

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ Y TẾ**
HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



LÊ THỊ HẰNG

**THỰC TRẠNG NHIỄM VIRUS VIÊM GAN B VÀ LIÊN QUAN MỘT SỐ
CHỨNG TRẠNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA SINH VIÊN NĂM THỨ NHẤT
HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM NĂM 2020**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ Y TẾ**
HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



LÊ THỊ HẰNG

**THỰC TRẠNG NHIỄM VIRUS VIÊM GAN B VÀ LIÊN QUAN MỘT SỐ
CHỨNG TRẠNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA SINH VIÊN NĂM THỨ NHẤT
HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM NĂM 2020**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS. TS Lê Thị Tuyết
2. TS. BSCKII. Nguyễn Văn Nhưồng

HÀ NỘI - 2020

LỜI CẢM ƠN

Với tất cả lòng kính trọng, em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Quản lý đào tạo Sau Đại học Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện tốt nhất cho em trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

PGS.TS Lê Thị Tuyết – Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam; TS. BSCKII. Nguyễn Văn Nhưồng – Trưởng khoa Y học cổ truyền bệnh viện Bạch Mai đã trực tiếp hướng dẫn, giảng dạy và chỉ bảo em trong quá trình học tập và thực hiện nghiên cứu.

Các thầy cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn Thạc sỹ Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy, người cô đã đóng góp cho em nhiều ý kiến quý báu để em hoàn thành nghiên cứu.

Cuối cùng, em muốn bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, những người thân trong gia đình đã luôn giúp đỡ, động viên trong quá trình học tập và nghiên cứu. Cảm ơn các anh chị, các bạn, các em, những người luôn đồng hành cùng em, động viên và chia sẻ trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu đã qua.

Hà Nội, ngày 17 tháng 7 năm 2020

TÁC GIẢ

Lê Thị Hằng

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Lê Thị Hằng, học viên Cao học khóa 10, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS Lê Thị Tuyết và TS. BSCKII Nguyễn Văn Nhường.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày 17 tháng 7 năm 2020

NGƯỜI VIẾT CAM ĐOAN

Lê Thị Hằng

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. VIRUS VIÊM GAN B	3
1.1.1. Vài nét lịch sử bệnh viêm gan virus B.....	3
1.1.2. Cấu trúc của HBV	4
1.1.3. Các kháng nguyên của virus viêm gan B	5
1.1.4. Các kháng thể trong huyết thanh sau khi nhiễm HBV	7
1.1.5. Các dấu ấn miễn dịch để chẩn đoán HBV	8
1.1.6. Phương thức lây truyền của virút viêm gan B	9
1.1.7. Biểu hiện lâm sàng của bệnh viêm gan virus B.....	10
1.1.8. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm gan B	13
1.2. HOÀNG ĐẢN.....	14
1.3. CHỨNG TRẠNG CỦA HOÀNG ĐẢN.....	16
1.4. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG VIÊM GAN B	17
1.5. TÌNH HÌNH NHIỄM VIRUS VIÊM GAN B TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM	19
1.5.1. Trên thế giới.....	19
1.5.2. Tại Việt Nam.....	20
1.6. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU VỀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH VIÊM GAN B TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM	21
1.6.1. Trên thế giới.....	21
1.6.2. Ở Việt Nam.....	22
CHƯƠNG 2: ĐỊA ĐIỂM, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	24
2.1. ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU	24

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	24
2.2.1. Xác định thực trạng nhiễm và kiến thức, thực hành về bệnh viêm gan B.	24
2.2.2. Khảo sát một số chỉ số cận lâm sàng với mối liên quan các chứng trạng y học cổ truyền ở đối tượng nhiễm HBV.	24
2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	24
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	24
2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu	24
2.3.3. Cách thức tiến hành nghiên cứu	25
2.3.4. Phương pháp thu thập số liệu.....	26
2.4. CÁC BIÊN SỐ, CHỈ SỐ TRONG NGHIÊN CỨU.....	29
2.5. CÁC KHÁI NIỆM VÀ CÁCH ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH.31	
2.5.1. Các khái niệm	31
2.5.2. Đánh giá về kiến thức phòng chống bệnh viêm gan B.....	32
2.5.3. Đánh giá thực hành phòng chống bệnh viêm gan B:.....	32
2.6. SAI SỐ VÀ BIỆN PHÁP KHÔNG CHẾ SAI SỐ	32
2.7. PHÂN TÍCH VÀ XỬ LÝ SỐ LIỆU	33
2.8. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU	33
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	35
3.1. THỰC TRẠNG NHIỄM VÀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH.....	35
3.2. CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG VỚI MỐI LIÊN QUAN CÁC CHỨNG TRẠNG Y HỌC CỔ TRUYỀN.....	41
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	47
4.1. TỶ LỆ NHIỄM VIRUS VIÊM GAN B VÀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ BỆNH VIÊM GAN B Ở ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	47
4.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới.....	47
4.1.2. Tỷ lệ HBsAg (+) ở các đối tượng nghiên cứu	47

4.1.3. Tỷ lệ Anti HBc (+) ở các đối tượng nghiên cứu.....	48
4.1.4. Tỷ lệ nhiễm HBV trong các đối tượng nghiên cứu	49
4.1.5. Kiến thức về nguyên nhân gây bệnh.....	49
4.1.6. Kiến thức về triệu chứng của bệnh viêm gan B.....	50
4.1.7. Kiến thức về đường lây truyền, biến chứng và cách phòng tránh của bệnh viêm gan B	51
4.1.8. Thực hành về phòng chống bệnh viêm gan B	52
4.2. KHÁO SÁT MỘT SỐ CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG VỚI MỐI LIÊN QUAN CÁC CHỨNG TRẠNG Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở ĐỐI TƯỢNG NHIỄM HBV.	54
KẾT LUẬN	57
KHUYẾN NGHỊ.....	58
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

ALT	Alanin transaminase
Anti- HBc	Kháng thể kháng kháng nguyên lõi
Anti- HBe	Kháng thể kháng kháng nguyên vỏ
Anti- HBs	Kháng thể kháng kháng nguyên bề mặt
AST	Aspart transaminase
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
HBcAg	Kháng nguyên lõi của virus viêm gan B
HBeAg	Kháng nguyên vỏ của virus viêm gan B
HBsAg	Kháng nguyên bề mặt của virus viêm gan
HBV	Virus viêm gan B
KAP	K: knowledge = kiến thức, A: attitude = thái độ, P: practice = thực hành
VGB	Viêm gan B
WHO	Tổ chức y tế thế giới
YHCT	Y học cổ truyền

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1.	Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới.....	35
Bảng 3.2.	Tỷ lệ HBsAg(+) ở đối tượng nghiên cứu theo giới	35
Bảng 3.3.	Tỷ lệ Anti HBc(+) ở các đối tượng nghiên cứu theo giới	35
Bảng 3.4.	Tỷ lệ HBsAg(+) có anti HBc(+) ở đối tượng nghiên cứu	36
Bảng 3.5.	Tỷ lệ nhiễm HBV trong các đối tượng nghiên cứu	36
Bảng 3.6.	Tỷ lệ đối tượng hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh.....	37
Bảng 3.7.	Tỷ lệ đối tượng hiểu biết đúng về triệu chứng* bệnh VGB.....	37
Bảng 3.8.	Tỷ lệ đối tượng biết về sự lây truyền bệnh viêm gan B	38
Bảng 3.9.	Tỷ lệ đối tượng biết số con đường lây bệnh VGB.....	38
Bảng 3.10.	Tỷ lệ đối tượng biết về biến chứng* của bệnh viêm gan B.....	39
Bảng 3.11.	Tỷ lệ đối tượng biết về cách phòng bệnh viêm gan B	39
Bảng 3.12.	Tỷ lệ đối tượng biết về có vaccin phòng bệnh viêm gan B	40
Bảng 3.13.	Tỷ lệ đối tượng biết về thời gian tốt nhất tiêm vaccin phòng bệnh viêm gan B	40
Bảng 3.14.	Tỷ lệ đối tượng đã tiêm vaccin phòng bệnh viêm gan B.....	40
Bảng 3.15.	Tỷ lệ đối tượng đã đi xét nghiệm viêm gan B	41
Bảng 3.16.	Định lượng AST ở đối tượng nhiễm HBV	41
Bảng 3.17.	Định lượng ALT ở đối tượng nhiễm HBV	42
Bảng 3.18.	Định lượng Billirubin ở đối tượng nhiễm HBV	42
Bảng 3.19.	Định lượng Albumin ở đối tượng nhiễm HBV.....	42
Bảng 3.20.	Định lượng HBV-DNA ở đối tượng nhiễm HBV	43
Bảng 3.21.	Liên quan giữa tải lượng HBV-DNA với sự xuất hiện của kháng nguyên-kháng thể.....	43
Bảng 3.22.	Biểu hiện các chứng trạng trên đối tượng nhiễm HBV	44

Bảng 3.23. Phân bố các chứng trạng với sự xuất hiện của kháng nguyên - kháng thể ở đối tượng nhiễm HBV.....	45
Bảng 3.24. Tỷ lệ đối tượng nhiễm HBV có biểu hiện chứng trạng	46
Bảng 3.25. Liên quan giữa tải lượng HBV-DNA với sự xuất hiện chứng trạng ở đối tượng nhiễm HBV	46

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1:	Hình ảnh virus viêm gan B	4
Hình 2.1.	Cách đọc test HBsAg.....	28
Hình 2.2.	Cách đọc test Anti-HBc	28

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm virus viêm gan B là một vấn đề sức khỏe và là một trong những nguyên nhân gây bệnh và tử vong phổ biến trên thế giới. Virus viêm gan B (HBV - virus hepatitis B) gây nên các rối loạn chức năng gan, làm tổn thương tế bào gan và gây bệnh viêm gan virus B. Theo thống kê của tổ chức y tế thế giới có khoảng 2 tỷ người bị nhiễm HBV, trong đó 350 triệu người là mang HBV mạn tính. Ở những người nhiễm HBV mạn tính, nguy cơ bị ung thư gan cao gấp 200 lần những người không bị nhiễm, 15- 40% người trong số đó có biến chứng xơ gan và ung thư gan nguyên phát [49], [58]. Hàng năm, ước tính trên thế giới có khoảng 1 triệu người mang HBV mạn tính chết vì ung thư gan nguyên phát và xơ gan.

Tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B thay đổi theo từng khu vực địa lý, dân cư, tập quán sinh hoạt, ý thức người dân và điều kiện kinh tế. Các nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam đều cho thấy nhiễm virus viêm gan B thường có liên quan đến các yếu tố như kiến thức, hiểu biết, thái độ và nhận thức cũng như hành vi phòng chống chưa hiệu quả tại cộng đồng. Việt Nam nằm trong khu vực có nguy cơ cao về nhiễm HBV. Chính vì thế, để kiểm soát được tình trạng nhiễm HBV thì việc phát hiện sớm để điều trị ngay từ đầu rất quan trọng. Hiện nay, để chẩn đoán chính xác bệnh viêm gan B ngoài dựa vào các triệu chứng lâm sàng, người ta dựa chủ yếu vào các dấu ấn miễn dịch được phát hiện trong huyết thanh của bệnh nhân (HBsAg, Anti HBs, HBcAg, Anti HBc, HBeAg, Anti HBe, HBV- DNA) vì ở những giai đoạn đầu viêm gan B không có hoặc không biểu hiện rõ ràng các triệu chứng. Tuy nhiên trên thực tế chỉ 5 dấu ấn được đưa vào chẩn đoán. Riêng HBsAg dương tính đủ để chứng minh sự có mặt của HBV, Anti HBc total chứng tỏ cơ thể đã hoặc đang nhiễm HBV, HBV- DNA đánh giá sự tồn tại và nhân lên của virus.

Hiện nay, Viêm gan B là một nguy cơ nghề nghiệp quan trọng đối với nhân viên y tế. Theo WHO, trong 35 triệu nhân viên y tế trên toàn cầu, có 2 triệu người tiếp xúc với bệnh truyền nhiễm, mỗi năm có 40% bị nhiễm HBV. Các yếu tố gây tổn thương da 28%, mảnh thủy tinh 17%, mũi kim khâu 15%, kim bướm 14%, mũi khoan 15%, qua thông tĩnh mạch 5%, yếu tố khác 7% [4]. Theo thống kê cho thấy chỉ 60% nhân viên y tế có nhận thức, thái độ thực hành về các biện pháp chuyên môn phòng tránh nhiễm HBV đúng qui định [30].

Tần suất HBsAg(+) thay đổi rộng khắp trên thế giới. Ba phần tư dân số thế giới, phần lớn là khu vực Châu Á sống trong vùng dịch tễ lưu hành cao với tần suất HBsAg(+) $\geq 8\%$. Dân số còn lại sống trong vùng dịch tễ trung bình có tần suất HBsAg(+) dao động từ 2 - 7% và vùng dịch tễ thấp có tần suất $< 2\%$ [43]. Đông Nam Á là vùng dịch tễ lưu hành cao của virus viêm gan B với tỷ lệ nhiễm từ 6,5 - 16,5% [60].

Ở Việt Nam, đã có những nghiên cứu tình hình nhiễm HBV, nhưng chủ yếu là nghiên cứu về nhân viên ở bệnh viện đa khoa (điều dưỡng, hộ sinh, cấp cứu, hồi sức...), còn nghiên cứu về tình hình nhiễm HBV ở sinh viên ngành Y còn rất ít, đặc biệt là đối tượng sinh viên khi mới nhập học tại Học viện Y Dược học cổ truyền, nhóm đối tượng có nguy cơ cao do thường xuyên phải tiếp xúc với người bệnh và các dịch cơ thể của họ trong quá trình thực hành lâm sàng. Nếu không hiểu rõ về tình trạng sức khỏe cũng như kiến thức, thực hành phòng chống viêm gan B không tốt, không những ảnh hưởng trực tiếp đến bản thân sinh viên mà còn ảnh hưởng đến cả cộng đồng. Mặt khác, chính những nhân viên y tế tương lai này là nguồn cung cấp kiến thức đúng đắn cho cộng đồng, giúp mọi người hiểu rõ về bệnh viêm gan B và cách phòng tránh.

Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài “Thực trạng nhiễm virus viêm gan B và liên quan một số chứng trạng y học cổ truyền của sinh viên năm thứ nhất Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam” với mục tiêu nghiên cứu sau:

- 1. Xác định tỷ lệ nhiễm và kiến thức, thực hành về bệnh viêm gan B ở sinh viên năm thứ nhất (2018-2019) Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.*
- 2. Khảo sát một số chỉ số cận lâm sàng với mối liên quan các chứng trạng y học cổ truyền ở đối tượng nhiễm HBV.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. VIRUS VIÊM GAN B

1.1.1. Vài nét lịch sử bệnh viêm gan virus B

Viêm gan virus là một bệnh cũ đã được mô tả từ rất sớm. Năm 1947, Mac Callum và Bauer phân biệt viêm gan A là “Viêm gan truyền nhiễm” và viêm gan B là “Viêm gan huyết thanh” do hai bệnh khác nhau về phương diện dịch tế học. Ví dụ loại viêm gan A được xem như là lây truyền chủ yếu qua đường phân-miệng, loại viêm gan B được coi như là lây truyền qua đường máu.

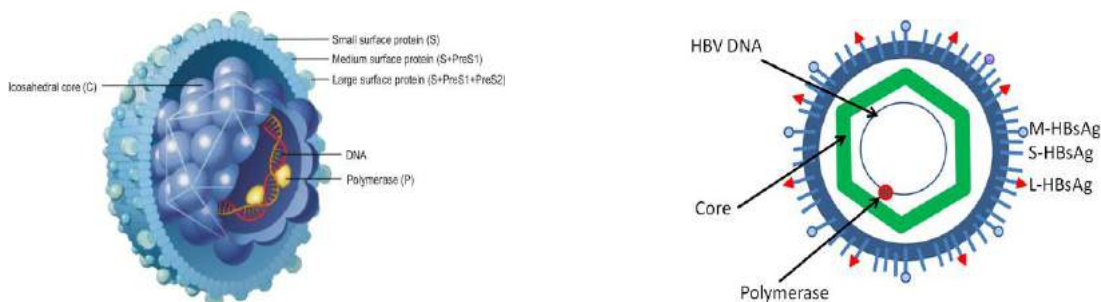
Năm 1964, Blumberg đã phát hiện ra một protein chưa từng được biết đến trong máu của một thổ dân Australia, ông gọi protein này là kháng nguyên Australia (Au) [60]. Năm 1968 Prince chứng minh kháng nguyên này liên quan tới nhiễm HBV, 1970 Dane quan sát thấy hạt HBV trong máu bệnh nhân trên kính hiển vi điện tử [36].

Kháng nguyên này ngày nay được gọi tên là kháng nguyên bề mặt viêm gan B (HBsAg) và liên quan với nhiễm HBV cấp và mạn.

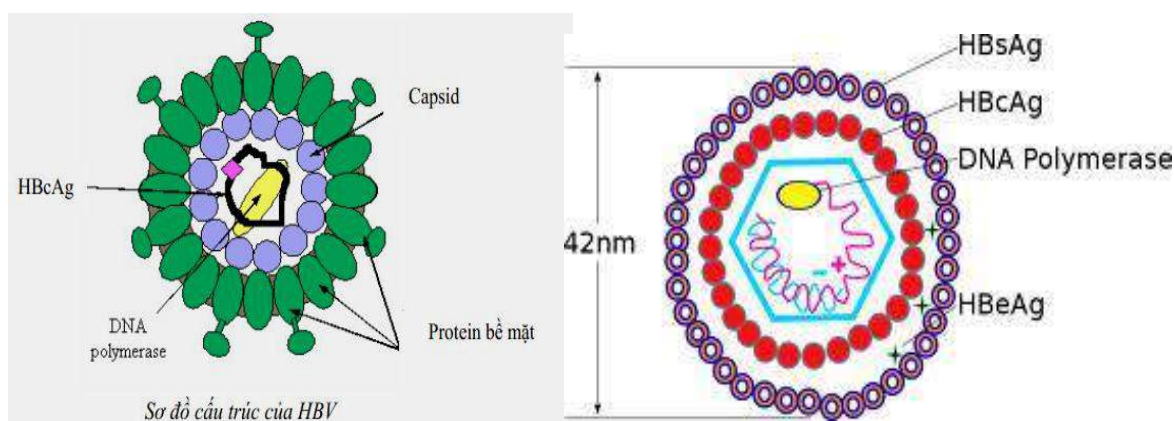
Những thử nghiệm huyết thanh học có độ nhạy và đặc hiệu cao đã sẵn sàng cho HBV và đưa đến những hiểu biết sâu sắc hơn về lịch sử tự nhiên của bệnh. Các nghiên cứu về sinh bệnh học và dịch tế học đã đưa đến sự phát triển một cách an toàn và hiệu quả của Vaccin phòng chống nhiễm HBV cũng như các thuốc chống virus trong điều trị viêm gan B mạn.

Hiện nay, mối quan tâm hàng đầu và mục tiêu nghiên cứu của các phòng thí nghiệm trên toàn cầu là các vấn đề như sự kết dính và xâm nhập của virus vào tế bào chủ, các phương pháp điều trị bệnh viêm gan B, nhiễm virus cấp tính và mạn tính, cơ chế gây ung thư của HBV.

1.1.2. Cấu trúc của HBV



Hình 1.1: Hình ảnh virus viêm gan B



HBV là virus mang ADN hai sợi không khép kín, có trọng lượng phân tử 2×10^6 dalton, được cấu tạo bởi 3200 nucleotid, họ Hepadnaviridae [21]. Trong máu bệnh nhân, ngoài hạt virus kích thước 42 nm, còn có các thành phần virus dạng cầu, dạng sợi [18]. Cấu trúc của virus gồm các thành phần cơ bản sau:

- Lõi: là ADN hình tròn và có một phần sợi kép. Một sợi dài (L) gần như khép kín và một phần sợi ngắn (S) thay đổi từ 50 – 100% độ dài so với sợi dài. Trọng lượng phân tử gần 2.106.000 dalton. Lớp này mang đặc trưng kháng nguyên Hbc.

- Capsit: bao quanh lõi, có đối xứng hình khối, kích thước khoảng 27 nm, dày khoảng 7 nm, được cấu tạo bởi 3 protein cấu trúc:

- + Protein nhỏ: protein này mang tính quyết định kháng nguyên bề mặt của viêm gan B.

- + Protein trung bình: protein này có tính miễn dịch cao, cảm thụ đặc biệt với albumin.

+ Protein lớn protein này mang tính quyết định kháng nguyên bề mặt viêm gan B và đóng vai trò quan trọng trong việc liên kết, xâm nhập của virus vào tế bào gan.

Trên phần capsit có cấu trúc chứa 2 kháng nguyên quan trọng là HBcAg và HBeAg, có các enzym ADN- polymerase, proteinkinase.

- Vỏ ngoài: chứa kháng nguyên bề mặt HBsAg.

1.1.3. Các kháng nguyên của virus viêm gan B

* *Kháng nguyên bề mặt virus viêm gan B (HBsAg)*

HBsAg là kháng nguyên bề mặt của virus viêm gan B. Nó là dấu ấn miễn dịch quan trọng trong các nghiên cứu dịch tễ học để xác định đường lây truyền, yếu tố nguy cơ và phân vùng HBV. Các thử nghiệm phát hiện HBsAg có vai trò quan trọng trong chẩn đoán viêm gan B cấp và mạn tính [50], [60].

Kháng nguyên HBsAg là thành phần của vỏ bọc lipoprotein của HBV, ở dạng hạt có đường kính 22 nm và dạng ống rộng 22 nm, dài 200 nm. Trình tự các acid amin của ADN được xác định ngay sau khi genom của HBV được tạo dòng. Bốn khung đọc mở (ORF) mã hóa các phần protein lớn hơn 50 acid amin đã được xác định.

Để giải thích đầy đủ các chức năng của protein S, M, L, người ta sử dụng các danh từ là protein bề mặt của virút viêm gan B loại nhỏ (SHBs), trung bình (MHBs) và lớn (LHBs). Ngoài 3 loại protein HBs trên, các hạt virion còn chứa protein lõi P22, genom ADN của nó, một ADN polymerase mà đó cũng là một ARN- ase phiên mã ngược, và một protein kết thúc nối với đầu 5' của sợi ADN được mã hóa cho protein. Ngoài ra còn có một proteinkinase có mặt cùng với capsit sẽ phosphoryl hóa protenin lõi.

HBsAg mang quyết định kháng nguyên a là quyết định kháng nguyên quan trọng nhất về phương diện sinh miễn dịch. Quyết định nguyên a được tạo thành bởi các aa 124 đến 147, nó giữ vai trò sinh kháng thể anti-HBs và có tính

đặc hiệu nhóm cho HBsAg. Quyết định nguyên a cùng với một số quyết định nguyên phân týp khác nhau như d, y và w, r tạo nên các phân týp chủ yếu của HBsAg như adw, ayw, adr, ayr. Các phân týp này phân bố khác nhau theo vùng địa lý. Ở Việt Nam theo các nghiên cứu mới đây thì phân týp ayw chiếm tỷ lệ 60%, ayr chiếm 17% và adw chiếm 8% [13], [60]. Điều tra này đã giúp các nhà nghiên cứu sản xuất vắc xin theo phân týp lưu hành ở Việt Nam.

* *Kháng nguyên lõi của virus viêm gan B (HBcAg: Hepatitis B core antigen)*

Đây là kháng nguyên chủ yếu của nucleocapsit trong virus viêm gan B. HBcAg hiếm khi xuất hiện trong huyết thanh mà chủ yếu xuất hiện trong nhân tế bào gan. Sự có mặt của HBcAg với hàm lượng cao chứng tỏ có hoạt động sao chép của HBV trong viêm gan cấp. Việc sinh tổng hợp protein lõi dài 185 acid amin bắt đầu với một codon AUG có hiệu suất cao ở đầu 5' của ARN thông tin.

Genom HBV-ADN của virion khi xâm nhập vào nhân tế bào bị nhiễm sẽ biến đổi thành một vòng khép kín đồng hóa trị có thể do một enzym sửa chữa ADN của tế bào; ADN này là khuôn cho mARN tiền genom và sẽ được phiên dịch cho protein lõi và protein polymerase. Với hạt lõi, quá trình phiên mã ngược của ARN tiền genom sản sinh ra ADN sợi (-), nối với protein primase.

Chức năng phiên mã ngược của ARN-ase- H bị hóa giáng thành ARN đã được phiên mã và cuối cùng tạo ra được sợi ADN(-) đơn; một đoạn của ARN tiền genom còn lại ở đầu 5' được chuyển từ DR1 sang DR2 được sử dụng như một đoạn mồi cho việc tổng hợp ADN sợi (+). Ngay sau khi kết thúc sợi (-), ADN cấu trúc có mặt trong virion được sản sinh và hạt lõi đã sẵn sàng cho quá trình tạo vỏ bọc và giải phóng ra ngoài.

* *Kháng nguyên e của virus viêm gan B (HBeAg)*

Magnius và Espmark vào năm 1972 đã phát hiện ra một kháng nguyên

mới không thuộc hệ HBsAg, đó là kháng nguyên e có mối liên quan với nhiễm HBV mạn tính. HBeAg là kháng nguyên hòa tan, có mặt trong huyết tương ở các hình thái vật lý khác nhau và xuất hiện trong quá trình phân tách nucleocapsit của HBV invitro. HBeAg được xem như là dấu ấn biểu thị sự nhân lên của HBV và liên quan đến tình trạng nhiễm và mức độ nặng của bệnh.

Khi nghiên cứu quá trình sinh tổng hợp người ta thấy trình tự acid amin của protein HBe cũng tương tự protein HBc, chỉ khác ở 29 acid amin của trình tự tiền C (đoạn trước của trình tự protein HBc). Khi biểu hiện trong tế bào động vật, protein HBe không thể tạo thành các hạt lõi, nó bộc lộ đặc tính kháng nguyên HBe khác với protein lõi HBc. Một tiền C kết hợp với trình tự lõi sẽ mã hóa một protein tiền HBe và không phải là một tiền chất cho protein lõi.

1.1.4. Các kháng thể trong huyết thanh sau khi nhiễm HBV

* *Kháng thể kháng kháng nguyên bề mặt (anti HBs):* Xuất hiện sau 1- 3 tháng kể từ khi HBV xâm nhập cơ thể, lúc đó HBsAg thường đã hết trong huyết thanh, anti HBs giảm dần theo thời gian. Điều quan trọng có ứng dụng bậc nhất là anti-HBs có vai trò bảo vệ cơ thể chống tái nhiễm HBV. Vì vậy nguyên lý làm vắc xin viêm gan B là lấy HBsAg làm kháng nguyên. Một miễn dịch có hiệu lực được biểu thị bằng sự có mặt của anti-HBs [20].

* *Kháng thể kháng kháng nguyên lõi (anti-HBc):* Anti HBc được sản sinh trong thời gian đầu của nhiễm trùng cấp tính và tiếp tục tồn tại trong nhiều năm, có thể là suốt đời. Khi HBsAg đã hết, nếu anti-HBc có hàm lượng cao thì chứng tỏ HBV đang phát triển, đang hoạt động và đang là một viêm gan B cấp. Người ta cho rằng nó có tác dụng như một chỉ điểm chứng tỏ sự có mặt của của HBcAg. Thử nghiệm tìm anti-HBc có thể có giá trị trong các chương trình nghiên cứu ở trẻ lớn và người lớn, vì nó là thử nghiệm đơn giản nhất để phát hiện người nhiễm HBV mà không được tiêm chủng. Sự thăm dò

này không cần thiết nếu tất cả các đối tượng trong một nhóm đều được tiêm chủng, và nó cũng không có vai trò gì trong chương trình tiêm chủng cho trẻ sơ sinh vì hầu hết trẻ đều nhận được kháng thể từ mẹ.

Tiêm chủng bằng vắc xin viêm gan B không tạo ra đáp ứng anti HBc. Vì vậy sự có mặt của anti HBc ở người đã được tiêm chủng có thể là do họ đã bị nhiễm HBV hoạt động trước đó [18].

* *Kháng thể kháng kháng nguyên HBeAg (Anti HBe):* Thường anti-HBe (+) ở người lành mang kháng nguyên HBsAg. Khi anti HBe xuất hiện thì đó là dấu hiệu của sự lui bệnh và hàm lượng HBsAg (+) sẽ giảm dần xuống. Những người HBsAg (+) mà có anti HBe (+) thì ít có khả năng lây truyền hơn những người có đồng thời HBsAg (+) và HBeAg (+).

1.1.5. Các dấu ấn miễn dịch để chẩn đoán HBV

Thời kỳ ủ bệnh của nhiễm HBV thay đổi tùy thuộc vào từng bệnh nhân, phụ thuộc vào số lượng virus xâm nhập, cách lây truyền và các yếu tố của vật chủ. Trong giai đoạn ủ bệnh, người bệnh không có bất cứ triệu chứng lâm sàng nào, các triệu chứng như mẩn ngứa, sốt, vàng da thường chỉ gặp trong thời kỳ viêm gan cấp, thời kỳ này thường kéo dài từ hai tuần đến ba tháng, một số trường hợp có enzyme ALT tăng [13].

Để chẩn đoán nhiễm HBV người ta dựa chủ yếu vào các dấu ấn miễn dịch được phát hiện trong huyết thanh của bệnh nhân. Thường phải sau nhiễm HBV 56 ngày [12], [55].

Có rất nhiều marker viêm gan như vậy xét nghiệm như thế nào?

Trước hết làm xét nghiệm HBsAg:

- Nếu HBsAg âm tính chứng tỏ bệnh nhân không bị viêm gan B.
- + Nếu muốn biết sâu hơn là bệnh nhân đã bị phơi nhiễm viêm gan B hay chưa (vì các tài liệu gần đây cho thấy bệnh nhân phơi nhiễm vẫn có nguy cơ ung thư gan cao) thì làm thêm xét nghiệm Anti-HBc.

+ Nếu muốn biết bệnh nhân có miễn dịch với viêm gan B hay chưa thì làm xét nghiệm Anti-HBs: Anti-HBs dương tính chứng tỏ bệnh nhân có miễn dịch với viêm gan B, không cần tiêm vaccine; Anti-HBs âm tính chứng tỏ bệnh nhân chưa có miễn dịch với viêm gan B, cần tiêm vaccine.

- Nếu HBsAg dương tính: cần xét nghiệm xác chẩn lại. Sau khi đã khẳng định là HBsAg dương tính cần làm các xét nghiệm sinh hoá, huyết học để đánh giá chức năng gan. Bệnh nhân cũng cần làm các xét nghiệm sinh học phân tử như HBV-DNA, HBV genotyping.

- HBV-DNA: được phát hiện bằng kỹ thuật PCR, ở pha nhiễm trùng cấp tính có thể phát hiện được HBV trước khi HBsAg(+), nhưng HBV-DNA thường mất trước khi HBsAg(-), và cùng mất với HBeAg. Nếu HBV-DNA tồn tại kéo dài trên 8 tuần kể từ khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên, thì nguy cơ báo hiệu bệnh chuyển mạn tính. Trong VGB, HBV-DNA(+) cho phép khẳng định sự nhân lên của HBV.

- Trong thực hành điều trị theo dõi biến động của HBV-DNA có ý nghĩa chẩn đoán, chỉ định, tiên lượng và theo dõi kết quả điều trị.

Khi định lượng virus HBV- DNA càng cao, thì biến chứng thành xơ gan và ung ung thư gan tương đối cao, nhưng để khẳng định giai đoạn cần dựa vào triệu chứng của bệnh và các xét nghiệm chức năng gan, siêu âm gan.

Các marker cần làm đầy đủ: HBsAg, Anti-HBs (HBsAb), HBeAg, Anti-HBe (HBeAb), Anti-HBc. Định lượng HBsAg chủ yếu để theo dõi điều trị. Xét nghiệm Anti-HBs có thể không làm nếu nồng độ HBsAg cao.

Tất cả các thông số này đều rất cần để quyết định điều trị, tiên lượng, theo dõi quá trình điều trị viêm gan.

1.1.6. Phương thức lây truyền của virút viêm gan B

HBV có ba phương thức lây truyền chính [13], [20].

- Lây truyền qua tiêm truyền không an toàn: tiêm chính chung kim tiêm, truyền máu không an toàn, các thủ thuật ngoại khoa...

- lây truyền từ mẹ sang con: có thể lây truyền trong quá trình mang thai hay trong lúc sinh nở.

- lây truyền qua quan hệ tình dục không an toàn.

Các đề tài nghiên cứu cho thấy có các yếu tố nguy cơ lây truyền như sau: các can thiệp y tế có xâm nhập như phẫu thuật, tiêm truyền, chữa răng, châm cứu; các yếu tố sinh hoạt có nguy cơ như dùng chung dao cạo râu, làm móng tay chân; yếu tố lây truyền qua quan hệ vợ chồng, trong đó nguy cơ lây truyền từ nam sang nữ cao hơn từ nữ sang nam; mẹ lây truyền sang con cũng là một yếu tố nguy cơ quan trọng; yếu tố lây truyền trong gia đình cũng là một vấn đề đáng lưu ý [1].

1.1.7. Biểu hiện lâm sàng của bệnh viêm gan virus B

Viêm gan B hiện nay đã trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới. Viêm gan virus B có nhiều thể bệnh lâm sàng khác nhau, thường người ta dựa vào thời gian mang HBsAg mà chia thành 2 dạng chính là viêm gan virus B cấp và mạn tính. Đối với thể cấp tính, thời gian mang HBsAg kéo dài từ 6 tuần đến 6 tháng. Thể mạn tính thì thời gian mang HBsAg thường là trên 6 tháng [50].

1.1.7.1. Viêm gan virus B cấp tính

Viêm gan virus B cấp tính thường có 2 thể chủ yếu:

* Viêm gan thể không vàng da:

Biểu hiện dưới dạng giả cúm như sốt nhẹ hoặc không sốt, đau mỏi các cơ, mệt mỏi chán ăn, không vàng da, nhưng xét nghiệm thấy Transaminase trong máu tăng rất cao.

* Viêm gan thể vàng da:

- Thời kỳ tiền vàng da:

Bắt đầu thường âm ỉ, có triệu chứng như: sốt nhẹ, đôi khi không sốt, mệt mỏi, chán ăn. Triệu chứng giả cúm: đau cơ, đau xương khớp, nôn, đau âm ỉ vùng gan hoặc thượng vị, đôi khi có phát ban, nước tiểu sẫm màu. Thời kỳ tiền vàng da kéo dài trung bình 1-2 tuần [20].

- Thời kỳ vàng da:

Bệnh nhân hết sốt thì xuất hiện vàng da, rõ nhất ở củng mạc mắt. Đau âm ỉ vùng hạ sườn phải, mệt mỏi, chán ăn, nước tiểu sẫm màu, gan to, mật độ mềm, đôi khi lách to.

Xét nghiệm về chức năng gan:

+ Bilirubin trong máu tăng, chủ yếu Bilirubin trực tiếp.

+ Enzym transaminase tăng rất cao có thể tăng từ 5 đến 10 lần so với trị số bình thường, men ALT tăng cao hơn AST.

+ Có rối loạn về chức năng gan như Albumin trong huyết thanh giảm, Gamma globulin tăng, tỷ lệ A/G đảo ngược.

+ Nếu trường hợp nặng, có suy gan thì tỷ lệ Prothrombin giảm nhiều, thời gian Quick kéo dài và Albumin giảm.

- Thời kỳ phục hồi: Sau 4 đến 8 tuần.

Bệnh nhân ăn ngon miệng, nước tiểu nhiều và trong, hết vàng da, gan lách bình thường và các chức năng gan trở về bình thường.

1.1.7.2. Viêm gan virus B mạn tính

Khi viêm gan B cấp tính mà diễn biến lâm sàng kéo dài như mệt mỏi, đau âm ỉ hạ sườn phải, gầy sút cân, ăn khó tiêu, đồng thời rối loạn chức năng gan kéo dài, đặc biệt tăng transaminase kéo dài trên 6 tháng, HbsAg(+), thường chuyển thành viêm gan mạn tính. Các triệu chứng lâm sàng của viêm gan mạn như: mệt mỏi kéo dài, người khó chịu, mất ngủ, ăn không ngon miệng, gầy sút nhanh, đau cơ, đau khớp, thỉnh thoảng phát ban. Trường hợp nặng có phù, bụng có dịch; khám: gan, lách to hoặc gan, lách bình thường.

1.1.7.3 Những hậu quả lâu dài của nhiễm virus viêm gan B

- Người lành mang HBsAg kéo dài: Tình trạng người mang HbsAg (+) là một hiện tượng đặc biệt trong bệnh học về nhiễm khuẩn. Nhiễm HBV đáng chú ý ở chỗ nó có thể gây bệnh cấp chết người trong 6 đến 10 ngày, có thể

gây ung thư gan nguyên phát và cũng có thể là người mang kháng nguyên HBsAg. Điều quan trọng bậc nhất về khả năng lây nhiễm của người mang HBsAg là họ có HBeAg(+) hay không, nếu họ có HBeAg(+) thì khả năng truyền bệnh rất lớn và nếu xem xét kỹ những người mang HBsAg mà có HBeAg(+) thì đều là những người có bệnh gan tiến triển. 90% trẻ sinh ra từ bà mẹ có HBeAg(+) sẽ trở thành người mang HBV. Tại những vùng có tỷ lệ mang HBV cao, có từ 50 – 80% trẻ bị nhiễm trùng từ mẹ trong thời kỳ thai sản. Biểu hiện tổn thương ở những người mang HBsAg rất đa dạng, người bệnh hoàn toàn bình thường không có biểu hiện lâm sàng, tổn thương gan không đáng kể, hoặc có viêm gan mạn tính tồn tại, viêm gan mạn tính tấn công hoặc xơ gan.

- *Viêm gan mạn tính tồn tại*: Là hậu quả phổ biến nhất của viêm gan virút cấp. Theo Krieg và CS viêm gan mạn tính phục hồi trong hơn một nửa số trường hợp đại đa số sau 2 – 5 năm đặc biệt ở thanh niên và trẻ em. Chẩn đoán viêm gan mạn tính dựa vào men transaminaza thường xuyên tăng kéo dài hoặc từng thời kỳ nhưng chỉ tăng nhẹ. Chẩn đoán quyết định thường là khó vì phải phân biệt với bất kỳ nguyên nhân nào làm tăng men transaminaza. Quan trọng nhất là phân biệt với viêm gan mạn tính tấn công, đặc biệt khó trong vòng 6 – 12 tháng đầu sau viêm gan virus cấp. Chẩn đoán chính xác dựa vào sinh thiết gan.

- *Viêm gan mạn tính tấn công*: Là một thể viêm gan tiến triển theo kiểu những dạng bột phát cấp tính xen kẽ với những thời kỳ lắng dịu thường dẫn đến xơ gan. Bệnh được biểu hiện bằng nhiều thể lâm sàng khác nhau, song đều có chung một hình ảnh giải phẫu bệnh lý gọi là viêm gan mạn xâm thực chỉ có sinh thiết gan kiểm tra tổ chức học mới quyết định được chẩn đoán. Xét nghiệm sinh hóa có men transaminaza và phosphataza kiềm tăng cao.

1.1.8. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm gan B

1.1.8.1. Men Transaminase

- Transaminase là những men xúc tác trong quá trình vận chuyển nhóm alpha amino. Bình thường Transaminase được phân bố rộng rãi ở các mô trong cơ thể, nồng độ và hoạt động men mạnh nhất ở gan, cơ, xương, tim, não, thận và có rất ít trong máu. Tế bào gan có sự định khu khá phong phú các men, tập trung ở bào tương, ty thể hoặc cả hai nơi. Khi tổn thương các mô trên, transaminase được giải phóng ra ngoài tế bào và tăng rất nhanh trong máu. Vì vậy có thể đánh giá mức độ tổn thương tế bào gan dựa vào sự có mặt và gia tăng hoạt độ của men trong huyết thanh, tuy nhiên nồng độ men transaminase không tỷ lệ với mức độ trầm trọng tổn thương gan và tiên lượng. Một đặc trưng của virus viêm gan B là kiểu ALT huyết thanh dao động từng cơn, các thời kỳ hoạt tính ALT cao xen kẽ với các thời kỳ bình thường hoặc gần bình thường.

- AST (Aspartate transaminase) hiện diện trong bào tương và ty thể của tế bào. AST có ở cơ tim và cơ vân nhiều hơn ở gan. Ngoài ra, AST còn có ở thận, não, tụy, phổi, bạch cầu và hồng cầu, mức bình thường Nam: 0 – 37 U/L; Nữ: 0 - 31 U/L.

- ALT hiện diện chủ yếu ở bào tương của tế bào gan cho nên sự tăng ALT nhạy và đặc hiệu hơn AST trong các bệnh gan, mức bình thường: Nam: 0 - 42U/L; Nữ: 0 - 32 U/L.

- Phân độ tăng men transaminase

Nhẹ : < 2 lần giới hạn trên bình thường

Vừa: 2 – 5 lần giới hạn trên bình thường

Nặng: > 5 lần giới hạn trên bình thường

1.8.1.2. Albumin

- Albumin: Albumin là một trong những protein được tạo ra trong gan. Cơ thể cần những protein này để chống nhiễm trùng và để thực hiện các chức năng khác.

- Theo sinh lý bệnh Albumin trong huyết thanh giai đoạn đầu bệnh nhân VGB mãn đa số bình thường (từ 35 - 50g/l), nếu chuyển sang giai đoạn suy tế bào gan thì Albumin sẽ giảm [2].

- Người lớn (> 16 tuổi): 3,5 - 4,8 g/dL hay (35 - 48 g/L).

1.8.1.3. Billirubin

- Bilirubin: Bilirubin được sản xuất từ huyết sắc tố (hemoglobin). Huyết sắc tố là một hóa chất trong tế bào hồng cầu được phóng thích khi các tế bào hồng cầu bị phá vỡ. Bilirubin đi qua gan và được bài tiết trong phân. Nồng độ bilirubin cao có thể chỉ ra tổn thương gan hoặc bệnh lý gan.

- Giá trị bình thường: <17 μ mol/L

1.8.1.4. Định lượng HBV-DNA

Giá trị	Ý nghĩa
Dưới ngưỡng phát hiện	Virus không hoạt động
< 10 ⁵	Virus đang hoạt động
≥ 10 ⁵	Virus hoạt động rất mạnh

1.2. HOÀNG ĐẢN

Chủ chứng của bệnh “Hoàng đản” là thân mình vàng, nước tiểu vàng [21].

Trương Trọng Cảnh căn cứ vào nguyên nhân bệnh chia chứng hoàng đản làm 2 loại do ngoại cảm và do nội nhân. Hoàng đản do ngoại cảm, ông mô tả trong sách 'Thương Hàn Luận' về chứng thương hàn phát hoàng, còn chứng hoàng đản do nội thương.

Sách 'Vệ Sinh Bảo Giám' đời Nguyên theo tính chất của chứng bệnh chia làm 2 loại là dương hoàng và âm hoàng.

Sách 'Cảnh Nhạc Toàn Thư' viết: “Phép lớn về phân loại bệnh Hoàng đản, đời xưa có phân ra 5 bệnh đản... Tóm lại: mầu mồ hôi thấm ra áo, vàng như mầu Hoàng bá, gọi là chứng Hoàng hãn. Thân thể, mặt, mắt đều vàng

như màu vàng kim thuộc, nước tiểu vàng, không có mồ hôi, đó là chứng hoàng đản. Ăn uống không điều độ làm tổn thương Tỳ, đó là chứng Cốc đản. Nghiện rượu quá độ khiến cho bị thương về thấp tà, đó là chứng Tửu đản. Sắc dục tổn thương Thận âm gọi là chứng Nữ lao đản. Tuy có nhiều danh từ nhưng không ngoài hai chứng là Dương chứng (Dương Hoàng) và Âm chứng (Âm Hoàng). Dương chứng thuộc loại thực, âm chứng thuộc loại hư. Hư thực không sai là nắm được mấu chốt của việc trị bệnh”.

- Ghi chép về chứng hoàng đản, đã thấy rất sớm ở sách Nội Kinh, Kim Quỹ Yếu Lược cũng có thiên chuyên bàn về bệnh này. Để tiện cho việc phân tích khi lâm sàng và định hướng chữa cho chính xác nay chia 2 loại là âm hoàng và dương hoàng.

+ Dương hoàng thì sắc tươi mà sáng, người nóng phiền khát, trong lòng bứt rứt hoặc tức ngực ăn kém, bụng đầy hoặc đau, đại tiện bí kết, tiểu tiện sền đỏ, mạch hoãn hoặc huyền hoạt hữu lực, rêu lưỡi vàng nhớt.

+ Âm hoàng thì sắc tối như hun khói, sợ lạnh, ăn ít, tinh thần mệt mỏi, tay chân không được ấm hoặc đại tiện lỏng, tiểu tiện không lợi, hình thể suy nhược, mạch trì hoặc trầm tế vô lực, rêu lưỡi trắng chất nhợt.

- Chứng âm hoàng và dương hoàng là căn cứ vào chứng trạng tổng hợp của người bệnh để quy nạp. Dương hoàng thiên về thực nhiệt, âm hoàng thiên về hư hàn. Nhưng dương hoàng và âm hoàng đều có thể chuyển hóa. Chứng dương hoàng mà trị không khỏi, bệnh kéo dài cũng chuyển thành âm hoàng. Chứng âm hoàng nhưng do cảm nhiễm thời tà trở lại, thấp nhiệt uất trệ gây can đởm, mạch lạc không thông lợi mà mặt tràn ra phát sinh triệu chứng của dương hoàng

- Nguyên nhân:

+ Cảm phải ngoại tà thấp nhiệt nung nấu: Cảm nhiễm phải ngoại tà thấp nhiệt, khí uất lại làm trở ngại trung tiêu, nung nấu tỳ vị làm cho tỳ vị

chuyển hóa thất thường. Thấp và nhiệt tác động lẫn nhau, thấp bị nhiệt chung, không thoát ra được bằng đường mồ hôi hoặc đường tiêu tiện. Từ tỳ vị ảnh hưởng qua can đởm, làm cho can mất đi sự điều đạt, đởm tràn ra đi vào cơ phu, đi xuống bàng quang làm cho mắt, da, nước tiểu đều vàng.

+ Vì độc rượu và ăn uống không dè dặt, lao lực quá độ: làm tổn thương Tỳ Vị, thấp nhiệt nội sinh, nung nấu Can, Đởm dẫn đến vàng da, đau sườn, mệt mỏi, chán ăn.

+ Người bệnh do cảm phải tà khí dịch lệ sinh ra nhiệt độc công phá bên trong làm cho phân vinh, huyết bị tổn thương.

1.3. CHỨNG TRẠNG CỦA HOÀNG ĐẢN

Bệnh viêm gan B được miêu tả trong chứng hoàng đản, hiệp thống của y học cổ truyền. Trên lâm sàng được chia làm 2 thể: cấp tính và mạn tính[35].

** Thể cấp tính*

- Thể vàng da: toàn thân vàng, sắc vàng sáng, đau mạn sườn phải, buồn nôn, ăn kém, đầy bụng, mệt mỏi, nước tiểu vàng sẫm, tiểu ít, hơi sợ lạnh, miệng đắng, rêu lưỡi vàng dính dày, mạch như sáp.

- Thể nặng: hoàng đản ngày càng nặng, sốt cao, trằn trọc, vật vã, có thể hôn mê co giật, có thể chảy máu, bụng đầy trướng, có khi có cổ trướng, chất lưỡi đỏ giáng, mạch huyền sáp.

- Thể không có vàng da: người mệt mỏi, vô lực, ăn kém, chậm tiêu, chán ăn, tiểu vàng, đại tiện táo, nát, rêu lưỡi dính trắng, hay vàng dính, mạch huyền sáp hay hoạt sáp.

** Thể mạn tính*

- Can nhiệt tỳ thấp: miệng đắng, không muốn ăn, bụng đầy chướng, ngực sườn đầy tức, miệng khô nhọt, đau nóng vùng gan, vùng da sắc tối, tiểu vàng táo, lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch huyền.

- Can uất, tỳ hư, khí trệ: mạng sườn phải đau, ngực sườn đau tức, miệng đắng, ăn kém, người mệt, đại tiện nát, chất lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng, mạch huyền.

- Can âm bị thương tổn: đầu choáng, hồi hộp, ngủ ít, hay mê, lòng bàn tay, bàn chân nóng, chất lưỡi đỏ, táo bón, nước tiểu vàng, mạch huyền sắc.

- Khí trệ huyết ứ: Sắc mặt tối sạm, môi thâm, lưỡi tím, lách to, người gầy, ăn kém, tuần hoàn bàng hệ ở bụng, đại tiện hay nát, nước tiểu vàng ít, chất lưỡi đỏ hoặc có điểm ứ huyết, rêu lưỡi vàng dính, mạch huyền sáp [21].

1.4. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG VIÊM GAN B

Virus viêm gan B lây truyền theo nhiều cách thức khác nhau nên các biện pháp phòng bệnh chung và phòng bệnh đặc hiệu đều có giá trị ngăn ngừa lây nhiễm HBV cũng như giảm nguy cơ mắc bệnh viêm gan B:

** Các biện pháp chung*

- Trước tiên cần thực hiện tốt an toàn truyền máu và các sản phẩm của máu. Sàng lọc viêm gan B bằng các xét nghiệm huyết thanh học, đặc biệt là phát hiện HBsAg ở tất cả những người cho máu là biện pháp chủ yếu nhằm giảm nguy cơ lây nhiễm HBV qua đường máu và sử dụng các chế phẩm từ máu.

- Thực hiện tốt vô trùng, tiệt trùng các dụng cụ y tế và các dụng cụ sắc nhọn xuyên chích qua da.

- Giáo dục, tập huấn cho nhân viên y tế và các đối tượng khác trong cộng đồng về nguy cơ lây nhiễm với virus viêm gan B. Tư vấn các biện pháp tự phòng tránh như sử dụng các dụng cụ bảo hộ lao động đối với nhân viên y tế khi tiếp xúc với bệnh nhân và thực hiện các hành vi tình dục an toàn, sử dụng bơm kim tiêm một lần.

- Các biện pháp dự phòng chung chủ yếu phòng lây nhiễm HBV cho các đối tượng có nguy cơ cao, tuy nhiên có thể dự phòng rộng rãi và lâu dài cho cả cộng đồng thì các biện pháp phòng bệnh đặc hiệu như tiêm phòng vắc xin và globulin miễn dịch viêm gan B là hết sức cần thiết.

** Phòng bệnh thụ động bằng Globulin miễn dịch*

Người ta thấy rằng miễn dịch thụ động có thể giúp cho việc dự phòng viêm gan B cấp nếu được sử dụng ngay sau khi phơi nhiễm. Các Globulin miễn dịch được sử dụng rộng rãi trước khi có vắc xin nhất là các Globulin chống viêm gan B (HBIG). Globulin này được chỉ định sử dụng sau khi phơi nhiễm trong các bối cảnh như: phòng lây từ mẹ sang con, phòng lây sau khi tiếp xúc với máu qua da và niêm mạc. HBIG phải dùng sớm sau khi phơi nhiễm ngay có thể và thường trong vòng 48h, không quá 7 ngày. Thường dùng 2-3 liều và cách nhau 30 ngày [18]. HBIG cũng được sử dụng để bảo vệ tránh bị viêm gan B tái phát sau khi ghép gan. Một trong những chỉ định chính của HBIG là phòng lây HBV từ mẹ sang con nhất là khi mẹ có HBsAg (+) và HBeAg (+). Nếu không điều trị, 70 – 90% trẻ em sinh ra từ người mẹ có HBeAg (+) sẽ bị nhiễm HBV. HBIG được tiêm một liều cơ bản ngay sau khi sinh có thể bảo vệ đứa trẻ trong năm đầu.

** Phòng bệnh chủ động*

Một trong những biện pháp dự phòng hiệu quả nhất để phòng bệnh viêm gan B là sử dụng vaccin dự phòng. Vaccin phòng viêm gan virus B có khả năng giảm tỷ lệ mắc bệnh viêm gan B cấp, hạn chế những hậu quả của viêm gan virus B như xơ gan và ung thư gan nguyên phát. Ở những nước có tỷ lệ lưu hành cao như Châu Á và Châu Phi phần lớn nhiễm HBV xảy ra ở thời kỳ chu sinh và thơ ấu, do vậy ưu tiên hàng đầu trong tiêm phòng vắc xin viêm gan B là cho nhũ nhi và trẻ nhỏ. Chiến lược này có khả năng làm giảm 90% tình trạng mang virus, đồng thời sẽ loại bỏ được phần lớn ung thư gan là loại ung thư phổ biến nhất ở nam giới và thường gặp trên người mang HBV mạn [38], [58]. Chính vì vậy, miễn dịch cho trẻ là chiến lược chủ yếu để kiểm soát lâu dài đối với HBV. Để tiến tới khống chế và thanh toán nhiễm HBV ở trong một nước cũng như trên toàn thế giới thì việc tiêm phòng vắc xin viêm gan B phải là

chương trình tiêm chủng Quốc gia của từng nước. Ở Việt Nam, vắc xin VGB từ huyết tương người sản xuất tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương đã được Bộ Y tế cho phép đưa ra sử dụng rộng rãi để phòng bệnh viêm gan B cho trẻ em trong Chương trình Quốc gia Tiêm chủng mở rộng từ năm 1997.

1.5. TÌNH HÌNH NHIỄM VIRUS VIÊM GAN B TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM

1.5.1. Trên thế giới

Viêm gan B là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm ở người do virus viêm gan B gây ra, có thể gây viêm gan cấp tính và mạn tính. Dù đã có vắc xin dự phòng hiệu quả từ năm 1982, mỗi năm vẫn có khoảng 600 nghìn ca tử vong trên thế giới do viêm gan B [49], [57]. Nhiều nghiên cứu cho rằng tại Châu Á và Châu Phi có tỷ lệ người mang HBsAg mạn tính cao nhất thế giới (5- 10%) và khoảng 20- 30% số này trở thành viêm gan mạn tính trước khi dẫn đến tử vong do suy gan, xơ gan và ung thư gan. Có đến 90% trẻ sơ sinh, 30 - 50% trẻ từ 1- 5 tuổi và chỉ 5 - 10% người lớn bị nhiễm virus viêm gan B trở thành người mang virus mạn tính [3]

Trên cơ sở điều tra huyết thanh học các dấu ấn miễn dịch của virus viêm gan B đặc biệt là HBsAg, mức độ nhiễm virus viêm gan B được chia thành 3 mức độ khác nhau: cao, trung bình, thấp. Vùng dịch lưu hành cao: hầu hết các nước ở khu vực châu Á và châu Phi ,phương thức lây truyền chính là từ mẹ sang con.Vùng lưu hành dịch trung bình bao gồm các nước Ấn Độ, Nam và Trung Mỹ: Phương thức lây truyền tại đây rất đa dạng, xảy ra ở tất cả các lứa tuổi từ trẻ sơ sinh đến người lớn. Trường hợp nhiễm cấp virus viêm gan B phần lớn xảy ra ở lứa tuổi thanh niên và người lớn. Vùng lưu hành thấp bao gồm các nước như Mỹ, Canada, Tây Âu, Úc..., tại vùng này sự lây nhiễm chủ yếu xảy ra ở người lớn liên quan đến tuổi hoạt động tình dục [10], [27].

1.5.2. Tại Việt Nam

Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B cao trong quần thể dân cư nói chung và chịu hậu quả nặng nề do nhiễm virus viêm gan gây nên. Kết quả nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ nhiễm virút viêm gan B từ 15 - 25%. Hàng năm có khoảng 20000 người mắc viêm gan và tỷ lệ tử vong là 0,7 – 0,8% [31].

Tần suất mang HBsAg tăng cao ở lứa tuổi trưởng thành, ở nam cao hơn ở nữ và có liên quan đến nghề nghiệp, đến mức độ phơi nhiễm. Theo nghiên cứu của Phạm Song và cộng sự (2003), tỉ lệ mang HBsAg ở những người không mắc bệnh gan từ 6-14%. Nguyễn Mai Anh và cộng sự (2000) đã cho kết quả có HBsAg từ 8,8 - 16,4% trên tổng số 5634 mẫu máu được thu thập ở nhiều tỉnh miền Bắc, tỉ lệ nam nhiễm 14,6%, nữ nhiễm 8,5%. Huỳnh Thị Mỹ Phụng và cộng sự (2014) tỷ lệ HBsAg(+) ở thai phụ đến sinh tại Bệnh viện Phụ sản Tiền Giang là 14,66%.

Cán bộ y tế làm công tác điều trị và xét nghiệm thường xuyên tiếp xúc với máu và các sản phẩm của máu bệnh nhân nên rất dễ bị lây nhiễm virút viêm gan B. Đặc biệt, cán bộ y tế làm việc trong các cơ sở điều trị với điều kiện làm việc còn rất nhiều khó khăn, hơn nữa nhận thức phòng bệnh lây theo đường máu còn theo khảo sát tình trạng nhiễm virus VGB ở nhân viên Bệnh viện nhân dân Gia Định của Võ Hồng Minh Công và CS [8]: có tới 97,2% nhân viên y tế và gia đình không quan tâm đến vấn đề tầm soát virus viêm gan B, chỉ có 2,9% nhân viên biết người thân nhiễm virus viêm gan B, nhân viên y tế tiêm vaccin phòng viêm gan B trước khi đi làm là 13,8% và đạt kết quả tạo kháng thể chống được virus viêm gan B là 12,8%. Tỷ lệ mang kháng nguyên bề mặt (HBsAg) là 6,0%.

Qua các kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi thấy tỷ lệ nhiễm HBV có sự khác biệt giữa các đối tượng, địa điểm nghiên cứu và dao động từ 8,5% đến 26%.

Trong các nghiên cứu trên ít đề cập đến các đối tượng là sinh viên ngành Y học cổ truyền, đặc biệt ở đối tượng sinh viên của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam. Chính vì vậy, tôi tiến hành đề tài này nhằm góp phần vào việc phòng chống bệnh có hiệu quả.

1.6. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU VỀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH VIÊM GAN B TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM

1.6.1. Trên thế giới

Hiện nay, trên thế giới và trong nước đã có rất nhiều nghiên cứu về các dấu ấn miễn dịch HBV trên nhiều đối tượng khác nhau.

Lingao A.L., nghiên cứu cho thấy tỷ lệ HBsAg (+) ở người Philipin là 12%, tỷ lệ nhiễm HBV là 58%. Qi - Min Tao và cộng sự điều tra cho thấy tỷ lệ mang HBsAg ở người dân ở Trung Quốc là 4,6%, tỷ lệ nhiễm HBV là 43,9%. Theo Guan R. và cộng sự tỷ lệ mang HBsAg trong nhóm bệnh nhân viêm gan cấp tại Mỹ là 37%. Hadler và cộng sự cho thấy ở những nước phát triển tỷ lệ nhân viên y tế có nguy cơ nhiễm HBV cao hơn từ 2 đến 10 lần so với cộng đồng chung. Nghiên cứu trong nhân viên y tế tại Brazil tác giả Fernandes-JV công bố năm 1999 cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV trong nhóm kỹ thuật viên là 24,8%, y tá là 23,6%, nhóm bác sỹ là 20,8%, hộ lý là 18,2%.. .

Nghiên cứu mô tả cắt ngang của Mesfm YM và Kibret KT, năm 2013, ở Đại học Haramaya, Ethiopia về mô tả kiến thức và thực hành phòng bệnh VGB 11 trên 322 sinh viên y khoa. Kết quả của nghiên cứu chỉ ra rằng đa số sinh viên không được tiêm chủng đầy đủ chống lại bệnh VGB chiếm 95.3 %. Nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa kiến thức thực hành [51].

Nghiên cứu giáo dục kiến thức phòng chống viêm gan B và được kiểm tra sàng lọc máu về bệnh viêm gan B của 9 cộng đồng châu Á ở hạt Montgomery giữa 2005 và 2006. Kết quả hơn 800 người Mỹ gốc Châu Á tham gia nghiên cứu về phòng bệnh viêm gan B đã được cải thiện rõ sau khi dự các buổi giáo dục kiến thức phòng bệnh.

Chương trình tiêm chủng vaccin viêm gan B phổ biến rộng khắp toàn quốc lần đầu tiên cho trẻ em đã được thực hiện ở Đài Loan vào tháng 7/1984. Sau 20 năm người ta đã thực hiện điều tra dịch tễ về huyết thanh vào năm 1989, 1994, 1999, 2004. Kết quả tỷ lệ HbsAg giảm từ khoảng 10% xuống 0,6% ở những trẻ dưới 15 tuổi [23].

1.6.2. Ở Việt Nam

Phạm Song, Trần Văn Bé và Viên Chinh Chiến điều tra ở Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh và Nha Trang cho thấy nhân viên y tế có tỷ lệ HBsAg (+) từ 17,3-26,3%. Phụ nữ có thai tại Hải Phòng theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Nga tỷ lệ HBsAg (+) là 12,59% [28]. Vũ Hồng Cương điều tra tại Thanh Hoá người dân có tỷ lệ HBsAg (+) là 14,75%, tỷ lệ nhiễm HBV là 52,46% [9]. Nghiên cứu của Đỗ Quốc Tiệp và Trần Minh Hậu về tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B của nhân viên y tế ở 3 bệnh viện huyện tỉnh Quảng Bình năm 2012 cho thấy tỷ lệ nhiễm là 13,9% [33].

Một nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh viêm gan B được thực hiện trên 373 bệnh nhân đến khám tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Phước. Kết quả cho thấy bệnh nhân có kiến thức đúng sẽ có thực hành đúng gấp 3,65 lần so với bệnh nhân không có kiến thức đúng [41].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Vinh (2007), mô tả kiến thức, thái độ và thực hành về phòng bệnh VGB trên 384 đối tượng sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Nông nghiệp Hà Nội và xác định một số yếu tố liên quan đến lây nhiễm virus VGB. Kết quả nghiên cứu cho thấy 66,7% sinh viên có kiến thức đạt, về thái độ tích cực (92,1%), tỷ lệ sinh viên thực hành đúng (60,2%), nhưng tỷ lệ tiêm phòng và xét nghiệm viêm gan thấp chiếm 32,6% và 31,5%; kênh thông tin có hiệu quả đối với sinh viên là loa đài, sách báo, vô tuyến, nhân viên y tế; nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa truyền thông và kiến thức, số sinh viên được truyền thông có kiến thức đạt cao gấp 7,7 lần sinh viên không được truyền thông [40].

Một mô hình can thiệp được thực hiện ở tỉnh Hải Dương từ tháng 6/2000 đến 1/2003 điều tra 500 hộ gia đình với 585 người. Kết quả có thay đổi rõ sau can thiệp: 86,7% người đã biết về bệnh viêm gan B qua nghe truyền thông bằng tờ rơi, nghe đài phát thanh xã; 79%, 79,5%, 76,5% trả lời bệnh có thể gây ung thư, xơ gan và bệnh dễ lây hơn HIV [40].

CHƯƠNG 2

ĐỊA ĐIỂM, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

- Địa điểm: Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam
- Thời gian: Từ năm 2018 - 2019.

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.2.1. Xác định thực trạng nhiễm và kiến thức, thực hành về bệnh viêm gan B.

Tiêu chuẩn chọn

- Những người tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu
- Sinh viên đang học năm thứ nhất (2018 – 2019) Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những người không đồng ý nghiên cứu, đối tượng không đồng ý cung cấp thông tin
- Những người bị bệnh cấp tính: viêm cầu thận cấp, sốt virus, mày đay..

2.2.2. Khảo sát một số chỉ số cận lâm sàng với mối liên quan các chứng trạng y học cổ truyền ở đối tượng nhiễm HBV.

Các đối tượng đã được xác định có nhiễm virus viêm gan B thông qua xét nghiệm.

2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả với điều tra cắt ngang có phân tích

2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Xác định thực trạng nhiễm và kiến thức, thực hành về bệnh viêm gan B:

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu mô tả cắt ngang

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu cần cho nghiên cứu

Z là hệ số tin cậy được lấy dựa vào ngưỡng xác suất α . Trong đề tài này ngưỡng xác suất α được lấy là 0,05 tương đương với $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

p là tỷ lệ nhiễm VGB.

d là sai số mong muốn, d được ước tính bằng 0,05

Thay các giá trị vào công thức trên ta tính được $n=384$. Để tăng độ tin cậy, chúng tôi nhân cỡ mẫu với 2. Như vậy số đối tượng tối thiểu cần nghiên cứu 768 sinh viên. Trên thực tế, chúng tôi nghiên cứu 807 đối tượng đạt tiêu chuẩn nghiên cứu.

Chọn mẫu:

Chọn mẫu chủ đích là sinh viên năm thứ nhất năm học 2018 -2019 của Học viện.

- Khảo sát một số chỉ số cận lâm sàng với mối liên quan các chứng trạng y học cổ truyền ở đối tượng nhiễm HBV:

Chọn toàn bộ các đối tượng đã được xác định có nhiễm virus VGB thông qua xét nghiệm. Như vậy 72 đối tượng có nhiễm virus VGB được kiểm tra phát hiện các chứng trạng y học cổ truyền và một số chỉ số cận lâm sàng.

2.3.3. Cách thức tiến hành nghiên cứu

- Để xác định tỷ lệ nhiễm và kiến thức, thực hành về bệnh viêm gan B sinh viên năm thứ nhất (2018-2019) tại Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam:

+ Tất cả đối tượng NC đều được lấy máu XN xác định nhiễm HBV (tìm HBsAg và anti HBc bằng test chẩn đoán nhanh) rồi ghi vào phiếu kết quả (phụ lục 1 kèm theo).

+ Các đối tượng tham gia xét nghiệm máu được tiến hành phỏng vấn độc lập với phiếu KAP (đánh giá kiến thức, thực hành về bệnh viêm gan B)(phụ lục 2 kèm theo).

- Để khảo sát một số chỉ số cận lâm sàng với mối liên quan các chứng trạng y học cổ truyền ở đối tượng nhiễm HBV:

+ Tất cả các đối tượng nhiễm HBV đã được thăm khám thông qua tứ chẩn (vọng, vãn, vấn, thiết) để phát hiện các chứng trạng: Sắc vàng; rêu lưỡi vàng/chất lưỡi đỏ; chất lưỡi nhạt/rêu trắng mỏng; tiểu sẫm màu; đắng miệng; đau tức vùng gan; mệt mỏi; nôn, buồn nôn; đầy bụng; ăn kém; mạch huyền/huyền sắc (phụ lục 3 kèm theo).

+ Các đối tượng nhiễm HBV được lấy máu xét nghiệm định lượng ALT, AST, Billirubin, Albumin, HBV-DNA.

2.3.4. Phương pháp thu thập số liệu

2.3.4.1. Người thu thập thông tin

Với người lấy máu xét nghiệm: cán bộ nghiên cứu kết hợp khoa xét nghiệm BV Tuệ Tĩnh - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, là những người đã được đào tạo, có bằng cấp chuyên môn và kinh nghiệm trong việc lấy mẫu máu xét nghiệm.

Với điều tra viên thực hiện phỏng vấn: các điều tra viên là cán bộ nghiên cứu của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã được tập huấn đầy đủ về mục đích điều tra, kỹ năng làm việc nhóm, kỹ năng phỏng vấn và điều tra đối tượng sinh viên.

Với bác sĩ lâm sàng: có văn bằng chuyên môn và kinh nghiệm trong việc thăm khám trực tiếp trên đối tượng.

2.3.4.2. Các kỹ thuật thu thập thông tin

* *Phỏng vấn trực tiếp:*

- Công cụ: Bộ phiếu phỏng vấn KAP (phụ lục 2 kèm theo). Bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên mục tiêu nghiên cứu theo tài liệu hướng dẫn của Bộ y tế

về kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống lây nhiễm HBV, đồng thời tham khảo bộ câu hỏi của các nghiên cứu về phòng chống lây nhiễm HBV trước đây.

- Cách tiến hành: các điều tra viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp các đối tượng tự nguyện tham gia và đã thực hiện các xét nghiệm máu (phụ lục 1) theo Bộ câu hỏi có sẵn, giải thích kỹ các nội dung của bảng hỏi và hướng dẫn các vấn đề liên quan đến bảng hỏi. Sau khi điều tra viên nộp phiếu điều tra cho nhóm nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu kiểm tra phiếu điều tra về số, chất lượng bộ câu hỏi và kiểm tra xác suất 10% số phiếu đã điều tra, nếu không đạt yêu cầu điều tra viên đó làm lại.

** Xét nghiệm:*

- Công cụ:

+ Bộ lấy máu (Bơm tiêm dùng một lần loại 5ml, bông cồn sát trùng,...)

+ Ống nghiệm

+ Ống ly tâm, pipet

+ Máy ly tâm Hitachi CT6E

+ Bộ test thử nhanh HBsAg và anti-HBc total

+ Hệ thống máy phân tích hóa sinh

+ Hệ thống máy Real time PCR System

- Kỹ thuật xét nghiệm máu:

+ Các bước tiến hành

- Đưa các dụng cụ, vật liệu về nhiệt độ phòng trước khi dùng 5-10 phút

- Dùng bơm tiêm lấy 3ml máu

- Để máu đông, ly tâm 3000 vòng/phút trong 3 phút

- Dùng pipet Sartorius hút lấy phần huyết thanh vào ống nghiệm

- Lấy test thử ra khỏi bao, ghi tên và các thông tin cần thiết

- Cắm que thử vào ống nghiệm theo chiều mũi tên

- Đọc kết quả sau 10 -20 phút

+ Kỹ thuật chẩn đoán nhanh HBsAg: là kỹ thuật sắc ký miễn dịch

- Test thử nhanh HBsAg (hàng Determine của hãng Inverness Medical Japan Co., Ltd) với độ nhạy: 95.16%, độ đặc hiệu: 99.95%

- Đánh giá kết quả:

Trên que thử xuất hiện 2 vạch hồng trên C và T: dương tính (+)

Trên que thử xuất hiện 1 vạch hồng trên C : âm tính (-)

Trên que thử xuất hiện 1 vạch trên T/ không xuất hiện: xem lại chất lượng test



Hình 2.1. Cách đọc test HBsAg

+ Kỹ thuật chẩn đoán nhanh Anti-HBc: là kỹ thuật sắc ký miễn dịch

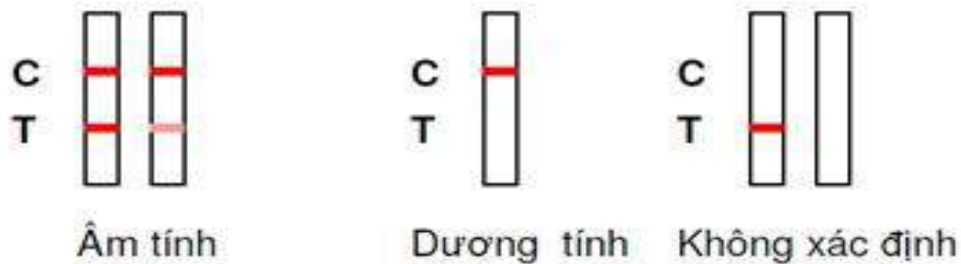
- Test thử nhanh Anti-HBc (hàng ACON của Mỹ) với độ nhạy 96,3%, độ đặc hiệu: 96,8%

- Đánh giá kết quả:

Trên que thử xuất hiện hai vạch hồng trên khuôn C và T: Âm tính (-).

Trên que thử xuất hiện một vạch hồng trên khuôn C: dương tính (+)

Không có vạch nào xuất hiện/ 1 vạch trên T: xem lại chất lượng test



Hình 2.2. Cách đọc test Anti-HBc

Tiêu chuẩn chẩn đoán bị nhiễm virus viêm gan B trong đề tài này sẽ có một trong 3 trường hợp sau [3]:

- HBsAg (+), anti HBc (-) hoặc
- HBsAg (-), nhưng có anti HBc (+) hoặc
- HBsAg (+) và anti HBc (+)

+ Định lượng HBV DNA: Sử dụng phương pháp Realtime PCR, Định lượng nhờ các chứng âm, 4 chuẩn dương phát hiện cùng mẫu. Probe đánh dấu huỳnh quang FAM để phát hiện HBV-DNA, Probe đánh dấu huỳnh quang JOE phát hiện chứng nội tại được tách chiết cùng. Ngưỡng phát hiện của kỹ thuật là 50 copies/ml

+ Định lượng Albumin, ALT, AST, Billirun: bằng hệ thống máy phân tích hóa sinh

* *Thăm khám*

- Công cụ: Phiếu ghi nhận chứng trạng (phụ lục 3).

- Thông qua tứ chẩn: vọng, văn, vấn, thiết, bác sĩ tiến hành thăm khám trực tiếp rồi ghi kết quả vào phiếu.

2.4. CÁC BIẾN SỐ, CHỈ SỐ TRONG NGHIÊN CỨU

Mục tiêu	Biến số	Chỉ số	Phương pháp thu thập
Mục tiêu 1: Thực trạng nhiễm và kiến thức, thực hành	<i>Giới tính</i>	Tỷ lệ nam/nữ	Phỏng vấn bằng bảng hỏi
	<i>Tỷ lệ nhiễm</i>	- Tỷ lệ có HbsAg (+) - Tỷ lệ có anti HBc (+) - Tỷ lệ nhiễm HBV	Kết quả xét nghiệm

	Kiến thức			
	<p><i>Nguyên nhân gây bệnh viêm gan B</i></p> <p><i>Biểu hiện của bệnh viêm gan B</i></p> <p><i>Đường lây truyền bệnh viêm gan B</i></p> <p><i>Biến chứng của bệnh viêm gan B</i></p> <p><i>Các biện pháp phòng chống bệnh viêm gan B</i></p>	<p>Tỷ lệ có kiến thức đúng về nguyên nhân gây bệnh</p> <p>Tỷ lệ biết đúng về các biểu hiện của bệnh</p> <p>Tỷ lệ biết đúng về đường lây truyền bệnh</p> <p>Tỷ lệ biết đúng về biến chứng của bệnh</p> <p>Tỷ lệ biết hoặc có kiến thức đúng về biện pháp phòng chống viêm gan B</p> <p>Tỷ lệ đối tượng biết về có vaccin phòng viêm gan B</p> <p>Tỷ lệ đối tượng biết về thời gian tốt nhất tiêm vaccin phòng bệnh viêm gan B</p>	<p>Phòng vấn bằng bảng hỏi</p>	
	Thực hành			
	<p><i>- Thực hành phòng chống bệnh</i></p>	<p>Tỷ lệ đối tượng chủ động xét nghiệm viêm gan B</p> <p>Tỷ lệ đối tượng đã tiêm vaccin viêm gan B</p>		

Mục tiêu 2: Chứng trạng và chỉ số cận lâm sàng	<i>Chỉ số cận lâm sàng</i>	Tỷ lệ có ALT tăng Tỷ lệ có AST tăng Tỷ lệ có billirubin tăng Tỷ lệ có Albumin giảm Tỷ lệ có tải lượng HBV-DNA trên ngưỡng	Kết quả xét nghiệm
	<i>Các chứng trạng</i>	Biểu hiện chứng trạng trên đối tượng nhiễm HBV Tỷ lệ đối tượng nhiễm có biểu hiện chứng trạng	Hỏi, thăm khám
	<i>Liên quan chứng trạng, sự xuất hiện kháng nguyên kháng thể với tải lượng HBV-DNA</i>	Phân bố các chứng trạng với sự xuất hiện kháng nguyên-kháng thể ở đối tượng nhiễm HBV Liên quan giữa tải lượng HBV-DNA với sự xuất hiện của KN-KT Liên quan tải lượng HBV-DNA với sự xuất hiện chứng trạng ở đối tượng nhiễm HBV	Kiểm định

2.5. CÁC KHÁI NIỆM VÀ CÁCH ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH

2.5.1. Các khái niệm

- Hiểu đúng: trả lời đúng câu hỏi kiến thức liên quan đến nguyên nhân gây bệnh viêm gan B, biểu hiện bệnh viêm gan B, các đường lây truyền viêm gan B, tác hại của bệnh, biến chứng của viêm gan B và các biện pháp phòng chống.

- Hiểu không đúng: Trả lời sai các câu hỏi kiến thức liên quan đến nguyên nhân gây bệnh viêm gan B, biểu hiện bệnh viêm gan B, các đường lây

truyền viêm gan B, tác hại của bệnh, biến chứng của viêm gan B và các biện pháp phòng chống.

- Thực hành đúng: đã tiêm phòng viêm gan B và thực hiện đầy đủ các biện pháp phòng tránh lây truyền viêm gan B.

- Thực hành chưa đúng: chưa tiêm phòng viêm gan B và thực hiện không đầy đủ các biện pháp phòng tránh lây truyền viêm gan B như: dùng chung dao cạo râu, không dùng các biện pháp bảo vệ khi tiêm truyền cho bệnh nhân...

2.5.2. Đánh giá về kiến thức phòng chống bệnh viêm gan B

- Kiến thức phòng chống bệnh viêm gan B được trình bày ở phần phụ lục bảng hỏi. Dựa vào kết quả trả lời các câu hỏi phỏng vấn của ĐTNC (phụ lục 2).

2.5.3. Đánh giá thực hành phòng chống bệnh viêm gan B:

- Thực hành phòng chống bệnh viêm gan B được trình bày ở phần phụ lục bảng hỏi. Dựa vào kết quả trả lời các câu hỏi phỏng vấn của ĐTNC (phụ lục 2).

2.6. SAI SỐ VÀ BIỆN PHÁP KHÓNG CHẾ SAI SỐ

Trong quá trình thực hiện đề tài nghiên cứu có thể gặp các loại sai số hệ thống, sai số ngẫu nhiên...từ thiết kế đến thu thập thông tin và phân tích số liệu. Do vậy, đề tài đã áp dụng các biện pháp sau đây để khắc phục các sai số có thể gặp phải trong quá trình điều tra.

+ Thiết kế bộ công cụ điều tra KAP theo đúng các mục tiêu nghiên cứu và có sự tham gia của các chuyên gia Dịch tễ học, Bệnh học viêm gan virus, Điều tra sức khỏe cộng đồng...

+ Lựa chọn các điều tra viên, xét nghiệm viên theo tiêu chuẩn đã đặt ra, đó là những người nhiệt tình, trung thực, có trách nhiệm và kỹ năng trong nghiên cứu, xét nghiệm

+ Để thông tin thu thập được chính xác, khách quan

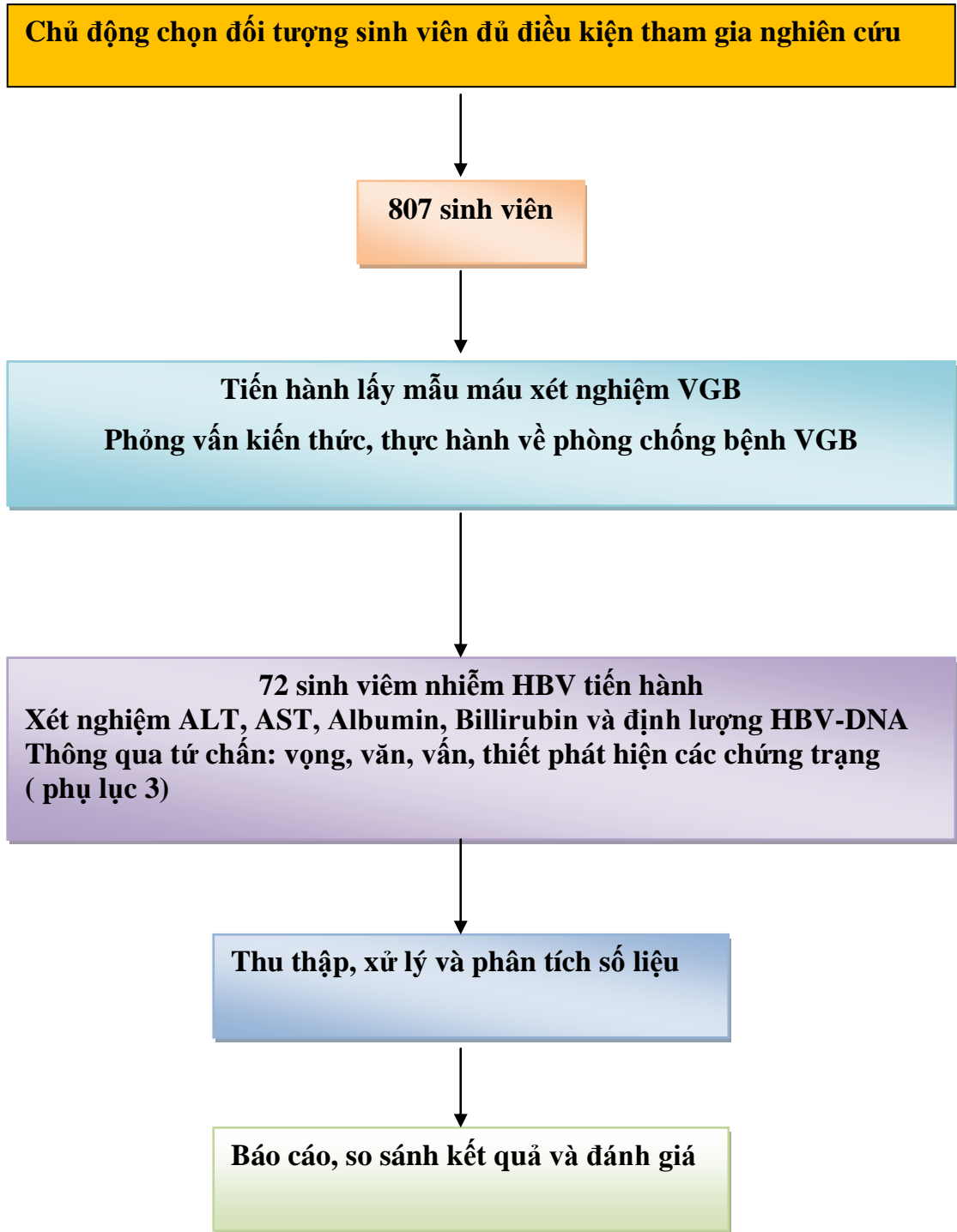
- + Trong quá trình xét nghiệm, đối tượng nào nghi ngờ làm lại lần 2.
- + Làm sạch số liệu trước khi nhập số liệu vào máy tính.
- + Các bác sĩ có kỹ năng, trình độ chuyên môn, khai thác kỹ càng, đánh giá chính xác không bỏ sót chứng trạng.

2.7. PHÂN TÍCH VÀ XỬ LÝ SỐ LIỆU

- Số liệu sau khi thu thập sẽ được xử lý bằng phương pháp thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 22
- Áp dụng các phương pháp phân tích thống kê mô tả kiến thức, thực hành phòng chống bệnh viêm gan B cho các bảng phân bố tần số, tính tỷ số chênh (OR), χ^2 và các phương pháp phân tích hồi qui đa biến để xác định mối liên quan.

2.8. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Các đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu trên cơ sở hiểu rõ mục tiêu nghiên cứu.
- Các thông tin về xét nghiệm và phỏng vấn của các đối tượng đều được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.
- Bộ câu hỏi không có các vấn đề nhạy cảm, riêng tư nên không ảnh hưởng đến tâm lý và sức khỏe của ĐTNC. Trước khi trả lời ĐTNC đã được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và có sự chấp thuận tham gia, trường hợp nếu thấy không thích hợp, ĐTNC có thể từ chối không tham gia.
- Kết quả nghiên cứu đảm bảo tính khách quan và trung thực.
- Tư vấn cho các đối tượng về các biện pháp phòng bệnh viêm gan virus.
- Tư vấn cho đối tượng nghiên cứu nếu xét nghiệm dương tính.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THỰC TRẠNG NHIỄM VÀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	233	28,9
Nữ	574	71,1
Tổng số	807	100

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Trong số 807 số đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ nam chiếm 28,9%, tỉ lệ nữ cao hơn nam chiếm 71,1%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ HBsAg(+) ở đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới tính	Số mẫu	HBsAg (+)		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	
Nam	233	11	4,7	> 0,05
Nữ	574	30	5,2	
Tổng	807	41	5,1	

Theo kết quả bảng 3.2 cho thấy nghiên cứu trên tổng 807 sinh viên tỷ lệ HBsAg(+) chung là 5,1% trong đó nữ là 5,2% cao hơn so với nam là 4,7%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.3. Tỷ lệ Anti HBc(+) ở các đối tượng nghiên cứu theo giới

Đối tượng nghiên cứu	Số mẫu	Anti HBc (+)		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	
Nam	233	12	5,2	> 0,05
Nữ	574	48	8,4	
Tổng	807	60	7,3	

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Tỷ lệ Anti HBc(+) ở sinh viên là 7,3%, trong đó tỷ lệ Anti HBc(+) ở sinh viên nam thấp hơn sinh viên nữ (5,2% so với 8,4%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Tỷ lệ HBsAg(+) có anti HBc(+) ở đối tượng nghiên cứu

HBsAg	Anti HBc		Tổng
	Anti HBc (+)	Anti HBc (-)	
HBsAg (+)	29	12	41
HBsAg (-)	31	735	766
Tổng	60	747	807

Theo kết quả bảng 3.4 cho thấy: Trong số 41 sinh viên có HBsAg (+), thì có 29 sinh viên Anti HBc (+), còn lại có 12 sinh viên có HBsAg (+) nhưng Anti HBc (-), hoặc có 31 sinh viên Anti HBc (+), nhưng HBsAg (-).

Bảng 3.5. Tỷ lệ nhiễm HBV trong các đối tượng nghiên cứu

Nhiễm HBV	Số mẫu	Nhiễm HBV	
		Số lượng	Tỷ lệ %
HBsAg (+) và Anti HBc (+)	807	29	3,6
HBsAg (+) và Anti HBc (-)	807	12	1,5
HBsAg (-) và Anti HBc (+)	807	31	3,8
Tổng	807	72	8,9

Theo kết quả bảng 3.5 cho thấy: Trong 807 sinh viên năm thứ nhất của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam được xét nghiệm tìm HbsAg và Anti HBc, thì tỷ lệ nhiễm HBV (gồm HBsAg (+) và Anti HBc (+)/(-) và HBsAg (-) và Anti HBc (+)) ở sinh viên là 8,9%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ đối tượng hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh

Biết nguyên nhân gây viêm gan B	Nam(n=233)		Nữ(n=574)		Tổng	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Virus	154	66,1	392	68,3	546	67,7
Vi khuẩn	35	15	79	13,8	114	18,1
Ký sinh trùng, khác	42	18,1	105	18,3	147	14,2
P	> 0,05				807	100,0

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: Tỷ lệ sinh viên hiểu biết đúng về nguyên nhân gây bệnh viêm gan B do virút là 67,7%. Có 14,1% trả lời sai về nguyên nhân do vi khuẩn, tiếp đến là do ký sinh trùng hoặc nguyên nhân khác (côn trùng, hóa chất..) chiếm 18,2%. Giữa nam và nữ hiểu biết đúng về nguyên nhân do virus (66,1% so với 68,3%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 3.7. Tỷ lệ đối tượng hiểu biết đúng về triệu chứng* bệnh VGB

Hiểu biết về triệu chứng bệnh VGB	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Biết đúng => 2	149	63,9	378	65,9	527	65,3
Biết đúng 1	65	27,9	146	25,4	211	26,1
Không biết	19	8,2	50	8,7	69	8,6
P	> 0,05					
Tổng	233	100,0	574	100,0	807	100,0

* Vàng mắt, vàng da, mệt mỏi, chán ăn....

Kết quả bảng 3.7 cho thấy sinh viên hiểu biết đúng về biểu hiện bệnh với các triệu chứng chính đúng từ 2 trở lên (vàng mắt, vàng da...) là 65,3%; Biết đúng 1 triệu chứng là 26,1%. Vẫn còn 8,6% trả lời không đúng hoặc không biết dấu hiệu của bệnh. Giữa nam và nữ hiểu biết đúng từ 2 trở lên hoặc 1 triệu chứng bệnh viêm gan B (63,9% so với 65,9% và 27,9% so với 25,4%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 3.8. Tỷ lệ đối tượng biết về sự lây truyền bệnh viêm gan B

Lây truyền VGB	Nam		Nữ		Tổng		
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Có	194	83,3	498	86,8	692	85,7	
Không	18	7,7	35	6,1	53	6,6	
Không biết	21	9,0	41	7,1	62	7,7	
P	> 0,05						
Tổng	233	100,0	574	100,0	807	100,0	

Kết quả bảng 3.8 cho thấy sinh viên hiểu biết đúng về viêm gan B có lây truyền là 85,7%; không lây truyền được là 6,6% và số trả lời không biết có lây truyền được hay không là 7,7%. Sinh viên nam hiểu biết đúng VGB có lây truyền thấp hơn sinh viên nữ (83,3% so với 86,8%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 3.9. Tỷ lệ đối tượng biết số con đường lây bệnh VGB

Biết đường lây bệnh viêm gan B	Nam		Nữ		Tổng		
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Biết đúng =>2	162	83,5	401	80,5	563	81,4	
Biết đúng 1	22	11,3	64	12,9	86	12,4	
Không biết	10	5,2	33	6,6	43	6,2	
P	> 0,05						
Tổng	194	100,0	498	100,0	692	100,0	

Kết quả bảng 3.9 cho thấy: Trong số sinh viên hiểu biết đúng về VGB có lây truyền được, thì số biết từ 2 con đường lây truyền trở lên là 81,4%; Biết đúng 1 đường lây truyền là 12,4% và số trả lời không biết con đường nào là 6,2%. Giữa nam và nữ hiểu biết đúng từ 2 con đường lây truyền trở lên hoặc 1 đơn lẻ (83,5% so với 80,5% và 11,3% so với 12,9%), không có sự khác biệt, $p > 0,05$.

Bảng 3.10. Tỷ lệ đối tượng biết về biến chứng* của bệnh viêm gan B

Biến chứng của bệnh VGB	Nam		Nữ		Tổng		
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Biết đúng =>2	178	76,4	452	78,7	630	78,1	
Biết đúng 1	43	18,5	95	16,6	138	17,1	
Không biết	12	5,2	27	4,7	39	4,8	
P	> 0,05						
Tổng	233	100,0	574	100,0	807	100,0	

Biến chứng * = viêm gan mãn, xơ gan, ung thư gan

Theo kết quả bảng 3.10 cho thấy tỷ lệ sinh viên hiểu biết biến chứng của bệnh viêm gan B: Biết đúng từ 2 trở lên là 78,1%; Biết đúng 1 biến chứng đơn thuần 17,1% và vẫn còn 4,8% trả lời không biết. Giữa nam và nữ hiểu biết đúng từ 2 biến chứng trở lên hoặc 1 đơn lẻ (76,4% so với 78,7% và 18,5% so với 16,6%), không có sự khác biệt, $p > 0,05$.

Bảng 3.11. Tỷ lệ đối tượng biết về cách phòng bệnh viêm gan B

Biết cách phòng bệnh VGB	Nam		Nữ		Tổng		
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Biết đúng ≥ 2	201	86,3	496	86,4	697	86,4	
Biết đúng 1	20	8,6	43	7,5	63	7,8	
Không biết	12	5,2	35	6,1	47	5,8	
P	> 0,05						
Tổng	233	100,0	574	100,0	807	100,0	

Theo kết quả bảng 3.11 cho thấy tỷ lệ sinh viên hiểu biết cách phòng bệnh viêm gan B: Biết đúng từ 2 cách trở lên là 86,4%; Biết đúng 1 cách đơn thuần 7,8 % và vẫn còn 5,8% trả lời không biết.

Giữa nam và nữ hiểu biết đúng từ 2 cách phòng trở lên hoặc 1 đơn lẻ (86,3% so với 86,4% và 8,6% so với 7,5%), không có sự khác biệt, $p > 0,05$.

Bảng 3.12. Tỷ lệ đối tượng biết về có vaccin phòng bệnh viêm gan B

Vaccin phòng viêm gan B	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	757	93,8
Không/không biết	50	6,2
Tổng	807	100,0

Theo kết quả bảng 3.12 cho thấy đa số sinh viên biết về thông tin có vaccin phòng viêm gan B chiếm 93,8%; 6,2% không biết hoặc không có.

Bảng 3.13. Tỷ lệ đối tượng biết về thời gian tốt nhất tiêm vaccin phòng bệnh viêm gan B

Thời gian tốt nhất tiêm vaccin viêm gan B	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Hiểu biết đúng	463	57,4
Hiểu biết không đúng	151	18,7
Không biết	193	23,9
Tổng	807	100,0

Kết quả bảng 3.13 cho thấy: Tỷ lệ sinh viên hiểu biết thời gian tốt nhất tiêm vaccin phòng bệnh viêm gan B là ngay sau khi sinh chiếm tỷ lệ cao nhất 57,4%; và vẫn còn 23,9% trả lời không biết.

Bảng 3.14. Tỷ lệ đối tượng đã tiêm vaccin phòng bệnh viêm gan B

Tiêm vaccin	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Có	320	39,7
Không/ Không nhớ	478	60,3
Tổng	807	100

Kết quả bảng 3.14 cho thấy tỷ lệ sinh viên đã tiêm vaccin là 39,7%, còn lại không/không nhớ chiếm đa số là 60,3% tổng số sinh viên.

Bảng 3.15. Tỷ lệ đối tượng đã đi xét nghiệm viêm gan B

Đã đi xét nghiệm viêm gan B	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Có	310	38,4
Không/Không nhớ	497	61,6
Tổng	807	100,0

Theo kết quả bảng 3.15 cho thấy trong tổng số sinh viên chỉ có 38,4% đã đi xét nghiệm viêm gan B, còn lại đa số sinh viên (61,6%) chưa đi xét nghiệm.

3.2. CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG VỚI MỐI LIÊN QUAN CÁC CHỨNG TRẠNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Bảng 3.16. Định lượng AST ở đối tượng nhiễm HBV

AST	Số lượng	Tỷ lệ %
Bình thường	54	75,0
Tăng < 2 lần	17	23,6
Tăng 2-5 lần	1	1,4
Tăng > 5 lần	0	0,0
Tổng	72	100,0

Theo kết quả bảng cho thấy định lượng AST bình thường trên tổng số đối tượng nhiễm HBV là 75%, Tăng ít hơn 2 lần là 23,6%, từ 2-5 lần là 1,4% và không có sinh viên nào tăng trên 5 lần.

Bảng 3.17. Định lượng ALT ở đối tượng nhiễm HBV

ALT	Số lượng	Tỷ lệ %
Bình thường	63	87,5
Tăng < 2 lần	8	11,1
Tăng 2-5 lần	1	1,4
Tăng > 5 lần	0	0,0
Tổng	72	100,0

Kết quả bảng 3.17 cho thấy định lượng ALT ở đối tượng nhiễm HBV bình thường là 88,9%, tăng <2 lần là 9,7%, tăng 2-5 lần là 1,4% và không có trường hợp nào tăng >5 lần.

Bảng 3.18. Định lượng Billirubin ở đối tượng nhiễm HBV

Billirubin	Số lượng	Tỷ lệ %
Bình thường	69	95,8
Tăng	3	4,2
Tổng	72	100,0

Kết quả bảng 3.18 cho thấy định lượng Billirubin ở đối tượng nhiễm HBV đa số là bình thường chiếm 95,8%, tăng là 4,2%.

Bảng 3.19. Định lượng Albumin ở đối tượng nhiễm HBV

Albumin	Số lượng	Tỷ lệ %
Bình thường	72	100,0
Giảm	0	0,0
Tổng	72	100,0

Kết quả bảng 3.19 cho thấy định lượng albumin trên các đối tượng nhiễm HBV không phát hiện bất cứ trường hợp nào có chỉ số bất thường

Bảng 3.20. Định lượng HBV-DNA ở đối tượng nhiễm HBV

HBV-DNA	Số lượng	Tỷ lệ %
Dưới ngưỡng	36	50,0
$< 10^5$	20	27,8
$\geq 10^5$	16	22,2
Tổng	72	100,0

Theo kết quả bảng 3.20 cho thấy có 50% đối tượng nhiễm HBV định lượng HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện; 27,8% đối tượng có tải lượng HBV-DNA $< 10^5$, 22,2% có tải lượng HBV-DNA cao $\geq 10^5$.

Bảng 3.21. Liên quan giữa tải lượng HBV-DNA với sự xuất hiện của kháng nguyên-kháng thể

Nhiễm HBV	Dưới ngưỡng		Trên ngưỡng		Tổng	p
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %		
HbsAg(+) hoặc Anti Hbc(+)	34	94,4	9	25	43	<0,05
HbsAg(+) và Anti Hbc(+)	2	5,6	27	75	29	
Tổng	36	100,0	36	100,0	72	

Theo kết quả bảng 3.21 cho thấy tỷ lệ sinh viên có HbsAg(+) và Anti Hbc(+) có tỷ lệ HBV-DNA trên ngưỡng cao hơn sinh viên chỉ có 1 trong 2 kháng nguyên hoặc kháng thể dương tính (75% so với 25%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.22. Biểu hiện các chứng trạng trên đối tượng nhiễm HBV

Chứng trạng	Đối tượng nhiễm HBV	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Da sắc vàng	16	22,2
Rêu lưỡi vàng/ chất lưỡi đỏ	13	18,1
Chất lưỡi nhạt/rêu trắng mỏng	17	23,6
Nước tiểu sẫm màu	8	11,1
Miệng đắng	12	16,7
Đau tức vùng gan	5	6,9
Mệt mỏi	24	33,3
Nôn, buồn nôn	4	5,6
Đầy bụng	14	19,4
Ăn kém	20	27,8
Mạch huyền/huyền sắc	38	52,8

Theo kết quả bảng 3.22 cho thấy các chứng trạng thường xuất hiện: Chất lưỡi nhạt/rêu trắng mỏng (23,6%), mệt mỏi (33,3%), ăn kém (27,8%), Mạch huyền/huyền sắc (52,8%)

Bảng 3.23. Phân bố các chứng trạng với sự xuất hiện của kháng nguyên - kháng thể ở đối tượng nhiễm HBV

Chứng trạng	HbsAg(+) và Anti Hbc(-)		HbsAg (-) và Anti Hbc(+)		HbsAg(+) và Anti Hbc(+)	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Sắc vàng	5	6,9	1	1,4	10	13,9
Rêu lưỡi vàng/chất lưỡi đỏ	4	5,6	0	0,0	9	12,5
Rêu trắng mỏng/chất nhạt	2	2,8	7	9,7	8	11,1
Nước tiểu sẫm màu	1	1,4	1	1,4	6	8,3
Miệng đắng	1	1,4	2	2,8	9	12,5
Đau tức vùng gan	1	1,4	1	1,4	3	4,2
Mệt mỏi	6	8,3	7	9,7	11	15,3
Nôn, buồn nôn	0	0,0	1	1,4	3	4,2
Đầy bụng	3	4,2	2	2,8	9	12,5
Ăn kém	5	6,9	9	12,5	6	8,3
Mạch huyền/huyền sắc	8	11,1	10	13,9	20	27,8

Theo kết quả: tỷ lệ xuất hiện chứng trạng ở đối tượng có HbsAg(+) và Anti Hbc(+) cao hơn đối tượng chỉ có HbsAg(+) hoặc Anti Hbc(+)

Bảng 3.24. Tỷ lệ đối tượng nhiễm HBV có biểu hiện chứng trạng

Chứng trạng	Số lượng	Tỷ lệ %
Không	10	13,9
1 chứng trạng	12	16,7
≥ 2 chứng trạng	50	69,4
Tổng	72	100,0

Theo kết quả bảng cho thấy trong tổng số sinh viên nhiễm HBV, tỷ lệ sinh viên xuất hiện chứng trạng là 86,1% (trong đó từ 2 chứng trạng trở lên là 69,4%, chỉ có 1 là 16,7%), tỷ lệ không phát hiện chứng trạng là 13,9%.

Bảng 3.25. Liên quan giữa tải lượng HBV-DNA với sự xuất hiện chứng trạng ở đối tượng nhiễm HBV

Chứng trạng	Dưới ngưỡng		Trên ngưỡng		Tổng	OR/CI 95%	p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %			
Không	9	25	1	2,8	10	11,7	p<0,05
Có	27	75	35	97,2	62		
Tổng	36	50	36	50	72		

Theo kết quả bảng 3.25 cho thấy nhóm sinh viên xuất hiện chứng trạng có tỷ lệ HBV_DNA trên ngưỡng cao hơn nhóm sinh viên không xuất hiện chứng trạng (97,2% so với 2,8%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Sinh viên có xuất hiện chứng trạng có tỷ lệ HBV-DNA trên ngưỡng cao gấp 11,7 lần sinh viên không xuất hiện chứng trạng.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Qua kết quả điều tra trên 807 sinh viên năm thứ nhất (năm học 2018-2019) của Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam về tình hình nhiễm virus viêm gan B và yếu tố liên quan viêm gan vi rút B cho thấy:

4.1. TỶ LỆ NHIỄM VIRUS VIÊM GAN B VÀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ BỆNH VIÊM GAN B Ở ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.

4.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỉ lệ nữ cao hơn nam chiếm 71,1%; tỷ lệ nam chiếm 28,9%. Đây là đặc điểm chung của các trường ngành Y Dược luôn có tỷ lệ sinh viên nữ nhiều hơn sinh viên nam. Kết quả của các nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ sinh viên nữ chiếm đa số: Nghiên cứu của Trần Tuấn Kiệt (2013) trên HSSV trường Cao đẳng Y tế Đồng Nai nữ giới chiếm 82,3% [22]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Vi (2013) trên học sinh điều dưỡng năm nhất trường Trung cấp Y Dược Phạm Ngọc Thạch nữ giới chiếm 68,8% [39]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với một số tác giả trong nước và nghiên cứu trên thế giới. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng: Tuổi nhiễm bệnh viêm gan B càng nhỏ thì nguy cơ tổn thương và ung thư gan lúc trưởng thành càng cao. Tuy nhiên, sự phân bố tuổi tác, giới tính mắc viêm gan B là tùy vào nhóm đối tượng nghiên cứu và cách chọn mẫu nghiên cứu.

4.1.2. Tỷ lệ HBsAg (+) ở các đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ HBsAg (+) chung là 5,1%, trong đó tỷ lệ HBsAg (+) ở sinh viên nam giới thấp hơn sinh viên nữ giới (4,7% so với 5,2 %), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả Nguyễn Đình Ứng và CS nghiên cứu trên đối tượng thuộc 3 nhóm: nhân viên y tế, người dân, người nghiện chích ma túy/gái mại dâm (7,3%) [37]; Nguyễn Quang Tập (2007) nghiên cứu trên nhân viên y tế bệnh viện Tiên Lãng (8,1%) [32]; Phạm Anh Bính và CS (2004) nghiên cứu trên đối tượng học sinh, sinh viên hiến máu nhân đạo tại Bệnh viện 103 (9,25%) [7]; Trần Văn Bé (1991) nghiên cứu trên các đối tượng tại TP. Hồ Chí Minh (11,4%) [5]; Đường Công Lự và CS (2000) nghiên cứu trên cộng đồng dân cư tại Hà Tĩnh (12,35%) [24]; Nguyễn Thị Yên và CS (2007) nghiên cứu trên đối tượng ngư dân đánh bắt xa bờ (19,16%) [42]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng và thời gian nghiên cứu rất khác nhau.

4.1.3. Tỷ lệ Anti HBc (+) ở các đối tượng nghiên cứu

Kết quả bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ Anti HBc(+) ở các đối tượng nghiên cứu là 7,3%; trong đó tỷ lệ Anti HBc(+) ở sinh viên nam thấp hơn sinh viên nữ (5,2% so với 8,4%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

So với kết quả của Đinh Thanh Huệ và cs [19] nghiên cứu 298 người ≥ 3 tuổi tại xã Quảng An, huyện Quảng Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế tỷ lệ antiHBc(+) chiếm 43%, trong đó nam 42,1% và nữ 43,8%. Thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn.

Anti-HBc hay gọi là HbcAg là kháng thể kháng lõi virus viêm gan B. Nó xuất hiện rất sớm và tồn tại suốt đời. Vì thế, việc kiểm tra Anti Hbc được sử dụng để kiểm tra sự xuất hiện hoặc đã từng xuất hiện HbcAg trong cơ thể người bệnh.

Vì vậy xét nghiệm này là marker đánh giá bệnh nhân đã bị phơi nhiễm virus viêm gan B, nghĩa là để xác định người đó đã từng nhiễm viêm gan B trước đó không hay đang nhiễm virus viêm gan B.

Vì Anti-HBc chỉ được cơ thể tạo ra khi cơ thể đã hoặc đang nhiễm virus viêm gan B chứ không thể tự tạo khi được tiêm phòng vaccine nên kiểm tra anti HBc cũng có giá trị giúp sàng lọc những trường hợp có kháng thể kháng virus viêm gan B (HBsAg) do tiêm vaccine với những trường hợp có kháng thể HBsAg do cơ thể đã từng nhiễm virus và đã tự khỏi trong thời gian nhiễm cấp tính.

Kết quả của Bùi Trọng Hợp và cs [17] nghiên cứu có 16/60 bệnh nhân VGB mạn có kết quả IgM anti HBc dương tính (37,8%). Không có bệnh nhân viêm gan cấp nào có IgM anti HBc dương tính.

4.1.4. Tỷ lệ nhiễm HBV trong các đối tượng nghiên cứu

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: trong số 41 sinh viên có HBsAg (+), thì có 29 sinh viên Anti HBc (+), còn lại có 12 sinh viên có HBsAg (+) nhưng Anti HBc (-), hoặc có 31 sinh viên Anti HBc (+), nhưng HBsAg (-). Theo quyết định hướng dẫn chẩn đoán của Bộ Y tế [3], một trong những tiêu chí Chẩn đoán xác định HBV cấp hoặc mạn, cận lâm sàng có HBsAg (+) hoặc (-) và anti-HBc (+), như vậy thì tỷ lệ nhiễm HBV gồm: HBsAg (+) và Anti HBc (+)/(-) hoặc HBsAg (-) và Anti HBc (+) ở sinh viên là 8,9%.

4.1.5. Kiến thức về nguyên nhân gây bệnh

Việc đánh giá kiến thức về HBV và phòng lây nhiễm HBV đối với sinh viên ngành Y là rất cần thiết. Sinh viên ngành Y là những NVYT trong tương lai. Họ không chỉ là đối tượng hàng ngày tiếp xúc với người bệnh và các nguồn lây nhiễm HBV, mà còn là những người sẽ tư vấn giúp cộng đồng phòng tránh được sự lây nhiễm và những hậu quả do HBV gây ra.

Tỷ lệ 67,7% đối tượng nghiên cứu có kiến thức về nguyên nhân gây bệnh viêm gan B là do virus, còn lại là không biết và biết sai. Giữa nam và nữ hiểu biết đúng về nguyên nhân gây bệnh viêm gan B do virus (66,1% so với 68,3%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu của Phạm Văn Doanh ở sinh viên đại học y dược Hải Phòng tỷ lệ sinh viên hiểu đúng về nguyên nhân gây bệnh là 93,8% [10].

Trong một nghiên cứu cắt ngang của Haldar A (2005) cho thấy phần lớn (65,3%) đối tượng không biết về bệnh và nguyên nhân gây bệnh viêm gan B là do virút [48]. Qua kết quả trên cho thấy công tác tuyên truyền về phòng chống bệnh viêm gan B nói chung và nguyên nhân còn hạn chế, đây là vấn đề cần đặt ra cho công tác tuyên truyền giáo dục là cần phải làm như thế nào để tăng thêm mức độ hiểu biết.

4.1.6. Kiến thức về triệu chứng của bệnh viêm gan B

Đối với kiến thức của người dân về biểu hiện của bệnh viêm gan B (kết quả bảng 3.7) cho thấy, hiểu biết đúng về biểu hiện bệnh với các dấu hiệu, triệu chứng chính đúng từ 2 trở lên (vàng mắt, vàng da ...) là 65,3%; Biết đúng 1 triệu chứng đơn lẻ là 26,1%. Vẫn còn 8,6% sinh viên trả lời không đúng hoặc không biết bất cứ dấu hiệu nào của bệnh viêm gan B.

Giữa nam và nữ hiểu biết đúng từ 2 trở lên hoặc 1 đơn lẻ triệu chứng bệnh viêm gan B (63,9% so với 65,9% và 27,9% so với 25,4%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Theo chúng tôi, đây cũng là một tỷ lệ khá cao và chúng ta cần phải có những biện pháp để nâng kiến thức của người dân lên cho tương xứng với mức độ nguy hiểm của bệnh. Trong những đối tượng biết về các biểu hiện của bệnh viêm gan B thì triệu chứng được các đối tượng kể nhiều nhất là vàng da, tiếp theo là mắt vàng. Đây là các triệu chứng biểu hiện khi đã có tổn thương thực thể, hay là bệnh đã ở giai đoạn khá muộn, trong khi các triệu chứng sớm như mệt mỏi, chán ăn thì thấp. Điều này cho thấy cần phải có những biện pháp tuyên truyền sâu rộng hơn nữa để nâng cao nhận thức của người dân về bệnh viêm gan B giúp các đối tượng nhận biết sớm bệnh viêm gan B cũng như cách phòng và điều trị bệnh.

Chính vì vậy, công tác phòng chống bệnh viêm gan B trong cộng đồng việc tuyên truyền để người dân biết đủ được các triệu chứng của bệnh viêm gan B là rất cần thiết và quan trọng, đồng thời góp phần không nhỏ trong việc ngăn chặn sự lây truyền của bệnh, giảm tỷ lệ mắc, hạn chế được các biến chứng do bệnh viêm gan B gây lên, đặc biệt là tỷ lệ xơ gan và ung thư gan.

4.1.7. Kiến thức về đường lây truyền, biến chứng và cách phòng tránh của bệnh viêm gan B

Trong các bệnh truyền nhiễm nói chung và bệnh viêm gan B nói riêng, sự kém hiểu biết về đường lây nhiễm và việc không được cung cấp đủ thông tin là một trong những nguyên nhân quan trọng làm gia tăng khả năng mắc bệnh

Theo nghiên cứu của chúng tôi, số người hiểu biết bệnh viêm gan B có lây truyền sang người khác thấp hơn so với Chu Thị Thu Hà (85,7% so với 92,3%) [16], cao hơn người Mỹ gốc Campuchia (85,7% so với 23%) (35), người Mỹ gốc Việt Nam (85,7% so với 60%) [54].

Nhưng hiểu biết từ 2 con đường lây truyền bệnh trở lên là 81,4%; Biết đúng 1 đường lây truyền được là 12,4% và số trả lời không biết con đường nào là 6,2%. Giữa nam và nữ hiểu biết đúng từ 2 con đường lây truyền trở lên hoặc 1 đơn lẻ (83,5% so với 80,5% và 11,3% so với 12,9%), không có sự khác biệt, $p > 0,05$. Những sinh viên này sẽ là những nhân viên Y tế trong tương lai, nếu không nắm vững kiến thức về đường lây truyền của HBV có thể gây ra sự kỳ thị với người bị nhiễm HBV hoặc sẽ làm lây nhiễm HBV cho bản thân, cho các bệnh nhân được những người này điều trị, chăm sóc và có thể làm lây lan HBV trong cộng đồng.

Hiểu biết về tiêm vaccin cho trẻ tốt nhất trong 24 giờ đầu sau khi sinh (57,4%). Điều này sẽ gây ảnh hưởng rất nhiều đến việc triển khai tiêm vaccin phòng viêm gan B mũi 1 sớm tại thành phố Hà Nội. Số ĐTNC biết được là

tiêm vaccin viêm gan B để phòng bệnh thấp hơn so với phụ nữ có thai ở Hà Nội (62,1% và 71,7%), còn việc đi tiêm phòng viêm gan B cho bản thân cũng thấp hơn so với kết quả ở PNCT (33,0% và 41,0%) [18].

Không biết về hậu quả của bệnh viêm gan B của chúng tôi: biết đúng từ 2 biến chứng trở lên (78,1%); Biết đúng 1 biến chứng đơn thuần 17,1% và vẫn còn 4,8% trả lời không biết.

Tỉ lệ số người hiểu biết về hậu quả của bệnh viêm gan B và cho rằng bệnh có nguy hiểm (ảnh hưởng đến gan) tương tự với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà (80,5% và 80,7%) [16], cao hơn hẳn so với Wiecha J.M. (1999) về những khác biệt kiến thức giữa trẻ vị thành niên người Mỹ gốc Việt, Mỹ gốc Phi và Mỹ da trắng tại Massachusetts (80,5% so với 36,5% và 22,6%) [56].

Qua đó cho thấy kiến thức về các biện pháp phòng chống bệnh viêm gan B của ĐTNC còn nhiều hạn chế và đây là một trong các nguy cơ tiềm ẩn lưu hành dịch bệnh nếu không can thiệp nâng cao kiến thức biện pháp phòng bệnh.

4.1.8. Thực hành về phòng chống bệnh viêm gan B

Kết quả thực hành về chủ động phòng bệnh viêm gan B trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tiêm phòng vaccin viêm gan B là 39,7% trong khi đó tỷ lệ đối tượng biết có vaccin phòng bệnh tương đối cao (93,8%). Như vậy tỷ lệ thực hành trong tiêm phòng còn thấp và kết quả này thấp hơn so với tỷ lệ tiêm phòng trong nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà (41,0%) [16], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Điểm về tỷ lệ tiêm phòng ở nhân viên y tế các bệnh viện, Tiền Giang 71,5% [14], cao hơn kết quả của Taylor V.M và cộng sự (33,0%) [52], cao hơn so với kết quả nghiên cứu trong dân cư của Trần Hữu Bích ở Sóc Sơn là 15,3%, Lạng Giang 4,5% [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Trần Tuấn Kiệt có tỷ lệ học sinh, sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Đồng Nai đã tiêm phòng chiếm 34,1%, của Trịnh Văn Nghinh tại Hà Nội có tỷ lệ người dân chủ động đi tiêm phòng chiếm 33,0%, của Võ Hồng Minh

Công có tỷ lệ tiêm vaccin phòng ngừa HBV của nhân viên y tế trước khi vào nghề chỉ chiếm 13,8%, của Nguyễn Thị Thúy Vinh có tỷ lệ tiêm phòng của sinh viên năm thứ nhất Đại học Nông nghiệp là 31,5%, của Nguyễn Thị Mai Thơ tại trường Đại học Y khoa Vinh có 47% sinh viên đã tiêm phòng HBV [22], [26], [8], [40], [34].

Cần có kế hoạch thực hiện tư vấn, hướng dẫn cho sinh viên biết về cách thức và địa điểm tiêm phòng để sinh viên có thể thực hiện tiêm phòng HBV ngay từ khi mới vào học tại trường đồng thời cần tăng cường tuyên truyền cho cư dân.

Tỷ lệ sinh viên đã đi xét nghiệm viêm gan B là 38,4%, còn lại đa số sinh viên không nhớ hoặc chưa đi xét nghiệm là 61,6%. Như vậy tỷ lệ thực hành trong xét nghiệm còn thấp và kết quả này thấp hơn so với tỷ lệ trong nghiên cứu của Hoàng Văn Doanh ở sinh viên trường Đại học y dược Hải Phòng [34]. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Vinh thực hiện trên đối tượng nghiên cứu là sinh viên trường Đại học Nông nghiệp Hà Nội (32,4%) và của Nguyễn Trần Tuấn Kiệt thực hiện trên học sinh, sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Đồng Nai (32,5%).

Giải pháp phòng chống: Từ những kết quả trên cho thấy, mặc dù đối tượng trong nhóm tuổi đã được dự phòng vaccin virus viêm gan B, nhưng số người tiêm và chủ động xét nghiệm còn thấp, và những hiểu biết về nhận thức, thực hành về bệnh VGB chưa cao, nên cần nâng cao kiến thức, thực hành phòng lây nhiễm HBV ở sinh viên, đặc biệt sinh viên trường Y vào những năm đầu, trước khi tiếp xúc với người bệnh và các dụng cụ y tế khi đi thực hành.

Đối những sinh viên có kết quả xét nghiệm (+), cần tư vấn riêng để các em hiểu rõ bệnh, cần nghiên cứu các chỉ số xét nghiệm sâu hơn để đánh giá mức độ nhiễm VGB và cần nghiên cứu các bài thuốc y học cổ truyền để điều trị và theo dõi người nhiễm VGB này.

4.2. KHÁO SÁT MỘT SỐ CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG VỚI MỐI LIÊN QUAN CÁC CHỨNG TRẠNG Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở ĐỐI TƯỢNG NHIỄM HBV.

- Định lượng AST bình thường trên tổng số đối tượng nhiễm HBV là 75%, Tăng ít hơn 2 lần là 23,6%, từ 2-5 lần là 1,4% và không có sinh viên nào tăng trên 5 lần. Định lượng ALT ở đối tượng nhiễm HBV bình thường là 88,9%, tăng <2 lần là 9,7%, tăng 2-5 lần là 1,4% và không có trường hợp nào tăng >5 lần. Như vậy tỷ lệ đối tượng có tăng men gan đa phần tăng ở mức độ nhẹ và tỷ lệ rất ít tăng từ 2-5 lần.

Men gan thường được dùng nhất và chỉ thị đặc hiệu của hoại tử tế bào gan. Nồng độ men gan cao không liên quan đến tình trạng hoại tử trên các mẫu sinh thiết gan vì thế không có giá trị tiên lượng. Thế nhưng, người bệnh có mức men gan bình thường vẫn có thể có tổn thương gan [46].

Trong khi đa số viêm gan cấp và mãn không có biểu hiện lâm sàng [11], [46]. Sự tăng men gan ở thời kỳ trước vàng da có ý nghĩa dịch tễ, vì nhờ xét nghiệm này có thể phát hiện bệnh viêm gan virus (kết hợp xét nghiệm kháng nguyên, kháng thể), do đó sớm cách ly bệnh nhân hoặc không lấy máu, truyền máu [2].

Ngày nay, việc xác định các men gan AST và ALT khá dễ dàng nên trong lâm sàng với những người đã tìm thấy kháng nguyên bề mặt HBsAg của VGB thì xét nghiệm xác định men AST và ALT nên là một chỉ định bắt buộc.

- Trong tổn thương gan do virus thì tăng men ALT ưu thế hơn AST vì ALT đặc hiệu cho tổn thương tế bào hơn AST do ALT có chủ yếu trong các tế bào gan và ở trong bào tương của tế bào gan còn AST có mặt ở nhiều loại tế bào khác nhau như cơ tim, não và tế bào gan.

- Kết quả cho thấy định lượng bilirubin ở đối tượng nhiễm HBV đa số là bình thường chiếm 95,8%, tăng là 4,2%. Theo tác giả Decker R.H [45]

nồng độ Billirubin tăng cao có giá trị tiên lượng mức độ tổn thương gan. Như vậy có thể nói tuy tỷ lệ tăng Billirubin không nhiều nhưng phần nào phản ánh mức độ bệnh.

- Do khả năng dự trữ của gan rất lớn và thời gian bán hủy của albumin kéo dài (khoảng 3 tuần) nên lượng albumin máu chỉ giảm trong các bệnh gan mạn tính hoặc khi tổn thương gan rất nặng. Nên theo kết quả ở bảng chúng tôi chưa ghi nhận sự thay đổi lượng albumin ở các sinh viên nhiễm HBV cho thấy các đối tượng ở những giai đoạn sớm của bệnh lý, chức năng gan chưa bị ảnh hưởng, Từ đó cần có biện pháp can thiệp điều trị để tránh diễn biến nặng dẫn đến tổn thương gan.

- Định lượng HBV DNA là một xét nghiệm nhằm xác định số lượng hay nồng độ của virus trong máu của người bệnh nhiễm virus viêm gan B, từ đó đánh giá mức độ nhân lên của virus trong các tế bào gan. Như vậy trong nghiên cứu tỷ lệ đối tượng có định lượng HBV-DNA trên ngưỡng là 50%, trong đó có tải lượng cao $\geq 10^5$ chiếm 22,2% - nghĩa là có đến một nửa số lượng sinh viên nhiễm HBV đang trong trạng thái hoạt động của virus viêm gan B và trạng thái hoạt động mạnh là 22,2%. Hàm lượng virus trong máu càng cao thì nguy cơ gan tổn thương cũng như biến chứng xơ gan và ung thư gan càng lớn. Bên cạnh đó càng dễ lây nhiễm cho người khác. Vì vậy đề ra phương pháp điều trị thích hợp là rất cần thiết.

Và chủ yếu ở đối tượng có HBsAg(+) và Anti HBc(+) là 75% cao hơn sinh viên chỉ có 1 trong 2 kháng nguyên hoặc kháng thể dương tính. Có mối liên quan chặt chẽ giữa sinh viên có cả kháng nguyên và kháng thể dương tính với tỷ lệ HBV-DNA trên ngưỡng.

Như vậy, định lượng HBV-DNA ngoài căn cứ để tiến hành điều trị còn có tác dụng dùng để đánh giá hiệu quả điều trị bệnh. Sau khoảng từ 3 – 6 tháng điều trị bệnh, người bệnh sẽ tiến hành kiểm tra sức khỏe bằng các xét

nghiệm viêm gan B, trong đó có xét nghiệm HBV – DNA. Thông qua kết quả xét nghiệm, bác sĩ sẽ đánh giá được chất lượng của phương pháp điều trị. Trong trường hợp, nếu như số lượng virus ngày càng ít đi, có thể kiểm soát được, tức là phương pháp này phù hợp với người bệnh. Nhưng ngược lại, nếu như số lượng virus ngày càng gia tăng, tức là hiệu quả điều trị không.

- Trong nghiên cứu cho thấy các chứng trạng thường xuất hiện bao gồm: chất lưỡi nhạt/rêu trắng mỏng (23,6%), mệt mỏi (33,3%), ăn kém (27,8%), mạch huyền/huyền sắc (52,8%). Sau khi quy nạp các chứng trạng trên chúng tôi thấy rằng các biểu hiện phần lớn thuộc vào thể can uất, tỳ hư, khí trệ của chứng hoàng đản. Như vậy đây có thể là những dấu hiệu, thay đổi trong cơ thể giúp thầy thuốc YHCT phát hiện sớm chứng hoàng đản (bệnh viêm gan B). Tuy nhiên số lượng nghiên cứu còn ít, quần thể nghiên cứu chưa đa dạng nên các chỉ dấu lâm sàng còn nghèo nàn.

- Tỷ lệ sinh viên xuất hiện chứng trạng là 86,1% (trong đó từ 2 chứng trạng trở lên là 69,4%, chỉ có 1 chứng trạng là 16,7%), vẫn có tỷ lệ sinh viên không phát hiện chứng trạng là 13,9% - điều này hoàn toàn dễ hiểu bởi trong giai đoạn đầu, bệnh viêm gan thường không có triệu chứng rõ ràng.

- Tần xuất xuất hiện chứng trạng ở đối tượng có HBsAg(+) và Anti HBc(+) cao hơn các đối tượng chỉ có HBsAg(+) hoặc Anti HBc(+). Như vậy cho thấy các chứng trạng sẽ thường xuất hiện ở những giai đoạn nhiễm cấp.

Tương tự theo kết quả bảng cho thấy tải lượng HBV_DNA trên ngưỡng ở nhóm sinh viên có xuất hiện chứng trạng cao hơn nhóm sinh viên không xuất hiện chứng trạng (97,2% so với 2,8%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Có mối liên quan chặt chẽ giữa sinh viên có xuất hiện chứng trạng với tỷ lệ HBV-DNA trên ngưỡng.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B và kiến thức, thực hành về bệnh viêm gan B ở đối tượng nghiên cứu.

- Tỷ lệ nhiễm HBV ở sinh viên là 8,9%, trong đó tỷ lệ HBsAg (+) là 5,1% (ở sinh viên nam 4,7% ; nữ 5,2%) và tỷ lệ Anti HBc (+) là 7,3% (nam 5,2% ; nữ 8,4%).

- Trong số 41 sinh viên có HBsAg(+), thì có 29 sinh viên Anti HBc(+) chiếm 3,6%, còn lại có 12 sinh viên có HBsAg(+) nhưng Anti HBc(-) chiếm 1,5%, hoặc có 31 sinh viên Anti HBc(+), nhưng HBsAg(-) chiếm 3,8%.

Kiến thức: hiểu biết đúng: về nguyên nhân gây bệnh viêm gan B do virút là 67,7%; về biểu hiện bệnh với các dấu hiệu, triệu chứng chính từ 2 trở lên là 65,3%; về VGB có lây truyền là 85,7% và lây truyền từ 2 con đường trở lên là 81,4%; biến chứng của bệnh viêm gan B từ 2 trở lên 78,1%; cách phòng bệnh viêm gan B đúng từ 2 cách trở lên 86,4%; tỷ lệ biết có vắc xin phòng bệnh là 93,8%, Hiểu biết về thời gian tốt nhất để tiêm vaccin phòng bệnh là 57,4%

Thực hành: Tỷ lệ sinh viên đã tiêm vaccin phòng bệnh VGB là 39,7%.

Tỷ lệ sinh viên đã xét nghiệm viêm gan B là 38,4%

2. Khảo sát một số chỉ số cận lâm sàng với mối liên quan các chứng trạng y học cổ truyền ở đối tượng nhiễm HBV.

- Tỷ lệ đối tượng có định lượng AST tăng là 25%, ALT tăng là 12,5%, Billirubin tăng là 4,2%, không có trường hợp có sự thay đổi lượng Albumin

- Chứng trạng thường xuất hiện ở đối tượng nhiễm HBV bao gồm chất lưỡi nhạt/rêu trắng mỏng (23,6%), mệt mỏi (33,3%), Ăn kém (27,8%), Mạch huyền/huyền sắc (52,8%)

- Tỷ lệ đối tượng có biểu hiện chứng trạng là 86,1%

- Có mối liên quan giữa tải lượng HBV-DNA với sự xuất hiện chứng trạng, giữa tải lượng HBV-DNA với sự xuất hiện của kháng nguyên-kháng thể

KHUYẾN NGHỊ

1. Để giảm tỷ lệ nhiễm HBV cho đối tượng nghiên cứu cần tổ chức tiêm phòng lây nhiễm HBV cho đối tượng chưa nhiễm, tiêm chủng đúng phác đồ; tổ chức quản lý sức khỏe và tư vấn cho đối tượng có HBsAg (+).
2. Nâng cao kiến thức chuyên môn, học tập các quy định và kỹ năng thực hành phòng chống lây nhiễm HBV cho đối tượng.
3. Cần triển khai nghiên cứu trên các đối tượng sinh viên khác từ đó nâng cao kiến thức, thực hành phòng lây nhiễm HBV ở sinh viên trường Y.
4. VGB là căn bệnh tồn tại và phát triển âm thầm, do đó mỗi chúng ta cần phải khám sức khỏe định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Thị Vân Anh và Nguyễn Văn Bằng (2010), Nhiễm virus viêm gan B ở các thành viên trong hộ gia đình: Nghiên cứu cộng đồng tại một xã miền núi phía bắc, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 14(4), 1-7.
2. Bộ môn Hóa sinh trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh (2005), *Hóa sinh lâm sàng*, 17-18.
3. Bộ Y tế (2014). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan virus B*. Hà Nội, 30 tháng 12 năm 2014.
4. Bộ Y tế Cục Y tế dự phòng (2016). Bệnh viêm gan virus, <http://vncdc.gov.vn/vi/danh-muc-benh-truyen-nhiem/1102/benh-viem-gan-vi-rut>.
5. Trần Văn Bé (1991), *Khảo sát kháng nguyên bề mặt virút trên các đối tượng tại thành phố Hồ Chí Minh*, Báo cáo Hội thảo 100 năm thành lập Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh, (17- 18/12/1991).
6. Trần Hữu Bích và CS (2010), *Điều tra dịch tễ tình hình nhiễm virút viêm gan B và C tại Hà Nội và Bắc Giang*, Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 14, Phụ bản của số 4/2012.
7. Phạm Anh Bính và CS (2007), Nghiên cứu tình trạng nhiễm HBV, HCV, HIV ở các đối tượng sinh viên, học sinh hiến máu nhân đạo tại Bệnh viện 103. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 9, 127-133.
8. Võ Hồng Minh Công và cộng sự (2009), Khảo sát tỷ lệ nhiễm siêu vi viêm gan B của nhân viên y tế Bệnh viện nhân dân Gia Định, *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, tập 13(6), 47-51.
9. Vũ Hồng Cương (1998), Khả năng truyền HBsAg, anti-HBs sang con trong thời kì thai sản và vai trò của lây truyền ngang đối với trẻ 1-5 tuổi. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 11.

10. Hoàng Văn Doanh(2015). *Kiến thức, thái độ, thực hành phòng lây nhiễm viêm gan B và một số yếu tố liên quan của sinh viên trường đại học y dược Hải Phòng 2015*. Khóa luận tốt nghiệp chuyên ngành y học dự phòng, Trường Đại học y dược Hải Phòng.
11. Bùi Đại (2002), *Các virus Viêm gan, Bệnh học truyền nhiễm*, NXB Y học Hà Nội, tr.102-109.
12. Bùi Đại, Nguyễn Văn Mùi & Nguyễn Hoàng Tuấn (2005), *Bệnh học truyền nhiễm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 112,128.
13. Đào Đình Đức, Lê Đăng Hà, Nguyễn Đức Hiền (1997), Dịch tễ học viêm gan virút ở Việt Nam, *Y học thực hành*, 9(339), 1-3.
14. Nguyễn Thị Diễm, Lê Thị Phương, Tạ Văn Trâm (2012), *Kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống lây nhiễm virút viêm gan B của nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang*, *Y học thực hành*, tập 841, số 09/2012.
15. Lê Đăng Hà (1999), “một số đặc điểm về dịch tễ học lâm sàng và hậu quả của viêm gan virút B”, *tạp chí thông tin y dược*, số 10, 12-17.
16. Chu Thị Thu Hà (2007), *Nghiên cứu tỷ lệ mang các dấu ấn virút viêm gan B, khả năng lây truyền cho con ở phụ nữ có thai tại Hà Nội năm 2004 - 2006 và giải pháp can thiệp*, Luận án tiến sỹ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương, Hà Nội, 70-74.
17. Bùi Trọng Hợp, Phạm Thị Lệ Hoa, Phạm Trần Diệu Hiền (2013), Giá trị IgM anti HBc trong chẩn đoán phân biệt VG B cấp và đợt cấp của VG B mạn, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tập 17, phụ bản của số 1/2013.
18. Trịnh Quân Huân (2006), *Bệnh viêm gan do virus*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
19. Đinh Thanh Huệ (2008), Nghiên cứu tình hình nhiễm virus viêm gan B bằng kháng thể anti-HBc và HBsAg tại một xã đồng bằng tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y học thực hành*, số 8, 71-72.

20. Hoàng Vũ Hùng (2014), Bài giảng Truyền nhiễm, viêm gan vi rút.
21. Khoa Y học cổ truyền Đại học y Hà Nội (2006). *Nội khoa Y học Cổ truyền*. Sách dùng cho đối tượng sau đại học, Nhà xuất bản y học, 171-177.
22. Nguyễn Trần Tuấn Kiệt (2013), *Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng lây nhiễm virus viêm gan B và một số yếu tố liên quan của học sinh, sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Đồng Nai năm 2013*. Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
23. Ngô Việt Lộc (2012), *Nghiên cứu tình hình nhiễm virut 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 tế công cộng, Trường Đại học Y dược Huế.
24. Đường Công Lự, Nguyễn Thu Vân, Hoàng Thủy Long và cs (2000), Kết quả điều tra về t.nh trạng nhiễm virút viêm gan B ở cán bộ y tế và người bình thường tại Hà Tĩnh. *Y học thực hành*, 391(11), 16 – 18.
25. Lê Thị Oanh (2012). *Vi sinh y học*. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, 142-143
26. Trịnh Văn Nghinh (2009), *Kiến thức thái độ thực hành về phòng chống bệnh viêm gan B của người dân thị trấn Yên Viên, Gia Lâm Hà Nội*, Luận văn thạc sĩ, Đại học y tế công cộng, Hà Nội.
27. Nguyễn Thị Trang Nhung (2008), *Nghiên cứu thực trạng nhiễm virut viêm gan B và nhận thức của các đối tượng đến xét nghiệm tại trung tâm y tế dự phòng Hải Phòng năm 2008*. Khóa luận tốt nghiệp. Trường Đại học Y dược Hải Phòng.
28. Nguyễn Tuyết Nga, Nguyễn Thoa, Nguyễn Thị Gái, và cộng sự (1994), Tỷ lệ mang kháng nguyên bề mặt vi rút viêm gan B (HBsAg) và kháng thể HBs trên nhóm phụ nữ có thai tại Hải Phòng, *Tạp chí Vệ sinh phòng dịch*, 4(4), 50-52.
29. Phan Thị Phi Phi, Trần Thị Chính, Trương Mộng Trang và CS (1993), Góp phần nghiên cứu ung thư gan nguyên phát ở Việt Nam, tần xuất HBsAg trong huyết thanh người lành và người bị ung thư biểu mô tế bào gan, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 5, 26- 30.

30. Nguyễn Văn Quân (2007). *Đánh giá hiểu biết, thái độ thực hành phòng lây nhiễm virus viêm gan B của cán bộ y tế thành phố Hải Phòng*, tập 591+ 592, số 12, 28-32.
31. Phạm Song (2008), Tổng quan về viêm gan virus B (HBV) tiến tới một chiến lược toàn diện phòng chống HBV ở Việt Nam. *Tạp chí Gan mật Việt Nam*, số 4; 1-14.
32. Nguyễn Quang Tập, Phạm Trung Kiên (2007), Xác định tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B, HBsAg, anti-HBs và HBeAg của cán bộ y tế tại một số bệnh viện thành phố Hải Phòng, *Y học thực hành*, tập 591+592, Số 12, 68-71.
33. Đỗ Quốc Tiếp và Trần Minh Hậu (2013), Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B ở nhân viên y tế bệnh viện tỉnh Quảng Bình năm 2012. *Tạp chí Y học*, 6(142).
34. Nguyễn Thị Mai Thơ và cộng sự (2012), *Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm và kiến thức thực hành của học sinh sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh về bệnh viêm gan virus B*, Trích Báo cáo toàn văn tại Hội Nghị khoa học tuổi trẻ các trường Y dược Việt Nam lần thứ 16 - 2012.
35. Ngô Thị Quỳnh Trang (2012), *Xác định tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B (HBsAg) và viêm gan C (Anti HCV) trong huyết thanh người tại một xã vùng đồng bằng Bắc Bộ Việt Nam năm 2011*. Luận văn thạc sĩ vi sinh vật học, Trường Đại học Khoa học Tự nhiên.
36. Phạm Văn Ty (2005). *Virut học*. Nhà xuất bản giáo dục, Hà Nội.
37. Nguyễn Đình Ứng và CS (1991), *Khảo sát tình trạng nhiễm virút viêm gan B ở một số đối tượng trên địa bàn Vĩnh Phúc*, Báo cáo tại Hội thảo Khoa học.
38. Nguyễn Thu Vân (1996), *Nghiên cứu sản xuất, chất lượng và hiệu lực của vắc xin viêm gan B điều chế từ huyết tương người tại Việt Nam*, Luận án Tiến sĩ khoa học Y Dược. Hà Nội, 1996.

39. Nguyễn Thị Vi (2013), *Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống viêm gan B của học sinh điều dưỡng năm thứ nhất thuộc Trường Trung cấp Y dược Phạm Ngọc Thạch*, Hà Nội năm 2013.
40. Nguyễn Thị Thúy Vinh (2007), *Kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống viêm gan B của sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Nông nghiệp Hà Nội và xác định một số yếu tố liên quan đến lây nhiễm virus viêm gan B*. Luận văn thạc sĩ, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
41. Lý Văn Xuân và Phan Thị Quỳnh Trâm (2011). Kiến thức thái độ thực hành về phòng bệnh viêm gan siêu vi B của bệnh nhân đến khám tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Phước năm 2011. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14(1), tr. 1-7.
42. Nguyễn Thị Yến và CS (2007), Nghiên cứu tỷ lệ mang HBsAg và một số yếu tố dịch tễ có liên quan tới sự lây truyền HBV ở ngư dân đánh bắt xa bờ của TP. Hải Phòng, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, 150-157.

TÀI LIỆU NƯỚC NGOÀI

43. Chen CC, Wang LY & Yu MW (2000), *Epidemiology of hepatitis B virút infection in the Asia-Pacific region*, J Gastroenterology and hepatology 1S9Suppl): E3-E6.
44. Chisari F.V (1996), *Immunology and pathogenesis of viral hepatitis. Viral hepatitis and disease*, Internatiomal Symposium on viral Hepatitis and liver diseases, 405 – 415.
45. Decker R.H (1998), *Diagnosis of acute and chronic hepatitis*, Viral hepatitis edited by Zuckerman A.J and Thomas H.C, Churchill Livingstone, 201-215.
46. Friedman L. S., Nguyễn Hải Yến (2002), *Các bệnh của gan*, Chẩn đoán và điều trị Y học hiện đại, NXB Y học, 55-73 và 98-100.
47. From Wikipedia, *The free encycopedia*, Hepatitis B virut.

48. Haldar A, Sarkar A & Dasgupta U (2005), *Perception of general population about hepatitis B: a cross - sectional study*, J Commun Dis, 37(2), 155-159.
49. Lavanchy D (2008). *Chronic viral hepatitis as a public health issue in the world*. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 22(6); 991-1008.
50. Makata S, Phạm Song & Đào Đình Đức và CS (1994), *Sự lây nhiễm viêm gan B và C trong quần thể dân cư có nguy cơ thấp và cao ở thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội - Việt Nam*, Tạp chí về các vấn đề dạ dày, ruột và gan, (Số 9), 416 – 419
51. Mesfin YM and Kibret KT (2013), *Assessment of Knowledge and Practice towards Hepatitis B among Medical and Health Science Students in Haramaya University, Ethiopia*, PLoS One, 8(11).
52. Taylor V.M, Jackson J.C, Pineda M & Pham P. (2000), "Hepatitis B. Knowledge and practices among Vietnamese immigrants," *implications for prevention of hepatocellular carcinoma J. Cancer Edu*, 15(1), 51-55
53. Taylor V.M, Jackson J.C, Chan N & et al (2002), "Hepatitis B. Knowledge and practices among Cambodian American women in Seattle, Washington J. Community health, " 27(3), 151-163.
54. Taylor V.M, Yasui Y, Li L, Burke N & Jackson JC (2005), "Hepatitis B awareness, testing, and knowledge among Vietnamese American men and women", *J Community Health*. 2005 Dec, 30(6), 477
55. Tiollais P, B. M. (1991), *Virus viêm gan B*, Hội thảo Khoa học nhân kỷ niệm 100 năm thành lập Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh.
56. Wiecha J.M (1999), "Differences in knowledge of hepatitis B among Vietnamese, African-American, Hispanic, and white adolescents in Worcester, Massachusetts. &" *Department of Family Medicine*, 104, 1212 - 1216.

57. WHO (2015). *Hepatitis fact sheet*.
58. World Health Organization (2008), Hepatitis B.
59. WHO (2001), "Introduction of hepatitis B vaccine into childhood immunization services, Management guidelines, including information for health workers and parents, Department of Vaccines and Biologicals, " *WHO/V&B*, 01 (31), 3 – 33.
60. Zhiyong Hong et al (2001), *Hepatitis B and its control in Southeast Asia and Chine*, 9, 1 – 5.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1 PHIẾU XÉT NGHIỆM

Số phiếu:

1. Họ và tên người được xét nghiệm:

2. Sinh ngàythángnăm.....

3. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ

4. Số điện thoại: Email:

5. Tổ: Lớp..... Khóa:

6. Quê quán:

7. Tình trạng hôn nhân: 1. Có gia đình 2. Chưa

8. Kết quả xét nghiệm:

Xét nghiệm	Kết quả
HbsAg	
Anti-HBC	

Ngày Tháng Năm 2018

Người làm xét nghiệm

PHỤ LỤC 2

PHIẾU PHÒNG VẤN SINH VIÊN VỀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH VIÊM GAN B

Số phiếu:

Họ và tên: Sinh ngày tháng năm

Tổ..... Lớp..... Khóa

Họ và tên điều tra viên:

Ngày, tháng, năm điều tra:/...../20...

(Anh, chị chú ý lắng nghe, nhìn vào phiếu hỏi và trả lời đúng câu hỏi của chúng tôi)

TT (1)	CÂU HỎI (2)	TRẢ LỜI (3)	CHUYÊN (4)
1	Thông tin chung		
C1	Anh/ chị năm nay bao nhiêu tuổi(<i>Tuổi dương lịch</i>)		
C2	Giới(<i>Quan sát, không hỏi</i>)	1. Nam 2. Nữ	
C3	Anh/ chị được cung cấp những thông tin về bệnh viêm gan B từ đâu? (<i>nhiều lựa chọn</i>)	1. Tivi 2. Đài phát thanh, truyền thanh 3. Sách, báo 4. Tờ rơi 5. Pano, áp phích 6. Cán bộ y tế cơ sở 7. Các cuộc họp cộng đồng 8. Nguồn khác.....	
C4	Theo anh/ chị những nguồn thông tin nào giúp anh chị hiểu rõ ràng, đầy đủ nhất về bệnh viêm gan B. (<i>Nhiều</i>	1. Tivi 2. Đài phát thanh, truyền thanh 3. Sách, báo 4. Tờ rơi	

	<i>lựa chọn</i>)	<ul style="list-style-type: none"> 5. Pano, áp phích 6. Cán bộ y tế cơ sở 7. Các cuộc họp cộng đồng 8. Nguồn khác..... 	
C5	Anh/ chị có mong muốn nhận thêm thông tin về bệnh viêm gan B không? (<i>một lựa chọn</i>)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Có 2. Không 	→ K1
C6	Nếu có thì từ nguồn thông tin nào? (<i>Nhiều lựa chọn</i>)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tivi 2. Đài phát thanh, truyền thanh 3. Sách, báo 4. Tờ rơi 5. Pano, áp phích 6. Cán bộ y tế cơ sở 7. Các cuộc họp cộng đồng 8. Nguồn khác..... 	
C7	Anh/ chị muốn nhận thêm thông tin nào về bệnh viêm gan B? (<i>nhiều lựa chọn</i>)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Nguyên nhân gây bệnh 2. Đường lây truyền bệnh 3. Biện pháp phòng tránh 4. Hậu quả của bệnh 	
2	Kiến thức về bệnh viêm gan B		
K1	Theo anh/ chị bệnh viêm gan B là do nguyên nhân gì gây nên? (<i>một lựa chọn</i>)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Vi khuẩn 2. Ký sinh trùng 3. Virut 4. Nấm 5. Di truyền 6. Côn trùng 7. Hóa chất 8. Không biết 	

K2	Anh/ chị có biết người bị bệnh viêm gan B thường có biểu hiện nào sau đây? (<i>nhiều lựa chọn</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ỉa chảy 2. Nôn 3. Vàng mắt 4. Vàng da 5. Mệt mỏi 6. Chán ăn 7. Sốt 8. Đau bụng 9. Nước tiểu sẫm màu 10. Không biết 	
K3	Theo anh/chị, bệnh viêm gan B có lây truyền được không?(<i>một lựa chọn</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có 2. Không 3. Không biết 	
K4	Nếu có, bệnh viêm gan B có thể lây theo con đường nào?(<i>nhiều lựa chọn</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qua ăn uống mất vệ sinh 2. Qua chung bát đũa 3. Mẹ truyền sang con 4. Qua châm cứu 5. Qua truyền máu 6. Qua muỗi truyền 7. Qua bàn chải đánh răng 8. Qua dao cạo râu 9. Quan hệ tình dục 10. Dùng chung bơm kim tiêm 11. Qua giao tiếp thông thường 12. Dùng chung dụng cụ xăm môi, cắt tỉa móng tay chân, xăm trổ, bấm lỗ tai 13. Không biết 14. Khác(ghi rõ)..... 	

K5	Theo anh/ chị bệnh viêm gan B có nguy hiểm không? (<i>một lựa chọn</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có 2. Không 3. Không biết 	
K6	Nếu có, thì bệnh viêm gan B dẫn đến hậu quả như thế nào? (<i>Nhiều lựa chọn</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suy thận 2. Suy gan cấp 3. Viêm gan mạn 4. Gây xơ gan 5. Dẫn đến ung thư gan 6. Tử vong 7. Lây cho con 8. Lây cho người khác 9. Không biết 	
K7	Theo anh/ chị thì vợ/ chồng có thể lây truyền viêm gan B cho nhau không? (<i>một lựa chọn</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có <p>Nếu có, tại sao?</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Không <p>Nếu không, tại sao?</p>	
K8	Theo anh/ chị người mẹ bị mắc viêm gan B trước và trong thời gian mang thai có thể lây cho cháu bé sắp sinh không? (<i>một lựa chọn</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có 2. Không 	
K9	Anh/ chị cho biết để phòng được bệnh viêm gan B chúng ta phải làm gì? (<i>nhiều lựa chọn</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Không dùng chung bát đĩa 2. Ăn chín, uống sôi 3. Truyền máu an toàn 4. Tiêm phòng vắc xin cho trẻ sau sinh trong 24h đầu 5. Không giao tiếp thông 	

		<p>thường</p> <p>6. Không dùng BKT chung</p> <p>7. Không dùng chung bàn chải đánh răng</p> <p>8. Không dùng chung dao cạo râu</p> <p>9. QHTD an toàn</p> <p>10. Không dùng chung dụng cụ xăm mắt, môi, cắt móng tay, chân, xăm trổ</p> <p>11. Tiêm vắc xin phòng viêm gan B</p> <p>12. Không biết</p>	
K10	Bệnh viêm gan B có vắc xin phòng chưa? (<i>một lựa chọn</i>)	<p>1. Có</p> <p>2. Không</p>	→ T1
K11	Trẻ mới sinh có cần tiêm phòng vắc xin không? (<i>một lựa chọn</i>)	<p>1. Có</p> <p>2. Không</p> <p>3. Không biết</p>	
K12	Theo anh/ chị trẻ mới sinh ra thì tiêm vắc xin phòng viêm gan B khi nào tốt nhất? (<i>một lựa chọn</i>)	<p>1. Khi trẻ được 1 tháng</p> <p>2. Khi trẻ được 2 tháng</p> <p>3. Trong 24h đầu sau sinh</p> <p>4. Khác(ghi rõ).....</p> <p>5. Không biết</p>	
K13	Theo anh/ chị cần tiêm mấy mũi viêm gan B thì có tác dụng bảo vệ cơ thể? (<i>một lựa chọn</i>)	<p>1. Một mũi</p> <p>2. Hai mũi</p> <p>3. ≥ Ba mũi</p> <p>4. Không biết</p>	
3	Thực hành phòng chống bệnh viêm gan B		
T1	Bằng cách nào anh/ chị biết	1. Qua khám bệnh	

	mình hoặc người thân bị bệnh viêm gan B?	2. Qua kinh nghiệm 3. Qua xét nghiệm máu 4. Không biết	
T2	Anh/ chị có chủ động xét nghiệm dấu ấn viêm gan B(HbsAg, anti- HBs...) không? (<i>một lựa chọn</i>)	1. Có Nếu có (+) hay (-) 2. Không	
T3	Trong 6 tháng qua anh/ chị có phải làm các thủ thuật nào dưới đây không	Có	Không
	1. Tiêm truyền	1	2
	2. Châm cứu	1	2
	3. Chữa răng, nhổ răng	1	2
	4. Xăm mắt, môi	1	2
	5. Làm móng tay, chân	1	2
	6. Phẫu thuật	1	2
	7. Khác(ghi rõ)		
T4	Anh/ chị có thường xuyên đề nghị cán bộ y tế sử dụng cho mình dụng cụ riêng khi đi khám chữa bệnh không? (<i>một lựa chọn</i>)	1. Có 2. Không Nếu có, anh/ chị hãy trích lại cụ thể đề nghị đó:	
T5	Anh/ chị có bao giờ bị mắc bệnh viêm gan B không? (<i>một lựa chọn</i>)	1.Có 2. Không 3. Không nhớ/ không biết	
T6	Bố hoặc mẹ có bị viêm gan B không?	1. Có 2. Không 3. Không nhớ	
T7	Anh/ chị có dùng chung bàn	1. Chưa bao giờ	

	chải đánh răng với người khác không? (<i>một lựa chọn</i>)	<ul style="list-style-type: none"> 2. Một lần 3. 2-3 lần 4. Trên 3 lần 5. Không nhớ 	
T8	Anh/ chị có dùng chung dao cạo râu với người khác không? (<i>một lựa chọn</i>)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Chưa bao giờ 2. Một lần 3. 2-3 lần 4. Trên 3 lần 5. Không nhớ 	
T9	Anh/ chị có dùng chung dụng cụ cắt móng tay/chân với người khác không? (<i>một lựa chọn</i>)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Chưa bao giờ 2. Có 3. Không nhớ 	
T10	Anh/ chị đã tiêm phòng vắc xin viêm gan B chưa?(<i>một lựa chọn</i>)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Đã tiêm 2. Chưa tiêm 	Chọn 1 thì chuyển T11
T11	Anh/ chị đã tiêm phòng mấy mũi vắc xin viêm gan B? (<i>một lựa chọn</i>)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Một mũi 2. Hai mũi 3. \geq Ba mũi 4. Không nhớ 	
T12	Anh/ chị đã khuyên người thân, bạn bè đi tiêm phòng vắc xin viêm gan B chưa? (<i>một lựa chọn</i>)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Có 2. Không 	

Ngày.....tháng.....năm 2018

Người điều tra

PHỤ LỤC 3
CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG Ở ĐỐI TƯỢNG NHIỄM HBV

Số phiếu:

Họ và tên: Sinh ngày tháng năm

Tổ..... Lớp..... Khóa

Ngày, tháng, năm điều tra:/...../20...

Chỉ số	Giới hạn bình thường	Kết quả
SGPT	Nam: < 37 U/L Nữ: < 42 U/L	
SGOT	Nam: < 31U/L Nữ: < 32U/L	
Albumin	35 - 48 g/L	
Billirubin	<17 μ mol/L	
HBV- DNA		

PHỤ LỤC 4
CHỨNG TRẠNG TRÊN CÁC ĐỐI TƯỢNG NHIỄM VIÊM GAN B

Số phiếu:

Họ tên:

Ngày tháng năm sinh:

Tổ Lớp Khóa

Tứ chẩn	Nội dung	Có	Không	Biểu hiện cụ thể			
Vọng	Hữu thần						
	Sắc mặt			1.Tươi nhuận	2.Đỏ 5.Nhạt	3.Xanh 6.Vàng	4.Sạm tối 7.Trắng
	Sắc môi			1.Tươi nhuận	2. Nhạt, khô	3.Thâm đen	
	Chát lưỡi			1.Hồng	2.Nhạt	3.Xanh tím	4. Đỏ
	Rêu lưỡi			1.Trắng	2.Vàng	3.Đen	
				1.Mỏng	2.Dày	3.Không rêu	
				1.Ướt	2.Khô	3.Nhớt	
	Hình dáng lưỡi			1.Bình thường	2.To bệu	3.Nhỏ	
	Dấu răng						

	Vận động lưỡi			1.Run	2. Lệch		
	Thể trạng			1.Trung bình	2. Gầy	3. Mập	
	Cơ nhục			1. Teo cơ	2. Không		
	Sao mạch						
	Phù						
	Tính tình			1. Hòa nhã	2. Cáu gắt, dễ nóng nảy		
Văn	Tiếng nói			1. To rõ	2. Nhỏ yếu	3.Nói ngọng, khó nói	
	Hơi thở			1. Hôi	2. Không hôi		
	Ho			1. Ho khan	2. Ho khạc đàm		
	Nấc			1.Nấc liên tục, tiếng to	2.Nấc thưa, tiếng nhỏ		

Vấn		> 6 tháng	≤ 6 tháng	Hiện tại	> 6 tháng	≤ 6 tháng	Hiện tại			
	Sợ lạnh									
Sợ gió										
Sợ nóng										
Sốt								1. Sốt cao	2. Sốt nhẹ	
								1. Sốt liên tục	2. Sốt cơn	3. Lúc sốt, lúc rét
								1. Sốt ra mồ hôi	2. Sốt không ra mồ hôi	
Mồ hôi								1. Tự hãn	2. Đạo hãn	
Ăn								1. Kém ăn, chán ăn	2. Bình thường	3. Ăn nhiều
Miệng								1. Đắng miệng	2. Nhạt miệng	
Uống								1. Khát	2. Không khát	
Buồn nôn										
Nôn										
Đầy chướng										
Tiểu tiện								1. Trong	2. Vàng	
								1. Nhiều	2. Ít	

	Đại tiện							1.Khuôn	2. Táo	3. Sệt lỏng		
	Đau đầu											
	Hoa mắt											
	Chóng mặt											
	Hồi hộp											
	Tức nặng ngực											
	Đau mạn sườn											
	Đau bụng							1. Cự án	2. Thiện án			
	Mất ngủ							1. Ngủ hay mê	2.Trần trọc, khó ngủ			
Thiết	Mạch									1. Có lực	2. Vô lực	3. (ghi cụ thể)
	Chân tay									1.Ấm	2. Nóng	3.Lạnh
	Trung hà tích tụ									1. Trung	2. Hà	