KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Đinh Linh Trang[1], Hoàng Thị Hải Vân[1], Nguyễn Thu Thương[2]
Vũ Thị Thu Uyên[2], Trần Thị Thu Trang[2,3] và Đào Việt Hằng[1,2,✉]
[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật
[3]Trường Đại học Dược Hà Nội

Nghiên cứu cắt ngang đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây nhiễm vi khuẩn Helicobacter pylori (H. pylori) và phân tích một số yếu tố liên quan thực hiện trên 145 bệnh nhân đã điều trị diệt trừ thành công tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long và Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật từ 01/2024 đến 07/2024. Điểm kiến thức trung bình về đường lây truyền, triệu chứng, biến chứng, xét nghiệm và dự phòng là 16,2 ± 3,5 điểm (min - max: 5 - 22 điểm), 81,4% bệnh nhân trả lời H. pylori lây truyền qua đường miệng - miệng và trên 90% cho rằng sử dụng riêng dụng cụ ăn uống có thể phòng ngừa lây nhiễm H. pylori. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân trả lời sai về đường lây truyền của H.pylori vẫn còn cao. Các bệnh nhân có thái độ tốt về dự phòng lây nhiễm H. pylori trong gia đình và 100% bệnh nhân chấp nhận ít nhất 01 loại xét nghiệm phát hiện H. pylori nếu thực hiện kiểm tra lại. Tỷ lệ thực hành tốt các biện pháp dự phòng lây nhiễm H. pylori chưa cao (điểm thực hành trung bình: 44,3 ± 4,2, min - max: 32 - 54 điểm), 42,8% bệnh nhân thường xuyên và 48,3% luôn luôn sử dụng chung chén nước chấm với cả gia đình. Có mối liên quan có ý nghĩa giữa nghề nghiệp và điểm kiến thức; giới tính và điểm thực hành của bệnh nhân (p < 0,05).

Từ khóa: Dự phòng lây nhiễm *H. pylori*, kiến thức, thái độ, thực hành.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn *Helicobacter pylori (H. pylori)* là nguyên nhân quan trọng gây ra các bệnh lý dạ dày-tá tràng bao gồm viêm dạ dày mạn tính, loét dạ dày tá tràng và ung thư dạ dày, ảnh hưởng đến khoảng 50% dân số trên thế giới.[1-3] Các nước phát triển có tỉ lệ nhiễm thấp hơn (25 - 50%) so với nước đang phát triển (50 - 90%).[4] Tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm vi khuẩn *H. pylori* rất cao (khoảng 70%).[5] Bên cạnh việc tối ưu hoá các phác đồ diệt trừ *H. pylori* khi có chỉ định, việc quản lý bệnh nhân để hạn chế tái nhiễm sau khi đã diệt trừ thành công cũng là một vấn đề quan trọng trong thực hành lâm sàng.[6] Tỷ lệ tái nhiễm hàng năm có thể lên đến 40 - 50% ở một số nước đang phát triển.[7-10] Tái nhiễm khiến cho việc điều trị lại khó khăn hơn, tiềm tàng nguy cơ lây nhiễm trong cộng đồng và gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Các khuyến cáo trong quản lý nhiễm vi khuẩn *H. pylori* đã chỉ rõ tầm quan trọng của giáo dục và nâng cao ý thức của người dân trong việc giảm nguy cơ lây nhiễm trong cộng đồng sau khi diệt trừ *H. pylori* thành công.[6] Vi khuẩn *H. pylori* được chứng minh là lây truyền chủ yếu từ người sang người qua đường phân-miệng và đường miệng-miệng, gián tiếp qua đồ ăn, nước uống, nguồn nước sinh hoạt.[7,8]

Tác giả liên hệ: Đào Việt Hằng
Trường Đại học Y Hà Nội
Email: hangdao.fsh@gmail.com
Ngày nhận: 18/10/2024
Ngày được chấp nhận: 13/11/2024

Tuy nhiên, các báo cáo cho thấy kiến thức của người dân về vi khuẩn *H. pylori* cũng như cách thức lây truyền của vi khuẩn này còn chưa cao, điều này làm gia tăng khó khăn trong quản lý tình trạng lây nhiễm chéo và tái nhiễm.[9-12]

Vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành về sàng lọc và dự phòng lây nhiễm vi khuẩn *H. pylori* của bệnh nhân đã diệt trừ *H. pylori* thành công và xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành của nhóm đối tượng này. Từ đó, giúp có thêm các căn cứ để triển khai các biện pháp can thiệp phù hợp nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của nhóm đối tượng này và của dân số nói chung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân có tuổi từ 16 - 70 tuổi, đã điều trị diệt trừ *H. pylori* theo phác đồ của Hội Tiêu hóa Việt Nam (VNAGE) và được xác định điều trị diệt trừ thành công thông qua phương pháp test thở C^{13} hoặc C^{14}.[6] Nghiên cứu loại trừ các bệnh nhân sống một mình, phụ nữ mang thai và đang cho con bú, mắc bệnh lý ác tính có tiên lượng sống dưới 1 năm hoặc bệnh lý tâm thần không giao tiếp được.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long và Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật từ 01/2024 đến 07/2024.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu lựa chọn toàn bộ bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Số liệu của 145 bệnh nhân được đưa vào phân tích.

Bộ câu hỏi kiến thức, thái độ, thực hành

Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành của người dân Trung Quốc về vi khuẩn *H. pylori* được xây dựng bởi Wang và cộng sự, Alajmi và cộng sự, kết hợp tổng quan tài liệu và hướng dẫn xây dựng bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành của WHO, gồm 3 phần như sau[13-15]:

- Kiến thức: Gồm 12 câu hỏi về đường lây truyền, triệu chứng, biến chứng, phương pháp xét nghiệm điều trị và dự phòng lây nhiễm *H. pylori*. Đối tượng trả lời đúng, sai hoặc không biết với câu hỏi đúng/sai hoặc lựa chọn đáp án đúng với câu hỏi nhiều lựa chọn, mỗi câu trả lời đúng hoặc ý trả lời đúng (câu hỏi nhiều lựa chọn) được tính 1 điểm. Tổng điểm dao động từ 0 - 24 điểm.

- Thái độ: Gồm 9 câu hỏi. Trong đó, 7 câu hỏi về thái độ đối với lây truyền, sàng lọc, điều trị, tai nhiễm với mức độ đồng ý của bệnh nhân tính theo thang Likert 5 mức độ (từ *"rất không đồng ý"* đến *"rất đồng ý"*, tương ứng từ 1 đến 5 điểm. Đối với 2 câu hỏi về sự chấp nhận loại phương pháp xét nghiệm *H. pylori*, bệnh nhân đồng ý ít nhất 01 phương pháp sẽ được tính 1 điểm, không đồng ý phương pháp nào tính 0 điểm. Tổng điểm dao động từ 8 - 36 điểm.

- Thực hành: Gồm 14 câu hỏi về tần suất các hoạt động thực hành sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân được phân loại theo thang Likert 5 mức độ (12 câu), với các thực hành tốt: từ *"không bao giờ"* đến *"luôn luôn"* được tính tương ứng từ 1 - 5 điểm; ngược lại các thực hành không tốt: từ *"không bao giờ"* đến *"luôn luôn"* được tính tương ứng từ 5 - 1 điểm. Hai câu hỏi về tần suất đánh răng trong ngày: từ 2 lần/ngày trở lên được tính 1 điểm, còn lại tính 0 điểm; và tiền sử hút thuốc lào, thuốc lá điện tử: có hút - đã từng hút - không hút được tính tương ứng từ 0 - 2 điểm. Tổng điểm tối dao động 12 - 63 điểm.

Xử lý số liệu: Nghiên cứu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata và số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 17. Biến định tính

được mô tả bằng số đếm (tỷ lệ, %), các biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn, SD) hoặc trung vị (tứ phân vị, IQR). Mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến và đa biến được sử dụng để khảo sát các yếu tố liên quan đến điểm kiến thức, thái độ, thực hành của đối tượng. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua về mặt đạo đức bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số IRB00003121 ngày 09/01/2024.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

Từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2024, nghiên cứu thu thập thông tin của 145 bệnh nhân, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn (62,1%), tuổi trung bình là 45,4 ± 12,2 (min - max: 16 - 74). Trong số các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 22,8% trong gia đình có người thân từng dương tính với vi khuẩn *H. pylori*, 31% bệnh nhân có người thân được chẩn đoán loét dạ dày - tá tràng. Các đối tượng tham gia nghiên cứu phần lớn đã kết hôn, và khoảng 50% có trình độ học vấn cao đẳng, đại học và sau đại học (Bảng 1).

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 145)

Đặc điểm		Kết quả, n (%)
Giới	Nữ	90 (62,1)
Tuổi, TB ± SD		45,4 ± 12,2 (min - max: 16 - 74)
Nhóm tuổi	16 - 30	10 (6,9)
	31 - 45	59 (40,7)
	46 - 60	55 (37,9)
	> 60	21 (14,5)
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	130 (89,7)
Trình độ học vấn	Tiểu học	3 (2,1)
	Trung học cơ sở & phổ thông	58 (40)
	Học nghề, trung cấp	9 (6,2)
	Cao đẳng/ Đại học/ Sau đại học	75 (51,8)
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	55 (37,9)
	Lao động chân tay	22 (15,2)
	Khác	68 (46,9)
Thu nhập bình quân/ người	Không có	14 (9,7)
	< 5 triệu/tháng	18 (12,4)
	Từ 5 - 10 triệu/tháng	52 (35,9)
	> 10 triệu/tháng	61 (42,1)

	Đặc điểm	Kết quả, n (%)
Tiền sử gia đình	Ung thư dạ dày	14 (9,7)
	Loét dạ dày - tá tràng	45 (31)
	Xuất huyết tiêu hóa trên	5 (3,5)
	Nhiễm *H. pylori*	33 (22,8)
	Không rõ/không có	56 (42,7)

2. Kết quả về kiến thức

Điểm kiến thức chung về *H. pylori* trung bình là 16,2 ± 3,5, min - max: 5 - 22 điểm. Với các câu hỏi liên quan đến đường lây truyền, bệnh nhân trả lời đúng về đường lây miệng-miệng cao (81,4%), phân-miệng (53,1%), tuy nhiên, bệnh nhân vẫn còn lầm tưởng *H. pylori* vẫn có thể lây truyền qua đường máu và không khí (lần lượt là 44,8% và 37,9%). Các câu hỏi liên quan đến triệu chứng, biến chứng, điều trị đều có tỷ lệ trả lời chính xác cao (trên 80%).

Tỷ lệ bệnh nhân trả lời đúng về 2 phương pháp phát hiện vi khuẩn *H. pylori*, test thở C^{13} và test urease trong nội soi phổ biến nhất ở mức cao (91,7% và 78,6%). Về các phương pháp có thể dự phòng lây nhiễm *H. pylori*, tỷ lệ trả lời đúng các biện pháp dự phòng ở mức cao liên quan đến sử dụng riêng dụng cụ ăn uống, khử trùng dụng cụ ăn uống, rửa tay trước khi ăn (lần lượt là 90,3%, 74,5% và 82,1%). Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ lớn bệnh nhân trả lời sai các biện pháp dự phòng như ăn sữa chua, uống men vi sinh, thuốc dự phòng hay tập thể dục (khoảng 50 - 70%).

Bảng 2. Kiến thức liên quan đến đường lây, biến chứng, điều trị *H. pylori* (n = 145)

Kiến thức	Nội dung (đáp án)	Bệnh nhân trả lời đúng, n (%)
Đường lây truyền	*H. pylori* có thể lây truyền qua đường miệng-miệng (đúng)	118 (81,4)
	H. pylori có thể lây truyền qua đường phân-miệng (đúng)	77 (53,1)
	H. pylori có thể lây truyền qua đường máu (sai)	65 (44,8)
	H. pylori có thể lây truyền qua không khí (sai)	55 (37,9)
Triệu chứng	Viêm dạ dày do *H. pylori* có thể gây ra đau bụng, chướng bụng (đúng)	129 (88,97)
Biến chứng	*H. pylori* gây ra viêm dạ dày (đúng)	126 (86,9)
	H. pylori gây ra ung thư dạ dày (đúng)	130 (89,7)
	H. pylori gây ra ung thư ở bất kỳ bộ phận nào khác (sai)	75 (51,7)
Điều trị	Điều trị diệt trừ *H. pylori* ngăn ngừa ung thư dạ dày (đúng)	121 (83,5)
	Vi khuẩn *H. pylori* được diệt trừ bằng thuốc kháng sinh (đúng)	116 (80,0)

Kiến thức	Nội dung (đáp án)	Bệnh nhân trả lời đúng, n (%)
Phương pháp phát hiện vi khuẩn H. pylori	Test thở C^{13} (đúng)	133 (91,7)
	Urease trong nội soi (đúng)	114 (78,6)
	Xét nghiệm máu (đúng)	28 (19,3)
	Xét nghiệm nước bọt (sai)	116 (80,0)
	Xét nghiệm phân (đúng)	85 (58,6)
	Nuôi cấy vi khuẩn (đúng)	16 (11,0)
	Xét nghiệm nước tiểu (sai)	129 (97,9)
Dự phòng	Rửa tay trước và sau khi ăn (đúng)	119 (82,1)
	Sử dụng riêng dụng cụ ăn uống (đúng)	131 (90,3)
	Ăn sữa chua và uống men tiêu hóa (sai)	98 (67,6)
	Khử trùng dụng cụ ăn uống trước sử dụng bằng nước nóng hoặc sôi (đúng)	108 (74,5)
	Uống thuốc dự phòng lây nhiễm *H. pylori* (sai)	84 (57,9)
	Không ăn uống thực phẩm bẩn, ô nhiễm (đúng)	98 (67,6)
	Tập thể dục đều đặn mỗi ngày (sai)	70 (48,3)

3. Kết quả về thái độ

Điểm trung bình thái độ liên quan đến dự phòng lây truyền *H. pylori* trong gia đình là 31,5 ± 4,2, min - max: 8 - 36 điểm. Một số ít đối tượng phân vân về việc lây nhiễm vi khuẩn *H. pylori* trong gia đình là có thể phòng ngừa (4,8%), các xét nghiệm hiện nay có thể phát hiện chính xác vi khuẩn *H. pylori* (3,5%), ăn uống chung có thể làm tăng nguy cơ lây nhiễm *H. pylori* trong gia đình (7,59%) và có 18 bệnh nhân (12,41%) phân vân rằng bản thân sẽ thực hiện được tốt các biện pháp có thể ngăn ngừa tái nhiễm *H. pylori*.

Nếu phải thực hiện lại kiểm tra *H. pylori*, tất cả các bệnh nhân đều chấp nhận ít nhất 01 phương pháp xét nghiệm. 89,7% bệnh nhân sẽ lựa chọn phương pháp test thở C^{13}/C^{14}, tiếp theo sau đó lần lượt là urease qua nội soi (44,1%) và xét nghiệm phân (40,7%).

Bảng 3. Thái độ của bệnh nhân đối với phòng ngừa lây nhiễm *H. pylori* (n = 145)

Thái độ	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Trung lập	Đồng ý	Rất đồng ý
H. pylori có thể lây truyền giữa các thành viên sống chung trong gia đình	2 (1,4)	1 (0,7)	3 (2,1)	67 (46,2)	72 (49,7)
Lây nhiễm *H. pylori* trong gia đình là có thể phòng ngừa	3 (2,1)	1 (0,7)	7 (4,8)	69 (47,6)	65 (44,8)

Thái độ	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Trung lập	Đồng ý	Rất đồng ý
Nhiễm vi khuẩn *H. pylori* là có thể điều trị được	2 (1,4)	0	1 (0,7)	62 (42,8)	80 (55,2)
Các xét nghiệm vi khuẩn *H. pylori* hiện nay là đáng tin cậy	2 (2,1)	0	5 (3,5)	62 (42,8)	75 (51,7)
Sàng lọc *H. pylori* cho những người sống chung là quan trọng	2 (1,4)	0	4 (2,8)	59 (40,7)	80 (55,2)
Ăn uống chung làm tăng nguy cơ lây nhiễm *H. pylori* trong gia đình	2 (1,4)	2 (1,4)	11 (7,6)	60 (41,4)	70 (48,3)
Bản thân có thể thực hiện tốt các việc ngăn ngừa tái nhiễm *H. pylori*	3 (2,1)	3 (2,1)	18 (12,4)	79 (54,5)	42 (28,97)

4. Đặc điểm thực hành

Điểm thực hành liên quan đến dự phòng *H.pylori* có điểm trung bình 44,3 ± 4,2, min - max: 32 - 54 điểm. Khoảng một nửa bệnh nhân trong nghiên cứu thường xuyên hoặc luôn luôn sử dụng chén chấm chung trong gia đình (42,8% và 48,3%) và tỷ lệ thấp khử trùng dụng cụ ăn uống bằng nước nóng, nước sôi hoặc dùng máy rửa bát hàng ngày trước khi sử dụng (khoảng 10%). Tỷ lệ bệnh nhân rửa tay trước bữa ăn thường xuyên và luôn luôn chiếm tỷ lệ lần lượt là 51,03% và 26,2%, sau khi đi vệ sinh là 50,3% và 40,7%. Bệnh nhân có tần suất đánh răng từ 2 lần trở lên chiếm 90,3% và không hút thuốc lá chiếm 84,1%.

Bảng 4. Thực hành dự phòng lây nhiễm *H. pylori*

Thực hành	Không	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
Thực hành dự phòng tốt					
Tần suất tiêu thụ rau củ tươi	0	1 (0,7)	4 (2,8)	96 (66,2)	44 (30,3)
Tần suất tiêu thụ trái cây tươi	2 (1,4)	4 (2,8)	15 (10,3)	82 (56,6)	42 (29,0)
Tần suất rửa tay trước bữa ăn	5 (3,5)	4 (2,8)	24 (16,6)	74 (51,03)	38 (26,2)
Tần suất rửa tay sau khi đi vệ sinh	1 (0,7)	2 (1,4)	10 (6,9)	73 (50,3)	59 (40,7)
Tần suất khử trùng dụng cụ ăn uống bằng nước nóng, nước sôi	57 (39,3)	26 (17,9)	32 (22,1)	16 (11,03)	14 (9,7)
Thực hành dự phòng chưa tốt					
Tần suất tiêu thụ đồ muối chua	20 (13,8)	33 (30,3)	69 (47,6)	10 (6,9)	2 (1,4)
Tần suất sử dụng chén chấm chung trong gia đình	2 (1,4)	3 (3,5)	6 (4,1)	62 (42,8)	70 (48,3)

Thực hành	Không	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
Thực hành dự phòng chưa tốt					
Tần suất tiêu thụ đồ tái sống (rau sống, thịt cá sống)	32 (22,1)	42 (28,97)	63 (43,5)	7 (4,8)	1 (0,7)
Tần suất ăn uống ở nhà hàng, quán xá	9 (6,2)	42 (28,97)	66 (45,5)	27 (18,6)	1 (0,7)
Tần suất tụ tập ăn uống theo nhóm	15 (10,3)	46 (31,7)	63 (43,5)	19 (13,1)	2 (1,4)
Tần suất sử dụng nước chưa đun sôi	80 (55,2)	13 (8,97)	11 (7,6)	25 (17,2)	16 (11,03)
Tần suất sử dụng tay để cầm, nắm, cuốn đồ ăn	19 (13,1)	50 (34,5)	54 (37,2)	19 (13,1)	3 (2,1)

5. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành

Kết quả bảng 5 cho thấy: Hồi quy tuyến tính đơn biến có mối liên quan có ý nghĩa giữa tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, thu nhập đối với kiến thức liên quan đến *H. pylori* ($p < 0,05$). Học vấn của đối tượng tham gia nghiên cứu càng cao thì điểm kiến thức càng cao. Những bệnh nhân có người thân trong gia đình có tiền sử loét dạ dày tá tràng và *H. pylori* có điểm kiến thức cao hơn so với nhóm không hoặc không rõ. Nhóm lao động tự do (kinh doanh, về hưu) có thái độ tích cực phòng ngừa *H. pylori* cao hơn so với nhóm lao động trí óc và điểm thực hành ở nhóm nữ giới cao hơn so với nhóm nam giới ($\beta = 2,29$, $p < 0,05$).

Mô hình hồi quy đa biến cho thấy bệnh nhân tuổi, hôn nhân, nghề nghiệp và thu nhập có mối liên quan tới điểm kiến thức ($p < 0,05$). Giới tính nữ cũng là yếu tố duy nhất có mối tương quan thuận có ý nghĩa với điểm thực hành ($p = 0,02$). Nghề nghiệp cũng là yếu tố duy nhất có mối liên quan với điểm thái độ.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi nằm trong khuân khổ nghiên cứu "Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái nhiễm và hiệu quả can thiệp quản lý dựa vào gia đình ở bệnh nhân đã diệt trừ vi khuẩn *Helicobacter pylori* thành công", 145 bệnh nhân đã điều trị *H. pylori* thành công theo phác đồ của Hội Tiêu hóa Việt Nam (VNAGE).[6] Khảo sát nhằm đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của các đối tượng này về đường lây, triệu chứng, biến chứng và dự phòng lây nhiễm *H. pylori*, để từ đó làm cơ sở xây dựng các can thiệp quản lý và dự phòng tái nhiễm dựa vào gia đình. Các đối tượng từ 16 tuổi trở lên, nữ giới chiếm đa số (62,1%) và 89,7% các đối tượng đã hoặc đã từng lập gia đình. Trong đó, 22,8% đối tượng có người thân đã từng nhiễm vi khuẩn *H. pylori*.

Kiến thức chung về một số đường lây truyền *H. pylori* phổ biến của các đối tượng nghiên cứu tương đối cao với 81,4% đối tượng biết rõ về đường lây truyền miệng-miệng, cao hơn nghiên cứu của Dong Wook Shin (31,1%).[16] Tuy nhiên, chỉ 53,1% biết về đường lây phân-miệng và khá

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành đúng trong phòng ngừa lây nhiễm *H. pylori*

Yếu tố		Kiến thức				Thái độ				Thực hành			
		Đơn biến		Đa biến		Đơn biến		Đa biến		Đơn biến		Đa biến	
		β (95% CI)	p	β (95% CI)	p	β (95% CI)	p	β (95% CI)	p	β (95% CI)	p	β (95% CI)	p
Tuổi (16 – 30)	31 – 45	0,28 (-2,09) – (2,65)	0,82	-3,84 (-7,0) – (-0,67)	0,02	-0,24 (-3,06) – (2,59)	0,87	-4,14 (-8,24) – (0,04)	0,048	0,46 (-2,38) – (3,31)	0,75	-0,85 (-5,02) – (3,33)	0,69
	46 – 60	-0,60 (-2,98) – (1,78)	0,62	-4,16 (-7,27) – (-1,05)	0,009	1,47 (-1,37) – (4,31)	0,31	-2,38 (-6,41) – (1,65)	0,25	1,09 (-1,77) – (3,95)	0,45	-0,4 (-4,50) – (3,71)	0,85
	60	-1,74 (-4,41) – (0,92)	0,19	-4,86 (-8,24) – (-1,48)	0,005	0,52 (-2,65) – (3,69)	0,75	-3,48 (-7,85) – (0,90)	0,12	1,74 (-1,46) – (4,94)	0,28	0,31 (-4,16) – (4,77)	0,89
Giới (nam)	Nữ	0,2 (-0,99) – (1,4)	0,74	0,28 (-0,89) – (1,45)	0,64	0,46 (-0,97) – (1,88)	0,53	0,64 (-0,88) – (2,17)	0,41	2,29 (0,91) – (3,66)	0,001	2,03 (-0,48) – (3,58)	0,01
Hôn nhân (chưa kết hôn)	Đã kết hôn	2,72 (0,86) – (4,58)	0,005	2,56 (0,15) – (4,97)	0,04	1,79 (-0,47) – (4,04)	0,12	1,65 (-1,47) – (4,76)	0,3	1,33 (-0,93) – (3,58)	0,25	1,37 (-1,81) – (4,54)	0,4
Nghề nghiệp (Lao động trí óc)	Lao động chân tay	-3,1 (-4,79) – (-1,41)	< 0,001	-2,25 (-4,03) – (-0,47)	0,014	0,99 (-1,08) – (3,07)	0,35	1,66 (-0,64) – (3,96)	0,16	-0,86 (-2,96) – (1,24)	0,42	-0,99 (-3,34) – (1,36)	0,41
	Khác	-1,52 (-2,74) – (-0,3)	0,015	-0,71 (-2,06) – (0,63)	0,3	1,68 (0,19) – (3,17)	0,03	2,42 (0,68) – (4,16)	0,007	0,24 (-1,27) – (1,75)	0,75	0,10 (-1,87) – (1,67)	0,91

Yếu tố		Kiến thức				Thái độ				Thực hành			
		Đơn biến		Đa biến		Đơn biến		Đa biến		Đơn biến		Đa biến	
		β (95% CI)	p	β (95% CI)	p	β (95% CI)	p	β (95% CI)	p	β (95% CI)	p	β (95% CI)	p
Tiền sử gia đình (không)	Ung thư dạ dày	0,61 (-1,36) – (2,58)	0,54	0,71 (-1,18) – (2,62)	0,46	1,78 (-0,55) – (4,10)	0,13	1,18 (-1,28) – (3,64)	0,35	0,51 (-1,83) – (2,85)	0,67	0,43 (-2,08) – (2,94)	0,73
	Loét dạ dày tá tràng	1,27 (0,03) – (2,51)	0,045	0,45 (-0,78) – (1,67)	0,49	0,61 (-0,89) – (2,09)	0,42	1,34 (-0,24) – (2,92)	0,096	0,53 (-0,96) – (2,02)	0,48	0,78 (-0,84) – (2,39)	0,34
	XHTH trên	1,62 (-1,56) – (4,8)	0,32	-1,05 (-4,04) – (1,94)	0,47	-3,25 (-7,01) – (0,51)	0,09	-3,47 (-7,35) – (0,40)	0,08	-1,3 (-5,08) – (2,48)	0,498	-1,47 (-5,42) – (2,48)	0,46
	H. pylori	1,93 (0,58) – (3,29)	0,005	1,16 (-0,17) – (2,49)	0,49	0,005 (-1,60) – (1,70)	0,95	-0,24 (-1,96) – (1,49)	0,79	0,96 (-0,68) – (2,61)	0,25	0,4 (-1,36) – (2,15)	
Thu nhập (không có)	Dưới 5 triệu	0,59 (-1,76 – 2,95)	0,52	2,54 (-0,11) – (5,2)	0,09	-0,24 (-3,22) – (2,75)	0,88	-0,02 (-3,46) – (3,42)	0,99	1,36 (-1,61) – (4,32)	0,37	0,55 (-2,95) – (4,06)	0,76
	Từ 5 – 10 triệu	3,12 (1,13) – (5,11)	0,002	3,75 (1,38) – (6,12)	0,002	0,69 (-1,82) – (3,22)	0,59	-1,44 (-1,63) – (4,52)	0,35	-0,29 (-2,80) – (2,21)	0,82	-0,83 (-3,96) – (2,3)	0,6
	Trên 10 triệu	3,49 (1,54) – (5,45)	0,001	3,72 (1,29) – (6,13)	0,003	0,58 (-1,89) – (3,07)	0,64	2,01 (-1,12) – (5,14)	0,21	0,12 (-2,35) – (2,59)	0,92	-0,14 (-3,33) – (3,05)	0,93

CĐ, ĐH: Cao đẳng, đại học; XHTH: Xuất huyết tiêu hóa

nhiều người lầm tưởng vi khuẩn *H. pylori* có thể lây qua máu (55,2%) hay không khí (62,1%). Về các biện pháp dự phòng, 74,5% - 90,3% biết về các biện pháp như: rửa tay trước và sau khi ăn, sử dụng riêng dụng cụ ăn uống, khử trùng dụng cụ ăn uống, nhưng chỉ 67,6% các đối tượng biết rằng không ăn uống thực phẩm bẩn, ô nhiễm cũng là một biện pháp dự phòng lây nhiễm *H. pylor*i. Có 67,6% đối tượng trả lời đúng về việc ăn sữa chua và uống men tiêu hóa không phải là biện pháp dự phòng lây nhiễm *H. pylori*, tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với chỉ 43% câu trả lời đúng cho câu hỏi tương tự ở nghiên cứu trên 330 đối tượng là sinh viên y khoa của Alajmi và cộng sự tại Ả rập Saudi.[14] Có đến 42,1% đối tượng trả lời sai vì cho rằng uống thuốc dự phòng lây nhiễm *H. pylori* cũng là một biện pháp dự phòng lây nhiễm (chỉ có 57,9% đối tượng trả lời đúng). Hiện nay, chưa có khuyến cáo về việc dự phòng *H. pylori* bằng thuốc hoặc vắc-xin, và một số loại vắc-xin mới chỉ qua giai đoạn thử nghiệm tiền lâm sàng.[17] Hiểu biết của người dân về thuốc dự phòng ngừa *H. pylori* chưa được khai thác nhiều, do hầu hết các nghiên cứu ưu tiên về các biện pháp dự phòng về hành vi và phương pháp điều trị hiện có, thay vì các biện pháp đang trong giai đoạn phát triển và thử nghiệm lâm sàng.

Nhìn chung, tỷ lệ câu trả lời đúng trong nghiên cứu này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Chen và cộng sự tại Trung Quốc ở câu hỏi "*H. pylori* có thể lây truyền qua thức ăn không được chế biến an toàn và qua nguồn nước" (67,6% so với 23,8%).[18] Một khảo sát tại UAE cho thấy người tham gia biết rằng sống trong điều kiện đông đúc, dùng chung đồ dùng hay bàn chải đánh răng, nguồn nước và thực phẩm ô nhiễm có thể là đường lây truyền tương đối thấp (26,6% và 46,2%).[19] Một số nghiên cứu trước đây báo cáo đặc điểm kiến thức bệnh nhân về các biến chứng của *H. pylori* gây ra còn chưa cao (ung thư dạ dày: 53,8%, viêm loét dạ dày tá tràng: 27% và 60,8%).[16,20] Kết quả của chúng tôi có phần khả quan hơn, trên 80% biết về biến chứng của nhiễm vi khuẩn *H. pylori* và có kiến thức tốt về xét triệu chứng, phương pháp xét nghiệm và điều trị. Điều này có thể được giải thích do các bệnh nhân trong nghiên cứu đều đã từng xuất hiện các triệu chứng đường tiêu hóa trên (đau bụng, chướng bụng, trào ngược, ợ hơi) và đã được các bác sĩ tư vấn về các biến chứng, phương pháp xét nghiệm và các phương pháp diệt trừ vi khuẩn *H. pylori*. Trong các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, trình độ học vấn cao hơn có liên quan đến kiến thức về *H. pylori*, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu tại Singapore trên đối tượng là người châu Á đa sắc tộc.[21]

Các đối tượng đều có thái độ tốt và quan tâm tới việc lây nhiễm vi khuẩn *H. pylori* trong gia đình. Khi được hỏi về việc lây nhiễm chéo trong gia đình, tỷ lệ cao bệnh nhân đồng ý hoặc rất đồng ý ăn uống chung là một trong những nguy cơ tăng lây nhiễm *H. pylori* trong gia đình. Trên 90% các bệnh nhân cho rằng sàng lọc *H. pylori* cho những người sống chung trong gia đình là quan trọng, kết quả này tương đồng với 86,4% phụ huynh ủng hộ sàng lọc *H. pylori* cho con của họ trong khảo sát của Hiroaki Saito tại Nhật Bản.[12] Các xét nghiệm phát hiện vi khuẩn *H. pylori* hiện nay đối với các bệnh nhân đều đáng tin cậy, và tất cả các bệnh nhân đều chấp nhận ít nhất một phương pháp xét nghiệm nếu phải thực hiện lại, test thở C^{13}/C^{14} là phương pháp được lựa chọn nhiều nhất.

Về thực hành và thói quen trong sinh hoạt hàng ngày, chúng tôi nhận thấy không có ảnh hưởng giữa kiến thức và thực hành của các đối tượng. Hầu hết các đối tượng rất ít khi có thói quen khử trùng dụng cụ ăn uống trước khi sử dụng (chỉ 11,3% đối tượng thường xuyên và 9,7% luôn luôn khử trùng dụng cụ ăn uống

trước khi sử dụng). Nghiên cứu của Wang tại Trung Quốc cũng báo cáo tỷ lệ thấp bệnh nhân khử trùng dụng cụ ăn uống (1 lần/ngày chiếm 19%).[13] Ngoài ra, vấn đề sử dụng chung chén chấm chung với cả gia đình rất phổ biến (42,8% luôn luôn và 48,3% thường xuyên). Ăn uống chung trong gia đình tại một số quốc gia châu Á nói chung hay tại Việt Nam nói riêng là đặc trưng văn hóa nên thực hành này khó có thể được thay đổi trong một thời gian ngắn. Các khuyến cáo phòng ngừa hiện nay chưa đủ mạnh và chưa làm thay đổi hành vi của người bệnh và gia đình. Rửa tay trước bữa ăn và sau khi đi vệ sinh có tỷ lệ tuân thủ cao, tương đồng với nghiên cứu của Wang và cộng sự. Tuy nhiên, nghiên cứu của Abebaw và cộng sự lại đưa ra chỉ việc rửa tay trước bữa ăn làm tăng nguy cơ nhiễm *H. pylori*.[22]

Chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa của một số yếu tố tới điểm kiến thức, thái độ và thực hành của bệnh nhân trong mô hình hồi quy đơn biến và đa biến như giới tính, nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, thu nhập, có người thân trong gia đình có tiền sử loét dạ dày tá tràng và *H. pylori,* nhóm người lao động tự do. Trong đó, nhóm bệnh nhân nữ sẽ có điểm kiến thức và thực hành cao hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Alaridah và cộng sự, cũng cho thấy nữ giới có thể thực hiện các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm *H. pylori* tốt hơn so với nam giới, đặc biệt là nhóm nữ giới trong độ tuổi từ 50 trở lên.[23] Các phát hiện này có thể là căn cứ hữu ích để khi triển khai các can thiệp nhằm nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành có thể cần chú ý hơn một số nhóm đối tượng có đặc điểm trên khi tư vấn, hoặc có các biện pháp phù hợp hơn.

Nghiên cứu khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành của các đối tượng về dự phòng lây nhiễm *H. pylori*, gồm kiến thức về đường lây truyền, dự phòng, thái độ phòng ngừa và thói quen sinh hoạt hàng ngày. Tất cả các bệnh nhân đều trả lời đầy đủ các câu hỏi. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn tồn tại một số hạn chế. Tất cả các thông tin về thực hành sinh hoạt là đối tượng tham gia tự báo cáo, nghiên cứu viên không quan sát trực tiếp nên có thể xuất hiện sai số nhớ lại trong phần thực hành. Đối tượng tham gia có thể phân loại không chính xác mức độ đồng ý trong phần thái độ hoặc tần suất thói quen sinh hoạt do các câu trả lời mang tính ước lượng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kiến thức chung về đường lây truyền của vi khuẩn *H. pylori*, các biến chứng do nhiễm *H. pylori*, việc điều trị và dự phòng *H. pylori* của các đối tượng nghiên cứu còn chưa cao, cần thiết có các can thiệp nhằm nâng cao kiến thức để người dân hiểu đúng và hiểu rõ hơn về vi khuẩn *H. pylori* cũng như các biện pháp dự phòng lây nhiễm. Tuy nhiên, các đối tượng đều có thái độ tốt đối với việc thực hiện các biện pháp dự phòng lây nhiễm *H. pylori* trong gia đình, và cho rằng sàng lọc *H. pylori* trong gia đình là điều cần thiết. Bên cạnh đó, các thói quen sinh hoạt hàng ngày còn chưa tốt, tiềm ẩn nhiều nguy cơ tái nhiễm và nhiễm mới *H. pylori.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut*. 2012;61(5):646-664. doi:10.1136/gutjnl-2012-302084

2. Chen YC, Malfertheiner P, Yu HT, et al. Global Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection and Incidence of Gastric Cancer Between 1980 and 2022. *Gastroenterology*. 2024;166(4):605-619. doi:10.1053/j.gastro.2023.12.022

3. Li Y, Choi H, Leung K, et al. Global

prevalence of Helicobacter pylori infection between 1980 and 2022: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2023;8(6):553-564. doi:10.1016/S2468-1253(23)00070-5

4. Perez-Perez GI, Rothenbacher D, Brenner H. Epidemiology of Helicobacter pylori infection. *Helicobacter*. 2004;9:1-6.

5. Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, et al. Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*. 2017;153(2):420-429. doi:10.1053/j.gastro.2017.04.022

6. Quach DT, Mai BH, Tran MK, et al. Vietnam Association of Gastroenterology (VNAGE) consensus on the management of Helicobacter pylori infection. *Frontiers in Medicine*. 2023;9. Accessed August 30, 2023. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.1065045

7. Duan M, Li Y, Liu J, et al. Transmission routes and patterns of helicobacter pylori. *Helicobacter*. 2023;28(1):e12945. doi:10.1111/hel.12945

8. Duynhoven YT van, Jonge R de. Transmission of Helicobacter pylori: a role for food? *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79(5):455-460.

9. Driscoll LJ, Brown HE, Harris RB, et al. Population Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Helicobacter pylori Transmission and Outcomes: A Literature Review. *Front Public Health*. 2017;5. doi:10.3389/fpubh.2017.00144

10. Bailey KS, Brown HE, Lekic V, et al. Helicobacter pylori treatment knowledge, access and barriers: A cross-sectional study. *Helicobacter*. 2023;28(2):e12954. doi:10.1111/hel.12954

11. Malek AI, Abdelbagi M, Odeh L, et al. Knowledge, Attitudes and Practices of Adults in the United Arab Emirates Regarding Helicobacter pylori induced Gastric Ulcers and Cancers. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2021;22(5):1645-1652. doi:10.31557/APJCP.2021.22.5.1645

12. Saito H, Uchiyama T, Matsuoka M, et al. Parental Knowledge and Attitudes Towards Helicobacter Pylori Screening in Adolescents: A School-Based Questionnaire Study Among Guardians of Junior High School Students in Yokosuka City, Japan. *J Gastrointest Canc*. Published online June 27, 2024. doi:10.1007/s12029-024-01082-y

13. Wang Y xin, Zou J yu, Hu L feng, et al. What is the general Chinese public's awareness of and attitudes towards *Helicobacter pylori* screening and associated health behaviours? A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022;12(1):e057929. doi:10.1136/bmjopen-2021-057929

14. Alajmi SM, Alsulami TM, Ben Mudayhish MA, et al. Knowledge and Attitude of Medical Students Towards Helicobacter pylori Infection and Its Prevention and Management: A Study From Riyadh, Saudi Arabia. *Cureus*. 15(12):e51174. doi:10.7759/cureus.51174

15. World Health Organization, Stop TB Partnership. Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. 2008;(WHO/HTM/STB/2008.46). Accessed August 9, 2024. https://iris.who.int/handle/10665/43790

16. Shin DW, Cho J, Kim SH, et al. Preferences for the "screen and treat" strategy of Helicobacter pylori to prevent gastric cancer in healthy Korean populations. *Helicobacter*. 2013;18(4):262-269. doi:10.1111/hel.12039

17. Zhang Y, Li X, Shan B, et al. Perspectives from recent advances of Helicobacter pylori vaccines research. *Helicobacter*. 2022;27(6):e12926. doi:10.1111/

hel.12926

18. Chen SY, Liu TS, Fan XM, et al. Epidemiological study of Helicobacter pylori infection and its risk factors in Shanghai. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2005;85(12):802-806.

19. Malek AI, Abdelbagi M, Odeh L, et al. Knowledge, Attitudes and Practices of Adults in the United Arab Emirates Regarding Helicobacter pylori induced Gastric Ulcers and Cancers. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2021;22(5):1645-1652. doi:10.31557/APJCP.2021.22.5.1645

20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Knowledge about causes of peptic ulcer disease - United States, March-April 1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1997;46(42):985-987.

21. Teng TZJ, Sudharsan M, Yau JWK, et al. Helicobacter pylori knowledge and perception among multi-ethnic Asians. *Helicobacter*. 2021;26(3):e12794. doi:10.1111/hel.12794

22. Abebaw W, Kibret M, Abera B. Prevalence and risk factors of H. pylori from dyspeptic patients in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(11):4459-4463. doi:10.7314/apjcp.2014.15.11.4459

23. Alaridah N, M Joudeh R, F Jarrar R, et al. Attitudes and Practices Regarding Helicobacter Pylori Infection Among the Public in Jordan: A Cross-Sectional Survey. *Cureus*. 16(2):e55018. doi:10.7759/cureus.55018

Summary

KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND PRACTICES ON PREVENTION OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION AMONG SUCCESSFULLY TREATED PATIENTS AND RELATED FACTORS

This cross-sectional study assessed the knowledge, attitude and practice (KAP) regarding prevention of *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection and analyzed associated factors linked to good KAP among 145 patients who completed *H. pylori* eradication treatment at Hoang Long General Clinic and the Institute of Gastroenterology and Hepatology (IGH) from January 2024 to July 2024. The mean knowledge score was 16.2 ± 3.5 (range: 5 - 22 points). Approximately 81.4% of the patients identified the oral-oral route as a transmission pathway, and over 90% believed usingseparate eating utensils could prevent *H. pylori* infection. However, a misconceptions regarding the transmission routes of *H. pylori* remained high. The patients demonstrated positive attitudes towards prevention of *H. pylori* intrafamilial transmission, and 100% agreed to undertake at least one type of *H. pylori* follow-up tests. However, the practice of preventive measures was not optimal (average practice score: 44.3 ± 4.2, min - max: 32 - 54 points), as 42.8% of the patients regularly and 48.3% always, reported sharing condiment bowls with other family members. A significant correlation was found between job and knowledge scores, as well as between gender and practice scores ($p < 0.05$).

Keywords: Prevention of *H. pylori* infection, knowledge, attitudes, practices.