



BẢN TIN

Giáo dục Sức khỏe

BẢN TIN CỦA TRUNG TÂM TRUYỀN THÔNG GDSK TRUNG ƯƠNG



Lưu hành nội bộ

SỐ 9

2009



Giáo dục Sức khỏe

**BẢN TIN CỦA TRUNG TÂM
TRUYỀN THÔNG GDSK TRUNG ƯƠNG**

ĐT: 04.37623673
Email: cdt_gdsk@yahoo.com
Website: www.t5g.org.vn

SỐ 131

CHỊU TRÁCH NHIỆM NỘI DUNG

TTƯT, Bác sỹ CK I

**Đặng Quốc Việt, Giám đốc
Trung tâm Truyền thông GDSK TW**

BAN BIÊN TẬP

**BS. Đặng Quốc Việt: Trưởng ban
TS. Nguyễn Thị Kim Liên: Phó trưởng ban
ThS. Nguyễn Thị Minh Hiền: Thư ký
CN. Hà Văn Nga
CN. Phạm Trà Giang**

TRỊ SỰ

ThS. Dương Quang Tùng

TRÌNH BÀY

HS. Vũ Bảo Ngọc

TRONG SỐ NÀY

NỘI DUNG

TRANG

* Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Quốc Triệu làm việc	
* Bình Thuận thực hiện Cuộc vận động “Học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh”: Cuộc vận động trở thành Bộ phận hữu cơ của công tác xây dựng Đảng	3
* Chi tiết hoá nhiều nội dung hướng dẫn về thực hiện Luật Bảo hiểm Y tế	5
* Những điều cần biết khi đi khám chữa bệnh Bảo hiểm y tế (BHYT)	7
* Suy tim	8
* Phòng chống tự sát	9
* Phòng bệnh lúc giao mùa	11
* Cận thị học đường và giải pháp	12
* Phòng bệnh lao ở trẻ em	13
* Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	15
* Y tế huyện Mê Linh vượt khó	16
* Ninh Bình: thực hiện nghiêm túc công tác Quản lý dược	18
* Cao Bằng vẫn xảy ra hiện tượng tảo hôn	19
* Sử dụng thuốc sát khuẩn thế nào cho hiệu quả	21
* Tìm hiểu về thuốc kháng vi rút (Antivirals)	22
* Hội thi phóng sự truyền hình Phòng chống cúm các tỉnh, thành phố khu vực Nam Bộ	24
* Vì những đứa con không nhiễm HIV	27
* Cử tri Ngành Y tế Sơn La tham gia ý kiến vào dự thảo Luật Khám chữa bệnh	29
* Bắc Giang: Chủ động phòng chống dịch bệnh trong mùa mưa bão	30
* Hưng Yên: Người nghèo vẫn còn cơ hội được “xóa mù”	30
* Hưng Yên: Hướng dẫn giám sát, chẩn đoán, điều trị và thiết lập bệnh viện dã chiến phòng, chống dịch cúm A(H1N1)	31
* Ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS” mới	32
* Phối hợp triển khai tập huấn Phòng, chống cúm A(H1N1)	33
	34

In 2.000 bản, khổ 19 x 27cm
tại xưởng in Công ty MTTW
số 1 Giang Văn Minh - HN.
Giấy phép số 19/GP-XBBT
ngày 16/01/2004.
Nộp lưu chiếu 2009

Ảnh trang bìa:

Được sự ủy quyền của Chủ tịch nước, Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Quốc Triệu trao Huân chương Độc lập hạng Nhì cho các đồng chí lãnh đạo tiên nhiệm của Bộ Y tế.

Ảnh: Quang Mai

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ NGUYỄN QUỐC TRIỆU

LÀM VIỆC VỚI ỦY BAN NHÂN DÂN TP. HẢI PHÒNG
VỀ CÔNG TÁC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

Tin và ảnh: TRỌNG TIẾN



Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Quốc Triệu thăm hỏi bác sỹ, nhân viên Cơ sở điều trị cai nghiện ma túy bằng Methadone quận Lê Chân, Hải Phòng

Ngày 15/9, Bộ trưởng Nguyễn Quốc Triệu đã làm việc với UBND TP. Hải Phòng về công tác phòng, chống HIV/AIDS. Tham dự buổi làm việc, về phía UBND TP. Hải Phòng có Chủ tịch UBND Trịnh Quang Sửu; Phó Chủ tịch UBND Hoàng Văn Kể; đại diện một số sở, ngành trực thuộc; về phía Bộ Y tế có Thứ trưởng Trịnh Quân Huấn; Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS Nguyễn Thành Long; Cục trưởng Cục Quản lý Dược Trương Quốc Cường; Chánh Thanh tra Trần Quang Trung; Phó

Giám đốc Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương Trần Quang Mai; chuyên viên một số vụ, cục trực thuộc.

Báo cáo với Bộ trưởng Nguyễn Quốc Triệu, Giám đốc Sở Y tế Hải Phòng Phan Trọng Khánh cho biết: đến cuối tháng 8/2009, toàn thành phố đã phát hiện 9.107 ca nhiễm HIV, 5.122 ca chuyển sang giai đoạn AIDS và 2.970 ca đã chết do AIDS. Tỷ lệ người nhiễm HIV lây truyền qua đường tiêm chích ma túy chiếm từ 60- 70%, lứa tuổi 20 đến 39 chiếm tỷ lệ cao nhất (gần 82%).





Trong 9 tháng đầu năm 2009, toàn thành phố phát hiện được 372 trường hợp nhiễm HIV mới, 210 trường hợp chuyển sang giai đoạn AIDS và 119 trường hợp đã tử vong, so với 9 tháng đầu năm 2008 số nhiễm HIV không có nhiều thay đổi. So với cùng kỳ 2008, số bệnh nhân AIDS giảm 291 trường hợp, tử vong giảm 29 trường hợp.

Về Đề án cai nghiện ma túy bằng Methadone, Giám đốc Sở Y tế Hải Phòng Phan Trọng Khánh cho biết, ngay sau khi Bộ Y tế có Quyết định phê duyệt, UBND TP. Hải Phòng đã lập Kế hoạch triển khai và ban hành Quyết định số 2538/QĐ- UBND ngày 20/12/2007 về việc thành lập Ban Chỉ đạo thực hiện Đề án thành phố với các thành phần là: Phó Chủ tịch UBND TP. Hải Phòng làm Trưởng Ban Chỉ đạo, Giám đốc Sở Y tế làm Phó Trưởng Ban thường trực; lãnh đạo Sở Công an, Lao động- TB&XH và lãnh đạo UBND các quận, huyện được triển khai Đề án. UBND thành phố và Sở Y tế đã tổ chức nhiều hội nghị vận động chính sách và triển khai Đề án với sự tham gia của các cán bộ lãnh đạo cơ quan, ban, ngành, đoàn thể, lãnh đạo các cấp chính quyền địa phương và đông đảo người dân. Sau một thời gian chuẩn bị về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc, xét chọn bệnh nhân và các điều kiện theo quy định, Cơ sở điều trị cai nghiện ma túy bằng Methadone ở quận Lê

Chân, quận Ngô Quyền, huyện Thủy Nguyên đã đi vào hoạt động từ tháng 4/2008.

Số lượng bệnh nhân được điều trị khá cao. Tính đến ngày 30/6/2009 là 750 bệnh nhân đã và đang tham gia điều trị. Hàng ngày, các bệnh nhân được khám, tư vấn, đánh giá hiệu quả điều trị cũng như chia sẻ tâm tư, tình cảm, theo dõi tác động phụ của thuốc, hướng dẫn, kê đơn điều trị, xử trí các tác động phụ.

Phát biểu tại buổi làm việc, Bộ trưởng Nguyễn Quốc Triệu đánh giá cao những kết quả mà TP. Hải Phòng đã đạt được trong hoạt động hạn chế tác hại của tệ nạn xã hội và công tác điều trị cai nghiện bằng Methadone. Người bệnh tham gia cai nghiện bằng Methadone đã ổn định sức khỏe, kiểm chế hành động nghiện quá phát. Nhiều người đã có việc làm, thu nhập ổn định. Cuộc sống tươi vui, rạng rỡ. Số vụ phạm pháp do người nghiện gây ra cũng giảm. Bộ trưởng Nguyễn Quốc Triệu cho rằng Bộ Y tế sẽ tiếp tục hỗ trợ Hải Phòng để công tác cai nghiện bằng Methadone tại thành phố Cảng có nhiều thành công hơn nữa.

Cũng trong ngày 15/9, Bộ trưởng Nguyễn Quốc Triệu và đoàn cán bộ Bộ Y tế đã đến kiểm tra công tác cai nghiện tại Cơ sở điều trị bằng Methadone quận Lê Chân và Cơ sở điều trị bằng Methadone huyện Thủy Nguyên. ■

Suy tim

(Tiếp theo trang 9)

Biện pháp cấy máy tạo nhịp tái đồng bộ cơ tim (CRT): đây là biện pháp hiện được chỉ định với những bệnh nhân suy tim nặng, có QRS giãn rộng trên 0,12s, đã điều trị bằng các thuốc tối ưu. Nguyên lý của phương pháp này là cấy một máy tạo nhịp 2 buồng tim và được lập trình để tái đồng bộ lại hoạt động của tim, điều chỉnh lại sự co bóp đồng bộ của tâm nhĩ và tâm thất giúp cải thiện cung lượng tim.

Thay (ghép) tim: là biện pháp hữu

hiệu cuối cùng cho những bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối, đã kháng lại với tất cả các biện pháp điều trị nội, ngoại khoa thông thường. Đó thường là những trường hợp có tổn thương cơ tim rất rộng và nặng nề.

Tuy nhiên, những biến chứng có thể gặp sau ghép tim bao gồm thải ghép sớm, nhiễm trùng do dùng thuốc giảm miễn dịch và sự phát triển của bệnh mạch vành sau mổ cũng là một nguyên nhân quan trọng gây tử vong sau năm đầu tiên được ghép tim.



Trong 9 tháng đầu năm 2009, toàn thành phố phát hiện được 372 trường hợp nhiễm HIV mới, 210 trường hợp chuyển sang giai đoạn AIDS và 119 trường hợp đã tử vong, so với 9 tháng đầu năm 2008 số nhiễm HIV không có nhiều thay đổi. So với cùng kỳ 2008, số bệnh nhân AIDS giảm 291 trường hợp, tử vong giảm 29 trường hợp.

Về Đề án cai nghiện ma túy bằng Methadone, Giám đốc Sở Y tế Hải Phòng Phan Trọng Khánh cho biết, ngay sau khi Bộ Y tế có Quyết định phê duyệt, UBND TP. Hải Phòng đã lập Kế hoạch triển khai và ban hành Quyết định số 2538/QĐ- UBND ngày 20/12/2007 về việc thành lập Ban Chỉ đạo thực hiện Đề án thành phố với các thành phần là: Phó Chủ tịch UBND TP. Hải Phòng làm Trưởng Ban Chỉ đạo, Giám đốc Sở Y tế làm Phó Trưởng Ban thường trực; lãnh đạo Sở Công an, Lao động- TB&XH và lãnh đạo UBND các quận, huyện được triển khai Đề án. UBND thành phố và Sở Y tế đã tổ chức nhiều hội nghị vận động chính sách và triển khai Đề án với sự tham gia của các cán bộ lãnh đạo cơ quan, ban, ngành, đoàn thể, lãnh đạo các cấp chính quyền địa phương và đông đảo người dân. Sau một thời gian chuẩn bị về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc, xét chọn bệnh nhân và các điều kiện theo quy định, Cơ sở điều trị cai nghiện ma túy bằng Methadone ở quận Lê

Chân, quận Ngô Quyền, huyện Thủy Nguyên đã đi vào hoạt động từ tháng 4/2008.

Số lượng bệnh nhân được điều trị khá cao. Tính đến ngày 30/6/2009 là 750 bệnh nhân đã và đang tham gia điều trị. Hàng ngày, các bệnh nhân được khám, tư vấn, đánh giá hiệu quả điều trị cũng như chia sẻ tâm tư, tình cảm, theo dõi tác động phụ của thuốc, hướng dẫn, kê đơn điều trị, xử trí các tác động phụ.

Phát biểu tại buổi làm việc, Bộ trưởng Nguyễn Quốc Triệu đánh giá cao những kết quả mà TP. Hải Phòng đã đạt được trong hoạt động hạn chế tác hại của tệ nạn xã hội và công tác điều trị cai nghiện bằng Methadone. Người bệnh tham gia cai nghiện bằng Methadone đã ổn định sức khỏe, kiểm chế hành động nghiện quá phát. Nhiều người đã có việc làm, thu nhập ổn định. Cuộc sống tươi vui, rạng rỡ. Số vụ phạm pháp do người nghiện gây ra cũng giảm. Bộ trưởng Nguyễn Quốc Triệu cho rằng Bộ Y tế sẽ tiếp tục hỗ trợ Hải Phòng để công tác cai nghiện bằng Methadone tại thành phố Cảng có nhiều thành công hơn nữa.

Cũng trong ngày 15/9, Bộ trưởng Nguyễn Quốc Triệu và đoàn cán bộ Bộ Y tế đã đến kiểm tra công tác cai nghiện tại Cơ sở điều trị bằng Methadone quận Lê Chân và Cơ sở điều trị bằng Methadone huyện Thủy Nguyên. ■

Suy tim

(Tiếp theo trang 9)

Biện pháp cấy máy tạo nhịp tái đồng bộ cơ tim (CRT): đây là biện pháp hiện được chỉ định với những bệnh nhân suy tim nặng, có QRS giãn rộng trên 0,12s, đã điều trị bằng các thuốc tối ưu. Nguyên lý của phương pháp này là cấy một máy tạo nhịp 2 buồng tim và được lập trình để tái đồng bộ lại hoạt động của tim, điều chỉnh lại sự co bóp đồng bộ của tâm nhĩ và tâm thất giúp cải thiện cung lượng tim.

Thay (ghép) tim: là biện pháp hữu

hiệu cuối cùng cho những bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối, đã kháng lại với tất cả các biện pháp điều trị nội, ngoại khoa thông thường. Đó thường là những trường hợp có tổn thương cơ tim rất rộng và nặng nề.

Tuy nhiên, những biến chứng có thể gặp sau ghép tim bao gồm thải ghép sớm, nhiễm trùng do dùng thuốc giảm miễn dịch và sự phát triển của bệnh mạch vành sau mổ cũng là một nguyên nhân quan trọng gây tử vong sau năm đầu tiên được ghép tim.

Bình Thuận thực hiện Cuộc vận động

"HỌC TẬP VÀ LÀM THEO TẤM GƯƠNG ĐẠO ĐỨC HỒ CHÍ MINH":

CUỘC VẬN ĐỘNG TRỞ THÀNH BỘ PHẬN HỮU CƠ CỦA CÔNG TÁC XÂY DỰNG ĐẢNG

THS. HÀ VĂN TUÂN

PGD Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Bình Thuận

Bảng bộ cơ sở Sở Y tế Bình Thuận có hơn 200 đảng viên. Thực hiện cuộc vận động "Học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh", Đảng ủy Sở Y tế đã xây dựng kế hoạch, thành lập Ban chỉ đạo thực hiện cuộc vận động và tổ chức triển khai đầy đủ, đúng tiến độ các bước của cuộc vận động, từ đó đã thu được những kết quả đáng kể.

Xác định đây là đợt sinh hoạt chính trị có ý nghĩa đặc biệt quan trọng, Đảng ủy gắn việc thực hiện cuộc vận động với phát động phong trào thi đua, kêu gọi toàn thể cán bộ, đảng viên, công chức, viên chức trong toàn ngành tích cực tham gia. Ban chỉ đạo, Ban thường vụ Đảng ủy, Ban giám đốc Sở Y tế thường xuyên bám sát sự chỉ đạo của cấp trên, nắm vững quan điểm phải làm cho tư tưởng, đạo đức của Bác thấm sâu vào mỗi cán bộ, đảng viên, công chức, viên chức giúp họ tự đổi mới về nhận thức, tự giác làm theo. Mục tiêu của Ngành Y tế Bình Thuận là xây dựng đội ngũ cán bộ y tế có phẩm chất đạo đức, vững về chính trị, giỏi về chuyên môn nghiệp vụ đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ của ngành.

Đảng ủy đã tổ chức hai đợt học tập, có 100% đảng viên và 88,6% cán bộ, công chức, viên chức ngoài đảng tham gia học tập.



Truyền thông giáo dục sức khỏe cho đối tượng trẻ

Học viên được phát đầy đủ tài liệu phục vụ việc học tập và nghiêm túc học tập.

Ban chỉ đạo cuộc vận động của Ngành Y tế đã hướng dẫn các đơn vị liên hệ với thực tế về lời dạy của Bác Hồ để phấn đấu thực hiện "Lương y phải như từ mẫu"; xây dựng những tiêu chí cụ thể cho các cơ sở khám, chữa bệnh, phòng bệnh; đưa nội dung cuộc vận động vào các buổi sinh hoạt chi bộ để kiểm tra đôn đốc, nhắc nhở từng cá nhân thực hiện nghiêm túc kế hoạch tu dưỡng, rèn luyện đạo đức. Đảng ủy cũng đã chọn một số đơn vị để tập trung chỉ đạo điểm như: Bệnh viện Đa khoa tỉnh, Trường Trung học y tế... từ đó rút kinh nghiệm, phổ biến rộng rãi trong toàn ngành. Gắn các nội dung cuộc vận động với





các công việc của từng đơn vị, làm cho nội dung cuộc vận động trở thành bộ phận hữu cơ của công tác xây dựng Đảng, công tác lãnh đạo và chỉ đạo thực hiện các Chỉ thị, Nghị quyết của Đảng, xây dựng cơ quan, đơn vị trong sạch, vững mạnh.

Đảng uỷ còn chỉ đạo phải lấy ý kiến các đoàn thể, quần chúng góp ý cho đảng viên. Hầu hết các ý kiến đóng góp đều rất chân tình, thẳng thắn, mang tính xây dựng cao, rất bổ ích cho cán bộ đảng viên.

Thông qua cuộc vận động, Đảng uỷ Sở Y tế Bình Thuận cũng đã chỉ đạo các chi bộ, đảng bộ trực thuộc nâng cao chất lượng sinh hoạt chi bộ, công tác tự phê bình và phê bình, phấn đấu hoàn thành nhiệm vụ chính trị; xây dựng chi bộ trong sạch vững mạnh. Nâng cao chất lượng sinh hoạt chi bộ gắn với thực hiện cuộc vận động, nội dung sinh hoạt chi bộ phong phú, thiết thực, đảm bảo cho mọi đảng viên nâng cao nhận thức, nắm bắt kịp thời, tự giác chấp hành nghiêm túc các chủ trương, đường lối của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước; thực hiện tốt Nghị quyết của chi bộ và đảng bộ cấp trên. Thực hiện đúng nguyên tắc tập trung dân chủ, nâng cao ý thức tổ chức kỷ luật, đấu tranh chống các biểu hiện sai trái, tiêu cực, tăng cường sự đoàn kết, thống nhất và tình thương yêu đồng chí trong đảng. Qua sinh hoạt chi bộ, đảng viên nâng cao ý thức trách nhiệm, tích cực học tập, tự tu dưỡng, rèn luyện và giúp đỡ nhau cùng tiến bộ, thực hiện tốt nhiệm vụ được giao. Có biện pháp cụ thể xây dựng chi bộ trong sạch vững mạnh, nâng cao năng lực lãnh đạo, sức chiến đấu của tổ chức cơ sở đảng, của chi bộ và nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ, đảng viên. Một số chi bộ, đảng bộ trực thuộc đã tổ chức Hội thi kể chuyện về Bác Hồ.

Từ thực tiễn triển khai cuộc vận động “Học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh”, Đảng uỷ Sở Y tế Bình Thuận đã rút ra một số kinh nghiệm nhằm thực hiện tốt mục tiêu của cuộc vận động:

Một là, cần tiếp tục nâng cao và tạo sự thống nhất về nhận thức trong cán bộ, đảng viên, công chức, viên chức về tầm quan trọng

và ý nghĩa to lớn của cuộc vận động “Học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh” trong giai đoạn hiện nay.

Hai là, Ban chỉ đạo cuộc vận động các cấp cần tiếp tục quán triệt, xác định rõ đây là giải pháp cơ bản, lâu dài, đồng thời có ý nghĩa thiết thực, xây dựng nền tảng đạo đức rộng khắp. Tăng cường công tác lãnh đạo, kiểm tra đối với việc triển khai và thực hiện các bước của cuộc vận động, kịp thời uốn nắn những đơn vị làm chưa tốt, chưa hiệu quả; tăng cường quản lý, giám sát quá trình phấn đấu rèn luyện của từng cán bộ, đảng viên và tổ chức đảng của đơn vị mình; đưa việc nhận xét đánh giá đảng viên rèn luyện theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh vào chương trình sinh hoạt chi bộ định kỳ trở thành nề nếp.

Ba là, coi trọng và phát huy tính tích cực, ý thức tự giác của mỗi cán bộ, đảng viên, công chức, viên chức trong học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh, theo quan điểm: học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh là trách nhiệm của mỗi người, mỗi gia đình, ai cũng có thể học tập, noi theo vì lợi ích của Đảng, vì lợi ích của dân tộc.

Bốn là, khi tiến hành tổng kết đánh giá, phân loại, xếp loại tổ chức đảng và đảng viên ở các đơn vị, cần kiểm điểm sâu sắc việc tu dưỡng, rèn luyện theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh của tập thể đơn vị và mỗi cá nhân theo tiêu chuẩn đã đề ra; phê bình, nhắc nhở các cấp uỷ và người đứng đầu cấp uỷ, đơn vị thực hiện chưa nghiêm túc cuộc vận động này, đồng thời tuyên dương những cán bộ, đảng viên gương mẫu điển hình, khen thưởng hợp lý, kịp thời nhằm tạo không khí thi đua lành mạnh, sôi nổi.

Có thể nói, kết quả cuộc vận động đã tạo sự chuyển biến mạnh mẽ trong nhận thức, khơi dậy ý thức rèn luyện, tu dưỡng và làm theo tấm gương đạo đức của Hồ Chí Minh trong cán bộ, đảng viên, công chức, viên chức ngành y tế. Từ đó, nâng cao ý thức giữ gìn, rèn luyện, tu dưỡng đạo đức, tạo sự chuyển biến tích cực trong mối quan hệ với nhân dân, với tập thể và cộng đồng xã hội.

Mày 15/9/2009, Bộ Y tế đã tổ chức gặp mặt các cơ quan truyền thông, báo chí để tăng cường phổ biến về những điểm mới trong Luật Bảo hiểm Y tế (BHYT), đồng thời cụ thể hóa những nội dung hướng dẫn thực hiện Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27/7/2009 của Chính phủ và các thông tư hướng dẫn thực hiện Luật BHYT.

Kể từ ngày 1/10/2009, nhiều quy định mới trong Luật BHYT sẽ chính thức được áp dụng, tuy nhiên, Vụ trưởng Vụ BHYT (Bộ Y tế) Tống Thị Song Hương cho biết: chỉ những người có thẻ BHYT có hiệu lực thực hiện từ 1/10 mới áp dụng quy định mới trong 3 tháng cuối năm 2009. Những người đã tham gia BHYT từ đầu năm và thẻ có giá trị đến cuối năm 2009 vẫn thực hiện theo quy định hiện hành đến hết tháng 12/2009 và thực hiện việc cùng chi trả từ 1/1/2010.

Một trong những điểm có lợi cho người dân trong chính sách BHYT mới là mức thanh toán cho bệnh nhân có thẻ BHYT khi sử dụng kỹ thuật cao, chi phí lớn được tăng hơn so với trước (26 triệu đồng/bệnh nhân/đợt điều trị so với hiện hành tối đa chỉ là 20 triệu đồng/bệnh nhân). Quy định mới cũng sẽ thanh toán chi phí sàng lọc, phát hiện sớm một số chứng bệnh như ung thư vú, ung thư tiền liệt tuyến, tim bẩm sinh ở trẻ em, ung thư cổ tử cung, đái tháo đường... Hiện Bộ Y tế đang soạn các hướng dẫn để có thể thanh toán chi phí sàng lọc bệnh sớm từ cuối năm 2010.

Theo đó, chỉ còn nửa tháng nữa Luật BHYT với những quy định mới sẽ chính thức có hiệu lực, nhưng vẫn còn một số khó khăn, nhất là áp dụng phương thức cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh cho các nhóm đối tượng.

CHI TIẾT HOÁ NHIỀU NỘI DUNG HƯỚNG DẪN VỀ THỰC HIỆN LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

BÌNH AN



Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Xuyên phát biểu tại buổi gặp mặt báo chí giới thiệu một số chính sách về Bảo hiểm y tế
Ảnh: Hoài Phương

Trong trường hợp khám, chữa bệnh có sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn thì quỹ BHYT thanh toán theo các mức như trên nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao đó.

Bộ Y tế chỉ đạo các cơ sở khám, chữa bệnh chú trọng việc bố trí nhân lực tại các khoa, phòng cho hợp lý, ứng dụng công nghệ thông tin vào việc khám, chữa bệnh để giảm bớt thủ tục, thời gian chờ đợi của người dân khi khám, chữa bệnh bằng BHYT. Bộ Y tế cũng sẽ tổ chức 20 đoàn đi kiểm tra, giám sát, hướng dẫn thực hiện những quy định mới này tại các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và địa phương.

Phát biểu kết luận tại cuộc họp, Thứ trưởng Nguyễn Thị Xuyên chỉ đạo: "Bảo hiểm y tế là một lĩnh vực phức tạp, nhạy cảm, chỉ có thể thành công khi có sự tham gia của cả hệ thống chính trị, sự phối hợp của các cấp các ngành và sự đồng tình ủng hộ của toàn xã hội"■

TỪ NGÀY
01/10/2009 BẮT ĐẦU
THỰC HIỆN LUẬT
BẢO HIỂM Y TẾ VÀ
NGHỊ ĐỊNH SỐ
62/2009/NĐ-CP NGÀY
27/ 7 / 2009 CỦA
CHÍNH PHỦ.

A. PHẠM VI ĐƯỢC HƯỞNG

a) Khám chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ và sinh con; khám sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh; danh mục dịch vụ kỹ thuật, thuốc, hoá chất, vật tư, thiết bị y tế theo quy định của Bộ Y tế.

b) Vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên đối với một số nhóm đối tượng trong trường hợp cấp cứu hoặc đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật.

B. MỨC HƯỞNG KHI ĐI KHÁM CHỮA BỆNH

1. Khám, chữa bệnh đúng quy định, Quỹ BHYT thanh toán:

a) 100% chi phí đối với: Người có công với cách mạng, trẻ em dưới 6 tuổi, một số đối tượng thuộc lực lượng CAND; khi khám chữa bệnh tại tuyến xã; khi chi phí một lần khám chữa bệnh dưới 15% mức lương tối thiểu (hiện nay là 97.500 đồng).

b) 95% chi phí đối với: Người hưởng lương hưu, người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội và trợ cấp mất sức lao động hằng tháng; người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn. **(Người bệnh đồng chi trả 5% còn lại).**

c) 80% chi phí đối với các đối tượng khác. **(Người bệnh đồng chi trả 20% còn lại).**

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT KHI ĐI KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ (BHYT)

d) Trường hợp sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn thì Quỹ BHYT thanh toán theo 3 mức quy định nêu trên, nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó (trừ đối tượng: Trẻ em dưới 6 tuổi; người hoạt động cách mạng trước 01/01/1945 đến trước Tổng khởi nghĩa 19/8/1945; Bà mẹ Việt Nam anh hùng; thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh bị mất sức lao động từ 81% trở lên; thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh khi điều trị vết thương, bệnh tật tái phát). **(Người bệnh đồng chi trả chi phí ngoài phần Quỹ BHYT chi trả).**

2. Khám, chữa bệnh không đúng cơ sở khám chữa bệnh đăng ký ban đầu hoặc không theo tuyến chuyên môn kỹ thuật (trừ trường hợp cấp cứu), Quỹ BHYT thanh toán:

a) 70% chi phí đối với bệnh viện hạng III; 50% chi phí đối với bệnh viện hạng II; 30% chi phí đối với bệnh viện hạng I và hạng Đặc biệt.

b) Trường hợp sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn, Quỹ BHYT thanh toán theo mức quy định tại điểm a khoản 2 nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn.

3. Khám, chữa bệnh tại bệnh viện không ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT; không đủ thủ tục theo quy định, người có thẻ BHYT tự thanh toán chi phí với bệnh viện và được Quỹ BHYT thanh toán theo mức:

a) Một đợt điều trị ngoại trú: 55.000 đồng với Bệnh viện hạng III trở xuống; 120.000 đồng đối với Bệnh viện hạng II; 340.000 đồng đối với Bệnh viện hạng I và hạng đặc biệt.

b) Một đợt điều trị nội trú: 450.000 đồng đối với Bệnh viện hạng III trở xuống; 1.200.000 đồng đối với Bệnh viện hạng II; 3.600.000 đồng đối với Bệnh viện hạng I và hạng đặc biệt.

C. TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ KHI ĐI KHÁM CHỮA BỆNH

1. Sử dụng thẻ BHYT đúng mục đích, không cho người khác mượn thẻ BHYT.

2. Thực hiện đúng thủ tục: Xuất trình thẻ BHYT có ảnh, nếu thẻ BHYT không có ảnh phải kèm theo giấy tờ tùy thân có ảnh; Giấy chuyển viện đối với trường hợp chuyển viện; Giấy hẹn khám lại đối với trường hợp tái khám.

3. Chấp hành nghiêm chỉnh các nội quy, quy định của bệnh viện.

4. Thanh toán chi phí khám, chữa bệnh ngoài phần chi phí do Quỹ BHYT chi trả.

Hãy liên hệ với bộ phận thường trực bảo hiểm y tế tại Bệnh viện để biết thêm chi tiết.

Suy tim

GS.TS. NGUYỄN LÂN VIỆT, TS. PHẠM MẠNH HÙNG
Viện Tim mạch Quốc gia

SUY TIM LÀ MỘT HỘI CHỨNG BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP TRONG NHIỀU BỆNH, BAO GỒM CÁC BỆNH VỀ VAN TIM, CƠ TIM, MẠCH VÀNH, TIM BẮM SINH VÀ MỘT SỐ BỆNH LÝ KHÁC CÓ ẢNH HƯỞNG NHIỀU ĐẾN TIM. TRÊN LÂM SÀNG, SUY TIM ĐƯỢC CHIA LÀM BA LOẠI: SUY TIM TRÁI, SUY TIM PHẢI VÀ SUY TIM TOÀN BỘ.

I. Nguyên nhân, triệu chứng và chẩn đoán suy tim

1. Suy tim trái

Nguyên nhân do tăng huyết áp động mạch (hay gặp nhất) và một số bệnh về van tim như hở/hẹp van động mạch chủ đơn thuần, hở van hai lá hoặc các tổn thương cơ tim; nhồi máu cơ tim; rối loạn nhịp tim; tim bẩm sinh.

Triệu chứng chủ yếu là khó thở. Lúc đầu chỉ khó thở khi gắng sức, về sau khó thở xảy ra thường xuyên hơn, thậm chí nằm cũng khó thở nên thường phải ngồi dậy để thở. Diễn biến và mức độ khó thở cũng rất khác nhau: có khi khó thở một cách dần dần, nhưng nhiều khi lại đột ngột, dữ dội như trong cơn hen tim hay phù phổi cấp. Ngoài ra, còn có triệu chứng ho, thường xuất hiện vào ban đêm hoặc khi bệnh nhân gắng sức. Ho khan nhưng cũng có khi ho ra đờm lẫn ít máu.

Chẩn đoán dựa vào Xquang, điện tâm đồ, siêu âm tim để biết được sự co bóp của các vách tim cũng như đánh giá được chính xác chức năng tâm thu của thất trái hoặc tìm nguyên nhân; thăm dò huyết động cho phép, đo chỉ số tim (bình thường từ 2-3,5l/phút/m²) và đo áp lực cuối tâm trương của thất trái để đánh giá mức độ suy tim và độ nặng nhẹ của một số bệnh van tim.

2. Suy tim phải

Nguyên nhân có hai loại, do các bệnh về phổi như bệnh phổi mạn tính và dị dạng lồng ngực như hen phế quản, viêm phế quản mạn, giãn phế nang, giãn phế quản, xơ phổi, bệnh bụi phổi, tâm phế mạn, nhồi máu phổi (tâm





phế cấp), tăng áp lực động mạch phổi tiên phát, gù vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực...; hoặc các bệnh về tim mạch như hẹp van hai lá (hay gặp nhất) và một số bệnh tim bẩm sinh khác như hẹp động mạch phổi, tam chứng Fallot nếu đến ở giai đoạn muộn sẽ có biến chứng của tăng áp động mạch phổi và gây suy tim phải; viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn gây tổn thương nặng ở van ba lá.

Triệu chứng gồm khó thở ít hoặc nhiều, khó thở thường xuyên, ngày một nặng dần và không có các cơn kịch phát như trong suy tim trái; có cảm giác đau tức vùng hạ sườn phải do gan to và đau; tím da và niêm mạc do máu bị ứ trệ ở ngoại biên, nếu nhẹ thì chỉ thấy tím ít ở môi và đầu chi, nếu nặng có thể thấy tím rõ ở toàn thân; phù.

Chẩn đoán dựa vào Xquang, điện tâm đồ, siêu âm tim và thăm dò huyết động...

3. Suy tim toàn bộ

Nguyên nhân thường là bệnh cảnh của suy tim phải ở mức độ nặng hoặc có thể do suy tim trái tiến triển thành suy tim toàn bộ hoặc các bệnh cơ tim giãn, viêm tim toàn bộ do thấp tim, viêm cơ tim. Đặc biệt, khi có "lưu lượng máu tăng" như cường giáp trạng, thiếu vitamin B1, thiếu máu nặng, rò động - tĩnh mạch...

Triệu chứng gồm khó thở thường xuyên, phù toàn thân, tĩnh mạch cổ nổi to, áp lực tĩnh mạch tăng rất cao, gan to nhiều, có thêm tràn dịch màng phổi, màng tim hay cổ chướng, huyết áp tối đa hạ, huyết áp tối thiểu tăng làm cho tình trạng huyết áp bị kẹt.

Chẩn đoán dựa vào Xquang khi thấy hình ảnh tim to toàn bộ và điện tâm đồ có biểu hiện dày hai thất.

II. Điều trị suy tim

1. Điều trị chung

Sử dụng các biện pháp không dùng thuốc như chế độ nghỉ ngơi (trong trường hợp suy tim nặng thì phải nghỉ tại giường theo tư thế nửa nằm nửa ngồi); chế độ ăn giảm muối; hạn chế lượng nước và dịch dùng cho bệnh nhân; thở ôxy... Đồng thời, sử dụng các thuốc như glucosid trợ tim; thuốc lợi tiểu (làm tăng đào thải nước tiểu, qua đó làm giảm khối lượng nước trong cơ thể, giảm khối lượng

máu lưu hành, làm bớt lượng máu trở về tim và làm giảm thể tích cũng như áp lực cuối tâm trương của tâm thất, làm giảm tiền gánh, tạo điều kiện cho cơ tim đã bị suy yếu hoạt động được tốt hơn); thuốc giãn mạch trong điều trị suy tim; thuốc chẹn beta giao cảm (làm ngăn chặn tác dụng kích thích thái quá của hệ thần kinh giao cảm trong suy tim ứ huyết mạn tính); thuốc chống đông...

2. Điều trị nguyên nhân: ngoài các biện pháp điều trị chung như trên, cần phải áp dụng một số biện pháp điều trị đặc biệt tùy theo từng nguyên nhân: suy tim do cường giáp phải điều trị bằng kháng giáp trạng tổng hợp hoặc phương pháp phóng xạ hay phẫu thuật; suy tim do thiếu vitamin B1 cần dùng vitamin B1 liều cao; suy tim do rối loạn nhịp tim kéo dài phải có biện pháp điều trị các rối loạn nhịp tim một cách hợp lý (dùng thuốc, sốc điện hay đặt máy tạo nhịp); suy tim do nhồi máu cơ tim có thể can thiệp trực tiếp vào chỗ tắc của động mạch vành bằng thuốc tiêu sợi huyết, nong và đặt stent động mạch vành hoặc mổ bắc cầu nối chủ vành...; suy tim do một số bệnh van tim hoặc dị tật bẩm sinh có thể phải xem xét sớm chỉ định can thiệp qua da (nong van bằng bóng) hoặc phẫu thuật...

3. Một số biện pháp điều trị đặc biệt khác

Biện pháp hỗ trợ tuần hoàn đặc biệt: có thể được áp dụng ở những bệnh nhân suy tim mà những biện pháp điều trị khác thất bại hoặc ít hiệu quả.

Đặt bóng trong động mạch chủ: bằng phương pháp thông tim, người ta đưa một ống thông có gắn một quả bóng đặc biệt, từ động mạch đùi, ống thông được đẩy lên tới động mạch chủ. Bóng sẽ được đặt ở vị trí trong lòng động mạch chủ dưới chỗ phân nhánh ra động mạch dưới đòn trái. Bóng sẽ được bơm căng ra một cách đồng bộ vào thời kỳ tâm trương của chu chuyển tim nhằm làm tăng lượng máu đến tưới cho động mạch vành, giảm nhu cầu ôxy của cơ tim và làm giảm đáng kể tiền gánh và hậu gánh, cải thiện một cách rõ rệt cung lượng tim cho bệnh nhân.

Thiết bị hỗ trợ thất: là thiết bị phải mổ để cấy ghép giúp các bệnh nhân suy tim quá nặng để kéo dài thêm thời gian chờ thay tim.

(Xem tiếp trang 4)

PHÒNG CHỐNG TỰ SÁT

BS. CKII. NGUYỄN MINH TUẤN

Phó Viện trưởng Viện sức khỏe Tâm thần Quốc gia

Tự sát là tình trạng nguy hiểm có thể cướp đi sinh mạng con người cần phải được đánh giá chặt chẽ, phát hiện sớm và can thiệp y tế khẩn cấp.

Tự sát bao gồm 3 mức độ khác nhau: ý tưởng tự sát (luôn nghĩ tới); ý định tự sát (tìm cách hoặc lên kế hoạch) và tự sát (thành công hoặc chưa thành công). Trong phòng chống tự sát, việc phát hiện sớm ý tưởng tự sát là vô cùng quan trọng để có những biện pháp can thiệp kịp thời.

Ở Mỹ, hằng năm có 31.000 trường hợp tử vong do tự sát (khoảng 80 trường hợp tử vong mỗi ngày). Ước tính, 33% dân số Mỹ đã có ý định tự sát ở vào bất cứ thời điểm nào đó trong cuộc đời. Tự sát đứng hàng thứ 7 trong số các nguyên nhân tử vong nói chung và đứng hàng thứ 3 trong số các nguyên nhân tử vong ở lứa tuổi 15-24. Trong khi, tỷ lệ có ý định tự sát ở nữ cao hơn nam, thì tỷ lệ tự sát thành công ở nam lại cao hơn nữ gấp 4 lần và phương tiện tự sát ở nam thường dùng súng, còn ở nữ dùng thuốc. Nguyên nhân chủ yếu (trên 90%) có liên quan tới các rối loạn tâm thần như trầm cảm, lo âu, tâm thần phân liệt và rối loạn nhân cách hoặc có sự kết hợp giữa các rối loạn cơ thể khác với nghiện ma túy.

Ở Việt nam, tuy chưa có số liệu đánh giá cụ thể về tự sát nhưng phương thức tự sát thấy ở nam là dùng dao, thắt cổ, nhảy lầu, ma túy và ở nữ là dùng thuốc (thuốc trừ sâu,

thuốc diệt chuột, thuốc ngủ...), nhảy lầu, nhảy sông... Nguy cơ tự sát cũng thường liên quan tới các rối loạn tâm thần như trầm cảm, lo âu, tâm thần phân liệt và rối loạn nhân cách hoặc có sự kết hợp giữa các rối loạn cơ thể với nghiện ma túy; tuổi từ 15 đến 30; sống độc thân, góa bụa, ly hôn (nam cao hơn nữ); nông thôn, miền núi (nơi có điều kiện kinh tế xã hội và chăm sóc y tế thấp kém); người có hoàn cảnh khó khăn, cuộc sống bấp bênh không ổn định (thất nghiệp, di cư...), stress nặng (kinh doanh phá sản, thua lỗ chứng khoán nặng, người thân mất đột ngột...).

Những dấu hiệu để nhận biết nguy cơ tự sát thường là thay đổi lối sống, xa lánh hoặc nghi ngờ mọi người (kể cả người thân); tinh thần luôn căng thẳng lo lắng, dễ cáu gắt hoặc buồn rầu thờ ơ, mất ngủ, ăn kém hoặc không ăn, giảm cân; tự ti, tự buộc tội; có thể luôn khóc lóc cầu cứu mọi người mong được tha tội; không quan tâm tới mình hoặc với người thân; ăn mặc cầu thả, lười vệ sinh cá nhân, lười thay quần áo; lạm dụng rượu, ma túy hoặc thuốc an thần gây ngủ...

Để phòng chống tự sát cần phát hiện sớm người có ý tưởng tự sát và đưa đi khám kịp thời tại các chuyên khoa tâm thần, bệnh viện tâm thần khi có các biểu hiện nêu trên. Tránh thái độ chủ quan, coi thường cho rằng ai cũng có lúc như vậy hoặc hy vọng rồi mọi chuyện sẽ qua■

Giữ ấm

Luôn nhớ mang theo áo mưa, áo khoác và khăn choàng nhẹ, mỏng trong túi xách trước khi đi làm, đi học vào buổi sáng để khi trở về nếu gặp trời mưa, lạnh thì có thể dùng ngay.

Không khi oi nồm, ngột ngạt ban ngày nhưng về đêm nhiệt độ lại có thể hạ đột ngột, do đó rất dễ bị cảm lạnh. Vì vậy, khi ngủ cần chú ý giảm độ lạnh của các thiết bị (quạt máy, điều hòa) và có sẵn một chiếc chăn mỏng. Đối với trẻ em, cần theo dõi chu đáo giấc ngủ của trẻ. Nếu thấy trẻ toát nhiều mồ hôi thì phải lau khô ngay bằng khăn bông, để mồ hôi ra nhiều ngấm lại vào người trẻ sẽ bị cảm lạnh. Một số em bé (và cả người lớn) có thói quen để quạt thổi thẳng vào người, điều này không nên vì rất có hại cho tim mạch.

Hạn chế ăn đồ lạnh, uống nước đá lạnh.

Giữ vệ sinh

Thường xuyên lau chùi, dọn dẹp nhà cửa, phòng ngủ, bàn làm việc, nhà bếp để vi khuẩn, vi rút và các loại ký sinh trùng không còn nơi trú ngụ.

Không nên lạm dụng điều hòa mà nên mở cửa thông gió cho phòng thoáng khí và bật quạt để vi sinh vật không có cơ hội tích tụ trong phòng. Chỉ bật điều hòa khi đã làm sạch và thoáng phòng, đặt thêm một chậu nước hoặc thiết bị giữ ẩm trong phòng để không khí không bị khô, tránh các bệnh

PHÒNG BỆNH LÚC GIAO MÙA

BS. ĐÀO TUYẾT

Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

NÓNG LẠNH ĐỘT NGỘT, MƯA NẮNG THẤT THƯỜNG, ĐỘ ẨM CAO LÀ NHỮNG ĐẶC TRƯNG CỦA THỜI TIẾT LÚC GIAO MÙA. ĐÂY LÀ THỜI ĐIỂM THUẬN LỢI ĐỂ CÁC LOẠI VI SINH VẬT PHÁT TRIỂN VÀ GÂY BỆNH. VÌ THẾ CẦN HẾT SỨC CẨN THẬN ĐỂ PHÒNG TRÁNH NHỮNG CĂN BỆNH CÓ THỂ GẶP LÚC GIAO MÙA NHƯ CẢM LẠNH, VIÊM HỌNG, VIÊM PHỔI, TIÊU CHẢY, TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO...

đường hô hấp.

Tắm rửa sạch sẽ, thay quần áo hàng ngày bằng nước ấm, sạch ngay cả khi trời lạnh. Thường xuyên giặt khẩu trang, găng tay, miếng lót mũ bảo hiểm.

Thực hiện ăn chín, uống sôi, chế biến thức ăn bằng các loại thực phẩm tươi sống, an toàn.

Rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn mỗi khi tiếp xúc với bụi bẩn, trước khi ăn, sau khi đi vệ sinh.

Sử dụng khẩu trang khi ra đường, nơi tiếp xúc đông người.

Chế độ chăm sóc và dinh dưỡng

Ăn đủ bữa, đủ chất, chế độ ăn nhiều năng lượng và rau quả tươi, thực phẩm

chứa nhiều vitamin đặc biệt là vitamin C để tăng sức đề kháng cho cơ thể.

Ngủ đúng giờ, không thức khuya quá 12 giờ đêm hoặc dậy sớm trước 5 giờ sáng, không nên dậy muộn. Với người có thói quen ra ngoài tập thể dục vào sáng sớm cần phải khởi động cho ấm người rồi mới ra ngoài. Trước đó có thể ngâm một lát gừng mỏng hoặc uống một tách trà gừng nóng cho ấm cơ thể.

Đối với người cao tuổi, cần theo dõi những biểu hiện của bệnh tai biến mạch máu não như tê liệt tay chân, đau ngực, nói ngọng, huyết áp không ổn định... để đưa đến bệnh viện kịp thời.

Người già, trẻ nhỏ, người mắc các bệnh mạn tính cần được theo dõi sức khỏe chặt chẽ và khám định kỳ.

Do tác động bởi nhiều yếu tố như: môi trường, vệ sinh trường học, điều kiện học tập và hiện trạng cơ sở vật chất... bệnh cận thị đang rất phổ biến và chiếm tỷ lệ cao trong học sinh, sinh viên.

Tỷ lệ cận thị đang tăng

Những năm gần đây, tỷ lệ cận thị học đường ở nước ta đang ngày tăng cao, chiếm khoảng 25 - 30%. Tỷ lệ này càng được phân biệt rõ: các trường ở thành phố cao hơn ở nông thôn, các lớp chuyên, lớp chọn, trường chuyên cao hơn trường thường, lớp thường. Hà Nội và TP Hồ Chí Minh có tỷ lệ cận thị cao nhất nước. Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh cho biết: năm học 2007-2008, tỷ lệ cận thị chiếm hơn 38%. Còn theo Hội Nhãn khoa Việt Nam, Hà Nội đang có khoảng trên 20% trẻ bị cận thị.

Trong một nghiên cứu của Đại học Y Thái Nguyên, ở độ tuổi 6-7 có 8,5% học sinh thành phố và 5,2% học sinh ở nông thôn bị cận thị. Công bố của Trung tâm Mắt Hà Tĩnh, trong số hơn 51.000 học sinh được khám mắt, có gần 2.000 học sinh bị cận thị dưới 1 diop và hơn 1.000 học sinh bị cận từ 3- 6 diop. Trong đó, cận thị chủ yếu tập trung ở trường chuyên (hơn 16%).

Có nhiều nguyên nhân được đưa ra như: việc học tập quá căng thẳng (học ở trường, học tăng tiết, học thêm ở trường và ở nhà...), sai lệch tư thế trong học tập (bàn ghế không phù hợp, tư thế ngồi không đúng, khoảng cách từ mắt đến sách vở quá gần), xem tivi, đọc sách truyện, ngồi máy tính quá nhiều.... Nhưng có lẽ nguyên nhân chính là do hiện có đến 3/4 cơ sở trường học không đạt yêu cầu quy chuẩn về chiếu sáng. Cụ thể, về chiếu sáng có tới 70% số phòng học có tỷ lệ diện tích cửa sổ/ diện tích lớp không đạt yêu cầu. Tỷ lệ lớp chưa đạt tiêu chuẩn về chiếu sáng là 32,1%. Vẫn còn tồn tại không ít

phòng học ánh sáng chỉ đạt 20 lux (đơn vị đo độ sáng), nghĩa là bằng 1/5 so với tiêu chuẩn quy định. Ngược lại, nhiều lớp học lại mắc quá nhiều đèn nhưng không đúng quy cách, độ chói quá lớn, dẫn đến việc tổn kém điện năng nhưng độ rọi lại không đồng đều. Nếu thường xuyên phải học tập trong môi trường ánh sáng như trên, học sinh sẽ phải liên tục điều tiết thị giác dẫn tới việc căng, mỏi mắt, lâu dần trở thành cận thị. Theo điều tra ở 12 trường phổ thông ngoại thành Hà Nội của Hội đồng y khoa Hà Nội cho thấy muốn lớp học

đạt chuẩn ánh sáng theo Bộ Y tế quy định (từ 100 lux trở lên) thì phải mở hết cửa sổ và cửa ra vào, còn khi đóng toàn bộ cửa và bật đèn, ánh sáng chỉ đạt 54 lux. Nhiều trường ở nông thôn có tình trạng tiết kiệm điện nên

TRÀ GIANG

không bật đèn, chỉ khi có đoàn kiểm tra đến mới bật đèn trong lớp học

Những giải pháp đồng bộ

Chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, phòng chống các bệnh học đường là vấn đề đã được đặt ra từ lâu, nhưng thực tế hiện nay công tác này vẫn chưa đạt hiệu quả mong muốn. Vì vậy, cần có những giải pháp đồng bộ của các ngành, các cấp.

Quy cách, tiêu chuẩn vệ sinh phòng học là yếu tố tác động rất lớn đến nguy cơ bệnh học đường và nguy cơ đối với sức khỏe học sinh. Theo quy định về vệ sinh trường học do Bộ Y tế ban hành kèm theo Quyết định số 1221/2000/QĐ-BYT ngày 18/4/2000: Diện tích phòng học trung bình từ 1,10m đến 1,25m cho một học sinh. Chiều dài không quá 8,5m, chiều rộng không quá 6,5m, chiều cao 3,6m. Phòng học có hệ thống gió nhân tạo như quạt gió, quạt trần treo cao trên mức nguồn sáng, bảo đảm tỷ lệ khí CO₂ trong phòng không quá 0,1%.

Để hỗ trợ phòng học thiếu ánh sáng

CẬN THỊ HỌC ĐƯỜNG VÀ GIẢI PHÁP





tự nhiên, cần chiếu sáng nhân tạo: bóng đèn tóc cần 4 bóng, mỗi bóng có công suất từ 150W đến 200W treo đều 4 góc. Nếu đèn nê-ông treo 6 đến 8 bóng, các bóng đèn treo cách mặt bàn học 2,8m. Mỗi chỗ ngồi trên bàn học rộng không dưới 0,5m. Ghế học phải rời với bàn và có thành tựa. Bàn học đặt cách bảng từ 1,7 đến 2m. Bàn cuối cùng cách bảng không quá 8m...

Trong việc nghiệm thu các công trình trường, lớp học, bên cạnh những quy cách và tiêu chuẩn về vệ sinh môi trường, không gian trường, lớp, cần đặc biệt giám sát chặt chẽ hệ thống chiếu sáng phòng học. Cần quan tâm đầu tư hơn nữa để phát triển y tế trường học, chăm lo sức khỏe học sinh.

Mô hình y tế trường học phải được tổ chức một cách hợp lý, vừa giúp học sinh, giáo viên tăng cường các kiến thức về sức khỏe, đồng thời chăm sóc tốt học sinh khi có biến cố về sức khỏe lúc ở trường. Cán bộ y tế của các trường nên là cán bộ chuyên trách và được đào tạo chuyên ngành, nếu là cán bộ kiêm nhiệm thì cần được đào tạo cơ bản về y tế. Ngoài ra, các trường cần coi trọng việc đẩy mạnh tham gia bảo hiểm y tế học sinh.

Bên cạnh những giải pháp của các ngành, các cấp, cần có sự phối hợp từ phía gia đình và học sinh trong công tác phòng, chống bệnh học đường. Các bậc cha mẹ cũng như người chăm nuôi trẻ phải nắm được những kiến thức cơ bản về bệnh học đường và cách phòng, chống. Cần chú ý quan tâm hơn nữa đến việc bảo vệ mắt, giữ gìn tư thế đúng của cột sống cho con cái, học trò của mình. Tạo cho trẻ có ý thức giữ gìn vệ sinh, bảo vệ sức khỏe và có được thói quen tốt ngay từ đầu đời là biện pháp quan trọng để phòng tránh được nhiều nguy cơ bệnh và tật học đường.

Một số chỉ dẫn cần được tuân thủ trong sinh hoạt và học tập

1. Giữ đúng tư thế ngồi khi học

Ngồi thẳng lưng, hai chân khếp, hai bàn chân để ngay ngắn sát nền nhà, đầu cúi 10-15 độ. Khoảng cách từ mắt đến sách vở trên bàn học là 25cm đối với học sinh tiểu học, 30cm

với học sinh trung học cơ sở, 35cm với học sinh trung học phổ thông và người lớn. Thầy cô giáo và cha mẹ học sinh phải thường xuyên nhắc nhở, không để các em cúi gằm mặt, nghiêng đầu, áp má lên bàn học khi đọc hoặc viết.

2. Lớp học, góc học tập phải đủ những điều kiện cần thiết

- Kích thước phòng học; cách sắp xếp bàn ghế, bảng viết phải phù hợp với lứa tuổi để học sinh có thể ngồi đúng tư thế và giữ đúng khoảng cách từ mắt đến sách vở.

- Đảm bảo đủ ánh sáng: nơi tối nhất không dưới 30lux, nơi sáng nhất không quá 700lux.

- Chữ viết trên bảng và trong sách vở phải rõ nét, chiều cao ít nhất của chữ viết là 1/200 khoảng cách từ mắt tới chữ. Ví dụ, khoảng cách từ bảng tới học sinh là 8 m thì chiều cao tối thiểu của cỡ chữ viết trên bảng phải là 4cm. Chữ trong vở phải có chiều cao ít nhất 1,75mm cho khoảng cách từ mắt đến vở là 35cm.

- Khi đọc sách buổi tối, cần đèn đủ sáng và có chụp phản chiếu. Không dùng đèn ống neon, nên dùng bóng điện dây tóc.

- Không viết mực đỏ, mực xanh lá cây. Không đọc sách có chữ quá nhỏ in trên giấy vàng hoặc giấy đen, vì tỷ lệ tương phản giữa chữ và nền quá nhỏ, khiến mỏi mắt.

- Duy trì mỗi tiết học 45 phút, sau đó nghỉ giải lao, đưa mắt nhìn xa, hết căng mỗi mới bước vào giờ học tiếp theo.

3. Bỏ những thói quen có hại cho mắt

- Không nằm, quỳ để đọc sách hoặc viết bài.

- Không đọc sách báo, tài liệu khi đang đi trên ô tô, tàu hỏa, máy bay.

- Khi xem ti vi, video phải ngồi cách xa màn hình tối thiểu 2,5m, nơi ánh sáng phòng phù hợp. Thời gian xem cần ngắt quãng, không quá 45-60 phút mỗi lần xem.

- Không tự ý dùng kính đeo mắt không đúng tiêu chuẩn. Khi đeo kính cần tuân thủ hướng dẫn của nhà chuyên môn■

(nguồn: Bộ Y tế, A family, Báo Sức khỏe & Đời sống)

PHÒNG BỆNH LAO Ở TRẺ EM

THUY LINH

MỘT SỐ THỂ LAO CÓ THỂ LÀM TRẺ BỆNH TRỞ THÀNH NGƯỜI TÀN TẬT, CHẬM PHÁT TRIỂN TRÍ TUỆ, THẬM CHÍ TỬ VONG. TIÊM VẮC-XIN BCG, PHÁT HIỆN VÀ CÁCH LY TRẺ KHỎI NGUỒN LÂY LÀ BIỆN PHÁP HỮU HIỆU PHÒNG NGỪA LAO Ở TRẺ.

Phát hiện muộn, biến chứng nặng

Cách đây khoảng nửa tháng, bé V.L.T.C (1 tuổi, ở Nam Định) có biểu hiện sốt, quấy khóc, nôn. Đi khám tại bệnh viện tỉnh, bé được chẩn đoán viêm màng não mủ. Sau khi điều trị 6 ngày tại bệnh viện tỉnh, tình trạng của bé ngày càng nặng. Bé được chuyển lên Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Trung ương trong tình trạng hôn mê sâu, phải ăn qua đường dạ dày. Các bác sĩ cho biết, bé bị lao màng não, một trong những thể lao rất nặng, tiên lượng rất xấu. Qua tìm hiểu tiểu sử gia đình, các bác sĩ khẳng định: bé C. đã bị lây bệnh từ chính bố đẻ, người đã từng điều trị lao phổi, mặc dù bé đã được tiêm vắc-xin BCG phòng lao.

Trường hợp khác là bé L.V.T (3,5 tháng tuổi, ở Yên Bái). Khi được 18 ngày tuổi, bé bị sốt, khó thở. Bé được chẩn đoán viêm phổi và đã điều trị nhiều đợt bằng kháng sinh tại bệnh viện huyện và bệnh viện tỉnh nhưng không đỡ. Bé T. được chuyển lên Bệnh viện Nhi Trung ương, các bác sĩ tiến hành làm xét nghiệm và chẩn đoán, bé bị lao kê. Bé được chuyển sang Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Trung ương trong tình trạng suy hô hấp, phải thở ôxy. Bé T. chưa được tiêm vắc-xin phòng lao và bố của bé bị lao cách đây hai năm nhưng đã bỏ điều trị sau 4 tháng.

Thạc sĩ Hoàng Thanh Vân, Trưởng khoa Nhi, Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Trung ương cho biết, theo số liệu báo cáo từ năm 2002 đến 2007, tỷ lệ lao trẻ em trên toàn quốc ở tất cả các thể chiếm 1,5% đến 1,7% trong số bệnh nhân lao được phát hiện. Tại Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Trung ương, trung bình một tháng bệnh viện tiếp nhận 20 bệnh nhi vào



Thạc sĩ Hoàng Thanh Vân đang khám bệnh cho một trẻ bị lao kê, điều trị tại Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Trung ương.

điều trị, chủ yếu là trẻ dưới 6 tuổi. Thể lao gặp nhiều nhất ở trẻ em là lao phổi, chiếm 30- 40% trong tổng số bệnh nhi mắc lao nhập viện. Hầu hết các ca bệnh đã qua ít nhất một tuyến điều trị và thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phát hiện bệnh lao quá dài. Việc phát hiện muộn khiến bệnh tiến triển nặng, với nhiều biến chứng nguy hiểm.

Tùy từng thể lao trẻ mắc phải mà mức độ biến chứng khác nhau. Chẳng hạn, trẻ mắc các thể lao nặng như lao kê, lao màng não có thể chậm phát triển trí tuệ, thậm chí tử vong. Đối với lao cột sống, lao xương khớp, dù trẻ được điều trị khỏi bệnh vẫn để lại di chứng suốt đời như gù cột sống, xẹp toàn bộ đốt sống, liệt...

Phát hiện sớm để điều trị sớm

Theo Thạc sĩ Hoàng Thanh Vân, việc chẩn đoán bệnh lao ở trẻ rất khó vì các dấu hiệu ban đầu của bệnh lao giống với các bệnh lý đường hô hấp như sốt nhẹ về chiều, ho, mệt mỏi, kém ăn, kém chơi... Đến khi trẻ có triệu chứng thở khò khè, ho ra máu hoặc xuất hiện nổi hạch ở vị trí nào đó, gù cột sống... thì bệnh



Những con số đáng lưu tâm

Theo kết quả giám sát trọng điểm, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai trong cả nước đang có xu hướng gia tăng. Nếu như năm 1994 tỷ lệ này là 0,02%, thì đến năm 2008 đã tăng lên 0,25% (ở một số tỉnh có tỷ lệ rất cao như Điện Biên 2,73%; Thái Nguyên 2,38%). Mỗi năm, ước tính, cả nước có khoảng 2 triệu phụ nữ mang thai, nếu tính tỷ lệ nhiễm HIV trong số đó là 0,25% thì sẽ có khoảng gần 5.000 phụ nữ mang thai nhiễm HIV. Trong khi đó, tỷ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con trung bình khoảng 30 - 40%, như vậy, ước tính mỗi năm ở Việt Nam sẽ có khoảng 2.000 trẻ em sinh ra nhiễm HIV. Trên thực tế, tỷ lệ trẻ em từ 0 đến 13 tuổi trong tổng số người nhiễm HIV được báo cáo tăng dần qua các năm: 0,2% (năm 1993) lên 1,8% (năm 2008). Riêng 3 tháng đầu năm 2009, trẻ em dưới 13 tuổi nhiễm HIV chiếm 2,7% trong tổng số người nhiễm HIV được báo cáo.

Tuy nhiên, nếu biết dự phòng, chăm sóc và theo dõi đúng cách, số trẻ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con sẽ giảm đi đáng kể, có thể giảm từ 30 - 40% còn 5 - 10%, thậm chí chỉ còn 1%. Điều đó có nghĩa 2.000 trẻ em sinh ra đã nhiễm HIV từ mẹ mỗi năm có thể giảm xuống chỉ còn khoảng 250 trẻ em sinh ra nhiễm HIV từ mẹ. Có nghĩa, hàng ngàn trẻ em có thể được

Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

NGỌC LÂM



Logo của Chiến dịch Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

cứu khỏi nhiễm HIV từ mẹ mỗi năm. Điều này vô cùng có ý nghĩa đối với đứa trẻ, người mẹ và xã hội.



đã nặng. Đáng nói là, nhiều cha mẹ trẻ chưa có kiến thức về nguy cơ và các triệu chứng của bệnh lao nên thường đưa trẻ đến các phòng khám lao muộn.

Để chẩn đoán xác định, trẻ phải được chụp Xquang phổi, thử phản ứng lao, xét nghiệm đờm hoặc dịch dạ dày, đặc biệt không bỏ sót các yếu tố dịch tễ. Điều trị lao cho trẻ em theo phác đồ riêng, sử dụng ít nhất 3 đến 4 loại thuốc, chia làm hai giai đoạn tấn công và duy trì. Thạc sĩ Văn cho biết, bệnh lao trẻ em có thể chữa khỏi nhưng cha mẹ phải tuân thủ điều trị cho trẻ theo đúng hướng dẫn của thầy thuốc, điều trị đủ thời gian (6 đến 8 tháng), đúng liều

lượng thuốc, đặc biệt phải tái khám đúng hẹn.

Tiêm phòng và cách ly trẻ khỏi người lây để phòng bệnh hữu hiệu.

Các bác sĩ khuyến cáo, để phòng bệnh, sau khi sinh trẻ cần được tiêm phòng vắc-xin BCG càng sớm càng tốt; phát hiện và điều trị sớm những người trong gia đình bị bệnh lao, cách ly trẻ khỏi nguồn lây; có chế độ dinh dưỡng thích hợp với từng lứa tuổi...

"Tiêm vắc-xin phòng lao, tỷ lệ bảo vệ chỉ đạt 50 đến 70%. Vì vậy, ngay cả khi đã được tiêm phòng, điều quan trọng là phải phát hiện và cách ly trẻ khỏi nguồn lây", Thạc sĩ Văn nhấn mạnh.

Những rào cản

Nhiều phụ nữ mang thai còn thiếu kiến thức nên không biết hoặc không tìm được các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, đặc biệt là ở vùng sâu, vùng xa, miền núi. Nhiều trường hợp chỉ được phát hiện nhiễm HIV trong giai đoạn muộn (đa số là tận lúc chuyển dạ) làm cho các can thiệp bị chậm nên không có hiệu quả hoặc hiệu quả hạn chế. Đây là một điều đáng tiếc, bởi những can thiệp dự phòng sớm (từ tuần thứ 28 của thai kỳ) sẽ đạt hiệu quả cao hơn.

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS là rào cản khiến phụ nữ có nguy cơ cao, phụ nữ mang thai không tìm đến các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện; phụ nữ nhiễm HIV không tìm đến các dịch vụ y tế để được trợ giúp kịp thời.

Bên cạnh đó, các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chưa được cung cấp một cách rộng rãi do thiếu nguồn lực, bao gồm cả nhân lực, vật lực và tài lực... Chương trình mới tập trung ở các tỉnh có dự án hỗ trợ, phần đông các tỉnh còn đang lúng túng trong việc triển khai, điều phối các can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Một thực tế đáng lưu tâm là nhận thức về hiệu quả của dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con còn hạn chế ngay cả ở cán bộ y tế nên hiệu quả của các can thiệp còn yếu.

Những rào cản này chưa thể xóa bỏ ngay, nhưng với các chiến dịch dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, từng bước sẽ cung cấp thông tin cần thiết cho các phụ nữ đang nhiễm HIV ở mọi vùng miền, giúp họ có thêm kiến thức, để biết xã hội không đứng ngoài cuộc, sẽ góp phần thúc đẩy hành vi tích cực vì những đứa con.

Tiếp cận dịch vụ vì những đứa con thân yêu

Phụ nữ nhiễm HIV có thai cần chủ động tiếp cận sớm với dịch vụ chăm sóc và điều trị toàn diện dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Khi tiếp cận dịch vụ, bà mẹ mang thai nhiễm HIV sẽ được cung cấp thông tin về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; tư vấn, xét nghiệm HIV tự nguyện cho phụ nữ mang thai tập trung cho nhóm phụ nữ có nguy cơ

lây nhiễm HIV; tư vấn, chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho bà mẹ mang thai nhiễm HIV và trẻ sinh ra từ họ; cung cấp sữa cho trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV đến 6 tháng tuổi; giới thiệu chuyển tiếp những phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV tới các dịch vụ phù hợp.

Dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được cung cấp dựa trên các nguyên tắc như: phụ nữ mang thai được khuyến khích tự nguyện xét nghiệm HIV, được cung cấp các dịch vụ chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; phụ nữ mang thai nhiễm HIV được tiếp cận với dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con toàn diện; trẻ phơi nhiễm với HIV được giới thiệu đến cơ sở nhi chăm sóc và điều trị HIV để theo dõi về tình trạng nhiễm HIV, chăm sóc và điều trị tiếp tục; các hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được lồng ghép trong công tác chăm sóc thai nghén, sản khoa, dinh dưỡng, các hoạt động về phòng, chống HIV/AIDS và các hoạt động liên quan khác.

Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, phụ nữ mang thai, phụ nữ nhiễm HIV, phụ nữ mang thai nhiễm HIV, trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV và chồng/bạn tình/các thành viên trong gia đình của các nhóm phụ nữ trên đều có thể tiếp cận miễn phí các cơ sở triển khai chiến dịch phòng lây nhiễm HIV ngay tại địa phương.

Song song với các biện pháp chăm sóc về y tế, những chăm sóc về tinh thần của người thân cùng sự chia sẻ của cộng đồng là yếu tố quan trọng để người phụ nữ nhiễm HIV mang thai yên tâm, thực hiện tốt quá trình thai nghén.

Bà Trần Thị Trung Chiến, nguyên Bộ trưởng Bộ Y tế, Chủ tịch Hội HIV/AIDS Việt Nam đã nói: "Số trẻ em sơ sinh nhiễm HIV cao là một gánh nặng đối với gia đình và toàn thể cộng đồng, xã hội". Vì vậy, việc triển khai đồng bộ gói dịch vụ toàn diện dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, việc người mẹ mang thai chủ động vượt qua rào cản, hành trình chống lại HIV, bảo vệ cho đứa con thân yêu của mình là những việc làm cần thiết và vô cùng ý nghĩa■



**MÊ LINH LÀ HUYỆN
NGOẠI THÀNH HÀ NỘI
VỚI GẦN 200.000 DÂN;
CÓ 18 XÃ, THỊ TRẤN, 92
THÔN, TỔ DÂN PHỐ. HỆ
THỐNG Y TẾ CỦA HUYỆN
CÓ BỆNH VIỆN ĐA KHOA
QUY MÔ 80 GIƯỜNG,
TRUNG TÂM Y TẾ, PHÒNG
Y TẾ, TRUNG TÂM DÂN
SỐ-KẾ HOẠCH HOÁ GIA
ĐÌNH HUYỆN VÀ 18 TRẠM
Y TẾ.**

Y TẾ HUYỆN MÊ LINH VƯỢT KHÓ

THÁI THANH

Trung tâm Truyền thông GDSK Hà Nội

Những thiếu thốn ban đầu

Bệnh viện Đa khoa huyện Mê Linh mới thành lập từ tháng 4/2008 trên cơ sở tách ra từ Bệnh viện Đa khoa Phúc Yên với quy mô ban đầu là 50 giường bệnh, trang thiết bị hầu như chưa có gì nhưng vẫn phải ổn định tổ chức để tiếp đón người bệnh. Đến tháng 8/2008, huyện sáp nhập về Thủ đô Hà Nội, tình hình có khá hơn. Bệnh viện được giao chỉ tiêu 80 giường, bổ sung thêm bác sỹ, hiện tại bệnh viện có 57 cán bộ, trong đó có 20 bác sỹ. Song cơ sở vật chất không đồng bộ, chật chội, giường bệnh chỉ tiêu 80 nhưng thực kê là 130 giường với công suất sử dụng giường bệnh trong 4 tháng đầu năm 2009 là 186%, nên nhiều bệnh nhân phải nằm ghép. Bệnh viện thiếu máy thở, máy theo dõi bệnh nhân, máy siêu âm, hệ thống hấp sấy, giặt là và chưa có hệ thống xử lý chất thải gây ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng khám chữa bệnh cho người dân.

Trung tâm Y tế huyện có 45 cán bộ y tế nhưng chỉ có 19 cán bộ trong biên chế còn lại là hợp đồng; có đến 20 cán bộ hợp đồng ngắn hạn và hợp đồng học việc nên số cán bộ này không ổn định tư tưởng để công tác. Hiện nay, Trung tâm đang đóng nhờ tại Trạm Y tế xã Đại Thịnh, các trang thiết bị thiếu thốn gây khó khăn cho việc triển khai các hoạt động chuyên môn. Phòng Y tế cũng chưa có

trụ sở làm việc mà phải đóng nhờ Trạm Y tế xã Thanh Lâm với 5 cán bộ y tế. Cơ sở vật chất của trạm y tế các xã Hoàng Kim, Văn Khê, Chu Phan, Chi Đông đang xuống cấp cần đầu tư xây dựng. Trong khi đó có trạm y tế được xây dựng mới nhưng thiếu các trang thiết bị thiết yếu như bàn ghế, dụng cụ khám, thực hiện kế hoạch hoá gia đình. Lại có trạm được đầu tư máy hút dịch, nồi hấp tiệt trùng nhưng không sử dụng. Số trạm y tế có bác sỹ công tác chưa đạt chỉ tiêu. Trình độ cán bộ còn hạn chế nên chưa sử dụng hiệu quả các trang thiết bị y tế được đầu tư, nhất là tuyến xã, thị trấn. Tỷ lệ sinh con thứ ba trong quý I là 14,4% trong khi tỷ lệ chung của thành phố là 8,86%.

Cùng nhau vượt khó

Mặc dù vậy, ngay sau khi nhận bàn giao 18 trạm y tế từ Phòng Y tế vào tháng 10/2008, Trung tâm Y tế đã chỉ đạo các trạm y tế tập trung mọi nguồn lực nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cũng như triển khai các chương trình y tế quốc gia. Trong 3 tháng đầu năm, các trạm y tế đã khám chữa bệnh cho gần 15.000 lượt người bệnh, điều trị ngoại trú gần 7.000 lượt, hơn 1.000 lượt bệnh nhân được điều trị bằng Y học Cổ truyền. Các trạm y tế đều thực hiện tốt khám chữa bệnh cho các đối tượng chính sách, người nghèo, người có thể bảo hiểm y tế, trẻ em dưới 6 tuổi.

Hiện tại Mê Linh đã có 12 xã đạt chuẩn quốc gia về y tế, 2 xã Mê Linh và Kim Hoa phấn đấu đạt chuẩn vào năm 2009.

Phòng Y tế cũng đã nỗ lực vượt qua khó khăn để làm tốt công tác tham mưu giúp UBND huyện quản lý nhà nước về y tế; tham mưu với UBND huyện, Ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe nhân dân huyện xây dựng và triển khai kế hoạch hoạt động về y tế trên địa bàn, công tác quản lý nhà nước về Y tế, VSATTP đã có những chuyển biến rõ rệt.

Về công tác phòng chống dịch bệnh, UBND huyện đã chỉ đạo ngành Y tế, các ban, ngành, đoàn thể, UBND các xã, thị trấn kiện toàn Ban chỉ đạo phòng chống dịch, đặc biệt là dịch Sốt xuất huyết, Sốt phát ban dạng sởi, tiêu chảy cấp nguy hiểm, cúm A(H5N1), cúm A(H1N1)... Tăng cường công tác giám sát, phát hiện dịch, nhất là các ổ dịch cũ lưu hành, chuẩn bị đầy đủ phương tiện, trang thiết bị y tế, vật tư, hoá chất, thuốc, nhân lực cho công tác phòng chống dịch. Đến thời điểm này, các ổ dịch nhỏ đã được xử lý triệt để, không để bùng phát thành dịch lớn.

Các chương trình Y tế được triển khai đầy đủ đến 18 xã, thị trấn với 97,1% trẻ trong độ tuổi được tiêm đủ 7 loại vắc-xin theo quy định, không có tai biến xảy ra. Bệnh nhân lao, phong đều được quản lý và điều trị tích cực. Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng đã quản lý, điều trị cho 737 bệnh nhân. Chương trình phòng chống HIV/AIDS quản lý 56 bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng. Gần 1300 cơ sở sản xuất, chế biến, kinh doanh thực phẩm, bếp ăn tập thể trên địa bàn được quản lý, kiểm tra và hướng dẫn thực hiện đúng các quy định về VSATTP.

Thực tế cho thấy, khi Mê Linh còn ở tỉnh Vĩnh Phúc chỉ có 10 chương trình y tế quốc gia được triển khai tại các xã, nhưng năm 2009, thực hiện chỉ đạo của Sở Y tế Hà Nội, các chương trình y tế quốc gia và chương trình y tế thành phố gồm 31 chương trình bắt đầu triển khai tại Mê Linh nên các chương trình mới đòi hỏi phải có thời gian mới phát huy được hiệu quả.

Có thể khẳng định, trong điều kiện khó khăn như vậy, nhưng Y tế Mê Linh đã nỗ lực vươn lên để làm tốt công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trên địa bàn. Để nâng cao chất lượng hoạt động của mạng lưới Y tế huyện Mê Linh rất cần sự quan tâm, chỉ đạo, giúp đỡ của Sở Y tế, huyện Mê Linh cùng sự phối hợp của các ban, ngành, đoàn thể và sự nỗ lực của mỗi đơn vị cũng như của mỗi cán bộ Y tế.

NINH BÌNH:

THỰC HIỆN NGHIÊM TÚC CÔNG TÁC QUẢN LÝ DƯỢC

Bài và ảnh: **PHƯƠNG LINH**
Thành phố Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình

Trong những năm qua, Ngành Y tế Ninh Bình đã đáp ứng đủ và kịp thời thuốc cho hệ điều trị với chất lượng đảm bảo và giá thuốc không biến động lớn so với cả nước và chủ động đảm bảo cung ứng thuốc, hoá chất đầy đủ kịp thời khi có thiên tai, dịch bệnh. Thường xuyên có 100 cơ sở thuốc phòng chống bão lụt dự trữ tại Công ty Cổ phần Dược phẩm Ninh Bình và 20 cơ sở thuốc phòng chống dịch dự trữ tại Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh.

Hiện nay, số cán bộ Dược của Ninh Bình có trình độ đại học rất ít, chỉ có 26 dược sĩ đại học và sau đại học. Tại các trung tâm y tế huyện, thị, thành phố đều có cán bộ làm công tác dược, song, tại các phòng Y tế không có dược sĩ đại học để quản lý mạng lưới cung ứng thuốc phân bố rộng khắp các xã, phường, thị trấn trong tỉnh.

Tỉnh Ninh Bình có 02 công ty cổ phần dược phẩm, 15 công ty trách nhiệm hữu hạn, 604 quầy thuốc, đại lý thuốc. Công ty Cổ phần Dược phẩm Ninh Bình đang xây dựng nhà máy sản



SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

☞ xuất thuốc đạt tiêu chuẩn GMP vào năm 2010.

Để công tác quản lý được được chặt chẽ, hiệu quả, hàng năm Phòng Quản lý Dược đã tham mưu Sở Y tế Ninh Bình tiến hành đấu thầu theo quy định phục vụ cho công tác khám chữa bệnh. Phòng Y tế các huyện, thị, thành phố luôn phối hợp với Phòng Quản lý Dược, Thanh tra Y tế tiến hành kiểm tra, giám sát các cơ sở kinh doanh thuốc trên địa bàn, chú trọng đến việc thực hiện các quy chế, việc niêm yết giá thuốc, nguồn gốc thuốc... để kịp thời chấn chỉnh những cơ sở làm chưa đúng quy định.

Các Quy chế Dược được triển khai đến tất cả các cơ sở dược. Hầu hết cán bộ dược ở các cơ sở khám chữa bệnh từ tỉnh đến huyện, công ty dược đều nắm vững và thực hiện nghiêm túc quy chế thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần, các thông tư, quy định về dược. Các bệnh viện của tỉnh đều thành lập các hội đồng thuốc theo Chỉ thị 05 của Bộ Y tế "Về việc chấn chỉnh công tác cung ứng, sử dụng thuốc trong bệnh viện". Vì thế, những vấn đề liên quan đến thuốc đều được thực hiện một cách nghiêm túc.

Công tác kiểm nghiệm chất lượng thuốc luôn được quan tâm. Trung tâm Kiểm nghiệm Dược phẩm- Mỹ phẩm luôn coi trọng công tác đầu tư mua trang thiết bị để phục vụ công tác kiểm nghiệm chất lượng thuốc. Năm 2008, đã tổ chức kiểm tra 325 cơ sở sản xuất, kinh doanh thuốc, kiểm nghiệm được 593 mẫu thuốc. Trong đó, phát hiện 11 mẫu thuốc không đảm bảo tiêu chuẩn chất lượng, các mẫu này đã bị xử lý theo quy định.

Đội ngũ hành nghề y dược tư nhân có



Kiểm kê thuốc tại tuyến y tế cơ sở

vai trò quan trọng trong việc đáp ứng nhu cầu về thuốc hàng ngày tại cộng đồng của người dân. Vì vậy, Sở Y tế đặc biệt quan tâm và tăng cường quản lý hoạt động này. Cùng với việc hướng dẫn các cơ sở bán lẻ thuốc tiến hành triển khai thực hiện "Thực hành tốt nhà thuốc", Phòng Quản lý Dược còn hướng dẫn công ty dược và các chi nhánh dược đóng trên địa bàn triển khai thực hiện "Thực hành tốt phân phối thuốc" theo đúng lộ trình. Tuy nhiên, đây là một quá trình đòi hỏi sự đầu tư cả về nhân lực và vật lực do đó hiện nay mới chỉ có một số cơ sở đăng kí triển khai xây dựng.

Với phương châm tích cực, năng động, tăng cường quản lý phù hợp với tình hình thực tế tại địa phương, nhằm đưa công tác quản lý dược hoạt động thực sự có hiệu quả đáp ứng nhu cầu chính đáng của người bệnh, công tác Dược của ngành Y tế tỉnh Ninh Bình đã đạt được nhiều thành quả vững chắc. Tin tưởng rằng trong những năm tới, công tác dược của ngành Y tế Ninh Bình sẽ tiếp tục hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ, tạo niềm tin nơi người bệnh, người dân. ■

CAO BẰNG VẪN XẢY RA HIỆN TƯỢNG

TẢO HÔN

UYÊN THẢO

NĂM 2008, TỶ LỆ CÁC CẶP VỢ CHỒNG TẢO HÔN CHIẾM 6% SO VỚI TỔNG SỐ CẶP VỢ CHỒNG MỚI KẾT HÔN .

Theo bác sĩ Hoàng Bá Thuốc, Phó Giám đốc Sở Y tế Cao Bằng kiêm Chi Cục trưởng Chi cục Dân số - Kế hoạch hoá gia đình cho biết, hiện chưa có điều tra một cách toàn diện, chính xác về thực trạng tảo hôn và kết hôn cận huyết thống trong toàn tỉnh. Tuy nhiên, theo số liệu của tổng điều tra năm 1999 tại tỉnh Cao Bằng, tỷ lệ tảo hôn của nữ dân tộc Dao là 19%, của nam là 29,7%; đối với người Mông tỷ lệ tảo hôn của nữ là 19,4%, của nam là 27,4%. Kết quả khảo sát gia đình theo các tiêu chí cơ bản trên phạm vi toàn tỉnh cũng cho thấy, số hộ có người tảo hôn chiếm 0,58% so với tổng số hộ gia đình trong toàn tỉnh; hộ gia đình có người tảo hôn có ở hầu hết các huyện, thị, trong đó huyện Nguyên Bình chiếm tỷ lệ cao nhất (30%). Còn số liệu báo cáo thông kê của tỉnh năm 2008 chỉ ra rằng, tỷ lệ các cặp vợ chồng tảo hôn chiếm 6% so với tổng số cặp vợ chồng mới kết hôn.

Tình trạng tảo hôn trong tỉnh có sự khác biệt giữa các vùng miền, giữa các dân tộc: khu vực các huyện miền Tây, sau cưới tảo hôn, cô dâu về nhà chồng ngay nên dễ có con sớm, những đứa trẻ sinh ra từ những cặp vợ chồng này thường nhỏ bé, còi cọc; khu vực các huyện miền Đông, sau cưới tảo hôn, cô dâu vẫn ở nhà mẹ đẻ nên nhiều cặp vợ chồng 5 đến 10 năm sau vẫn có thể chưa/không có con; nhiều cặp vợ chồng đã bị tan vỡ sau khi người vợ hoặc chồng thoát ly khỏi quê hương đi làm ăn...

Phân tích nguyên nhân dẫn đến tảo

hôn, bác sĩ Hoàng Bá Thuốc nhấn mạnh, phần lớn là do phong tục tập quán của từng dân tộc và vùng miền, do tâm lý sớm có con đàn cháu đống, do nhu cầu có thêm lao động cho gia đình; do trình độ học vấn thấp, hiểu biết luật pháp hạn chế nên chưa biết các tai hại của tảo hôn; việc thực thi pháp luật chưa kiên quyết trong quản lý đăng ký kết hôn dẫn đến sự tồn tại dai dẳng của hiện tượng tảo hôn trong cộng đồng các dân tộc thiểu số.

Năm 2003 đến 2005, được sự hỗ trợ của Ủy ban Dân số Gia đình Trẻ em Việt Nam, tỉnh Cao Bằng thực hiện Dự án “Đánh giá thực trạng tảo hôn và các giải pháp can thiệp tại một số địa bàn tỉnh Cao Bằng”. Kết quả cho thấy, có sự thay đổi đáng kể về nhận thức và kết hôn đối với các gia đình tại 6 xã triển khai Dự án, số cặp tảo hôn và kết hôn cận huyết thống giảm. Ngoài Dự án trên, hàng năm, Ủy ban Dân số Gia đình Trẻ em (trước đây) và Chi cục Dân số - Kế hoạch hoá gia đình hiện nay luôn luôn chỉ đạo thực hiện công tác tuyên truyền vận động, phòng chống tảo hôn, kết hôn cận huyết thống lồng ghép với các hoạt động khác về Dân số - Kế hoạch hoá gia đình. Tuy nhiên, khi Dự án kết thúc cộng với sự biến động về hệ thống làm công tác dân số-kế hoạch hoá gia đình trong những năm gần đây nên tình hình tảo hôn vẫn tiếp tục diễn ra và có xu hướng tăng trở lại nếu không có các giải pháp, mô hình can thiệp kịp thời.

Nhận thức được vấn đề này, tỉnh Cao Bằng đã xác định một số giải pháp can thiệp



ĐỂ TỰ BẢO VỆ
MÌNH TRƯỚC SỰ XÂM
HẠI CỦA CÁC VI SINH
VẬT GÂY BỆNH, MỖI
CÁ NHÂN VÀ MỖI GIA
ĐÌNH NÊN TỰ TRANG
BỊ CHO MÌNH KIẾN
THỨC VỀ CÁC SẢN
 PHẨM DÙNG ĐỂ SÁT
KHUẨN VÀ MUỐN ĐẠT
ĐƯỢC HIỆU QUẢ CAO
NHẤT CẦN THAM
KHẢO Ý KIẾN BÁC SỸ
TRƯỚC KHI SỬ DỤNG

Sử dụng THUỐC SÁT KHUẨN THẾ NÀO CHO HIỆU QUẢ

DS. ĐẶNG THỊ THUỶ

Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

Môi trường xung quanh ta luôn chứa đựng rất nhiều loại vi sinh vật gây bệnh, nhất là khi khí hậu nóng ẩm mưa nhiều chúng sẽ có điều kiện phát triển hơn. Để loại trừ những tác nhân gây bệnh này người ta thường dùng các loại thuốc sát khuẩn - tẩy uế. Tuy nhiên, hiệu quả của chúng chỉ đạt được khi biết chọn lựa đúng chủng loại và dùng đúng cách.

Thuốc sát khuẩn là một loại thuốc được dùng để diệt hoặc ức chế vi khuẩn phát triển trên bề mặt cơ thể; trên những mô đã

bộc lộ (thương tích bên ngoài); trên vùng da nguyên vẹn hoặc màng nhầy... Tác dụng sát khuẩn của thuốc phụ thuộc vào nồng độ, nhiệt độ và thời gian tiếp xúc. Nếu nồng độ thuốc sát khuẩn quá thấp không những không có tác dụng diệt khuẩn mà còn có thể kích thích sự phát triển của chúng.

Một số thuốc sát khuẩn và cách sử dụng

Cồn: cồn 70°C thường được dùng để sát trùng da, vết mổ, vết thương. Nếu dùng cồn nồng độ thấp hoặc cao hơn 70°C đều không cho hiệu quả sát khuẩn cao. Không



nhằm giảm tình trạng tảo hôn như củng cố hệ thống thông tin dữ liệu về tảo hôn, cập nhật đầy đủ tình trạng tảo hôn, kết hôn cận huyết thống làm căn cứ xây dựng các giải pháp phù hợp; tổ chức các nghiên cứu sâu về tảo hôn để phân tích nguyên nhân sâu xa và các yếu tố ảnh hưởng đến vấn đề tảo hôn, kết hôn cận huyết thống, làm căn cứ để xây dựng các kế hoạch tác động; xây dựng các mô hình can thiệp nhằm giảm tình trạng tảo hôn, kết hôn cận huyết thống phù hợp với từng địa bàn; các giải pháp can thiệp tập trung vào ba nhóm chính: nhóm đã tảo hôn (cần được tư

vấn trợ giúp pháp lý, tư vấn sức khỏe sinh sản, kế hoạch hoá gia đình, tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hỗ trợ phát triển kinh tế...); có nguy cơ tảo hôn (can thiệp không tảo hôn); nhóm tuổi tiền hôn nhân (truyền thông vận động, cung cấp kiến thức phòng chống tảo hôn, kết hôn cận huyết thống).

Năm 2009, Cao Bằng sẽ tiến hành triển khai thí điểm Mô hình can thiệp làm giảm tình trạng tảo hôn, kết hôn cận huyết thống tại 4 xã thuộc 2 huyện Nguyên Bình và huyện Bảo Lạc.

dùng cồn sát lên vết thương da hở sâu hoặc da quá nhạy cảm. Đặc biệt, khi có cơ địa kích ứng da.

Cồn iốt: có tác dụng diệt khuẩn nhanh hơn trên nhiều loại vi khuẩn, vi rút và nấm. Đây là thuốc sát trùng mạnh có tính phá hủy các tế bào nên không dùng dung dịch có nồng độ cao hơn 5% và không dùng cho vết thương sâu, hở miệng. Nên hạn chế sử dụng cồn iốt trên da mặt hoặc vùng da nhạy cảm.

Ôxy già: có tác dụng diệt khuẩn và vi rút khi ở nồng độ 3-6%, nhưng do không thấm được vào mô tế bào nên chỉ dùng để súc miệng và rửa các vết thương nhẹ. Đối với các vết thương sâu hoặc rách nát không nên sử dụng ôxy già để rửa vì có thể làm chậm liền vết thương.

Thuốc tím: chỉ diệt được một số loại vi khuẩn, khi sử dụng phải hòa tan thuốc vào nước sôi để nguội sau đó dùng bông rửa vết thương. Ngoài ra, thuốc tím còn được sử dụng để ngâm rửa rau quả.

Thuốc đỏ: dùng để sát khuẩn vết thương, làm khô vết thương và chống lở loét. Do thành phần thuốc có chứa thủy ngân nên không được tự ý bôi vào các vết thương sâu hoặc diện rộng vì dễ gây nguy hiểm.

Bạc: các dung dịch muối bạc vô cơ có tác dụng sát khuẩn nhờ quá trình kết tủa protein và ngăn cản các hoạt động chuyển hóa cơ bản của tế bào vi khuẩn: dung dịch bạc nitrat 1% dùng để nhỏ mắt cho trẻ mới đẻ và viêm mắt do lậu cầu; kem bôi bạc sulfadiazin 1% dùng để chữa bỏng do tác dụng diệt khuẩn tốt và giảm đau nhưng không bôi diện rộng và kéo dài vì đôi khi có thể gây giảm bạch cầu. Bạc dễ bị huỷ bởi ánh sáng nên phải để trong lọ màu và mọi chế phẩm bạc dùng lâu ngày đều gây chứng nhiễm bạc.

Xà phòng: dùng để loại bỏ trên bề mặt da các chất bẩn, tế bào chết và vi khuẩn. Để làm tăng tác dụng sát khuẩn của xà phòng người ta hay trộn thêm một số chất diệt khuẩn. Các “xà phòng sát khuẩn” thường

có tác dụng diệt hoặc kìm khuẩn mạnh hơn, kéo dài hơn nhưng phải làm hết xà phòng trên da bằng nước sạch để tránh kích ứng da sau khi sử dụng. Ngày nay, hiệu quả của việc rửa tay sạch bằng xà phòng ngày càng được khẳng định trong công cuộc giữ gìn vệ sinh thân thể và dự phòng bệnh.

Clo: có tác dụng diệt khuẩn trên nhiều chủng, trừ vi khuẩn lao do có sức đề kháng mạnh hơn 500 lần. Clo không còn được dùng như một thuốc sát khuẩn nữa vì dễ gây kích ứng và mất hoạt tính bởi các chất hữu cơ khi chúng kết hợp. Tuy nhiên, hiện nay clo vẫn còn được dùng làm thuốc tẩy uế và khử trùng nước do giá thành rẻ: dung dịch Cloramin T 1 -2% để rửa vết thương; viên Halazon 4mg/30 phút khử trùng 1 lít nước uống.

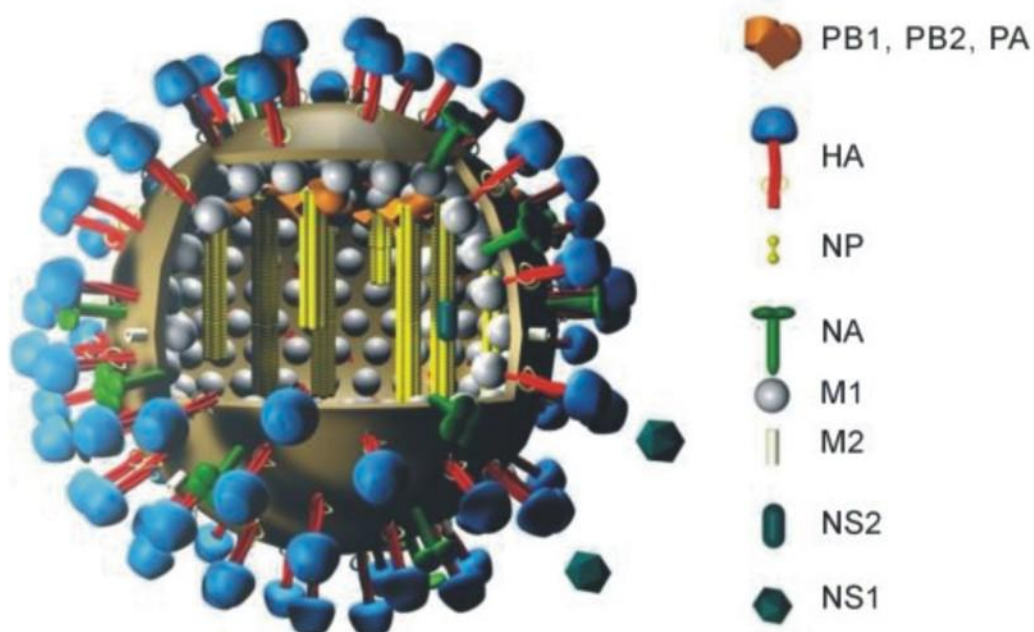
Hợp chất chứa phenol: thường chỉ dùng để tẩy uế do chúng làm biến chất protein và kích ứng da nên khá độc hại với cơ thể. Hexachlorophen, Carbanilid và Salicylanilid, Clohexidin là các chất thay thế phenol có tác dụng kìm khuẩn mạnh và bền được thêm vào để điều chế xà phòng sát khuẩn hoặc điều chế nước súc miệng. Tác dụng sát khuẩn tùy thuộc vào nồng độ.

Lưu ý: chỉ sử dụng thuốc sát khuẩn khi đã làm sạch vết thương hoặc bề mặt da. Sử dụng đúng vị trí cần sát khuẩn với số lượng vừa phải, không để thuốc bắn vào mắt hay các vùng da nhạy cảm. Những thuốc dễ gây kích ứng da và niêm mạc phải thận trọng khi sử dụng và **không được tiếp xúc trực tiếp với các dung dịch đậm đặc hoặc hóa chất ăn mòn mạnh vì chúng có thể gây cháy bỏng**. Riêng xà phòng sát khuẩn sau khi dùng phải rửa sạch lại bằng nước sạch. Để đảm bảo an toàn, chỉ sử dụng những thuốc sát khuẩn có tên, nguồn gốc, có hướng dẫn rõ ràng và còn hạn sử dụng. Đặc biệt là các hóa chất hoặc các dung dịch dùng để sát khuẩn môi trường hoặc dụng cụ không được dùng trên người khi không có chỉ định rõ ràng.

TÌM HIỂU VỀ THUỐC KHÁNG VI RÚT (ANTIVIRALS)

DS. LƯƠNG VIỆT HÙNG

Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương



Cấu trúc vi rút gồm vỏ glycoprotein
và nhân capsid

Nhau hết các bệnh lây nhiễm với tốc độ nhanh và gây kinh hoàng cho loài người gần đây đều có tác nhân gây bệnh là vi rút, ví dụ như HIV/AIDS, SARS, cúm A(H5N1) và cúm A(H1N1)... Việc xác định những tác nhân gây bệnh này giờ đây đã khá dễ dàng hơn nhờ những thành tựu khoa học trong y học nhưng lại rất khó khăn khi đi tìm những phương thuốc điều trị và dự phòng hiệu quả, một phần do chúng tự biến thể, một phần do kháng thuốc. Nên ngoài việc tìm hiểu cấu trúc và cơ chế sao chép của vi rút trong tế bào, cần phải biết rõ cả về cơ chế tác động của các thuốc diệt vi rút để từ đó

mới có được các biện pháp đối phó thích hợp từng chủng loại vi rút.

Cấu trúc và cách xâm nhiễm tế bào của vi rút

Vi rút là loại vi sinh vật có kích thước nhỏ hơn rất nhiều so với vi khuẩn, có cấu trúc "phi tế bào" và bắt buộc phải sống ký sinh bên trong tế bào vật chủ xâm nhiễm: vi rút HIV sống bên trong tế bào bạch cầu lympho T (CD4); vi rút cúm A sống bên trong tế bào của hệ hô hấp. Cấu trúc của vi rút gồm có 2 phần. Phần vỏ bên ngoài gồm các glycoprotein (các kháng nguyên), tương ứng như HIV có kháng nguyên GP 120; cúm A có

kháng nguyên H và N (hiện đã định danh được H5N1, H1N1 là hai loại kháng nguyên rất độc đang lưu hành). Phần nhân bên trong (capsid) chứa protein và bộ gen ADN hoặc ARN: vi rút cúm có bộ gen ARN gồm 8 mảnh rời nhau; vi rút HIV có bộ gen 2 chuỗi ARN.

Quá trình xâm nhiễm và nhân lên của vi rút trong tế bào gồm 4 giai đoạn: 1) Gắn và xâm nhập tế bào bằng cách trút bỏ lớp vỏ và hòa nhập capsid vào bên trong tế bào bị nhiễm; 2) Dựa vào hoạt động của tế bào bị nhiễm, vi rút tổng hợp nguyên liệu mà nó cần. Ví dụ, vi rút cúm tổng hợp ARN là lõi bộ gen của nó, còn HIV lại phiên mã ARN thành ADN nhờ men phiên mã ngược có tên reverse transcriptase; 3) ở bên trong tế bào bị nhiễm, vi rút nhân lên thành nhiều vi rút mới (gọi là sự sao chép vi rút); 4) Các vi rút mới trưởng thành phóng thích để xâm nhập các tế bào mới.

Sơ lược về lịch sử thuốc kháng vi rút

Thuốc kháng vi rút được dùng đầu tiên là Amantadin, bắt đầu được sử dụng vào năm 1966. Vidarabin là thuốc đầu tiên để điều trị nhiễm vi rút Herpes, được cho phép dùng vào năm 1976, tiếp đó là trifluridin (1980) và acyclovir (1982). Số lượng các thuốc được sử dụng để điều trị nhiễm vi rút đã thực sự tăng lên trong những năm 1990. Đặc biệt, các thuốc kháng retro vi rút và gần đây là những liệu pháp mới quan trọng cho nhiễm vi rút không phải HIV. Có thể kể đến các thuốc khác cùng họ acyclovir như famciclovir (1994), ganciclovir (1996) và valacyclovir (1995). Các thuốc kháng vi rút khác đã được cấp phép là ribavirin, aerosol (1985), alfa interferon (1986), foscarnet (1991), rimantadin (1993) và fomivirsen (1998). Ribavirin uống được cấp phép và được phép phối hợp với interferon vào năm 1998 để điều trị viêm gan C. Vidarabin, trifluridin và fomivirsen chỉ được dùng trong nhãn khoa. Lamivudin ban đầu được cho phép dùng là một thuốc kháng retro vi rút vào năm 1995, đã được cấp phép với liều thấp hơn (Epivir(r)-HBV(tm)) để điều trị viêm gan B (1998).

Nhóm thuốc kháng vi rút mới được giới thiệu năm 1999, có tác dụng ức chế men

neuraminidase. Hai thuốc trong nhóm này là oseltamivir và zanamivir.

Có một số sản phẩm globulin miễn dịch để cung cấp miễn dịch thụ động chống nhiễm vi rút đặc hiệu. Palivizumab (1998), là một kháng thể đơn dòng và globulin miễn dịch vi rút hợp bào hô hấp (1996), một chế phẩm globulin miễn dịch đa dòng, được sử dụng cho những trẻ em có nguy cơ cao để phòng chống nhiễm vi rút hợp bào hô hấp. Globulin miễn dịch cytomegalovi rút (CMV), globulin miễn dịch viêm gan B, globulin miễn dịch bệnh dại và globulin miễn dịch thủy đậu - herpes zoster được sử dụng để phòng chống nhiễm vi rút cho những bệnh nhân tiếp xúc. Các tiếp cận sinh học khác để điều trị nhiễm vi rút bao gồm vắc- xin và các yếu tố kích thích miễn dịch (G-CSF và GM-CSF) để kích thích hệ miễn dịch.

Một nhóm thuốc mới chống vi rút có tác dụng ức chế hợp nhất, ngăn chặn HIV đi vào tế bào, kiểm chế tái sinh sản của vi rút. Hợp chất thuộc nhóm thuốc mới này là T-20 trong thử nghiệm lâm sàng ban đầu cho thấy làm giảm số lượng vi rút ở bệnh nhân kháng thuốc.

Cơ chế tác dụng của các thuốc kháng vi rút

Hầu hết các thuốc kháng vi rút ức chế sự sao chép và làm bất hoạt vi rút tiềm tàng. Cơ chế của liệu pháp chống vi rút bao gồm gây trở ngại sự gắn của vi rút vào màng tế bào vật chủ và đi vào trong tế bào vật chủ, ức chế sự sao chép hoặc giải mã hoặc ảnh hưởng đến chu trình của vi rút. Các thuốc chống nhiều loại vi rút Herpes ức chế quá trình sinh tổng hợp ADN. Acyclovir, cidofovir, famciclovir, ganciclovir, penciclovir và valacyclovir đều có tác dụng ức chế men polymerase ADN của vi rút. Lamivudin ức chế men polymerase ADN và ức chế sao chép ngược của HIV. Mặc dù, cơ chế chính xác của vidarabin và trifluridin chưa được sáng tỏ hoàn toàn, nhưng dường như sau quá trình photophosphorylation là ức chế sinh tổng hợp ADN của vi rút. Ribavirin ức chế các enzym của vật chủ, làm giảm guanosin triphosphat trong tế bào, ức chế men





polymerase ARN của vi rút và làm giảm sự tạo thành ARN thông tin. Foscarnet không cần photpho hóa trước khi ức chế men polymerase và sao chép ngược ADN của vi rút.

Fomivirsen ức chế sao chép cytomegalo vi rút ở người qua một cơ chế chống nhạy cảm. Nó gắn với ARN thông tin của cytomegalo vi rút ức chế sinh tổng hợp protein và ức chế sao chép CMV tiếp theo. Amantadin và rimantadin ức chế đảo ngược hemagglutinin qua màng M2 bằng cách thay đổi pH trong tế bào.

Oseltamivir và zanamivir ức chế chọn lọc các neuraminidase của vi rút cúm A và B. Chất ức chế neuraminidase can thiệp vào quá trình giải phóng vi rút khỏi tế bào vật chủ bị nhiễm, từ đó ngăn cản vi rút nhiễm vào tế bào vật chủ mới và kìm hãm sự lây nhiễm bên trong đường hô hấp. Vì vi rút sinh sản đạt đỉnh cao vào khoảng 24 đến 72 giờ sau khi bệnh khởi phát, các thuốc tác dụng theo cơ chế ức chế men neuraminidase cần được sử dụng càng sớm càng tốt. Không như các adamantan, các chất ức chế men neuraminidase có độc tính thấp và khả năng thúc đẩy vi rút cúm kháng thuốc cũng thấp. Chất ức chế men neuraminidase cũng có hiệu quả chống lại các phân nhóm neuraminidase, và nhờ đó, chống lại các chủng vi rút cúm A và B. Đây là điểm quan trọng trong vấn đề dịch tễ và ưu thế so với các adamantan vốn chỉ hiệu quả với các chủng vi rút cúm A nhạy cảm.

Interferon là các glycoprotein có nhiều tác dụng bao gồm cả kháng vi rút. Alpha-interferon gây ra sự thay đổi trong tế bào bị nhiễm hoặc tiếp xúc với vi rút để thúc đẩy sự kháng lại vi rút. Interferon sản sinh các protein ức chế tổng hợp ARN, cảm ứng enzym gắn chặt vào ADN của cả tế bào lẫn vi rút, ức chế ARN thông tin và biến đổi màng tế bào để ức chế sự giải phóng các vi rút đã sao chép.

Vi rút luôn tìm cách chống lại thuốc kháng vi rút, gây ra tình trạng mà ta gọi là sự kháng thuốc. Nhiều vi rút, đặc biệt có vi rút cúm, luôn thay đổi hình dạng để có khả năng

thích ứng chống lại tác dụng của thuốc. Nguyên nhân của sự thay đổi hình dạng là vi rút (như vi rút cúm A) không có cơ chế chỉnh sửa các sai sót trong quá trình sao chép dẫn đến sự biến đổi cấu trúc gen ở những vi rút mới mà nó nhân lên. Điều này làm xuất hiện các phân typ vi rút mới với những kháng nguyên mới. Đến nay, người ta liệt kê vi rút cúm A đã thay đổi đến 15 kháng nguyên hemagglutinin (đánh số H1 đến H15) và 9 kháng nguyên neuraminidase (đánh số từ N1 đến N9). Hơn nữa, vi rút cúm còn có thể trao đổi, trộn lẫn chất liệu gen để chuyển từ loài này sang loài khác và sản sinh ra vi rút lai, chính là một phân typ mới. Do đó có thể vào lúc này, vi rút là "đích tác dụng" của thuốc kháng vi rút, nhưng một thời gian sau, nó lại thay đổi và không còn là "đích tác dụng" của các thuốc đó nữa.

Đặc điểm phân biệt

Có thể phân biệt các thuốc chống vi rút dựa trên cơ chế tác dụng, nhạy cảm vi rút và tác dụng bất lợi của chúng. Amantadin và rimantadin được dùng để phòng và điều trị nhiễm vi rút cúm A; Những thuốc này không có tác dụng chống vi rút cúm B. Chúng có cơ chế tác dụng tương tự nhau nhưng rimantadine xâm nhập vào dịch đường hô hấp hiệu quả hơn amantadine. Tác dụng bất lợi của rimantadine có thể dễ chấp nhận hơn cho người già. Oseltamivir và zanamivir tác dụng chống lại cả vi rút cúm A và B. Zanamivir có ở dưới dạng bột xịt còn oseltamivir ở dạng viên nang.

Acyclovir, famciclovir, ganciclovir, penciclovir và valacyclovir có hiệu lực chống lại vi rút Herpes bao gồm Herpes 1, Herpes 2 và vi rút thủy đậu. Tuy nhiên, ganciclovir có hiệu quả gấp 10 lần acyclovir trong chống cytomegalovi rút và vi rút Epstein-Barr. Famciclovir tác dụng bằng một nửa penciclovir. Penciclovir có phổ tác dụng tương tự acyclovir nhưng chỉ có dạng dùng tại chỗ. Famciclovir có sinh khả dụng đường uống hơn acyclovir đường uống.

Cidofovir có tác dụng chống một số chủng CMV kháng ganciclovir. Fomivirsen

tác dụng chống lại chủng CMV kháng cidofovir, foscarnet và ganciclovir. Phân lập kháng fomivirsen có thể nhạy cảm với cidofovir, foscarnet, và/hoặc ganciclovir.

Các phản ứng có phụ

Acyclovir, famciclovir, penciclovir và valacyclovir ít gây tác dụng phụ. Acyclovir gây nhiễm độc thận do kết lắng độc tố thận. Acyclovir, ganciclovir và valacyclovir liều cao gây các triệu chứng thần kinh. Ganciclovir là một thuốc gây độc tế bào và có thể gây nhiễm độc đáng kể tủy xương.

Foscarnet và cidofovir gây nhiễm độc thận ở liều giới hạn. Cidofovir gây hoại tử ống thận (tổn thương tế bào ống lượn gần) phụ thuộc liều. Hơn nữa, cidofovir gây độc cho mắt. Foscarnet gây suy thận đặc trưng bởi sự tăng nồng độ creatin $\geq 2,0\text{mg/dl}$. Cả hoại tử ống thận lẫn tăng urê huyết đã được báo cáo khi dùng foscarnet.

Lamivudin cũng như các chất ức chế sao chép ngược là có thể gây nhiễm axit lactic, gan to và gan nhiễm mỡ. Các tác dụng phụ này dường như ít xảy ra nhưng gây tỉ lệ tử vong cao. Ribavirin dùng đường hít gây thiếu máu, phát ban và kích ứng mắt. Ribavirin gây quái thai ở tất cả các động vật thí nghiệm; không dùng ribavirin cho phụ nữ có thai.

Amantadin và rimantadin có thể gây buồn nôn, chán ăn, và các tác dụng lên thần kinh trung ương. Amantadin gây tác dụng thần kinh trung ương cao hơn rimantadin đặc biệt ở những bệnh nhân lớn tuổi có rối loạn chức năng thận. Tác dụng phụ của oseltamivir hoặc zanamivir ít xảy ra và nhẹ. Zanamivir gây co thắt phế quản ở bệnh nhân hen hoặc bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

Tác dụng có hại của alpha interferon phụ thuộc liều dùng, số lần dùng và thời gian điều trị. Tác dụng phụ hay gặp nhất của alpha interferon là các triệu chứng giống cúm, rối loạn tiêu hóa, tác dụng lên hệ thần kinh trung ương, biểu hiện trầm cảm và giảm sản tủy xương■

HỘI THI PHÓNG SỰ TRUYỀN HÌNH PHÒNG CHỐNG CÚM CÁC TỈNH, THÀNH PHỐ KHU VỰC NAM BỘ

HOÀNG TRÚC

Kể từ người nhiễm cúm đầu tiên tại Mêhicô ngày 18/3/2009, đến ngày 20/8/2009, thế giới đã ghi nhận 227.915 người nhiễm cúm ở 182 quốc gia và vùng lãnh thổ, trong đó có 2.146 người chết. Dịch cúm đang lan nhanh ở các nước Nam bán cầu vì đang vào mùa đông. WHO cảnh báo, đây mới là đầu vụ dịch và dịch sẽ phát triển mạnh khi các nước Bắc bán cầu vào mùa đông. WHO cũng ước tính có khoảng 1/3 dân số thế giới tương đương với 2 tỷ người nhiễm cúm.

Ở nước ta, kể từ ca bệnh đầu tiên được phát hiện ngày 31/5/2009, đến ngày 28/8/2009, cả nước đã ghi nhận 2.412 người nhiễm cúm A(H1N1) ở hơn 40 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, trong đó có 02 người chết. Dịch đã bước sang giai đoạn hai tức là lây lan nhanh trong cộng đồng. Bộ Y tế dự báo, dịch cúm A(H1N1) sẽ lây lan mạnh trong thời gian tới khi các nhà trường bước vào năm học mới và thời tiết các tỉnh miền Bắc chuyển sang mùa thu đông.

Để giúp người dân nâng cao nhận thức và ý thức phòng chống dịch, hạn chế đến mức thấp nhất tỷ lệ mắc và tử vong do cúm, đồng thời nâng cao năng lực cho Trung tâm truyền thông GDSK các tỉnh, thành phố và nâng cao chất lượng các ấn phẩm phát trên sóng truyền hình, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã phát động Hội thi phóng sự truyền hình phóng chống cúm A(H1N1) và cúm A(H5N1) cho Trung tâm Truyền thông GDSK 32 tỉnh, thành phố phía Nam (từ Đà Nẵng trở vào) từ tháng 5/2009.



TIN TỨC



Trong hai ngày 25-26/8/2009, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã phối hợp với Sở Y tế thành phố Cần Thơ, VCTV10- Đài Truyền hình Việt Nam, Trung tâm Truyền hình Việt Nam tại Cần Thơ và Đài Phát thanh- Truyền hình Cần Thơ tổ chức Hội thi khu vực các tỉnh Nam bộ tại Cần Thơ. Cả 17 Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh, thành phố trong khu vực (cả Trung tâm Truyền thông GDSK Tây Ninh) tham dự hội thi, trong đó 14 Trung tâm có tác phẩm dự thi là: Bình Dương, Bà Rịa-Vũng Tàu, Tây Ninh, thành phố Hồ Chí Minh, Tiền Giang, Bến Tre, Vĩnh Long, Đồng Tháp, An Giang, Kiên Giang, Cần Thơ, Hậu Giang, Sóc Trăng và Cà Mau. Trung tâm Truyền thông GDSK 03 tỉnh không có tác phẩm tham dự hội thi là: Long An, Trà Vinh và Bạc Liêu.

Về nội dung, trong 14 tác phẩm dự thi, có 07 tác phẩm phản ánh công tác phòng chống cúm A(H1N1), 04 tác phẩm phản ánh công tác phòng chống cúm A(H5N1), 03 tác phẩm phản ánh cả công tác phòng chống cúm A(H1N1) và cúm A(H5N1). Về thể loại, có 10 tác phẩm là phóng sự, 02 tác phẩm tường thuật diễn tập phòng chống cúm, 01 tác phẩm phổ biến kiến thức và 01 tác phẩm tọa đàm. Ban giám khảo hội thi đã chấm, nhận xét và góp ý ưu và nhược điểm của từng tác phẩm.

Kết quả hội thi: Một tác phẩm đoạt giải Nhất của Trung tâm Truyền thông GDSK Cần Thơ; hai tác phẩm đoạt giải Nhì của Trung tâm Truyền thông GDSK Sóc Trăng và Đồng Tháp; ba tác phẩm đoạt giải Ba của Trung tâm Truyền thông GDSK Kiên Giang, Bến Tre và Vĩnh Long; các tác phẩm còn lại đoạt giải khuyến khích. Đánh giá về chuyên



Bác sỹ Đặng Quốc Việt trao giải nhất cho đại diện Trung tâm Truyền thông GDSK Cần Thơ.

ảnh: Tuấn Dũng

môn, nhà báo Ngô Lâm Phương, Phó trưởng ban Truyền hình cấp- Đài Truyền hình Việt Nam, Trưởng ban giám khảo nhận xét: các phóng viên nghiệp dư công tác tại Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh, thành phố đã có nhiều cố gắng và hoàn thành tốt tác phẩm. Tất cả các tác phẩm đều đạt chuẩn của Đài Truyền hình cấp tỉnh, thành phố (phát trên đài cấp tỉnh), một số tác phẩm đạt chuẩn của Đài Truyền hình Việt Nam và sẽ được phát trên kênh 02TV.

Tuy nhiên, các Trung tâm Truyền thông GDSK nói chung và các phóng viên, biên tập viên nói riêng cần được bồi dưỡng thêm về nghiệp vụ để nâng cao hơn nữa chất lượng tác phẩm. Một số tác phẩm cần biên tập lại cho phù hợp, gửi về Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương chuyển cho 02TV để phát hình trong thời gian tới.

Bác sỹ Đặng Quốc Việt, Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương, Trưởng ban chỉ đạo hội thi đã phát biểu khai mạc, tổng kết và bế mạc hội thi, trao phần thưởng cho đại diện của Trung tâm Truyền thông GDSK Cần Thơ- đơn vị có tác phẩm đoạt giải Nhất.

“VÌ NHỮNG ĐỨA CON KHÔNG NHỄM HIV”

PHẠM DUY

“90% phụ nữ mang thai được tư vấn về HIV/AIDS và 60% số phụ nữ mang thai được tư vấn tự nguyện xét nghiệm HIV; 100% phụ nữ mang thai nhiễm HIV và con của họ nhận được gói dịch vụ toàn diện dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; 90% bà mẹ nhiễm HIV và con của họ được tiếp tục theo dõi và chăm sóc sau khi sinh...”. Đó là mục tiêu của Chiến dịch dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con do Ủy ban Quốc gia Phòng, chống AIDS và Phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm phát động.

Chiến dịch dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con với chủ đề “Vì những đứa con không nhiễm HIV” nhằm khuyến khích trực tiếp những phụ nữ thuộc các nhóm đối tượng khác nhau tham gia các hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con vì chính những đứa con thân yêu của họ.

Bộ Y tế - cơ quan thường trực của Ủy ban Quốc gia Phòng, chống AIDS và Phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm cho biết, gói dịch vụ chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con toàn diện được tập trung cung cấp trong Chiến dịch bao gồm: tư vấn, xét nghiệm HIV tự nguyện cho phụ nữ mang thai, đặc biệt tập trung vào phụ nữ có

nguy cơ lây nhiễm HIV; chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho các đối tượng có nguy cơ cao; cung cấp sữa cho trẻ sơ sinh thuộc các đối tượng này đến ít nhất 6 tháng tuổi... Thời gian triển khai Chiến dịch dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đã được thay đổi so với kế hoạch ban đầu, từ ngày 1/9 - 30/9/2009.

Theo Bộ Y tế, kết quả giám sát trọng điểm cho thấy, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm phụ nữ mang thai trong cả nước đang có xu hướng gia tăng. Trong số phụ nữ mang thai nhiễm HIV, nhiều người đã không tiếp cận được các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Nguyên nhân chủ yếu là do bản thân người phụ nữ thiếu thông tin, thiếu kiến thức; bị kỳ thị và phân biệt đối xử; các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chưa được cung cấp một cách rộng rãi. Hầu hết số phụ nữ nhiễm HIV đều chỉ được phát hiện trong giai đoạn mang thai và khi chuyển dạ. Điều đó gây khó khăn trong việc tư vấn xét nghiệm tự nguyện, quản lý các bà mẹ nhiễm và trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV/AIDS cũng như công tác quản lý theo dõi Chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. ■

CỬ TRI NGÀNH Y TẾ SƠN LA THAM GIA Ý KIẾN VÀO DỰ THẢO LUẬT KHÁM CHỮA BỆNH

NGUYỄN CHÍ TRUNG ANH

Trung tâm Truyền thông GDSK Sơn La

Thực hiện chỉ đạo của Đoàn Đại biểu Quốc hội tỉnh Sơn La, ngày 07/09/2009 Sở Y tế Sơn La đã tổ chức hội nghị tham gia ý kiến vào dự thảo Luật Khám Chữa bệnh. Chủ trì Hội nghị là ông Cẩm Chí Kiên, Phó trưởng Đoàn đại biểu Quốc hội tỉnh Sơn La; tham dự Hội nghị có Đoàn đại biểu Quốc hội tỉnh và Lãnh đạo Sở Y tế, Bảo hiểm Xã hội tỉnh, các tổ chức chuyên môn, nghiệp vụ Sở Y tế và các bệnh viện trong tỉnh.

Các ý kiến đóng góp tại Hội nghị tập trung vào các vấn đề: quy định công chức, viên chức y tế hành nghề khám chữa bệnh tư

nhân; cấp và lộ trình thực hiện cấp chứng chỉ hành nghề cho cán bộ y tế; cấp giấy phép hoạt động đối với các cơ sở khám chữa bệnh; xã hội hoá trong các bệnh viện công; hệ thống tuyến y tế trong khám chữa bệnh; quyền được khám chữa bệnh của nhân dân; các chế độ đãi ngộ đối với cán bộ y tế...

Thay mặt Đoàn đại biểu Quốc hội tỉnh, ông Cẩm Chí Kiên ghi nhận các ý kiến của cử tri Ngành Y tế Sơn La và sẽ truyền tải những ý kiến đó đến Ủy ban Thường vụ Quốc hội để đóng góp cho dự thảo Luật khám chữa bệnh.

BẮC GIANG:

Chủ động phòng chống dịch bệnh TRONG MÙA MƯA BÃO

TRẦN THỊ VIỆT NGÀ

Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Giang

Sau những bài học kinh nghiệm về sự tổn thất nặng nề và phòng chống dịch hiệu quả sau cơn bão số 6 năm 2008, ngay từ đầu năm 2009, Trung tâm Y tế dự phòng Sơn Động đã xây dựng kế hoạch phòng chống dịch bệnh trong mùa mưa bão. Đến nay, Trung tâm Y tế dự phòng đã thành lập Ban Chỉ huy phòng chống lụt bão và tìm kiếm, cứu nạn; Tổ Vệ sinh môi trường; Đội Phòng chống dịch cơ động. Sau đó các tổ đã phân công, phân lịch thường trực hàng ngày cho từng thành viên trong suốt mùa mưa bão. Phương châm hoạt động là "Bốn tại chỗ".

Một là chỉ huy tại chỗ: có cán bộ chỉ huy điều phối các lực lượng tìm kiếm, cấp cứu và vận chuyển nạn nhân ngay tại nơi xảy ra thiên tai thảm họa. *Hai là lực lượng tại chỗ:* có cán bộ y tế luôn sẵn sàng để sơ cứu, cấp cứu nạn nhân và hướng dẫn chỉ đạo công tác vệ sinh môi trường, phòng chống dịch bệnh. *Ba là phương tiện tại chỗ:* có đủ thuốc, trang thiết bị y tế phục vụ yêu cầu chuyên môn. *Bốn là hậu cần tại chỗ:* có dự trữ lương thực, thực phẩm và các phương tiện phục vụ sinh hoạt khác cho bệnh nhân khi có bão, lũ lụt xảy ra. Đồng thời các nhóm đã tổ chức tập huấn, sinh hoạt

Hưng Yên:

NGƯỜI NGHÈO VẪN CÒN CƠ HỘI ĐƯỢC “XOÁ MÙ”



Mổ phaco thay thể thủy tinh cho người nghèo

PHẠM THẢO HOÀN

Trung tâm Truyền thông GDSK Hưng Yên

Vừa qua, được Tổ chức từ thiện Việt - Úc (VABAT) tài trợ, ngành Y tế Hưng Yên đã phối hợp với Bệnh viện Mắt Hà Nội tiến hành phẫu thuật thay thể thủy tinh cho người nghèo bị mù do đục thể thủy tinh ở huyện Khoái Châu: Bệnh viện Mắt Hà Nội chịu trách nhiệm chuẩn bị 2 máy mổ Phaco và nhân mắt (cẩn cứ theo danh sách khám sàng lọc) và thuốc men cũng như chuyên gia phẫu thuật; Bệnh viện Mắt Hưng Yên chuẩn

bị hồ sơ bệnh án và hỗ trợ một số kỹ thuật như: bơm rửa lệ đạo, vệ sinh mắt và gây tê màng mắt...

Được biết, Tổ chức từ thiện Việt - Úc tài trợ hoàn toàn chi phí cho 200 ca là các đối tượng người nghèo cần thay thể thủy tinh, chi phí trung bình mỗi ca phẫu thuật khoảng 3 triệu đồng. Bước đầu, Ngành Y tế Hưng Yên đã tiến hành phẫu thuật cho 80 ca của huyện Khoái Châu■

chuyên môn cho tất cả cán bộ viên chức trong đơn vị, nhất là các thành viên trong Ban chỉ huy và các tổ trực thuộc, hướng dẫn các kỹ năng xử trí trước mọi tình huống, các kiến thức về dịch tễ học, chẩn đoán bệnh tại cộng đồng để sẵn sàng ứng cứu, khi có thảm họa xảy ra.

Trao đổi với chúng tôi, bác sỹ Hoàng Văn Khẩn, Giám đốc Trung tâm Y tế dự phòng Sơn Động cho biết: "Trung tâm Y tế dự phòng đã chuẩn bị được cơ sở thuốc, hoá chất để phòng chống dịch cùng các phương

tiện cứu trợ; lập kế hoạch cụ thể việc di chuyển bảo đảm an toàn cho các cơ sở y tế trong vùng ngập lụt; bố trí các trạm cấp cứu bám sát các khu vực dân cư tạm sơ tán; tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe; vận động và hướng dẫn nhân dân tổng vệ sinh môi trường, chôn lấp xử lý xác gia súc, gia cầm chết để đảm bảo vệ sinh môi trường...; cung cấp nước sạch tại các vùng trọng điểm; chỉ đạo các trạm y tế xã thành lập 01 tổ cơ động gồm 3-5 người, tham gia ứng cứu khi có lụt bão xảy ra■

Hưng Yên:

HƯỚNG DẪN GIÁM SÁT, CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ THIẾT LẬP BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN PHÒNG, CHỐNG DỊCH CÚM A(H1N1)

PHẠM THẢO HOÀN

Trung tâm Truyền thông GDSK Hưng Yên

Trước nguy cơ bùng phát đại dịch cúm A(H1N1), ngày 8/9/2009 Ngành Y tế Hưng Yên tổ chức tập huấn về giám sát, chẩn đoán, điều trị và thiết lập bệnh viện dã chiến phòng, chống dịch cho cán bộ chuyên trách phòng chống dịch ở các bệnh viện tuyến tỉnh và trung tâm y tế dự phòng các huyện, thành phố.

Nội dung tập huấn tập trung vào các ca nghi ngờ nhiễm cúm A(H1N1) và người tiếp xúc với người bệnh; ca mắc bệnh hô hấp cấp tính nặng nghi do virus để giám sát y tế chặt chẽ, cách ly tại nhà hoặc tại cơ sở điều trị; xét nghiệm mẫu bệnh phẩm xác định ca bệnh hoặc chùm ca bệnh, đồng thời triển khai các biện pháp dự phòng theo “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng lây nhiễm cúm A(H1N1)” và “Hướng dẫn giám sát, phòng chống cúm A(H1N1)” của Bộ Y tế. Đặc biệt, phòng ngừa lây nhiễm cúm A(H1N1) cho cán bộ y tế trong quá trình chăm sóc, điều trị cho người bệnh và khi ra vào buồng cách ly hay khu vực tập trung bệnh nhân cần cách ly. Kiểm soát và phòng ngừa nhiễm khuẩn đối với người nhà bệnh nhân, cũng như khách đến thăm, khuyến khích bố mẹ, hoặc người bảo hộ hợp pháp của bệnh nhi ở cùng bệnh nhân trong thời gian nằm viện, tuân thủ các dự phòng kiểm soát và phòng ngừa nhiễm khuẩn. Mọi đồ vật bẩn và chất thải của người bệnh phải được thu gom xử lý thận trọng để phòng ngừa ô nhiễm bề mặt, vật dụng xung quanh hoặc cho người tiếp xúc.

Trong trường hợp có 20 người mắc cúm A(H1N1), hoặc nghi ngờ mắc, hoặc tiếp xúc gần với người xác định mắc cúm A(H1N1) trong các cơ sở tập trung đông người nhất thiết phải thành lập bệnh viện dã chiến cấp I. Khi đại dịch cúm xảy ra trên địa bàn và lây lan trong cộng đồng, một số cơ sở công cộng như trường học, nhà máy, xí nghiệp phải đóng cửa trong khi các tuyến điều trị đều quá tải bắt buộc phải thành lập bệnh viện dã chiến cấp II nhằm thu dung và điều trị tại chỗ cho bệnh nhân cúm A(H1N1)■

BAN HÀNH "HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS" MỚI

PHÚC TRÍ

Nguồn Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế

NHẪM ĐÁP ỨNG NHU CẦU MỞ RỘNG VÀ NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG ĐIỀU TRỊ CHO NGƯỜI NHIỄM HIV, NGÀY 19/8/2009, BỘ Y TẾ ĐÃ CÓ QUYẾT ĐỊNH SỐ 3003/QĐ-BYT VỀ VIỆC BAN HÀNH "HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS" MỚI VÀ THÔNG TƯ SỐ 19/2009/TT-BYT BÃI BỎ QUYẾT ĐỊNH SỐ 06/2005/QĐ-BYT NGÀY 07/3/2005 CỦA BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ VỀ VIỆC BAN HÀNH "HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS" TRƯỚC ĐÂY.

Hướng dẫn này được xây dựng trên cơ sở kế thừa Hướng dẫn năm 2005, tiếp thu những thành tựu mới đạt được trong lĩnh vực điều trị HIV/AIDS trên thế giới cũng như kinh nghiệm điều trị thực tế ở nước ta. Tham gia xây dựng hướng dẫn lần này có các chuyên gia trong nước và của các Chương trình, Dự án quốc tế tại Việt Nam: Tổ chức Y tế Thế giới, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Bệnh tật Hoa Kỳ, Dự án LIFE-GAP, Sáng kiến HIV Đại học Harvard, Sáng kiến HIV Quỹ Clinton, Tổ chức Sức khỏe gia đình quốc tế.

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS năm 2005 tuy đã trở thành cuốn cẩm nang không thể thiếu cho các bác sỹ và nhân viên y tế trong lĩnh vực phòng chống HIV/AIDS và cũng là cơ sở quan trọng trong việc đầu tư nguồn lực và định hướng tổ chức các mô hình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam, nhưng sau 3 năm thực hiện, Bộ Y tế thấy cần thiết phải sửa đổi, bổ sung để phù hợp điều kiện và đáp ứng nhu cầu chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam hiện nay:

- Về cấu trúc, Hướng dẫn lần này được chia làm hai phần chính dành riêng cho người lớn và trẻ em, giúp các thầy thuốc tra cứu được thuận tiện hơn.

- Đưa dự phòng lao hoạt động bằng Isoniazid vào thực hiện trong thường quy chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV tại Việt Nam.

- Phần "Chẩn đoán và điều trị các bệnh

nhiễm trùng cơ hội thường gặp ở người nhiễm HIV" được trình bày dưới dạng bảng để dễ tra cứu; cách tiếp cận chẩn đoán và điều trị phù hợp với điều kiện Việt Nam; một số thuốc điều trị mới được đưa vào Hướng dẫn để khuyến khích sản xuất hoặc nhập khẩu (như pyrimethamin, ganciclovir).

- Hướng dẫn điều trị bằng thuốc ARV được mở rộng hơn và bắt đầu sớm hơn: người nhiễm HIV ở giai đoạn lâm sàng 1-2 được bắt đầu điều trị sớm hơn khi số CD4 trong máu giảm xuống dưới 250 tế bào/mm³ thay vì dưới 200 tế bào/mm³ như Hướng dẫn 2005; khuyến cáo bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt cho những người ở giai đoạn bệnh tiến triển (lâm sàng giai đoạn 4 hoặc số CD4 <100 TB/mm³...). Điều này giúp cho người nhiễm HIV phục hồi sức khỏe và khả năng miễn dịch tốt hơn so với điều trị muộn.

- Đưa AZT vào phác đồ điều trị bằng thuốc ARV hàng ưu tiên thứ nhất, hạn chế việc sử dụng d4T. Điều này sẽ giúp giảm thiểu những biến chứng lâu dài liên quan đến d4T như bệnh lý thần kinh ngoại vi, rối loạn phân bố mô mỡ.

- Tiêu chuẩn thất bại điều trị bằng thuốc ARV được xác định rõ ràng, các phác đồ bậc hai cập nhật theo các khuyến cáo mới nhất của TCYTTG và các Hướng dẫn khác.

- Đề cập chi tiết đến điều trị bằng thuốc ARV cho một số nhóm đối tượng đặc biệt như người tiêm chích ma túy, bệnh nhân đồng nhiễm HIV/viêm gan B, C.

- Mở rộng điều trị dự phòng sau phơi



PHỐI HỢP TRIỂN KHAI TẬP HUẤN PHÒNG, CHỐNG CÚM A(H1N1)

HÀ THU HƯƠNG

Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Kạn

Vừa qua, Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh đã phối hợp với Sở Giáo dục và Đào tạo tỉnh Bắc Kạn tổ chức các lớp tập huấn về phòng chống dịch cúm A(H1N1). Đối tượng tham gia tập huấn là cán bộ lãnh đạo các phòng ban của Sở, chuyên viên các phòng giáo dục mầm non, giáo dục tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông và cán bộ phụ trách y tế học đường của các phòng giáo dục đào tạo. Đã có 15 lớp được tổ chức với 687 người tham gia. Đây là một trong những hoạt động mà Ngành Giáo dục và Đào tạo phối hợp với Ngành Y tế tỉnh Bắc Kạn tổ chức triển khai trước tình hình dịch cúm A(H1N1) đang lây lan trong cộng đồng.

Qua tập huấn, các cán bộ chuyên trách y tế trường học được tiếp nhận thêm thông tin về tình hình, giải pháp và các biện pháp phòng chống dịch cúm A(H1N1); hướng dẫn giám sát, chẩn đoán, điều trị phòng lây nhiễm cúm A(H1N1) ở người; hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong chăm sóc bệnh nhân nghi ngờ hoặc xác định cúm A(H1N1); sử dụng khẩu trang, phương tiện phòng hộ cá nhân; quy trình rửa tay bằng xà phòng; kế hoạch hành động phòng chống đại dịch cúm A(H1N1) cho các cơ sở giáo dục...

Với mục tiêu nâng cao nhận thức và kỹ năng phòng chống cúm A(H1N1) của học sinh, giáo viên, cán bộ y tế và cán bộ kiêm nhiệm trong các cơ sở giáo dục, chuẩn bị sẵn sàng ứng phó với diễn biến của dịch cúm A(H1N1); kiểm soát, phát hiện, xử lý kịp thời, triệt để, hạn chế tỷ lệ mắc và tử vong, góp phần giảm tác hại khi dịch cúm A(H1N1) xảy ra tại các cơ sở giáo dục. Sở Giáo dục và Đào tạo tỉnh Bắc Kạn đã xây dựng các nội dung, hoạt động cụ thể như: thành lập, kiện toàn Ban Chỉ đạo công tác y tế trường học các cấp, phối hợp với ngành y tế và các cơ quan ban ngành của địa phương trong chỉ đạo, đôn đốc kiểm tra công tác triển khai các biện pháp phòng chống dịch trong các cơ sở giáo dục trên địa bàn quản lý. Các hoạt động triển khai khi dịch cúm xảy ra và sau khi đã dập tắt dịch cúm cũng đã được ngành giáo dục xây dựng chi tiết. Theo đó, các cán bộ chuyên trách y tế của các cơ sở giáo dục, trường học trên địa bàn tỉnh sẽ xây dựng kế hoạch phòng chống cúm A(H1N1) cụ thể cho đơn vị mình.

Cũng trong thời gian này, Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe tỉnh Bắc Kạn đã phối hợp với Trường Cao đẳng Sư phạm tỉnh tổ chức 02 lớp tập truyền thông cho hơn 1.000 sinh viên và toàn thể giáo viên của trường về các biện pháp phòng chống và phương án xử lý tình huống khi có dịch xảy ra.



nhiễm với HIV cho các trường hợp tiếp xúc ngoài môi trường nghề nghiệp.

- Đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán sớm nhiễm HIV ở trẻ em.

- Hướng dẫn điều trị bằng ARV sớm cho trẻ nhiễm HIV (ngay sau khi phát hiện nhiễm HIV ở trẻ, càng sớm càng tốt, trước khi trẻ được 12 tháng tuổi) theo khuyến cáo của TCYTTC và Hướng dẫn điều trị HIV nhi khoa ở các nước phát triển. Điều này sẽ giúp hạn chế tình trạng tử vong và rối loạn phát triển về

thể chất và trí tuệ ở trẻ nhiễm HIV do lây truyền từ mẹ sang con trong thời kỳ chu sinh.

Với những quan điểm mới và cách tiếp cận mới trong chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị 2009" sẽ là cơ sở để việc chăm sóc và điều trị người cho nhiễm HIV được mở rộng hơn và cải thiện hơn, góp phần nâng cao sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV tại Việt Nam.



Điều trị bệnh nhân mắc cúm A(H1N1)

Ảnh: Quang Nguyễn



Cán bộ Y tế Thừa Thiên Huế cấp phát thuốc cho người dân

Ảnh: Trọng Tiến



Tập huấn trực tuyến hướng dẫn triển khai chiến dịch dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
 Ảnh: Vân Nga



Chăm sóc người bệnh cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh

Ảnh: Hoài Phương