

được đánh giá dựa trên kết quả định lượng vật liệu di truyền của tác nhân gây bệnh, do đó chưa thể phản ánh chính xác được tác nhân nào xuất hiện trước, tác nhân nào xuất hiện sau. Mặc dù vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cùng với các nghiên cứu khác ở Việt Nam có thể cung cấp thêm thông tin có giá trị hỗ trợ cho việc cập nhật hướng dẫn điều trị VPMPCD ở Việt Nam, đặc biệt là trong liệu pháp sử dụng kháng sinh điều trị VPMPCD.

V. KẾT LUẬN

Có 137 trường hợp phát hiện tác nhân vi sinh gây VPMPCD chiếm 99,3%. Trong đó:

- Tỷ lệ tác nhân vi khuẩn: 88,4%
- Tỷ lệ tác nhân virus: 79,0%
- Tỷ lệ tác nhân vi nấm: 48,6%

Trong đó có 117 trường hợp đồng nhiễm với tỷ lệ 85,4% (117/137).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Thị Diệu Ngân** (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng, Luận án Tiến sĩ Y học chuyên ngành Truyền nhiễm và bệnh nhiệt đới, Đại học Y Hà Nội.

2. **Phạm Hùng Vân** (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.
3. **Kuyppers J. Jerome K.R.** (2017), "Applications of digital PCR for clinical microbiology", Journal of clinical microbiology, 55(6), pp. 1621-1628.
4. **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.
5. **Lý Khánh Vân, Phạm Hùng Vân** (2018), "Tác nhân vi sinh gây viêm phổi cộng đồng phải nhập viện", Tạp chí Y học TP.HCM, tr. 238-243.
6. **Trần Anh Đào** (2011), Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Hô hấp bệnh viện Nhân dân Gia Định, Luận văn Thạc sĩ y học chuyên ngành Lao, Đại học Y dược TP.HCM, tr. 63-64 và 106-107.
7. **Arnold F.W., Summersgill J.T., et al** (2007), "A worldwide perspective of atypical pathogens in community-acquired pneumonia", American journal of respiratory and critical care medicine, 175(10), pp. 1086-1093.
8. **Peto L., Nadjm B., et al** (2014), "The bacterial aetiology of adult community-acquired pneumonia in Asia: a systematic review", Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 108(6), pp. 326-337.

THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CỦA HỘ GIA ĐÌNH TẠI PHƯỜNG TRƯƠNG QUANG TRỌNG, THÀNH PHỐ QUẢNG NGÃI, TỈNH QUẢNG NGÃI NĂM 2023

**Vũ Thị Ngọc Hạnh¹, Hồ Minh Nền¹,
Nguyễn Quỳnh Anh², Phạm Quang Thái³**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực hành về phòng bệnh sốt xuất huyết Dengue của hộ gia đình tại phường Trương Quang Trọng, thành phố Quảng Ngãi, tỉnh Quảng Ngãi năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả với 414 hộ gia đình tại phường Trương Quang Trọng năm 2023. **Kết quả:** 37,9% hộ gia đình có thực hành đạt về phòng chống bệnh sốt xuất huyết Dengue. Chỉ có 23,4% hộ gia đình ngủ màn cả ngày và đêm. Vợt muỗi và nhang muỗi là những biện pháp đuổi muỗi được hộ gia đình áp dụng nhiều nhất. Tỷ lệ thực hành các biện pháp phòng bệnh từ 36,7% - 97,1%, trong đó những nội dung liên quan đến nhà

cửa, đồ đạc (>90%), dụng cụ chứa nước (>70%); vệ sinh quanh nhà, rác thải và dụng cụ phế thải (<70%). Một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng bệnh gồm: học vấn (OR=2,2; 95%CI: 1,4-3,4), nghề nghiệp (OR=2,0; 95%CI: 1,2-3,1) và tiền sử mắc bệnh của thành viên HGD (OR=3,8; 95%CI: 2,0-7,4). **Kết luận:** Để phòng bệnh SXHD, cần đẩy mạnh hoạt động truyền thông cho người dân và thực hiện tốt vệ sinh môi trường xung quanh.

Từ khóa: thực hành, sốt xuất huyết dengue, dự phòng, hộ gia đình.

SUMMARY

PRACTICE ON DENGUE FEVER PREVENTION OF HOUSEHOLDS IN TRUONG QUANG TRUONG WARD, QUANG NGAI CITY, QUANG NGAI PROVINCE, 2023

Objectives: The study aimed to describe the practices of households in preventing dengue fever in Truong Quang Trong ward, Quang Ngai City, Quang Ngai province, in 2023. **Methodology:** A descriptive study on 414 Truong Quang Trong ward households in

¹Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi

²Trường Đại học Y tế Công cộng

³Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Ngọc Hạnh

Email: vuthingochanh.qng@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.8.2023

2023. **Results:** The study showed that 37,9% of households have good practices. Mosquito rackets and mosquito coils are the most common way of Dengue fever prevention. The prevalence of households that conducted appropriate prevention dengue fever measures was ranging from 36,7% to 97,1%, in which the measures related to houses, furniture (>90%), water containers (>70%); cleaning around the house, garbage and waste tools (<70%). Some factors that were significantly associated with practices included education level (OR=2,2; 95%CI: 1,4-3,4), occupation (OR=2,0; 95%CI: 1,2-3,1), and dengue-infected history of the family member (OR=3,8; 95%CI: 2,0-7,4). **Conclusion:** To prevent dengue disease, the local health sector should promote communication activities about dengue fever to the community and implement environmental sanitation activities in the living area. **Keywords:** practice, dengue fever, prevention, households.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm gây dịch do virus Dengue gây nên. Virus truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Trên thế giới có khoảng 100-400 triệu người mắc SXHD mỗi năm. SXHD không có thuốc điều trị đặc hiệu. SXHD là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở một số nước châu Á và Mỹ Latinh và là vấn đề nan giải tại các nước Đông Nam Á [8]. Tại Việt Nam, đến hết tháng 8/2022, cả nước có 145.536 trường hợp mắc tăng 3,3 lần so với năm 2021. Tỷ lệ mắc/100.000 dân cao nhất tại khu vực miền Nam (268,8), miền Trung (171,1), Tây Nguyên (145,7) và thấp nhất là miền Bắc (4,8) [1].

Quảng Ngãi là một tỉnh thuộc khu vực miền Trung. Năm 2022 toàn tỉnh ghi nhận 4.577 trường hợp tăng 3,15 lần so với năm 2021; trong đó, TP Quảng Ngãi có 717 trường hợp, đứng thứ 3 chỉ sau huyện Mộ Đức và Đức Phổ. Trương Quang Trọng là một trong những phường có số trường hợp mắc SXHD cao nhất toàn TP Quảng Ngãi. Nơi đây tập trung nhiều khu công nghiệp, cơ sở thương mại, dịch vụ... tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của dịch bệnh SXHD. Năm 2022 số trường hợp mắc tại phường là 129 tăng 1,3 lần so với năm 2021. Năm 2023 SXHD sẽ tiếp tục gia tăng và diễn biến phức tạp [6] Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả thực hành phòng bệnh SXHD của hộ gia đình (HGD) tại Phường Trương Quang Trọng, năm 2023 nhằm có được thông tin hữu ích cho chiến dịch phòng chống SXHD tại địa phương trong thời gian tới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 414 HGD tại phường Trương Quang Trọng. **Tiêu chuẩn lựa**

chọn: chủ hộ hoặc thành viên HGD có khả năng quyết định những sinh hoạt trong gia đình từ 18 tuổi trở lên và đang sinh sống tại phường từ 6 tháng trở lên. **Tiêu chuẩn loại trừ:** những người có rối loạn về nghe nói hoặc không có khả năng hiểu câu hỏi; vắng mặt sau 3 lần điều tra viên đến HGD; đối tượng từ chối tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 8/2022 đến tháng 5/2023 tại phường Trương Quang Trọng, TP Quảng Ngãi, tỉnh Quảng Ngãi.

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

+ n: số đối tượng cần cho nghiên cứu
+ p= 0,571. Tỷ lệ thực hành đúng về phòng bệnh SXHD tại phường Đông Xuyên, TP Long Xuyên, tỉnh An Giang năm 2021 theo nghiên cứu của Đoàn Bé Năm [4].

+ d: sai số tuyệt đối, chọn d = 0,05.

+ Z²(1-α/2): Hệ số tin cậy 95%, Z²(1-α/2) = 1,96².

Thay số vào công thức ta có n = 376. Để tránh trường hợp mất số liệu ảnh hưởng đến phân tích, chúng tôi cộng thêm 10% cho cỡ mẫu. Kết quả cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 414 người chủ hộ hoặc đại diện HGD.

Chọn mẫu

Bước 1: Lập danh sách HGD theo danh sách của cộng tác viên dân số (tổng 4.312 hộ).

Bước 2: Chọn HGD. Tính khoảng cách mẫu bằng cách lấy tổng số HGD chia cho số mẫu nghiên cứu. K = 4312/414 = 10,4. Lấy K= 10. Chọn một số ngẫu nhiên trong khoảng từ 1-9, tương ứng với hộ đầu tiên được chọn sau đó cộng với khoảng cách mẫu và chọn đến khi đủ 414 hộ.

Bước 3: Chọn đối tượng điều tra. Tại mỗi HGD chọn phỏng vấn chủ hộ hoặc người đại diện theo tiêu chuẩn lựa chọn. Trường hợp đối tượng từ chối, thay thế bằng HGD liền kề.

Biến số nghiên cứu: 2 nhóm biến số chính gồm. **Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu:** tuổi, giới tính, nghề nghiệp, học vấn, kinh tế, nhà ở, số thành viên HGD, tiền sử mắc bệnh; **Thực hành phòng bệnh SXHD:** nằm màn, biện pháp đuổi muỗi, xử lý dụng cụ chứa nước (DCCN), dụng cụ phế thải (DCPT), thu gom và xử lý rác thải, vệ sinh nhà cửa, môi trường xung quanh.

Công cụ, phương pháp thu thập số liệu: Bộ công cụ được xây dựng dựa trên quyết định số 3711/QĐ-BYT ngày 19/9/2014 của Bộ Y tế và tham khảo một số nghiên cứu của Parbati Phuyal; Vanhnasack, Đoàn Bé Năm, Trần Quốc Dũng, Trần Tuấn Đức [2-5, 7]. Số liệu được thu thập dựa trên bộ câu hỏi và bảng kiểm quan sát được soạn sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1; phân tích bằng SPSS 23.0 (thống kê mô tả qua tần số, tỷ lệ; xác định mối liên quan bằng kiểm định Khi bình phương, ngưỡng $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê).

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận của chính quyền, cơ quan y tế trên địa bàn. Thông tin đối tượng bảo mật và sự tham gia là tự nguyện. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức số 459/2022/YTCC-HD3 ngày 23/12/2022 của Trường Đại học Y tế Công cộng.

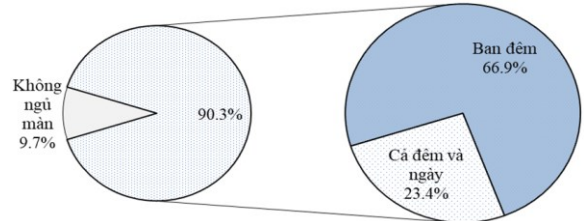
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=414)

Đặc điểm		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	269	65
	Nữ	145	35
Nhóm tuổi	≥50 tuổi	253	61,1
	<50 tuổi	161	38,9
Nghề nghiệp	Nông dân	122	29,5
	Công nhân, người làm thuê	106	25,6
	Nghề khác	186	44,9
Học vấn	Tiểu học, dưới tiểu học	41	9,9
	THCS	106	25,6
	THPT	145	35
	Trung cấp, cao đẳng	78	18,9
	Đại học trở lên	44	10,6
Kinh tế HGD	Nghèo, cận nghèo	29	7
	Khá, giàu	385	93
Số thành viên trong HGD	≤4 thành viên	285	68,8
	>4 thành viên	129	31,2
Điều kiện nhà ở của HGD	Nhà cố định	367	88,6
	Khác (phòng trọ, chỗ xây dựng...)	47	11,4
Người trong HGD từng mắc SXHD	Có	74	17,9
	Không	340	82,1

Trong nghiên cứu này đối tượng chủ yếu là nam giới (65%); từ trên 50 tuổi (61,1%); làm nghề nông dân (29,5%), công nhân, người làm thuê (25,6%); học vấn THPT (35%), THCS (25,6%). Hầu hết các HGD có kinh tế khá/giàu

(93%); nhà ở cố định (88,6%); có 3-4 thành viên (63%). 17,9% HGD có thành viên từng mắc bệnh SXHD.



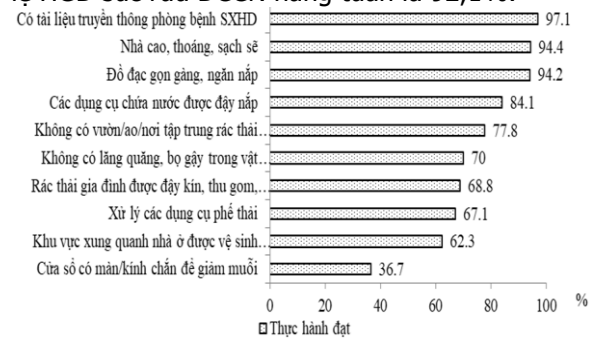
Biểu đồ 1. Thực hành ngủ màn của HGD (n=414)

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ có 23,4% HGD ngủ màn cả đêm và ngày.

Bảng 2. Thực hành các biện pháp đuổi muỗi súc rửa dụng cụ chứa nước (DCCN) của HGD

Nội dung	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	
Sử dụng các biện pháp đuổi muỗi (n=414)	Vợt muỗi	223	65,2
	Nhang muỗi	146	42,7
	Thuốc muỗi	60	17,5
	Biện pháp khác	76	22,2
HGD có súc rửa DCCN (n=414)	Không có DCCN	89	21,5
	Không thực hiện súc rửa DCCN	9	2,2
	Có thực hiện súc rửa DCCN	316	76,3
Tần suất súc rửa DCCN (n=316)	Hàng ngày	16	5,1
	Hàng tuần	291	92,1
	2-3 tuần một lần	9	2,8

Các biện pháp đuổi muỗi được HGD sử dụng nhiều nhất là vợt muỗi (65,2%) và nhang muỗi (42,7%). Trong số 316 HGD có súc rửa DCCN, tỷ lệ HGD súc rửa DCCN hàng tuần là 92,1%.



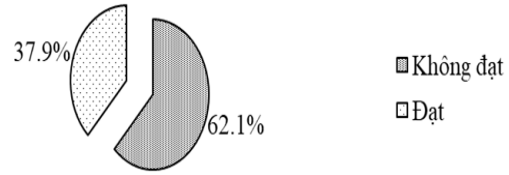
Biểu đồ 2. Thực hành phòng bệnh SXHD của HGD thông qua bảng kiểm quan sát (n=414)

Tỷ lệ HGD thực hiện đạt cao ở các nội dung: nhà cao, thoáng, sạch sẽ (94,4%); đồ đạc gọn gàng, ngăn nắp (94,2%); các DCCN được đậy nắp (84,1%). 77,8% HGD không có vườn/ao/nơi

tập trung rác thải gần nhà. 70% không có lăng quăng/bọ gậy trong các DCCN.

Thực hành vệ sinh xung quanh nhà, rác thải, xử lý các dụng cụ phế thải (DCPT) đạt thấp hơn (dưới 70%).

Tỷ lệ HGD có thực hành chung về phòng bệnh SXHD đạt là 37,9%; không đạt là 62,1%.



Biểu đồ 3. Thực hành chung phòng bệnh SXHD của HGD (n=414)

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng bệnh SXHD

Đặc điểm		Thực hành		
		Không đạt (N, %)	Đạt (N, %)	OR, 95% CI
Giới tính	Nam	165 (61,3)	104 (38,7)	0,9 (0,6-1,3)
	Nữ	92 (63,4)	53 (36,6)	
Nhóm tuổi	≥50 tuổi	160 (63,2)	93 (36,8)	1,1 (0,7-1,7)
	<50 tuổi	97 (60,2)	64 (39,8)	
Nghề nghiệp	Nông dân	89 (73,0)	33 (27,0)	2,0 (1,2-3,1)
	Nghề khác	213 (57,5)	124 (42,5)	
Trình độ học vấn	≤ THPT	198 (67,8)	94 (32,2)	2,2 (1,4-3,4)
	> THPT	59 (48,4)	63 (51,6)	
Kinh tế HGD	Nghèo, cận nghèo	17 (58,6)	12 (41,4)	0,8 (0,3-1,8)
	Khá, giàu	240 (62,3)	145 (37,7)	
Số thành viên trong HGD	≤ 4 thành viên	175 (61,4)	110 (38,6)	0,9 (0,6-1,4)
	> 4 thành viên	82 (63,6)	47 (36,4)	
Điều kiện nhà ở	Nhà khác (phòng trọ, chỗ xây dựng,...)	27 (57,4)	20 (42,6)	0,8 (0,4-1,5)
	Nhà ở cố định	230 (62,7)	137 (37,3)	
Thành viên HGD từng mắc SXHD	Có	62 (83,8)	12 (16,2)	3,8 (2,0-7,4)
	Không	195 (57,4)	145 (42,6)	

Nghiên cứu tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp và học vấn, tiền sử mắc SXHD với thực hành phòng bệnh SXHD của người dân ($p < 0,05$). Những người làm nghề nông dân, học vấn từ dưới THPT, gia đình có thành viên từng mắc bệnh có khả năng thực hành không đạt cao hơn người làm nghề khác, học vấn trên THPT, HGD chưa có người mắc bệnh lần lượt là 2 lần; 2,2 lần và 3,8 lần.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu là chủ hộ hoặc đại diện HGD vì vậy chiếm tỷ lệ lớn là nam giới, người từ trên 50 tuổi. Có nhiều công ty đóng trên địa bàn và có nhiều hộ kinh doanh trên trục đường lớn của phường, do vậy nghề nghiệp của DTNC khá đồng đều, đa dạng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Tuấn Đức và Trần Quốc Dũng [2,3]. Trên 85% HGD có kinh tế khá, giàu và điều kiện nhà ở cố định. Điều này hoàn toàn phù hợp do ngoài một số khu vực giáp ranh huyện Sơn Tịnh, người dân thuần nông thì khu vực còn lại đa số các HGD có kinh doanh, buôn bán, hoặc đi làm công ty.

Vợt muỗi và nhang muỗi là hai biện pháp

được HGD sử dụng nhiều nhất. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu khác [2,7]. Từ đó cho thấy HGD đã chú ý đến việc phòng chống muỗi đốt. Biện pháp được HGD ưu tiên là dùng vợt muỗi, không có hóa chất gây độc hại với sức khỏe con người.

Hiện nay có nhiều biện pháp chống muỗi, trong đó nằm màn cả ngày và đêm vẫn là hiệu quả nhất. Tuy nhiên, hầu hết người dân phường Trương Quang Trọng chỉ nằm màn vào ban đêm. Kết quả thấp hơn so với nghiên cứu tại Lào, Hà Nội, Hà Tĩnh [2, 3, 5]. Nguyên nhân là do người dân còn chủ quan thấy việc nằm màn là không cần thiết và do thói quen. Từ đó, cho thấy cần phải thường xuyên nhắc nhở để người dân nhận thức được tầm quan trọng của nằm màn và dần dần hình thành thói quen nằm màn cả ban ngày và ban đêm.

Đa số HGD thực hiện súc rửa DCCN hàng tuần và đập nắp DCCN, cao hơn nghiên cứu tại Hà Tĩnh [2]. Có sự khác biệt này là do tại địa bàn nghiên cứu của chúng tôi không có nhiều DCCN như chum, vại, lu... mà thường là những DCCN nhỏ dễ dàng súc rửa, vệ sinh như lọ hoa, bình thủy... Tuy nhiên vẫn còn 30% HGD có lăng

quăng, bọ gậy trong DCCN. Đây là điều kiện cho muỗi sinh trưởng và phát triển, tạo ra nguy cơ bùng phát dịch bệnh. Vì vậy cần hướng dẫn người dân thực hiện diệt trừ lăng quăng, bọ gậy.

Trên 90% các HGD trong nghiên cứu đều thực hiện vệ sinh nhà cửa, cao hơn nghiên cứu tại An Giang [4]. Một phần nguyên nhân là do nghiên cứu chúng tôi thu thập số liệu vào tháng 3 nên nhà cửa sạch sẽ hơn do người dân dọn dẹp, vệ sinh nhà cửa trước Tết. Mặc dù vậy, tỷ lệ người dân vệ sinh khu vực xung quanh nhà ở, thu gom rác thải và dụng cụ phế thải lại thấp. Kết quả tương tự nghiên cứu tại Hà Nội, An Giang [3, 4]. Điều này là do người dân tại đây còn trông chờ vào hoạt động phun hóa chất của y tế, y lại và việc các cơ quan, tổ chức, đoàn thể thực hiện thu gom, xử lý DCPT... Trường Quang Trọng là khu vực thành phố, tuy nhiên vẫn còn có một số nơi vẫn còn giáp ranh với nông thôn. Xung quanh nhà ở của HGD vẫn có vườn cây, nơi tập trung nước thải tù đọng. Hàng tháng khi các tổ chức phát động phong trào diệt lăng quăng, bọ gậy, phát quang bụi rậm người dân mới tham gia. Việc để tồn đọng các DCPT sẽ là môi trường thuận lợi cho sự sinh sản của muỗi. Do vậy cần đẩy mạnh hoạt động can thiệp thu gom xử lý DCPT, đồng thời nhắc nhở người dân chủ động thu gom, xử lý DCPT.

37,9% HGD có thực hành chung phòng bệnh SXHD đạt. Kết quả này tương tự nghiên cứu tại Hà Tĩnh [2] và thấp hơn nghiên cứu tại Hà Nội, An Giang [3, 4]. Điều đó cho thấy cần cải thiện thực hành phòng bệnh của HGD để nâng cao hiệu quả chương trình phòng chống SXHD.

Nghiên cứu tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp và học vấn, tiền sử mắc bệnh SXHD của thành viên HGD với thực hành phòng bệnh SXHD. Những người nông dân, học vấn dưới THPT có khả năng thực hành đạt thấp hơn người làm nghề khác, học vấn từ THPT trở lên. Kết quả một số nghiên cứu khác cũng chỉ ra mối liên quan tương tự [3, 5]. Điều này có thể giải thích do nông dân là những người lao động chân tay, khi làm việc mệt mỏi họ không thực hiện các biện pháp phòng bệnh như mặc màn, dọn dẹp nhà cửa. Người có học vấn cao hơn thì kiến thức về phòng bệnh của họ cũng tốt hơn, họ cũng có ý thức hơn trong việc bảo vệ sức khỏe của mình.

Tại phường Trường Quang Trọng, HGD có thành viên từng mắc bệnh SXHD có thực hành không đạt cao hơn HGD chưa có thành viên mắc bệnh. Trong khi đó một số nghiên cứu khác lại chỉ ra điều ngược lại, HGD có thành viên từng

mắc bệnh SXHD có thực hành đạt cao hơn HGD chưa có thành viên mắc bệnh [2, 3]. Nguyên nhân là do, khi gia đình có người bị bệnh, họ thấy được sự nguy hiểm, tìm hiểu kỹ về bệnh và thực hiện phòng bệnh tốt hơn. Ngược lại trong nghiên cứu của chúng tôi, HGD có thành viên từng mắc bệnh có thể do bệnh nhẹ, không có nguy hiểm nên người dân chủ quan, vì vậy mà phòng bệnh không được tốt bằng HGD có thành viên từng bị SXHD.

Hạn chế của nghiên cứu: Do nguồn lực và thời gian có hạn, nghiên cứu chỉ tiến hành trên phạm vi phường Trường Quang Trọng nên chưa thể khái quát và đại diện một cách chính xác cho địa bàn khác. Nghiên cứu thu thập số liệu qua phỏng vấn và quan sát nhà ở, xung quanh HGD nên một số người dân mất tự nhiên và e dè. Chúng tôi đã giải thích rõ mục đích của nghiên cứu, sự bảo mật thông tin để người dân hợp tác tham gia.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thực hành đạt về phòng bệnh SXHD của HGD còn thấp (37,9%). Chỉ có 23,4% HGD nằm màn cả ngày và đêm. Tỷ lệ thực hành các biện pháp phòng bệnh đạt từ 36,7% - 97,1%. Trong đó thực hành đạt cao nhất ở những nội dung liên quan đến nhà cửa, đồ đạc (>90%), tiếp theo là dụng cụ chứa nước (>70%). Vệ sinh quanh nhà, rác thải và dụng cụ phế thải thực hành đạt còn thấp (<70%). Học vấn, nghề nghiệp và tiền sử mắc bệnh có liên quan với thực hành phòng bệnh SXHD của HGD.

Do vậy khi tiến hành các giải pháp can thiệp phòng chống SXHD cần quan tâm đặc biệt hơn với những đối tượng là nông dân, người có học vấn dưới THPT và HGD có thành viên từng mắc bệnh. Cần đẩy mạnh hoạt động truyền thông cho người dân và thực hiện tốt vệ sinh môi trường xung quanh nhà ở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2022), Báo cáo Tình hình dịch bệnh SXH tuần 31 năm 2022.
2. **Trần Quốc Dũng** (2021), Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống SXHD và một số yếu tố liên quan đến thực hành của người dân xã Kỳ Lợi, Kỳ Anh, Hà Tĩnh năm 2021, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.
3. **Trần Tuấn Đức** (2022), Kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng bệnh SXHD và một số yếu tố liên quan của người dân xã Tân Lập, Đan Phượng, Hà Nội năm 2022, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.
4. **Đoàn Bé Năm và các cộng sự.** (2021), "Kiến thức, thái độ, thực hành phòng bệnh SXHD của người dân tại phường Đông Xuyên, TP Long Xuyên, tỉnh An Giang năm 2021", Tạp chí Y học

- cộng đồng. 63(3), tr. 142-150.
5. **Vanhnasack SAENTHAVISOUK, Lê Thị Thanh Hương và Vũ Sinh Nam** (2019), "Kiến thức, thực hành về phòng bệnh SXHD của người dân và một số yếu tố liên quan tại làng Huaylau, TP Pakse, tỉnh Champasack, CHDCND Lào năm 2019", Tạp chí Y tế công cộng. 48.
 6. **Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi** (2022), Báo cáo Kết quả hoạt động phòng, chống SXH năm 2022.
 7. **Parbati Phuyal et al.** (2022), "The knowledge, attitude and practice of community people on dengue fever in Central Nepal: a cross-sectional study", BMC Infectious Diseases. 22(454).
 8. **WHO** (2022), Update report on dengue fever situation in the Western Pacific region, truy cập ngày 13/8/2022, tại trang web <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/surveillance/dengue>.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY TẠI KHOA CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Quế Anh Trâm¹, Nguyễn Thị Hà²

TÓM TẮT

Viêm phổi liên quan thở máy đã và đang làm tăng chi phí điều trị, là gánh nặng cho hệ thống y tế và cho người bệnh. Những hiểu biết về vi khuẩn gây bệnh đóng một vai trò quan trọng, quyết định trong điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm của vi khuẩn ở người bệnh viêm phổi liên quan đến thở máy điều trị tại Khoa Chống độc Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Kết quả:** Trong số 81 mẫu bệnh phẩm có 62 mẫu nhiễm một loại vi khuẩn gây bệnh chiếm 76,5%, 19 mẫu nhiễm hai loại vi khuẩn gây bệnh chiếm 23,5%. Vi khuẩn Gram âm chiếm phần lớn (91%) trong đó chủ yếu là *Acinetobacter baumannii* (41%). Hay gặp vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* trong các mẫu cấy có vi khuẩn đồng nhiễm (79%). Trong đó gặp nhiều nhất *Acinetobacter baumannii* + *Pseudomonas aeruginosa* (26,3%) và *Acinetobacter baumannii* + *Klebsiella aerogenes* (21,1%). *Acinetobacter baumannii* chủ yếu gây VAP muộn (58,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. *Staphylococcus aureus* chủ yếu gây VAP sớm (26,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Vi khuẩn, Viêm phổi liên quan đến thở máy, VAP, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

SUMMARY

SOME BACTERIOLOGICAL FEATURES OF VEHICLE-RELATED PNEUMONIA PATIENTS AT POLICY OFFICE DEPARTMENT OF NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Ventilator-associated pneumonia has been increasing treatment costs and burdens for the health system and for patients. Knowledge of pathogenic

bacteria plays an important and decisive role in empiric antibiotic therapy to improve the effectiveness of treatment for patients. **Objective:** To describe a characteristic of bacteria in patients. ventilator-associated pneumonia treated at the Poison Control Department of Nghe An Friendship General Hospital. **Results:** Out of 81 patient samples, 62 samples were infected with one type of pathogenic bacteria, accounting for 76.5%, 19 samples were infected with two types of pathogenic bacteria, accounting for 23.5%. Gram-negative bacteria accounted for the majority (91%) of which mainly *Acinetobacter baumannii* (41%). *Acinetobacter baumannii* was common in cultures with co-infected bacteria (79%). Among them, *Acinetobacter baumannii* + *Pseudomonas aeruginosa* (26.3%) and *Acinetobacter baumannii* + *Klebsiella aerogenes* (21.1%). *Acinetobacter baumannii* mainly causes late VAP (58.1%), the difference is statistically significant with $p < 0.05$. *Staphylococcus aureus* mainly causes early VAP (26.3%), the difference is statistically significant with $p < 0.05$. **Keywords:** Bacteria, Ventilator-associated Pneumonia, VAP, Nghe An Friendship General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi liên quan thở máy (VAP) là viêm phổi xuất hiện sau khi người bệnh được thở máy từ 48 giờ trở lên, không có các triệu chứng lâm sàng và ủ bệnh của viêm phổi tại thời điểm nhập viện [1]. Viêm phổi liên quan thở máy đã và đang làm tăng chi phí điều trị và gánh nặng cho hệ thống y tế và cho người bệnh. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong việc chẩn đoán và điều trị, nhưng tỷ lệ tử vong do viêm phổi liên quan thở máy vẫn còn cao [2].

Vi khuẩn, virus và nấm là nguyên nhân gây VAP, nhưng thường gặp hơn là vi khuẩn. Trong những thập kỉ qua, với sự xuất hiện của các chủng vi khuẩn kháng với thuốc kháng sinh, thậm chí là đa kháng hay toàn kháng, tỷ lệ

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Quế Anh Trâm

Email: tramlien@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.8.2023