

NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ LÂY NHIỄM Ở TRẺ EM MỘT SỐ DÂN TỘC SỐNG TẠI TÂY NGUYÊN

Lê Thọ¹, Nguyễn Văn Bằng², Hoàng Thị Thu Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá trạng nhiễm *Helicobacter pylori* (HP) và nhận biết một số yếu tố nguy cơ nhiễm HP ở trẻ em một số dân tộc sống tại Tây Nguyên năm 2011.

Phương pháp: Nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang trên 1186 trẻ em <16 tuổi và tất cả các thành viên của 580 hộ gia đình tại Tây Nguyên bằng bộ câu hỏi phỏng vấn và xét nghiệm huyết thanh học định lượng kháng thể kháng HP bằng kỹ thuật thử nghiệm hấp phụ miễn dịch liên kết enzyme (ELISA) tiến hành tại Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương.

Kết quả: Tỷ lệ hiện nhiễm HP của trẻ em tại Tây Nguyên là 40%. Không có khác biệt về các yếu tố nguy cơ nhiễm HP ở trẻ em 4 dân tộc (Kinh, Êđê, K'ho, Raglai). Các yếu tố nguy cơ đối với nhiễm HP xác định được ở trẻ em 4 dân tộc trên gồm: (1) những trẻ sống trong hộ gia đình có cả bố và mẹ nhiễm HP (nguy cơ nhiễm HP cao hơn rõ rệt so với những trẻ mà bố mẹ không nhiễm HP [OR (95% CI): 1,78 (1,33-3,28)], (2) những trẻ sống trong gia đình có anh em HP(+) có nguy cơ nhiễm HP cao hơn nhiều so với những trẻ sống trong gia đình có anh em HP(-) [theo thứ tự con thứ nhất, thứ hai, và thứ ba trở đi: [OR (95% CI): 17,2 (12,6-23,5), 10,40 (7,06-15,2), 7,73 (4,41-13,5)] (3) những trẻ sống trong gia đình có >2 người ngủ chung một giường (nguy cơ nhiễm HP cao hơn so với những trẻ sống trong gia đình có 1-2 người ngủ chung 1 giường [OR (95% CI): 1,56 (1,13- 2,15)]).

Kết luận: Tỷ lệ nhiễm HP ở trẻ em khu vực Tây Nguyên là khá cao và có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm HP giữa các nhóm tuổi. Không có sự khác biệt về một số yếu tố nguy cơ nhiễm HP ở trẻ em 4 dân tộc được nghiên cứu. Nguy cơ nhiễm HP tăng cao ở trẻ em khi trong gia đình có người nhiễm HP, đặc biệt là nếu cả bố lẫn mẹ hoặc anh em, trẻ trong các gia đình >2 người nằm chung giường.

Từ khóa: Trẻ em, nhiễm *Helicobacter pylori*, Tây Nguyên, yếu tố nguy cơ.

ABSTRACT

RISK FACTORS OF *HELICOBACTER PYLORI*(HP) INFECTION IN CHILDREN OF 3 MINORITIES IN CENTRAL HIGHLAND

Le Tho¹, Nguyen Van Bang², Hoang Thi Thu Ha³

Objective: This study aimed to describe the prevalence of HP infection and identifying risk factors for HP infection in children of Kinh popular and 3 other minority ethnics (K'hor, Ede and Raglai) living in Central Highland Region.

1. BV Nhi Lâm Đồng - Ngày nhận bài (received): 04/5/2013; Ngày phản biện (revised): 16/12/2013;
2. ĐHY Hà Nội - Ngày đăng bài (Accepted): 18/12/2013
3. Viện VSDT TW - Người phản biện: TS. Phạm Hoàng Hưng; TS. Trần Kiêm Hào
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Văn Bằng
- Email: Hongbang52@yahoo.com

Methods: It was a cross sectional study carried out on 1,186 children under 16 years old and 784 other members from 580 households. Data were collected using household interview questionnaire and ELISA technique with in-house antigene.

Results: The prevalence of HP infection among children was high (40%). No difference in risk factors among children of Kinh and 3 other minority ethnics. However, children living in families with HP infected parents were likely more infected than those whose parents were not infected [OR (95% CI): 1.79 (1.37-2.34)]. Children living in families with HP infected sibling were likeky more infected than others [OR (95% CI): 17.2 (12.6-23.5), 10.40 (7.06-15.2), 7.73 (4.41-13.5) for the first, the second and the younger child in the family, respectively]. Children living in families having more than two persons sharing the same bed were likely more infected than others [OR (95% CI): 1.56 (1.13-2.15)].

Conclusion: The prevalence of HP infection among children in Central Highland is high and there is a difference between HP infection prevalence and age. No different risk factors was identified for HP infection among children of Kinh and those of 3 other minority ethnics in the Central Highland in 2011. However, children who lived in families with parents or sibling being HP infected, with more than 2 persons sharing a bed were likely to be at higher risk of HP infection.

Key words: Children, HP infection, Central Highland, risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm *Helicobacter pylori* (HP) ở trẻ em là tình trạng phổ biến tại Việt Nam cũng như các nước đang phát triển. Đặc điểm chung về nhiễm HP ở các nước đang phát triển là nhiễm rất sớm từ trước 3 tháng tuổi, ở mức 20-40% lúc 2 tuổi, tốc độ nhiễm nhanh nhất ở tuổi 2-4 hoặc 4-6 tuổi, ở mức 40-80% tùy từng khu vực. Cuối giai đoạn tuổi trẻ (15-18 tuổi), tỷ lệ nhiễm HP ở mức rất cao từ 60-85% so với 80-95% ở người lớn [7]. Ở các nước phát triển tỷ lệ nhiễm trong quần thể nói chung và ở trẻ em nói riêng rất thấp và thay đổi chủ yếu tùy thuộc vào các tộc người khác nhau tuy cùng sống chung trong một địa bàn. Nguyên nhân của sự khác nhau này là do vai trò đơn độc hay phối hợp của điều kiện kinh tế xã hội khác nhau của quần thể, do tập quán sinh hoạt của từng cộng đồng tộc người khác nhau hay do yếu tố di truyền cho tới nay vẫn chưa được xác định rõ và hiện nay vẫn đang được tiếp tục nghiên cứu [1], [2], [3], [6], [7], [8], [9], [10]. Đã có nhiều nghiên cứu về sự khác biệt của các dân tộc về các yếu tố nguy cơ của nhiễm HP [1], [6], [7], [8], [9], [10]. Tại Việt Nam, nghiên cứu ban đầu của Nguyễn Văn Bàng, Trịnh Xuân Long và cộng sự tại Lào Cai cũng cho thấy có những sự khác biệt về tỷ lệ lây nhiễm và yếu tố nguy cơ ở đồng bào các dân tộc

khác nhau sống chung trên cùng một địa bàn [3]. Việc xác định đặc điểm dịch tễ học nhiễm HP của các tộc người khác nhau sống trong cùng một điều kiện tự nhiên là cần thiết vì sẽ cho phép hoạch định biện pháp can thiệp cụ thể, thích hợp và hiệu quả cho từng cộng đồng. Vì sự lây nhiễm HP chủ yếu xảy ra ở trẻ nhỏ qua các nghiên cứu trên thế giới và trong nước [1], [2], [3], [4], [5] [7], [8], [9], [10], nên việc nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học nhiễm HP ở trẻ em là rất cần thiết. Tây Nguyên là một địa bàn tự nhiên rộng lớn, có nhiều tộc người cùng chung sống với các điều kiện kinh tế-xã hội và tập tục sinh hoạt khác nhau. Đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về tỷ lệ nhiễm và các yếu tố nguy cơ lây nhiễm HP nói chung và ở trẻ em Tây Nguyên nói riêng.

Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ nhiễm HP và các yếu tố nguy cơ nhiễm HP của trẻ em ở một số dân tộc Tây Nguyên năm 2011.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1186 trẻ em dưới 16 tuổi hiện sống ở 3 tỉnh Tây Nguyên (Lâm Đồng, Đắk Lắk, Gia Lai) của các dân tộc K'Ho, Raglai, Ê đê, Kinh và toàn thể các thành viên trong từng hộ gia đình.

Nhiễm *Helicobacter pylori* và yếu tố nguy cơ lây nhiễm ở trẻ em...

Loại trừ những trẻ em <6 tháng tuổi (còn kháng thể kháng HP tồn dư từ mẹ) và trẻ em của những hộ gia đình dùng thuốc tiêu diệt HP để điều trị bệnh viêm loét dạ dày-tá tràng trong vòng 1 năm trước thời điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá thực trạng nhiễm HP ở trẻ em.

Cỡ mẫu nghiên cứu là 1.186 trẻ dưới 16 tuổi, được tính theo công thức để ước lượng một tỷ lệ trong quần thể (theo công thức $n = Z^2 \cdot p(1-p) / d^2$) trong đó p là tỷ lệ ước tính từ một nghiên cứu trước (p=40%), d là tỷ lệ sai lệch cho phép giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể (d=3%). Phòng vấn dịch tễ học hộ gia đình theo cách chọn hộ liên kế bằng bộ câu hỏi cấu trúc và xét nghiệm huyết thanh học theo phương pháp ELISA cho toàn bộ các thành viên trong từng hộ gia đình để xác

định tỷ lệ nhiễm HP. Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 16.5. So sánh tỷ lệ nhiễm HP bằng thuật toán χ^2 . Sử dụng thuật toán logistic regresion để xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và tình trạng nhiễm HP với tỷ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy (95% CI) để đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 1.186 trẻ <16 tuổi trong tổng số 1970 đối tượng được nghiên cứu từ 580 hộ gia đình của 3 tỉnh vùng Tây Nguyên (Lâm Đồng, Dak-lak, Gialai) được nghiên cứu đầy đủ về tỷ lệ nhiễm HP và một số yếu tố nguy cơ tăng lây nhiễm. Tỷ lệ nhiễm HP chung cho cả trẻ em và người lớn trong quần thể nghiên cứu là 45% (888/1970), trong đó tỷ lệ nhiễm HP cho trẻ em <16 tuổi là 40% (474/1.186).

Bảng 1. Mối liên quan giữa giới, nhóm tuổi và dân tộc đến nhiễm HP ở trẻ em <16 tuổi

Yếu tố nguy cơ		n	HP(+) n (%)	p	OR (95% CI)	
					Đơn biến	Hiệu chỉnh*
Giới tính	Nữ	653	270 (41,3)	>0,05	1,00	
	Nam	533	206 (38,6)		0,89 (0,71-1,12)	
Nhóm tuổi (năm)	<3	242	68 (28,0)		1,00	
	3-6	439	167 (38,0)	<0,05	1,58 (1,13-2,21)	
	6-10	264	116 (43,8)	<0,02	1,93 (1,34-2,78)	
	>10	241	125 (51,9)	<0,01	2,68 (1,84-3,89)	
Dân tộc	Kinh	385	136 (35,3)		1,00	
	K'ho	343	123 (36,0)	0,551	1,02 (0,74-1,42)	0,90 (0,64-1,27)
	Ê đê	212	101 (47,6)	0,204	1,59 (1,10-2,29)	1,48 (0,81-2,70)
	Raglay	246	116 (47,2)	0,403	1,67 (1,18-2,37)	1,35 (0,67-2,72)

* Hiệu chỉnh theo tuổi và giới

Bệnh viện Trung ương Huế

Tỷ lệ nhiễm HP của trẻ em dưới 16 tuổi tại Tây Nguyên là 40% và tăng dần theo nhóm tuổi ($p>0,05$). Không có sự khác biệt giữa 4 dân tộc về tỷ lệ nhiễm HP ở trẻ dưới 16 tuổi sau khi hiệu

chỉnh với tuổi và giới. Liên quan giữa tình trạng nhiễm HP ở trẻ <16 tuổi với tình trạng nhiễm ở bố mẹ anh em trong gia đình được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Mối liên quan giữa nhiễm HP ở bố mẹ và anh em trong hộ gia đình trẻ <16 tuổi

Yếu tố nguy cơ		n	HP(+) n (%)	P	OR (95% CI)	
					Đơn biến	Hiệu chỉnh*
HP bố (n=279)	(-)	127	46 (36,2)	0,093	1,00	1,00
	(+)	152	73 (48,0)		1,60 (0,95-2,70)	1,59 (0,93-2,73)
HP mẹ (n=979)	(-)	440	137 (31,1)	<0,001	1,00	1,00
	(+)	539	254 (47,1)		1,94 (1,46-2,58)	1,89 (1,42-2,52)
HP bố mẹ (n=1.102)	(-)	534	174 (32,6)	>0,001	1,00	1,00
	(+)	568	269 (47,4)		1,85 (1,43-2,41)	1,79 (1,37-2,34)
HP con cả (n=955)	(-)	570	84 (14,7)	<0,001	1,00	1,00
	(+)	385	301 (78,2)		17,3 (12,8-23,3)	17,2 (12,6-23,5)
HP con 2 (n=638)	(-)	389	68 (17,5)	<0,001	1,00	1,00
	(+)	249	172 (69,1)		10,70 (7,32-15,7)	10,40 (7,06-15,20)
HP con >2 (n=333)	(-)	205	43 (21,0)	<0,001	1,00	1,00
	(+)	128	89 (69,5)		9,02 (5,29-15,4)	7,73 (4,41-13,5)

* Hiệu chỉnh theo tuổi và giới

Bảng 2 cho thấy nhiễm HP ở trẻ em dưới 16 tuổi có liên quan chặt chẽ với tình trạng nhiễm HP ở cả bố lẫn mẹ, và đặc biệt với các anh chị em khác trong gia đình. Bảng 3 dưới đây trình bày mối liên quan giữa nhiễm HP ở trẻ em với một số yếu tố về vệ sinh và thói quen ngủ chung giường trong quần thể nghiên cứu.

Bảng 3. Mối liên quan giữa thời gian bú mẹ và ngủ chung giường với nhiễm HP ở trẻ em

Yếu tố nguy cơ		n	HP(+) n (%)	P	OR (95% CI)	
					Đơn biến	Hiệu chỉnh*
Thời gian bú mẹ (tháng)	0-12	185	66 (35,68)	0,3	1,00	
	>12-24	542	214 (39,4)		1,14 (0,8-1,62)	1,21 (0,84-1,73)
	>24	460	196 (42,6)		1,27 (0,88-1,83)	1,11 (0,76-1,61)
Số người ngủ chung giường	≤2	448	177 (39,5)	0,022	1,00	
	>2	738	297 (40,3)		1,03 (0,80-1,31)	1,37 (1,05-1,81)

* Hiệu chỉnh theo tuổi và giới

Nhiễm *Helicobacter pylori* và yếu tố nguy cơ lây nhiễm ở trẻ em...

Không thấy rõ mối liên quan giữa thời gian bú mẹ với sự nhiễm HP ở những trẻ bú mẹ ngắn hay dài hơn cả trong phân tích đơn biến lẫn sau khi hiệu chỉnh với giới và tuổi. Tuy nhiên, những trẻ con các gia đình có trên 2 người ngủ cùng giường có tỷ lệ nhiễm HP cao hơn một cách có ý nghĩa so với những

trẻ trong gia đình có 1-2 người ngủ một giường sau khi hiệu chỉnh với giới và tuổi. Bảng 4 trình bày sự liên quan giữa nhiễm HP ở trẻ với một số yếu tố về dân số học, kinh tế và tập quán của các dân tộc sống tại Tây Nguyên.

Bảng 4. Mối liên quan giữa sinh hoạt và vệ sinh của gia đình và nhiễm HP ở trẻ em dưới 16 tuổi

Yếu tố nguy cơ		n	HP(+) n (%)	p	OR (95% CI)	
					Đơn biến	Hiệu chỉnh*
Nguồn nước	Nước máy	21	9 (42,9)	0,752	1,00	1,00
	Nước khác	1.165	467 (40,0)		0,98 (0,42-1,92)	0,82 (0,38-2,02)
Nhà vệ sinh	Không	453	212 (46,7)	0,075	1,00	1,00
	Tự hoại	289	92 (31,8)		0,54 (0,39-0,76)	0,69 (0,45-1,04)
	1-2 ngăn	444	172 (38,7)		0,72 (0,54-0,96)	0,87 (0,62-1,22)
Nuôi chó mèo trong nhà	Không	201	78 (38,8)	0,904	1,00	1,00
	Có	985	398 (40,3)		1,06 (0,75-1,48)	0,98 (0,70-1,38)
Sử dụng phân bắc tươi	Không	1.066	417 (39,0)	0,282	1,00	1,00
	Có	120	59 (49,0)		1,60 (1,05-2,41)	1,27 (0,82-1,97)
Số người trong hộ gia đình	≤2	318	123 (38,6)	0,481	1,00	1,00
	3	395	149 (37,7)		0,95 (0,70-1,31)	0,89 (0,65-1,23)
	4	291	124 (42,6)		1,18 (0,83-1,66)	1,12 (0,70-1,42)
	≥5	182	80 (43,7)		1,23 (0,81-1,86)	1,15 (0,65-1,53)

* Hiệu chỉnh theo tuổi và giới

Trong số những yếu tố về vệ sinh và sinh hoạt của các gia đình được nghiên cứu, không có sự khác biệt giữa 4 dân tộc khi phân tích riêng cho từng dân tộc cũng như khi phân tích gộp chung.

Trong tất cả những đặc điểm dịch tễ hộ gia đình được nghiên cứu và phân tích đơn biến, chỉ có một số yếu tố (bảng 5) có tác động độc lập đến sự nhiễm HP ở trẻ em.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến lây nhiễm HP ở trẻ em dưới 16 tuổi qua phân tích đa biến

Yếu tố nguy cơ		OR (95% CI)	p
Tình trạng HP bố mẹ	Chỉ bố hoặc mẹ HP(+)	1,00	<0,001
	Cả bố và mẹ HP(+)	1,78 (1,33-2,38)	
Tình trạng HP con thứ nhất	Con thứ nhất HP(-)	1,00	0,0001
	Con thứ nhất HP(+)	15,5 (11,6-20,8)	
Số người ngủ chung giường	≤2 người	1,00	0,006
	>2 người	1,56 (1,13-2,15)	

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy các yếu tố sau đây có liên quan đến nhiễm HP ở trẻ em dưới 16 tuổi một số dân tộc Tây Nguyên: nhiễm HP ở cả bố và mẹ, nhiễm HP ở con cả trong gia đình, ngủ chung >2 người một giường.

Ngoài ra, trong nghiên cứu này, chúng tôi đã phân tích và so sánh giữa 2 dân tộc Kinh và K'ho tại tỉnh Lâm Đồng, so sánh giữa dân tộc K'ho với các dân tộc Tây Nguyên khác (Ê Đê và Raglay) về tất cả 33 yếu tố dịch tễ học về tập tục sinh hoạt, thói quen vệ sinh cá nhân và môi trường, về dân số học và tình trạng kinh tế, việc sử dụng kháng sinh nhưng không thấy có sự khác biệt giữa các dân tộc về bất cứ số yếu tố nguy cơ nhiễm HP nào.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HP của trẻ em dưới 16 tuổi tại Tây Nguyên là khá cao, chiếm 40%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước nghiên cứu tại các nước đang phát triển, tỷ lệ nhiễm HP dao động từ 20-40% [5], [6], [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong những yếu tố đặc trưng của bố mẹ, anh chị em có thể ảnh hưởng đến tình trạng nhiễm HP thì không thấy sự khác biệt giữa 4 dân tộc, nhưng có một số yếu tố liên quan chung đến tình trạng nhiễm HP ở trẻ em tất cả các dân tộc là: nhiễm HP ở mẹ, ở cả bố lẫn mẹ, một trong những người con trong gia đình đặc biệt là con thứ nhất nhiễm HP có nguy cơ làm tăng sự nhiễm HP ở trẻ một cách có ý nghĩa. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu ở Kenya và ở Đức thấy những trẻ có cha hoặc mẹ bị bệnh loét dạ dày- tá tràng có nguy cơ nhiễm HP cao gấp từ 3 đến 5 lần so với trẻ mà bố mẹ không có loét. Còn các yếu tố khác chưa thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng nhiễm HP [1], [2].

Phân tích về mối liên quan giữa yếu tố tiền sử bệnh, dùng kháng sinh, vệ sinh cá nhân, thời gian bú mẹ với nhiễm HP cho thấy không thấy sự khác biệt giữa 4 dân tộc nhưng có 1 số yếu tố chung của các dân tộc là: trong số 14 yếu tố đưa vào nghiên cứu về

lĩnh vực này, chỉ thấy có yếu tố trẻ dùng kháng sinh một đợt thì tỷ lệ nhiễm HP thấp hơn trẻ không dùng kháng sinh là 1,3 lần nhưng khi phân tích đa biến sự khác biệt không còn tồn tại nữa. Kết quả trong nghiên cứu về thời gian bú mẹ của chúng tôi thấy không có sự khác biệt nhiễm HP ở những trẻ có thời gian bú mẹ dài hay ngắn, cũng phù hợp với nhận định của Thomas thấy những trẻ Gambia của các bà mẹ có nồng độ IgA trong sữa cao bị nhiễm HP chậm hơn con các bà mẹ có nồng độ IgA thấp trong sữa, và cho rằng IgA đặc hiệu trong sữa mẹ có vai trò bảo vệ chống HP [10]. Gần đây, Mataly (2001) cũng thấy trẻ ở Houston (Hoa Kỳ) được bú mẹ có nguy cơ nhiễm HP thấp hơn 3 lần so với nhóm trẻ ăn nhân tạo. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi trên các dân tộc sống tại Tây Nguyên giống như kết quả nghiên cứu trong nước ở người Kinh trước đây của Nguyễn Văn Bàng tại Bệnh viện Bạch Mai (2005), của Nguyễn Thị Anh Xuân và Nguyễn Văn Bàng tại Nghệ An (2006), nhưng không giống với kết quả nghiên cứu ở đồng bào các dân tộc miền núi tại Lào Cai (Dao, Giáy, Tày, Hmông) của Trịnh Xuân Long và Nguyễn Văn Bàng (2006) [3].

Nghiên cứu tại Châu Phi và Châu Âu trên 3.288 trẻ bằng test thở cho thấy vai trò của tình trạng thiếu vệ sinh ở gia đình và trẻ làm tăng lây nhiễm HP [6]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, cũng giống như nhiều nghiên cứu trước đây tại Việt Nam, đều chưa tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng vệ sinh cá nhân và môi trường với sự tăng lây nhiễm HP ở trẻ em.

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy chỉ những yếu tố liên quan đến điều kiện sống khó khăn (nhiều người cùng ngủ chung giường) là yếu tố nguy cơ tăng lây nhiễm HP ở trẻ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu trước đây của Nguyễn Văn Bàng và cộng sự tại Việt Nam [3] và của nhiều nghiên cứu của các tác giả ở Châu Âu, Châu Phi, Thái Lan, Trung Quốc đều nhận thấy những trẻ sống trong những gia đình có điều kiện khó khăn thì tỷ lệ nhiễm HP cao hơn [9].

Một trong những mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là tìm ra *Tỷ lệ nhiễm HP ở trẻ em khu vực Tây Nguyên* và những yếu tố nguy cơ liên quan đến lây

nhiễm HP khác nhau ở các dân tộc có các tập quán, lối sống và nguồn gốc khác nhau để có thể thiết lập các biện pháp phòng lây nhiễm thích hợp cho từng dân tộc. Tuy nhiên, trên mô hình phân tích hồi quy đa biến với 33 yếu tố được đưa vào phân tích bằng phương trình hồi quy đa biến, chúng tôi không thấy sự khác biệt nào giữa 4 dân tộc sống tại địa bàn Tây Nguyên hiện nay, kể cả tỷ lệ nhiễm HP cũng như các yếu tố nguy cơ liên quan đến lây nhiễm HP cho trẻ em. Điều này cho thấy tính chất phức tạp và khó khăn trong việc tìm ra các điểm mấu chốt cho việc khống chế lây nhiễm HP trong cộng đồng người Việt nói chung và đồng bào Tây Nguyên nói riêng và đòi hỏi có sự đầu tư nghiên cứu sâu thêm.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HP của trẻ em dưới 16 tuổi tại Tây Nguyên là khá cao, chiếm 40%.

Một số yếu tố nguy cơ nhiễm HP ở các dân tộc sống tại Tây Nguyên: nhiễm HP ở bố mẹ và những gia đình có một trong những trẻ nhiễm HP đặc biệt là con thứ nhất, hoàn cảnh kinh tế sinh hoạt khó khăn (nhiều người ngủ chung giường), là những yếu tố nguy cơ làm tăng lây nhiễm HP ở trẻ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không thấy sự khác biệt giữa 4 dân tộc về các yếu tố nguy cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amed KS, Khan AA, Amed I, Tiwari SK, Habeeb A, Ahi JD, A Bid Z, Amed N, Hahibullah CM (2007), "Impact of household hygiene and water sources on the prevalence and transmission of *Helicobacter pylori*: a south Indian perspective", *Singapore Med J*, 48(6), pp. 543-549.
2. Nguyễn Văn Bàng (2005), "Một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em Việt Nam", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 35(2), tr. 14-19
3. Nguyễn Văn Bàng, Trịnh Xuân Long (2007), "Đặc điểm dịch tễ học nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em các dân tộc miền núi phía Bắc Việt Nam", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 55(6), tr. 146-153.
4. Bang Nguyen Van, Khanh Nguyen Gia, Cam Phung Dac et al (2006), "Prevalence of and factors associated with *Helicobacter pylori* infection in children in the North of Vietnam", *Am J Trop Med Hyg*, 74(4), pp. 536-539.
5. Bang Nguyen Van, Khanh Nguyen Gia, Cam Phung Dac et al (2006), "Intra-familial transmission of *Helicobacter pylori* infection in children of households with multiple generations in Vietnam", *Eur J Epidemiol*, 21, pp. 459-463.
6. Boey M, Goh KL, Lee WS, Parasathi N (1999), "Seroprevalance of *Helicobacter pylori* infection in Malaysian children: Evidence for ethnic differences in childhood", *J Paediatr Child Health*, 35, pp. 151-152.
7. Malaty HM, Logan ND, Graham DY et al (2001), "Helicobacter pylori infection in preschool and school-aged minority children: effect of socio-economic indicators and breast-feeding practices", *Clin infect Dis*, 32, pp. 1387-91
8. Rahim AA, Lee YY, Majid NA, Choo KE, Raj SM, Derakhshan MH, et al (2010), "Helicobacter pylori infection among Aborigines (the Orang Asli) in the northeastern region of Peninsular Malaysia", *Am J Trop Med Hyg*, 83, pp. 1119-22.
9. Tam YH, Yeung CK, Lee KH, Sihoc JD, Chan KW, Cheung ST, et al (2008), "A population-based study of *Helicobacter pylori* infection in Chinese children resident in Hong Kong: prevalence and potential risk factors", *Helicobacter*, 13, pp. 219-24.
10. Tay CY, Mitchell HM, Dong Q, Goh KL, Dawes IW, Lan R (2009), "Population Structure of *Helicobacter pylori* among ethnic groups in Malaysia: recent acquisition of the bacterium by Malay population", *BMC Microbiol*, 19, pp. 9- 126.