

Bệnh sán dây, ấu trùng sán lợn và các biện pháp phòng bệnh

Bệnh sán dây, ấu trùng sán lợn gặp ở nhiều nơi trên thế giới, người mắc bệnh thường liên quan đến tập quán ăn uống, ăn thịt lợn chưa nấu chín. Ở Việt Nam, bệnh xuất hiện ở tất cả các vùng miền, các tỉnh thành. Theo số liệu được báo cáo của các cơ sở điều trị đến nay, **có ít nhất 55 tỉnh, thành có trường hợp bệnh sán dây, ấu trùng sán lợn**. Bệnh ấu trùng sán lợn do ăn phải thức ăn bị ô nhiễm có nhiễm trứng sán dây lợn hoặc ấu trùng sán lợn (như thịt lợn gạo) chưa được nấu chín kỹ. Thông thường, ấu trùng sán lợn sẽ chết khi được đun nấu ở nhiệt độ 75° C trong vòng 5 phút hoặc đun sôi trong vòng 2 phút.

Để biết xem có phải mắc bệnh sán dây, ấu trùng sán lợn hay không cần dựa vào các biểu hiện triệu chứng bệnh như: đi ngoài ra đốt sán, rối loạn tiêu hóa, đau bụng kéo dài...; và các xét nghiệm. Bệnh ấu trùng sán lợn được điều trị khỏi bằng các thuốc Praziquantel và Albendazole. Người bệnh cần được chẩn đoán sớm và điều trị để tránh bệnh lây lan ra cộng đồng.

Trong một vài ngày qua, có nhiều cháu nhỏ ở huyện Thuận Thành, tỉnh Bắc Ninh đã được gia đình đưa đến Viện Sốt rét Ký sinh trùng Côn trùng Trung ương và Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương để khám xác định bệnh ấu trùng sán lợn. Các bác sỹ đã và đang tích cực khám chẩn đoán phát hiện các triệu chứng, đánh giá các nguyên nhân, các yếu tố dịch tễ, tiền sử sử dụng các loại thức ăn bị ô nhiễm, làm xét nghiệm và tiến hành các phân tích để có chẩn đoán. Việc chẩn đoán HIỆN TẠI có đang mắc bệnh ấu trùng sán lợn hay không cần dựa vào nhiều yếu tố vì xét nghiệm ELISA kháng thể dương tính có thể do đã bị nhiễm bệnh trước đó. Vì vậy, việc chẩn đoán chính xác nguồn lây truyền, đường lây cần có các điều tra, đánh giá dịch tễ cẩn thận, rõ ràng, chính xác đảm bảo khách quan dựa trên các bằng chứng khoa học.

Để chủ động phòng bệnh sán dây và ấu trùng sán lợn, Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế khuyến cáo người dân:

- Thực hiện ăn chín, uống chín, ăn các thức ăn đã được nấu chín kỹ, chế biến hợp vệ sinh.

- Không sử dụng thịt lợn ốm để chế biến thực phẩm. Không ăn thịt lợn tái, chưa nấu chín, nem chua sống, (nguy cơ nhiễm sán dây trưởng thành), rau sống không đảm bảo vệ sinh (nguy cơ mắc bệnh ấu trùng sán lợn).

- Quản lý phân tươi, nhất là ở những vùng có người nhiễm sán dây lợn trưởng thành. Sử dụng hố xí hợp vệ sinh. Không nuôi lợn thả rông.

- Người có sán trưởng thành trong ruột phải được điều trị, không phóng uế bừa bãi.

BỆNH TẢ

(Cholera)

ICD-10: A00: Cholera:Bệnh tả thuộc nhóm A trong Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm. (Nguồn Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y Tế)

1. Đặc điểm của bệnh:

1.1. Định nghĩa ca bệnh:

- Ca bệnh lâm sàng: Có các triệu chứng nhiễm khuẩn cấp tính đường tiêu hoá bắt đầu là đầy bụng và sôi bụng; tiếp theo đó tiêu chảy, lúc đầu có phân lỏng, sau chỉ toàn nước. Bệnh nhân đi tiêu chảy liên tục, nhiều lần, phân toàn nước, nước phân đục như nước vo gạo. Số lần tiêu chảy và số lượng nước mất thay đổi tùy từng trường hợp nặng nhẹ khác nhau, có thể lên 40-50 lần/ngày, mất 5-10 lít nước/ngày. Kèm theo bệnh nhân có nôn, lúc đầu nôn ra thức ăn, sau chỉ toàn nước trong hoặc vàng nhạt. Bệnh nhân không đau bụng, không sốt, người mệt lả, có thể bị chuột rút, biểu hiện tình trạng mất nước nhẹ đến nặng như: khát nước, da khô, nhãn nheo, hốc hác, mắt trũng, mạch nhanh, huyết áp hạ, có khi không đo được, tiểu tiện ít hoặc vô niệu, chân tay lạnh...

- Ca bệnh xác định: Phân lập được phẩy khuẩn tả *V. cholerae* nhóm huyết thanh O1 hoặc O139 từ mẫu phân hoặc chất nôn của bệnh nhân tiêu chảy.

1.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Nhiễm khuẩn, nhiễm độc thức ăn do *Salmonella*: Sau ăn thức ăn nhiễm khuẩn 12-14 giờ, sốt cao, đau bụng tiêu chảy và nôn có thể gây mất nước, phân có thể nước hoặc nước máu.

- *Ly trực khuẩn*: Sốt, đau quặn bụng, mót rặn và phân có máu mũi.

- *Escherichia coli* gây bệnh: Các nhóm huyết thanh O124, O136, O144 gây tiêu chảy và nôn do độc tố ruột.

- Do độc tố của tụ cầu: Ủ bệnh ngắn trong vài giờ sau khi ăn. Bệnh cấp tính như đau bụng dữ dội kiểu viêm dạ dày ruột cấp, nôn và tiêu chảy phân lỏng. Bệnh nhân không sốt và có khuynh hướng truy mạch.

- Do ăn phải nấm độc: Không sốt, đau bụng nhiều, nôn và tiêu chảy sau khi ăn phải nấm độc. Trường hợp nặng có thể gây nôn ra máu, đi ngoài ra máu, vàng da và mê sảng. Cần hỏi kỹ tiền sử ăn uống.

- Tiêu chảy do ngộ độc hoá chất: Do ăn thức ăn có nhiễm hoá chất như hoá chất bảo vệ thực vật.

1.3. Xét nghiệm:

1.3.1. Loại bệnh phẩm: Bệnh phẩm thu thập để xét nghiệm là phân, chất nôn, thực phẩm, nước... Mẫu phân tươi, chất nôn sau khi lấy được cho vào trong túi ni lông hoặc lọ sạch. Nút lọ phải chặt để chống rò rỉ. Có thể lấy phân bằng ống thông trực tràng hoặc tăm bông vô khuẩn. Bệnh phẩm cần được giữ ở nhiệt độ từ 4-8⁰C và đưa ngay về phòng xét nghiệm trong vòng 2 giờ hoặc giữ trong môi

trường bảo quản (môi trường Cary - Blair, pepton kiềm). Khi chuyển bệnh phẩm, cần phải giữ ở nhiệt độ lạnh bằng cách đặt những mẫu bệnh phẩm vào trong một hộp có bình tích lạnh.

1.3.2. Phương pháp xét nghiệm

- Soi tươi: Tiến hành soi tươi phân và chất nôn, trực tiếp phát hiện phẩy khuẩn tả di động.

- Phân lập vi khuẩn: Nuôi cấy phân lập vi khuẩn, theo thường quy của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Những ca nghi ngờ hoặc dương tính cần được gửi lên tuyến xét nghiệm cao hơn để xác định và định týp huyết thanh. Các chủng phân lập cần được làm kháng sinh đồ để phục vụ cho việc điều trị.

- Kỹ thuật di truyền phân tử: Sử dụng kỹ thuật phản ứng chuỗi men polymerase (PCR) để xác định đoạn gen đặc hiệu của phẩy khuẩn tả.

- Xét nghiệm huyết thanh học: Sau nhiễm vi khuẩn tả, cơ thể có các loại kháng thể ngưng kết, kháng thể trung hoà và kháng thể kháng độc tố ruột. Xét nghiệm huyết thanh phát hiện kháng thể ngưng kết được tiến hành trong nghiên cứu, trên thực tế ít có giá trị trong giám sát phát hiện bệnh tả.

2. Tác nhân gây bệnh:

Vi khuẩn tả (*Vibrio cholerae*) là vi khuẩn hình cong dấu phẩy (do đó được gọi là phẩy khuẩn) không bắt màu gram, không sinh nha bào, di động nhanh nhờ có một lông. Phẩy khuẩn tả dễ nuôi cấy trong môi trường nghèo dinh dưỡng, pH kiềm (pH từ 8,5-9,0) và mặn.

Phẩy khuẩn tả có khoảng 140 nhóm huyết thanh đã được xác nhận, nhưng chỉ có nhóm huyết thanh O là gây được bệnh tả. Phẩy khuẩn tả được chia thành *V. cholerae* O1 và không O1 (*Vibrio cholerae* không ngưng kết với O1 còn được gọi là chủng NAG). *Vibrio cholerae* gồm 2 týp sinh học (biotype) là vi khuẩn tả cổ điển và tả El Tor. Mỗi týp sinh học lại được chia thành các týp huyết thanh như Ogawa, Inaba và Hikojima. Tả cổ điển được Robert Koch phát hiện năm 1883 và là nguyên nhân gây ra 6 vụ đại dịch tả trên thế giới từ 1816-1926. Tả El Tor do Gotschlich tìm ra năm 1905 ở khu vực Eltor – Ai Cập, đây là nguyên nhân gây ra đại dịch tả lần thứ 7 bắt đầu từ 1961 đến nay. Từ cuối năm 1992, chủng tả O 139 lần đầu tiên được phát hiện trong một vụ dịch tả lớn ở miền nam Ấn Độ và Bangladesh (trong 3 tháng có 100.000 người mắc). Đến cuối năm 1994, người ta cũng đã phát hiện ra *V. cholerae* O139 trong một vài vụ dịch tả ở một số nơi khác (Pakistan, Nepal, Malaysia, Thái Lan, và miền tây Trung Quốc).

Phẩy khuẩn tả gây bệnh bằng độc tố ruột. Độc tố ruột gắn vào niêm mạc ruột non, hoạt hoá enzyme adenylcyclase dẫn đến tăng AMP vòng, làm giảm hấp thu Na^+ , tăng tiết Cl^- và nước gây tiêu chảy cấp tính. Phẩy khuẩn tả có thể chuyển hoá trong thiên nhiên, thay đổi tính di truyền do đột biến từ chủng không gây dịch có thể thành chủng gây dịch và kháng nhiều loại kháng sinh.

Khả năng tồn tại ở môi trường bên ngoài: Phẩy khuẩn tả dễ bị tiêu diệt bởi

hiệt độ (80°C/5 phút), bởi hoá chất (Clo 1 mg/lít) và môi trường axit. Khô hanh, ánh nắng mặt trời cũng làm chết phẩy khuẩn tả. Nó có thể tồn tại lâu trong phân, đất ẩm, nước, thực phẩm. Trong đất, phẩy khuẩn có thể sống 60 ngày, trong phân 150 ngày, trên bề mặt thân thể 30 ngày, trong sữa 6-10 ngày, trên rau quả 7-8 ngày, trong nước 20 ngày. Nhiệt độ 25°C- 37°C, nồng độ muối 0,5 đến 3%, độ pH kiềm (7 - 8,5) và giàu chất dinh dưỡng hữu cơ trong nước là những điều kiện tối ưu cho phẩy khuẩn tả tồn tại.

3. Đặc điểm dịch tễ học:

3.1. Tình hình dịch tả trên thế giới.

Bệnh tả được nói đến từ thời Hippocrates và Sanskrit, được mô tả lần đầu tiên bởi Garcia del Huerto năm 1563 và được John Snow chứng minh được vai trò lây truyền của nước năm 1849. Trong vòng gần 200 năm qua loài người đã trải qua qua 7 vụ đại dịch tả:

- Đại dịch tả lần thứ nhất (1816-1826): Bắt đầu từ Bengal sau lan sang Ấn Độ, Trung Quốc và biển Caspian.

- Đại dịch tả lần thứ hai (1829-1851): Năm 1831 dịch lan sang London (6.536 người chết), Paris (20.000 người chết trong tổng số 650.000 dân), tổng số chết toàn nước Pháp là 100.000. Sau dịch lan sang Liên Xô, Quebec, Ontario và New York

- Đại dịch tả lần thứ ba (1852-1860): Xảy ra ở nhiều vùng của Liên Xô, làm hàng triệu người chết. Ở London, dịch làm 10.738 người chết. Dịch xảy ra ở Chicago làm chết 5,5% dân số.

- Đại dịch tả lần thứ bốn (1863-1875): Dịch xảy ra chủ yếu ở Châu Âu và Châu Phi. Dịch xảy ra ở London làm chết 5.596 người.

- Đại dịch tả lần thứ năm (1881-1896): Năm 1892 dịch xảy ra ở Hamburg làm 8.600 người chết. Đây là vụ dịch nặng cuối cùng ở Châu Âu.

- Đại dịch tả lần thứ sáu (1899-1923): Dịch ở Châu Âu giảm đi do các điều kiện vệ sinh tốt hơn nhưng dịch vẫn xảy ra nặng nề ở các thành phố của Liên Xô.

- Đại dịch tả lần thứ bảy (1961 - những năm 70): Dịch bắt đầu ở [Indonesia](#) năm 1963, với chủng vikhuẩn El Tor, sau lan sang [Bangladesh](#) (1963), Ấn Độ (1964), Liên Xô (1966). Từ Bắc Phi dịch lan sang Italy năm 1973, Nhật Bản và Nam Thái Bình Dương. Từ 1/1991 - 9/1994, dịch xảy ra ở Nam Mỹ, bắt đầu ở Peru với 1 triệu người mắc và 10.000 người chết, do chủng tả O1 - El Tor gây nên, có khác một chút với chủng tả của đại dịch lần thứ bảy là sự tái tổ hợp giữa chủng tả cổ điển và tả El Tor. Từ đó đến nay, dịch thường xuyên xảy ra ở một nước Châu Phi, Châu Á và Mỹ la tinh. Tả vẫn là một đe dọa toàn cầu về y tế công cộng và là một trong các chỉ số về phát triển xã hội. Năm 2006, số ca tả báo cáo trên thế giới tăng lên đáng kể, tăng 79% so với năm 2005 với tổng số là 236.896 được báo cáo từ 52 nước, 6.311 trường hợp tử vong. Theo Tổ chức Y tế Thế giới con số này chỉ chiếm 10% tổng số ca bệnh xảy ra trên thực tế.

3.2. Tình hình tả tại Việt Nam: Bệnh tả lần đầu tiên xuất hiện ở Việt Nam năm 1850 với 2 triệu trường hợp bệnh được thông báo. Từ năm 1910-1938, hàng năm số bệnh nhân mắc tả được thông báo dao động từ 5.000 - 30.000 người. Bệnh tả El Tor lần đầu tiên xuất hiện ở miền Nam năm 1964 với 20.009 người mắc bệnh trong đó 821 người tử vong. Từ đó đến năm 1975, ở miền Trung và miền Nam, bệnh tả xảy ra dưới dạng dịch lưu hành. Hàng năm có hàng trăm bệnh nhân bị bệnh tả được thông báo. Năm 1994, bệnh tả xuất hiện ở khu vực Tây Nguyên với 1.459 bệnh nhân. Sau năm 1975, do việc thông thương giữa hai miền Nam, Bắc, bệnh tả đã lây lan ra miền Bắc và gây ra những vụ dịch tả rải rác ở Hải Phòng. Từ năm 1993 -2004, dịch xảy ra ở cả ba miền Bắc, Trung, Nam với khoảng vài nghìn ca bệnh được báo cáo hàng năm. Tuy nhiên, bệnh không bùng phát thành dịch lớn, có rất ít trường hợp tử vong. Các năm 2005-2006, cả nước không ghi nhận trường hợp nào. Từ cuối năm 2007, dịch lại bùng phát ở 19 tỉnh/thành phố phía Bắc, hàng ngàn trường hợp mắc nhưng không có trường hợp nào tử vong.

3.2. Đặc điểm dịch tễ học:

Vụ dịch tả năm 2007-2008 ở phía Bắc Việt Nam có một số đặc điểm sau:

- Dịch xảy ra tản phát, dồn dập trong một thời gian ngắn, rải rác trên nhiều vùng địa dư, không có liên quan với nhau, hầu như không có ca bệnh thứ phát.
- Hầu hết có liên quan đến thực phẩm. Một nghiên cứu bệnh chứng của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương cho thấy các yếu tố nguy cơ cao mắc tả là: ăn thịt chó, mắm tôm, rau sống, tiết canh.
- Xảy ra chủ yếu ở người lớn, trên 15 tuổi, nam nhiều hơn nữ
- Tỷ lệ lành mang vi khuẩn khoảng 15%.

Những nhóm người có nguy cơ cao với tả là: những người tiếp xúc gần gũi (cùng ăn, uống, sinh hoạt) với bệnh nhân tả; dân cư tại vùng sử dụng hố xí không hợp tiêu chuẩn vệ sinh (đổ thẳng ra công, mương, kênh, sông); sử dụng nước bề mặt (ao, hồ, kênh, mương, sông...) bị ô nhiễm; có tập quán ăn uống không hợp vệ sinh, ăn rau sống, thực hành vệ sinh chưa tốt, ăn hải sản chưa chín, dùng phân tươi trong trồng trọt; khu vực cửa sông, ven biển; vùng bị ngập lụt và sau ngập lụt...

4. Nguồn truyền nhiễm:

- Nguồn bệnh
 - + Bệnh nhân tả: Người bệnh đào thải nhiều vi khuẩn trong thời kỳ toàn phát, theo phân và chất nôn. Trong số những người có biểu hiện triệu chứng, 80% là ở thể nhẹ và vừa, chỉ có 20% có biểu hiện mất nước nặng. Nếu được điều trị đúng, tỷ lệ tử vong là dưới 1%. Phân người bệnh chứa phẩy khuẩn tả trong khoảng thời gian 17 ngày nếu không được điều trị kháng sinh. Nếu được điều trị kháng sinh đặc hiệu, phẩy khuẩn tả sẽ hết dần, nhanh nhất là 2 ngày, dài nhất 6 ngày. Một số ít bệnh nhân sau khỏi vẫn tiếp tục đào thải vi khuẩn ra bên ngoài, có thể từ 3-6 tháng.
 - + Người lành mang phẩy khuẩn tả: Người lành mang khuẩn là những người

đã được điều trị khỏi về mặt lâm sàng nhưng vẫn tiếp tục mang mầm bệnh và những người mang mầm bệnh không triệu chứng. Người mang phẩy khuẩn tả không có dấu hiệu lâm sàng là nguồn bệnh quan trọng.

- Ổ chứa trong thiên nhiên: Ổ chứa thiên nhiên của bệnh tả là một số động thực vật thủy sinh, nhất là các nhuyễn thể (cá, cua, trai, sò, ngao...) ở vùng cửa sông hay ven biển. Đây là nguồn bệnh duy trì bệnh tả trong thời gian giữa các vụ dịch tả ở người và là nguyên nhân gây ra các ca bệnh tản phát giữa hai vụ dịch. Những nghiên cứu mới đây ở Mỹ, Bangladesh và Ấn Độ đã chứng minh một cách rõ ràng về sự tồn tại của vi khuẩn ở các động thực vật thủy sinh và các động vật phù du sống trong nước mặn và các vùng cửa sông.

- Thời gian ủ bệnh: Từ vài giờ tới 5 ngày, thường từ 2 tới 3 ngày

- Thời kỳ lây bệnh: Bệnh lây mạnh nhất ở thời kỳ toàn phát của bệnh. Thời gian thải phẩy khuẩn tả thường kéo dài khoảng 1 tuần sau khi hết tiêu chảy cấp.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, khoảng 75% người nhiễm phẩy khuẩn tả không có biểu hiện triệu chứng bệnh. Tuy nhiên, họ vẫn đào thải vi khuẩn ra môi trường trong vòng 7- 14 ngày. Số lượng phẩy khuẩn tả trong phân người lành mang khuẩn thấp hơn nhiều so với ở người mắc bệnh. Sau vụ dịch tả có một tỷ lệ nhỏ khoảng 3% đến 5% bệnh nhân các thể có khả năng mang vi khuẩn kéo dài một vài tháng, đôi khi kéo dài hàng năm nếu không được điều trị đúng.

5. Phương thức lây truyền:

- Bệnh tả lây theo đường tiêu hoá, qua đường nước bị nhiễm bẩn bởi phân người hoặc phân động vật và qua thực phẩm bị nhiễm các tác nhân gây bệnh trong quá trình chế biến hoặc bảo quản, bởi nước bẩn, qua bàn tay bẩn và ruồi, nặng nhiễm phẩy khuẩn tả.

- Những yếu tố làm tăng nguy cơ lan truyền bệnh tả là đời sống kinh tế xã hội và dân trí thấp, phong tục tập quán sinh hoạt lạc hậu, thời tiết nóng ẩm, thiếu nước sạch và nhà tiêu hợp vệ sinh, không đảm bảo các điều kiện về vệ sinh an toàn thực phẩm đặc biệt là thức ăn đường phố, tình trạng mất vệ sinh ở những vùng sau lũ lụt, thảm họa, trại tị nạn...

6. Tính cảm nhiễm và miễn dịch: Phẩy khuẩn tả chỉ gây bệnh ở người.

Mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh tả. Tuy nhiên, tính cảm nhiễm bệnh phụ thuộc vào mỗi cá thể và liều nhiễm khuẩn. Những người thiếu a xít dịch vị, những người có nhóm máu O sẽ có nguy cơ cao mắc bệnh. Ở các khu vực lần đầu tiên bệnh tả xuất hiện thành dịch, các vụ dịch tả thường diễn biến rầm rộ, mọi lứa tuổi đều có nguy cơ mắc bệnh như nhau. Ngược lại, ở khu vực lưu hành bệnh tả, trẻ em là đối tượng có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất. Cơ thể sau khi mắc bệnh hoặc nhiễm khuẩn không triệu chứng đều có miễn dịch đặc hiệu với chủng tả gây bệnh có thể đến 3 năm. Nhìn chung, miễn dịch thu được trong bệnh tả là vững chắc nhưng không lâu bền như trong thương hàn và sởi. Không có miễn dịch chéo giữa các chủng phẩy khuẩn tả nhóm O1 và O139, giữa các týp huyết thanh (Ogawa và Inaba), giữa các

týp sinh học (cổ điển và Eltor) .

7. Các biện pháp phòng chống dịch:

7.1. Biện pháp dự phòng:

7.1.1. Tuyên truyền giáo dục cộng đồng trên các phương tiện thông tin đại chúng các kiến thức về bệnh tả và tiêu chảy cấp, các biện pháp thực hành vệ sinh cá nhân (rửa tay bằng xà phòng thường xuyên trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh) vệ sinh môi trường (sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh, không vứt rác xuống các ao, hồ gây ô nhiễm nguồn nước, diệt ruồi); an toàn vệ sinh thực phẩm (ăn chín, uống chín); bảo vệ nguồn nước và dùng nước sạch; khi có người bị tiêu chảy cấp, nhanh chóng báo cáo cho cơ sở y tế gần nhất để được hướng dẫn và điều trị kịp thời.

7.1.2. Tăng cường cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường.

7.1.3. Tăng cường việc thanh kiểm tra an toàn vệ sinh thực phẩm, đặc biệt là tại các cơ sở chế biến thực phẩm, chợ, nhà hàng, bếp ăn tập thể, trường học, thức ăn đường phố...

7.1.4. Duy trì thường xuyên việc giám sát các trường hợp tiêu chảy cấp, đặc biệt chú ý các vùng trọng điểm và vào mùa dịch, kịp thời phát hiện các ca bệnh đầu tiên.

7.1.5. Luôn sẵn sàng có đội cơ động phòng chống dịch ở từng tuyến. Chuẩn bị các cơ sở dự trữ cho chống dịch tả.

7.1.6. Gây miễn dịch chủ động bằng vắc xin: Hiện nay có 3 loại vắc xin tả được chứng minh là an toàn, sinh miễn dịch và có hiệu quả.

- Vắc xin tả chết toàn tế bào với tiểu đơn vị B tái tổ hợp tinh chế của độc tố tả (WC/rBS), uống 2 liều cách nhau 10 - 15 ngày, có tác dụng bảo vệ 85 - 90% trong vòng 6 tháng;

- Vắc xin tả chết toàn tế bào hiện đang được sử dụng ở Việt Nam (WC), uống 2 liều cách nhau 10-15 ngày, hiệu lực bảo vệ khoảng 66%.

- Vắc xin tả sống đã làm yếu đi (CVD 103-HgR), uống 1 liều, bảo vệ cao 95%.

Tổ chức Y tế Thế giới chính thức khuyến nghị sử dụng vắc xin tả trong những khu vực khẩn cấp (thiên tai, dịch họa) như là biện pháp y tế công cộng hỗ trợ cho các biện pháp phòng bệnh như cải thiện hệ thống cấp nước hợp vệ sinh và giáo dục sức khỏe. Cần tiến hành song song với các biện pháp tăng cường giám sát và cảnh báo sớm.

7.2. Biện pháp chống dịch:

7.2.1. Xác định tình trạng dịch: Một "vụ dịch tả" được xác định khi có ít nhất 1 ca bệnh tả được xác định bằng chẩn đoán phòng thí nghiệm. Sau khi đã xác định là vụ dịch tả, mọi trường hợp tiêu chảy cấp có trong ổ dịch, dù chưa được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm, cũng đều được coi là ca bệnh nghi ngờ tả và phải được xử lý như một ổ dịch tả.

7.2.2. Báo cáo khẩn cấp: Khi có trường hợp tiêu chảy cấp nghi tả, các cơ sở

y tế phải báo cáo ngay theo chế độ báo cáo khẩn cấp của Bộ Y tế.

7.2.3. Công bố dịch: Theo Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm được Quốc hội thông qua ngày 21/11/2007, bệnh tả là bệnh truyền nhiễm nhóm A, việc công bố dịch tả thuộc thẩm quyền của Bộ trưởng Bộ Y tế.

7.2.4. Thành lập Ban chỉ đạo phòng chống dịch tả các cấp nhằm phối hợp giữa các ban ngành liên quan tại địa phương để chỉ đạo, điều hành nhanh và hiệu quả các hoạt động phòng chống dịch. Ngành y tế là cơ quan thường trực của Ban chỉ đạo.

7.2.5. Thành lập đội chống dịch cơ động để trực tiếp thực hiện nhiệm vụ cấp cứu, điều trị, điều tra, xử lý và giám sát ổ dịch.

7.2.6. Xử lý ổ dịch

a. Đối với bệnh nhân:

- Cách ly bệnh nhân, tổ chức điều trị tại chỗ, tránh vận chuyển xa để hạn chế sự reo rắc mầm bệnh và tử vong dọc đường.

- Khẩn trương bù nước, điện giải và dùng kháng sinh đặc hiệu theo đúng phác đồ quy định.

- Khử khuẩn tẩy uế:

+ Phân và chất thải của bệnh nhân phải được tiệt khuẩn bằng vôi bột hoặc cloramin B.

+ Quần áo, chăn màn của bệnh nhân phải nhúng, dội nước sôi hoặc ngâm vào dung dịch cloramin B 1-2 % để trong 2 giờ trước khi đem giặt hoặc nước Javen 1-2%. Bô, chậu của bệnh nhân phải ngâm vào dung dịch cloramin B 5% trong 20 - 30 phút trước khi đem rửa sạch. Dụng cụ của bệnh nhân cũng phải được khử khuẩn bằng các hóa chất trên.

+ Môi trường ô nhiễm xung quanh khu vực bệnh nhân phải được xử lý bằng cloramin B hoặc vôi bột mỗi tuần 1-2 lần và liên tục trong vòng 3-5 tuần.

+ Nền nhà, tường nhà phun dung dịch cloramin B 5% với liều lượng 0,5 lít/m².

+ Phương tiện chuyên chở bệnh nhân phải sát khuẩn tẩy uế bằng cloramin B 5%

+ Nếu có bệnh nhân tử vong do bệnh tả thì tử thi bệnh nhân phải được liệm trong quan tài có vôi bột hoặc cloramin B, bọc thi thể bằng vải không thấm nước, chôn cất sớm và phải chôn sâu 2 mét hoặc hỏa thiêu.

b. Đối với người tiếp xúc:

- Theo dõi tất cả những người đã ăn uống chung, phục vụ, ở chung với bệnh nhân tả trong vòng 5 ngày kể từ khi tiếp xúc lần cuối cùng. Cần phổ biến cho những người này, nếu thấy xuất hiện tiêu chảy phải báo cáo ngay với cơ sở y tế để được theo dõi, điều trị và lấy bệnh phẩm xét nghiệm.

- Những người trong gia đình bệnh nhân, nhân viên y tế trực tiếp phục vụ và những người có tiếp xúc trực tiếp khác, những người cùng ăn với bệnh nhân loại

thực phẩm nghi ngờ có liên quan nên được điều trị dự phòng bằng kháng sinh càng sớm càng tốt. Tuy nhiên, không nên chỉ định dùng kháng sinh dự phòng rộng rãi vì ít hiệu quả và có thể làm tăng tỷ lệ kháng kháng sinh tại cộng đồng. Người lành mang vi khuẩn phải được điều trị kháng sinh đặc hiệu với liều lượng và thời gian như đối với bệnh nhân tả có triệu chứng. Phân và chất thải của những người này cũng phải được xử lý theo quy định.

c. Xử lý nguồn nước ăn, nước sinh hoạt, đảm bảo vệ sinh ăn uống:

- Thực hiện các biện pháp khẩn cấp để đảm bảo sử dụng nguồn nước sạch. Dùng clo để khử khuẩn nước sinh hoạt cho nhân dân. Chỉ dùng nước đã đun sôi để uống. Nước ăn, nước rửa bát đĩa và các đồ đựng thực phẩm phải từ nguồn nước đã khử khuẩn bằng clo và không bị nhiễm bẩn.

- Ở thành phố, cần kiểm tra chặt chẽ hệ thống đường ống dẫn nước, đảm bảo nồng độ clo dư trong nước máy đúng tiêu chuẩn quy định 0,3-0,5 mg/lít. Ở các vùng nông thôn, cần kiểm soát các nguồn nước giếng ăn, nước sông, ngòi, ao, hồ dùng để ăn và rửa thực phẩm. Cần xử lý nước ăn và nước sinh hoạt bằng cloramin B theo đúng nồng độ quy định là 10 mg/lít.

d. Xử lý vệ sinh môi trường:

- Tuyên truyền cho nhân dân biết cách tự phòng bệnh như ăn chín, uống sôi, không ăn rau sống, tiết canh, nước đá, mắm ruốc, mắm tôm, hải sản chưa chín kỹ... và vệ sinh cá nhân, đặc biệt là rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh.

- Hạn chế hội họp, hạn chế tập trung ăn uống đông người như ma chay, cưới xin.

- Tổng vệ sinh, thu gom rác, diệt ruồi. Nghiêm cấm phóng uế bừa bãi, vận chuyển và sử dụng phân tươi.

- Kiểm tra chặt chẽ các cửa hàng ăn uống, giải khát, đặc biệt là những nơi chế biến thức ăn, nhà máy nước để bảo đảm thực hiện nghiêm chỉnh công tác phòng chống dịch tả.

e. Công tác kiểm tra, giám sát: Trong thời gian có dịch, cần tổ chức các đoàn kiểm tra công tác phòng chống dịch tại địa phương, tập trung vào nơi có các ổ dịch, nơi có nguy cơ xảy dịch cao.

f. Xác định ổ dịch tả chấm dứt hoạt động: Sau khi thực hiện đầy đủ các biện pháp phòng chống dịch, dựa vào các tiêu chuẩn sau để xác định và thông báo ổ dịch đã chấm dứt hoạt động:

- Đã xử lý triệt khuẩn ổ dịch, vệ sinh môi trường, điều trị dự phòng và điều trị đặc hiệu với những người trong ổ dịch.

- Không có trường hợp mắc mới tiêu chảy cấp trong vòng 15 ngày.

- Không tìm thấy vi khuẩn tả gây bệnh ở người tiếp xúc, ở nguồn nước ăn uống, sinh hoạt và thực phẩm.

7.3. Nguyên tắc điều trị:

- Cách ly bệnh nhân, nên tổ chức cấp cứu tại chỗ, cần tăng cường bác sỹ và điều dưỡng từ tuyến trên xuống hỗ trợ, chuẩn bị đầy đủ thuốc men, dịch truyền, dây truyền...

- Bồi phụ nước, chất điện giải nhanh chóng và đầy đủ thông qua đường uống (sử dụng ORS) hoặc truyền tĩnh mạch tùy tình trạng nguy kịch của bệnh.

- Sử dụng kháng sinh hợp lý dựa trên kết quả kháng sinh đồ. Nên dùng nhóm fluoroquinolon (Ciprofloxacin 1g/ngày, Norfloxacin 800mg/ngày, Ofloxacin 400mg/ngày) uống chia hai lần/ngày, trong 3 ngày. Đối với phụ nữ có thai, cho con bú và trẻ em dưới 12 tuổi, dùng azithromycin (liều 20mg/kg). Điều trị dự phòng cho những người tiếp xúc mật thiết với một liều điều trị duy nhất

- Không được dùng các thuốc làm giảm nhu động ruột như morphin, opizoic, atropin...

- Nên cho bệnh nhân ăn sớm, ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu. Đối với trẻ còn bú, cần tăng cường bú mẹ.

- Tiêu chuẩn ra viện: Hết tiêu chảy, tình trạng lâm sàng ổn định, kết quả xét nghiệm cấy phân âm tính 3 lần liên tiếp. Nếu những cơ sở không có điều kiện cấy phân thì cho bệnh nhân ra viện sau khi ổn định về mặt lâm sàng được 1 tuần.

7.4. Kiểm dịch y tế biên giới: Hạn chế du lịch và các hoạt động thương mại mạo dịch đã được chứng minh là không hiệu quả và không cần thiết.

Khuyến cáo phòng chống bệnh cúm mùa

Để chủ động phòng chống cúm mùa, Bộ Y tế khuyến cáo người dân thực hiện tốt các nội dung sau:

1. Đảm bảo vệ sinh cá nhân, che miệng khi hắt hơi, thường xuyên rửa tay với xà phòng, vệ sinh mũi, họng hàng ngày bằng nước muối.
2. Giữ ấm cơ thể, ăn uống đủ chất để nâng cao thể trạng.
3. Tiêm vắc xin cúm mùa phòng bệnh.
4. Hạn chế tiếp xúc với bệnh nhân cúm hoặc các trường hợp nghi ngờ mắc bệnh khi không cần thiết.
5. Khi có triệu chứng ho, sốt, sổ mũi, đau đầu, mệt mỏi cần đến ngay cơ sở y tế để được khám, xử trí kịp thời.

Khuyến cáo phòng chống bệnh cúm A/H1N1

Nhằm đảm bảo sức khỏe cộng đồng phòng chống bệnh cúm A/H1N1, Bộ Y tế khuyến cáo:

1. Tăng cường vệ sinh cá nhân, thường xuyên rửa tay bằng xà phòng, che miệng và mũi khi ho, hắt hơi.

2. Vệ sinh và mở cửa thoáng mát nơi ở, lớp học, phòng làm việc; lau chùi bề mặt, vật dụng bằng hoá chất sát khuẩn thông thường.

3. Người dân nên tự theo dõi sức khỏe hàng ngày, nếu có biểu hiện sốt, ho, đau họng... thì thông báo cho trường học, cơ quan, đoàn thể nơi đang học tập, công tác và cơ sở y tế địa phương. Nếu được xác định mắc cúm thì cần được cách ly và đeo khẩu trang.

4. Những người mắc bệnh mạn tính, phụ nữ mang thai, người già, trẻ em cần tránh tiếp xúc với người nghi ngờ mắc bệnh.

5. Tránh tiếp xúc với người mắc hoặc nghi mắc bệnh cúm.

6. Cần đeo khẩu trang y tế và giữ khoảng cách trên 01 mét nếu phải tiếp xúc với người bệnh.

7. Không tự ý sử dụng thuốc đặc biệt là thuốc kháng vi rút như Tamiflu mà phải tuân theo hướng dẫn của thầy thuốc

Khuyến cáo phòng chống bệnh sởi

1. Chủ động đưa trẻ từ 9 tháng đến 2 tuổi chưa tiêm hoặc tiêm chưa đủ 2 mũi vắc xin sởi hoặc trẻ từ 1 tuổi đến 14 tuổi tiêm vắc xin Sởi –Rubella đầy đủ và đúng lịch.

2. Bệnh sởi rất dễ lây, không cho trẻ đến gần, tiếp xúc với các trẻ nghi mắc bệnh sởi. Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng khi chăm sóc trẻ.

3. Giữ vệ sinh thân thể, mũi, họng, mắt và răng miệng cho trẻ hàng ngày. Đảm bảo nhà ở và nhà vệ sinh thông thoáng, sạch sẽ. Tăng cường dinh dưỡng cho trẻ.

4. Nhà trẻ, mẫu giáo, trường học nơi tập trung đông trẻ em cần giữ gìn vệ sinh sạch sẽ, thông thoáng; thường xuyên khử trùng đồ chơi, dụng cụ học tập và phòng học bằng các chất sát khuẩn thông thường.

5. Khi phát hiện có các dấu hiệu sốt, ho, chảy nước mũi, phát ban cần sớm cách ly và đưa trẻ đến các cơ sở y tế gần nhất để được thăm khám, tư vấn điều trị kịp thời. Không nên đưa trẻ điều trị vượt tuyến khi không cần thiết để tránh quá tải bệnh viện và lây nhiễm chéo trong bệnh viện.

NỘI DUNG TUYÊN TRUYỀN ĐẢM BẢO AN TOÀN THỰC PHẨM TRONG NHÀ TRƯỜNG

Hướng dẫn cách chế biến bảo quản thực phẩm an toàn, cách bảo quản giò, chả, thực phẩm, canh măng bánh chưng trong ngày Tết...

Tuyên truyền không sử dụng thực phẩm không rõ nguồn gốc, có dấu hiệu ôi thiu mốc hỏng.

Không nên chế biến quá nhiều thực phẩm, thức ăn để tránh sử dụng sản phẩm không tươi, mất dinh dưỡng hoặc mốc hỏng.

Tuyên truyền phòng ngừa ngộ độc rượu trong dịp Tết: Không uống cồn công nghiệp vì có thể gây mù mắt và tử vong; không lạm dụng rượu bia trong các ngày Tết; Không uống rượu ngâm với lá, rễ cây, phủ tạng động vật không rõ độc tính hay rượu Ngâm theo kinh nghiệm cá nhân; không uống rượu khi không biết rượu gì, không biết nguồn gốc xuất xứ, rượu không công bố tiêu chuẩn chất lượng. Không uống rượu khi đang đói, mệt hoặc đang uống thuốc điều trị, trẻ em dưới 18 tuổi không uống rượu bia.

Tuyên truyền phòng ngừa ngộ độc nấm: Không được ăn nấm lạ, nấm hoang dại kể cả nấm màu trắng, không ăn thử nấm, dứt khoát loại bỏ nấm nếu nghi ngờ, không hái nấm non chưa xòe mũ vì chưa bộc lộ hết đặc điểm cấu tạo, khó nhận dạng nấm độc; không ăn nấm nếu dập nát, ôi thiu.

10 NGUYÊN TẮC VÀNG CHẾ BIẾN THỰC PHẨM AN TOÀN

1. Lựa chọn thực phẩm tươi sạch, an toàn.
2. Thực hiện ăn chín, uống chín.
3. Ăn ngay khi thức ăn vừa được nấu chín.
4. Che đậy, bảo quản thức ăn trước khi sử dụng.
5. Đun kỹ thức ăn trước khi sử dụng.
6. Không để lẫn thực phẩm sống và chín.
7. Rửa tay sạch trước khi chế biến thức ăn và sau mỗi lần gián đoạn để làm việc khác (đi vệ sinh, xì mũi, tiếp xúc thực phẩm sống...).
8. Bảo đảm dụng cụ, nơi chế biến thực phẩm phải khô sạch, gọn gàng, hợp vệ sinh.
9. Bảo quản thực phẩm tránh côn trùng và các động vật khác.
10. Sử dụng nguồn nước sạch trong chế biến thực phẩm.

LỰA CHỌN THỰC PHẨM BAO GÓI SẴN

- Phải xem nhãn mác với đầy đủ các nội dung:
 - Tên thực phẩm;
 - Tên, địa chỉ thương nhân chịu trách nhiệm về hàng hóa;
 - Định lượng;
 - Ngày sản xuất; Hạn sử dụng;
 - Thành phần hoặc thành phần định lượng;

- Hướng dẫn bảo quản, hướng dẫn sử dụng;
- Xuất xứ của hàng hóa;
- Thông tin cảnh báo;
- Nên mua ở các địa điểm kinh doanh uy tín, đủ điều kiện kinh doanh thực phẩm an toàn.
- Không nên mua: Ở các hàng rong không rõ nguồn gốc, các quán hàng bụi bặm, ẩm ướt, nắng nóng; những hàng lần thực phẩm với hóa chất xà phòng, mỹ phẩm...