

Xây dựng Quy chế chi tiêu nội bộ, lương thưởng, các chính sách đãi ngộ phù hợp với năng lực và khối lượng công việc, cải thiện chế độ phụ cấp cũng như thu nhập tăng thêm. Xây dựng chế độ khen thưởng, khích lệ nhân viên khi hoàn thành tốt nhiệm vụ, đặc biệt là với nhóm đối tượng NVYT phải kiêm nhiệm nhiều công việc nhằm nâng cao mức độ hài lòng của nhóm đối tượng này. Tổ chức tham quan, nghỉ dưỡng đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Nhuận và Lê Cự Linh** (2009), "Phát triển bộ công cụ đo lường sự hài lòng đối với của nhân viên công việc y tế tuyến cơ sở", Tạp chí Y tế công cộng. Số 13(Tập 13).
2. **Vũ Xuân Phú và Vũ Thị Lan Hương** (2012), "Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng với công việc của nhân viên y tế Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn, Hà Nội năm 2011", Tạp chí Y học thực hành. 821, tr. 153-159.
3. **Lê Thanh Nhuận và Lê Cự Linh** (2013), "Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở", Tạp chí Y tế công cộng. Số 13(6).
4. **Trần Văn Bình và các cộng sự.** (2017), "Sự hài lòng của nhân viên y tế tại các bệnh viện, Trung tâm y tế tuyến huyện có giường bệnh thuộc tỉnh Kon Tum năm 2016", Tạp chí Y học dự phòng. Số 8(27), tr. 374.
5. **Ghazali, Syed Shakir Ali, et al.** (2007), "Job satisfaction among doctors working at teaching hospital of Bahawalpur, Pakistan", J Journal of Ayub Medical College Abbottabad. 19(3), pp. 42-45.
6. **Laubach, Wilfried and Fischbeck, Sabine** (2007), "Job satisfaction and the work situation of physicians: a survey at a German university hospital", J International Journal of Public Health. 52, pp. 54-59.
7. **Mathauer, Inke and Imhoff, Ingo** (2006), "Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools", J Human resources for health. 4(1), pp. 1-17.

PHỐI HỢP TÁC NHÂN VI KHUẨN, VIRUS TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG NHẬP VIỆN

Lê Thị Huệ¹, Lý Khánh Vân²,
Hoàng Tiến Mỹ², Phan Thị Cẩm Luyện²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là bệnh phổ biến, có thể do một hay nhiều tác nhân vi khuẩn, virus phối hợp gây bệnh. Kỹ thuật multiplex real-time PCR với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, được sử dụng như là phương pháp tối ưu để phát hiện các tác nhân vi khuẩn, virus gây bệnh, đặc biệt là sự phối hợp các tác nhân vi khuẩn, virus. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ phối hợp các tác nhân vi khuẩn, virus gây bệnh và mối liên quan giữa phối hợp tác nhân gây bệnh với nhóm tuổi và giới tính bệnh nhân VPMPCD nhập viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là 138 mẫu đàm và chất có chứa đậm của bệnh nhân VPMPCD nhập viện Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 11/2020 đến tháng 9/2021. Phát hiện tác nhân gây bệnh bằng kỹ thuật multiplex real-time PCR sau khi đánh giá độ tin cậy mẫu đàm theo thang điểm Barlett. **Kết quả:** Có 136 trường hợp (98,6%) được phát hiện tác nhân vi khuẩn và virus gây bệnh. Đơn tác nhân có 15 trường hợp (11,0%) với 7 trường hợp là vi khuẩn (5,1%) và 8 trường hợp là virus (5,9%). Đa tác nhân có 121 trường hợp (89,0%) trong đó tỷ lệ phối hợp vi khuẩn

– vi khuẩn là 14,7%, vi khuẩn – virus là 69,9%, virus – virus là 4,4%. S. pneumoniae và H. influenzae là hai tác nhân chiếm đa số trong phối hợp. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ phối hợp vi khuẩn, virus với nhóm tuổi và với giới tính của bệnh nhân ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ phối hợp các tác nhân vi khuẩn, virus trong VPMPCD là 89,0% trong đó phối hợp vi khuẩn – vi khuẩn (14,7%), vi khuẩn - virus (69,9%) và virus – virus (4,4%). Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ phối hợp vi khuẩn, virus với nhóm tuổi và với giới tính của bệnh nhân ($p > 0,05$).

Từ khóa: Viêm phổi mắc phải cộng đồng, phối hợp tác nhân vi khuẩn, virus.

SUMMARY

COMBINATION OF BACTERIA, VIRUS IN HOSPITALIZED COMMUNITY - ACQUIRED PNEUMONIA PATIENTS

Background: Hospitalized community - acquired pneumonia (CAP) is a common disease that can be caused by one or more bacteria and virus in pathogenic combination. The multiplex real-time PCR is used as an optimal technique with high sensitivity and specificity to detect pathogenic agents, especially agent combination. **Objects:** To determine the rate of bacterial and viral combination in hospitalized community - acquired pneumonia patients and the relationship between the combination with patient's age and gender. **Methods: Subjects were** 138 samples of the sputum from CAP patients hospitalized at Nguyen Tri Phuong hospital. Before using the

¹Đại học Văn Lang

²Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Huệ

Email: lehue081293@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 9.5.2023

multiplex real-time PCR to detect pathogenic agents, these sputums were assessed for the reliability based on Barlett's scale. **Results:** There were 136 cases (98.6%) detected bacterial and viral pathogens, in which the single agents were 15 cases (11.0%) with 7 cases of single bacteria (5.1%) and 8 cases of single virus (5.9%), the multiple agents were 121 cases (89.0%). The rate of combination between bacterial agents was 14.7%, between viral agents was 4.4% and between bacterial and viral agents was 69.9%. There was no statistically significant relationship between the ratio of the pathogenic agent combination with the age group and with the gender of patients ($p > 0.05$). **Conclusions:** The rate of combination between bacterial agents is 14.7%, between viral agents is 4.4% and between bacterial and viral agent is 69.9%. There is no statistically significant relationship between the ratio of the pathogenic agent combination with the age group and with the gender of patients ($p > 0.05$).

Keywords: Hospitalized community - acquired pneumonia, combination of bacterial and viral agent.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) là tình trạng viêm phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện hoặc trong 48 giờ đầu sau khi nhập viện, là một bệnh lý rất thường gặp và phổ biến ở mọi lứa tuổi. Tỷ lệ mắc VPMPCĐ ở các nước đang phát triển cao hơn gấp 5 lần so với các nước phát triển⁽¹⁾. Ở Việt Nam, VPMPCĐ là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn trên thực hành lâm sàng, chiếm 12% các bệnh phổi. Năm 2018, tỷ lệ mắc viêm phổi ở nước ta là 698,7/100.000 người dân, đứng hàng thứ hai sau tăng huyết áp, tỷ lệ tử vong do viêm phổi là 1,15/100.000 người dân, đứng hàng thứ hai trong các nguyên nhân gây tử vong sau đái tháo đường⁽²⁾.

Rất nhiều nghiên cứu cho biết, phát hiện hai hoặc nhiều tác nhân gây bệnh là tình huống thường gặp trong VPMPCĐ, khác biệt so với những lý thuyết cổ điển trước đây, viêm phổi thường chỉ do một tác nhân gây bệnh duy nhất^(1,3). Tuy nhiên, ở Việt Nam, hầu hết các nghiên cứu chỉ tập trung vào các căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi nói chung, chưa đi sâu tìm hiểu vai trò của các loại vi khuẩn không điển hình, virus hay sự phối hợp tác nhân vi sinh trong VPMPCĐ.

Đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào chính thức công bố đầy đủ sự phối hợp với nhau của các tác nhân vi sinh gây VPMPCĐ. Để góp phần cung cấp thông tin về các tác nhân vi khuẩn và virus thật sự gây VPMPCĐ ở người lớn nhập viện điều trị, cũng như sự phối hợp các tác nhân trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "*Phối hợp tác nhân vi khuẩn, virus trên bệnh*

nhân VPMPCĐ nhập viện" qua phát hiện tác nhân vi sinh gây bệnh bằng kỹ thuật multiplex real-time PCR.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỷ lệ phối hợp các tác nhân vi khuẩn, virus trên bệnh nhân VPMPCĐ nhập viện.
2. Xác định mối liên quan giữa phối hợp tác nhân vi khuẩn, virus gây VPMPCĐ với nhóm tuổi và giới tính của bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu

Mẫu đàm hoặc bệnh phẩm có chứa đàm của bệnh nhân được chẩn đoán VPMPCĐ nhập viện.

Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Nguyễn Tri Phương và Khoa xét nghiệm của Công ty Nam Khoa Biotek

Thời gian nghiên cứu. Thời gian nghiên cứu: tháng 11/2020 đến 09/2021

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn vào

Mẫu đàm của bệnh nhân được chẩn đoán VPMPCĐ nhập viện trong vòng 36 giờ đầu và đánh giá tin cậy theo thang điểm Barlett.

Tiêu chuẩn loại ra

Mẫu đàm phát hiện có trực khuẩn Mycobacterium tuberculosis và các mẫu đàm lấy lần sau trên cùng bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu

Lấy mẫu thuận tiện và toàn bộ trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thu thập mẫu đàm

Các mẫu đàm thu thập từ bệnh nhân VPMPCĐ bệnh viện Nguyễn Tri Phương được chuyển trong hộp đá gel theo quy định đến phòng xét nghiệm Công ty Nam Khoa Biotek và tiến hành xử lý ngay trong vòng 2 giờ đầu

Đánh giá và phân tích mẫu đàm

Nhuộm Gram đánh giá mẫu đàm: kiểm tra lam kính ở vật kính 10x và đếm số lượng tế bào biểu mô và các bạch cầu đa nhân trên một vi trường. Lặp lại ít nhất 10 vi trường. Sau đó soi lam kính ở vật kính 100x để xem hình ảnh vi khuẩn chiếm ưu thế.

- Tiêu chuẩn đánh giá⁽¹⁾:

- + Bệnh phẩm đạt yêu cầu là bệnh phẩm có > 25 bạch cầu đa nhân trung tính/quang trường.
- + Có < 10 tế bào biểu mô/quang trường.

Bệnh phẩm đạt yêu cầu sẽ được xét nghiệm multiplex real-time PCR tìm tác nhân vi khuẩn, virus gây bệnh.

Nguyên tắc xác định tác nhân gây bệnh từ kết quả multiplex real-time PCR: Tác nhân vi khuẩn được xác định là tác nhân gây bệnh khi kết quả multiplex real-time PCR cho số định lượng là ≥ 20.000 DU (tức là ≥ 100.000 copies).

Riêng đối với tác nhân vi khuẩn không điển hình và tác nhân virus vì không có tiêu chuẩn nên trong nghiên cứu chúng tôi cho là tác nhân gây bệnh nếu số định lượng là ≥ 1.000 DU (tức là ≥ 5.000 copies) ⁽¹⁾.

Tác nhân gây bệnh được cho là tác nhân chính nếu có số lượng cao nhất còn những tác nhân có số lượng thấp hơn sẽ được cho là tác nhân gây bệnh phối hợp.

Phương pháp thống kê. Số liệu được mô tả dưới dạng phần trăm (%). Sử dụng các kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher chính xác để đánh giá mối liên quan giữa các biến định tính.

Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

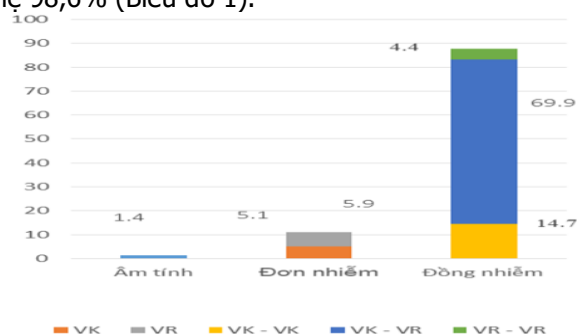
Xử lý số liệu. Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Epidata 3.1 và STATA 13.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ phối hợp tác nhân vi khuẩn, virus:

Kết quả nghiên cứu trên 138 mẫu đàm của bệnh nhân VPMPCD, chúng tôi đã xác định được tác nhân vi sinh trong 136/138 trường hợp chiếm tỷ

lệ 98,6% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân bố đơn tác nhân và tác nhân phối hợp vi khuẩn, virus ở bệnh nhân VPMPCD

Trong 136 trường hợp dương tính, đơn tác nhân là vi khuẩn 7/136 trường hợp (5,1%) và đơn tác nhân là virus 8/136 trường hợp (5,9%). Đa tác nhân phát hiện được trong 121/136 trường hợp chiếm tỷ lệ 89,0%, trong đó phát hiện phối hợp vi khuẩn – vi khuẩn 20 trường hợp (14,7%), vi khuẩn – virus là 95 trường hợp (69,9%) và virus - virus là 6 trường hợp (4,4%).

Kết quả định lượng của phương pháp multiplex real-time PCR phân biệt tác nhân gây bệnh chính và các tác nhân phối hợp (Bảng 1).

Bảng 1. Tỷ lệ phối hợp tác nhân vi khuẩn, virus phát hiện được ở 138 bệnh nhân VPMPCD

Tác nhân		Chính		Phối hợp		Tổng		
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Vi khuẩn gây bệnh	VKCD	S. pneumoniae	63	45,7	29	21,0	92	66,7
		H. influenzae	13	9,4	23	16,7	36	26,1
		M. catarrhalis	2	1,4	0	0,0	2	1,4
		S. pyogenes (GAS)	0	0,0	1	0,7	1	0,7
		S. agalactiae (GBS)	0	0,0	6	4,3	6	4,3
		H. influenzae type b	1	0,7	8	5,8	9	6,5
	VKBV	Mycoplasma	0	0,0	5	3,6	5	3,6
		M. pneumoniae	0	0,0	1	0,7	1	0,7
		MRSA	0	0,0	20	14,5	20	14,5
		MRSE	2	1,4	32	23,9	34	24,6
Vi khuẩn gây bệnh	VKBV	MRSCN	1	0,7	6	4,3	7	5,1
		Có PVL	0	0,0	3	2,2	3	2,2
		E. faecalis	0	0,0	3	2,2	3	2,2
		E. faecium	0	0,0	2	1,4	2	1,4
		E. cloacae	0	0,0	1	0,7	1	0,7
		E. coli	1	0,7	20	14,5	21	15,2
		K. pneumoniae	4	2,9	39	28,3	43	31,2
		E. aerogenes	0	0,0	3	2,2	3	2,2
		P. aeruginosa	3	2,2	16	11,6	19	13,8
		A. baumannii	4	2,9	33	23,9	37	26,8
B. cepacia	0	0,0	7	5,1	7	5,1		
S. maltophilia	2	1,4	13	9,4	15	10,9		

		M.morganii	0	0,0	2	1,4	2	1,4
		Providencia	1	0,7	13	9,4	14	10,1
Virus gây bệnh		Influenzavirus A	1	0,7	13	9,4	14	10,1
		Influenzavirus C	0	0,0	1	0,7	1	0,7
		Parainfluenzavirus 3	2	1,4	5	3,6	7	5,1
		Rhinovirus	1	0,0	5	3,6	6	4,3
		RSV	1	0,7	4	2,9	5	3,6
		Adenovirus	0	0,0	2	1,4	2	1,4
		EBV	31	22,5	59	42,8	90	65,2
		CMV	3	2,2	44	31,9	47	34,1
		VZV	0	0,0	1	0,7	1	0,7
		Common cold Virus	1	0,0	1	1,4	2	1,4
Âm tính			2	1,4			2	1,4
Tổng			138				100	

Kết quả tại Bảng 1. cho thấy, tác nhân vi khuẩn đóng vai trò tác nhân chính chiếm tỷ lệ cao nhất ở bệnh nhân VPMPCTĐ là S. pneumoniae (45,7%), H. influenza cũng là tác nhân gây bệnh chính trong 9,4% trường hợp.

Tác nhân virus đóng vai trò gây bệnh chính thường gặp nhất là EBV (22,5%), đây cũng là tác nhân gây bệnh phổi hợp trong 42,8% tổng số bệnh nhân VPMPCTĐ. Tương tự, CMV gây bệnh phổi hợp cùng với tác nhân vi sinh khác được

phát hiện chiếm 31,9% trường hợp. Trong nhóm virus hô hấp, Influenzavirus A có tỷ lệ gây bệnh cao nhất (10,1%), trong đó có 9,4% trường hợp nhiễm phổi hợp cùng vi khuẩn hoặc virus khác.

Các vi khuẩn đóng vai trò gây bệnh phổi hợp thường gặp như K. pneumoniae (28,3%), MRSE, A. baumannii (23,9%) và H. influenzae (16,7%).

Mối liên quan giữa phổi hợp tác nhân vi khuẩn, virus với nhóm tuổi và với giới tính ở bệnh nhân VPMPCTĐ

Bảng 2. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và giới tính với tác nhân phổi hợp vi khuẩn, virus

Đặc điểm	n	VK – VK			VK – VR			VR – VR		
		(+) n (%)	(-) n (%)	p	(+) n (%)	(-) n (%)	p	(+) n (%)	(-) n (%)	p
Nhóm tuổi	< 65 tuổi	10 (17,9)	46 (82,1)	0,354	38 (67,9)	18 (32,1)	0,873	3 (5,4)	53 (94,6)	0,687
	≥ 65 tuổi	10 (12,2)	72 (87,8)		57 (69,5)	25 (30,5)		3 (3,7)	79 (96,3)	
Giới tính	Nam	19 (14,5)	112 (85,5)	1,0	89 (67,9)	42 (32,1)	0,435	6 (4,6)	128 (97,7)	1,0
	Nữ	7 (14,3)	6 (85,7)		6 (85,7)	1 (14,3)		0 (0,0)	7 (100,0)	

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ phổi hợp vi khuẩn, virus với nhóm tuổi và với giới tính của bệnh nhân VPMPCTĐ.

IV. BÀN LUẬN

Xét nghiệm vi sinh mẫu đàm để xác định được tác nhân vi sinh gây nhiễm trùng hô hấp dưới không phải dễ dàng vì các tác nhân phát hiện được cũng có thể là tác nhân hiện diện trong vùng hầu họng⁽⁴⁾. Nghiên cứu của chúng tôi có lẽ là một trong số rất ít các nghiên cứu ở Việt Nam sử dụng kỹ thuật xét nghiệm multiplex real-time PCR để tìm căn nguyên gây VPMPCTĐ, vì vậy tỷ lệ bệnh nhân phát hiện được các tác nhân vi sinh đạt khá cao. Thêm vào đó, sự phát hiện phổi hợp nhiều tác nhân nhiễm trong cùng mẫu đàm với tỷ lệ cao (121/136 trường hợp) cũng góp phần cung cấp cho lâm sàng một phổ vi sinh vật đa dạng hơn ở bệnh nhân VPMPCTĐ.

Bảng kỹ thuật xét nghiệm multiplex real-time

PCR chúng tôi phát hiện S. pneumoniae, K. pneumoniae và H. influenzae là các tác nhân chủ yếu gây bệnh chính trên bệnh nhân VPMPCTĐ nhiễm phổi hợp tác nhân vi khuẩn – vi khuẩn. Các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới cũng đã báo cáo về tỷ lệ đồng nhiễm vi khuẩn – vi khuẩn trên bệnh nhân VPMPCTĐ. Trong nghiên cứu khác của Capelastegui A. năm 2006 – 2007 tại Tây Ban Nha, tỷ lệ nhiễm phổi hợp vi khuẩn – vi khuẩn là 9% trong số các bệnh nhân VPMPCTĐ xác định được căn nguyên gây bệnh. Liu Y. nghiên cứu trên các bệnh nhân VPMPCTĐ từ năm 2003 – 2004 tại 7 thành phố lớn của Trung Quốc cũng cho thấy, tỷ lệ nhiễm phổi hợp 2 loại vi khuẩn là 10,5%, 3 vi khuẩn là 0,8% và 4 vi khuẩn là 0,2%. Phần lớn đồng nhiễm vi khuẩn

đều là *S. pneumoniae* kết hợp với vi khuẩn khác như *M. pneumoniae*, *L. pneumophila* (3). Nghiên cứu của Luchsinger V. cho thấy, có khoảng 50% số bệnh nhân nhiễm *S. pneumoniae* có đồng nhiễm với các vi khuẩn khác; tác giả cũng cho rằng với chẩn đoán cổ điển của viêm phổi, *S. pneumoniae* chưa phải là tác nhân duy nhất gây viêm phổi và các tác nhân khác có thể mới thực sự đóng vai trò gây bệnh.

Tỷ lệ đồng nhiễm vi khuẩn – virus được phát hiện từ bệnh phẩm đàm trong nghiên cứu của chúng tôi là 95/136 (69,9%) trường hợp dương tính, trong đó có 22 trường hợp đồng nhiễm virus với vi khuẩn cộng đồng, 15 trường hợp đồng nhiễm với vi khuẩn bệnh viện, 53 trường hợp đồng nhiễm cùng lúc với vi khuẩn cộng đồng và vi khuẩn bệnh viện, còn lại 5 trường hợp bệnh nhân nhiễm tổ hợp virus – vi khuẩn cộng đồng – vi khuẩn bệnh viện – vi khuẩn không điển hình.

Trong đại dịch cúm năm 1918, hầu hết các trường hợp tử vong được cho là do nhiễm vi khuẩn thứ cấp, chủ yếu do *S. aureus*, *S. pneumoniae* và *S. pyogenes*. Hiện nay, với sự phát triển tiên tiến của các công cụ và kỹ thuật chẩn đoán, tỷ lệ viêm phổi do vi khuẩn ở bệnh nhân nhiễm virus cúm dao động từ 11% đến 35%⁽⁶⁾. Một nghiên cứu năm 2017 tại Seoul - Hàn Quốc đã ghi nhận *S. aureus* là vi khuẩn thường xảy ra nhất có liên quan đến viêm phổi sau virus ở bệnh nhân nhiễm cúm, Rhinovirus và nhiễm virus ở người⁽⁷⁾. Mặt khác, các báo cáo đánh giá gần đây lại ghi nhận *S. pneumoniae* là tác nhân vi khuẩn gây bệnh viêm phổi thường xảy ra nhất sau cúm⁽⁶⁾.

Virus đang ngày càng được thừa nhận là có liên quan đến nhiễm trùng hô hấp nặng, vừa là một tác nhân đồng nhiễm vừa là tác nhân chính trong viêm phổi do tác nhân vi sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp virus được phát hiện đều phối hợp với các tác nhân khác gây bệnh. Tác nhân virus đóng vai trò gây bệnh chính thường gặp nhất là EBV (22,5%) trong khi CMV được phát hiện gây VPMPCTD phối hợp cùng với tác nhân vi sinh khác với tỷ lệ 31,9%. Trong nhóm virus hô hấp, Influenzavirus A có tỷ lệ gây bệnh cao nhất (10,1%), trong đó có 9,4% trường hợp là nhiễm phối hợp cùng vi khuẩn hoặc virus khác.

Tỷ lệ đồng nhiễm virus – virus ở bệnh nhân VPMPCTD đã được mô tả với tỷ lệ 5,7 – 22,5% trong một số nghiên cứu khác. Tuy nhiên, hiện vẫn chưa rõ một số virus đường hô hấp có thể tự gây ra bệnh viêm phổi hoặc liệu chúng có cần sự

trợ giúp của những nguồn bệnh đường hô hấp khác hay không.

Việc nhiễm virus đường hô hấp có thể bắt đầu một loạt các quá trình phức tạp liên quan đến các phản ứng miễn dịch của người bệnh, cũng như những thay đổi của hệ vi sinh vật thường trú gây ra “chúng loạn khuẩn” ở đường hô hấp, những điều này kết hợp với nhau có thể khiến một người bị viêm phổi do vi khuẩn sau khi nhiễm virus. Do tần suất xuất hiện của virus trong VPMPCTD còn thấp và chưa có các nghiên cứu đối chứng về tỷ lệ mang các virus này ở nhóm người khỏe mạnh nên chúng tôi chỉ tạm đưa ra nhận xét đã phát hiện được các virus này ở các bệnh nhân VPMPCTD với nhiều tác nhân mà chưa thể đánh giá hết được tác động của chúng tới bệnh nhân để có thể kết luận chắc chắn virus là tác nhân gây viêm phổi hay chỉ là tác nhân cơ hội trên nền bệnh viêm phổi do vi khuẩn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm đa tác nhân phối hợp vi khuẩn, virus tương đương nhau giữa nam và nữ, cũng như giữa các nhóm tuổi. Đồng quan điểm với chúng tôi, tác giả Lê Tiến Dũng (2016) cho rằng VPMPCTD gặp ở cả nam và nữ, đồng thời giới tính cũng không liên quan tới mức độ nặng của bệnh. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu theo dõi dọc của Mannino D.M. tại Mỹ ghi nhận nguy cơ VPMPCTD phải nhập viện có liên quan đến tuổi cao, giới nam, tình trạng hút thuốc, và suy giảm chức năng phổi⁽⁸⁾.

Nhìn chung, các số liệu nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá dựa trên kết quả định lượng vật liệu di truyền của tác nhân gây bệnh, chưa thể phản ánh chính xác được tác nhân nào xuất hiện trước, tác nhân nào xuất hiện sau. Tuy nhiên hi vọng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể cung cấp thêm thông tin hỗ trợ cho việc chẩn đoán và điều trị VPMPCTD ở Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ phối hợp vi khuẩn - vi khuẩn: 14,7%
- Tỷ lệ phối hợp vi khuẩn - virus: 69,9%
- Tỷ lệ phối hợp virus - virus: 4,4%

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ phối hợp tác nhân vi khuẩn, virus với nhóm tuổi và với giới tính của bệnh nhân VPMPCTD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hùng Vân, Nguyễn Văn Thành và cộng sự (2018), “Tác nhân vi sinh gây viêm phổi cộng đồng phải nhập viện – Kết quả nghiên cứu REAL 2016-2017”, *Thời sự Y Học*, tháng 03/2018, tr. 51-63.
2. Bộ Y tế (2018), *Niên giám thống kê y tế*, Hà Nội.

3. Liu Y., Chen M., et al (2009), "Causative agent distribution and antibiotic therapy assessment among adult patients with community acquired pneumonia in Chinese urban population", BMC infectious diseases, 9(1), pp.1-9.
4. Phạm Hùng Văn (2018), "Tác nhân vi sinh gây nhiễm trùng hô hấp dưới cộng đồng cấp tính không nhập viện - Kết quả bước đầu từ nghiên cứu EACRI (Việt Nam)", Tạp chí Hô Hấp, (15), tr. 41-55.
5. Capelastegui A., Espana P.P., et al (2012), "Etiology of community-acquired pneumonia in a population-based study: link between etiology and patients characteristics, process-of-care, clinical evolution and outcomes", BMC Infectious Diseases, 12(1), pp. 1-9.
6. Fukushima E.A., Bhargava A. (2021), "Unusual case of necrotizing pneumonia caused by Fusobacterium nucleatum complicating influenza A virus infection", Anaerobe, 69, 102342.
7. Jung H.S., Kang B.J., et al (2017), "Elucidation of bacterial pneumonia-causing pathogens in patients with respiratory viral infection", Tuberculosis and respiratory diseases, 80(4), pp. 358-367.
8. Mannino D.M., Davis K.J., et al (2009), "Chronic obstructive pulmonary disease and hospitalizations for pneumonia in a US cohort", Respir Med, 103(2), pp. 224-229.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ XỬ TRÍ BAN ĐẦU CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI MẮC TIÊU CHẢY ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA TIÊU HÓA BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH

Võ Thị Thu Hương¹, Lương Thị Thảo²

Từ khóa: Tiêu chảy cấp, kiến thức xử trí ban đầu, bà mẹ

TÓM TẮT

Tiêu chảy cấp là một bệnh phổ biến trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Theo WHO, nếu quản lý, chăm sóc và điều trị tốt cho trẻ bị tiêu chảy cấp tại nhà thì có thể cứu sống khoảng 1,8 triệu trẻ mỗi năm, do đó sự hiểu biết và kỹ năng xử trí ban đầu của người mẹ hoặc những người trực tiếp chăm sóc **trẻ đóng vai trò rất quan trọng. Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức về xử trí ban đầu của bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp điều trị tại khoa Tiêu hóa - Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2022. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp đang điều trị tại Khoa tiêu hóa, bệnh viện Nhi Thái Bình. Phiếu khảo sát được xây dựng dựa trên tài liệu hướng dẫn xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ (IMCI). **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy 100% bà mẹ đều theo dõi số lần đi ngoài và các dấu hiệu khác khi trẻ mắc tiêu chảy trong 24 giờ đầu, tuy nhiên chỉ có 71,7% bà mẹ biết sử dụng dung dịch chống mất nước. Trong đó 23,3% bà mẹ pha Oresol theo hướng dẫn trên bao bì thuốc, có 76,7% các bà mẹ pha Oresol với 1 lít nước, 6,3% bà mẹ không biết thời gian sử dụng Oresol sau khi pha. Dấu hiệu nhận biết cho trẻ đến cơ sở y tế thì có 75% bà mẹ đưa trẻ tới cơ sở y tế khi trẻ bị nôn, 71,7% khi trẻ bị sốt và chỉ có 36,7 % các bà mẹ cho trẻ nhập viện khi có dấu hiệu khát nước. **Kết luận:** Kiến thức về xử trí ban đầu khi trẻ mắc tiêu chảy cấp của các bà mẹ vẫn còn nhiều thiếu hụt, cần có các chương trình tư vấn giáo dục sức khỏe để nâng cao kiến thức cho bà mẹ.

SUMMARY

KNOWLEDGE ABOUT THE INITIAL HANDLING OF MOTHERS WITH CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD WITH ACUTE DIARRHOEA AT THE DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY - THAI BINH CHILDREN'S HOSPITAL IN 2022

Introduction: Acute diarrhea is a common disease in the world in general and in Vietnam in particular. According to WHO, good management, care and treatment of children with acute diarrhoea at home can save the lives of about 1.8 million children each year, so the understanding and initial handling skills of the mother or those directly caring for the child are important. **Objectives:** Describe the current state of knowledge about the initial handling of mothers with children under 5 years old with acute diarrhoea at the Department of Gastroenterology - Thai Binh Children's Hospital in 2022. **Methods:** Subjects and research methods: The study describes a cross-section of over 60 mothers with children under 5 years old with acute diarrhea who are being treated at the Department of Gastroenterology, Thai Binh Children's Hospital. The questionnaire was developed based on the IMCI. **Results:** The study showed that 100% of mothers monitored the number of bowel movement and other signs when the child had diarrhea in the first 24 hours, but only 71.7% of mothers knew how to use anti-hydration solution. 23.3% of mothers used Oresol according to the instructions on the package, 76.7% of mothers made Oresol with 1 liter of water, 6.3% of mothers did not know the time of taking Oresol after mixing. 75% of mothers took their children to medical facilities when they vomited, 71.7% when they had fever, and only 36.7% of mothers took their children to hospital when

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Nhi Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thu Hương

Email: vohuongnd73@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023