xã can thiệp và các buổi nói chuyện có lồng ghép phát tờ rơi. Đã có rất nhiều hoạt động can thiệp liên quan đến truyền thông, nâng cao năng lực và tiếp cận dịch vụ đã được triển khai. Các hoạt động này được thực hiện với việc nhắm đến tăng cường kiến thức, hành vi cho cả NVYT và người dân trong việc phòng ngừa lây nhiễm HBV. NVYT và cộng tác viên của trạm y tế cũng được tham dự các lớp tập huấn để góp phần nâng cao năng lực cũng như giúp cho việc triển khai các hoạt động can thiệp khác (bảng 2.1).

Các hoạt động can thiệp trong nghiên cứu này cũng phù hợp với các đề xuất của WHO về chiến lược can thiệp phòng ngừa lây nhiễm HBV [178]. Bên cạnh đó, để bảo đảm tính bền vững của các hoạt động can thiệp, lãnh đạo chính quyền xã và thôn; đại diện các tổ chức hội, đoàn thể: phụ nữ, đoàn thanh niên, mặt trận, cựu chiến binh; nhân viên trạm y tế xã, y tế thôn bản, giáo viên,... được mời và tập huấn về các nội dung: các con đường lây truyền và biện pháp phòng tránh, lợi ích của tiêm vắc xin phòng bệnh và lịch tiêm chủng vắc xin, triệu chứng, hậu quả, biện pháp điều trị, tránh lây lan, hạn chế nguy cơ biến chứng, và các câu hỏi thường gặp khác. Mục đích can thiệp nhằm nâng cao năng lực cho cán bộ, cộng tác viên, tuyên truyền viên của xã trong công tác phòng chống bệnh VGB.

Kết quả của các hoạt động can thiệp được thể hiện trước hết ở việc gia tăng mức độ tiếp cận của người dân với các thông tin về bệnh VGB. Trên cơ sở đối tượng được đánh giá sau can thiệp khá tương đồng về cơ cấu giới và tuổi giữa hai nhóm nghiên cứu và so với trước can thiệp (bảng 3.17), kết quả ở bảng 3.18 cho thấy sau khi can thiệp, tỷ lệ người dân biết đến bệnh VGB đã tăng lên ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng. Trong khi ở nhóm chứng, tỷ lệ này chỉ tăng từ 37,1% lên 40,9% thì ở nhóm can thiệp đã tăng tương từ 39,3% lên tới 90,2%.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê không chỉ được ghi nhận khi so sánh trước và sau can thiệp mà cả khi so sánh với nhóm chứng. Điều này chứng tỏ, ngoài sự cải thiện trong việc tiếp cận thông tin theo thời gian như ở nhóm chứng, hiệu quả của can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đã phát huy tác dụng ở nhóm can thiệp. Tỷ lệ người biết về bệnh tăng lên làm tăng khả năng nhận thức và thực hành các biện pháp dự phòng lây nhiễm bệnh. Điều này đóng góp đáng kể vào hiệu quả tổng thể của can thiệp như được đề cập ở những phần sau.

Kết quả trong bảng 3.18 cũng cho thấy sự thay đổi và cải thiện trong cơ cấu các nguồn thông tin về bệnh VGB. Theo đó, chỉ trừ nguồn thông tin từ bạn bè, người thân, tỷ lệ tiếp cận với các nguồn thông tin còn lại đều gia tăng sau can thiệp so với trước can thiệp ở cả hai nhóm. Cụ thể, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ tiếp cận với thông tin từ hội nghị, hội thảo, tập huấn tăng từ 26,8% trước can thiệp lên 80,0% sau can thiệp; tỷ lệ tiếp cận thông tin từ cán bộ y tế tăng tương ứng từ 63,2% lên 83,8%. Ở nhóm chứng, mức tăng thấp hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê và có thể được giải thích bởi sự thay đổi theo thời gian. Trong khi đó, mức tăng ấn tượng về tỷ lệ tiếp cận với các nguồn thông tin ở nhóm can thiệp sau can thiệp so với trước can thiệp và so với nhóm chứng, đặc biệt là thông tin từ các hoạt động hội họp, tập huấn và từ

các cán bộ y tế là minh chứng cho kết quả của chương trình can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trong nghiên cứu.

Trong bối cảnh hiện nay, khi nguồn thông tin về các bệnh viêm gan nói chung và VGB nói riêng trong cộng đồng chủ yếu là qua các phương tiện thông tin truyền thông đại chúng. Người dân chưa thường xuyên được cập nhật thông tin và tư vấn từ phía các cơ sở và nhân viên y tế. Chính vì vậy, việc áp dụng một số giải pháp can thiệp như: tư vấn sức khỏe, hỗ trợ điều trị, tiêm chủng phòng bệnh, truyền thông thay đổi hành vi phòng chống lây nhiễm HBV tại các cơ sở y tế là rất cần thiết. Quá trình can thiệp thay đổi kiến thức đóng vai trò quan trọng trong việc thay đổi ý thức của người dân, khi người dân có kiến thức tốt, việc thay đổi hành vi về phòng chống bệnh tật diễn ra một cách dễ dàng hơn.

4.3.2. Hiệu quả cải thiện kiến thức, thực hành ở đối tượng đã tiếp cận thông tin về bệnh VGB

Bên cạnh việc tăng số lượng và tỷ lệ người biết về bệnh VGB, các hoạt động can thiệp đã cho thấy sự cải thiện cả về kiến thức, thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV ở những người đã từng biết về bệnh trước đây.

4.3.2.1. Cải thiện kiến thức về dự phòng lây nhiễm HBV

Hiệu quả của việc can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trong việc cải thiện kiến thức về phòng chống lây nhiễm HBV đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu trước đây [179], [180]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng đã cho thấy kiến thức của người dân về tất cả các nội dung khảo sát đều được cải thiện ấn tượng sau khi triển khai các hoạt động can thiệp. Mặc dù tỷ lệ và mức độ cải thiện kiến thức có sự khác biệt theo từng nội dung cụ thể, song điềm chung được ghi nhận là có sự thay đổi rõ rệt ở nhóm can thiệp trong khi không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở nhóm chứng.

Với kiến thức về tác nhân gây bệnh, đường lây truyền và đối tượng nguy cơ, kết quả ở bảng 3.19 cho thấy, tỷ lệ đối tượng biết đúng nguyên nhân gây bệnh do vi rút ở nhóm can thiệp sau can thiệp (87,5%) vẫn ở mức cao tương đương với trước can thiệp và cao hơn so với nhóm chứng ở cùng thời điểm (79,5%). Cùng với đó, tỷ lệ hiểu sai nguyên nhân gây bệnh do vi khuẩn, ký sinh trùng đều đã giảm so với trước can thiệp và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Tương tự, tỷ lệ hiểu đúng về các con đường lây truyền của bệnh cũng đã tăng lên trong khi tỷ lệ hiểu sai đường lây giảm so với trước can thiệp và so với ở nhóm chứng. Những sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Xu hướng này cũng được ghi nhận đối với kiến thức về các đối tượng nguy cơ (bảng 3.19).

Các kết quả tương tự về hiệu quả của can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe cải thiện nhận thức về tác nhân, đường lây và đối tượng nguy cơ lây nhiễm HBV cũng đã được ghi nhận trong nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Ngô Viết Lộc ở Thừa Thiên - Huế (2011) cho thấy tỷ lệ có kiến thức đúng về nguyên nhân gây bệnh VGB của người dân sau can thiệp ở nhóm can thiệp là 50,56% so với nhóm chứng là 35,83% ($p < 0,05$) [148]. Nghiên cứu của Nankya-Mutyoba (2019) trên đối tượng phụ nữ mang thai ở Uganda cũng cho kết quả tương tự. Không chỉ tăng tỷ lệ có kiến thức đúng về tác nhân gây bệnh và đường lây, các can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe còn giúp giảm tỷ lệ hiểu sai về các kiến thức này [179].

Bảng 3.20 cho thấy trong khi kiến thức về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HBV hầu như không thay đổi ở nhóm chứng nhưng đã cải thiện rõ rệt ở nhóm can thiệp so với trước can thiệp và so với nhóm chứng. Đồng thời, tỷ lệ hiểu sai về việc phòng lây nhiễm bằng biện pháp cách ly người bệnh ở nhóm can thiệp cũng đã giảm từ 43,6% xuống còn 12,3% sau can thiệp, so với 39,7% ở nhóm can thiệp. Tương tự như trước can thiệp, biện pháp dự phòng có hiệu quả nhất vẫn là tiêm vắc xin phòng bệnh nhưng với tỷ lệ tăng

từ 80,0% lên 95,1% ở nhóm can thiệp so với 77,7% ở nhóm chứng. Một lần nữa, tất cả những khác biệt trước-sau can thiệp và giữa hai nhóm chứng và can thiệp đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Với các kiến thức liên quan đến vắc xin phòng lây nhiễm HBV, tỷ lệ đối tượng biết đến vắc xin, biết các lợi ích của vắc xin, các đối tượng có thể được chỉ định tiêm phòng đã cải thiện đáng kể so với trước can thiệp và so với nhóm chứng. Ngược lại, tỷ lệ nhầm lẫn các chỉ định tiêm phòng trước can thiệp như tiêm cho người bệnh, người nhiễm vi rút HBV đã giảm hẳn ở nhóm can thiệp, trong khi vẫn ở mức cao trong nhóm chứng. Bên cạnh đó, tỷ lệ đối tượng biết các điểm tiêm vắc xin phòng VGB cũng đã tăng lên rõ rệt từ 68,7% trước can thiệp lên 98,1% sau can thiệp (bảng 3.21).

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự như trong nghiên cứu của El-Sokkary ở Ai Cập [180]. Trong khi đó, một số nghiên cứu như của tác giả Phạm Ngọc Thanh đã cho thấy, trong số các nhóm kiến thức về dự phòng lây nhiễm, các kiến thức liên quan đến vắc xin thường khó cải thiện nhất [48]. Đây là một nội dung cần được rút kinh nghiệm trong các kế hoạch can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe của ngành y tế địa phương.

Trong bối cảnh chung của việc cải thiện kiến thức của người dân sau can thiệp, tỷ lệ nhận biết được các triệu chứng và hậu quả của việc nhiễm HBV cũng đã được cải thiện đáng kể sau can thiệp với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với trước can thiệp cũng như so với nhóm chứng (bảng 3.22). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh ở Tây Nguyên [48] và của Nguyễn Việt Lộc ở Thừa Thiên - Huế [148].

Cũng giống như trong nghiên cứu của tác giả này, kết quả ở bảng 3.23 cho thấy tỷ lệ người dân biết đúng về biện pháp chẩn đoán HBV tăng lên trong khi tỷ lệ người hiểu sai giảm hẳn sau can thiệp. Khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp và so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Xu hướng này cũng được ghi nhận trong việc cải thiện kiến thức của đối tượng nghiên

cứu về việc chỉ định xét nghiệm cũng như địa điểm làm xét nghiệm HBV (bảng 3.24).

Tương tự, bảng 3.25 cho thấy kiến thức về các biện pháp xử trí với các tình huống khi có kết quả xét nghiệm âm tính, khi có kết quả xét nghiệm dương tính hay có vết thương hở có dính máu, dịch tiết cũng có sự cải thiện sau can thiệp theo hướng tỷ lệ có kiến thức đúng tăng lên và tỷ lệ có kiến thức sai giảm đi sau can thiệp so với trước khi can thiệp và so với nhóm chứng ($p < 0,05$).

Trên cơ sở đó, kết quả tổng hợp ở bảng 3.26 cho thấy tỷ lệ đối tượng kiến thức đúng về dự phòng lây nhiễm HBV tính chung cũng như riêng cho từng nội dung ở nhóm can thiệp đều có cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp và cao hơn ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng sau can thiệp. Trong đó, tính tổng thể, tỷ lệ có kiến thức đúng về dự phòng lây nhiễm HBV sau can thiệp ở nhóm can thiệp là 72,0% so với 25,0% ở nhóm chứng và 23,9% trước khi can thiệp ($p < 0,01$).

4.3.2.2. *Cải thiện thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV*

Tương tự như các tác động về kiến thức, hiệu quả của chương trình can thiệp truyền thông đến thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV cũng đã được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi với xu hướng chung là mức độ cải thiện rõ rệt ở nhóm can thiệp so với trước khi can thiệp và so với nhóm chứng. Mặc dù phương pháp và chỉ số đánh giá khác nhau, song xu hướng này đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe cải thiện về nhận thức, thái độ và hành vi phòng chống lây nhiễm HBV trong cộng đồng [48], [148].

Trong khi đó, việc thực hành theo khai báo khi xử lý các tình huống bản thân nghi ngờ mắc bệnh, vợ/chồng mắc bệnh hay hàng xóm mắc bệnh cũng đã được cải thiện với tăng tỷ lệ lựa chọn các biện pháp xử lý đúng và

giảm tỷ lệ lựa chọn các biện pháp xử lý chưa phù hợp ở nhóm can thiệp so với trước can thiệp và so với nhóm chứng (bảng 3.27).

Bên cạnh đó, bảng 3.28 cho thấy tỷ lệ thực hiện tiêm vắc xin phòng VGB mặc dù có tăng lên ở cả hai nhóm nghiên cứu nhưng nhóm can thiệp có mức tăng lớn hơn (19,1% lên 79,3%), khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (17,3% lên 42,4%). Như vậy, khác với nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Thanh [48], trong nghiên cứu của chúng tôi, các hoạt động can thiệp đã giúp cải thiện rõ rệt kiến thức và thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh VGB. Tuy nhiên, kết quả khả quan này, một phần có thể do dịch vụ tiêm vắc xin phòng bệnh được triển khai mạnh mẽ trong khoảng 5 năm trở lại đây và người dân đã cải thiện đáng kể về kiến thức, thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh nhờ TTGDSK.

Như vậy, cũng như kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác [148], [48], [141] nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đã mang lại sự cải thiện đáng kể trong tất cả các nội dung về kiến thức và thực hành của của đối tượng liên quan đến dự phòng lây nhiễm HBV. Sự cải thiện rõ rệt ở nhóm can thiệp so với không cải thiện hoặc cải thiện không đáng kể ở nhóm đối chứng cho phép kết luận hiệu quả của các hoạt động can thiệp.

Kết quả thay đổi về thực hành dự phòng lây nhiễm HBV trước và sau can thiệp đã được tổng hợp trong bảng 3.29. Theo đó, tỷ lệ có thực hành đúng về tổng thể cũng như cho từng tình huống riêng biệt ở nhóm can thiệp đều có cải thiện so với trước can thiệp và cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Tính tổng thể, tỷ lệ thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm HBV sau can thiệp ở nhóm can thiệp là 77,1% so với 12,9% ở nhóm chứng và 18,8% trước can thiệp ($p < 0,01$).

4.3.3. Hiệu quả tổng thể của can thiệp

Hiệu quả tổng thể của can thiệp được đánh giá trên cơ sở tích hợp việc mở rộng tiếp cận với các thông tin về VGB và cải thiện kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm bệnh. Sau 12 tháng áp dụng biện pháp can thiệp truyền thông kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau can thiệp và giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng cả về kiến thức và thực hành.

Trong nghiên cứu này, để đánh giá mức độ cải thiện kiến thức, thực hành về dự phòng lây nhiễm HBV, chúng tôi chọn một số chỉ số quan trọng trong từng lĩnh vực để đánh giá so sánh trước và sau thiệp cũng như so sánh giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng, bao gồm tỷ lệ biết đúng tác nhân gây bệnh, biện pháp chẩn đoán, tỷ lệ biết đầy đủ về các đường lây nhiễm của HBV và các biện pháp phòng chống,... Kết quả ở bảng 3.30 và 3.31 cho thấy chỉ số hiệu quả cao vượt trội ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng ở tất cả các chỉ số đánh giá từ kiến thức về tác nhân gây bệnh, đường lây truyền, các biện pháp dự phòng, kiến thức về các biện pháp xử trí một số tình huống giả định cho đến thực hành theo khai báo các tình huống khi mắc bệnh.

Các chỉ số hiệu quả cả trong lĩnh vực kiến thức, thực hành ở nhóm can thiệp đều đạt trên 100% (dao động từ 128,0% đến 218,5% với các chỉ số về kiến thức và từ 148,2% đến 315,2% với các chỉ số về thực hành) so với mức dao động dưới 30% ở nhóm chứng. Nhờ vậy, hiệu quả can thiệp tính trên từng chỉ số đánh giá về kiến thức và thực hành cũng đều đạt trên 100%, thấp nhất 119,3% với việc tiếp cận với thông tin về bệnh VGB đến cao nhất 274,2% đối với việc thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh. Tính tổng thể, về mặt nâng cao kiến thức, CSHQ ở nhóm can thiệp đạt 200,7% so với 15,7% ở nhóm chứng, tương ứng với HQCT là 185%. Về mặt cải thiện thực hành, CSHQ ở nhóm can thiệp đạt 420,5% trong khi ở nhóm chứng chỉ đạt 45,8%; tương ứng với HQCT là 374,7%.

Chỉ số hiệu quả cao này có được một phần lớn nhờ sự gia tăng tỷ lệ người dân biết đến bệnh VGB sau khi can thiệp (90,2%) so với mức thấp chỉ 38,2% trước khi can thiệp. Một khi tỷ lệ biết về bệnh tăng lên, đối tượng cũng có khả năng cao hơn được tiếp thu các kiến thức và hành vi phù hợp từ các nguồn thông tin chính thống về dự phòng lây nhiễm HBV.

Tuy có các phương pháp đánh giá khác nhau nhưng hiệu quả của các hoạt động can thiệp tương tự cũng đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước như nghiên cứu của Juon trên đối tượng người Mỹ trưởng thành gốc Á ở Baltimore [13], nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh ở Tây Nguyên [48], nghiên cứu của Hang Pham ở Quảng Ninh và Hoà Bình [98] và nghiên cứu của Ngô Viết Lộc ở Thừa Thiên - Huế [148], đều trên đối tượng người trưởng thành trong cộng đồng.

Nghiên cứu của Al-Thaqafy tại Ả-rập Xê-út cho thấy hiệu quả can thiệp thông qua cải thiện điểm KAP tổng thể trung bình (204%) cũng như toàn bộ điểm thành phần về bản chất bệnh (272%), phương thức lây truyền (206%), biện pháp phòng chống (109%), thái độ (155%), thực hành (192%) [140]. Một nghiên cứu tổng quan đã kết luận rằng các can thiệp giáo dục có lợi ích đáng kể đối với những người có nguy cơ hoặc đã được chẩn đoán nhiễm HBV. Những tác động này gồm mở rộng kiến thức về bệnh tật và điều chỉnh hành vi cả về xét nghiệm, tiêm chủng, sàng sàng bắt đầu và tuân thủ điều trị [141]. Do đó, việc đánh giá thực trạng kiến thức của bệnh nhân mắc VGB là điểm khởi đầu cần thiết trong quá trình xác định cách vượt qua các rào cản liên quan đến kiến thức trong điều trị và phòng ngừa lây nhiễm.

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trong việc nâng cao kiến thức và cải thiện thực hành dự phòng lây nhiễm HBV của người dân trong cộng đồng. Sau khi hoàn tất đề tài luận án, nhóm nghiên cứu sẽ tổng kết lại kết quả chính, những bài học kinh nghiệm từ việc triển khai các hoạt động can thiệp, cập nhật chỉnh sửa lại một

số nội dung và biện pháp can thiệp cho phù hợp với đối tượng ở các vùng miền khác nhau. Đây là cơ sở cho địa phương trong việc xây dựng kế hoạch phòng chống lây nhiễm HBV dựa vào bằng chứng để có thể nhân rộng mô hình và kết quả từ nghiên cứu này ra các địa phương vùng miền khác trong toàn tỉnh. Tuy nhiên, thay đổi thực hành của cộng đồng là một quá trình lâu dài, cần nhiều nguồn lực, đòi hỏi nỗ lực thường xuyên, không ngừng nghỉ không chỉ của hệ thống y tế mà của cả các ban ngành, đoàn thể, của cả hệ thống chính trị và sự tham gia tích cực của chính người dân; cần duy trì nguồn tài chính thông qua phân bổ ngân sách các cấp (tỉnh, huyện, xã) hàng năm cho hoạt động TT - GDSK, trong đó có phòng, chống VGB. Có như vậy, hiệu quả của can thiệp này mới bảo đảm tính bền vững và giá trị của nghiên cứu mới được tăng cường.

4.4. Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

4.4.1. Điểm mạnh

Nghiên cứu được thiết kế chặt chẽ, bộ câu hỏi được soạn thảo nghiêm túc theo nguyên tắc đơn giản, rõ ràng với ngôn ngữ dễ hiểu và được thử nghiệm trước khi sử dụng cho nghiên cứu. Các điều tra viên đã được tập huấn kỹ lưỡng về nội dung bộ câu hỏi, thống nhất các thuật ngữ cũng như quy trình điều tra thu thập thông tin. Việc lấy mẫu máu và xét nghiệm tìm HBsAg do các kỹ thuật viên có kinh nghiệm của Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh tiến hành theo quy trình chuẩn về xét nghiệm trên hệ thống máy ELISA chuẩn. Trên cơ sở đó, nghiên cứu cho kết quả đáng tin cậy về tỷ lệ nhiễm HBV cũng như thực trạng và hiệu quả của can thiệp TT-GDSK trong việc cải thiện kiến thức và thực hành phòng ngừa lây nhiễm HBV của người dân trong cộng đồng.

4.4.2. Hạn chế của nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang nên không phân tích được mối quan hệ nhân quả trong những yếu tố liên quan với tình trạng nhiễm HBV.

Nghiên cứu cộng đồng thực hiện thông qua bộ câu hỏi phỏng vấn nên khó đánh giá chính xác về kiến thức và thực hành phòng ngừa lây nhiễm HBV thực tế của đối tượng mà chủ yếu dựa trên việc đánh giá thực hành theo khai báo với các tình huống giả định.

Việc tuyển chọn địa bàn nghiên cứu có thể không hoàn toàn mang tính đại diện cho hai vùng sinh thái của tỉnh Quảng Bình. Nữ giới tham gia với tỷ lệ cao do nhiều nam giới đi làm ăn xa trong thời gian nghiên cứu cũng có thể cho những ảnh hưởng nhất định đến kết quả nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu, do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 nên tiến độ hoàn thành Luận án chậm, sau 4 năm mới bảo vệ và công bố cũng là một hạn chế của nghiên cứu.

Nghiên cứu chưa xác định được những tồn tại và các yếu tố liên quan đến những tồn tại sau can thiệp để rút kinh nghiệm khi mở rộng can thiệp sang địa phương khác; sau khi điều tra vòng 1 (trước can thiệp), tỷ lệ nhiễm giữa khu vực miền núi và ven biển có sự khác biệt (khi phân tích đơn biến) nhưng đề tài này cũng chưa đưa ra được các biện pháp truyền thông khác nhau giữa 2 khu vực, cần có nghiên cứu sâu hơn.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng nhiễm HBV và một số yếu tố liên quan ở người 20 - 60 tuổi tại cộng đồng miền núi và ven biển tỉnh Quảng Bình

Tỷ lệ nhiễm HBV dựa trên tỷ lệ mang HBsAg ở người 20 - 60 tuổi tính chung cho cả hai địa bàn miền núi và đồng bằng ven biển của Quảng Bình là 7,9% với tỷ lệ riêng cho từng địa bàn lần lượt là 6,1% và 9,6%. Tỷ lệ nhiễm HBV có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm tuổi, học vấn và hành vi xăm mình. Cụ thể, tỷ lệ nhiễm cao hơn ở nhóm tuổi 41 - 50 (OR=1,82; 95%CI: 1,03-3,20) so với nhóm tuổi 51 - 60, ở nhóm tuổi có học vấn tiểu học trở xuống so với nhóm tốt nghiệp PTTH trở lên (OR=2,14; 95%: 1,08-4,27) và ở nhóm có xăm mình so với nhóm không xăm (OR=1,96; 95%CI: 1,14-3,80).

2. Kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV ở người 20 - 60 tuổi

Chỉ có 38,2% người 20 - 60 tuổi đã từng tiếp cận với thông tin về bệnh VGB, với 2 kênh thông tin chính là các phương tiện thông tin đại chúng như tivi, đài phát thanh, internet, ... (69,9%) và từ cán bộ y tế (63,1%).

Về kiến thức, trong số những người đã từng tiếp cận với thông tin về bệnh VGB, có 85,7% biết đúng tác nhân gây bệnh là vi rút; 65,0% biết đầy đủ các đường lây truyền của bệnh; 59,1% biết đầy đủ về các đối tượng có nguy cơ cao mắc bệnh; 58,9% biết đầy đủ các biện pháp dự phòng lây nhiễm, với 75,7% biết tiêm vắc xin là biện pháp dự phòng hiệu quả nhất. Có 89,3% đối tượng biết đúng biện pháp chẩn đoán bệnh VGB; 48,4% biết đầy đủ các triệu chứng bệnh, 55,6% biết đầy đủ các hậu quả; 74,5% biết ít nhất một biện pháp xử trí phù hợp khi có kết quả xét nghiệm HBsAg (-) và 66,1% biết biện pháp xử trí phù hợp khi có kết quả HBsAg (+). Tỷ lệ có kiến thức đúng về tổng thể là 59,6% trong số những người đã được tiếp cận thông tin về bệnh và 22,8% trong tổng số đối tượng.

Về thực hành, trong số những người đã được tiếp cận thông tin về bệnh, có 93,7% đối tượng có xử trí phù hợp khi bản thân nghi ngờ mắc bệnh; 46,0% có xử trí phù hợp khi vợ/chồng mắc bệnh và 81,3% xử trí phù hợp khi có hàng xóm mắc bệnh. Có 47,7% đối tượng đã tiêm vắc xin phòng bệnh VGB. Tỷ lệ có thực hành đúng về tổng thể là 36,2% trong số những người đã được tiếp cận thông tin về bệnh và 13,8% trong tổng số đối tượng.

3. Hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức, thực hành dự phòng lây nhiễm HBV ở người 20 - 60 tuổi

Tỷ lệ tiếp cận với thông tin về bệnh VGB đã tăng tương ứng từ 39,3% trước can thiệp lên 90,2% sau can thiệp ở nhóm can thiệp và 37,1% lên 40,9% ở nhóm đối chứng. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và giữa hai nhóm sau can thiệp.

Trong số những người đã được tiếp cận với thông tin về bệnh VGB, tỷ lệ có kiến thức đúng về tác nhân gây bệnh, đường lây truyền, đối tượng nguy cơ, biện pháp dự phòng lây nhiễm, biện pháp chẩn đoán, triệu chứng và hậu quả của bệnh; tỷ lệ thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm bệnh ở nhóm can thiệp sau khi can thiệp cũng tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp và so với nhóm đối chứng.

Tính chung trên toàn bộ đối tượng nghiên cứu, các chỉ số hiệu quả trong từng nội dung về kiến thức, thực hành ở nhóm can thiệp đều đạt trên 100% (từ 128,0% với việc biết tác nhân gây bệnh đến 315,2% với việc tiêm vắc xin phòng bệnh) so với mức dao động từ 4,1% với việc biết đúng các biện pháp dự phòng đến 41,0% về tiêm vắc xin ở nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp trên từng chỉ số về kiến thức, thực hành được khảo sát cũng đạt trên 100%; thấp nhất 119,3% với việc có biết về bệnh VGB đến cao nhất 274,2% với việc thực hành tiêm vắc xin phòng bệnh. Hiệu quả tổng thể của can thiệp là 185% trong việc nâng cao kiến thức và 374,7% trong việc cải thiện thực hành dự phòng lây nhiễm HBV.

KHUYẾN NGHỊ

1. Đối với Lãnh đạo y tế địa phương

- Cần xây dựng một Kế hoạch và Chương trình hành động cụ thể về dự phòng và kiểm soát lây nhiễm HBV trên địa bàn đó nhằm mục tiêu giảm tỷ lệ mắc và gánh nặng bệnh tật do HBV tại địa phương. Trong đó, tiếp tục tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe, nâng cao kiến thức và thực hành của cộng đồng về dự phòng lây nhiễm HBV.

- Cần xây dựng các nội dung trọng tâm và biện pháp TT-GDSK linh hoạt, phù hợp cho từng nhóm đối tượng, địa bàn khác nhau để tăng cường hiệu quả của can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành dự phòng lây nhiễm HBV trong cộng đồng.

- Cần huy động sự tham gia của các ban ngành đoàn thể và các cộng đồng dân cư trong công tác TT-GDSK nhằm nâng cao kiến thức và cải thiện thực hành dự phòng lây nhiễm HBV để bảo đảm tính bền vững của các hoạt động can thiệp.

2. Đối với người dân địa phương

- Cần chủ động tiếp cận thông tin về Viêm gan vi rút B và các biện pháp dự phòng lây nhiễm.

- Tuân thủ các nội dung tư vấn, hướng dẫn của cán bộ y tế về các biện pháp dự phòng lây nhiễm Viêm gan vi rút B, đặc biệt là tiêm vắc xin phòng bệnh và xét nghiệm để phát hiện khi có dấu hiệu nghi ngờ.

3. Hướng nghiên cứu tiếp theo

Trên cơ sở bài học kinh nghiệm từ việc triển khai nghiên cứu này để xây dựng các giải pháp can thiệp đặc thù cho từng khu vực nhằm nhân rộng mô hình và đạt được hiệu quả cao hơn. Xác định những tồn tại của biện pháp can thiệp này và các yếu tố liên quan. Xem xét, đánh giá tính bền vững của can thiệp TT-GDSK trong dự phòng lây nhiễm HBV trên địa bàn.

**DANH MỤC CÁC BÀI BÁO KHOA HỌC
ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

- 1. Nguyễn Đức Cường, Trần Như Dương, Vũ Phong Túc, Đỗ Quốc Tiệp (2023).** Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành từ 20 – 60 tuổi tại Quảng Bình năm 2018, *Tạp chí Y học Dự phòng*, số 1 (33), tr. 129-137.
- 2. Nguyễn Đức Cường, Vũ Phong Túc, Trần Như Dương, Đỗ Quốc Tiệp (2023).** Hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B tại tỉnh Quảng Bình, *Tạp chí Y học Dự phòng*, số 1 (33), tr. 138-147.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Franco E, Bagnato B, Marino MG et al. (2012). Hepatitis B: Epidemiology and prevention in developing countries. *World journal of hepatology*, 4(3), 74-80.
2. Sharma SK, Saini N and Chwla Y (2005). Hepatitis B virus: inactive carriers. *Virology journal*, 2, 82.
3. World Health Organization (2022). Hepatitis B. Key facts. WHO, Geneva. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>, Cited on 23/3/2023.
4. Komada K, Ichimura Y, Shimada M et al. (2022). Impact of hepatitis B vaccination programs in Vietnam evaluated by estimating HBsAg prevalence. *J Virus Erad*, 8(4), 100309.
5. Global Burden of Disease Hepatitis B Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of hepatitis B, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet Gastroenterology & hepatology*, 7(9), 796-829.
6. Bogler Y, Wong RJ and Gish RG (2018). Epidemiology and natural history of chronic hepatitis B virus infection. *Hepatitis B Virus and Liver Disease*, Springer, 63-89.
7. Polaris Observatory Collaborators (2018). Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study. *The lancet Gastroenterology & hepatology*, 3(6), 383-403.
8. World Health Organization (2016). *Global Health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021: Towards ending viral hepatitis*. WHO, Geneva.
9. Hsu CE, Zhang G, Yan FA et al. (2010). What made a successful hepatitis B program for reducing liver cancer disparities: an examination of baseline

characteristics and educational intervention, infection status, and missing responses of at-risk Asian Americans. *J Community Health*, 35(3), 325-35.

10. Vũ Đình Sơn and Lê Thanh Tùng (2019). Thực trạng kiến thức và thái độ phòng bệnh viêm gan vi rút B của người dân xã Trung Nguyên, huyện Yên Lạc, Tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 2(1), 5-12.
11. Lê Thị Diễm Trinh, Nguyễn Thanh Bình, Huỳnh Thị Xuân Linh et al. (2022). Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan ở đồng bào dân tộc Khmer huyện Cầu Kè, tỉnh Trà Vinh năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 511(1), 16-20.
12. Juon HS, Lee S, Strong C et al. (2014). Effect of a liver cancer education program on hepatitis B screening among Asian Americans in the Baltimore-Washington metropolitan area, 2009-2010. *Preventing chronic disease*, 11, 130258.
13. Juon HS and Park BJ (2013). Effectiveness of a culturally integrated liver cancer education in improving HBV knowledge among Asian Americans. *Preventive medicine*, 56(1), 53-8.
14. Yun-Fan Liaw and Fabien Zoulim (2016). *Hepatitis B Virus in Human Diseases*. Humana Press, Switzerland.
15. Tsukuda S and Watashi K (2020). Hepatitis B virus biology and life cycle. *Antiviral Res*, 182, 104925.
16. Chao SD, Chang ET, Le PV et al. (2009). The Jade Ribbon Campaign: a model program for community outreach and education to prevent liver cancer in Asian Americans. *Journal of immigrant and minority health*, 11(4), 281-90.
17. Chu Thị Thu Hà, Nguyễn Thu Vân and 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*, XVII(1(86)), 33-8.

18. Alter MJ (2003). Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide. *Journal of hepatology*, 39 Suppl 1, S64-9.
19. Elgouhari HM, Abu-Rajab Tamimi TI and Carey WD (2008). Hepatitis B virus infection: understanding its epidemiology, course, and diagnosis. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 75(12), 881-9.
20. Elefsiniotis IS, Glynou I, Magaziotou I et al. (2005). HBeAg negative serological status and low viral replication levels characterize chronic hepatitis B virus-infected women at reproductive age in Greece: a one-year prospective single center study. *World journal of gastroenterology*, 11(31), 4879-82.
21. Glebe D and König A (2014). Molecular virology of hepatitis B virus and targets for antiviral intervention. *Intervirolgy*, 57(3-4), 134-40.
22. Liaw Y-F, Sung JJ, Chow WC et al. (2004). Lamivudine for patients with chronic hepatitis B and advanced liver disease. *New England Journal of Medicine*, 351(15), 1521-31.
23. Baudi I, Inoue T and Tanaka Y (2020). Novel biomarkers of hepatitis B and hepatocellular carcinoma: clinical significance of HBcrAg and M2BPGi. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(3), 949.
24. Bộ Y tế (2019). *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Viêm gan vi rút B*, Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019.
25. Pan CQ and Zhang JX (2005). Natural History and Clinical Consequences of Hepatitis B Virus Infection. *Int J Med Sci*, 2(1), 36-40.
26. Chuang Y-C, Tsai K-N and Ou J-HJ (2022). Pathogenicity and virulence of Hepatitis B virus. *Virulence*, 13(1), 258-96.
27. Fattovich G (2003). Natural history of hepatitis B. *Journal of hepatology*, 39 Suppl 1, S50-8.

28. Yang HI, Lu SN, Liaw YF et al. (2002). Hepatitis B e antigen and the risk of hepatocellular carcinoma. *The New England journal of medicine*, 347(3), 168-74.
29. World Health Organization (2017). *Global Hepatitis Report 2017*. WHO, Geneva.
30. Kafeero HM, Ndagire D, Ocama P et al. (2021). Prevalence and predictors of hepatitis B virus (HBV) infection in east Africa: evidence from a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies published from 2005 to 2020. *Arch Public Health*, 79(1), 167.
31. Wang H, Men P, Xiao Y et al. (2019). Hepatitis B infection in the general population of China: a systematic review and meta-analysis. *BMC infectious diseases*, 19(1), 811.
32. Gish RG, Bui TD, Nguyen CT et al. (2012). Liver disease in Viet Nam: screening, surveillance, management and education: a 5-year plan and call to action. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 27(2), 238-47.
33. Nakata S, Song P, Duc DD et al. (1994). Hepatitis C and B virus infections in populations at low or high risk in Ho Chi Minh and Hanoi, Vietnam. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 9(4), 416-9.
34. Tran HT, Ushijima H, Quang VX et al. (2003). Prevalence of hepatitis virus types B through E and genotypic distribution of HBV and HCV in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Hepatology research : the official journal of the Japan Society of Hepatology*, 26(4), 275-80.
35. Hipgrave DB, Nguyen TV, Vu MH et al. (2003). Hepatitis B infection in rural Vietnam and the implications for a national program of infant immunization. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 69(3), 288-94.

36. Vũ Thị Vượng, Trần Hoàng Vân, Nguyễn Ngọc Hùng et al. (2009). Xác định tỷ lệ nhiễm HP và vi rút viêm gan B,C,A của người dân một số khu vực Hải Phòng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 62(3), 82-9.
37. Nguyễn Thị Yên, Trương Thị An and Phạm Thị Mây (2007). Nghiên cứu tỷ lệ mang HBsAg và một số yếu tố dịch tễ có liên quan đến sự lây truyền vi rút Viêm gan B ở ngư dân đánh bắt cá xa bờ của Thành phố Hải Phòng. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 11(1), 150-7.
38. Ngô Viết Lộc, Đinh Thanh Huệ and 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*, 739(10), 113-5.
39. Tạ Văn Trâm and Trần Thanh Hải (2016). Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng tỉnh Tiền Giang năm 2015 và các yếu tố nguy cơ. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 20(6 (PB)), 42-9.
40. Nguyễn Đức Cường, Đỗ Quốc Tiệp and Lê Minh Tiến (2017). Một số đặc điểm nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng dân cư người lớn tại tỉnh Quảng Bình năm 2016-2017. *Tạp chí Y học dự phòng*, XXVII(8), 272-7.
41. Đỗ Quốc Tiệp, Nguyễn Đức Cường and Lê Minh Tiến (2016). Tình trạng nhiễm và kiến thức phòng chống nhiễm vi rút viêm gan B trên người đến xét nghiệm tại Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Quảng Bình năm 2013. *Tạp chí Y học dự phòng*, XXVI(15(188)), 32-8.
42. Ruggieri A, Gagliardi MC and Anticoli S (2018). Sex-Dependent Outcome of Hepatitis B and C Viruses Infections: Synergy of Sex Hormones and Immune Responses? *Front Immunol*, 9, 2302.
43. Tsay PK, Tai DI, Chen YM et al. (2009). Impact of gender, viral transmission and aging in the prevalence of hepatitis B surface antigen. *Chang Gung Med J*, 32(2), 155-64.

44. Lee A, Cheng FF, Chan CS et al. (2001). Sero-epidemiology and risk factors of positive hepatitis B surface antigen amongst Chinese adolescents. *Asia Pac J Public Health*, 13(1), 30-5.
45. Tsai NC, Holck PS, Wong LL et al. (2008). Seroepidemiology of hepatitis B virus infection: analysis of mass screening in Hawaii. *Hepatol Int*, 2(4), 478-85.
46. Janahi EM (2014). Prevalence and risk factors of hepatitis B virus infection in Bahrain, 2000 through 2010. *PLoS One*, 9(2), e87599.
47. Chen CJ, Yang HI, Su J et al. (2006). Risk of hepatocellular carcinoma across a biological gradient of serum hepatitis B virus DNA level. *Jama*, 295(1), 65-73.
48. Phạm Ngọc Thanh, Nguyễn Thị Thi Thơ, Trần Đắc Phu et al. (2019). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B ở người trưởng thành tại khu vực Tây Nguyên năm 2018. *Tạp chí Y học dự phòng*, 29(13), 34-9.
49. Ott JJ, Stevens GA, Groeger J et al. (2012). Global epidemiology of hepatitis B virus infection: new estimates of age specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine*, 30(2012), 2212-9.
50. Zhang H, Li Q, Sun J et al. (2011). Seroprevalence and risk factors for hepatitis B infection in an adult population in Northeast China. *Int J Med Sci*, 8(4), 321-31.
51. Lee DH, Kim JH, Nam JJ et al. (2002). Epidemiological findings of hepatitis B infection based on 1998 National Health and Nutrition Survey in Korea. *J Korean Med Sci*, 17(4), 457-62.
52. Shimakawa Y, Lemoine M, Njai HF et al. (2016). Natural history of chronic HBV infection in West Africa: a longitudinal population-based study from The Gambia. *Gut*, 65(12), 2007-16.

53. Nguyen VT, McLaws ML and Dore GJ (2007). Highly endemic hepatitis B infection in rural Vietnam. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 22(12), 2093-100.
54. Duong TH, Nguyen PH, Henley K et al. (2009). Risk factors for hepatitis B infection in rural Vietnam. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 10(1), 97-102.
55. Huang CF, Dai CY, Chuang WL et al. (2009). HBV infection in indigenous children, 20 years after immunization in Taiwan: a community-based study. *Preventive medicine*, 48(4), 397-400.
56. Bundle N, Balasegaram S, Parry S et al. (2019). Seroprevalence and demographic factors associated with hepatitis B, hepatitis C and HIV infection from a hospital emergency department testing programme, London, United Kingdom, 2015 to 2016. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, 24(27), 1-9.
57. Jing W, Liu J and Liu M (2020). Eliminating mother-to-child transmission of HBV: progress and challenges in China. *Front Med*, 14(1), 21-9.
58. Liaw YF, Brunetto MR and Hadziyannis S (2010). The natural history of chronic HBV infection and geographical differences. *Antiviral therapy*, 15 Suppl 3, 25-33.
59. Xu CD, Xiao GX, Li JM et al. (2019). Spatiotemporal patterns and risk factors concerning hepatitis B virus infections in the Beijing-Tianjin-Hebei area of China. *Epidemiology and infection*, 147, e110.
60. Ganczak M, Topczewska K, Budnik-Szymoniuk M et al. (2019). Seroprevalence of anti-HBc, risk factors of occupationally acquired HBV infection and HBV vaccination among hospital staff in Poland: a multicenter study. *BMC Public Health*, 19(1), 298.

61. Schillie S, Vellozzi C, Reingold A et al. (2018). Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports*, 67(1), 1-31.
62. Tian J, Tan F, Lai L et al. (2019). Anesthesiologists' acquisition of hepatitis B virus infection: Risk and prevention. *Medicine (Baltimore)*, 98(29), e16416.
63. Yang S, Ding C, Cui Y et al. (2017). Prevalence and influencing factors of hepatitis B among a rural residential population in Zhejiang Province, China: a cross-sectional study. *BMJ open*, 7(4), e014947.
64. Mittal G, Gupta P, Gupta R et al. (2013). Seroprevalence and risk factors of hepatitis B and hepatitis C virus infections in uttarakhand, India. *Journal of clinical and experimental hepatology*, 3(4), 296-300.
65. Morisco F, Stroffolini T, Lombardo FL et al. (2017). Prevalence of and risk factors for HBV infection in a metropolitan Southern Italian area: Evidence for the effectiveness of universal Hepatitis B vaccination. *Dig Liver Dis*, 49(11), 1257-61.
66. King H, Xing J, Dean HD et al. (2020). Trends in Prevalence of Protective Levels of Hepatitis B Surface Antibody Among Adults Aged 18-49 Years With Risk Factors for Hepatitis B Virus Infection-United States, 2003-2014. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 70(9), 1907-15.
67. Pallavi Lohani, Alok Kumar, Rashmi Singh et al. (2017). A study of risk factors of hepatitis B infection among rural adult population of Patna, Bihar. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4(12), 4654-60.

68. Yang S, Tian G, Cui Y et al. (2016). Factors influencing immunologic response to hepatitis B vaccine in adults. *Sci Rep*, 6, 27251.
69. Zhao YL, Pan LL, Hao ZY et al. (2020). Immune response to different types of hepatitis B vaccine booster doses 2-32 years after the primary immunization schedule and its influencing factors. *Int J Infect Dis*, 93, 62-7.
70. Baha W, Foulous A, Dersi N et al. (2013). Prevalence and risk factors of hepatitis B and C virus infections among the general population and blood donors in Morocco. *BMC Public Health*, 13, 50.
71. Elzouki AN, Smeo MN, Sammud M et al. (2013). Prevalence of hepatitis B and C virus infections and their related risk factors in Libya: a national seroepidemiological survey. *East Mediterr Health J*, 19(7), 589-99.
72. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E et al. (2010). Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *Journal of medical virology*, 82(4), 546-55.
73. Ozer A, Yakupogullari Y, Beytur A et al. (2011). Risk factors of hepatitis B virus infection in Turkey: A population-based, case-control study: Risk Factors for HBV Infection. *Hepat Mon*, 11(4), 263-8.
74. Escobedo-Melendez G, Panduro A, Celis A et al. (2019). Risk factors associated with horizontal transmission of hepatitis B viral infection from parents to children in Mexico. *J Infect Dev Ctries*, 13(1), 44-9.
75. Đoàn Phước Thuộc and Phạm Văn Lào (2012). Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến nhiễm Virus Viêm gan B ở lứa tuổi 15-18 tuổi tại thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đăklăk năm 2011. *Tạp chí Y học thực hành*, 12(854), 27-9.
76. Araya Mezgebo T, Niguse S, Gebrekidan Kahsay A et al. (2018). Hepatitis B virus infection and associated risk factors among pregnant women attending antenatal care in health facilities of Tigray, Northern Ethiopia. *Journal of medical virology*, 90(3), 503-9.

77. Gedefaw G, Waltengus F, Akililu A et al. (2019). Risk factors associated with hepatitis B virus infection among pregnant women attending antenatal clinic at Felegehiwot referral hospital, Northwest Ethiopia, 2018: an institution based cross sectional study. *BMC research notes*, 12(1), 509.
78. Ngaira JA, Kimotho J, Mirigi I et al. (2016). Prevalence, awareness and risk factors associated with Hepatitis B infection among pregnant women attending the antenatal clinic at Mbagathi District Hospital in Nairobi, Kenya. *Pan Afr Med J*, 24, 315.
79. Wen WH, Chang MH, Zhao LL et al. (2013). Mother-to-infant transmission of hepatitis B virus infection: significance of maternal viral load and strategies for intervention. *Journal of hepatology*, 59(1), 24-30.
80. Sirilert S, Khamrin P, Kumthip K et al. (2020). Placental infection of hepatitis B virus among Thai pregnant women: Clinical risk factors and its association with fetal infection. *Prenat Diagn*, 40(3), 380-6.
81. Segeral O, Dim B, Durier C et al. (2020). HBeAg rapid test and alanine aminotransferase level-based algorithm to identify pregnant women at risk of HBV mother-to-child transmission: the ANRS 12345 TA PROHM study. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 71(15 November), e587.
82. Boucheron P, Lu Y, Yoshida K et al. (2021). Accuracy of HBeAg to identify pregnant women at risk of transmitting hepatitis B virus to their neonates: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 21(1), 85-96.
83. Chen T, Wang J, Qiu H et al. (2018). Different interventional criteria for chronic hepatitis B pregnant women with HBeAg(+) or HBeAg(-): Epidemiological data from Shaanxi, China. *Medicine (Baltimore)*, 97(27), e11406.

84. Chen HL, Cai JY, Song YP et al. (2019). Vaginal delivery and HBV mother to child transmission risk after immunoprophylaxis: A systematic review and a meta-analysis. *Midwifery*, 74, 116-25.
85. Nguyễn Thị Hoài Thu and Trần Thị Minh Diễm (2010). Nghiên cứu sự lây truyền virus Viêm gan B giữa mẹ và con tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 3(PB), 198-203.
86. Phí Đức Long (2014). Đánh giá đáp ứng tạo kháng thể đối với vắc xin phòng viêm gan B ở trẻ có mẹ mang HBsAg. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
87. Gebrecherkos T, Girmay G, Lemma M et al. (2020). Knowledge, Attitude, and Practice towards Hepatitis B Virus among Pregnant Women Attending Antenatal Care at the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *International Journal of Hepatology*, 2020, 5617603.
88. Olaniyan A, Oke G, Folaranmi P et al. (2020). Exploring the Knowledge, Attitude and Practice Regarding Hepatitis B Infection among Ogbomosho LGA Dwellers: A Cross-Sectional Study. *Hepat Res*, 5(1), 1039.
89. Shahid A, Nasim S and Memon AA (2013). Insight and educational intervention concerning hepatitis among roadside barbers and their clients in Karachi, Pakistan. *J Infect Dev Ctries*, 7(2), 125-9.
90. Abdi AM and Salleh MN (2019). Knowledge, Attitude and Practice toward Prevention of Hepatitis B Virus Infection among Somalian Immigrant in the State of Selangor, Malaysia, and their HBV Infection Status. *Journal of Bioscience Applied Research*, 5(2), 198-211.
91. Kumar D and Kosalram BK (2021). Association of Hepatitis B Knowledge and Awareness among Community Dwelling Healthy Adult Populations of Tamil Nadu, India: A Community-Based Cross-Sectional Study. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(6), 9657-63.

92. Mursy SMM and Mohamed SOO (2019). Knowledge, attitude, and practice towards Hepatitis B infection among nurses and midwives in two maternity hospitals in Khartoum, Sudan. *BMC Public Health*, 19(1), 1597.
93. Al-Shamiri HM, AlShalawi FE, AlJumah TM et al. (2018). Knowledge, Attitude and Practice of Hepatitis B Virus Infection among Dental Students and Interns in Saudi Arabia. *J Clin Exp Dent*, 10(1), e54-e60.
94. Hoàng Quốc Cường and Phạm Quốc Huy (2021). Kiến thức, thực hành phòng ngừa bệnh viêm gan vi rút B của thai phụ tại ba bệnh viện lớn khu vực phía Nam, Việt Nam, 2019-2020. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 30(3), 80-6.
95. Lê Thị Diễm Trinh, Lê Anh Tuấn, Phan Trọng Lân et al. (2022). Kiến thức và thực hành về phòng chống nhiễm vi rút viêm gan B ở đồng bào Khmer Nam Bộ huyện Trà Cú, tỉnh Trà Vinh năm 2021. *Tạp chí Y học dự phòng*, 32(3), 187-95.
96. Bùi Thị Dung, Doãn Ngọc Hải and Nguyễn Bích Diệp (2015). Kiến thức của các bà mẹ về tiêm phòng vắc xin viêm gan B liều sơ sinh tại huyện Lương Sơn, tỉnh Hoà Bình, năm 2014. *Tạp chí Y học dự phòng*, XXV(12(172)), 91-6.
97. Đinh Hồng Nhung and Đào Thị Minh An (2019). Kiến thức về phòng lây truyền vi rút Viêm gan B từ mẹ sang con của phụ nữ mang thai tại Bệnh viện phụ sản Nam Định năm 2019. *Tạp chí Y học dự phòng*, 29(10), 71-6.
98. Hang Pham TT, Le TX, Nguyen DT et al. (2019). Knowledge, attitudes and practices of hepatitis B prevention and immunization of pregnant women and mothers in northern Vietnam. *PLoS One*, 14(4), e0208154-e.
99. Hang Pham TT, Le TX, Nguyen DT et al. (2019). Knowledge, attitudes and medical practice regarding hepatitis B prevention and management among healthcare workers in Northern Vietnam. *PLoS One*, 14(10), e0223733.
100. Nguyễn Thị Thùy Linh, Hoàng Thị Giang, Nguyễn Văn Sơn et al. (2016). Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống lây nhiễm viêm gan B của sinh

viên trường Đại học Y dược Hải Phòng, 2015. *Tạp chí Y học dự phòng*, XXVI(14(187)), 11-20.

101. Lê Khánh Nhung and Nguyễn Thúy Quỳnh (2016). Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh viêm gan B của học sinh trường Trung học phổ thông Phan Đình Phùng thành phố Đồng Hới, tỉnh Quảng Bình, năm 2014. *Tạp chí Y học dự phòng*, XXVI(11(184)), 287-92.
102. Nguyễn Đức Cường, Đỗ Quốc Tiệp, Nguyễn Thị Ngân et al. (2016). Kiến thức và thái độ về phòng chống viêm gan vi rút B của nhân viên y tế tại một số bệnh viện ở tỉnh Quảng Bình năm 2012. *Tạp chí Y học dự phòng*, XXVI(7(180)), 47-53.
103. Bộ Y tế (2021). Kế hoạch Phòng chống bệnh Viêm gan vi rút tại Việt Nam, giai đoạn 2021-2025. Ban hành kèm theo Quyết định 4531/BYT-QĐ ngày 24/9/2021 của Bộ Y tế. In: tế BY, editor. Hà Nội.
104. World Health Organization (2017). *Hepatitis B vaccines: WHO position paper - July 2017*. WHO,
105. World Health Organization (2013). *WHO Global Plan of Action on Workers' Health (2008-2017): baseline for implementation: global country survey 2008/2009: executive summary and survey findings*. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-PHE-2013-01>. WHO, Geneva.
106. Peck M, Gacic-Dobo M, Diallo MS et al. (2019). Global Routine Vaccination Coverage, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 68(42), 937-42.
107. Peng CY, Chien RN and Liaw YF (2012). Hepatitis B virus-related decompensated liver cirrhosis: benefits of antiviral therapy. *Journal of hepatology*, 57(2), 442-50.
108. Nelson NP, Easterbrook PJ and McMahon BJ (2016). Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection and Impact of Vaccination on Disease. *Clin Liver Dis*, 20(4), 607-28.

109. Zimet GD, Perkins SM, Winston Y et al. (2008). Predictors of first and second dose acceptance of hepatitis B vaccine among STD clinic patients. *Int J STD AIDS*, 19(4), 246-50.
110. Ladak F, Gjelsvik A, Feller E et al. (2012). Hepatitis B in the United States: ongoing missed opportunities for hepatitis B vaccination, evidence from the Behavioral Risk Factor Surveillance Survey, 2007. *Infection*, 40(4), 405-13.
111. Nguyen VT, Law MG and Dore GJ (2008). An enormous hepatitis B virus-related liver disease burden projected in Vietnam by 2025. *Liver international : official journal of the International Association for the Study of the Liver*, 28(4), 525-31.
112. Ngô Thị Nhu and Đỗ Xuân Cấp (2012). Thực trạng nhiễm Vi rút Viêm gan B ở trẻ em và tiêm phòng vắc xin Viêm gan B mũi 1 trong 24 giờ đầu sau khi sinh tại 4 xã thuộc tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Y học thực hành*, 4(816), 128-30.
113. Dương Thị Hồng, Trần Thị Kiều Anh and Đoàn Thùy Dương (2016). Thực trạng tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh tại huyện Yên Dũng tỉnh Bắc Giang năm 2015 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học dự phòng*, XXVI(1(174)), 35-41.
114. Nguyễn Thị Loan, Lê Thị Thanh Xuân, Dương Thị Hồng et al. (2019). Thực trạng tiêm vắc xin Viêm gan B sơ sinh ở trẻ dưới 12 tháng tuổi tại huyện Quỳnh Nhai, tỉnh Sơn La năm 2019. *Tạp chí Y học dự phòng*, 29(10), 77-85.
115. Nguyễn Trọng Phú, Vũ Hải Hà, Dương Thanh Huệ et al. (2018). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tiêm vắc xin viêm gan B trong vòng 24 giờ đầu sau sinh tại các bệnh viện tỉnh Yên Bái năm 2017. *Tạp chí Y học dự phòng*, 28(7), 186-91.
116. Candotti D and Laperche S (2018). Hepatitis B Virus Blood Screening: Need for Reappraisal of Blood Safety Measures? *Front Med (Lausanne)*, 5, 29.

117. Fopa D, Candotti D, Tagny CT et al. (2019). Occult hepatitis B infection among blood donors from Yaounde, Cameroon. *Blood Transfus*, 17(6), 403-8.
118. Bjoerkvoll B, Viet L, Ol HS et al. (2010). Screening test accuracy among potential blood donors of HBsAg, anti-HBc and anti-HCV to detect hepatitis B and C virus infection in rural Cambodia and Vietnam. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 41(5), 1127-35.
119. Fenton KA, Aquino GA and Dean HD (2014). Program collaboration and service integration in the prevention and control of HIV infection, viral hepatitis, STDs, and tuberculosis in the U.S.: lessons learned from the field. *Public Health Rep*, 129 Suppl 1, 1-4.
120. Stevens CE, Toy P, Kamili S et al. (2017). Eradicating hepatitis B virus: The critical role of preventing perinatal transmission. *Biologicals*, 50, 3-19.
121. Thio CL, Guo N, Xie C et al. (2015). Global elimination of mother-to-child transmission of hepatitis B: revisiting the current strategy. *Lancet Infect Dis*, 15(8), 981-5.
122. World Health Organization (2015). *Preventing perinatal hepatitis B virus transmission: a guide for introducing and strengthening hepatitis B birth dose vaccination*. Available from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208278>. WHO, Geneva.
123. McMahon BJ (2015). Two Key Components to Address Chronic Hepatitis B in Children: Detection and Prevention. *J Pediatr*, 167(6), 1186-7.
124. Huang H, Xu C, Liu L et al. (2020). Increased protection of earlier use of immunoprophylaxis in preventing perinatal transmission of hepatitis B virus. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, e3317-e23.
125. World Health Organization (2014). *Hepatitis B control through immunization: a reference guide*. Available from

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208163>. WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila.

126. Lee YS, Lee HS, Kim JH et al. (2019). Role of tenofovir disoproxil fumarate in prevention of perinatal transmission of hepatitis B virus from mother to child: a systematic review and meta-analysis. *Korean J Intern Med*, 36(1), 76-85.
127. Jourdain G, Ngo-Giang-Huong N, Harrison L et al. (2018). Tenofovir versus Placebo to Prevent Perinatal Transmission of Hepatitis B. *The New England journal of medicine*, 378(10), 911-23.
128. Yin X, Han G, Zhang H et al. (2020). A Real-world Prospective Study of Mother-to-child Transmission of HBV in China Using a Mobile Health Application (Shield 01). *J Clin Transl Hepatol*, 8(1), 1-8.
129. Budd J, Robertson R and Elton R (2004). Hepatitis B vaccination and injecting drug users. *Br J Gen Pract*, 54(503), 444-7.
130. Vallejo F, Toro C, de la Fuente L et al. (2008). Hepatitis B vaccination: an unmet challenge in the era of harm reduction programs. *J Subst Abuse Treat*, 34(4), 398-406.
131. Seal KH, Ochoa KC, Hahn JA et al. (2000). Risk of hepatitis B infection among young injection drug users in San Francisco: opportunities for intervention. *West J Med*, 172(1), 16-20.
132. Todd CS, Nasir A, Stanekzai MR et al. (2011). Prevalence and correlates of HIV, syphilis, and hepatitis B and C infection and harm reduction program use among male injecting drug users in Kabul, Afghanistan: A cross-sectional assessment. *Harm Reduct J*, 8, 22.
133. Kidorf M, King VL, Neufeld K et al. (2009). Improving substance abuse treatment enrollment in community syringe exchangers. *Addiction*, 104(5), 786-95.

134. Ruan Y, Liang S, Zhu J et al. (2013). Evaluation of harm reduction programs on seroincidence of HIV, hepatitis B and C, and syphilis among intravenous drug users in southwest China. *Sex Transm Dis*, 40(4), 323-8.
135. Henry-Akintobi T, Laster N, Trotter J et al. (2016). The Health, Enlightenment, Awareness, and Living (HEAL) Intervention: Outcome of an HIV and Hepatitis B and C Risk Reduction Intervention. *International journal of environmental research and public health*, 13(10), 948.
136. Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ et al. (2018). Update on Prevention, Diagnosis, and Treatment of Chronic Hepatitis B: AASLD 2018 Hepatitis B Guidance. *Clin Liver Dis (Hoboken)*, 67(4), 1560-99.
137. World Health Organization (2015). *Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection*. WHO, Geneva.
138. Yu R, Fan R and Hou J (2014). Chronic hepatitis B virus infection: epidemiology, prevention, and treatment in China. *Front Med*, 8(2), 135-44.
139. Nicolini LA, Orsi A, Tatarelli P et al. (2019). A Global View to HBV Chronic Infection: Evolving Strategies for Diagnosis, Treatment and Prevention in Immunocompetent Individuals. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3307.
140. Al-Thaqafy MS, Balkhy HH, Memish Z et al. (2012). Improvement of the low knowledge, attitude and practice of hepatitis B virus infection among Saudi national guard personnel after educational intervention. *BMC research notes*, 5, 597.
141. Shah HA and Abu-Amara M (2013). Education provides significant benefits to patients with hepatitis B virus or hepatitis C virus infection: a systematic review. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 11(8), 922-33.

142. Wong RJ and Khalili M (2020). A Patient-Centered Hepatitis B Virus (HBV) Educational Intervention Improves HBV Care Among Underserved Safety-Net Populations. *J Clin Gastroenterol*, 54(7), 642-7.
143. Sim MG, McEvoy AC, Wain TD et al. (2014). Improving health Professional's knowledge of hepatitis B using cartoon based learning tools: a retrospective analysis of pre and post tests. *BMC medical education*, 14, 244.
144. Mayer RE and Sims VK (1994). For whom is a picture worth a thousand words? Extensions of a dual-coding theory of multimedia learning. *Journal of educational psychology*, 86(3), 389.
145. Juon HS, Strong C, Kim F et al. (2016). Lay Health Worker Intervention Improved Compliance with Hepatitis B Vaccination in Asian Americans: Randomized Controlled Trial. *PLoS One*, 11(9), e0162683.
146. Nankya-Mutyoba J, Ejalu D, Wandera C et al. (2022). A training for health care workers to integrate hepatitis B care and treatment into routine HIV care in a high HBV burden, poorly resourced region of Uganda: the '2for1' project. *BMC medical education*, 22(1), 297.
147. Wang J, Feng Q, Tam A et al. (2016). Evaluation of the first open-access hepatitis B and safe injection online training course for health professionals in China. *BMC medical education*, 16, 81.
148. Ngô Việt Lộc (2011). Nghiên cứu tình hình nhiễm vi rút viêm gan B và đánh giá kết quả can thiệp cộng đồng tại một số xã, phường tỉnh Thừa Thiên – Huế. *Luận án Tiến sỹ Y học*, Trường Đại học Y – Dược Huế, Thừa Thiên - Huế.
149. Tạ Văn Trầm (2018). Đánh giá kết quả can thiệp cộng đồng phòng, chống nhiễm vi rút viêm gan B tại tỉnh Tiền Giang. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 22(5), 26-32.
150. Phạm Ngọc Thanh (2021). Thực trạng, một số yếu tố liên quan đến nhiễm vi rút Viêm gan B ở người trưởng thành tại khu vực Tây Nguyên và hiệu quả

can thiệp dự phòng lây nhiễm. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương, Hà Nội.

151. Vũ Đình Sơn, Trịnh Thị Luyến and Lê Thanh Tùng (2020). Nâng cao kiến thức về phòng bệnh viêm gan virus B của người dân tại xã Trung Nguyên, huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 3(5), 23-8.
152. Nguyễn Quang Tập (2007). Thực trạng và dự phòng nhiễm virus viêm gan B của cán bộ y tế tại 3 bệnh viện thành phố Hải Phòng. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Dược Thái Bình, Thái Bình.
153. Cục Thống kê tỉnh Quảng Bình (2018). Niên giám thống kê tỉnh Quảng Bình năm 2017. Quảng Bình. Available from: <https://cucthongke.quangbinh.gov.vn/3cms/nien-giam-thong-ke-nam-2017.htm>, Cited on 20/05/2019.
154. Nguyễn Đức Cường and Đỗ Quốc Tiệp (2017). Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng dân cư tỉnh Quảng Bình năm 2017. *Tạp chí Thông tin Nghiên cứu khoa học và Công nghệ Quảng Bình*, 4, 76-82.
155. Chính phủ (2021). *Nghị định Quy định huấn nghèo đa chiều giai đoạn 2021 - 2025*, Nghị định số 07/2021/NĐ-CP ngày 27/1/2021.
156. Trần Thị Khánh Tường (2022). Viêm gan Vi rút B. Hội Y học thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh. Available from: <http://hoiyhocphcm.org.vn/197/>, Cited on 16/2/2023.
157. Flower B, Du Hong D, Vu Thi Kim H et al. (2022). Seroprevalence of Hepatitis B, C and D in Vietnam: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Reg Health West Pac*, 24, 100468.
158. Sereno L, Mesquita F, Kato M et al. (2012). Epidemiology, Responses, and Way Forward: The Silent Epidemic of Viral Hepatitis and HIV Coinfection in Vietnam. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 11(5), 311-20.

159. Mudawi HM (2008). Epidemiology of viral hepatitis in Sudan. *Clinical and experimental gastroenterology*, 1, 9-13.
160. Pathirana J, Nkambule J and Black S (2015). Determinants of maternal immunization in developing countries. *Vaccine*, 33(26), 2971-7.
161. Arsenault C, Johri M, Nandi A et al. (2017). Country-level predictors of vaccination coverage and inequalities in Gavi-supported countries. *Vaccine*, 35(18), 2479-88.
162. Lakoh S, García-Tardón N, Adekanmbi O et al. (2021). Prevalence of viral hepatitis B and C in Sierra Leone-current knowledge and knowledge gaps: a narrative review. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 115(10), 1106-13.
163. Dongdem JT, Kampo S, Soyiri IN et al. (2012). Prevalence of hepatitis B virus infection among blood donors at the Tamale Teaching Hospital, Ghana (2009). *BMC research notes*, 5, 115.
164. Gheorghe L, Csiki IE, Iacob S et al. (2013). The prevalence and risk factors of hepatitis B virus infection in an adult population in Romania: a nationwide survey. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 25(1), 56-64.
165. Woldesonbet Z (2016). Hepatitis B and Human immunodeficiency virus co-infection among pregnant women in resource limited high endemic setting, Addis Ababa, Ethiopia: Implications for current and emerging prevention and control measures. *International Journal of Infectious Diseases*, 45, 204.
166. Nguyễn Minh Ngọc and 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.HCM. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 15(1), 291-5.
167. Dun-Dery F, Adokiya MN, Walana W et al. (2017). Assessing the knowledge of expectant mothers on mother-to-child transmission of viral

- hepatitis B in Upper West region of Ghana. *BMC infectious diseases*, 17(1), 416.
168. Adeyemi AB, Enabor OO, Ugwu IA et al. (2013). Knowledge of hepatitis B virus infection, access to screening and vaccination among pregnant women in Ibadan, Nigeria. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 33(2), 155-9.
169. Nguyễn Thái Hồng and Vi Thị Chuyên (2017). Khảo sát kiến thức, thực hành về viêm gan B và tỷ lệ các dấu ấn HBeAg, anti HBe ở người có HBsAg dương tính đến xét nghiệm tại trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Bắc Kạn năm 2012. *Tạp chí Y học dự phòng*, 27(8), 240-5.
170. Yu L, Wang J, Wangen KR et al. (2016). Factors associated with adults' perceived need to vaccinate against hepatitis B in rural China. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 12(5), 1149-54.
171. Lê Minh Thi and Trần Thị Diễm (2022). Kiến thức, thực hành phòng lây nhiễm Viêm gan B của người bệnh mới vào điều trị tại khoa viêm gan, Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 149(1), 237-47.
172. Nguyễn Thị Mỹ Khánh, Nguyễn Thu Hà and Nguyễn Ngọc Bích (2018). Kiến thức, thực hành phòng bệnh viêm gan B nghề nghiệp của điều dưỡng lâm sàng Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu Bến Tre năm 2018. *Tạp chí Y học thực hành*, 1091(3/2019), 55-8.
173. Alotaibi BS, Althobaiti MA, Hazazi AY et al. (2021). Exploration of Knowledge, Attitude, and Practice Among Residents of Saudi Arabia Toward Hepatitis Viruses. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 58, 469580211059965.
174. Al-Hazmi AH (2015). Knowledge, attitudes and practice of dentists concerning the occupational risks of hepatitis B virus in Al Jouf Province, Saudi Arabia. *Nigerian journal of clinical practice*, 18(2), 276-81.

175. Abeje G and Azage M (2015). Hepatitis B vaccine knowledge and vaccination status among health care workers of Bahir Dar City Administration, Northwest Ethiopia: a cross sectional study. *BMC infectious diseases*, 15, 30.
176. Adekanle O, Ndububa DA, Olowookere SA et al. (2015). Knowledge of Hepatitis B Virus Infection, Immunization with Hepatitis B Vaccine, Risk Perception, and Challenges to Control Hepatitis among Hospital Workers in a Nigerian Tertiary Hospital. *Hepatitis research and treatment*, 2015, 439867.
177. Dwiartama A, Nirbayati WF, Giri-Rachman EA et al. (2022). Knowledge, Attitude, and Practice towards Hepatitis B Infection Prevention and Screening among Indonesians. *International journal of environmental research and public health*, 19(8), 4644.
178. World Health Organization (2012). *Framework for Global Action: Prevention & Control of Viral Hepatitis Infection*. WHO, Geneva.
179. Nankya-Mutyoba J, Aizire J, Makumbi F et al. (2019). Hepatitis B virus perceptions and health seeking behaviors among pregnant women in Uganda: implications for prevention and policy. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 760.
180. El-Sokkary RH, ElSaid Tash RM, Mortada EM et al. (2020). Evaluation of a hepatitis B virus protection intervention among interns at Zagazig University Hospitals, Egypt. *Infect Dis Health*, 25(1), 50-9.

PHỤ LỤC 1. BỘ CÂU HỎI ĐIỀU TRA VỀ VIÊM GAN VI RÚT B

Vòng điều tra 1 2

A. Thông tin chung

TT	Câu hỏi	Câu trả lời	Mã hoá	Ghi chú
A1	Địa bàn nghiên cứu (xã) (Chỉ chọn một)	<i>Hoá Tiến</i> <i>Quy Hoá</i> <i>Cảnh Dương</i> <i>Quảng Phú</i>	1 2 3 4	
A2	Mã cá nhân		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
A3	Họ và tên	_____		
A4	Giới	<i>Nam</i> <i>Nữ</i>	1 2	
A5	Năm sinh theo dương lịch hoặc tuổi nếu không nhớ năm sinh	<i>Năm</i> <i>Tuổi</i>	_____ _____	
A6	Học vấn cao nhất đã tốt nghiệp (Chỉ chọn một)	<i>Mù chữ</i> <i>Đọc viết</i> <i>Cấp I</i> <i>Cấp II</i> <i>Cấp III</i> <i>Trên cấp III</i> <i>(SC/TC/CĐ/ĐH,...)</i>	1 2 3 4 5 6	
A7	Nghề nghiệp chính (dành nhiều thời gian nhất) hiện nay (Chỉ chọn một)	<i>Làm ruộng</i> <i>Công nhân, lao động thủ công</i> <i>Công chức, viên chức</i> <i>Học sinh, sinh viên</i> <i>Nghỉ hưu, già yếu, nội trợ</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 2 3 4 5 9	
A8	Số thành viên trong gia đình		___ người	
A9	Số người trong độ tuổi lao động		___ người	
A10	Gia đình có được xếp loại hộ nghèo?	<i>Có</i> <i>Không</i>	1 2	
A11	Anh/chị có sử dụng internet trong vòng 12 tháng qua không?	<i>Có</i> <i>Không</i>	1 2	
A12	Số điện thoại liên hệ	_____		

B. Kiến thức về bệnh tật, dự phòng và điều trị

TT	Câu hỏi	Câu trả lời	Mã hoá	Ghi chú
B1	Anh/chị đã bao giờ nghe nói về bệnh Viêm gan B chưa?	<i>Có</i> <i>Chưa</i> <i>(Nếu chưa, chuyển đến câu C19)</i>	1 2	⇒ C19

TT	Câu hỏi	Câu trả lời	Mã hoá			Ghi chú
			Có	Không	KB	
B2	Anh/chị biết về bệnh VGB qua những nguồn thông tin nào sau đây?	<i>Hội họp</i>	1	2	8	
		<i>Sách báo, tạp chí</i>	1	2	8	
		<i>Đài, ti vi</i>	1	2	8	
		<i>Cán bộ y tế</i>	1	2	8	
		<i>Bạn bè, người thân</i>	1	2	8	
		<i>Khác, ghi rõ _____</i>	1			
B3	Theo anh/chị, nguyên nhân gây bệnh Viêm gan B là gì?	<i>Vi rút</i>	1	2	8	
		<i>Vi khuẩn</i>	1	2	8	
		<i>Ký sinh trùng</i>	1	2	8	
		<i>Rượu, bia</i>	1	2	8	
		<i>Khác, ghi rõ _____</i>	1			
B4	Theo anh/chị, một người bị bệnh viêm gan B thường có những biểu hiện nào sau đây?	<i>Sốt</i>	1	2	8	
		<i>Mệt mỏi</i>	1	2	8	
		<i>Chán ăn</i>	1	2	8	
		<i>Đau hạ sườn phải</i>	1	2	8	
		<i>Vàng da, vàng mắt</i>	1	2	8	
		<i>Nước tiểu vàng</i>	1	2	8	
		<i>Gan to</i>	1	2	8	
<i>Khác, ghi rõ _____</i>	1					
B5	Xin anh/chị cho biết bệnh Viêm gan B có thể gây ra những hậu quả nào sau đây?	<i>Mang mầm bệnh mạn tính</i>	1	2	8	
		<i>Mắc bệnh mạn tính</i>	1	2	8	
		<i>Xơ gan</i>	1	2	8	
		<i>Ung thư gan</i>	1	2	8	
		<i>Khác, ghi rõ _____</i>	1			
B6	Theo anh/chị bệnh Viêm gan B có thể lây qua những con đường nào sau đây?	<i>Qua đường máu</i>	1	2	8	
		<i>Qua chất dịch cơ thể</i>	1	2	8	
		<i>Qua quan hệ tình dục</i>	1	2	8	
		<i>Từ mẹ sang con</i>	1	2	8	
		<i>Qua sữa mẹ</i>	1	2	8	
		<i>Qua đường ăn uống</i>	1	2	8	
		<i>Qua bắt tay, ôm hôn</i>	1	2	8	
		<i>Khác, ghi rõ _____</i>	1			
B7	Theo anh/chị, những trường hợp nào sau đây có nguy cơ cao lây nhiễm bệnh viêm gan B?	<i>Trẻ có mẹ mắc bệnh</i>	1	2	8	
		<i>Có vợ/chồng mắc bệnh</i>	1	2	8	
		<i>Tiêm chích ma tuý</i>	1	2	8	
		<i>Quan hệ tình dục không an toàn</i>	1	2	8	
		<i>Người cho máu chuyên nghiệp</i>	1	2	8	
		<i>Cán bộ y tế</i>	1	2	8	
		<i>Khác, ghi rõ _____</i>	1			

TT	Câu hỏi	Câu trả lời	Mã hoá	Ghi chú
B8	Theo anh/chị, các biện pháp nào sau đây có thể giúp phòng ngừa bệnh viêm gan B?	<i>Không tiêm chích ma tuý</i> <i>Không dùng chung đồ dùng cá nhân</i> <i>Luôn dùng BCS khi QHTD</i> <i>Cách ly người nhiễm bệnh</i> <i>Tiêm vắc xin</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1	
B9	Trong các biện pháp đó, theo anh/chị, biện pháp nào hiệu quả nhất để giúp phòng ngừa bệnh viêm gan B?	<i>Không tiêm chích ma tuý</i> <i>Không dùng chung vật dụng cá nhân</i> <i>Luôn dùng BCS khi QHTD</i> <i>Cách ly người nhiễm bệnh</i> <i>Tiêm vắc xin</i> <i>Không biết</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 2 3 4 5 8 9	
B10	Theo anh/chị, khi bị các vết thương do bơm kim tiêm hoặc vật sắc nhọn có dính máu hoặc dịch thể của người bị bệnh viêm gan B cần xử trí như thế nào?	<i>Không xử trí gì</i> <i>Dùng khăn giấy lau khô vết thương</i> <i>Rửa vết thương dưới vòi nước chảy</i> <i>Sát khuẩn vết thương bằng cồn</i> <i>Băng kín vết thương</i> <i>Tư vấn cán bộ y tế</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 2 3 4 5 6 9	
B11	Theo anh/chị cần phải làm thế nào để biết mình có bị nhiễm Viêm gan B không?	<i>Xét nghiệm máu</i> <i>Xét nghiệm nước tiểu</i> <i>Siêu âm</i> <i>Chụp phim</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1	
B12	Theo anh/chị những trường hợp nào sau đây nên làm xét nghiệm viêm gan B?	<i>Người nghiện chích ma tuý</i> <i>Phụ nữ mang thai</i> <i>Trước khi tiêm chủng</i> <i>Trước khi phẫu thuật</i> <i>Người có vết thương dính máu hoặc dịch thể của người nhiễm</i> <i>Trẻ mới sinh</i> <i>Người nhà bệnh nhân</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1	
B13	Anh/chị có biết nơi nào làm xét nghiệm Viêm gan B không?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>(Nếu không, chuyển đến câu B15)</i>	1 2	⇒ B15

TT	Câu hỏi	Câu trả lời	Mã hoá			Ghi chú
B14	Nếu có, anh/chị có thể nêu tên các cơ sở có thể xét nghiệm viêm gan B?	<i>Bệnh viện nhà nước</i> <i>Trung tâm Y tế nhà nước</i> <i>Trạm Y tế</i> <i>Bệnh viện tư nhân</i> <i>Phòng khám tư nhân</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2	8 8 8 8 8	
B15	Theo anh/chị, nên làm gì khi kết quả xét nghiệm chưa bị nhiễm Viêm gan B?	<i>Không làm gì</i> <i>Tiêm vắc xin phòng VGB</i> <i>Phòng tránh lây nhiễm</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>		1 2 3 9		
B16	Theo anh/chị, nên làm gì khi kết quả xét nghiệm đã bị nhiễm Viêm gan B?	<i>Nghỉ ngơi, không làm gì</i> <i>Kiêng rượu, bia, thuốc lá</i> <i>Ăn kiêng</i> <i>Tiêm vắc xin phòng bệnh</i> <i>Khám sức khoẻ định kỳ</i> <i>Khám, điều trị khi có bất thường</i> <i>Nhập viện điều trị ngay</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>		1 2 3 4 5 6 7 9		
B17	Anh/chị đã bao giờ nghe nói về việc tiêm vắc xin phòng VGB?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>(Nếu không, chuyển đến câu B22)</i>		1 2		⇒ B22
B18	Theo anh/chị, việc tiêm vắc xin phòng Viêm gan B có những lợi ích nào sau đây?	<i>Phòng nhiễm VGB cho bản thân</i> <i>Phòng ngừa mắc bệnh VGB</i> <i>Phòng ngừa biến chứng của bệnh</i> <i>Phòng lây bệnh cho người khác</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	<i>Có</i> 1 1 1 1 1	<i>Không</i> 2 2 2 2	<i>KB</i> 8 8 8 8	
B19	Theo anh/chị, những trường hợp nào sau đây nên được tiêm vắc xin phòng Viêm gan B?	<i>Tất cả mọi người</i> <i>Trẻ em trong chương trình TCMR</i> <i>Người lớn chưa nhiễm vi rút</i> <i>Người lớn đã nhiễm vi rút</i> <i>Bệnh nhân</i> <i>Cán bộ y tế</i> <i>Người nhà bệnh nhân</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2	8 8 8 8 8 8	
B20	Anh/chị có biết nơi nào có thể tiêm phòng bệnh VGB không?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>(Nếu không, chuyển đến câu B22)</i>		1 2		⇒ B22

TT	Câu hỏi	Câu trả lời	Mã hoá	Ghi chú
B21	Nếu có, anh/chị có thể nêu tên các cơ sở có thể tiêm phòng bệnh viêm gan B?	<i>Bệnh viện nhà nước</i> <i>Trung tâm Y tế nhà nước</i> <i>Trạm Y tế</i> <i>Bệnh viện tư nhân</i> <i>Phòng khám tư nhân</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1	
B22	Theo anh/chị, bệnh VGB có thể được điều trị khỏi hay không?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>Không biết</i>	1 2 8	
B23	Anh/chị có biết nơi nào có thể điều trị bệnh Viêm gan B không?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>(Nếu không, chuyển đến câu C1)</i>	1 2	⇒ C1
B24	Nếu có, anh/chị có thể nêu tên các cơ sở có thể điều trị bệnh Viêm gan B?	<i>Bệnh viện nhà nước</i> <i>Trung tâm Y tế nhà nước</i> <i>Trạm Y tế</i> <i>Bệnh viện tư nhân</i> <i>Phòng khám tư nhân</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1	

C. Thái độ, thực hành, tiền sử và hành vi nguy cơ

TT	Câu hỏi	Câu trả lời	Mã hoá	Ghi chú
C1	Anh/chị có coi Viêm gan B là một bệnh nguy hiểm không?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>Không biết, không trả lời</i>	1 2 8	
C2	Anh/chị sẽ cảm thấy như thế nào, nếu phát hiện mình bị mắc viêm gan B?	<i>Sợ hãi</i> <i>Xấu hổ</i> <i>Ngạc nhiên</i> <i>Buồn</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 2 3 4 9	
C3	Anh/chị sẽ nói với ai, nếu bị mắc VGB?	<i>Không nói với ai</i> <i>Gia đình</i> <i>Bà con, họ hàng</i> <i>Cán bộ y tế</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 2 3 4 9	
C4	Anh/chị sẽ lo lắng điều gì nhất nếu được chẩn đoán bị mắc VGB?	<i>Sợ chết</i> <i>Sợ lây lan bệnh cho gia đình</i> <i>Điều trị khó khăn</i> <i>Bị mọi người xa lánh, kỳ thị</i> <i>Khác, ghi rõ _____</i>	1 2 3 4 9	

TT	Câu hỏi	Câu trả lời	Mã hoá	Ghi chú
C5	Anh/chị sẽ làm những gì nếu nghĩ mình có các triệu chứng của viêm gan B?	Đến khám bệnh ở các cơ sở y tế Đến khám bệnh ở thầy lang Tự mua thuốc điều trị Không làm gì Khác, ghi rõ _____	1 2 3 4 9	
C6	Anh/chị sẽ làm những gì nếu vợ/chồng hoặc người trong gia đình mình bị Viêm gan B? (có thể chọn nhiều ý)	Vẫn chung sống bình thường Hạn chế ăn uống chung, tiếp xúc Mang BCS khi quan hệ vợ chồng Tiêm vắc xin cho người bệnh Tiêm vắc xin cho người chưa mắc Điều trị cho người mắc bệnh Không biết phải làm gì Khác, ghi rõ _____	1 2 3 4 5 6 8 9	
C7	Anh/chị sẽ làm gì nếu biết một người hàng xóm xung quanh bị bệnh Viêm gan B?	Vẫn duy trì quan hệ bình thường Hạn chế quan hệ, tiếp xúc Không biết phải làm gì Khác, ghi rõ _____	1 2 8 9	
C8	Anh/chị đã bao giờ đi xét nghiệm Viêm gan B chưa?	Có Chưa (Nếu chưa, chuyển đến câu C12) Không nhớ (Nếu không nhớ, chuyển đến câu C12)	1 2 8	⇒ C12 ⇒ C12
C9	Nếu có, lần làm xét nghiệm gần nhất cách đây bao lâu?	Số năm Tháng Tuần	_____ _____ _____	
C10	Kết quả xét nghiệm lần đó như thế nào?	Âm tính Dương tính Không nhớ	1 2 8	
C11	Anh/chị đã làm gì sau khi biết kết quả xét nghiệm Viêm gan B?	Không làm gì Tiêm vắc xin phòng bệnh Tư vấn cán bộ y tế Đi khám sức khỏe Đến bệnh viện điều trị Khác, ghi rõ _____	1 2 3 4 5 9	
C12	Anh/chị đã tiêm vắc xin Viêm gan B bao giờ chưa?	Có Chưa (Nếu chưa, chuyển đến câu C13) Không nhớ (Nếu không nhớ, chuyển đến câu C17)	1 2 8	⇒ C14 ⇒ C13 ⇒ C17

TT	Câu hỏi	Câu trả lời	Mã hoá	Ghi chú
C13	Nếu chưa, lý do tại sao anh/chị chưa tiêm vắc xin?	<i>Bệnh không nguy hiểm</i>	1	⇒ C17
		<i>Không biết thông tin về tiêm vắc xin</i>	2	⇒ C17
		<i>Không tin là vắc xin có tác dụng</i>	3	⇒ C17
		<i>Giá vắc xin đắt</i>	4	⇒ C17
		<i>Khác, ghi rõ _____</i> (Tất cả các câu trả lời, sau đó đều chuyển về câu C17)	9	⇒ C17
C14	Nếu đã tiêm, xin cho biết anh/chị đã tiêm vắc xin phòng bệnh VGB trong tình huống nào?	<i>Tự đi tiêm, không xét nghiệm</i>	1	
		<i>Tự đi tiêm, có xét nghiệm</i>	2	
		<i>Cán bộ y tế chỉ định, không XN</i>	3	
		<i>Cán bộ y tế chỉ định, có xét nghiệm</i>	4	
		<i>Khi đang nằm điều trị tại cơ sở y tế</i>	5	
	<i>Khác, ghi rõ _____</i>	9		
C15	Số mũi vắc xin phòng VGB mà anh/chị đã tiêm?	<i>Số mũi vắc xin đã tiêm</i>	—	
C16	Mũi tiêm gần nhất được tiêm cách đây bao lâu?	<i>Năm</i>	—	
		<i>Tháng</i>	—	
		<i>Tuần</i>	—	
C17	Gia đình anh/chị có ai đã từng được chẩn đoán mắc Viêm gan B chưa?	<i>Có</i>	1	
		<i>Không</i> (Nếu không, chuyển đến câu C19)	2	⇒ C19
		<i>Không nhớ</i> (Nếu không nhớ, chuyển đến câu C19)	8	⇒ C19
C18	Nếu có, người đó quan hệ với anh/chị thế nào?	<i>Vợ/chồng</i>	1	
		<i>Con đẻ</i>	2	
		<i>Cha mẹ đẻ</i>	3	
		<i>Anh, chị, em ruột</i>	4	
		<i>Khác, ghi rõ _____</i>	9	
C19	Gia đình anh/chị có ai đã từng được chẩn đoán mắc bệnh gan hoặc vàng da không?	<i>Có</i>	1	
		<i>Không</i> (Nếu không, chuyển đến câu C21)	2	⇒ C21
		<i>Không nhớ</i> (Nếu không nhớ, chuyển đến câu C21)	9	⇒ C21
C20	Nếu có, người đó quan hệ với anh/chị thế nào?	<i>Vợ/chồng</i>	1	
		<i>Con đẻ</i>	2	
		<i>Cha mẹ đẻ</i>	3	
		<i>Anh, chị, em ruột</i>	4	
		<i>Khác, ghi rõ _____</i>	9	
C21	Anh/chị đã từng phẫu thuật hoặc làm các thủ thuật y tế bao giờ chưa?	<i>Có</i>	1	
		<i>Không</i>	2	
		<i>Không nhớ</i>	8	
C22	Anh/chị đã từng bị lọc máu vì bệnh thận (chạy thận nhân tạo) chưa?	<i>Có</i>	1	
		<i>Không</i>	2	
		<i>Không nhớ</i>	8	

TT	Câu hỏi	Câu trả lời	Mã hoá	Ghi chú																		
C23	Anh/chị đã từng được truyền máu hoặc các sản phẩm từ máu chưa?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>Không nhớ</i>	1 2 8																			
C24	Anh/chị đã từng hiến máu chưa (kể cả hiến máu nhân đạo và hiến máu cho người nhà)?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>Không nhớ</i>	1 2 8																			
C25	Anh/chị đã từng làm các thủ thuật về răng (nhổ, trồng, trám răng...) bao giờ chưa?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>Không nhớ</i>	1 2 8																			
C26	Anh/chị đã từng được châm cứu, chích lễ bao giờ chưa?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>Không nhớ</i>	1 2 8																			
C27	Anh/chị đã từng được tiêm truyền bao giờ chưa?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>Không nhớ</i>	1 2 8																			
C28	Trong 12 tháng qua, anh/chị có tiêm hay truyền không	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>Không nhớ</i>	1 2 8																			
C29	Anh/chị đã từng sử dụng các dịch vụ sau đây bao giờ chưa?	<i>Xăm (da, môi, lông mày, ...)</i> <i>Xâu khuyên (tai, mũi)</i> <i>Dùng chung dao cạo</i> <i>Dùng chung dụng cụ ngoáy tai</i> <i>Dùng chung bàn chải đánh răng</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Có</th> <th>Không</th> <th>KB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Có	Không	KB	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	
Có	Không	KB																				
1	2	8																				
1	2	8																				
1	2	8																				
1	2	8																				
1	2	8																				
C30	Anh/chị đã từng bao giờ tiêm chích ma túy chưa?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>Không nhớ, không trả lời</i>	1 2 8																			
Câu hỏi dành cho nam giới																						
C31	Trong 12 tháng qua, anh có quan hệ tình dục với phụ nữ bán dâm không?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>(Nếu không, chuyển đến câu C34)</i> <i>Không nhớ, không trả lời</i> <i>(Nếu không nhớ, không trả lời chuyển đến câu C34)</i>	1 2 8	\Rightarrow C34 \Rightarrow C34																		
C32	Trong 12 tháng qua, anh có thường xuyên dùng BCS khi quan hệ tình dục với phụ nữ bán dâm không?	<i>Thường xuyên</i> <i>Thỉnh thoảng</i> <i>Không bao giờ</i> <i>Không nhớ</i>	1 2 3 8																			
C33	Lần gần đây nhất quan hệ tình dục với phụ nữ bán dâm anh có dùng BCS không?	<i>Có</i> <i>Không</i> <i>Không nhớ</i>	1 2 8																			

TT	Câu hỏi	Câu trả lời	Mã hoá	Ghi chú
C34	Trong 12 tháng qua, anh có quan hệ tình dục với bạn tình đồng giới không?	<i>Có</i>	1	⇒ KT
		<i>Không</i> <i>(Nếu không, kết thúc phỏng vấn)</i>	2	
		<i>Không nhớ, không trả lời</i> <i>(Nếu không nhớ, không trả lời kết thúc phỏng vấn)</i>	8	
C35	Trong 12 tháng qua, anh có thường xuyên dùng BCS khi quan hệ tình dục với bạn tình đồng giới không?	<i>Thường xuyên</i>	1	
		<i>Thỉnh thoảng</i>	2	
		<i>Không bao giờ</i>	3	
		<i>Không nhớ</i>	8	
C36	Lần gần đây nhất quan hệ tình dục với bạn tình đồng giới anh có dùng BCS không?	<i>Có</i>	1	
		<i>Không</i>	2	
		<i>Không nhớ</i>	8	
Câu hỏi cho nữ giới				
C37	Chị đã từng sinh con bao giờ chưa?	<i>Có</i>	1	⇒ C39
		<i>Không</i> <i>(Nếu không, chuyển đến câu C39)</i>	2	
C38	Trong các lần sinh con, chị có bao giờ phải thực hiện các thủ thuật để sinh con không?	<i>Có</i>	1	
		<i>Không</i>	2	
C39	Chị đã từng nạo hút thai bao giờ chưa?	<i>Có</i>	1	
		<i>Không</i>	2	
C40	Hiện tại, chị có mang thai không?	<i>Có</i>	1	
		<i>Không</i>	2	

Ngày điều tra: ___ / ___ / ___

Người điều tra _____

PHỤ LỤC 2. QUY TRÌNH XÉT NGHIỆM HBsAg

Nguyên tắc chung: Phát hiện HBsAg trong huyết thanh đối tượng bằng kỹ thuật ELISA với kháng thể đơn dòng kháng HBsAg đã được gắn sẵn vào các lỗ của phiến nhựa. Trong kỹ thuật này, mẫu xét nghiệm được ủ với kháng thể gắn sẵn với lỗ nhựa, sau khi rửa lỗ nhựa để loại bỏ các chất không gắn, cho thêm cộng hợp kháng thể - men và lúc đó sẽ xảy ra phản ứng cộng hợp kháng thể - men này với phức hợp kháng thể - kháng nguyên đã hình thành trong lần ủ thứ nhất. Sau khi phản ứng kết thúc và rửa lần 2, tiến hành ủ tiếp với dung dịch cơ bản của chất men và chất hiện màu. Nếu màu xuất hiện thì mẫu xét nghiệm là dương tính với HBsAg; nếu không thấy xuất hiện màu là âm tính với HBsAg.

Hệ thống máy móc, vật tư, trang thiết bị:

Xét nghiệm HBsAg được thực hiện trên dàn máy ELISA tại Labo Vi rút, Khoa Xét nghiệm, Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Quảng Bình:

Máy ủ: Model IPS do hãng Biorad, Pháp sản xuất, sử dụng điện áp 220V.

Máy rửa: Model Atlantic 4, Microplate Washer do hãng Act, Áo sản xuất, sử dụng điện áp 220V.

Máy đọc: Model Expert Plus Microplate Reader, do hãng Act, Áo sản xuất, sử dụng điện áp 220V.

Sinh phẩm: Bộ sinh phẩm Murex HBsAg version 3 do hãng Murex Biotech của Anh cung cấp.

Quy trình xét nghiệm:

* Chuẩn bị

Chuẩn bị dung dịch rửa và chất lên màu.

Chuẩn bị số giếng cần thiết cho xét nghiệm.

* Các bước tiến hành

Bước 1: Thêm 25 μ l dung dịch pha loãng mẫu Sample Diluent vào tất cả các giếng.

Bước 2: Thêm 75 µl mẫu bệnh phẩm hoặc chứng âm chứng dương theo sơ đồ khay giếng (thêm 75 µl chứng âm vào giếng A1 và B1, 75 µl chứng dương vào giếng C1).

Bước 3: Ủ khay giếng cho 60 phút ở nhiệt độ $37^{\circ}\text{C} \pm 1^{\circ}\text{C}$.

Bước 4: Thêm 50 µl chất cộng hợp Conjugate vào tất cả các giếng.

Bước 5: Ủ khay giếng cho 30 phút ở nhiệt độ $37^{\circ}\text{C} \pm 1^{\circ}\text{C}$.

Bước 6: Rửa khay giếng 5 lần với thể tích nước rửa 500 µl cho mỗi giếng, ngâm giếng 30 giây cho mỗi chu trình rửa.

Bước 7: Thêm 100µl dung dịch lên màu Substrate vào tất cả các giếng.

Bước 8: Ủ khay giếng cho 30 phút tại nhiệt độ $37^{\circ}\text{C} \pm 1^{\circ}\text{C}$.

Bước 9: Thêm 50 µl dung dịch dừng phản ứng Stop Solution vào tất cả các giếng.

Bước 10: Đo mật độ quang của các giếng tại bước sóng 450nm/620nm hoặc 450nm/690nm.

* Tính kết quả

Ngưỡng Cut-off: $\text{CO} = \text{NC} + 0,05$

Chứng âm (Negative Control)

Giá trị trung bình của chứng âm nhỏ hơn 0,15: $\text{NC} < 0,15$

Giá trị của một trong các chứng âm không lớn hơn 0,03: $\text{NC}_1 \leq 0,03$ hoặc $\text{NC}_2 \leq 0,03$; $\text{NC}_1 \leq 0,03$; $\text{NC}_2 \leq 0,03$; $\text{NC} \leq 0,15$; Valid (NC_i) ≥ 1 .

Chứng dương (Positive Control): Giá trị của chứng dương hơn 0,8: $\text{PC} > 0,8$; $\text{PC} > \text{NC}$

* Kết luận

Mẫu không phản ứng: Mẫu được cho là âm tính nếu mật độ quang của mẫu nhỏ hơn giá trị ngưỡng Cut-off.

Mẫu phản ứng: Mẫu được cho là phản ứng dương tính nếu mật độ quang của mẫu lớn hơn hoặc bằng giá trị ngưỡng Cut-off.

PHỤ LỤC 3: MỘT SỐ HÌNH ẢNH HOẠT ĐỘNG CAN THIỆP



Lễ phát động toàn dân chung tay đánh gục vi rút Viêm gan B



Quang cảnh Lễ phát động



Tư vấn sức khỏe và lấy máu XN



Tập huấn cho đối tượng trung gian



Một buổi nói chuyện về Phòng chống Viêm gan vi rút B tại Trạm Y tế xã Cảnh Dương

PHỤ LỤC 4: HÌNH ẢNH TỜ RƠI, POSTER TRONG CAN THIỆP

Hãy tiêm vắc xin viêm gan B cho trẻ

TRONG 24 GIỜ ĐẦU SAU KHI SINH



Tiêm vắc xin viêm gan B trong 24 giờ đầu sau khi sinh là cách tốt nhất để phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con

Tiêm vắc xin viêm gan B an toàn. Trẻ sơ sinh được tiêm vắc xin viêm gan B trong 24 giờ đầu sau khi sinh miễn phí tại bệnh viện.

 SỞ Y TẾ QUẢNG BÌNH - TRUNG TÂM Y TẾ DỰ PHÒNG

9 ĐIỀU CẦN LÀM KHI BỊ VIÊM GAN SIÊU VI B

- 1** Lập phác đồ điều trị phù hợp càng sớm càng tốt.
- 2** Chủ động bảo vệ, phòng ngừa, tránh lây lan cho những người xung quanh.
- 3** Người thân của bệnh nhân cần xét nghiệm viêm gan b, tiêm phòng kịp thời.
- 4** Hạn chế bia rượu, thuốc lá, thức ăn ngọt, nhiều dầu mỡ... để gan không bị quá tải.
- 5** Tránh tiếp xúc các chất thải độc hại, khói bụi, chất bán...
- 6** Có chế độ dinh dưỡng cân bằng, nhiều rau quả.
- 7** Vận động ít nhất 30 phút mỗi ngày để tăng sức đề kháng cho cơ thể.
- 8** Nghỉ ngơi hợp lý, luôn giữ tinh thần lạc quan và thoải mái.
- 9** Dùng viên uống chứa chiết xuất Sài hồ và Hoàng Cầm giúp bảo vệ và nuôi dưỡng tế bào gan, hạ men gan và làm giảm các triệu chứng của bệnh gan B.



SỞ Y TẾ QUẢNG BÌNH - TRUNG TÂM Y TẾ DỰ PHÒNG

CÁCH TỰ PHÒNG TRÁNH VIÊM GAN B



Viêm gan B lây truyền qua máu, tinh dịch và các dịch cơ thể khác.

6

CÁCH BẢO VỆ BẠN KHỎI VIRUS VIÊM GAN B



Tiêm chủng vaccine phòng viêm gan B đầy đủ cho con của bạn.



Nếu bạn mang thai, hãy hỏi bác sĩ về cách ngăn ngừa viêm gan B truyền sang con của bạn.



KHÔNG dùng chung kim tiêm, dao cạo hay bàn chải đánh răng với BẤT KỲ AI.



Tờ rơi

PHÒNG NGỪA

viêm gan B



Viêm gan B là bệnh gan phổ biến trên thế giới. Nếu không điều trị, bệnh có thể dẫn đến xơ gan hoặc ung thư gan.

DẤU HIỆU



Toàn thân mệt mỏi, không có cảm giác ngon miệng



Thường xuyên có cảm giác buồn nôn, da xanh xao



Vàng da, vàng mắt, nước tiểu màu sẫm



Đau bụng vùng gan (vùng hạ sườn phải), rối loạn tiêu hóa thường xuyên

PHÒNG NGỪA



Tiêm ngừa viêm gan B



Quan hệ tình dục an toàn



Không dùng chung vật dụng cá nhân



Thăm khám sức khỏe định kỳ 6 tháng/lần

Poster

PHỤ LỤC 5: BÀI TRUYỀN THÔNG VỀ PHÒNG CHỐNG VIÊM GAN VI RÚT B

(định kỳ hàng tuần, tháng qua hệ thống loa truyền thanh của xã, thôn)

Bệnh viêm gan vi rút B là tình trạng tổn thương tế bào gan gây nên. Khi cơ thể bị nhiễm vi rút chúng sẽ tấn công nhu mô gan và khiến gan bị viêm và ảnh hưởng đến hoạt động chức năng gan. Bệnh viêm gan gây ra do vi rút B đáng ngại hơn cả vì chúng có thể lây qua đường tình dục, đường truyền máu, và đường từ mẹ sang con.

Ở Việt Nam, tuy đã có vắc xin phòng bệnh từ hơn 20 năm qua nhưng vi rút viêm gan B vẫn tiếp tục lan tràn và không ngừng hoành hành từ khắp thành thị cho đến nông thôn. Theo báo cáo mới nhất của Hội gan mật Việt Nam, hiện nay nước ta có khoảng 15-20% dân số mang siêu vi trùng viêm gan, trong đó có khoảng gần 9 triệu người nhiễm viêm gan vi rút mãn tính.

Điều đáng nói là vi rút viêm gan B rất khó phát hiện, do bệnh diễn tiến âm thầm với các triệu chứng mơ hồ, dễ nhầm lẫn với các bệnh khác. Cũng vì không biết mình mang mầm bệnh nên người bệnh lại vô tình lây nhiễm sang cho người khác khi quan hệ tình dục, mang thai, tiếp xúc với máu hoặc chất dịch cơ thể của người mắc.

Viêm gan vi rút B khi không được phát hiện và điều trị kịp thời rất dễ biến chứng thành xơ gan, ung thư gan, thậm chí là tử vong. Theo báo cáo của Tổ chức y tế thế giới, viêm gan vi rút B là nguyên nhân gây ung thư thứ 2 trên thế giới và được xếp hàng thứ 9 trong những nguyên nhân gây tử vong hiện nay.

Bên cạnh đó, việc điều trị viêm gan vi rút B còn gặp rất nhiều khó khăn do vi rút ngày càng tăng khả năng kháng thuốc dẫn đến tỷ lệ đáp ứng trong

điều trị thấp. Chi phí điều trị viêm gan vi rút lại rất cao, từ vài triệu đến vài chục triệu đồng một tháng, trong khi đó đối tượng bệnh nhân đa phần ở độ tuổi lao động. Chính những điều này khiến viêm gan vi rút B trở thành gánh nặng của bệnh nhân, gia đình và xã hội.

Để viêm gan vi rút B không còn đáng sợ

Muốn đẩy lùi viêm gan vi rút, điều quan trọng nhất là phải nâng cao hiểu biết của người dân về căn bệnh này. Bởi hiểu đúng về bệnh, cách thức lây truyền, các triệu chứng thường gặp, tầm quan trọng của việc phòng bệnh và ngăn ngừa biến chứng... sẽ là chìa khóa quan trọng nhất để chúng ta có thể chặn được đường lây của vi rút, từ đó giảm tỉ lệ người nhiễm bệnh, giảm biến chứng và cuối cùng là giảm tỷ lệ tử vong. Để phòng tránh lây bệnh viêm gan vi rút B chúng ta cần phải thực hiện tốt các nội dung sau:

1. Tránh dùng chung vật dụng cá nhân

Không dùng chung các vật dụng chăm sóc cá nhân như dao cạo râu và bàn chải đánh răng với người viêm gan do vi rút B hoặc có nguy cơ nhiễm viêm gan do vi rút.

Không sử dụng chung kim tiêm khi tiêm chích, kim tiêm dùng để xăm, xỏ lỗ, hay châm cứu đều phải vô trùng. Tốt nhất nên dùng kim tiêm mới tinh còn chưa mở. Ngoài ra, nếu bạn sống cùng người viêm gan do vi rút B hay có nguy cơ mắc viêm gan do vi rút, hãy hạn chế dùng chung các vật dụng chăm sóc cá nhân như dao cạo râu và bàn chải đánh răng. Chỉ một lượng máu nhỏ trên vật dụng cá nhân của người viêm gan do vi rút B có thể khiến người xung quanh nhiễm bệnh khi dùng chung vật dụng.

2. Tiêm vắc xin

Để phòng tránh viêm gan B, việc quan trọng cần làm đầu tiên là tiêm vắc xin phòng viêm gan B. Việc tiêm vắc xin viêm gan B còn giúp bạn tránh nhiễm vi rút viêm gan D.

3. Quan hệ tình dục an toàn

Mặc dù máu là con đường lây truyền chính nhưng việc quan hệ tình dục không an toàn cũng khiến bạn gặp nguy hiểm. Sử dụng bao cao su và thực hành tình dục an toàn có thể giảm thiểu nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan B.

4. Khi đã mắc bệnh viêm gan vi rút B chúng ta phải định kỳ khám bệnh theo hướng dẫn và chỉ định của bác sỹ

Khi đã mắc bệnh viêm gan B thì hạn chế biến chứng, nhất là xơ gan và ung thư gan, bao gồm: Dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng, hạn chế sử dụng rượu, bia; kiểm tra sức khỏe, điều trị kịp thời khi phát hiện bệnh và dấu hiệu bệnh nặng lên.

Phòng tránh lây nhiễm: Thực hiện an toàn truyền máu, tình dục an toàn, không sử dụng các vật dụng dùng chung như bàn chải đánh răng, dao cạo râu,.. và vận động mọi người tiêm vắc xin phòng bệnh.

Toàn dân hãy chung tay đánh gục vi rút viêm gan B!