



BẢN TIN

Giáo dục Sức khỏe

BẢN TIN CỦA TRUNG TÂM TRUYỀN THÔNG GDSK TRUNG ƯƠNG



Lưu hành nội bộ

SỐ 5

2012



Giáo dục Sức khỏe

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

ĐT: 04.7623673

Email: cdt_gdsk@yahoo.com

Website: www.t5g.org.vn

SỐ 163

CHIỤ TRÁCH NHIỆM NỘI DUNG

TTƯT, Bác sỹ CK I

Đặng Quốc Việt

BAN BIÊN TẬP

BS Đặng Quốc Việt: Trưởng ban

TS. Nguyễn Thị Kim Liên: Phó trưởng ban

BS.Đặng Phương Liên: Thư ký

CN. Hà Văn Nga

CN. Phạm Trà Giang

TRỊ SỰ

ThS. Dương Quang Tùng

TRÌNH BÀY

HS. Nguyễn Huyền Trang

TRONG SỐ NÀY

NỘI DUNG

TRANG

* Kỷ niệm 122 năm Ngày sinh Chủ tịch Hồ Chí Minh: Khơi dậy và phát triển phong trào vệ sinh yêu nước, xây dựng đời sống mới	1
* Ngành Y tế Ninh Bình sau 20 năm tái lập tỉnh	5
* Một số kinh nghiệm của Thái Lan về phương thức chi trả và phát triển bảo hiểm y tế toàn dân	7
* Hiệu quả công tác tuyên truyền trong xây dựng mô hình cộng đồng không thuốc lá tại 2 xã điểm Lương Vượng và Yên Nguyên thuộc tỉnh Tuyên Quang	11
* Hiệu quả từ mô hình quản lý người bệnh hen phế quản và tăng huyết áp dựa vào cộng đồng tại huyện Kon Rẫy, tỉnh Kon Tum	13
* Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị Hội chứng viêm da dầy sừng bàn tay, bàn chân	15
* Hen phế quản ở phụ nữ có thai	17
* Thời tiết thay đổi - người già và trẻ em nhập viện tăng	19
* Bạn có biết? Gánh nặng lớn về sức khỏe và kinh tế do thuốc lá gây ra tại Việt Nam	25
* Trung tâm Phòng chống Bệnh xã hội tỉnh Yên Bái: Nỗ lực đem lại ánh sáng cho người nghèo	22
* Hội thảo trao đổi kinh nghiệm về phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT theo định suất tại các tỉnh Bắc Trung bộ	23
* Ninh Thuận: Khởi động dự án phát triển chăm sóc mắt toàn diện	24
* Tuyên Quang: 2.594 bệnh nhân tâm thần được quản lý, điều trị tại cộng đồng	25
* Trích "Thuốc Nam chữa bệnh từ cổ đô Hoa Lu" của tác giả Nguyễn Hoán	26
Chứng đau các khớp (Chứng tý)	
* Công văn	27
* Khuyến cáo của Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương tăng cường phòng dịch bệnh Tay- Chân - Miệng	28

Ảnh trang bìa:

Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiến cùng đại diện lãnh đạo các đơn vị tổ chức cắt băng khai mạc Triển lãm Quốc tế chuyên ngành Y được Việt Nam lần thứ 19 (Vietnam Medi-Pharm 2012)

Ảnh: Trần Quang Tuấn

In 2.000 bản, khổ 19 x 27cm
tại xưởng in Công ty Cổ phần in
truyền thông Việt Nam.

Giấy phép số 90/GP-XBBT

ngày 15/12/2011.

Nộp lưu chiếu 2012

Kỷ niệm 122 năm Ngày sinh Chủ tịch Hồ Chí Minh:

KHƠI DẬY VÀ PHÁT TRIỂN PHONG TRÀO VỆ SINH YÊU NƯỚC, XÂY DỰNG ĐỜI SỐNG MỚI

BS. Đặng Quốc Việt
Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương



Ngày 15/2/1965, Bác Hồ thăm xã Nam Chính, huyện Nam Sách, tỉnh Hải Dương. Sau khi nói chuyện với cán bộ, đảng viên và nhân dân địa phương, Bác đi kiểm tra các công trình vệ sinh của nhân dân (Ảnh tư liệu)

Người xưa có câu: Phi Nông bất ổn, phi Công bất phú, phi Thương bất hoạt, phi Trí bất hưng. Việt Nam là một nước nông nghiệp với hơn 70% dân số là nông dân, sống ở nông thôn và làm nông nghiệp. Vì

vậy, đầu tư cho nông nghiệp, phát triển nông thôn và chăm lo cho nông dân chính là đầu tư cho phát triển, là giải pháp quan trọng nhất đảm bảo ổn định xã hội- nền tảng vững chắc để phát triển đất nước.

Bác Hồ là người phát động phong trào vệ sinh yêu nước, xây dựng đời sống mới

Là lãnh tụ của dân tộc, nhất là trong điều kiện đất nước vừa giành được độc lập, vừa phải chống thù trong, giặc ngoài, vừa phải chống giặc đói, giặc dốt..., nhưng Bác Hồ vẫn luôn chăm lo phát triển ngành Y tế để chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Trong công tác y tế, vấn đề vệ sinh phòng bệnh được Bác rất coi trọng, coi là trụ cột của sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Tháng 2/1949, gửi thư cho nam nữ học viên Trường cán bộ y tế Liên khu I, Người chỉ rõ: “Người y tá chẳng những giúp chữa bệnh mà còn phải phổ biến vệ sinh”. Trong thư gửi Hội nghị cán bộ y tế toàn quốc năm 1953, vấn đề vệ sinh phòng bệnh được Bác đề cập một cách sâu sắc hơn và toàn diện hơn. Người viết: “Sức khỏe của cán bộ và nhân dân được đảm bảo thì tinh thần càng hăng hái. Tinh thần và sức khỏe đầy đủ thì kháng chiến càng nhiều thắng lợi, kiến quốc càng mau thành công. Nhiệm vụ đó có hai phần: Phòng bệnh cũng cần thiết như chữa bệnh”. Thông qua việc vận động diệt ruồi, diệt muỗi và diệt chấy rận, Bác còn nhấn mạnh: Phòng bệnh hơn chữa bệnh.

Đánh giá cao vai trò và sự gắn bó chặt chẽ giữa vệ sinh với sức khỏe, Người khẳng định: “Nếu chúng ta chú ý vệ sinh phòng bệnh thì tránh được bệnh”. Do đó: “Mọi người phải chú ý gìn giữ vệ sinh, bảo vệ sức khỏe”. Bác còn gắn vấn đề vệ sinh với công tác thi đua, Người nói: công việc hàng ngày là nền tảng của thi đua. Vệ sinh là công việc hàng ngày của mỗi người, mỗi gia đình, mỗi cơ quan, đoàn thể. Vì vậy, vệ sinh không tách rời yêu

nước. Và Bác đã phát động: Phong trào vệ sinh yêu nước, xây dựng đời sống mới.

Ngành Y tế triển khai thực hiện phong trào

Cách mạng Tháng Tám thành công, nước ta bước sang một kỷ nguyên mới, nhưng về mặt y học nói chung và vệ sinh nói riêng thì còn nhiều bất cập, lạc hậu. Để chủ động phòng chống dịch bệnh và thực hiện phong trào vệ sinh yêu nước, xây dựng đời sống mới, Bộ Y tế đã thành lập Ban chống dịch. Ban đã đề ra 4 nhiệm vụ trọng tâm là: Tổ chức diệt trừ chấy rận/tổng vệ sinh/tuyên truyền giáo dục nhân dân/chuẩn bị thuốc men, phương tiện và tài chính để chống dịch. Thời kỳ này, vệ sinh phòng bệnh được coi là nhiệm vụ hàng đầu của ngành Y tế. Trong chương trình công tác đầu tiên, Bộ Y tế cũng đề ra 4 nhiệm vụ cụ thể:

- Phòng chống các bệnh dịch: tả, đậu mùa, thương hàn...
- Phòng chống các bệnh xã hội: mắt hột, hoa liễu...
- Tuyên truyền vệ sinh phòng bệnh: xây dựng nhà xí, giếng nước, nhà tắm; vận động thực hành 3 sạch, 4 diệt...
- Tuyên truyền tân y học: xây dựng tủ thuốc, bệnh xá, nhà hộ sinh...

Để đẩy mạnh công tác y tế nói chung và phong trào vệ sinh nói riêng ở nông thôn, tháng 11/1949, Bộ Y tế đề nghị và ngày 22/12/1949, Bác Hồ đã ký Sắc lệnh số 145/SL thành lập Nha y tế thôn quê với nhiệm vụ thực hiện những công tác tại các xã như: truyền bá vệ sinh và tân y học, mở các nhà hộ sinh, lập các tủ thuốc và đào tạo cán bộ. Sự xuất hiện tổ chức y tế này phù hợp với tư tưởng Hồ Chí Minh: “Phải đẩy mạnh phong trào vệ sinh nông thôn”. Tiếp đó, Bộ Y tế kiện toàn mạng

lưới các viện nghiên cứu và mạng lưới y tế dự phòng từ trung ương tới cơ sở và phát triển mạng lưới vệ sinh viên. Năm 1953, Bộ Y tế thành lập Vụ Phòng bệnh và Chữa bệnh, sau đó tách thành Vụ Chữa bệnh và Vụ Phòng bệnh- tiền thân của Cục Y tế Dự phòng và Cục Quản lý môi trường y tế hiện nay.

Sau hòa bình lập lại ở miền Bắc năm 1954, nhiều dịch bệnh nổi lên như: sốt rét, tả, lị, thương hàn... Đầu năm 1955, Bộ Y tế đã có chủ trương đẩy mạnh vệ sinh nông thôn và năm 1958, Bộ Y tế mở cuộc vận động nhân dân thực hiện: sạch làng tốt ruộng, sạch bản tốt nương, sạch phố tốt đồng; thực hiện phong trào 3 sạch: ăn sạch, ở sạch, uống sạch; 4 diệt: diệt ruồi, diệt muỗi, diệt chuột, diệt côn trùng. Cũng trong năm 1958, bác sỹ Phạm Ngọc Thạch, Bộ trưởng Bộ Y tế dựa trên tư tưởng của Bác và các chỉ thị, nghị quyết của Đảng và Nhà nước, xác định 5 phương châm, nguyên tắc xây dựng và phát triển ngành Y tế, trong đó có phương châm: Phòng bệnh là chính, chữa bệnh là quan trọng.

Ngày 7/2/2002, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ký Quyết định số 370/QĐ-BYT ban hành Chuẩn Quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001-2010, có 10 Chuẩn thì Chuẩn 2 là phòng chống dịch bệnh, trong đó có các tiêu chí về vệ sinh môi trường, cung cấp nước sạch, xử lý phân nước rác...

Khơi dậy và phát triển phong trào vệ sinh yêu nước, xây dựng nông thôn mới

Mục tiêu: Phấn đấu đến năm 2020, nước ta cơ bản là một nước công nghiệp theo hướng phát triển đã được khẳng định trong các văn kiện của Đảng và được thể chế hóa bằng Nghị quyết số 26-NQ/TW

về nông nghiệp, nông dân, nông thôn ngày 5/8/2008 của Ban chấp hành Trung ương Đảng khóa X. Để đưa chủ trương của Đảng đi vào cuộc sống, ngày 16/4/2009, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 491/QĐ-TTg ban hành Bộ tiêu chí quốc gia về nông thôn mới và ngày 21/8/2009, với trách nhiệm đơn vị đầu mối, Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn đã ban hành Thông tư số 54/2009/TT-BNNPTNT hướng dẫn thực hiện Bộ tiêu chí quốc gia về nông thôn mới. Tiếp đó, ngày 4/6/2010, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 800/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia về xây dựng nông thôn mới giai đoạn 2010-2020.

Phát triển về thứ hai của phong trào theo tư tưởng của Bác Hồ, Chính phủ đang chỉ đạo các bộ, ngành và các địa phương triển khai xây dựng nông thôn mới. Đây là Chương trình trọng điểm quốc gia và đang ở giai đoạn làm thí điểm. Còn về thứ nhất của phong trào, ngày 22/9/2011, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ký Quyết định số 3447/QĐ-BYT ban hành Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020. Có hai trong 10 tiêu chí liên quan tới nội dung này là: Tiêu chí 3 về cơ sở hạ tầng và Tiêu chí 6 về y tế dự phòng, vệ sinh môi trường và các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế. Để tạo khí thế mới, Bộ Y tế sẽ phối hợp với Ủy ban nhân dân tỉnh Hải Dương và các ban, bộ, ngành ở trung ương cùng các tỉnh, thành phố trong cả nước tổ chức: Lễ phát động phong trào vệ sinh yêu nước, nâng cao sức khỏe nhân dân, dự kiến tổ chức vào sáng 01/7/2012, tại xã Nam Chính, huyện Nam Sách, tỉnh Hải Dương - nơi vinh dự được Bác Hồ về thăm ngày 15/02/1965. Bộ Y

tế đã giao cho Cục Quản lý môi trường Y tế, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương và Sở Y tế tỉnh Hải Dương làm đầu mối phối hợp xây dựng kế hoạch tổ chức Lễ phát động. Bộ Y tế cũng đang trình Thủ tướng Chính phủ lấy ngày 2/7 hàng năm là “Ngày vệ sinh yêu nước”.

Thay cho lời kết

Bước sang thập kỷ 2011-2020, nhiều thách thức lớn đang đặt ra cho công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân như tốc độ công nghiệp hóa và đô thị hóa nhanh, biến đổi khí hậu, thời tiết diễn biến bất thường, xuất hiện nhiều dịch bệnh mới nổi... Để chủ động ứng phó có hiệu quả các vấn đề nêu trên, cần quán triệt và thực hiện quan điểm của Đảng trong Nghị quyết Trung ương IV khóa VII: “Chăm sóc sức khỏe và giải quyết các vấn đề bệnh tật cần phải theo quan điểm dự phòng tích cực và chủ động, đẩy mạnh phong trào vệ sinh phòng bệnh, rèn luyện thân thể đi đôi với nâng cao hiệu quả điều trị” và triển khai thực hiện tốt 5 biện pháp sau đây:

Một là, tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe để mọi người

dân biết quý trọng sức khỏe, chủ động bảo vệ sức khỏe cho bản thân và tích cực tham gia công tác chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng.

Hai là, thực hiện tốt công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân tại cộng đồng. Thực hiện cung cấp nước sạch và đẩy mạnh phong trào vệ sinh môi trường nông thôn, tư vấn dinh dưỡng và đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm, hướng dẫn rèn luyện thân thể nâng cao thể lực, phòng tránh các yếu tố nguy cơ...

Ba là, thường xuyên thanh tra, kiểm tra, giám sát về vệ sinh môi trường, vệ sinh lao động, vệ sinh thực phẩm, vệ sinh dược phẩm và mỹ phẩm...

Bốn là, hướng dẫn người dân xây dựng nếp sống mới ở nông thôn và đô thị, phát triển lối sống lành mạnh, tránh lạm dụng để hạn chế tác hại của rượu, bia, thuốc lá, thuốc lào...

Năm là, phát triển khoa học về sức khỏe và tăng cường đào tạo cán bộ hệ y tế dự phòng, truyền thông giáo dục sức khỏe ■



Ngành Y Tế Ninh Bình sau 20 năm tái lập tỉnh

Minh Thúy - Lê Hoàn
Trung tâm Truyền thông GDSK Ninh Bình

Từ khi tái lập tỉnh đến nay, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân luôn được tỉnh Ninh Bình quan tâm. Tỉnh đã chú trọng hoàn thiện hệ thống cơ sở vật chất, đầu tư trang thiết bị hiện đại phục vụ công tác khám, chữa bệnh, đào tạo đội ngũ y bác sĩ giỏi về chuyên môn, y đức, góp phần thiết thực vào sự nghiệp bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Thực hiện trọng trách chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân trên địa bàn tỉnh, 20 năm qua được sự quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo của Tỉnh ủy, HĐND, UBND tỉnh, sự hỗ trợ của các ban ngành, đoàn thể, ngành Y tế Ninh Bình đã không ngừng nỗ lực hoàn thiện hệ thống y tế. Năm 1992, toàn tỉnh Ninh Bình có 156 cơ sở y tế, đến năm 2011 đã có 172 cơ sở y tế. Hiện nay, toàn tỉnh có trên 2.700 giường bệnh, tăng 50% giường so với năm đầu tái lập tỉnh, đạt tỷ lệ 30 giường bệnh/1 vạn dân. Tỷ lệ 5,8 bác sĩ/1 vạn



Chăm sóc người bệnh tại Khoa Cấp cứu,
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

dân, tăng hơn 40% so với năm 1992.

Từ tháng 4/2010, Bệnh viện Đa khoa tỉnh với quy mô 700 giường bắt đầu hoạt động tại địa điểm mới với cơ sở vật chất khang trang, thiết bị máy móc hiện đại như máy chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính, hệ thống thiết bị xử lý hình ảnh X-quang số hoá, máy tán sỏi ngoài cơ thể, hệ thống phẫu thuật nội soi trong ngoại khoa... Đặc biệt, Bệnh viện Đa khoa tỉnh triển khai thành công nhiều kỹ thuật mới như: phẫu thuật làm cầu nối động mạch - tĩnh mạch cho bệnh nhân chạy thận nhân tạo, cắt polip trực tràng qua nội

soi, phẫu thuật nẹp vít cột sống, phẫu thuật thay khớp háng, phẫu thuật nội soi khớp... cùng nhiều kỹ thuật mới trong chẩn đoán cận lâm sàng. Đây là dấu ấn trong bước trưởng thành và phát triển vượt bậc của ngành Y tế Ninh Bình. Qua đó, chất lượng công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân ngày càng được nâng lên, người dân được tiếp cận với y tế chất lượng cao, đồng thời giảm tình trạng quá tải cho các bệnh viện tuyến trung ương.

Toàn tỉnh hiện có 08 bệnh viện Trung tâm y tế tuyến huyện, 09 Trung tâm y tế Dự phòng tuyến tỉnh và 07 bệnh viện chuyên khoa được đầu tư xây mới, cải tạo, nâng cấp khang trang với các trang thiết bị hiện đại. Nhiều kỹ thuật mới được áp dụng ở các tuyến đã góp phần giảm tải cho tuyến tỉnh và tuyến trung ương. Có thể nói, đây là một nỗ lực rất lớn của ngành Y tế, qua đó thể hiện sự quan tâm đặc biệt của tỉnh tới công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Bên cạnh tập trung phát triển lĩnh vực y tế chuyên sâu, ngành Y tế Ninh Bình luôn chú trọng lĩnh vực y tế cộng đồng. Công tác y tế dự phòng đã có nhiều tiến bộ, bảo đảm giám sát, phòng, chống dịch kịp thời, hiệu quả, không để dịch lớn xảy ra trên địa bàn. Liên tục nhiều năm liền, trên 99% trẻ dưới 6 tuổi được tiêm chủng đầy đủ, nhờ đó đã thanh toán được bệnh bại liệt, khống chế được bệnh uốn ván sơ sinh, ho gà, bạch hầu... Công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản/KHHGD được triển khai hiệu quả, đồng bộ. Đặc biệt là việc triển khai hiệu quả các mô hình, đề án nâng cao chất lượng dân số và đề án giảm thiểu mất cân bằng giới tính, bảo đảm chất lượng dân số. Toàn tỉnh hiện có

86% xã đạt Chuẩn quốc gia về y tế, 100% trạm y tế xã có y sĩ sản nhi, 100% thôn có nhân viên y tế...

Ông Tống Quang Thìn, Tỉnh ủy viên, Giám đốc Sở Y tế, cho biết: Ngành Y tế



Khám bệnh miễn phí cho trẻ dưới 6 tuổi ở Ninh Bình

Ninh Bình đã đạt được nhiều thành tựu to lớn, tuy nhiên để Y tế Ninh Bình phát triển bền vững xứng tầm khu vực, cần có những giải pháp thích hợp, tập trung đào tạo đội ngũ cán bộ y tế vừa hồng vừa chuyên.

Để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe với chất lượng ngày càng cao, góp phần quan trọng vào chiến lược phát triển nguồn nhân lực, tạo đà cho sự nghiệp phát triển kinh tế, xã hội của tỉnh trong thời kỳ mới, hướng tới công bằng hiệu quả, ngành Y tế Ninh Bình tiếp tục ứng dụng tiến bộ khoa học kỹ thuật vào công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, thực hiện hiệu quả các Chương trình mục tiêu Y tế Quốc gia, đặc biệt chú trọng tới chất lượng công tác khám chữa bệnh tại y tế cơ sở, tiếp tục đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho đội ngũ cán bộ y tế... ■

Một số kinh nghiệm của Thái Lan về phương thức chi trả và phát triển bảo hiểm y tế toàn dân

Trần Anh



Việt Nam đặt ra mục tiêu bao phủ bảo hiểm y tế (BHYT) toàn dân vào năm 2014 và đổi mới phương thức chi trả theo hướng định suất và chi trả theo trường hợp bệnh trong vòng 10 năm tới, nhằm đạt được mục tiêu công bằng, hiệu quả và nâng cao sức khỏe của nhân dân. Những bài học kinh nghiệm của các quốc gia, đặc biệt là các nước có nhiều điểm tương đồng, về việc thực hiện BHYT cũng rất có ích cho Việt Nam trong quá trình tìm ra hướng đi phù hợp với hoàn cảnh đất nước ta. Một số đặc trưng và kinh nghiệm của Thái Lan về chính sách BHYT được bà Sarah Bales, một chuyên gia về chính sách y tế tổng kết, có thể là sự tham khảo hữu ích cho các nhà quản lý và hoạch định chính sách y tế của Việt Nam.

Thái Lan là quốc gia đã chuyển đổi nhanh sang BHYT toàn dân và phương thức chi trả dịch vụ y tế hiệu quả trong 20 năm qua. Thực hiện BHYT toàn dân và đổi mới phương thức chi trả là hai yếu tố gắn kết chặt chẽ với nhau và tạo nên những tiến bộ rõ nét của hệ thống y tế Thái Lan những năm gần đây.

Cơ chế thực hiện BHYT

Thái Lan đã từng thực hiện những cơ chế BHYT khác nhau và đến năm 2010 vẫn duy trì 3 cơ chế, mỗi cơ chế có phương thức chi trả khác nhau.

BHYT cho công chức, viên chức do ngân sách Nhà nước đóng góp kinh phí và chi trả theo dịch vụ. Cơ chế này đã bị phê phán là lãng phí, thiếu hiệu quả do nhập viện không cần thiết, kéo dài thời gian điều trị nội trú, gia tăng nhanh chi phí, mất công bằng trợ cấp bình quân đầu người từ ngân sách Nhà nước. Vì vậy, ở

Thái Lan đang có cuộc tranh luận về chính sách để hòa nhập BHYT này vào các chương trình BHYT khác và áp dụng phương thức chi trả hiệu quả hơn.

Cơ chế BHYT của Bảo hiểm xã hội (BHXH) do người lao động và người sử dụng lao động cùng đóng phí bảo hiểm, phương thức chi trả theo định suất bao gồm cả dịch vụ nội trú và ngoại trú. Cơ chế BHYT toàn dân, bao phủ tất cả người dân còn lại không sử dụng BHYT theo hai cơ chế trên. Ban đầu, BHYT toàn dân cũng áp dụng định suất cho cả nội trú và ngoại trú, nhưng đã bắt đầu áp dụng phương thức chi trả theo trường hợp bệnh (DRG) cho bệnh nhân nội trú từ năm 2008. Cả hai cơ chế BHYT này đã được chứng minh có hiệu quả trong kiểm soát chi phí, cho phép dần dần mở rộng gói dịch vụ được bao phủ.

Thái Lan đã xem xét cẩn thận các phương án về phương thức chi trả, dựa trên kinh nghiệm và bằng chứng nghiên cứu của quốc tế, thấy rằng cần phải tránh phương thức trả phí theo dịch vụ, vì khó kiểm soát chi phí, dễ lạm dụng.

Phương thức thanh toán theo định suất

Việc lựa chọn định suất và kết hợp giữa định suất và DRG là quyết định dựa trên phân tích các dịch vụ được sử dụng bởi hai nhóm đối tượng được bao phủ trong hai cơ chế BHYT khác nhau. Đối với nhóm người lao động, ít bị bệnh nặng, việc áp dụng định suất là phù hợp, trong khi những người thuộc cơ chế BHYT toàn dân (gồm cả người cao tuổi, khuyết tật và trẻ em) thì áp dụng DRG sẽ hợp lý hơn.

Định suất là phương thức chi trả trong đó quỹ BHYT cấp cho cơ sở y tế một khoản tiền tính bằng số lượng người đăng

ký khám chữa bệnh theo BHYT tại cơ sở nhân với định suất chi phí. Ngân sách này được gọi là quỹ BHYT tại cơ sở y tế và được sử dụng để giải quyết các nhu cầu khám chữa bệnh của tổng thể đối tượng đăng ký tại cơ sở đó. Các nhà nghiên cứu tính toán, trung bình một đối tượng khám ngoại trú 3 lần/năm và cứ 10 người lao động thì có 1 người nhập viện/năm. Chi phí bình quân một lần khám là 150 baht, chi phí nhập viện 3.000 baht và định suất phí là khoảng 750 baht/năm (tương đương 475.000 đồng).

Định suất phí được cơ quan độc lập khẳng định là đầy đủ để bảo đảm hoàn trả kinh phí của bệnh viện. Định suất phí được điều chỉnh hàng năm dựa trên số liệu về những sự thay đổi trong tần suất sử dụng dịch vụ y tế và dự báo những thay đổi trong chi phí. Các bệnh viện không nhận trợ cấp trực tiếp từ ngân sách Nhà nước để cung cấp dịch vụ y tế, thì thu nhập chủ yếu là từ các quỹ BHYT. Theo quy định áp dụng định suất, các bệnh viện phải chi ít hơn tổng số kinh phí được cung cấp theo định suất và không có khoản bổ sung nếu bội chi. Các yếu tố này khuyến khích cung cấp dịch vụ hiệu quả hơn, nhưng cũng có thể dẫn đến bệnh nhân nặng bị chuyển sang cơ sở y tế khác hoặc cơ sở y tế cung cấp dịch vụ chất lượng kém hơn để tiết kiệm kinh phí. Một số bệnh viện có nguy cơ phải điều trị bệnh nhân nặng hơn, với chi phí cao hơn, nên sẽ có những khoản bổ sung mức hoàn trả đối với một số bệnh cụ thể như mổ tim hở, mổ thần kinh, hóa trị ung thư, tai nạn... Sau một năm áp dụng định suất, có một số bệnh viện bội thu và có bệnh viện bội chi. Nghiên cứu các đặc trưng của bệnh viện bội chi cho thấy hai nguyên

nhân quan trọng, đó là: 1) tần suất sử dụng dịch vụ của người dân đăng ký BHYT tại một cơ sở cao hơn, và 2) chi phí lao động ở vùng thuận lợi cao hơn vì có nhiều lao động/người dân cao hơn. Từ đó, những giải pháp khắc phục được đưa ra để giải quyết tình trạng này.

Ngoài áp dụng định suất, Thái Lan cũng yêu cầu các bệnh viện phải thành lập đơn vị chăm sóc sức khỏe ban đầu, học cách quản lý thuốc hiệu quả hơn, tăng cường sử dụng thuốc gốc, hệ thống thông tin có hiệu quả hơn.

Chi trả theo trường hợp bệnh (DRG) là phương thức mà mỗi bệnh nhân có cùng chẩn đoán sẽ được hoàn trả chi phí điều trị ở mức như nhau. DRG gắn liền với mô hình bệnh tật được điều trị và chi phí trung bình của các nhóm bệnh đó. Khác với phí theo dịch vụ, khoản tiền được hoàn trả cho bệnh viện là mức trung bình đối với bệnh đó, không phải thực thanh, thực chi và khoản tiền hoàn trả được xác định trước khi khám chữa bệnh.

Các nhà nghiên cứu đã sử dụng dữ liệu điện tử và thiết kế phần mềm phân loại chẩn đoán theo mã bệnh ICD-10, mã thủ thuật/phẫu thuật, xây dựng nhóm chẩn đoán DRG theo tiêu chí: thuộc cùng nhóm bệnh, cùng thủ thuật điều trị và có chi phí không dao động nhiều giữa các bệnh nhân. Đến năm 2008, Thái Lan đã có 1.920 nhóm chẩn đoán và có đủ thông tin để tính ngân sách tổng thể. Hệ thống DRG trở thành công cụ để phân bổ ngân sách tổng thể giữa các cơ sở y tế.

Những bài học kinh nghiệm cho Việt Nam

Trong quá trình triển khai BHYT, Việt Nam đã áp dụng phương thức chi trả phí theo dịch vụ, kết hợp với việc BHYT chưa

bao phủ toàn dân đã tạo ra nhiều yếu tố không mong muốn cho hệ thống y tế, bệnh viện và người dân. Tỷ lệ hộ gia đình chi cho y tế quá mức cao hơn so với nhiều nước trong khu vực, mất cân đối trong quỹ BHYT do không thể kiểm soát chi phí. Để đạt được mục tiêu công bằng và hiệu quả thì phải đồng thời phát triển BHYT toàn dân và đổi mới phương thức chi trả. Việc áp dụng thí điểm phương thức định suất và xây dựng phương thức DRG dần tiến tới áp dụng phổ biến đang là lộ trình cơ bản của Việt Nam.

Những kinh nghiệm của Thái Lan trong việc thực hiện phương thức định suất có thể được tham khảo như:

- Ước tính định suất không quá phức tạp, chỉ cần thông tin về tần suất sử dụng dịch vụ, chi phí bình quân/1 lần sử dụng dịch vụ, lạm phát về chi phí điều trị và chi phí lao động.

- Phải xây dựng khoản bổ sung đối với những bệnh nặng, những cơ sở y tế có năng suất cao hơn.

- Quản lý hiệu quả hơn, giảm chi phí, sử dụng thuốc gốc và kiểm soát kê đơn, xây dựng đơn vị CSSK ban đầu.

- Theo dõi, đánh giá tác động để kịp thời điều chỉnh những vấn đề phát sinh và điều chỉnh chính sách phù hợp.

Những kinh nghiệm về phương thức DRG:

- Xây dựng cơ sở dữ liệu tối thiểu điện tử từ các bệnh viện, các thủ thuật, phẫu thuật theo phân loại quốc tế.

- Phân nhóm chẩn đoán theo mã bệnh, kèm theo mã bệnh, mã thủ thuật và thông tin chi phí.

- Tính chi phí bình quân một lần khám chữa bệnh ngoại trú và bình quân một đợt điều trị.

- Xây dựng lộ trình xây dựng và áp dụng DRG tại Việt Nam.

Phương thức DRG thường áp dụng qua hệ thống BHYT, tuy nhiên Việt Nam vẫn còn chưa bao phủ BHYT y tế toàn dân. Nguồn thu của bệnh viện từ BHYT mới chiếm khoảng 30%, phần còn lại do ngân sách Nhà nước và thu viện phí trực tiếp từ người bệnh.

Bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân

Ở Thái Lan, khởi đầu là cơ chế BHYT bao phủ cho công chức và viên chức, sau đó mở rộng cho đối tượng thu nhập thấp. Những người khỏe mạnh được thu hút tự nguyện đóng phí BHYT, tuy nhiên điều này rất khó thực hiện. Sự quan tâm của Nhà nước đối với hệ thống y tế bao phủ toàn dân đóng vai trò rất quan trọng. GDP của Thái Lan tăng lên, môi trường kinh tế-xã hội thuận lợi, cũng là điều kiện tốt để thành lập cơ chế BHYT toàn dân.

Việc dự báo nhu cầu bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân được dùng làm cơ sở để phân bổ ngân sách theo cơ chế định suất đối với dịch vụ ngoại trú và theo DRG đối với dịch vụ nội trú. Các nghiên cứu theo dõi và đánh giá những tác động đối với cơ sở y tế, bệnh nhân, hệ thống y tế, đầu tư cơ bản, chi phí y tế... liên tục được thực hiện để có những điều chỉnh kịp thời và chứng minh về tính công bằng và hiệu quả. Các chỉ số còn bao gồm tỷ lệ hộ gia đình phải chi quá mức, tỷ lệ hộ gia đình bị nghèo đi do chi phí y tế, phân tích hưởng lợi để biết ngân sách Nhà nước chi cho y tế đang hướng tới người nghèo hơn người giàu. Các nghiên cứu này giúp điều chỉnh chính sách và duy trì sự ủng hộ chính trị và người dân.

Những bước đầu mở rộng bao phủ BHYT ở Việt Nam không khác nhiều so với Thái Lan. Thời gian đầu tập trung vào cán bộ, công chức, những người hưởng

lương, sau đó hỗ trợ người nghèo, người hưởng bảo trợ xã hội, đồng thời cố gắng mở rộng BHYT tự nguyện cho những người còn lại.

Cách tiếp cận của Việt Nam được thể hiện trong Luật BHYT năm 2008, với lộ trình bao phủ BHYT toàn dân qua việc dần dần bao phủ các nhóm đối tượng khác nhau vào BHYT bắt buộc. Đến năm 2010, theo quy định tất cả những người hưởng lương, trẻ em dưới 6 tuổi, học sinh, sinh viên, người nghèo, đối tượng bảo trợ xã hội (kể cả người cao tuổi) và người cận nghèo được bao phủ trong BHYT bắt buộc. Tuy nhiên, đến thời điểm năm 2010, thực tế mới chỉ bao phủ được 60%.

Thực tế tại Thái Lan, cũng như các nước khác đều chưa đạt được BHYT toàn dân thành công qua cơ chế BHYT tự nguyện. Kinh nghiệm của Thái Lan là xây dựng gói dịch vụ thiết yếu, vận động Chính phủ dành ngân sách Nhà nước cho bao phủ BHYT toàn dân và đặc biệt là đổi mới phương thức chi trả để giảm lãng phí, tăng hiệu quả, với cùng khoản tiền đang sử dụng hiện nay có thể phục vụ nhiều người hơn.

Bất chấp giải pháp nào được thử nghiệm, việc giám sát, đánh giá tác động đều cần được thực hiện thường xuyên, để điều chỉnh các chính sách, kế hoạch, cũng như thí điểm và đánh giá các cách tiếp cận mới. Năng lực thiết kế, thực hiện, theo dõi, đánh giá cần được tăng cường. Những ý kiến đóng góp của các bên liên quan, người ủng hộ và người phản đối đều phải được tham khảo, phối hợp để tìm ra giải pháp hiệu quả nhằm đạt được BHYT toàn dân cho Việt Nam ■

(Nguồn: Hội Khoa học Kinh tế y tế Việt Nam)

Việc xây dựng mô hình “Cộng đồng dân cư không thuốc lá” được nhiều người dân đồng tình ủng hộ. Nhận thức của lãnh đạo địa phương về tác hại của thuốc lá đối với sức khỏe con người và môi trường sống đã được nâng lên rõ rệt. Được chính quyền xã và nhóm nòng cốt vận động, nhiều gia đình đã nghiêm túc thực hiện đám cưới, đám hỏi và đám tang không thuốc lá.



Hiệu quả công tác tuyên truyền trong xây dựng mô hình cộng đồng không thuốc lá tại 2 xã điểm Lương Vượng và Yên Nguyên thuộc tỉnh Tuyên Quang

BS. Bùi Chính Anh

Trung tâm Truyền thông GDSK Tuyên Quang

Hút thuốc lá, thuốc Lào là thói quen vừa có hại sức khỏe, vừa gây tốn kém tiền mua thuốc hút và thậm chí cả mua thuốc điều trị bệnh do thuốc lá gây nên. Mặc dù tác hại của thuốc lá, thuốc Lào đã được cảnh báo trên các phương tiện thông tin đại chúng, song số người hút thuốc vẫn có xu hướng gia tăng, đặc biệt là những người trẻ tuổi. Ủy ban nhân dân tỉnh Tuyên Quang đã có Công văn số 1058/UBND-VX ngày 14/5/2007 chỉ đạo về việc triển khai các hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá trên địa bàn tỉnh. Thực hiện chỉ đạo này, Trung tâm Truyền thông GDSK Tuyên Quang đã xây dựng kế hoạch thực hiện mô hình “Cộng đồng dân cư không thuốc lá” triển khai tại 2 xã điểm: Lương Vượng (thành phố Tuyên Quang) và Yên Nguyên (huyện Chiêm Hóa) để cung cấp cho người dân thông tin về tác hại của thuốc lá, những phương

pháp cai nghiện thuốc lá tại cộng đồng...

Từ tháng 10/2008 đến tháng 7/2011, một nghiên cứu cắt ngang, tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên từ tất cả những người từ 10 tuổi trở lên sống tại xã Lương Vượng và Yên Nguyên. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá hiểu biết của người dân về tác hại thuốc lá, xác định tỷ lệ hút thuốc tại cộng đồng dân cư 2 xã trước và sau khi triển khai mô hình “Cộng đồng dân cư không thuốc lá”, qua đó lựa chọn được phương pháp can thiệp phù hợp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, cả 2 xã đều có người hút thuốc ở mọi lứa tuổi, trong đó độ tuổi hút thuốc nhiều nhất là 19-60 tuổi và ở độ tuổi trên 60 thì số người hút thuốc có xu hướng giảm. Tỷ lệ người hút thuốc trước khi triển khai mô hình là 62,3% ở xã Lương Vượng và 26,91% ở xã Yên Nguyên. Số người hút thuốc lá và thuốc Lào là tương đương

nhau. Người hút thuốc lá, thuốc lào chủ yếu là nam giới, số phụ nữ hút thuốc chiếm tỷ lệ thấp (0,6% ở xã Lương Vượng và 0,26% ở xã Yên Nguyên). Sau 3 năm triển khai mô hình, số người hút thuốc giảm đáng kể: tỷ lệ người hút thuốc ở Lương Vượng là 16,67% và ở Yên Nguyên là 15,49%.

Trước khi xây dựng mô hình “Cộng đồng dân cư không thuốc lá”, 19% người dân xã Lương Vượng và 39% người dân xã Yên Nguyên có hiểu biết về tác hại của thuốc lá, thuốc lào. Sau 3 năm triển khai mô hình, hiểu biết của người dân về tác hại của việc hút thuốc đã tăng lên đáng kể: 56,1% ở xã Lương Vượng và 65,1% ở xã Yên Nguyên. Tỷ lệ hiểu biết về tác hại thuốc lá, thuốc lào ở nữ giới tuy đã tăng song vẫn còn thấp hơn mong đợi: ở xã Lương Vượng, tỷ lệ này là 3,7% (trước can thiệp) tăng lên 41,7% (sau can thiệp); ở xã Yên Nguyên, tỷ lệ này là 6,79% (trước can thiệp) tăng lên 45,9% (sau can thiệp).

Việc xây dựng mô hình “Cộng đồng dân cư không thuốc lá” được nhiều người dân đồng tình ủng hộ vì họ cho rằng hút thuốc không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe con người, mà còn ảnh hưởng không nhỏ đến kinh tế hộ gia đình. Rất nhiều người dân sau khi từ bỏ thuốc lá, thuốc lào đã tham gia các hoạt động thể thao như: đi bộ, chơi cầu lông, thể dục dưỡng sinh... để rèn luyện nâng cao sức khỏe. Số người đến khám, chữa bệnh do ảnh hưởng của thuốc lá tại cơ sở y tế giảm so với những năm trước. Nhận thức của lãnh đạo địa phương về tác hại của thuốc lá đối với sức khỏe con người và môi trường sống đã được nâng lên rõ rệt, tại các phòng làm việc, hội trường của Ủy ban nhân dân xã và các trường học đều treo biển “Không hút thuốc lá”. Nhiều gia đình được chính quyền xã và nhóm nòng cốt vận động đã nghiêm túc thực hiện đám cưới, đám hỏi và đám tang không thuốc lá. Tuy vậy, vẫn

còn một số ít người chưa nhận thức rõ tác hại của thuốc lá, thuốc lào đối với sức khỏe nên vẫn còn hút thuốc, một số ít còn tỏ thái độ không muốn hợp tác với đội ngũ tuyên truyền viên.



Một vấn đề cần được quan tâm, đó là khả năng duy trì hoạt động của các xã điểm sau khi kết thúc can thiệp là rất khó khăn vì những lý do sau:

- Không còn kinh phí để duy trì tổ chức, thực hiện các hoạt động.
- Do đội ngũ cán bộ xã bận nhiều công việc nên ít có thời gian dành cho các hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá.
- Khi không có sự kiểm tra, giám sát thường xuyên của cấp trên thì các hoạt động sẽ không được thực hiện theo đúng tiến độ.

Để mô hình “Cộng đồng dân cư không thuốc lá” được triển khai thực hiện có hiệu quả, đạt được những kết quả tốt hơn, trong quá trình thực hiện, cần chú trọng các vấn đề sau:

- Tuyên truyền sâu rộng hơn nữa trên các phương tiện thông tin đại chúng về tác hại của thuốc lá, thuốc lào đối với sức khỏe con người và môi trường sống. Tranh ảnh tuyên truyền về phòng chống tác hại thuốc lá cần được treo ở những nơi có đông người qua lại và dễ quan sát.
- Các cán bộ y tế, cán bộ ở các xã, phường và đội ngũ giáo viên cần nghiêm

(Xem tiếp bài trang 25)

Hiệu quả từ mô hình quản lý người bệnh hen phế quản và tăng huyết áp dựa vào cộng đồng tại huyện Kon Rẫy, tỉnh Kon Tum

Bạch Vân

Trung tâm Truyền thông GDSK Kon Tum

Tăng huyết áp (THA) và hen phế quản (HPQ) là vấn đề quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng. Mặc dù hai căn bệnh này có thể phòng ngừa và điều trị hữu hiệu tại cộng đồng, song chưa được người dân quan tâm, chú ý. Do phát hiện muộn hoặc để biến chứng xảy ra, nên việc chữa trị tốn kém và khó khăn, có thể để lại di chứng ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của người bệnh. Mô hình quản lý bệnh THA và HPQ dựa vào cộng đồng được triển khai thí điểm tại địa bàn thị trấn Đắk R'Ve, huyện Kon Rẫy, tỉnh Kon Tum từ tháng 01/2010 do Dự án HEMA tài trợ.

Mục tiêu của mô hình thí điểm là tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe để nâng cao hiểu biết của người dân về THA và HPQ; xây dựng năng lực của cán bộ y tế trong việc khám sàng lọc, chẩn đoán và điều trị bệnh THA và HPQ; tăng tỉ lệ phát hiện và điều trị bệnh THA và HPQ tại cộng đồng; tăng tỉ lệ bệnh nhân THA và HPQ được quản lý và kiểm soát, giảm tỉ lệ bệnh nhân bị biến chứng nặng.

Mô hình được thực hiện theo các bước sau:

1. Khám sàng lọc bệnh nhân THA và HPQ.

Ban quản lý dự án HEMA phối hợp với Trung tâm Y tế huyện Kon Rẫy và Trạm Y tế thị trấn Đắk R'Ve tiến hành khám sàng lọc phát hiện người bị THA với sự giúp đỡ của các chuyên gia đến từ Viện Tim mạch Quốc gia; sàng lọc sơ bộ

tại cộng đồng phát hiện những người nghi ngờ mắc hen để đưa vào danh sách khám sàng lọc chẩn đoán HPQ.

Tổng cộng, 4.811 người được phỏng vấn sàng lọc HPQ, phát hiện 542 người nghi ngờ mắc HPQ được đưa vào danh sách khám sàng lọc, qua đó phát hiện ra 139 trường hợp mắc HPQ. Trong số 2.333 người được khám sàng lọc THA, phát hiện 357 trường hợp bị THA.

2. Tiến hành khám, điều trị hàng tháng tại Trạm Y tế xã cho bệnh nhân THA và HPQ do cán bộ y tế xã và bệnh viện huyện thực hiện.

3. Tổ chức truyền thông giáo dục theo nhóm ít nhất mỗi quý 1 lần về phòng chống bệnh THA và HPQ.

Trong năm 2011, có 9/9 thôn làng, với 3.240 lượt người được truyền thông về cách phát hiện sớm và phòng tránh bệnh THA, HPQ; 1.625 lượt người được đo huyết áp và tư vấn về tăng huyết áp tại nhà, cũng như 666 lượt theo dõi và tư vấn HPQ tại nhà do nhân viên y tế thôn làng thực hiện. Ban quản lý dự án HEMA đã cung cấp 01 băng rôn, 300 áp phích, 8.000 tờ rơi, tranh gấp... làm phương tiện để thực hiện truyền thông.

4. Thực hiện giám sát định kỳ hàng tháng chất lượng các dịch vụ quản lý và chăm sóc sức khỏe cho người THA và HPQ tại xã do tuyến tỉnh, huyện và Trạm Y tế xã thực hiện.

Các nội dung giám sát bao gồm: việc sử dụng thuốc và các biện pháp điều trị không dùng thuốc của bệnh nhân; các hoạt động của y tế thôn làng: đo huyết áp, theo dõi và tư vấn cho bệnh nhân; công tác ghi chép sổ sách, quản lý đối tượng và công tác thống kê báo cáo tại trạm y tế xã và y tế thôn làng; công tác tổ chức các hoạt động của trạm y tế xã.

Theo báo cáo kết quả hoạt của Dự án HEMA tỉnh Kon Tum, từ tháng 8/2010, số bệnh nhân HPQ được quản lý là 156, trong đó 114 người không đến khám định kỳ, 77 bệnh nhân phải điều trị, đến tháng 11/2011, số bệnh nhân không đến khám định kỳ giảm xuống còn 40 người và còn 38 bệnh nhân phải dùng thuốc điều trị. Tháng 10/2010, có 361 bệnh nhân THA được phát hiện và quản lý tại cộng đồng, trong đó số bệnh nhân không đến khám theo định kỳ là 208 người, số bệnh nhân điều trị 131 người. Đến tháng 10/2011, trong số 221 bệnh nhân THA quản lý, có 146 người không đến khám định kỳ và 145 bệnh nhân được theo dõi điều trị.

Nhận thức về THA và HPQ của người dân tại cộng đồng, nhất là người bệnh nơi đây đã có sự thay đổi tích cực. Đến nay, các cán bộ y tế của 9/9 thôn biết cách đo huyết áp đúng phương pháp; hầu hết bệnh nhân đã uống đúng thuốc và uống đều theo chỉ định của bác sĩ; những bệnh nhân trong diện theo dõi đã thay đổi chế độ sinh hoạt theo hướng dẫn của y bác sĩ. Các nhân viên y tế thôn làng thường xuyên đến kiểm tra huyết áp tại nhà hoặc tại trạm y tế. Thông qua các hoạt động truyền thông trực tiếp và tư vấn tại chỗ, phần lớn người dân đã hiểu và dần thay đổi hành vi và ý thức, quan tâm nhiều hơn đến sức khỏe của mình và đặc biệt là người bệnh THA đã nhớ được chỉ số huyết áp như nhớ số tuổi của mình ■

Từ ngày 19/4/2011 đến nay, tại các xã Ba Diễn, Ba Xa, Ba Ngạc, Ba Tô, Ba Vinh của huyện Ba Tư tỉnh Quảng Ngãi xuất hiện hơn một trăm trường hợp với các triệu chứng: viêm da, dày sừng, bong vảy, khô, nứt nẻ ở bàn tay, bàn chân kèm theo tăng men gan (SGOT, SGPT). Dựa trên biểu hiện lâm sàng, hình ảnh mô bệnh học và kết quả điều trị, bước đầu nhận định đây là Hội chứng viêm da dày sừng bàn tay, bàn chân, căn nguyên đang được điều tra xác định.

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán ca bệnh

- Sống trong vùng dịch tễ
- Lâm sàng:
 - + Tổn thương cơ bản: Mảng da đỏ thẫm, ranh giới rõ với da lành, dày sừng nứt nẻ, bong vảy ở bàn tay, bàn chân.
 - + Triệu chứng cơ năng: Đau rát tại thương tổn.
- Xét nghiệm: Có thể men gan (SGOT, SGPT) tăng.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Dày sừng lòng bàn tay bàn chân di truyền
 - Viêm da cơ địa
 - Chàm vi khuẩn
 - Viêm kẽ
 - Sẩn ngứa
 - Nấm da
 - Vảy nến.

3. Phân loại mức độ nặng nhẹ

3.1. Mức độ nhẹ

- Thương tổn da như mô tả ở trên.
- Men gan (SGOT, SGPT) trong máu tăng không quá 5 lần.

3.2. Mức độ nặng và biến chứng:

Bệnh nhân có tổn thương da như mô tả ở trên và kèm theo một trong các biểu hiện sau:

- Mệt mỏi, chán ăn nhiều,
- Men gan (SGOT, SPOT) tăng trên 5 lần,
- Da, củng mạc mắt vàng, tăng billirubin trong máu,

HƯỚNG DẪN

Chẩn đoán và điều trị Hội chứng viêm da dày sừng bàn tay, bàn chân

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1454 ngày 04 tháng 5 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

- Biểu hiện xuất huyết,
- Tỷ lệ prothrombin máu giảm dưới 70%,
- Giảm tiểu cầu trong máu ngoại vi,
- Hạ đường huyết,
- Tình trạng nhiễm trùng: Sốt, bạch cầu tăng hoặc giảm.

Cần chú ý phát hiện những biến chứng và các bệnh kèm theo: nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, sốt mò, sốt rét, viêm phổi, leptospira, viêm màng não, hôn mê, co giật.

3.3. Các đối tượng dễ có nguy cơ tiến triển nặng gồm:

- + Trẻ em
- + Người già
- + Phụ nữ có thai
- + Mắc các bệnh mạn tính
- + Suy dinh dưỡng, thiếu vi chất
- + Thiếu máu

II. ĐIỀU TRỊ

1. Mức độ nhẹ: Điều trị tại bệnh viện huyện hoặc các đơn vị chuyên khoa da liễu.

1.1. Điều trị tại chỗ tổn thương da:

- Thuốc chống viêm: Sử dụng các loại mỡ hoặc kem có corticoid bôi tổn thương buổi sáng.
- Thuốc bạt sừng bong vảy: Mỡ salicylic 2%-10%, bôi buổi tối.
- Kem làm mềm da, dịu da: Vaseline, kem kềm, bôi vào buổi trưa, buổi chiều.
- Nếu có bội nhiễm bôi các mỡ hoặc kem kháng sinh.

1.2. Điều trị toàn thân

- Nghỉ ngơi.
- Chế độ dinh dưỡng tốt (phối hợp đường ăn và đường truyền tĩnh mạch).
- Các khoáng chất và các vitamin B1, B6, B12 liều cao hoặc multivitamin.
- Thuốc hỗ trợ gan bằng đường uống.

2. Mức độ nặng và biến chứng:

Điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu của các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh hoặc trung ương.

Khi cần phải hội chẩn với các chuyên khoa có liên quan.

2.1. Điều trị tại chỗ tổn thương da như mức độ nhẹ.

2.2 Điều trị toàn thân:

- Thuốc hỗ trợ gan bằng đường uống hoặc đường tiêm.
- Nuôi dưỡng bằng đường ăn và đường truyền tĩnh mạch, đảm bảo đủ năng lượng, đạm, các vitamin và khoáng chất.
- Ổn định đường và albumin trong máu.

2.3 Điều trị tổn thương gan nặng (tăng bilirubin, tăng men gan, giảm tỉ lệ prothrombin trong máu)

- Duy trì đường huyết ổn định: truyền glucose 10% liên tục.
- Truyền plasma tươi.
- Truyền albumin để duy trì albumin >32 g/l.
- Truyền dung dịch acid amin phân nhánh như: morihepamin, aminosteril N-hepa hoặc aminoleban.
- Tiêm vitamin K1 10-20 mg/ngày.

- Ornicetil: 1- 2g truyền tĩnh mạch.
- Sử dụng corticoid 1-2mg/kg/ngày (khi loại trừ viêm gan virút B, C).
- Dự phòng xuất huyết đường tiêu hóa bằng thuốc giảm tiết dịch vị dạ dày.
- Nếu có phù hoặc đái ít thì sử dụng thuốc lợi tiểu spiro lactone 400mg, nếu cần phối hợp với furosemide.
- Khi có tiền hôn mê gan hoặc hôn mê gan:
 - + Thở oxy, đảm bảo hô hấp.
 - + Đảm bảo khối lượng tuần hoàn và duy trì mạch, huyết áp ổn định.
 - + Điều chỉnh nước điện giải và thăng bằng kiềm toan.
 - + Chống phù não bằng Manitol.
 - + Truyền đường glucose 10% liên tục để duy trì đường huyết ổn định.
 - + Ornicetil: dùng loại ống 5g truyền tĩnh mạch 10 - 20g/ 24 giờ.
 - + Dung dịch acid amin phân nhánh, plasma tươi (như trên).
 - + Lactulose: uống hoặc cho qua ống thông dạ dày 10 - 20g/ 24 giờ hoặc thụt tháo 2-3 lần/ngày.
 - + Kháng sinh diệt vi khuẩn đường ruột:
 - Người lớn: Ciprofloxacin 500mg/lần, uống 2 lần /ngày.
 - Trẻ em: Amoxiciclin 50mg/kg/ngày, uống chia hai lần.
 - Trường hợp có nhiễm trùng kèm theo cần hỏi bệnh, thăm khám kỹ định hướng chẩn đoán sớm, tích cực tìm nguyên nhân: chụp phổi, cấy máu tìm vi khuẩn; ký sinh trùng sốt rét, làm xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán rickettsia, leptospira, công thức máu, khí máu, đường máu, điện giải đồ, urê, creatinin...
 - Nếu có sốt, kháng sinh được lựa chọn đầu tiên là Doxycyclin 200mg/ngày x 7 ngày.
 - Đối với trẻ em và phụ nữ có thai:
 - + Trẻ em: Azythromycine 10mg/kg/ngày x 3 ngày
 - + Phụ nữ có thai: Azythromycine

500mg/ngày x 3 ngày.

- Nếu có biểu hiện sốt rét lâm sàng hoặc tìm thấy ký sinh trùng sốt rét trong lam máu: điều trị bằng thuốc diệt ký sinh trùng sốt rét.

- Nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết cần phải điều trị ngay và theo dõi sát để phát hiện và điều trị kịp thời sốc nhiễm khuẩn:

+ Kháng sinh phổ rộng, liều cao, đường tĩnh mạch.

+ Truyền dịch đảm bảo khối lượng tuần hoàn

+ Sử dụng các thuốc vận mạch để duy trì huyết áp: Dopamin hoặc và phối hợp noradrenalin.

+ Đảm bảo hô hấp bằng thở máy duy trì SpO₂ >92%.

+ Điều chỉnh cân bằng nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.

- Chỉ định lọc máu: Suy thận, suy gan, nhiễm toan chuyển hóa nặng, sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng...

III. PHÒNG BỆNH

- Vệ sinh môi trường sạch sẽ.

- Đi giày dép.

- Tăng cường rửa tay, chân bằng nước sạch, nhất là sau khi lao động.

- Tránh tiếp xúc với các hoá chất, nhất là các thuốc trừ sâu, diệt cỏ.

- Sử dụng các phương tiện bảo hộ an toàn, đúng quy cách trong khi lao động.

- Ăn uống đầy đủ, hợp vệ sinh ■

(Nguồn: Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế)



Nhân Ngày Thế giới phòng chống Hen

Trong những năm gần đây, bệnh hen phế quản (HPQ) đang có xu hướng gia tăng ở nhiều quốc gia trên thế giới. Cùng trong xu hướng này là sự gia tăng tỷ lệ hen phế quản ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Tính chung trên toàn thế giới, tỷ lệ mắc bệnh ở những phụ nữ có thai là khoảng 7%, tức là cao hơn so với tỷ lệ mắc chung trong cộng đồng. HPQ ở phụ nữ có thai luôn là một vấn đề nhận được rất nhiều sự quan tâm của đông đảo các thầy thuốc, người bệnh cũng như gia đình của họ, đặc biệt là về sự tác động qua lại giữa HPQ và thai nghén cũng như chiến lược điều trị HPQ ở những phụ nữ đang mang thai.

Hen phế quản ở phụ nữ có thai



Phân hoa



Mạt nhà



Nấm mốc



Lông thú vật nuôi

Một số tác nhân kích thích gây cơn hen phế quản

Ảnh hưởng của thai nghén với HPQ

Rất nhiều nghiên cứu về ảnh hưởng của thai nghén đối với tình trạng của bệnh đã được tiến hành, nhưng các kết quả thu được cho đến nay còn có nhiều sự khác biệt và không thống nhất. Theo những kết quả này, khoảng 35-42% các trường hợp HPQ sẽ nặng lên trong thời kỳ mang thai, 33-40% không thay đổi và 18-28% bệnh

ThS. Nguyễn Hữu Trường
Trung tâm Dị ứng-Miễn dịch Lâm sàng
Bệnh viện Bạch Mai

sẽ nhẹ đi. Việc dự đoán diễn biến của bệnh trong thai kỳ ở từng cá nhân là hết sức khó khăn, do sự tác động cùng lúc của rất nhiều yếu tố có ảnh hưởng trái ngược nhau. Nói chung, ở những người HPQ mức độ nhẹ, bệnh thường ít có những diễn biến đáng lo ngại trong thời kỳ mang thai. Ngược lại, những trường hợp HPQ nặng, bệnh thường diễn biến xấu đi trong thời kỳ này. Một trong những lý do quan trọng làm cho tình trạng bệnh nặng lên trong thai kỳ là do người bệnh tự ý ngừng hoặc giảm liều điều trị, do lo ngại về tính an toàn của thuốc đối với thai.

Ảnh hưởng của HPQ đối với thai

Hầu hết các bệnh nhân HPQ có thể mang thai và sinh nở một cách bình thường như những người khỏe mạnh

khác. Tuy nhiên, những trường hợp hen nặng, không được kiểm soát tốt, có thể gây ra những tác động tiêu cực trên thai do tình trạng thiếu ôxy máu kéo dài. Một số nghiên cứu trong khoảng 2 thập kỷ gần đây cho thấy, những bà mẹ bị HPQ có nguy cơ đẻ non, thai nhẹ cân hoặc mắc một số bệnh lý (nhịp tim nhanh, co giật, hạ đường huyết...) cao hơn so với những bà mẹ không mắc bệnh. Tuy nhiên, nguy cơ này là rất nhỏ nếu HPQ được điều trị ổn định và nó còn có thể được giảm thiểu bằng cách duy trì sự kiểm soát bệnh tối ưu trong suốt thời kỳ mang thai.

Điều trị HPQ ở phụ nữ có thai

Điều trị kiểm soát bệnh:

Với những phụ nữ đang mang thai, mục tiêu, nguyên tắc và cường độ điều trị HPQ tương tự như ở những người không mang thai. Do thường xuyên đi khám tại các cơ sở y tế, những sản phụ bị HPQ có điều kiện rất thuận lợi để có thể kiểm soát được bệnh một cách tối ưu.

Các thuốc dùng trong điều trị HPQ ở những người mang thai cũng không có sự khác biệt đáng kể so với những người không mang thai. Tất cả các thuốc thường dùng trong điều trị HPQ như cường beta 2, theophyllin, corticosteroid dạng hít đều có thể được sử dụng một cách an toàn trong thai kỳ.

Đối với corticosteroid đường toàn thân (uống hoặc tiêm truyền), do nghi ngại về tác dụng phụ của nó nên hầu hết các thầy thuốc và bệnh nhân rất do dự khi phải sử dụng các thuốc này. Tuy nhiên, các loại corticosteroid thường dùng như prednisolon, methylprednisolon, prednisone đều bị chuyển hoá ở rau thai và chỉ còn một phần rất nhỏ (<10%) thuốc có hoạt tính đến được thai nhi. Các nghiên cứu từ năm 1993 trở lại đây cho thấy, nguy cơ sảy thai, thai chết lưu, dị tật bẩm sinh hoặc các bất thường khác của thai nhi ở những phụ nữ mang thai có sử dụng corticosteroid toàn thân không tăng lên

khi sử dụng liều điều trị thông thường. Do đó, corticosteroid đường toàn thân hoàn toàn có thể sử dụng được ở những phụ nữ có thai nếu được chỉ định đúng.

Điều trị cơn hen cấp:

Cũng giống như với điều trị kiểm soát bệnh, việc điều trị cơn HPQ cấp ở những phụ nữ mang thai không có nhiều khác biệt so với những người không mang thai. Những loại thuốc thường dùng trong xử trí cơn hen cấp như cường beta 2 đường khí dung hoặc tiêm truyền, Diaphyllin, corticosteroid tiêm truyền và thở ôxy đều có thể được chỉ định một cách an toàn ở những phụ nữ có thai. Việc chụp X quang lồng ngực nên được hạn chế tối đa ở những người này để tránh cho thai nhi phải tiếp xúc với các bức xạ ion hóa.

Điều trị HPQ ở phụ nữ cho con bú

Những phụ nữ bị HPQ được khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ. Nguy cơ mắc các bệnh dị ứng cơ địa ở những đứa con của các bà mẹ bị hen là khoảng 10% và nguy cơ này có thể giảm xuống nhờ được nuôi bằng sữa mẹ. Tất cả các thuốc được dùng trong điều trị hen như corticosteroid, cường beta 2 đường uống hoặc khí dung, theophyllin đều có thể được sử dụng một cách an toàn ở phụ nữ đang cho con bú.

Tóm lại, việc xử trí HPQ ở những phụ nữ có thai không có sự khác biệt đáng kể so với những người không mang thai. Ưu tiên hàng đầu của việc điều trị này là giảm đến mức tối đa các triệu chứng của bệnh. Tất cả các thuốc điều trị hen đều an toàn với thai. Cuối cùng, một điều quan trọng cần được nhấn mạnh là, nguy cơ đối với thai nhi nếu bệnh hen không được kiểm soát tốt sẽ là cao hơn rất nhiều so với độc tính của thuốc. Do đó, những bệnh nhân HPQ khi có thai không nên tự ý ngừng hoặc giảm liều điều trị mà không có ý kiến của các bác sĩ chuyên khoa ■

Thời tiết thay đổi người già và trẻ em nhập viện tăng

Thời gian qua, thời tiết thay đổi thất thường khiến người già và trẻ em nhập viện gia tăng. Đây cũng là lúc bệnh nhân đến khám và nhập viện đông nhất trong năm.



Thanh Loan
Trung tâm Truyền thông
GDSK Hà Tĩnh

Cả bệnh nhân và người chăm sóc là 6 người trên một giường bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh

Đến Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh, dạo quanh các phòng của Khoa Nhi - Hồi sức cấp cứu, hình ảnh chúng tôi bắt gặp là mỗi phòng có từ 8 đến 12 bệnh nhân, hầu hết mỗi giường có 2 bệnh nhân, thêm vào đó là có từ 8 đến 12 người nhà bệnh nhân. Bác sỹ Nguyễn Viết Cường, Phó Trưởng khoa Nhi - Hồi sức cấp cứu cho biết: “Do thời tiết thay đổi nên mấy ngày qua Khoa Nhi - Hồi sức cấp cứu luôn trong tình trạng quá tải. Giai đoạn chuyển mùa là khoảng thời gian nguy hiểm đối với sức khỏe của con người. Khi môi trường có sự thay đổi đột ngột về nhiệt độ, độ ẩm, nếu sức đề kháng không tốt, cơ thể rất dễ bị nhiễm

bệnh do không kịp thích nghi. Các bệnh chủ yếu của người già là tăng huyết áp, tiểu đường, rối loạn tiền đình, xơ gan. Còn trẻ em chủ yếu mắc phải bệnh tiêu chảy, sốt, viêm phế quản. Bình thường, trung bình mỗi ngày Khoa Nhi - Hồi sức cấp cứu có từ 15 đến 25 bệnh nhân điều trị nội trú, nhưng thời điểm này có từ 45 đến 50 bệnh nhân. Trẻ em dưới 6 tuổi có từ 20 đến 30 cháu. Trong khi đó, Khoa chỉ có 30 giường bệnh cho nên không tránh khỏi bệnh nhân nằm 2 người/giường”.

Tình trạng gia tăng số bệnh nhân đến khám và điều trị cũng xảy ra tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh. Chị Nguyễn Thị Quy, Điều

đường trưởng, Khoa Khám bệnh cho biết: Từ đầu năm đến nay, số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị ngày một gia tăng, mỗi tháng tăng từ 1.500 đến 2.000 lượt bệnh nhân đến khám, điều trị nội trú tháng sau cao hơn tháng trước từ 150 đến 200 bệnh nhân. Thời điểm này bệnh nhân đến khám và điều trị nội trú đông nhất trong năm.

Tình trạng này cũng diễn ra tại Bệnh viện Đa khoa Lộc Hà. Theo bác sĩ Nguyễn Song Nhật, Phó Giám đốc Bệnh viện: “Do thời tiết thay đổi nên mấy ngày qua, bệnh nhân đến khám và chữa bệnh tăng mạnh. Trung bình mỗi ngày có 350 lượt bệnh nhân đến khám và chữa bệnh, trong đó có 120 bệnh nhân điều trị nội trú, trong khi đó bệnh viện chỉ có 100 giường bệnh. Đặc biệt người già trên 60 tuổi và trẻ em dưới 6 tuổi nhập viện tăng. Thông thường, trung bình mỗi ngày chỉ có 7 bệnh nhân nhi điều trị nội trú, nhưng thời điểm này tăng lên 17 cháu/ngày. Còn người già trên 60 tuổi trung bình mỗi ngày 50 bệnh nhân điều trị nội trú, nhưng thời điểm này có 70 bệnh nhân/ngày”.

Người già và trẻ em là hai đối tượng

chính của nhiều loại bệnh trong thời điểm thời tiết thay đổi. Vì thế những người ở lứa tuổi này cần giữ gìn và nâng cao đề kháng cho cơ thể bằng các biện pháp tăng hàm lượng dinh dưỡng trong các bữa ăn; uống nhiều nước và ăn nhiều hoa quả tươi; cần tạo môi trường sinh hoạt thoáng mát, sạch sẽ. Cha mẹ cần tránh cho trẻ đến chỗ đông người, nơi nhiều khói bụi, có gió lùa. Khi ra ngoài trời, cần cho trẻ mặc phù hợp với nhiệt độ môi trường, che khẩu trang để tránh hít phải không khí ô nhiễm. Với trẻ nhỏ, cần tích cực cho bú mẹ để nâng cao sức đề kháng, trẻ lớn hơn cần được ăn uống đủ dưỡng chất, hợp lý, kết hợp với việc tiêm phòng đầy đủ”.

Bác sĩ Nguyễn Song Nhật cũng lưu ý, đa số trẻ em đến khám và chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Lộc Hà đều có dấu hiệu bệnh nặng, vì thế các bậc phụ huynh cần lưu ý khi trẻ có các dấu hiệu như sốt, ho, nóng, trớ hay bệnh diễn biến nhanh... cần phải đưa con đi khám, không tự ý mua thuốc cho trẻ uống, bởi không những không tác dụng mà còn có thể gây tai biến ■

vui cười



Dấu hiệu của bệnh đái tháo

- Thưa bác sĩ, xin ông cứu chồng tôi ngay. Anh ấy bị đái tháo.
- Lâu chưa?
- Mới hôm nay thôi ạ.
- Sao bà biết đích xác thế?
- Hôm nay, anh ấy đi cùng tôi vào cửa hàng bán quần áo. Khi cô bán hàng nói giá tiền, đáng lẽ mặt chồng tôi phải tái đi vì khiếm hãi, thế mà anh ấy vẫn tùm tùm cười ngớ ngẩn trông tội tội là.



Bạn có biết?

Gánh nặng lớn về sức khỏe và kinh tế do thuốc lá gây ra tại Việt Nam

- Tỷ lệ hút thuốc ở nam giới trưởng thành là 47,4% (tương đương với 15,3 triệu người).
 - 33 triệu người lớn bị phơi nhiễm khói thuốc là thụ động tại nhà.
 - 5 triệu người bị phơi nhiễm khói thuốc tại nơi làm việc.
 - Thuốc lá gây ra 40.000 ca tử vong mỗi năm, gấp 3 lần so với số tử vong do tai nạn giao thông.
 - Trong khi xu hướng mắc các bệnh lây nhiễm giảm bớt thì tình trạng mắc bệnh không lây nhiễm gia tăng nhanh chóng. Các bệnh có nguyên nhân chính từ sử dụng thuốc lá như đột quỵ, bệnh mạch vành, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư phổi... là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở cả nam và nữ.
 - Ước tính gần 11% tổng số ca tử vong ở nam giới Việt Nam là do các bệnh liên quan đến thuốc lá.
 - Các bệnh không lây nhiễm gây ra hơn 62% tổng số các ca tử vong và số mắc trong bệnh viện.
 - Năm 2007, chi phí điều trị của 3 bệnh (ung thư phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và bệnh mạch vành) trong số 25 căn bệnh liên quan đến thuốc lá là 2.304 tỷ đồng.
 - Năm 2007, tổng số tiền người dân chi cho mua thuốc lá là 14.000 tỷ đồng.
 - Các hộ nghèo ở Việt Nam phải tiêu tốn khoảng 5% thu nhập của gia đình vào thuốc lá. Ở những hộ nghèo nhất, khoản tiền dành để mua thuốc lá thậm chí còn cao hơn khoản tiền chi cho y tế hay giáo dục.
- Các chi phí Việt Nam chưa tính được gồm:
- Chi phí điều trị 22 bệnh còn lại trong tổng số 25 bệnh liên quan đến thuốc lá (tại Thái Lan, con số này là hơn 414 đôla Mỹ/năm).
 - Chi phí của năng suất lao động bị mất do mắc bệnh và tử vong sớm liên quan đến thuốc lá (chỉ phí này ở Hoa Kỳ là 167 tỷ đôla Mỹ/năm, ở Úc là 23 tỷ đôla Mỹ/năm).
 - Chi phí nghỉ giữa giờ để hút thuốc.
 - Chi phí tổn thất do cháy nổ liên quan đến thuốc lá (chỉ phí này ở Úc là 63 triệu đôla Úc/năm, ở Canada là 81,5 triệu đôla Canada/năm).
 - Chi phí do phá rừng trên diện rộng để lấy gỗ sấy thuốc lá.
 - Chi phí vệ sinh tăng lên do sử dụng thuốc lá.

Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị:

Để giảm bớt gánh nặng các bệnh không lây nhiễm trong tương lai gần tại Việt Nam, điều quan trọng là cần xây dựng và thông qua Luật Phòng chống tác hại thuốc lá toàn diện, mạnh mẽ và thực hiện Công ước Khung về Kiểm soát thuốc lá (FCTC).

Linh Đan

(Nguồn: VINACOSH)

Trung tâm Phòng chống Bệnh xã hội tỉnh Yên Bái: Nỗ lực đem lại ánh sáng cho người nghèo

BS. Nguyễn Ngọc Nghĩa
Sở Y tế Yên Bái

Trong những năm qua, Trung tâm Phòng chống Bệnh xã hội tỉnh Yên Bái đã phát huy vai trò trong công tác khám, chữa bệnh với mục tiêu phục vụ ngày càng tốt hơn cho người bệnh, đặc biệt đã đem lại ánh sáng cho hàng nghìn người nghèo bị mù lòa trên toàn tỉnh Yên Bái.

Trung tâm Phòng chống Bệnh xã hội Yên Bái là đơn vị sự nghiệp, một cơ sở khám, chữa bệnh và dự phòng các bệnh xã hội tuyến tỉnh. Trung tâm hiện có 40 cán bộ, công chức, viên chức; trong đó, có 11 cán bộ có trình độ đại học và sau đại học, 25 cán bộ trung cấp. Với 2 phòng chức năng và 4 khoa chuyên môn, ngoài công tác khám, chữa bệnh tại đơn vị, Trung tâm còn thực hiện các chương trình, dự án bảo vệ sức khỏe cộng đồng, phòng chống bệnh phong, da liễu, phòng chống mù lòa, phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục...

Theo thống kê của Trung tâm, Yên Bái có tỷ lệ mắc các bệnh về mắt chiếm 0,4% dân số toàn tỉnh và mỗi năm có khoảng 600-800 bệnh nhân mắc các bệnh mắt. Năm 2011, Trung tâm đã phẫu thuật thay thủy tinh thể cho 750 trường hợp đục thủy tinh thể, trong đó 95% là người nghèo tại các huyện, xã vùng cao, vùng sâu, vùng xa trên địa bàn toàn tỉnh. Khi đến khám, đa số bệnh nhân bị bệnh ở giai đoạn nặng, thị lực giảm nặng, không còn khả năng nhìn, có thể bị một mắt hoặc cả hai mắt, khiến người bệnh gặp rất nhiều khó khăn trong sinh hoạt và lao

động. Người bệnh đục thủy tinh thể chủ yếu là người già, người nghèo không có điều kiện đi khám mắt thường xuyên, có thể có thêm các bệnh toàn thân như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh gút, viêm xương khớp mạn tính... khiến cho việc chữa trị khá phức tạp.

Trước tình hình đó, công tác phòng chống các bệnh về mắt, mù lòa luôn được Trung tâm quan tâm. Các cán bộ Trung tâm không những triển khai thực hiện nhiều hoạt động tại đơn vị mà còn thường xuyên làm tốt việc kiểm tra, giám sát, chỉ đạo tuyến tới các cơ sở, hướng dẫn các các bác sỹ ở Trung tâm y tế tuyến huyện khám sàng lọc, phát hiện và điều trị các bệnh mắt thông thường tại cộng đồng, góp phần làm giảm tình trạng tiến triển, gia tăng của bệnh đục thủy tinh thể. Bên cạnh việc khám và chữa bệnh về mắt, Trung tâm còn tăng cường các buổi truyền thông giáo dục sức khỏe tại cộng đồng ở vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số về kiến thức, thực hành chăm sóc sức khỏe cho đôi mắt, phòng chống mù lòa, đặc biệt đối với những người có nguy cơ cao mắc bệnh đục thủy tinh thể.

Bác sỹ Nguyễn Xuân Phương, Phó Giám đốc Trung tâm Phòng chống Bệnh xã hội tỉnh Yên Bái cho biết, với nỗ lực của các cán bộ Trung tâm, hàng năm số bệnh nhân được khám, điều trị và chăm sóc mắt tăng lên, nhất là người dân nghèo và 100% bệnh nhân đục thủy tinh thể có chỉ định mổ được phẫu thuật thay thủy tinh thể theo phương pháp Phaco, giúp họ tìm lại được ánh sáng cuộc đời ■

HỘI THẢO TRAO ĐỔI KINH NGHIỆM VỀ PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BHYT THEO ĐỊNH SUẤT TẠI CÁC TỈNH BẮC TRUNG BỘ

Xuân Nguyễn

Trung tâm truyền thông GDSK Thanh Hoá

Được sự tài trợ của Dự án Hỗ trợ y tế các tỉnh Bắc Trung Bộ, Vụ Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế phối hợp với Sở Y tế Thanh Hóa tổ chức hội thảo trao đổi kinh nghiệm về phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế (BHYT) theo định suất tại các tỉnh Bắc Trung Bộ. Tham dự hội thảo có đại diện của các bệnh viện đa khoa thuộc 6 tỉnh Bắc Trung Bộ; Sở Y tế, BHXH tỉnh Thanh Hóa và đại diện một số tỉnh đã triển khai phương thức thanh toán BHYT theo định suất.



Toàn cảnh hội thảo

Thanh toán theo định suất là phương thức khoán trọn gói BHYT cho cơ sở khám, chữa bệnh (KCB). Việc quy định suất phí tính bình quân chung toàn tỉnh theo từng nhóm đối tượng và theo tổng số thẻ (nếu nhiều thẻ thì định suất cao). Cơ sở KCB nào thu chi hợp lý, có kết dư thì được giữ lại 20% số tiền đó, còn bội chi thì BHYT sẽ chỉ bù 60%.

Từ năm 2010, phương thức thanh toán theo định suất đã được Luật BHYT quy định là một trong ba phương thức thanh toán chi phí khám, chữa bệnh giữa cơ quan BHXH với cơ sở KCB. Theo đó, lộ trình thực hiện áp dụng phương thức thanh toán định suất là đến năm 2015, 100% cơ sở KCB đăng ký ban đầu phải áp dụng phương thức thanh toán theo định suất. Việc áp dụng phương thức thanh toán BHYT theo định suất sẽ khắc phục được tình trạng lạm dụng xét

nh nghiệm, lạm dụng dịch vụ kỹ thuật cao, cũng như giúp các bệnh viện chủ động hơn khi sử dụng nguồn kinh phí KCB và nhất là thuận tiện cho công tác quản lý của BHXH. Thanh Hóa bắt đầu áp dụng phương thức này từ tháng 3/2012.

Lựa chọn phương thức thanh toán BHYT theo định suất đối với các cơ sở KCB ban đầu là phù hợp với điều kiện của Việt Nam. Tại buổi hội thảo, nhiều đại biểu đã chia sẻ những kinh nghiệm đã triển khai, tuy nhiên việc thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT theo định suất cũng bộc lộ một số hạn chế như: tình hình bội chi và kết dư quỹ định suất của các cơ sở KCB, cũng như việc khoán định suất buộc các bệnh viện phải tiết kiệm để tránh bội chi và có thể xảy ra tình trạng giữ người bệnh gây khó khăn cho việc chuyển viện... ■

Ninh Thuận:

Khởi động dự án phát triển chăm sóc mắt toàn diện

BS. Nguyễn Năm
Trung tâm truyền thông GDSK

Dự án “Phát triển chăm sóc mắt toàn diện Việt Nam” nhằm góp phần giảm thiểu số người bị mù có khả năng tránh được và tổn thương thị lực tại Việt Nam, với mục đích cụ thể là hỗ trợ ngành Y tế địa phương nâng cao các dịch vụ chăm sóc mắt và cơ sở hạ tầng nhằm cung cấp các dịch vụ chất lượng cao, chi phí hợp lý và dễ tiếp cận. Dự án được triển khai tại 15 tỉnh, thành của Việt Nam. Vừa qua, Sở Y tế Ninh Thuận đã tổ chức Lễ khởi động Dự án “Phát triển chăm sóc mắt toàn diện Việt Nam - tỉnh Ninh Thuận”. Tại Ninh Thuận, Dự án thực hiện trong 04 năm (2012 - 2015) với kinh phí khoảng 6,2 tỉ đồng, triển khai tại 05 địa bàn là thành phố Phan Rang - Tháp Chàm, huyện Ninh Hải, Ninh Phước, Thuận Bắc và Thuận Nam.

Tác động mong đợi của Dự án là đến năm 2015, số ca mù có thể tránh khỏi và tổn thương thị lực còn tồn đọng sẽ giảm tại tỉnh Ninh Thuận. Kết quả mong đợi của Dự án là tăng tỉ lệ cán bộ y tế nhãn khoa trong toàn dân; tăng tỉ lệ người bệnh tiếp cận đến cơ sở y tế nhãn khoa; tăng tỉ lệ học sinh được chẩn đoán có tật khúc xạ và đeo kính; nâng cao nhận thức của

cộng đồng về đục thủy tinh thể, tật khúc xạ và chăm sóc mắt ban đầu; Kế hoạch phòng chống mù lòa cấp tỉnh được ban hành và phê duyệt.

Trong năm 2012, Dự án sẽ cung cấp khoảng hơn 2 tỉ đồng và vốn đối ứng của tỉnh khoảng 200 triệu để triển khai các hoạt động như khởi động và quản lý dự án, đào tạo CBYT chuyên khoa, cung cấp trang thiết bị chuyên khoa cho cơ sở y tế, triển khai thực hiện phẫu thuật 400 ca đục thủy tinh thể, khám khúc xạ học đường cho 34 trường cấp II và các hoạt động truyền thông, sản xuất tài liệu truyền thông ■



Tuyên Quang:**2.594 bệnh nhân
tâm thần được quản
lý, điều trị tại
cộng đồng****Chính Anh****Trung tâm Truyền thông GDSK Tuyên Quang**

Theo báo cáo của Trung tâm Phòng chống Bệnh xã hội tỉnh Tuyên Quang, đến nay toàn tỉnh có 2.594 bệnh nhân tâm thần phân liệt được quản lý, theo dõi và điều trị tại cộng đồng. Trong nhiều năm qua, Trung tâm đã duy trì có hiệu quả hoạt động của 149 điểm cấp thuốc tâm thần ngoại trú tại 118 xã, phường, thị trấn, tạo điều kiện để người bệnh được chăm sóc, điều trị theo đúng phác đồ quy định; đẩy mạnh công tác chăm sóc bệnh nhân tâm thần dựa vào cộng đồng theo hình thức lồng ghép vào hoạt động của

trạm y tế xã, phường, thị trấn; tiếp tục xây dựng mạng lưới chuyên khoa chăm sóc sức khỏe tâm thần cho tuyến y tế cơ sở.

Trong quý I năm 2012, Trung tâm đã mở 4 lớp tập huấn về công tác bảo vệ và chăm sóc, điều trị bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng cho hơn 100 cán bộ y tế tuyến huyện, xã, góp phần nâng cao công tác điều trị bệnh nhân tâm thần đạt kết quả cao hơn, nhằm đạt mục tiêu đề ra là: 90% bệnh nhân tâm thần được quản lý, theo dõi và điều trị, 70% bệnh nhân tâm thần được điều trị ổn định ■

(Xem tiếp bài trang 12)

túc gương mẫu thực hiện không hút thuốc lá, thuốc lào.

- Chính quyền các xã cần quan tâm hơn nữa tới hoạt động phòng chống tác hại của thuốc lá, thuốc lào tại cộng đồng. Cần xử phạt nghiêm những người hút thuốc tại những nơi công cộng đã có biển cảnh báo “Không hút thuốc lá”.

- Hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá cần được xã hội hóa để nhận được sự quan tâm từ các cấp, các ngành, các tổ chức đoàn thể, có như vậy thì mới đạt hiệu quả cao. Cần phối hợp với các tổ chức Đoàn, Hội tập huấn cho đoàn viên, hội viên tác hại của thuốc lá đối với sức khỏe.

- Đối với các trường học, cần có kế hoạch đưa vào chương trình giảng dạy ngoại khóa cho học sinh về tác hại của thuốc lá, thuốc lào đối với sức khỏe cho học sinh tiểu học và trung học cơ sở.

- Cần nhân rộng mô hình “Cộng đồng không hút thuốc” tới những xã khác trên địa bàn tỉnh, gắn các hoạt động phòng chống tác hại của thuốc lá, thuốc lào với cuộc vận động “Toàn dân đoàn kết xây dựng đời sống văn hóa khu dân cư”.

- Tổ chức các cuộc thi về phòng chống tác hại thuốc lá để nâng cao nhận thức của người dân về tác hại của thuốc lá, thuốc lào ■

Trích “Thuốc Nam chữa bệnh từ cổ đô Hoa Lư” của tác giả Nguyễn Hoán (tiếp theo kỳ trước)

CHỨNG ĐAU CÁC KHỚP (CHỨNG TÝ)

Do hàn là chính đây rồi
Sưng đau các khớp lúc trời lạnh hơn
Khám thấy rêu lưỡi trắng trơn
Khớp đau cố định, lạnh chườm không ưa
Khớp sưng không nóng đỏ đầu
Mạch phù nhu hoãn, khẩn cầu thuốc nam.
Thiên niên kiện đủ tám gam
Gừng khô đều lượng, có làm sao đầu
Quế chi cùng với ô đầu⁽¹⁾
Bốn gam mỗi vị với đau ít nhiều
Rễ cỏ xước lấy bao nhiêu
Tám gam vừa đủ đừng liều quá tay
Riềng ầm, gối hạc cầu may
Rễ tằm xoọng⁽²⁾ cũng rất hay tận tình
Hà thủ ô chế, đinh ninh
Mười hai gam, bốn chúng mình đều nhau⁽³⁾

Toàn thân mệt mỏi, khớp đau
Khó khăn vận động, người mau nặng nề
Thường luôn có cảm giác tê
Rêu lưỡi trắng nhợt, chứng về mạch nhu
Thấp hàn can phạm là thù
Phương trị tảo thấp, phong khu, tán hàn.
Rễ tằm xoọng mười hai gam
Với rễ gối hạc cùng làm nên phương
Thiên niên kiện chớ xem thường
Kê huyết đằng biết tỏ tường cùng ai
Rễ gấm trên dải đồi dài
Tầm gửi dâu nửa mười hai gam đều
Riềng ầm, tỳ giải đáng yêu
Thêm vào khúc khắc cùng đều tám gam
Ý dĩ cho đủ⁽⁴⁾ đừng tham
Khéo tay bắc bếp⁽⁵⁾ nhanh làm em ơi.

⁽¹⁾ Vị thuốc ô đầu của Việt Nam còn có tên là củ gấu tẩu, tránh nhầm với vị hương phụ

⁽²⁾ Tằm xoọng còn có tên là quýt gai, quýt hôi, cúc keo nhân dân dùng làm thuốc chữa cảm sốt, thấp khớp...

⁽³⁾ Tất cả các vị cho vào 600ml sắc còn 200ml, chia 2 lần uống sáng, chiều.

⁽⁴⁾ Ý dĩ 20g

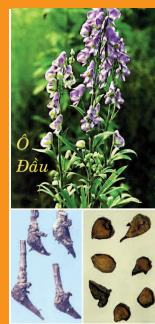
⁽⁵⁾ Tất cả cho một lít nước sắc còn 300ml, chia 2 lần sáng chiều uống lúc đói.



Cây tằm xoọng



Cây gối hạc



Ô đầu



**BỘ Y TẾ
TRUNG TÂM TRUYỀN THÔNG
GIÁO DỤC SỨC KHỎE TRUNG ƯƠNG**

Số: 182 / GDSKTW
V/v. Tiếp tục công tác truyền thông
phòng chống bệnh tay - chân - miệng

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

-----***-----
Hà Nội, ngày 15 tháng 5 năm 2012

Kính gửi: Sở Y tế các tỉnh/ thành phố

Trước tình hình diễn biến ngày càng phức tạp của dịch bệnh tay – chân - miệng, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương đề nghị Sở Y tế các tỉnh, thành phố tiếp tục chỉ đạo Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe, tuyên truyền sâu rộng trên các phương tiện thông tin đại chúng với các nội dung như sau:

1. Tuyên truyền giáo dục rộng rãi trên các phương tiện thông tin đại chúng, tuyên truyền trực tiếp tới các nhóm đối tượng đích, nhất là nhà trẻ, mẫu giáo về tầm quan trọng của việc giữ gìn vệ sinh, như vệ sinh răng miệng, rửa tay trước, sau khi nấu ăn, chuẩn bị thức ăn, sau khi đi vệ sinh, đặc biệt là mỗi lần thay tã cho trẻ; ăn chín, uống sôi. Khi trẻ mẫu giáo có dấu hiệu bệnh tay - chân - miệng phải thông báo ngay cho gia đình và cơ quan y tế để tránh lây lan.
2. Hàng ngày làm sạch dụng cụ học tập, đồ chơi và các dụng cụ khác bằng chloramine B 2%. Dụng cụ ăn uống như bát, đĩa, cốc, cần ngâm, tráng nước sôi trước khi ăn, sử dụng.
3. Trẻ mắc bệnh không đến lớp đến khi hết loét miệng và các phỏng nước. Khi có từ 2 trẻ trở lên trong một lớp bị mắc bệnh trong vòng 7 ngày, thì cho lớp nghỉ học 10 ngày kể từ ngày khởi bệnh của ca cuối cùng. Khi trẻ đến lớp có sốt, loét miệng, phỏng nước phải thông báo cho gia đình và cơ quan y tế.
4. Tăng cường sức đề kháng cho trẻ bằng cách ăn uống đủ chất, bổ sung vitamin C hàng ngày.

Nơi nhận

- Như kính gửi;
- Ban Giám đốc (để chỉ đạo);
- T4G các tỉnh/TP (để thực hiện)
- Website: WWW.t5g.org.vn
- Các phòng/VP (để thực hiện)
- Lưu CĐT, VT.



Đảng Quốc Việt

Khuyến cáo của Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe Trung ương tăng cường phòng dịch bệnh tay - chân - miệng

Để chủ động ngăn ngừa dịch bệnh tay - chân - miệng lây lan nhanh trong cộng đồng, Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe Trung ương đưa ra 7 khuyến cáo phòng chống bệnh dịch. Người dân cần thực hiện tốt một số biện pháp sau:

1. Vệ sinh cá nhân: Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng dưới vòi nước chảy nhiều lần trong ngày (cả người lớn và trẻ em), đặc biệt trước khi chế biến thức ăn, trước khi ăn, cho trẻ ăn, trước khi bế ẵm trẻ, sau khi đi vệ sinh, sau khi thay tã và làm vệ sinh cho trẻ.

2. Vệ sinh ăn uống: Thức ăn cho trẻ cần đảm bảo đủ chất dinh dưỡng; ăn chín, uống chín; vật dụng ăn uống phải đảm bảo được rửa sạch sẽ trước khi sử dụng (tốt nhất là ngâm tráng nước sôi); sử dụng nước sạch trong sinh hoạt hàng ngày; không mớm thức ăn cho trẻ; không cho trẻ ăn bốc, mút tay, ngậm mút đồ chơi; không cho trẻ dùng chung khăn ăn, khăn tay, vật dụng ăn uống như cốc, bát, đĩa, thìa, đồ chơi chưa được khử trùng.

3. Bổ sung vitamin C hàng ngày để tăng đề kháng cho trẻ: Vitamin C giúp tăng cường khả năng chống nhiễm khuẩn, kích thích cơ thể tổng hợp nên interferon - chất ngăn chặn sự xâm nhập của vi khuẩn và virus vào trong tế bào. Vì thế, việc bổ sung đủ nhu cầu vitamin C cho cơ thể trẻ hàng ngày là điều cần thiết, nhằm giúp trẻ tăng cường sức đề kháng và miễn dịch tốt, phòng tránh bệnh dịch tấn công.

4. Làm sạch đồ chơi, nơi sinh hoạt: Hộ gia đình, nhà trẻ mẫu giáo, các hộ trông trẻ tại nhà cần thường xuyên lau sạch các bề mặt, vật dụng tiếp xúc hàng ngày như đồ chơi, dụng cụ học tập, tay nắm cửa, tay vịn cầu thang, mặt bàn, ghế, sàn nhà bằng xà phòng hoặc các chất tẩy rửa thông thường.

5. Quản lý phân: Sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh, phân, chất thải của trẻ phải được thu gom, xử lý và đổ vào nhà tiêu hợp vệ sinh.

6. Theo dõi phát hiện sớm: Trẻ em phải được thường xuyên theo dõi sức khỏe để kịp thời phát hiện, tổ chức cách ly, điều trị các trường hợp mắc bệnh, tránh lây bệnh cho các trẻ khác.

7. Cách ly, điều trị kịp thời khi phát bệnh: Các nhà trẻ, mẫu giáo, nhóm trẻ tập trung và hộ gia đình có trẻ dưới 6 tuổi cần chủ động theo dõi sức khỏe của trẻ, kịp thời phát hiện và đưa ngay đến các cơ sở y tế để được điều trị kịp thời. Trẻ bị bệnh phải được cách ly ít nhất là 10 ngày kể từ khi khởi bệnh, không cho trẻ có biểu hiện bệnh đến lớp và chơi với các trẻ khác.

Hiện nay, Bộ Y tế đã và đang phối hợp chặt chẽ với tất cả các địa phương, các Bộ, Ban ngành liên quan và các tổ chức quốc tế, theo dõi sát tình hình và triển khai các biện pháp khống chế dịch, giảm thiểu sự lây lan và tác hại của bệnh tay - chân - miệng tại Việt Nam ■





Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiến thăm khám cho bệnh nhân mắc hội chứng viêm da dày sừng bàn tay, bàn chân tại Bệnh viện huyện Ba Tơ, tỉnh Quảng Ngãi
Ảnh: Trần Quang Mai



BS. Trần Quang Mai, Phó Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương phát động và phổ biến Thể lệ Cuộc thi sáng tác áp phích “Vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân”
Ảnh: Phúc Trí