

HÃY CHỦ ĐỘNG PHÒNG CHỐNG BỆNH CÚM A(H7N9) ĐỂ BẢO VỆ SỨC KHỎE CỦA BẠN VÀ GIA ĐÌNH BẠN !

Thực hiện tốt vệ sinh cá nhân, thường xuyên rửa tay với xà phòng



Sử dụng gia cầm, sản phẩm của gia cầm có nguồn gốc rõ ràng. Chế biến thức ăn đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm.



Báo ngay cho chính quyền và đơn vị thú y khi phát hiện có gia cầm ốm, chết



Đến ngay cơ sở y tế khi có các biểu hiện cúm như: sốt, ho, đau ngực, khó thở...



Người tới từ khu vực có bệnh phải áp dụng các biện pháp phòng bệnh, khai báo tình trạng sức khỏe cho cơ quan y tế địa phương để được theo dõi sức khỏe.



CỤC Y TẾ DỰ PHÒNG, BỘ Y TẾ

TRUNG TÂM TRUYỀN THÔNG GD&K TW

Hà Nội, tháng 4/2013



TẠP CHÍ

NÂNG CAO SỨC KHỎE

JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

**NƯỚC SẠCH
VÀ
VỆ SINH MÔI TRƯỜNG
LÀ ĐIỀU THIẾT YẾU
CHĂM SÓC VÀ PHÁT TRIỂN TOÀN DIỆN CỦA TRẺ THƠ**



10 K

Ra hàng tháng
Phát hành toàn quốc



Tr. 7

MỤC LỤC



Tr. 36



Tr. 21



Tr. 39



Tr. 32

CÔ ĐỖ THÔN BẢN LÀ CHỨC DANH TRONG HỆ THỐNG Y TẾ



Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Viết Tiến phát biểu tại Hội nghị triển khai Thông tư số 07/2013/TT-BYT

TRÀ GIANG

Theo kết quả điều tra tử vong mẹ do Bộ Y tế tiến hành năm 2002, tỷ lệ tử vong mẹ của cả nước là 165/100.000, trong khi con số này ở khu vực miền núi phía Bắc là 411/100.000 và ở miền núi trung du là 269/100.000, cao gấp hàng chục lần so với vùng đồng bằng. Trong giai đoạn gần đây, tỷ lệ tử vong mẹ giảm đáng kể nhưng tử vong mẹ ở các vùng dân tộc, miền núi vẫn còn cao gấp 3 - 4 lần so với khu vực đồng bằng. Số liệu báo cáo năm 2011 cho thấy, tỷ lệ đẻ tại nhà ở Lai Châu là 59%, Điện Biên 55%, Lào Cai 53%, Hà Giang 45%, Sơn La 42%... Đây là một thách thức lớn cho công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, đặc biệt là giảm tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh.

Từ năm 1979, sáng kiến đào tạo cô đỡ thôn bản của Bệnh viện Từ Dũ do GS.BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng làm

Từ 01/5/2013, với chức danh là nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản được hưởng phụ cấp theo Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg ngày 11/5/2009 của Thủ tướng Chính phủ. Theo đó, cô đỡ thôn bản chính thức được hưởng chế độ phụ cấp bằng 0,3 và 0,5 so với mức lương tối thiểu chung theo quy định của Nhà nước và trợ cấp thêm hàng tháng (nếu có) từ các nguồn kinh phí hợp pháp khác; đồng thời được trang bị các thiết bị, dụng cụ y tế theo danh mục do Bộ Y tế quy định.

Giám đốc Bệnh viện được triển khai. Một số chương trình, dự án đã đào tạo các phụ nữ trẻ người dân tộc đang sinh sống tại cộng đồng, có thể sử dụng ngôn ngữ dân tộc mình để truyền đạt cho người dân thôn bản những thông tin quan trọng về chăm sóc bà mẹ trẻ em, cung cấp các dịch vụ làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh ở những khu vực miền núi. Từ năm 1998 đến nay, đã có khoảng 1.300 cô đỡ thôn bản được đào tạo, 80% số này đang làm việc và có những đóng góp không nhỏ vào công tác chăm sóc bà mẹ và trẻ em, giảm tai biến sản khoa. Tuy nhiên, các cô đỡ này chưa có một chức danh chính thức trong ngành y tế; không được phân công, giám sát hỗ trợ; không được sinh hoạt chuyên môn và chưa có nguồn phụ cấp chính thức nên nhiều cô đỡ đã bỏ nghề.

Trước tình hình đó, ngày

8/3/2013, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 07/2013/TT-BYT quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản. Trong đó có 2 đối tượng được áp dụng: nhân viên y tế thôn, bản làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và nhân viên y tế thôn bản làm công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em (còn gọi là cô đỡ thôn bản).

Tại Hội nghị triển khai Thông tư số 07, Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Việt Tiến nhấn mạnh, Thông tư ra đời, đã chính thức đưa cô đỡ thôn bản là một chức danh trong hệ thống y tế Việt Nam, là nguồn động viên, ổn định đội ngũ cô đỡ thôn bản đã được đào tạo, quản lý, chăm sóc thai sản, chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em ở các vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn còn tồn tại phong tục đẻ tại nhà. Chính đội ngũ này sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ

sinh, giảm tai biến sản khoa tại cộng đồng.

Đánh giá cao kết quả này, bà Mandeep K.O'Brien - Quyền Trưởng đại diện Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc tại Việt Nam (UNFPA) khẳng định: "Thông tư này thể hiện sự cam kết mạnh mẽ và nỗ lực to lớn của Chính phủ Việt Nam trong việc thực hiện nhằm đạt được các Mục tiêu Thiên niên kỷ về y tế, thông qua việc cải thiện nguồn nhân lực cho y tế tuyến cơ sở". Đồng thời, bà Mandeep K. O'Brien nhấn mạnh: "Đầu tư nhân lực cho y tế là một trong các đầu tư hiệu quả nhất mà mỗi quốc gia có thể làm. Chúng tôi hy vọng mô hình đào tạo cho cán bộ y tế thôn bản, bao gồm cô đỡ thôn bản người dân tộc và vai trò chính thức của họ trong hệ thống y tế nên được nhân rộng tại các khu vực miền núi, vùng khó khăn. Nếu làm được việc này thì chúng ta có thể đạt

được các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ về y tế ở mỗi tỉnh, trong các nhóm dân tộc thiểu số, cả nông thôn và thành thị".

Tại Hội nghị, đại diện một số địa phương đã chia sẻ kinh nghiệm về cách tổ chức đào tạo cho cô đỡ thôn bản người dân tộc và sử dụng họ như thế nào giúp cải thiện sức khỏe bà mẹ, trẻ em ở khu vực dân tộc miền núi, vùng sâu, vùng xa. Đồng thời, một lần nữa khẳng định vai trò của cô đỡ thôn bản trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Theo đại diện lãnh đạo Sở Y tế Hà Giang: "Cô đỡ thôn bản đã góp phần tác động trực tiếp đến việc thay đổi hành vi của người dân trong thôn bản và từng bước thực hiện hiệu quả cho cộng đồng góp phần nâng cao chất lượng sức khỏe sinh sản cho phụ nữ người dân tộc thiểu số" ■





ỨNG PHÓ VỚI XU HƯỚNG GIẢM SINH

PHƯƠNG THU

Mức sinh của Việt Nam giảm liên tục trong nhiều thập kỷ qua và đã đạt dưới mức sinh thay thế: 2,1 con/phụ nữ năm 2005; 2,03 con/phụ nữ năm 2009; 2,0 con/phụ nữ năm 2010 và 1,99 con năm 2011. Thành tựu tuyệt vời này đã góp phần nâng cao mức thu nhập bình quân đầu người, nâng cao các chỉ số sức khỏe, chất lượng cuộc sống của người dân Việt Nam song cũng đặt Việt Nam trước những thách thức mới và cần có biện pháp ứng phó ngay từ bây giờ.

Thách thức mới trong giảm sinh

Đánh dấu sự giảm sinh ngoạn mục ở Việt Nam, năm 1999, Liên Hợp Quốc đã tặng Giải thưởng Dân số cho Việt Nam. Các chuyên gia nhận định, xu hướng giảm sinh của Việt Nam là vững chắc. Cho đến cuối thế kỷ 20, Việt Nam vẫn là một nước “tam nông” (nông nghiệp, nông thôn và nông dân), thu nhập thấp, chưa

sản xuất được phương tiện tránh thai, nhưng Việt Nam đã đạt được mức sinh thay thế trước 39 nước có trình độ phát triển cao hơn. Nếu năm 1960, số con trung bình của người phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ là 6,3 con thì đến năm 1989 là 3,9 con và chỉ còn 2,3 con vào năm 1999. Mức sinh này tiếp tục giảm và đã đạt dưới mức sinh thay thế: 2,1 con/phụ nữ năm 2005; 2,03 con/phụ nữ năm 2009; 2,0

con/phụ nữ năm 2010 và 1,99 con/phụ nữ năm 2011. Thành quả trên do tác động của nhiều yếu tố như: tình trạng vô sinh cao và tỷ lệ nạo phá thai vẫn lớn; sự phát triển kinh tế, xã hội với tình trạng cạnh tranh trong môi trường sống; độ tuổi kết hôn muộn hơn... nhưng lý do mạnh mẽ nhất, hiệu quả nhất chính là chính sách dân số - kế hoạch hóa gia đình tại Việt Nam. Giảm sinh là một chính sách

nhất quán của Đảng và Nhà nước Việt Nam từ năm 1961. Kế hoạch hóa gia đình là biện pháp điều chỉnh mức sinh.

TS. Dương Quốc Trọng, Tổng cục trưởng Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình, cho biết: theo các nhà khoa học tính toán, chỉ tính riêng trong 20 năm qua, Việt Nam đã tránh sinh được 18 triệu trường hợp. Điều này có ý nghĩa to lớn, góp phần vào sự phát triển kinh tế xã hội, nâng cao mức thu nhập bình quân đầu người, nâng cao các chỉ số sức khỏe, chất lượng cuộc sống của người dân Việt Nam. Song những thành quả trên tạo ra cho Việt Nam những thách thức mới do làm tốt công tác giảm sinh, nên tỷ lệ số trẻ em sinh ra đã giảm rõ rệt sau 20 năm, đặc biệt là trong 10 năm qua. Số trẻ em trước đây trong thời kỳ tăng sinh đến nay đã bước vào độ tuổi lao động, vì vậy số người trong độ tuổi lao động ở giai đoạn hiện nay và trong khoảng 30 năm tới sẽ đạt giá trị cực đại. Người trẻ tuổi chiếm khoảng 40% tổng dân số của Việt Nam, đây là một tỷ lệ cao nhất trong lịch sử từ trước đến nay.

Hiện nay, Việt Nam đã bước vào giai đoạn cơ cấu dân số vàng. Việc Việt Nam phải tận dụng cho được cơ cấu dân số vàng để cất cánh bay lên là một bài toán khó trong thời gian tới. Sự phát triển kinh tế xã hội, đặc biệt là chất lượng chăm sóc sức khỏe, tuổi thọ của người dân Việt Nam đã tăng lên đáng kể, từ 40 tuổi (năm 1961) lên 73 tuổi (năm 2010). Với sự suy giảm mức sinh nhanh chóng và tuổi thọ trung bình ngày càng tăng cao, dân số Việt Nam đang già hóa rất nhanh và sẽ bắt đầu vào giai đoạn được gọi là “giai đoạn dân số già” trong một thời gian ngắn.

Sự tiến bộ của khoa học công nghệ cũng làm cho người dân đã ý thức được việc sinh ít con nhưng họ lại muốn phải có con trai, do đó tỷ số giới tính khi sinh chênh lệch giữa bé trai và bé gái tăng lên nhanh chóng. Giáo sư Tiến sỹ Nguyễn Đình Cử, Viện Dân số và các vấn đề xã hội nhận định: tổng tỷ suất sinh giảm sâu dưới mức sinh thay thế trong một quốc gia nông nghiệp, ảnh hưởng Nho giáo nặng nề, kỹ thuật lựa chọn giới tính khi sinh khá phổ biến, mất cân bằng giới tính khi sinh... sẽ là nguy cơ thường trực.

Hiện nay mức sinh còn có sự khác nhau rõ rệt giữa các vùng, miền như: Thành phố Hồ

Do mức sinh thấp, số trẻ em được sinh ra ngày càng ít và nhóm người cao tuổi ngày càng đông. Sự thay đổi về cấu trúc tuổi của dân số và già hóa dân số là hệ quả của mức sinh thấp. Theo các chuyên gia quốc tế, các quốc gia châu Á như Nhật Bản, Hàn Quốc, Singapore, Thái Lan có tổng tỷ suất sinh quá thấp nên đang phải đối mặt với thách thức thiếu hụt lao động, năng suất lao động trong tương lai và việc này có khả năng sẽ ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của các thế hệ đang già hóa. Nguyên nhân là do các chương trình kế hoạch hóa gia đình của các nước này kéo dài quá lâu, không dừng lại ở thời điểm thích hợp. (Hàn Quốc là 1,26 con/phụ nữ, Singapo là 1,25 con/phụ nữ, Thái Lan là 1,63 con/phụ nữ).

Chí Minh và các tỉnh miền Đông, miền Tây Nam bộ, mức sinh đã ở xung quanh mức 1,5-1,6 con. Những tỉnh còn khó khăn ở miền núi phía Bắc và Tây Nguyên, tỷ suất sinh còn rất cao, gấp đôi so với các tỉnh khác. Trong khi mức sinh giảm nhiều ở đô thị và những người có học vấn cao thì tỷ lệ sinh nhiều con vẫn còn cao ở khu vực nông thôn và người có học vấn thấp. Đặc biệt, phụ nữ nông thôn, học vấn thấp, có số con trung bình cao hơn hẳn (2,14 - 3 con/phụ nữ) so với phụ nữ có trình độ từ tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên (1,8 con/phụ nữ).

Chính sách ứng phó với xu hướng giảm sinh

Theo dự báo, do chất lượng cuộc sống ngày càng tăng, hội nhập quốc tế ngày càng sâu sắc, truyền thông phát triển mạnh mẽ, hiệu quả của chính sách dân số - kế hoạch hóa gia đình, mức sinh sẽ tiếp tục giảm sâu dưới ngưỡng mức sinh thay thế, 1,78 con/phụ nữ vào năm 2020. Sẽ thay đổi về cấu trúc tuổi của dân số và sự già hóa dân số là hệ quả của mức sinh thấp. Tận dụng các cơ hội và giải quyết các thách thức mới của việc giảm sinh là bài toán đang được đặt ra cho Việt Nam. Để thực hiện những lựa chọn đúng đắn về đầu tư kinh tế - xã hội cho dân số và phát triển bền vững, Các chuyên gia khuyến nghị, Việt Nam nên có chính sách dân số linh hoạt theo từng vùng miền, cần tăng cường cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản toàn diện có chất lượng, đầu tư giải quyết các vấn đề mới nảy sinh như già hóa dân số, mất cân bằng giới tính khi sinh.

Bà Mandeep K. O'Brien, Quyền trưởng Đại diện Quỹ dân số Liên hợp quốc tại Việt

Nam (UNFPA) chia sẻ: “Việt Nam đang trải qua thời kỳ chuyển đổi nhân khẩu học duy nhất trong lịch sử: nhóm dân số trẻ đông đảo; nhóm dân số cao tuổi đang tăng cao và mất cân bằng giới tính khi sinh. Chính vì vậy, Luật Dân số sắp tới cần phải giải quyết các cơ hội và thách thức của việc chuyển đổi nhân khẩu học duy nhất này nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho tất cả mọi người. Cần phải áp dụng cách tiếp cận toàn diện đối với sự chuyển đổi nhân khẩu học này, đó là cách tiếp cận hướng tới sự phát triển bền vững và theo nguyên tắc tự nguyện và dựa trên quyền”.

Phó Tổng cục trưởng Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình Việt Nam Nguyễn Văn Tân cho biết, Chương trình kế hoạch hóa gia đình vừa có nhiệm vụ duy trì ổn định mức sinh ở các vùng đã đạt mức sinh thay thế, vừa có nhiệm vụ giảm sinh ở các tỉnh có mức sinh còn cao và từng bước có những biện pháp phù hợp để các tỉnh đã có mức sinh thấp không rơi vào tình trạng suy giảm dân số. Để cùng lúc thực

hiện được các nhiệm vụ này, thay vì sử dụng các can thiệp chung áp dụng cho toàn quốc như trước đây, phải có những can thiệp riêng biệt phù hợp với từng nhóm tỉnh có mức sinh tương ứng.

Đồng quan điểm này, Giáo sư Nguyễn Đình Cử cho rằng, Chương trình kế hoạch hóa gia đình cần tập trung vào các vùng có mức sinh cao, không “dàn trải” như 20 năm về trước. Kế hoạch hóa gia đình cần chuyển từ bề rộng sang bề sâu, từ số lượng sang chất lượng dịch vụ. Giáo sư Cử khuyến nghị: cần đẩy mạnh truyền thông góp phần nâng cao nhận thức và thái độ ủng hộ bình đẳng giới; tăng cường giám sát thực thi pháp luật về cấm lựa chọn giới tính thai nhi; lồng ghép giới vào kế hoạch phát triển. Các chiến lược phát triển kinh tế - xã hội phải chủ động thích ứng với xã hội mức sinh thấp, lồng ghép sự biến động quy mô, cơ cấu dân số trong các kế hoạch phát triển và đặc biệt, tận dụng lợi thế “cơ cấu dân số vàng” thông qua chính sách y tế, giáo dục và đào tạo, mở rộng việc làm. Chú

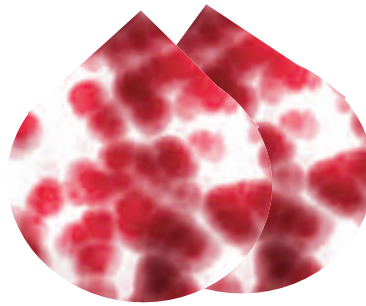
trọng nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, bù đắp cho việc thiếu hụt về số lượng trong tương lai. Đẩy mạnh truyền thông để thay đổi nhận thức và thái độ xã hội đối với việc chăm sóc người cao tuổi. Nhà nước cần hỗ trợ tối đa cho quá trình đa dạng hóa các hình thức chăm sóc người cao tuổi, thông qua các chính sách đất đai, tín dụng, thuế, đào tạo nguồn nhân lực, trợ giúp trang thiết bị cho các Trung tâm chăm sóc người cao tuổi, kể cả trung tâm tư nhân. Hằng năm có thể thay thế chỉ tiêu giảm sinh trong các kế hoạch phát triển kinh tế, xã hội bằng những chỉ tiêu khác phản ánh chất lượng nguồn nhân lực.

Trên thực tế, nhiều nước đã thành công trong việc giảm sinh, trong đó có Việt Nam, nhưng chưa có quốc gia nào thành công rực rỡ khi muốn tăng mức sinh. Với việc nhìn thấy được những hậu quả của xu hướng giảm sinh, hy vọng Việt Nam sẽ có những chính sách ứng phó thích hợp, xây dựng và thực hiện Luật Dân số phù hợp với điều kiện của Việt Nam ■



ĐỂ HEMOPHILIA

KHÔNG CÒN LÀ GÁNH NẶNG CHO BẢN THÂN, GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN VÀ TOÀN XÃ HỘI



Trong hành trình 14 năm qua, kể từ ngày Trung tâm Hemophilia, Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương được thành lập, công tác chăm sóc người bệnh Hemophilia tại Trung tâm đã đạt được nhiều thành tựu đáng ghi nhận. Số lượng bệnh nhân được chẩn đoán và quản lý năm sau cao hơn năm trước, năm 1999 mới chỉ 56 người thì đến nay con số này đã lên đến 1.110 người, gấp gần 20 lần so với thời điểm ban đầu. Chế phẩm điều trị tại chỗ, lúc đầu chỉ có huyết tương, tủ lạnh được sản xuất trong nước và chưa đáp ứng đủ nhu cầu thì hiện nay đã có yếu tố VIII/IX cô đặc, cung cấp tương đối đủ và kịp thời cho người bệnh. Ngoài ra, chế độ bảo hiểm cho bệnh nhân Hemophilia ngày càng được cải tiến theo hướng thuận lợi, bệnh nhân chỉ phải chuyển bảo hiểm y tế 1 lần/năm...



ThS. Nguyễn Thị Mai thăm khám cho bệnh nhân mắc bệnh máu khó đông tại Trung tâm Hemophilia, Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

Được chẩn đoán sớm và điều trị đúng cách, người có Hemophilia (hay còn gọi là bệnh máu khó đông) hoàn toàn có thể sống, làm việc và đóng góp cho xã hội như những người khỏe mạnh, PGS.TS. Bạch Quốc Khánh, Phó Viện trưởng Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương khẳng định.

Chưa tới 30% bệnh nhân được phát hiện và chăm sóc thường xuyên.

Nhắc đến hai đứa con trai đều mắc bệnh Hemophilia, lòng chị Nguyễn Thị Th. (ở Thanh Hóa) quận thất. Đứa lớn 15 tuổi, còn đứa bé mới 9 tháng tuổi. Chị Th. cho biết, lúc đầu, gia đình chỉ nghĩ cháu chơi bị va chạm vào đầu đó. Khi các vết thâm, vết

bầm xuất hiện ngày càng nhiều ở cổ, ngực, rồi bụng, gia đình mới đưa cháu đi khám. Các bác sỹ kết luận, cháu bị bệnh Hemophilia và kèm theo lời căn dặn không được chơi thể thao, tránh các va chạm mạnh và chảy máu, phải được chăm sóc y tế thường xuyên và nhập viện điều trị khi chảy máu... Mừng lo lẫn lộn khi đứa con thứ hai trào đời cũng có

YẾN CHI

những biểu hiện tương tự giống anh. Vậy là, đều đặn hàng tháng, chị và các con lại có mặt tại Trung tâm Hemophilia, Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương để truyền dung dịch giúp đông máu.

Theo Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương, hiện nay ở Việt Nam ước tính có khoảng 6.000 bệnh nhân Hemophilia, nhưng chưa tới 30% bệnh nhân được phát hiện và chăm sóc thường xuyên. Tại Trung tâm Hemopolia, Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương mỗi ngày tiếp nhận điều trị nội và ngoại trú từ 50 - 60 bệnh nhân. Có gia đình 7 đời thì có tới 14 người mắc bệnh, chết 12 người hiện chỉ còn sống 2 người nhưng cũng chung thân với Viện. Phần lớn gia đình bệnh nhân Hemophilia rất nghèo, đời sống khó khăn nhưng vì mặc cảm và sợ kỳ thị, nhiều người đã che giấu bệnh, thậm chí bất hợp tác trong điều trị và phòng ngừa bệnh cho các thế hệ sau.

Có thể sống, làm việc, đóng góp cho xã hội

Hemophilia là bệnh rối loạn chảy máu do thiếu yếu tố cần thiết để làm đông máu và thể bệnh thường gặp là Hemophilia A (thiếu yếu tố VIII) và Hemophilia B (thiếu yếu tố IX). Bệnh mang tính chất di truyền, có liên quan đến nhiễm sắc thể X. Bệnh thường thấy ở trẻ trai hơn trẻ gái. Thạc sĩ Nguyễn Thị Mai, Trưởng khoa điều trị Hemophilia cho biết, khi người bố bị bệnh Hemophilia, người mẹ bình thường thì tất cả những người con trai sẽ không bị bệnh nhưng tất cả con gái sẽ mang gen bệnh. Những người phụ nữ mang gen bệnh sẽ không có biểu hiện bệnh nhưng có thể truyền cho thế hệ sau. Khi



họ sinh con, sẽ có 50% con trai sinh ra bị Hemophilia và 50% khả năng con gái mang gen bệnh. Trẻ gái chỉ có khả năng bị bệnh Hemophilia trong trường hợp bố bị Hemophilia còn mẹ thì mang gen bệnh nhưng trường hợp này rất hiếm khi xảy ra. Ngoài ra, có 1/3 trường hợp bị bệnh là do đột biến mới trong gen. Biểu hiện của bệnh là chảy máu khó cầm ở khắp các vị trí trên cơ thể. Người lớn hay gặp nhất ở cơ và khớp. Trẻ nhỏ thường bị xuất huyết dưới da, bầm tím, đặc biệt trong thời kỳ trẻ bắt đầu tập lẫy, tập bò, tập đi; chảy máu khó cầm khi cắn phải môi hoặc khi đánh răng, chảy máu mũi...

Hiện nay, bệnh Hemophilia vẫn chưa thể chữa khỏi và việc điều trị phải kéo dài suốt đời. Tuy nhiên, PGS.TS. Bạch Quốc Khánh, Phó Viện trưởng Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương khẳng định, nếu được chẩn đoán sớm, điều trị đúng cách, người có Hemophilia hoàn toàn có thể sống, làm việc và đóng góp cho xã hội như những người khỏe mạnh.

Theo nghiên cứu của Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương năm 2005 cho thấy, 60% người lớn và 25% trẻ em mắc bệnh Hemophilia bị tàn tật. Nguyên nhân, do hiểu biết về bệnh của cộng đồng, của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân còn hạn chế nên đa số bệnh nhân được phát hiện, chẩn đoán muộn. Bệnh Hemophilia cũng dễ nhầm lẫn với bệnh lý khác như: bệnh nhân Hemophilia bị chảy máu bên trong khớp dẫn tới sưng đau nhưng lại được hiểu và điều trị theo cách chữa bệnh về khớp thông thường. Điều đó dẫn tới điều trị sai và khớp của bệnh nhân ngày càng đau nặng hơn để lại di chứng tàn tật. Người bị bệnh nặng có thể đầu tuần ra viện, cuối tuần lại vào viện là chuyện bình thường.

Để dự phòng bệnh, các bác sĩ khuyến cáo, các cặp vợ chồng chuẩn bị kết hôn nên đi khám để được tư vấn và tầm soát các bệnh di truyền. Những người bị bệnh cần phải nâng cao hiểu biết về bệnh, biết cách tự chăm sóc và điều chỉnh lối sống cho phù hợp ■

Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án “Phát triển y tế biển, đảo Việt Nam đến năm 2020”

GÓP PHẦN THỰC HIỆN CÁC MỤC TIÊU CỦA CHIẾN LƯỢC BIỂN VIỆT NAM ĐẾN NĂM 2020

Ngày 7/2/2013, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 317/QĐ-TTg phê duyệt Đề án “Phát triển y tế biển, đảo Việt Nam đến năm 2020”

Với mục tiêu bảo đảm cho người dân sinh sống và làm việc ở vùng biển, đảo được tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế cho nhu cầu dự phòng, cấp cứu, khám chữa bệnh và nâng cao sức khỏe, góp phần thực hiện thắng lợi các mục tiêu của Chiến lược biển Việt Nam đến năm 2020. Đề án “Phát triển y tế biển, đảo Việt Nam đến năm 2020” đã xây dựng 5 mục tiêu cụ thể bao gồm: củng cố mạng lưới y tế đủ năng lực và phù hợp với đặc thù hoạt động bảo vệ, chăm sóc sức khỏe người dân vùng biển, đảo; Phát triển nguồn nhân lực y tế đủ về số lượng và chất lượng, đáp ứng nhu cầu bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho người dân vùng biển, đảo; Tăng cường năng lực cấp cứu, vận chuyển, khám chữa bệnh, phòng chống dịch bệnh và các bệnh tật đặc thù vùng biển, đảo; Trang bị kiến thức cho người dân vùng biển, đảo có thể tự bảo vệ sức khỏe, biết tự sơ cấp cứu và đưa người bị nạn đến các cơ sở cấp cứu vùng biển, đảo; Thực hiện đầy đủ các quy định quốc tế về đảm bảo y tế cho hoạt động trên biển.

Để thực hiện thắng lợi các mục tiêu, Đề án đã đưa ra các chỉ tiêu chủ yếu đến năm 2020 gồm: Ban hành bộ tiêu chí chuẩn về y tế cho vùng biển, đảo; 70% các bệnh viện/trung tâm y tế huyện đảo và các bệnh viện ven biển thuộc các Bộ ngành kinh tế biển được đào tạo, bổ túc bác sỹ về y

học biển để có đủ năng lực cấp cứu, khám chữa các bệnh lý đặc thù biển; 100% Trung tâm y tế dự phòng các tỉnh/thành phố ven biển và mỗi bộ, ngành kinh tế biển có 1 đơn vị đủ năng lực khám dự phòng, tư vấn sức khỏe, phòng chống bệnh nghề nghiệp, phòng chống dịch bệnh cho nhân dân, lực lượng lao động vùng biển, đảo; 100% các xã đảo độc lập trên biển có trạm y tế xã, trong đó 50% đạt tiêu chí chuẩn y tế cho vùng biển, đảo; 40% bệnh viện/trung tâm y tế huyện đảo có khả năng triển khai kỹ thuật ngoại khoa tương đương bệnh viện hạng 2; Đầu tư cho 04 trung tâm 115 đủ khả năng phối hợp cấp cứu, vận chuyển cấp cứu trên biển, 06 bệnh viện có trung tâm thu nhận và điều trị bệnh đặc thù vùng biển, đảo và đóng mới 01 tàu biển có chức năng là tàu bệnh viện, trang bị thêm tính năng cấp cứu y tế cho 1 - 2 tàu Cảnh sát biển; Xây dựng 02 mô hình trợ giúp y tế từ xa (Telemedicine) từ bệnh viện vùng đến bệnh viện/trung tâm y tế huyện đảo và nhà dân; 100% người lao động trên các tàu biển, nhà dân có kiến thức tự bảo vệ sức khỏe và biết kêu gọi sự trợ giúp khi có tình huống cấp cứu; 100% tàu vận tải biển, tàu viễn dương thực hiện đầy đủ các quy định quốc tế về bảo đảm y tế biển.

Đề án “Phát triển y tế biển, đảo Việt Nam đến năm 2020” sẽ được triển khai thực hiện tại 151 quận, huyện, thị xã, thành phố của 28 tỉnh, thành phố ven biển trực thuộc Trung ương và vùng biển, đảo thuộc chủ quyền Việt

Nam. Thời gian thực hiện chia làm 2 giai đoạn: giai đoạn 1, từ năm 2013 đến năm 2015; giai đoạn 2, từ năm 2015 đến năm 2020 với 8 nội dung:

Một là, nâng cao nhận thức và năng lực quản lý nhà nước về y tế biển.

Hai là, củng cố và phát triển cơ sở y tế dự phòng: bổ sung biên chế, trang thiết bị cho Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh, thành phố ven biển, các đội vệ sinh phòng dịch Quân khu 3, 4, 5, 7 và 9 đủ năng lực khám dự phòng, tư vấn sức khỏe, phòng chống bệnh nghề nghiệp, phòng chống dịch bệnh, tập huấn kiến thức dự phòng các vấn đề về sức khỏe, cho nhân dân, lực lượng lao động vùng biển, đảo; Tổ chức các đội cơ động sẵn sàng di chuyển ra đảo triển khai phòng chống dịch bệnh. Đầu tư cho các Trung tâm Y tế lao động bộ, ngành kinh tế biển đủ năng lực triển khai các hoạt động khám dự phòng, tư vấn sức khỏe, vệ sinh lao động, phòng chống bệnh nghề nghiệp, tai nạn thương tích cho người lao động. Tăng cường công tác thanh tra, giám sát công tác vệ sinh an toàn lao động các ngành kinh tế biển, đánh giá tác động môi trường, dự báo ứng phó với biến đổi khí hậu; quản lý chất thải y tế; an toàn thực phẩm, vệ sinh phòng chống dịch trên vùng biển, đảo.

Ba là, phát triển mạng lưới khám, chữa bệnh: tổ chức, đầu tư trang thiết bị y tế, nhân lực, cơ sở hạ tầng cho 6 khoa Hồi sức cấp cứu thành Trung tâm tiếp nhận cấp cứu, khám chữa bệnh đặc thù cho vùng biển, đảo và làm nhiệm

vụ hỗ trợ cấp cứu từ xa, đặt tại 06 bệnh viện ven biển là Viện Y học biển, Thành phố Hải Phòng; Bệnh viện Quân khu 4, Nghệ An; Bệnh viện C Đà Nẵng; Bệnh viện 87, Nha Trang, Khánh Hòa; Bệnh viện thuộc Liên doanh Việt Nga - Viesopetron - thành phố Vũng Tàu; Bệnh viện Quân dân y 78 Phú Quốc, Kiên Giang. Đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực cho 04 trung tâm y tế/bệnh viện huyện đảo trọng điểm về quốc phòng an ninh, nghề cá có thể triển khai các kỹ thuật ngoại khoa tương đương bệnh viện hạng 2; Đóng mới 1 tàu biển đa năng, chịu được sóng trên cấp 8, có chức năng là tàu bệnh viện, đóng vai trò là cơ sở y tế lưu động trên biển, phục vụ các ngành kinh tế trên biển xa bờ. Trang bị cho 1 - 2 tàu tuần tra của Cảnh sát biển Việt Nam có đủ thuốc, trang thiết bị y tế có khả năng xử lý một số cấp cứu thường gặp trên biển; Tùy theo điều kiện cụ thể của từng huyện đảo, có thể chỉ tổ chức tập trung lực lượng y tế vào 01 bệnh viện/trung tâm y tế huyện đảo, không có trạm y tế xã và thay thế bằng phát triển mô hình “Bác sỹ gia đình” tại các cụm dân cư. Tăng cường năng lực cấp cứu, khám chữa bệnh của trạm y tế xã đảo độc lập; Xây dựng 02 mô hình trợ giúp y tế từ xa từ 06 Trung tâm hỗ trợ cấp cứu từ xa đến bệnh viện/trung tâm y tế huyện đảo và nhà dân; Trang bị tủ thuốc và trang thiết bị y tế cho tàu biển theo các quy định quốc gia và quốc tế; các tổ đội đoàn kết khai thác hải sản trên biển có người biết sơ cấp cứu trên biển và biết liên hệ với Trung tâm y tế nhờ trợ giúp.

Bốn là, tổ chức mạng lưới vận chuyển, cấp cứu: đầu tư đủ, trang bị phù hợp nhân lực cho 04 Trung tâm vận chuyển cấp cứu 115 theo mô hình “quân dân y kết hợp” tại Hải Phòng, Đà

Nẵng, Khánh Hòa, Bà Rịa - Vũng Tàu làm nhiệm vụ phối hợp với 04 Trung tâm Phối hợp tìm kiếm, cứu nạn hàng hải khu vực cấp cứu, vận chuyển cấp cứu bệnh nhân về đất liền; Xây dựng các phương án y tế phối hợp với các đội tàu thuộc Quân chủng Hải quân, Cảnh sát biển Việt Nam, Bộ Tư lệnh Bộ đội Biên phòng, tàu tìm kiếm, cứu nạn của các Trung tâm Phối hợp tìm kiếm, cứu nạn hàng hải khu vực 1, 2, 3, 4 tham gia cấp cứu, vận chuyển bệnh nhân giữa các đảo hoặc từ trên biển về cơ sở y tế trên đảo hoặc đất liền; Cải tạo, nâng cấp các tàu xuồng hiện có của các lực lượng Ban Chỉ huy Quân sự, Biên phòng, Cảnh sát biển, tàu cá... đảm nhiệm chức năng là phương tiện cứu thương trên biển, giữa các đảo. Trang bị đủ xe ô tô cứu thương, phao cứu sinh cho các bệnh viện/trung tâm y tế huyện đảo; Tổ chức, huấn luyện cho các lực lượng bán chuyên trách lực lượng huy động ở các bộ, ngành kinh tế biển để sẵn sàng phối hợp tham gia xử lý các tình huống về y tế trên biển, đảo; Tổ chức, huấn luyện, trang bị cho các đội y tế cơ động cấp tỉnh, thành phố ven biển trực thuộc trung ương, sẵn sàng chi viện cấp cứu trên biển, đảo khi cần sự tăng cường về chuyên môn hoặc trong tình huống bị chia cắt; Tổ chức, huấn luyện đội cơ động cấp cứu trên các huyện đảo có sự tham gia của các lực lượng, trong đó lực lượng y tế làm nòng cốt.

Năm là, phát triển nguồn nhân lực cho y tế biển, đảo: Ban hành định mức biên chế tại các bệnh viện/trung tâm y tế huyện đảo, trạm y tế xã đảo, nhà dân, trung tâm vận chuyển cấp cứu, đội cơ động, tàu bệnh viện... làm cơ sở xây dựng kế hoạch đào tạo nguồn nhân lực cho vùng biển, đảo. Ban hành tiêu chuẩn về sức

khỏe, độ tuổi, giới; nghĩa vụ, trách nhiệm, chính sách, chế độ thu hút, ưu đãi; quy định về đào tạo và đào tạo lại; đối với cán bộ viên chức ngành y tế được bố trí công tác trên biển, đảo. Đầu tư phát triển chuyên ngành y học biển, đáp ứng nhu cầu đào tạo nguồn nhân lực y tế biển; tăng cường đào tạo nguồn nhân lực y tế chất lượng cao có trình độ sau đại học về y học biển; thành lập thêm Bộ môn Y học biển tại trường Đại học Y Huế và Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; lấy Viện Y học biển làm nòng cốt; đẩy mạnh đào tạo đội ngũ điều dưỡng viên và kỹ thuật viên y học biển, đáp ứng nhu cầu của các địa phương ven biển, đảo và các ngành kinh tế biển. Thành lập 01 trung tâm huấn luyện cấp cứu trên biển tại Bệnh viện Quân dân y 78. Quy định cụ thể về thẩm quyền đào tạo và cấp chứng chỉ của các cơ sở đào tạo, huấn luyện, tập huấn chuyên môn cho các lực lượng lao động trên biển của các bộ, ngành, địa phương. Phối hợp với ngành Hàng hải nâng cao chất lượng đào tạo cho thuyền trưởng, máy trưởng, thuyền viên các kiến thức cơ bản về sơ cấp cứu ban đầu; đào tạo kiến thức cơ bản về y học biển cho sỹ quan boong làm nhiệm vụ thay thế cho sỹ quan y tế trên tàu biển. Tăng cường hợp tác quốc tế trong đào tạo, nghiên cứu khoa học để phát triển chuyên ngành y học biển.

Sáu là, ban hành các tiêu chuẩn quy định về cơ sở vật chất, trang thiết bị, phương tiện phục vụ y tế biển, đảo.

Bảy là, xây dựng chính sách về tài chính, đầu tư cho y tế phù hợp với đặc thù của vùng biển, đảo

Tám là, tăng cường truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người dân vùng biển đảo ■



Bệnh nhân có thể bảo hiểm y tế đang chờ nhận thuốc tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Bình

THỰC HIỆN LỘ TRÌNH TIẾN TỚI BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN GIAI ĐOẠN 2012 - 2015 VÀ 2020

Ngày 29/3, Thủ tướng Chính phủ Nguyễn Tấn Dũng đã ban hành Quyết định số 538/QĐ-TTg phê duyệt Đề án “Thực hiện lộ trình tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân giai đoạn 2012 - 2015 và 2020”.

Với mục tiêu mở rộng phạm vi bao phủ của bảo hiểm y tế (BHYT) về tỷ lệ dân số tham gia BHYT, về phạm vi dịch vụ y tế được thụ hưởng và giảm mức chi trực tiếp từ túi của người sử dụng dịch vụ; bảo đảm quyền lợi của người tham gia BHYT; tiến tới

mục tiêu BHYT toàn dân, góp phần tạo nguồn tài chính ổn định cho công tác chăm sóc sức khỏe theo hướng công bằng, hiệu quả, chất lượng và phát triển. Đề án đã đưa ra những chỉ tiêu cụ thể nhằm tăng tỷ lệ dân số tham gia BHYT bằng việc: tiếp tục duy trì 100% các nhóm đối tượng đã tham gia BHYT; mở rộng các nhóm đối tượng đến năm 2015 đạt tỷ lệ trên 70% dân số và đến năm 2020 có trên 80% dân số tham gia BHYT. Từng bước đổi mới cơ chế tài

chính theo hướng đầu tư trực tiếp cho người thụ hưởng dịch vụ y tế thông qua hình thức hỗ trợ tham gia BHYT, bảo đảm cân đối thu - chi quỹ BHYT, phấn đấu giảm tỷ lệ chi tiêu y tế trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình xuống dưới 40% vào năm 2020; nâng cao chất lượng khám chữa bệnh BHYT, đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người tham gia BHYT...

Để thực hiện được các mục tiêu trên, Đề án đã đưa ra một số giải pháp thực hiện từ nay

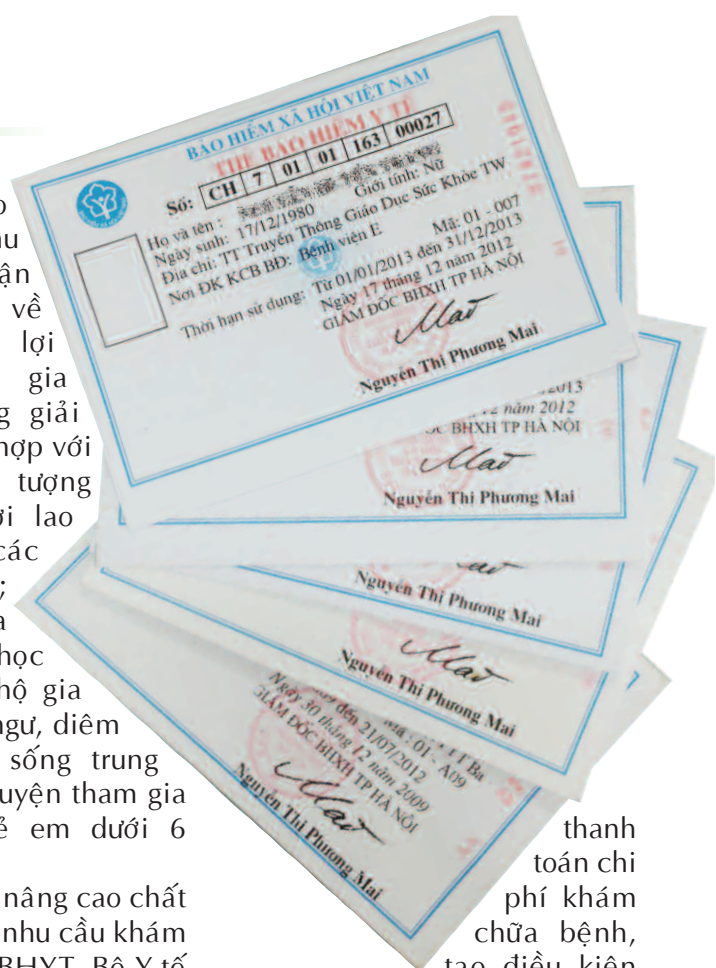
đến năm 2015 như: xây dựng và hoàn thiện chính sách BHYT; cam kết chính trị mạnh mẽ và sự tham gia của hệ thống chính trị; tăng tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế; nâng cao chất lượng và đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh BHYT; đẩy mạnh công tác y tế dự phòng và chăm sóc sức khỏe ban đầu; đẩy mạnh tuyên truyền, phổ biến pháp luật về BHYT; đổi mới cơ chế tài chính và phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT; tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra; nâng cao năng lực quản lý nhà nước và hệ thống tổ chức thực hiện BHYT; cân đối và bảo toàn Quỹ BHYT; ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý; nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế. Sau năm 2015, mục tiêu và các giải pháp sẽ được điều chỉnh trên cơ sở tổng kết quá trình triển khai Đề án giai đoạn 2012 - 2015 và thực hiện các quy định mới của Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT. Trong các giải pháp đưa ra, có 2 giải pháp được đặc biệt chú trọng là giải pháp tăng tỷ lệ bao phủ BHYT và nâng cao chất lượng, đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

Đối với giải pháp tăng tỷ lệ bao phủ BHYT, Đề án chia các đối tượng làm 2 nhóm. Nhóm đối tượng đã đạt tỷ lệ bao phủ trên 90% thì tiếp tục duy trì tỷ lệ bao phủ và các giải pháp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh; tăng cường tiếp cận các dịch vụ y tế đồng thời tiếp tục thực hiện các giải pháp tuyên truyền chính sách, pháp luật về BHYT. Nhóm đối tượng có tỷ lệ tham gia BHYT thấp thì cùng với giải pháp chung như tăng cường công tác tuyên truyền chính sách, pháp luật về BHYT vận động tham gia; tăng cường tính hấp dẫn của BHYT; tổ chức các

đại lý BHYT bảo đảm người có nhu cầu được tiếp cận với thông tin về BHYT và thuận lợi cho việc tham gia BHYT với những giải pháp cụ thể phù hợp với từng nhóm đối tượng (như nhóm người lao động trong các doanh nghiệp; người thuộc hộ gia đình cận nghèo; học sinh, sinh viên; hộ gia đình nông, lâm, ngư, diêm nghiệp có mức sống trung bình; nhóm tự nguyện tham gia BHYT; nhóm trẻ em dưới 6 tuổi...).

Về giải pháp nâng cao chất lượng và đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh BHYT, Bộ Y tế xây dựng các đề án riêng theo từng lĩnh vực:

Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh BHYT: triển khai chính sách BHYT phải thực hiện từng bước và đồng bộ như củng cố, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, cải cách thủ tục hành chính, nâng cao tinh thần, thái độ, đạo đức nghề nghiệp để bảo đảm chất lượng phục vụ và sự hài lòng của người bệnh có thẻ BHYT ở cả hệ thống cơ sở khám chữa bệnh nhà nước và tư nhân. Chỉ đạo việc tổ chức khám chữa bệnh, thanh tra, kiểm tra, giám sát việc bảo đảm đầy đủ quyền lợi của người tham gia BHYT theo quy định của pháp luật. Tăng cường quản lý chất lượng bệnh viện, xây dựng bộ tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện làm cơ sở kiểm tra, đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Tăng cường chăm sóc toàn diện người bệnh. Nâng cao chất lượng điều trị, giảm số ngày điều trị một cách hợp lý. Cải cách thủ tục hành chính trong khám chữa bệnh, trong



thanh toán chi phí khám chữa bệnh, tạo điều kiện

thuận lợi cho người bệnh khi đến khám chữa bệnh. Mở rộng loại hình điều trị ngoại trú và triển khai một số mô hình dịch vụ mới trong khám chữa bệnh (bệnh viện vệ tinh, bác sĩ gia đình). Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện, quản lý khám chữa bệnh BHYT. Nghiên cứu xây dựng gói dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội, sự ổn định của quỹ BHYT, hệ thống cung ứng dịch vụ và nhu cầu chăm sóc sức khỏe. Xây dựng, bổ sung các chính sách cung cấp thuốc cho người bệnh BHYT theo hướng đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh, sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, phù hợp với khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế và xây dựng các cơ chế kiểm soát giá thuốc thanh toán BHYT. Xây dựng chính sách hỗ trợ bệnh viện vệ tinh và chuyển giao kỹ thuật cho tuyến dưới. Tổ chức thực hiện mô hình bác sĩ gia đình...

Đầu tư trang thiết bị, xây dựng, cải tạo và mở rộng cơ sở hạ tầng:

Mạng lưới khám chữa bệnh: Rà soát, sửa đổi, bổ sung quy hoạch tổng thể phát triển mạng lưới khám chữa bệnh cả nước và từng địa phương; quy hoạch phát triển mạng lưới của các chuyên khoa để hoàn chỉnh mạng lưới bệnh viện, đảm bảo cơ cấu và tỷ lệ giường bệnh phù hợp giữa các tuyến kỹ thuật và các chuyên khoa vào năm 2020; Phát triển mạng lưới y tế dự phòng với sự tham gia phối hợp của nhiều bộ, ngành để giải quyết những vấn đề sức khỏe cấp bách của cộng đồng, sự gia tăng của các bệnh không truyền nhiễm như ung thư, tim mạch, đái tháo đường..., các yếu tố nguy cơ tác động xấu đến sức khỏe như thiếu nước sạch, ô nhiễm môi trường... nhằm giảm gánh nặng bệnh tật, giảm chi phí khám chữa bệnh.

Các bệnh viện tuyến trung ương và thành phố lớn: Tiếp tục đầu tư, mở rộng mạng lưới khám chữa bệnh đáp ứng yêu cầu về chăm sóc sức khỏe và chất lượng khám chữa bệnh, đặc biệt là y tế cơ sở thông qua thực hiện Đề án Giảm tải bệnh viện; tăng cường thực hiện xã hội hóa công tác y tế, đa dạng các hình thức tổ chức khám chữa bệnh để đáp ứng nhu cầu và chất lượng khám chữa bệnh BHYT ngày càng cao của nhân dân. Nâng cấp, mở rộng và xây mới để tăng nhanh số giường bệnh cho các bệnh viện hiện đang quá tải trầm trọng tại tuyến trung ương và hai thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh.

Hệ thống bệnh viện vệ tinh: Hình thành mạng lưới bệnh viện vệ tinh của một số bệnh viện trung ương, bệnh viện tuyến cuối của thành phố Hà Nội và thành phố Hồ Chí

Minh thuộc 5 nhóm chuyên khoa: Ung bướu, tim mạch, chấn thương chỉnh hình, sản, nhi tại các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến tỉnh... Đầu tư, nâng cấp, mở rộng giường bệnh cho các bệnh viện nhận làm bệnh viện vệ tinh của các bệnh viện thuộc nhóm chuyên khoa trên; Hình thành mạng lưới bệnh viện vệ tinh của các bệnh viện tuyến tỉnh tại tuyến huyện. Nâng cao năng lực khám chữa bệnh tại các bệnh viện vệ tinh, từng bước giảm người bệnh chuyển lên tuyến trên.

Tăng cường năng lực các tuyến khám chữa bệnh: tăng cường trang thiết bị y tế, cơ sở hạ tầng cho các trạm y tế xã gắn với Chương trình nông thôn mới. Tiếp tục thực hiện Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg ngày 02 tháng 4 năm 2008 và Quyết định số 930/QĐ-TTg ngày 30 tháng 6 năm 2009 của Thủ tướng Chính phủ về đầu tư xây dựng, nâng cấp các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện qua nguồn trái phiếu Chính phủ.

Nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ y tế tuyến dưới: Xây dựng và ban hành các quy định về phân tuyến và chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật, bảo đảm nguyên tắc phù hợp với năng lực chuyên môn của cơ sở khám chữa bệnh, thuận lợi trong thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT, tăng cường công tác đào tạo, bồi dưỡng, đầu tư trang thiết bị, tạo điều kiện để phát triển kỹ thuật ở tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh ở tuyến cơ sở; Tăng cường công tác chỉ đạo tuyến, đào tạo và chuyển giao kỹ thuật, thực hiện hình thức chuyển giao kỹ thuật trọn gói từ tuyến trên cho tuyến dưới thông qua việc cử cán bộ tuyến trên xuống đào tạo cho tuyến

dưới hoặc cán bộ tuyến dưới lên học ở tuyến trên hoặc gián tiếp thông qua hệ thống công nghệ thông tin để tăng cường năng lực cho tuyến dưới, hạn chế chuyển người bệnh lên tuyến trên; Xây dựng và phát triển mạng lưới bác sỹ gia đình, đưa mô hình bác sỹ gia đình lồng ghép với mạng lưới cơ sở y tế sẵn có để quản lý và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện cho cá nhân, gia đình. Trước mắt thực hiện thí điểm hệ thống bác sỹ gia đình tại Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và một số thành phố trực thuộc trung ương khác; Nâng cao năng lực của trạm y tế xã bằng việc xây dựng tiêu chuẩn kỹ thuật chuyên môn và cơ sở vật chất, trang thiết bị đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ban đầu của người tham gia bảo hiểm y tế, bảo đảm 100% số trạm y tế xã tổ chức khám chữa bệnh BHYT vào năm 2015. Tăng tỷ lệ trạm y tế xã có bác sỹ làm việc, bảo đảm đến năm 2015 đạt 100% trạm y tế xã có bác sỹ làm việc. Đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, bổ sung chức năng nhiệm vụ cho Trạm y tế xã về quản lý và điều trị một số bệnh không lây nhiễm; có cơ chế khuyến khích người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám chữa bệnh BHYT ban đầu tại trạm y tế xã; Xây dựng cơ chế phù hợp để các cơ sở y tế tư nhân, bao gồm cả các phòng khám tư nhân có đủ điều kiện tham gia khám chữa bệnh BHYT.

Đảm bảo nguồn nhân lực: Xây dựng chính sách thu hút nguồn nhân lực cho y tế tuyến cơ sở, ưu tiên cho các bệnh viện vệ tinh, tuyến huyện, trạm y tế xã và xây dựng chính sách quy định trách nhiệm thực hiện nghĩa vụ xã hội của người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh ■

PHÁT ĐỘNG THÁNG HÀNH ĐỘNG VÌ CHẤT LƯỢNG VỆ SINH AN TOÀN THỰC PHẨM NĂM 2013

Tháng hành động vì chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm năm 2013 với chủ đề “An toàn thực phẩm bếp ăn tập thể” vừa được Phó Thủ tướng Chính Phủ Nguyễn Thiện Nhân phát động tại tỉnh Đồng Nai. Tháng hành động diễn ra từ ngày 15/4 - 15/5 với mục tiêu trên 80% chủ doanh nghiệp có bếp ăn tập thể ký cam kết chấp hành đầy đủ các quy định về bảo đảm an toàn thực phẩm; không để xảy ra ngộ độc thực phẩm trong các bếp ăn tập thể.

Theo báo cáo của Bộ Y tế, tình hình ngộ độc thực phẩm tại các bếp ăn tập thể trong các khu công nghiệp đã có chiều hướng giảm nhưng vẫn còn thường xuyên xảy ra, đặc biệt tại các tỉnh phía Nam như Bình Dương, thành phố Hồ Chí Minh, Đồng Nai... Năm 2012, số người mắc ngộ độc thực phẩm tại các bếp ăn tập thể là 2.318 người, chiếm 41,8% tổng số người bị ngộ độc thực phẩm.

Phát biểu tại Lễ phát động, Phó Thủ tướng

Chính Phủ Nguyễn Thiện Nhân yêu cầu Bộ Y tế phối hợp với các bộ, ngành, địa phương đẩy mạnh truyền truyền, phổ biến pháp luật an toàn thực phẩm đến tất cả người dân; yêu cầu các doanh nghiệp có bếp ăn tập thể đánh giá thực hiện quy định về an toàn thực phẩm, ký cam kết về an toàn thực phẩm; đẩy nhanh việc phát triển vùng và hộ dân sản xuất, chăn nuôi an toàn bảo đảm vệ sinh thú y, nhất là gia cầm, gia súc, thủy hải sản; tăng cường công tác kiểm tra, xử lý các hành vi buôn bán thực phẩm, nhập trái phép không rõ nguồn gốc; kiên quyết xử lý các chủ phương tiện và phương tiện tham gia vào việc buôn lậu, tiêu thụ gia cầm trái pháp luật. Các bộ, ngành liên quan cần có giải pháp và quản lý chặt chẽ năm nội dung: sản xuất; vận chuyển, bảo quản; nhập khẩu thực phẩm; chế biến và tiêu thụ thực phẩm ■

30 NĂM BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG

Bệnh viện Châm cứu Trung ương là bệnh viện chuyên khoa hạng I trực thuộc Bộ Y tế với quy mô 440 giường bệnh, 20 khoa phòng và các trung tâm trực thuộc. Là tuyến chuyên môn cao nhất về châm cứu, bệnh viện có công suất sử dụng giường bệnh hàng năm luôn đạt trên 100%.

Theo PGS.TS. Nghiêm Hữu Thành, Giám đốc Bệnh viện Châm cứu Trung ương, trong 30 năm xây dựng và phát triển, Bệnh viện Châm cứu Trung ương đã kế thừa những kinh nghiệm quý báu, độc đáo của ông cha ta, từ đó, nghiên cứu và phát triển y học cổ truyền kết hợp y học hiện đại; đẩy mạnh phương pháp châm cứu với hình thức không dùng thuốc để phòng bệnh góp phần tích cực trong việc chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân. Ngành Châm cứu Việt Nam cũng từ đó mở ra một hướng đi riêng với tiềm năng phát triển to lớn trong sự nghiệp phát triển chung của y học đất nước.

Hiện nay, với các giáo sư đầu ngành uy tín và đội ngũ bác sỹ có chuyên môn cao, Bệnh viện Châm cứu Trung ương thực sự trở thành cơ sở nghiên cứu khoa học đầu ngành của cả nước trong lĩnh vực nghiên cứu cơ chế tác dụng của châm cứu, làm cho châm cứu có đầy đủ tính khoa học,



TS. Trần Đức Long, Vụ trưởng Vụ Truyền thông và Thi đua khen thưởng, Bộ Y tế trao danh hiệu Chiến sỹ Thi đua Toàn quốc cho PGS.TS. Nghiêm Hữu Thành, Giám đốc Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

dân tộc và đại chúng, đóng góp một cách có hiệu quả vào sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Bệnh viện đã từng bước ứng dụng các tiến bộ mới của khoa học công nghệ, kết hợp châm cứu với các công nghệ y học mới để hiện đại hóa ngành châm cứu như: laser châm, từ châm, điện từ châm... ■

VIỆT NAM HƯỞNG ỨNG TUẦN LỄ TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG

Hưởng ứng Tuần lễ Tiêm chủng mở rộng (từ 22-30/4/2013) với chủ đề “Đạt mục tiêu không còn bệnh sởi”. Chương trình Tiêm chủng mở rộng quốc gia phối hợp với Sở Y tế Hải Dương tổ chức Lễ mít tinh tại tỉnh Hải Dương. Cùng với 20 nước khác trong khu vực, Tuần lễ Tiêm chủng mở rộng là một hoạt động nằm trong chuỗi các hoạt động hưởng ứng phong trào tiêm chủng mở rộng do Tổ chức Y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương phát động, nhằm nâng cao nhận thức và chia sẻ thông tin về loại trừ bệnh sởi cho cộng đồng, cho các cha mẹ và người chăm sóc trẻ; tăng cường dự phòng bằng vắc xin cho trẻ em ngay từ những ngày đầu tiên của cuộc đời; huy động sự ủng hộ, các nguồn lực của các cá nhân, cộng đồng, các tổ chức kinh tế chính trị xã hội và chính quyền tham gia đóng góp vào chương trình tiêm chủng mở rộng.

Phát biểu tại Lễ mít tinh, Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long đề nghị các cấp, các ngành và địa phương cần tăng cường hơn nữa công tác

xã hội hóa trong việc thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng; đẩy mạnh hoạt động truyền thông cộng đồng; ưu tiên hỗ trợ vùng miền núi, vùng sâu, vùng khó tiếp cận, vùng thiên tai để đảm bảo công bằng xã hội đồng thời tập trung nguồn lực quyết tâm thực hiện các mục tiêu cam kết quốc tế.

Theo báo cáo của Chương trình tiêm chủng mở rộng, công tác tiêm chủng phòng chống bệnh sởi tại Việt Nam đã đạt được kết quả rõ rệt. Nếu năm 1984 cả nước có 87.796 ca mắc sởi thì tới năm 2012 chỉ ghi nhận 578 ca. Từ năm 2003 đến nay, Việt Nam không ghi nhận bất kỳ một ca tử vong nào do sởi. Việt Nam phấn đấu trong 3 năm tới sẽ đạt trên 95% tỉ lệ tiêm chủng 2 mũi vắc xin sởi cho trẻ 9 - 18 tháng tuổi; triển khai chiến dịch tiêm chủng vắc xin sởi - rubella cho khoảng 23 triệu trẻ từ 9 - 14 tháng tuổi trên toàn quốc đồng thời nâng cao chất lượng giám sát bệnh sởi, tăng cường sự phối hợp giữa các cơ sở y tế dự phòng và khám chữa bệnh ■

VIỆT NAM - CHỈ ĐÁP ỨNG ĐƯỢC 25% NHU CẦU PHÒNG CHỐNG UNG THƯ

Thông tin trên được Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Xuyên cho biết tại Hội nghị khoa học phòng chống ung thư năm 2013 do Bộ Y tế phối hợp với Hội Ung thư Việt Nam tổ chức.

Hiện nay, ung thư đang trở thành một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn cầu. Tại Việt Nam, thời gian qua, hàng chục bệnh viện và trung tâm ung bướu đã được đầu tư xây mới và đưa vào hoạt động. Nhiều kỹ thuật cao đã được triển khai, đặc biệt là Chương trình Sàng lọc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung, ung thư vú, ung thư khoang mũi họng ở các thành phố lớn như Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, Cần Thơ, Thừa Thiên Huế, Đà Nẵng... Tuy nhiên, công tác phòng chống ung thư tại Việt Nam mới chỉ đáp ứng được 25% nhu cầu thực tế.

Thời gian tới, Chương trình Phòng chống ung thư cần tập trung đẩy mạnh việc tuyên truyền

phòng chống ung thư; sàng lọc và phát hiện sớm ung thư, giảm số lượng bệnh nhân giai đoạn cuối; ứng dụng thành tựu mới vào điều trị; tăng cường các nghiên cứu về hiệu quả của các chương trình phòng chống ung thư; phát triển mạng lưới phòng chống ung thư xuống cơ sở; thực hiện luân chuyển cán bộ xuống tuyến dưới...

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, năm 2008, thế giới có hơn 4 triệu người mới mắc bệnh ung thư và 2,6 triệu người tử vong. Con số này vẫn đang tăng lên và nếu không hành động ngay thì dự báo sẽ có 11 triệu người chết do ung thư vào năm 2030. Trong đó, hơn 70% trường hợp tử vong do ung thư là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, nơi các nguồn lực dành cho phòng, chống, chẩn đoán, điều trị ung thư còn hạn chế và thiếu thốn ■



Bộ trưởng Đỗ Nguyên Phương

THỰC HIỆN THÀNH CÔNG TƯ TƯỞNG HỒ CHÍ MINH VỀ Y ĐỨC

BS. ĐẶNG QUỐC VIỆT

Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK TƯ

Thân thế và sự nghiệp

Giáo sư, Tiến sỹ Triết học, Bác sỹ Đỗ Nguyên Phương (GS. Đỗ Nguyên Phương) sinh ngày 20/5/1937 tại phường Yên Phụ, quận Tây Hồ, thành phố Hà Nội, tham gia Đoàn thanh niên cứu quốc năm 1954, tốt nghiệp đại học Y Dược Hà Nội năm 1960. Trong quá trình công tác, ông đã được cử giữ các chức vụ: Phó Hiệu trưởng Trường Đại học Y Hà Nội; Phó Giám đốc Thường trực Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh; Bộ trưởng Bộ Y tế (11/1995 - 9/2002); Trưởng ban Khoa giáo Trung ương; Phó Chủ tịch Trung ương Hội Người cao tuổi Việt Nam. Ông được kết nạp vào Đảng Cộng sản Việt Nam năm 1959, là Ủy viên Ban chấp hành Trung ương các khoá VIII - IX, Đại biểu Quốc hội các khoá X - XI. Sau một cơn đau nặng, ông đã từ trần hồi 11h10 ngày 3/10/2008 tại nhà riêng, hưởng thọ 71 tuổi.

Hơn 50 năm hoạt động cách mạng và đặc biệt trong gần 7 năm giữ cương vị Bộ trưởng Bộ Y tế, ông đã để lại cho ngành Y tế nhiều tài sản quý báu, đó là: Hệ thống lý luận trong chăm sóc sức khỏe; Chính sách y tế đối với người nghèo; Chiến lược phát triển y tế nông thôn nói chung và y tế cơ sở nói riêng; Chủ trương hướng về nông thôn, phát triển y tế phổ cập; Tăng cường cán bộ y

tế về cơ sở công tác; Đưa bác sỹ về xã; Khôi phục và củng cố mạng lưới y tế thôn bản; Xây dựng nền y tế theo định hướng công bằng và hiệu quả... trong đó có một vấn đề được ông quan tâm nhất, trăn trở nhất và cũng thực hiện thành công nhất, đó là vấn đề y đức trong ngành Y tế.

Tư tưởng Hồ Chí Minh về y đức:

Sinh thời, Bác Hồ bàn nhiều nhất về vấn đề đạo đức và tài năng cũng như mối quan hệ biện chứng giữa đức và tài của cán bộ cách mạng nói chung và cán bộ y tế nói riêng. Những bài nói, bài viết và những lần đi thăm các cơ sở y tế đã thể hiện rõ nét tư tưởng đó của Người. Câu nói “Lương y phải như từ mẫu” là cốt lõi trong tư tưởng của Người về đức và tài của người thầy thuốc cách mạng.

Chủ tịch Hồ Chí Minh luôn coi trọng việc rèn luyện cả đức và tài đối với cán bộ y tế, song Người luôn nhấn mạnh tới đạo đức. Trong thư gửi Hội nghị cán bộ y tế toàn quốc tháng 2 năm 1955, Người căn dặn cán bộ y tế 3 điều: Phải thật thà đoàn kết mới tạo ra được sức mạnh, vượt được mọi khó khăn, giành được nhiều thành tích; Phải thương yêu săn sóc người bệnh như ruột thịt của mình, coi họ đau đớn cũng như mình đau đớn; Xây dựng nền y tế thích hợp với nhu cầu của nhân dân và dựa trên

nguyên tắc: Khoa học - Dân tộc - Đại chúng. Đó là sự cụ thể hóa và cũng là chuẩn hóa đạo đức của cán bộ y tế.

Triển khai thực hiện lời dạy của Người, vào dịp kỷ niệm Ngày Thầy thuốc Việt Nam 27/2 hàng năm, các đơn vị y tế từ trung ương tới cơ sở đều tổ chức hội nghị tổng kết những việc đã làm được để báo công với Người, những việc chưa làm được để khắc phục và phát động thi đua trong năm tới.

Bối cảnh lịch sử và sự lựa chọn:

Y tế Việt Nam có nhiều lĩnh vực công tác, trong đó lĩnh vực khám chữa bệnh giữ vị trí quan trọng nhất, sử dụng nhiều lao động nhất, được đầu tư nhiều nhất. Lao động khám chữa bệnh mang tính đặc thù nhất, nhưng cũng phức tạp nhất và nhạy cảm nhất. Bởi đây là lĩnh vực liên quan trực tiếp tới bệnh tật và tính mạng của từng người bệnh cụ thể. Vì vậy, đã có ý kiến nhận định: Bệnh viện là bộ mặt của ngành Y tế - đánh giá đó là đúng.

Khi nước ta bước vào thời kỳ đổi mới, chuyển từ nền kinh tế kế hoạch tập trung và cơ chế quan liêu bao cấp sang nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, đã đòi hỏi ngành Y tế phải đổi mới phương thức phục vụ bệnh nhân nói chung và phương thức quản lý tài chính nói riêng.



Tài chính y tế từ chỗ chỉ có một nguồn duy nhất là ngân sách nhà nước (người dân không phải trả tiền trực tiếp khi đi khám chữa bệnh), tới chỗ có thêm các nguồn khác như viện phí (người dân trả tiền trực tiếp khi đi khám chữa bệnh) và bảo hiểm y tế (người dân trả tiền gián tiếp khi đi khám chữa bệnh) và một số nguồn thu khác. Khi mà đồng tiền xen vào giữa mối quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân đã nảy sinh nhiều vấn đề phức tạp về tinh thần, thái độ phục vụ của cán bộ y tế. Thực tế, đã có một bộ phận không nhỏ cán bộ y tế bị tha hoá bởi đồng tiền, làm ảnh hưởng tới chất lượng khám chữa bệnh, làm xấu đi hình ảnh người thầy thuốc và làm giảm sút lòng tin của nhân dân đối với ngành Y tế. Vì vậy, việc chấn chỉnh và nêu cao y đức của cán bộ y tế đã trở thành đòi hỏi cấp bách của toàn ngành lúc bấy giờ. Vào thời điểm đó, GS. Đỗ Nguyên Phương đang giữ chức Phó Giám đốc Thường trực Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh. Lịch sử đã chọn ông và ông đã được Đảng và Nhà nước chọn làm Bộ trưởng Bộ Y tế từ tháng 11/1995.

Thực hiện thành công tư tưởng Hồ Chí Minh về y đức:

Là bác sỹ lại hoàn thành luận án tiến sỹ triết học, có thời gian dài làm công tác nghiên cứu và giảng dạy chính trị, GS. Đỗ Nguyên Phương có điều kiện nghiên cứu sâu về cơ sở triết học của y học và mối quan hệ biện chứng giữa y học và triết học. Đồng thời, ông cũng có điều kiện nghiên cứu sâu tư tưởng Hồ Chí Minh về công tác y tế nói chung và về y đức nói riêng. Vì vậy, khi về nhận nhiệm vụ Bộ trưởng Bộ Y tế, mặc dù phải giải quyết nhiều vấn đề, nhưng ông đã chọn vấn đề nổi cộm nhất làm điểm đột phá - đó là vấn đề “y đức”. Với tinh thần chỉ đạo quyết liệt, nên chỉ sau 2 tháng, các cơ quan chức năng của Bộ đã biên soạn và trình ông ký Quyết định số 2088/QĐ-BYT ngày 06/01/1996 ban hành Quy định về tiêu chuẩn đạo đức của người làm công tác y tế với 12 điều - gọi tắt là “12 điều y đức”. Có thể nói, đây là một kỷ lục về thời gian xây dựng và ban hành một văn bản điều chỉnh một lĩnh vực rộng lớn và nhạy cảm như vậy.

Quyết định số 2088 nêu rõ: “Y đức là phẩm chất tốt đẹp của người làm công tác y tế, được biểu hiện ở tinh thần trách nhiệm cao, tận tụy phục vụ, hết

lòng thương yêu, chăm sóc người bệnh, coi họ đau đớn như mình đau đớn, như lời Chủ tịch Hồ Chí Minh đã dạy: “Lương y phải như từ mẫu”. Phải thật thà đoàn kết, khắc phục khó khăn, học tập vươn lên để hoàn thành nhiệm vụ, toàn tâm toàn ý xây dựng nền Y học Việt Nam. Y đức phải thể hiện qua những tiêu chuẩn, nguyên tắc đạo đức được xã hội thừa nhận”.

Toàn ngành Y tế đã đẩy lên các phong trào thi đua thực hiện 12 điều y đức như: Phong trào xây dựng “Bệnh viện tình thương” (trước đây) và “Bệnh viện xuất sắc toàn diện” (hiện nay); phong trào xây dựng “Làng Văn hoá - Sức khoẻ”; phong trào xây dựng “Cộng đồng an toàn, phòng chống tai nạn thương tích”; phong trào xây dựng “Cơ quan y tế không khói thuốc”... đã thực sự góp phần nâng cao y đức của cán bộ y tế, nâng cao chất lượng phục vụ tại các cơ sở y tế.

Hiện nay, ngành Y tế đang triển khai thực hiện Chỉ thị 03 của Bộ Chính trị Về tiếp tục thực hiện việc học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh; phong trào thi đua thực hiện Quy tắc ứng xử của cán bộ y tế tại các đơn vị sự nghiệp công lập, Quy tắc ứng xử của cán bộ y tế công tác tại cơ quan Bộ Y tế; phong trào Vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân; cuộc vận động Người Việt Nam ưu tiên dùng hàng Việt Nam..., qua các hoạt động này không những nâng cao chất lượng dịch vụ y tế mà còn rèn luyện, nâng cao đạo đức nghề nghiệp cho cán bộ y tế.

GS. Đỗ Nguyên Phương là vị Bộ trưởng kính yêu mà gần gũi. Tiếp nối ông, chúng ta cùng nhau thi đua rèn luyện, nâng cao đạo đức nghề nghiệp, góp phần thực hiện thành công tư tưởng Hồ Chí Minh về y đức trong ngành Y tế ■



QUYẾT LIỆT TRIỂN KHAI CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG CHỐNG DỊCH CÚM A(H7N9)

**BS. Đặng Quốc Việt, Giám đốc
Trung tâm Truyền thông GDSKTW**

Đầu năm 2003, dịch SARS hoành hành trên thế giới, gây bệnh ở 32 quốc gia và vùng lãnh thổ, làm 8.422 người mắc, trong đó có 916 người chết (tỷ lệ chết là 10,87%), làm kinh tế thế giới thiệt hại 150 tỷ USD, GDP thế giới giảm 0,5%. SARS đã gây nên nỗi kinh hoàng cho nhân loại và làm thay đổi nhận thức và thái độ phòng chống dịch của cả thế giới. 10 năm sau - năm 2013, Tổ chức Y tế Thế giới và nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam đang tổ chức các hoạt động tưởng nhớ các nạn nhân đã tử vong bởi SARS, tôn vinh những người đã có nhiều cống hiến cho công cuộc phòng chống SARS, đồng thời ôn lại và vận dụng những bài học kinh nghiệm giúp cho việc phòng chống các dịch bệnh nguy hiểm và mới nổi hiện nay.

Những tưởng các hoạt động trên sẽ diễn ra một cách suôn sẻ trong sự trang nghiêm, thì đúng

một cái, cuối tháng 3/2013, một loại dịch bệnh nguy hiểm mới xuất hiện tại Trung Quốc - nước láng giềng “núi liền núi, sông liền sông” với Việt Nam. Đó là dịch cúm A(H7N9) - lần đầu tiên gây bệnh trên người. Vậy, cúm là gì? cúm A(H7N9) là gì? và cần triển khai các biện pháp nào để phòng chống cúm A(H7N9) có hiệu quả?

Một số thống tin về cúm

Bệnh cúm do vi rút cúm gây nên. Vi rút cúm có 3 típ là: típ A, típ B và típ C, trong đó típ C thường gây ra các vụ dịch nhỏ, típ B thường gây ra các vụ dịch vừa, còn típ A thường gây ra các vụ dịch lớn (hay còn gọi là đại dịch). Vi rút cúm có 2 kháng nguyên. Kháng nguyên H (viết tắt của Hemagglutinin - HA) là chất ngưng kết hồng cầu, giúp cho vi rút dễ bám vào bề mặt tế bào hồng cầu. HA có 16 loại được ký hiệu từ H1-H16. Kháng nguyên

N (viết tắt của Neurominidase - NA) là một loại men có tác dụng làm tan nhầy, giúp cho vi rút dễ xâm nhập vào tế bào. NA có 9 loại được ký hiệu từ N1-N9. Do có sự kết hợp chéo giữa các HA và NA nên có tới 144 phân típ vi rút cúm.

Cuối Thế kỷ XIX, Thế kỷ XX và đầu Thế kỷ XXI, Thế giới đã chứng kiến 6 đại dịch cúm:

1- Năm 1889, đại dịch cúm xảy ra tại nước Nga, thủ phạm là vi rút cúm A(H2N2) (không có số liệu người mắc và chết).

2- Năm 1900, đại dịch cúm xảy ra tại Hồng Kông, thủ phạm là vi rút cúm A(H3N8) (không có số liệu người mắc và chết).

3- Đại dịch cúm Tây Ban Nha, khởi phát tại Tây Ban Nha năm 1918 lan ra thế giới và kết thúc năm 1919, thủ phạm là vi rút cúm A(H1N1), làm 20-40 triệu người chết.

4- Đại dịch cúm Châu Á,

khởi phát tại Singapore năm 1957, lan ra thế giới, kết thúc năm 1958, thủ phạm là vi rút cúm A(H2N2), làm cho khoảng một triệu người chết.

5- Đại dịch cúm Hồng Kông, khởi phát tại Hồng Kông năm 1968, lan ra thế giới, kết thúc năm 1969, thủ phạm là vi rút cúm A(H3N2), cũng làm cho khoảng một triệu người chết.

6- Cúm đại dịch 2009, khởi phát tại Mexico năm 2009, lan ra thế giới, kết thúc năm 2010, thủ phạm là vi rút cúm A(H1N1), làm cho 18.449 người chết.

Ngoài ra, cũng trong khoảng thời gian đó, đã có hơn 30 dịch bệnh mới nổi xuất hiện, gây tỷ lệ mắc và tử vong cao, trong đó có dịch cúm gia cầm do vi rút cúm A/H5N1 gây ra tại Hồng Kông cuối năm 1997. Dịch khởi phát trên gia cầm lây bệnh cho 18 người, trong đó có 6 người chết. Vụ dịch này kéo dài sang Thập kỷ đầu tiên của Thế kỷ XXI, gây bệnh cho người ở 15 quốc gia với 623 người mắc, trong đó có 372 người chết (tỷ lệ tử vong rất cao là 59,71%).

Tình hình dịch cúm A/H7 và cúm A(H7N9)

Bệnh cúm A(H7N9) do vi rút cúm A(H7N9) gây nên. Vi rút cúm A(H7N9) có nguồn gốc từ gia cầm. Vi rút cúm A(H7) là một nhóm vi rút cúm thông thường lưu hành trong nhóm gia cầm. Vi rút cúm A(H7N9) là một loại vi rút thuộc nhóm H7. Mặc dù một số loại vi rút thuộc nhóm H7 như H7N2, H7N3 và H7N7 thỉnh thoảng gây bệnh cúm ở người, nhưng vẫn chưa ghi nhận được trường hợp nào mắc bệnh do vi rút cúm A(H7N9) cho đến khi có báo cáo ca bệnh tại Trung Quốc ngày 3/4/2013.

Từ năm 1996 đến năm

2012, những trường hợp nhiễm vi rút cúm H7 như: H7N2, H7N3, và H7N7 ở người đã được ghi nhận tại Hà Lan, Ý, Canada, Hoa Kỳ, Mexico và Vương quốc Anh. Hầu hết những trường hợp nhiễm cúm này đều có liên quan đến các vụ dịch cúm gia cầm.

Ngày 3/4/2013, Trung Quốc thông báo 7 người nhiễm cúm A(H7N9) (người đầu tiên mắc bệnh ngày 29/3, phát hiện ngày 31/3), số người mắc và địa phương có dịch tăng lên hàng ngày. Số liệu cập nhật đến 02/5/2013 là 128 người mắc (127 người Trung Quốc đại lục và 01 người Đài Loan), trong đó có 27 người chết (tỷ lệ tử vong là 21,09%).

Nguy cơ, mục tiêu và các biện pháp phòng chống cúm A(H7N9)

Nguy cơ: Cúm A(H7N9) lây lan vào nước ta và bùng phát dịch là rất lớn, do:

- Trung Quốc đã xác lập vi rút cúm A(H7N9) có ở chim bồ câu, chim cú, gà. Hiện vẫn chưa xác định rõ nguồn gốc chính gây bệnh cho người và cơ chế lây truyền. Chưa phát hiện bệnh lây từ người sang người.

- Tình trạng người (cháu bé 7 tuổi ở Bắc Kinh) và chim (chim bồ câu và chim cú ở Thượng Hải) mang vi rút không có triệu chứng làm lây lan bệnh rất nguy hiểm.

- Đây là lần đầu tiên vi rút cúm A(H7N9) gây bệnh trên người, nên cộng đồng chưa có miễn dịch chủ động.

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh và cũng chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.

- Giao lưu giữa hai nước Việt Nam - Trung Quốc rất lớn bằng cả đường không, đường thủy và đường bộ (biên giới đường bộ dài

hơn 1.200 km).

- Tình trạng gia cầm nhập lậu, trong đó có gà thả loại và chim di cư từ Trung Quốc vào Việt Nam diễn biến phức tạp, chưa kiểm soát được.

- Mầm bệnh có ở loài chim rất khó giám sát và khống chế.

- Thế giới và Việt Nam chưa có nhiều kinh nghiệm phòng chống bệnh này...

Để chủ động phòng chống bệnh cúm A(H7N9) nhằm các mục tiêu:

- Không để dịch cúm A(H7N9) lây lan vào Việt Nam.

- Nếu có dịch ở gia cầm phải phát hiện sớm, bao vây, dập dịch nhanh chóng, không để lây bệnh sang người.

- Nếu có dịch ở người, phải tổ chức cách ly, cấp cứu và điều trị tốt, không để lây chéo trong các cơ sở khám chữa bệnh, không để tử vong xảy ra.

Để thực hiện các mục tiêu trên, Bộ Y tế - Ban chỉ đạo quốc gia đã khởi động toàn bộ hệ thống phòng chống dịch, ban hành kế hoạch hành động phòng chống dịch và các hướng dẫn chuyên môn. Các Tiểu ban (thuộc Ban chỉ đạo), trong đó có Tiểu ban Truyền thông đã triển khai công việc theo chức năng, nhiệm vụ của mình.

Các biện pháp chính cần triển khai:

1- Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy đảng và chính quyền các cấp, sự vào cuộc của hệ thống chính trị và sự tham gia của cả cộng đồng.

2- Trong khi dịch chưa vào Việt Nam, truyền thông phải đi trước một bước, với phương châm: phòng là chính, dân là chính và cơ sở là chính.

3- Đề cao vai trò của giải pháp kỹ thuật như: giám sát dịch

tế, quản lý và điều trị ca bệnh, điều tra dịch tễ và theo dõi các ca tiếp xúc gần, củng cố hệ thống xét nghiệm, tập huấn cho cán bộ y tế và chuẩn bị đầy đủ các trang thiết bị, thuốc, hóa chất...

4- Triển khai đề tài nghiên cứu khoa học, nghiên cứu và sản xuất vắc xin.

5- Dự báo dịch, dự kiến tình huống, xây dựng kịch bản và tổ chức diễn tập phòng chống cúm A(H7N9).

6- Chia sẻ thông tin, đẩy mạnh hợp tác và tranh thủ sự hỗ trợ của quốc tế cả về kinh nghiệm, kỹ thuật và tài chính.

7- Đảm bảo các nguồn lực, trong đó có nguồn lực tài chính đầy đủ và kịp thời. Nghiên cứu, đề xuất các chế độ chính sách đối với đội ngũ tham gia phòng chống dịch và bệnh nhân (nếu có).

Truyền thông đi trước một bước

Nhận thức đúng chức năng, nhiệm vụ của mình, thực hiện chỉ đạo của Bộ Y tế, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã triển khai ngay các hoạt động sau:

- Có công văn hướng dẫn công tác truyền thông phòng chống cúm A(H7N9) gửi Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh, thành phố (T4G).

- Mở chuyên mục Phòng chống cúm A(H7N9) trên Trang tin điện tử Truyền thông GDSK (web t5g) cập nhật các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn và tài liệu truyền thông.

- Mở chuyên trang Phòng chống cúm A(H7N9) trên Tạp chí Nâng cao sức khỏe.

- Sản xuất Thông điệp truyền hình, phát trên sóng của Đài Truyền hình Việt Nam, phát trên web t5g và in đĩa gửi cho các

T4G.

- Sản xuất Thông điệp phát thanh, phát trên sóng của Đài Tiếng nói Việt Nam, phát trên web t5g và in đĩa gửi cho các T4G.

- Thiết kế ma kết tờ gấp, áp phích và cuốn sách hỏi và đáp về phòng chống cúm A(H7N9), đưa ma kết lên web t5g, in (số lượng nhất định) để phục vụ phòng chống dịch khẩn cấp và in đĩa gửi cho các t5g.

- Thường xuyên có các tin, bài, phóng sự về phòng chống cúm A(H7N9) cả ba thể loại: báo hình, báo nói và báo in, nhằm cung cấp thông tin kịp thời về tình hình dịch và phản ánh các hoạt động phòng chống dịch.

Khuyến cáo phòng chống dịch cúm A(H7N9):

1- Thường xuyên rửa tay với xà phòng. Thực hiện tốt vệ sinh cá nhân, nơi ở thông thoáng, hạn

chế tiếp xúc với gia cầm và người bệnh.

2- Không sử dụng gia cầm, sản phẩm của gia cầm không rõ nguồn gốc. Đảm bảo an toàn thực phẩm.

3- Khi phát hiện có gia cầm ốm, chết phải báo ngay cho chính quyền địa phương và đơn vị thú y trên địa bàn.

4- Khi có các biểu hiện cúm như: sốt, ho, đau ngực, khó thở cần đến ngay cơ sở y tế để được tư vấn, khám, điều trị kịp thời.

5- Người tới từ khu vực có bệnh phải áp dụng các biện pháp phòng bệnh, khai báo tình trạng sức khỏe cho cơ quan y tế địa phương để được theo dõi sức khỏe ■

Ghi chú: Để tiếp cận các thông tin trên, kính mời độc giả truy cập chuyên mục Phòng chống cúm A(H7N9) trên web t5g tại địa chỉ: www.t5g.org.vn.





VIỆT NAM

SẴN SÀNG ỨNG PHÓ VỚI CÚM A(H7N9)

TRÀ GIANG

Để đối phó với chủng cúm A(H7N9) có nguy cơ xâm nhập vào nước ta, Bộ Y tế và Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn đã phối hợp tổ chức nhiều Hội nghị để triển khai công tác giám sát, phát hiện cúm A (H7N9), huy động nguồn lực phòng chống dịch bệnh cúm A(H7N9)... sẵn sàng ứng phó với cúm A(H7N9).

Tại Hội nghị “Triển khai công tác phòng, chống dịch cúm A (H7N9)”, Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiến cho biết, Bộ Y tế đã, đang và vẫn tiếp tục liên hệ chặt chẽ với Tổ chức Y tế thế giới (WHO), các nước trong khu vực để nắm chắc diễn biến của dịch cúm A(H7N9); phối hợp với các Bộ ngành và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố khẩn trương triển khai các biện pháp phòng, chống và phát hiện sớm những trường hợp nghi mắc cúm A(H7N9) tại các cửa khẩu quốc tế; giám sát những ca bệnh viêm phổi nặng tại các bệnh viện và lấy mẫu xét nghiệm; tập huấn phác đồ điều trị cho cán bộ y tế; các cơ sở sẵn sàng tiếp nhận bệnh nhân và chủ động phương án theo từng tình huống cụ thể.

Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn đã cụ thể hóa kế

hoạch phòng chống dịch cúm A(H7N9) và cúm A(H5N1) đến từng xã phường và quyết liệt triển khai đồng bộ ở tất cả các cấp với phương châm phòng là chính và ngăn chặn có hiệu quả tình trạng gia cầm nhập lậu, đặc biệt, các địa phương không được giấu dịch.

Tiến sĩ Takeshi Kasai, đại diện WHO tại Việt Nam và Tiến sĩ Scott Newman, Điều phối viên kỹ thuật cao cấp của FAO tại Việt Nam cho biết, WHO và FAO sẽ tích cực ủng hộ các biện pháp chủ động của Chính phủ Việt Nam trong việc đối phó với nguy cơ dịch bệnh mới này và cam kết sẵn sàng cùng các tổ chức quốc tế hỗ trợ Việt Nam trong công tác phòng, chống, kiểm soát dịch bệnh. Mặc dù ở Việt Nam chưa tìm thấy vi rút cúm A(H7N9) nhưng việc phát hiện sớm chính là yêu cầu quan trọng trong phòng chống, kiểm soát dịch bệnh. Do đó, Việt Nam cần tăng cường giám sát để phát hiện sớm các các bệnh; thiết lập chẩn đoán phòng thí nghiệm; thống nhất áp dụng các biện pháp phòng chống và kiểm soát khuẩn thích hợp trong cơ sở y tế và giám sát chặt chẽ tình trạng sức khỏe của nhân viên y tế;

thực hiện truyền thông nguy cơ; chuẩn bị sẵn sàng tại các cơ sở điều trị; tăng cường sự hợp tác hai ngành thú y và y tế; WHO không khuyến cáo áp dụng bất kỳ biện pháp nào hạn chế đi lại đối với người rời khỏi Trung Quốc; WHO khuyến cáo không nên áp dụng bất kỳ biện pháp hạn chế thương mại nào tại thời điểm này.

Tại Hội nghị “Huy động nguồn lực phòng chống dịch bệnh cúm A(H7N9)”, Chính phủ và các tổ chức quốc tế cũng cho biết, nhu cầu huy động nguồn lực tài chính phòng chống cúm A(H7N9) cho ngành Y tế Việt Nam được chia làm 4 giai đoạn. Giai đoạn 1 (chưa có trường hợp bệnh trên người), kinh phí dự kiến huy động từ các nguồn lực quốc tế là gần 9,7 triệu USD và vốn đối ứng của Chính phủ Việt Nam là trên 7,3 triệu USD. Tổng kinh phí cho các giai đoạn 2, 3, 4 dự kiến là khoảng 68,7 triệu USD từ nguồn vốn huy động quốc tế và gần 29 triệu USD từ Chính phủ Việt Nam. Ngành Nông nghiệp và phát triển nông thôn cũng dự trù tổng kinh phí cho công tác phòng và ứng phó với cúm A(H7N9) trong ngắn hạn là 5,570 triệu USD ■

TẬP TRUNG PHÒNG CHỐNG DỊCH BỆNH



TRÀ GIANG

Đó là thông báo của PGS.TS. Nguyễn Thanh Long, Thứ trưởng Bộ Y tế tại buổi gặp mặt báo chí nhằm cung cấp thông tin về công tác phòng chống cúm A(H7N9), (H5N1) và (H1N1) tại Hà Nội, ngày 4/5/2013.

Cúm A(H7N9) - Đáng sợ hơn dịch SARS

Theo thông tin từ Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế về dịch cúm A(H7N9), tính đến ngày 2/5/2013, tại Trung Quốc đã có 127 trường hợp mắc, 27 ca tử vong (tỷ lệ tử vong là trên 21%). Đáng chú ý, bệnh đã lây sang vùng lãnh thổ Đài Loan với một ca mắc. Bệnh nhân mắc sau chuyển đi công tác tại Trung Quốc. Như vậy, Đài Loan là vùng lãnh thổ đầu tiên ngoài đại lục

Trung Quốc ghi nhận ca mắc cúm A(H7N9) đầu tiên.

Tại Việt Nam, chưa ghi nhận trường hợp cúm A(H7N9) trên người cũng như trên gia cầm. Tuy nhiên, dịch bệnh cúm A(H7N9) có nguy cơ xâm nhập lan truyền và gây bùng phát dịch là rất cao, bởi Việt Nam có chung đường biên giới dài với Trung Quốc. Hơn nữa, việc nhập khẩu, buôn bán, nhập lậu gia cầm, sản phẩm gia cầm tại các cửa khẩu giữa Việt Nam và Trung Quốc rất phức tạp. Vì thế, có thể có gia cầm mang vi rút cúm A(H7N9) từ Trung Quốc xâm nhập vào Việt Nam.

Các chuyên gia y tế lo ngại khả năng lây từ gia cầm sang người ở vi rút cúm A(H7N9) còn

mạnh hơn vi rút cúm A(H5N1). Ông Trần Đắc Phu, Phó Cục trưởng Cục Y tế dự phòng cho biết, đặc tính của vi rút cúm A(H7N9) là dễ biến đổi, thích nghi cao với động vật có vú, do đó nguy cơ lây từ người sang người là có thể xảy ra.

Về nhận định cúm A(H7N9) có khả năng gây thành đại dịch, Thứ trưởng Nguyễn Thanh Long cho biết, Bộ Y tế đã trao đổi với Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và được biết, đây là nhận định của một số nhà khoa học tại một cuộc hội thảo về cúm A(H7N9) chứ không phải là khuyến cáo của WHO. Tuy nhiên, Tỷ lệ tử vong cúm A(H7N9) tại Trung Quốc là trên 21%. Đây là một tỷ lệ khá cao, hơn cả dịch SARS (10,8%)

Sau gần 7 năm nghiên cứu, vắc xin cúm A(H5N1) đã chuẩn bị thành thành phẩm. Hy vọng cuối năm 2013 sẽ cho lưu hành và ưu tiên sử dụng cho những đối tượng có nguy cơ cao, thường xuyên tiếp xúc với gia cầm như các hộ chăn nuôi... Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long, cho biết.

từng làm thế giới kinh hoàng 10 năm trước (2003).

Cúm A(H1N1), Cúm A(H5N1) và chủng mới của vi rút Corona

Bên cạnh nguy cơ xâm nhập của cúm A(H7N9), Bộ Y tế cũng đang chỉ đạo các đơn vị giám sát chặt diễn biến của các loại cúm khác trong nước, đặc biệt là sự xuất hiện trở lại của cúm A(H5N1) và sự trỗi dậy mạnh mẽ của cúm A(H1N1). Cung cấp thông tin về diễn biến các dịch cúm này, TS. Trần Như Dương, Phó Viện trưởng Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương cho biết, hiện tại nước ta có 3 chủng cúm mùa đang lưu hành phổ biến là cúm A(H1N1), cúm A(H3N2) và cúm B.

Về công tác điều trị, TS. Nguyễn Văn Kính, Giám đốc Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương cho biết, gần đây số bệnh nhân có hội chứng cúm đến khám có xu hướng tăng. Mỗi ngày Bệnh viện tiếp nhận 100 - 120 người nghi cúm đến khám. Lý do của sự gia tăng này là do yếu tố tâm lý, bởi qua sàng lọc bệnh nhân cúm có rất nhiều nguyên nhân khác nhau, trung bình mỗi ngày có khoảng 4 - 5 ca

được xác định dương tính với cúm A(H1N1) và hầu hết ở thể nhẹ, vừa.

Nhận định cúm A(H1N1) đã lên đến đỉnh dịch hay chưa, Thứ trưởng Nguyễn Thanh Long nhấn mạnh, lúc này chưa thể biết song có thể khẳng định diễn biến của dịch vẫn chưa có gì bất thường, chưa đến lúc phải có những cấp độ cảnh báo dịch cao hơn.

Về tình hình cúm A(H5N1), theo thông báo của WHO, từ đầu năm đến nay, thế giới đã ghi nhận 18 trường hợp mắc, trong đó 14 trường hợp tử vong tại 5 quốc gia gồm: Campuchia (10 ca mắc/8 ca tử vong), Trung Quốc (2 ca mắc đều tử vong), Ai Cập (3/2 ca), Việt Nam (2/1 ca) và Bangladesh (1/1 ca). Các trường hợp mắc bệnh đều có tiếp xúc với gia cầm hoặc sống trong khu vực có ổ dịch cúm gia cầm. Riêng 2 trường hợp tại Việt Nam, được ghi nhận ở Đồng Tháp và Long An, trong đó 1 trường hợp ở Đồng Tháp đã tử vong. Đây là 2 địa phương có đường biên giới giáp với Campuchia và đều có ghi nhận các ổ dịch cúm A(H5N1) trên gia cầm.

Tại cuộc gặp mặt báo chí, Cục Y tế Dự phòng, Bộ Y tế cũng cho biết, theo thông báo của WHO, từ tháng 9/2012 đến nay, thế giới đã ghi nhận 24 trường hợp mắc, trong đó có 16 trường hợp tử vong do vi rút Corona. Vi rút Corona gần giống với vi rút gây bệnh SARS song tỷ lệ tử vong cao hơn rất nhiều, lên tới 66,7%. Đặc biệt, ngày 2/5, WHO thông báo tại Ảrập Xêút đã có 7 trường hợp mắc và 5 trường hợp tử vong. Các bằng chứng hiện có gợi ý rằng đây là bệnh lây từ động vật (loài dơi) sang người. Việt Nam chưa có ca bệnh nào song dịch này có thể xâm nhập Việt Nam qua việc nhập cảnh của những người đến từ vùng có dịch. Hiện WHO chưa có

khuyến cáo về việc hạn chế đi lại, du lịch.

Chủ động ứng phó

PGS.TS Trần Đức Phú, Phó Cục trưởng Cục Y tế dự phòng (Bộ Y tế) cho biết, ngay sau khi có thông tin về các trường hợp nhiễm vi rút cúm A(H7N9) ở người tại Trung Quốc, Bộ Y tế đã chỉ đạo, kích hoạt toàn bộ hệ thống y tế nhằm chủ động triển khai các biện pháp phòng chống dịch. Bộ Y tế đã có công văn gửi Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn, Bộ Công Thương đề nghị giám sát phát hiện cúm A(H7N9), cúm A(H5N1) trên gia cầm; tăng cường công tác kiểm tra, quản lý, vận chuyển, buôn bán gia cầm và các sản phẩm gia cầm nhập lậu không rõ nguồn gốc trên thị trường. Bộ Y tế đã tổ chức các đoàn công tác kiểm tra, giám sát liên ngành về phòng chống dịch và an toàn thực phẩm tại 14 trong số 31 tỉnh trọng điểm.

Thời gian tới, ngành y tế tiếp tục triển khai công tác kiểm dịch y tế biên giới; tăng cường giám sát các trường hợp mắc bệnh viêm phổi nặng nghi do vi rút tại các cơ sở y tế và cộng đồng, kịp thời lấy mẫu xét nghiệm xác định tác nhân gây bệnh; chỉ đạo hệ thống khám chữa bệnh thiết lập mạng lưới, sẵn sàng thu dung, điều trị bệnh nhân, phát hiện sớm trường hợp mắc để điều trị kịp thời; phục vụ tốt cho công tác cách ly, xử lý dịch tại cộng đồng tránh lây lan và giảm tử vong; đôn đốc các tỉnh chưa phê duyệt kế hoạch phòng chống dịch bệnh, khẩn trương xây dựng kế hoạch liên ngành phòng chống dịch cúm A(H7N9), cúm A(H5N1)... và xây dựng những khuyến cáo phù hợp theo từng giai đoạn của dịch để đáp ứng kịp thời các diễn biến của dịch bệnh tại nước ta cũng như trên thế giới ■

Hà Nội: trước nguy cơ dịch cúm A(H7N9) có thể xảy ra, Sở Y tế Hà Nội phối hợp với Sở Nông nghiệp và phát triển nông thôn đẩy mạnh tuyên truyền cho người dân những biện pháp vệ sinh môi trường, tiêu độc, khử trùng trong chăn nuôi. Triển khai 150 máy phun hóa chất tại 29 quận, huyện. Tăng cường giám sát nhằm phát hiện sớm ngay từ ca bệnh đầu tiên, nhất là giám sát trọng điểm tại các

khu vực có gia cầm ốm, chết. Sở Y tế Hà Nội cũng chỉ đạo các bệnh viện trực thuộc tăng cường khám, sàng lọc phát hiện sớm ca bệnh viêm phổi nghi nhiễm cúm A(H7N9) để cách ly và điều trị ngay, hạn chế thấp nhất tử vong; thành lập đội cấp cứu điều trị, cấp cứu cơ động để sẵn sàng tăng cường cho tuyến dưới khi có yêu cầu; chuẩn bị đầy đủ cơ sở thuốc, trang thiết bị, nhân lực y tế cho cấp cứu, điều trị

bệnh nhân và đặc biệt chú ý việc lấy mẫu bệnh phẩm đối với các trường hợp nghi nhiễm để xét nghiệm xác định vi rút.

Quảng Ninh: nơi có đường biên giới, cửa khẩu thông thương với Trung Quốc, Ủy ban Nhân dân (UBND) tỉnh Quảng Ninh đã có công điện khẩn chỉ đạo các địa phương, ngành tăng cường biện pháp chống dịch trên địa bàn; nghiêm cấm vận chuyển gia cầm nhập lậu từ

CÁC ĐỊA PHƯƠNG CHỦ ĐỘNG PHÒNG CHỐNG DỊCH CÚM A(H7N9)

Mặc dù, đến nay chưa phát hiện trường hợp nào nhiễm cúm A(H7N9), tuy nhiên, trước tình hình dịch bệnh diễn biến nhanh và phức tạp tại Trung Quốc, Việt Nam đã và đang phối hợp với Tổ chức Y tế thế giới theo dõi chặt chẽ tình hình dịch và những đặc tính của vi rút cúm A(H7N9), để chủ động ngăn chặn sự xâm nhập, lây lan và hạn chế đến mức thấp nhất. Ghi nhận của nhóm phóng viên Tạp chí Nâng cao sức khỏe tại một số địa phương trong việc phòng chống dịch cúm A(H7N9).



biên giới vào nội địa; tăng cường kiểm tra y tế đối với du khách nước ngoài ở vùng dịch nhập cảnh qua các cửa khẩu. Hiện nay, tất cả các cơ sở y tế ở Quảng Ninh đã được tập huấn, cung cấp trang thiết bị y tế, sẵn sàng phục vụ nếu có trường hợp nghi mắc cúm chủng vi rút mới A(H7N9). Tại cửa khẩu quốc tế Móng Cái, Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế Quảng Ninh đã triển khai công tác nghiệp vụ như sử dụng máy phun khử trùng tự động, máy đo thân nhiệt và có kiểm dịch viên túc trực cùng các lực lượng biên phòng, hải quan...

Thừa Thiên Huế: Sở Y tế đã chủ động tham mưu UBND tỉnh trong công tác phòng chống dịch cúm A(H7N9) và cúm A(H5N1). Theo đó, UBND các cấp củng cố Ban quản lý phòng chống các bệnh nguy hiểm ở mỗi địa phương; yêu cầu người dân không vận chuyển, chế biến và sử dụng gia cầm ốm, chết không rõ nguồn gốc. Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế triển khai giám sát các ổ dịch cũ để có biện pháp xử lý, tăng cường kiểm tra giám sát và tổ chức cách ly nếu có trường hợp mắc bệnh. Bác sĩ Bùi Minh Bảo, Chánh Văn phòng, Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế cho biết, ngành Y tế Thừa Thiên Huế luôn chú trọng theo dõi, giám sát dịch cúm A(H5N1) và A(H7N9). Hiện nay, Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh đã phối hợp các cơ sở y tế đóng trên địa bàn và các nhà hàng, khách sạn giám sát, phát hiện sớm các trường hợp nghi

ngờ viêm phổi do vi rút cúm A(H5N1), A(H7N9) đặc biệt là khách du lịch.

Đà Nẵng: Sở Y tế thành phố đã tổ chức tập huấn giám sát, xử lý và kỹ thuật lấy mẫu bệnh phẩm cúm A(H7N9) cho gần 200 cán bộ y tế dự phòng cấp quận, huyện, xã, phường trên địa bàn thành phố. Cán bộ, nhân viên y tế dự phòng tham gia buổi tập huấn được hướng dẫn giám sát, xử lý và kỹ thuật lấy mẫu bệnh phẩm cúm A(H7N9) theo hướng dẫn chi tiết của Bộ Y tế vừa ban hành. Sở Y tế đã yêu cầu Trung tâm Kiểm dịch quốc tế triển khai việc kiểm tra thân nhiệt của hành khách nhập cảnh vào Đà Nẵng, đặc biệt là khách Trung Quốc; đồng thời chuẩn bị sẵn sàng ứng phó khi có dịch xuất hiện, và có biện pháp ngăn chặn, cách ly, điều trị kịp thời.

Quảng Ngãi: Sở Y tế đã tổ chức tập huấn cho cán bộ cơ sở y tế về phòng, chống dịch cúm A(H7N9). Các học viên tham dự được tập huấn một số vấn đề chính như kế hoạch phòng chống dịch, hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và kiểm soát lây nhiễm cúm A(H7N9) ở các cơ sở khám chữa bệnh; giám sát và phòng chống bệnh cúm tại cộng đồng; kỹ thuật lấy mẫu bệnh phẩm, bảo quản, vận chuyển bệnh phẩm... Ông Nguyễn Tấn Đức, Phó Giám đốc Sở Y tế Quảng Ngãi cho biết, Sở đã chỉ đạo các đơn vị sẵn sàng với tinh thần phòng chống cúm A(H7N9) nếu xảy ra ở Quảng Ngãi.

Thành phố Hồ Chí Minh: Sở Y tế thành phố đã yêu cầu Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế và các đơn vị trực thuộc triển khai ngay công tác phòng chống dịch cúm A(H7N9) trên người; thực hiện kiểm tra thân nhiệt bằng máy đo nhiệt độ từ xa đối với tất cả hành khách nhập cảnh thành phố Hồ Chí Minh tại các cửa khẩu; các đơn vị phối hợp chặt chẽ với các lực lượng chức năng để tăng cường kiểm tra, giám sát người, phương tiện vận tải và hàng hóa nhập khẩu qua các cửa khẩu, ngăn ngừa nhập lậu gia cầm; xây dựng ngay kế hoạch phòng chống dịch cúm A(H7N9) ở người, chủ động dự trữ thuốc, chuẩn bị cơ sở vật chất phục vụ công tác phòng chống dịch, không để lây lan vào cộng đồng, chủ động đối phó với các diễn biến của dịch. Ông Nguyễn Tấn Bình, Giám đốc Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh cho biết, hiện nay Thành phố đang triển khai công văn của Cục Y tế dự phòng để kiểm soát thân nhiệt hành khách tại các sân bay cũng như phối hợp với các cấp, các ngành chức năng để có biện pháp phòng chống dịch bệnh và lên kế hoạch phòng chống dịch bệnh. Các cơ sở điều trị thì chuẩn bị phương tiện để cách ly bệnh nhân trong các trường hợp nghi ngờ hô hấp cấp, đặc biệt là các bệnh nhân đến từ vùng dịch, kể đến là các biện pháp điều trị cho thích hợp ■

Những điều cần biết về bệnh

Cúm A

H7N9



CỤC Y TẾ DỰ PHÒNG, BỘ Y TẾ

TRUNG TÂM TRUYỀN THÔNG GDSK TW

Hà Nội, tháng 4/2013

ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH CÚM A(H7N9)

- 🔥 Bệnh **cúm A(H7N9)** do nhiễm vi rút cúm A(H7N9) có nguồn gốc từ gia cầm.
- 🔥 Trung Quốc là nước đầu tiên trên thế giới có bệnh nhân nhiễm cúm A(H7N9).
- 🔥 Hiện chưa rõ nguồn bệnh và cách lây truyền của bệnh. Tuy nhiên số lượng người bị nhiễm ngày càng tăng và hầu hết các trường hợp nhiễm bệnh đều diễn biến nặng.
- 🔥 Người mắc bệnh có các triệu chứng cúm như: ho, sốt, đau ngực... sau đó có thể tiến triển thành viêm phổi nặng, suy hô hấp cấp và gây tử vong.
- 🔥 Bệnh cúm A(H7N9) chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vắc xin phòng bệnh.



CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG CHỐNG BỆNH CÚM A (H7N9)

- 1 Thường xuyên rửa tay với xà phòng. Thực hiện tốt vệ sinh cá nhân, nơi ở thông thoáng, hạn chế tiếp xúc với gia cầm và người bệnh.



- 2 Không sử dụng gia cầm, sản phẩm của gia cầm không rõ nguồn gốc. Đảm bảo an toàn thực phẩm.

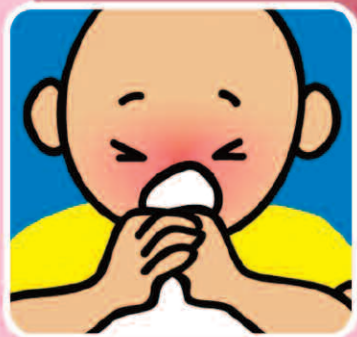


- 3 Khi phát hiện có gia cầm, chim ốm, chết phải báo ngay cho chính quyền địa phương và đơn vị thú y trên địa bàn.



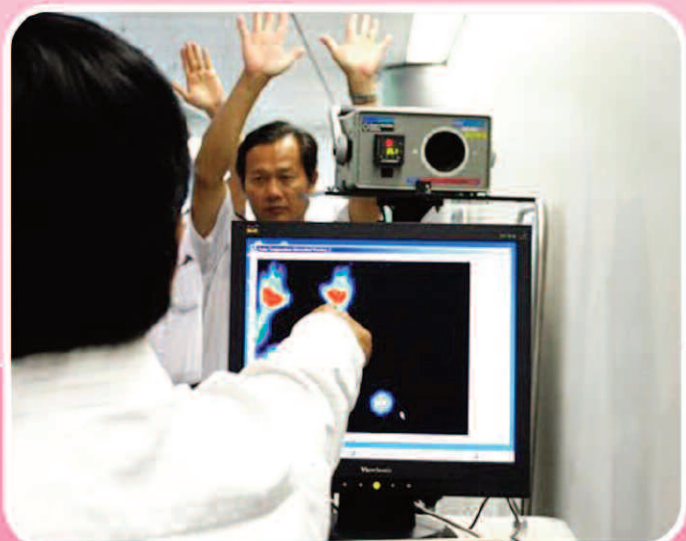
CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG CHỐNG BỆNH CÚM A (H7N9)

- 4** Khi có các biểu hiện cúm như: sốt, ho, đau ngực, khó thở cần đến ngay cơ sở y tế để được tư vấn, khám, điều trị kịp thời.

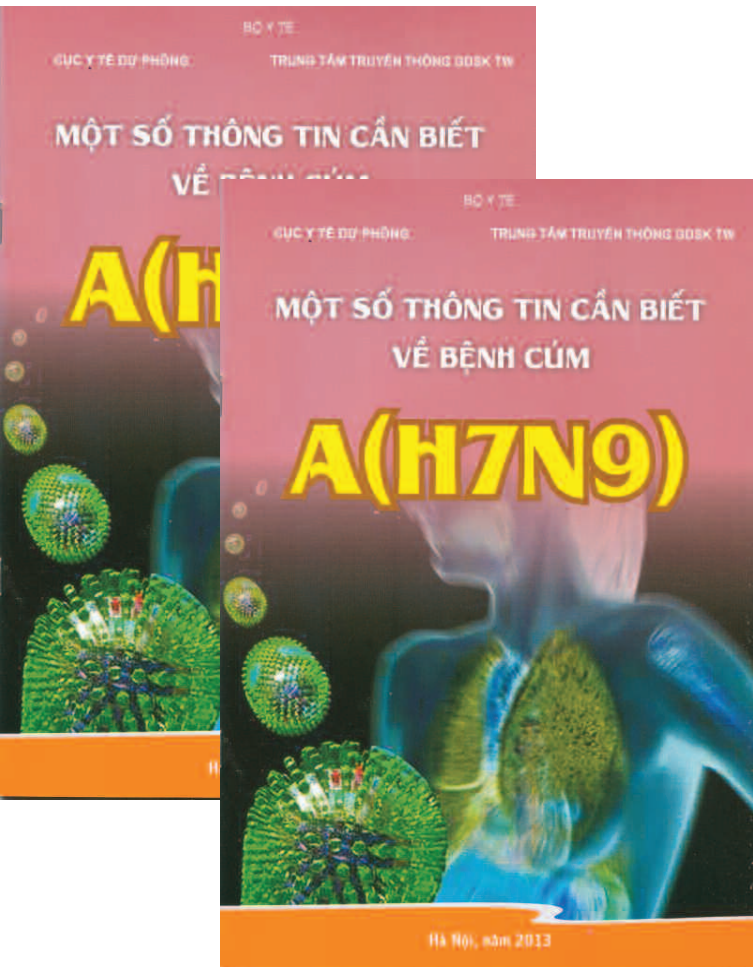


CƠ SỞ Y TẾ

- 5** Người tới từ khu vực có bệnh phải áp dụng các biện pháp phòng bệnh, khai báo tình trạng sức khỏe cho cơ quan y tế địa phương để được theo dõi sức khỏe.



NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ BỆNH CÚM A(H7N9)



Câu 1. Bệnh cúm A(H7N9) là gì?

Bệnh cúm A(H7N9) do nhiễm vi rút cúm A(H7N9) có nguồn gốc từ gia cầm.

Các vi rút cúm AH7 là một nhóm vi rút cúm thông thường lưu hành trong nhóm gia cầm. Vi rút cúm A(H7N9) là một loại vi rút thuộc nhóm H7.

Mặc dù một số loại vi rút thuộc nhóm H7 (H7N2, H7N3 và H7N7) thỉnh thoảng phát hiện gây mắc bệnh cúm ở người, vẫn chưa ghi nhận

được trường hợp nào mắc bệnh do vi rút cúm A(H7N9) cho đến khi có báo cáo ca bệnh tại Trung Quốc.

Câu 2. Có những thông tin gì về những trường hợp nhiễm cúm H7 ở người trên Thế giới?

Từ năm 1996 đến năm 2012, những trường hợp nhiễm vi rút cúm H7 (H7N2, H7N3 và H7N7) ở người đã được ghi nhận tại Hà Lan, Ý, Canada, Hoa Kỳ, Mexico và Vương quốc Anh.

Hầu hết những trường hợp nhiễm cúm này đều có liên quan đến các vụ dịch cúm gia cầm.

Những người bị bệnh có các triệu chứng của viêm đường hô hấp trên và viêm kết mạc, đã có một ca tử vong ở Hà Lan.

Không có trường hợp nào bị mắc vi rút cúm A(H7N9) trước khi có các ca bệnh đã được báo cáo ở Trung Quốc.

Câu 3. Các dấu hiệu chính của bệnh cúm A(H7N9) là gì?

Hầu hết các bệnh nhân nhiễm vi rút cúm A(H7N9) đều bị viêm phổi nặng.

Các triệu chứng bao gồm sốt, ho và khó thở. Tuy nhiên, những thông tin đầy đủ về mức độ bệnh do nhiễm vi rút cúm A(H7N9) có thể gây ra vẫn còn hạn chế.

Câu 4. Có sự khác nhau giữa vi rút cúm A(H7N9) với loại vi rút cúm A(H1N1) và A(H5N1) không?

Cả ba loại vi rút này là vi rút cúm chủng A

nhưng chúng có sự khác nhau.

Loại cúm A(H7N9) và cúm A(H5N1) được cho là vi rút cúm lây nhiễm ở động vật và đôi khi lây nhiễm ở người.

Vi rút cúm A(H1N1) có thể được chia thành loại gây cúm thường ở người và loại gây cúm thường ở động vật.

Câu 5. Vi rút cúm A(H7N9) được lây nhiễm ở người như thế nào?

Một số trường hợp xác nhận đã tiếp xúc với động vật hoặc với môi trường có động vật. Vi rút đã được tìm thấy ở chim bồ câu tại một khu chợ ở Thượng Hải. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa biết con người bị nhiễm cúm A(H7N9) như thế nào.

Khả năng lây nhiễm loại cúm này từ động vật sang người cũng như khả năng lây truyền từ người sang người đang được điều tra.

Câu 6. Liệu nhân viên y tế có nguy cơ lây nhiễm vi rút cúm A(H7N9) không?

Nhân viên y tế thường xuyên tiếp xúc với những bệnh nhân bị các bệnh truyền nhiễm.

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, cần thực hiện các biện pháp phòng chống và kiểm soát lây nhiễm phù hợp và nhất quán với từng cơ sở y tế. Đồng thời, tình hình sức khỏe của các nhân viên y tế phải được theo dõi chặt chẽ.

Đặc biệt, cần sử dụng biện pháp phòng ngừa bổ sung cho các nhân viên y tế đang chăm sóc cho những người bị nghi ngờ hoặc xác định bị nhiễm cúm A(H7N9).

Câu 7. Hiện nay đã có thuốc điều trị đặc hiệu và vắc xin phòng cúm A(H7N9) chưa?

- Hiện chưa có thuốc điều trị và vắc xin phòng chống cúm A(H7N9).

- Tổ chức Y tế Thế giới đang nghiên cứu, thử nghiệm để có thể sản xuất vắc xin này trong thời gian tới.

Câu 8. Vi rút cúm A(H7N9) có thể lây truyền từ người sang người được không?

Cho đến nay, chưa có bằng chứng vi rút cúm A(H7N9) lây truyền từ người sang người trong số những người tiếp xúc hoặc giữa các ca bệnh đã được xác định.

Tuy nhiên, cần tránh tiếp xúc với người

bệnh/người nghi cúm, nếu có tiếp xúc thì giữ khoảng cách 1-1,5 m.

Câu 9. Cộng đồng có nguy cơ lây nhiễm với vi rút cúm A(H7N9) không?

Hiện chưa thấy bằng chứng của việc lây truyền vi rút cúm A(H7N9) từ người sang người trong số các ca tiếp xúc hoặc các ca đã được xác định.

Mặc dù vậy, nguy cơ lây nhiễm với vi rút cúm A(H7N9) đối với cộng đồng vẫn có khả năng xảy ra và đang được điều tra, nghiên cứu.

Câu 10. Người dân trong cộng đồng cần làm gì để phòng chống cúm A(H7N9)?

Để phòng chống cúm A(H7N9), chúng ta cần thực hiện tốt các biện pháp sau:

1. Thường xuyên rửa tay với xà phòng. Thực hiện tốt vệ sinh cá nhân, nơi ở thông thoáng, hạn chế tiếp xúc với gia cầm và người bệnh.

2. Không sử dụng gia cầm, sản phẩm của gia cầm không rõ nguồn gốc. Đảm bảo an toàn thực phẩm.

3. Khi phát hiện có gia cầm ốm, chết phải báo ngay cho chính quyền địa phương và đơn vị thú y trên địa bàn.

4. Khi có các biểu hiện cúm như: sốt, ho, đau ngực, khó thở cần đến ngay cơ sở y tế để được tư vấn, khám, điều trị kịp thời.

5. Người tới từ khu vực có bệnh phải áp dụng các biện pháp phòng bệnh, khai báo tình trạng sức khỏe cho cơ quan y tế địa phương để được theo dõi sức khỏe.

Câu 11. Công tác phòng chống bệnh cúm A(H7N9) ở Việt Nam đã được thực hiện như thế nào?

Bộ Y tế đã xây dựng kế hoạch hành động Phòng chống dịch cúm A(H7N9) tại Việt Nam trong đó bao gồm một số hoạt động chính sau:

- Tăng cường giám sát dịch tễ
- Tăng cường quản lý và điều trị ca bệnh
- Điều tra dịch tễ và theo dõi các ca tiếp xúc gần
- củng cố hệ thống xét nghiệm
- Tập huấn cho cán bộ y tế và ban hành các hướng dẫn
- Tăng cường truyền thông ■

BÁC SỸ CARLO URBANI:

CỐNG HIẾN VÀ HY SINH

Khi vợ ông, bà Giuliana, cố gắng khuyên bảo ông hãy từ bỏ ý định đối đầu với kẻ thù vô hình đã gây khiếp sợ cho nhiều quốc gia, Carlo Urbani liền trả lời vợ mình rằng, ông không thể ích kỷ trong tình huống này. Nếu ông từ chối giúp đỡ những con người bất hạnh đó thì ông không còn là ông nữa.



THÙY LINH

Cả khán phòng tĩnh lặng, những khoảng khắc đẹp ghi dấu hành trình vì nhân loại của bác sĩ Carlo Urbani dần hiện lên qua những thước phim. "Tưởng nhớ bác sĩ Carlo Urbani" những người đồng nghiệp, người thân và bạn bè tại Việt Nam và đến từ nhiều nơi trên thế giới đều nghẹn ngào xúc động.

Dù biết có những cảnh báo nguy hiểm nhưng với tình yêu thương vô bờ dành cho con người, 10 năm trước (ngày 28/2/2003), bác sĩ Carlo Urbani vẫn có mặt bên giường bệnh của ông Johnny Chen, một doanh nhân người Hồng Kông đã nhập Bệnh viện Việt Pháp Hà Nội được 2 ngày do sốt cao, ho khan và khó thở. Không ai biết rằng, căn bệnh đó mang tên SARS, hay còn gọi là "Hội chứng hô hấp cấp

tính nặng" và rằng chỉ vài ngày sau nó đã gây nên chấn động trên toàn thế giới.

Chính sự nhạy bén của một chuyên gia về các bệnh nhiễm trùng, một thầy thuốc về y tế công cộng đã giúp bác sĩ Carlo Urbani nhanh chóng nhận ra đây là một loại bệnh dịch mới, nguy hiểm và rất dễ lây lan. Không chậm một giây phút nào, ông liền tiến hành quy trình cách ly người bệnh, đồng thời yêu cầu các bác sĩ, y tá dùng khẩu trang y tế có tính lọc khuẩn cao, mặc hai lớp áo blouse, còn ông ngày đêm miệt mài thực hiện các xét nghiệm để chứng tỏ quan điểm của mình và lập tức cảnh báo cho Tổ chức Y tế thế giới và Bộ Y tế Việt Nam biết. Chính phủ Việt Nam đã cho cách ly Bệnh viện Việt Pháp và áp dụng hệ thống kiểm soát

Bác sỹ Carlo Urbani sinh ngày 19/10/1956 tại Casteplanio, Ancona, Ý. Với mong muốn giúp đỡ những người kém may mắn, ông chọn theo học ngành Y, chuyên khoa về các bệnh truyền nhiễm. Sau khi tốt nghiệp, ông làm việc tại Mauritania và sau đó tại Campuchia. Năm 1999, ông trở thành người đứng đầu Tổ chức Bác sỹ không biên giới tại Ý và trong vai trò đó, ông là một trong các đại diện của Tổ chức đến nhận giải Nobel Hòa Bình.

Năm 2000, ông từ chối cơ hội trở thành Trưởng khoa tại một bệnh viện ở Ý để tiếp nhận vai trò chuyên gia của Tổ chức Y tế thế giới tại khu vực Tây Thái Bình Dương. Tháng 4/2000, ông và gia đình chuyển đến sống tại Hà Nội. Trong suốt những năm làm việc cho Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam, bác sỹ Carlo Urbani là một người chu đáo, giàu tình thương đã làm việc chăm chỉ để đảm bảo rằng những con người dễ bị tổn thương được tiếp cận với các dịch vụ y tế cơ bản. Ông đã làm việc không mệt mỏi và đến tận những vùng sâu, vùng xa để biết rõ hơn về nhu cầu chăm sóc y tế của những con người còn nghèo nhất ở Việt Nam.

dịch bệnh chặt chẽ trên toàn quốc. Tổ chức Y tế thế giới ban hành báo động trên toàn cầu và công bố hướng dẫn các biện pháp điều trị.

Nhưng không ngờ, căn bệnh mang tên SARS do chính ông phát hiện và lần tìm ra nguyên nhân đã lấy đi cuộc sống của ông. Vào ngày 11/3/2003, trên chuyến bay tới Bangkok (Thái Lan) để dự một cuộc hội thảo, bác sỹ Carlo Urbani cảm thấy người mệt mỏi, đau đầu, chóng mặt và sốt. Ông hiểu rằng mình là bệnh nhân tiếp theo của căn bệnh. Khi xuống sân bay, ông cảnh báo đồng nghiệp của mình tại Trung tâm Kiểm soát dịch bệnh Mỹ tại Thái Lan không được lại gần. Sau đó ông gọi xe cấp cứu chở đến khu cách ly để điều trị. Ông vật lộn với căn bệnh quái ác trong vòng 18 ngày. Ngày 29/3/2003, bác sỹ Carlo Urbani đã trút hơi thở cuối cùng trong niềm thương tiếc vô hạn của y

giới quốc tế.

Xuất phát điểm từ những nghiên cứu đầu tiên của bác sỹ Carlo Urbani ở Việt Nam, các đồng nghiệp của ông đã nhanh chóng xác định vi rút gây bệnh. Ngày 28/4/2003, Việt Nam trở thành quốc gia đầu tiên được Tổ chức Y tế thế giới công nhận đã khống chế thành công dịch SARS. Thành công đó có sự góp sức lớn lao nhưng âm thầm của bác sỹ Carlo Urbani. Ghi nhận những đóng góp to lớn cho công cuộc phòng chống SARS tại Việt Nam, Bộ Y tế đã truy tặng “Huân chương Hữu nghị” và “Huy chương Vì sức khỏe nhân dân” cho bác sỹ Carlo Urbani.

Tự hào về cha, anh Tommaso Urbani, con trai bác sỹ Carlo Urbani, chia sẻ: Cha tôi luôn muốn giúp đỡ mọi người. Ông không chấp nhận sự thật có quá nhiều người phải chết mà có thể cứu chữa được. Ông đã biến ước mơ của mình thành cuộc sống và công việc. Ông

dạy tôi phải tôn trọng và biết ơn những gì tôi có. Mọi người vẫn gọi cha tôi là một người anh hùng. Nhưng tôi không nghĩ vậy. Dù ông biết những nguy cơ có thể đối mặt, nhưng đó là công việc ông cần phải làm. Ông đã làm việc giống như tất cả các bác sỹ khác vì người bệnh. Nếu quay ngược lại thời gian, ông vẫn sẽ làm việc tương tự.

Tiến sỹ Takeshi Kasai, Trưởng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam xúc động nói, nếu không có bác sỹ Carlo Urbani, nếu không có những quyết định tức thời, sáng suốt thì có lẽ tất cả chúng ta đều bị dịch SARS tàn phá. Ông đã làm việc với tấm lòng nhân văn sâu sắc. Ông sẽ luôn được mọi người tưởng nhớ về những hy sinh để cống hiến, giúp đỡ người khác.

Bồi hồi nhớ lại ngày 3/3/2003 khi cùng với lãnh đạo Vụ Y tế dự phòng (nay là Cục Y tế dự phòng) tiếp bác sỹ Carlo Urbani bàn về các biện pháp kiểm soát tình hình dịch SARS, PGS.TS. Nguyễn Thanh Long, Thứ trưởng Bộ Y tế cảm nhận sâu sắc bác sỹ Carlo Urbani đúng là người làm việc với khẩu hiệu “Nhiệm vụ của bác sỹ là đến bên người bệnh”. Thứ trưởng nhấn mạnh, hình ảnh bác sỹ Carlo Urbani cùng các cán bộ y tế xả thân vì người bệnh sẽ là “ngọn đuốc” thấp sáng mãi, là tấm gương cho các cán bộ y tế noi theo.

Vận may khi Việt Nam có một bác sỹ mang tên Carlo Urbani có mặt ở đúng chỗ và vào đúng thời điểm. Ông đã dành trọn tâm sức, trí tuệ để góp phần đẩy lùi căn bệnh đe dọa sự sống toàn cầu thời điểm đó. Ông mãi nguyện: “Công việc liên quan đến tôi, dù nguy hiểm nhưng tôi thấy thoải mái, giờ đây tôi đã có tất cả” ■

45

NGÀY CHỐNG SARS: LO LẮNG, HỒI HỢP VÀ HẠNH PHÚC TRÀO DÂNG

UYÊN THẢO

Nếu bệnh nhân khi được bình phục vui mừng hạnh phúc một thì các y, bác sỹ vui mừng hạnh phúc mười lần.

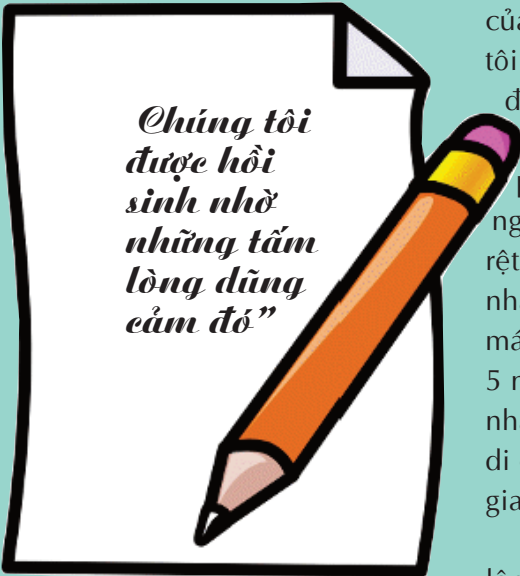
“Các y tá đã phải rất kỳ công đứng hàng giờ mở mask (mặt nạ) thở oxy ra bón cho tôi ăn một miếng, rồi lại úp vào để tôi thở. Không một lời phàn nàn mà luôn luôn là những lời động viên ân cần “cố lên, cố ăn thêm một tý cho chóng khỏe”. Trong đêm khuya, những cơn ho dữ dội tấn công thì tôi đã thấy bên cạnh mình một bác sỹ. Lúc nào tôi cũng nghe thấy những bước chân vội vã, hồi hã của các y, bác sỹ đến bên người bệnh. Tất cả những hành động này đã có tác dụng như một liều thuốc an thần cực mạnh giúp tôi và các bệnh nhân khác có thêm niềm tin chiến thắng căn bệnh quái ác. Chúng tôi được hồi sinh nhờ những tấm lòng dũng cảm đó” - ông Nguyễn Hữu Hùng bồi hồi nhớ lại những ngày điều trị tại Viện Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới (nay là Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương) 10 năm về trước. Ông là một trong số những bệnh nhân mắc bệnh SARS được chuyển từ Bệnh viện Việt - Pháp sang điều trị.

Ngày 23/2/2003, bệnh nhân SARS đầu tiên xuất hiện ở Việt Nam đến từ Hồng Kông và

nhập viện ngày 26/2/2003.

Ngày 4/3/2003, sáu nhân viên y tế Bệnh viện Việt Pháp có tiếp xúc với trường hợp bệnh nhân đầu tiên nhiễm bệnh. Ngày 8/3/2003, Bệnh viện Việt Pháp ngừng không nhận bệnh nhân vào điều trị để tập trung điều trị bệnh nhân SARS. Việt Nam đã huy động toàn bộ hệ thống chính trị vào cuộc.

Ngày 12/3/2003, Viện Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới bắt đầu tiếp nhận bệnh nhân. 10 năm đã trôi qua nhưng hồi ức về những ngày đương đầu với đại dịch SARS vẫn còn nguyên vẹn trong ký ức của GS.TS. Lê Đăng Hà, nguyên Viện trưởng Viện Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới. “Khi chúng tôi được giao điều trị bệnh nhân SARS, thời điểm đó đã có nhân viên y tế tại Bệnh viện Việt Pháp tử vong do nhiễm SARS. Hoang mang, lo lắng nhưng lương tâm và trách nhiệm của người thầy thuốc không cho phép chúng tôi đầu hàng”. Để chiến thắng nỗi sợ, trấn an các đồng nghiệp, với vai trò người chỉ huy, GS.TS. Lê Đăng Hà đã tiên phong đến bên giường người bệnh. Ông vui



***Chúng tôi
được hồi
sinh nhờ
những tấm
lòng dũng
cảm đó”***

mừng khi không một y, bác sỹ nào tại Viện từ chối nhiệm vụ đối phó với một căn bệnh rất lạ mà y văn thế giới hoàn toàn chưa có thông tin.

Không có thông tin, phương tiện thiếu thốn, nghèo nàn, họ cứu sống bệnh nhân SARS bằng cách nào? Bằng kiến thức và kinh nghiệm chuyên môn, các y, bác sỹ Viện Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới đã đưa ra quyết định táo bạo: thay vì mở khí quản để cho bệnh nhân thở máy thì họ dùng phương pháp thở máy không xâm nhập. Thực tế sau này đã chứng minh, quyết định này là sáng suốt và đúng đắn.

Ông Nguyễn Hữu Hùng nhớ lại, sáng ngày 26/3/2003, các bác sỹ Bệnh viện Việt - Pháp quyết định nếu trong ngày mai nồng độ oxy trong máu của tôi không tăng lên thì họ sẽ phải mở khí quản cho tôi thở máy. Đúng ngày định mệnh ấy, tôi được chuyển sang Viện Y học

lâm sàng các bệnh Nhiệt đới. Khi đó, nồng độ oxy trong máu của tôi đã dưới 70%. Họ đã cho tôi thở máy không xâm nhập đồng thời dùng các kháng sinh để khống chế bội nhiễm. Với phác đồ được điều chỉnh từng ngày, bệnh tình tôi tiến triển rõ rệt. Đáng nói, trong số 6 bệnh nhân bị mở khí quản để thở máy tại Bệnh viện Việt Pháp thì 5 người đã tử vong, người duy nhất còn sống sót thì vẫn bị các di chứng nặng nề trong một thời gian dài.

Thành công của Viện Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới còn ở chỗ: sáng tạo mở cửa thông thoáng làm giảm tích tụ mầm bệnh trong buồng bệnh, lợi dụng ánh sáng mặt trời để tiêu diệt mầm bệnh, hạn chế lây lan thấp nhất và đốt bỏ kết để tiêu diệt vi rút SARS toàn bệnh viện. Cách làm này xuất phát từ thực tiễn đặt ra: tại sao có một số bệnh nhân không hề tiếp xúc với người bệnh mà vẫn mắc bệnh. Đó là những căn buồng trước đây vốn dùng làm nơi điều trị bệnh nhân, trước khi tiếp nhận bệnh nhân, dù đã vệ sinh nhưng không thể tiêu diệt được hết nguồn bệnh còn khu trú trong những thiết bị y tế, máy lạnh nên kể cả khi bệnh nhân đã xuất viện thì vi rút vẫn tồn tại. Bác sỹ Nguyễn Hồng Hà, Phó Giám đốc Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương cho biết, vừa tiến hành thực hiện, chúng tôi vừa lo lắng, hồi hộp chờ đợi và thời gian đã giúp chúng tôi an tâm về biện pháp mình lựa chọn. Tất cả bệnh nhân đều được cứu sống, không

một nhân viên y tế nào bị lây nhiễm. Sau 45 ngày, dịch bị khoanh vùng, chặn đứng và tiêu diệt. Dịch đã không lây lan ra cộng đồng và Việt Nam được Tổ chức Y tế thế giới công nhận là quốc gia đầu tiên khống chế thành công dịch SARS.

PGS.TS. Nguyễn Thanh Long, Thứ trưởng Bộ Y tế nhấn mạnh: Trong cuộc chiến chống lại dịch SARS đầy cam go và nguy hiểm, nhiều cán bộ y tế Việt Nam đã phát huy tinh thần hết mình vì người bệnh, cống hiến hết mình vì sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe người dân, mặc cho sự xa lánh của người thân, của cộng đồng trong thời gian có dịch. Trong số 63 trường hợp mắc SARS tại Việt Nam đã có 37 trường hợp mắc là bác sỹ, y tá, nhân viên y tế trực tiếp điều trị, chăm sóc bệnh nhân SARS. Dịch SARS đã được khống chế thành công tại Việt Nam, nhưng chúng ta cũng phải trả giá bằng sự hy sinh của bác sỹ Carlo Urbani và 5 bác sỹ, y tá của Việt Nam và Pháp. Kỷ niệm 10 năm đại dịch SARS là dịp nhắc nhở mỗi người dân phải đề cao cảnh giác với những bệnh lạ mới phát sinh để có những biện pháp khống chế kịp thời.

Nếu bệnh nhân khi được bình phục vui mừng hạnh phúc một thì các y, bác sỹ vui mừng hạnh phúc mười lần. Ngày 2/5/2003, bệnh nhân mắc bệnh SARS cuối cùng điều trị tại Viện Y học lâm sàng các bệnh Nhiệt đới xuất viện ■

KINH HOÀNG...

GÀ LẬU, NỘI TẠNG THỐI

MINH KHANG

Không chỉ có ở Lạng Sơn hay Quảng Ninh mà từ Lào Cai sang Hà Giang cho tới Cao Bằng, tình trạng nhập lậu, vận chuyển gia cầm thải loại, nội tạng động vật diễn ra căng thẳng và nóng bỏng. Bởi lẽ, thứ “hàng hóa” rất nguy hại này có nhu cầu tiêu thụ cao, cũng như lợi nhuận rất lớn. Trong khi đó, cộng đồng và người dân đang phải đối mặt với vi rút cúm A(H7N9) ở Trung Quốc đang rình rập, có nguy cơ lớn xâm nhập vào nước ta, còn trong

nước, cúm gia cầm H5N1 và cúm A(H1N1) đã bùng phát tại một số địa phương và có nguy cơ lan rộng

Ùn ùn vượt biên

Trời sẩm tối, quốc lộ 1 đoạn chạy qua thị trấn Đồng Đăng, Lạng Sơn trở nên náo nhiệt khác thường. Hàng chục xe máy, “xe cóc” và cả những chiếc xe con đất tiền dán kính đen kịt gầm rú, chạy với tốc độ kinh hoàng, âm âm lao ra đường quốc lộ 1 xuôi về thành phố Lạng Sơn. Chiếc nào, chiếc



nấy cũng chất ngất các thùng carton, bao tải và lồng gà lên chặt. Thiếu tá Phùng Anh Nguyên, Phó trạm Kiểm soát liên ngành Dốc Quýt, Lạng Sơn cho biết: Không chỉ vào dịp cuối năm, hay trước Tết nguyên đán mà từ đầu năm tới nay, tình trạng buôn bán vận chuyển gia cầm lậu vẫn diễn ra căng thẳng. Để kiểm soát gia cầm nhập lậu, trạm đã lập đội cơ động gồm nhiều lực lượng nhằm tăng cường tuần tra, xử lý nhưng vẫn không thể xử lý triệt để được. Thậm chí, nhiều lúc, nhiều khi đối tượng vận chuyển, buôn bán gia cầm lậu bất chấp nguy hiểm lao thẳng xe vào đội hình chốt chặn, hoặc sẵn sàng “đua xe” F1 với lực lượng cơ động, bất chấp nguy hiểm cho người và phương tiện trên đường để trốn tránh do vận chuyển gà lậu. Ông Nguyễn Thắng Lợi, Phó Ban chỉ đạo 127 tỉnh Lạng Sơn thẳng thắn cho biết: Từ đầu năm 2013 đến nay, các lực lượng chức năng của địa phương đã kiểm tra và xử lý gần 70 vụ buôn bán, vận chuyển gia cầm và sản phẩm gia cầm nhập lậu, tịch thu và tiêu hủy gần 20.000 kg gà, vịt thịt, trên 35.000 con gà, vịt giống và gần 1.000 con chim bồ câu... Tuy nhiên, số gia cầm lậu bị phát hiện và xử lý chưa phản ánh hết tình hình buôn lậu gia cầm và sản phẩm gia cầm qua địa bàn tỉnh Lạng Sơn.

Không chỉ có Lạng Sơn mà tại Quảng Ninh với đặc thù địa lý có cả biên giới đường bộ, đường sông và đường biển nên tình trạng buôn bán, vận chuyển gia cầm lậu cũng diễn ra rất nóng bỏng. Tại trạm Kiểm soát liên hợp Km 15

(Móng Cái, Quảng Ninh) đây được coi là “yết hầu” của quốc lộ 18 từ biên giới Móng Cái vào nội địa, hầu như không tuần nào lực lượng chức năng ở đây không bắt được vài vụ gia cầm lậu. Anh Nguyễn Ngọc Vinh, Phó đội kiểm soát chống buôn lậu tại Trạm kiểm soát liên hợp Km 15 cho biết: Chỉ trong vòng một tháng qua, lực lượng chức năng của trạm đã phát hiện bắt giữ tới 10 vụ vận chuyển với hơn 9.900 con gà giống, gần 1 tấn gà thịt thải loại và hàng chục ngàn quả trứng gia cầm.

Theo tìm hiểu, tình trạng nhập lậu, vận chuyển gia cầm thải loại của Trung Quốc về Việt Nam căng thẳng và nóng bỏng trên toàn tuyến biên giới phía Bắc, không chỉ có ở Lạng Sơn hay Quảng Ninh mà từ Lào Cai sang Hà Giang cho tới Cao Bằng, gà lậu vẫn cứ tràn qua biên giới để đi sâu vào nội địa. Bởi lẽ thứ “hàng hóa” rất nguy hại này lại có nhu cầu tiêu thụ cao, cũng như lợi nhuận rất lớn. Tại bên kia biên giới, một cân gà thải loại chỉ có giá khoảng 20.000 đồng nhưng khi về tới Lạng Sơn giá đã lên tới 50.000đ/kg, nếu về xuôi giá sẽ gấp đôi, thậm chí là gấp ba. Vì thế để vận chuyển được gia cầm lậu trót lọt, các đầu nậu thường tổ chức tập kết hàng tại biên kia biên giới, thuê người dân địa phương vận chuyển qua các đường mòn, lối mở biên giới, cánh gà cửa khẩu rồi đưa vào các điểm tập kết gần biên giới, nhà dân hoặc trong rừng nhằm cất giấu, nuôi giữ tạm thời để hợp thức hóa gia cầm nhập lậu, khi có cơ hội sẽ vận chuyển tới các tỉnh, thành sâu trong nội địa và đưa vào

các chợ đầu mối để tiêu thụ. Nếu như trước đây, các đối tượng vận chuyển gà nhập lậu thường sử dụng xe tải, xe gắn máy chở gà lậu thì hiện nay chúng sử dụng cả xe con hạng sang để vận chuyển gà lậu.

Tràn lan thực phẩm bẩn, nội tạng thối

Liên tiếp trong thời gian qua, rất nhiều vụ vận chuyển, buôn bán thực phẩm bẩn, nội tạng động vật, chưa kiểm dịch bị cơ quan chức năng ở Lạng Sơn, Hà Nội, Hải Phòng và một số tỉnh, thành phát hiện và bắt giữ. Thực trạng này cho thấy, không chỉ có gia cầm thải loại nhập lậu mà nhiều loại thực phẩm không rõ nguồn gốc, nội tạng động vật bị tẩm ướp hóa chất cũng đang bị nhập lậu tràn lan vào thị trường nội địa. Trong khi đó, nguồn gốc xuất xứ, hạn sử dụng của các loại thực phẩm này đều không rõ ràng khiến cho sức khỏe người tiêu dùng bị đe dọa nghiêm trọng.

Tìm hiểu tại một số cửa khẩu ở Lạng Sơn, Móng Cái và Lào Cai, chúng tôi được biết các mặt hàng như nằm dê, chân, cánh gà, nội tạng động vật của Trung Quốc... đang được rất nhiều chủ hàng dưới xuôi ưa chuộng vì giá cực rẻ. Nếu mua bên Trung Quốc chỉ có vài tệ một cân nằm dê, hay tim cật lợn, nhưng khi vận chuyển trót lọt và đưa được vào các hàng quán ăn uống ở các thành phố lớn tiêu thụ thì lợi nhuận có khi gấp tới cả chục lần. Trở lại khu kinh tế đường biên Tân Thanh, Lạng Sơn, nhiều quầy hàng thực phẩm ở đây la liệt bánh kẹo, nước tương, rượu bia, cho tới các mặt hàng thực phẩm “tươi sống” có

nguồn gốc từ bên kia biên giới. Thế nhưng, kỳ lạ là trong số này, không ít mặt hàng đã quá hạn sử dụng, mốc xanh, mốc đỏ, nhớt nhát, nhưng vẫn được nhiều chủ hàng cho rằng không vấn đề gì nếu như đưa vào nhà hàng, quán nhậu được kết hợp với những gia vị của Tàu sẽ lại trở thành những món đặc sản yêu thích. Trong khi đó, một chủ hàng thực phẩm ở Tân Thanh không ngần ngại: Nếu muốn mua hàng “thực phẩm tươi” với số lượng lớn, thậm chí là hàng tấn cũng có, nhưng phải đặt cọc trước một nửa tiền hàng. Nhưng hoàn toàn yên tâm vì chỉ một hai hôm sau là có hàng, đảm bảo chuyển thẳng từ bên Pò Chài, Trung Quốc về Lạng Sơn, thậm chí là Bắc Ninh, hay Hà Nội, đầy đủ không thiếu một cân.

Tăng cường ngăn chặn

Theo nhận định của cơ quan chức năng, số vụ nhập lậu, vận chuyển, kinh doanh gia cầm lậu, thực phẩm bẩn bị

phát hiện vẫn là rất nhỏ so với thực tế, cho dù các biện pháp kiểm soát quyết liệt đã được triển khai. Bồi lẽ so với các mặt hàng nhập lậu khác thì hàng thực phẩm bẩn, gia cầm lậu đem lại lợi nhuận khá cao nên nhiều kẻ coi thường luật pháp, bất chấp tính mạng, sức khỏe người sử dụng để buôn bán, vận chuyển thứ hàng nguy hiểm này. Theo đánh giá của Cục An toàn thực phẩm, các loại gia cầm và nội tạng nhập lậu có nguồn gốc xuất xứ không rõ ràng, chưa qua kiểm dịch đang đe dọa nghiêm trọng tới sức khỏe người sử dụng. Ông Trần Quang Trung, Cục trưởng Cục An toàn thực phẩm cho biết, qua kiểm tra mẫu gà nhập lậu do Chi cục quản lý thị trường Lạng Sơn thu giữ thì 100% mẫu thịt, mẫu gan gà đều tồn lưu kháng sinh trong chăn nuôi như: kháng sinh nhóm tetracyclin, cloramphenicol, trong đó cloramphenicol đã bị cấm sử dụng trong chăn nuôi. Ngoài ra, đối với nhiều

mẫu thực phẩm, nội tạng nhập lậu, cơ quan chức năng cũng đã phát hiện có nhiều loại hóa chất bảo quản nguy hại, ngoài danh mục cho phép sử dụng.

Trước tình trạng trên, Bộ Y tế cùng với Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn đang tập trung triển khai nhiều biện pháp ngăn chặn, phòng chống dịch bệnh. Trong đó, tập trung tuyên truyền vận động nhân dân ký cam kết không tham gia vận chuyển, kinh doanh và sử dụng gia cầm nhập lậu, thực phẩm không rõ nguồn gốc. Tại các địa phương, tổ chức phối hợp các lực lượng tuần tra, chốt chặn 24/24 giờ tại các đường mòn qua biên giới, các đường vòng tránh trong nội địa, các khu vực trọng điểm để kiểm tra, kiểm soát chống các hành vi kinh doanh, vận chuyển gia cầm và sản phẩm gia cầm nhập lậu, kiên quyết xử lý triệt để mọi trường hợp vi phạm về an toàn thực phẩm và phòng chống dịch bệnh ■





NHỮNG LOẠI QUẢ GIÚP RĂNG TRẮNG BÓNG



Thật kỳ diệu, những thứ quả hằng ngày mà ta vẫn sử dụng làm gia vị hay món tráng miệng ngon bổ lại có tác dụng giúp hàm răng trắng bóng. Hãy cùng mẹo vật khám phá công dụng của những loại quả này nhé.

1. Quả dâu tây:

Trong quả dâu tây có chứa axit malic và citric, các vitamin A, B1, B2, C và nhiều các nguyên tố vi lượng như: Fe, Ca, P, K, Mg, Mn. Vì thế, nó không chỉ được coi là thức uống thơm ngon bổ dưỡng của mùa hè mà nó còn có tác dụng rõ rệt với làn da, mái tóc và làm trắng răng.

Để tẩy trắng răng với dâu tây, hãy lấy quả chín mỏng cắt đôi rồi chà sát lên răng hằng ngày, lớp ố vàng, xỉn màu trên răng bạn sẽ bay mất. Tuy nhiên, sau khi chà răng bạn phải đánh lại răng bằng bàn chải như bình thường. Nếu không, lượng đường có trong trái dâu tây có thể tích tụ và làm hỏng men răng của bạn.

2. Quả chanh:

Nước chanh chứa hàm lượng vitamin C cao nên có khả năng ngăn chặn chứng chảy máu chân răng. Bạn có thể lấy nước chanh pha loãng súc miệng hoặc chà xát lên răng, răng của bạn sẽ được làm sạch và trắng rất hiệu quả. Tuy nhiên, không nên lạm dụng phương pháp này

quá vì ngoài tác dụng làm trắng răng thì axit trong quả chanh sẽ làm hỏng men răng nếu sau khi súc miệng, chà răng bạn không đánh răng lại bằng nước thường.

3. Quả táo:

Táo có công dụng chống nhiễm khuẩn. Sau bữa ăn, tráng miệng với thứ quả dễ tìm này, sẽ giúp ta tránh được các bệnh về răng miệng, chống sâu răng và viêm dạ dày.

Để các thành phần axit và đường có trong táo không bám lại ở khoang miệng, bạn hãy nhớ uống một cốc nước sau khi ăn món tráng miệng này.

4. Quả Ổi:

Ổi là một trái cây thơm ngon, có nhiều công dụng trị bệnh do chứa nhiều vitamin A, B, C vượt trội và không chứa chất đường. Ổi cung cấp phong phú chất sắt, canxi và photpho. Với 180mg vitamin C/100g quả ổi sẽ góp phần bảo vệ răng chắc khỏe. Nếu thiếu vitamin C, răng sẽ rất yếu và dễ mắc các bệnh như sưng lợi, chảy máu chân răng...

5. Vỏ cam:

Sử dụng mặt trắng của vỏ cam và chà lên chiếc răng bị ố vàng của bạn. Công việc này giúp răng trắng bóng hơn chỉ trong vài tuần. Thực hiện việc này 3 lần/ngày sẽ thấy rõ hiệu quả ■

Chú ý, bên cạnh việc tích cực ăn loại thực phẩm làm trắng răng, bạn cũng nên tránh các loại thực phẩm làm hại men răng như rượu vang đỏ, nước ngọt, cà phê, chè... Nếu có thể hãy đánh răng ngay sau khi bạn dùng những thực phẩm này. Ngoài ra, bạn cũng nên tránh hút thuốc lá vì đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm thay đổi màu răng của bạn

HỎI ĐÁP



Đau đầu do cơ cơ

HỎI:

Cháu năm nay 21 tuổi, bị đau đầu vùng trán (từ 2 thái dương vào giữa trán). Cơ đau âm ỉ không rõ nhưng có cảm giác rất khó chịu, đau tăng mạnh khi tập trung suy nghĩ và lúc học (bình thường vui chơi không đau). Gần đây, cháu thấy trí nhớ giảm sút, kém tập trung, đầu lúc nào cũng có cảm giác như đang chít khăn. Cháu bị cách đây 4 năm sau khi ông nội mất. Xin bác sĩ cho cháu lời khuyên. Cháu xin chân thành cảm ơn!

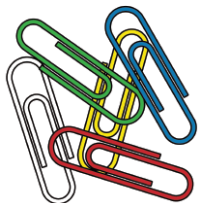
Lê Đăng Tân (Thanh Xuân, Hà Nội)

TRẢ LỜI

Đau đầu là một trạng thái bệnh lý phổ biến, do nhiều nguyên nhân gây ra. Có thể là triệu chứng của các bệnh mạch máu não, u não, viêm nhiễm vùng đầu mặt cổ, hội chứng giao cảm cổ, rối loạn thần kinh chức năng... Tùy nguyên nhân mà biểu hiện đau đầu và mức độ đau cũng như vùng khởi phát đau khác nhau: chẳng hạn đau đầu do vận mạch: người bệnh thấy đau vùng trán, thái dương lan ra ổ mắt kèm chảy nước mắt, nước mũi; đau đầu do căng thẳng thần kinh còn được gọi là đau đầu do cơ hay đau đầu tâm lý: người bệnh có cảm giác đau kiểu nặng, đè ép cả đầu hoặc như thấy có sợi dây thắt chặt quanh đầu, đau tăng khi có xúc cảm, lo âu, trầm cảm, hysteria... Theo thư bạn mô tả thì chúng tôi thấy bạn bị chứng đau đầu do tâm lý (do stress mất người thân là ông nội). Chứng đau đầu của bạn có thể khắc phục bằng cách khi thấy đau bạn nên ngừng bất cứ việc gì đang làm và ngồi yên một lúc, nhắm mắt lại, hít vào và thở ra từ từ, thư giãn đầu và các cơ vùng cổ bằng cách thả lỏng giữa giờ hoặc xoa bóp nhẹ rồi nắn dần ở vùng cổ, chườm nóng hoặc tắm nước nóng, nằm nghỉ trong phòng tối hoặc đắp khăn lạnh lên trán. Cũng có thể dùng thuốc giảm đau như aspirin, acetaminophen... để làm giảm chứng đau. Bạn cần đến khám bác sĩ chuyên khoa nội thần kinh khi đau đầu dữ dội hoặc đau liên tục hơn 3 lần mỗi tuần, đau thường xuyên và nặng hơn, đau làm mất ngủ... Ngoài ra, bạn nên có thời gian biểu để học và ngủ đủ 8 giờ/ngày. Tập thiền và Yoga cũng giúp bạn cải thiện chứng đau đầu ■

BS. Nguyễn Kim Dung





Kỷ niệm CHỐNG SARS



CN. PHẠM THỊ NGỌC DUNG

TP. Điều dưỡng Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

10 năm dịch SARS trôi qua, nhưng trong tâm trí tôi và các bạn đồng nghiệp kỷ niệm về những ngày chống SARS vẫn chưa bao giờ quên. Dấu ấn sâu sắc nhất ngày ấy là tất cả đều có chung một tâm trạng lo lắng và sợ hãi khi đối mặt với SARS. Nhưng rồi khi đã “vào cuộc” thì sự lo âu, ngại ngần đã được bỏ lại phía sau với quyết tâm phải phòng ngừa và ngăn chặn nó hiệu quả nhất.

Tôi vẫn nhớ như in, vào khoảng giữa tháng 3 năm 2003, người bệnh đầu tiên bị SARS nhập viện tại Viện Y học Lâm sàng các bệnh nhiệt đới (bây giờ là Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương) đúng vào phiên trực của tôi. Mặc dù không bất ngờ, nhưng quả thực lúc ấy, tất cả đều rất căng thẳng. Nói không bất ngờ là bởi vì chúng tôi đã được cảnh báo trước, từ khi Bệnh viện Việt Pháp có nhiều người bệnh bị SARS. Còn căng thẳng là bởi lúc đó chúng tôi làm việc trong một điều kiện hết sức khó khăn và thiếu thốn từ cơ sở vật chất, trang thiết bị

như dụng cụ phòng hộ cá nhân, thiếu máy thở, máy theo dõi người bệnh...

Một dụng cụ phòng hộ cơ bản nhất đó là khẩu trang đảm bảo tiêu chuẩn nhưng cũng không có, chúng tôi phải sử dụng 2 khẩu trang y tế thông thường, hoặc khẩu trang vải để phần nào ngăn ngừa lây nhiễm, và cũng một phần tạo cảm giác an tâm hơn về mặt tâm lý. Còn nhiều những dụng cụ phòng hộ khác cũng không có, như áo choàng ngoài để khi tiếp xúc với người bệnh tránh lây nhiễm từ chất tiết của người bệnh khi ho, hắt hơi bắn vào người. Chúng tôi đã phải tự nghĩ ra sáng kiến, bằng cách lấy áo choàng vẫn phát cho người nhà người bệnh khi vào thăm để thay thế áo phòng hộ. Sau một thời gian, Tổ chức Y tế thế giới và một số tổ chức khác đã viện trợ được một số trang bị phòng hộ cá nhân, lúc đó các cán bộ y tế mới được bảo vệ một cách an toàn.

Là điều dưỡng, nhiệm vụ của người điều dưỡng là chăm sóc người bệnh, thường xuyên tiếp xúc trực tiếp nhiều nhất bên người bệnh. Chúng tôi thực hiện công tác chăm sóc người bệnh toàn diện. Thứ nhất, về chăm sóc chuyên môn là tiêm truyền, cho người bệnh uống thuốc, chăm sóc về dinh dưỡng. Thứ hai là chăm sóc về tinh thần và vệ sinh cá nhân cho người bệnh. Với các nhiệm vụ nói trên cho thấy, nguy cơ lây nhiễm rất cao.

Đối với bệnh nhân SARS, họ bị tổn thương hệ

thống hô hấp, hầu hết đều phải thở ôxy hỗ trợ, có thể thở bằng cannula qua mũi, nặng hơn nữa thở qua mash (mặt nạ) chụp vào mũi, miệng, có những người bệnh phải hỗ trợ hô hấp bằng thở máy không xâm nhập, vậy việc chăm sóc ăn uống cho người bệnh SARS khó khăn và vất vả hơn rất nhiều so với người mắc các bệnh khác. Bởi vì mỗi lần bỏ mash ra để ăn là người bệnh lại thiếu ô xy và tím tái khó thở. Do đó, mỗi lần cho người bệnh ăn khoảng 200ml cháo, hoặc sữa phải mất tới hàng giờ đồng hồ đứng bên người bệnh để bón từng thìa, từng thìa.

Việc vệ sinh cá nhân đối với người bệnh SARS cũng để lại cho chúng tôi rất nhiều kỷ niệm đáng nhớ. Không như những người mắc bệnh cần có hộ lý chăm sóc cấp một (chăm sóc người bệnh bị hôn mê, hoặc không tự chăm sóc được cho bản thân mình), người bệnh SARS họ hoàn toàn tỉnh táo, họ có thể tự ngồi dậy hoặc đi lại được, nhưng họ lại rất khó thở và lệ thuộc hoàn toàn vào hỗ trợ hô hấp, do vậy việc vệ sinh cá nhân cũng hoàn toàn do chúng tôi thực hiện. Có những người bệnh chúng tôi ra xin phép để tắm, gọi đầu có khi đến 3 lần/ngày mà người bệnh chưa đồng ý; có người bệnh, khi chúng tôi giúp vệ sinh cá nhân, họ tỏ ra ngại ngùng và lúng túng. Họ nói “từ khi lớn lên đến giờ, chưa bao giờ được người khác tắm, gọi đầu như thế này”.

Bên cạnh những khó khăn về chuyên môn, chúng tôi còn gặp “gánh” áp lực từ phía gia đình mình cũng như gia đình của bệnh nhân. Sự lo lắng ấy là tất yếu. Người thân của chúng

tôi thì lo lắng cho sự lây nhiễm từ bệnh nhân. Còn người nhà bệnh nhân thì lo lắng cho tính mạng người thân của họ. Ngày đó, trong đội ngũ tham gia chống SARS của chúng tôi có nhiều chị em con còn rất nhỏ chưa đầy một năm tuổi, có những chị bị mắc các bệnh mạn tính, nhưng không ai chùn bước hay ngần ngại. Tất cả đều “lăn xả” vào việc. Không chỉ vậy, chúng tôi còn phải đối mặt với áp lực của xã hội và cộng đồng. Họ sợ tiếp xúc với chúng tôi sẽ bị lây nhiễm. Có những lần mọi người nhìn thấy chúng tôi, họ lấy tay che miệng và lảng tránh. Quả thật, việc làm đó không đáng trách nhưng chúng tôi vẫn thấy tủi thân quá.

Có những đồng nghiệp của chúng tôi có chồng, vợ, con cái phải nghỉ làm việc, hoặc phải nghỉ học ở nhà bởi vì có bố/mẹ, chồng/vợ tham gia chống SARS, bởi lẽ họ sợ lây ra những người khác.

Tất cả những khó khăn, áp lực ấy cũng không thể khuất phục được những “chiến sĩ áo trắng” trong cuộc chiến chống SARS ngày ấy. Tôi cảm nhận rất rõ tâm thế đồng nghiệp của mình đó là sự sẵn sàng. Đã chọn nghề Y - nghề cứu người, đồng nghĩa với việc chấp nhận môi trường làm việc có yếu tố truyền nhiễm. Chính vì thế, việc luôn phải đối mặt với dịch bệnh, phải tiếp xúc với các bệnh truyền nhiễm là điều đương nhiên. Nhưng xuất phát từ tình thương yêu người bệnh, nhất là đối với những người bệnh bị SARS - họ không có người thân, không có gia đình bên cạnh chăm sóc, động viên, chỉ có người bệnh với nhau và cán bộ y tế. Chúng tôi thấu

hiểu, cảm thông, chia sẻ với những ánh mắt cầu cứu ở bệnh nhân bị SARS. Chúng tôi cảm nhận được sự khao khát sống, sự chờ đợi và hy vọng của người bệnh với các thầy thuốc. Suốt 45 ngày đêm “chiến đấu” với dịch SARS, là 45 ngày đêm chỉ có nhân viên y tế chia sẻ với người bệnh, người bệnh chia sẻ với nhân viên y tế, nhân viên y tế với nhân viên y tế. Tất cả chúng tôi động viên nhau, giúp đỡ lẫn nhau cùng vượt qua khó khăn, áp lực, và sự nguy hiểm. Phải nói rằng không có một tình cảm nào đẹp và ý nghĩa đến như vậy, mặc dù trong điều kiện hết sức khó khăn, với những xuất ăn được viện trợ miễn phí, nhưng mang đầy tính nhân văn.

Chúng tôi rất lạc quan, yêu đời, vẫn cứ nói đùa với nhau “cơm với rau muống mà chiến thắng mới là anh hùng”, chúng tôi cũng thường nói với nhau “không biết sau này về nhà chồng/vợ hay con có nhận mình không nhỉ”, nhưng rồi với sự cảm thông và động viên của gia đình đã tiếp thêm cho chúng tôi sức mạnh để hoàn thành nhiệm vụ.

Với trách nhiệm, ý chí, tình thương yêu người bệnh và với kinh nghiệm chuyên môn đã giúp chúng tôi chiến thắng. Phần thưởng lớn nhất đối với chúng tôi không phải là những Giấy khen, Bằng khen điều quan trọng và hạnh phúc nhất đối với chúng tôi là tất cả người bệnh bị SARS điều trị tại Bệnh viện của chúng tôi đã thoát khỏi bàn tay “tử thần”; không một nhân viên y tế nào tham gia chống SARS ngày ấy bị lây nhiễm. Đó là phần thưởng vô giá - một kỷ ức không bao giờ quên ■



CHUNG TAY XÂY DỰNG MÔI TRƯỜNG SỐNG VÀ LÀM VIỆC TRONG LÀNH KHÔNG KHÓI THUỐC LÁ



PHẠM DUY

Để Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá đi vào cuộc sống một cách hiệu quả kể từ ngày 1/5/2013, Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Xuyên kêu gọi các cơ quan, tổ chức, cá nhân thực hiện nghiêm quy định cấm hút thuốc tại nơi làm việc, trường học, bệnh viện và một số nơi công cộng theo quy định; thực hiện nghiêm các quy định cấm bán thuốc lá, cấm quảng cáo, khuyến mãi, tài trợ các sản phẩm thuốc lá. Đồng thời, kêu gọi mọi người hãy cùng chung tay xây dựng môi trường sống và làm việc trong lành không khói thuốc vì sức

khỏe của mỗi người, mỗi gia đình và toàn xã hội.

Hành lang pháp lý quan trọng đã được ban hành

Để giảm thiểu các tác hại của việc sử dụng thuốc lá đối với sức khỏe, kinh tế, xã hội và môi trường, ngày 18/6/2012, Quốc hội khóa XIII, kỳ họp thứ 3 đã thông qua Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá. Luật có hiệu lực thi hành từ ngày 1/5/2013. Luật quy định các biện pháp nhằm giảm nhu cầu sử dụng thuốc lá, các biện pháp kiểm soát nguồn cung cấp thuốc lá và các điều kiện đảm bảo để phòng chống

tác hại của thuốc lá. Một trong những nội dung quan trọng của Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá là quy định về các điểm cấm hút thuốc lá, bao gồm: các điểm cấm hút thuốc lá hoàn toàn; các điểm cấm hút thuốc lá trong nhà nhưng được phép có nơi dành riêng cho người hút thuốc; quyền và trách nhiệm của người đứng đầu, người quản lý các địa điểm cấm hút thuốc lá, xử lý vi phạm pháp luật về phòng, chống tác hại thuốc lá.

Ngày 25/1/2013, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 229/QĐ-TTg, phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng chống tác hại thuốc lá đến năm 2020. Mục tiêu chung của Chiến lược là giảm nhu cầu sử dụng và kiểm soát để từng bước giảm mức cung cấp các sản phẩm thuốc lá tiêu thụ tại thị trường Việt Nam nhằm giảm nguy cơ bệnh tật và tử vong do sử dụng thuốc lá gây ra. Phấn đấu giảm tỷ lệ hút thuốc trong thanh thiếu niên (từ 14 đến 24 tuổi) từ 26% năm 2011 xuống 18% năm 2020; nam giới từ 47,4% năm 2011 xuống 39% năm 2020; nữ giới xuống dưới 1,4% năm 2020. Các giải pháp chủ yếu đưa ra trong Chiến lược bao gồm: hoàn thiện chính sách pháp luật về phòng, chống tác hại thuốc lá; thông tin, giáo dục, truyền thông phòng chống tác hại thuốc lá; giải pháp về tổ chức và nguồn nhân lực, giải pháp về tài chính.

Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá và Chiến lược

quốc gia phòng chống tác hại thuốc lá đến năm 2020 được xây dựng và ban hành đã tạo hành lang pháp lý quan trọng và điều kiện thuận lợi cho công tác phòng, chống tác hại thuốc lá của Việt Nam.

Môi trường không khói thuốc - có khả thi?

PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh văn phòng Chương trình phòng chống tác hại thuốc lá cho biết, thời gian qua, các mô hình thành phố du lịch không khói thuốc như thành phố Hội An - Đà Nẵng, thành phố Hạ Long - Quảng Ninh, thành phố Hải Phòng; mô hình trường học, bệnh viện, công sở không khói thuốc tại Thái Nguyên, Đà Nẵng, Tiền Giang; mô hình giao thông công cộng không khói thuốc; mô hình chi đoàn không khói thuốc lá... đã được triển khai tại Việt Nam cho thấy kết quả rất khả thi. Trước đây, tình trạng hút thuốc tại các địa điểm công cộng, lễ hội, đám cưới, đám ma khá phổ biến nhưng nay chỉ còn rất ít.

Kết quả Dự án Xây dựng mô hình môi trường không khói thuốc tại Tiền Giang, Đà Nẵng, Thái Nguyên trong thời gian 2009 - 2012 cho thấy, tỷ lệ lãnh đạo hút thuốc lá giảm từ 22,9% xuống 10,5%; tỷ lệ nhân viên hút thuốc giảm từ 13,6% xuống 10,3%; tỷ lệ nhìn thấy người hút thuốc lá tại trường học giảm từ 65,5% xuống còn 36,6%, tại cơ sở y tế giảm từ trên 70% xuống gần 50%, tại cơ quan hành chính

mức giảm cũng tương đương với cơ sở y tế; tỷ lệ cán bộ công chức, giáo viên, học sinh, nhân viên y tế biết được tác hại của thuốc lá thụ động cũng tăng lên 2% (từ 97,5% đến 99,7%).

TS. Takeshi Kasai, Trưởng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam cho rằng, thực hiện môi trường không khói thuốc là một trong những thách thức rất lớn. Điều này đòi hỏi phải có chiến dịch truyền thông hiệu quả và các nỗ lực thực thi bởi các cơ quan chức năng trong việc kiểm tra, giám sát và xử phạt vi phạm.

TS. Nguyễn Huy Quang, Vụ trưởng Vụ Pháp chế, Bộ Y tế cho biết, Bộ đã xây dựng Dự thảo Nghị định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế, trong đó có phòng, chống tác hại thuốc lá trình Thủ tướng Chính phủ phê duyệt. Việc xử phạt khi hút thuốc lá tại các địa điểm công cộng sẽ áp dụng hình thức cảnh cáo hoặc phạt tiền như sau: từ 200-500 nghìn đồng cho hành vi hút thuốc tại địa điểm có quy định cấm hoặc bỏ tàn, mẩu thuốc không đúng nơi quy định khi hút thuốc lá tại những địa điểm được phép hút thuốc lá; từ 3-5 triệu đồng đối với chủ cơ sở không treo biển có chữ hoặc biểu tượng “cấm hút thuốc lá” tại địa điểm cấm hút thuốc lá hoặc không yêu cầu người vi phạm chấm dứt việc hút thuốc lá trong cơ sở của mình; từ 5-10 triệu đồng với hành vi không có dụng cụ chứa các mẩu, tàn thuốc lá... Thẩm

quyền xử phạt những hành vi vi phạm này thuộc thanh tra y tế, quản lý thị trường, chính quyền các cấp...

Tuy nhiên, theo PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, ngành Y tế không mong xử phạt ai mà mong mọi người từng bước nâng cao nhận thức về tác hại của thuốc lá. Cộng đồng và các Bộ, ngành, cơ quan, đoàn thể hãy chung tay, sát cánh cùng ngành Y tế triển khai các điểm không hút thuốc, khu vực không hút thuốc, trường học không hút thuốc, cơ quan không hút thuốc... và một trong những biện pháp được đặt lên hàng đầu hiện nay là tập trung vào công tác tuyên truyền để người dân hiểu không hút thuốc lá và tham gia vào phòng chống tác hại của thuốc lá.

“Cấm quảng cáo, khuyến mại và tài trợ của các công ty thuốc lá”

Hưởng ứng Ngày Thế giới không thuốc lá năm 2013, Tổ chức Y tế thế giới chọn chủ đề “Cấm quảng cáo, khuyến mại và tài trợ của các công ty thuốc lá” nhằm mục đích giúp các nhà hoạch định chính sách và công chúng ở các quốc gia nhận biết được những chiến lược của ngành công nghiệp thuốc lá muốn mở rộng thị trường tiêu thụ, gia tăng tỷ lệ sử dụng thuốc lá, đặc biệt là trong thanh thiếu niên. Việc cấm quảng cáo, khuyến mại, tài trợ của các công ty thuốc lá cũng là một nội dung quan trọng

được quy định trong Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá.

Theo kết quả nghiên cứu “Thực trạng vi phạm quảng cáo, khuyến mại thuốc lá tại điểm bán lẻ” do Trường Đại học Y tế Công cộng thực hiện từ năm 2009 đến 2011 cho thấy, điểm bán là nơi tập trung các hoạt động quảng cáo và khuyến mại thuốc lá với hơn 90% điểm vi phạm quy định trưng bày quá một bao/một tút của một nhãn hiệu thuốc lá. Nhóm nghiên cứu khuyến nghị cần tăng cường quản lý kiểm tra các cửa hàng tạp hóa tại các thành phố lớn nhằm thắt chặt việc thực thi quy định cấm quảng cáo và khuyến mại thuốc lá.

Việc triển khai đồng bộ và toàn diện các quy định của Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá và Chiến lược quốc gia phòng chống tác hại thuốc lá sẽ góp phần giảm tỷ lệ sử dụng thuốc lá, hạn chế bệnh tật, tử vong do thuốc lá, đặc biệt góp phần thực hiện thành công sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Khẩu hiệu hưởng ứng Ngày Thế giới không thuốc lá 31/5/2013 và Tuần lễ Quốc gia không thuốc lá 25-31/5/2013:

- Hút thuốc lá là tự hại mình và đầu độc người xung quanh.

- Khói thuốc lá gây bệnh tật và tử vong.

- Khói thuốc lá là

nguyên nhân chính gây ung thư, nhồi máu cơ tim, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

- Mọi người đều có quyền sống trong môi trường không khói thuốc lá.

- Cán bộ, công chức, viên chức, người lao động thực hiện nghiêm quy định cấm hút thuốc lá tại nơi làm việc.

- Luật Phòng chống tác hại của thuốc lá nghiêm cấm hút thuốc lá tại bệnh viện, trường học, nơi làm việc.

- Luật Phòng chống tác hại của thuốc lá nghiêm cấm quảng cáo, khuyến mại, tiếp thị thuốc lá dưới mọi hình thức.

- Luật Phòng chống tác hại của thuốc lá cấm hút thuốc lá trong nhà tại trường đại học, cao đẳng, học viện.

- Luật Phòng chống tác hại của thuốc lá cấm hút thuốc lá trong nhà hàng, bến tàu, bến xe.

- Luật Phòng chống tác hại của thuốc lá cấm hút thuốc trên ô tô, tàu bay, tàu điện.

- Luật Phòng chống tác hại của thuốc lá nghiêm cấm bán thuốc lá cho người dưới 18 tuổi

Thực thi nghiêm Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá từ ngày 01/5/2013 ■

TRAO ĐỔI VỀ MÔ HÌNH TỔ CHỨC Y TẾ TUYẾN HUYỆN VÀ CƠ CHẾ QUẢN LÝ Y TẾ ĐỊA PHƯƠNG

Sau khi Tạp chí Nâng cao sức khỏe số 2 (tháng 10/2012) đăng bài: Bàn về mô hình tổ chức y tế tuyến huyện, số 3 (tháng 11/2012) đăng bài: Bàn về cơ chế quản lý y tế địa phương và số 4 (tháng 12/2012) đăng bài: Bàn về Phòng y tế và quản lý nhà nước về y tế trên địa bàn huyện, Ban Biên tập Tạp chí nhận được nhiều ý kiến của các độc giả trao đổi về vấn đề này. Để có cái nhìn tổng quát, đa chiều, giúp các cơ quan chức năng xây dựng và hoàn chỉnh văn bản, đồng thời để văn bản đi vào đời sống, Ban Biên tập tiếp tục đăng các ý kiến trao đổi của độc giả, đồng thời mong muốn nhận được nhiều ý kiến hơn nữa của độc giả đang công tác trong và ngoài ngành y tế.

*** Ý kiến thứ 12: CN. Nguyễn Thị Thanh Kim Huệ, cán bộ của Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Hà Giang: THỰC TIỄN Y TẾ HÀ GIANG TRẢI QUA BA MÔ HÌNH QUẢN LÝ Y TẾ TUYẾN HUYỆN**

Hà Giang là tỉnh miền núi cực Bắc của Tổ quốc với 22 dân tộc anh em, sống ở 2.047 thôn bản, 195 xã, phường (trong đó 34 xã biên giới với 277km đường biên giới), 11 huyện, thành phố. Dân số của Hà Giang là 762.265 người, sống trên địa bàn rộng gần 8.000km² (chiếm 2,39% diện tích tự nhiên cả nước) trong đó chủ yếu là đồi núi, dân cư ở rải rác, phong tục tập quán nhìn chung còn lạc hậu ảnh hưởng đến sức khỏe. Hà Giang vẫn còn lưu hành một số dịch bệnh như: não mô cầu, bệnh than, lỵ trực khuẩn, cúm A(H1N1)... và còn tiềm ẩn nguy cơ phát sinh

dịch bệnh mới. Trước thực tế đó, việc tổ chức một bộ máy y tế phù hợp, đủ năng lực quản lý và có trình độ chuyên môn tốt để giải quyết kịp thời các vấn đề sức khỏe cho đồng bào là một việc vô cùng cần thiết và cấp bách. Vì vậy, liên tục trong những năm gần đây, mô hình tổ chức y tế tuyến huyện có nhiều thay đổi, từ duy nhất một đơn vị (theo Nghị định 01) đến nhiều chỗ có 4 đơn vị (như hiện nay) đã làm nảy sinh những khó khăn, bất cập, thậm chí là chồng chéo trong thực hiện nhiệm vụ, đặc biệt tại các huyện, xã vùng sâu, vùng cao trong tỉnh.

Từ năm 2007, triển khai Thông tư liên tịch số 11 hướng dẫn thực hiện Nghị định 171 và Nghị định 172, Trung tâm Y tế huyện chia thành 3 đơn vị là Trung tâm Y tế Dự phòng huyện, Bệnh viện Đa khoa huyện (thuộc quản lý của Sở Y tế) và Phòng Y tế huyện (thuộc quản lý của UBND huyện). Thêm vào đó là việc thành lập mới Trung tâm Dân số - KHHGĐ huyện đã gây ra nhiều khó khăn, chồng chéo trong hoạt động chuyên môn. Theo BS. Phạm Đình Phẩm, Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Đồng Văn: “Toàn huyện có 17 trạm y tế và 2 phòng khám đa

khoa khu vực. Nhân lực của Trạm Y tế thì do Phòng Y tế quản lý, nhưng khi thực hiện Chương trình mục tiêu Y tế Quốc gia thì chịu sự quản lý, giám sát của Trung tâm Y tế Dự phòng huyện. Phòng Khám đa khoa khu vực lại chịu sự quản lý của Bệnh viện Đa khoa huyện, nhưng về công tác phòng chống dịch bệnh, triển khai Chương trình mục tiêu y tế quốc gia lại do Trung tâm Y tế Dự phòng huyện phân công. Sự phân chia đó tuy mang tính chất chuyên sâu cho từng lĩnh vực nhưng lại chồng chéo trong công tác tham mưu, thực hiện chức năng, nhiệm vụ, đặc biệt là phần đa đội ngũ bác sỹ có trình độ chuyên môn cao đều chuyển sang làm quản lý, dẫn đến tình trạng chậm trễ trong việc phòng chống dịch bệnh và xử lý các vấn đề y tế cấp bách xảy ra trên địa bàn huyện”.

Trên thực tế, sau 3 năm triển khai thực hiện mô hình Trạm Y tế xã, phường, thị trấn trực thuộc Phòng Y tế theo Thông tư liên tịch số 11, ngành Y tế Hà Giang đã có những thuận lợi nhất định như cơ sở vật chất, trang thiết bị dành cho tuyến huyện và xã được đầu tư; vai trò, trách nhiệm quản lý nhà nước về y tế của chính quyền cấp huyện, xã được quan tâm và phát huy; công tác chỉ đạo và phối hợp giữa các ban, ngành trong triển khai các chương trình y tế được kịp thời... Tuy nhiên, Hà Giang vốn đã thiếu bác sỹ về công tác tại cơ sở, thì sự “chia ba xẻ bảy” này đã dẫn đến việc điều

động gần hết các bác sỹ ở bộ phận chuyên môn sang giữ các vị trí quản lý dẫn đến sự mất cân bằng về nguồn nhân lực. Việc này còn ảnh hưởng đến chất lượng của đội ngũ cán bộ khi việc cứu người của bác sỹ bấy lâu nay đã được đặt vào hàng ngũ nhóm công việc cần giải quyết cấp bách, thì nay, thời gian bác sỹ đi họp đôi khi còn nhiều hơn thời gian giải quyết các vấn đề chuyên môn. Nhất là khi Sở Y tế muốn triển khai một vấn đề xuống cấp huyện thì phải mời tới 3, thậm chí là 4 lãnh đạo của 4 đơn vị y tế tuyến huyện đi họp. Điều đó làm cho bộ phận chuyên môn vốn được coi là trọng yếu thì càng thiếu bác sỹ hơn. Đó còn chưa kể đến việc bác sỹ lâu nay đang làm quen với công tác khám, chữa bệnh khi được đặt vào vị trí quản lý, kéo theo đó là sự thiếu kinh nghiệm, năng lực quản lý điều hành.

Đi kèm với sự chia tách là việc chồng chéo trong quản lý và chỉ đạo, đặc biệt là “đứa con chung” mang tên Trạm Y tế: về công tác chuyên môn, tuy Phòng Y tế quản lý nhưng khi có các yêu cầu kỹ thuật cao như cấp cứu, đưa đón bệnh nhân chuyển tuyến... thì phải phối hợp Bệnh viện Đa khoa huyện; trong công tác phòng chống dịch bệnh, khi triển khai các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia thì phải có sự hướng dẫn triển khai của Trung tâm Y tế Dự phòng huyện; còn khi triển khai các Chương trình sức khỏe sinh sản - Kế hoạch hóa

gia đình (KHHGĐ) tại xã thì phải có sự vào cuộc Trung tâm Dân số - KHHGĐ huyện. Trong khi đó, công tác quản lý, điều động nhân lực, lương, phụ cấp... thì lại do Phòng Y tế quản lý. Vì vậy, chỉ cần triển khai một công việc chuyên môn dù nhỏ nhất tới tuyến xã thì cũng cần tới cả 4 nhà quản lý họp bàn, phân công trách nhiệm... gây bất cập trong khâu điều hành, nhất là khi giải quyết các vấn đề sức khỏe mang tính cấp bách.

Năm 2010, sự chuyển đổi mô hình quản lý y tế tuyến huyện theo Thông tư liên tịch số 03 hướng dẫn thực hiện Nghị định số 13 và Nghị định số 14 của Chính phủ, đã giúp công tác y tế của Hà Giang bớt rối hơn trong khâu quản lý, nhưng vẫn còn một số vấn đề tồn tại như thiếu kinh nghiệm trong quản lý, non về chuyên môn nghiệp vụ đã dẫn đến tình trạng hoạt động tham mưu của Phòng Y tế còn hạn chế, chưa hiệu quả; bộ máy y tế tuyến huyện với 4 đơn vị đầu mối làm cho cán cân vẫn nghiêng về phía số bác sỹ làm công tác quản lý nhiều hơn bác sỹ hoạt động chuyên môn đơn thuần. Bên cạnh đó, áp lực chịu sự quản lý dành cho “đứa con chung” Trạm Y tế so với mô hình trước cũng không thực sự giảm là mấy: khám chữa bệnh, chuyển tuyến điều trị vẫn tuân thủ theo quy định của Bệnh viện Đa khoa huyện; công tác phòng dịch, triển khai Chương trình mục tiêu y tế quốc gia vẫn do Trung tâm Y tế huyện

phụ trách; công tác dân số - KHHGĐ vẫn do Trung tâm Dân số - KHHGĐ huyện quản lý; mạng lưới nhân viên y tế thôn bản do Trạm Y tế quản lý và giao việc, còn chi trả phụ cấp và tuyển dụng nhân lực vẫn thuộc về UBND xã.

Là một bác sỹ có hơn hai chục năm công tác và đã từng trải qua công tác quản lý ở các cấp, từ Trạm Y tế xã đến Trung tâm Y tế huyện, BS. Đặng Phúc Diệp, Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Bắc Quang chia sẻ: Trước đây, khi chưa tách thành 3 đơn vị, tất cả mọi hoạt động thuộc lĩnh vực y tế của tuyến huyện và cơ sở điều tập trung ở Trung tâm Y tế huyện nên việc điều động cán bộ rất thuận tiện. Khi thực hiện Thông tư 11, Thông tư 03, y tế tuyến huyện chia thành 3 đơn vị. Về lĩnh vực quản lý y tế tuyến huyện, Thông tư 03 giúp cho công tác quản lý, phân công điều động mạng lưới thuận tiện, dễ dàng hơn Thông tư 11. Nhưng về công tác tổ chức, cách làm này vẫn làm phân tán lực lượng, giảm đội ngũ thầy thuốc có chuyên môn cao ở các bộ phận chuyên môn, tăng số lượng ở vị trí lãnh đạo, trong khi đội ngũ bác sỹ đang rất thiếu. Về hoạt động chuyên môn, đối với Phòng Y tế, để

thực hiện chức năng tham mưu cho Chủ tịch UBND huyện quản lý nhà nước về y tế phải có từ 1 - 2 bác sỹ giỏi, nhưng thực tế chưa phát huy rõ điều này; bệnh viện huyện thực hiện chức năng điều trị thì phải có nhiệm vụ chỉ đạo tuyến về khám chữa bệnh và hỗ trợ chuyên môn cho tuyến xã, nhưng cả 2 Thông tư đều không trao quyền này cho bệnh viện huyện; còn Trung tâm Y tế huyện thực hiện các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia, dự phòng và quản lý y tế tuyến cơ sở nhưng không có quyền tuyển dụng và chi trả phụ cấp cho nhân viên y tế thôn bản...

Thực tế, sau hai lần chuyển đổi theo Thông tư 11 và Thông tư 03, mô hình quản lý y tế tuyến huyện vẫn đặt công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân tại Hà Giang trước nhiều khó khăn, thách thức. Vì vậy, để công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho nhân dân được thống nhất và mang tính ổn định, phù hợp với địa phương, tổng hợp ý kiến của các nhà quản lý cho thấy: Nên quay lại mô hình Trung tâm Y tế huyện như trước đây (theo Nghị định 01), để tập trung về một đầu mối, có đủ thẩm quyền về quản lý nhân lực, nguồn lực, đặc biệt trong

giai đoạn đang thiếu cán bộ y tế trầm trọng như hiện nay là phù hợp hơn cả. Bởi mô hình một Trung tâm Y tế ở tuyến huyện sẽ làm cho công việc của đội ngũ bác sỹ toàn diện hơn, vừa thực hiện công tác lâm sàng, vừa tổ chức tuyên truyền phòng bệnh cho cộng đồng. Hoặc là xây dựng mô hình bao gồm Phòng Y tế và Trung tâm Y tế huyện. Trong đó, để nguyên Phòng Y tế với chức năng nhiệm vụ như hiện nay, nhưng cán bộ làm công tác quản lý phải hội tụ đủ năng lực và trình độ chuyên môn để làm tốt công tác tham mưu cho Chủ tịch UBND huyện thực hiện chức năng quản lý nhà nước về y tế trên địa bàn toàn huyện. Còn Bệnh viện và Trung tâm Dân số - KHHGĐ nên sáp nhập vào Trung tâm Y tế huyện. Không thành lập mới Trung tâm An toàn vệ sinh thực phẩm huyện mà nâng cấp, xây dựng hoàn thiện Khoa An toàn vệ sinh thực phẩm thuộc Trung tâm Y tế huyện như hiện nay. Đồng thời, trao trọn quyền cho ngành Y tế trong việc quản lý chuyên môn, nhân lực cho đến chi trả lương, phụ cấp cho cán bộ đang phục vụ trong ngành để đảm bảo tính thống nhất trong chỉ đạo điều hành ■

Ban Biên tập Tạp chí Nâng cao sức khỏe trân trọng cảm ơn cộng tác viên Nguyễn Thị Thanh Kim Huệ và mong tiếp tục nhận được ý kiến phản hồi, trao đổi của các độc giả!

Ban biên tập

Thực hiện tiêu chí y tế sửa đổi nâng tỷ lệ người dân tham gia bảo hiểm y tế từ 20% lên 70% theo Quyết định 342/QĐ-TTg ngày 20/02/2013 của Thủ tướng Chính phủ về sửa đổi một số tiêu chí của Bộ tiêu chí quốc gia về Nông thôn mới. Tỉnh Vĩnh Long đang tăng cường chỉ đạo các đơn vị y tế nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và vận động người dân tích cực tham gia bảo hiểm y tế.

Theo báo cáo của Ủy ban Nhân dân tỉnh Vĩnh Long, đến

điện tim, thiết bị xét nghiệm máu... góp phần chẩn đoán và điều trị bệnh tốt hơn, làm cho người dân thấy được hiệu quả chăm sóc của y tế cơ sở để tham gia bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, tỷ lệ người dân trong xã tham gia bảo hiểm y tế vẫn còn thấp, mới đạt gần 52%.

Để thực hiện tiêu chí ý tế sửa đổi, Bà Nguyễn Thị Đông, Chủ tịch Ủy ban Nhân dân xã Long An cho biết, Đảng ủy, Ủy ban nhân dân xã đã chỉ đạo cho các tổ chức đoàn thể tuyên truyền, vận động các hộ dân

chỉ đạo bảo hiểm y tế huyện đã có hướng chỉ đạo phải nâng cao chất lượng và tỷ lệ dân tham gia bảo hiểm y tế cao hơn mà cụ thể năm 2013 này phải đạt trên 75%. Để thực hiện được, chúng tôi tiến hành thực hiện khảo sát điều tra, xác định đối tượng cho cụ thể. Trên cơ sở đó hoạch định kế hoạch và chương trình thực hiện công tác vận động cho bảo hiểm y tế toàn dân. Mặt khác, vận động các mạnh thường quân, các doanh nghiệp trong địa bàn, hỗ trợ bảo hiểm cho các hộ cận

VĨNH LONG - PHẤN ĐẤU TRÊN

70% NGƯỜI DÂN THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

LÊ TRANG

cuối năm 2012, toàn tỉnh có 66/89 xã vùng nông thôn hoàn thành tiêu chí y tế. Tuy nhiên, nếu áp dụng theo quy định mới thì số lượng xã vùng nông thôn trong tỉnh hoàn thành tiêu chí về y tế sẽ giảm đáng kể.

BS. Lê Thị Bảy, Trưởng Trạm Y tế xã Long An, huyện Long Hồ cho biết, ngoài việc bố trí đủ biên chế, các y, bác sĩ của Trạm luôn phấn đấu, học hỏi chuyên môn, sử dụng thành thạo các trang thiết bị, máy móc như: máy siêu âm, máy đo

để họ thấy được lợi ích và ý nghĩa của việc mua bảo hiểm y tế và tích cực tham gia. Giao cho các ấp, rà soát lại các hộ như hộ cận nghèo, các em sinh viên học sinh cũng như các hộ làm ở công ty, xí nghiệp...

Trên cơ sở đó, phân công cho các đại lý đến từng hộ gia đình vận động các hộ này có điều kiện tham gia tốt bảo hiểm y tế.

Ông Nguyễn Xuân Hồng, Bí thư Đảng ủy xã Tân Long, huyện Mang Thít cho biết, Ban

nghèo... góp phần cùng địa phương nâng cao bảo hiểm y tế cho hộ cận nghèo.

Vận động người dân tích cực tham gia bảo hiểm y tế không chỉ giúp các địa phương sớm hoàn thành tiêu chí y tế trong xây dựng nông thôn mới mà còn nhằm huy động sự đóng góp của cộng đồng, cùng nhau chia sẻ gánh nặng về tài chính cho người không may bị ốm đau, góp phần thực hiện tốt đề án thực hiện lộ trình tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân ■

PHÚ YÊN: PHÁT ĐỘNG TUYÊN TRUYỀN NGÀY THẾ GIỚI PHÒNG CHỐNG SỐT RÉT 25/4

Hưởng ứng Ngày thế giới phòng chống sốt rét (25/4), Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn phối hợp với Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương và Sở Y tế tỉnh Phú Yên tổ chức Lễ phát động tuyên truyền Ngày thế giới phòng chống sốt rét khu vực miền Trung Tây nguyên tại huyện Sông Hinh, tỉnh Phú Yên.

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, mỗi năm bệnh sốt rét giết chết 660,000 người, chủ yếu là trẻ em dưới 5 tuổi ở các vùng cận Sahara và Châu phi, gây bệnh cho khoảng 220 triệu người. Trong 10 năm qua, Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu trong hoạt động phòng chống sốt rét, giảm 80% số ca mắc và chết do sốt rét. Tuy nhiên, đến năm 2012, Việt Nam vẫn còn hơn 20 triệu người sống trong vùng sốt rét lưu hành, chiếm 22,5% dân số toàn quốc. Khu vực miền Trung Tây Nguyên là nơi chịu ảnh hưởng nặng nề nhất của bệnh sốt rét. Năm 2012, 7/8 trường hợp tử vong do sốt rét đều xảy ra tại khu vực miền Trung Tây Nguyên. Riêng tại Phú Yên (được Bộ Y tế coi là vùng trọng điểm của khu vực về bệnh sốt rét), năm 2012, số bệnh nhân sốt rét tăng 33,1%, bệnh nhân sốt rét ác tính tăng 75%, tỷ lệ ký sinh trùng sốt rét tăng 60,7%, số ca tử vong do sốt rét cao nhất trong cả nước 3 ca (chiếm 37,5%) và 8/9 huyện Phú Yên có sự gia tăng về bệnh sốt rét, trong đó huyện Sông Hinh tăng cao nhất 77%.

Với chủ đề Ngày thế giới phòng chống sốt rét 25/4 “Đầu tư cho tương lai, đánh bại sốt rét”, đại diện Tổ chức Y tế thế giới, UBND tỉnh Phú Yên, Bộ Y tế và các Sở ban ngành của tỉnh đã cam kết mạnh mẽ trong việc đầu tư và triển khai nhiều hoạt động ưu tiên trong Chương trình phòng chống sốt rét.

Sau Lễ phát động, có khoảng 100 đoàn viên thanh niên huyện Sông Hinh và các ban ngành đoàn thể thực hiện truyền thông lưu động kêu gọi người dân tích cực tham gia các hoạt động phòng chống sốt rét tại các trục đường chính của huyện Sông Hinh ■

THÁI BÌNH: TRIỂN KHAI KẾ HOẠCH PHÒNG CHỐNG DỊCH CÚM A(H7N9)

Để chủ động phòng chống và ngăn chặn dịch cúm A(H7N9), Sở Y tế tổ chức Hội nghị Triển khai kế hoạch phòng chống dịch cúm A(H7N9) tới các đơn vị y tế trong tỉnh.

Theo đó, kế hoạch phòng chống dịch do Sở Y tế triển khai đã đặt ra 4 tình huống (khi chưa có ca mắc cúm A(H7N9); khi có các trường hợp nhiễm cúm A(H7N9) nhưng chưa phát hiện lây từ người sang người; khi phát hiện có các trường hợp nhiễm cúm A(H7N9) lây từ người sang người nhưng ở phạm vi đơn lẻ; khi dịch bùng phát ra cộng đồng) với các giải pháp phòng chống dịch trong từng tình huống cụ thể.

Phát biểu chỉ đạo, đồng chí Cao Thị Hải, Tỉnh ủy viên, Phó Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh cho rằng, mặc dù chưa có trường hợp mắc viêm đường hô hấp cấp do cúm A(H7N9). Song theo nhận định, nguy cơ lây nhiễm cúm A(H7N9) và bùng phát thành dịch là khó tránh khỏi. Sở yêu cầu các đơn vị trong ngành y tế chủ động tăng cường phối hợp với các cơ quan thông tin đại chúng, các ngành liên quan đẩy mạnh tuyên truyền, huy động sự tham gia của nhân dân, tránh tư tưởng chủ quan, thờ ơ với công tác phòng chống dịch. Bên cạnh đó, các địa phương, đơn vị cần kiện toàn mạng lưới phòng chống dịch, đặc biệt quan tâm thực hiện nâng cao kỹ năng giám sát dịch, phát hiện ca bệnh ngay tại tuyến cơ sở, tăng cường công tác tổ chức kiểm tra, giám sát dịch cúm A trên gia cầm nhằm ngăn chặn nguồn lây sang người ■

(THÚY LIỄU)

LAI CHÂU: TRIỂN KHAI MÔ HÌNH CÔ ĐỠ THÔN BẢN

Theo số liệu từ Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản tỉnh Lai Châu, hiện nay tỷ lệ chết mẹ khi sinh là 90/100.000 ca. Nguyên nhân là do người dân chưa nhận thức được mức độ nguy hiểm khi sinh nên không đến các cơ sở y tế để sinh, mà chủ yếu là sinh tại nhà. Để khắc phục tình trạng này, Sở Y tế tỉnh Lai Châu đã triển khai mô hình bồi dưỡng nghiệp vụ cho các cô đỡ thôn bản là những bà đỡ dân gian, bà mụ ở các bản. Dự kiến, trong năm 2013, Lai Châu sẽ tổ chức các lớp bồi dưỡng nghiệp vụ sản khoa cho 50 cô đỡ và cung cấp các gói đẻ sạch cho thôn, bản.

Ông Lê Phú Hiếu, Phó Giám đốc Sở Y tế tỉnh Lai Châu cho biết: hằng năm tỉnh sẽ đưa vào nguồn kinh phí thường xuyên để tiếp tục đào tạo số lượng nhân viên y tế thôn bản, phấn đấu đạt được khoảng 50% số bản trong tỉnh có cô đỡ thôn bản, đặc biệt là những thôn bản vùng sâu, vùng xa. Nhiệm vụ của các cô đỡ ở thôn bản trước hết là tập trung tuyên truyền cho người dân sớm đến với trạm y tế xã, còn trong tình huống phải sinh con tại nhà thì các cô đỡ đã có kiến thức về y tế có thể xử lý được tình huống ■

(NGUYỄN HIỀN)

CẦN THƠ: KHÁM BỆNH, PHÁT THUỐC MIỄN PHÍ TẠI VĨNH THẠNH

Vừa qua, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Công ty Cổ phần Dược Hậu Giang tổ chức buổi khám bệnh, phát thuốc miễn phí cho người nghèo, cận nghèo và gia đình chính sách tại xã Thạnh Lộc, huyện Vĩnh Thạnh, thành phố Cần Thơ.

Hơn 500 cơ sở thuốc đã được cấp phát miễn phí. Anh Lê Thanh Tứ Hải, Phó Chủ tịch xã Thạnh Lộc cho biết, toàn xã hiện có hơn 3.000 hộ gia đình với 383 hộ nghèo, 280 hộ cận nghèo và 40 gia đình chính sách. Do vậy, công tác khám chữa bệnh cấp phát thuốc miễn phí lần này là việc làm có ý nghĩa rất lớn, giúp các hộ nghèo giảm được chi phí khám chữa bệnh và có điều kiện chăm sóc sức khỏe ■

(LAN ANH)

ĐỒNG NAI: TỔNG KẾT 10 NĂM Củng cố MẠNG LƯỚI Y TẾ CƠ SỞ

Thực hiện Chỉ thị 06 của Ban Bí thư Trung ương Đảng - khóa 9 về “Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở”, vừa qua, Tỉnh ủy, Hội đồng nhân dân tỉnh Đồng Nai tổ chức Hội nghị tổng kết 10 năm.

Qua 10 năm thực hiện Chỉ thị 06 của Ban Bí thư Trung ương Đảng và Chỉ thị 11 của Tỉnh ủy Đồng Nai, nhận thức về vai trò của y tế cơ sở và trách nhiệm lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy đảng, chính quyền ở Đồng Nai đã có những chuyển biến tích cực. Từ đó, tăng cường cơ sở vật chất, cán bộ cho y tế cơ sở, nhất là trạm y tế tuyến xã. Đặc biệt trong giai đoạn 2002 - 2011, tỉnh đã đầu tư cho tuyến y tế cơ sở 1.100 tỷ đồng. Đến nay, tất cả 171 trạm y tế xã, phường của Đồng Nai đều có bác sỹ, góp phần đưa dịch vụ y tế đến gần dân hơn, giảm tải cho tuyến trên và góp phần khống chế các loại dịch bệnh.

Để thực hiện thắng lợi Chỉ thị 06 của Ban Bí thư Trung ương Đảng và Chỉ thị 11 của Tỉnh ủy Đồng Nai, dự kiến từ nay đến năm 2015, Đồng Nai sẽ phấn đấu đạt mục tiêu 26 giường bệnh và 8 bác sỹ/1 vạn dân. Tập trung mở rộng mạng lưới y tế, đẩy mạnh thực hiện các chính sách về đào tạo tuyển dụng, đãi ngộ cán bộ y tế và đẩy mạnh công tác xã hội hóa trong lĩnh vực y tế ■

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH CÚM A(H5N1) CỦA NGƯỜI DÂN XÃ HÀ VỊ, HUYỆN BẠCH THÔNG, TỈNH BẮC KẠN NĂM 2012

Chủ nhiệm đề tài: **BSC.KII. TẠC VĂN NAM**
Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Kạn

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cúm là một căn bệnh truyền nhiễm cấp tính, có thể bùng phát thành đại dịch gây nguy hiểm cho loài người. Việt Nam là nước có tỷ lệ nhiễm cúm A(H5N1) cao ở gia cầm và cũng có số trường hợp lây truyền từ gia cầm sang người cao so với các quốc gia khác trên thế giới. Tại Bắc Kạn, vào tháng 3/2010, tại xã Như Cố, huyện Chợ Mới đã xảy ra một vụ dịch cúm A(H5N1) ở cả trên gia cầm và trên người trong đó có 02 ca dương tính với vi rút H5N1, một ca phải điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Tháng 10/2011, tại xã Cường Lợi, huyện Na Rì có một trường hợp tử vong do cúm A(H5N1). Những bệnh nhân này đều có yếu tố dịch tễ liên quan tới việc tiếp xúc trực tiếp với gia cầm ốm, chết. Cho đến tháng 11/2011, trên địa bàn tỉnh Bắc Kạn vẫn chưa có một nghiên cứu đánh giá về hành vi của người dân về phòng chống bệnh cúm A(H5N1), nên chúng tôi chọn xã Hà Vị, huyện Bạch Thông là địa điểm để tiến hành nghiên cứu. Câu hỏi đặt ra ở đây là: Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh cúm A(H5N1) của người dân xã Hà Vị, huyện Bạch Thông ra sao? Yếu tố nào ảnh hưởng tới hành vi này?... Các câu hỏi này cần có câu trả lời và đó chính là cơ sở để chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng bệnh cúm A(H5N1) của người dân xã Hà Vị, huyện Bạch Thông, tỉnh Bắc Kạn năm 2012”.

Đề tài nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu:

Một là, mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh cúm A(H5N1) của người dân xã Hà Vị, huyện Bạch Thông năm

2012.

Hai là, xác định một số yếu tố liên quan, ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ và thực hành của người dân trong phòng chống bệnh cúm A(H5N1).

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: chủ hộ trong các hộ gia đình (từ 18 tuổi trở lên) đang sinh sống tại địa phương có nuôi gia cầm, thủy cầm; đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có khả năng khai thác thông tin điều tra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

$$\text{Cỡ mẫu nghiên cứu: } n = \left[Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{pq}{d^2} \right]$$

Z: khoảng tin cậy 95% là 1,96; p: = 0,5 (tính giá trị cao nhất); q =(1-p) = 0,5; d = sai số tối đa 5% = 0,05.

Thay vào các trị số ta có: $n = 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5) / 0,05^2 = 384$.

Với công thức trên, cỡ mẫu được tính là 384, làm tròn là n=400. Như vậy số đối tượng cần điều tra là: 400 chủ hộ.

Phân loại và chấm điểm kiến thức, thái độ và thực hành: chia ra 3 mức độ tốt, trung bình, chưa tốt. Tốt là trả lời (hoặc thực hiện) đúng lớn hơn hoặc bằng 70% tổng số câu hỏi trở lên; Trung bình là trả lời (hoặc thực hiện) đúng từ 50% đến <70% tổng số câu hỏi; Chưa tốt là trả lời (hoặc thực hiện) đúng <50% tổng số câu hỏi hoặc không trả lời được.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của người dân đối với bệnh cúm A(H5N1).

- Kiến thức: 80% đối tượng nghiên cứu biết nguồn lây cúm gia cầm là từ gia cầm; 79% biết bệnh cúm gia cầm lây qua đường hô hấp; 75% biết biểu hiện bệnh cúm gia cầm; 71% biết bệnh cúm gia cầm là do vi rút gây ra.

- Thái độ: 73% đối tượng nghiên cứu đồng ý cúm gia cầm là bệnh rất nguy hiểm; 70% người dân cho là cần thiết phải phòng bệnh cúm gia cầm và 88% người dân đồng ý khi bị bệnh cúm gia cầm cần đưa ngay đến cơ sở y tế gần nhất.

- Thực hành: 78% đối tượng nghiên cứu thực hiện giữ nguồn nước, vệ sinh sạch sẽ; 72% thường xuyên tẩy uế chuồng trại gia cầm; 68% cho rằng phải đeo khẩu trang và các phương tiện bảo hộ khi tiếp xúc với gia cầm ốm, chết và rửa tay sạch sẽ bằng xà phòng; 32% tỷ lệ cho rằng cần tiêm vắc xin phòng bệnh cúm cho gia cầm.

Đánh giá chấm điểm mức độ tốt, trung bình và chưa tốt về kiến thức, thái độ và thực hành của người dân trong phòng, chống bệnh cúm A(H5N1) cho thấy: tỷ lệ người dân có kiến thức mức độ tốt (58%) cao hơn thái độ (52%) và thực hành (48%). Trong khi đó, thực hành ở mức độ chưa tốt (36%) lại chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả nghiên cứu hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Phạm Quang Thái tại Đồng Hỷ, Thái Nguyên và kết quả nghiên cứu thực trạng nhận thức, thái độ, thực hành của người dân trong việc dự phòng cúm A(H5N1) tại 3 xã, phường thuộc tỉnh Thái Bình, do nhóm sinh viên Trường Đại học Y Thái Bình thực hiện năm 2007.

3.2. Xác định một số yếu tố ảnh hưởng tới kiến thức và mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và thực hành của người dân trong phòng bệnh cúm A(H5N1).

Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi phòng bệnh cúm A(H5N1), chúng tôi thấy:

- Kiến thức có ảnh hưởng rõ rệt đến việc thực hành các biện pháp phòng chống cúm A(H5N1) của người dân. Người dân có kiến thức tốt thì thực hành việc phòng chống cúm A(H5N1) cũng tốt hơn và ngược lại (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

- Thái độ có ảnh hưởng đến hành vi thực

hành phòng bệnh cúm A(H5N1) ở người dân.

Người dân có thái độ tốt thì việc thực hành phòng chống cúm A(H5N1) cũng tốt hơn và ngược lại (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$).

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa nghề nghiệp; trình độ học vấn; phương tiện truyền thông tại các hộ gia đình đến kiến thức phòng bệnh cúm A(H5N1) của người dân (sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$).

Về mối liên quan giữa thái độ và thực hành về dự phòng cúm A(H5N1), chúng tôi cũng nhận thấy có mối liên quan giữa thái độ về vệ sinh môi trường của người dân với mức độ thực hành vệ sinh môi trường của họ. Người dân có thái độ tốt đã thực hành tốt. Điều này phù hợp với nhận định trong các loại tài liệu về khoa học hành vi giáo dục sức khỏe. Trong 4 yếu tố cấu thành hành vi sức khỏe gồm có 3 yếu tố quyết định đó là (kiến thức, thái độ và thực hành). Mục đích và quan trọng nhất trong truyền thông giáo dục sức khỏe là phải giúp người dân hướng tới việc thực hành hành vi có lợi, chứ không đơn thuần là chỉ nâng cao kiến thức hay thái độ. Vì có kiến thức tốt thì vẫn cần phải có thái độ tốt và chỉ như vậy thì mới tiến hành thực hành tốt những hành vi có lợi nói chung và những hành vi phòng bệnh cúm A(H5N1) nói riêng.

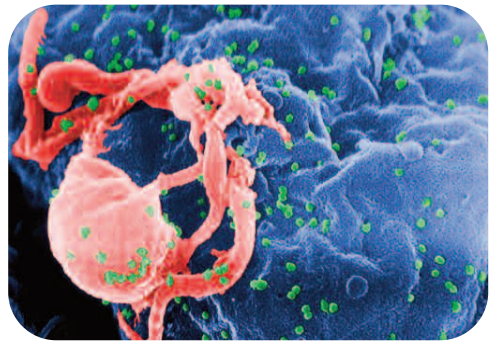
4. KIẾN NGHỊ

- Ngành Y tế cần có sự quan tâm đầu tư về nguồn lực để nâng cao đồng bộ kiến thức, thái độ và luôn hướng tới việc thực hành. Không nên chỉ dừng lại việc nâng cao kiến thức, thái độ mà thiếu quan tâm tới việc quan trọng nhất là người dân phải thực hành làm theo những khuyến cáo trong phòng chống cúm A(H5N1) cả trên gia cầm và phòng lây sang người.

- Xây dựng mô hình điểm về thực hành phòng chống cúm A(H5N1) tại các hộ gia đình của một số thôn bản, sau đó nhân rộng. Đồng thời, có những nghiên cứu khoa học can thiệp sâu, đánh giá hiệu quả trước - sau can thiệp về sự thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của người dân, trong đó có đánh giá nghiên cứu cả về định tính và định lượng ■

MEXICO PHÁT HIỆN ĐỘC TỐ GIÚP CẢI THIỆN SỰ MIỄN DỊCH VỚI HIV

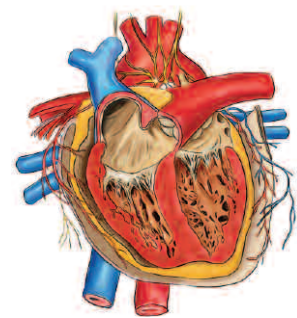
Mới đây, Tiến sĩ sinh học Leticia Moreno Fierros thuộc trường Đại học Tự trị Quốc gia (UNAM) cho biết, một nhóm các nhà nghiên cứu khoa học Mexico vừa phát hiện ra độc tố Cry1Ac của loài vi trùng *Bacillus thuringiensis* có thể cải thiện khả năng miễn dịch của cơ thể đối với một số virus gây bệnh nguy hiểm như HIV, viêm gan B và các bệnh ký sinh trùng. Theo Tiến sĩ Leticia Moreno Fierros, màng nhầy là con đường chính để các tác nhân gây bệnh thâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp, đường ruột và đường sinh dục tiết niệu. Mặt khác, màng nhầy lại có nhiều tế bào thuộc hệ miễn dịch, trong đó có tế bào thượng bì. Quá trình tiến hành thí nghiệm, các nhà nghiên cứu đã tiêu chuẩn hóa phương pháp tách tế bào bạch huyết có trong màng nhầy và trên cơ sở này, họ có thể tiến tới việc thử nghiệm để cải thiện vắc xin hiện hành. Ngoài ra, nhóm nghiên cứu đang cố gắng tìm ra cơ chế hoạt động của độc tố Cry1Ac trong các tế bào miễn dịch. Thông báo này mở ra một hướng mới cho công tác nghiên cứu nhằm tăng cường khả năng phòng bệnh của một số vắc xin đặc hiệu cho những bệnh trên.



Ngoài công tác đào tạo, UNAM còn là một trung tâm nghiên cứu đa ngành, trong đó có trung tâm nghiên cứu sinh học, có uy tín cao không chỉ tại Mexico mà trên toàn khu vực Mỹ Latinh và trên thế giới ■

PHÁT HIỆN SUY TIM QUA HƠI THỞ

41 bệnh nhân nhập Bệnh viện Cleveland đã được các nhà khoa học Mỹ tiến hành phân tích hơi thở bằng công nghệ đo phổ vật chất trong 24 giờ. Xét nghiệm này được thực hiện với mục đích tìm kiếm những hợp chất đặc trưng của bệnh suy tim. Kết quả xét nghiệm cho thấy, trong số 41 bệnh nhân, có 25 người được chẩn đoán là suy tim và 16 người đã có bệnh tim nhưng chưa xuất hiện triệu chứng. Như vậy, hầu hết các bệnh nhân đều bị suy tim, trong khi đó những bệnh nhân có vấn đề tim mạch nhưng chưa bị suy tim thì cho kết quả âm tính. Với những thành công ban đầu, các nhà khoa học hy vọng sẽ sớm có thêm một xét nghiệm không xâm lấn để chẩn đoán bệnh suy tim một cách đơn giản và nhanh chóng ■



HƯỚNG ĐI MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ SUY TIM MÃN

Mới đây, các nhà khoa học Đức đã đưa ra một thử nghiệm, có hy vọng sẽ mở ra một hướng mới trong việc điều trị cho bệnh nhân bị suy tim mãn tính là dùng sóng siêu âm liều cao áp lên tim qua thành ngực trước khi tiêm tế bào tủy một ngày. Việc tiêm tế bào tủy xương vào tim giúp phục hồi tổn thương cơ tim trong trường hợp nhồi máu cơ tim đã cho thấy thành công bước đầu, tuy nhiên trong trường hợp suy tim mãn tính thì không hiệu quả. Mục đích của sóng siêu âm là kích thích tế bào cơ tim tiết ra các chất hóa học nhằm thu hút nhiều tế bào tủy xương đến vùng cơ tim bị hư hại. Kết quả bước đầu sau bốn tháng theo dõi cho thấy việc kết hợp sóng siêu âm liều cao với tiêm tế bào tủy đã giúp cải thiện khả năng co bóp của tim so với trước ■

SINGAPORE TĂNG CƯỜNG CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG CHỐNG CÚM GIA CẦM

Bắt đầu từ ngày 20/4, Bộ Y tế Singapore tiến hành biện pháp tuyên truyền bệnh cúm A(H7N9) bằng việc dán các tờ quảng cáo, phát tờ rơi khuyến cáo về bệnh cúm gia cầm và bệnh viêm đường hô hấp cấp tại các sân bay của đất nước này. Tại mỗi sân bay, hành khách từ các khu vực nhiễm bệnh ở Trung Quốc và Trung Đông được hướng dẫn làm các thủ tục khai báo về tình trạng sức khỏe và được khuyến cáo cần phải đến cơ sở y tế gần nhất và sớm nhất có thể nếu thấy xuất hiện triệu chứng của bệnh cúm như sốt và ho. Công dân Singapore trở về từ Trung Quốc, đặc biệt là từ các “điểm nóng” cúm A(H7N9) như ở An Huy, Bắc Kinh, Thượng Hải... phải thông báo với bác sĩ về tình trạng sức khỏe của mình. Các biện pháp tương tự cũng được tiến hành với hành khách từ Jordan, Ảrập Xêút, Qatar và Các Tiểu vương quốc Ảrập Thống nhất - nơi đã có ca mắc bệnh viêm đường hô hấp cấp tính do vi rút Corona. Đây là biện pháp phòng vệ của Singapore trước tình trạng số ca nhiễm vi rút cúm A(H7N9) tại Trung Quốc ngày càng tăng. Theo thống kê của Bộ Y tế Singapore, đến ngày 19/4, Singapore chưa phát hiện trường hợp nhiễm cúm gia cầm nào ở người cũng như ở gia cầm. Bốn người Singapore bị bệnh về đường hô hấp sau khi trở về từ Trung Quốc đang được theo dõi chặt chẽ dù xét nghiệm cho thấy cả bốn người đều âm tính với vi rút cúm A(H7N9)■

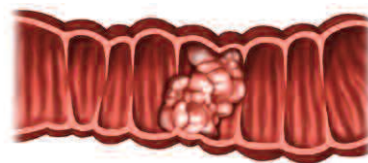
CUNG CẤP ĐỦ LƯỢNG CHẤT XƠ GIÚP GIẢM NGUY CƠ ĐỘT QUỴ

Các nhà khoa học tại Đại học Leeds (Anh) cho biết, một khẩu phần mì ống (mì sợi) cùng hai khẩu phần trái cây hoặc rau củ giúp cung cấp khoảng 7 gr chất xơ. Và cứ 7 gr chất xơ nạp thêm vào cơ thể mỗi ngày có thể giúp giảm 7% nguy cơ bị đột quỵ. Tiến sĩ Diane Threapleton cho rằng nạp nhiều hơn các loại thực phẩm giàu chất xơ - như ngũ cốc nguyên hạt, trái cây, rau củ và các loại hạt - rất quan trọng đối với tất cả mọi người và đặc biệt là đối với những người dễ có nguy cơ bị đột quỵ như thừa cân, hút thuốc lá và có huyết áp cao ■



HÚT THUỐC LÁ TÁI PHÁT UNG THƯ ĐẠI TRÀNG NHANH

Trung tâm Nghiên cứu ung thư Seattle, Hoa Kỳ mới đây đã công bố 1 nghiên cứu khẳng định thêm một tác hại nữa của thuốc lá đó là những người hút thuốc lá có nguy cơ tái phát ung thư đại tràng nhanh hơn sau khi điều trị. Nhóm nghiên cứu đã theo dõi trên 1.968 bệnh nhân bị ung thư đại tràng (ruột già) được phẫu thuật và hóa trị đúng phác đồ với thời gian theo dõi trung bình ba năm rưỡi. Kết quả cho thấy ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá sau khi điều trị, ung thư đại tràng tái phát nhanh hơn hẳn so với nhóm bệnh nhân không hút thuốc. Tương tự, cùng phác đồ phẫu thuật và hóa trị liệu như nhau, nhưng ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá, tỷ lệ tử vong do ung thư đại tràng xâm lấn cao hơn nhóm bệnh nhân không hút thuốc 1,23 lần và nếu bệnh nhân có mang thêm gen KRAS bị đột biến thì con số này sẽ là 1,5 lần. Gen KRAS hiện diện ở các tế bào để sản xuất một loại protein giúp truyền các tín hiệu trong các tế bào của cơ thể chúng ta ■



TRƯỜNG TRUNG CẤP Y TẾ AN KHÁNH

THÔNG BÁO TUYỂN SINH

NĂM HỌC 2013 - 2014

Mã số: 0139

Trường đào tạo nhiều mã ngành thuộc ngành Y tế, uy tín, chất lượng. Đội ngũ cán bộ quản lý, cán bộ giảng dạy tâm huyết và giàu kinh nghiệm đã nhiều năm giảng dạy trong các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp chuyên nghiệp. Nhà trường đã hợp tác đào tạo với các trường trên thế giới như Đại học Francisco Hoa Kỳ, Đài Loan, đang xúc tiến đào tạo với Nhật Bản và một số nước trong khu vực.

Chương trình đào tạo thời gian hai năm và chuyển đổi một năm hệ chính quy (cấp bằng tốt nghiệp TCCN); Định hướng 06 tháng; Chuyển đổi 03 tháng (cấp chứng chỉ). Bằng và chứng chỉ do Bộ Giáo dục và Đào tạo phát hành.

Cơ sở thực tập tại: Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Nhi TW, Bệnh viện E, Viện Bỏng Quốc gia, Viện Sốt rét Ký sinh trùng- Côn trùng TW, Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW, Bệnh viện Mắt TW, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội...

I. Đối tượng tuyển sinh năm học 2013 - 2014:

1. Hệ chính quy gồm các ngành: Điều dưỡng, Kỹ thuật xét nghiệm, Y sỹ, Dược sỹ trung cấp (học sinh tốt nghiệp THPT, thời gian học tập trung 2 năm, cấp bằng TCCN hệ chính quy).

2. Đào tạo định hướng chuyên ngành: Điều dưỡng Nha khoa, Điều dưỡng Nhi khoa, Y sỹ Mắt; thời gian học tập trung 6 tháng.

3. Đào tạo chuyển đổi (học ngoài giờ hành chính):

- Từ ngành Y sỹ, Hộ sinh trung cấp sang ngành Điều dưỡng: thời gian học 3 tháng.
- Từ các ngành thuộc nhóm ngành Sức khỏe (Điều dưỡng, Hộ sinh trung cấp, Dân số Y tế, Kỹ thuật viên Xét nghiệm, Dược sỹ trung cấp) sang ngành Y sỹ: thời gian học 1 năm, được cấp bằng tốt nghiệp TCCN chính quy.

II. Hình thức tuyển sinh: Xét tuyển

III. Tiêu chí xét tuyển:

- Đối với các ngành Điều dưỡng, Kỹ thuật Xét nghiệm, Y sỹ, Dược sỹ trung cấp: được tính bằng tổng điểm trung bình cả 3 năm học THPT. Xét từ điểm cao nhất đến hết chỉ tiêu được giao. Không lấy điểm dưới trung bình.

- Đối với Điều dưỡng, Y sỹ chuyên ngành; đào tạo chuyển đổi: bằng tốt nghiệp (bản chính)

IV. Hồ sơ tuyển sinh (theo Quy định của Bộ Giáo dục và đào tạo), gồm:

1. Đối với đào tạo các ngành: Điều dưỡng, Kỹ thuật Xét nghiệm, Y sỹ, Dược sỹ trung cấp:

- Phiếu đăng ký tuyển sinh trung cấp chuyên nghiệp năm 2013.
- Bằng tốt nghiệp hoặc giấy chứng nhận tốt nghiệp trung học phổ thông (Bản sao công chứng).
- Học bạ Trung học phổ thông hoặc tương đương (bản sao công chứng)

2. Đối với đào tạo chuyển đổi:

- Bằng tốt nghiệp chuyên ngành (bản sao công chứng).
- Sơ yếu lý lịch (có xác nhận của cơ quan địa phương nơi cư trú).

* Có thể đăng ký tuyển sinh trực tuyến trên Website: <http://www.ankhanh.edu.vn>

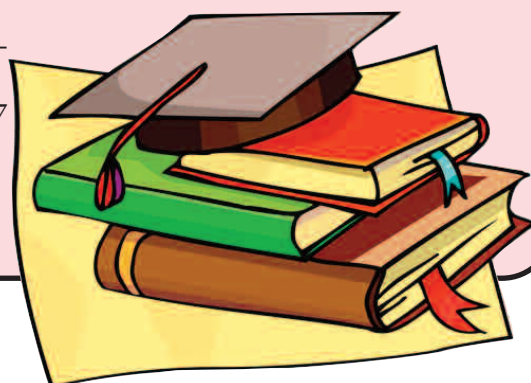
V. Thời gian nhận hồ sơ: từ 01/01/2013 - 31/12/2013

VI. Địa điểm nhận hồ sơ: số 323 đường Lương Thế Vinh -

Trung Văn - Từ Liêm - Hà Nội

Điện thoại: 0433547247; 0433547248; Fax: 0433547247

Website: <http://www.ankhanh.edu.vn>





BAN BIÊN TẬP TẠP CHÍ NÂNG CAO SỨC KHỎE

TỔNG BIÊN TẬP

PGS.TS. Nguyễn Thanh Long, Thứ trưởng Bộ Y tế

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

BSCKI. Đặng Quốc Việt, Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK TƯ

HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP

GS.TSKH. Phạm Mạnh Hùng, Chủ tịch Tổng hội Y học Việt Nam
TS. Trần Đức Long, Vụ trưởng Vụ Truyền thông và thi đua, khen thưởng
PGS.TS. Phạm Lê Tuấn, Vụ trưởng Vụ Kế hoạch - Tài chính
PGS.TS. Phạm Vũ Khánh, Cục trưởng Cục Y Dược cổ truyền
PGS.TS. Nguyễn Văn Bình, Cục trưởng Cục Y tế Dự phòng
PGS.TS. Nguyễn Huy Nga, Cục trưởng Cục Quản lý Môi trường Y tế
PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, Cục trưởng Cục Quản lý Khám chữa bệnh
TS. Trương Quốc Cường, Cục trưởng Cục Quản lý Dược
PGS.TS. Nguyễn Tuấn Hùng, Phó Vụ trưởng Vụ Tổ chức cán bộ
TS. Nguyễn Thanh Phong, Phó Cục trưởng Cục An toàn thực phẩm
ThS. Chu Quốc Ân, Phó Cục trưởng Cục Phòng chống HIV/AIDS
BS. Trần Quang Mai, Phó Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK TƯ
TS. Nguyễn Thị Kim Liên, Phó Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK TƯ

BAN THƯ KÝ BIÊN TẬP

CN. Hà Văn Nga, Trưởng ban
ThS. Hoàng Đình Cảnh
CN. Phạm Thị Trà Giang
CN. Nguyễn Thị Hoài Phương
CN. Quên Thủy Linh

THIẾT KẾ

HS. Nguyễn Huyền Trang

TRỊ TỰ

ThS. Dương Quang Tùng

CHỦ TRÁCH NHIỆM XUẤT BẢN

BSCKI. Đặng Quốc Việt

TÀO SỬN

366 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội
Điện thoại: 043.7623673; Fax: 043.8329241
Email: tcnangcaosuckhoe@gmail.com

Giấy phép số: 1461/GP-BTTTT ngày 15 tháng 8 năm 2012
do Bộ Thông tin và Truyền thông cấp.
In 3.000 bản, Công ty Cổ phần In truyền thông Việt Nam,
34A, Nguyễn Khoái-Hải Bà Trưng-Hà Nội
In xong và nộp lưu chiểu tháng 5/2013.

Thể lệ bài gửi đăng Tạp chí Nâng Cao Sức Khỏe

1. Nội dung: Chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước; các quyết định, chỉ thị, văn bản chỉ đạo của Bộ Y tế; Những vấn đề trọng tâm của công tác y tế trong tháng, năm; Những thông tin mới, thành tựu mới và tiến bộ y học; Kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe và kỹ năng viết báo; Hoạt động, mục tiêu, hiệu quả của các chương trình mục tiêu y tế quốc gia; Các tấm gương tiêu biểu của ngành Y tế; Các mô hình nâng cao sức khỏe; Tin tức, sự kiện nổi bật về hoạt động chuyên môn của các đơn vị, địa phương; Bài thơ, bài hát, truyện ngắn...

2. Quy định bài viết

- Bài viết gửi đăng có độ dài không quá 3.000 từ, phải được đánh máy vi tính bằng tiếng Việt có dấu rõ ràng trên khổ giấy A4, phông chữ Unicode, có đánh số trang. Có thể gửi bản điện tử trên đĩa mềm hoặc qua email. Tên file bài viết là tên của bài viết.

- Nếu có hình ảnh minh họa phải có dẫn giải, chú thích ảnh, nguồn ảnh, tác giả ảnh (file ảnh riêng, đuôi ảnh jpg, không đính kèm ảnh vào file bài viết).

- Phải đảm bảo tính chính xác, trung thực của các thông tin trong bài viết. Nếu bài sử dụng nhiều tài liệu tham khảo thì cuối bài phải có phần liệt kê tài liệu đã tham khảo.

- Bài đăng công trình nghiên cứu khoa học phải là bài chưa công bố ở tạp chí khác. Nội dung bao gồm: đặt vấn đề (có cả mục đích nghiên cứu của đề tài), đối tượng và phương pháp nghiên cứu, kết quả, bàn luận, kết luận. Hạn chế tối đa các bảng, biểu và ảnh, nếu có phải ghi rõ chú thích và yêu cầu in vào đoạn nào trong bài.

- Các tin, bài dịch cần ghi rõ xuất xứ của nguồn tin và phải có bản gốc tiếng nước ngoài.

- Tác giả có bài xin gửi kèm thông tin cá nhân: họ và tên, chức danh, học vị, học hàm, địa chỉ liên hệ, số điện thoại liên lạc; khi đăng bài trên Tạp chí có thể sử dụng bút danh.

3. Quy định nhuận bút

- Bài viết được đăng sau 1 đến 2 tháng sẽ được chi trả nhuận bút (trừ trường hợp cộng tác viên chỉ muốn đăng bài, không muốn nhận nhuận bút).

- Các tác giả có nhuận nhuận bút có trách nhiệm nộp thuế thu nhập cá nhân không thường xuyên cho cơ quan nhà nước theo quy định tại Nghị định 100/2008/NĐ-CP ngày 8/9/2008 của Chính phủ. Thuế suất thu nhập cá nhân áp dụng đối với cộng tác viên là 10% tính trên thu nhập chịu thuế.

- Nếu tác giả không có điều kiện đến tận nơi lĩnh nhuận bút, Tạp chí sẽ chuyển qua bưu điện hoặc chuyển khoản cho cộng tác viên. Nếu cộng tác viên nhận nhuận bút bằng tiền mặt thì chỉ cần mang CMND tới Tòa soạn của Tạp chí ký xác nhận và nhận nhuận bút.

4. Tác giả bài viết chịu trách nhiệm trước Ban biên tập, trước công luận về tính chính xác, khoa học và phải tuân thủ các quy định liên quan đến Luật Bảo chí và Quyền tác giả.

5. Bài không được đăng, không trả lại bản thảo. Các bài gửi không hợp lệ không được xét đăng.

6. Ban biên tập được quyền biên tập các bài viết gửi đến Tạp chí để phù hợp với tiêu chí và yêu cầu của Tạp chí.

Bài gửi đăng hoặc mọi liên hệ khác theo địa chỉ:

Phòng Biên tập - Tạp chí, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

366 Đội Cấn, Ba Đình, Hà Nội

Điện thoại: 04.37623673

Email: tcnangcaosuckhoe@gmail.com

Thưa quý độc giả!

Để Tạp chí đến với số đông bạn đọc, Ban Biên tập đưa Tạp chí lên Trang tin điện tử Truyền thông GDSK tại địa chỉ: www.lsg.org.vn. Ban Biên tập kính đề nghị quý độc giả giới thiệu địa chỉ trên tới bạn bè, người thân; Thà trường các cơ sở y tế phổ biến tới các khoa, phòng, cán bộ dưới quyền; Giám đốc Trung tâm y tế cấp huyện phổ biến tới các trạm y tế xã, phường, thị trấn.

Xin trân trọng cảm ơn