

TỶ LỆ TRẺ DƯỚI 6 THÁNG TUỔI ĐƯỢC TIÊM NGỪA VẮC XIN VIÊM GAN VI RÚT B ĐẦY ĐỦ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÌ HOÃN CỦA BÀ MẸ TẠI HUYỆN CẦU KÈ, TỈNH TRÀ VINH

HUỲNH THỊ XUÂN LINH¹
NGUYỄN THANH BÌNH¹
LÊ THỊ DIỄM TRINH², HỒ HOÀNG VŨ²
LÊ VĂN TÂM³, TRẦN THIÊN THUẦN²
¹Trường Đại học Trà Vinh
²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
³Trung tâm Y tế quận 3, TPHCM

TÓM TẮT

Thông tin chung: Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ là đối tượng có nguy cơ tiến triển thành viêm gan vi rút B (VGVRB) mạn cao nhất nếu bị nhiễm vi rút viêm gan B (VGB). Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã khuyến cáo tất cả trẻ em nên tiêm vắc xin VGVRB liều đầu tiên trong vòng 24 giờ đầu sau sinh, sau đó tiêm 2 đến 3 liều nữa cách nhau ít nhất 4 tuần nhằm làm giảm tỷ lệ mắc VGVRB. Huyện Cầu Kè có tỷ lệ tiêm ngừa VGVRB trong vòng 24 giờ đầu sau sinh và VGB mũi 3 thấp nhất tỉnh Trà Vinh.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích trên 520 bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi nhằm xác định tỷ lệ trẻ được tiêm ngừa vắc xin VGVRB đầy đủ 4 mũi và các yếu tố liên quan thông qua bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên các nghiên cứu trước đó.

Kết quả: Tỷ lệ trẻ được tiêm ngừa vắc xin VGVRB đầy đủ 4 mũi (lúc 0, 2, 3, 4 tháng tuổi) là 64,8%. Lý do trẻ không được tiêm vắc xin VGB sơ sinh trong vòng 24 giờ đầu sau sinh là do trẻ không đủ sức khỏe (59,2%), nơi sinh không có vắc xin (9,2%), các lý do khác (2,1%) và không biết lý do (29,6%). Lý do trẻ bị trì hoãn 3 mũi vắc xin ngừa VGB mũi 2, 3, 4 tháng tuổi là trẻ không đủ sức khỏe (49,0%), tiêm ngừa theo lịch hẹn trong sổ tiêm (38,7%), lý do khác (17,9%) và không rõ lý do (0,6%).

Kết luận: Tỷ lệ trẻ được tiêm ngừa vắc xin VGVRB đầy đủ 4 mũi (lúc 0, 2, 3, 4 tháng tuổi) chưa cao.

Từ khóa: Vắc xin viêm gan vi rút B, tiêm ngừa đầy đủ, trẻ dưới 6 tháng tuổi, Trà Vinh.

SUMMARY

PROPORTION OF CHILDREN UNDER 6 MONTHS OF AGE RECEIVING ADEQUATE HEPATITIS B VACCINE AND MATERNAL DELAY RELATED FACTORS IN CAU KE DISTRICT, TRA VINH PROVINCE

Backgrounds: Infants and young children are most at risk of developing chronic hepatitis B if infected with the hepatitis B virus. The World Health Organization recommends that all children get hepatitis vaccine. First dose of B virus in the first 24 hours after birth, then 2 to 3 more doses given at least 4 weeks apart to reduce the incidence of hepatitis B virus. virus B within the first 24 hours after birth and hepatitis B virus dose 3 is lowest in Tra Vinh province.

Methodology: A cross-sectional study analyzed on 520 mothers with children under 6 months of age to determine the proportion of children receiving 4-dose full hepatitis B vaccine and related factors through questionnaires the design is based on previous studies. **Results:** The proportion of children receiving the hepatitis B vaccine with 4 doses (at 0, 2, 3, 4 months of age) is 64.8%. The reasons that babies are not vaccinated for hepatitis B within the first 24 hours after birth are that they are not healthy (59.2%), there is no vaccine at birth (9.2%), and other (2.1%) and unknown reasons the reason (29.6%). The reason for delaying 3 doses of hepatitis B vaccine at 2, 3, 4 months of age is that they are not healthy (49.0%), vaccinated

Chịu trách nhiệm: Huỳnh Thị Xuân Linh
Email: httxlinh@tvu.edu.vn
Ngày nhận: 14/12/2020
Ngày phản biện: 15/01/2021
Ngày duyệt bài: 26/01/2021

according to schedule in the vaccination book (38.7%), other reasons (17.9%) and unknown reasons (0.6%).

Conclusions: *The proportion of children receiving the hepatitis B vaccine in full 4 doses (at 0, 2, 3, 4 months of age) is not high.*

Keywords: *Vaccine for hepatitis B virus, full vaccinations, children under 6 months old, Tra Vinh.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù đã có vắc xin dự phòng hiệu quả từ năm 1982 nhưng theo WHO, mỗi năm vẫn có khoảng 600.000 ca tử vong trên thế giới do VGVRB gây ra. Trên thế giới, số người mắc VGVRB mạn chiếm tỷ lệ cao nhất (80%) ở khu vực Tây Thái Bình Dương và Đông Nam Á và hằng năm, riêng tại khu vực Tây Thái Bình Dương có khoảng 180.000 trẻ bị nhiễm VGVRB. Việt Nam là nước có tỷ lệ hiện mắc bệnh VGVRB cao từ 10 – 20%, đặc biệt tỷ lệ mang VGVRB ở phụ nữ có thai từ 10 - 12% và ở trẻ em là 2-6%. Số người mắc VGVRB mạn chủ yếu là do lây truyền từ mẹ sang con. Nhiễm VGVRB mạn tính chính là nguyên nhân chủ yếu gây bệnh gan ở Việt Nam như xơ gan và ung thư gan [8]. Khả năng đề nhiễm VGVRB trở thành mạn tính phụ thuộc vào độ tuổi lúc bị nhiễm bệnh. Trẻ sơ sinh bị nhiễm VGVRB có tới 80-90% sẽ trở nên nhiễm vi rút mãn tính và khoảng 25% trẻ trong số đó sẽ có nguy cơ bị ung thư gan và xơ gan; 30-50% trẻ bị nhiễm VGVRB trước 6 tuổi sẽ trở thành mạn tính và tỷ lệ này sẽ giảm còn 5 – 10% sau 6 tuổi [10]. Do đó, trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ là đối tượng có nguy cơ tiến triển thành VGVRB mạn cao nhất nếu bị nhiễm vi rút VGB.

Chính vì vậy, WHO đã đưa ra khuyến cáo rằng tất cả trẻ em nên tiêm vắc xin VGVRB liều đầu tiên trong vòng 24 giờ đầu sau sinh, sau đó tiêm 2 đến 3 liều nữa cách nhau ít nhất 4 tuần để hoàn thành đợt tiêm vắc xin này trong năm đầu đời nhằm làm giảm tỷ lệ mắc VGVRB. WHO đánh giá, vắc xin ngừa VGB an toàn và hiệu quả bảo vệ có thể lên đến 98%. WHO luôn đề cao “Tiêm chủng an toàn: Một nhân tố then chốt để giảm lây truyền viêm gan vi rút B và C [10].

Trên thế giới, tỷ lệ tiêm chủng vắc xin VGVRB liều đầu tiên đã tăng từ 63% lên 85% trẻ sơ sinh trong giai đoạn 2005-2017. Tỷ lệ tiêm vắc xin VGVRB liều thứ ba tăng từ 76% lên 93% trong cùng thời gian này. Trên toàn cầu, độ bao phủ tiêm chủng vắc xin VGVRB liều thứ nhất và thứ ba trong năm 2017 lần lượt là 43% và 84% [8]. Tại Việt Nam, vào năm 1997, vắc xin ngừa

VGVRB bắt đầu được đưa vào triển khai miễn phí trong Chương trình Tiêm chủng mở rộng (TCMR) dưới dạng dạng đơn liều. Từ năm 2010 vắc xin được sử dụng dạng phối hợp 5 trong 1 – Quinvaxem và được triển khai toàn quốc với lịch tiêm 0, 2, 3, 4 tháng; đến tháng 10/2018 sử dụng vắc xin ComBE Five thay thế vắc xin Quinvaxem. Trong những năm vừa qua, nước ta đã nỗ lực hết mình để nâng cao tỷ lệ tiêm ngừa đầy đủ ở trẻ dưới 1 tuổi, cũng như nâng cao tỷ lệ trẻ tiêm ngừa đầy đủ vắc xin ngừa VGVRB. Nhưng đến năm 2017, Việt Nam vẫn là một trong 13 quốc gia có tỷ lệ tiêm ngừa vắc xin VGVRB sơ sinh thấp trong khu vực châu Á - Thái Bình Dương. Theo báo cáo của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, tỷ lệ tiêm vắc xin VGVRB trong vòng 24 giờ sau sinh năm 2018 là 74,4% thấp hơn với cùng kỳ năm 2017 (76,6%). Tỷ lệ trẻ tiêm vắc xin ngừa VGVRB mũi ba trong năm 2018 vẫn thấp (74,7%) [9].

Tại Trà Vinh, tỷ lệ trẻ tiêm vắc xin ngừa VGVRB 3 mũi cơ bản của toàn tỉnh năm 2016 và 2017 đều trên 90%, riêng năm 2018 tỷ lệ này thấp hơn 65%. Tỷ lệ trẻ tiêm vắc xin ngừa VGVRB mũi 3 năm 2018 chỉ đạt 59,7%. Trong đó, Cầu Kè và Tiểu Cần là 2 huyện có tỷ lệ tiêm vắc xin ngừa VGB mũi 3 thấp nhất. Song song đó, từ năm 2013- 2018, tỷ lệ tiêm vắc xin ngừa VGVRB sơ sinh đều trên 70% và tỷ lệ tiêm vắc xin ngừa VGVRB trong vòng 24 giờ đầu sau sinh đều trên 60%. Đặc biệt năm 2018, tỷ lệ tiêm ngừa vắc xin VGB sơ sinh (VGBSS) của tỉnh đạt 85% (chỉ tiêu của tỉnh và toàn quốc là >70%) và tỷ lệ tiêm vắc xin ngừa VGVRB trong vòng 24 giờ đầu sau sinh đạt 75,5%. Tuy nhiên, vẫn còn một số huyện có tỷ lệ tiêm ngừa VGVRB trong vòng 24 giờ đầu sau sinh thấp như Cầu Kè, thành phố Trà Vinh, Càng Long. Trong đó, Cầu Kè là huyện có tỷ lệ tiêm ngừa viêm gan B trong vòng 24 giờ đầu sau sinh thấp nhất trong ba năm liên (từ năm 2016 đến 2018) [5, 6, 7, 9].

Có phải chăng ngoài lý do thiếu vắc xin Quinvaxem vào năm 2018 thì vẫn còn lý do khác đã làm tỷ lệ trẻ tiêm ngừa VGVRB ở Cầu Kè thấp như vậy. Mặt khác, tính đến nay Trà Vinh có rất ít đề tài nghiên cứu về tiêm ngừa VGVRB. Vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu về “*Tỷ lệ trẻ dưới 6 tháng tuổi được tiêm ngừa vắc xin viêm gan vi rút B đầy đủ và các yếu tố liên quan tri hoãn của bà mẹ tại huyện Cầu Kè, tỉnh Trà Vinh*” nhằm xác định tỷ lệ trẻ dưới 6 tháng tuổi được tiêm vắc xin ngừa VGVRB đầy đủ, xác định các lý do vì sao trẻ tri

hoãn mũi tiêm vắc xin ngừa VGVRB trong vòng 24 giờ đầu sau sinh và các mũi tiêm nhắc, đồng thời tìm ra những yếu tố liên quan đến tỷ lệ trẻ tiêm vắc xin ngừa VGVRB đầy đủ. Từ đó, địa phương sẽ đề ra những giải pháp thích hợp để nâng cao tỷ lệ tiêm ngừa VGVRB nhằm làm giảm tỷ lệ số người mắc bệnh VGVRB trong huyện cũng như trong tỉnh nói riêng và trong cộng đồng nói chung. Góp phần đạt mục tiêu “Loại trừ VGVRB vào năm 2030”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bà mẹ có con sinh từ ngày 01/4/2019 đến 30/11/2019 sinh sống trên địa bàn huyện Cầu Kè, tỉnh Trà Vinh trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Tiêu chí chọn vào: Bà mẹ có con sinh từ ngày 01/4/2019 đến 30/11/2019 có hộ khẩu thường trú trên địa bàn huyện Cầu Kè, tỉnh Trà Vinh trong khoảng thời gian nghiên cứu. Bà mẹ có khả năng hiểu tiếng Việt và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra: Bà mẹ bị mất trí nhớ hay hạn chế về mặt tâm thần.

2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có phân tích.

3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2020.

Địa điểm: Tại huyện Cầu Kè, tỉnh Trà Vinh.

4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu là 520.

Phương pháp chọn mẫu:

Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn gồm:

Giai đoạn 1: Chọn cụm điều tra

Huyện Cầu Kè, tỉnh Trà Vinh có tất cả 10 xã và 1 thị trấn với 70 khóm/ấp. Chúng tôi chọn ra 30 cụm (đơn vị cụm là khóm/ấp) bằng phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên.

Giai đoạn 2: Chọn mẫu toàn bộ

Tổng số trẻ (sinh từ ngày 01/4/2019 đến 30/11/2019) của 30 cụm chọn được là 592 vì thế để hạn chế tình trạng mất mẫu xảy ra chúng tôi chọn phỏng vấn tất cả những bà mẹ của trẻ trong 30 cụm được chọn. Trường hợp, đã phỏng vấn tất cả những bà mẹ của 30 cụm đã chọn nhưng vẫn không đủ mẫu thì chúng tôi sẽ tiếp tục phỏng vấn những bà mẹ của trẻ (sinh từ ngày 01/4/2019 đến 30/11/2019) của các cụm còn lại bằng hình thức bốc thăm ngẫu nhiên cho đến khi đủ mẫu.

5. Phương pháp thu thập số liệu

5.1. Công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi được soạn sẵn (Phụ lục 2) dựa trên tham khảo từ 2 nghiên cứu của tác giả Huỳnh Giao [3] và Nguyễn Hoài Ân [1].

5.2. Kỹ thuật thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp bà mẹ theo bộ câu hỏi soạn sẵn, kết hợp với tra sổ tiêm chủng của trẻ hoặc sổ theo dõi tiêm chủng của Trạm Y tế (TYT). Thu thập gồm các bước:

- Bước 1: Liên hệ với các TYT của huyện Cầu Kè để xin danh sách bà mẹ có con sinh từ ngày 01/4/2019 đến 30/11/2019.

- Bước 2: Liên hệ các TYT và cộng tác viên phụ trách các ấp thuộc TYT quản lý để liên hệ với các bà mẹ được chọn phỏng vấn. Sau đó, đến từng nhà phỏng vấn bà mẹ bằng bộ câu hỏi soạn sẵn. Kết hợp với phỏng vấn bà mẹ vào ngày TYT tổ chức tiêm chủng cho trẻ. Để đảm bảo thu thập thông tin khách quan cứ 3 người phỏng vấn sẽ có 1 người giám sát.

- Bước 3: Sau khi phỏng vấn xong, điều tra viên phải kiểm tra thật kỹ phiếu trả lời phỏng vấn, nếu có thông tin nào còn thiếu thì hỏi lại bà mẹ ngay.

Trường hợp lần đầu tiên phỏng vấn nhưng không gặp được bà mẹ thì tiếp tục liên hệ. Nếu 3 lần không liên hệ được thì loại bà mẹ ra khỏi danh sách.

6. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Stata 14. Tính tần số, tỉ lệ % cho các biến số định tính. Dùng trung bình và độ lệch chuẩn, hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị cho biến số định lượng (tuổi mẹ). Dùng kiểm định χ^2 để tính tần số và tỷ lệ % của các biến phụ thuộc và biến độc lập ở các bảng mối liên quan. Sử dụng hồi quy logistic đơn biến để kiểm định các mối liên quan giữa biến phụ thuộc và biến độc lập. Sau đó, đưa các biến có $p < 0,05$ vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Sử dụng chỉ số PR để đo lường độ lớn mức độ kết hợp của mối liên quan với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$; khoảng tin cậy 95%.

7. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (số 78/HĐĐĐ, ký ngày 16/01/2020).

KẾT QUẢ

1. Tỷ lệ trẻ được tiêm 4 mũi vắc xin ngừa viêm gan B

Bảng 1: Tỷ lệ trẻ được tiêm 4 mũi vắc xin ngừa viêm gan B

Tiêm ngừa VGB	Đầy đủ 4 mũi		Đúng lịch 4 mũi	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	337	64,8	5	1,0
Không	183	35,2	515	99,0

Có 64,8% trẻ được tiêm ngừa đầy đủ 4 mũi vắc xin VGB.

Có 1,0% trẻ được tiêm ngừa đúng lịch.

2. Lý do trẻ bị trì hoãn các mũi tiêm vắc xin ngừa viêm gan vi rút B

Lý do chủ yếu trẻ không được tiêm vắc xin VGB sơ sinh trong vòng 24 giờ đầu sau sinh là do trẻ không đủ sức khỏe (59,2%). Có 29,6% bà mẹ không biết lý do vì sao trẻ không được tiêm mũi VGB sơ sinh đúng lịch. Có 9,2% nơi sinh không có vắc xin. Có 2,1% là lý do khác.

Lý do trẻ bị trì hoãn 3 mũi tiêm vắc xin ngừa VGB (mũi 2, 3, 4 tháng tuổi) (n = 514).

Lý do trẻ bị trì hoãn 3 mũi tiêm vắc xin ngừa VGB (mũi 2, 3, 4 tháng tuổi) cao nhất là trẻ không đủ sức khỏe (49,0%) và tiêm ngừa theo lịch hẹn trong sổ tiêm (38,7%). Lý do khác là 17,9%. Không biết là 0,6%

3. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ trẻ được tiêm đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa VGVRB

Bảng 2. Xét các yếu tố liên quan đến với tỷ lệ tiêm đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa viêm gan vi rút B bằng Mô hình hồi quy đa biến

Đặc điểm	PR đơn biến (KTC 95%)	p đơn biến	PR đa biến (KTC 95%)	p đa biến
Cân nặng lúc sinh < 2500g ≥2500g	0,61 (0,40 – 0,94) 1	0,023	0,68 (0,45 – 1,03) 1	0,070
Thể trạng trẻ lúc sinh Không tốt Bình thường	0,43 (0,24 – 0,77) 1	0,005	0,44 (0,25 – 0,81) 1	0,008
Giữ sổ tiêm ngừa Có Không	7,26 (1,12 – 47,18) 1	0,038	7,39 (1,15 – 47,37) 1	0,035
NVYT tư vấn trước tiêm Có Không	1,26 (1,06 – 1,49) 1	0,010	1,25 (1,06 – 1,48) 1	0,008

Sau khi đưa các yếu tố liên quan đơn biến vào mô hình đa biến thì các yếu tố thể trạng trẻ lúc sinh, bà mẹ được nhân viên y tế tư vấn trước tiêm và bà mẹ giữ sổ tiêm chủng có liên quan đến tỷ lệ tiêm đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa viêm gan vi rút B ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

Qua điều tra 520 trẻ bằng phương pháp chọn mẫu cụm trên địa bàn toàn huyện về tỷ lệ trẻ dưới 6 tháng tuổi được tiêm vắc xin ngừa VGVRB đầy đủ tại huyện Cầu Kè, tỉnh Trà Vinh đạt được như sau:

1. Tỷ lệ trẻ được tiêm 4 mũi vắc xin ngừa VGVRB

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ được tiêm ngừa đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa VGVRB (gồm 1 mũi VGB sơ sinh và 3 mũi tiêm nhắc 1, 2, 3) chưa cao, chỉ đạt 64,8% và rất ít trẻ được

tiêm ngừa đúng thời điểm 4 mũi theo lịch tiêm của chương trình TCMR (0, 2, 3 và 4 tháng tuổi), chỉ có 1,0%. Tỷ lệ này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Huỳnh Giao (đầy đủ 4 mũi: 65,9%; đúng lịch 4 mũi: 45,2%) [3] và Nguyễn Hoài Ân (đầy đủ 4 mũi: 89,8%; đúng lịch 4 mũi: 43,0%) [1]. Sự chênh lệch này do tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ 3 mũi 2, 3, 4 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả. Bên cạnh đó còn nhiều yếu tố khác tác động đến có thể là: do kiến thức đúng của bà mẹ về bệnh VGB cũng như lợi ích của tiêm ngừa VGB cho trẻ trong nghiên cứu chúng tôi còn thấp (tỷ lệ tương ứng: 18,5% và 6,5%), do trẻ không đủ sức khỏe để tiêm, nơi tiêm không có hết vắc xin. Một số khác thì do quên lịch tiêm, tâm lý lo lắng của gia đình do sợ trẻ dễ bị phản ứng sau tiêm do bé còn nhỏ (biểu đồ 2).

2. Lý do trẻ bị trì hoãn các mũi tiêm vắc xin ngừa VGVRB

Trong số 98 trẻ không được tiêm vắc xin VGBSS trong vòng 24 giờ đầu sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi, có 59,2% trẻ bị trì hoãn mũi tiêm là do không đủ sức khỏe, chỉ 9,2% do nơi sinh không có/hết vắc xin, 2,1% các lý do khác. Còn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Cầu có đến 73,3% là do nơi sinh không có tiêm [2], sự khác biệt này có thể do khả năng cung cấp vắc xin của cơ sở y tế, nơi trẻ sinh ra trong nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn. Nghiên cứu của Dương Thị Hồng và cộng sự thì phần lớn là do bệnh viện không thực hiện đúng các quy định về tổ chức tiêm chủng, không tổ chức tiêm VGBSS vào các ngày thứ bảy, chủ nhật, ngày lễ. Một số ít thì do cha mẹ trẻ không đồng ý tiêm và mẹ bé thường xin về nhà sớm [4]. Sự khác biệt này có thể do địa bàn nghiên cứu của chúng tôi khác nhau nên phong tục, tập quán, cách tổ chức tiêm chủng ở mỗi nơi cũng có sự khác nhau. Bên cạnh đó, trẻ nhỏ lúc mới sinh có sức đề kháng yếu, khả năng chống chịu với môi trường bên ngoài kém do đó rất dễ có vấn đề về sức khỏe. Điều này có ảnh hưởng rất lớn đến tỷ lệ tiêm ngừa VGB trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Vì thế các bà mẹ cần có chế độ dinh dưỡng, tập luyện hợp lý khi mang thai, cũng như có kiến thức và kỹ năng đủ tốt về chăm sóc trẻ nhỏ.

Còn lý do khiến trẻ bị trì hoãn tiêm 3 mũi nhắc vắc xin ngừa VGB (mũi 1, 2, 3) cao nhất vẫn là trẻ không đủ sức khỏe (49,0%) và tiêm ngừa theo lịch hẹn trong sổ tiêm (38,7%), chỉ 17,9% là do những nguyên nhân khác (lo lắng vắc xin không an toàn, sợ bé bị phản ứng nhẹ sau tiêm, quên lịch tiêm, gia đình thấy bé còn nhỏ tháng, bận công việc nhà) và một số rất ít 0,6% bà mẹ không biết lý do con mình không được tiêm đúng lịch (biểu đồ 2). Lý do trẻ không đủ sức khỏe để tiêm cũng có tỷ lệ cao nhất trong tất cả các lý do trẻ trì hoãn tiêm vắc xin trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Cầu (51,1%) [2]. Giải thích cho điều này, chúng tôi cũng đã trình bày ở lý do trẻ trì hoãn mũi VGBSS trên. Ngoài ra, phải chăng do tâm lý lo sợ phản ứng nặng sau tiêm có thể xảy ra của nhân viên y tế (NVYT) do hệ quả của những sự cố tiêm chủng trước đây tại Việt Nam. Dẫn đến quan điểm “ưu tiên tiêm đủ liều hơn là tiêm đúng lịch” cho trẻ, do đó các trạm thường chỉ định cho trẻ tiêm ngừa vào ngày mà trẻ vừa hơn 2 tháng, 3 tháng hoặc 4 tháng tuổi để đảm bảo an toàn

cho trẻ. Vì thế, trẻ phải tiêm theo lịch hẹn của trạm cho dù trẻ tiêm không đúng lịch (trừ những trường hợp phải chỉ định hoãn tiêm).

3. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ trẻ được tiêm đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa VGVRB

Trong quá trình phân tích hồi quy đơn biến, chúng tôi đã tìm thấy 4 yếu tố có liên quan đến tỷ lệ tiêm ngừa đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa VGVRB có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) gồm cân nặng lúc sinh, thể trạng trẻ lúc sinh, mẹ giữ sổ tiêm chủng và NVYT tư vấn trước tiêm. Sau khi đưa 4 yếu tố này vào mô hình logistic đa biến thì chỉ còn 3 yếu tố liên quan đến tỷ lệ tiêm ngừa đầy đủ có ý nghĩa thống kê là thể trạng trẻ lúc sinh, giữ sổ tiêm ngừa và NVYT tư vấn trước tiêm. Cụ thể:

Những trẻ có thể trạng không tốt khi vừa sinh ra có tỷ lệ tiêm đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa VGVRB giảm 56,0% so với tỷ lệ tương ứng ở những trẻ có thể trạng bình thường lúc sinh ($p = 0,008$; KTC 95%: 0,25 – 0,81). Kết quả này phù hợp với Hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm đối với trẻ em [6], những trẻ có sức khỏe không tốt khi mới sinh ra sẽ bị hoãn tiêm ngừa. Vì thế, việc các thai phụ có chế độ dinh dưỡng hợp lý, tập luyện tốt để thai nhi khỏe mạnh và có sức khỏe tốt là điều rất quan trọng.

Trẻ có mẹ giữ sổ tiêm ngừa thì có tỷ lệ tiêm đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa VGVRB cao hơn 7,39 lần so với tỷ lệ tương ứng ở trẻ có mẹ không giữ sổ tiêm chủng ($p = 0,035$; KTC 95%: 1,15 – 47,37). Kết quả này tuy có ý nghĩa thống kê nhưng khoảng tin cậy rộng. Do đó, mối liên quan này cần được phân tích thêm trong một nghiên cứu khác có cỡ mẫu lớn hơn để có thể khẳng định mối liên quan này thật sự có tồn tại hay không. Nhưng qua kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của sổ tiêm chủng vì giữ sổ tiêm chủng sẽ giúp bà mẹ nhớ được ngày hẹn tiêm, khi đó trẻ sẽ không bị trễ hẹn. Do đó, NVYT cần chú ý nhắc nhở các bà mẹ/người nhà của bé cất giữ, bảo quản kỹ sổ tiêm của bé và thường xuyên theo dõi lịch hẹn được ghi trong sổ tiêm.

Trẻ có mẹ được NVYT tư vấn trước khi tiêm ngừa VGB cho trẻ thì có tỷ lệ tiêm đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa VGVRB cao hơn 1,25 lần so với tỷ lệ tương ứng ở trẻ có mẹ không được tư vấn trước tiêm ($p = 0,008$; KTC 95%: 1,06 – 1,48). Do đó các NVYT cần thực hiện đúng quy trình tư vấn trước tiêm cho người nhà của trẻ và chú trọng đến kỹ năng giao tiếp, kỹ năng truyền thông nhiều hơn nữa.

4. Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

4.1. Điểm mạnh

Đây là nghiên cứu đầu tiên về tiêm vắc xin ngừa VGB và cũng là nghiên cứu đầu tiên về tiêm ngừa đầy đủ 4 mũi VGB cho trẻ dưới 6 tháng tuổi của huyện Cầu Kè, tỉnh Trà Vinh. Từ đó sẽ giúp kiến nghị tập trung vào những biện pháp phù hợp hơn để tăng cường tỷ lệ tiêm chủng VGB đầy đủ. Chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy đa biến nên đã khử được yếu tố nhiễu và tìm được các yếu tố thật sự có liên quan đến tiêm ngừa đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa VGB mà những nghiên cứu trước đây chưa tìm được.

4.2. Điểm hạn chế

Thứ nhất, đây là nghiên cứu cắt ngang nên các mối liên quan tìm được chưa thể hiện được mối quan hệ nhân - quả, trước - sau. Thứ hai, trong quá trình phỏng vấn có những câu hỏi buộc bà mẹ phải nhớ lại do đó sai số nhớ lại có thể xảy ra. Thứ ba, nghiên cứu của chúng tôi chỉ là nghiên cứu định lượng nên chưa tìm hiểu hết được những nguyên nhân sâu xa khiến tỷ lệ trẻ tiêm ngừa đầy đủ 4 mũi chưa cao (64,8%). Vì thế, chúng tôi đề nghị cần có một nghiên cứu khác ở phạm vi rộng hơn về tình hình tiêm ngừa đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa VGVRB ở trẻ dưới 1 tuổi, về bệnh VGB và có kết hợp với nghiên cứu định tính để có thể tìm hiểu được vấn đề một cách sâu sắc và toàn vẹn hơn.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ được tiêm đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa VGVRB (lúc 0, 2, 3, 4 tháng tuổi) là 64,8%; tỷ lệ trẻ không được tiêm đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa VGB là 35,2%. Lý do trẻ không được tiêm vắc xin VGB sơ sinh trong vòng 24 giờ đầu sau sinh là do trẻ không đủ sức khỏe (59,2%), nơi sinh không có vắc xin (9,2%), các lý do khác là 2,1% và 29,6% bà mẹ không biết lý do. Lý do trẻ bị trì hoãn 3 mũi vắc xin ngừa VGB mũi 2, 3, 4 tháng tuổi là trẻ không đủ sức khỏe (49,0%), tiêm ngừa theo lịch hẹn trong sổ tiêm (38,7%), lý do khác (17,9%) và 0,6% bà mẹ không rõ lý do. Yếu tố liên quan đến tỷ lệ tiêm ngừa đầy đủ 4 mũi vắc xin ngừa bệnh VGB cho trẻ là thể trạng trẻ lúc sinh, bà mẹ được NVYT tư vấn trước tiêm và bà mẹ giữ sổ tiêm chủng có ($p < 0,05$).

Do đó, các NVYT tại các TYT, các cơ sở tiêm chủng cần hướng dẫn bà mẹ cách sử dụng sổ tiêm chủng, nhắc nhở bà mẹ cất giữ, bảo quản kỹ sổ tiêm chủng của trẻ. Các cơ sở y tế có phòng sanh nên có kế hoạch về việc sử dụng, dự trữ vắc xin, vật tư TCMR cụ thể, phù hợp để tránh tình trạng hết vắc xin hay không có vắc xin

ngừa VGBSS để tiêm cho trẻ trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Trung tâm y tế huyện và các trạm y tế thuộc huyện Cầu Kè cần tăng cường công tác truyền thông, tổ chức nhiều buổi sinh hoạt, GDSK về bệnh VGB, về tiêm ngừa VGB và cách chăm sóc trẻ nhỏ cho phụ nữ mang thai và bà mẹ có con nhỏ dưới 1 tuổi tham gia để tăng tỷ lệ trẻ được tiêm vắc xin ngừa VGVRB đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoài Ân (2018), *Nghiên cứu tình hình tiêm vắc xin viêm gan B ở trẻ dưới 1 tuổi và kiến thức, thái độ của bà mẹ về tiêm ngừa viêm gan B tại quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ năm 2017*, Luận văn Tốt nghiệp ngành Bác sĩ Y học Dự phòng, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. Nguyễn Hồng Cầu (2018), *Nghiên cứu tình hình tiêm chủng vắc xin viêm gan siêu vi B ở trẻ từ 6 tháng đến dưới 1 tuổi tại huyện Cái Nước, tỉnh Cà Mau năm 2017-2018*, Luận án Chuyên khoa Cấp II.
3. Huỳnh Giao (2018), *Kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ về tiêm ngừa viêm gan siêu vi B và tỷ lệ trẻ có kháng thể sau tiêm ngừa*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. Dương Thị Hồng và cộng sự (2016), "Thực trạng tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh tại huyện Yên Dũng, tỉnh Bắc Giang năm 2015 và một số yếu tố liên quan", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVI, Số 1 (174) 2016.
5. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Trà Vinh (2018), *Báo cáo kết quả hoạt động năm 2017 và kế hoạch năm 2018*, Số 66/BC-KSBT, ngày 18/01/2018.
6. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Trà Vinh (2018), *Báo cáo kết quả hoạt động năm 2018 và kế hoạch năm 2019*, Số 1488/BC-KSBT, ngày 31/12/2018.
7. Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Trà Vinh (2017), *Báo cáo kết quả hoạt động năm 2016 và kế hoạch hoạt động năm 2017*, Số 29/YTDP-KHTC, ngày 16/01/2017.
8. Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2019), *Khu vực Tây Thái Bình Dương của WHO đạt được cột mốc giảm tỷ lệ viêm gan ở trẻ em*, <http://www.hspi.org.vn/vcl/Khu-vuc-Tay-Thai-Binh-Duong-cua-WHO-dat-duoc-cot-moc-giam-ty-le-viem-gan-o-tre-em-t101-8836.html>, truy cập ngày 12/03/2019.
9. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (2019), *Báo cáo tổng kết Tiêm chủng mở rộng 2018*.
10. WHO (2020), *Hepatitis B*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>, access 27 July 2020