

TIN HOẠT ĐỘNG NHÀ TRƯỜNG

■ Năm học 2010 - 2011, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã đoàn kết, vượt khó, sáng tạo và có thành tích xuất sắc trong phong trào thi đua năm 2011, được Bộ Y tế, UBND tỉnh Hải Dương tặng Cờ thi đua. Theo đó, 04 tập thể, gồm: Phòng Đào tạo, Trung tâm Ngoại ngữ - Tin học, Khoa Điều dưỡng, Khoa Vật lý trị liệu/ Phục hồi chức năng cũng được Bộ Y tế tặng Bằng khen và danh hiệu "Tập thể lao động xuất sắc"; Công đoàn cơ sở vững mạnh xuất sắc, được Công đoàn Y tế Việt Nam tặng bằng khen, Đoàn Thanh niên đạt danh hiệu vững mạnh xuất sắc, được Trung ương đoàn TNCS Hồ Chí Minh tặng bằng khen. Cùng với các danh hiệu tập thể, 01 cá nhân được trao tặng danh hiệu Chiến sỹ thi đua cấp Bộ và được Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam tặng Bằng khen và Huy hiệu Lao động sáng tạo; 20 cá nhân đạt danh hiệu chiến sỹ thi đua cấp cơ sở; 02 cá nhân đạt giải thưởng khoa học công nghệ Côn Sơn Hải Dương lần thứ III

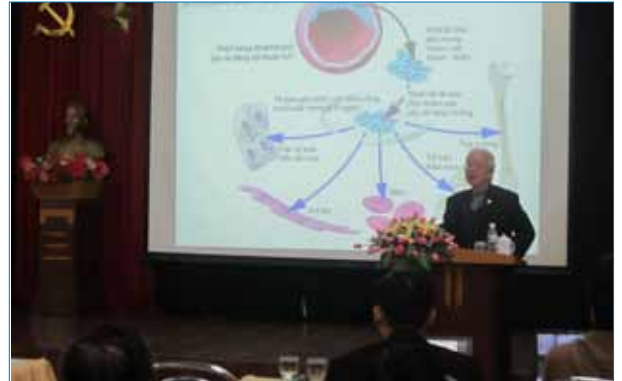


■ Ngày 12/01/2012, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tổ chức Lễ trao bằng tốt nghiệp lớp trung cấp Xét nghiệm chính quy văn bằng 2 khóa 2010-2011 cho 43 học viên. Với sự nỗ lực vượt khó của các học viên và đội ngũ cán bộ giảng viên, khóa đào tạo đã được triển khai nghiêm túc, đúng quy chế. Tỷ lệ tốt nghiệp đạt 86% trong đó 22 học viên đạt loại khá (chiếm 44%)



■ Ngày 04/01/2012, tại trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật tỉnh Hải Dương phối hợp với Hội nghề nghiệp y tế tư nhân tổ chức Hội nghị khoa học với chủ đề: "Tế bào gốc và ứng dụng trong y học". Hội nghị đã

thu hút đông đảo các nhà khoa học và cán bộ quản lý trong lĩnh vực y học trên địa bàn tỉnh Hải Dương quan tâm tới dự. Tại Hội nghị, TS.BS Lê Văn Đông- Bộ môn Miễn dịch - Học viện Quân y trình bày một số nét khái quát, đặc điểm, những thành tựu trong nghiên cứu và ứng dụng công nghệ tế bào gốc. GS.TSKH Phạm Mạnh Hùng - Chủ tịch Tổng hội Y học Việt Nam giới thiệu một số vấn đề liên quan đến định hướng phát triển, ứng dụng công nghệ tế bào gốc, các giải pháp liên kết các nhà khoa học, nhà quản lý và các nhà đầu tư trong việc phát triển ngành nghiên cứu tế bào gốc tại Việt Nam.



■ Từ ngày 09-12/01/2012, tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã diễn ra Hội thảo góp ý tài liệu dạy - học "Kỹ năng điều dưỡng" lần 3. Đây là hoạt động thuộc dự án SMS chương trình nâng cao năng lực nguồn nhân lực y tế trong các trường Cao đẳng, Trung cấp y tế. Sau khi đại diện các Trường trình bày, các đại biểu tham dự Hội thảo đã góp ý chỉnh sửa về nội dung và thống nhất mẫu viết đối với các bản dự thảo lần 3. Hội nghị cũng xây dựng kế hoạch hoạt động, thành lập nhóm biên tập dự thảo 4 để trình Hội đồng Bộ Y tế thẩm định.



■ Chào mừng ngày Thầy thuốc Việt Nam 27/2/2012, ngày 11/2/2012 tại Khách sạn Nam Cường, Hải Dương, Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương tổ chức sinh hoạt khoa học chuyên đề tháng 2 với chủ đề: "Y đức -Y nghiệp". Tham dự có Lãnh đạo Sở y tế, bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, bệnh viện Lao phổi, bệnh viện Quân y 7, Hội nghề nghiệp y tế tư nhân, một số bệnh viện tuyến huyện của cùng đồng đảo cán bộ, giảng viên và học sinh, sinh viên Nhà trường. Hội



nghe GS.TS Phạm Thị Minh Đức - Phó Chủ tịch Thường trực Tổng hội Y học Việt Nam giới thiệu những nội dung cơ bản về y nghiệp- y đức, vai trò, tầm quan trọng của y nghiệp- y đức đối với người thầy thuốc, một số thách thức trên thế giới và Việt Nam hiện đang tác động đến người thầy thuốc và nghề y. Buổi sinh hoạt khoa học là dịp để các thầy thuốc và HSSV giao lưu học hỏi, chia sẻ kinh nghiệm nhằm nâng cao nhận thức và hiệu quả quá trình khám chữa bệnh và quá trình thực hành giao tiếp - ứng xử trong chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân và cộng đồng.

■ Trong khuôn khổ hợp tác Điều dưỡng do quỹ Temasek Foundation và Viện đào tạo Kỹ thuật Singapore (ITE) thực hiện tại Việt Nam, ngày 21-2, Đoàn giám sát đào tạo nhân rộng tại Việt Nam đã tới thăm và làm việc với Khoa Điều dưỡng và bộ môn Lâm sàng Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. Trong chương trình làm việc, TTND.PGS.TS Vũ Đình Chính - Hiệu trưởng Nhà trường đã giới thiệu những nét khái quát về quy mô đào tạo, quá trình hợp tác quốc tế, quá trình đào tạo Điều dưỡng dựa trên năng lực đang được triển khai tại trường đồng thời đánh giá cao những tác động từ khóa tập huấn do ITE tổ chức tới đội ngũ giảng viên và các chuyên ngành đào tạo khác của Nhà trường. TTND.PGS.TS Vũ Đình Chính cũng bày tỏ mong muốn ITE tiếp tục tạo điều kiện, quan tâm, giúp đỡ Nhà trường trong hợp tác, liên kết đào tạo giảng viên chuyên ngành Điều dưỡng.



■ Ngày 21-2, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tổ chức nghiệm thu chương trình đào tạo kỹ năng mềm dành cho đối tượng sinh viên năm thứ nhất hệ Cao đẳng, Đại học ngành Điều dưỡng,

kỹ thuật y học. Các thành viên Hội đồng nghiệm thu đã tập trung đánh giá, phản biện về mục tiêu, nội dung và chương trình, thời gian giảng dạy đồng thời thống nhất thông qua chương trình đào tạo gồm 8 nhóm kỹ năng mềm cơ bản với thời gian 1 tín chỉ lý thuyết, 2 tín chỉ thực hành đồng thời yêu cầu các giảng viên hoàn chỉnh đề cương chi tiết học phần môn học, bổ sung các nội dung giảng dạy có liên quan tới ngành y theo hướng dựa trên năng lực để sớm đưa vào giảng dạy, góp phần nâng cao chất lượng đào tạo nguồn nhân lực điều dưỡng và kỹ thuật viên y tế, tạo nên bước đột phá cho Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.



■ Ngày 23-2, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tổ chức nghiệm thu Đề án tổ chức và hoạt động Trung tâm Ngoại ngữ - Tin học (NN-TH). Tại buổi nghiệm thu các thành viên Hội đồng đã góp ý, phản biện về: Bộ cục của Đề án, chức năng, nhiệm vụ, mô hình và cơ chế hoạt động của Trung tâm. Hội đồng đề nghị: Trung tâm NN-TH tiếp tục hoàn chỉnh, bổ sung những điểm còn hạn chế và xây dựng hoàn chỉnh quy định chuẩn đầu ra ngoại ngữ tiếng Anh cho trình độ Cao đẳng, Đại học; Xây dựng quy trình đánh giá theo đúng quy định của Bộ giáo dục & Đào tạo và của Nhà trường đồng thời tiến tới tổ chức các lớp văn bằng 2, cấp chứng chỉ B theo chuẩn Quốc gia.

■ Ngày 1/3/2012, GS HiguChi Machikio- Phụ trách quan hệ Quốc tế, Trường Đại học Điều dưỡng Quốc gia Nhật Bản đã tới thăm và làm việc tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, mục đích bàn bạc và chuẩn bị cho khóa thực tập Điều dưỡng Quốc tế của sinh viên Nhật Bản tiếp tục được thực



hiện vào tháng 8/2012 tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. Trong chương trình làm việc, hai bên đã đánh giá những kết quả tốt đẹp đã đạt được và rút ra những kinh nghiệm từ đợt thực tập lần thứ nhất được tổ chức vào tháng 7/2011. Hai bên cũng đã thống nhất kế hoạch, nội dung, chương trình cụ thể nhằm chuẩn bị triển khai khóa thực tập cho trên 100 sinh viên Điều dưỡng Nhật Bản vào đầu tháng 8/ 2012.

■ Ngày 9/3/2012, **Viện huyết học và truyền máu Trung ương do TTND.GS.TS Nguyễn Anh Trí - Viện trưởng làm trưởng đoàn đã tới thăm và làm việc** tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. Trong chương trình làm việc, hai bên đã cùng nhau trao đổi và thống nhất một số vấn đề về triển khai hợp tác trong đào tạo KTV xét nghiệm, nghiên cứu khoa học và đào tạo nguồn nhân lực cho Nhà trường. Dự kiến, năm 2012, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương sẽ mở hai lớp đào tạo hệ vừa làm vừa học tại Viện huyết học và truyền máu Trung ương với hình thức đào tạo liên thông từ Trung cấp và Cao đẳng lên Đại học.



■ Ngày 10/3/2012, **Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tổ chức nghiệm thu Đề cương chi tiết và tài liệu học phần Điều dưỡng dưỡng cơ bản 1** được sử dụng để giảng dạy cho sinh viên ngành Điều dưỡng hệ Cao đẳng. Tại buổi nghiệm thu, các ủy viên Hội đồng đã nhận xét phản biện, góp ý về cách viết mục tiêu chung, mục tiêu cụ thể cho từng bài học, cách lượng giá cho từng học phần và kỹ thuật áp dụng các phương pháp mới trong giảng dạy. Hội đồng cũng đã yêu cầu Bộ môn Điều dưỡng tiếp tục chỉnh sửa, bổ sung, hoàn thiện đặc biệt hoàn thành tập bài giảng lý thuyết, cuốn hướng dẫn tự học và lượng giá cho sinh viên để sớm triển khai đào tạo học phần Điều dưỡng cơ bản 1 dựa trên năng lực cho các lớp Cao đẳng Điều dưỡng khóa 10 của Trường.

■ Từ ngày 6 đến ngày 9 tháng 3 năm 2012, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương **Tổ chức nghiệm thu giáo trình đào tạo kỹ thuật Hình ảnh (KTHA), kỹ thuật Xét nghiệm (KTXN) và Vật lý trị liệu/Phục hồi chức năng (VLTL/PHCN) ở trình độ Đại học.** Hội đồng đã nhận xét, góp ý phản biện một số nội dung liên quan về: mục tiêu, nội dung, phương pháp lượng giá của giáo trình đồng thời yêu cầu các khoa tiếp tục chỉnh sửa một số điểm còn hạn chế như: cần xác định rõ mục tiêu, chỉnh sửa nội dung, xác định tên

học phần trong giáo trình đáp ứng yêu cầu đào tạo theo hướng dựa trên năng lực, bố cục lại giáo trình theo mẫu chuẩn, yêu cầu giữa các học phần, môn học không được trùng lặp về kiến thức; Đồng thời tổ chức biên soạn giáo trình đáp ứng được yêu cầu: có thể dùng cho các đối tượng thuộc hệ Cao đẳng, Đại học chính quy và Đại học vừa làm vừa học trên cơ sở phù hợp với thực tế đào tạo của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, phù hợp với thực tế đào tạo của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, Việt Nam và xu hướng hội nhập quốc tế.

■ Ngày 2/2/2012, PGS.TS. Trần Chí Liêm, chuyên gia cao cấp, nguyên Thứ trưởng Bộ Y tế, ThS. Nguyễn Chiến Thắng - Phó vụ trưởng cùng các chuyên viên **Vụ Trang thiết bị & Công trình Y tế, Bộ Y tế đã kiểm tra công tác xây dựng cơ bản năm 2012 của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.** Sau khi kiểm tra, Đoàn đã kết luận: công tác xây dựng cơ bản năm 2012 của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương được tổ chức thực hiện chặt chẽ, đúng quy trình, đảm bảo kỹ thuật và an toàn lao động. Những kết quả đã đạt được là tiền đề quan trọng góp phần hoàn thiện cơ sở vật chất nhằm phục vụ tốt cho việc thực hiện nhiệm vụ đào tạo, nghiên cứu khoa học và cung ứng các dịch vụ y tế của Nhà trường.



■ Với mục đích tìm hiểu nguồn nhân lực giảng dạy, chất lượng trang thiết bị và cơ sở vật chất của Nhà trường, ngày 17/2/2012, **Đoàn đánh giá dự án “Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế” (ADB)** do Ngài Sioert Potsma- chuyên gia y tế cao cấp SERD/SEHS làm trưởng đoàn, PGS.TS Trần Quốc Kham - Giám đốc dự án cùng các chuyên gia **đã đến làm việc tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.** Tại buổi làm việc, thay mặt Nhà trường TTND.PGS.TS Vũ Đình Chính - Hiệu trưởng đã giới thiệu khái quát về cơ sở vật chất, đội ngũ cán bộ giảng viên, trang thiết bị và định hướng phát triển của Nhà trường đồng thời đề nghị Ban quản lý dự án ADB tiếp

tục quan tâm, tạo điều kiện, giúp đỡ Nhà trường trong đào tạo nâng cao trình độ cho đội ngũ giảng viên và hoàn thiện hệ thống trang thiết bị và cơ sở vật chất, đặc biệt đối với các chuyên ngành khoa học cơ bản và y học cơ sở.



■ Ngày 21/3, TS. Osborne Yvonne Johanna - Giảng viên cao cấp Trường Điều dưỡng và Hộ sinh Đại học QUT - Úc đã tới làm việc tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương về việc xây dựng và chuẩn bị áp dụng chương trình đào tạo điều dưỡng dựa trên năng lực. Tại buổi làm việc, TS.Yvonne đã hướng dẫn và triển khai cho giảng viên về việc biên soạn chương trình đào tạo dạy- học điều dưỡng và trao đổi kinh nghiệm trong quá trình dạy học dựa trên năng lực thông qua một tiết giảng của giảng viên khoa Điều dưỡng. Đồng thời, TS.Yvonne trao chứng nhận cho 5 giảng viên khoa Điều dưỡng đã hoàn thành khóa đào tạo từ xa của Trường Đại học Công nghệ Queensland – Úc. Nhân dịp này, TNND.PGS.TS Vũ Đình Chính - Hiệu trưởng Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã chúc mừng TS. Yvonne được Bộ trưởng Bộ Y tế ký quyết định tặng Kỷ niệm chương “Vì sức khỏe nhân dân” Việt Nam.



TIN HOẠT ĐỘNG ĐẢNG, ĐOÀN THỂ

■ Ngày 22 tháng 3 năm 2012, tại Hải Dương, Tỉnh ủy Hải Dương đã tổ chức hội nghị Tổng kết phong trào thi đua xây dựng tổ chức cơ sở Đảng trong sạch vững mạnh năm 2011. Nhân dịp này, Đảng bộ Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương được trao tặng Bằng khen Đảng bộ trong sạch vững mạnh có thành tích tiêu biểu năm 2011.

■ Nhân dịp kỷ niệm 62 năm ngày truyền thống học sinh, sinh viên 9/1 và hưởng ứng “Lễ hội xuân hồng” năm 2012, ngày 08/01/2012 Hội sinh viên Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã phối hợp Hội Chữ thập đỏ và bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương tổ chức cho học sinh, sinh viên tham gia hiến máu tình nguyện. Với tinh thần “sẻ giọt máu đào, trao niềm hy vọng” Tính đến 17 giờ cùng ngày, hơn 500 học sinh, sinh viên Nhà trường đã tham gia hiến tổng cộng 478 đơn vị máu. Đây là một nghĩa cử cao đẹp nhằm cứu giúp người bệnh của học sinh, sinh viên Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.



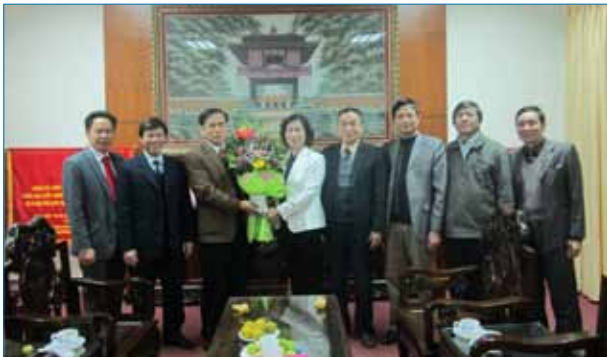
■ Chào mừng kỷ niệm 57 năm ngày Thầy thuốc Việt nam 27/2/2012, ngày 23/2 Chi đoàn giáo viên Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã tổ chức giao lưu bóng đá với Câu lạc bộ bóng đá Doanh nghiệp Phạm Gia. Đây cũng là hoạt động phong trào nhằm tăng cường giao lưu hoạt động công tác Đoàn thanh niên của Trường với các cơ sở Đoàn trên địa bàn Thành phố Hải Dương.

■ Nhân dịp kỷ niệm 102 năm ngày Quốc tế phụ nữ 8/3. Ngày 7/3/2012, Ban nữ công Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tổ chức buổi tọa đàm: “Phụ nữ với gia đình và xã hội”. Tại buổi tọa đàm, các đại biểu đã cùng nhau ôn lại truyền thống ngày Quốc tế phụ nữ 8-3, tọa đàm về vai trò của người phụ nữ với gia đình, nhà trường và xã hội, đặc biệt tập trung thảo luận một số vấn đề nhằm nâng cao hiệu quả công tác giảng dạy, học tập và nghiên cứu khoa học, công tác quản lý bộ môn, tham gia các hoạt động của Nhà trường và giữ gìn hạnh phúc gia đình.



■ Sáng ngày 18/2/2012, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương long trọng **tổ chức buổi gặp mặt kỷ niệm ngày thầy thuốc Việt Nam 27-2**. Tham dự buổi lễ có đại diện lãnh đạo Sở Y tế; đại diện lãnh đạo các Bệnh viện trên địa bàn tỉnh, các cán bộ y tế và các Trường trạm y tế thuộc một số huyện trên địa bàn tỉnh cùng đông đảo cán bộ, thầy thuốc Nhà trường. Tại buổi gặp mặt, các đại biểu đã cùng ôn lại truyền thống ngành y đồng thời chia sẻ những khó khăn, thuận lợi trong quá trình thực hành nghề nghiệp và đề xuất một số kinh nghiệm nhằm nâng cao hiệu quả điều trị đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người bệnh và gia đình người bệnh nhân.

■ Kỷ niệm 57 năm ngày Thầy thuốc Việt Nam, nhiều Đoàn đại biểu đại diện cho UBND, các Sở, Ban ngành của tỉnh Hải Dương, Lãnh đạo các bệnh viện tuyến tỉnh, huyện, các đơn vị liên kết với Nhà trường trong quá trình đào tạo và học sinh, sinh viên các khoa, bộ môn đã đến **Chúc mừng Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương nhân ngày 27-2**. Thay mặt lãnh đạo Nhà trường, TTND.PGS.TS Vũ Đình Chính đã cảm ơn những tình cảm tốt đẹp các đại biểu đã dành cho Trường và bày tỏ mong muốn tiếp tục nhận được quan tâm hơn nữa của các các nhân, đơn vị trong việc giúp đỡ Nhà trường thực hiện tốt chức trách, nhiệm vụ, góp phần nâng cao chất lượng đào tạo nguồn nhân lực điều dưỡng và kỹ thuật y học.



■ Ngày 23-3, tại Trường Cao đẳng Kỹ thuật Khách sạn và Du lịch Hải Dương, Sở Giáo dục và Đào tạo tỉnh **tổ chức Hội thi "Tiếng hát sinh viên, học sinh chuyên nghiệp tỉnh Hải Dương năm 2012"**. Tham gia hội thi có 9 trường đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp trên địa bàn tỉnh. Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tham gia hội thi với 3 tiết mục ở các thể loại: đơn ca, tốp ca và múa. Kết thúc hội thi, Nhà trường đạt 2 giải nhất và một giải ba, xếp thứ nhì toàn đoàn. Đây là hoạt động nhằm động viên, cổ vũ tuổi trẻ học đường rèn luyện, phát huy khả năng văn nghệ và giao lưu, học hỏi lẫn nhau

■ Nhân dịp kỷ niệm 81 năm thành lập Đoàn Thanh niên cộng sản Hồ Chí Minh 26/3 và hưởng ứng tháng thanh niên với chủ đề: " Vì môi trường và tuyến phố văn minh", Đoàn Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã **tổ chức nhiều hoạt động như quét dọn vệ sinh kí túc xá và sân trường, vệ sinh tuyến phố**

Vũ Hựu và chăm sóc bồn hoa, cây cảnh. Nhân dịp này Chi đoàn giáo viên Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tổ chức giao lưu bóng đá với Chi đoàn Bệnh viện Lao phổi Hải Dương. Đây là hoạt động góp phần nâng cao tính tự giác đối với việc bảo vệ môi trường sống, rèn luyện sức khỏe, tính kỷ luật lao động trong các đoàn viên, học sinh, sinh viên và tạo cho cảnh quan Nhà trường xanh, sạch, đẹp hơn.



■ Ngày 29/3, Ban Chỉ huy quân sự Thành phố Hải Dương **tổ chức Lễ tổng kết và trao giải vòng sơ khảo cuộc thi tìm hiểu "Lực lượng vũ trang tỉnh Hải Dương - 65 năm một chặng đường" (27/3/1947-27/3/2012)**. Với trên 3000 HSSV tham gia, trong đó có nhiều bài thi đạt chất lượng cao Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã được Ban tổ chức trao giải Nhất toàn đoàn. Tham dự Hội thi, học sinh, sinh viên Nhà trường được tìm hiểu về lịch sử và truyền thống lực lượng vũ trang tỉnh trong 65 năm qua, đồng thời đây là dịp sinh hoạt chính trị, tư tưởng góp phần nâng cao nhận thức của đoàn viên, sinh viên về quốc phòng toàn dân và an ninh nhân dân.

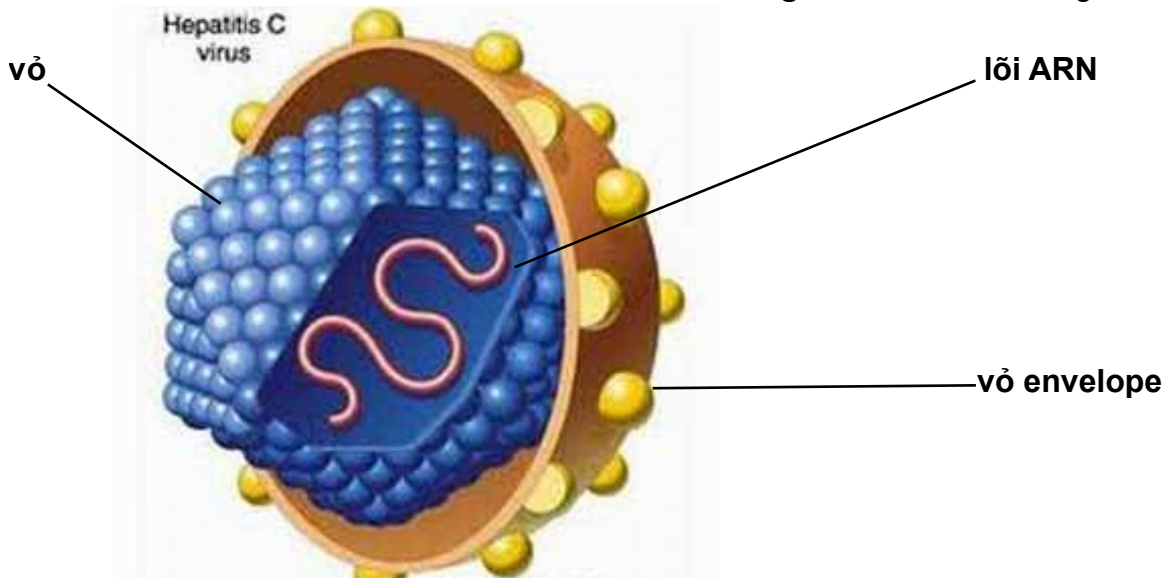
■ Từ 3-4/4/2012, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương **tổ chức Hội nghị sinh hoạt khoa học với chủ đề: "Đào tạo từ xa về bệnh đái tháo đường"**. Tại Hội nghị, các chuyên gia đến từ tổ chức Epicentre Telework (Pháp) đã giới thiệu về phương pháp đào tạo từ xa, giải đáp những thắc mắc có liên quan đến vấn đề chăm sóc bệnh nhân và bệnh đái tháo đường, chia sẻ kinh nghiệm và cách thức xây dựng bệnh viện điện tử và lợi ích của việc sử dụng các dịch vụ y tế từ xa.



Bs. Line Kleinebreil – chuyên gia về đái tháo đường trình bày phương pháp đào tạo từ xa về bệnh đái tháo đường

VIRUS – Căn nguyên của những dịch bệnh nguy hiểm

TS. Trần Quang Cảnh - Khoa Xét nghiệm



Cấu trúc virus viêm gan C

Trong lịch sử thế giới đã xuất hiện nhiều đại dịch nguy hiểm để lại những hậu quả nặng nề cho sức khỏe người bệnh và gây nên sự lo lắng của cộng đồng. Có những bệnh dịch đã được thanh toán (bệnh đậu mùa) hoặc sắp được thanh toán (bệnh bại liệt) trên toàn cầu, nhưng có những bệnh dịch vẫn còn là thách thức lớn đối với loài người (như: HIV/AIDS, SARS, cúm,...). Căn nguyên của tất cả những dịch bệnh nguy hiểm trên được xác định là do virus.

Virus là gì mà có thể gây ra những căn bệnh khủng khiếp, cướp đi sinh mạng của hàng triệu người và để lại nỗi lo âu cho bao thế hệ?

Theo tiếng Hy Lạp virus có nghĩa là “chất độc”. Thực chất đây là vi sinh vật chưa có cấu trúc tế bào. Do không có hệ thống enzym sinh tổng hợp protein, không có khả năng trao đổi chất nên virus phải bắt buộc ký sinh trong tế bào chủ và không chịu tác động bởi các thuốc kháng sinh.

Virus có cấu tạo gồm hai thành phần chính: lõi acid nucleic và vỏ capsid. Trong đó, lõi acid nucleic có thể là ADN hoặc ARN (ADN luôn ở dạng sợi kép, ARN chủ yếu ở dạng sợi đơn) mang thông tin di truyền của virus; vỏ capsid được cấu tạo là các phân tử protein có vai trò bảo vệ virus. Ngoài ra, một số virus có thể mang những cấu trúc đặc trưng thực hiện những chức năng riêng cho virus đó như vỏ envelope và một số enzym (neuraminidase, ADN hoặc ARN polymerase, reverse transcriptase). Đây cũng là cơ sở để phân loại virus.

Như đã nói ở trên, virus được phân loại dựa vào những tính chất đặc trưng của chúng, như: hình thể

của virus, khả năng gây bệnh và đặc điểm di truyền.
- Chia theo đặc điểm hình thể, virus có các loại: hình cầu, hình que hoặc hình có đuôi.

- Chia theo khả năng gây bệnh, có virus gây bệnh đường hô hấp, virus gây bệnh đường tiêu hóa, virus gây viêm gan, virus gây khối u,...

- Dựa theo cấu trúc di truyền, virus được chia ra thành hai loại là: virus chứa ADN và virus chứa ARN.

Hiện nay, việc phân loại virus đòi hỏi phải có tính chính xác cao để phục vụ cho công tác chẩn đoán, điều trị và kiểm soát dịch. Ủy ban phân loại virus quốc tế (ICTV: International Committee on Nomenclature of Viruses) đã đưa ra các tiêu chuẩn phân loại virus dựa trên các đặc điểm hình thái (bao gồm: kích thước, hình dạng, kiểu đối xứng của capsid, có hay không vỏ bao ngoài), các đặc điểm sinh lý (bao gồm: cấu trúc di truyền, sự miễn cảm đối với các tác nhân lý, hoá; các đặc điểm của lipid, carbohydrate, các protein cấu trúc và không cấu trúc), đặc trưng kháng nguyên và các đặc điểm sinh học khác (như phương thức nhân lên, loại vật chủ, phương thức lây truyền và khả năng gây bệnh).

Cấu trúc của virus thường rất đơn giản, nhưng khả năng gây bệnh lại rất nguy hiểm và khó phòng bệnh cũng như điều trị. Mỗi loại virus thường cảm thụ với một vài loại tế bào chủ (tế bào cảm thụ) đặc trưng để xâm nhập và nhân lên. Kết quả là virus giải phóng ra khỏi tế bào và để lại những tổn thương cho tế bào. Virus gây tổn thương tế bào dựa theo một trong các cơ chế sau:

- **Gây huỷ hoại tế bào:** Đây là một trong những biểu hiện của các bệnh nhiễm trùng do virus, các tế bào sau khi nhiễm virus bị huỷ hoại do màng nguyên sinh bị phá vỡ hoặc bị virus giải phóng lấy đi;

- **Gây sai lạc nhiễm sắc thể của tế bào:** Sau khi virus nhân lên trong tế bào, nhiễm sắc thể của tế bào có thể bị gãy, bị sắp xếp lại dẫn đến hậu quả: dị tật bẩm sinh xảy ra ở những phụ nữ có thai trong những tháng đầu, hoặc sinh khối u khi virus làm thay đổi kháng nguyên bề mặt tế bào, dẫn đến làm mất khả năng ức chế tế bào sinh sản

- **Tạo nên các khối ung thư:** Xảy ra sau khi virus tích hợp tế bào chủ và làm cho những tế bào này sinh sản quá mức do virus mang theo gen ung thư hoặc kích thích gen ung thư của tế bào hoạt động.

Tùy theo loại tế bào cảm thụ, virus có thể gây ra các thể bệnh khác nhau, chẳng hạn: HIV có tế bào cảm thụ là bạch cầu lympho nên gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch, virus viêm gan có tế bào cảm thụ là tế bào gan nên gây ra bệnh viêm gan, virus Rota có tế bào cảm thụ là tế bào ruột nên gây ra bệnh tiêu chảy,...

Đến đây có lẽ mọi người đều cho rằng virus phần nhiều có hại. Vậy có cách nào chẩn đoán virus hay không? Chẩn đoán căn nguyên gây nhiễm trùng do virus thường gặp nhiều khó khăn trong những thập niên trước. Tuy nhiên với tiến bộ của khoa học hiện nay, chẩn đoán virus không còn là thách thức lớn với các phòng xét nghiệm hiện đại. Chẩn đoán virus dựa vào phương pháp nuôi cấy, phân lập hay quan sát hình thể virus dưới kính hiển vi điện tử được áp dụng chủ yếu trong nghiên cứu; trên lâm sàng phương pháp này ít được sử dụng do quy trình phức tạp và tốn thời gian, trong khi bệnh do virus thường tiến triển nhanh, triệu chứng nặng nề. Vì vậy, tại các bệnh viện những phương pháp chẩn đoán virus chủ yếu là kỹ thuật miễn dịch hoặc PCR (Polymerase Chain Reaction).

- Chẩn đoán miễn dịch, bao gồm các kỹ thuật: miễn dịch gắn enzym (ELISA: Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), miễn dịch huỳnh quang (IF Immunofluorescence), sắc ký miễn dịch (Immunochromatography), Western Blotting,... đây là những kỹ thuật có độ tin cậy khá cao, do đó được xác định là những phương pháp chính dùng trong chẩn đoán căn nguyên virus;

- Chẩn đoán bằng phản ứng khuếch đại gen (PCR: Polymerase Chain Reaction): Đây là kỹ thuật chẩn đoán hiện đại, có độ tin cậy rất cao nhưng đòi hỏi trang thiết bị và hóa chất đắt tiền. Kỹ thuật PCR không những có khả năng xác định virus gây bệnh mà còn có thể định lượng virus (Real-time PCR), vì vậy kỹ thuật này có vai trò rất lớn trong chẩn đoán, theo dõi điều trị các bệnh nhiễm trùng do virus.

Để giảm gánh nặng bệnh tật do virus gây ra, vấn đề phòng bệnh và điều trị bệnh nhiễm trùng do virus luôn được quan tâm hàng đầu. Các phương pháp phòng

bệnh chung như: nâng cao sức đề kháng của cơ thể, cách ly và tránh tiếp xúc nguồn lây nhiễm,... thường ít có hiệu quả. Phòng bệnh đặc hiệu bằng vacxin luôn là lựa chọn thích hợp nhất để phòng các bệnh nhiễm trùng nói chung và virus nói riêng. Tuy nhiên, hiện nay một số virus gây bệnh nguy hiểm như: HIV, viêm gan C..., vẫn chưa có vacxin phòng bệnh, cũng như chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Trên lâm sàng, những thuốc được sử dụng để điều trị thường chỉ là những thuốc có vai trò ức chế sự nhân lên của virus (như: tamiflu dùng trong điều trị cúm, lamivudine và interferon dùng trong điều trị viêm gan B,...), do đó điều trị, phòng bệnh do virus luôn gặp nhiều khó khăn và đây vẫn là thách thức lớn cho y học.

Phải chăng mọi virus đều có hại và đều đáng sợ? Không hẳn là như vậy. Có một dạng virus đặc biệt với tế bào cảm thụ là vi khuẩn và có khả năng gây bệnh "đặc hiệu" cho vi khuẩn, đó là thực khuẩn thể (Bacteriophage). Loại virus đặc biệt này còn được biết có khả năng chuyển một đoạn gen vào tế bào vi khuẩn. Cho nên, bacteriophage có vai trò rất lớn trong y học và đời sống do những ứng dụng sau đây:

- **Chẩn đoán và xác định vi khuẩn:** Mỗi phage có thể xâm nhập, nhân lên đặc hiệu ở một loại vi khuẩn nhất định và ly giải vi khuẩn đó. Vì vậy có thể sử dụng phage trong phân loại và chẩn đoán xác định vi khuẩn. Người ta dùng loại phage đã biết trước cho tiếp xúc với vi khuẩn đang cần xác định, nếu đặc hiệu với phage thì vi khuẩn sẽ bị phá huỷ;

- **Phòng và điều trị các bệnh do vi khuẩn:** Trong một số bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn gây ra, người ta có thể sử dụng phage đặc hiệu của vi khuẩn đó để phòng và điều trị bệnh. Trên thực tế, ứng dụng này mới dùng ở giai đoạn thực nghiệm, ví dụ như bệnh lỵ trực khuẩn;

Dùng phage để vận chuyển một đoạn gen vào trong tế bào vi khuẩn nào đó với mục đích để sản xuất các protein tái tổ hợp. Những protein tái tổ hợp này có thể là những hormon (như: insulin,...) sử dụng trong điều trị hay vacxin dùng để phòng bệnh;

- **Phát hiện chất phóng xạ:** Những tế bào vi khuẩn có prophage thường bị ly giải khi có tác dụng của chất phóng xạ. Vì vậy, người ta dùng những tế bào đó cho vào môi trường hoặc những chất nghi nhiễm phóng xạ, nếu tế bào vi khuẩn bị ly giải có nghĩa là môi trường có chất phóng xạ.

Như vậy, một số virus có thể đem lại ích lợi cho khoa học và đời sống, nhưng phần lớn virus lại có khả năng gây bệnh nguy hiểm và phức tạp. Công tác phòng và điều trị các bệnh nhiễm trùng do virus luôn gặp nhiều khó khăn do chưa điều chế được tất cả các loại vacxin phòng bệnh, cũng như chưa có kháng sinh đặc trị vi sinh vật này. Trong nhiều năm tới, kiểm soát bệnh dịch do virus vẫn là một công việc thực sự vất vả cho ngành y tế, xã hội và cộng đồng

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

– PHÁT HIỆN VÀ PHÒNG CHỐNG

ThS. Huỳnh Thị Bình - Khoa Điều dưỡng



Bệnh tay chân miệng là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus gây nên, thường gặp ở trẻ em (trên 90%). Bệnh có thể bị rải rác hoặc bùng phát thành các vụ dịch nhỏ vào mùa hè ở những nơi đông dân cư, điều kiện vệ sinh kém. Nguyên nhân do virut (coxsackie virus A16 và enterovirus 71 gây ra). Biểu hiện của bệnh là những mụn nước, bọng nước ở tay, chân và miệng. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

Bệnh được mô tả lần đầu tiên tại Canada năm 1957 (do coxsackievirus A16), năm 1969 - tại nước Anh tìm thấy nguyên nhân bệnh do nhiễm enterovirus 71. Ở Việt Nam, bệnh tay chân miệng được phát hiện năm 2003 do Viện Pasteur, Thành phố Hồ Chí Minh. Từ đầu năm 2012 đến 20/02/2012, cả nước đã ghi nhận 6.328 trường hợp mắc tay chân miệng tại 60 địa phương, trong đó đã có 09 trường hợp tử vong (Theo thông báo Cục Y tế dự phòng). Hiện nay bệnh tay chân miệng đang có xu hướng tăng cao tại nhiều nước trong khu vực như Nhật Bản, Singapore, Trung Quốc.

1. Nguyên nhân gây bệnh: Có nhiều tuýp vi rút gây bệnh, một người có thể mắc nhiều tuýp vi rút khác nhau. Thường gặp hai nhóm chủ yếu là: coxsackievirus A16, enterovirus 71 (EV 71). Ngoài ra, còn do: coxsackievirus A4-7, A9, A10, B2, B5. Sự lưu hành của tuýp vi rút EV 71 cao nên có nguy cơ diễn biến bệnh cảnh lâm sàng nặng, dễ gây tử vong.

2. Lứa tuổi mắc bệnh: Thường gặp ở trẻ em dưới 15 tuổi, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi có tỷ lệ mắc cao hơn, có thể ở người lớn trẻ tuổi và trung niên.

3. Mùa: Bệnh xảy ra ở bất kỳ thời gian nào trong năm, nhưng thường xảy ra ở những tháng cuối mùa hè, đầu mùa thu.

4. Lây truyền: Bệnh lây lan rất nhanh qua đường miệng - miệng hoặc phân - miệng. Qua thực tế sự lan truyền nhanh chóng của những vụ dịch enterovirus 71 lớn gợi ý rằng bệnh có thể lây truyền qua đường hô hấp.

Vi rút gây bệnh tay chân miệng có thể lây truyền từ người sang người qua tiếp xúc trực tiếp (qua bàn tay) với vi rút có trong dịch mũi, họng, nước bọt, dịch tiết từ các nốt phỏng, phân bệnh nhân hoặc người lành mang trùng. Hoặc tiếp xúc với các bề mặt (vật dùng, đồ chơi) bị nhiễm vi rút. Người bị nhiễm vi rút thường dễ truyền bệnh cho người khác trong tuần đầu mắc bệnh. Vi rút gây bệnh tay chân miệng có thể tồn tại trong cơ thể một vài tuần sau khi hết các triệu chứng của bệnh. Điều này có nghĩa là người bệnh sau khi đã phục hồi sức khỏe trong thời gian đầu vẫn có thể làm lây truyền bệnh cho người khác.

5. Triệu chứng bệnh

- Giai đoạn ủ bệnh khoảng 3 - 7 ngày.

- Giai đoạn khởi phát: Từ 1-2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.

- Giai đoạn toàn phát: Có thể kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

+ Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi.



+ Phát ban dạng phỏng nước: Ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; ban không gây ngứa, tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó để lại vết thâm.



Sốt nhẹ.

+ Nôn.

+ Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng.



Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.

- Giai đoạn lui bệnh: Thường từ 3 -5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

- Bệnh có thể biểu hiện không điển hình như: bóng nước rất ít xen kẽ với những hồng ban, một số trường hợp chỉ biểu hiện hồng ban và không có biểu hiện bóng nước hay chỉ có biểu hiện loét miệng đơn thuần.

6. Biến chứng: Các biến chứng thường gặp là: viêm màng não, viêm não màng não, liệt mềm cấp, viêm cơ tim, phù phổi cấp. Các biến chứng này thường gây tử vong cao và diễn tiến rất nhanh có thể trong 24 giờ.

Biểu hiện ban đầu bằng các triệu chứng quấy khóc, ngủ nhiều, hoảng hốt hay giật mình run chi, yếu chi, đứng không vững, đi loạng choạng. Lưu ý: biến chứng viêm não màng não vẫn có thể xuất hiện khi các nốt

phồng nước trên da trẻ đã khô và đóng vảy.

Cần chú ý phát hiện sớm biến chứng viêm võng mạc não và đưa trẻ đến bệnh viện trong vòng 6 giờ đầu sau khi xuất hiện các biểu hiện của biến chứng để được cấp cứu kịp thời.

7. Xác định bệnh: Chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.

+ Yếu tố dịch tễ: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.

+ Lâm sàng: Sốt kèm theo phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông.

+ Xét nghiệm phát hiện vi rút: Lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, máu để xét nghiệm PCR- Realtime hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân do EV71 hay Coxsackievirus A16.

8. Điều trị bệnh chân tay miệng: Hiện chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị triệu chứng. Đưa trẻ đến khám bệnh tại các cơ sở y tế. Nếu trẻ được chỉ định chăm sóc tại nhà, cần thực hiện những điều sau đây :

- Vệ sinh răng miệng và thân thể, tránh làm nhiễm trùng các bóng nước

- Hạ sốt bằng cách lau mình bằng nước ấm, dùng thuốc hạ sốt theo chỉ định của thầy thuốc.

- Nghỉ ngơi hợp lý, hạn chế vận động, dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi; cho ăn thức ăn lỏng, mềm, uống nhiều nước nhất là nước hoa quả, trẻ còn bú cần tiếp tục cho bú sữa mẹ.

- Không cạy vỡ các bóng nước để tránh nhiễm trùng.

- Cho trẻ đi khám 1 - 2 ngày/ lần, trong 5 -10 ngày đầu của bệnh

- Theo dõi sát để phát hiện các dấu hiệu: dễ giật mình, hoảng hốt, run chi, đi loạng choạng, chơi với, co giật, da nổi bông, nôn ói nhiều, sốt cao. Khi có các biểu hiện trên cần đưa trẻ đến bệnh viện ngay.

9. Phòng bệnh chân tay miệng: Hiện nay vẫn chưa có vắc-xin phòng bệnh nên cần thực hiện tốt các biện pháp sau:

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

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

- **Làm sạch đồ chơi, nơi sinh hoạt:** hộ gia đình, nhà trẻ mẫu giáo, các hộ trông trẻ tại nhà cần thường xuyên lau sạch các bề mặt, vật dụng tiếp xúc hàng ngày như đồ chơi, dụng cụ học tập, tay nắm cửa, tay vịn cầu thang, mặt bàn/ghế, sàn nhà bằng xà phòng sau đó lau bằng chloramin B 2% hàng ngày.

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

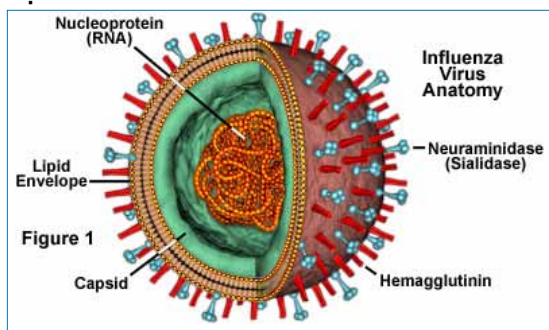
- **Theo dõi phát hiện sớm:** trẻ em phải được thường xuyên theo dõi sức khỏe để kịp thời phát hiện, tổ chức cách ly, điều trị các trường hợp mắc bệnh, tránh lây bệnh cho các trẻ khác.

- **Cách ly, điều trị kịp thời khi phát bệnh:** Các nhà trẻ, mẫu giáo, nhóm trẻ tập trung và hộ gia đình có trẻ dưới 6 tuổi cần chủ động theo dõi sức khỏe của trẻ để kịp thời phát hiện và đưa ngay đến các cơ sở y tế để được điều trị kịp thời. Trẻ bị bệnh phải được cách ly ít nhất là 10 ngày kể từ khi khởi bệnh, không cho trẻ có biểu hiện bệnh đến lớp và chơi với các trẻ khác. Trẻ bị bệnh cần đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người khác; che miệng khi ho, hắt hơi và giữ khoảng cách khi nói chuyện.

Dịch cúm A H5N1, cúm A H1N1 đã quay trở lại!

Bs. Nguyễn Văn Nam - Bộ môn Y học lâm sàng

Đặc điểm của virus cúm:



Cấu trúc virus cúm

Virus gây bệnh cúm bao gồm ba chủng: chủng virus nhóm A, chủng virus nhóm B và chủng virus nhóm C.

Phân loại chủng Virus cúm căn cứ vào sự hiện diện của các glycoprotein bề mặt (glycoprotein gây ngưng kết hồng cầu: Hemagglutinin (H) và men tan nhầy Neuraminidase (N), và được gọi là các yếu tố kháng nguyên của virus.

Sau gần 2 năm bùng phát dịch, đến nay Việt Nam mới ghi nhận ca 2 ca mắc cúm A H5N1 và tỷ lệ tử vong lên đến 100%. Do vậy tại buổi họp ban chỉ đạo phòng chống dịch bệnh chiều 7/2/2012, Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long nhận định dịch cúm A H5N1 đã tái xuất.

Ngày 5/1/2012, Bộ Y tế Mêhicô, đã xác nhận trường hợp đầu tiên tử vong do cúm A H1N1 tại nước này trong năm 2012. Trước đó, bộ trên đã thông báo phát hiện 7 trường hợp nhiễm cúm A/H1N1.

Các chủng virus cúm A và virus cúm B bao gồm các nhóm khác nhau. Các yếu tố H và N do các gene quy định nên khi các gene biến đổi, những yếu tố kháng nguyên này biến đổi theo. Có hai loại biến đổi ở mức độ phân tử: + Các đột biến điểm (point mutations): Thường xảy ra trên hai gene mã hóa các thành phần kháng nguyên dẫn đến các biến đổi nhỏ của H và N (người ta dùng thuật ngữ biến đổi trôi dạt (antigenic drift) để mô tả các đột biến kiểu này). Kết quả hình thành nhiều kiểu kháng nguyên H và N khác nhau được ghi nhận bằng các ký hiệu H1, H2, H3 v.v. và N1, N2, N3, v.v. Vì vậy để ký hiệu mỗi loại virus ta dùng một nhóm gồm hai ký hiệu một từ H và một từ N như: H1N1, H1N2, H2N2, H5N1.... Điều đáng lưu ý là kết quả của biến đổi trôi dạt dẫn đến sự ra đời của chủng virus cúm mới mà kháng thể đối với các chủng virus trước nó không nhận ra được.

+ Các biến đổi lớn có tính chuyển đổi (antigenic shift) xảy ra khi virus cúm nhiễm từ loài này sang loài khác hoặc do trộn lẫn, tái tổ hợp gene của virus cúm ở các loài khác nhau (ví dụ giữa virus cúm A ở người và virus cúm A ở gia cầm). Khi loại biến đổi này xảy ra sẽ cho ra đời một phân chủng virus mới mà tác hại của nó không thể lường trước được. Đây là một trong những yếu tố để một đại dịch bùng phát.

- Chủng virus cúm nhóm A được chia thành các phân nhóm dựa vào tổ hợp các kháng nguyên (H) và các kháng nguyên (N). Tất cả có 16 loại protein H, đối với mỗi loại thì lại có đến 9 phân nhóm protein N, khi tổ hợp lại thì có khả năng tạo ra 144 phân nhóm virus cúm chủng A khác nhau. Các loài chim hoang dã, gia cầm, lợn, ngựa, một số động vật khác và người có thể trở thành vật chủ của tất cả các phân chi của virus cúm A.

- Một số chủng virus cúm nhóm A đã được xác định nhiễm cả người và động vật bao gồm:

+ Cúm A H5N1: Gồm 5 phân nhóm đã được xác định, trong đó nhóm có độc lực cao H5N1 đã và đang lưu hành tại châu Á và châu Âu. Tại Việt Nam năm 2009, theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới có 109 ca khẳng định nhiễm H5N1 ở người, trong đó có 54 ca tử vong, tỷ lệ 50%.

+ Cúm A H1N1 có độc lực rất mạnh gây dịch cúm Tây Ban Nha đã làm

tử vong 50 triệu người ở Châu Âu và Châu Mỹ vào năm 1918.

- Virus cúm B (influenza type B): Thường chỉ phát hiện thấy ở người nhưng ít gây thành dịch như virus cúm A.

- Virus cúm C (influenza type C): Người bị nhiễm virus cúm C có thể biểu hiện các triệu chứng ở dạng nhẹ. Virus cúm C không gây thành dịch.

Đường truyền nhiễm (đường lây bệnh):

Bệnh lây qua đường hô hấp do tiếp xúc với virus có trong nước bọt, dịch mũi và phân của động vật nhiễm virus. Có thể bị lây nhiễm qua tiếp xúc trực tiếp với các chất tiết trên hoặc gián tiếp qua các bề mặt bị ô nhiễm bởi các chất trên.

Riêng virus cúm A H1N1 còn lây trực tiếp từ người sang người thông qua dịch hắt hơi, sổ mũi, ho trong thời gian từ 1 đến 7 ngày sau khi khởi phát bệnh. Qua thực tế thấy virus cúm A H5N1 không lây trực tiếp từ người sang người. Nhưng mới đây (tháng 12/2011) các nhà khoa học Hà Lan và Mỹ vừa tạo ra một chủng virút cúm gia cầm H5N1 mới cực độc và dễ dàng lây truyền từ người sang người.

Biểu hiện của cúm A H1N1, cúm A H5N1 khi gây bệnh ở người.

Khi mới phát bệnh các triệu chứng của cúm H1N1 và H5N1 cũng tương tự như các triệu chứng của cúm thông thường theo mùa:

- Đột nhiên sốt cao.
- Đau khắp người.
- Đau đầu.
- Mệt mỏi.
- Ho khan.
- Chảy nước mũi, hắt hơi.
- Đau họng.

Tuy nhiên, bệnh có thể diễn tiến nặng lên thành viêm phổi, suy hô hấp, suy đa phủ tạng và có thể dẫn đến tử vong.

Điều trị:

- Thuốc ức chế tất cả các loại virus influenza A là: Oseltamivir được hãng Roche thương mại hóa dưới tên gọi Tamiflu, và dòng thuốc này đã trở thành loại thuốc chọn lựa của các chính phủ.
- Điều trị triệu chứng.

Phòng bệnh:

1. Tiêm vaccin:

- Tiêm vaccin cho người lành.
- Tiêm vaccin cho gia cầm và các động vật nuôi trong vùng lưu hành dịch.

2. Tăng cường vệ sinh cá nhân:

- Thường xuyên rửa tay kỹ bằng xà phòng với nước sạch, tránh tối đa việc chùi tay lên mắt và mũi.

- Che miệng và mũi khi ho và hắt hơi, tốt nhất bằng khăn vải hoặc khăn giấy để giảm phát tán dịch theo đường hô hấp, sau đó hủy hoặc giặt khăn thật sạch ngay sau đó.

3. Hạn chế tiếp xúc với nguồn bệnh:

- Tránh tiếp xúc với người bị bệnh hô hấp cấp tính. Khi cần thiết phải tiếp xúc với người bệnh phải đeo khẩu trang y tế.

- Hạn chế tập trung đông người, hội họp, đặc biệt tại những phòng chật hẹp.

- Không cho trẻ em dùng chung đồ chơi, hoặc đồ vật dễ bị ô nhiễm.

4. Tăng cường sức khỏe và khả năng phòng bệnh

- Hạn chế sử dụng các dung dịch sát khuẩn đường mũi, họng, mắt.

- Đảm bảo nơi ở, nơi làm việc thông thoáng, sạch sẽ, nhiều ánh sáng, khí trời. Thường xuyên lau nền nhà, tay nắm cửa và bề mặt các đồ vật trong nhà bằng các chất tẩy rửa thông thường như: xà phòng, nước Javel, cồn Ethanol 70 độ.

- Ăn uống, nghỉ ngơi hợp lý, kết hợp tập thể dục thường xuyên để tăng cường sức đề kháng bảo vệ cơ thể.

5. Làm gì khi có biểu hiện nghi mắc bệnh cúm A (H1N1)

- Nếu người dân phát hiện bệnh nhân nghi mắc bệnh cúm A(H1N1) là những người mới nhập cảnh, hoặc tiếp xúc với người mới nhập cảnh từ vùng có dịch trong thời gian 7 ngày, có các biểu hiện: sốt, ho, đau họng, hắt hơi, sổ mũi, cảm thông báo cho cơ quan y tế gần nhất hoặc liên hệ đường dây nóng để thông báo: *Điện thoại: 0989. 617 115 - Fax: (04) 3 736 6241*

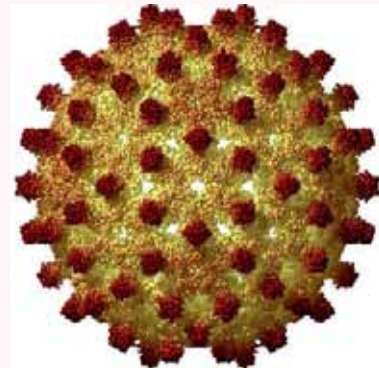
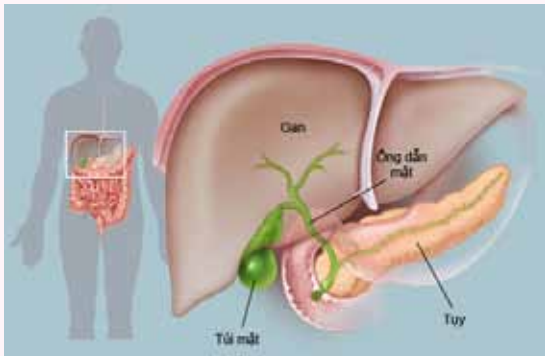
- Nếu bản thân có các dấu hiệu như: sốt, ho, đau họng và tiếp xúc với các đối tượng nguy cơ cao, cần hạn chế tiếp xúc với mọi người, đeo khẩu trang để phòng lây nhiễm, liên hệ với cơ quan y tế gần nhất để được tư vấn và chăm sóc sức khỏe tạm thời.

- Nếu gia đình có người bệnh (bao gồm cả nghi ngờ, ca có thể, ca xác định dương tính với H1N1) thì người bệnh phải cách ly tại nhà hoặc tại cơ sở điều trị, tùy theo tình trạng bệnh trong vòng 07 ngày kể từ khi có biểu hiện bệnh. Tránh tiếp xúc với thành viên khác trong gia đình, trong trường hợp cần thiết phải tiếp xúc thì phải đeo khẩu trang. Hạn chế tiếp xúc gần. 6. Tiêu hủy các động vật nhiễm bệnh và xử lý môi trường

Bệnh viêm gan do virus

TS. Lê Văn Thêm – Bộ môn Y tế công cộng

Viêm gan virus là một bệnh truyền nhiễm do nhiều loại virus gây ra với hai biểu hiện chính là hoại tử và viêm nhiễm ở gan, các loại virus này có cấu tạo vi thể khác nhau nhưng lại gây bệnh cảnh lâm sàng tương tự nhau



Viêm gan B (Ảnh: bocklabs)

1. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Cho tới nay, người ta thấy có nhiều loại virus viêm gan như A, B, C, D, E, G,... Ngoài ra còn một số siêu vi gây bệnh lý toàn thân gây viêm gan thứ phát, nhưng không đặc hiệu: CMV (cytomegalo virus), EBV (Epstein Barr virus) ... Chỉ có virus gây viêm gan B, C, D là có thể gây viêm gan mãn tính và xơ gan. Ở nước ta phổ biến là viêm gan A, B, C; Trong đó, quan trọng là viêm gan B, C do nguy cơ có thể dẫn tới xơ gan và ung thư gan. Đặc điểm của một số loại virus viêm gan

Họ	A	B	C	D	E	G
Thời gian nhiễm virus trong máu	Ngắn	Kéo dài hoặc mạn tính	Kéo dài hoặc mạn tính	Kéo dài hoặc mạn tính	Ngắn	Đang nghiên cứu
Khả năng gây dịch	++	-	-	-	++	
Đường lây:						
-Miệng	++	+			++	
-Máu		++	++	++	-	++
-Sinh dục	-	+	+	+	-	
Chất lây nhiễm:						
-Phân	++	-	-	-	++	
-Máu, các sản phẩm máu	-	++	++	++	-	++
-Chất bài tiết	-	+	+	+	-	
-Thời gian ủ bệnh (tuần)	2-6	4-28	4-6	4-12	6	
-Mang vi khuẩn mạn không triệu chứng	-	+	+	+	-	
-Gây viêm gan mạn	-	+	+	+		



2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Thời kỳ khởi phát (3-5 ngày): Thường xuất hiện các triệu chứng như sốt nhẹ (37,50C- 38,50C), mệt mỏi, uể oải, đau đầu, cổ, thái dương, chán ăn, sợ mỡ, đau, căng tức vùng hạ sườn phải, nước tiểu ít, sẫm màu. Thời kỳ toàn phát (2 - 4 tuần) Các triệu chứng cơ năng giảm đi, bệnh nhân hết sốt, xuất hiện vàng da toàn thân và củng mạc mắt, nước tiểu ít, sẫm màu. Gan thường to mập mé bờ sườn, bờ tù, mặt nhẵn, mặt độ mềm.

Sau 2-4 tuần các triệu chứng thuyên giảm dần nhưng phải mất 6 tháng mới hoàn toàn bình phục. Bệnh có thể tiến triển mạn tính kéo dài nhiều năm, có thể không có triệu chứng, cuối cùng dẫn tới những hậu quả nghiêm trọng như xơ gan, ung thư gan...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Các dấu ấn huyết thanh:

- Đối với viêm gan virus B, cần làm các xét nghiệm: HbsAg, HbeAg, anti-Hbe, anti-HBc, anti-HBs, HBV - DNA, định lượng virus để chẩn đoán và theo dõi điều trị.

- Đối với viêm gan virus C, cần làm các xét nghiệm: anti HCV, HVC-RNA định tính và định lượng.

3.2. Các xét nghiệm khác

- Viêm gan cấp:

+ Hoạt độ ALT, AST tăng rất cao (có thể trên 5 lần bình thường).

+ Bilirubin tăng cao.

+ Tỷ lệ prothrombin giảm, nếu giảm nhiều tiên lượng không tốt.

- Viêm gan mãn:

+ Hoạt độ ALT, AST tăng, không nhiều như trong đợt cấp (ít khi quá 4 lần bình thường).

+ Bilirubin tăng nhẹ.

+ Giảm albumin, prothrombin, giảm tiểu cầu.

+ Tăng AFP, đây là dấu ấn quan trọng theo dõi diễn tiến xơ gan, ung thư gan.

4. DIỄN BIẾN BỆNH

4.1. Đối với người nhiễm virus B:

- Diễn tiến tự nhiên của một người bị nhiễm HBV là đa số tự khỏi do hệ thống miễn dịch tạo được kháng thể bảo vệ đặc hiệu HBsAg. Có một số ít người, HBV tồn tại trong cơ thể lâu dài và xét nghiệm HBsAg luôn (+), họ là người lành mang HBV.

- Nếu có các nguy cơ thương tổn tế bào gan xảy ra (uống rượu, béo phì, gan nhiễm mỡ, hay bị các tác nhân lý hoá khác) thì HBV sẽ phát triển nhiều hơn trong tế bào gan, lượng virút hoàn chỉnh sẽ được phóng thích nhiều hơn vào trong máu (≥ 105 copies/1ml máu) đồng thời gây tổn hại tế bào gan để trở thành bệnh viêm gan mạn tính. Nếu không kiểm soát được sự nhân bản của HBV thì viêm gan mạn tính sẽ dẫn đến hậu quả khó tránh khỏi là xơ gan, ung thư gan.

4.2. Đối với người nhiễm virus C: Đặc điểm chính của viêm gan C là hay chuyển thành mạn tính và khoảng 20% viêm gan C mạn tính sau nhiều năm sẽ chuyển thành xơ gan và ung thư tế bào gan.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Sử dụng thuốc:

- Hạn chế các thuốc độc cho gan (corticoid, phenobarbital, thuốc điều trị lao...)

- Dùng các thuốc có nguồn gốc thảo dược: silymarin, biphenyl dimethyl dicarboxylat

- Thuốc tác động lên hệ miễn dịch: Interferon (IFN) tác động đối với kháng nguyên của HBV trên bề mặt tế bào gan. Thuốc bị thủy phân ở đường tiêu hóa nên chỉ dùng đường tiêm. Khi dùng, một số người bệnh có thể gặp các triệu chứng như sốt, rụng tóc, mệt rối loạn tiêu hóa...

+ Đối với người lớn: tiêm dưới da 5 triệu đv/24h hoặc 10 triệu đv/lần x 3 lần/tuần.

+ Trẻ em: 6 triệu đv/1m² da x 3 lần/tuần, cao nhất là 10 triệu đv.

+ Thời gian điều trị: 16 tuần đối với viêm gan B mạn tính HBeAg (+); 12 tháng đối với viêm gan B mạn tính có HBeAg (-)

Không sử dụng trong xơ gan mất bù.

+ Hiện nay sử dụng Peg Interferon hiệu quả cao và an toàn hơn Interferon

- Thuốc kháng virut: Mục đích biện pháp pháp kháng virus là làm giảm sự sinh sản (ức chế HBeAg và HBV DNA trong máu), cải thiện tổn thương và chức năng gan. Do đó, làm ngừng tiến trình đến xơ gan và ung thư gan. Các nhóm thuốc điều trị viêm gan siêu vi B được FDA công nhận:

* Lamivudin:

+ Người lớn, chức năng thận bình thường: 100 mg/ngày)

+ Trẻ em: 3mg/Kg và không quá 100 mg/ngày

+ Thời gian điều trị: ít nhất 1 năm

Tuy nhiên, hiện nay tỷ lệ kháng lamivudin lên tới 70% (lamivudin bị kháng thuốc theo kiểu gen) nên hiện không được sử dụng dùng nhiều.

* **Adefovir, telbivudin:** Thời gian đạt được mục tiêu điều trị ngắn hơn lamivudin. Tỷ lệ kháng thuốc thấp

hơn lamivudin và có hiệu quả với những người bệnh đã kháng với lamivudin.

* **Tenofovir:** Là thuốc mới nhất, tốt hơn các thuốc trước đó cả về mức đạt được hiệu quả và chưa bị kháng thuốc. Điều trị kéo dài với adefovir ở những bệnh nhân viêm gan B mạn có HBeAg (+) làm giảm HBV DNA dưới 103 copies/ml tới 28% năm thứ 1, 45% năm thứ 2 và 56% ở năm thứ 3 điều trị. ALT trở về bình thường với 48%, 71% và 81% tương ứng với 1, 2 và 3 năm điều trị. Tỷ lệ chuyển đảo huyết thanh HBeAg là 29%, 43% ở năm thứ 2 và 3 điều trị.

* **Entecavir:** liều 0,5mg/ngày được khuyến cáo sử dụng điều trị cho những bệnh nhân viêm gan virus B mạn chưa được sử dụng các thuốc kháng virus và liều cao 1 mg/ngày được khuyến cáo sử dụng cho những người lớn và thanh thiếu niên ≥ 16 tuổi viêm gan B mạn đã điều trị lamivudine hoặc kháng lamivudine. Tỷ lệ kháng thuốc rất thấp (1% sau 1 năm và 9% sau 2 năm) ở những bệnh nhân không đáp ứng với lamivudin.

* **Ribavirin:** Phối hợp với interferon alpha-2b hoặc peginterferon alpha-2b để điều trị viêm gan C mạn tính ở người có bệnh gan còn bù chưa điều trị interferon hoặc tái lại sau điều trị interferon alpha-2b. Ribavirin điều trị đơn độc không có tác dụng. Điều trị phối hợp ribavirin cùng interferon alpha-2b có thể gây ra các tai biến tâm thần (mất ngủ, trầm cảm, cáu gắt, toan tính tự sát ...) ở 1% người bệnh có tiền sử hoặc không có tiền sử rối loạn tâm thần. Các tai biến này thường hết sau khi ngừng ribavirin và interferon alpha-2b. Tuy vậy, một số người bệnh có thể phải dùng thuốc an thần kinh và phải ngừng ribavirin vì interferon alpha-2b.

5.2. Điều trị khác:

- Chế độ ăn uống: Khẩu phần ăn nhiều đạm, nhiều đường, ít chất béo; không uống rượu bia, ăn nhiều bữa nhỏ; giảm các thức ăn có chất sắt như thịt bò, đồ biển, rau muống, rau dền... đối với người bệnh có nồng độ ferritin cao.

- Nghỉ ngơi, tránh lao động nặng cho đến khi hết vàng da, transaminase < 2 lần giới hạn cao của bình thường. Không lao động gắng sức ít nhất sau 3 tháng.

- Theo dõi thường xuyên về lâm sàng và xét nghiệm:

+ Lâm sàng: diễn biến của vàng da, mắt, rối loạn tiêu hóa, xuất huyết, phù chi...

+ Xét nghiệm:

* Trong thời gian điều trị: ALT và AST hàng tuần đến khi < 2 lần so với trị số bình thường; huyết đồ tháng/lần (giảm liều thuốc khi một trong các chỉ số Hb, tiểu cầu, bạch cầu giảm). Các chỉ số HbsAg, HbeAg, anti-Hbe 3 tháng/lần; HBV-DNA 6 tháng/lần

- Sau khi ngừng điều trị: ATL, AST, HbsAg, HbeAg, anti-Hbe, HBV-DNA, HCV-RNA... 3-6 tháng/lần

- Tránh mang thai ít nhất 6 tháng sau khi ngừng điều trị.

6. PHÒNG BỆNH

Các biện pháp phòng bệnh không đặc hiệu

- Vệ sinh ăn uống, vệ sinh thực phẩm, nước uống, vệ sinh môi trường, diệt ruồi

- Bệnh nhân viêm gan lây qua đường tiêu hoá cần được cách ly, tẩy uế các chất thải bỏ, đồ dùng của bệnh nhân

- Người cho máu và các chế phẩm của máu cần được xét nghiệm để loại trừ những trường hợp mang virus viêm gan

- Khi làm các thủ thuật trong sản, ngoại khoa và tiêm truyền cần đảm bảo vô khuẩn, không dùng chung bơm kim tiêm

- Tình dục an toàn

- Bà mẹ đang mang thai, nên được xét nghiệm máu vào tháng thứ 7 của thai kỳ: nếu có mang mầm bệnh virus viêm gan B, thì cần được hướng dẫn phương pháp phòng ngừa để tránh truyền bệnh cho trẻ ngay từ khi mới sinh.

Các biện pháp phòng bệnh đặc hiệu

- Dùng vaccin viêm gan B theo chương trình tiêm chủng mở rộng

+ Mũi 1: Trước 24 giờ sau sinh

+ Mũi 2: Khi trẻ được 2 tháng

+ Mũi 3: Khi trẻ được 3 tháng

+ Mũi 4: Khi trẻ được 4 tháng

- Trẻ sinh từ mẹ có HBsAg và HBeAg (+) Ngay lúc sinh cần tiêm 1 mũi 0,5ml H-BIG "Hepatitis B immune globulin") và tiêm vaccin theo chương trình tiêm chủng mở rộng

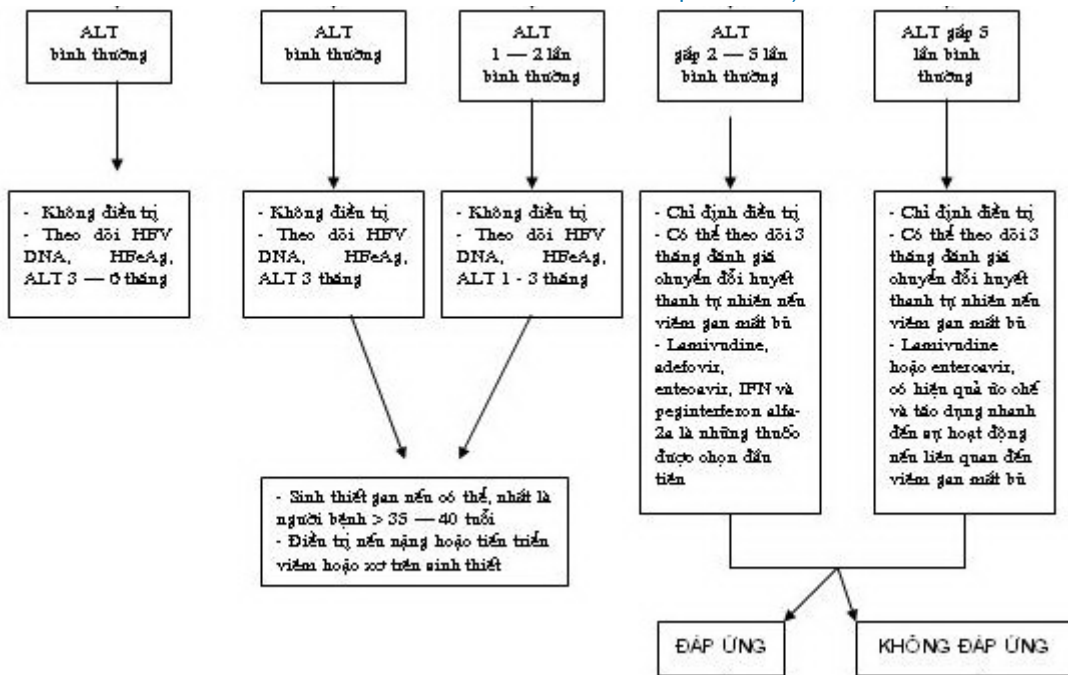
- Những người có nguy cơ nhiễm virus viêm B cao như gái mại dâm, nghiện chích ma túy, cán bộ y tế có tiếp xúc với máu hoặc chế phẩm của người bệnh cần được tiêm vaccin viêm gan B 3 mũi, mũi 2 cách mũi đầu 1 tháng và cách mũi ba 6 tháng

- Hiện nay đã có vaccin phòng viêm gan A rất hiệu quả. Tuy nhiên, có lẽ do giá thành cho tới nay chưa có một quốc gia nào có chủ trương quy mô quốc gia đưa vaccin viêm gan A vào chương trình tiêm chủng mở rộng. Tiêm chủng cho những tập thể, trẻ nhỏ, thanh niên hoặc nhóm có nguy cơ cao có lẽ có thể thực hiện để giảm tần xuất bệnh ở mức quốc gia

- Hiện nay, chưa có vaccine để tiêm phòng hiệu quả viêm gan siêu vi C, do đó việc phòng ngừa lây nhiễm virus viêm gan C vẫn dựa trên những biện pháp cổ điển nhằm tránh tiếp xúc trực tiếp với máu của người bị nhiễm virus này, đồng thời phát hiện và chữa trị cho bệnh nhân viêm gan siêu vi C mạn tính để hạn chế nguồn lây bệnh.

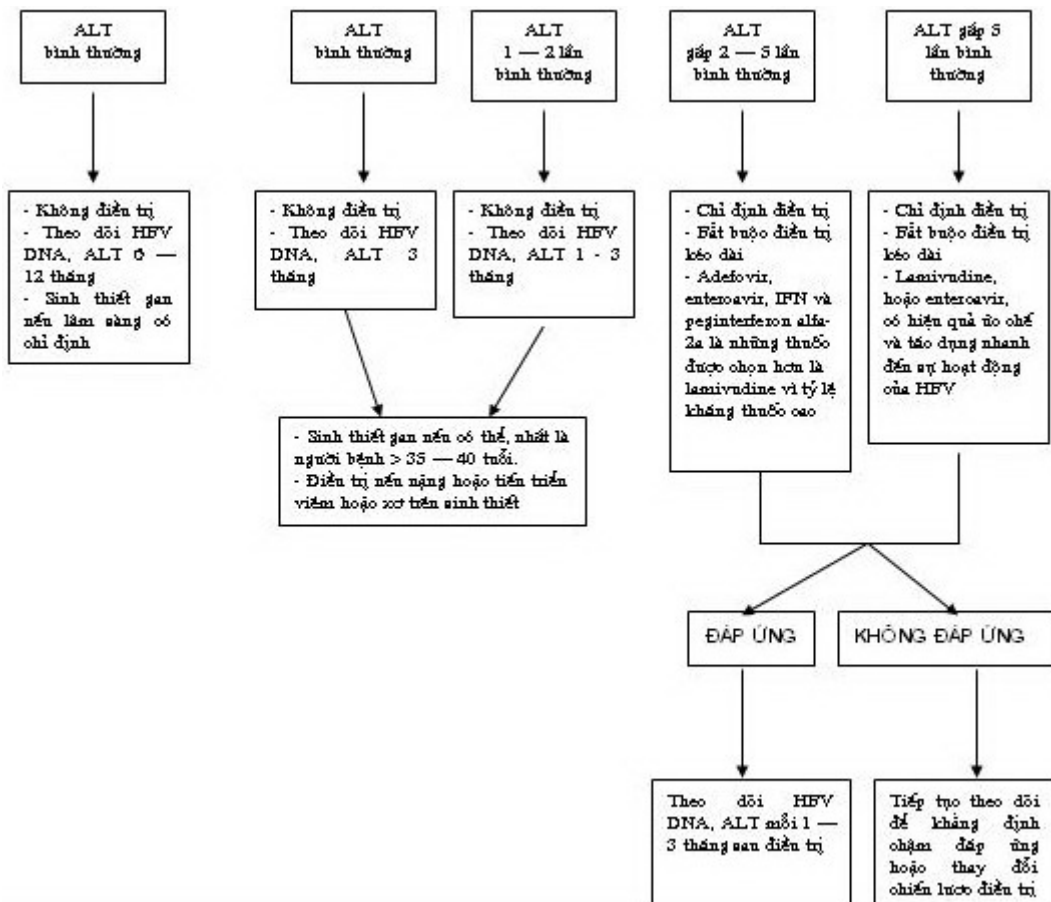
SƠ ĐỒ 1: KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM GAN VIRUT B MẠNH HBeAg (+)

(Adapted from Liaw Y-F et al. Liver International 2005 and Keeffe EB et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2006)



SƠ ĐỒ 1: KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM GAN VIRUT B MẠNH HBeAg (+)

(Adapted from Liaw Y-F et al. Liver International 2005 and Keeffe EB et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2006)



Bệnh Rubella - nguy hiểm đối với phụ nữ mang thai

Th.s Lê Quang Trung - Bộ môn Y học Lâm sàng



Bệnh Rubella được biết đến từ năm 1814, được mô tả và đặt tên là “bệnh sởi Đức”. Rubella tên được bắt nguồn từ một thuật ngữ Latin có nghĩa là “nhỏ màu đỏ.” Bệnh Rubella do virus RNA, thuộc họ Togaviridae, nhóm rubivirus.

Virus RNA gây bệnh chủ yếu ở da và hạch bạch huyết, bệnh thường lây truyền qua dịch tiết mũi họng, cũng có thể lây truyền qua đường máu của người mẹ vào bào thai gây nên bệnh Rubella bẩm sinh ở trẻ sơ sinh. Diễn biến của bệnh Rubella mắc phải ở trẻ em thường là nhẹ nhưng Rubella bẩm sinh ở trẻ sơ sinh thường gây nên những hậu quả nặng nề.

Bệnh lan rộng khắp các nước trên thế giới, thường xuất hiện vào mùa đông xuân. Sau khi nhiễm bệnh một lần trong cuộc đời, hầu như hiếm khi bị lại. Trong khoảng thời gian từ một tuần trước phát ban và trong lúc phát ban là thời gian mà người bệnh có khả năng lây bệnh cao nhất. Sự nguy hiểm ở đây là bệnh rất dễ lây lan và nguồn lây bệnh không thể phát hiện được cho đến khi người bị nhiễm có triệu chứng phát ban một tuần sau đó. Biện pháp cách ly người bệnh đến thời điểm này cũng được xem là đã quá muộn.

Cách lây truyền bệnh: Bệnh lây nhiễm qua đường hô hấp, thông qua

các giọt bắn của dịch tiết đường hô hấp nhất là khoảng một tuần trước đến một tuần sau khi phát ban. Lây truyền từ mẹ sang con: do mẹ bị nhiễm bệnh lây sang cho con trong bào thai. Ở trẻ em mắc bệnh Rubella bẩm sinh, ngoài lây qua đường dịch tiết hô hấp còn có thể lây qua nước tiểu sang người chưa có miễn dịch với Rubella trong vài tháng.

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh

Trong thời gian gần đây ở nước ta, tỷ lệ rất lớn người bệnh nhiễm Rubella đang lây lan và chưa có dấu hiệu chững lại, trong đó có rất nhiều phụ nữ mang thai nhiễm Rubella đã phải đình chỉ thai nghén bỏ thai do ảnh hưởng nguy hiểm đối với thai nhi.

Triệu chứng lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh: Từ khi người bình thường bị nhiễm virus tới khi xuất hiện những biểu hiện ban đầu được gọi là thời gian ủ bệnh. Trung bình thời gian ủ bệnh Rubella là 18 ± 5 ngày

- Biểu hiện lâm sàng và mức độ nghiêm trọng của bệnh thay đổi theo từng lứa tuổi.

- Biểu hiện khởi đầu của bệnh Rubella thường gặp là sốt nhẹ $37,2 - 38,0$ C (chiếm khoảng 60-65% tổng số bệnh nhân Rubella), sốt vừa và sốt cao chỉ chiếm 20-25% tổng số bệnh nhân Rubella). Viêm mũi họng nhẹ chiếm 65-70%.

- Biểu hiện nổi bật nhất của bệnh là phát ban ở da. Hầu hết các bệnh nhân có ban bắt đầu xuất hiện ở mặt, lan nhanh khắp người không theo thứ tự trong vòng 24 giờ. Ban thường đứng riêng rẽ (80,6%) thành những chấm hồng hoặc đỏ nhạt, nhưng có thể chụm thành đám phẳng đổi màu (19,4%). Ban tồn tại từ 1 đến 5 ngày, nhưng thường gặp nhất là 3 ngày

- Đối với trẻ em mắc Rubella, sưng hạch là biểu hiện thường gặp chiếm 60-90%. Bệnh nhân có thể sưng một hoặc nhiều nhóm hạch. Thường hay sưng hạch dọc cơ ức đòn chũm (91,7%), hạch sau tai (30,6%) và

hạch cằm (27,8%), hạch góc hàm (25%) và hạch dưới hàm ít nhất (16,7%).

- Đau khớp hoặc đau khắp người, thường gặp ở phụ nữ. Các khớp ngón tay, cổ tay, gối, cổ chân đau trong khi phát ban, sau đó không để lại di chứng.

- Phụ nữ mang thai nhiễm rubella là rất đáng lo ngại. Bởi phụ nữ mang thai ở giai đoạn càng sớm thì nguy cơ xảy ra các biến cố cho thai nhi càng cao. Hội chứng rubella bẩm sinh (congenital rubella syndrome - CRS) là hậu quả nghiêm trọng của bệnh gây ra khiếm khuyết ở bào thai. Thai phụ bị nhiễm virus Rubella trong 3 tháng đầu thai kỳ thì có tới 90% thai nhi bị ảnh hưởng như thai chết lưu, sảy thai tự nhiên... Khi thai phụ nhiễm bệnh ở những tháng sau, khả năng ảnh hưởng trên thai giảm dần (khoảng 50% từ 12 - 17 tuần thai; 20% từ 17 - 20 tuần thai), sau 20 tuần thì hầu như rất ít ảnh hưởng đến thai. Trẻ sinh ra có thể mắc các dị tật như: còn ống động mạch, thông liên thất, hẹp động mạch phổi, loét giác mạc, đục thủy tinh thể, viêm võng mạc, nhãn cầu nhỏ, chậm phát triển trí tuệ và điếc. Theo nghiên cứu tại bệnh viện phụ sản Trung Ương năm 2011 cho thấy: 28 trẻ bị rubella bẩm sinh, trong đó 24 trẻ sống, 4 tử vong, tỉ lệ 100% các bé được sinh ra trong tình trạng thiếu ói và cận ói, ngay sau sinh xuất huyết dạng nốt và giảm tiểu cầu, tỉ lệ suy dinh dưỡng bào thai là 100%. Khi mẹ nhiễm rubella, thai có nguy cơ sảy thai, dị dạng tim (52-80%), thương tổn mắt (50-55%), điếc (60%), chứng não nhỏ, chậm phát triển tinh thần (40%).

Trong trường hợp hiếm gặp, nhiễm rubella có thể giảm số lượng tiểu cầu, có thể gây ra biến chứng chảy máu, viêm não, rối loạn thần kinh như: co giật, chậm chạp, đờ đẫn, nói sáng, nặng hơn là hôn mê.

Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu tìm xem có kháng thể chống virút rubella không. Có hai loại kháng thể: IgM xuất hiện ngay

sau có bệnh (thường sau sốt, phát ban vài ngày) và tồn tại khoảng 6 - 8 tuần thì hết hẳn; IgG xuất hiện sau IgM từ 1 - 2 tuần, tăng nhanh chóng trong khoảng 2 - 3 tháng liên tục rồi giảm dần nhưng không bao giờ mất hẳn. Do tính chất như vậy, có khi phải xét nghiệm tìm các loại kháng thể trong vài lần liên tục mới có thể khẳng định có phải đang bị bệnh hay mới nhiễm rubella. Sau đó còn so sánh thời điểm nhiễm có nằm trong khoảng gây ảnh hưởng thai nhi không, rồi mới xử trí thai kỳ theo hướng có lợi nhất cho thai phụ. Khi xét nghiệm cho kết luận thai phụ chưa từng nhiễm rubella, nếu lúc này giai đoạn thai còn nhỏ 10 - 12 tuần, thì không có nghĩa thai phụ sẽ không có nguy cơ nhiễm bệnh trong các tháng sau. Khi đó cũng không thể dùng thuốc chủng ngừa rubella vì thuốc cấm dùng lúc mang thai. Trong các trường hợp kết quả xét nghiệm cho biết nhiễm bệnh từ lâu hay đang bị nhiễm bệnh, đôi khi còn phải làm xét nghiệm nhiều lần mới dám kết luận, chứ không thể chỉ một lần là có thể chứng minh được rõ ràng.

Phân lập tìm virus Rubella: Xét nghiệm rất tốn kém, mất thời gian và chỉ coi là một chẩn đoán mang tính chất nghiên cứu hoặc kiểm chứng sự có mặt của virus trong cơ thể người bệnh

Điều trị:

Cho đến nay vẫn chưa có thuốc để điều trị đặc hiệu với virus Rubella. Các biện pháp chủ yếu vẫn là điều trị các triệu chứng như: Dùng thuốc hạ nhiệt giảm đau (thường dùng nhóm paracetamol, có thể dùng các thuốc trong nhóm acetaminophen hoặc ibuprofen, không nên dùng nhóm aspirin vì có thể gây hội chứng Reye, dẫn tới suy gan, xuất huyết...). Khi bệnh nhân phát ban, chán ăn, mệt mỏi cần sử dụng các vitamin nhóm B, vitamin C, vitamin AD, cho ăn lỏng, thức ăn dễ tiêu, tăng cường ăn rau quả, uống nhiều nước quả và có thể truyền bổ sung các dung

dịch đẳng trương vào tĩnh mạch để tránh mất nước và rối loạn điện giải trong máu. Chú trọng tới vệ sinh cá nhân, nhất là vệ sinh da và vệ sinh răng miệng.

Phòng bệnh:

Hai biện pháp chính của phòng bệnh là cách ly và tiêm phòng bằng vaccin

- Từ năm 1969 ứng dụng tiêm phòng vaccin Rubella giảm độc lực vào phòng bệnh Rubella. Việc bảo vệ tốt nhất chống lại bệnh Rubella là thông qua tiêm phòng vaccin Rubella, được ứng dụng tạo nên miễn dịch bền vững chống lại bệnh Rubella. Năm 2005, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh của Hoa Kỳ (CDC) đã tuyên bố loại trừ được bệnh Rubella ở Mỹ.

Phổ biến trên thị trường là vaccin MMR, bảo vệ chống lại lây nhiễm với bệnh sởi, quai bị và rubella, đường tiêm bắp hoặc tiêm dưới da. Vaccin MMR nên được sử dụng cho trẻ em liều đầu tiên ở độ tuổi 12 -15 tháng và liều thứ hai khi trẻ 4-6 năm tuổi. Hai liều vaccin MMR cung cấp bảo vệ chống lại ban đào trên 99% những người tiêm phòng.

- Cách ly người bệnh

- Vệ sinh môi trường, ngoại cảnh, phòng ốc phải thông thoáng.

- Nâng cao thể lực: tập thể dục thể thao, sinh hoạt điều độ, ăn uống đầy đủ dưỡng chất.

* **Khuyến cáo:** Phụ nữ có thai chưa có miễn dịch nên tránh tiếp xúc với người bệnh Rubella. Phụ nữ chuẩn bị có thai nên kiểm tra tình trạng miễn dịch của bệnh, nếu chưa được miễn dịch thì nên đi tiêm vaccin phòng bệnh. Phụ nữ có thai hoặc phụ nữ có thể sẽ có thai trong vòng 3 tháng không nên tiêm vaccin phòng bệnh Rubella, bởi tác hại của Rubella đối với sự phát triển của phôi thai cho đến nay vẫn chưa biết rõ.

Tiêu chảy cấp do Rotavirus Nguyên nhân gây bệnh thường gặp ở trẻ em

ThS. Nguyễn Thị Thu Hiền – Bộ môn Y học lâm sàng

Thiêu chảy cấp do Rotavirus là bệnh nhiễm khuẩn dạ dày ruột cấp do vi-rút Rota gây nên. Theo WHO mỗi năm ước tính có khoảng 100 triệu trẻ bị tiêu chảy cấp do Rotavirus chiếm 40% các trường hợp nhập viện do tiêu chảy ở trẻ dưới 5 tuổi và có khoảng 350.000 - 600.000 trẻ bị tử vong do bệnh. Virus Rota là nguyên nhân số 1 gây tử vong do tiêu chảy ở trẻ em. Hầu hết trẻ đều nhiễm vi rút tiêu chảy trong 5 năm đầu đời. Rotavirus tấn công trẻ ngay từ khi trẻ còn nhỏ. Trong đó, lứa tuổi thường mắc bệnh

nhất là từ 6 tháng đến 2 tuổi. Tại các nước có khí hậu ôn đới, bệnh xảy ra vào mùa lạnh và khô. Riêng tại Việt Nam, ở miền Bắc bệnh thường xảy ra vào mùa đông; ở miền Nam bệnh xảy ra quanh năm, nhiều nhất là vào tháng 3 và tháng 9.

Rotavirus có 5 typ là A, B, C, D, E. Các nghiên cứu chỉ ra rằng chủ yếu là Rotavirus A gây bệnh dạ dày ruột ở người chiếm hơn 90% trên toàn thế giới. Rotavirus B (ADRV) chỉ gây tiêu chảy ở người lớn, được phát hiện nhiều ở Trung Quốc, Ấn Độ và một số lượng ít loài này ở Mỹ.

Rotavirus C cũng gây tiêu chảy ở trẻ em một số nước như Nhật Bản và Anh.

Rotavirus có khả năng lây lan rất cao vì tồn tại trong môi trường và lưu lại trên tay vài giờ, trên bề mặt rắn khoảng vài ngày. Khi trẻ nhiễm Rotavirus sẽ đào thải ra ngoài một lượng siêu vi rất lớn đến 10 ngàn tỷ trong 1 gram phân, cao gấp 100 lần lượng virus để có thể lan truyền sang người khác. Virus này lan truyền theo đường phân - miệng qua tay. Trẻ em có thể nhiễm Rotavirus qua đường tiêu hóa từ thức ăn, thức

uống, đồ vật, đồ chơi, giường, gối, chăn bị nhiễm bẩn. Gần đây, một số nhà khoa học nghi ngờ Rotavirus cũng có thể truyền qua không khí vì virus được tìm thấy trong dịch tiết đường hô hấp của những trẻ bị bệnh.

Sau khi bị lây nhiễm virus khoảng 12 giờ đến 4 ngày trẻ xuất hiện sốt, nôn dữ dội, nôn có thể kéo dài 2 - 3 ngày. Trẻ nôn rất nhiều vào ngày đầu và giảm bớt khi bắt đầu đi tiêu chảy. Phân lỏng toàn nước, không có máu. Tiêu chảy và nôn có thể lên đến hơn 20 lần/ngày.

Những trường hợp bệnh nặng, trẻ nôn và tiêu chảy nhiều dẫn đến bị mất nước và mất các chất điện giải nghiêm trọng nên lúc này không bù nước tại nhà bằng đường uống mà nên đưa trẻ tới bệnh viện. Trong trường hợp không được truyền dịch kịp thời để bù nước và điện giải, trẻ có thể tử vong vì tình trạng kiệt nước.

Đối với trẻ bị bệnh nhẹ, sau khi đưa trẻ đến khám tại các cơ sở y tế, có thể để trẻ ở nhà và chăm sóc theo sự hướng dẫn của thầy thuốc.

Lưu ý những điểm sau đây:

+ Cho trẻ uống nhiều nước hơn bình thường, tốt nhất là cho trẻ uống dung dịch ORESOL có bán sẵn trên thị trường. Nếu không có dung dịch này, thức uống khác thích hợp để dùng là nước dừa, nước trái cây. Không nên sử dụng các loại nước giải khát công nghiệp như nước ngọt, nước uống có gas và thức uống có hương vị trái cây. Vì các đồ uống này có chứa rất nhiều đường, có thể làm cho tiêu chảy nặng hơn.

+ Nếu trẻ đang bú mẹ thì vẫn tiếp tục cho bú. Nếu trẻ không bú mẹ thì nên cho uống sữa và tuyệt đối không pha loãng sữa. Nếu trẻ có biểu hiện không dung nạp lactose trong sữa như: Tiêu chảy kéo dài trên 7 ngày; phân lỏng toàn nước, mùi chua, có bọt, chướng bụng... mới cần sử dụng các loại sữa không có lactose dùng cho trẻ tiêu chảy.

+ Nếu trẻ đã ăn bổ sung, có thể cho trẻ ăn những thức ăn hàng ngày trẻ vẫn ăn theo đúng độ tuổi. Tuy nhiên, nên dùng những thức ăn dễ tiêu, chia thành nhiều bữa hơn. Những

thức ăn có nhiều kali như chuối, dưa, hồng xiêm là nguồn cung cấp kali rất tốt khi trẻ bị tiêu chảy. Thức ăn cần được nấu kỹ, nghiền nát và cho thêm vài giọt dầu có thể giúp kích hoạt tiêu hóa dễ hơn và tăng cường năng lượng. Khi trẻ đã bớt tiêu chảy, thèm ăn, nên cho ăn thêm mỗi ngày một bữa trong khoảng 2 tuần để nhanh phục hồi.

+ Hãy mang trẻ đi khám bác sĩ, nhất là khi tình trạng con bạn không tốt hơn trong 2 ngày, với các biểu hiện như: Ăn uống kém, tiếp tục đi phân lỏng nhiều và thường xuyên nôn mửa, sốt hay phân có máu.

Đa số trường hợp trẻ sẽ hết tiêu chảy sau 4 - 8 ngày. Tuy nhiên có thể có trẻ vẫn còn tiêu chảy đến 2 tuần.

Tiêu chảy cấp do Rotavirus không những là một nguyên nhân gây tử vong do kiệt nước mà còn là nguyên nhân gây tiêu chảy kéo dài và suy dinh dưỡng phổ biến ở trẻ nhỏ vì khi bị tiêu chảy do Rotavirus, lớp màng nhầy, vi nhung mao có chứa nhiều men và niêm mạc của ruột non bị phá hủy, ảnh hưởng trực tiếp đến sự hấp thu của thức ăn, đặc biệt là sữa. Khi đó, trẻ có thể không dung nạp đường lactose có trong sữa, khiến trẻ tạm thời không thể hấp thu sữa hoàn toàn. Điều này dẫn đến tiêu chảy kéo dài, sụt cân và suy dinh dưỡng ở trẻ.

Điểm khác biệt của tiêu chảy do Rotavirus với các bệnh tiêu chảy khác là khi trẻ nhiễm lần đầu thường nặng nhất. Các lần nhiễm sau sẽ nhẹ hơn vì trẻ đã có kháng thể bảo vệ. Tiêu chảy do Rotavirus không đáp ứng với điều trị bằng kháng sinh, điều này không giống như các trường hợp tiêu chảy nhiễm khuẩn khác. Kháng sinh thậm chí có thể còn làm cho tiêu chảy nặng hơn. Vì vậy trong điều trị tiêu chảy do Rotavirus không cần thiết dùng kháng sinh và để điều trị phòng ngừa tiêu chảy tái nhiễm, việc bổ sung kẽm sẽ được bác sĩ chỉ định dùng trong khoảng 2 tuần.

Làm thế nào để phòng tránh bệnh?

- Tiêu chảy cấp do Rotavirus lây

lan rất nhanh, do đó nếu trẻ bị bệnh nên cho trẻ nghỉ học đến khi hết tiêu chảy để tránh lây lan cho các trẻ khác.

- Giữ vệ sinh tay sạch sẽ là biện pháp cơ bản để phòng bệnh. Nên tập cho trẻ có thói quen rửa tay trước khi cầm nắm thức ăn, trước khi ăn, sau khi đi vệ sinh.

- Các bà mẹ và những người chăm trẻ phải rửa tay sạch bằng xà phòng sau khi thay tã lót hoặc làm vệ sinh cho trẻ và trước khi cho trẻ ăn.

- Không để trẻ bò lê la trên sàn nhà hoặc ngậm tay, ngậm đồ chơi.

- Lau rửa sàn nhà và các vật dụng, bàn ghế, đồ chơi bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B, lau rửa sàn toa-lét, bồn cầu sau khi trẻ tiêu chảy đi vệ sinh.

- Tã lót của trẻ bị bệnh phải được cho vào bao nylon, buộc kín rồi cho vào thùng rác.

- Biện pháp phòng bệnh chủ động nhất đối với tiêu chảy cấp do Rotavirus là uống vaccin phòng nhiễm Rotavirus.

Năm 1998 vaccin phòng bệnh do Rotavirus đã được thử nghiệm lâm sàng tại Mỹ và Venezuela cho thấy hiệu quả phòng bệnh là 80%

- 100%. Sau đó nhiều nghiên cứu y học và thử nghiệm lâm sàng đã được tiến hành nhằm tìm ra loại vaccin an toàn và hiệu quả nhất dùng cho trẻ em. Đến tháng 6 năm 2009 hai loại vaccin phòng nhiễm Rotavirus được WHO khuyến cáo nên được áp dụng cho chương trình tiêm chủng mở rộng ở trẻ em trên thế giới là Rotarix của hãng Glaxo-SmithKline và RotaTaq của Merck. Cả hai loại vaccin này đều là vaccin uống.

Tại Việt Nam trẻ được uống vaccin phòng nhiễm Rotavirus 2 liều cách nhau 1 tháng, bắt đầu từ tuần lễ thứ 6 sau khi sinh (tuổi lớn nhất có thể uống được vắc-xin phòng Rotavirus là 3 tháng tuổi, tuổi kết thúc uống là 4 tháng tuổi). Khi đưa trẻ đi uống vắc-xin, các bà mẹ cần lưu ý khai rõ tình trạng sức khỏe và bệnh tật của trẻ cho cán bộ y tế. Sau khi uống vắc-xin lần thứ nhất, nếu trẻ có biểu hiện dị ứng hoặc bất thường phải báo ngay với bác sĩ.

SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

ThS. Nguyễn Thị Nga - Bộ môn Y học lâm sàng

Bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue. Virut Dengue truyền từ người bệnh sang người lành qua vật chủ trung gian truyền bệnh là muỗi Aedes Aegypti. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính mỗi năm có khoảng 50 đến 100 triệu người mắc bệnh. Hiện nay bệnh đã trở thành dịch trên 100 quốc gia ở châu Phi, châu Mỹ, khu vực phía Đông Địa Trung Hải, Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Việt Nam bệnh lưu hành quanh năm nhưng dịch thường xảy ra vào đầu mùa mưa.

1. Dịch tễ học:

Những vụ dịch đầu tiên được ghi nhận xảy ra vào năm 1778-1780 ở châu Á, châu Phi và Bắc Mỹ. Tỷ lệ mắc bệnh trên toàn thế giới đã gia tăng mạnh mẽ trong những năm gần đây. Bệnh hiện đã trở thành dịch tại trên 100 quốc gia ở châu Phi, châu Mỹ, khu vực phía Đông Địa Trung Hải, Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương là khu vực chịu ảnh hưởng nặng nề nhất. Trước năm 1970, chỉ có 9 quốc gia có dịch lưu hành. Con số này tăng lên gấp hơn 4 lần vào năm 1995. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính mỗi năm có khoảng 50 đến 100 triệu người mắc bệnh. Trong vụ dịch, tỷ lệ mắc bệnh ở những đối tượng nhạy cảm thường là 40-50% nhưng cũng có thể cao đến 80-90%. Tỷ lệ tử vong chung vào khoảng 2,5%. Nếu không được điều trị, tỷ lệ tử vong của Sốt xuất huyết Dengue có thể vượt quá 20%. Với phương thức điều trị tích cực hiện đại, tỷ lệ tử vong có thể thấp hơn 1%.

1.1. Mầm bệnh:

Virus Dengue thuộc chi Flavivirus (họ Arbovirus nhóm B hay Flaviviridae). Có 4 type huyết thanh: DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Nhiễm một loại virus có khả năng tạo nên miễn dịch suốt đời nhưng chỉ chống lại chính loại huyết thanh virus đó. Chính vì vậy mà những người sống trong vùng lưu hành dịch Dengue có thể mắc bệnh nhiều hơn một lần trong đời. Virus Dengue rất mong manh, không sống được ở nhiệt độ bình thường, nhưng lại tồn tại khá lâu trong trạng thái đông lạnh hay đông khô. Virus cũng dễ bị bất hoạt nhanh chóng bởi Desoxycholate, các dung môi hữu cơ, các chất tẩy.

1.2. Nguồn bệnh:

Những người mắc bệnh, đặc biệt những người mắc thể nhẹ, không được quản lý sẽ là nguồn bệnh quan trọng. Ngoài ra, người ta mới phát hiện ở Malaixia có loài khỉ sống ở các khu rừng nhiệt đới cũng mang virus Dengue.

1.3. Trung gian truyền bệnh:

Muỗi aegypti là vector truyền bệnh chủ yếu ở khu vực thành thị. Muỗi Aedes aegypti là loại muỗi vằn, hoạt động vào ban ngày và chỉ có muỗi cái mới đốt người. Khi muỗi cái Aedes hút máu người bệnh nhiễm virus Dengue, virus này sẽ ủ bệnh trong cơ thể muỗi khoảng 8 đến 11 ngày. Khi đốt người lành sau đó, muỗi có nguy cơ truyền bệnh cho người. Sinh sản thuận lợi ở những dụng cụ chứa nước nhân tạo gần nhà. Nhiệt độ thuận lợi cho trứng phát triển là 26°C (11-18 ngày), ở nhiệt độ 32- 35°C (4- 7 ngày).

Aedes albopictus là vector truyền bệnh quan trọng ở

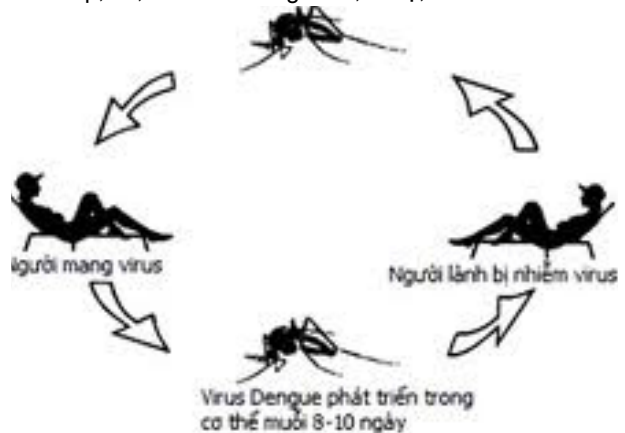


vùng nông thôn. Loài muỗi này gần đây đã lan tràn đến khu vực Trung Mỹ, Hoa Kỳ và tại đây muỗi này là vector truyền bệnh quan trọng thứ hai. Muỗi Aedes aegypti không truyền virus cho trứng còn muỗi Aedes albopictus thì có khả năng này

1.4. Điều kiện phát sinh dịch:

Có ba điều kiện:

- Mật độ muỗi A.aegypti cao (≥ 1 con/nhà và $\geq 50\%$ nhà kề cận có muỗi);
- Khí hậu thời tiết thích hợp: mùa mưa, nhiệt độ $> 16-22^{\circ}\text{C}$;
- Mật độ dân cư cao, chưa có miễn dịch, nhà ở chật chội ẩm thấp, tối, có nhiều cống rãnh, ú trệ, ao tù.



2. Biểu hiện lâm sàng

Bệnh có thể gặp ở mọi đối tượng nhưng thường gặp ở trẻ em và người trẻ.

- SXHD thường bắt đầu bằng triệu chứng sốt cao đột ngột 39 - 40°C, người bệnh mệt mỏi, nhức đầu (nhất là nhức 2 hốc mắt), đau mỏi các cơ khớp...Sốt liên tục, thường



kéo dài 5 - 7 ngày (có 1 số ít trường hợp có thể sốt tới 8 - 10 ngày).

- Xuất huyết: Đây là triệu chứng giúp dễ nhận biết được trên lâm sàng. Xuất huyết thường xuất hiện từ ngày thứ 3 sau sốt. Dấu hiệu xuất huyết rất đa dạng, từ dấu hiệu dấy thăt dương tính đến xuất huyết dưới da dạng nốt, chấm, xuất huyết niêm mạc (chảy máu cam, nôn ra máu, rong kinh...). Đôi khi có thể gặp xuất huyết nội tạng (chảy máu não).

- Cùng với xuất huyết, ở bệnh nhi thường thấy gan to dưới bờ sườn, mềm. Cơ chế chảy máu trong SXHD do 3 yếu tố: giảm tiểu cầu, giãn thành mạch và rối loạn yếu tố đông máu.

- Cô đặc máu: cũng từ ngày thứ 3 sau sốt, thành mạch máu giãn nở (do phức hợp kháng nguyên - kháng thể hình thành) làm cho nước thoát ra khỏi lòng mạch. Nếu đo hematocrit, người ta nhận thấy tỷ lệ tế bào máu (hữu hình) với thể tích huyết tương (vô hình) tăng lên dần. Hiện tượng thoát mạch này dẫn đến tình trạng cô đặc máu do giảm thể tích huyết tương và dẫn đến sốc. Sốc nhẹ (sớm) thường thấy trẻ vật vã, huyết áp hạ hoặc kẹt, chân tay lạnh, đái ít. Nặng hơn, người bệnh lơ mơ, mê sảng, huyết áp không đo được, vô niệu.

3. Chẩn đoán và điều trị

Chẩn đoán: Chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue thường dựa vào các yếu tố dịch tễ, biểu hiện lâm sàng hoặc xét nghiệm, trong đó kỹ thuật sinh học phân tử giúp chẩn đoán nhiễm virus Dengue sớm nhất.

Xét nghiệm máu:

- Số lượng bạch cầu giảm. Tăng bạch cầu và tăng bạch cầu trung tính thường là dấu hiệu để loại trừ Dengue xuất huyết.

- Số lượng tiểu cầu thường giảm (< 100 Giga/L), số lượng tiểu cầu càng giảm, nguy cơ xuất huyết càng cao.

- Hematocrit: khi giá trị hematocrit tăng trên 20% so với trị số bình thường trước đó của bệnh nhân hoặc tăng > 45% giá trị của người bình thường thì được coi là bị cô đặc máu.

Xét nghiệm Miễn dịch:

- Định lượng kháng thể Dengue IgM: trong nhiễm Dengue tiên phát, kháng thể IgM xuất hiện chậm, có thể phát hiện trong máu ở 80% số bệnh nhân ở ngày thứ 5 và 93-99% số bệnh nhân ở ngày thứ 6 đến ngày thứ 10 kể từ khi xuất hiện sốt. Dengue IgM có thể tồn tại trong máu đến trên 90 ngày.

- Định lượng kháng thể Dengue IgG: trong sốt xuất huyết

nguyên phát, kháng thể Dengue IgG chỉ xuất hiện trong giai đoạn hồi phục. Trong sốt xuất huyết thứ phát, kháng thể Dengue IgG xuất hiện ngay trong giai đoạn cấp và tăng trên 4 lần trong giai đoạn hồi phục (nếu các mẫu máu lấy cách nhau ít nhất 7 ngày).

Xét nghiệm Sinh học phân tử: có thể phát hiện virus Dengue trong máu ngay từ ngày đầu tiên đến ngày thứ 5 kể từ khi xuất hiện sốt và xác định các genotype DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4;

Kỹ thuật Real-time RT-PCR đạt độ nhạy 80-90% và độ đặc hiệu đến trên 95%. Trường hợp bệnh nhân có kết quả Realtime RT-PCR (-) tính ở 5 ngày đầu thì được coi là chưa xác định và cần lấy mẫu máu thứ 2 sau đó 5 ngày để khẳng định có nhiễm virus Dengue hay không bằng cách định lượng Dengue IgM và IgG.

Điều trị:

- Nguyên tắc điều trị: Bổ sung dịch sớm, đủ, tùy theo mức độ; Hạ nhiệt khi sốt cao trên 40°C, an thần; Truyền máu khi xuất huyết phủ tạng nặng và Hematocrit giảm; Phát hiện và xử trí sớm sốc; Nuôi dưỡng, chăm sóc bệnh nhân

- Trong thực tế, SXHD nhẹ chiếm tỷ lệ lớn trong vùng có dịch. Người bệnh SXHD nhẹ có thể điều trị tại nhà, cần có những chú ý sau đây: Chỉ hạ sốt khi nhiệt độ trên 39°C, bởi vì sốt là phản ứng của cơ thể chống lại sự nhân lên của virut Dengue. Thuốc hạ sốt thường dùng là paracetamol (efferalgan, dologin, panadol...). Không được dùng các thuốc hạ nhiệt nhóm aspirin, aspegic... vì các thuốc này có thể làm tăng nguy cơ chảy máu.

4. Phòng bệnh:

Hiện nay chưa có vaccin để phòng nhiễm virut Dengue và cũng không có thuốc điều trị đặc hiệu. Vì vậy, biện pháp phòng chống SXHD chủ yếu dựa vào phòng chống muỗi A. aegypti, tức là cắt đứt con đường lây truyền của bệnh. Các biện pháp phòng chống A. aegypti bao gồm:

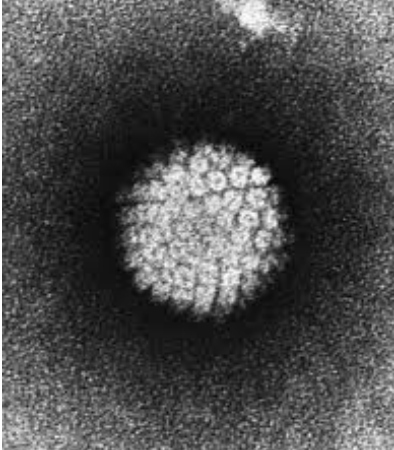
- Nâng cao ý thức cộng đồng về nguy cơ của bệnh, các phương pháp phòng bệnh, bảo hộ cá nhân như mặc tất, vớ dài, dùng thuốc xua muỗi, tránh nơi có mật độ vector truyền bệnh cao cũng như khả năng nhận biết bệnh có ý nghĩa rất quan trọng.

- Kiểm soát vector truyền bệnh được xem là phương pháp phòng bệnh duy nhất có hiệu quả. Phương pháp chính để kiểm soát số lượng muỗi Aedes là giảm thiểu các khu vực có nước đọng, là nơi đẻ trứng của muỗi: Đậy kín các dụng cụ chứa nước, giảm tối đa các vật dụng chứa nước mưa, hay nước sạch. Có thể dùng các loại sinh vật trong nước tiêu diệt trứng của muỗi. Tiêu diệt muỗi A. aegypti bằng các biện pháp hoá học, sinh học. Sử dụng hoá chất để tiêu diệt trung gian truyền bệnh nên kết hợp với các biện pháp làm giảm sự sinh sản và phát triển của muỗi A. aegypti. Trong vụ dịch cần phun thuốc diệt muỗi trên diện rộng. Trong giai đoạn không có dịch, các biện pháp thường xuyên là làm giảm nguồn sinh sản, phát triển của A. aegypti kết hợp với hoá chất diệt bọ gậy và các biện pháp sinh học.

- Hiện nay, các nhà khoa học đã nghiên cứu vaccine chống cả bốn loại huyết thanh virus Dengue gây bệnh đang được đưa vào thử nghiệm trên lâm sàng.

VIRUS HPV - THỦ PHẠM GÂY MỘT SỐ BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

Ths. Lê Quang Trung – Bộ môn Y học Lâm sàng



Human papilloma virus (virus HPV) là một trong những tác nhân lây nhiễm qua đường tình dục phổ biến. Ngày 6/10/2008, giải Nobel y học 2008 đã được trao cho nhà khoa học Đức Harald zur Hausen (72 tuổi) với công trình phát hiện virus HPV, tác nhân gây bệnh ung thư cổ tử cung. Trong khi HIV gần như không xa lạ với con người thì HPV đang là vấn đề thời sự.

Hơn 120 loại HPV đã được xác định và được gọi bằng số, nhưng chỉ có 40% số đó gây nhiễm trùng đường sinh dục và 15% dạng HPV có nguy cơ gây ung thư cổ tử cung ở phụ nữ. Các loại 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, và 82 chất gây ung thư có nguy cơ cao lây truyền qua đường tình dục HPV và có thể dẫn đến sự phát triển của tân trong biểu mô cổ tử cung (CIN), tân trong biểu mô âm hộ (VIN), tân trong biểu mô dương vật (PIN), và / hoặc tân trong biểu mô đường hậu môn (AIN).

Có ba nhóm chính:

- loại niêm mạc sinh dục và chất gây ung thư cao tiềm năng: HPV-16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 58 ...
- loại niêm mạc sinh dục và tiềm

năng gây ung thư thấp: HPV-6, 11 (papillomas và condylomata acuminata anogenital)

- da các loại: HPV-1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 27, 57, 60, ...

Cách lây truyền bệnh

HPV được truyền qua tiếp xúc sinh dục, thường xuyên nhất khi quan hệ tình dục âm đạo và hậu môn. HPV cũng có thể được thông qua ngày trong tình dục bằng miệng và liên hệ với bộ phận sinh dục với sinh dục. HPV có thể được thông qua vào giữa thẳng và các đối tác đồng tính ngay cả khi đối tác bị nhiễm bệnh không có dấu hiệu hoặc triệu chứng. Một người có thể nhiễm HPV ngay cả khi năm đã trôi qua kể từ khi người đó có quan hệ tình dục với người bị nhiễm bệnh. Hầu hết các người bị nhiễm không nhận ra họ bị nhiễm hoặc là họ đang đi qua virus trên cho một đối tác tình dục. Nó cũng có thể nhận được nhiều hơn một loại HPV.

Mặc dù các loại HPV sinh dục có thể được truyền từ mẹ sang con trong khi sinh, sự xuất hiện của các bệnh liên quan đến HPV sinh dục ở trẻ sơ sinh là rất hiếm.

Cơ chế gây bệnh

Tổn thương HPV được cho là phát sinh từ sự phát triển của tế bào sừng cơ bản bị nhiễm. Nhiễm trùng thường xảy ra khi các tế bào cơ bản trong máy chủ được tiếp xúc với vi rút truyền nhiễm qua một hàng rào biểu mô bị xáo trộn sẽ xảy ra trong quá trình giao hợp hoặc sau khi trầy xước nhỏ ngoài da.

Quá trình diễn tiến từ nhiễm virus đến ung thư thường lâu dài, từ loạn sản nhẹ, vừa, nặng đến ung thư tại chỗ (giai đoạn tổn thương có thể phục hồi và chữa khỏi hoàn toàn) đến ung thư xâm lấn (không có khả năng phục hồi).

E6 và E7 là các protein HPV liên quan với bệnh ung thư. Bộ gen HPV gồm có sáu gen đầu (E1, E2, E4, E5,

E6, E7), hai cuối (L1 và L2) gen, và một vùng không mã hóa kiểm soát dài (LCR). Sau khi tế bào vật chủ bị nhiễm E1 và E2 được thể hiện đầu tiên. E6/E7 protein bất hoạt hai protein ức chế khối u p53 (bất hoạt bởi E6) và PRB (bất hoạt bởi E7). E6 và E7 được cho là thay đổi chu kỳ tế bào để giữ lại các khác biệt tổ chức keratinocyte ở trong trạng thái đó là yếu tố thuận lợi để khuếch đại sự sao chép bộ gen của virus và biểu hiện gen kết quả cuối.

Triệu chứng

- Triệu chứng lâm sàng

HPV lây truyền từ người này sang người khác qua đường tình dục. Điều này có thể xảy ra qua giao hợp hoặc chỉ qua tiếp xúc bộ phận sinh dục. Hầu hết trường hợp nhiễm HPV không có dấu hiệu hay triệu chứng, và virus có thể được lây truyền thậm chí khi không có triệu chứng (như là mụn cóc hay những dấu hiệu rõ ràng khác). Trong 90% các trường hợp, hệ thống miễn dịch của cơ thể sẽ loại thải virus HPV tự nhiên trong vòng 2 năm. Thuốc có thể làm mụn biến mất nhanh hơn. Tuy nhiên HPV vẫn còn lại trong cơ thể, và người nhiễm có thể bị tái phát. Nếu bị nhiễm trùng mạn tính, khả năng xuất hiện ung thư mới được tính đến. Tuy nhiên, HPV có thể gây ra:

• Bộ phận sinh dục mụn cóc

Ở nam giới, một số HPV gây mụn cóc hoặc sùi mào gà dương vật. Mụn cóc ở dương vật thường gây đau, ngứa hoặc chảy máu. Mụn có nhiều hình dạng và kích thước khác nhau. Mụn có thể to, có lúc có thể nhỏ mà mắt thường không nhìn thấy, có thể xuất hiện đơn lẻ hoặc từng đám, mọc thành chùm nhỏ như bông supơ hoặc mảng trắng phẳng khó nhận ra.

Mụn có thể ở háng, niệu đạo, trực tràng, dương vật và bìu đàn ông, âm hộ, âm đạo và cổ tử cung phụ nữ. Nhưng thường chỉ có khám chuyên

khoa mới phát hiện ra. Hiếm khi, mụn cóc ở cổ họng - một tình trạng gọi là papillomatosis hô hấp tái phát, biểu hiện trên lâm sàng có thể chặn đường thở, gây ra một giọng nói khàn hoặc thở khó khăn.



Hình:sùi mào gà ở nam giới

Phụ nữ có thể nhiễm HPV mà không có triệu chứng gì. Đôi khi chỉ có xét nghiệm tế bào âm đạo PAP mới phát hiện được HPV.



Hình: Sùi mào gà ở cổ tử cung

Ung thư cổ tử cung, ung thư ít phổ biến hơn nhưng nghiêm trọng khác, bao gồm cả ung thư âm hộ, âm đạo, dương vật, hậu môn, và hầu họng (mặt sau của cổ họng bao gồm cả cơ sở của lưỡi và amidan).



Hình ảnh: tổn thương HPV ở tay

Khi ung thư chưa xâm lấn, bệnh nhân hầu như không có dấu hiệu lâm sàng, có thể ra nhiều khí hư hơn bình thường, khám phụ khoa cũng không thấy tổn thương. Tuy nhiên, nếu người phụ nữ thường xuyên khám phụ khoa đúng định kỳ và làm xét nghiệm tế bào (được khuyến cáo với tất cả những phụ nữ có quan hệ tình dục), bệnh sẽ được phát hiện. Lúc này, khả năng chữa khỏi là 95%. Khi ung thư đã xâm lấn, các triệu chứng mới rõ rệt như ra khí hư có mùi hôi, ra máu giữa kỳ kinh, sau mãn kinh hay sau giao hợp... Ở giai đoạn cuối, bệnh nhân có thể đau bụng dưới, đau lưng, tỷ lệ sống thêm 5 năm chỉ còn khoảng 5%.

Mặc dù mối liên hệ giữa HPV và ung thư cổ tử cung không còn bàn cãi, nhưng y học cũng nhận thấy rằng HPV chỉ là một trong nhiều nguyên nhân gây bệnh. Ngoài virus này, còn có những yếu tố nguy cơ khác như quan hệ tình dục sớm, có nhiều bạn tình, quan hệ với người nam chưa cắt da bao quy đầu hay có da quy đầu che phủ, nhiễm chlamydia, nhiễm HIV, hút thuốc lá, gia đình có người bị ung thư cổ tử cung, phụ nữ mang thai nhiều lần, dùng thuốc tránh thai đường uống...

- Cận lâm sàng

Xét nghiệm HPV: Phân lập tìm virus xác định hiện tại người thử có đang bị nhiễm HPV hay không, nếu có là nhóm nào - nguy cơ cao hay nguy cơ thấp.

Một kết quả xét nghiệm HPV âm tính chỉ có thể nói hiện tại người được thử không có tình trạng nhiễm HPV, nhưng không nói được trước kia đã bị nhiễm chưa và nếu có, hiện nay, liệu tình trạng nhiễm này đã đưa đến tổn thương cổ tử cung chưa. Một kết quả xét nghiệm HPV dương tính (thậm chí với HPV nguy cơ cao) chỉ nói được hiện tại người bị thử có tình trạng nhiễm HPV (không biết là sơ nhiễm, tái nhiễm hay nhiễm kéo dài).

Điều trị

Hiện nay không có điều trị đặc hiệu cho nhiễm HPV.

Việc tiêu hủy các tổn thương nhìn thấy được có thể nhằm giảm biến chứng. Tổn thương cổ tử cung được

điều trị bằng phương pháp áp lạnh (đông lạnh với nitơ lỏng) bằng laser hoặc bằng phẫu thuật, hoặc bằng cách loại bỏ một phần cổ tử cung (chóp) hoặc bằng cách loại bỏ nó hoàn toàn. Phương pháp điều trị địa phương cũng có thể (Podofilox giải pháp hoặc gel 0,5%, Podophyllin 10-25%, phải được áp dụng bởi một bác sĩ chuyên khoa). Sau khi điều trị, nó có thể là virus vẫn còn hiện diện ngay cả khi các tổn thương đã biến mất. Do đó, điều quan trọng để theo dõi sự tái phát của tổn thương trong vài tháng sau khi cắt bỏ.

Phương pháp điều trị kích thích miễn dịch đang được phát triển.

Phòng bệnh

Có một số cách mà mọi người có thể giảm nguy cơ nhiễm HPV:

- Vaccine có thể bảo vệ nam và nữ đối với một số loại phổ biến nhất của HPV có thể dẫn đến bệnh tật và ung thư. Các vaccine này được tiêm phòng ba lần và hiệu quả nhất khi được sử dụng ở độ tuổi 11 hoặc 12 tuổi.

- Trẻ em gái và phụ nữ: Hai loại vaccine (Cervarix và Gardasil) để bảo vệ phụ nữ chống lại các loại HPV gây ra ung thư cổ tử cung nhất.
- Trẻ trai và nam giới: vaccine Gardasil bảo vệ nam giới chống lại mụn cóc sinh dục và ung thư hậu môn.

- Đối với những người có quan hệ tình dục: bao cao su có thể làm giảm nguy cơ HPV. Bao cao su cũng có thể làm giảm nguy cơ phát triển bệnh liên quan đến HPV, chẳng hạn như mụn cóc sinh dục và ung thư cổ tử cung. HPV cũng có thể được lây truyền qua tiếp xúc đến các khu vực (ví dụ như, da bị nhiễm bệnh hoặc bề mặt niêm mạc) không được bảo vệ bằng bao cao su.

- Một số hóa chất có thể ngăn chặn lây truyền HPV trước khi quan hệ tình dục. Những chất này được biết đến như thuốc diệt khuẩn tại chỗ, hiện đang trải qua thử nghiệm hiệu quả lâm sàng.

- Quan hệ một vợ - một chồng, hoặc quan hệ tình dục với đối tượng xác định không bị bệnh.

BỆNH VIÊM NÃO NHẬT BẢN

TS. Lê Văn Thêm - Bộ môn Y tế Công cộng

Bệnh viêm não Nhật Bản (VNNB) là bệnh nhiễm vi rút cấp tính làm tổn thương hệ thần kinh trung ương, thường gặp ở trẻ em dưới 15 tuổi. Bệnh gây nên do vi rút VNNB, lây truyền qua muỗi đốt.

Bệnh được phát hiện lần đầu tiên tại Nhật Bản với biểu hiện viêm não – màng não tuỷ, nhiều người mắc, tử vong rất cao. Năm 1935 các nhà khoa học Nhật Bản đã tìm ra căn nguyên bệnh là một loài vi rút từ đó đặt tên là vi rút VNNB.

Ở Việt Nam, bệnh VNNB được ghi nhận đầu tiên vào năm 1952. Năm 1959 dịch Viêm não mùa hè được xác định là do vi rút VNNB bằng chẩn đoán huyết thanh học tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Hà Nội. Năm 1964, lần đầu tiên vi rút VNNB được phân lập tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Hà Nội, có ký hiệu HN-60. Bệnh VNNB lưu hành trong cả nước, nhiều nhất ở các tỉnh đồng bằng và trung du miền Bắc. Các ổ dịch phần lớn tập trung ở những vùng trồng lúa nước hoặc vùng bán sơn địa.

Bệnh VNNB lưu hành tản phát theo mùa, thường từ tháng 4 đến tháng 10 là mùa mưa ở Miền Bắc, đỉnh cao vào các tháng 6, 7. Từ năm 1997 sau khi có vắc xin VNNB của chương trình Tiêm chủng mở rộng (TCMR) số mắc và chết do bệnh VNNB có chiều hướng giảm đi.

Vi rút VNNB

Vi rút VNNB nằm trong nhóm các vi rút gây bệnh do côn trùng truyền, còn gọi là các vi rút Arbo. Vi rút có dạng hình cầu, đường kính trung bình 40-50 nanô-mét, lõi được cấu tạo bởi a-xít nhân (ARN) sợi đơn, là vật liệu di truyền của virut. Hạt vi rút có vỏ bọc bên ngoài với bản chất là glyco-protein. Đó là kháng nguyên bề mặt có tính kết dính hồng cầu nên gọi là kháng nguyên ngưng kết hồng cầu, kháng nguyên này có hoạt tính kích thích sinh kháng thể trung hòa hạt vi rút.

Vi rút có ái tính cao với tế bào thần kinh, gây bệnh cho người. Vi rút có khả năng tồn tại lâu dài trong cơ thể của các động vật có xương sống, chủ yếu là lợn và chim hoang dã. Virut bị diệt ở nhiệt độ cao (sau 30 phút ở nhiệt độ 560C, sau 2 phút ở 1000C), và khi tiếp xúc với hầu hết các hoá chất khử trùng ở nồng độ thông thường, hoặc ánh sáng mặt trời.

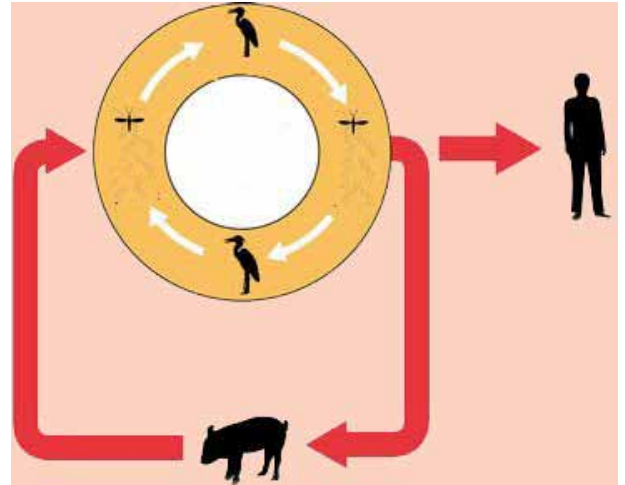
Cơ chế bệnh sinh

Vi rút VNNB được truyền từ hạch nước bọt muỗi qua da do muỗi đốt người. Sau khi qua da, hạt vi rút nhân lên tại tổ chức dưới da và tại các mạch lympho vùng, di chuyển tiếp đến các hạch lympho, tuyến ức và cuối cùng vào máu, gây nhiễm virut huyết của tổ chức ngoài thần kinh. Virut đến hệ thần kinh trung

ương gây sung huyết, phù nề và xuất huyết vi thể ở não. Gây các tổn thương vi thể như huỷ hoại tế bào thần kinh, thoái hoá tổ chức não, viêm tắc mạch, chủ yếu xảy ra ở chất xám, não giữa và thân não dẫn đến hội chứng não cấp.

Trung gian truyền vi rút VNNB ở Việt Nam

Vi rút VNNB chủ yếu gây bệnh cho súc vật, người chỉ bị lây nhiễm tình cờ chứ không phải là vật chủ quan trọng. Hầu hết các trường hợp lây truyền bệnh là do muỗi hoặc côn trùng đốt các loài chim, chim là ký chủ mang mầm bệnh, nhưng bản thân chim thường không biểu hiện bệnh. Ngoài ra còn có các vật chủ khác mang mầm bệnh như loài động vật có vú, nhất là lợn.



Đường lây truyền bệnh viêm não Nhật Bản B.

Ở Việt Nam có hai nhóm chim có khả năng truyền bệnh:

-Nhóm chim sống trong làng mạc, lầy tre, ở các loài cây ăn quả như: chim bông lau, chim rẻ quạ, chim sẻ nhà, chim liều điều, chim chích chòe .



-Nhóm chim ăn ngoài đồng: cò, sáo, quạ, cu gáy, chim chèo bèo.

Có một số loài súc vật khác bị nhiễm trùng tiềm tàng như gà, dê, bò, ngựa, lợn và loài bò sát (rắn, rùa) .

Véc tơ chính truyền bệnh VNNB ở Việt Nam là loài muỗi *Culex tritaeniorhynchus*. Ngoài ra một số loài *Culex* khác cũng có thể có vai trò truyền bệnh như *Culex vishnui*, *Culex gelidus*. Vai trò truyền bệnh của một số loài muỗi khác như *Aedes albopictus*, *Anophele minimus*...chưa được chứng minh thực tế. Muỗi *Culex tritaeniorhynchus* thường sinh sống ở vùng lúa nước (nên còn gọi là muỗi đồng ruộng), đặc biệt là các khu ruộng mạ, các chân ruộng cạnh khu dân cư, khu vườn chim, vùng bán sơn địa. Ổ ấu trùng (bọ gậy/loăng quăng) của muỗi là ruộng nước, ao hồ đầm nông, các rãnh cấp thoát nước quanh khu dân cư có nước tù đọng hoặc chảy chậm. Muỗi trưởng thành có thể sống bằng các chất hữu cơ, nhựa cây cỏ tự nhiên, tuy nhiên muỗi cái có thể đốt hút máu động vật máu nóng, đặc biệt ưa thích đốt các loài chim và gia súc. Một muỗi cái có thể đốt hút máu nhiều lần, ở nhiều động vật (nếu chưa no trong một bữa máu) trong một ngày. Thông thường chiều tối đến đêm (6 giờ chiều đến 9 giờ tối), hoặc buổi sáng sớm muỗi từ cánh đồng bay vào các chuồng trại để hút máu súc vật. Nếu gặp người chúng có thể đốt hút máu và truyền bệnh. Muỗi có thể bay xa tới 1,5 km và được phát hiện trên cây cao cách mặt đất 13-15m. Muỗi *Culex tritaeniorhynchus* có thể sinh sản rất nhanh trong mùa mưa ở điều kiện nhiệt độ thường xuyên cao trên 25 độ C và độ ẩm trên 80%.

Biểu hiện của thể bệnh VNNB điển hình

Sau thời gian ủ bệnh từ 4 đến 15 ngày, bệnh sẽ xuất hiện theo 3 giai đoạn:

- **Giai đoạn khởi phát:** khoảng từ 1 đến 6 ngày. Bệnh nhân có sốt đột ngột, thường kèm theo ớn lạnh, mệt mỏi, đau đầu, buồn nôn và nôn.

- **Giai đoạn toàn phát:** Tiếp tục sốt cao 38°C- 40°C, kéo dài; có biểu hiện của viêm màng não (đau đầu, cứng gáy, nôn và buồn nôn, táo bón); biểu hiện rối loạn ý thức (kích thích vật vã hoặc li bì, u ám, có thể đi vào hôn mê); biểu hiện tổn thương thần kinh trung ương khu trú (co giật, run giật tự nhiên ở ngón tay, lưỡi, mí mắt hoặc toàn thân, liệt cứng); kèm theo rối loạn thần kinh thực vật (tăng tiết đờm, vã mồ hôi...). Tỷ lệ tử vong từ 0,3% - 60% tùy theo việc phát hiện bệnh sớm hay muộn, trình độ kỹ thuật hồi sức cấp cứu chống phù não, suy hô hấp, trụy tim mạch và chống bội nhiễm vi khuẩn.

- **Giai đoạn hồi phục:** Nếu qua khỏi, bệnh nhân có thể hồi phục hoàn toàn. Một số trường hợp nặng có thể để lại di chứng liệt cứng ở chi trên hoặc chi dưới, liệt mặt và/hoặc di chứng rối loạn tinh thần, mất ổn định về tinh cảm, thay đổi cá tính, chậm phát triển trí tuệ.

Điều trị bệnh:

Bệnh VNNB không có thuốc điều trị đặc hiệu, điều trị triệu chứng là chủ yếu. Để ngăn chặn nguy cơ tử vong và giảm thiểu các biến chứng, di chứng, việc điều trị kịp thời, tích cực tại các cơ sở y tế là rất quan trọng để giảm bớt phần nào các triệu chứng, cứu trẻ qua khỏi cơn nguy kịch như dùng thuốc hạ sốt, chống co giật, chống suy thở, chống phù não, bồi phụ nước, điện giải và chăm sóc dinh dưỡng. Sau đó điều trị những di chứng phục hồi vận động, tâm thần kinh.

Phòng bệnh Viêm não Nhật bản

Bệnh VNNB cho tới nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, nhưng hoàn toàn có thể phòng ngừa được.

Tiêm vắc xin VNNB là biện pháp dự phòng chủ động hiệu quả và khả thi nhất

- Liều gây miễn dịch cơ bản: Tiêm đủ 3 mũi :

Mũi tiêm thứ 1: khi trẻ 1 tuổi

Mũi tiêm thứ 2: cách mũi 1 từ 7

đến 14 ngày

Mũi thứ 3: cách mũi thứ 2 là 12 tháng.

Liều lượng: với trẻ từ 12 đến 36 tháng tuổi tiêm 0,5 ml/mũi; với trẻ từ 3 tuổi trở lên tiêm liều 1 ml/mũi. Đường tiêm : dưới da, mặt ngoài trên cánh tay.

- **Liều tiêm nhắc lại :** Nên nhắc lại bằng 1 mũi vắc xin VNNB (liều 1 ml, dưới da) khoảng 5 năm sau liều gây miễn dịch cơ bản.

Ngoài ra phối hợp các biện pháp phòng chống khác như: kiểm soát muỗi *Culex* truyền bệnh; kiểm soát động vật mang vi rút gây bệnh; thực hiện vệ sinh môi trường thường xuyên, quy hoạch và cải tạo khu vực dân cư, khu chuồng trại chăn nuôi để giảm tác hại của véc tơ và vật chủ truyền bệnh như:

- **Nằm màn thường xuyên**, có thể sử dụng màn tẩm hoá chất permethrin có hiệu lực xua diệt muỗi trong vòng 3 tháng.

- **Sử dụng tấm rèm che chống muỗi ở cửa ra vào, cửa sổ nhà ở và chuồng gia súc.** Có thể tẩm rèm, màn che bằng permethrin, có tác dụng bảo vệ trong vòng 3 tháng.

- **Sử dụng bình xịt hoá chất cá nhân, hương muỗi cho các không gian khép kín** nhằm diệt muỗi trưởng thành. Dùng hương muỗi hoặc xông khói cho chuồng gia súc.

- **Duy trì mặc quần áo dài ống, đi tất cho trẻ em** nhằm hạn chế muỗi đốt, nhất là vào giờ cao điểm (6-10 giờ đêm). Sử dụng các biện pháp xua đập muỗi cơ học vào lúc chập tối và sáng sớm cho nhà ở và chuồng gia súc.

- **Sử dụng kem xua ngoài da hoặc các biện pháp chống muỗi đốt khác cho trẻ em và người chăm sóc, thu hoạch vải, nhãn khi làm việc tại khu vườn cây ăn quả, nhất là vào mùa bệnh VNNB.**

- **Khi quy hoạch khu gia đình nên duy trì khoảng cách giữa chuồng gia súc với nhà ở càng xa càng tốt, tối thiểu đạt được khoảng cách 50 mét.** Chuồng gia súc phải được xây kín đáo song thông thoáng, có mái che và nên có màn rèm che cửa ra vào để chống muỗi; được làm vệ sinh thường xuyên.

Yếu tố cảm xúc trong tư duy - "Chủng virus" của tinh thần

ThS. Lê Thúy Hương

Bộ môn KH Mác – Lênin & TTHCM

Hoạt động tư duy của con người luôn có sự tác động của cảm xúc. Cảm xúc giữ vai trò hướng đạo trong tư duy. Cảm xúc là động lực thúc đẩy hoặc kìm hãm hoạt động của tư duy. Mức độ ảnh hưởng của cảm xúc đến tư duy rất lớn và diễn ra trên một diện rộng, từ cảm xúc đơn giản đến tình cảm phức tạp. Cảm xúc là một loại "virus" của tinh thần, chúng ta là người tạo ra, bị lây nhiễm và chịu tác động bởi cảm xúc. Về bản chất, cảm xúc phát sinh ngoài ý thức nhưng nó lại định hướng cho hành vi của con người.

Sự lây nhiễm của "Virus cảm xúc"

Từ lâu con người đã biết đến sự "hoạt động" của "chủng virus tinh thần". Nhiều nghiên cứu khoa học đã chứng minh, cảm xúc có tính chất như một loại virus, giống như dịch cúm, cảm xúc – dù tích cực hay tiêu cực, đều có khả năng lây lan và truyền nhiễm từ người này sang người khác, thậm chí ngay cả giữa những người hoàn toàn xa lạ.

Ví dụ: Vô tình giữa đám đông, nhìn thấy hai người đang cười vui vẻ với nhau, dù không biết câu chuyện của họ là gì nhưng bất giác bạn cũng mỉm cười theo ngay. Hoặc người khác gặp chuyện đau buồn, ai nhìn thấy cảnh ấy cũng sẽ cảm thấy nỗi buồn ít nhiều xâm chiếm tâm can. Một ngày, một người đến cơ quan với vẻ mặt giận dữ vì vừa gặp phải một điều bất như ý. Chuyện gì sẽ tiếp tục xảy ra tại nơi làm việc của họ? Có thể họ sẽ truyền cảm xúc tồi tệ đang có cho những người đồng nghiệp tại nơi làm việc, khiến cho các đồng nghiệp có thái độ bức xúc và không khí làm việc ngày hôm đó cũng "nhuộm màu" tức giận. Nếu người đó là lãnh đạo của đơn vị thì rất có thể mức độ "lây nhiễm" sự bức tức càng trở nên nặng nề hơn với phạm vi rộng lớn hơn. Ở một thái cực khác, niềm vui của một người sẽ lan tỏa sang tất cả mọi người nếu niềm vui đó được đem chia sẻ, mọi người đều vui vẻ và tất cả đều làm việc năng động, đầy khí thế.

Trong cuộc sống thường ngày, các khái niệm như sự đồng cảm, tâm lý đám đông, tin đồn thất thiệt, hiệu ứng arua... đều xuất phát từ sự lây nhiễm "vi-

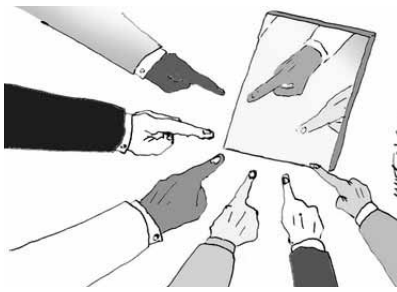
rus lây lan" đặc biệt mang tên "cảm xúc". Những trạng thái cảm xúc như giận dữ, buồn chán, đau khổ, cô đơn hay hạnh phúc, hưng phấn, vui vẻ... có thể lộ diện bất cứ lúc nào và lan tỏa đi khắp nơi, ảnh hưởng đến nhiều người, tuy nhiên không phải ai cũng ý thức được sự lây nhiễm và ảnh hưởng này.

Chúng ta dễ dàng nhận thấy những người hạnh phúc thường thân thiện hơn hoặc hay giúp đỡ người khác hơn. Vì vậy, sự lan truyền "virus hạnh phúc" trong tiến trình giao tiếp được đánh giá là nên khuyến khích. Không những thế, "virus hạnh phúc" còn có khả năng tạo ra "sự miễn dịch" cho tinh thần, ở xung quanh những người hạnh phúc, ta sẽ thấy lạc quan, yêu đời hơn và tinh thần cũng sẽ trở nên vững vàng hơn khi phải đối diện với các cảm xúc tiêu cực sau này. Với các loại virus cảm xúc tiêu cực, giới tâm lý học đưa ra lời khuyên là khi đối mặt với những người đang mang trên mình thứ virus đó, mỗi người đừng để mình bị cuốn theo vào mà hãy bình tĩnh quan sát và tìm cách cách ly nó. Hoặc có thể an ủi, giúp họ khuây khoả hay kể những câu chuyện vui để kéo tâm trạng người ấy sang khía cạnh cảm xúc tích cực hơn.



Tâm lý lão hóa là bước khởi đầu gây bệnh tật và làm cho bạn già trước tuổi

Nguồn: wordpress.com



Mỗi người đều có khả năng nhìn nhận đánh giá người khác rất giỏi mà bỏ qua việc nhìn nhận và đánh giá chính mình
 Nguồn: ucalgary.ca

Sự lão hóa... tâm lý

Nếu như lão hóa về hình thức thể hiện bằng những nếp nhăn, sự xuống cấp vóc dáng v.v., thì lão hóa tâm lý lại thể hiện bằng sự đổ kỵ, buồn bực, lo âu, căng thẳng... Song tâm lý lão hóa sẽ là bước khởi đầu gây bệnh tật và làm cho con người già trước tuổi. Ngay từ cuối thế kỷ 18 đầu thế kỷ 19, bác sĩ người Đức Gufeland đã cho rằng: Mỗi bộ phận trên cơ thể con người đều bị ảnh hưởng bởi những ý nghĩ, xúc cảm từ chính bản thân người đó. Tuy chưa xác định được cụ thể cơ chế gây bệnh của những ý nghĩ tiêu cực nhưng ở thời điểm đó ông đã nhận ra: trong số những tác nhân gây nên lão suy và làm giảm tuổi thọ thì trạng thái chán nản, u buồn, sợ hãi, đổ kỵ có tác động mạnh và nguy hại nhất.

Nếu phát hiện ra người quen biết có một vài mặt nào đó hơn mình như thẳng cấp nhanh hơn, thu nhập cao hơn... mà thấy kém vui, sốt ruột, lo lắng; càng nghĩ càng bực bội, khó chịu, thấy mình bị xúc phạm... và luôn có ý muốn nói xấu, dèm pha..., trạng thái tâm lý phức tạp này được gọi là tính ganh ghét, đổ kỵ. Trong sâu thẳm của mỗi người, ai cũng mong những điều tốt đẹp đến với mình và không muốn thua kém người khác. Và, đây là "bầu sữa" nuôi dưỡng lòng đổ kỵ. Tuy nhiên bệnh tật sẽ luôn ưu ái viếng thăm người có tính đổ kỵ. Một số nghiên cứu cho thấy: khó chịu, ganh ghét với người khác sẽ khiến bản thân mang bệnh. Khó chịu càng nhiều, bệnh càng nặng. Bởi,

trạng thái tâm lý bực bội, lo lắng sẽ khiến cơ thể tiết ra nhiều chất như catecholamin, các steroid... Đây là những chất có hại cho tim. Chúng làm tăng nhịp tim, tăng huyết áp và nếu không được phát hiện theo dõi điều trị sớm sẽ có nguy cơ cao bị các tai biến nguy hiểm như tai biến, đột quy.... Việc luôn luôn lo sợ thất bại, giận dữ sẽ khiến cơ thể tăng tiết dịch dạ dày, tim đập mạnh... gây ra các bệnh đau dạ dày, rối loạn tiêu hóa... Và rõ ràng nhất là gây "héo" tế bào não nên đưa ra những suy nghĩ không sáng suốt, thiên cận.

Chuyện xưa có Gia Cát Lượng và Chu Du, chỉ vì đổ kỵ Gia Cát Lượng có tài trí hơn mình, Chu Du đã thổ huyết mà chết. Trước khi chết còn ai oán than: "Trời sinh Du sao còn sinh Lượng!". Nhiều câu chuyện đã được ghi vào y văn thế giới từ những năm 1960 để mô tả tác hại đối với sức khỏe và bệnh tật của những ý nghĩ bi quan, tiêu cực. Khi thuật ngữ "Nocebo" ra đời, nhiều nghiên cứu, thử nghiệm đã được tiến hành để chứng thực rằng những suy nghĩ tiêu cực có thể gây những phản ứng bệnh tật cho cơ thể - trái ngược với thuật ngữ "Placebo" - mô tả hiệu quả tích cực của những suy nghĩ lạc quan và sự tin tưởng vào một điều gì đó, có tác dụng giúp con người phần chấn và tăng cường sức khỏe, đẩy lùi được bệnh tật.

Cho đến nay, giới khoa học đã kết luận rằng: tất cả những chứng bệnh tâm thể (tinh thần và thể xác), theo số liệu thống kê chiếm tới trên 50% tổng số bệnh tật, đều phát sinh dưới tác động của các loại tình cảm tiêu cực, đặc biệt là sự sợ hãi. Chính nỗi sợ hãi bị mắc bệnh tật, một khi đã chiếm giữ vai trò chủ đạo, trở thành nỗi ám ảnh bao trùm lên toàn bộ tâm lý con người và tạo ra trạng thái "ám thị bệnh tật" đã khiến cho con người ta mắc bệnh! Chính bởi vậy mà các bác sĩ luôn khuyên bệnh nhân phải có lòng tin là bệnh sẽ khỏi. Điều này có tác

dụng giống như cũng có chương trình "khôi phục sức khỏe" đã được cài đặt sẵn ở trong mỗi con người, giúp bệnh nhân vượt qua bệnh tật một cách dễ dàng hơn.

Hãy kiểm soát bản thân

Thất vọng, bực mình, giận dữ, không hài lòng... đều là những cảm xúc tiêu cực, gây tổn hại đến sức khỏe, tước mất niềm vui sống và gây stress, là một trong các nguyên nhân dẫn tới những chứng bệnh ngày càng phổ biến như cao huyết áp, mất ngủ, suy kiệt... rất nhiều người rất khó để kiểm soát được cảm xúc của mình thường dẫn đến trạng thái mất bình tĩnh và cáu giận. Tốt hơn hết, thay vì đắm chìm trong suy nghĩ tiêu cực, căm ghét, tức giận... thì hãy xem lại bản thân để sửa sai và có cách sống tích cực hơn. Hãy khiến nó trở thành động lực để rèn luyện bản thân bởi ganh đua lành mạnh là động lực để phát triển

Tuy nhiên cảm xúc và thái độ là kết quả của suy nghĩ và nhận thức. Nếu không thay đổi cách nhìn nhận và suy nghĩ về cuộc sống, chúng ta cứ cố kiểm chế cảm xúc của mình để rồi "bó tay" vì nguồn gốc của cảm xúc lại ở... bên trong mỗi người. Cổ nhân có câu: "tri túc thường lạc" (biết đủ thường vui vẻ). Mỗi người có quyền được hạnh phúc, được vui vẻ dựa trên cách suy nghĩ, nhận thức và đón nhận những kết quả đến với bản thân trong đời. Cổ nhân cũng từng đúc kết: "Tiên trách kỷ hậu trách nhân" và "Tu thân, tề gia, trị quốc, bình thiên hạ". Thiết nghĩ có trách nhiệm với chính mình là biết "tự điều chỉnh chính mình trước khi điều chỉnh người khác"... Giống như quan hệ nhân - quả: Gieo suy nghĩ - gặt hành động; Gieo hành động - gặt thói quen; Gieo thói quen - gặt tính cách và gieo tính cách - gặt số phận. Số phận của mỗi chúng ta do chính chúng ta tạo ra và quyết định. Những suy nghĩ tích cực chính là dinh dưỡng cho tâm hồn giúp mỗi người có thể thay đổi được cuộc đời của chính mình.

(Sưu tầm và tổng hợp)

Chân dung nhà khoa học

I. Sơ lược lý lịch

- Họ và tên: **TRẦN THỊ MINH TÂM**
- Sinh ngày: 25/02/1972
- Quê quán: Thị xã Hưng Yên
- Tỉnh Hưng Yên
- Tốt nghiệp: Trường Đại học Y Hà Nội
- Học vị: Tiến sỹ Y khoa
- Chức vụ: Trưởng phòng Đào tạo - Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

II. Tóm lược quá trình công tác:

- Từ 11/1996 - 2002: Giáo viên - Trường Trung học Kỹ thuật Y tế trung ương I
- Từ 2002 - 2004: Giảng viên - Trường Cao đẳng Kỹ thuật Y tế I - Bộ Y tế
- Từ 2004 - 6/2007: Phó trưởng phòng Đào tạo - Trường Cao đẳng Kỹ thuật Y tế I - Bộ Y tế
- Từ 7/2007- 3/2008: Phó trưởng phòng Đào tạo - Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
- Từ 4/2008 đến nay: Trưởng phòng Đào tạo - Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương



III. Các đề tài, công trình nghiên cứu

1. "Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến hàm lượng Acid uric máu và nước tiểu ở người bình thường và ở bệnh nhân gút", Tạp chí Y học thực hành (466) số 3/2003, tr 75 - 77
2. "Nhận dạng các ứng xử sai lệch trong thanh thiếu niên tại 10 xã thuộc tỉnh Hải Dương (2001 – 2002)", Tạp chí Y học thực hành (540) số 4/2006, tr 101 - 103
3. "Nhận xét đội ngũ Kỹ thuật viên y tế tốt nghiệp tại trường Cao đẳng Kỹ thuật Y tế trong 5 năm (1999 – 2003)", Tạp chí Y học thực hành (526) tháng 10/2005, tr 144 - 147
4. "Đánh giá thực trạng nguồn nhân lực kỹ thuật viên y tế tại các bệnh viện thuộc 28 tỉnh phía Bắc", Tạp chí Y học thực hành (526) tháng 10/2005, tr7 - 16
5. "Điều tra thực trạng đội ngũ giáo viên giảng dạy chuyên ngành kỹ thuật y tế", Tạp chí Y học thực hành (526) tháng 10/2005, tr17 - 21
6. Tham gia nghiên cứu đề tài cấp bộ: "Đánh giá thực trạng đào tạo và sử dụng nguồn nhân lực Kỹ thuật viên y tế tại bệnh viện 28 tỉnh phía Bắc", nghiệm thu năm 2006 đạt kết quả xuất sắc
7. "Thực trạng quản lý chất thải y tế tại các bệnh viện huyện tỉnh Hải Dương", Tạp chí Y học thực hành (526) tháng 10/2005, tr28 - 34
8. "Đánh giá sự hiểu biết về quản lý, xử lý chất thải của cán bộ, nhân viên y tế tại các bệnh viện huyện tỉnh Hải Dương", Tạp chí Y học Việt Nam số 4/2006, tr50 - 56
9. "Nghiên cứu ảnh hưởng của chất thải y tế đối với môi trường ở một số bệnh viện huyện thuộc tỉnh Hải Dương", Tạp chí Y học Việt Nam số 12/2006, tr21 – 29
10. "Thực trạng quản lý, ảnh hưởng của chất thải y tế đối với môi trường trong các bệnh viện huyện tỉnh Hải Dương", năm 2007 - Đề tài luận án Tiến sỹ
11. "Xác định nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người dân phường Trần Phú và xã Tân Hưng thuộc tỉnh Hải Dương"

IV. Khen thưởng:

Bộ Y tế tặng bằng khen (2003, 2004, 2005, 2009)

- Giảng viên dạy giỏi cấp tỉnh (2002)
- Giảng viên giỏi cấp cơ sở (2007)
- Được tặng danh hiệu "Lao động giỏi, lao động sáng tạo ngành Y tế" (2007)
- Đạt giải khuyến khích tại Hội thi sáng tạo kỹ thuật tỉnh Hải Dương lần thứ VII (2010 – 2011)

* Hội đồng Điều dưỡng Quốc tế (ICN) công nhận là điều phối viên chương trình LFC (Leadership For Change) tại Việt Nam.

BAN BIÊN TẬP

Chiến sĩ áo trắng

Kính tặng thầy **Vũ Đình Chính**
Hiệu trưởng trường ĐHKTYT Hải Dương

Ba lô nhẹ khoác trên vai
Anh đi đánh Mỹ mũ cài nguy trang
Trường Sơn khúc nhạc âm vang
Vẳng nghe tiếng Bác đang cùng hành quân
Vừa tròn mười tám tuổi xuân
Chiến sĩ áo trắng vì dân quên mình
Giặc tan đất nước thanh bình
Gian lao vẫn trọn nghĩa tình thủy chung

Vũ Duy Nhâm
Giảng viên môn lí sinh

"Con thuyền" tôi đã chọn

Tôi chọn con thuyền trong ngày xanh nắng hạ
Bước lên thuyền trong vất vả, gian nan.
Thuyền của tôi xanh đậm với lá ngàn
Bao bạn trẻ và muôn vãn ước nguyện
Blu trắng xuyên vào trong sương tuyết
Trông thanh bình ôi hình bóng giảng viên.

Vẫn lặng lẽ thuyền trôi đi tìm bến
Năm mươi năm tâm huyết của cô thầy
Tuổi sinh viên mang sức khoẻ tràn đầy
Là lực đẩy đưa thuyền trôi nhanh nữa.

Tay lái vững dẫu trời mưa hay nắng
Chiếc áo kia luôn trắng dưới hàng cây
Tôi sẽ thấy và gần như đã thấy
Bến tương lai: "Sức khoẻ của muôn người"!

Bạch Thị Kim Thủy
Lớp: ĐD 2B

Thiên thần áo trắng

Cảm ơn các thiên thần
Khoác trên mình áo trắng
Đôi bàn tay ân cần
Một trái tim sốt sắng

Cảm ơn y bác sĩ
Ngày đêm thăm bệnh nhân
Không lúc nào ngơi nghỉ
Thế xác lẫn tinh thần

Cảm ơn các điều dưỡng
Săn sóc bệnh đêm ngày
Bàn tay tận tụy việc
Xoa dịu nỗi đau ngày

Tôn vinh người thầy thuốc

*Cuộc đời tôn vinh là thầy
Nhân dân gọi anh là thầy thuốc
Bởi không quản thời gian và nhiệt huyết
Giành giật cho đời từng nhịp đập con tim*

*Mỗi một nghề, một vất vả, say mê
Nghề thầy thuốc đâu có ngày ngơi nghỉ
Khi người bệnh đang cần chữa trị
Giác ngủ chấp chờn, thao thức năm canh*

*Có thể nào không yêu mến các anh
Sức mọi ưu tư canh bên giường bệnh
Đã gầy sáng và bình mình ló rạng
Thêm một người, một tua trực đi qua*

*Có thể nào không yêu mến các anh
Áo đẫm mồ hôi trán nhăn trước tuổi
Cả mồ xong hiểm nguy lùi bước
Giành giật với tử thần sự sống hồi sinh*

*Riêng cháu bé, hồi sinh linh bé nhỏ
Khi cả cháu và mẹ đang yên giấc ngủ
Cuộc sinh nở hồi hộp của mẹ
Ai đã trắng đêm để đón bé chào đời*

*Tôi có thể viết nhiều hơn thế
Để ngợi ca nghề thầy thuốc các anh
Tâm áo trắng, tâm hồn trong sáng
Hiến trọn đời vì sức khoẻ nhân dân.*

Vũ Thị Phương Loan
Lớp ĐD 8B

Cảm ơn các y công
Vệ sinh khắp mọi phòng
Miệt mài không quản khó
Để môi trường sạch trong

Cảm ơn những thiên thần
Khoác trên mình áo trắng
Một trái tim sốt sắng
Đôi bàn tay ân cần

Trương Huỳnh Núi
GVTDC về hưu

Vui Cười



Bệnh của virus

Hai con virus gặp nhau. Một con có vẻ rất tiều tụy.

Con kia bèn hỏi:

- Mày ốm hả ?
- Ừ.
- Bệnh gì vậy ?
- McAfee. Tao tưởng là cà-phê nên nhào vô!



Những việc tốt đẹp

Trong buổi dạ hội, người đàn ông lịch sự nói với một cô gái đang cười toe toét:

- Thấy cô cười, tôi muốn làm những việc tốt đẹp cho cô.
- Cô gái reo lên: Ôi, ông thật đáng yêu, bất cứ việc gì ư?
- Ồ không, chỉ trong lĩnh vực răng miệng thôi, vì tôi là nha sĩ



Xử lý nước

Tại một vùng bị bệnh dịch tả hoành hành, một sĩ quan thuộc ngành y tế của quân đội đến thăm trại lính và hỏi một hạ sĩ:

- Các bạn xử lý thế nào để có thể nước có thể uống được?
- Đầu tiên chúng tôi lọc nước.
- Tốt! Rồi sau đó?
- Chúng tôi đun sôi.
- Khá lắm. Kế tiếp đó các bạn làm gì?
- Để tránh mọi nguy cơ, chúng tôi uống bia.



Sau khi khám, bác sĩ nói với một bà nọ:

- Bà có thể hoàn toàn yên tâm. Tim bà rất khỏe, chỉ khi nào bà chết nó mới ngừng đập



Nhanh trí

Tại một bệnh viện tâm thần, vị bác sĩ nọ đi dọc hành lang bắt gặp một bệnh nhân vừa đi, vừa kéo theo một sợi dây ở đầu được buộc một cái bàn chải. Thỉnh thoảng anh ta dừng lại vuốt ve và lẩm bẫm nói với cái vật kỳ cục đó. Khi nhìn thấy bác sĩ, anh chàng có vẻ rất lúng túng. Thấy lạ, ông bác sĩ hỏi:

- Này, anh đang làm gì thế?
- Dạ... em đang kéo cái bàn chải.
- Tốt! Tôi nghĩ là cậu có thể ra viện được rồi.

Nói xong ông bác sĩ hài lòng bỏ đi. Lập tức, anh chàng vội kéo cái bàn chải vào một góc khuất, vừa vuốt ve vừa nói:

- May cho mày nhé! Nếu tao không bảo mày là cái bàn chải thì ông ta đã mang mày lên Nhật Tân rồi.

(sưu tầm)