

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

NGUYỄN THỊ THUỶ LINH

**THỰC TRẠNG MANG VI RÚT VIÊM GAN B TRÊN
PHỤ NỮ MANG THAI VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP
DỰ PHÒNG TẠI HẢI PHÒNG NĂM 2017-2020**

Chuyên ngành : Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số : 97 20 701

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HẢI PHÒNG – 2021

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

- 1. PGS.TS. BS. PHẠM MINH KHUÊ**
- 2. PGS.TS.BS. NGUYỄN VĂN BÀNG**

Luận án được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp cơ sở tại
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Vào hồi 9 giờ00, ngày 20 tháng 5 năm 2021

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện quốc gia
2. Thư viện trường Đại học Y Dược Hải Phòng

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC
ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Nguyễn Thị Thuỳ Linh**, Nguyễn Thị Thắm, Trần Thị Thuý Hà, Hoàng Thị Giang, Nguyễn Quang Chính, Phạm Minh Khuê (2021), “Thực trạng mang HBsAg và HBV-DNA tải lượng cao ở phụ nữ mang thai đến khám và quản lý thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, 10/2017- 3/2018”, Tạp chí Y học dự phòng, Tập 31, số 1- 2921, tr: 189- 195.

2. **Nguyễn Thị Thuỳ Linh**, Nguyễn Thị Thắm, Trần Thị Thuý Hà, Hoàng Thị Giang, Nguyễn Quang Hùng, Phạm Minh Khuê (2021), “Lây truyền vi rút viêm gan B từ mẹ sang con và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai có HBsAg dương tính tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2017- 2019”, Tạp chí Y học dự phòng, Tập 31, số 1- 2921, tr: 227- 235.

3. Pham Minh Khue, **Nguyen Thi Thuý Linh**, Vu Hai Vinh, Luu Vu Dung, and Bang Nguyen Van (2020), “Hepatitis B Infection and Mother- to- Child Transmission in Haiphong, Vietnam: A Cohort Study with Implications for Interventions”. *BioMed Research International*, Volume 2020, Article ID 4747965.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam có khoảng 7,8 triệu người đang sống chung với vi rút viêm gan B (HBV), điều này có nghĩa là trong 11 người ở Việt Nam thì có một người bị nhiễm HBV. Theo số liệu thống kê từ Bộ Y tế năm 2019, tỉ lệ mang HBV ở phụ nữ mang thai tại Việt Nam từ 10 - 20% và tỉ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con là từ 5 - 10%, trong đó có tới 90% trẻ chuyển sang nhiễm viêm gan B mạn tính.

Tại Hải Phòng, 25 năm qua, sau nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuyết Nga năm 1994, chưa có nghiên cứu nào đánh giá thực trạng mang HBV mạn tính ở phụ nữ mang thai và tỉ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con ở các bà mẹ này. Chính vì vậy với mong muốn có câu trả lời về thực trạng lây truyền HBV từ mẹ sang con trong điều kiện hiện nay? Hiệu quả của biện pháp truyền thông GDSK phù hợp với điều kiện thực tế dự phòng hiện nay giúp cải thiện như thế nào đối với kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con?, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Thực trạng mang vi rút viêm gan B trên phụ nữ mang thai và kết quả can thiệp dự phòng tại thành phố Hải Phòng**” với 2 mục tiêu:

- 1. Mô tả thực trạng lây truyền HBV từ mẹ sang con và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có thai đến khám và quản lý thai nghén tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2017-2018.*
- 2. Đánh giá kết quả can thiệp dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con bằng truyền thông giáo dục sức khỏe cho bà mẹ và nhân viên y tế trên địa bàn nghiên cứu.*

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Nghiên cứu đã đóng góp vào hệ thống số liệu quốc gia về tỉ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con ở các bà mẹ mang vi rút viêm gan B mạn tính tại Hải Phòng. Kết quả nghiên cứu là căn cứ để áp dụng các biện pháp can thiệp dự phòng thực tế giúp làm giảm tỉ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con từ đó giảm tỉ lệ nhiễm HBV mạn tính trong cộng đồng, tiến tới loại trừ bệnh viêm gan vi rút B. Việc thực hiện nghiên cứu theo dõi dọc từ khi phụ nữ mang thai tháng thứ nhất đến thời điểm sau sinh 12 tháng là một trong những khó khăn lớn.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mô hình can thiệp truyền thông giáo dục sức khoẻ đối với phụ nữ mang thai và nhân viên y tế sản khoa là khả thi và có ý nghĩa cho việc triển khai các biện pháp dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Phần chính của luận án dài 134 trang, bao gồm các phần sau:

Đặt vấn đề: 2 trang

Chương 1- Tổng quan: 37 trang

Chương 2- Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 25 trang

Chương 3- Kết quả nghiên cứu: 36 trang

Chương 4- Bàn luận: 31 trang

Kết luận và kiến nghị: 2 trang

Luận án có 184 trang đó có 35 tài liệu tiếng Việt và 149 tài liệu tiếng Anh. Luận án có 39 bảng, 10 hình. Phần phụ lục gồm 6 phụ lục dài 35 trang.

Chương 1 : TỔNG QUAN

1.1. Tổng quan về bệnh viêm gan vi rút B

1.1.1. Định nghĩa, căn nguyên

Viêm gan vi rút B là một bệnh truyền nhiễm do vi rút viêm gan B (HBV) gây ra, được biểu hiện dưới 2 thể là VGB cấp tính và mạn tính. Vi rút viêm gan B có 3 loại kháng nguyên, tương ứng với 3 loại kháng nguyên trên là 3 loại kháng thể. Sự hiện diện của các kháng nguyên (HBsAg, HBeAg, HBcAg) và kháng thể (anti – HBs; anti – HBe; anti - HBe) quan trọng trong việc xác định bệnh, thể bệnh cũng như diễn biến bệnh. Bệnh có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm như suy gan cấp, xơ gan, ung thư gan và có thể tử vong.

1.1.2. Đường lây truyền viêm gan B

Lây truyền HBV có thể xảy ra theo chiều dọc (lây truyền từ mẹ sang con) và theo chiều ngang (lây truyền qua đường máu và đường tính dục qua tiếp xúc với máu và vật phẩm của máu hoặc dịch tiết của người nhiễm HBV)

1.1.3. Dịch tễ học viêm gan B ở phụ nữ mang thai

Theo WHO năm 2019, trên thế giới có khoảng 257 triệu người nhiễm HBV mạn tính, trong đó khu vực Tây Thái Bình Dương có tỉ lệ mắc cao nhất (115 triệu người. Hàng năm có khoảng 1,4 triệu người tử vong có liên quan đến viêm gan vi rút (cấp tính, xơ gan và ung thư gan). Tỉ lệ nhiễm HBV ở phụ nữ mang thai ở Nigeria khoảng 2 – 15,2%; ở Đông Phi là 11,8%; ở Ethiopia là 6,7%; ở Trung Quốc là 3,1%; ở Lào là 5,44% và ở Philippine là 9,6%.

Tại Việt Nam, có khoảng 7,8 triệu người đang sống chung với viêm gan B, điều này có nghĩa là trong 11 người thì có một người bị nhiễm VGB. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Nga (1994), tỉ lệ lưu hành HBsAg dương tính ở sản phụ đến sinh ở Bệnh viện Phụ

Sản Hải Phòng và Trung Tâm Y tế quận Ngô Quyền là 12,59%. Nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Bình (1996) tại Bệnh viện Quân đội 108, có 166/1564 (10,61%) sản phụ mang HBsAg(+) ở 3 tháng cuối thai kỳ. Nghiên cứu của tác giả Chu Thị Thu Hà trên 1.300 phụ nữ có thai 28 tuần tuổi khỏe mạnh và đang sinh sống tại Hà Nội năm 2006, tỉ lệ nhiễm HBV ở phụ nữ có thai tại Hà Nội là 12,5%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hiền trên 93.638 sản phụ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong 5 năm (2006–2010) cho thấy tỉ lệ sản phụ đến sinh nhiễm HBV là 16,2%. Nghiên cứu của tác giả Đào Thị Mỹ Phượng được thực hiện từ tháng 08/2013 đến 04/2014 trên 1010 thai phụ đại diện cho cộng đồng thai phụ tỉnh Bình Dương đưa ra tỉ lệ thai phụ mang HBV là 10,5%. Theo số liệu thống kê từ Bộ Y tế năm 2019, tỉ lệ mang HBV ở phụ nữ mang thai tại Việt Nam từ 10 – 20%.

1.2. Các yếu tố liên quan đến lây truyền HBV từ mẹ sang con

- Nồng độ HBV - DNA của mẹ
- Điều trị kháng HBV
- Liệu pháp miễn dịch chủ động - thụ động
- Bú mẹ
- Phương thức đẻ
- Kiến thức, thái độ và thực hành của bà mẹ về viêm gan B
- Kiến thức, thái độ, thực hành về viêm gan B ở nhân viên y tế

1.3. Một số biện pháp dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con

- Tiêm vắc xin viêm gan B
- Tiêm globulin miễn dịch viêm gan B
- Điều trị kháng HBV
- Sử dụng globulin miễn dịch viêm gan B thai kỳ
- Truyền thông giáo dục sức khỏe, nâng cao kiến thức cho bà mẹ
- Nâng cao kiến thức cho nhân viên y tế

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Phụ nữ mang thai sinh sống tại Hải Phòng đến khám và quản lý thai nghén tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Mang thai tháng thứ nhất và có kế hoạch quản lý thai nghén tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng; Đồng ý tham gia vào nghiên cứu
- Có địa chỉ xác định (cách trung tâm thành phố bán kính 30 km).
- Trẻ sinh ra từ những bà mẹ mang HBsAg (+) mạn tính đồng ý tham gia vào theo dõi dọc giai đoạn từ tháng 10/2017 đến tháng 3/2018.
- Nhân viên y tế tại các khoa có tiếp xúc trực tiếp với phụ nữ mang thai: Khoa Chẩn đoán trước sinh, Khoa Sản và khoa Xét nghiệm: đồng ý tham gia vào nghiên cứu; Không có kế hoạch chuyển công tác trong thời gian 12 tháng tới.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2017 đến tháng 1/2020

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu theo dõi dọc và can thiệp cộng đồng.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

(1) Cỡ mẫu cho nghiên cứu theo dõi dọc:

- Cỡ mẫu xác định thai phụ mang HBV mạn tính: 1721 thai phụ.
- Cỡ mẫu đánh giá tỉ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con: 150 cặp mẹ - con theo dõi được đến thời điểm 12 tháng sau sinh.

(2) Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp:

- 176 phụ nữ mang thai mang HBsAg dương tính mạn tính giai đoạn sau sinh 6 tháng.
- 131 nhân viên y tế ở khoa Chẩn đoán trước sinh, khoa Sản và khoa Xét nghiệm, bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

2.2.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

(1) Thực trạng lây truyền HBV từ mẹ sang con ở thai phụ mang HBV mạn tính:

Tỉ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con

+ Tỉ lệ thai phụ mang HBV mạn tính theo tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, số lần mang thai, thu nhập bình quân, đã từng tiêm phòng vắc xin viêm gan B, tiền sử viêm gan B của bản thân và gia đình.

+ Tỉ lệ thai phụ theo tình trạng mang dấu ấn viêm gan B: nồng độ HBV- DNA cao trên 200.000 IU/ml (10^6 bản sao/ml); HBeAg dương tính; nồng độ ALT cao gấp đôi giới hạn trên bình thường.

+ Tỉ lệ thai phụ có chỉ định điều trị kháng HBV (gồm điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con và điều trị viêm gan B mạn).

+ Tỉ lệ trẻ theo hình thức sinh, cân nặng khi sinh, hình thức nuôi dưỡng, tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh, tiêm HBIg và tỉ lệ lưu hành HBsAg dương tính trong máu cuống rốn của trẻ sau khi sinh.

+ Tỉ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con giai đoạn trẻ 12 tháng tuổi

Yếu tố liên quan đến lây truyền HBV từ mẹ sang con

+ Yếu tố gia đình: gia đình có người nhiễm HBV (bao gồm cả người cha).

+ Yếu tố về phía bà mẹ: Đã từng tiêm vắc xin viêm gan B trước đó; Biết về tình trạng mang HBsAg của bản thân; Tình trạng mang HBeAg của bà mẹ; Nồng độ HBV - DNA của mẹ trên 200.000 IU/ml; Tham gia điều trị kháng HBV.

+ Yếu tố về phía trẻ: Tiêm liều viêm gan B sơ sinh; Tiêm HBIg;

Tiêm các mũi vắc xin viêm gan B theo chương trình tiêm chủng.

(2) Đánh giá kết quả của biện pháp can thiệp dự phòng bằng truyền thông GDSK cho bà mẹ và nhân viên y tế:

+ Tỷ lệ % các chỉ tiêu KAP trước và sau can thiệp

2.3. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

(1) Thu thập thông tin về tỉ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con:

- Sử dụng bệnh án nghiên cứu tự thiết kế cho mỗi cặp mẹ - con trong nghiên cứu.
- Xét nghiệm thu thập thông tin về dấu ấn viêm gan B trong huyết thanh của bà mẹ giai đoạn mang thai 7 tháng, lúc sinh; trong máu cuống rốn trẻ và khi trẻ được 12 tháng tuổi.
- Các tiêu chuẩn đánh giá tình trạng nhiễm HBV mạn tính, tiêu chí điều trị kháng HBV theo quyết định 5448/QĐ-BYT.

(2) Thu thập thông tin cho nghiên cứu can thiệp:

Biện pháp can thiệp bao gồm 2 cấu phần: truyền thông GDSK cho bà mẹ mang HBV mạn tính và nhân viên y tế về viêm gan B.

- Sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn tham khảo từ bộ câu hỏi đã được chuẩn hoá của tác giả Phạm Thị Thanh Hằng và tác giả Y.Chen năm 2017 để đánh giá KAP của bà mẹ và nhân viên y tế trước và sau can thiệp.
- Ngưỡng đánh giá đạt các chỉ tiêu KAP ở bà mẹ là khi trả lời đúng trên 50% và ở nhân viên y tế là khi trả lời đúng 70% số câu hỏi đánh giá về kiến thức - thái độ - thực hành.
- Đối với thực hành của bà mẹ về dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con, đánh giá qua việc tham gia điều trị kháng HBV khi có chỉ định; kết hợp kiểm tra sổ tiêm chủng để đánh giá việc tiêm liều viêm gan B sơ sinh; tiêm HBIg trong 12 giờ sau khi sinh và các mũi vắc xin viêm gan B theo chương trình tiêm chủng.

2.4. Biện pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe

a. Can thiệp đối với bà mẹ

Hoạt động truyền thông được thực hiện 3 lần bởi cán bộ trường Đại học Y Dược Hải Phòng theo hình thức truyền thông cá thể trực tiếp: lần đầu khi mang thai tháng thứ 7; lần thứ hai trước ngày dự kiến sinh 2 tuần và lần thứ 3 là sau khi sinh 3 tuần. Toàn bộ hoạt động trong quá trình can thiệp đều được ghi chép lại, bao gồm thông tin của thai phụ (họ tên, năm sinh, địa chỉ, số điện thoại (của thai phụ và 1 người thân trong gia đình), ngày dự kiến sinh), ngày tham gia nghiên cứu, tình trạng tham gia các lần can thiệp.

b. Can thiệp đối với nhân viên y tế

Hoạt động truyền thông được thực hiện 1 lần theo hình thức truyền thông nhóm nhỏ từ 30-35 nhân viên y tế theo từng khoa chuyên môn do các cán bộ nghiên cứu của trường Đại học Y Dược Hải Phòng thực hiện. Nội dung truyền thông gồm: cung cấp kiến thức về dịch tễ bệnh viêm gan B (tỉ lệ mắc, hậu quả, đường lây truyền), sàng lọc, biện pháp phòng ngừa và vắc xin VGB cho nhân viên y tế tại điểm nghiên cứu.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata 12.0.

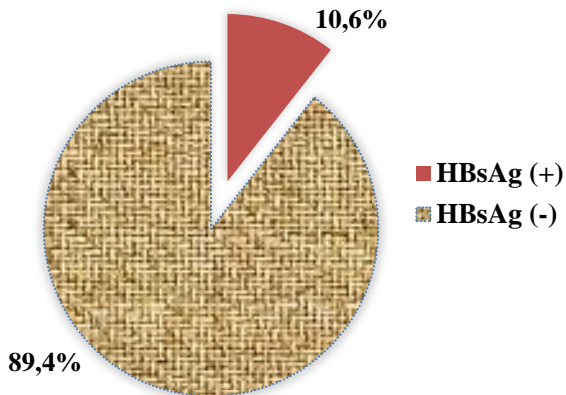
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý của Hội đồng đề cương luận án nghiên cứu sinh của trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Số liệu nghiên cứu được sử dụng dưới sự cho phép của nhóm nghiên cứu đề tài cấp thành phố. Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu được bảo mật theo quy trình thiết kế chặt chẽ. Các biện pháp dự phòng lây truyền HBV mẹ- con tư vấn cho thai phụ dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế về chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng lây truyền HBV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai đến khám và quản lý thai nghén tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 1721 phụ nữ mang thai tháng thứ nhất đến khám và quản lý thai nghén tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018. Tuổi trung bình của thai phụ là 30 (Min- Max: 14 - 42 tuổi) và đa số không biết về tình trạng mang HBV của bản thân (74,1%).



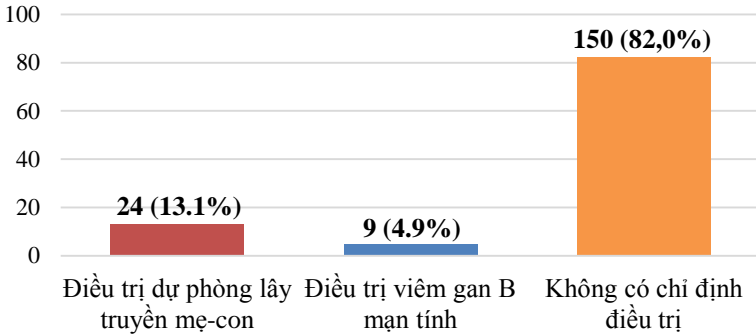
Hình 3.1. Tỷ lệ mang HBV mạn tính ở phụ nữ mang thai (n=1721)

Nhận xét: Tỷ lệ lưu hành HBsAg dương tính ở phụ nữ mang thai tháng thứ nhất đến khám và quản lý thai nghén tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018 là 10,6%.

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của thai phụ mang HBV mạn tính (n = 1721)

Đặc điểm nhân khẩu học	PNMT được xét nghiệm n(%)	HBsAg dương tính (n=183) n (%[95%CI])	p
Nghề nghiệp			
Nông dân	66 (3,8)	6 (9,1 [2,1 – 16,1])	0,96
Công nhân	663 (38,5)	70 (10,6 [8,2 – 12,9])	
Văn phòng/ ngân hàng/ giáo viên/ bác sĩ	583 (33,9)	64 (10,9 [8,4 – 13,5])	
Buôn bán/ Nội trợ	409 (23,8)	43 (10,5 [7,5 – 13,5])	
Trình độ học vấn			
Dưới PTTH	66 (3,8)	7 (10,6 [3,1 - 18,1])	0,98
PTTH	763 (44,4)	80 (10,4 [8,3 - 12,7])	
CD - ĐH/ Sau đại học	892 (51,8)	96 (10,8 [8,7 - 12,8])	
Số lần mang thai			
Lần 1	650 (37,7)	68 (10,5 [8,1 - 12,8])	0,98
Lần 2	836 (48,6)	90 (10,7 [8,7 - 12,9])	
Lần 3	235 (13,7)	25 (10,6 [6,7 - 14,6])	
Thu nhập bình quân			
Dưới 5 triệu đồng	102 (5,9)	11 (10,8 [4,7 - 16,8])	0,98
5- 10 triệu đồng	1428 (83,0)	151 (10,6 [8,9 - 12,2])	
≥ 10 triệu đồng	191 (11,1)	21 (11,0 [6,5 - 15,4])	
Đã từng tiêm vắc xin VGB			
Rồi	984 (57,2)	103 (10,5 [8,5 - 12,4])	0,79
Chưa/Không nhớ	737 (42,8)	80 (10,8 [8,6 - 13,1])	
Biết bản thân mang HBV			
Có	445 (25,9)	48 (10,8 [7,9 - 13,7])	0,90
Không	1276 (74,1)	135 (10,6 [8,9 - 12,3])	

Nhận xét: Chưa tìm thấy mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với tình trạng mang HBsAg dương tính mạn tính ở phụ nữ mang thai.



Hình 3.3. Chỉ định điều trị kháng vi rút viêm gan B theo quyết định 5448/QĐ-BYT (n=183)

Nhận xét: Tỷ lệ thai phụ có chỉ định điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con là 13,1%; Tỷ lệ thai phụ có chỉ định điều trị viêm gan B mạn tính là 4,9%.

Bảng 3.2. Sự tham gia điều trị của thai phụ có chỉ định điều trị

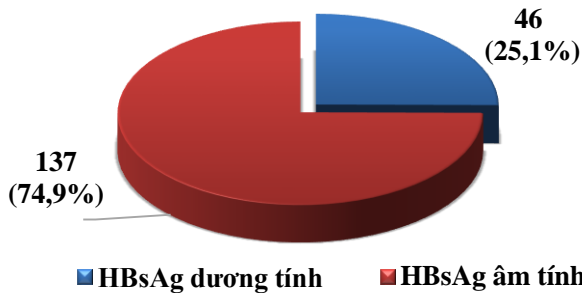
Chỉ định điều trị	Điều trị n(%)		Tổng	p
	Có	Không		
Dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con	24 (100%)	0	24 (13,1%)	<0,001
Điều trị bệnh VGB	6 (66,7%)	3 (33,3%)	9 (4,9%)	
Không có chỉ định	0	150 (100%)	150 (82,0%)	
Tổng	30 (16,4%)	153 (83,6%)	183	

Nhận xét: Tỷ lệ tham gia điều trị kháng HBV ở nhóm bà mẹ có chỉ định điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con là 100%; ở nhóm bà mẹ có chỉ định viêm gan B mạn là 66,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.4. Thông tin về trẻ sinh ra từ bà mẹ mang HBV mạn tính (n=183)

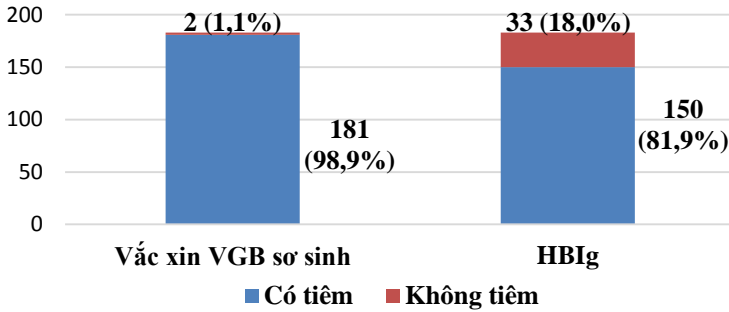
Đặc điểm của trẻ		Số lượng	Tỉ lệ %
Cân nặng sơ sinh trung bình: 3019 ± 298,2 gram			
Giới tính	Trẻ gái	88	48,1
	Trẻ trai	95	51,9
Hình thức sinh	Sinh thường	120	65,6
	Sinh mổ	63	34,4
Hình thức nuôi dưỡng	Bú mẹ hoàn toàn	90	49,2
	Bú bình	80	43,7
	Phối hợp	13	7,1

Nhận xét: Trong tổng số 183 trẻ sinh ra từ bà mẹ mang HBV mạn tính, cân nặng sơ sinh trung bình là 3019 + 298,2 gram; tỉ lệ cao hơn ở nhóm trẻ trai (51,9%); sinh thường (65,6%) và bú mẹ hoàn toàn (49,2).



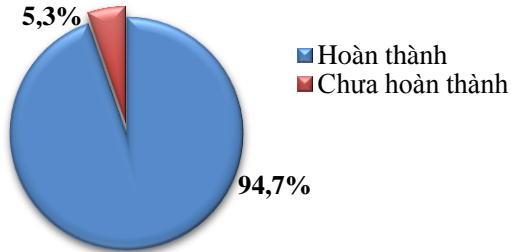
Hình 3.4. Tỉ lệ lưu hành HBsAg trong máu cuống rốn trẻ (n=183)

Nhận xét: Tỉ lệ HBsAg dương tính trong máu cuống rốn trẻ là 25,1%.



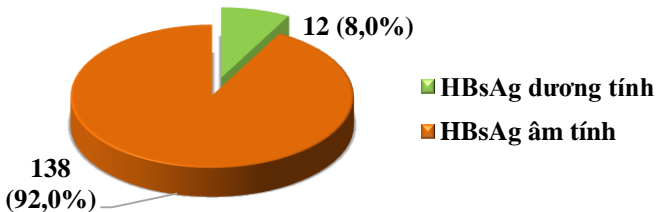
Hình 3.5. Tỷ lệ trẻ tiêm liều viêm gan B sơ sinh và HBIg (n=183)

Nhận xét: 98,9% trẻ được tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh và 81,9% trẻ được tiêm liều HBIg



Hình 3.6. Tỷ lệ tiêm 3 liều vắc xin VGB khi 12 tháng tuổi (n=150)

Nhận xét: Tại thời điểm 12 tháng tuổi, có 94,7% trẻ được tiêm đủ 3 liều vắc xin theo chương trình tiêm chủng.



Hình 3.7. Tỷ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con giai đoạn 12 tháng sau sinh (n = 150)

Nhận xét: Tỷ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con ở trẻ sinh ra từ bà mẹ mang HBV mạn tính giai đoạn 12 tháng tuổi là 8,0%.

Bảng 3.19. Đánh giá yếu tố liên quan đến lây truyền HBV từ mẹ sang con thời điểm trẻ 12 tháng tuổi (n=150)

Đặc điểm		Trẻ nhiễm HBV n(%)	OR ^a (95%CI)	aOR ^b (95%CI)	p ^c
HBeAg của bà mẹ lúc sinh	Dương Âm	10 (34,5) 2 (1,7)	31,3 (6,4-154,1) ref.	65,8 (7,3 -594,1) ref.	< 0,001
Gia đình có người nhiễm HBV ^d	Có Không	5 (21,7) 7 (5,5)	4,8 (1,4 – 16,6) ref.	4,0 (0,7-23,4) ref.	0,12
Tiêm liều VGB sơ sinh	Không Có	1 (50,0) 11 (7,4)	12,5 (0,7 – 212,9) ref.	36,1 (0,9-1459,5) ref.	0,06
Tiêm HBIG sau khi sinh	Không Có	5 (18,5) 7 (5,7)	3,8 (1,1 – 12,9) ref.	3,4 [0,6- 9,9] ref.	0,18
Tiêm đủ 3 liều vắc xin VGB	Không Có	2 (25,0) 10 (7,0)	4,4 (0,8 – 24,7) ref.	2,1 [0,1-31,2] ref.	0,59

(a: Phân tích đơn biến; b: Mô hình hồi quy đa biến; c: Likelihood-ratio test; d: bao gồm cả người chồng)

Nhận xét: Tình trạng HBeAg dương tính của bà mẹ lúc sinh có liên quan đến tình trạng mang HBsAg ở trẻ giai đoạn 12 tháng tuổi (p < 0,001).

3.2. Kết quả của các biện pháp can thiệp

3.2.1. Kết quả can thiệp đối với bà mẹ

Bảng 3.24. Kết quả can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ của bà mẹ về viêm gan B (n = 176)

Kiến thức về viêm gan B	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	Chênh lệch (%)	CSHQ (%)	p*
Kiến thức đủ	149 (84,7)	169 (96,0)	11,5	13,6	<0,001
Thái độ tích cực	123 (69,9)	176 (100,0)	30,1	43,1	<0,001

(*: Mc Nemar)

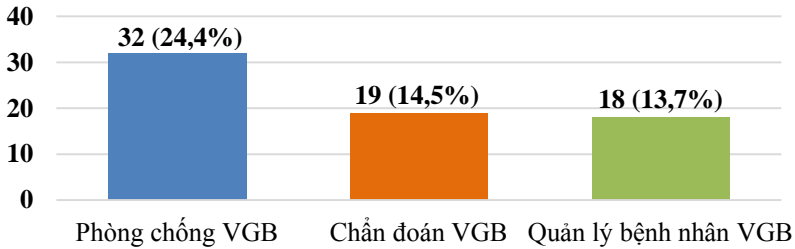
Nhận xét: Sau can thiệp, tỉ lệ bà mẹ có kiến thức đủ và thái độ tích cực về viêm gan B đều tăng lên có ý nghĩa ($p < 0,001$). Chỉ số hiệu quả sau can thiệp tăng 13,6% - 43,1%.

Bảng 3.26. Thực hành của bà mẹ về dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con sau can thiệp (n=176)

Thực hành	Số lượng	Tỉ lệ %
Xét nghiệm viêm gan B trong thai kỳ	176	100,0
Tuân theo chỉ định liệu pháp kháng vi rút	173	98,3
Tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh trong 24 giờ	174	98,9
Tiêm HBIG cho trẻ trong 12 giờ sau sinh	144	82,0
Lí do không tiêm (n=32)		
- Thấy không cần thiết	3	9,4
- Sợ không an toàn	10	31,3
- Chi phí cao	19	59,4
Tiêm trên 2 mũi vắc xin VGB theo CT tiêm chủng	164	93,2
Điểm trung bình thực hành: 4,70 (SD: 0,54; Min - Max: 3 - 5)		
Tỉ lệ thực hành đúng: 96,2%		

Nhận xét: Sau can thiệp, tỉ lệ bà mẹ mang HBV mạn tính thực hành đúng về dự phòng lây truyền HBV mẹ - con đạt 96,2%.

3.2.2. Kết quả can thiệp đối với nhân viên y tế



Hình 3.9. Tỷ lệ nhân viên y tế tham gia các khoá tập huấn liên quan đến viêm gan B trong 2 năm vừa qua (n=131)

Nhận xét: Tỷ lệ nhân viên y tế được tập huấn các vấn đề liên quan đến viêm gan vi rút B (Phòng chống, chẩn đoán và quản lý viêm gan B) thấp, chỉ đạt dưới 25%.

Bảng 3.39. Kết quả can thiệp thay đổi KAP của nhân viên y tế về bệnh viêm gan B ở phụ nữ mang thai (n = 131)

KAP	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	Chênh lệch (%)	CSHQ %	p
Kiến thức đủ	98 (74,8)	131 (100,0)	25,2	33,7	<0,001
Thái độ tích cực	65 (49,6)	73 (55,7)	6,1	12,3	0,008
Thực hành tốt	67 (51,1)	75 (57,3)	6,2	12,1	0,008

(*: *Mc Nemar*)

Nhận xét: Sau can thiệp, điểm trung bình về kiến thức, thái độ của nhân viên y tế về VGB trên phụ nữ mang thai đều tăng có ý nghĩa (chỉ số hiệu quả tăng 13,5% và 14,6%; $p < 0,05$). Điểm trung bình thực hành có tăng nhưng chưa có ý nghĩa với $p > 0,05$.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng lây truyền HBV từ mẹ sang con và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám và quản lý thai nghén tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2017- 2018

4.1.1. Tỷ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 1721 phụ nữ mang thai tháng thứ nhất đến khám và quản lý thai nghén tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018. Tỷ lệ thai phụ mang HBsAg dương tính mạn tính là 10,6% (183/1721 thai phụ). Mặc dù kết quả của chúng tôi phù hợp với các ước tính gần đây về tỷ lệ lưu hành HBV ở phụ nữ mang thai, nhưng tỷ lệ này cao hơn nhiều so với ngưỡng xác định mức độ lưu hành cao (8%) (Bảng 3.1). Tỷ lệ này cho thấy với quốc gia có đường lây truyền chủ yếu là từ mẹ sang con như Việt Nam thì đây có thể coi là nguyên nhân chính gây VGB mạn tính ở trẻ em.

Tỷ lệ thai phụ có chỉ định điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con (nồng độ HBV – DNA > 200.000 IU/ml) là 13,1%. Tất cả các thai phụ này đều tham gia điều trị kháng HBV để dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3/9 (33,3%) thai phụ có chỉ định điều trị bệnh VGB mạn nhưng không tham gia điều trị. Tại thời điểm sinh, 100% bà mẹ tham gia điều trị dự phòng có nồng độ HBV – DNA dưới 200.000 IU/ml. Điều này rất có ý nghĩa trong việc dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con ở những nước có tỷ lệ bệnh lưu hành cao như Việt Nam (Hình 3.2- Bảng 3.2).

Đặc điểm của 183 trẻ sinh ra từ 183 bà mẹ mang HBV mạn tính: Cân nặng sơ sinh trung bình là 3019 + 298,2 gram; Tỷ lệ trẻ trai và trẻ gái tương đương nhau (51,9% và 48,1%); Tỷ lệ trẻ sinh thường cao

hơn sinh mổ (65,6% so với 34,4%) và có gần 50,0% trẻ được nuôi dưỡng bằng hình thức bú mẹ hoàn toàn (Bảng 3.4).

Tỉ lệ lưu hành HBsAg dương tính trong máu cuống rốn của trẻ là 25,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỉ lệ nhiễm trùng tử cung trong một số nghiên cứu tại Trung Quốc năm 2015 là 6,3%, tại Australia năm 2014 là 5,0%, tại California năm 2016 là 1,1% và tại Thái Bình, Việt Nam năm 2011 là 21,7% (Hình 3.4).

Tỉ lệ trẻ được tiêm vắc xin VGB liều sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,9% (181/183 trẻ; 02 trẻ không tiêm do tại thời điểm tiêm trẻ có dấu hiệu vàng da sơ sinh) và tỉ lệ trẻ tiêm HBIg trong 12 giờ sau sinh là 82,0% (Hình 3.5). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Dương Thị Hồng (Yên Dũng, Bắc Giang); tác giả Dương Anh Dũng (Lạng Sơn, 2015) và tác giả Nguyễn Thị Loan (Quỳnh Nhai, Sơn La, 2019), tỉ lệ tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh lần lượt là 59,1%; 26,0% và 70,0%; là 70,0%. Sở dĩ tỉ lệ tiêm vắc xin VGB sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi đạt tỉ lệ cao như vậy là do tất cả 183 phụ nữ mang thai tham gia vào nghiên cứu theo dõi dọc đều được can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp từng cá thể về chăm sóc, quản lý thai nghén cho thai kỳ tiếp theo và tiêm phòng vắc xin VGB cho trẻ sau khi sinh theo chương trình tiêm chủng. Các thông tin được chúng tôi cung cấp vào 3 thời điểm: khi mang thai 7 tháng; khi sinh và sau khi sinh 3 tuần. Trong số 33/183 trẻ không tiêm HBIg và lí do không tiêm thứ nhất là do đây là mũi tiêm phải trả phí (khoảng 2,1 triệu/mũi); thứ 2 là do nhiều gia đình còn e ngại khi trong 24 giờ đầu tiêm liên tục 2 mũi tiêm cho trẻ sẽ không an toàn và có 2 trẻ là do không đủ điều kiện tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh nên cũng không thực hiện tiêm mũi HBIg.

Chúng tôi đánh giá việc tiêm các mũi vắc xin VGB tiếp theo của trẻ bằng bảng hỏi kết hợp với rà soát sổ tiêm chủng của trẻ tại thời điểm trẻ 12 tháng tuổi. Tỷ lệ trẻ đã hoàn thành loạt vắc xin (không bao gồm liều sơ sinh) là 94,7% (Hình 3.6), trong đó đa phần trẻ được tiêm vắc xin VGB kết hợp trong gói vắc xin 5 trong 1 của chương trình tiêm chủng mở rộng vào thời điểm 2- 3- 4 tháng tuổi. Một số ít trẻ tiêm theo mũi tiêm dịch vụ 6 trong 1 hoặc tiêm vắc xin VGB đơn giá trong tiêm chủng dịch vụ (do tiêm vắc xin 5 trong 1 dịch vụ không bao gồm vắc xin VGB). Lý do chúng tôi ghi nhận được từ số bà mẹ không thực hiện tiêm chủng đầy đủ đúng lịch cho trẻ (5,3% số trẻ) là do tình trạng thiếu vắc xin; lo ngại về tính an toàn của vắc xin sau các “biến cố bất lợi sau tiêm chủng” vào năm 2019 và có một vài trẻ là do ốm không tiêm được đúng lịch dẫn tới không tiêm đủ mũi vắc xin.

Tại thời điểm trẻ 12 tháng tuổi, có 33 cặp mẹ - con bị mất dấu (7 trường hợp mất dấu trong 6 tháng đầu và 26 trường hợp mất dấu trong 6 tháng tiếp theo). Những trường hợp này nhóm nghiên cứu không liên lạc được qua điện thoại và qua địa chỉ nhà. Tỷ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con tại thời điểm trẻ 12 tháng tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,0% (Hình 3.7). Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Chu Thị Thu Hà (Hà Nội, 2006) là 35,6% và của tác giả Phí Đức Long (Thái Bình, 2011) là 21,7%. Sự khác biệt này có thể lý giải như sau: thứ nhất, tỷ lệ thai phụ mang HBeAg (+) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn; thứ hai, tỷ lệ thai phụ đã từng tiêm vắc xin VGB của chúng tôi cao hơn và thứ ba, 148/150 trẻ sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi được tiêm vắc xin VGB trong 24 giờ đầu sau sinh (98,7%); tỷ lệ tiêm HBIg ở trẻ đạt 82,0% và tỷ lệ trẻ hoàn thành loạt vắc xin VGB theo chương trình tiêm chủng là 94,7%. Chúng tôi nhận thấy rằng, để đạt được tỷ lệ bao phủ vắc xin như vậy là do các thai phụ

khi tham gia nghiên cứu của chúng tôi đã được sàng lọc sớm, cung cấp các thông tin cần thiết và lặp lại nhiều lần để thực hiện các biện pháp dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con.

4.1.2. Một số yếu tố liên quan đến lây truyền HBV từ mẹ sang con

Phân tích mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học, tình trạng mang HBeAg (+); nồng độ HBV DNA cao > 200.000 IU/ml, tình trạng điều trị, hình thức sinh, tình trạng nuôi dưỡng, tình trạng tiêm chủng (vắc xin VGB liều sơ sinh, HBIG, loạt vắc xin VGB trong chương trình tiêm chủng), chúng tôi ghi nhận được có mối liên quan giữa tiền sử gia đình có người thân nhiễm HBV, bao gồm cả người cha (OR=4,8; 95%CI: 1,4 - 16,6; p<0,05); tình trạng tiêm HBIG của trẻ sau khi sinh (OR: 3,8; 95%CI: 1,2 – 12,9; p < 0,05); sự tham gia điều trị của bà mẹ khi có chỉ định liệu pháp kháng HBV (OR=24,4; 95%CI: 2,0- 296,2; p < 0,05) và tình trạng mang HBeAg dương tính của bà mẹ (OR=31,3; 95%CI: 6,4- 154,1; p < 0,001). Điều này giúp chúng tôi thấy được mặc dù các thai phụ đã được cung cấp thông tin đầy đủ về VGB ở phụ nữ mang thai và lây truyền HBV từ mẹ sang con nhưng với liều HBIG phải trả phí, chưa có hướng dẫn cho việc quản lý người mang HBV trong gia đình và việc chỉ định điều trị kháng HBV mới chỉ tập trung ở những bà mẹ có nồng độ HBV- DNA cao và nồng độ ALT tăng gấp đôi giới hạn trên bình thường mà bỏ qua tình trạng mang HBeAg dương tính ở phụ nữ mang thai là những nguy cơ của sự lây truyền HBV từ mẹ sang con.

Thực tế, khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến, chúng tôi ghi nhận được tình trạng HBeAg của bà mẹ là yếu tố tiên lượng độc lập duy nhất của lây truyền HBV từ mẹ sang con (OR=65,8; 95%CI: 7,3- 594,1; p<0,001) (Bảng 3.19).

4.2. Kết quả can thiệp dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con bằng truyền thông giáo dục sức khỏe đối với bà mẹ và nhân viên y tế tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

4.2.1. Kết quả can thiệp truyền thông bà mẹ

Chúng tôi nhận thấy sự can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe đã giúp cải thiện được điểm trung bình kiến thức, thái độ của bà mẹ về bệnh viêm gan B. Sau can thiệp, điểm trung bình kiến thức tăng 1,38 điểm, chỉ số hiệu quả là 15,9%; điểm trung bình thái độ tăng 0,87 điểm, chỉ số hiệu quả là 27,0%. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (Bảng 3.25). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác, truyền thông giáo dục cho phụ nữ mang thai nói riêng và phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ nói chung là biện pháp tốt nhất để cải thiện việc kiểm soát lây truyền HBV từ mẹ sang con.

Đối với thực hành chúng tôi chỉ đánh giá 1 lần vào thời điểm 6 tháng sau sinh. Tại thời điểm đó, các tiêu chí để đánh giá thực hành được thể hiện qua hành động như: xét nghiệm viêm gan B trong thai kỳ; tham gia điều trị theo chỉ định; tiêm vắc xin VGB sơ sinh trong 24 giờ sau sinh; tiêm phối hợp HBIG trong 12 giờ sau sinh và tiêm các mũi tiêm vắc xin VGB theo chương trình tiêm chủng. Kết quả cho thấy điểm trung bình thực hành của bà mẹ về dự phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con là 4,70 (Min - Max: 3 - 5). Tỷ lệ bà mẹ thực hành đúng khá cao (96,2%) (Bảng 3.26).

Như vậy, biện pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe đơn giản nếu được thực hiện đúng thời điểm, đúng đối tượng và có hệ thống cũng có thể đem lại được hiệu quả rõ rệt trong chiến lược dự phòng lây truyền từ mẹ sang con. Theo nhận định của WHO khu vực châu Á Thái Bình Dương, chỉ có khoảng 10% số người mắc viêm gan B và C ở Việt Nam được chẩn đoán và chỉ khoảng 30% người

được chẩn đoán được điều trị. Từ đó càng khẳng định tính khả thi khi nhân rộng mô hình can thiệp bằng truyền thông giáo dục đơn giản và hiệu quả nhằm nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ mang thai; rộng hơn nữa là đối tượng phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và hướng tới là cho cả cộng đồng nhằm góp phần thúc đẩy nhanh chiến lược loại trừ viêm gan vi rút B.

4.2.2. Kết quả can thiệp truyền thông trên nhân viên y tế

Kết quả của chúng tôi cho thấy trong 2 năm vừa qua chưa đến 1 phần tư số nhân viên y tế được tập huấn về phòng chống VGB (24,4%); chỉ có 14,5% được tham gia tập huấn chẩn đoán VGB và 13,7% được tập huấn về quản lý bệnh nhân VGB (Hình 3.9).

Qua đánh giá ban đầu, chúng tôi ghi nhận được NVYT trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 khoảng trống về kiến thức (tỉ lệ nhiễm, hậu quả; thời điểm thai phụ cần làm xét nghiệm VGB; điều trị dự phòng VGB ở bà mẹ có nồng độ HBV – DNA cao) và chưa quan tâm đến vấn đề VGB ở phụ nữ mang thai. Sau khi can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khoẻ cho nhân viên y tế, tỉ lệ đạt cả về kiến thức, về thái độ, về thực hành đều tăng lên có ý nghĩa ($p < 0,05$), chỉ số hiệu quả đạt từ 12,1 đến 33,7% (Bảng 3.39).

Điều này cho thấy cần phải có kế hoạch nỗ lực hơn nữa để cải thiện được thực hành của NVYT về lây truyền HBV mẹ - con. Mỗi NVYT cần xác định bản thân là 1 mắt xích quan trọng trong chiến lược phòng ngừa lây truyền viêm gan B mẹ- con chứ không phải chỉ bác sĩ mới là người thảo luận với thai phụ về tình trạng bệnh của họ cũng như các biện pháp cần thực hiện để ngăn ngừa lây truyền mẹ- con ở những bà mẹ mang HBsAg, thậm chí việc thảo luận có thể diễn ra ở bất kỳ thời điểm nào chứ không nhất nhất thiết phải được tiến hành trong các phòng khám, tư vấn hay điều trị bệnh. Đây thực sự là một thách thức

lớn trong công tác giảm lây truyền mẹ- con để tiến tới loại trừ viêm gan.

Như vậy, các kết quả về phân tích yếu tố liên quan chỉ cho thấy nguy cơ trẻ bị nhiễm chì từ môi trường là hiện hữu tại hai địa bàn này. Các can thiệp về vấn đề môi trường hoặc di dời khu vực dân cư xa khu vực sản xuất khai thác quặng nhằm làm giảm tác động của nhiễm chì với sức khỏe trẻ em ở Bản Thi và Tân Long là cần thiết.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Một là, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ở khu vực thành thị và kết quả thu được có thể không phản ánh tình hình trên toàn quốc, do đây là những phụ nữ sống tại một trong những khu vực đô thị lớn nhất của Việt Nam, dễ dàng tiếp cận với hệ thống y tế chất lượng, có đủ khả năng tài chính để chi trả cho việc sử dụng thuốc kháng vi-rút khi khám thai hoặc chủng ngừa HBIG. Hai là, số lượng trẻ sơ sinh bị nhiễm thấp làm hạn chế khả năng các phân tích đa biến có thể tìm ra nhiều yếu tố nguy cơ lây truyền hơn là tình trạng HBeAg của bà mẹ.

KẾT LUẬN

4.1. Thực trạng lây truyền HBV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai mang HBV mạn tính đến khám và quản lý thai nghén tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2017- 2020

- Tỷ lệ thai phụ mang HBV mạn tính ở phụ nữ mang thai là 10,6%.
- Tỷ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con ở bà mẹ mang HBV mạn tính là 8,0%
- Trong mô hình hồi quy đa biến, tình trạng HBeAg của mẹ có liên quan đến tình trạng mang HBsAg dương tính ở trẻ 12 tháng

4.2. Kết quả của các biện pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe ở bà mẹ và nhân viên y tế

4.2.1. Can thiệp trên bà mẹ

- Sau can thiệp, kiến thức và thái độ về lây truyền HBV từ mẹ sang con của bà mẹ đều tăng lên có ý nghĩa, chỉ số hiệu quả đạt từ 25,5 đến 40,7%.
- Tỷ lệ bà mẹ thực hành tốt cao: 100% bà mẹ xét nghiệm viêm gan B trong thai kỳ; 98,0% bà mẹ tuân thủ chỉ định điều trị; 98,7% bà mẹ tiêm vắc xin viêm gan B cho trẻ trong 24 giờ sau sinh; 82,0% bà mẹ tiêm HBIG cho trẻ trong 12 giờ sau sinh.

4.2.2. Can thiệp trên nhân viên y tế

- Sau can thiệp, kiến thức, thái độ, thực hành về lây truyền HBV từ mẹ sang con đều tăng có ý nghĩa với $p < 0,05$. Chỉ số hiệu quả tăng từ 12,1 đến 33,7%.

KIẾN NGHỊ

1. Sàng lọc sớm cho phụ nữ mang thai mang HBsAg để có kế hoạch quản lý và điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con.
2. Tư vấn truyền thông cho thai phụ đặc biệt nhấn mạnh tầm quan trọng của điều trị với những thai phụ có chỉ định liệu pháp kháng vi rút và có HBeAg dương tính.
3. Tập huấn cho các nhân viên y tế sản khoa các tuyến về quy trình quản lý và chăm sóc thai phụ mang HBsAg mạn tính để kiểm soát tốt tình trạng lây truyền HBV từ mẹ sang con.