

THỰC TRẠNG NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN B TRONG CỘNG ĐỒNG DÂN CƯ TỈNH QUẢNG BÌNH NĂM 2017

BSCKII. NGUYỄN ĐỨC CƯỜNG

Giám đốc Sở Y tế Quảng Bình

BSCKII. ĐỖ QUỐC TIỆP

Phó Giám đốc Trung tâm Y tế dự phòng Quảng Bình

1. Đặt vấn đề

Nhiễm vi rút viêm gan B là một vấn đề sức khỏe mang tính chất toàn cầu và là một trong những nguyên nhân gây tử vong phổ biến trên thế giới. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính hiện nay trên thế giới có khoảng 2 tỷ người bị nhiễm vi rút viêm gan B, trong đó 400 triệu người nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính, 15-40% người trong số đó có biến chứng xơ gan và ung thư gan nguyên phát. Viêm gan vi rút B (VGVRB) gây nên những hậu quả nặng nề đối với sức khỏe cộng đồng, mỗi năm có khoảng 2 triệu người tử vong chủ yếu do xơ gan và ung thư gan nguyên phát [11], [12].

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B thay đổi theo từng khu vực địa lý, dân cư, tập quán sinh hoạt, ý thức của người dân. Tỷ lệ này có sự khác nhau giữa các châu lục, tại châu Phi tỷ lệ nhiễm HBV là 16%, tại Nam Mỹ, châu Âu, Bắc Mỹ và châu Đại Dương chiếm khoảng 3%, riêng châu Á tỷ lệ người nhiễm VGVRB rất cao, dao động từ 10-25% [3], [7].

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

Quảng Bình là một tỉnh thuộc Bắc Trung Bộ, là cửa ngõ huyết mạch thông thương giữa 2 miền Nam - Bắc và thông sang các vùng dịch viêm gan vi rút lưu hành cao khác của Lào,

Thái Lan... Hiện nay các số liệu về viêm gan vi rút nói chung và viêm gan vi rút B nói riêng ở các tỉnh miền Trung, trong đó có Quảng Bình chưa có nhiều, trong khi cộng đồng đang có yêu cầu triển khai các biện pháp phòng chống bệnh VGVRB tích cực hơn.

Nhằm góp phần làm rõ thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B ở cộng đồng dân cư tại Quảng Bình nói riêng, khu vực miền Trung và cả nước nói chung, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng dân cư trên địa bàn tỉnh Quảng Bình và đề xuất biện pháp phòng chống”.

2. Mục tiêu, đối tượng và phương pháp nghiên cứu

- Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B (HBsAg) ở đối tượng 20-60 tuổi trên địa bàn tỉnh Quảng Bình.

- Đối tượng và địa bàn nghiên cứu:

+ Đối tượng nghiên cứu là những người trong hộ gia đình được chọn vào mẫu nghiên cứu có độ tuổi từ 20-60 tại các xã nghiên cứu.

+ Nghiên cứu được tiến hành tại 24 xã/phường/thị trấn của 8 huyện, thị xã, thành phố của tỉnh Quảng Bình.

+ Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5 năm 2016.

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp dịch tễ học mô tả dựa trên cuộc điều tra ngang, có phân tích về tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B và các yếu tố liên quan.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

Áp dụng theo công thức

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot \frac{pq}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

p: Tỷ lệ nhiễm HBV tại Quảng Bình (được ước tính là p = 17% theo nghiên cứu trước tại tỉnh Thừa Thiên Huế).

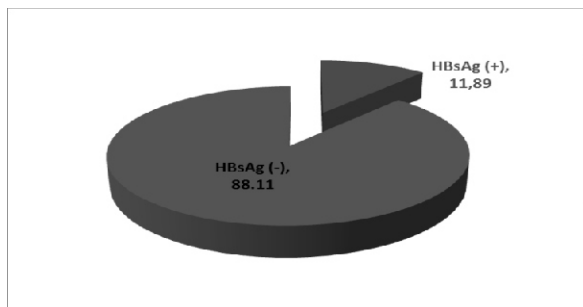
d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu nghiên cứu và tỷ lệ quần thể. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy d = 0,03.

Z: Là độ tin cậy, lấy ở ngưỡng = 0,05 ta được $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Từ công thức trên chúng tôi tính được (n = 1.807 + 10%) thực tế chúng tôi đã điều tra được 2.019 đối tượng.

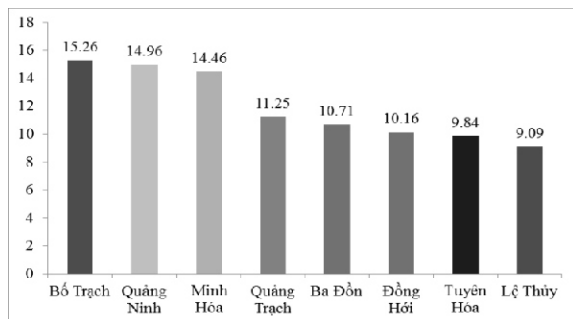
3. Kết quả nghiên cứu

Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ HBsAg (+) chung



Tỷ lệ HBsAg (+) chiếm 11,89%.

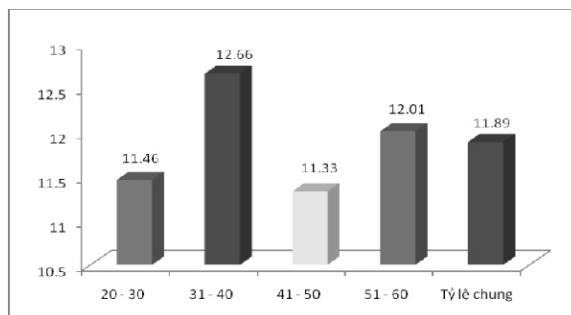
Biểu 3.2: Tỷ lệ HBsAg (+) theo địa phương



Tỷ lệ HBsAg (+) chung toàn tỉnh Quảng Bình là 11,89%, các địa phương có tỷ lệ HBsAg (+) cao như Bố Trạch (15,26%); Quảng Ninh (14,96%) và Minh Hóa (14,46%);

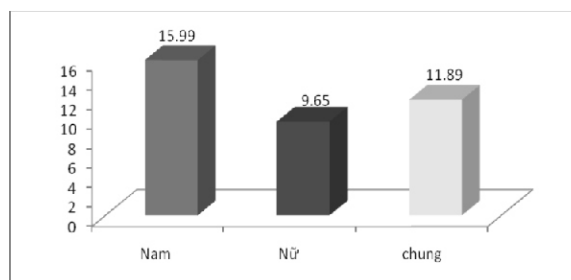
tiếp đến là Quảng Trạch (11,25%); Ba Đồn (10,71%); Đồng Hới (10,16%); Tuyên Hóa (9,84%); Tỷ lệ HBsAg (+) thấp nhất huyện Lệ Thủy (9,09%).

Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ HBsAg (+) theo tuổi



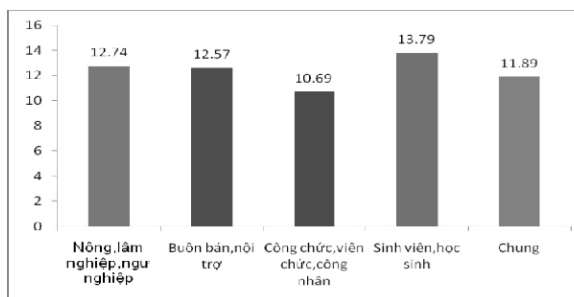
Tỷ lệ nhiễm HBsAg (+) cao nhất ở các nhóm tuổi 31-40 tuổi (12,66%); Các nhóm tuổi khác có tỷ lệ HBsAg (+) tương đương nhau. Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Biểu đồ 3.4: P Tỷ lệ HBsAg (+) theo giới



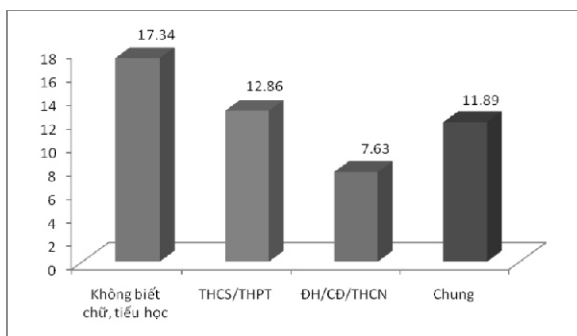
Tỷ lệ HBsAg (+) ở nam giới là 15,99%, trong khi nữ giới là 9,65%. Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Biểu đồ 3.5: Tỷ lệ HBsAg (+) theo nghề nghiệp



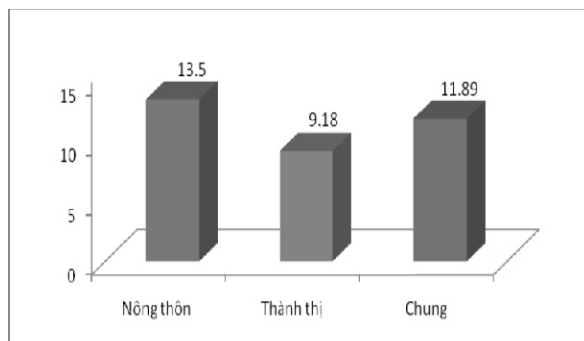
Tỷ lệ HBsAg (+) chung là 11,89%, trong đó nghề nghiệp có tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất là học sinh, sinh viên chiếm 13,79%. Nhóm nông/lâm nghiệp/ngư nghiệp (12,74%) và buôn bán/nội trợ (12,57%) có tỷ lệ HBsAg (+) tương đương nhau. Thấp nhất nhóm công chức/VC/công nhân (10,69%). Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) giữa các nhóm nghề có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Biểu đồ 3.6: Tỷ lệ HBsAg (+) theo học vấn



Nhóm đối tượng có học vấn tiểu học và không biết chữ có tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất (17,34%); tiếp đến là nhóm THCS/THPT (12,86%). Thấp nhất nhóm có trình độ ĐH/CD/THCN chiếm tỷ lệ 7,63%. Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) theo trình độ học vấn có nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Biểu đồ 3.7: Tỷ lệ HBsAg (+) theo vùng



Tỷ lệ HBsAg (+) ở vùng nông thôn chiếm 13,50% cao hơn thành thị (9,18%). Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) giữa nông thôn và thành thị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. Bàn luận

Nhiệm vụ đã nghiên cứu 2.019 người dân từ 20-60 tuổi đang sinh sống tại 24 xã, phường thuộc địa bàn tỉnh Quảng Bình được chọn theo 2 vùng sinh thái, nông thôn và thành thị. Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp dịch tễ học mô tả dựa trên cuộc điều tra ngang có phân tích về tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B và các yếu tố liên quan. Tỷ lệ chọn đối tượng theo phương pháp nghiên cứu thường quy chuẩn, đối tượng nghiên cứu được chọn ngẫu nhiên. Cỡ mẫu đủ yêu cầu thống kê, đảm bảo độ tin cậy và chính xác.

4.1. Tỷ lệ HBsAg (+) chung

Kết quả (biểu đồ 3.1 và 3.2) cho thấy, tỷ lệ HBsAg (+) chung toàn tỉnh Quảng Bình là 11,89%, trong đó, các địa phương có tỷ lệ HBsAg (+) cao như Bố Trạch (15,26%); Quảng Ninh (14,96%) và Minh Hóa (14,46%); tiếp đến là Quảng Trạch (11,25%); Ba Đồn (10,71%); Đồng Hới (10,16%); Tuyên Hóa (9,84%); Tỷ lệ HBsAg (+) thấp nhất huyện Lệ Thủy (9,09%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Châu Hữu Hầu (1995), nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm vi rút viêm gan trong cộng đồng dân cư tại Tân Châu - An Giang, kết quả cho thấy tỷ lệ HBsAg (+) là 11,2% trên tổng số 1.801 đối tượng [4].

Ngô Viết Lộc (2011), nghiên cứu tình hình nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng dân cư tại Thừa Thiên Huế năm 2006-2009, kết quả cho thấy, tỷ lệ HBsAg (+) trong cộng đồng dân cư tại Thừa Thiên Huế là 16,36% [5]. Cao Ngọc Nga và cộng sự (2003) nghiên cứu tỷ lệ nhiễm VGVRB ở người đi chèo ghe tại thành phố Hồ Chí Minh 2001-2002, cho kết quả là tỷ lệ HBsAg (+) là 16,1% trên tổng số 1.841 đối tượng nghiên cứu [6]. Viên Chính Chiến và cộng sự nghiên cứu tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B tại các tỉnh miền Trung, kết quả cho thấy, tỷ lệ HBsAg (+) là 18,2% [1]. Phùng Thị Thanh Yên, Nguyễn Thị Thuyền và

cộng sự [61], nghiên cứu tỷ lệ nhiễm VGVRB trên các nhóm khác nhau tại Nha Trang - Khánh Hòa cho thấy, tỷ lệ nhiễm VGVRB ở người khỏe mạnh là 21,17%.

Với các kết quả trên cho thấy, tỷ lệ HBsAg (+) của người dân ở các công trình nghiên cứu trên cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này theo chúng tôi là do 2 thời điểm nghiên cứu cách nhau đã từ 10-20 năm; địa bàn và đối tượng nghiên cứu cũng không giống nhau, bên cạnh những yếu tố liên quan như kinh tế, phong tục, tập quán, trình độ và môi trường sống của người dân cũng khác nhau. Đặc biệt là sự khác nhau về ĐTNC. Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng nghiên cứu là những người từ 20-60 tuổi.

Tuy nhiên khi so sánh với kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Dung và Huỳnh Thị Kim Liên [2], nghiên cứu tình hình nhiễm và kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về phòng chống lây nhiễm VRVGB ở quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ năm 2010, kết quả cho thấy tỷ lệ HBsAg (+) là 7,0%; Vũ Thị Vượng, Trần Hồng Vân, Nguyễn Ngọc Hùng, Đỗ Doãn Lợi và cộng sự [9], xác định tỷ lệ nhiễm HP và VR viêm gan B, C, A của người dân một số khu vực Hải Phòng, có tỷ lệ HBsAg (+) là 8,1%. Các kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt này có thể do nhiều yếu tố, trong đó không loại trừ yếu tố địa dư, môi trường sống khác nhau có thể cho tỷ lệ nhiễm VRVGB khác nhau. Ngoài ra, sự khác biệt còn do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, phạm vi nghiên cứu...

Tại Quảng Bình, Đỗ Quốc Tiệp và cộng sự (2013), nghiên cứu tình trạng nhiễm viêm gan vi rút B trên người đến xét nghiệm tại Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh năm 2013 cho kết quả tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B là 11,3%. Trong nghiên cứu này kỹ thuật sử dụng để phát hiện HBsAg là kỹ thuật ELISA như chúng tôi đã sử dụng, tuy nhiên đối tượng nghiên cứu chủ yếu là những người xét nghiệm tự nguyện để tiêm phòng vắc xin viêm gan B, ngoài ra còn có

nguyên nhân khác nữa là những người đã biết bản thân có HBsAg (+) thì không tham gia xét nghiệm. Do đó kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này có thể giải thích là do đối tượng trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi được chọn ngẫu nhiên trên phạm vi toàn tỉnh, kết quả này phản ánh được tình hình HBsAg (+) trong cộng đồng [8].

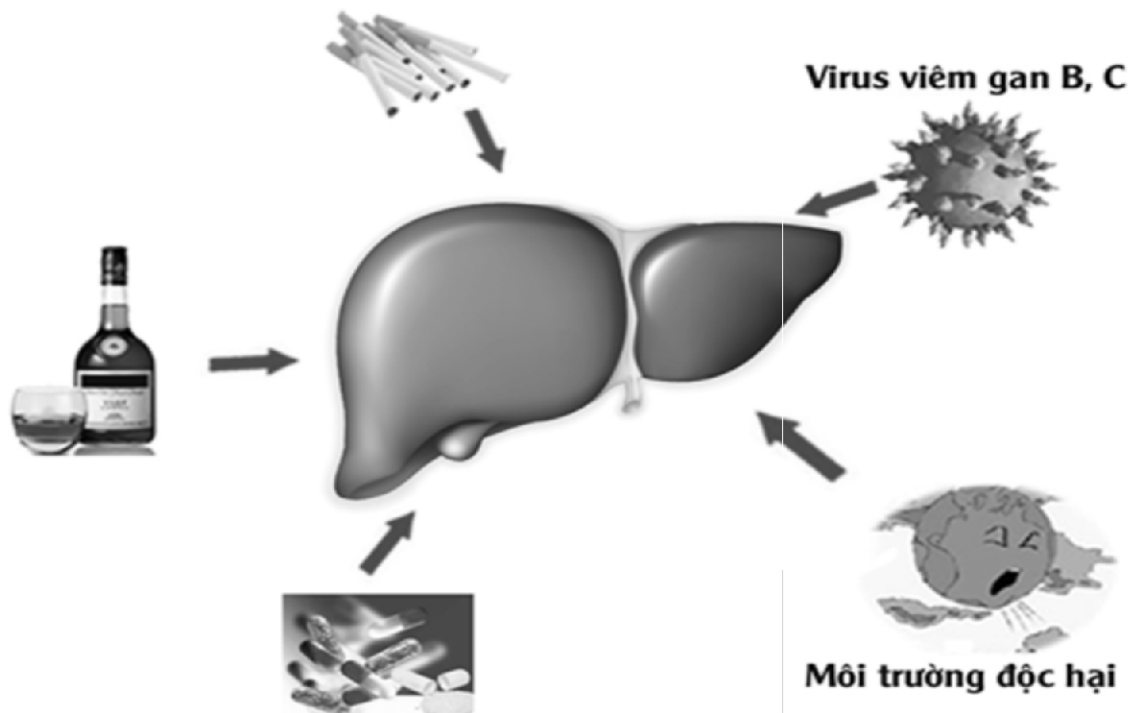
4.2. Tỷ lệ HBsAg (+) nhóm tuổi

Kết quả (biểu đồ 3.3) cho thấy, nhiễm HBsAg (+) cao nhất ở nhóm 31-40 tuổi chiếm tỷ lệ 12,66%, tiếp đến nhóm 20-30 tuổi chiếm tỷ lệ 11,46%, sau đó giảm nhẹ ở nhóm 41-50 tuổi (11,33%) rồi tăng trở lại ở nhóm 51-60 tuổi (12,01%). Như vậy, trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi với 2.019 đối tượng từ 20-60 tuổi thì tỷ lệ nhiễm HBsAg (+) cao nằm trong nhóm tuổi lao động chính đó là nhóm tuổi từ 20-50 tuổi. Tỷ lệ này ở nhóm tuổi (20-30, 31-40, 41-50) chiếm đến 65,42%. Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Ngô Viết Lộc ở Thừa Thiên Huế (2011); Đỗ Quốc Tiệp và cộng sự ở Quảng Bình (2013), Viên Chính Chiến, Đinh Sỹ Hiền và cộng sự ở Nha Trang - Khánh Hòa [1], [5], [8].

Châu Hữu Hầu (1995) ở Tân Chân - An Giang cũng cho thấy, lứa tuổi mang HBsAg (+) theo điều tra cộng đồng cao nhất ở nhóm từ 20-50 tuổi, trong đó nhóm 30-34 tuổi chiếm tỷ lệ 17,2% và nhóm 40-44 tuổi chiếm tỷ lệ 16,0% (đây cũng là nhóm tuổi lao động chính), sau đó giảm dần và tăng trở lại ở các nhóm 50-54 tuổi (11,6%) và nhóm 55-59 tuổi (17,5%) [4].

Có thể giải thích rằng, do lứa tuổi lao động có mật độ cao trong tháp dân số và có mối quan hệ xã hội rộng rãi, hoạt động tình dục cao làm cho nguy cơ lây nhiễm cao hơn, nhất là khi có chồng hoặc vợ đã có HBsAg (+). Bên cạnh đó do tỷ lệ cộng dồn của tỷ lệ nhiễm HBsAg (+) trong khi quá trình âm hóa của HBsAg hoặc



Nguyên nhân gây nên bệnh viêm gan virus

Ảnh: T.L

khả năng trung hòa của anti - HBs theo thời gian chưa hình thành.

4.3. Tỷ lệ HBsAg (+) theo giới

Kết quả nghiên cứu (biểu đồ 3.4) cho thấy, tỷ lệ HBsAg (+) ở nam giới là 15,99% cao hơn nữ giới là 9,65%. Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Ngô Viết Lộc (2006-2009) với 2.525 đối tượng từ 6 đến >60 tuổi tại Thừa Thiên Huế, có tỷ lệ HBsAg (+) 16,36%, trong đó nam giới chiếm 21,14% cao hơn nữ giới (12,50%); Châu Hữu Hầu (1995) tại Tân Châu – An Giang phát hiện tỷ lệ HBsAg (+) theo giới tính ở cộng đồng nam giới có nguy cơ nhiễm HBsAg (+) cao hơn nữ gấp 1,71 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), ở các cơ sở điều trị tỷ lệ HBsAg (+) chung là 16,2%, trong đó nam chiếm tỷ lệ 19,7% cao hơn nữ (13,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [4], [5].

Để giải thích kết quả này, theo chúng tôi sự khác nhau là do tính chất nghề nghiệp, tính năng động và mối quan hệ xã hội của nam cao hơn nữ; nam giới có khả năng tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ đến lây nhiễm HBsAg cao hơn nữ giới như quan hệ tình dục, dùng chung các vật dụng cá nhân như dao cạo râu, bàn chải răng. Tuy nhiên có tác giả cho rằng sự khác nhau này là do liên quan đến hormone, khi trẻ em bị nhiễm HBV, sự tồn tại HBV mạn tính ở nam cao hơn nữ.

4.4. Tỷ lệ HBsAg (+) theo nghề nghiệp

Khi phân tích tỷ lệ HBsAg (+) theo nghề nghiệp, kết quả (biểu đồ 3.5) cho thấy, nghề nghiệp có tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất là học sinh, sinh viên (13,79%). Tiếp đến nhóm Nông/lâm nghiệp/ngư nghiệp (12,74%) và Buôn bán/nội trợ (12,57%) có tỷ lệ HBsAg (+) tương đương nhau. Nhóm có tỷ lệ HBsAg (+) thấp nhất là Công chức/VC/công nhân (10,69%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của Ngô Viết Lộc

(2011), nghiên cứu tình hình nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng dân cư tại Thừa Thiên Huế năm 2006-2009, thì tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất là nhóm nghề lao động chân tay, tiếp đến nhóm nông dân (16,67%) và nhóm buôn bán (16,12%). Thấp nhất nhóm học sinh, sinh viên (13,09%) [5]; Tác giả Viên Chinh Chiến nghiên cứu về tỷ lệ HBsAg (+) trên quần thể dân cư tại Nha Trang – Khánh Hòa (1997) thì tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất nhóm làm ruộng (16,7%), tiếp đến nhóm nội trợ (15,6%), công nhân (12,3%), buôn bán (11,3%). Tỷ lệ HBsAg (+) thấp nhất là ở nhóm cán bộ, viên chức (8,1%) [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ HBsAg (+) thấp nhất cũng ở nhóm viên chức, công chức (10,37%).

Đỗ Quốc Tiệp và cộng sự (2013) nghiên cứu tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B trên người đến xét nghiệm tại Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh cho thấy, tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất ở nhóm công nhân (15,2%), các nhóm khác có tỷ lệ HBsAg (+) tương đương nhau như buôn bán (10,6%); công chức, viên chức (10,6%); làm ruộng (9,7%) [8]. Theo chúng tôi, sở dĩ có sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) giữa các nhóm nghề nghiệp là do đối tượng đi xét nghiệm để tiêm chủng vắc xin phòng viêm gan B là những người có điều kiện kinh tế, hiểu biết khá tốt về hậu quả của nhiễm vi rút viêm gan B và như vậy chưa thể đại diện cho cộng đồng dân cư, trong đó thành phần là công nhân, cán bộ, công chức, viên chức chiếm đa số.

4.5. Tỷ lệ HBsAg (+) theo trình độ học vấn

Kết quả (biểu đồ 3.6) cho thấy, tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất nhóm đối tượng có trình độ học vấn tiểu học và không biết chữ (17,34%); tiếp đến nhóm THCS/THPT chiếm tỷ lệ 12,86%; nhóm có trình độ ĐH/CĐ/THCN chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,63%). Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) theo trình độ học vấn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Đỗ Quốc Tiệp và cộng sự (2013), nghiên cứu tình trạng nhiễm VRVGB trên người đến xét nghiệm tại Trung tâm Y tế dự phòng Quảng

Bình cũng có kết quả tương tự nghiên cứu của chúng tôi, trong đó, tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất ở nhóm tiểu học trở xuống chiếm tỷ lệ cao nhất (13,1%); nhóm có trình độ ĐH/CĐ/THCN chiếm tỷ lệ thấp hơn (11,8%) [8].

4.6. Tỷ lệ HBsAg (+) theo vùng sống

Kết quả nghiên cứu (biểu 3.7) cho thấy, tỷ lệ HBsAg (+) ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ 13,50%, cao hơn tỷ lệ HBsAg (+) ở vùng thành thị (9,18%). Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg (+) giữa nông thôn và thành thị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Đỗ Quốc Tiệp và cộng sự (2013) ở những người xét nghiệm tự nguyện tại Quảng Bình năm 2013, cũng có kết quả tương tự, trong đó tỷ lệ HBsAg (+) ở khu vực nông thôn chiếm tỷ lệ 12,7%) cao hơn khu vực thành thị (10,8%) [8].

Kết quả nghiên cứu của Ngô Viết Lộc [5] ở Thừa Thiên Huế, cũng cho thấy, tỷ lệ HBsAg (+) ở vùng ven biển (20,15%); vùng đồi, núi (16,90%) cao hơn vùng đồng bằng (16,14%) và khu vực thành phố (14,07). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của Châu Hữu Hầu [4] ở tại Tân Châu - An Giang năm 1997, cũng cho thấy tỷ lệ HBsAg (+) ở nông thôn (11,41%) cao hơn thành thị (9,46%). Tỷ lệ HBsAg (+) giữa nông thôn và thành thị không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

5. Kết luận

5.1. Tỷ lệ HBsAg (+)

- Tỷ lệ HBsAg (+) ở người từ 20-60 tuổi tại Quảng Bình là 11,89%.

- Các địa phương có tỷ lệ HBsAg (+) cao như: Bố Trạch (15,26%); Quảng Ninh (14,96%) và Minh Hóa (14,46%). Thị xã Ba Đồn có tỷ lệ HBsAg (+) thấp nhất (7,94%).

5.2. Tỷ lệ HBsAg (+) và một số yếu tố liên quan

- Tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất ở nhóm 31-40 tuổi (12,66%).

- Nam giới có tỷ lệ HBsAg (+) cao hơn nữ giới 1,53 lần.

- Nhóm học sinh, sinh viên có tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất (13,79%).

- Nhóm tiểu học và không biết chữ có tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất.

- Những người sống ở vùng nông thôn có tỷ lệ HBsAg (+) cao gấp 1,47 lần so với những người sống ở thành thị.

6. Kiến nghị

- Tỷ lệ hiện nhiễm vi rút viêm gan B chiếm tỷ lệ tương đối cao ở Quảng Bình, do đó cần tăng cường tuyên truyền giáo dục cho người dân về bệnh VGVRB. Tuyên truyền vận động và giáo dục người dân ý thức tự bảo vệ bản thân và gia đình phát hiện tình trạng nhiễm bằng các xét nghiệm huyết thanh học và các

biện pháp phòng ngừa lây nhiễm.

- Tiêm chủng vắc xin viêm gan B là biện pháp hữu hiệu nhất để phòng bệnh. Triệt để tiêm chủng vắc xin viêm gan B trước 24h cho trẻ sau khi sinh, trẻ <1 tuổi và các đối tượng có nguy cơ cao như nhân viên y tế, công an, người làm dịch vụ liên quan khả năng lây nhiễm với vi rút viêm gan B.

- Các cơ sở y tế triển khai tiêm chủng (tiêm chủng dịch vụ) để người dân có điều kiện đến tiêm chủng vắc xin viêm gan B, nhằm mục đích phòng ngừa nhiễm vi rút VGB – nguyên nhân hàng đầu dẫn đến viêm gan mạn và 2 biến chứng gây tử vong cao ở người là xơ gan và ung thư gan ■

Tài liệu tham khảo:

1. Viên Chinh Chiến (1997), “*Tìm hiểu tình hình nhiễm virus viêm gan B tại một số thành phố miền Trung và góp phần đánh giá hiệu quả sử dụng của vắc xin viêm gan B*”, Luận án Phó Tiến sĩ Y - Dược, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Ngọc Dung và CS (2010), “*Nghiên cứu tình hình nhiễm và kiến thức, thái độ, hành vi của người dân về phòng lây nhiễm vi rút viêm gan B ở quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ năm 2010*”, Tạp chí Y học thực hành, số 5/2012, tr.161- 164.
3. Bùi Đại, Phạm Ngọc Đính (2008), “*Viêm gan vi rút B và D*”, Nxb Y học, Hà Nội.
4. Châu Hữu Hầu (1995), “*Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm virus viêm gan trong cộng đồng dân cư tại huyện Tân Châu, tỉnh An Giang*”, Luận án Phó Tiến sĩ Y Dược, Học viện Quân y - Bộ Quốc phòng.
5. 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 sĩ Y học, Trường Đại học Y - Dược Huế.
6. Cao Ngọc Nga và CS (2003), “*Nhiễm vi rút viêm gan B ở người đi chủng ngừa tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2001*”.
7. Phạm Song (2008), “*Tổng quan về viêm gan vi rút B (HBV) tiến tới một chiến lược toàn diện phòng chống HBV ở Việt Nam*”, Tạp chí Gan mật Việt Nam, số 4, tr.1-14.
8. Đỗ Quốc Tiệp và CS (2013), “*Tình trạng nhiễm và kiến thức, hành vi phòng chống nhiễm vi rút viêm gan B trên người đến xét nghiệm tại Trung tâm Y tế dự phòng Quảng Bình năm 2013*”, Tạp chí Y học dự phòng, tập XXVI, số 7 (180)/ 2016, tr.47-53.
9. Vũ Thị Vượng và CS (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) – 2009, tr.82-88.
10. Phùng Thị Thanh Yên và CS (2003), “*Tình hình nhiễm bệnh viêm gan do virus B và virus C trên các nhóm nghiên cứu khác nhau tại Nha Trang - Khánh Hòa*”, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học 1995-2001 Viện Pasteur Nha Trang, Nxb Y học, Hà Nội, tr.273-278.
11. From Wikipedia, the free encyclopedia, “Hepatitis B virus”.
12. World Health Organization (2008), “hepatitis B”.