

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

**THỰC TRẠNG GIÁM SÁT
VIÊM GAN VI RÚT B, C TẠI TỈNH THÁI BÌNH
VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

VŨ NGỌC LONG

**THỰC TRẠNG GIÁM SÁT
VIÊM GAN VI RÚT B, C TẠI TỈNH THÁI BÌNH
VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

CHUYÊN NGÀNH: DỊCH TỄ HỌC

MÃ SỐ: 62 72 01 17

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS. TS. Phan Trọng Lân**
- 2. GS. TS. Phạm Ngọc Đính**

HÀ NỘI – 2017

LỜI CẢM ƠN

Với tấm lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới:

GS. TS. Phạm Ngọc Đính, Phó Chủ tịch thường trực Hội Y học dự phòng Việt Nam, người Thầy đã tận tình hướng dẫn, giúp đỡ, động viên, khuyến khích tôi trong suốt quá trình xây dựng đề cương, thu thập số liệu và viết báo cáo luận án.

PGS. TS. Phan Trọng Lân, Viện trưởng Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh, người Thầy đã tận tình động viên, khích lệ, hướng dẫn và hỗ trợ cần thiết nhất cho tôi trong suốt quá trình học tập, hoàn thiện luận án.

PGS. TS. Trần Đức Phú, Cục trưởng Cục Y tế dự phòng, ThS. Đặng Quang Tấn, Phó Cục trưởng Cục Y tế dự phòng đã dành cho tôi những điều kiện tốt nhất để thu thập số liệu, viết báo cáo và tham gia vào các hoạt động xây dựng chính sách, kế hoạch liên quan đến các nội dung nghiên cứu của luận án.

BSCK II. Nguyễn Văn Thơm, Giám đốc Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Bình, BSCK I. Đỗ Văn Siu, Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Hưng Hà, BSCKI. Lương Văn Phong, Giám đốc Bệnh viện Đa khoa huyện Hưng Hà cùng các cán bộ y tế thuộc các đơn vị liên quan đến công tác giám sát bệnh truyền nhiễm tỉnh Thái Bình đã hỗ trợ tích cực trong việc thu thập số liệu, triển khai các hoạt động can thiệp của nghiên cứu và đóng góp quan trọng trong việc hoàn thành báo cáo luận án.

Các Thầy, Cô trong Chương trình đào tạo Nghiên cứu sinh, Hội đồng bảo vệ cùng các Thầy, Cô, bạn bè, đồng nghiệp đã hỗ trợ trong quá trình học tập, nghiên cứu và góp ý quý báu trong việc viết báo cáo, hoàn thành luận án.

Sự hỗ trợ không biết mệt mỏi của người thân trong gia đình, đặc biệt là vợ tôi đã dành thời gian để tôi chuyên tâm triển khai các hoạt động nghiên cứu, viết báo cáo và sự động viên để tôi hoàn thành tốt bản luận án này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2017

Vũ Ngọc Long

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan bản luận án này là công trình nghiên cứu nghiêm túc và trung thực. Tất cả các số liệu và kết quả trong luận án này chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Nghiên cứu được thực hiện dựa vào đề tài cấp cơ sở của Cục Y tế dự phòng: “Thực trạng giám sát viêm gan vi rút B và viêm gan vi rút C tại tỉnh Thái Bình và hiệu quả một số biện pháp can thiệp” do tôi làm chủ đề tài. Tôi đã được các thành viên tham gia đồng ý sử dụng số liệu cho luận án này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2017

Vũ Ngọc Long

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG I. TỔNG QUAN	3
1.1. Đặc điểm chung về viêm gan vi rút.....	3
1.2. Đặc tính, hình thức lây truyền của vi rút viêm gan B, C.....	3
1.2.1. Vi rút viêm gan B.....	3
1.2.2. Vi rút viêm gan C.....	6
1.3. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan B, C trên thế giới và tại Việt Nam.....	10
1.3.1. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan B.....	10
1.3.2. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan C.....	15
1.4. Giám sát bệnh truyền nhiễm và giám sát viêm gan vi rút.....	19
1.4.1. Giám sát bệnh truyền nhiễm	19
1.4.2. Giám sát viêm gan vi rút	26
1.4.3. Các biện pháp xét nghiệm phát hiện vi rút viêm gan B, C.....	32
1.5. Một số chiến lược phòng chống viêm gan vi rút trên thế giới và tại Việt Nam.....	35
1.5.1. Một số chiến lược phòng chống viêm gan vi rút trên thế giới.....	35
1.5.2. Kế hoạch phòng chống viêm gan vi rút tại Việt Nam.....	38
1.6. Một số đặc điểm chính của tỉnh và thông tin về hệ thống y tế tại Thái Bình.....	38
1.6.1. Một số đặc điểm của tỉnh Thái Bình.....	38
1.6.2. Hệ thống y tế của tỉnh Thái Bình	39
1.6.3. Kết quả giám sát viêm gan vi rút tại tỉnh Thái Bình giai đoạn 2005 – 2014.....	39
CHƯƠNG II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	41
2.1. Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015.....	41
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	41
2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	42
2.1.3. Phương pháp nghiên cứu.....	42
2.1.4. Các nhóm biến số trong nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính.....	46

2.1.5. Công cụ thu thập thông tin	47
2.1.6. Các bước tiến hành nghiên cứu	47
2.2. Mục tiêu 2: Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp tăng cường chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tuyến huyện.	48
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu	48
2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	49
2.2.3. Phương pháp nghiên cứu	49
2.2.4. Các nhóm biến số và chỉ số	55
2.2.5. Công cụ thu thập và các biện pháp can thiệp	55
2.2.6. Các bước tiến hành nghiên cứu	59
2.3. Xử lý và phân tích số liệu nghiên cứu	59
2.3.1. Các phần mềm sử dụng	59
2.3.2. Cách phân tích và trình bày kết quả mô tả thực trạng	60
2.3.3. Cách phân tích và trình bày kết quả can thiệp	60
2.3.4. Một số tiêu chí đánh giá	61
2.3.5. Sai số và kỹ thuật hạn chế sai số	62
2.4. Tổ chức thực hiện	63
2.5. Đạo đức trong nghiên cứu	64
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	65
3.1. Thực trạng hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015	65
3.1.1. Thực trạng về cấu trúc, thành phần và tính pháp lý của hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C	65
3.1.2. Thực trạng về năng lực đảm bảo, chính sách, chế độ trong hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C	70
3.1.3. Thực trạng về năng lực hoạt động của hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015	80
3.1.4. Kết quả điều tra kiến thức, thái độ và thực hành về hoạt động giám sát viêm gan vi rút trong năm 2015 của tỉnh Thái Bình	84

3.1.5. Một số kết quả giám sát viêm gan vi rút B, C trong năm 2015 của tỉnh Thái Bình	88
3.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp tăng cường chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tuyến huyện của tỉnh Thái Bình năm 2016.....	90
3.2.1. Một số kết quả triển khai biện pháp tăng cường giám sát viêm gan vi rút .	90
3.2.2. Hiệu quả trong thay đổi chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C	93
3.2.3. Hiệu quả độ nhạy của phương thức giám sát mới tại huyện Hưng Hà.....	94
3.2.4. Tính hữu dụng trong thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế ở huyện can thiệp và đối chứng.....	95
3.2.5. Ý kiến về tính phù hợp, lợi ích và khả thi của biện pháp can thiệp của cán bộ y tế tại huyện Hưng Hà	98
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	100
4.1. Về thực trạng hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015...	100
4.1.1. Đối với tính pháp lý và thực trạng cán bộ y tế của hệ thống giám sát viêm gan vi rút tại tỉnh Thái Bình năm 2015	100
4.1.2. Về năng lực đảm bảo, chính sách, chế độ trong hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015	103
4.1.3. Về thực trạng về năng lực hoạt động của hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015	110
4.1.4. Về kiến thức, thái độ và thực hành về hoạt động giám sát viêm gan vi rút trong năm 2015 của tỉnh Thái Bình	111
4.1.5. Về kết quả giám sát viêm gan vi rút trong năm 2015 của tỉnh Thái Bình.	114
4.2. Về hiệu quả một số biện pháp can thiệp tăng cường chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tuyến huyện tỉnh Thái Bình năm 2016	114
4.2.1. Đối với kết quả triển khai hoạt động tăng cường giám sát viêm gan vi rút	114
4.2.2. Về hiệu quả trong thay đổi chất lượng giám sát viêm gan vi rút.....	116
4.2.3. Đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng giám sát	118

4.2.4. Về sự phù hợp, lợi ích và khả thi của hoạt động can thiệp tại huyện Hưng Hà	120
4.2.5. Về các hạn chế của hoạt động can thiệp tại huyện Hưng Hà năm 2016 ...	121
4.2.6. Những đóng góp và hạn chế của luận án	124
KẾT LUẬN	126
1. Thực trạng hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình, năm 2015...	126
2. Hiệu quả can thiệp tăng cường chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại huyện Hưng Hà tỉnh Thái Bình năm 2016	126
KHUYẾN NGHỊ.....	128
DANH SÁCH CÁC BÀI BÁO LIÊN QUAN.....	i
TÀI LIỆU THAM KHẢO	ii
PHỤ LỤC	xv

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
AIDS	Aquired Immuno Deficiency Syndrom	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
Anti-HCV	Antibody against hepatitis C virus	Kháng thể kháng vi rút viêm gan C
ARN-HCV	Acid Ribonucleic Hepatitis C virus	A xít nhân của vi rút viêm gan C
BTN		Bệnh truyền nhiễm
BVĐK		Bệnh viện đa khoa
CSHQ		Chỉ số hiệu quả
ĐNCB		Định nghĩa ca bệnh
HBsAg	Hepatitis B surface antigen	Kháng nguyên bề mặt vi rút viêm gan C
HBV	Hepatitis B Virus	Vi rút viêm gan B
HCV	Hepatitis C Virus	Vi rút viêm gan C
HQCT		Hiệu quả can thiệp
MMT	Methadone Maintenance Therapy	Phương pháp điều trị Methadone
NVYT		Nhân viên y tế
PCD		Phòng chống dịch
PKB		Phòng khám bệnh
SCT		Sau can thiệp
TCT		Trước can thiệp
TTYT		Trung tâm Y tế
TYT		Trạm Y tế
VGB		Viêm gan B
VGC		Viêm gan C
VGVR		Viêm gan vi rút
VSDT		Vệ sinh dịch tễ
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế thế giới
YTDP		Y tế dự phòng

DANH MỤC BẢNG

Bảng	Tên bảng	Trang
1.1.	Tỷ lệ người mang HBsAg trong nhóm người khỏe mạnh trong các nghiên cứu tại Việt Nam	13
1.2.	Năng lực xét nghiệm vi rút viêm gan tại Việt Nam	34
1.3.	Tình hình viêm gan vi rút giai đoạn 2005-2014 tại tỉnh Thái Bình	40
3.1.	Các đơn vị tham gia giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình	66
3.2.	Số liệu bệnh nhân điều trị Methadone 2015 - 2016	67
3.3.	Một số đặc điểm NVYT ở các đơn vị YTDP của tỉnh Thái Bình năm 2015	68
3.4.	Một số đặc điểm NVYT ở các bệnh viện của tỉnh Thái Bình năm 2015	68
3.5.	Cơ cấu NVYT tham gia giám sát tại đơn vị y tế dự phòng	69
3.6.	Cơ cấu NVYT tham gia giám sát tại các đơn vị bệnh viện	69
3.7.	Ý kiến của các đơn vị về thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị sử dụng cho giám sát viêm gan vi rút B, C	70
3.8.	Thực trạng cơ sở xét nghiệm (vi sinh - miễn dịch) phục vụ cho giám sát bệnh truyền nhiễm	71
3.9.	Kết quả số đơn vị đã thực hiện xét nghiệm phát hiện vi rút viêm gan vi rút B, C	72
3.10.	Tình trạng có lưu trữ các văn bản hướng dẫn chuyên môn về giám sát bệnh truyền nhiễm	73
3.11.	Thực trạng mẫu biểu giám sát bệnh truyền nhiễm đang được sử dụng	74
3.12.	Ý kiến của các đơn vị về việc áp dụng công nghệ thông tin trong công tác báo cáo viêm gan vi rút	77
3.13.	Ý kiến về việc điều phối, phối hợp dự phòng - điều trị trong giám sát viêm gan vi rút	79

3.14.	Kết quả báo cáo giám sát viêm gan vi rút B, C có kết quả xét nghiệm, năm 2015	80
3.15.	Sử dụng kết quả giám sát viêm gan vi rút B, C trong xây dựng kế hoạch, phòng chống dịch	81
3.16.	Một số đặc điểm của NVYT tại các đơn vị điều tra	84
3.17.	Tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về viêm gan vi rút và giám sát viêm gan vi rút	85
3.18.	Tỷ lệ NVYT có thái độ đúng về giám sát viêm gan vi rút	86
3.19.	Tỷ lệ NVYT có thực hành đúng trong giám sát viêm gan vi rút	87
3.20.	Kết quả giám sát trường hợp mắc viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình, năm 2015	88
3.21.	Tỷ lệ tham gia các lớp tập huấn của NVYT huyện Hưng Hà	90
3.22.	Một số thay đổi trong việc giám sát viêm gan vi rút B, C	91
3.23.	Số bệnh nhân viêm gan vi rút B, C phát hiện trong năm 2016 của huyện Hưng Hà và Vũ Thư	92
3.24.	Tình trạng nhiễm vi rút viêm gan trong nhóm đối tượng điều trị Methadone tại huyện Hưng Hà và Vũ Thư năm 2016	92
3.25.	Hiệu quả về chất lượng báo cáo số liệu giám sát viêm gan vi rút B, C	93
3.26.	Độ nhạy ước tính của các phương thức giám sát mới tại huyện Hưng Hà năm 2015 - 2016	94
3.27.	Thay đổi về kiến thức của NVYT ở huyện can thiệp và đối chứng	95
3.28.	Thay đổi thái độ của NVYT ở huyện can thiệp và đối chứng	96
3.29.	Thay đổi về thực hành của NVYT ở huyện can thiệp và đối chứng	97
3.30.	Ý kiến về lợi ích và tính phù hợp các hoạt động can thiệp của NVYT	98

DANH MỤC HÌNH

Hình	Tên hình	Trang
1.1.	Cấu trúc của vi rút viêm gan B	4
1.2.	Cấu trúc của vi rút viêm gan C	6
1.3.	Phân bố tỷ lệ mắc HBV trên thế giới năm 2017	11
1.4.	Phân bố tỷ lệ mắc HCV trên thế giới năm 2017	15
1.5.	Hệ thống thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm	25
2.1	Cây vấn đề - Những hạn chế trong giám sát VGVR B, C theo Thông tư 48/2010/TT-BYT dẫn tới giả thiết can thiệp	52
2.2	Sơ đồ thiết kế nghiên cứu	54
3.1	Sơ đồ cấu trúc các đơn vị tham gia giám sát VGVR tại tỉnh Thái Bình	65

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ	Tên biểu đồ	Trang
3.1.	Đánh giá của NVYT các tuyến về hoạt động giám sát viêm gan vi rút trước can thiệp	82
3.2.	Tỷ lệ đào tạo về giám sát bệnh truyền nhiễm tại các tuyến	83
3.3.	Tỷ lệ đào tạo về giám sát viêm gan vi rút tại các tuyến	83
3.4.	Tính khả thi của các biện pháp can thiệp	99

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan vi rút (VGVR) là thuật ngữ dùng để chỉ bệnh cảnh viêm gan do một nhóm các vi rút có đặc điểm riêng về dịch tễ học gây ra [5], [21]. Trong đó viêm gan vi rút B, C là gánh nặng lớn đối với sức khỏe người dân với diễn biến kéo dài dẫn đến viêm gan mạn, xơ gan và ung thư gan [1]. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), trên thế giới có trên 240 triệu người nhiễm vi rút viêm gan B (VGB) và có khoảng 130 - 170 triệu trường hợp nhiễm vi rút viêm gan C (VGC) mạn tính [130], [131]. Hàng năm trên thế giới có khoảng một triệu trường hợp tử vong có liên quan đến viêm gan vi rút [92].

Việt Nam là một trong những nước thuộc khu vực Đông Nam Á lưu hành vi rút viêm gan B, C. Kết quả một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan của một số nhóm dân cư ở nước ta là khá cao từ 8 - 25% đối vi rút viêm gan B; 2,5 - 4,1% đối với nhóm vi rút viêm gan C [8], [114]. Như vậy, nhiễm vi rút viêm gan B, C đang là vấn đề lớn đối với sức khỏe người dân nước ta hiện nay với những nguy cơ gây biến chứng và gây tử vong [87].

Hiện nay, theo quy định tại Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế (BYT), nhóm viêm gan vi rút là một trong 28 bệnh truyền nhiễm (BTN) phải báo cáo trong hệ thống giám sát (HTGS) bệnh truyền nhiễm; tuy nhiên, số liệu mang tính cộng gộp, chưa phân loại được viêm gan vi rút khác nhau, chưa có thông tin cần thiết để tiếp tục theo dõi người bệnh. Theo Niên giám thống kê y tế của Bộ Y tế, hàng năm nước ta ghi nhận khoảng 9.000 trường hợp mắc viêm gan vi rút, con số này rất nhỏ so với tỷ lệ ước tính nhiễm vi rút viêm gan B, C trong các nghiên cứu đã được công bố [14]. Thêm vào đó, thời gian yêu cầu báo cáo đối với bệnh VGVR theo tháng nên khó khăn trong việc cập nhật thông tin tình hình bệnh do vi rút viêm gan gây ra để triển khai các hoạt động phòng, điều trị một cách kịp thời.

Vì vậy, câu hỏi đặt ra là thực trạng giám sát viêm gan vi rút B, C nước ta như thế nào và có thể cải thiện hệ thống giám sát hiện tại để nâng cao chất lượng hệ thống giám sát để có thể triển khai các biện pháp phòng bệnh, điều trị kịp thời? Do đó, nếu hệ thống giám sát có thể cung cấp được số liệu giám sát mô tả được rõ ràng hơn thực

trạng nhiễm vi rút viêm gan tại cộng đồng, xác định rõ được các loại vi rút gây bệnh viêm gan và có thể phát hiện sớm hơn các trường hợp nhiễm viêm gan vi rút B, C sẽ góp phần triển khai các biện pháp phòng và điều trị một cách hiệu quả hơn đối với bệnh nhân nhiễm viêm gan vi rút, góp phần tích cực vào việc nâng cao sức khỏe của người dân.

Thái Bình là một tỉnh đồng bằng khu vực miền Bắc với dân số khoảng 1,8 triệu người với mật độ dân số 1.138 người/km², sống tương đối tập trung ở 8 huyện, 284 xã, phường, thị trấn. Hệ thống y tế được phát triển đa dạng và động bộ từ tuyến tỉnh đến tuyến xã, đã triển khai giám sát bệnh truyền nhiễm bao gồm cả viêm gan vi rút từ nhiều năm tại tỉnh Thái Bình; đồng thời tỉnh Thái Bình cũng đã tham gia thực hiện nhiều hoạt động phối hợp trong việc nghiên cứu khoa học, ứng dụng thí điểm với các đơn vị của Bộ Y tế do đó có kinh nghiệm trọng việc triển khai áp dụng các hoạt động can thiệp nâng cao sức khỏe người dân các hoạt động thí điểm về y tế [4].

Từ thực tế trên, với mục đích nắm được thực trạng về hệ thống giám sát vi rút viêm gan B, C và thử nghiệm một số hoạt động can thiệp nhằm thay đổi phương thức giám sát viêm gan vi rút dựa vào ca bệnh xác định, theo dõi theo ca bệnh và rút ngắn thời gian báo cáo với mục đích phân loại được và báo cáo sớm các loại vi rút viêm gan trong hệ thống báo cáo giám sát ở tỉnh Thái Bình để làm cơ sở mở rộng ra các tỉnh khác ở Việt Nam, chúng tôi tiến hành thực hiện luận án “**Thực trạng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình và hiệu quả một số biện pháp can thiệp**” với các mục tiêu sau:

- 1. Mô tả thực trạng hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình, năm 2015.*
- 2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp tăng cường chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tuyến huyện của tỉnh Thái Bình, năm 2016.*

CHƯƠNG I. TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm chung về viêm gan vi rút

Viêm gan vi rút là tên chung cho các viêm gan do vi rút viêm gan gây ra, chủ yếu là các loại vi rút viêm gan A, B, C, D, E, G [5], [42]. Hàng năm trên thế giới có khoảng 1.000.000 trường hợp tử vong có liên quan đến viêm gan vi rút (chiếm khoảng 2,7% tổng số các trường hợp tử vong). Ước tính có khoảng 57% các trường hợp xơ gan và 78% trường hợp ung thư gan tiên phát do nhiễm vi rút viêm gan B, C [67], [126], [130].

Các loại vi rút viêm gan khác nhau thường có đường lây truyền khác nhau: loại vi rút viêm gan A, E thường bị nhiễm bệnh qua đường tiêu hóa do ăn phải thức ăn hoặc nước uống có vi rút, thường gặp ở những nước đang phát triển nhất là ở những vùng kém vệ sinh, trong khi đó loại vi rút viêm gan B, C, D, G thường do kết quả của nhiễm dịch cơ thể có vi rút qua đường máu hoặc các sản phẩm của máu có nhiễm vi rút viêm gan, lây truyền từ mẹ sang con, từ các thành viên gia đình sang trẻ em hoặc do quan hệ tình dục. Vi rút viêm gan D chỉ có khả năng gây bệnh khi có mặt của vi rút viêm gan B [107].

Vi rút viêm gan có thể gây các biểu hiện lâm sàng cấp tính hoặc mạn tính; các nhiễm trùng cấp tính thường không có triệu chứng hoặc có thể biểu hiện rất ít như: hoàng đản (vàng da, vàng mắt), nước tiểu sẫm màu, mệt mỏi, buồn nôn, nôn, đau bụng; tuy nhiên, những trường hợp nặng có thể gây ra teo gan cấp hoặc diễn biến kéo dài dẫn đến viêm gan mạn, xơ gan và ung thư, đặc biệt những trường hợp nhiễm loại vi rút viêm gan B, vi rút viêm gan C. Các nhiễm trùng mạn tính do viêm gan vi rút thường có biểu hiện mờ nhạt, không rõ ràng nên việc chẩn đoán xác định thường bị muộn; hậu quả thường dẫn đến xơ gan, suy gan và ung thư gan [123].

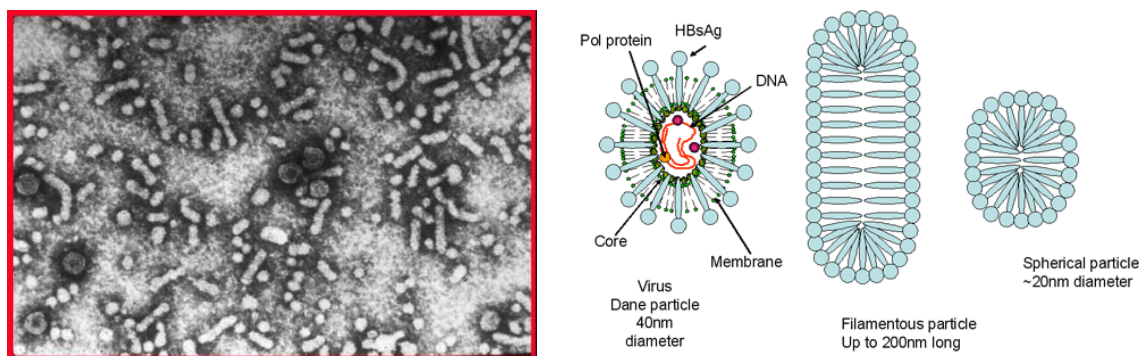
1.2. Đặc tính, hình thức lây truyền của vi rút viêm gan B, C

1.2.1. Vi rút viêm gan B

1.2.1.1. Đặc điểm hình thái và tính chất

* Cấu trúc vi rút viêm gan

Vi rút viêm gan B là thành viên của họ Hepadnaviridae có nhân là DNA, có hình cầu nhỏ, đường kính 40 nm, gồm 3 lớp bao ngoài dày khoảng 7 nm, vỏ capxit hình hộp có đường kính khoảng 27 - 28 nm và lõi chứa bộ gen của vi rút [5].



Ảnh vi rút viêm gan B (CDC)

Cấu trúc của vi rút viêm gan B

Hình 1.1. Cấu trúc của vi rút viêm gan B [56]

*** Thời gian ủ bệnh**

Thời gian ủ bệnh của vi rút viêm gan B trung bình 60 - 90 ngày (có thể từ 30 - 180 ngày).

*** Đường lây truyền và một số yếu tố nguy cơ**

Đường lây truyền chính là qua đường máu, đường sinh dục và từ mẹ sang con. Lượng vi rút tập trung cao ở trong máu, huyết thanh và các vùng bị tổn thương, mức độ trung bình ở tinh trùng, nước bọt và dịch âm đạo và mức độ thấp hoặc không thấy ở trong các dịch khác của cơ thể [21].

Đường lây truyền có bản giống với lây truyền của vi rút HIV nhưng khả năng nhiễm cao hơn từ 50 đến 100 lần, vi rút viêm gan B có thể tồn tại ngoài cơ thể người ít nhất 7 ngày, trong thời gian này, vi rút viêm gan B có thể vào cơ thể và gây nhiễm trùng [21], [36].

Tỷ lệ người tiêm chích ma túy ở Châu Âu và Bắc Mỹ mang dấu ấn HBV rất cao chiếm 65 - 90% và chiếm khoảng 25 - 50% trong tổng số các trường hợp viêm gan B ở các nước như Đan Mạch, Thụy Điển, Thụy Sĩ và Hoa Kỳ [64]. Ở Hoa Kỳ, việc sử dụng bơm kim tiêm an toàn trong nhóm tiêm chích đã làm giảm 40% tỷ lệ mắc viêm gan vi rút B trong nhóm này [23].

1.2.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Dấu hiệu nhiễm vi rút viêm gan B thường rất mờ nhạt, khó phát hiện, tuy nhiên, cũng có thể ghi nhận một số triệu chứng kéo dài khoảng vài tuần với biểu hiện vàng da, nước tiểu đục, rất mệt, nôn, buồn nôn và đau bụng. Theo Tawlotsky J.M. và cộng sự, 80 - 90% các trường hợp nhiễm trùng vi rút viêm gan B là không có triệu chứng [88].

Viêm gan cấp tính: các biểu hiện lâm sàng được biểu hiện những triệu chứng của nhiễm trùng cấp tính như sốt, mệt mỏi và những biểu hiện của tổ chức gan bị hủy hoại như chán ăn, buồn nôn, vàng da, nước tiểu sẫm màu [129].

Viêm gan mạn tính: các tài liệu hiện nay không xác định rõ ràng triệu chứng viêm gan vi rút mạn tính, việc xác định viêm gan vi rút mạn tính khi không có các biểu hiện của viêm gan cấp tính và có kết quả xét nghiệm đặc hiệu: HBsAg (+) trên 6 tháng hoặc HBsAg (+) và Anti HBc IgG (+); chỉ số men gan AST, ALT tăng từng đợt hoặc liên tục trên 6 tháng; có bằng chứng tổn thương mô bệnh học tiến triển, xơ gan (được xác định bằng sinh thiết gan hoặc đo độ đàn hồi gan hoặc Fibrotest hoặc chỉ số APRI) mà không do căn nguyên khác [13], [129].

1.2.1.3. Các biện pháp phòng bệnh

Biện pháp phòng bệnh chính là tiêm vắc xin viêm gan B, WHO khuyến cáo tiêm vắc xin cho trẻ em và cả người trưởng thành. Ở các quốc gia dịch bệnh lưu hành ở mức cao, nên tiêm 3 mũi vắc xin viêm gan B, bao gồm mũi tiêm ngay sau khi sinh và tiếp theo là mũi thứ 2, 3 trong vòng 4 - 8 tuần. Nếu được tiêm đủ liều, kháng thể có thể bảo vệ đến trên 95% số người tiêm, kéo dài ít nhất 20 năm và có thể cả đời. Trẻ em và vị thành niên dưới 18 tuổi là những người nên được tiêm vắc xin; kể cả những người có nguy cơ cao: quan hệ tình dục không an toàn, người trong gia đình hoặc bạn tình đã bị nhiễm bệnh, tiêm chích ma túy, thường xuyên phải nhận máu và các sản phẩm của máu, người ghép tạng, cán bộ y tế, người đi đến khu vực lưu hành vi rút viêm gan B [74], [93].

Ở những khu vực sự lây truyền từ mẹ sang con còn phổ biến, mũi vắc xin đầu tiên nên được tiêm càng sớm càng tốt cho trẻ em ngay sau khi sinh trong vòng 24 giờ. Việc tiêm vắc xin viêm gan B cho trẻ ngay khi sinh được coi là an toàn và hiệu quả,

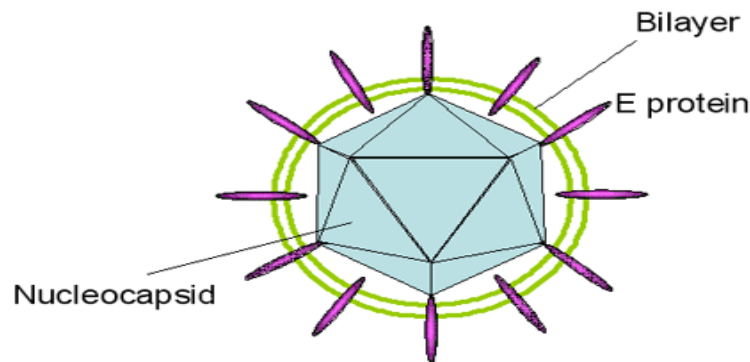
có thể dự phòng lây truyền tới 80-95% số trường hợp, nếu mẹ có HBsAg (+), đặc biệt đối với trường hợp mẹ có HBeAg (+) nên phối hợp với tiêm kháng thể kháng HBV cho trẻ [128].

1.2.2. Vi rút viêm gan C

1.2.2.1. Đặc điểm hình thái và tính chất

*** Cấu trúc vi rút viêm gan C**

Vi rút viêm gan C là thành viên của họ Flaviridae có nhân là RNA, dài khoảng 30 – 60 nm được bao bọc bởi tế bào của vật chủ. Bộ gen của vi rút viêm gan C là một chuỗi RNA đơn với 9,6 kd có chiều dài khoảng 10.000 Nucleotides chỉ mở một đầu để mã hoá sao chép cho cả Proteine cấu trúc và không cấu trúc. Các chuỗi Nucleotide của vi rút viêm gan C hay thay đổi từ lần phân lập này qua lần phân lập khác tạo ra ít nhất là 6 kiểu gen. Các kiểu gen được quan tâm rất nhiều về mặt dịch tễ học và tỷ lệ nhiễm của chúng thay đổi tùy từng vùng trên thế giới [8], [24].



Hình 1. 2. Cấu trúc của vi rút viêm gan C

*** Thời gian ủ bệnh**

Thời gian ủ bệnh của viêm gan C kéo dài từ 2 tuần đến 6 tháng [100].

*** Đường lây truyền và nhóm nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan C**

- Nguồn bệnh

Máu là nguồn lây truyền vi rút viêm gan C, khả năng này phụ thuộc vào nồng độ vi rút viêm gan C trong máu. Vì chưa phát hiện vi rút viêm gan C trong các dịch cơ thể (tinh dịch, dịch âm đạo, sữa mẹ) nên khả năng vi rút viêm gan C lây truyền qua các dịch cơ thể ít xảy ra.

- Các đường lây truyền vi rút viêm gan C

Sau khoảng 30 năm nghiên cứu về vi rút viêm gan C các nhà khoa học trong và ngoài nước đã chứng minh được rằng con đường lây truyền vi rút viêm gan C chủ yếu là qua đường máu, cụ thể là hơn 60 - 70% lây nhiễm liên quan đến truyền máu, sản phẩm máu, nghiện chích ma túy, mại dâm, chạy thận nhân tạo, ghép phủ tạng, ... Bên cạnh đó những trường hợp không rõ đường lây truyền vẫn đang được tiếp tục nghiên cứu.

+ Truyền máu: tuy truyền máu là nguyên nhân hàng đầu trong lây truyền vi rút viêm gan C, nhưng do quy trình sàng lọc được nâng cao, nên vấn đề lây chéo qua truyền máu đang có xu hướng giảm ở các nước đang phát triển.

Ở Mỹ, nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan C sau truyền máu giảm từ 3,84% xuống 0,6% kể từ khi áp dụng kỹ thuật sàng lọc vi rút viêm gan C năm 1990. Tại Nhật Bản tỷ lệ lây nhiễm sau truyền máu đối với viêm gan vi rút không A, không B trong năm 1989 từ 4,9% chỉ còn 1,9% năm 1990 sau khi hệ thống và kỹ thuật sàng lọc đầu tiên được áp dụng [81].

+ Tiêm chích ma túy: 60% - 90% người tiêm chích heroin bị nhiễm vi rút viêm gan C trong những năm đầu tiên. Những người nghiện nặng có nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan C cao hơn. Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C trong số người nhiễm HIV do tiêm chích ma túy đạt tới mức báo động là 90%: 78,9% ở Đức, 72% ở Pháp, 60% ở Mỹ [62]. Sự đồng nhiễm cả 2 loại vi rút này sẽ làm cho việc điều trị trở nên khó khăn hơn. Rất nhiều người trong số nhóm tiêm chích ma túy không biết về tình trạng nhiễm vi rút viêm gan C của họ. Sự lây truyền vi rút viêm gan C qua đường tiêm chích ma túy là rất khó kiểm soát vì người nghiện thường né tránh sự kiểm soát của y tế [43]. Việc sàng lọc vi rút viêm gan C kết hợp với điều trị cai nghiện gặp nhiều khó khăn nhưng lại rất quan trọng để phòng nguy cơ lây nhiễm của họ.

+ Lọc máu chu kỳ: Nhiều tài liệu ghi nhận vai trò lây nhiễm qua đường này với tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C cao (từ 10 - 50%). Trước đây, ở Châu Âu tỷ lệ này là 20 - 30% và ở Ả Rập Xê Út là 9,2% so với 0,3% ở nhóm cho máu [78].

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C tăng dần theo thời gian, theo số lần lọc máu. Bệnh nhân được lọc máu ở nhà hay lọc màng bụng nhiễm vi rút viêm gan C ít hơn so với lọc máu ở trung tâm trong bệnh viện, do có thể có sự lây truyền vi rút viêm gan C giữa các bệnh nhân với nhau hay qua các dụng cụ, thủ thuật, máy, nhân viên y tế. Các kết quả nghiên cứu cho thấy có rất nhiều cách lây nhiễm khác nhau tại các đơn vị thận nhân tạo cũng như có nhiều biện pháp để phòng lây nhiễm [99].

+ Qua máy thận nhân tạo: Một số nghiên cứu cho thấy máy thận nhân tạo cũng là nguyên nhân gây lây nhiễm vi rút viêm gan C tại đơn vị lọc máu. Trong máy thận nhân tạo có nhiều bộ phận liên quan đến việc lây nhiễm vi rút qua đường máu. Một nghiên cứu tại nhiều trung tâm ở Bỉ cho kết quả không phát hiện bất kỳ trường hợp nào lây nhiễm vi rút viêm gan C trong thời gian 54 tháng nghiên cứu, mặc dù không dùng máy riêng cho bệnh nhân nhiễm vi rút viêm gan C và hơn 70% bệnh nhân được lọc máu tại đơn vị mà máy lọc không được tiệt khuẩn sau khi lọc [111].

+ Qua màng lọc và dịch lọc: Trên lý thuyết, vi rút viêm gan C không thể đi qua màng lọc nguyên vẹn vì có đường kính 55nm - 65nm, lớn hơn rất nhiều so với các lỗ lọc trên màng lọc. Tuy nhiên khi có sự thay đổi bất kỳ nào của lỗ lọc hoặc màng bị rách thì vi rút có thể đi vào khoang dịch lọc [113]. Một số nghiên cứu khác bằng kỹ thuật PCR đã phát hiện được HCV - RNA ở dịch lọc khi màng vẫn nguyên vẹn. Việc phát hiện HCV - RNA bằng PCR ở dịch lọc có thể do vỡ màng của ARN vi rút chứ không phải bản thân vi rút, do đó không dẫn đến lây nhiễm [109].

+ Qua đường tình dục: Lây truyền vi rút viêm gan C qua quan hệ tình dục đã được nêu ra trong một số công trình nghiên cứu nhưng tỷ lệ lây nhiễm không cao, xác suất lây truyền qua đường tình dục của vi rút viêm gan C là 5%, thấp hơn HBV (10 - 15%) và HIV (khoảng 30%) [109].

+ Lây truyền từ mẹ sang con: Sự lây truyền từ mẹ sang con đã được chứng minh bởi sự hiện diện của HCV - RNA ở máu những đứa trẻ được sinh ra từ những người mẹ nhiễm vi rút viêm gan C. Tỷ lệ nhiễm cao hay thấp phụ thuộc vào nồng độ vi rút trong máu người mẹ. Nhiễm phối hợp vi rút viêm gan C với vi rút HIV có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C cho con cao hơn những người mẹ chỉ nhiễm vi rút viêm gan C đơn thuần.

+ Lây truyền trong gia đình: Đây là một nguy cơ lây truyền không nhỏ trong cộng đồng dân cư. Tỷ lệ lưu hành kháng thể kháng vi rút viêm gan C cao hơn trong số những người thuộc gia đình những bệnh nhân mang vi rút viêm gan C so với những gia đình bệnh nhân không mang vi rút viêm gan C [113]. Điều đó cho thấy những tiếp xúc cá nhân trong gia đình theo đường qua da ở những chỗ trợt tổn thương nhỏ hoặc chỗ chảy máu nhỏ là nguyên nhân lây truyền trong gia đình và cộng đồng. Đây là những trường hợp mà trước đây người ta vẫn xếp vào nhóm viêm gan vi rút C không rõ nguyên nhân [109].

1.2.2.2. Đặc điểm lâm sàng

Có khoảng 80% người nhiễm vi rút viêm gan C không có biểu hiện lâm sàng, người bị viêm gan cấp có thể có biểu hiện sốt, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn, đau bụng, nước tiểu sẫm màu, phân màu xám, đau khớp và vàng da. Có khoảng 60 - 70% viêm gan C cấp chuyển thành viêm gan mạn, trong đó 5 - 20% phát triển thành xơ gan và 1 - 5% chết do xơ gan hoặc ung thư gan [48].

Viêm gan C cấp tính: Triệu chứng lâm sàng của viêm gan vi rút C cấp tính gần giống như các thể viêm gan cấp khác với các triệu chứng mệt mỏi, sốt nhẹ, nôn, buồn nôn, đau hạ sườn phải, nước tiểu vàng và xuất hiện vàng da. Ở những thể có dấu hiệu lâm sàng thì khoảng 2 - 12 tuần bệnh nhân sẽ khỏi; viêm gan vi rút C có thể dẫn tới viêm gan tối cấp nhưng với tỷ lệ thấp.

Viêm gan C mạn tính: Đa số các trường hợp mắc viêm gan vi rút cấp chuyển thành mạn tính; các triệu chứng của viêm gan vi rút mạn tính thường rất ít, đa số bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, đau hạ sườn phải, nước tiểu sẫm màu, đôi khi có cơn kịch phát. Diễn biến của viêm gan vi rút C mạn tính là dẫn đến xơ gan, xơ gan có thể xuất hiện sớm sau 1 - 2 năm hoặc muộn sau 20 - 30 năm. Hiện nay có khoảng 130 đến 170 triệu trường hợp bị nhiễm vi rút viêm gan C mạn tính và có khoảng 20% đến 27% trường hợp mạn tính dẫn đến tử vong do các biến chứng của viêm gan vi rút C, khoảng 1 - 4% bệnh nhân viêm gan vi rút C sẽ diễn biến thành ung thư gan [20].

Viêm gan C tối cấp: Viêm gan C tối cấp thường đi kèm với hiện tượng vi rút nhân lên trong quá trình bệnh, đặc trưng bởi lượng vi rút cao trong máu.

1.2.2.3. Các biện pháp phòng bệnh

Hiện nay chưa có vắc xin phòng bệnh, có thể giảm nguy cơ nhiễm, có thể làm giảm nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan C bằng cách áp dụng các biện pháp dự phòng chung như đối với vi rút viêm gan B bao gồm việc sàng lọc máu trước khi truyền, không tiếp xúc trực tiếp với máu và dịch của người bệnh, thực hiện tốt công tác vô trùng tiệt trùng của dụng cụ y tế [74].

Đối với người nhiễm vi rút viêm gan C, WHO khuyến cáo cần được hướng dẫn để điều trị và chăm sóc kịp thời đồng thời theo dõi sự chuyển biến sang mắc viêm gan vi rút C mạn tính [125].

1.3. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan B, C trên thế giới và tại Việt Nam

1.3.1. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan B

1.3.1.1. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan B trên thế giới

Viêm gan vi rút B là vấn đề mang tính toàn cầu. Trên thế giới có trên 2 tỷ người nhiễm vi rút viêm gan vi rút B, trong đó 280 - 240 triệu người nhiễm HBV mạn tính, 3/4 trong số này là ở châu Á, đặc biệt là Trung Quốc, 25% người nhiễm vi rút mạn có thể sẽ tiến triển thành viêm gan mạn, xơ gan và ung thư gan nguyên phát [126]. Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B thay đổi theo từng khu vực địa lý dân cư [123]. Trong viêm gan vi rút B các yếu tố nguy cơ cao như truyền máu, tiêm chích, quan hệ tình dục, tiếp xúc trong nghề nghiệp, ... tỷ lệ mang HBsAg ở những người này cao hơn 10 lần so với quần thể cư dân nói chung và khả năng trở thành người mang vi rút sau tiếp xúc tăng lên khi đáp ứng miễn dịch suy giảm [122].

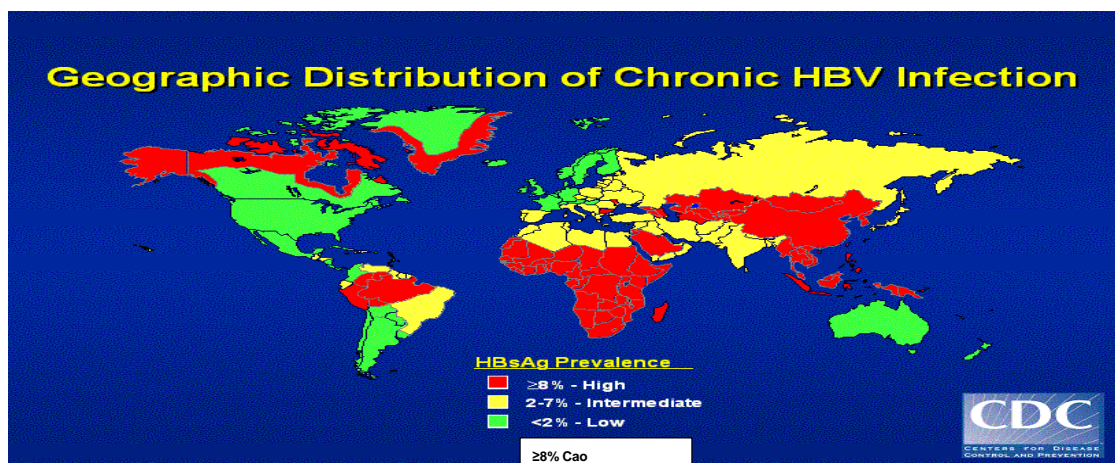
Khu vực lưu hành dịch cao: Tỷ lệ người mang HBsAg $\geq 8\%$ và tỷ lệ người đã từng nhiễm vi rút viêm gan B $\geq 60\%$. Trong vùng lưu hành dịch cao, nhiễm vi rút ở lứa tuổi dưới 1 tuổi và thời kỳ thơ ấu đóng vai trò quan trọng [106]. Gần 45% dân số thế giới nằm trong vùng này bao gồm hầu hết các nước thuộc khu vực châu Á (trừ Nhật Bản) [69]. Việt Nam cũng trong vùng này với xấp xỉ 10% [114]. Tỷ lệ mang HBsAg

(+) ở phụ nữ có thai khác nhau theo các nghiên cứu từng nước: Số liệu Đài Loan là 14,2 - 15,2%; Trung quốc 11%, Mozambic 3,02%, Senegal 13,8% [80].

Khu vực lưu hành dịch trung bình: Tỷ lệ người mang HBsAg từ 2 - 7%, và tỷ lệ người đã từng nhiễm vi rút viêm gan B từ 20 - 60%. 43% dân số thế giới nằm trong vùng này bao gồm một phần Nam Âu, Đông Âu, Trung Đông, Nga và Trung Á, Nhật Bản, hầu hết các nước Nam và Trung Mỹ [104], [106].

Vùng lưu hành dịch thấp: Tỷ lệ người mang HBsAg $\leq 2\%$ và tỷ lệ người có tiền sử từng nhiễm vi rút viêm gan B dưới 20%. Vùng này gồm có Mỹ, Canada, Tây Úc và một phần Nam và Trung Mỹ [106].

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B cao nhất là ở khu vực cận Sahara, châu Phi, vùng Đông Á (Trung Quốc, Malaysia, Indonesia, Philippines và Papua New Guinea). Các khu vực khác cũng có tỷ lệ nhiễm khá cao ($> 8\%$ dân số bị nhiễm) là ở Bắc của Nam Mỹ, Bắc của Canada, khu vực Alaska và Greenland [90], [108]. Ở các khu vực này, nguy cơ lây nhiễm của một đời người trên 60%, hầu hết là lây nhiễm thời thơ ấu. Ở các khu vực có tỷ lệ nhiễm vi rút thấp ($< 2\%$ dân số bị nhiễm), nguy cơ lây nhiễm của một đời người là dưới 20% hầu hết là lây nhiễm khi trưởng thành ở các nhóm nguy cơ cao. Tại Hoa Kỳ tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B dưới 2% dân số nhưng ở nhóm người Mỹ gốc châu Á thì tỷ lệ này lên tới 10 - 15% và ung thư gan là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nhóm người này. Trên 50% số trẻ em được sinh ra từ người mẹ đã bị nhiễm vi rút viêm gan B mãn tính là từ người Mỹ gốc Châu Á.



Hình 1.3. Phân bố tỷ lệ mắc *HBV* trên thế giới năm 2017 [68]

Trên thế giới, ước tính có khoảng 650.000 người chết mỗi năm từ biến chứng của viêm gan vi rút B mạn tính. Nhìn chung, viêm gan vi rút B chiếm khoảng 45% các trường hợp ung thư gan và 30% xơ gan [82]. Ung thư gan được xếp hạng là một trong ba nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nam giới, đặc biệt là ở Đông Nam Á [92]. Tại châu Á và hầu hết các khu vực khác, tỷ lệ mắc ung thư gan và xơ gan là thấp trước tuổi 35 - 40 tuổi nhưng sau đó tỷ lệ này tăng lên theo cấp số nhân. Tuy nhiên, ở châu Phi, ở phía tây nông thôn Alaska và Amazon, tỷ lệ mắc ung thư gan cũng cao ở trẻ em, nam thanh niên và người trưởng thành [92], [101].

1.3.1.2. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan B tại Việt Nam

Việt Nam nằm trong khu vực lưu hành viêm gan cao [122]. Theo ước tính, ở Việt Nam vào năm 2015 có khoảng 8,4 triệu người có phơi nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính dẫn đến 23.300 ca mắc viêm gan vi rút B tử vong [114]. Ở nhiều khu vực trong cả nước, tỷ lệ HBsAg dương tính là cao với 15 - 20% theo dân số của khu vực đó. Vắc xin viêm gan B được giới thiệu và sử dụng ở Việt Nam nhưng với gánh nặng dân số lớn (ước tính 92 triệu dân), trong khi đó tỷ lệ tiêm vắc xin liều sơ sinh còn thấp nên nhiễm vi rút viêm gan B vẫn đang là một vấn đề y tế công cộng được quan tâm tại Việt Nam và là một thách thức rất lớn trong tương lai [86].

Hiện nay các dữ liệu ở cấp quốc gia liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh cũng như tử vong về viêm gan vi rút B còn khá hạn chế do tỷ lệ mắc và tử vong liên quan đến vi rút viêm gan B được xếp vào các loại khác nhau, bao gồm cả cấp tính và mạn tính viêm gan B, xơ gan và ung thư biểu mô hepatocellular, hoặc suy gan [45]. Bên cạnh đó, các thống kê này chưa thật đầy đủ do có những trường hợp không điển hình nên điều trị tại nhà, kỹ thuật chẩn đoán mới được áp dụng trong những năm gần đây và thường chỉ làm được trong một số viện và bệnh viện lớn.

Theo kết quả một số nghiên cứu, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B ở một số địa phương chiếm khoảng 10 - 25% dân số. Kết quả điều tra ở nhóm người khỏe mạnh của Nguyễn Thu Vân cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B của Việt Nam là khoảng 10 - 20% [50]; năm 1994, Trương Xuân Liên nghiên cứu tại Tp. Hồ Chí Minh (HCM) là: 11,3% [102]; nghiên cứu của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương năm 1995 ở nhóm

người khỏe mạnh tại Vĩnh Phúc là 23,5%, ở Hà Bắc là 25%; tại Lâm Đồng là 16,7%, ở người khám tuyển đi lao động nước ngoài là 24,7%; nhân viên y tế là 17,3%; thanh niên sinh viên đại học Y là 25%, thanh niên sinh viên khỏe mạnh là 8,3% và ở thanh niên khỏe mạnh tuyển chọn lao động là 15,3% [1], [32], [75], [79].

Bảng 1. 1. Tỷ lệ người mang HBsAg trong nhóm người khỏe mạnh trong các nghiên cứu tại Việt Nam

Địa phương	Tác giả	Đối tượng	Tỷ lệ %
Hà Nội	Lê Vũ Anh	Cộng đồng dân cư Hà Nội	11,4
	Viện VSDT	Tuyển lao động đi nước ngoài	24,7
	Đỗ Trung Phần	Nhân viên Y tế	17,3
		Sinh viên Đại học Y	25,0
		Người cho máu thường xuyên	15,3
Hà Bắc	Viện VSDT	Người khỏe mạnh	25,0
Vĩnh Phú	Viện VSDT	Người khỏe mạnh	23,2
Hải Phòng	Nguyễn Thị Nga	Phụ nữ có thai	12,6
Tp. HCM	Trương Xuân Liên	Người khỏe mạnh	12,8 - 19,7
Lâm Đồng	Viện VSDT	Người khỏe mạnh	16,7
An Giang	Châu Hữu Hậu	Người khỏe mạnh	11,0

Một số nghiên cứu ở nhóm phụ nữ có thai cho kết quả nhiễm vi rút viêm gan B khoảng 12 - 17%. Nghiên cứu của Trương Xuân Liên (1994) tại TP Hồ Chí Minh là 12% [30]; nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Nga (1994) tại Hải Phòng là 12,6% [35]; nghiên cứu của Viên Chinh Chiến (1997) tại Nha Trang cho kết quả là 14,2%; nghiên cứu của Vũ Hồng Cương (1998) tại Thanh Hóa là 14,4% [116]; nghiên cứu của Trần Huy Quang (2005) tại Hà Tĩnh là 16,6% [40]. Kết quả đánh giá tỷ lệ nhiễm kháng nguyên bề mặt vi rút viêm gan B ở trẻ em Việt Nam (2000 - 2008) của Viện VSDT Trung ương tại 196 xã của 98 huyện thuộc 51 tỉnh, thành phố trên toàn quốc với tổng

số 6967 trẻ là đối tượng điều tra cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B của trẻ sinh trong giai đoạn 2000 - 2008 là 2,4% [8].

Việc chuyển sang nhiễm mạn tính phụ thuộc chủ yếu ở tuổi người nhiễm:

- Hầu hết trẻ em nhiễm vi rút viêm gan B có thể phát triển sang mạn tính:
- + 90% trẻ em dưới 1 tuổi bị nhiễm vi rút chuyển sang dạng mạn tính.
- + 30 - 50% trẻ em từ 1 - 4 tuổi bị nhiễm vi rút chuyển sang dạng mạn tính.
- Nhiễm vi rút viêm gan B ở người lớn:
- + 25% người trưởng thành bị nhiễm vi rút viêm gan B lúc còn nhỏ bị chết do ung thư gan hoặc xơ gan.
- + 90% người trưởng thành khỏe mạnh bị nhiễm vi rút viêm gan B có thể hồi phục hoàn toàn hoặc không còn nhiễm vi rút viêm gan B trong vòng 6 tháng [21].

Viêm gan vi rút B có thể phòng bệnh bằng cách tiêm vắc xin viêm gan B, vắc xin viêm gan B có khả năng bảo vệ ít nhất 20 năm hoặc lâu hơn. Tỷ lệ bao phủ có thể bảo vệ cộng đồng khi đạt trên 95%; tuy nhiên, tại Việt Nam, hàng năm tỷ lệ trẻ em tiêm vắc xin trong vòng 24 giờ đầu còn rất thấp dưới 55%. Viêm gan vi rút B có thể điều trị bằng interferon hoặc thuốc kháng vi rút, tuy nhiên, các liệu pháp điều trị này thường tốn kém hàng nghìn đô la Mỹ, do đó hầu hết người dân không có điều kiện tiếp cận với thuốc điều trị.

Một số nghiên cứu điều tra tỉ lệ nhiễm vi rút viêm gan trong nhóm nguy cơ cao, bao gồm cả nhân viên y tế (NVYT), người hiến máu, tiêm chích ma túy và bệnh nhân có hoặc không có bệnh gan cho thấy khoảng 12% đến 18% nhân viên y tế có HBsAg dương tính. So sánh tỷ lệ nhiễm HBsAg giữa nhân viên y tế và dân số nói chung đã được thực hiện trong 2 nghiên cứu của tác giả Hoàng Cao Vũ và Bùi Cao Dương đã cho sự khác biệt không đáng kể. Tuy nhiên, ở các vùng có phơi nhiễm cao, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B dương tính ở nhiều nhân viên y tế có thể là do họ bị nhiễm vi rút viêm gan B trước khi họ bắt đầu làm việc trong ngành y tế [75]. Nhân viên y tế tại Việt Nam được khuyến khích tiêm chủng; tuy nhiên, điều này chưa là bắt buộc và cũng không được trợ cấp bởi chính phủ cũng như là ngành y tế. Đáng chú ý, NVYT nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính chưa bị cấm thực hiện các thủ tục dễ bị tiếp xúc như phẫu thuật mở, tiếp xúc máu với bệnh nhân.

1.3.2. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan C

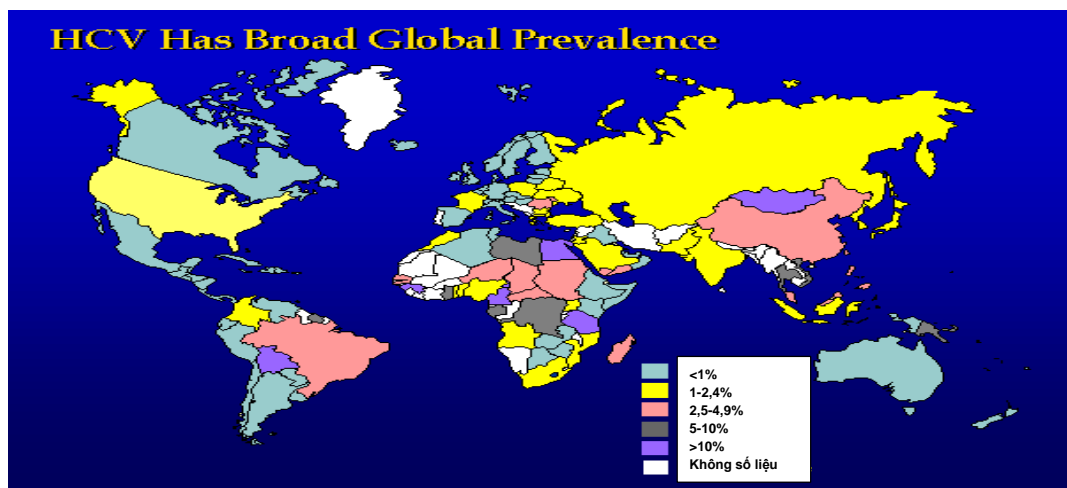
1.3.2.1. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan C trên thế giới

Viêm gan vi rút C hiện nay vẫn còn rất phổ biến, là một trong những gánh nặng bệnh tật chính đối với các nước trên thế giới. Theo WHO, có khoảng 130 - 170 triệu người nhiễm vi rút viêm gan C mạn tính và hàng năm có khoảng 3 - 4 triệu người nhiễm vi rút viêm gan C, trong đó có trên 280 - 240 nghìn người chết có liên quan đến vi rút viêm gan C [131].

Các khu vực trên thế giới được phân loại theo tiêu chuẩn của WHO và chia thành 4 mức độ theo tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C [126].

- Mức độ nhiễm thấp $\leq 0,5\%$
- Mức độ nhiễm trung bình $> 0,5\% - 1\%$
- Mức độ nhiễm tương đối cao $> 1\%$
- Mức độ nhiễm cao $> 2\%$

Như vậy Việt Nam là nước có mức độ nhiễm vi rút viêm gan C cao [87]. Tỷ lệ này cũng còn cao tại các nước đang phát triển, đặc biệt những nước còn nghèo đói.



Hình 1.4. Phân bố tỷ lệ mắc HCV trên thế giới năm 2017 [68]

Theo thống kê của Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật châu Âu, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C trong khoảng 1,12 - 2,6%, trong đó chủ yếu tập trung ở các nhóm tiêm chích ma túy chiếm khoảng 25 - 75% [78].

Thống kê tại Hoa Kỳ cho thấy vi rút viêm gan B, C đã gây ra những vấn đề y tế cộng đồng lớn do các bệnh cảnh mạn tính của viêm gan vi rút B, C; ước tính có khoảng 2,7 - 3,9 triệu người Mỹ nhiễm vi rút viêm gan C [112]. Có sự liên quan giữa quan hệ tình dục không bảo vệ với nhiễm vi rút viêm gan C. Tuy nhiên đa số người bệnh có HCV dương tính có độ tuổi dưới 50. Ở vùng Trung và Nam Mỹ, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C năm 2007 - 2008 là 6,3%. Ở Mexico, tỷ lệ này là khoảng 1,2%. Ở nhóm cho máu ở Chile và Brazil, quần thể này bị nhiễm vi rút viêm gan C tít ab thấp tương ứng ở mức 0,3% và 1,1%. Ở châu Âu, tỷ lệ hiện mắc chung viêm gan vi rút C là 1%, nhưng khác nhau tùy theo từng nước [100]. Tỷ lệ kháng thể HCV là 0,9% ở Bỉ. Ở Anh Quốc, ít nhất 200.000 người mang vi rút. Miền Bắc nước Italia có tỷ lệ vi rút viêm gan C tít ab là 3,2%. Ví dụ, ba nghiên cứu ở Trung và Nam Italia đã cho thấy là nhiễm vi rút viêm gan C là cao (8,4% - 22,4%), đặc biệt ở nhóm những người già. Trong số các bệnh nhân được khám tại Lyon, Pháp thấy tỷ lệ vi rút viêm gan C ước tính là 1,3%, tương tự như quần thể chung ở Pháp [101], [103], [125]. Nhiễm vi rút viêm gan C trong nhóm người phục vụ quân đội ở Nga là 1,5% và người cho máu ở Bắc Caucasus, khu vực Viễn Đông và Siberia là (3,1 - 3,8%) so với khu vực Transbaikal (0,7%). Tỷ lệ thấp thấy được ở Buar Hungary (0,7%) trong số 15.864 người hiến máu [119].

Gần đây, các nghiên cứu ở khu vực Trung Đông cho thấy nhiễm vi rút viêm gan C trong 16.400 người là 4,6% từ 2009 - 2012 trong đó nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 41 - 50 tuổi [94]. Trong những người cho máu ở Pakistan, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C huyết thanh là 1,8% với xu hướng tăng trong số những người cho máu trong thời gian từ 2008 - 2011. Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C rất cao ở Hy Lạp với tỷ lệ 28%. Tỷ lệ thấp hơn ở Ả Rập Xê Út với tỷ lệ 1,8% và Yemen là 2,1% [62], [70].

Theo một nghiên cứu của Trung tâm gan quốc tế tại khu vực Châu Á cho thấy, một số nước trong khu vực này có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C khá cao như tại Ai Cập 15%, Pakistan 1,7% và Đài Loan 4,4%. Nhiễm khuẩn bệnh viện, truyền máu (trước khi sàng lọc) và tiêm chích ma túy là những yếu tố nguy cơ chính trong khu vực [110], [112].

Các điều tra tại Nhật Bản thời kỳ 2000 - 2010 cho thấy trong số 3.486.648 người cho máu tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C là 0,5%, trong khi năm 1999 tỷ lệ này là gần 1% trong số 10.905.489 người cho máu [109]. Trung Quốc cũng có tỷ lệ nhiễm HCV thấp, khoảng 1% ở nhóm cho máu tự nguyện [51]. Tuy nhiên một số vùng có tỷ lệ nhiễm cao như tỉnh Hà Bắc của Trung Quốc (30,1%) và Mông Cổ (31,9%) [80],[110]. Các nước khác thuộc khu vực châu Á có tỷ lệ thấp như Malaysia xấp xỉ 1,6% và Singapore 0,6%: Thái Lan 3,3 - 6%, Ấn Độ 1,9% trong nhóm cho máu [96]. Ở Châu Phi có ít các nghiên cứu hơn, nhưng theo số liệu có sẵn trên quần thể người hiến máu, ở Ethiopia có tỷ lệ nhiễm là 1,6%, còn ở Kenya là 0,9%. Tỷ lệ hiện mắc ước tính tại Australia là 2,3% trong tổng số 210.000 người được sàng lọc năm 2011, trong đó nhóm tuổi 20 - 24 tuổi có tỷ lệ nhiễm cao nhất và ở quần thể trên 50 tuổi ít gặp hơn [61].

1.3.2.2. Tình hình nhiễm vi rút viêm gan C tại Việt Nam

Đã có một số công trình nghiên cứu về việc nhiễm vi rút viêm gan C ở Việt Nam, tuy nhiên số liệu còn nhiều hạn chế do mới chỉ tập trung tại những khu trung tâm, còn những vùng sâu vùng xa chưa được quan tâm nhiều.

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C tại Việt Nam là khá cao và có sự khác nhau tại các tỉnh thành phố và các nhóm đối tượng nghiên cứu. Từ những năm 1994 - 1995 các tác giả Trương Xuân Liên, Lã Thị Nhân ở Thành phố Hồ Chí Minh đã công bố tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C ở Thành phố Hồ Chí Minh là 2,6%; ở thị xã Bến Tre là 9,7% [37]; Đỗ Trung Phấn công bố tỷ lệ nhiễm trong cộng đồng dân cư ở Hà Nội năm 1995 là 0,4% [38]. Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C trong dân cư ở Quảng Ninh theo các tác giả Tuyết Mai, Thái Quý là 1,2%; tỷ lệ nhiễm trong dân cư Hải Phòng là 1,7% ở nội thành; 0,8% ở nông thôn; và 0,9% ở ven biển năm 2003 theo tác giả Hoàng Đăng Minh, ở cộng đồng dân cư Thanh Hoá là 0,4% theo Đỗ Tuấn Đạt [22]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đăng Mạnh năm 2002 cho thấy tỷ lệ nhiễm trong nhóm tân binh là 0,4%, sỹ quan quân đội là 0,8%. Còn ở phía Nam tác giả Chân Hữu Hậu nghiên cứu ở An Giang công bố tỷ lệ nhiễm là 4,1%, tác giả Võ Trọng Hải nghiên cứu ở Cà Mau cho kết quả là 2,2% [34].

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C ở những người cho máu cũng rất khác nhau, từ những năm 1995 tỷ lệ người cho máu ở Hà Nội có anti-HCV(+) là 3,4%, ở Huế 7,1% và ở Thành phố Hồ Chí Minh là 15% [102].

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C cao ở bệnh nhân phải truyền máu hoặc các chế phẩm máu nhiều lần: 70,5% ở bệnh nhân truyền máu nhiều lần: 50% ở bệnh nhân Hemophilia. Đặc biệt tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C ở bệnh nhân nghiện chích ma túy là rất cao: 31% ở Hà Nội, 87 - 97% ở thành phố Hồ Chí Minh [102].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Châu Hữu Hầu ở An Giang cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C là 4,1%. Tại TP. Hồ Chí Minh, tỷ lệ này là 1,8%. Một nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C trong số các trường hợp viêm gan cấp là 10,9% [86].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thu Vân, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C ở trong cộng đồng từ 0,4 - 1,4%. Theo Trương Thị Xuân Liên, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C ở nhóm người bình thường là 2,5%, ở nhân viên y tế là 3,3% [31].

Kết quả nghiên cứu của Trần Thanh Dương năm 2005 cho thấy, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C ở một số nhóm đối tượng của TP. Hà Nội: ở nhóm người bình thường là 1,3%, nhóm nghiện chích ma túy đang cải tạo ở Trung tâm giáo dục xã hội là 70,2%, nhóm phụ nữ mại dâm đang cải tạo ở Trung tâm giáo dục xã hội là 20,6%, nhóm chạy thận nhân tạo: 64%, nhóm cán bộ y tế (CBYT) là 3,6% [24].

Vi rút viêm gan C lây truyền chủ yếu qua đường máu, khi người ta có tiếp xúc trực tiếp với máu người mang vi rút viêm gan C: dùng kim chung để tiêm chích ma túy; nhận máu hoặc các chế phẩm máu, hoặc các bộ phận cơ thể từ một người cho nhiễm vi rút viêm gan C, dùng chung trang thiết bị y khoa bị nhiễm máu của người bệnh chưa được xử lý vô trùng cũng được xem là một trong những nguyên nhân thường gặp [109]. Bên cạnh đó, lọc máu bằng phương pháp nhân tạo là một yếu tố vô cùng thuận lợi cho việc lây nhiễm vi rút viêm gan C do sự phơi nhiễm thường xuyên với máu. Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C ở nhóm bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ cao hơn rất nhiều so với cộng đồng chung [110].

Nhiều công trình nghiên cứu ở trong và ngoài nước đã đề cập đến việc chạy thận nhân tạo là yếu tố nguy cơ cao trong việc lây nhiễm chéo các loại bệnh lây truyền qua

đường máu, đặc biệt là vi rút viêm gan C. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường năm 2012 thì tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tăng theo thời gian lọc máu [20]. Bệnh nhân truyền máu càng nhiều về số lần thì tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C càng cao. Tuy nhiên, kết quả này hiện không còn phù hợp bởi nhiều bệnh nhân không truyền máu vẫn nhiễm vi rút viêm gan C khi lọc máu [103].

Thống kê tại Khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Bạch Mai năm 2002 cho thấy nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan C ở nhóm bệnh nhân lọc máu ≥ 4 năm là 96,2%, cao hơn rất nhiều so với nhóm bệnh nhân lọc máu ≤ 3 năm 35,9% [32]. Điều này cho thấy việc tìm kiếm các giải pháp để làm giảm tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C ở cộng đồng bệnh nhân chạy thận nhân tạo là vô cùng cần thiết, nhất là trong điều kiện hiện nay khi tuổi thọ của các bệnh nhân này ngày càng được cải thiện.

1.4. Giám sát bệnh truyền nhiễm và giám sát viêm gan vi rút

1.4.1. Giám sát bệnh truyền nhiễm

* Định nghĩa và mục tiêu giám sát bệnh truyền nhiễm

Theo Điều lệ Y tế quốc tế năm 2005 “ *giám sát là quá trình thu thập một cách liên tục và hệ thống, đối chiếu và phân tích số liệu liên quan đến sức khỏe cộng đồng và thông báo kịp thời các thông tin về sức khỏe cộng đồng để đánh giá và đáp ứng khi cần thiết*” [120].

Mục tiêu hoạt động cụ thể của hệ thống giám sát bao gồm [9], [120]:

- Thu thập đầy đủ chính xác, sớm và nhanh số mắc, chết do bệnh truyền nhiễm ở tất cả cộng đồng dân cư theo định nghĩa ca bệnh (ĐNCB).
- Phân tích và phiên giải số liệu để nắm được đặc điểm về nguyên nhân, sự phân bố dịch tễ theo thời gian, không gian và con người.
- Báo cáo và truyền tải thông tin giám sát tới những người, những cơ quan có trách nhiệm trong giám sát, kiểm soát và phòng chống dịch cho cộng đồng.
- Giúp xây dựng kế hoạch phòng chống dịch và ra quyết định đáp ứng đúng, kịp thời và hiệu quả.

Giám sát bệnh truyền nhiễm là một phần của hệ thống giám sát công cộng và là một phần của hệ thống thông tin y tế. Mục tiêu của hệ thống giám sát và việc sử dụng các thông tin đó quyết định việc thu thập số liệu và các thông tin trong hệ thống đó. Hệ

thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại các nước trên thế giới đều thực hiện các hoạt động giám sát đối với các bệnh truyền nhiễm gây dịch. Mỗi quốc gia đều có những hoạt động giám sát với nhiều hình thức khác nhau nhưng đều tập trung vào các bệnh truyền nhiễm gây dịch đe dọa đến sức khỏe con người và cách đáp ứng phòng chống bệnh dịch đó. Ngày nay, hầu hết các hoạt động giám sát đều được các chương trình ngành dọc khác nhau hỗ trợ và quản lý, đôi khi còn do các cơ quan khác nhau thực hiện như: Bộ Y tế, các Viện nghiên cứu, các tổ chức phi Chính phủ [57], [76], [77].

1.4.1.1. Phân loại giám sát

Theo Thông tư số 13/2013/TT-BYT ngày 17/4/2013 của Bộ Y tế hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm, quy định việc giám sát bệnh truyền nhiễm có các hình thức và loại hình giám sát như sau [11]:

* Hình thức giám sát:

- Giám sát chủ động: hoạt động điều tra chủ động tại các điểm giám sát.
- Giám sát thụ động: báo cáo của các tuyến trong hệ thống giám sát.

* Loại hình giám sát

- Giám sát thường xuyên: theo dõi và kiểm soát bệnh truyền nhiễm tại một khu vực hoặc trên phạm vi cả nước.
- Giám sát trọng điểm: giám sát tại các đơn vị đã được lựa chọn trong một khoảng thời gian nhất định.
- Giám sát dựa vào cộng đồng: giám sát của nhân viên y tế, thú y tuyến xã, thôn, ấp, bản và khai báo của người dân.
- Giám sát dựa vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: báo cáo của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Giám sát dựa vào phòng xét nghiệm: báo cáo của các phòng xét nghiệm.

Mỗi loại giám sát có ưu nhược điểm khác nhau và thường bổ sung cho nhau phụ thuộc vào từng loại bệnh cần giám sát, nguồn báo cáo, nhu cầu bổ sung việc thống kê các ca bệnh và trong tình huống khẩn cấp, các chính sách/biện pháp về y tế công cộng (YTCC) thường xuyên cần được thực hiện để đáp ứng với từng vấn đề.

1.4.1.2. Nguồn dữ liệu giám sát

Nhiều nguồn dữ liệu sẵn có có thể sử dụng cho giám sát. Tổ chức Y tế Thế giới đã liệt kê những nguồn dữ liệu cơ bản dưới đây cho việc giám sát [9].

- Báo cáo tử vong: Thống kê sinh đẻ, những dữ liệu từ các cơ sở y tế....
- Báo cáo mắc bệnh: danh sách các bệnh cán bộ y tế bắt buộc phải báo cáo.
- Báo cáo dịch: tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong, sự xuất hiện tác nhân gây bệnh, sự thay đổi về số lượng và phân bố bệnh
- Báo cáo dịch vụ xét nghiệm: báo cáo bệnh chọn lọc (bệnh do vi rút, bệnh do vi khuẩn đường ruột như thương hàn, tả, lỵ, ...)
- Báo cáo phát hiện những trường hợp bệnh.
- Báo cáo phát hiện dịch.
- Các điều tra đặc biệt (như số bệnh nhân nhập viện, đăng ký khám bệnh, điều tra huyết thanh học).
- Thông tin về ổ chứa và những véc tơ truyền bệnh.
- Những dữ liệu dân số.
- Những dữ liệu môi trường.

Trong các nguồn dữ liệu trên, một số được thu thập bởi hệ thống giám sát, một số khác được thu thập vì những lý do khác.

1.4.1.3. Chất lượng của hệ thống giám sát tại Việt Nam

* Các tiêu chí đánh giá chất lượng hệ thống giám sát

Chất lượng của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm là nền tảng cho việc phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm. Để nâng cao chất lượng của hệ thống, WHO đã khuyến cáo mỗi quốc gia cần thiết phải có những đánh giá định kỳ tổng thể hệ thống giám sát để đưa ra các ưu tiên trong việc kiểm soát bệnh dịch và tìm những cơ hội tăng cường hiệu quả của hệ thống giám sát [127].

Chất lượng của hệ thống giám sát được đo lường bằng các đặc tính như: tính đầy đủ, tính đúng hạn, tính đơn giản, độ nhạy, độ đặc hiệu, tính linh hoạt, tính ổn định, khả năng chấp nhận của hệ thống, tính đại diện. Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (USCDC) đã cập nhật và bổ sung các phương pháp, chỉ số đánh giá một cách hoàn chỉnh. Các đặc tính của hệ thống giám sát được đánh giá theo hướng dẫn của WHO và USCDC bao gồm [65], [121]:

Tính đầy đủ: được đề cập đến 3 khía cạnh đầy đủ thông tin/biến số cần thu thập,

đầy đủ ca bệnh được báo cáo và đầy đủ số lượng báo cáo. Điều này phụ thuộc rất nhiều vào độ nhạy của hệ thống.

- Báo cáo đủ là tỷ lệ báo cáo nhận được từ tất cả các điểm giám sát trên địa bàn.

- Đầy đủ ca bệnh được báo cáo: thể hiện số lượng ca bệnh được báo cáo phù hợp với số liệu ca bệnh thực sự được ghi nhận. Điều này phụ thuộc rất nhiều vào độ nhạy của hệ thống.

- Đầy đủ các thông tin giám sát thể hiện có đủ các biến số/thông tin cần thu thập.

Tính đúng hạn: là khoảng thời gian giữa hai bước trong hoạt động giám sát. Tính đúng hạn của hệ thống giám sát phụ thuộc vào thời gian xuất hiện bệnh và tổng hợp, phân tích dữ liệu và đưa ra hành động, ngoài ra nó còn phụ thuộc vào mức độ trầm trọng của bệnh, khả năng lây truyền và cấp độ của đơn vị. Hiện nay, hầu hết các hệ thống giám sát đều dựa trên nguồn số liệu từ bệnh viện và các phòng xét nghiệm. Các dữ liệu do cán bộ y tế tại bệnh viện và phòng xét nghiệm cung cấp thường không đúng hạn, không đầy đủ và không đại diện cho cả cộng đồng.

Chất lượng số liệu: phản ánh tính đầy đủ cũng như giá trị của các số liệu được hệ thống giám sát ghi nhận. Chỉ số được đo lường là tỷ lệ báo cáo dịch có số liệu “không đúng” hoặc “để trống” trên tổng số báo cáo dịch trong thời gian nghiên cứu. Tỷ lệ này càng thấp thì chất lượng số liệu giám sát càng cao. Việc tính toán độ nhạy và giá trị tiên đoán dương tính rất có ích trong việc đánh giá chất lượng số liệu. Chất lượng số liệu có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như tiêu chuẩn chẩn đoán, test chẩn đoán, sự rõ ràng của các số liệu trong biểu mẫu, chất lượng đào tạo và giám sát của người thực hiện báo cáo.

Độ nhạy: là tỷ lệ ca bệnh thực sự được hệ thống phát hiện và báo cáo so với số ca bệnh thực tế trong cộng đồng được thu thập từ nguồn số liệu khác như bệnh án, sổ khám bệnh hay các nghiên cứu. Tuy nhiên việc ước tính ca bệnh thực sự trong cộng đồng thường khó thực hiện. Chỉ số này được phân ra 3 cấp độ gồm độ nhạy của ĐNCB, độ nhạy của việc phát hiện các sự kiện sức khỏe và độ nhạy của hệ thống thông báo. Độ nhạy của hệ thống giám sát có thể thay đổi khi thay đổi các thành phần hay quy trình trong quá trình giám sát.

- *Độ nhạy của ĐNCB trong giám sát:* phụ thuộc vào việc ĐNCB có bao gồm tiêu chuẩn xét nghiệm không. Nếu có tiêu chuẩn xét nghiệm thì độ nhạy thường thấp nhất là các nước không có khả năng thực hiện xét nghiệm trên toàn quốc.

- *Độ nhạy của việc phát hiện các sự kiện sức khỏe* là số ca bệnh được hệ thống ghi nhận và báo cáo trên tổng số ca bệnh trong cộng đồng.

- *Độ nhạy của hệ thống thông báo* là tỷ lệ ca bệnh theo ĐNCB được báo cáo trên tổng số ca bệnh theo ĐNCB được phát hiện.

Độ đặc hiệu của hệ thống giám sát: phát hiện đúng, ít gây chẩn đoán sai, nhầm ca bệnh thể hiện bằng tỷ lệ người không có bệnh được hệ thống phát hiện trên tổng số những người không có bệnh thực sự. Độ đặc hiệu rất khó đo lường nên ít được thực hiện.

Giá trị tiên đoán dương tính (PPV): là tỷ lệ những trường hợp được hệ thống giám sát phát hiện thực sự là có bệnh. Nó được đo lường theo 3 cấp độ là PPV của ĐNCB, PPV của việc phát hiện ca bệnh và PPV của việc phát hiện vụ dịch. Để đánh giá được PPV cần phải xem xét các sổ sách ghi nhận, báo cáo ca bệnh, báo cáo điều tra dịch, báo cáo theo dõi việc tham gia của các đơn vị giám sát. PPV phản ánh cả độ nhạy và độ đặc hiệu của ĐNCB cũng như tỷ lệ các sự kiện sức khỏe trong cộng đồng được giám sát. PPV có thể được cải thiện khi có sự liên hệ chặt chẽ giữa người báo cáo và người nhận báo cáo.

Tính đơn giản: Sự đơn giản thể hiện trong cấu trúc và cách vận hành của cả hệ thống giám sát. Nếu hệ thống giám sát có tính khả thi và đơn giản đảm bảo sẽ được chấp nhận và hoạt động thường xuyên. Chỉ số này có liên quan chặt chẽ với tính đúng hạn và khả năng chấp nhận, đồng thời cũng thể hiện về số lượng nguồn lực để vận hành hệ thống.

Khả năng chấp nhận của hệ thống: phản ánh sự sẵn sàng tham gia của các tổ chức cũng như cá nhân vào hệ thống giám sát. Chỉ số này đề cập đến khía cạnh như: sự tham gia của các điểm giám sát, việc thực hiện báo cáo dịch. Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng chấp nhận hệ thống giám sát bao gồm: tầm quan trọng của bệnh cần giám sát, hiểu biết của người tham gia, sự phản hồi thông tin, thời gian và chi phí

dành cho hoạt động.

Tính đại diện: Thể hiện các số liệu được báo cáo phản ánh sự xuất hiện và phân bố các bệnh/sự kiện sức khỏe trong cộng đồng được giám sát. Tính đại diện và khả năng chấp nhận có ảnh hưởng đến tính đầy đủ cũng như chất lượng số liệu của hệ thống giám sát. Tính đại diện có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố sau:

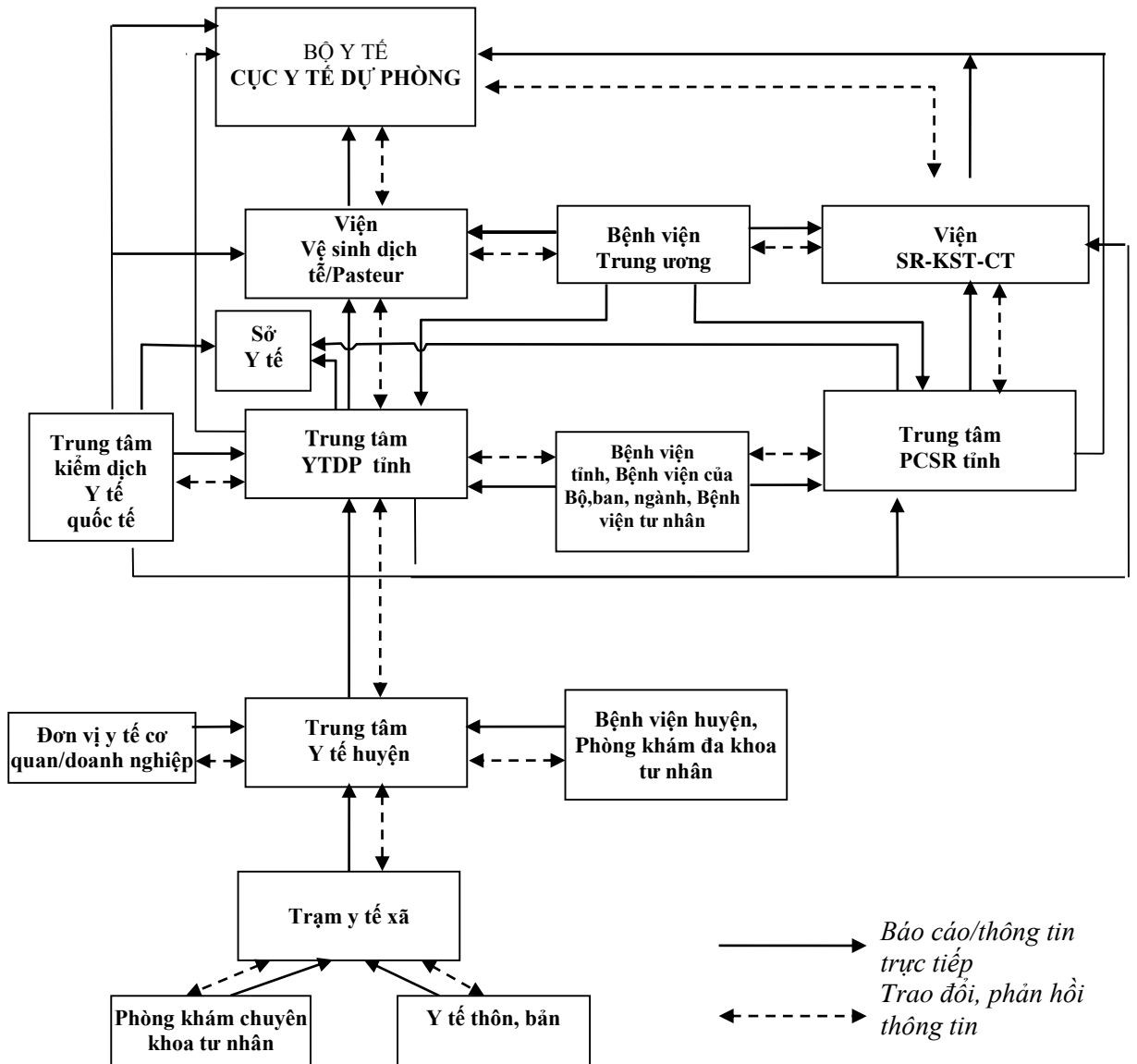
- Khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế của cộng đồng
- Sự tham gia của hệ thống y tế tư nhân trong hệ thống giám sát
- Chất lượng của các dịch vụ y tế trong chẩn đoán và báo cáo ca bệnh.

Tính linh hoạt: Thể hiện khả năng hệ thống giám sát có thể bổ sung hoặc thay đổi một số bệnh cần giám sát, tần suất báo cáo, chỉnh sửa ĐNCB hay thay đổi ngưỡng cảnh báo, ngưỡng dịch... cũng như lồng ghép với các hệ thống khác. Hệ thống giám sát càng đơn giản thì tính linh hoạt càng cao.

Tính ổn định: Thể hiện độ tin cậy (cung cấp, thu thập và quản lý dữ liệu) và khả năng hoạt động của hệ thống giám sát. Sự sẵn có về nguồn lực ảnh hưởng đến tính ổn định của hệ thống.

Tính hữu dụng: Được đo lường trong các hoạt động cảnh báo sớm với dịch và theo dõi tính hiệu quả của các chương trình kiểm soát. Chỉ số này nên được xem xét về hiệu quả trong theo dõi các chương trình kiểm soát dịch bệnh, trong cảnh báo sớm về sự xuất hiện và lan truyền của dịch bệnh, tập trung vào dịch tễ học của các bệnh mới nổi, cung cấp thông tin phân loại dịch và đánh giá các biện pháp can thiệp.

* Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam



Hình 1.5. Hệ thống thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm [10]

Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam được tổ chức một cách chặt chẽ, có hệ thống theo chiều dọc (các cơ sở y tế dự phòng tuyến dưới có trách nhiệm báo cáo số liệu giám sát lên tuyến trên) và theo chiều ngang (các cơ sở y tế trên cùng một tuyến có nhiệm vụ báo cáo số liệu giám sát bệnh truyền nhiễm về cơ quan y tế dự phòng cùng tuyến). Các cơ sở khám, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo các thông tin, các trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm cho cơ sở y tế dự phòng cùng cấp. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, phần lớn những vụ dịch được phát hiện là do

giám sát ca bệnh từ bệnh viện, khi những ca bệnh nặng buộc phải nhập viện thì hệ thống giám sát bệnh mới phát hiện được. Báo cáo của các cơ sở điều trị thường muộn, thông tin không đầy đủ nên rất khó khăn cho việc xác định các ổ dịch và triển khai các biện pháp phòng chống dịch. Việc sử dụng công nghệ thông tin lại chưa thực sự được ứng dụng nhiều, thậm chí ở những nơi đã có máy vi tính để hoạt động nhưng tình trạng thiếu điện và không có internet bao phủ ở các vùng xa thành phố khiến cho việc thực hiện các báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm chỉ thực hiện trên giấy, các luồng thông tin trao đổi thường muộn.

Hiện nay hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam được thực hiện theo Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 [10], với chất lượng giám sát, tính đơn giản và khả thi được cải thiện. Tuy nhiên các đặc tính khác về chất lượng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm thì vẫn còn nhiều hạn chế:

- Tính đầy đủ và đúng hạn chưa đạt yêu cầu: Tỷ lệ báo cáo nhận được từ cán điểm giám sát còn chậm, thiếu thông tin về ca bệnh báo cáo, phản hồi thông tin không thường xuyên. Số liệu báo cáo không đầy đủ và không đại diện cho cả cộng đồng.

- Độ nhạy của hệ thống giám sát chưa cao: biểu hiện còn để sót, chưa có định nghĩa ca bệnh chuẩn bao gồm tiêu chuẩn xét nghiệm, thiếu nhiều trường hợp mắc/tử vong.

- Độ đặc hiệu thấp: Chẩn đoán ca bệnh chưa chính xác, số ca bệnh được chẩn đoán đúng thấp. Các ca bệnh chủ yếu được chẩn đoán dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- Hạn chế về nguồn lực, chất lượng đội ngũ NVYT do được đào tạo chuyên sâu về dịch tễ học và thống kê còn thấp, ảnh hưởng đến chất lượng dữ liệu báo cáo.

- Phân tích số liệu giám sát hầu như chỉ được thực hiện ở tuyến trung ương và tuyến tỉnh.

1.4.2. Giám sát viêm gan vi rút

1.4.2.1. Giám sát viêm gan vi rút trên thế giới

Hiện nay hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại các nước phát triển thường do một tổ chức đảm nhiệm và triển khai nhiều mô hình cũng như các hệ thống giám sát riêng lẻ đối với từng nhóm bệnh như tại Hoa Kỳ, tại Cộng đồng các nước châu Âu, tại Australia hay New Zealand, ... Giám sát viêm gan vi rút được nhiều nước quan tâm triển khai trong đó chủ yếu tập trung vào giám sát vi rút viêm gan A, B, C [59].

* Giám sát viêm gan vi rút tại Hoa Kỳ

Theo hướng dẫn giám sát viêm gan của Trung tâm Phòng ngừa và Kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ, việc giám sát viêm gan vi rút thông qua việc báo cáo của các phòng xét nghiệm được quy định bằng luật, đảm bảo tất cả các bệnh nhân có các dấu hiệu và triệu chứng của của viêm gan cấp phải được xét nghiệm và báo cáo, những trường hợp có nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan B, C mạn tính cũng phải được kiểm tra và báo cáo kết quả nếu xét nghiệm dương tính [68].

Các xét nghiệm được triển khai:

- IgM anti HAV
- HBsAg và IgM anti HBc
- Anti HCV

Việc xét nghiệm là cần thiết đối với các trường hợp có biểu hiện vàng da hoặc có dấu hiệu hoặc triệu chứng của viêm gan cấp tính như: chán ăn, buồn nôn, mệt mỏi, nôn, nước tiểu sẫm màu, phân bạc màu và đau bụng. Tất cả các trường hợp được báo cáo phải được điều tra những thông tin cơ bản để được phân loại và tư vấn kịp thời.

Có những vấn đề cần phải giải quyết đó là cần phải phát hiện thấy nữ giới trong độ tuổi sinh sản sớm nhất có thể để giảm nguy cơ lây truyền vi rút viêm gan B từ mẹ sang con, việc triển khai hệ thống báo cáo điện tử tự động có thể giảm thời gian phát hiện nhưng lại không có ở hầu hết các bang tại Hoa Kỳ; vấn đề thứ hai là không có đủ nguồn lực để theo dõi tất cả những ca đã biết, những trường hợp tiềm ẩn và những người liên hệ với họ một cách kịp thời, việc theo dõi một trẻ em có thể kéo dài tới 2 năm. Thêm vào đó, việc kiểm tra nhắc lại các nhóm nguy cơ cao có thể dẫn đến việc nhầm lẫn số trường hợp mắc bệnh cấp tính và mạn tính. Nhiều người bị nhiễm vi rút viêm gan B, C có ít điều kiện tiếp cận với các cơ sở y tế, không được chẩn đoán một cách phù hợp [97].

* Giám sát viêm gan vi rút tại Châu Âu

Tại các nước châu Âu (EU), việc giám sát viêm gan vi rút tập trung chủ yếu vào viêm gan vi rút B, C; tuy nhiên hình thức giám sát cũng khác nhau tùy theo từng nước. Có hai hình thức chủ yếu được áp dụng là dựa vào báo cáo phòng xét nghiệm và dựa vào triệu chứng lâm sàng.

Trong số các nước khu vực châu Âu, có 21 nước sử dụng định nghĩa ca bệnh tương tự với định nghĩa ca bệnh được EU thống nhất. Dựa vào các định nghĩa ca bệnh khác nhau, 28 quốc gia thông báo các trường hợp xác định, trong đó 27 nước thông báo cả những trường hợp viêm gan vi rút B cấp, 17 nước thông báo cả các trường hợp nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính, các trường hợp không có triệu chứng thường bị bỏ sót. Có 26 quốc gia báo cáo thu thập số liệu dựa vào ca bệnh ở mức quốc gia nhưng sự phân tích thay đổi theo từng quốc gia; một số thông tin cơ bản được thu thập như tuổi, giới, nơi ở, ngày khởi phát, ngày báo cáo được thu thập ở 26 quốc gia, tuy nhiên những thông tin về yếu tố dịch tễ nguy cơ cũng thường bị thiếu sót [78].

Việc thực hiện hệ thống giám sát này là một bước tiến quan trọng trong việc chuẩn hóa dữ liệu giám sát ở các nước châu Âu. Thứ nhất, việc áp dụng định nghĩa ca bệnh của EU đã sửa đổi, bao gồm cả trường hợp cấp tính và mạn tính, đây là một vấn đề khó khăn đối với một số quốc gia. Trong khi nhiều quốc gia có thể sử dụng định nghĩa mới, các quốc gia khác đã báo cáo các trường hợp theo định nghĩa của quốc gia riêng của họ hoặc báo cáo theo định nghĩa ca bệnh trước đây của EU khi chỉ ghi nhận trường hợp cấp tính. Sự không đồng nhất này là một thách thức đối với việc so sánh, tổng hợp dữ liệu giữa các quốc gia, nhưng vấn đề này sẽ được cải thiện theo thời gian khi nhiều quốc gia có thể điều chỉnh hệ thống giám sát viêm gan vi rút của họ theo các định nghĩa ca bệnh mới [76], [77].

Thứ hai, việc phân loại các ca bệnh theo tình trạng bệnh tật cũng là một vấn đề đối với một số quốc gia, và nhiều trường hợp được phân loại là "không rõ". Sự phụ thuộc vào dữ liệu báo cáo để phân loại trường hợp là cấp tính hoặc mạn tính cũng là một vấn đề khó khăn. Một vấn đề nữa là ở một số quốc gia, hệ thống giám sát viêm gan vi rút chỉ hỗ trợ báo cáo các trường hợp cấp tính, do đó số liệu không đầy đủ.

Một hạn chế khác là sự không đầy đủ của dữ liệu được cung cấp. Đặc biệt, là các vấn đề mà bệnh nhân đang gặp phải (ví dụ như tình trạng HIV, tình trạng tiêm chủng vắc xin viêm gan B, đặc điểm về nhân khẩu học, ...) không được báo cáo, điều này hạn chế việc phân tích dữ liệu và dịch tễ học viêm gan vi rút B, C.

Trung tâm Phòng ngừa và Kiểm soát Bệnh tại châu Âu đã đưa giám sát tăng cường viêm gan vi rút B, C ở mức độ EU/EEA từ năm 2011 để đối chiếu dữ liệu giám sát thường kỳ từ các hệ thống báo cáo số liệu của các quốc gia. Nâng cao chất lượng số liệu giám sát và xem xét các báo cáo trường hợp bệnh được báo cáo cùng với các nguồn dữ liệu khác, như thực tiễn sàng lọc tại địa phương và chính sách tiêm vắc xin là hai hoạt động giám sát được chú trọng nhất tại châu Âu [76], [77].

* Giám sát viêm gan vi rút tại châu Á

Giám sát viêm gan vi rút tại Singapore: Việc giám sát viêm gan vi rút được triển khai từ năm 1977, chỉ các trường hợp có triệu chứng lâm sàng được chẩn đoán phải báo cáo và cũng không có những điều tra huyết thanh tại cộng đồng được triển khai để đánh giá mức độ của các trường hợp nhiễm không có triệu chứng. Thông thường, chỉ có thông tin về xét nghiệm về HBsAg, do đó những trường hợp không phải viêm gan vi rút B (chiếm khoảng 55%) sẽ bao gồm viêm gan vi rút A (khoảng 30%) và viêm gan không A, không B (chiếm khoảng 25%) [112].

Giám sát viêm gan vi rút tại Trung Quốc: Bộ Y tế Trung Quốc đã triển khai báo cáo ca bệnh nhiễm viêm gan vi rút hàng ngày thông qua việc khai báo thông tin ca bệnh trên trang web điện tử. Hệ thống thông tin để kiểm soát và phòng chống dịch bệnh Trung Quốc đã cung cấp thông tin cho các nhà quản lý một cách đầy đủ, kịp thời và hiện đại. Hệ thống này có hai thay đổi lớn so với trước đây đó là bệnh được khai báo ngay tại bệnh viện trên mạng điện tử, và khai báo ca bệnh theo biểu mẫu có đủ các thông tin (tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp, triệu chứng, yếu tố khác...) thay vì số lượng tổng hợp ca bệnh. Những sự thay đổi này đảm bảo tăng số ca bệnh được báo cáo, chất lượng số liệu, luồng thông tin được đảm bảo và cải thiện chất lượng của đội ngũ cán bộ tham gia [91], [117].

Dữ liệu được báo cáo là một bằng chứng quan trọng để đánh giá nguy cơ nhiễm viêm gan vi rút B, C trong cộng đồng và trong việc định hình chính sách y tế, chẳng hạn như tiêm chủng HBV miễn phí cho trẻ sơ sinh ở Trung Quốc. Ngoài ra, viêm gan vi rút B được liệt kê là một trong những bệnh có mức độ ưu tiên cao trong các Dự án Quốc gia về Dự phòng và Phòng chống bệnh được khởi xướng năm 2008. Tuy nhiên, vẫn còn một số vấn đề vẫn tồn tại trong hệ thống báo cáo viêm gan vi rút trên mạng lưới của Trung Quốc. Ví dụ, vấn đề báo cáo trường hợp lặp lại được phát hiện trong giai đoạn 2004 - 2008 vẫn chưa được giải quyết, với tỷ lệ báo cáo lặp lại lên đến 29,0% ở một số khu vực [85]. Ngoài ra, việc áp dụng các tiêu chuẩn báo cáo là không nhất quán tại các địa phương. Ví dụ, nhiều người mang HBsAg được báo cáo là những trường hợp cấp tính, và tỷ lệ mắc viêm gan vi rút B theo báo cáo thực tế chỉ là khoảng một phần ba số trường hợp được báo cáo theo một nghiên cứu từ Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Bệnh Trung Quốc. Để cải thiện chất lượng hệ thống giám sát, dõi viêm gan vi rút B, C, Bộ Y tế Trung Quốc đã đẩy mạnh nhu cầu đào tạo các bác sỹ chuyên khoa về bệnh truyền nhiễm tại các cơ sở và thống nhất về hệ thống báo cáo ca bệnh viêm gan vi rút B, C [95].

1.4.2.2. Giám sát viêm gan vi rút tại Việt Nam

Theo quy định tại Thông tư số 48/20010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế, quy trình báo cáo định kỳ bệnh truyền nhiễm thực hiện một cách hệ thống từ trung ương đến tuyến cơ sở, gồm các đơn vị cụ thể như sau:

- Tuyến xã: Trạm Y tế (TYT) xã nhận thông tin về tình hình dịch bệnh từ y tế thôn, bản và các phòng khám chuyên khoa tư nhân.

- Tuyến huyện: Trung tâm Y tế huyện nhận thông tin từ các trạm y tế xã, đơn vị y tế tại các công nông trường, xí nghiệp, nhà máy, cơ quan, trường học, bệnh viện huyện, các phòng khám đa khoa tư nhân.

- Tuyến tỉnh: Trung tâm YTDP tỉnh nhận thông tin từ các trung tâm y tế huyện, bệnh viện tỉnh, bệnh viện thuộc các Bộ, ngành, bệnh viện tư nhân, Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế, Bệnh viện trung ương đóng trên địa bàn.

- Tuyển khu vực: Các Viện Vệ sinh dịch tễ/Pasteur nhận thông tin từ các trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, các Bệnh viện trung ương đóng trên địa bàn.

- Tuyển trung ương: Cục Y tế dự phòng nhận thông tin từ các Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, các Viện Vệ sinh dịch tễ/Pasteur.

Việc giám sát viêm gan vi rút tại Việt Nam nằm trong 28 bệnh truyền nhiễm báo cáo định kỳ theo tháng, quý, năm, công tác giám sát được lồng ghép vào hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm quốc gia. Số liệu báo cáo gồm:

- Số mắc/ Số tử vong
- Phân bố theo tỉnh
- Phân bố theo tháng trong năm
- Phân bố theo khu vực
- Không phân loại theo vi rút gây bệnh
- Số liệu tổng, không quản lý đến từng ca bệnh

Những khó khăn, tồn tại của hệ thống giám sát viêm gan vi rút:

* Những khó khăn khách quan

- Có nhiều loại vi rút viêm gan
- Triệu chứng mờ nhạt, không rõ giai đoạn cấp tính
- Thời gian ủ bệnh kéo dài
- Bệnh tiến triển phần lớn thành mạn tính
- Nhiều đường lây khác nhau

* Những tồn tại chủ quan

- Chưa có hướng dẫn giám sát viêm gan vi rút
- Chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng
- Chưa phân biệt được loại vi rút gây bệnh
- Chưa có hệ thống giám sát trọng điểm
- Nhận thức của cán bộ y tế về giám sát viêm gan vi rút còn chưa tốt

Kết quả, số liệu về viêm gan vi rút của nước ta theo hệ thống giám sát thường quy chỉ nắm được số lượt bệnh nhân viêm gan do vi rút đến nhập viện không phân biệt được loại vi rút gây viêm gan, từ đó khó khăn cho việc xác định những loại vi rút

viêm gan nào đang gây bệnh chính cho người dân để có thể đề ra các biện pháp phòng bệnh ưu tiên, hợp lý cho từng thời điểm.

Hệ thống giám sát được thực hiện ở tất cả các tuyến và chủ yếu do hệ thống y tế dự phòng (YTDP) chỉ đạo thực hiện. Số liệu các trường hợp mắc viêm gan vi rút phải được các Trung tâm y tế huyện, tỉnh phân tích ban đầu sau đó được phân tích chi tiết hơn tại các Viện VSDT/ Viện Pasteur. Tất cả các tuyến phải thực hiện phản hồi thông tin cho tuyến dưới. Bộ Y tế cũng quy định trách nhiệm cụ thể của từng đơn vị giám sát của từng tuyến.

Trong những năm qua, hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại nước ta nói chung đã được thiết lập từ Trung ương đến tuyến cơ sở; tuy nhiên, đối với việc giám sát viêm gan vi rút B, C vẫn còn bộc lộ nhiều bất cập, trong đó hệ thống văn bản pháp quy còn chưa cụ thể, đội ngũ nhân lực tại tuyến tỉnh và cơ sở chưa được đào tạo ... Trước những thách thức đó, công tác kiểm soát, giám sát viêm gan vi rút B, C ngày càng đòi hỏi phải chủ động, tích cực, chất lượng, hiệu quả và kịp thời. Công tác giám sát phải đảm bảo theo dõi liên tục, nâng cao chất lượng giám sát đối với từng loại vi rút viêm gan phù hợp với các yêu cầu chung của quốc gia và quốc tế.

1.4.3. Các biện pháp xét nghiệm phát hiện vi rút viêm gan B, C

1.4.3.1. Vi rút viêm gan B

Hiện nay có nhiều test xét nghiệm chẩn đoán vi rút viêm gan B có thể áp dụng trong việc phân biệt mắc ở giai đoạn cấp hoặc mạn tính. Xét nghiệm quan trọng phát hiện vi rút viêm gan B là phát hiện kháng nguyên bề mặt HBsAg. Xét nghiệm dương tính với HBsAg cho thấy rằng người đó bị nhiễm vi rút viêm gan B đang hoạt động (có thể cấp tính hoặc mạn tính), WHO khuyến cáo sử dụng test này để sàng lọc máu tránh lây truyền cho người nhận [123].

Các loại test xét nghiệm khác:

- Xét nghiệm tìm kháng thể kháng kháng nguyên bề mặt (anti HBs): xét nghiệm dương tính chỉ ra rằng người đó có thể đã hồi phục từ đợt nhiễm vi rút viêm gan B cấp tính hoặc đã được tiêm vắc xin viêm gan B.

- Xét nghiệm tìm kháng thể kháng kháng nguyên lõi (anti HBc): xét nghiệm dương tính chỉ ra rằng người đó đã bị nhiễm vi rút trong quá khứ hoặc trong thời gian gần đây, nếu kết hợp với kết quả dương tính với kháng nguyên bề mặt thường gợi ý đã bị nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính.

- Xét nghiệm tìm kháng thể IgM anti HBc: Kháng thể IgM anti HBc là xét nghiệm được sử dụng để chẩn đoán viêm gan cấp. Trong giai đoạn cửa sổ của viêm gan cấp, (khi HBsAg mất đi và sự xuất hiện kháng thể anti HBs) thì kháng thể IgM anti HBc đặc biệt có lợi cho chẩn đoán nhất là ở bệnh nhân mất HBsAg sớm. Bệnh nhân viêm gan cấp luôn có kháng thể IgM anti HBc (+). Kháng thể này còn tồn tại dai dẳng và với nồng độ thấp ở trường hợp viêm gan mạn tính.

1.4.3.2. Vi rút viêm gan C

Chẩn đoán viêm gan vi rút C chủ yếu dựa vào phát hiện được anti - HCV trong huyết thanh. Trên thị trường cũng sẵn có một số thử nghiệm ELISA rất nhạy để phát hiện anti - HCV dựa trên việc sử dụng các Protein tái tổ hợp của vi rút gắn vào các giếng trên các phiến nhựa. Tính đặc hiệu có thể được đảm bảo nhờ các xét nghiệm bổ sung như thử nghiệm miễn dịch tái tổ hợp (RIBA) phát hiện được từng kháng thể đối với các Proteine của vi rút viêm gan C trên băng giấy Nitrocellulose [21].

Thử nghiệm RIBA được làm lại cho tất cả các mẫu ELISA(+) nhưng còn nghi ngờ chẩn đoán vì men gan bình thường hoặc có tăng Globuline máu (*như trong viêm gan tự miễn*) [87].

1.4.3.3. Năng lực xét nghiệm vi rút viêm gan tại Việt Nam

Hiện nay, Việt Nam chưa có phòng xét nghiệm chuẩn thức về vi rút viêm gan do đó cũng chưa có đánh giá nào về chất lượng xét nghiệm vi rút viêm gan tại Việt Nam, tuy nhiên các biện pháp xét nghiệm vi rút viêm gan đã được nhiều phòng xét nghiệm tuyến trung ương và tuyến tỉnh triển khai thực hiện.

Theo báo cáo của Viện Vệ sinh dịch tễ (VSDT) Trung ương tại Hội thảo định hướng các biện pháp phòng chống viêm gan vi rút năm 2013 [53], các phòng xét

nghiệm ở tuyến trung ương, tuyến tỉnh đã có thể thực hiện được hầu hết các loại xét nghiệm để xác định vi rút viêm gan; tuy nhiên tại tuyến huyện thì năng lực xét nghiệm vi rút viêm gan tại tuyến huyện còn rất yếu.

Bảng 1.2. Năng lực xét nghiệm vi rút viêm gan tại Việt Nam [53]

Chỉ tiêu XN xét nghiệm	Phương pháp	Huyện	Tỉnh	Viện, Bệnh viện TU, TP. lớn
HBsAg	Test nhanh	++++	++++	+++
HBsAg	EIA, không tự động		++	+++
HBe/Anti-HBe	EIA, không tự động		+++	+++
Anti-HBc IgM/total	EIA, không tự động		+++	+++
Anti-HBs	EIA, không tự động		++	++
HBsAg	Tự động		++	++++
HBe/Anti-HBe	Tự động		++	++++
Anti-HBc IgM/IgG	Tự động		++	++++
Anti-HBs	Tự động			++
Anti-HCV	Test nhanh	++++	++++	+++
Anti-HCV	EIA, không tự động		++	+++
Anti-HCV	Tự động		++	++++
Định tính ADN HBV	PCR			++
Định lượng HBV	qRT-PCR, khuếch đại gene đích		+	++++
Kiểu gene HBV	Giải trình tự/Phân tích phá hệ			++
Đột biến HBV	Giải trình tự			++
Định tính ARN HCV	PCR			++
Định lượng HCV	qRT-PCR, khuếch đại gene đích		+	++++
Kiểu gene HCV	Giải trình tự/Phân tích phá hệ			++
SNPs	Real-time PCR			+

1.5. Một số chiến lược phòng chống viêm gan vi rút trên thế giới và tại Việt Nam

1.5.1. Một số chiến lược phòng chống viêm gan vi rút trên thế giới

Trong bối cảnh gánh nặng bệnh gan do vi rút viêm gan ngày càng trở nên nặng nề, Tổ chức Y tế thế giới cũng đã kêu gọi các quốc gia và các đối tác phát triển xây dựng các chiến lược hiệu quả với mục tiêu đối phó với các thách thức của viêm gan vi rút và nâng cao nhận thức về căn bệnh này. Tổ chức Y tế Thế giới đã lấy ngày 28/7 hàng năm là “Ngày Viêm gan thế giới” và lần đầu tiên được tổ chức vào năm 2011.

* Khung chương trình Hành động Toàn cầu về phòng chống nhiễm vi rút viêm gan

Năm 2012, Tổ chức Y tế thế giới đã ban hành Khung chương trình Hành động Toàn cầu về Phòng chống nhiễm vi rút viêm gan với tầm nhìn không còn lây truyền viêm gan vi rút trên thế giới và tất cả bệnh nhân đều được tiếp cận về chăm sóc điều trị an toàn và hiệu quả [126]. Khung Chương trình bao gồm 4 thành tố chính:

- Tăng cường nhận thức, thúc đẩy quan hệ đối tác và huy động nguồn lực;
- Xây dựng chính sách dựa vào bằng chứng và số liệu cho hành động;
- Ngăn chặn sự lây truyền của vi rút;
- Sàng lọc, chăm sóc và điều trị.

Ngày 24/5/2014, Đại hội đồng Y tế thế giới đã thông qua Nghị quyết WHA 67.6 về việc triển khai đồng bộ các can thiệp về viêm gan; theo đó cần tăng cường hệ thống sàng lọc, chẩn đoán và điều trị nhằm giảm lây truyền HIV, viêm gan vi rút B, C đồng thời các quốc gia cần thực hiện các chính sách nhằm thực hiện các gói can thiệp thiết yếu để chẩn đoán, điều trị cho quần thể tiêm chích ma túy [124], [127].

* Tại Hoa Kỳ

Tại Hoa Kỳ, các chiến lược hành động của ngành y tế phòng nhằm chống viêm gan vi rút đã được xây dựng và hoạt động nhằm giảm lây truyền vi rút viêm gan và giảm tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong do viêm gan vi rút B, C. Chiến lược này dựa trên Khung Hành động Toàn cầu phòng, chống nhiễm viêm gan vi rút của WHO.

Thông qua 3 khía cạnh của vấn đề bao phủ y tế toàn dân, chiến lược này nhằm mục đích xác định các dịch vụ thiết yếu và các biện pháp can thiệp mà người dân cần có cũng như xác định các biện pháp có thể thực hiện để đảm bảo và nâng cao chất lượng các dịch vụ và chương trình, mô tả cách thức có thể mở rộng độ bao phủ các

dịch vụ như thế nào để đảm bảo sự công bằng và tác động tối đa và đề xuất các chiến lược nhằm giảm thiểu nguy cơ khó khăn về tài chính cho các đối tượng cần sử dụng dịch vụ. Chiến lược này được thiết kế để khắc phục những khó khăn kết hợp về phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút trong các bối cảnh phát triển nhanh chóng [68].

Chiến lược hoạt động tại Hoa Kỳ được xây dựng dựa trên khung bao phủ y tế toàn dân, hướng tới một hành động ứng phó lâu dài và bền vững thông qua việc củng cố các hệ thống y tế và cộng đồng, từng bước giải quyết các yếu tố xã hội quyết định về sức khỏe vừa làm gia tăng dịch bệnh vừa cản trở hoạt động ứng phó và bảo vệ và nâng cao quyền con người và bình đẳng giới như những yếu tố thiết yếu đối với hoạt động ứng phó của ngành y tế.

Chiến lược cũng lưu ý tới các khu vực có hoàn cảnh kinh tế và điều kiện cơ sở hạ tầng khác nhau, khi nguồn lực, tính hiệu quả và năng lực tăng lên, các loại dịch vụ có thể được mở rộng với chất lượng được nâng cao vào bao phủ nhiều quần thể hơn với chi phí trực tiếp thấp hơn cho những người có nhu cầu sử dụng dịch vụ - một quá trình liên tục hướng tới bao phủ y tế toàn dân [68], [105].

* Tại châu Âu

Chiến lược toàn cầu của ngành y tế phòng, chống viêm gan vi rút tại các quốc gia ở châu Âu là một khung bao quát toàn bộ, bao gồm một tập hợp các định hướng chiến lược bao phủ các lĩnh vực chính cấp độ cao trong hoạt động ứng phó viêm gan vi rút nói chung và viêm gan vi rút B, C nói riêng [78], [89].

Kế hoạch hành động khu vực phòng, chống viêm gan vi rút tại châu Âu thường là một kế hoạch 5 năm nhằm đưa ra các vấn đề cụ thể, ưu tiên và có thể thực hiện được để các nước xem xét trong việc giải quyết gánh nặng quốc gia của viêm gan vi rút trên cơ sở chú trọng vào viêm gan vi rút B, C mạn tính vốn chiếm một tỷ lệ lớn trong gánh nặng về tử vong của khu vực

Kế hoạch hành động khu vực phòng, chống viêm gan vi rút này nhằm hỗ trợ các nỗ lực của các nước thành viên trong việc xây dựng chiến lược phòng, chống viêm gan toàn diện và được xây dựng dựa trên những thành công của khu vực về tiêu chủng viêm gan B. Việc thực hiện các hành động của nước thành viên được hỗ trợ bởi hành động của WHO là nhằm đạt được các mục tiêu đồng thuận.

Các hành động thực hiện trong chiến lược phòng chống viêm gan vi rút B, C tại châu Âu gồm các hoạt động nhằm khắc phục gánh nặng to lớn của tình trạng mắc bệnh và tử vong do viêm gan vi rút, bằng cách đưa ra các hoạt động ưu tiên định hướng cho các nước để giải quyết viêm gan vi rút B, C [89].

* Tại Mông Cổ

Chiến lược quốc gia về chống vi rút viêm gan tại Mông Cổ đã được Bộ Y tế phê duyệt năm 2010 với mục tiêu chung “Giảm tỷ lệ mắc viêm gan vi rút đến 10 trường hợp/10.000 dân vào năm 2015”.

Mục tiêu chiến lược 1: Giới thiệu vắc xin phòng vi rút viêm gan A

Mục tiêu chiến lược 2: Kiểm soát vi rút viêm gan B, C và làm giảm tỉ lệ người mang HBsAg đến 2% ở trẻ em dưới 5 tuổi

Mục tiêu chiến lược 3: Tăng cường năng lực để giám sát, kiểm soát và phòng thí nghiệm chẩn đoán viêm gan vi rút.

Chiến lược quốc gia về chống vi rút viêm gan tại Mông Cổ được thực hiện với kết quả mong đợi:

- Tỷ lệ tiêm chủng liều sinh cho trẻ sơ sinh vắc xin viêm gan B tiêm trong vòng 24 giờ đạt đến 97%.

- Nhân viên chăm sóc sức khỏe được tiêm phòng các loại vắc xin viêm gan B trong giai đoạn làm việc.

- Học sinh của trường đại học và cao đẳng y tế được tiêm phòng vắc xin viêm gan B.

- Mỗi phụ nữ mang thai đều được xét nghiệm HBsAg và HbeAg.

- HCV - RNA được xác định trong một người cho máu.

- Thuốc chống vi rút được sử dụng để điều trị viêm gan vi rút B, C [74].

* Tại Nhật Bản

Các chiến lược, hoạt động phòng chống viêm gan vi rút tại Nhật Bản ưu tiên sử dụng phương pháp tiếp cận y tế công cộng, với mục tiêu là:

- Giảm tỷ lệ mắc và tử vong do viêm gan vi rút và cải thiện việc chăm sóc bệnh nhân viêm gan vi rút.

- Giám tác động lên kinh tế - xã hội của viêm gan vi rút ở mức độ cá nhân, cộng đồng và dân số.

Hoạt động 1: Quan hệ đối tác, huy động nguồn lực và thông tin liên lạc

Hoạt động 2: Dữ liệu cho chính sách và hành động

Hoạt động 3: Dự phòng lây truyền vi rút viêm gan B, C

Hoạt động 4: Sàng lọc, chăm sóc và điều trị [84].

1.5.2. Kế hoạch phòng chống viêm gan vi rút tại Việt Nam

Năm 2015, Bộ Y tế đã ban hành Kế hoạch phòng chống viêm gan vi rút giai đoạn 2015 - 2019 với mục tiêu “Giảm lây truyền vi rút viêm gan và tăng khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ dự phòng, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc viêm gan vi rút”. Trong đó quan tâm công tác dự phòng lây nhiễm vi rút viêm gan đặc biệt là viêm gan vi rút B, C và nâng cao năng lực hệ thống giám sát và thu thập số liệu để cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng chính sách và can thiệp nhằm hạn chế sự lây lan của vi rút viêm gan trong cộng đồng và tại các cơ sở y tế [63].

Bản Kế hoạch phòng chống viêm gan vi rút giai đoạn 2015 - 2019 đã nêu các giải pháp về chuyên môn kỹ thuật, tập trung vào việc nâng cao năng lực chuyên môn cho cán bộ y tế về viêm gan vi rút, cập nhật các kiến thức mới về chẩn đoán, xét nghiệm, điều trị, chăm sóc và các biện pháp dự phòng viêm gan vi rút đặc biệt là viêm gan vi rút B, C cho cán bộ y tế thông qua các lớp tập huấn, đào tạo trực tuyến, hỗ trợ kỹ thuật; đồng thời giám sát và thu thập bằng chứng cho việc xây dựng chính sách và xác định các can thiệp ưu tiên cho việc dự phòng viêm gan vi rút, trong đó nêu rõ việc chuẩn hóa các định nghĩa về báo cáo các ca bệnh viêm gan vi rút theo phân loại vi rút viêm gan dựa vào lâm sàng và xét nghiệm thay vì báo cáo viêm gan vi rút chung như hiện nay, xây dựng biểu mẫu báo cáo ca bệnh dễ hiểu dễ điền đối với các ca bệnh do vi rút viêm gan A, B, C trong hệ thống báo cáo các bệnh truyền nhiễm; phối hợp giữa phòng xét nghiệm và đơn vị báo cáo để tránh trường hợp trùng lặp hoặc bỏ sót ca bệnh.

1.6. Một số đặc điểm chính của tỉnh và thông tin về hệ thống y tế tại Thái Bình

1.6.1. Một số đặc điểm của tỉnh Thái Bình

Thái Bình là tỉnh ven biển, thuộc đồng bằng châu thổ sông Hồng, với diện tích 1.546,54 km², dân số khoảng 1,8 triệu người, mật độ dân số 1.138 người/km², trong đó dân số nông thôn chiếm 94,2%, dân số thành thị chiếm 5,8%. Toàn tỉnh gồm có 8

huyện, thành phố là: Hưng Hà, Đông Hưng, Quỳnh Phụ, Thái Thụy, Tiền Hải, Kiến Xương, Vũ Thư và thành phố Thái Bình với tổng số 284 xã, phường, thị trấn.

Toàn tỉnh hiện có 229 xã, phường, thị trấn có tệ nạn ma túy, trong đó 53 xã, phường, thị trấn thuộc diện “trọng điểm” về ma túy, 56 xã, phường, thị trấn không có tệ nạn ma túy; 15 xã, phường, thị trấn có tệ nạn mại dâm, trong đó 9 xã, phường, thị trấn “trọng điểm” về mại dâm, 269 xã, phường, thị trấn không có tệ nạn mại dâm [19].

1.6.2. Hệ thống y tế của tỉnh Thái Bình

Hệ thống y tế tỉnh Thái Bình được triển khai đầy đủ từ tuyến tỉnh, huyện, xã, bao gồm cả hệ thống các đơn vị y tế tư nhân với tổng số 3.680 cán bộ y tế các tuyến, tỷ lệ bác sĩ/10.000 dân là 5,17; tỷ lệ bác sĩ có trình độ sau đại học là 49,7.

- Tuyến tỉnh: bao gồm Bệnh viện Đa khoa tỉnh, một số bệnh viện chuyên khoa và Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh.

- Tuyến huyện: gồm các Bệnh viện đa khoa và Trung tâm Y tế huyện.

- Tuyến xã: gồm có 284 trạm y tế xã, phường, thị trấn.

- Các đơn vị y tế tư nhân: gồm có 01 bệnh viện đa khoa, 16 phòng khám đa khoa, 190 phòng khám chuyên khoa [41].

1.6.3. Kết quả giám sát viêm gan vi rút tại tỉnh Thái Bình giai đoạn 2005 - 2014

Việc giám sát viêm gan vi rút tại tỉnh Thái Bình được triển khai lồng ghép trong hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm gây dịch phải báo cáo, theo đó số liệu được Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh tổng hợp từ Trung tâm Y tế các huyện, thành phố định kỳ theo tháng, quý, năm. Kết quả giám sát viêm gan vi rút giai đoạn 2005 -2014 cho thấy tỷ lệ mắc/100.000 dân trong khoảng 56 - 72, cụ thể như sau:

Bảng 1.3. Tình hình viêm gan vi rút giai đoạn 2005-2014 tại tỉnh Thái Bình [47]

Năm	Số mắc	Tỷ lệ mắc/ 100.000 dân	Số tử vong	Tỷ lệ tử vong/ 100.000 dân
2005	1.240	66,4	0	0
2006	1.106	56,9	0	0
2007	1.155	64,2	0	0
2008	1.178	65,4	0	0
2009	1.185	65,8	0	0
2010	1.190	66,1	0	0
2011	1.288	71,5	0	0
2012	1.291	71,7	0	0
2013	1.285	71,4	0	0
2014	1.296	72,0	0	0

Trong những năm qua, việc triển khai các hoạt động giám sát bệnh truyền nhiễm nói chung, giám sát viêm gan vi rút nói riêng tại tỉnh Thái Bình được thực hiện nghiêm túc theo các hướng dẫn của Bộ Y tế. Do đó những khó khăn, tồn tại khách quan của việc giám sát viêm gan vi rút trên phạm vi toàn quốc cũng là những khó khăn, tồn tại mà việc giám sát viêm gan vi rút của tỉnh Thái Bình cũng sẽ gặp; đồng thời những hoạt động có thể triển khai thành công tại tỉnh Thái Bình cũng có thể là những bài học tốt để có thể nhân rộng và triển khai tại các địa phương khác trên phạm vi cả nước.

CHƯƠNG II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tương ứng với 2 mục tiêu, luận án được thực hiện và hoàn thành với hai phương pháp nghiên cứu mô tả và nghiên cứu can thiệp, tiến hành theo hai giai đoạn.

2.1. Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015.

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu:

- Các đơn vị tham gia nghiên cứu: Các cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện, xã và bệnh viện tư nhân tham gia hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C:

- + Trung tâm YTDP tỉnh
- + Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) tỉnh
- + Trung tâm YTDP huyện/thành phố:
- + Bệnh viện huyện/thành phố
- + Bệnh viện tư nhân
- + Trạm y tế xã

- Nhân viên y tế trực tiếp tham gia vào hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C tại các đơn vị tham gia nghiên cứu.

- Tài liệu thứ cấp: Các báo cáo, tài liệu, văn bản về tình hình nhân lực, kết quả thực hiện liên quan đến giám sát, xét nghiệm, điều trị bệnh truyền nhiễm, viêm gan vi rút.

**** Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu***

- Các đơn vị tham gia nghiên cứu: các cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện, xã và bệnh viện tư nhân trực tiếp tham gia hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C:

- Nhân viên y tế: Là nhân viên y tế hiện đang công tác tại các đơn vị y tế được lựa chọn trực tiếp làm việc trong hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm ở một trong các tuyến tỉnh, huyện, xã của tỉnh Thái Bình. Việc lựa chọn các nhân viên tham gia điều tra, phỏng vấn được thực hiện cụ thể như sau:

+ Tại các đơn vị y tế dự phòng tỉnh, huyện: Lãnh đạo Trung tâm, Lãnh đạo Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm (KSBTN), Cán bộ báo cáo bệnh truyền nhiễm, Lãnh đạo Khoa Xét nghiệm, Nhân viên xét nghiệm

+ Tại các đơn vị BVĐK tỉnh, huyện, bệnh viện tư nhân: Lãnh đạo Bệnh viện, Lãnh đạo và cán bộ Khoa Khám bệnh, Lãnh đạo và cán bộ Khoa Bệnh truyền nhiễm, Lãnh đạo và cán bộ Phòng Kế hoạch tổng hợp, Lãnh đạo và cán bộ Khoa Xét nghiệm.

+ Tại các Trạm Y tế: Trưởng trạm, Cán bộ báo cáo dịch bệnh.

- Tài liệu thứ cấp: Các báo cáo, tài liệu, văn bản về tình hình nhân lực, kết quả thực hiện liên quan đến giám sát, xét nghiệm, điều trị bệnh truyền nhiễm, viêm gan vi rút.

+ Các văn bản báo cáo, tổng hợp của Sở Y tế, các đơn vị chuyên môn tuyến tỉnh, huyện về việc giám sát viêm gan vi rút.

+ Các báo cáo số liệu về viêm gan vi rút trong năm 2015 của các đơn vị YTDP các tuyến tỉnh, huyện và xã.

+ Các số liệu ghi nhận tình hình bệnh nhân viêm gan vi rút tại các đơn vị.

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Tháng 12 năm 2015

- Địa điểm: tại tỉnh Thái Bình

2.1.3. Phương pháp nghiên cứu

2.1.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phương pháp định lượng, định tính và hồi cứu dựa trên các số liệu thứ cấp, nhằm mô tả thực trạng hệ thống giám sát viêm gan vi rút tại các tuyến tỉnh, huyện và xã của tỉnh Thái Bình.

Nghiên cứu mô tả, sử dụng tài liệu thứ cấp: Thu thập và phân tích các tài liệu, văn bản liên quan đến hoạt động giám sát của các đơn vị tham gia nghiên cứu.

2.1.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

* Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính toán theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \cdot DE$$

Trong đó:

p: là tỷ lệ các cán bộ có hiểu biết đúng về chẩn đoán, xét nghiệm và giám sát viêm gan. Chọn p = 0,5.

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: Hệ số tin cậy của nghiên cứu, với độ tin cậy là 95% thì $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$.

d: độ chính xác mong muốn (d = 0,08).

n: là số cán bộ y tế tham gia giám sát cần điều tra.

DE: Hệ số thiết kế (design effect) do nghiên cứu này áp dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng. Chúng tôi chọn hệ số thiết kế DE= 2.

Áp dụng công thức và số liệu trên, cỡ mẫu tối thiểu theo tính toán lý thuyết là 300 người. Trên thực tế đã điều tra 370 cán bộ y tế đủ tiêu chuẩn.

* Cách chọn mẫu

Chọn mẫu định lượng: theo cách phân tầng trên cơ sở các tuyến của hệ thống giám sát.

- Tuyến tỉnh: Sở Y tế, Trung tâm YTDP tỉnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh, 01 Bệnh viện tư nhân tỉnh.

- Tuyến huyện: 08 Trung tâm y tế huyện/thành phố, 08 Bệnh viện huyện/thành phố trực thuộc.

- Tuyến xã: tại mỗi huyện được chọn, bốc thăm ngẫu nhiên 3 xã, như vậy chọn 24 Trạm Y tế xã thuộc 08 huyện/thành phố.

- Chọn mẫu tiến hành phỏng vấn

- Tuyến tỉnh (81 người):

+ Tại Sở Y tế tỉnh (08 người): chọn 01 đại diện Sở phụ trách công tác y tế dự phòng, 01 đại diện và 06 cán bộ thuộc Phòng Nghiệp vụ y.

+ Tại Trung tâm YTDP tỉnh (15 người): chọn 01 đại diện phụ trách công tác giám sát và 02 khoa KSBTN và Khoa Xét nghiệm vi rút, huyết thanh, mỗi khoa chọn 01 đại diện và 06 cán bộ.

+ Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh (37 người): chọn 01 đại diện phụ trách công tác tổng hợp, báo cáo và 04 khoa/phòng là Khoa Khám bệnh, Khoa Bệnh truyền nhiễm, Khoa Xét nghiệm vi rút/ huyết thanh, Phòng Kế hoạch - Tổng hợp, mỗi khoa/ phòng chọn 02 đại diện và 07 cán bộ.

+ Tại Bệnh viện Lâm Hoa (Đây là bệnh viện đa khoa tư nhân duy nhất tại tỉnh Thái Bình, có tiếp nhận bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm) (bệnh viện tư nhân - 21 người): chọn 01 lãnh đạo phụ trách công tác tổng hợp, báo cáo hoặc công tác chuyên môn và 04 khoa/phòng là Khoa khám bệnh, Khoa Bệnh truyền nhiễm, Khoa Xét nghiệm vi sinh - miễn dịch, Phòng Kế hoạch - Tổng hợp, mỗi khoa/phòng chọn 01 Lãnh đạo và 04 cán bộ.

- *Tuyển huyện (217 người/8 huyện):*

+ Tại Trung tâm Y tế huyện (81 người): Tại mỗi Trung tâm Y tế huyện chọn 01 đại diện phụ trách công tác giám sát, 02 khoa/phòng là Khoa KSBTN, Khoa Xét nghiệm vi sinh - miễn dịch, mỗi khoa KSBTN/ Xét nghiệm chọn 01 đại diện và 4 cán bộ, mỗi khoa Xét nghiệm chọn 01 đại diện và 03 cán bộ, như vậy là 10 người. Tổng 08 huyện là 80 người, thực tế phỏng vấn được 81 người.

+ Tại Bệnh viện đa khoa huyện (136 người): Tại mỗi Bệnh viện đa khoa huyện chọn 01 đại diện phụ trách công tác tổng hợp, báo cáo, 04 khoa/phòng là Khoa Khám bệnh, Khoa Bệnh truyền nhiễm, Khoa Xét nghiệm vi sinh - miễn dịch, Phòng Kế hoạch - Tổng hợp, mỗi khoa chọn 01 đại diện và 03 cán bộ, như vậy là 17 người. Tổng 08 huyện là 136 người.

- *Tuyển xã (72 người/24 xã):*

+ Tại mỗi huyện chọn 03 Trạm y tế xã, mỗi Trạm y tế xã chọn 01 trưởng trạm và 02 cán bộ làm công tác báo cáo, như vậy là 09 người. Tổng 08 huyện là 72 người.

Tổng hợp về mẫu (đối tượng) nghiên cứu

Đơn vị	Tuyển			Tổng
	Tỉnh	Huyện	Xã	
Sở Y tế	8	0	0	8
Trung tâm Y tế dự phòng	15	81	0	96
Bệnh viện công	37	136	0	173
Bệnh viện tư nhân	21	0	0	21
Y tế cơ sở	0	0	72	72
Tổng	81	217	72	370

• Đối tượng thu thập ý kiến tổng hợp từ các đơn vị về hoạt động giám sát viêm gan vi rút kết hợp phỏng vấn sâu lãnh đạo đơn vị (44 người):

- Đối tượng nghiên cứu: Là đại diện lãnh đạo tại các cơ sở y tế tuyển tỉnh, huyện, xã và bệnh viện tư nhân.

+ Tại tuyển tỉnh (04 đơn vị - người): 01 Lãnh đạo Sở Y tế phụ trách hoạt động Y tế dự phòng, 01 Lãnh đạo Trung tâm YTDP tỉnh, 01 Lãnh đạo BVĐK tỉnh, 01 Lãnh đạo bệnh viện đa khoa tư nhân.

+ Tuyển huyện (16 đơn vị - người): 01 Lãnh đạo Trung tâm YTDP huyện và 01 Lãnh đạo BVĐK huyện. Tổng 8 huyện là 16 người.

+ Tuyển xã (24 đơn vị - người): 01 Lãnh đạo tại TYT xã. Tổng 24 xã là 24 người.

Tổng hợp về mẫu (đối tượng) trong nghiên cứu phỏng vấn sâu

Đơn vị	Tuyển			Tổng
	Tỉnh	Huyện	Xã	
Sở Y tế	1	0	0	1
Trung tâm Y tế dự phòng	1	8	0	9
Bệnh viện công	1	8	0	9
Bệnh viện tư nhân	1	0	0	1
Y tế cơ sở	0	0	24	24
Tổng	4	16	24	44

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu chủ đích là lãnh đạo tại các đơn vị tham gia vào nghiên cứu.

- Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi mở về thực trạng hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại đơn vị, tập trung vào việc giải thích, làm rõ hơn các vấn đề về cấu trúc hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C; cơ sở vật chất, trang thiết bị, hệ thống mẫu biểu, báo cáo, thu thập số liệu... Ý kiến của cán bộ y tế trong việc đề xuất các biện pháp khắc phục khó khăn, nâng cao chất lượng giám sát bệnh.

- Cách thức thu thập số liệu: Cuộc phỏng vấn sâu kéo dài từ 30 - 45 phút với từng đối tượng.

2.1.4. Các nhóm biến số trong nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính

* Đặc điểm cấu trúc, thành phần, tính pháp lý hệ thống giám sát bệnh

- Cơ sở pháp lý cho hoạt động của hệ thống (các văn bản pháp quy).

- Cơ sở y tế làm công tác giám sát bệnh: theo các đơn vị y tế dự phòng và điều trị tại các tuyến tỉnh, huyện, xã.

* Đặc điểm về năng lực đảm bảo, chính sách, chế độ trong hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015

- Nhân lực làm giám sát bệnh và phân bố theo tuyến, theo lĩnh vực chuyên môn y dược và khác; phân loại học vấn theo trình độ đại học trở lên, dưới đại học.

- Cơ cấu cán bộ y tế tham gia giám sát tại các đơn vị: phân loại theo các khoa phòng.

- Cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ công tác giám sát chung, giám sát viêm gan vi rút B, C.

- Hệ thống mẫu biểu, định nghĩa ca bệnh.

- Thu thập số liệu, xử lý số liệu giám sát bệnh.

- Báo cáo và phản hồi thông tin giám sát bệnh.

- Cơ chế điều phối, phối hợp trong giám sát bệnh.

- Thực trạng chính sách đầu tư, đãi ngộ, giám sát bệnh.

- Khả năng và kết quả ứng dụng công nghệ thông tin.

- Kết quả đào tạo các kỹ năng về giám sát bệnh truyền nhiễm và viêm gan vi rút.

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu phỏng vấn (370 người)

- + Nhóm tuổi: < 35 tuổi; 36 – 45 tuổi; > 45 tuổi.
- + Giới tính: Nam giới, nữ giới.
- + Trình độ chuyên môn: Sau đại học, Đại học, < Đại học.
- + Thời gian làm việc trong lĩnh vực y tế: < 10 năm; 10 – 20 năm; > 20 năm.
- + Tuyển đang làm công tác giám sát bệnh: tỉnh, huyện, xã.
- + Lĩnh vực chuyên môn: công tác dự phòng, quản lý; Cán bộ khám và điều trị, Cán bộ xét nghiệm, Cán bộ làm tại trạm y tế.

- Kiến thức, thái độ và thực hành của NVYT về giám sát viêm gan vi rút B, C

+ Kiến thức: Tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng đối với giám sát chung và giám sát viêm gan vi rút.

+ Thái độ: Tỷ lệ NVYT có thái độ đúng đối với giám sát chung và giám sát viêm gan vi rút.

+ Thực hành: Tỷ lệ NVYT có thực hành đúng đối với giám sát chung và giám sát viêm gan vi rút.

* Đặc điểm về năng lực hoạt động của hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015

- Khả năng và kết quả xét nghiệm.

- Kết quả báo cáo giám sát viêm gan vi rút B, C có kết quả xét nghiệm.

- Sử dụng kết quả giám sát trong xây dựng kế hoạch phòng chống dịch.

- Đánh giá của cán bộ y tế về các hoạt động giám sát viêm gan vi rút: quy trình báo cáo, biểu mẫu, sự phản hồi của tuyến trên ...

2.1.5. Công cụ thu thập thông tin

- Mẫu ghi chép tổng hợp số liệu giám sát có sẵn từ các đơn vị: Sở Y tế, Bệnh viện, Trung tâm y tế dự phòng và Trạm y tế. (Thiết kế mẫu thu thập số liệu và gửi về các đơn vị để thu thập số liệu sẵn có).

- Phỏng vấn CBYT theo phiếu điều tra đã được thiết kế (Phụ lục 2.1).

- Phỏng vấn sâu lãnh đạo Sở Y tế, Trung tâm YTDP, TTYT huyện, BVĐK tỉnh, huyện và Trạm y tế xã (Phụ lục 2.2).

2.1.6. Các bước tiến hành nghiên cứu

* Bước 1: Xây dựng đề cương và bộ mẫu phiếu điều tra

* Bước 2: Tổ chức 01 lớp tập huấn cho điều tra viên và giám sát viên

- Đối tượng tập huấn: Tổng số 10 - 15 người gồm cán bộ giám sát (nhóm nghiên cứu), cán bộ điều tra, cán bộ tuyến tỉnh, huyện, xã

- Nội dung tập huấn: Mục đích cuộc điều tra; Kỹ năng làm việc nhóm, phỏng vấn và điều tra kiến thức; Thực hành, kỹ năng làm việc tại cộng đồng ...

- Giảng viên: Nhóm nghiên cứu

- Thời gian, địa điểm: 01 ngày, tại TP. Hà Nội

* Bước 3: Điều tra đợt 1 - Thử nghiệm bộ mẫu phiếu và tiến hành điều tra cán bộ y tế về thực trạng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình trước can thiệp.

- Thử nghiệm bộ mẫu phiếu

- Điều tra tại thực địa

* Bước 4: Thu thập số liệu cán bộ y tế về các hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C năm 2015 tại tỉnh Thái Bình.

2.2. Mục tiêu 2: Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp tăng cường chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tuyến huyện.

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Lý do chọn địa bàn tuyến huyện:

+ Tuyến huyện là tuyến đầu tiên có đầy đủ các cấu phần của việc khám phát hiện, phân loại và báo cáo viêm gan vi rút B, C và có thể can thiệp để nâng cao chất lượng giám sát bệnh.

+ Tuyến huyện là nơi gần với người dân, nơi tiếp nhận hầu hết các bệnh nhân viêm gan vi rút B, C từ cộng đồng đến khám, phân loại nên nếu nâng cao chất lượng phát hiện và báo cáo tại tuyến huyện sẽ nâng cao chất lượng của hệ thống giám sát.

+ Nếu có thể áp dụng hiệu quả một số biện pháp can thiệp tại tuyến huyện có thể mở rộng ra các đơn vị khác trên toàn hệ thống.

- Đơn vị tham gia nghiên cứu: là các đơn vị tham gia hoạt động giám sát tại huyện can thiệp và huyện chứng bao gồm:

+ Trung tâm Y tế huyện (Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm và Khoa Xét nghiệm).

+ Bệnh viện đa khoa huyện (Khoa Khám bệnh, Khoa Bệnh truyền nhiễm, Khoa Xét nghiệm và Khoa Kế hoạch - Tổng hợp).

- Nhóm đối tượng: Tất cả cán bộ thuộc các khoa phòng liên quan đến hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại TTYT huyện và BVĐK huyện

- Tài liệu thứ cấp:

+ Sổ theo dõi bệnh nhân đến khám, điều trị tại BVĐK huyện

+ Sổ theo dõi kết quả xét nghiệm của BVĐK huyện

+ Sổ tổng hợp bệnh nhân tại Phòng Kế hoạch - Tổng hợp BVĐK huyện

+ Báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm của Trung tâm y tế huyện

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian:

+ Thời gian bắt đầu can thiệp: tháng 1/2016.

+ Thời gian kết thúc can thiệp: 12/2016.

- Địa điểm:

Chọn 2 huyện trong đó 01 huyện được áp dụng một số biện pháp can thiệp, 01 huyện được chọn làm đối chứng. Tuyển huyện là tuyển đầu tiên có đầy đủ các cấu phần của việc khám phát hiện, phân loại và báo cáo viêm gan vi rút B, C và có thể can thiệp để nâng cao chất lượng giám sát bệnh. Chọn ngẫu nhiên 1 cặp huyện có điều kiện địa lý giáp nhau, các đặc điểm kinh tế - xã hội tương đồng và có sự đồng thuận trong việc tham gia nghiên cứu. Sau đó chọn ngẫu nhiên một huyện để tiến hành các biện pháp can thiệp và một huyện làm đối chứng. Kết quả huyện Hưng Hà (huyện can thiệp) và huyện Vũ Thư (huyện chứng) của tỉnh Thái Bình.

2.2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, kết hợp đánh giá kết quả trước và sau can thiệp để đánh giá hiệu quả can thiệp. Kết quả đánh giá được so sánh như sau:

- *So sánh ngang* giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở 2 giai đoạn trước và sau can thiệp.

- *So sánh dọc* so sánh trước và sau can thiệp trong cùng nhóm.

2.2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

* Cỡ mẫu, cách chọn mẫu:

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các cán bộ tham gia công tác giám sát viêm gan vi rút B, C tại huyện can thiệp và huyện chứng.

Tổng hợp về mẫu (đối tượng) trong nghiên cứu can thiệp

Tên đơn vị	Huyện Hưng Hà	Huyện Vũ Thư
Trung tâm Y tế huyện		
Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm	6	10
Khoa Xét nghiệm	2	6
Bệnh viện đa khoa huyện		
Khoa khám bệnh	21	19
Khoa Truyền nhiễm	14	5
Khoa xét nghiệm	15	21
Phòng Kế hoạch tổng hợp	9	8
Tổng số	67	69

* Phương pháp và công cụ thu thập số liệu:

- Phòng vấn các cán bộ trực tiếp làm công tác khám, điều trị, xét nghiệm, tổng hợp tại huyện.

- Phòng vấn sâu một số cán bộ lãnh đạo để tìm hiểu thêm những khó khăn, vướng mắc và biện pháp nâng cao hiệu quả can thiệp:

- + 01 cán bộ lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện
- + 01 cán bộ lãnh đạo Bệnh viện đa khoa huyện
- + 04 cán bộ Khoa khám bệnh, điều trị, xét nghiệm, tổng hợp của bệnh viện đa khoa huyện.
- + 02 cán bộ Khoa KSBTN, xét nghiệm của Trung tâm YTDP huyện.

2.2.3.3. Xác định các vấn đề can thiệp

Trên cơ sở những nhận xét ban đầu từ các quy định hiện có, kết hợp với kết quả điều tra cắt ngang về thực trạng hệ thống giám sát viêm gan tại tỉnh Thái Bình sẽ cho chúng ta thấy thực trạng công tác giám sát và những vấn đề bất cập trong việc

báo cáo, giám sát viêm gan vi rút hiện nay, dự kiến những vấn đề bất cập tập trung vào một số nội dung sau:

- Kiến thức, thái độ, thực hành của NVYT về viêm gan vi rút B, C, chẩn đoán, xét nghiệm, giám sát, báo cáo bệnh còn hạn chế dẫn đến việc có thể bỏ sót nhiều trường hợp có dấu hiệu lâm sàng nhưng không nghĩ đến mắc viêm gan vi rút để gửi xét nghiệm, chẩn đoán xác định.

- Thiếu năng lực trong việc xét nghiệm vi rút viêm gan nên chưa phân loại được vi rút viêm gan B, C để hỗ trợ cho công tác chẩn đoán, điều trị, báo cáo.

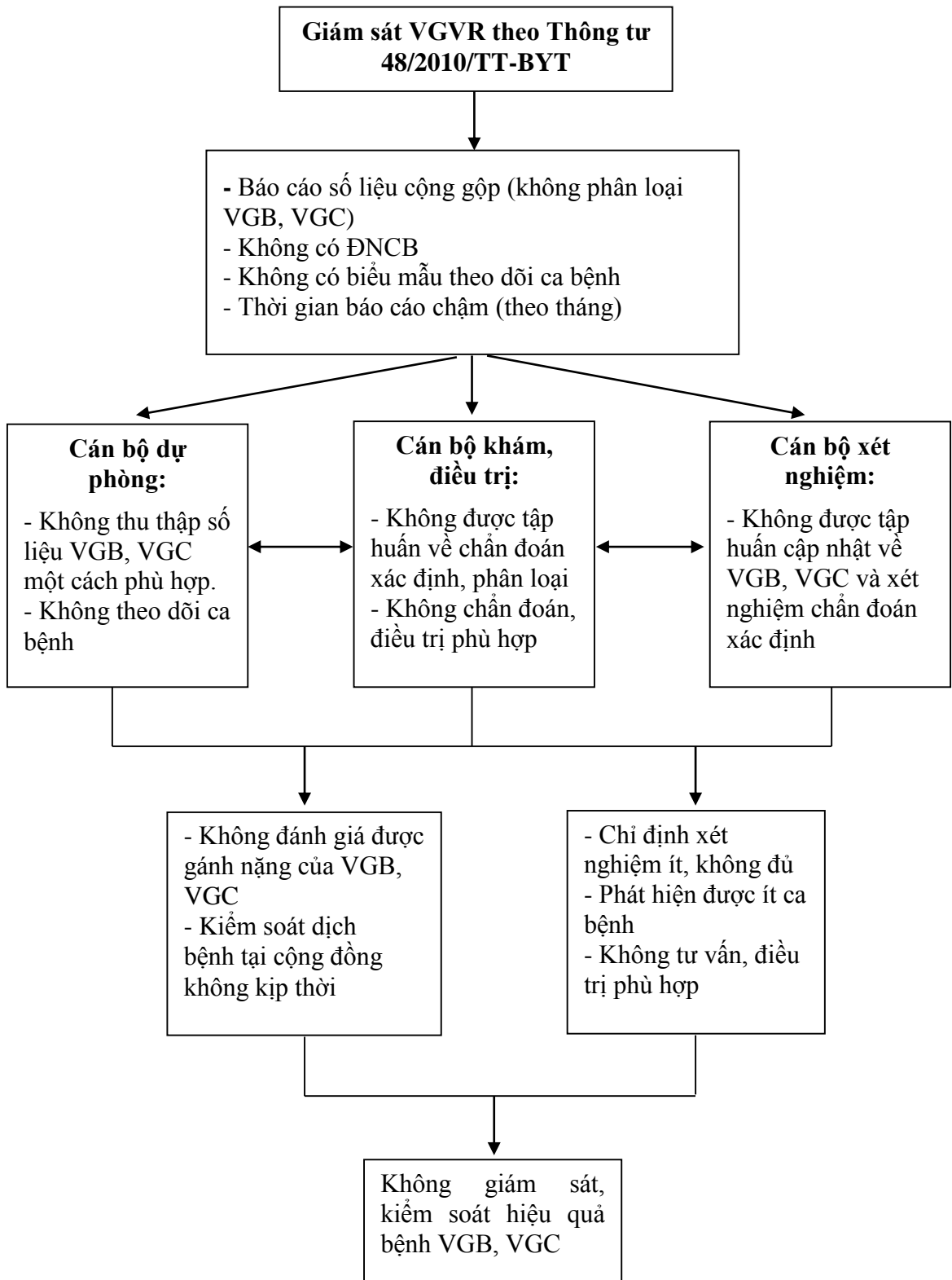
- NVYT chưa nhận thức được tầm quan trọng của việc thực hiện báo cáo phân loại viêm gan vi rút nên không báo cáo kịp thời cũng như phân loại vi rút viêm gan.

- Biểu mẫu báo cáo viêm gan vi rút B, C còn đơn giản, chưa đủ thông tin cần thiết để hỗ trợ cho công tác xây dựng kế hoạch, đầu tư cho công tác phòng chống viêm gan vi rút B, C tại cộng đồng.

- Thời gian gửi báo cáo quá dài nên không kịp thời để đáp ứng phòng chống bệnh tại cộng đồng.

Từ những vấn đề nêu trên, kết quả sẽ dẫn tới những kết quả không giám sát, kiểm soát hiệu quả viêm gan vi rút B, C của hệ thống giám sát với những lý do chính như sau:

- Đối với các cán bộ y tế làm công tác dự phòng:
 - + Không đánh giá được gánh nặng của viêm gan vi rút B, C
 - + Kiểm soát dịch bệnh tại cộng đồng không kịp thời
- Đối với các cán bộ y tế làm công tác khám, điều trị:
 - + Chỉ định xét nghiệm ít, không đủ
 - + Phát hiện được ít ca bệnh
 - + Không tư vấn, điều trị phù hợp

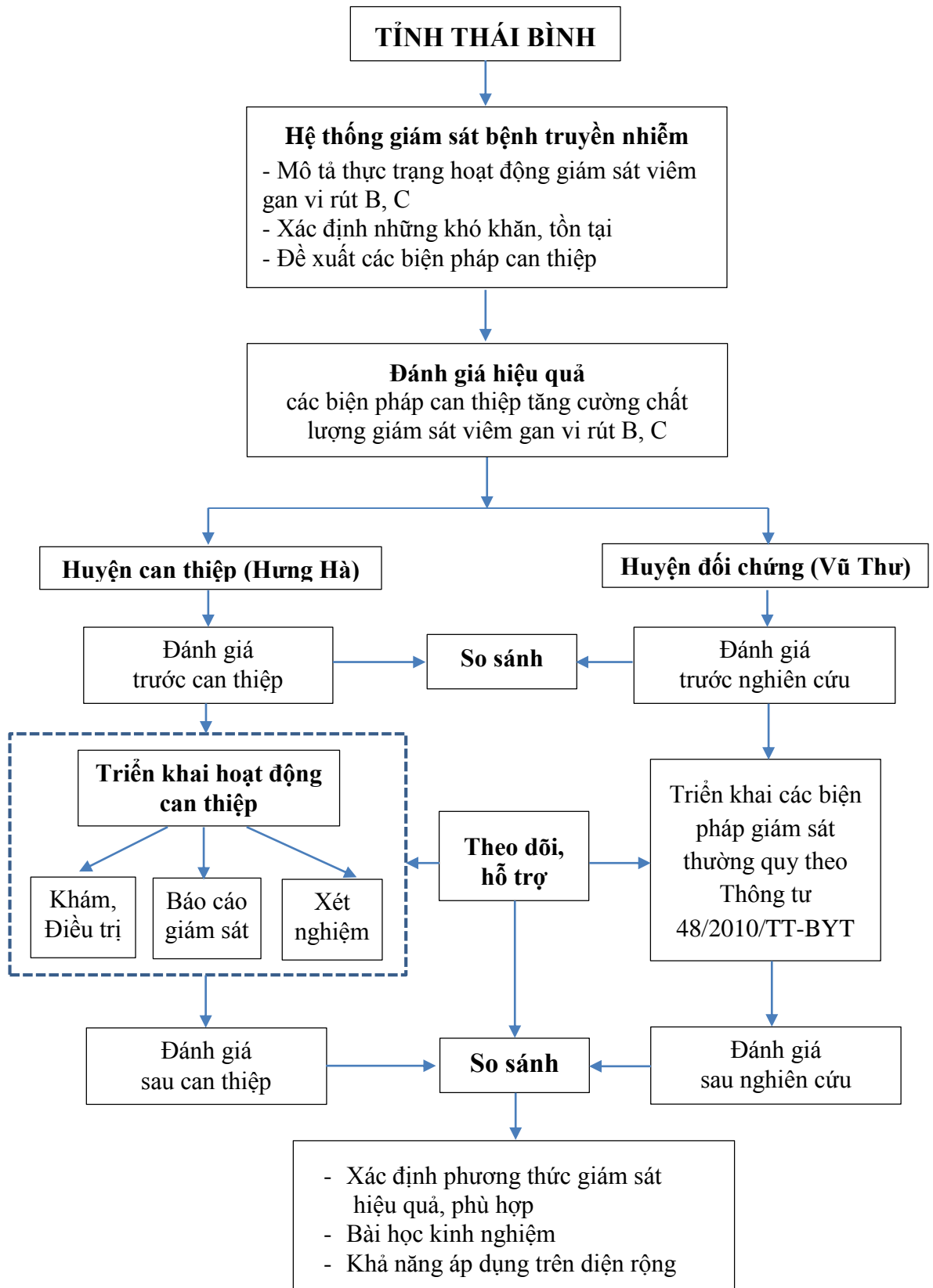


Hình 2.1. Cây vấn đề - Những hạn chế trong giám sát viêm gan vi rút B, C theo Thông tư 48/2010/TT-BYT dẫn tới giả thiết can thiệp

2.2.3.4. Giả thuyết cho nghiên cứu can thiệp

Dựa trên cơ sở của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm hiện có ở tuyến huyện, nếu can thiệp bằng biện pháp chuẩn hóa khám lâm sàng viêm gan tại bệnh viện, chuẩn hóa xét nghiệm căn nguyên vi rút viêm gan B, C, chuẩn hóa việc thu thập, báo cáo số liệu giám sát tới từng trường hợp viêm gan vi rút thì có thể nâng cao chất lượng quy trình giám sát viêm gan vi rút B, C, làm tăng độ nhạy của hệ thống giám sát (không để sót ca bệnh cần giám sát), tăng độ đặc hiệu (không chẩn đoán nhầm trường hợp viêm gan vi rút B, C) đối với các trường hợp viêm gan vi rút vào khám và điều trị tại các bệnh viện tuyến huyện.

Hiệu quả tiếp theo của can thiệp góp phần phát hiện sớm và chính xác người mắc viêm gan vi rút B, C cho tư vấn và điều trị kịp thời; giảm các hành vi nguy cơ; giảm số nhiễm mới viêm gan vi rút B, C trong bệnh viện và cộng đồng.



Hình 2.2. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

2.2.4. Các nhóm biến số và chỉ số

*** Chỉ số đo lường kết quả triển khai hoạt động can thiệp**

- Tỷ lệ tham gia của NVYT trong các lớp tập huấn tại huyện Hưng Hà

*** Chỉ số đánh giá hiệu quả cải thiện chất lượng hoạt động can thiệp**

- Tính đầy đủ của số liệu và báo cáo giám sát
 - + Tỷ lệ % báo cáo giám sát thường xuyên đầy đủ
 - + Tỷ lệ % báo cáo có kết quả xét nghiệm căn nguyên
- Tính đúng hạn của báo cáo:
 - + Tỷ lệ % báo cáo được gửi đúng hạn theo quy định.
- Tính hữu dụng:
 - + Tỷ lệ % NVYT sử dụng kết quả số liệu giám sát trong phòng chống dịch viêm gan vi rút
 - + Tỷ lệ % NVYT có kiến thức, thái độ, thực hành đúng của NVYT về hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C.
- Nâng cao độ nhạy của hệ thống giám sát phát hiện viêm gan vi rút B, C

*** Chỉ số đo lường tính khả thi của hoạt động can thiệp.**

- Tính lợi ích: Tỷ lệ % NVYT đánh giá giúp cải thiện năng lực bản thân; cải thiện hoạt động giám sát viêm gan vi rút.
- Tính phù hợp: Tỷ lệ % NVYT đánh giá phù hợp với nhiệm vụ, chức năng; phù hợp với khả năng bản thân; phù hợp với chuyên ngành đào tạo; đủ thời gian tham gia giám sát.
- Tính đơn giản: Tỷ lệ % NVYT đánh giá về ĐNCB dễ áp dụng; biểu mẫu dễ thực hiện; hoạt động dễ thực hiện.
- Tính ổn định: Tỷ lệ % NVYT đánh giá phương pháp báo cáo phù hợp; khả năng duy trì của các biện pháp can thiệp cao.

2.2.5. Công cụ thu thập và các biện pháp can thiệp

*** Công cụ thu thập thông tin**

- Phòng vấn cán bộ y tế theo phiếu điều tra đã được thiết kế (Phụ lục 2.3)
- Báo cáo trường hợp viêm gan vi rút B, C của huyện Hưng Hà (Phụ lục 2.4).

*** Một số biện pháp can thiệp:**

- Tổ chức tập huấn nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của cán bộ y tế về viêm gan vi rút B, C trong các lĩnh vực kỹ thuật: chẩn đoán, xét nghiệm, giám sát, báo cáo bệnh.

- Thay đổi phương thức giám sát viêm gan vi rút từ việc báo cáo cộng gộp số liệu viêm gan vi rút sang báo cáo trường hợp viêm gan vi rút B, C kèm theo các thông tin cơ bản của bệnh nhân và kết quả xét nghiệm để tiện việc xác định chính xác bệnh nhân mới, hỗ trợ tốt hơn cho công tác điều trị - dự phòng (ĐT - DP).

*** Một số hoạt động can thiệp cụ thể:**

- Tập huấn nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của cán bộ y tế về viêm gan vi rút B, C trong các lĩnh vực kỹ thuật chẩn đoán, xét nghiệm, giám sát, báo cáo bệnh, bao gồm:

+ Tập huấn cho các cán bộ tham gia công tác giám sát viêm gan vi rút B, C tại huyện can thiệp về Kế hoạch phòng chống viêm gan vi rút giai đoạn 2015 -2019 của Bộ Y tế, nêu bật gánh nặng của viêm gan vi rút B, C đối với sức khỏe người dân và định hướng của Bộ Y tế trong việc phòng chống viêm gan vi rút trong thời gian tới.

+ Tập huấn cho các cán bộ khám bệnh, chữa bệnh tại phòng khám và khoa bệnh truyền nhiễm của bệnh viện đa khoa huyện (theo tài liệu cập nhật của Bộ Y tế hoặc WHO).

+ Tập huấn cho các cán bộ xét nghiệm tại các khoa xét nghiệm vi sinh - miễn dịch của BVĐK huyện, Trung tâm Y tế huyện về các phương thức xét nghiệm chẩn đoán xác định viêm gan vi rút B, C (theo tài liệu cập nhật của Viện VSDT Trung ương năm 2015).

+ Tập huấn cho các cán bộ tham gia công tác giám sát viêm gan vi rút B, C tại huyện can thiệp về các phương thức giám sát viêm gan vi rút thông qua việc báo cáo trường hợp viêm gan vi rút B, C.

- Thay đổi phương thức giám sát viêm gan vi rút, cụ thể:

+ Báo cáo trường hợp viêm gan vi rút B, C kèm theo các thông tin cơ bản của bệnh nhân và kết quả xét nghiệm để tiện việc xác định chính xác bệnh nhân mới, hỗ trợ tốt hơn cho công tác điều trị, dự phòng.

+ Sử dụng định nghĩa ca bệnh viêm gan vi rút B, C.

Định nghĩa ca bệnh viêm gan vi rút B, C được áp dụng trong thời gian can thiệp:

- Trường hợp bệnh nghi ngờ: là trường hợp có biểu hiện cấp tính với các triệu chứng: vàng da cấp tính, nước tiểu sẫm màu, sốt nhẹ, chán ăn, mệt mỏi, đau hạ sườn phải và/hoặc có men gan tăng cao.

- Trường hợp bệnh xác định

+ Viêm gan vi rút B: xác định được kháng thể IgM kháng kháng nguyên lõi của vi rút viêm gan B (anti HBc IgM +) hoặc HBsAg +.

+ Viêm gan vi rút C: dương tính với kháng thể kháng HCV (anti HCV) hoặc xác định được đoạn gen đặc hiệu của vi rút viêm gan C bằng kỹ thuật sinh học phân tử [66], [71].

- Sử dụng biểu mẫu giám sát: Báo cáo trường hợp viêm gan vi rút B, C kèm theo các thông tin cơ bản của bệnh nhân và kết quả xét nghiệm căn nguyên.

+ Thời gian báo cáo: Báo cáo được thực hiện trong vòng 48 giờ kể từ khi phát hiện ra trường hợp bệnh xác định.

+ Đơn vị báo cáo: Bệnh viện (Cơ sở điều trị) là nơi trực tiếp báo cáo vào hệ thống giám sát, các đơn vị dự phòng cùng tuyến là nơi theo dõi, tổng hợp và đề ra các biện pháp đáp ứng để phòng bệnh trong cộng đồng.

+ Hình thức báo cáo: Sử dụng email.

*** Các hoạt động tại huyện chứng trong thời gian nghiên cứu:**

Đối với huyện chứng việc giám sát viêm gan vi rút được thực hiện theo thường quy của Bộ Y tế trong suốt thời gian can thiệp. Biểu mẫu và quy trình báo cáo theo quy định tại Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế.

Nội dung một số hoạt động can thiệp đã triển khai

Hoạt động	Nội dung chính	Mục đích
Tập huấn cho cán bộ trực tiếp tham gia công tác khám, điều trị bệnh, báo cáo viêm gan vi rút B, C tại Bệnh viện Đa khoa huyện Hưng Hà	Giới thiệu về viêm gan vi rút B, C: + Gánh nặng bệnh tật + Triệu chứng lâm sàng + Định nghĩa trường hợp bệnh + Xét nghiệm chẩn đoán + Hướng dẫn điều trị + Các biện pháp phòng bệnh theo tài liệu cập nhật của Bộ Y tế và của WHO về giám sát viêm gan vi rút	Nâng cao kiến thức và chuẩn hóa các hướng dẫn trong khám sàng lọc, chẩn đoán xác định, điều trị, dự phòng cho cán bộ trực tiếp tham gia khám bệnh, chữa bệnh.
Tập huấn cho các cán bộ xét nghiệm tại các khoa xét nghiệm của BVĐK huyện, Trung tâm Y tế huyện Hưng Hà	Giới thiệu về viêm gan vi rút B, C, gánh nặng bệnh tật, triệu chứng lâm sàng, định nghĩa trường hợp bệnh, các phương thức xét nghiệm chẩn đoán xác định viêm gan vi rút B, C, các biện pháp phòng bệnh theo tài liệu cập nhật của Viện VSDT Trung ương.	Nâng cao kiến thức và chuẩn hóa các hướng dẫn trong xét nghiệm cơ bản hỗ trợ trong chẩn đoán xác định cho cán bộ trực tiếp tham gia xét nghiệm.
Tập huấn cho cán bộ tham gia công tác báo cáo, giám sát viêm gan vi rút B, C tại TTYT và BVĐK huyện Hưng Hà	- Giới thiệu về Kế hoạch phòng chống viêm gan vi rút giai đoạn 2015 - 2019 của Bộ Y tế. - Giới thiệu về viêm gan vi rút B, C, gánh nặng bệnh tật, triệu chứng lâm sàng, định nghĩa trường hợp bệnh, các phương thức xét nghiệm chẩn đoán xác định viêm gan vi rút B, C, các biện pháp phòng bệnh. - Phân tích những hạn chế, tồn tại trong phương thức giám sát, báo cáo theo Thông tư 48 và giới thiệu phương thức giám sát viêm gan vi rút B, C mới thông qua việc báo cáo trường hợp bệnh.	Phổ biến các định hướng của Bộ Y tế trong việc phòng chống viêm gan vi rút trong thời gian tới. Thống nhất phương thức báo cáo giám sát viêm gan vi rút B, C theo yêu cầu của luận án.
	<i>Nội dung yêu cầu đối với giám sát:</i> - Toàn bộ bệnh nhân nghi ngờ viêm gan vi rút có triệu chứng lâm sàng phù hợp với định nghĩa ca bệnh tới khám tại BVĐK huyện Hưng Hà phải được lấy mẫu máu xét nghiệm vi rút viêm gan B, C để xét nghiệm chẩn đoán xác định.	

Hoạt động	Nội dung chính	Mục đích
	<p>- Trong vòng 48 giờ kể từ khi phát hiện trường hợp ca bệnh xác định, Phòng KHTH của BVĐK huyện Hưng Hà có trách nhiệm tổng hợp thông tin theo mẫu báo cáo trường hợp bệnh gửi sang Trung tâm Y tế huyện và Trung tâm YTDP tỉnh qua email và sau đó tiếp tục cập nhật.</p> <p>+ Báo cáo trường hợp viêm gan vi rút B, C kèm theo các thông tin cơ bản của bệnh nhân; ngày khởi phát, ngày nhập viện, tiền sử dịch tễ, tiêm chủng và kết quả trong quá trình khám, điều trị, xét nghiệm.</p> <p>+ Áp dụng định nghĩa ca bệnh viêm gan vi rút B, C trong việc báo cáo và thống kê các trường hợp viêm gan vi rút B, C bao gồm triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm kháng kháng thể.</p> <p>+ Sử dụng biểu mẫu giám sát: Báo cáo trường hợp viêm gan vi rút B, C kèm theo các thông tin cơ bản của bệnh nhân và kết quả xét nghiệm căn nguyên.</p> <p>+ Phản hồi kết quả giám sát cho các xã có ca bệnh</p>	
Giám sát hỗ trợ của Cục YTDP và Viện VSDT Trung ương	Tổ chức giám sát các đơn vị TTYT và BVĐK huyện Hưng Hà, đồng thời hướng dẫn qua điện thoại khi có nội dung cần trao đổi thêm liên quan đến tiến độ thu thập số liệu bệnh nhân, quy trình báo cáo.	Đảm bảo việc triển khai các hoạt động can thiệp theo đúng kế hoạch đề ra.

2.2.6. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bước 1: Hoàn chỉnh các hoạt động can thiệp trên cơ sở kết quả điều tra cắt ngang về thực trạng hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình.

- Bước 2: Tổ chức tập huấn chuẩn hóa kiến thức và nâng cao thái độ, thực hành của CBYT về hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C.

- Bước 3: Triển khai thử nghiệm trong vòng 12 tháng: thực hiện thu thập số liệu và thực hiện báo cáo.

- Bước 4: Đánh giá, phân tích tính hiệu quả, tính phù hợp và khả năng duy trì của hoạt động can thiệp

2.3. Xử lý và phân tích số liệu nghiên cứu

2.3.1. Các phần mềm sử dụng

Số liệu sau khi thu thập được quản lý tại Cục Y tế dự phòng.

Số liệu được làm sạch trước khi đưa vào phân tích. Mã hóa và nhập thông tin vào máy tính.

Nhập số liệu trên phần mềm EPIDATA 3.1, có file check để không chế sai số khi nhập số liệu.

Xử lý số liệu và trình bày kết quả trên phần mềm STATA 12. Thống kê mô tả và suy luận được áp dụng.

2.3.2. Cách phân tích và trình bày kết quả mô tả thực trạng

- Tần số: số tuyệt đối
- Tỷ lệ: %, Tỷ lệ mắc bệnh/100.000 dân
- So sánh các tỷ lệ, sử dụng kiểm định Chi-squared và p-value. Trường hợp giá trị n thấp (n<5) sử dụng test thống kê chính xác (exact-test).
- Trình bày kết quả định lượng dưới dạng bảng, cột, biểu đồ
- Trình bày kết quả nghiên cứu định tính: Gỡ băng, phân tích và trình bày bằng ô trích dẫn

2.3.3. Cách phân tích và trình bày kết quả can thiệp

- Chỉ số hiệu quả (CSHQ) của một số biện pháp can thiệp: so sánh kết quả trước - sau: Dựa trên phương pháp so sánh 2 tỷ lệ, dùng Chi-squared và p-value, tính tỷ lệ % cải thiện sau can thiệp theo công thức:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{|p_1 - p_2| \times 100}{p_1}$$

Trong đó:

- + p_1 là tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu ở thời điểm trước can thiệp.
- + p_2 là tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu ở thời điểm sau can thiệp.
- Hiệu quả thực sự của can thiệp được tính bằng cách so sánh trước - sau và so sánh với nhóm chứng:

$$\text{Hiệu quả can thiệp (HQCT)} = \text{CSHQ}_{(\text{nhóm can thiệp})} - \text{CSHQ}_{(\text{nhóm chứng})}$$

+ Đối với nghiên cứu định tính: Qua phân tích thông tin đã mã hoá, sẽ xác định những vấn đề chung. Thông tin từ những cuộc phỏng vấn sâu sẽ được đối chiếu để khẳng định mối liên quan và giá trị của các phát hiện.

+ Ước tính độ nhạy: được đo lường bằng tỷ lệ số bệnh nhân viêm gan vi rút B, C phát hiện và báo cáo trên tổng số trường hợp viêm gan vi rút B, C ước tính trong số bệnh nhân đến khám tại bệnh viện.

Tổng số trường hợp viêm gan vi rút B, C ước tính trong số bệnh nhân đến khám tại bệnh viện được tính theo công thức sau:

$$n=r.m.B$$

Trong đó:

n: Số trường hợp viêm gan vi rút B, C ước tính trong số bệnh nhân đến khám tại bệnh viện (Thực tế triển khai nghiên cứu, số liệu bệnh nhân viêm gan vi rút B, C chủ yếu được phát hiện tại bệnh viện, tuyến xã chưa có khả năng phát hiện bệnh. Do đó nghiên cứu này áp dụng số liệu bệnh nhân thực tế đến khám tại bệnh viện đa khoa huyện Hưng Hà).

r: tỷ lệ ước tính nhiễm vi rút viêm gan B, C trong số bệnh nhân đến khám tại bệnh viện (Trong nghiên cứu này áp dụng tỷ lệ ước tính nhiễm viêm gan vi rút B, C chung của Việt Nam).

m: tỷ lệ ước tính mắc viêm gan vi rút B, C trong số bệnh nhân đến khám.

B: số bệnh nhân thực tế đến khám tại bệnh viện đa khoa huyện.

2.3.4. Một số tiêu chí đánh giá

2.3.4.1. Đánh giá về kiến thức, thái độ, thực hành về giám sát viêm gan vi rút B, C

* Nội dung đánh giá về kiến thức, thái độ, thực hành về giám sát viêm gan vi rút B, C

- Đánh giá các nội dung về kiến thức: Các loại vi rút gây viêm gan vi rút; Đường lây truyền viêm gan vi rút B, C; Biện pháp phòng chống; Sự nguy hiểm của viêm gan vi rút B, C; Thông tin cần báo cáo; Sự cần thiết giám sát theo ca bệnh xác định; Quy định hiện hành về giám sát viêm gan vi rút B, C. Nhân viên y tế có kiến thức đúng khi trả lời đủ tất cả các ý đúng trong mỗi phần kiến thức.

- Đánh giá các nội dung về thái độ: Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B, C; Sự nguy hiểm của vi rút viêm gan; Xét nghiệm sàng lọc phát hiện; Biện pháp dự phòng chủ động; Biện pháp tiêm vắc xin viêm gan B cho trẻ trong vòng 24 giờ sau sinh.

- Đánh giá các nội dung về kiến thức thực hành: Thực hiện báo cáo ngay khi phát hiện có trường hợp nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm; Kiểm tra thông tin về loại vi rút viêm gan; Đi xét nghiệm vi rút viêm gan; Hướng dẫn tiêm phòng vắc xin viêm gan B.

* Cách thức đánh giá về kiến thức, thái độ, thực hành về giám sát viêm gan vi rút B, C

- Đối với nội dung đánh giá về kiến thức: Nhân viên y tế có kiến thức đúng khi trả lời đủ tất cả các ý đúng trong mỗi phần kiến thức.

- Đối với nội dung đánh giá về thái độ, thực hành: Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá Likert để đánh giá các nội dung với các mức độ từ 1 đến 5 theo mức độ tốt tăng dần. Đối với NVYT có thái độ và thực hành ở mức 4 và mức 5, được đánh giá là có thái độ và thực hành đúng [58], [72].

2.3.4.2. Đánh giá các lãnh đạo đơn vị trong phỏng vấn sâu về hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C

* Nội dung đánh giá các lãnh đạo đơn vị trong phỏng vấn sâu về hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C

Đánh giá chung của các đơn vị tham gia nghiên cứu về các tiêu chí chính liên quan đến công tác giám sát viêm gan vi rút B, C gồm: quy trình giám sát, biểu mẫu giám sát, phản hồi của tuyến trên khi nhận được báo cáo, sự phù hợp với chuyên ngành đào tạo, hoạt động giám sát, lợi ích của hoạt động can thiệp, thời gian báo cáo, sự phù hợp của các hoạt động can thiệp đối với giám sát viêm gan vi rút B, C.

* Cách thức đánh giá của các lãnh đạo đơn vị trong phỏng vấn sâu về hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C

Nghiên cứu của chúng tôi cũng áp dụng thang điểm đánh giá Likert để đánh giá với 5 mức độ theo mức độ tốt tăng dần từ 1 đến 5. Đối với các đơn vị tham gia nghiên cứu nếu kết quả đánh giá với từng tiêu chí ở mức độ 4 và 5 được coi là phù hợp với yêu cầu của đơn vị trong hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, viêm gan vi rút C [58], [72].

2.3.5. Sai số và kỹ thuật hạn chế sai số

* Sai số mắc phải :

- Sai số do điều tra viên: Điều tra viên bỏ sót câu hỏi khi thu thập thông tin, sai số khi ghi chép thông tin, sai số do điều tra viên không hiểu rõ về câu hỏi.

- Sai số do người trả lời phỏng vấn: Sai số do đối tượng không hiểu rõ ý của các câu hỏi hoặc trả lời thiếu.

- Sai số do đối tượng từ chối trả lời hoặc trả lời sai sự thực.

- Sai số trong quá trình đo lường.
- Sai số trong quá trình nhập liệu.

* Cách khắc phục sai số:

- Bộ công cụ điều tra được thiết kế chi tiết, rõ ràng, dễ hiểu, không ẩn ý để tránh sự nhầm lẫn và có điều tra thử để chỉnh lý, bổ sung, hoàn thiện.
- Các điều tra viên được lựa chọn là những cán bộ có kinh nghiệm nghiên cứu dịch tễ học và được tập huấn đầy đủ thống nhất về bộ câu hỏi, cách điều tra.
- Tổ chức giám sát chặt chẽ trong suốt quá trình thực hiện luận án .
- Các phiếu điều tra được kiểm tra và làm sạch ngay tại cộng đồng khi cần thiết điều tra viên sẵn sàng gặp lại đối tượng để bổ sung thông tin.
- Khách quan, trung thực trong đánh giá, phân loại và xử lý số liệu.
- Tôn trọng với đối tượng điều tra để họ có thái độ hợp tác, thu thập thông tin khách quan, chính xác.
- Hạn chế sai số do các yếu tố gây nhiễu: Chọn mẫu ngẫu nhiên, cỡ mẫu đủ lớn. Đối tượng nằm trong cỡ mẫu ngẫu nhiên được chọn không có mặt tại thời điểm nghiên cứu nếu không do lý do ốm, đi viện thì được loại bỏ khỏi mẫu nghiên cứu.

2.4. Tổ chức thực hiện

2.4.1. Tổ chức thực hiện nghiên cứu

- Cục Y tế dự phòng và Viện VSDT Trung ương (cơ sở đào tạo) có công văn đề nghị Sở Y tế, Trung tâm YTDP tỉnh, BVĐK tỉnh nơi được chọn nghiên cứu phối hợp thực hiện nghiên cứu.
- Sở Y tế tỉnh có công văn đề nghị TTYT huyện, BVĐK huyện nơi được chọn nghiên cứu phối hợp thực hiện.
- Thành lập nhóm thực hiện nghiên cứu gồm: tác giả, cán bộ của Cục Y tế dự phòng, Viện VSDT Trung ương, Trung tâm YTDP tỉnh, BVĐK tỉnh.
- Phối hợp với Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương, Viện VSDT Trung ương cử các giảng viên về chẩn đoán, điều trị và xét nghiệm tham gia các buổi tập huấn.

2.4.2. Lực lượng tham gia nghiên cứu.

- Nghiên cứu sinh.

- Cán bộ của Trung tâm y tế các huyện, tỉnh.
- Cán bộ của Bệnh viện đa khoa huyện, tỉnh.
- Cán bộ hướng dẫn và giám sát viên.
- Khoa xét nghiệm, Khoa dịch tễ của Viện VSDT Trung ương
- Cục Y tế dự phòng

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Thông tin thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và công tác giám sát bệnh tại cộng đồng.

- Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của chính quyền và y tế địa phương. Đối tượng điều tra đều được giải thích về mục đích của nghiên cứu.

- Nghiên cứu được tiến hành với sự tham gia tự nguyện của các đối tượng, thu thập thông tin khách quan, chính xác. Không có sự đối xử khác biệt nào đối với những đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi bí mật cá nhân của đối tượng nghiên cứu được tôn trọng.

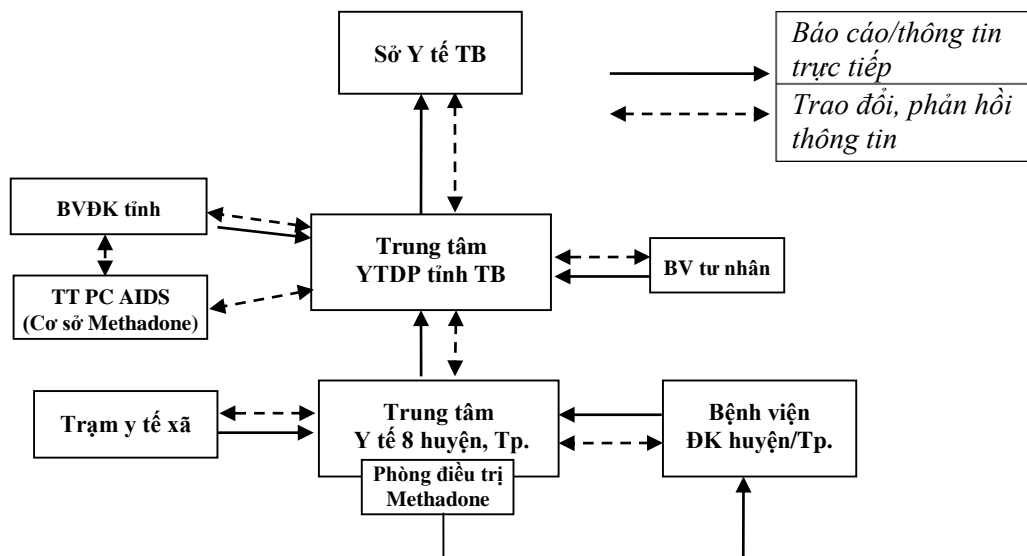
- Đề cương nghiên cứu được thông qua và phê duyệt tại hội đồng khoa học và đạo đức của Viện VSDT Trung ương trước khi triển khai thực hiện.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015

3.1.1. Thực trạng về cấu trúc, thành phần và tính pháp lý của hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C

Thái Bình nằm trong bối cảnh chung của các tỉnh, thành phố trên cả nước, việc giám sát viêm gan vi rút B, C được thực hiện lồng ghép cùng trong hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm được quy định bởi Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm. Trong hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm này, các đơn vị YTDP đóng vai trò chính trong việc tổng hợp thông tin từ các bệnh viện để báo cáo lên tuyến trên. Việc báo cáo được thực hiện từ dưới lên trên theo các tuyến từ các TYT xã đến các Trung tâm Y tế huyện, Trung tâm YTDP tỉnh, Viện VSDT Trung ương và đến Cục YTDP (Bộ Y tế).



Hình 3.1. Sơ đồ cấu trúc các đơn vị tham gia giám sát VGVR tại Thái Bình

Các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến huyện có trách nhiệm tổng hợp các số liệu về viêm gan vi rút tại đơn vị để gửi đến TTYT huyện; BVĐK tỉnh, Bệnh viện tư nhân có trách nhiệm tổng hợp các số liệu về viêm gan vi rút tại đơn vị để gửi đến Trung

tâm YTDP tỉnh. Trung tâm YTDP tỉnh có trách nhiệm tổng hợp số liệu từ các TTYT huyện, BVĐK tỉnh, BVĐK tư nhân để gửi cho Viện VSDT Trung ương và Cục YTDP (Bộ Y tế).

Theo quy định bởi Thông tư số 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế, viêm gan vi rút B, C không phải báo cáo riêng mà được ghép chung trong viêm gan vi rút với yêu cầu báo cáo theo tháng, năm; theo đó số liệu báo cáo được tính theo từng tháng và báo cáo trước ngày 05 hàng tháng đối với tuyến xã, trước ngày 10 hàng tháng đối với tuyến huyện và trước ngày 15 hàng tháng đối với tuyến tỉnh. Các chỉ số báo cáo bao gồm: số người mắc/tử vong do viêm gan vi rút trong tháng/năm và số tích lũy người mắc/tử vong do viêm gan vi rút trong tháng/năm. Trong trường hợp có ổ dịch, dịch thì nội dung báo cáo được yêu cầu thêm các thông tin về kết quả giám sát dịch tễ các trường hợp mắc bệnh, thời gian, địa điểm phát hiện các trường hợp nghi ngờ mắc bệnh, mắc viêm gan vi rút tại ổ dịch hoặc dịch.

Bảng 3.1. Các đơn vị tham gia giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình

Lĩnh vực chuyên môn	Tuyến		
	Tỉnh	Huyện	Xã
Y tế dự phòng (bao gồm Sở Y tế)	2	8	285
Khám chữa bệnh (bao gồm BV tư nhân)	2	8	285
Cơ sở xét nghiệm	3	16	0
Cơ sở điều trị Methadone	01	8	0

Các đơn vị tham gia giám sát bệnh truyền nhiễm bao gồm cả viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình bao gồm các đơn vị khám, chữa bệnh, đơn vị y tế dự phòng, các tuyến tỉnh, huyện và các trạm y tế xã. Trong đó tại mỗi tỉnh và huyện đều có các trung tâm y tế làm chức năng dự phòng và bệnh viện đa khoa huyện. Tại mỗi xã đều có một trạm y tế xã có hai chức năng y tế dự phòng và khám chữa bệnh ban đầu. Tại các đơn vị y tế dự phòng và bệnh viện đều có cơ sở xét nghiệm, riêng tại Sở Y tế và Trạm Y tế xã không có cơ sở xét nghiệm.

Tại Thái Bình, việc triển khai điều trị Methadone đã được triển khai từ cuối năm 2014 cho các trường hợp nghiện ma túy, đến năm 2015, các cơ sở điều trị Methadone đã được triển khai tại Trung tâm Phòng chống AIDS và 8/8 TTYT huyện, thành phố

của tỉnh Thái Bình. Các đối tượng nghiện ma túy thuộc nhóm nguy cơ cao nhiễm vi rút viêm gan B, C, đặc biệt là viêm gan vi rút C.

Theo quy định tại Quyết định số 493/QĐ-BYT ngày 18/02/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn điều trị Methadone trong các cơ sở cai nghiện ma túy; theo đó các đối tượng điều trị tại các cơ sở điều trị Methadone được xét nghiệm sàng lọc các bệnh HIV, viêm gan vi rút B, C [15]. Như vậy, từ năm 2016, các cơ sở điều trị Methadone của tỉnh Thái Bình được xét nghiệm sàng lọc nhiễm vi rút viêm gan B, C. Các trường hợp nhiễm vi rút viêm gan B, C được phát hiện tại Trung tâm Phòng chống AIDS và các TTYT huyện, thành phố sẽ được chuyển cho các Bệnh viện để được theo dõi điều trị. Đây là nguồn thông tin rất hữu ích đối với nhóm nguy cơ cao là người nghiện ma túy để phát hiện sớm nhiễm vi rút viêm gan B, C, bổ sung thêm vào việc phát hiện các trường hợp nhiễm vi rút viêm gan B, C tại cộng đồng ở các đối tượng có nguy cơ cao.

Bảng 3.2. Số liệu bệnh nhân điều trị Methadone 2015-2016

	Số bệnh nhân tham gia điều trị		
	2015	2016	So sánh (%)
Trung tâm Phòng chống AIDS	260	211	- 18,9
TTYT Thành phố	312	275	- 11,8
TTYT huyện Kiến Xương	102	85	- 16,7
TTYT huyện Đông Hưng	157	143	- 8,9
TTYT huyện Vũ Thư	131	110	- 16,0
TTYT huyện Quỳnh Phụ	205	187	- 8,8
TTYT huyện Tiền Hải	201	181	- 9,9
TTYT huyện Thái Thụy	171	148	- 13,5
TTYT huyện Hưng Hà	106	141	+ 33,0
Toàn tỉnh	1.645	1.481	- 10,0
Trung bình tại các huyện, TP.	173	159	- 8,1

Số trường hợp tham gia điều trị Methadone tại các cơ sở huyện, thành phố tại tỉnh Thái Bình đã đi vào ổn định từ năm 2015, 2016 với số lượng trung bình trong khoảng 159 - 173 trường hợp/huyện. Trong năm 2016, số người tham gia điều trị có

giảm khoảng 10,0 % với năm 2015; tuy nhiên tại huyện Hưng Hà số trường hợp tham gia điều trị tăng 33,0 %.

Bảng 3.3. Một số đặc điểm NVYT ở các đơn vị YTDP của tỉnh Thái Bình năm 2015

Đơn vị	Tổng số nhân lực	Trình độ học vấn		Chuyên môn	
		Trình độ đại học trở lên	Dưới đại học	CB Y Dược	Khác
TTYTDP tỉnh	70	35 (50,0)	35 (50,0)	54 (77,1)	16 (22,9)
TTYT huyện (trung bình)	42	15 (35,7)	27 (64,4)	28(66,7)	14(33,3)
TYT xã (trung bình)	5	1	4	5	0

Số NVYT của Trung tâm YTDP tỉnh Thái Bình là 70 người, trung bình của các Trung tâm Y tế huyện là 42 người và tuyến xã là 5 người. Trình độ học vấn đại học trở lên ở các tuyến có sự khác nhau với: 50% (tuyến tỉnh); 35,7% (tuyến huyện) và 20% (tuyến xã). Tỷ lệ NVYT có chuyên ngành thuộc lĩnh vực Y dược ở tuyến xã có tỷ lệ cao nhất với 100%; tuyến tỉnh chiếm tỷ lệ là 77,1% và tuyến huyện chỉ chiếm 66,7%.

Bảng 3.4. Một số đặc điểm NVYT ở các bệnh viện của tỉnh Thái Bình năm 2015

Đơn vị	Tổng số giường bệnh	Tổng số nhân lực	Hệ số người/giường bệnh	Trình độ học vấn		Chuyên môn	
				Đại học trở lên (SL/%)	Dưới đại học (SL/%)	CB Y Dược (SL/%)	Khác (SL/%)
BVĐK tỉnh	1.000	703	0,7	263 (37,4)	440 (62,6)	600 (85,3)	103 (14,7)
BVĐK huyện (số trung bình)	159	123	0,8	32 (26,0)	91 (74,0)	89 (72,4)	34 (27,6)

Phân bố NVYT ở các bệnh viện tại tỉnh Thái Bình năm 2015 với tổng số nhân lực NVYT tại BVĐK tỉnh và số NVYT trung bình tại các BVĐK huyện lần lượt là 703 người và 123 người; số NVYT/giường bệnh tại tuyến tỉnh thấp hơn so với tuyến huyện: 0,7 người/giường bệnh so với 0,8 người/giường bệnh. Trình độ học vấn đại học trở lên ở các tuyến bệnh viện có sự khác nhau với: 37,4% (tuyến tỉnh); 26,0% (tuyến huyện) và BVĐK tỉnh có tỷ lệ NVYT chuyên ngành thuộc lĩnh vực y dược cao hơn BVĐK huyện với 85,3% và 72,4%.

Bảng 3.5. Cơ cấu NVYT tham gia giám sát tại đơn vị y tế dự phòng

Đơn vị	TT YTDP tỉnh (n=1)	TTYT huyện (n=8)	Trạm Y tế xã (n=24)
Hoạt động			
Công tác kiểm soát bệnh truyền nhiễm (<i>số trung bình</i>)	6	6,5±1,7 (5 - 8)	1
Công tác xét nghiệm (<i>số trung bình</i>)	4	6±1,5 (4 - 7)	0

Khoa KSBTN tại Trung tâm YTDP tỉnh và TTYT huyện cùng có số NVYT khoảng 06 người; số NVYT làm công tác xét nghiệm tại Trung tâm YTDP tỉnh là 4 người và tại các TTYT huyện khoảng 4 - 7 người. Tại các TYT có 01 cán bộ quản lý/lãnh đạo và 01 NVYT thực hiện phụ trách thống kê, báo cáo bệnh truyền nhiễm trong công tác kiểm soát bệnh truyền nhiễm và không có NVYT thực hiện công tác xét nghiệm.

Bảng 3.6. Cơ cấu NVYT tham gia giám sát tại các đơn vị bệnh viện

Cơ sở điều tra	BVĐK tỉnh (n=1)	BV huyện (n=8)	BV tư nhân (n=1)
Cán bộ tham gia chính (<i>số trung bình</i>)			
Khoa Khám bệnh	24	12,4±4,6 (5 - 18)	12
Khoa Truyền nhiễm	13	6,6±3,2 (4 - 13)	5
Khoa Xét nghiệm	6	7,3±2,8(4 - 12)	6
Phòng Kế hoạch tổng hợp	17	5,4±1,6(3 - 7)	5

Nhân viên y tế khoa Khám bệnh tại BVĐK tỉnh là 24 người, tại BVĐK huyện và BVĐK tư nhân trung bình là 12 người. Số lượng NVYT ở khoa truyền nhiễm tại các BVĐK tuyến tỉnh, huyện và tư nhân lần lượt là 13; 6 và 5 người. Trong khi đó cán bộ xét nghiệm tại tuyến tỉnh là 6, tại tuyến huyện là 7 và tuyến tư nhân là 6 người. Phòng Kế hoạch tổng hợp tại BVĐK tỉnh là 17 người, tại BVĐK huyện và BVĐK tư nhân cùng là 5 cán bộ.

3.1.2. Thực trạng về năng lực đảm bảo, chính sách, chế độ trong hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C

3.1.2.1. Thực trạng về trang thiết bị sử dụng cho giám sát viêm gan vi rút

Hiện nay, các trang thiết bị thiết yếu phục vụ cho công tác thông tin, báo cáo số liệu giám sát ở các đơn vị thuộc tuyến tỉnh, huyện, xã tại Thái Bình cơ bản đã được cung cấp đủ để đáp ứng công tác giám sát bệnh truyền nhiễm. Các trang thiết bị như máy điện thoại, máy vi tính đã được cung cấp đến tận Trạm Y tế xã. Đối với các đơn vị tuyến tỉnh như Trung tâm YTDP tỉnh, BVĐK tỉnh, Bệnh viện tư nhân đều có các máy fax để chuyển và tiếp nhận thông tin. Mạng internet cũng đã được phủ kín đến tất cả các đơn vị y tế trên phạm vi toàn tỉnh.

“Thông qua các Dự án, hầu hết các đơn vị từ tỉnh đến huyện, xã đã được hỗ trợ về trang thiết bị phục vụ báo cáo giám sát”.

Lãnh đạo Sở Y tế tỉnh

“Hiện nay, internet đã được sử dụng ở tất cả các đơn vị y tế nên việc báo cáo qua email cũng rất thuận tiện”.

Lãnh đạo Trung tâm YTDP tỉnh

“Đối với báo cáo bệnh truyền nhiễm hàng tuần, chủ yếu là báo cáo qua điện thoại, khi nào có bệnh dịch gì đặc biệt mới cần báo cáo thêm bằng văn bản”.

Cán bộ Trạm Y tế xã Sơn Tây, huyện Tiền Hải

Bảng 3.7. Ý kiến của các đơn vị về thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị sử dụng cho giám sát viêm gan vi rút B, C

Tuyến Mức độ đánh giá	Tỉnh (SL,%) (n=4)	Huyện (SL,%) (n=16)	Xã (SL,%) (n=24)
Rất tốt	0/4	0/16 (0,0)	0/24 (0,0)
Tốt	2/4	6/16(37,5)	10/24(41,7)
Trung bình	2/4	10/16(62,5)	14/24(78,3)
Kém	0/4	0/16 (0,0)	0/24 (0,0)
Rất kém	0/4	0/16 (0,0)	0/24 (0,0)

Theo đánh giá của các đơn vị tham gia nghiên cứu, cơ sở vật chất, TTB phục vụ công tác giám sát viêm gan vi rút B, C đã đáp ứng được các yêu cầu cơ bản, tuy nhiên phần lớn các ý kiến cho rằng mới đạt mức trung bình và tỷ lệ này tăng lên 62,5% ở tuyến huyện, 78,3% ở tuyến xã. Một số ý kiến cho rằng các trung tâm được cung cấp cũng đã lâu và được sử dụng chung với nhiều hoạt động trong khoa/phòng nên phần nào cũng ảnh hưởng đến hoạt động báo cáo, giám sát.

“hầu hết các máy vi tính được cấp từ các Dự án cúm cũng đã có tuổi thọ khá cao, cũng hơn 5 năm rồi nên chạy cũng chậm. Nếu được nâng cấp lên máy có cấu hình cao hơn thì chạy các phần mềm sẽ nhanh hơn”.

Cán bộ làm công tác giám sát tại Trung tâm Y tế huyện Thái Thụy “cán bộ ở đây làm kiêm nhiệm nhiều việc nên phải dùng chung máy tính với các việc khác. Đôi lúc cũng đã xảy ra tình trạng máy tính bị hỏng phải sửa chữa nên cũng ảnh hưởng đến việc báo cáo”.

Cán bộ Phòng KHTH của BVĐK huyện Hưng Hà

3.1.2.2. *Thực trạng cơ sở xét nghiệm (vi sinh - miễn dịch) cho giám sát viêm gan vi rút B, C*

Bảng 3.8. Thực trạng cơ sở xét nghiệm (vi sinh - miễn dịch) phục vụ cho giám sát bệnh truyền nhiễm

Tuyến điều tra Loại phòng XN	Tỉnh			Huyện		Xã
	TT. YTDP (n=1)	BVĐK tỉnh (n=1)	BV tư nhân (n=1)	BV huyện (n=8)	TTYT huyện (n=8)	TYT (n=24)
Phòng XN chung, nhiều mục đích	1/1	1/1	1/1	8/8	8/8	0/24
Phòng XN vi sinh-miễn dịch riêng	1/1	1/1	1/1	0/8	0/8	0/24
Phòng XN sinh học phân tử	1/1	1/1	0/1	0/8	0/8	0/24

Tuyến tỉnh có đầy đủ phòng xét nghiệm để phục vụ các loại xét nghiệm chuyên sâu về vi sinh - miễn dịch; tuyến huyện chưa có phòng xét nghiệm riêng và xét nghiệm viêm gan vi rút nằm chung với các xét nghiệm khác; tuyến xã thì không có hệ thống xét nghiệm.

Bảng 3.9. Kết quả số đơn vị đã thực hiện xét nghiệm phát hiện vi rút viêm gan vi rút B, C

Đơn vị Các loại xét nghiệm	BVĐK huyện (n=8)	BVĐK tỉnh (n=1)	BVĐK tư nhân (n=1)	TTYTDP tỉnh (n=1)	TTYT huyện (n=8)
HBsAg test nhanh	8/8	1/1	1/1	1/1	8/8
HBsAg ELISA	2/8	1/1	0	1/1	0
HBe ELISA	0	1/1	0	1/1	0
Anti-HBe ELISA	0	1/1	0	1/1	0
Anti HBc IgM/total	0	0	0	0	0
Anti-HBs	0	1/1	0	1/1	1/8
Anti-HBc IgM/IgG	0	1/1	0	1/1	0
Định tính AND HBV	1/8	1/1	0	1/1	0
Định lượng HBV	0	1/1	1/1	1/1	0
Kiểu gen HBV	0	0	0	0	0
Anti HCV test nhanh	4/8	1/1	1/1	1/1	8/8
Anti HCV ELISA	0	0	0	1/1	0
Định tính ARN HCV	1/8	0	0	1/1	0
Định lượng ARN HCV	0	1/1	1/1	1/1	0
Xác định kiểu gen HCV	0	0	0	0	0

Trong số đơn vị đã thực hiện các xét nghiệm phát hiện viêm gan vi rút B, C, 100% các đơn vị đều có năng lực xét nghiệm HBsAg test nhanh. Đối với xét nghiệm Anti HCV test nhanh, hầu hết các đơn vị có khả năng xét nghiệm, riêng tại các đơn vị BVĐK huyện chỉ có 50% các bệnh viện có khả năng xét nghiệm.

BVĐK tỉnh và Trung tâm YTDP tỉnh là hai đơn vị thực hiện được nhiều loại xét nghiệm nhất trong khi Trung tâm YTDP huyện là đơn vị thực hiện được ít nhất. Riêng xét nghiệm xác định kiểu gen HCV thì không có đơn vị nào thực hiện được.

“Tại Trung tâm đã được đầu tư hệ thống xét nghiệm hiện đại có thể thực hiện hầu hết các kỹ thuật chuyên sâu, thỉnh thoảng cũng nhận các mẫu xét nghiệm vi rút viêm gan từ bệnh viện chuyển sang”.

Lãnh đạo Trung tâm YTDP tỉnh

“ở tuyến huyện, cán bộ xét nghiệm cũng chưa được đào tạo bài bản, đồng thời việc điều trị chủ yếu là điều trị triệu chứng nên chủ yếu là xét nghiệm nhanh để sàng lọc, ít có yêu cầu xét nghiệm chuyên sâu”.

Lãnh đạo khoa xét nghiệm BVĐK huyện Quỳnh Phụ

3.1.2.3. Thực trạng về hệ thống lưu trữ văn bản hướng dẫn chuyên môn, mẫu biểu trong báo cáo giám sát viêm gan vi rút

Bảng 3.10. Tình trạng có lưu trữ các văn bản hướng dẫn chuyên môn về giám sát bệnh truyền nhiễm

Loại văn bản hướng dẫn	Kết quả điều tra						
	Sở Y tế	TTYT DP tỉnh	BVĐK tỉnh	BVĐK tư nhân	TTYT huyện	BVĐK huyện	TYT xã
Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm	+	+	+	-	+	+	+
Thông tư số 13/2013/TT-BYT hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm	+	+	-	-	-	-	-
Thông tư số 48/2010/TT-BYT hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm	+	+	+	+	+	+	+
Quyết định số 5448/QĐ-BYT về hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B	+	+	+	-	-	+	-
Kế hoạch phòng chống viêm gan vi rút giai đoạn 2015 - 2019	+	+	+	-	+	-	-

(+): Có

(-): Không có

Tình trạng lưu trữ các văn bản hướng dẫn chuyên môn về giám sát bệnh truyền nhiễm cho thấy việc phổ biến các văn bản đã được phổ biến tới hầu hết các đơn vị y tế tại tỉnh Thái Bình, đặc biệt là đối với Thông tư số 48/2010/TT-BYT. Tuy nhiên việc lưu trữ chủ yếu tập trung tại các đơn vị y tế dự phòng; tại các bệnh viện và trạm y tế thì việc lưu trữ còn hạn chế.

“Nhận được các văn bản hướng dẫn chuyên môn là chúng tôi phổ biến tới các cán bộ luôn và lưu lại đơn vị nhưng hiện nay vẫn còn ít hướng dẫn về giám sát, điều trị các bệnh viêm gan vi rút”.

Lãnh đạo Bệnh viện đa khoa huyện Thái Thụy

“Chúng tôi ít khi nhận được các hướng dẫn chuyên môn về giám sát bệnh truyền nhiễm của Bộ Y tế lắm, chủ yếu có Thông tư 48 bên Trung tâm YTDP gửi để yêu cầu báo cáo”.

Lãnh đạo Bệnh viện tư nhân Lâm Hoa

“Các văn bản hướng dẫn chuyên môn được lưu trữ chủ yếu liên quan đến những nội dung phải sử dụng hàng ngày”.

Lãnh đạo Trạm Y tế xã Đông Các, huyện Đông Hưng

Bảng 3. 11. Thực trạng mẫu biểu giám sát bệnh truyền nhiễm đang được sử dụng

Loại mẫu biểu giám sát	Tỉnh (n=4)		Huyện (n=16)		Xã (n=24)	
	Thực trạng	yêu cầu *	Thực trạng	yêu cầu	Thực trạng	yêu cầu
Mẫu thống kê ca bệnh/tử vong tại tuyến BV	+	+	+	+	+	+(**)
Mẫu báo cáo tuần	-	-	-	-	-	-
Mẫu báo cáo tháng/năm	+	+	+	+	+	+
Mẫu điều tra ca bệnh/tử vong	-	- (*)	-	- (*)	-	- (*)
Mẫu điều tra vụ dịch	-	- (**)	-	- (**)	-	- (**)
Áp dụng ĐNCB trong GS	-	-	-	-	-	-

(+): Có

(-): Không

(*) chỉ báo cáo khi có ổ dịch theo Thông tư 48

(**) không xác định được nên thực tế không báo cáo.

Hiện nay, việc báo cáo viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình thực hiện theo Thông tư số 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế nên chỉ có hai loại báo cáo chính là báo cáo tháng và báo cáo năm, không phải báo cáo tuần; đồng thời cũng không phải phân loại viêm gan vi rút B, C mà báo cáo chung trong viêm gan vi rút. Việc báo cáo đột xuất khi có dịch cũng được yêu cầu nhưng trên thực tế thì chưa bao giờ phải dùng loại báo cáo này. Thêm vào đó việc áp dụng ĐNCB chuẩn dành cho viêm gan vi rút B, C cũng chưa được triển khai tại các đơn vị y tế tỉnh Thái Bình. Thực tế, đến cuối năm 2014, Bộ Y tế mới ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B tại Quyết định số 5448/QĐ-BYT ngày 30/12/2014; tuy nhiên việc phổ biến thông qua đào tạo, tập huấn cũng chưa được tới tất cả các CBYT.

“mỗi tuần chỉ ghi nhận một vài ca lại rải rác nên cũng không phải báo cáo ngay, đồng thời các trường hợp phát hiện đều là các trường hợp bệnh mạn tính nên cũng rất khó cho việc xác định thời điểm, nguyên nhân nhiễm để tư vấn”.

Cán bộ Khoa KSBTN của TTYTDP tỉnh

“chúng tôi chẩn đoán chủ yếu dựa vào một số triệu chứng lâm sàng vì tại đơn vị không có xét nghiệm chuyên sâu, trong khi đó triệu chứng lâm sàng của viêm gan vi rút thường mờ nhạt nên rất khó chẩn đoán chính xác”.

Bác sỹ tại BVĐK huyện Tiền Hải

“thông tin từ bệnh viện chuyển sang thiếu nhiều, nhất là thông tin về bệnh nhân, điều tra dịch tễ, kết quả xét nghiệm, đồng thời cũng chưa có định nghĩa ca bệnh nên cũng khó cho việc phân loại và báo cáo”.

Cán bộ y tế Trung tâm Y tế huyện Kiến Xương

3.1.2.4. Thực trạng về thu thập và phản hồi thông tin và áp dụng công nghệ thông tin trong giám sát viêm gan vi rút B, C

* Cách thức thu thập thông tin

Theo quy định tại Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế, các cơ sở khám, chữa bệnh là đơn vị thông báo về các trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm tại cơ sở cho các đơn vị y tế dự phòng tỉnh, huyện để tổng hợp báo cáo lên đơn vị tuyến trên; tuy nhiên việc báo cáo thường chậm nên việc tổng hợp số liệu bệnh truyền nhiễm tại

tuyển tỉnh và huyện chủ yếu là do NVYT của Trung tâm YTDP tỉnh và TTYT huyện đến BVĐK tỉnh và BVĐK huyện để thống kê số liệu dựa vào sổ tổng hợp khám chữa bệnh cùng với số liệu do tuyến dưới gửi đến.

“mỗi tuần 2 lần sang lấy số liệu của bệnh viện để kịp cập nhật tình hình và làm báo cáo; tuy nhiên mới chỉ quan tâm đến các bệnh cấp tính, hay gây dịch theo yêu cầu báo cáo tuần, còn các bệnh báo cáo tháng như viêm gan vi rút thì chủ yếu là nhắc để các bệnh viện tổng hợp gửi sang”.

Cán bộ Trung tâm YTDP tỉnh

“bệnh viện vẫn thực hiện việc báo cáo theo quy định của Bộ Y tế nhưng do số cán bộ ít, không chuyên trách, đồng thời cũng có nhiều báo cáo phải chót số liệu vào cuối tháng nên cũng không thể báo cáo đúng hạn ngay được”.

Cán bộ BVĐK huyện Vũ Thư

“bệnh viêm gan vi rút cũng nằm trong danh sách báo cáo bệnh truyền nhiễm nhưng tại trạm y tế không có điều kiện khám, xét nghiệm chẩn đoán nên không có số liệu để báo cáo từ cộng đồng”.

Cán bộ Trạm Y tế xã Song An, huyện Vũ Thư

* Phản hồi/ thông báo kết quả giám sát viêm gan vi rút B, C

Hàng tuần, Phòng KSBTN của Trung tâm YTDP tỉnh và TTYT huyện vẫn rà soát số liệu và trao đổi với các bệnh viện về bệnh truyền nhiễm khi có những số liệu tăng hoặc giảm đột biến. Hàng tháng, Trung tâm YTDP tỉnh và các TTYT huyện vẫn thực hiện phản hồi thông tin bệnh truyền nhiễm đối với các bệnh viện thông qua các cuộc họp giao ban của Sở Y tế, Ủy ban nhân dân huyện nhưng cũng ít khi đề cập đến viêm gan vi rút B, C.

“việc trao đổi số liệu trong giao ban tháng cũng ít khi đề cập đến viêm gan vi rút vì không phải là vấn đề nổi cộm trong xã hội cần phải giải quyết ngay do số liệu ghi nhận ít mà lại là bệnh tiến triển âm thầm”

Lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa tỉnh

“khi nào thấy có số liệu tăng, giảm bất thường chúng em mới xác minh làm rõ thông tin thu thập thông và điều tra dịch tễ còn đối với viêm gan vi rút thì số ghi nhận ít nên cứ tổng hợp báo cáo chung thôi”.

Cán bộ Trung tâm Y tế huyện Kiên Xương

“ít khi nhận được thông tin phản hồi ở tuyến trên về viêm gan vi rút hoặc đề cập bệnh này ở các cuộc họp; đồng thời chúng tôi cũng ít khi gửi cho tuyến xã vì cũng ít thông tin, đơn vị nào cần thì cũng sẵn sàng cung cấp thêm ”.

Lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện Quỳnh Phụ

* Thực trạng việc áp dụng công nghệ thông tin trong giám sát viêm gan vi rút

Bảng 3.12. Ý kiến của các đơn vị về việc áp dụng công nghệ thông tin trong công tác báo cáo viêm gan vi rút

Tuyến	Tỉnh	Huyện	Xã
Mức độ đánh giá	(SL,%)	(SL,%)	(SL,%)
Rất tốt	2/4 (50,0)	0/16(0,0)	0/24(0,0)
Tốt	2/4 (50,0)	14/16(87,5)	18/24(75,0)
Trung bình	0/4 (0,0)	2/16(12,5)	6/24(25,0)
Kém	0/4 (0,0)	0/16(0,0)	0/24(0,0)
Rất kém	0/4 (0,0)	0/16(0,0)	0/24(0,0)

Việc áp dụng công nghệ thông tin trong giám sát viêm gan vi rút được triển khai tại tất cả các đơn vị y tế. Phần lớn các đơn vị đều đánh giá là tốt hoặc rất tốt. Có một số đơn vị tuyến huyện và tuyến xã còn cho rằng ở mức độ trung bình với tỷ lệ là 12,5% và 25%. Không có đơn vị nào cho rằng việc áp dụng công nghệ thông tin trong giám sát viêm gan vi rút ở mức độ kém hoặc rất kém.

Thực tế, việc sử dụng email để gửi báo cáo đã được thực hiện một cách thường xuyên, nhất là đối với các báo cáo tuần, báo cáo tháng; việc sử dụng điện thoại chủ yếu là để trao đổi thêm. Đối với các đơn vị Trung tâm YTDP, TTYT huyện, từ năm 2014 đã áp dụng thống nhất phần mềm báo cáo bệnh truyền nhiễm cho các số liệu được quy định tại Thông tư 48/2010/TT-BYT nhưng đối với các bệnh viện thì chưa được thống nhất về phần mềm.

“tất cả số liệu bệnh truyền nhiễm bay giờ đều được tổng hợp và lưu trữ bằng máy vi tính nên cũng đã hạn chế rất nhiều các sổ phụ, sổ cá nhân như trước đây”, “chủ trương chung của ngành là khuyến khích các tập đoàn viễn thông lớn hỗ trợ việc áp dụng công nghệ thông tin cho toàn bộ các đơn vị y tế trong tỉnh”.

Lãnh đạo Sở Y tế

“hiện nay có rất nhiều phần mềm quản lý bệnh viện khác nhau, việc sử dụng phần mềm nào là do Lãnh đạo tự quyết định do chưa có phần mềm thống nhất của Bộ Y tế. Chúng tôi cũng nghĩ nếu Bộ Y tế có một phần mềm chung cho cả hệ thống dự phòng và điều trị dùng chung thì đỡ mệt mà lại đảm bảo chính xác, kịp thời theo quy định”.

Lãnh đạo BVĐK Thành phố

3.1.2.5. Thực trạng về thực hiện cơ chế đãi ngộ, chính sách, đầu tư kinh phí cho giám sát viêm gan vi rút

Hiện nay, chế độ đãi ngộ đối với các NVYT trực tiếp làm công tác giám sát bệnh truyền nhiễm được thực hiện theo Nghị định 56/2011/NĐ-CP của Chính phủ quy định chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề đối với công chức, viên chức công tác tại các cơ sở y tế công lập, không có chế độ đặc thù đối với viêm gan vi rút B, C. Theo đó các NVYT làm việc tại các khoa điều trị bệnh truyền nhiễm được hưởng mức phụ cấp là 60% lương, 40% đối với các cán bộ y tế trực tiếp làm chuyên môn YTDP [18].

Liên quan đến chi cho công tác giám sát dịch bệnh chủ động, theo quy định tại Quyết định số 73/2011/QĐ-TTg ngày 28/12/2011 của Thủ tướng Chính phủ về việc quy định một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức, người lao động trong các cơ sở y tế công lập và chế độ phụ cấp chống dịch thì việc giám sát, điều tra, xác minh dịch trong trường hợp dịch chưa được công bố cũng được chi. Tuy nhiên, do điều kiện ngân sách phụ thuộc phần lớn vào ngân sách trung ương nên việc chi cho công tác giám sát viêm gan vi rút B, C là rất hạn chế [44].

“thậm chí tiền công tác phí đi điều tra xác minh các ổ dịch cũng còn phải tiết kiệm không thì vỡ quỹ vì chỉ khi có dịch thì mới có điều kiện xin thêm từ quỹ dự phòng của tỉnh mà cũng rất hạn hẹp”.

Lãnh đạo TTYTDP tỉnh

“các đơn vị y tế đều thực hiện tốt việc chi phụ cấp cho cán bộ y tế theo Nghị định 56 nhưng vẫn chưa đủ so với nhu cầu cuộc sống trung bình hiện nay, nhất là đối với các bộ y tế tuyến huyện hoặc các cán bộ mới ra trường, mức lương còn thấp”

Lãnh đạo Sở Y tế tỉnh Thái Bình

“mấy năm gần đây việc tuyển được cán bộ giỏi, tâm huyết làm việc tại Trung tâm Y tế huyện là rất khó vì thu nhập thấp, gần như không có thu nhập thêm ngoài lương bên cạnh đó một số cán bộ lâu năm, có kinh nghiệm thì lại chuyển công tác lên tuyến trên”.

Lãnh đạo TTYT huyện Tiền Hải

3.1.2.6. Thực trạng về thực hiện cơ chế điều phối, phối hợp trong giám sát viêm gan vi rút

Việc điều phối, phối hợp trong việc giám sát bệnh truyền nhiễm, bao gồm cả viêm gan vi rút đã được Sở Y tế quan tâm chỉ đạo các cơ sở khám, chữa bệnh bao gồm cả các bệnh viện tư nhân tổng hợp và thông báo cho các Trung tâm YTDP tỉnh, TTYT huyện bằng văn bản và thông qua các cuộc họp triển khai kế hoạch hàng năm.

Bảng 3.13. Ý kiến về việc điều phối, phối hợp dự phòng - điều trị trong giám sát viêm gan vi rút

Tuyến	Tỉnh (SL,%) (n=4)	Huyện (SL,%) (n=16)	Xã (SL,%) (n=24)
Mức độ đánh giá			
Rất tốt	0/4	0/16(0,0)	-
Tốt	2/4	7/16(43,8)	-
Trung bình	2/4	9/16(56,2)	-
Kém	0/4	0/16(0,0)	-
Rất kém	0/4	0/16(0,0)	-

Hầu hết các đơn vị tham gia điều tra đều có ý kiến rằng việc điều phối, phối hợp giữa các đơn vị YTDP và điều trị trong việc giám sát viêm gan vi rút ở mức trung bình và tốt, mức trung bình chiếm 56,2% ở tuyến huyện. Tại tuyến xã không phân tách mà chỉ một đơn vị là trạm y tế. Do tính chất ưu tiên khác nhau trong công việc giữa các đơn vị nên việc báo cáo chủ động từ các bệnh viện cho các đơn vị YTDP khi phát hiện trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm cũng chưa được thường xuyên.

“việc ưu tiên của bệnh viện tập trung chủ yếu vào khám, điều trị bệnh nhân mà chúng tôi cũng rất là bận nên cũng chưa quan tâm lắm đến việc báo cáo, chủ yếu là do bên y tế dự phòng làm”

Cán bộ BVĐK tỉnh

“đã đưa việc báo cáo từ các bệnh viện vào hệ thống giám sát vào quy định bắt buộc thì bên bệnh viện họ cũng thực hiện, nhưng nếu mình quan hệ tốt, thúc đẩy liên tục thì chất lượng báo cáo cũng tốt hơn, đều đặn hơn”.

Cán bộ Khoa KSBTN của TT YTDP tỉnh

3.1.3. Thực trạng về năng lực hoạt động của hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015

Bảng 3.14. Kết quả báo cáo giám sát viêm gan vi rút B, C có kết quả xét nghiệm, năm 2015

Đơn vị thực hiện báo cáo	Báo cáo giám sát tháng có kết quả xét nghiệm	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuyến xã (n= 24)	0/24	0,0
Tuyến TTYT huyện (n=8)	0/8	0,0
Tuyến BV huyện (n=8)	6/8	75,0
Tuyến BV tư nhân (n=1)	1/1	-
Tuyến BVĐK tỉnh (n=1)	1/1	-
Tuyến TT.YTDP tỉnh (n=1)	0/1	-

(-): Không tính tỷ lệ %

Tại các bệnh viện có thông tin và phần lớn có báo cáo về kết quả xét nghiệm nhưng theo Thông tư 48/2010/TT-BYT không yêu cầu báo cáo nên các trung tâm y tế dự phòng tỉnh, trung tâm y tế huyện không báo cáo và tổng hợp. Huyện xã không có khả năng thực hiện các xét nghiệm nên báo cáo giám sát hàng tháng không kèm theo kết quả xét nghiệm vi rút viêm gan B, vi rút viêm gan C.

Bảng 3.15. Sử dụng kết quả giám sát viêm gan vi rút B, C trong xây dựng kế hoạch, phòng chống dịch

Tuyến	Tỉnh (SL,%) (n=4)	Huyện (SL,%) (n=16)	Xã (SL,%) (n=24)
Mức độ đánh giá			
Rất thường xuyên	0/4	0/16(0,0)	0/24(0,0)
Thường xuyên	0/4	0/16(0,0)	0/24(0,0)
Thỉnh thoảng	2/4	3/16(31,2)	4/24(16,7)
Ít	2/4	13/16(81,2)	6/24(25,0)
Hiếm khi	0/4	0/16(0,0)	14/24 (58,3)

Kết quả giám sát viêm gan vi rút B, C được sử dụng trong xây dựng kế hoạch, phòng, chống dịch là rất ít, có một số đơn vị thỉnh thoảng mới sử dụng chủ yếu ở các bệnh viện. Không có đơn vị nào thường xuyên sử dụng kết quả giám sát viêm gan vi rút B, C hiện có để xây dựng kế hoạch và áp dụng trong phòng chống dịch viêm gan vi rút B, C.

“hiện nay các hoạt động chủ yếu quan tâm đến các bệnh gây dịch cấp tính còn bệnh viêm gan vi rút chủ yếu là lồng ghép trong các hoạt động thường xuyên nên cũng ít sử dụng đến số liệu bệnh viêm gan”.

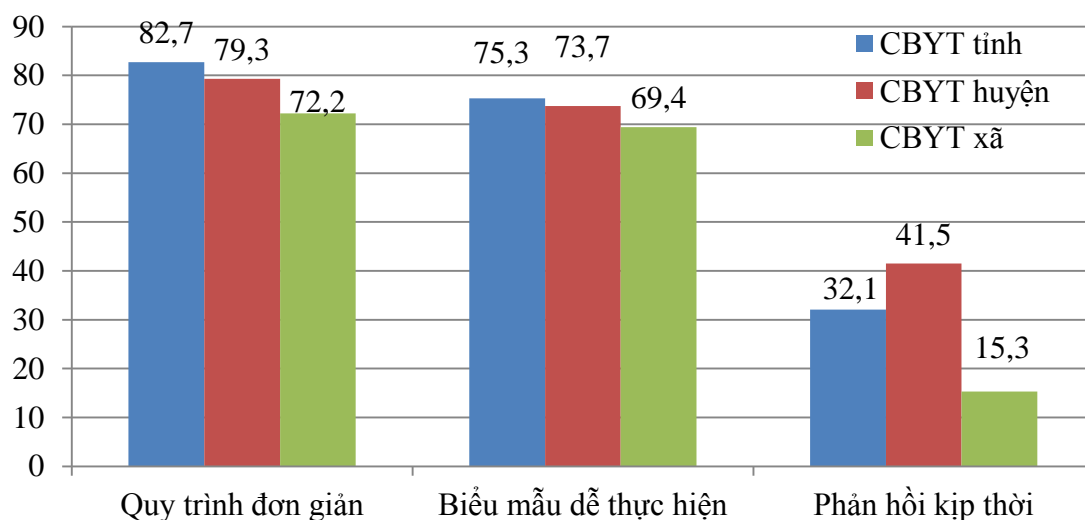
Lãnh đạo Trung tâm YTDP tỉnh

“chúng tôi thỉnh thoảng cũng sử dụng số liệu bệnh nhân viêm gan vi rút trong lập kế hoạch giường bệnh, dự trữ thuốc hàng tháng, hàng năm”.

Lãnh đạo BVĐK huyện Đông Hưng

“ở xã gần như không có hoạt động riêng nào về phòng chống viêm gan vi rút, còn việc tiêm vắc xin viêm gan B thì chỉ cần số liệu trẻ em để lập kế hoạch chứ không sử dụng số liệu bệnh nhân.

Lãnh đạo Trạm Y tế xã Quỳnh Mỹ, huyện Quỳnh Phụ



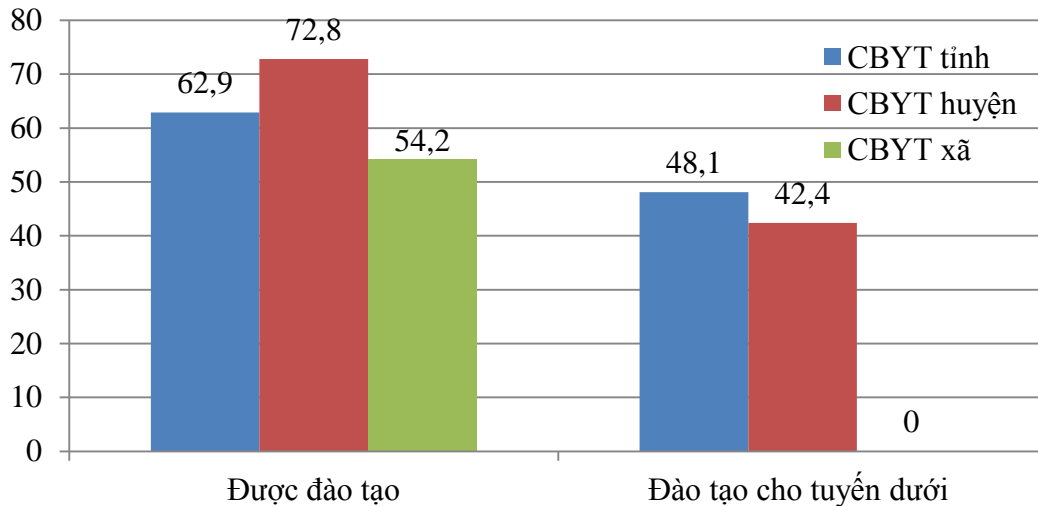
Biểu đồ 3.1. Đánh giá của NVYT các tuyến về hoạt động giám sát viêm gan vi rút trước can thiệp (n=370)

Đánh giá chất lượng và sự phù hợp của các hoạt động giám sát thông qua việc phỏng vấn các NVYT tuyến tỉnh, huyện và xã cho thấy có lần lượt 82,7%; 79,3%; 72,2% ý kiến cho rằng quy trình giám sát hiện nay là đơn giản. 75,3%; 73,7%; 69,4% ý kiến cho rằng biểu mẫu dễ thực hiện. Tuy nhiên tỷ lệ NVYT cho rằng sự phản hồi kịp thời về hoạt động giám sát chưa được tốt với tỷ lệ lần lượt ở các tuyến là: 32,1%; 41,5% và 15,3%.

Các hoạt động giám sát hỗ trợ được các đơn vị thực hiện định kỳ theo quý hoặc 6 tháng một lần. 100% các Trung tâm YTDP tỉnh và huyện đều thực hiện giám sát hỗ trợ cho tuyến dưới nhưng tỷ lệ này ở TYT là rất thấp. Thông thường các hoạt động giám sát hỗ trợ trung bình thực hiện 2 lần/năm và lồng ghép vào các hoạt động kiểm tra đánh giá cuối năm và thực sự chưa được quan tâm nhiều về chất lượng.

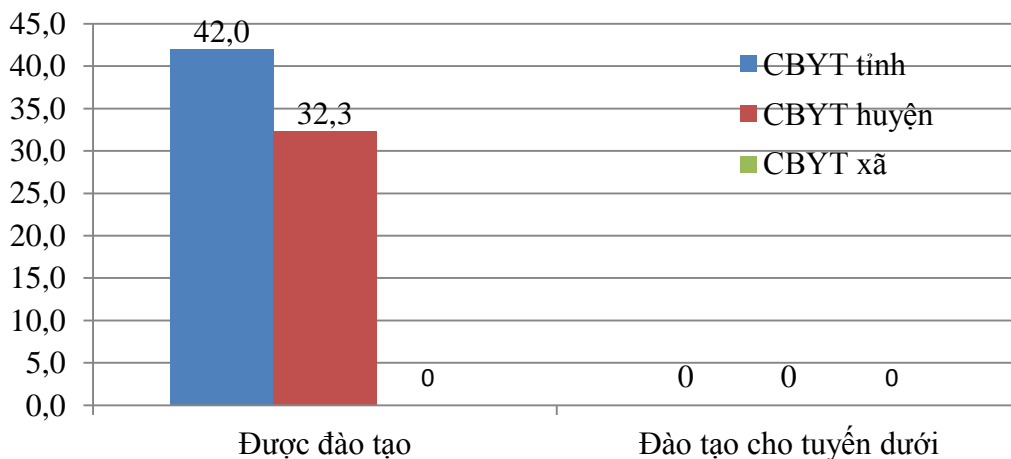
“Thực tế các hoạt động giám sát hỗ trợ kỹ thuật chỉ được thực hiện đối với chương trình giám sát trọng điểm hoặc các bệnh lạ, bệnh nguy hiểm. Bệnh viêm gan vi rút hiện còn chưa được chú ý nhiều”

Lãnh đạo TTYTDP tỉnh



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ đào tạo về giám sát bệnh truyền nhiễm tại các tuyến (n=370)

Trong năm 2015, tỷ lệ NVYT tuyến tỉnh, huyện và xã được đào tạo các kỹ năng giám sát bệnh truyền nhiễm tương ứng là 62,9%, 72,8% và 54,2%. Tỷ lệ cán bộ tham gia đào tạo cho tuyến dưới là 48,7% tuyến tỉnh và 42,1% tuyến huyện.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ đào tạo về giám sát viêm gan vi rút tại các tuyến (n=370)

Biểu đồ 3.3 thể hiện thực trạng đào tạo các kỹ năng về giám sát viêm gan vi rút tại các tuyến tỉnh, huyện, xã. Tỷ lệ NVYT được đào tạo chiếm tỷ lệ khá thấp với 42,0% tuyến tỉnh, 32,3% tuyến huyện. Hiện nay tuyến xã chưa được đào tạo kỹ năng về giám sát viêm gan vi rút và các tuyến tỉnh, huyện cũng chưa có chương trình đào tạo cho các tuyến dưới.

3.1.4. Kết quả điều tra kiến thức, thái độ và thực hành về hoạt động giám sát viêm gan vi rút trong năm 2015 của tỉnh Thái Bình

3.1.4.1. Kiến thức, thái độ và thực hành của NVYT về hoạt động giám sát viêm gan vi rút

Bảng 3.16. Một số đặc điểm của NVYT tại các đơn vị điều tra

Đặc điểm / Đối tượng		Nhóm NVYT được điều tra (n, %)				Tổng (n,%)
		NVYT dự phòng	NVYT khám, điều trị	NVYT xét nghiệm	NVYT TYT	
Nhóm tuổi	< 35 tuổi	46 (42,6)	51 (49,5)	48 (55,2)	25 (34,7)	170 (46,0)
	36 - 45 tuổi	19 (17,6)	24 (23,3)	12 (13,8)	18 (25,0)	73 (19,7)
	> 45 tuổi	43 (39,8)	28 (27,2)	27 (31,0)	29 (40,3)	127 (34,3)
Giới tính	Nam	55 (50,9)	24 (23,3)	23 (26,4)	14 (19,4)	116 (31,4)
	Nữ	53 (49,1)	79 (76,7)	64 (73,6)	58 (80,6)	254 (68,6)
Trình độ chuyên môn	Sau đại học	13 (12,0)	3 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (4,3)
	Đại học	60 (55,6)	52 (50,5)	39 (44,8)	14 (19,4)	165 (44,6)
	THPT trở xuống	35 (32,4)	48 (46,6)	48 (55,2)	58 (80,6)	189 (51,1)
Làm việc trong lĩnh vực y tế	< 10 năm	71 (65,7)	56 (54,4)	60 (69,0)	47 (65,3)	234 (63,2)
	10 – 20 năm	17 (15,8)	22 (21,4)	4 (4,6)	7 (9,7)	50 (13,5)
	>30 năm	20 (18,5)	25 (24,3)	23 (26,4)	18 (25,0)	86 (23,3)
Tổng		108 (29,2)	103 (27,8)	87 (23,5)	72 (19,5)	370 (100,0)

Trong tổng số 370 cán bộ tham gia nghiên cứu, chủ yếu công tác tại tuyến tỉnh và tuyến huyện, trong đó nhóm làm việc trong lĩnh vực YTDP và tham gia khám, điều trị chiếm tỷ lệ cao hơn, lần lượt là 29,2% và 27,8%; nhóm cán bộ xét nghiệm và cán bộ làm việc tại tuyến xã chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 23,5% và 19,5%.

Đối tượng tham gia nghiên cứu có 46,0% ở độ tuổi dưới 35, có 39,8% ở độ tuổi trên 45, nhóm NVYT trong khoảng 36 - 45 chiếm tỷ lệ thấp hơn (17,6%). Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới với 68,6% và 31,4%. Trình độ chuyên môn sau đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4,3%, trong đó nhóm NVYT làm công tác xét nghiệm và cán bộ tuyến xã không có trường hợp nào có trình độ sau đại học. Phần lớn NVYT (63,2%) có thời gian làm việc trong công tác chỉ đạo, dự phòng bệnh truyền nhiễm dưới 10 năm.

Bảng 3.17. Tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về viêm gan vi rút và giám sát viêm gan vi rút

Nội dung kiến thức	Nhóm được điều tra (n, %)			
	NVYT tuyến tỉnh (n=81)	NVYT tuyến huyện (n=217)	NVYT TYT (n=72)	Tổng (n=370)
Kiến thức chung về các VGVR				
Loại vi rút gây bệnh	68(83,9)	168(77,4)	44 (61,1)	280 (75,7)
Đường lây truyền	58(71,6)	148(68,2)	46 (63,8)	252 (68,1)
Cách phòng chống	60(74,1)	144(66,3)	50 (69,4)	254 (68,6)
Sự nguy hiểm của bệnh	61(75,3)	123(56,7)	38 (52,8)	222 (60,0)
Tỷ lệ trung bình (%)	76,2₍₁₎	67,2₍₂₎	61,8₍₃₎	68,1
So sánh p	Chung p>0,05; p _{3/p1} <0,05			
Kiến thức về giám sát VGVR				
Thông tin cần báo cáo liên quan đến ca bệnh	60(74,1)	127(58,5)	39 (54,2)	226 (61,1)
Sự cần thiết giám sát VGVR theo ca bệnh xác định	65(80,2)	134(61,7)	35 (48,6)	234 (63,2)
Quy định hiện hành về giám sát VGVR	54(66,7)	119(54,8)	39 (54,2)	212 (57,3)
Tỷ lệ trung bình (%)	73,7₍₁₎	58,3₍₂₎	52,3₍₃₎	60,5
So sánh p	Chung p>0,05; p _{3/p1} <0,05			

Kết quả Bảng 3.17 cho thấy tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về kiến thức chung về các viêm gan vi rút đạt tỷ lệ là 61,8%; trong đó kiến thức về các loại vi rút viêm gan là tốt nhất với tỷ lệ trung bình đạt 75,7% và kiến thức về sự nguy hiểm của viêm gan vi rút là thấp nhất với tỷ lệ đạt trung bình 60,0%.

Phân tích thêm giữa 3 nhóm NVYT điều tra về kiến thức về các loại vi rút viêm gan, không thấy có sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) về tỷ lệ hiểu biết trung bình giữa các nội dung phỏng vấn và giữa các nhóm. Tuy nhiên, nhóm NVYT TYT xã có tỷ lệ hiểu biết trung bình có phần thấp hơn (61,8%) so với nhóm NVYT tuyển tỉnh (76,2%) với $p<0,05$.

Khi phân tích kiến thức về giám sát viêm gan vi rút cho thấy tỷ lệ có kiến thức đúng chung của NVYT ở mức trung bình 60,5%. Không có sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) giữa các nhóm NVYT về tỷ lệ hiểu biết trung bình giữa các nội dung phỏng vấn và giữa các nhóm. Tuy nhiên, nhóm NVYT TYT xã có tỷ lệ hiểu biết trung bình có phần thấp hơn (52,3%) so với của nhóm NVYT tuyển tỉnh (73,7%) với $p<0,05$.

Bảng 3.18. Tỷ lệ NVYT có thái độ đúng về giám sát viêm gan vi rút

Nội dung thái độ	Nhóm được điều tra (n, %)			Tổng chung (n=370)
	NVYT tuyển tỉnh (n=81)	NVYT tuyển huyện (n=217)	NVYT TYT (n=72)	
Sự quan tâm đối với tỷ lệ nhiễm VGVR B, C trong cộng đồng	61(75,3)	127(58,5)	38 (52,8)	226 (61,1)
Sự quan tâm đối với sự nguy hiểm của VGVR B, C	60(70,4)	144(66,3)	46 (63,9)	250 (67,6)
Thái độ với sự chủ động xét nghiệm sàng lọc phát hiện VGVR	59(72,8)	141(64,9)	50 (69,4)	250 (67,6)
Sự cần thiết áp dụng biện pháp dự phòng chủ động	54(66,7)	143(65,8)	46 (63,9)	243 (65,7)
Sự cần thiết áp dụng điều trị dự phòng cho trẻ ngay khi sinh	65(80,2)	144(66,3)	47 (65,2)	256 (69,2)
Sự cần thiết tiêm vắc xin VGB cho trẻ trong vòng 24 giờ sau sinh	55(67,9)	138(63,6)	42 (58,3)	235 (63,1)
Tỷ lệ trung bình (%)	72,2⁽¹⁾	64,2⁽²⁾	62,3⁽³⁾	65,8
So sánh p	Chung $p>0,05$; $p_3/p_1<0,05$			

Tỷ lệ NVYT có thái độ đúng đối với các nội dung được hỏi là khá tốt từ 62,3% tới 72,2% (trung bình 65,8%). Nhân viên y tế tại các tuyến có thái độ đúng về áp dụng điều trị dự phòng cho trẻ ngay sau khi sinh có tỷ lệ cao nhất với 69,2%; trong khi đó thái độ về thực trạng nhiễm vi rút viêm gan trong cộng đồng có tỷ lệ thấp nhất với 61,1%.

Kết quả nghiên cứu không cho thấy có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ có thái độ đúng trung bình giữa các nội dung phỏng vấn và giữa các nhóm, trừ nhóm NVYT TYT xã có tỷ lệ thái độ đúng có phần thấp hơn (62,3%) so với tỷ lệ trung bình cả 3 nhóm là 65,8% và so với của nhóm cán bộ tuyến tỉnh (72,2%) với $p < 0,05$.

Bảng 3.19. Tỷ lệ NVYT có thực hành đúng trong giám sát viêm gan vi rút

Nội dung thực hành	Nhóm được điều tra (n, %)			Tổng chung (n=370)
	NVYT tuyến tỉnh (n=81)	NVYT tuyến huyện (n=217)	NVYT TYT (n=72)	
Báo cáo ngay khi có ca nhiễm VGVR nghi ngờ hoặc ca xác định	55(67,9)	111(51,2)	35 (48,6)	201 (54,3)
Kiểm tra thông tin về loại vi rút viêm gan khi nhận được báo cáo	58(71,6)	133(61,3)	30 (41,7)	221 (59,7)
Đã từng đi xét nghiệm vi rút viêm gan	56(69,1)	127(57,1)	40 (55,6)	223 (60,3)
Hướng dẫn mọi người tiêm phòng vắc xin VGB	53(65,4)	132(60,8)	45 (62,5)	230 (62,1)
Trung bình tỷ lệ (%)	68,5₍₁₎	57,6₍₂₎	52,1₍₃₎	59,1
So sánh p	Chung $p > 0,05$; $p_3/p_1 < 0,05$			

Tỷ lệ thực hành đúng chung của NVYT làm công tác giám sát viêm gan vi rút B, C là 59,1%; trong đó nhóm NVYT tại tuyến tỉnh có phần cao hơn so với các nhóm cán bộ khác, đặc biệt về nội dung thực hành “Báo cáo ca bệnh”. Tỷ lệ cho các nội dung khác của NVYT tuyến tỉnh như “Kiểm tra lại thông tin về nhiễm loại vi rút gây bệnh” và “Đã từng đi xét nghiệm vi rút viêm gan” chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 71,6%

và 69,1%. Đối với nhóm NVYT làm việc tại TYT xã có tỷ lệ thực hành đúng còn thấp ở hầu hết các nội dung, riêng nội dung “Hướng dẫn mọi người đi tiêm phòng” cao hơn cả nhóm NVYT tuyến huyện với 62,5% so với 60,8%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê khi so sánh chung giữa các nhóm NVYT được điều tra ($p>0,05$), trừ trường hợp giữa nhóm NVYT tuyến tỉnh với nhóm NVYT TYT xã có sự khác biệt đáng kể, với $p<0,05$.

3.1.5. Một số kết quả giám sát viêm gan vi rút B, C trong năm 2015 của tỉnh Thái Bình

Bảng 3.20. Kết quả giám sát trường hợp mắc viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình, năm 2015

Loại viêm gan vi rút	Số lượng	Tỷ lệ %	Tỷ lệ/100.000 dân*
Viêm gan vi rút B.	836	64,0	46,7
Viêm gan vi rút C	148	11,3	8,27
Viêm gan vi rút (không phân loại)	322	24,7	17,9
Tổng	1.306	100,0	73,0

(*): Dân số tại tỉnh Thái Bình năm 2015 là 1.789.200 dân [46]

Trong năm 2015, cả tỉnh Thái Bình có 1.306 trường hợp chẩn đoán viêm gan vi rút, không ghi nhận trường hợp tử vong do viêm gan vi rút. Trong đó có 836 trường hợp có xét nghiệm dương tính với vi rút viêm gan B chiếm tỷ lệ 64,0% và 148 trường hợp dương tính với vi rút viêm gan C chiếm 11,3%. Còn một tỷ lệ khá lớn 24,7% được chẩn đoán như là trường hợp viêm gan vi rút nhưng không có kết quả xét nghiệm khẳng định hoặc phân loại vi rút cụ thể.

“Tại các bệnh viện việc chẩn đoán vẫn dựa chủ yếu vào lâm sàng và một số xét nghiệm cơ bản, việc xét nghiệm chẩn đoán xác định chưa thực sự quan tâm lắm vì điều kiện xét nghiệm còn hạn chế và phác đồ điều trị đặc hiệu chưa có”

Bác sỹ Bệnh viện Đa khoa Hưng Hà

“Việc xác định tử vong do bệnh viêm gan vi rút rất khó khăn do khi bệnh nhân tử vong thường do hậu quả như xơ gan hoặc ung thư gan, mà những bệnh này lại là hậu quả của nhiều nguyên nhân khác nhau”

Bác sỹ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

*** Tổng hợp chung ý kiến của các đơn vị điều tra về hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C**

Tổng hợp chung ý kiến của các đơn vị điều tra về các nội dung chính liên quan đến công tác giám sát viêm gan vi rút B, C cho thấy việc triển khai giám sát viêm gan vi rút B, C đã được thực hiện lồng ghép với các bệnh truyền nhiễm khác và đang thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Tuy nhiên, thực tế qua điều tra các đơn vị thống nhất vẫn còn một số điểm hạn chế cần phải củng cố trong việc giám sát viêm gan vi rút B, C, cụ thể:

1. Thông tư 48/2010/TT-BYT là văn bản pháp quy về giám sát bệnh truyền nhiễm nhưng chưa quy định việc báo cáo riêng viêm gan vi rút B, C; chưa có định nghĩa ca bệnh, hướng dẫn giám sát, báo cáo đối với viêm gan vi rút B, C.

2. Thông tin số liệu giám sát viêm gan vi rút B, C còn dựa trên ca bệnh lâm sàng, thiếu thông tin cụ thể về ca bệnh, báo cáo không kịp thời, phản hồi thấp dẫn đến việc ít sử dụng kết quả giám sát viêm gan vi rút B, C trong việc xây dựng kế hoạch, phòng, chống bệnh dịch.

3. Năng lực xét nghiệm tại các tuyến huyện đã có thể đảm bảo cho việc xét nghiệm sàng lọc và tuyến tỉnh đã có thể xét nghiệm xác định viêm gan vi rút B, C.

4. Kiến thức cán bộ y tế về viêm gan vi rút B, C đã khá tốt ở tuyến tỉnh nhưng tại tuyến huyện, tuyến xã còn khá thấp, từ đó có ảnh hưởng tới thực hành đúng của các cán bộ hai tuyến này.

5. Phần lớn các đơn vị chưa thường xuyên tổ chức các lớp đào tạo/ tập huấn về giám sát viêm gan vi rút B, C, đặc biệt là tuyến huyện, xã.

Những đặc điểm về thực trạng giám sát viêm gan vi rút trong đó có viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015 là cơ sở cho việc xác định và tiến hành các biện pháp can thiệp của luận án nhằm nâng cao chất lượng giám sát tại tuyến huyện.

3.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp tăng cường chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tuyến huyện của tỉnh Thái Bình năm 2016

3.2.1. Một số kết quả triển khai biện pháp tăng cường giám sát viêm gan vi rút

3.2.1.1. Một số thay đổi trong việc giám sát viêm gan vi rút

Từ tháng 01 - 12/2016, tại huyện Hưng Hà đã được triển khai một số hoạt động can thiệp nhằm nâng cao chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C. Trong đó, các lớp tập huấn cho cán bộ y tế tham gia công tác khám, điều trị, xét nghiệm và dự phòng viêm gan vi rút B, C tại Trung tâm Y tế huyện và Bệnh viện Đa khoa huyện Hưng Hà được tổ chức trong tháng 01/2016 để phổ biến các nội dung về viêm gan vi rút B, C các hướng dẫn khám, chẩn đoán, xét nghiệm, điều trị, báo cáo giám sát bệnh theo các hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới, Bộ Y tế và yêu cầu của luận án đề cập trong nội dung nghiên cứu can thiệp.

Bảng 3.21. Tỷ lệ tham gia các lớp tập huấn của NVYT huyện Hưng Hà

Hoạt động can thiệp	Đối tượng	Tỷ lệ (%) cán bộ tham gia
Tập huấn về công tác khám, điều trị bệnh, báo cáo VGB, VGC	NVYT tại phòng khám và khoa bệnh truyền nhiễm của Bệnh viện Đa khoa huyện Hưng Hà	34/35 (97,1%)
Tập huấn về xét nghiệm VGB, VGC	NVYT trực tiếp tham gia xét nghiệm tại các khoa xét nghiệm của BVĐK huyện, TTYT huyện Hưng Hà	16/17 (94,1%)
Tập huấn về công tác giám sát VGB, VGC	NVYT tham gia công tác giám sát viêm gan vi rút B, C tại huyện Hưng Hà	65/67 (97%)

Tỷ lệ cán bộ y tế làm công tác giám sát viêm gan vi rút B, C tham gia các lớp tập huấn trong khuôn khổ các hoạt động can thiệp của luận án khá cao, chiếm trên 94% ở các 3 nhóm nội dung: công tác khám, điều trị bệnh, báo cáo; xét nghiệm và giám sát viêm gan vi rút B, C.

Bảng 3.22. Một số thay đổi trong việc giám sát viêm gan vi rút B, C

STT	Nội dung giám sát	Theo yêu cầu cũ	Theo yêu cầu mới
1	Thời gian báo cáo	Báo cáo định kì tháng, năm	Báo cáo trong vòng 48 giờ
2	Chỉ số báo cáo	Số mắc/tử vong	Thông tin từng trường hợp mắc/tử vong
3	Thông tin tên bệnh	Viêm gan vi rút (chung)	Phân loại viêm gan vi rút B, C
4	Kết quả xét nghiệm	Không bắt buộc	Kèm theo báo cáo trường hợp bệnh.
5	Thông tin ca bệnh	Không yêu cầu	Thông tin hành chính và đặc điểm dịch tễ
6	Hình thức báo cáo	Qua điện thoại, báo cáo giấy	Qua email
7	Đơn vị báo cáo	Bệnh viện báo cáo sang Trung tâm Y tế huyện	Bệnh viện trực tiếp báo cáo Trung tâm Y tế huyện và Trung tâm YTDP tỉnh.
8	Vai trò của Trung tâm Y tế huyện	Đơn đốc thu thập số liệu, tổng hợp, phân tích, báo cáo trực tiếp	Kiểm tra số liệu, tổng hợp, phân tích, báo cáo qua email và các phần mềm quản lý giám sát

Công tác giám sát viêm gan vi rút B, C đã có sự thay đổi trong hai năm 2015 và 2016. Năm 2015, tại các huyện của tỉnh Thái Bình áp dụng Thông tư số 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế, theo đó thời gian báo cáo số lượng mắc viêm gan vi rút là báo cáo tháng và báo cáo năm. Từ năm 2016, tại huyện Hưng Hà thay đổi thành báo cáo ca bệnh trong vòng 48 giờ kèm thông tin xét nghiệm phân loại vi rút viêm gan B, C; hình thức báo cáo sẽ báo cáo qua email. Việc báo cáo do Bệnh viện Đa khoa huyện Hưng Hà trực tiếp là đơn vị báo cáo, Trung tâm Y tế huyện Hưng Hà đóng vai trò đơn đốc, tổng hợp và phân tích tình hình chung.

Tại huyện Vũ Thư, huyện đối chứng của luận án, vẫn tiến hành các hoạt động giám sát thường quy theo quy định tại Thông tư số 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế. Trong năm 2016, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 54/2015/TT-BYT thay thế Thông tư số 48/2010/TT-BYT và có hiệu lực từ 01/7/2016; tuy nhiên, để thực hiện Thông tư này cần tổ chức tập huấn và xây dựng phần mềm báo cáo bệnh truyền nhiễm dùng chung trên phạm vi cả nước nên trong thực tế đến thời điểm 01/7/2016 cho đến hết

năm 2016, phần mềm vẫn đang được hoàn thiện và các tỉnh đang trong quá trình tập huấn thực hiện nên chưa chính thức triển khai, do đó các tỉnh vẫn thực hiện theo quy định tại Thông tư số 46/2010/TT-BYT. Như vậy, có thể nói Thông tư số 54/2015/TT-BYT của Bộ Y tế trong năm 2016 chưa ảnh hưởng đến kết quả triển khai các hoạt động đối chứng tại huyện Vũ Thư theo nội dung can thiệp của luận án.

3.2.1.2 Kết quả phát hiện bệnh nhân viêm gan vi rút B, C trong năm 2016.

Bảng 3.23. Số bệnh nhân viêm gan vi rút B, C phát hiện trong năm 2016 của huyện Hưng Hà và Vũ Thư

Loại viêm gan vi rút	Hưng Hà		Vũ Thư	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Viêm gan vi rút B	180	70,0	138	78,9
Viêm gan vi rút C	73	28,3	35	20,0
Đồng nhiễm VRVG B, C	4	1,7	2	1,1
Tổng	257	100,0	175	100,0

Trong năm 2016, tại huyện Hưng Hà ghi nhận 257 trường hợp mắc viêm gan vi rút, trong đó viêm gan vi rút B chiếm 70,0 %, viêm gan vi rút C chiếm 28,3 %, có 1,7% bệnh nhân đồng nhiễm vi rút viêm gan B, C. Tại Vũ Thư ghi nhận 175 trường hợp mắc viêm gan vi rút, với tỷ lệ nhiễm viêm gan vi rút B, C và đồng nhiễm lần lượt là 78,9%; 20,0%; 1,1%.

Bảng 3.24. Tình trạng nhiễm vi rút viêm gan trong nhóm đối tượng điều trị Methadone tại huyện Hưng Hà và Vũ Thư năm 2016

Nhóm đối tượng đang điều trị Methadone	Hưng Hà (n=141)		Vũ Thư (n=110)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Phân theo tình trạng nhiễm vi rút viêm gan				
<i>Viêm gan vi rút B</i>	17	12,1	13	11,8
<i>Viêm gan vi rút C</i>	64	45,4	47	42,7
<i>Đồng nhiễm vi rút viêm gan B, C</i>	4	2,8	2	1,8
<i>Không nhiễm vi rút viêm gan B, C</i>	56	39,7	48	43,6
Tỷ lệ nhiễm so với tổng số bệnh nhân VGVR B, C tại huyện	85/257	33,3	62/175	35,4

Trong số trường hợp đang điều trị Methadone, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C tại Hưng Hà và Vũ Thư lần lượt là 45,4% và 42,7%. Số trường hợp nhiễm vi rút viêm gan B, C thuộc nhóm đối tượng đang điều trị Methadone chiếm tỷ lệ khá cao so với tổng số bệnh nhân viêm gan vi rút B, C phát hiện trong toàn huyện với tỷ lệ là 33,3% tại huyện Hưng Hà và 35,4% tại huyện Vũ Thư.

3.2.2. Hiệu quả trong thay đổi chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C

Bảng 3.25. Hiệu quả về chất lượng báo cáo số liệu giám sát viêm gan vi rút B, C

Nội dung khảo sát	Huyện Hưng Hà				Huyện Vũ Thư				HQCT Psct (2,4)
	TCT ₍₁₎ (%) (n=170)	SCT ₍₂₎ (%) (n=257)	CS HQ (%)	P _(1,2)	TCT ₍₃₎ (%) (n=173)	SCT ₍₄₎ (%) (n=175)	CS HQ (%)	P _(3,4)	
Tính đầy đủ									
Tỷ lệ báo cáo giám sát thường xuyên đầy đủ	91,8	81,7	-	-	90,8	94,9	-	-	-
Tỷ lệ báo cáo có kết quả XN căn nguyên trong báo cáo giám sát theo quy định đối với bệnh viện	75,3	97,3	29,2	<0,001	75,7	80,6	6,5	>0,05	22,7 <0,0001
Tính đúng hạn									
Tỷ lệ báo cáo GS thường xuyên đúng thời gian	74,7	50,6	-	-	75,1	83,3	-	-	-
Tính hữu dụng									
	(n=65)	(n=67)			(n=66)	(n=69)			
Sử dụng kết quả giám sát trong phòng, chống dịch VGVR	30,7	50,7	65,1	<0,05	31,8	36,2	13,8	>0,05	51,3 <0,05

TCT: Trước can thiệp
CSHQ: Chỉ số hiệu quả

SCT: Sau can thiệp
HQCT: Hiệu quả can thiệp

Tỷ lệ báo cáo giám sát thường xuyên đầy đủ theo quy định và đúng thời gian tại huyện Hưng Hà tại thời điểm sau can thiệp là 81,7%; tỷ lệ báo cáo có kết quả xét nghiệm căn nguyên trong báo cáo giám sát theo quy định đối với bệnh viện được cải thiện rõ rệt với CSHQ=29,2%. Trong khi đó tại huyện Vũ Thư các chỉ số về hoạt động giám sát thường xuyên theo quy định và đúng thời gian đều có sự cải thiện, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Việc sử dụng kết quả số liệu giám sát trong phòng, chống viêm gan vi rút có hiệu quả rõ rệt tại huyện Hưng Hà khi so sánh tại thời điểm sau can thiệp và trước can thiệp khi CSHQ=65,1% và sự khác biệt giữa hai thời điểm là có ý nghĩa thống kê. So sánh tại thời điểm sau can thiệp với huyện Vũ Thư, huyện Hưng Hà có chỉ số hiệu quả can thiệp tốt hơn hẳn với hiệu quả can thiệp là 51,3% và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Hiệu quả tăng độ nhạy của phương thức giám sát mới tại huyện Hưng Hà

Bảng 3.26. Độ nhạy ước tính của phương thức giám sát mới tại huyện Hưng Hà năm 2015 – 2016

	Tỷ lệ ước tính nhiễm VRVG B,C trong số bệnh nhân đến khám (%) (*)	Tỷ lệ ước tính mắc bệnh VGVR B,C (%) (**)	Số bệnh nhân đến khám tại huyện (***)	Ước tính số bệnh nhân mắc VGVR B,C trong số bệnh nhân đến khám	Số bệnh nhân VGVR B,C phát hiện	Độ nhạy của các biện pháp can thiệp
Năm 2015 (Trước can thiệp)						
VGB	10,8	20	65.229	1.409	128	9,1
VGC	1,2	20	65.229	157	42	26,8
Tổng chung				1.566	170	10,8(1)
Năm 2016 (Sau can thiệp 1 năm)						
VGB	10,8	20	68.560	1.481	184 (****)	12,4
VGC	1,2	20	68.560	165	73	44,2
Tổng chung				1.646	257	15,6 (2)
$P_{(1,2)} < 0,001$						
Chỉ số hiệu quả độ nhạy đối với cả vi rút viêm gan B và C						44,4%
Chỉ số hiệu quả độ nhạy đối với vi rút viêm gan B						36,3%
Chỉ số hiệu quả độ nhạy đối với vi rút viêm gan C						57,5%

(*): Số liệu ước tính của Tổ chức Y tế thế giới [118]

(**): Tỷ lệ ước tính mắc viêm gan vi rút của Việt Nam [48]

(***): Báo cáo hoạt động giám sát viêm gan vi rút tại tỉnh Thái Bình năm 2015, 2016 [3], [4]

(****) bao gồm cả 4 trường hợp đồng nhiễm vi rút viêm gan B, C

Năm 2015, độ nhạy ước tính giám sát viêm gan vi rút là 10,8; thấp hơn nhiều so với độ nhạy ước tính ở năm 2016 với 15,6. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chỉ số hiệu quả của độ nhạy phát hiện viêm gan vi rút B, C trong năm 2016 so với năm 2015 tại huyện Hưng Hà là 44,4%.

3.2.4. Tính hữu dụng trong thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của NVYT ở huyện can thiệp và đối chứng

Bảng 3.27. Thay đổi về kiến thức của NVYT ở huyện can thiệp và đối chứng

Nội dung khảo sát	Huyện Hưng Hà				Huyện Vũ Thư				HQCT P _{SCT (2,4)}
	TCT ₍₁₎ (%) (n=65)	SCT ₍₂₎ (%) (n=67)	CS HQ (%)	P _(1,2)	TCT ₍₃₎ (%) (n=66)	SCT ₍₄₎ (%) (n=69)	CS HQ (%)	P _(3,4)	
Biết đúng ĐNCB VGVR	49,2	85,1	72,8	<0,001	53,0	59,4	12,0	>0,05	60,8 <0,001
Loại vi rút gây bệnh	69,2	95,5	38,0	<0,001	72,7	82,6	13,6	>0,05	24,4 <0,05
Đường lây truyền	63,1	92,5	46,7	<0,001	66,7	71,0	6,5	>0,05	40,2 <0,01
Cách phòng chống	66,2	94,0	42,1	<0,001	62,1	69,6	12,0	>0,05	30,2 <0,001
Sự nguy hiểm của bệnh	60,0	86,6	44,3	<0,001	62,1	72,5	16,6	>0,05	27,6 <0,05
Thông tin cần báo cáo liên quan đến ca bệnh	60,0	77,6	29,4	<0,05	59,1	71,0	20,2	>0,05	9,2 >0,05
Sự cần thiết giám sát VGVR theo ca bệnh xác định	66,2	83,6	26,3	<0,05	56,1	68,1	21,5	>0,05	4,8 >0,05
Quy định hiện hành về giám sát VGVR	66,2	85,1	28,6	<0,05	60,6	69,6	14,8	>0,05	13,8 <0,05

Hiệu quả can thiệp đối với kiến thức về viêm gan vi rút của NVYT tại huyện Hưng Hà có sự cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, cụ thể: kiến thức đúng về ĐNCB (HQCT=60,8%); loại vi rút (HQCT=24,4%); đường lây truyền (HQCT=40,2%); cách phòng chống (HQCT=30,2%); sự nguy hiểm của bệnh (HQCT=27,6%) và quy định hiện hành về giám sát viêm gan vi rút (HQCT=13,8%). So sánh sự thay đổi về các chỉ số kiến thức này ở huyện can thiệp so với huyện đối chứng ở thời điểm sau can thiệp cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại huyện Vũ Thư sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.28. Thay đổi thái độ của NVYT ở huyện can thiệp và đối chứng

Nội dung khảo sát	Huyện Hưng Hà				Huyện Vũ Thư				HQCT P _{SCT (2,4)}
	TCT ₍₁₎ (%) (n=65)	SCT ₍₂₎ (%) (n=67)	CS HQ (%)	P _(1,2)	TCT ₍₃₎ (%) (n=66)	SCT ₍₄₎ (%) (n=69)	CS HQ (%)	P _(3,4)	
Sự quan tâm đối với tỷ lệ nhiễm VGVR B, C trong cộng đồng	63,1	85,1	34,9	<0,01	63,6	69,6	9,4	>0,05	25,5 <0,05
Sự quan tâm về sự nguy hiểm của VGVR B, C	66,2	89,6	35,4	<0,01	66,7	75,4	13,1	>0,05	22,3 <0,05
Thái độ với sự chủ động xét nghiệm sàng lọc phát hiện VGVR	66,2	79,1	19,6	>0,05	65,2	71	9,0	>0,05	10,6 >0,05
Sự cần thiết áp dụng dự phòng chủ động	70,8	88,1	24,4	<0,05	69,7	75,4	8,2	>0,05	16,2 >0,05
Sự cần thiết áp dụng điều trị dự phòng cho trẻ ngay khi sinh	70,8	85,1	20,2	>0,05	68,2	73,9	8,4	>0,05	11,8 >0,05
Sự cần thiết tiêm vắc xin VGB cho trẻ trong vòng 24 giờ sau sinh	56,9	80,6	41,6	<0,01	59,1	68,1	15,2	>0,05	26,4 >0,05

Thái độ của cán bộ y tế trong công tác giám sát viêm gan vi rút ở huyện Hưng Hà được cải thiện rõ rệt sau can thiệp, cụ thể: thái độ về sự quan tâm với tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan trong cộng đồng (HQCT=25,5%); thái độ đối với sự quan tâm về nguy hiểm của viêm gan vi rút (HQCT=22,3%). Sự khác biệt của các chỉ số trên của NVYT huyện Hưng Hà và huyện Vũ Thư trước và sau can thiệp là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại huyện Vũ Thư sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.29. Thay đổi về thực hành của NVYT ở huyện can thiệp và đối chứng

Nội dung khảo sát	Huyện Hưng Hà				Huyện Vũ Thư				HQCT
	TCT ⁽¹⁾ (%) (n=65)	SCT ⁽²⁾ (%) (n=67)	CS HQ (%)	P _(1,2)	TCT ⁽³⁾ (%) (n=66)	SCT ⁽⁴⁾ (%) (n=69)	CS HQ (%)	P _(3,4)	P _{SCT (2,4)}
Báo cáo ngay khi có ca nhiễm VGVR nghi ngờ hoặc ca xác định	60,0	82,1	36,8	<0,05	56,1	59,4	5,9	>0,05	30,9 <0,05
Kiểm tra thông tin về loại vi rút viêm gan khi nhận được báo cáo	63,1	88,1	39,7	<0,01	66,7	69,6	4,3	>0,05	35,4 <0,01
Đã từng đi xét nghiệm vi rút viêm gan	61,5	65,7	6,8	>0,05	59,1	60,9	3,0	>0,05	3,8 >0,05
Hướng dẫn mọi người tiêm phòng vắc xin VGB	66,2	82,1	24,1	<0,05	69,7	75,4	8,2	>0,05	15,9 >0,05

Thực hành của NVYT tại huyện Hưng Hà có sự cải thiện rõ rệt sau can thiệp với: thực hành báo cáo ngay khi có trường hợp viêm gan vi rút nghi ngờ hoặc ca bệnh xác định (HQCT=30,9%), kiểm tra thông tin về loại vi rút viêm gan khi nhận được báo cáo (HQCT=35,4%). Sự khác biệt của các chỉ số trên của NVYT huyện Hưng Hà và huyện Vũ Thư trước và sau can thiệp là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại huyện Vũ Thư sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.5. Ý kiến về tính phù hợp, lợi ích và khả thi của biện pháp can thiệp của cán bộ y tế tại huyện Hưng Hà

3.2.5.1. Ý kiến về tính lợi ích và phù hợp của biện pháp can thiệp của cán bộ y tế tại huyện Hưng Hà

Bảng 3.30. Ý kiến về lợi ích và tính phù hợp các hoạt động can thiệp của NVYT

STT	Nội dung khảo sát	CBYT Hưng Hà (n=67)	
		Số lượng	%
Tính lợi ích			
1.	Giúp cải thiện năng lực của bản thân	56	83,6
2.	Giúp cải thiện hoạt động giám sát viêm gan vi rút	57	85,1
Tính phù hợp			
1.	Phù hợp với nhiệm vụ và chức năng	62	92,5
2.	Phù hợp với khả năng	52	77,6
3.	Phù hợp với chuyên ngành đào tạo	50	74,6
4.	Có đủ thời gian tham gia giám sát	45	67,2

Tìm hiểu về ý kiến của các NVYT tại huyện Hưng Hà về tính lợi ích và tính phù hợp của các hoạt động can thiệp cho thấy: có 83,6% NVYT cho thấy hoạt động can thiệp giúp cải thiện năng lực của bản thân và 85,1% giúp cải thiện hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C.

Yếu tố phù hợp với nhiệm vụ và chức năng của hoạt động can thiệp có 92,5% cán bộ đánh giá tốt. Nhân viên y tế huyện Hưng Hà cho rằng có 77,6% và 74,6% hoạt động can thiệp phù hợp với khả năng và chuyên ngành đào tạo của bản thân. Trong khi đó chỉ có 67,2% NVYT cho rằng có đủ thời gian để tham gia giám sát.

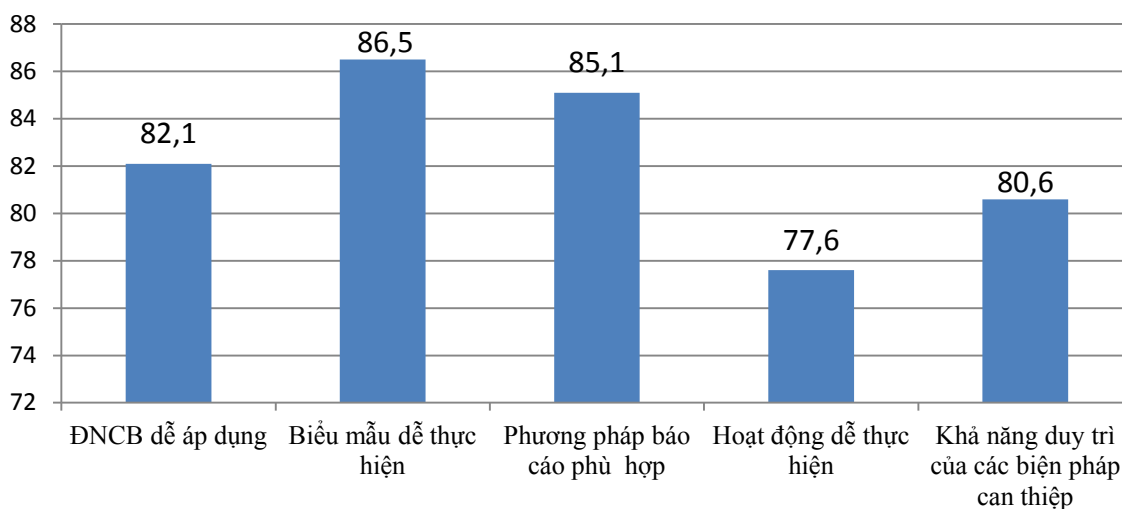
“đây là lần đầu tiên được tham gia lớp tập huấn theo phương pháp này để phát hiện đúng ca bệnh VGVR theo định nghĩa ca bệnh chuẩn. Nó giúp cho chúng tôi xác định ca bệnh chính xác hơn”

Bác sỹ BVĐK huyện Hưng Hà

“giúp cho việc cải thiện năng lực của tuyến huyện đồng thời nó đã giúp cho huyện tạo cơ chế phối chặt chẽ giữa TTYTDP huyện với BVĐK huyện và phòng y tế và với các đơn vị y tế công lập và tư nhân trong các hoạt động giám sát”.

Cán bộ Khoa KSBTN, TTYT huyện Hưng Hà

3.2.5.2. Ý kiến về tính khả thi của biện pháp can thiệp tại huyện Hưng Hà



Biểu đồ 3.4. Tính khả thi của các biện pháp can thiệp

Kết quả phỏng vấn NVYT về tính khả thi của các hoạt động can thiệp giám sát cho thấy khoảng 82,1% các ý kiến cho rằng ĐNCB dễ áp dụng ở cơ sở; 86,5% ý kiến cho rằng các biểu mẫu giám sát dễ thực hiện; 85,1% - 77,6% ý kiến đồng ý phương pháp báo cáo phù hợp và các hoạt động đều dễ thực hiện; 80,6% ý kiến của NVYT cho rằng các hoạt động can thiệp này có khả năng duy trì trong tương lai.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1. Về thực trạng hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015

4.1.1. Đối với tính pháp lý và thực trạng cán bộ y tế của hệ thống giám sát viêm gan vi rút tại tỉnh Thái Bình năm 2015

* Tính pháp lý của công tác giám sát

Việc giám sát viêm gan vi rút tại Việt Nam được thực hiện theo Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế, là một trong 28 bệnh truyền nhiễm được báo cáo định kỳ theo tháng, năm, không nằm trong danh mục phải báo cáo hàng tuần (báo cáo tuần chỉ bao gồm các bệnh truyền nhiễm cấp tính). Việc giám sát viêm gan vi rút được lồng ghép vào hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm quốc gia và số liệu báo cáo chủ yếu dựa vào kết quả chẩn đoán lâm sàng, không phân biệt được loại vi rút gây bệnh và không quản lý đến từng ca bệnh. Quy định này chưa phù hợp với đặc điểm của viêm gan vi rút B, C do đây là hai bệnh có biện pháp phòng bệnh và điều trị đặc hiệu khác nhau nên rất cần có chẩn đoán xác định để đưa ra các biện pháp điều trị và hướng dẫn phòng bệnh một cách hiệu quả nhất.

Theo quy định tại Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế, theo đó số liệu báo cáo được tính theo từng tháng và báo cáo trước ngày 05 hàng tháng đối với tuyến xã, trước ngày 10 hàng tháng đối với tuyến huyện và trước ngày 15 hàng tháng đối với tuyến tỉnh. Các chỉ số báo cáo bao gồm: số người mắc/tử vong do viêm gan vi rút trong tháng/năm và số tích lũy người mắc/tử vong do viêm gan vi rút trong tháng/năm. Trong trường hợp có ổ dịch, dịch thì nội dung báo cáo được yêu cầu thêm các thông tin về kết quả giám sát dịch tễ các trường hợp mắc bệnh, thời gian, địa điểm phát hiện các trường hợp nghi ngờ mắc bệnh, mắc viêm gan vi rút tại ổ dịch hoặc dịch. Quy định này cũng dẫn đến việc thông tin không đầy đủ và chậm trễ trong việc đáp ứng do cả hai bệnh thường có diễn biến mạn tính nên việc theo dõi mang tính liên tục, lâu dài, nếu không có các thông tin sẽ không theo dõi được tại cộng đồng trong khi cả hai bệnh đều có khả năng lây truyền cao nên khi phát hiện cần có khuyến nghị sớm với gia đình và cộng đồng để áp dụng các biện pháp phù hợp.

Như vậy, việc thu thập số liệu về viêm gan vi rút ở nước ta theo hệ thống giám sát thường quy chỉ phản ánh được tổng số bệnh nhân viêm gan do vi rút đến nhập viện mà không phản ánh được số liệu đối với từng loại vi rút viêm gan cũng như các thông tin về ca bệnh để có thể xác định các hoạt động ưu tiên trong dự phòng, điều trị viêm gan vi rút B, C một cách phù hợp, hiệu quả.

* Thực trạng NVYT ở các đơn vị tham giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015

- Về số lượng NVYT làm công tác giám sát

Nguồn nhân lực là nhân tố quan trọng đảm bảo chất lượng các hoạt động giám sát bệnh truyền nhiễm nói chung và hoạt động giám sát viêm gan vi rút nói riêng. Theo quy định của Thông tư số 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế [10], thành phần NVYT tham gia công tác giám sát bệnh truyền nhiễm nói chung và viêm gan vi rút nói riêng chủ yếu từ các đơn vị YTDP và điều trị, cụ thể là Trung tâm YTDP tỉnh, TTYT huyện, TYT xã, các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến tỉnh, huyện, bao gồm cả các đơn vị y tế tư nhân.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại các Trung tâm YTDP tỉnh, TTYT huyện, TYT xã đã cơ bản đáp ứng đủ về số lượng cán bộ theo quy định tại Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05/6/2007 của Bộ Nội vụ và Bộ Y tế [6], theo đó số lượng NVYT của Trung tâm YTDP tỉnh đối với tỉnh có dân số từ trên 1,5 đến 2 triệu người là 66 - 75 người, Trung tâm Y tế huyện đối với huyện có dân số từ trên 250.000 đến 350.000 người là 41 - 45 người và Trạm Y tế vừa đạt mức tối thiểu 5 người/trạm.

Cũng theo quy định tại Thông tư 08 nêu trên, số NVYT tại các BVĐK tỉnh, BVĐK huyện có số cán bộ thiếu rất nhiều, đối với BVĐK tỉnh mới đạt 0,7 người/giường bệnh so với mức tối thiểu là 1,25 người/giường bệnh và đối với BVĐK huyện mới đạt 0,8 người/giường bệnh so với mức tối thiểu là 1,1 người/ giường bệnh. Như vậy sẽ ảnh hưởng lớn đến việc phân bổ NVYT tham gia công tác thống kê, báo cáo số liệu của các bệnh viện cho công tác giám sát bệnh truyền nhiễm nói chung, viêm gan vi rút nói riêng, trong khi các số liệu giám sát viêm gan vi rút rất cần có số

liệu báo cáo thường xuyên và đầy đủ từ các bệnh viện. Kết quả này tương đồng với đánh giá về nhân lực năm 2007 của tác giả Nguyễn Văn Hiếu và Đặng Đức Anh [2], [25]. Như vậy, thiếu NVYT là một trong những khó khăn lớn của hầu hết các BVĐK trong giai đoạn này, đặc biệt là tại các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến tỉnh, huyện.

- Về trình độ học vấn, chuyên môn, kinh nghiệm công tác

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng về chất lượng NVYT tại các đơn vị nhóm đối tượng có trình độ đại học trở lên cũng chiếm tỷ lệ khá thấp với yêu cầu tối thiểu chung. Tỷ lệ cán bộ y, dược tại các đơn vị thì chiếm tỷ lệ khá cao với 85,3% tại BVĐK tỉnh và 73% tại BVĐK huyện. Nhân viên y tế tham gia hoạt động giám sát bệnh truyền nhiễm ở các tuyến hầu hết không phải là các NVYT được đào tạo đúng chuyên ngành như y học dự phòng, YTCC, vi sinh, dịch tễ; mới có tỷ lệ khá thấp 14,1% và 10,1% là NVYT chuyên khoa YTCC hay y học dự phòng [49], [52]. Tỷ lệ này trong đánh giá khác là 30%-31% ở tuyến tỉnh và 6,7% - 10,6% ở tuyến huyện [26], [33].

Như vậy, các đơn vị sẽ phải mất nhiều nguồn lực cho việc đào tạo lại để bổ sung thêm nhiều kiến thức chuyên ngành cho đội ngũ này nhằm đảm bảo hiệu quả công việc. Nhu cầu đào tạo của các tuyến là rất cao, tuy nhiên không phải đơn vị nào cũng có kế hoạch đào tạo liên tục hàng năm về giám sát bệnh truyền nhiễm nói chung và viêm gan vi rút nói riêng.

** Về phân bố số lượng cán bộ tại các khoa phòng của bệnh viện và tuyến dự phòng*

Kết quả trong nghiên cứu cho thấy cơ cấu các khoa, phòng tại các bệnh viện tham gia công tác giám sát bệnh truyền nhiễm là tương đồng ở các tuyến cũng như bệnh viện tư nhân gồm: khoa Khám bệnh, khoa Truyền nhiễm, khoa Xét nghiệm, phòng Kế hoạch tổng hợp; đồng thời cũng tương tự trong việc phân bố cán bộ tại các khoa phòng ở các bệnh viện các tuyến, trong đó số cán bộ của khoa Khám bệnh là lớn nhất và số cán bộ của các khoa truyền nhiễm, xét nghiệm, phòng kế hoạch tổng hợp là gần như nhau, trung bình khoảng từ 5-8 cán bộ. Xét về quy mô, cơ cấu các khoa phòng liên quan cũng tương đương với một bệnh viện đa khoa huyện nhưng về quản lý giám sát bệnh truyền nhiễm thì báo cáo trực tiếp cho Trung tâm YTDP tỉnh.

Riêng đối với BVĐK tỉnh thì cán bộ khoa Khám bệnh và khoa Truyền nhiễm có số cán bộ gấp đôi so với các BVĐK tuyến huyện.

4.1.2. Về năng lực đảm bảo, chính sách, chế độ trong hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015

4.1.2.1. Đối với trang thiết bị sử dụng cho giám sát viêm gan vi rút

So với mặt bằng chung của cả nước, cơ sở vật chất trang thiết bị phục vụ công tác giám sát bệnh truyền nhiễm tại tỉnh Thái Bình là khá tốt với hầu hết các đơn vị từ tỉnh đến tuyến xã đã có những trang thiết bị tối thiểu như điện thoại, máy vi tính, máy fax, đường truyền internet. Trong khi đó theo kết quả điều tra của Viện VSĐT Trung ương tại thời điểm năm 2008 tại 8 tỉnh thành phố tham gia dự án VAHIP, tại tất cả các tuyến có trên 50% số đơn vị thiếu những trang thiết bị cơ bản nêu trên để phục vụ công tác giám sát bệnh truyền nhiễm [2]. Tuy nhiên, hầu hết các trang thiết bị này đều được cung cấp từ các Dự án phòng chống cúm do các Tổ chức quốc tế tài trợ nên tính bền vững trong việc duy trì chất lượng hoạt động là vấn đề được các cán bộ y tế của tỉnh Thái Bình quan tâm trong bối cảnh các dự án đều đã kết thúc, các trang thiết bị đặc biệt là máy vi tính cũng đã bắt đầu xuống cấp. Trong khi đó việc áp dụng công nghệ thông tin luôn đòi hỏi phải có hệ thống máy tính có cấu hình mạnh, đường truyền internet tốc độ cao.

Hệ thống các trang thiết bị thiết yếu tại các BVĐK phục vụ công tác thống kê mặc dù đã có nhưng cũng chưa thực sự được quan tâm và cung cấp một cách đầy đủ. Hệ thống máy vi tính dùng trong các bệnh viện không đồng bộ do mua ở nhiều thời gian khác nhau với nhiều cấu hình khác nhau, một số đơn vị có nối mạng toàn bệnh viện nhưng hệ thống mạng quá cũ, tư vấn thiết kế không tốt dẫn đến hạn chế việc triển khai chất lượng các phần mềm bệnh viện. Hầu hết bệnh viện thống kê số liệu viêm gan vi rút theo tổng số ca mắc, tử vong bằng phần mềm Excel hoặc Word để phục vụ báo cáo tháng/quý/năm, mà hầu như không đề cập đến các chỉ số liên quan khác của ca bệnh như các thông tin về tuổi, giới, đặc điểm bệnh nhân và đặc biệt là các thông tin về yếu tố dịch tễ có liên quan. Cùng với đó kiến thức về tin học của đại đa số cán bộ trong bệnh viện còn hạn chế chưa đáp ứng yêu cầu phát triển công nghệ thông tin trong bệnh viện, mặc dù yêu cầu phải có trình độ tin học cơ bản từ lâu đã

trở thành một tiêu chí tuyển dụng bắt buộc. Chính vì vậy, hoạt động giám sát viêm gan vi rút hiện nay không đảm bảo tính kịp thời, cũng như cập nhật thường xuyên, trong khi đó hầu hết các trường hợp mắc viêm gan vi rút đều trở thành mạn tính và phải nhập viện thường xuyên [3].

4.1.2.2. Đối với hệ thống cơ sở xét nghiệm cho giám sát viêm gan vi rút

Việc xét nghiệm vi rút viêm gan B, C đã được quy định là xét nghiệm bắt buộc trong sàng lọc máu theo Điều lệnh truyền máu năm 1992, Quy chế truyền máu năm 2007 và Thông tư số 26/2013/TT-BYT của Bộ Y tế về việc hướng dẫn hoạt động truyền máu [7], [12]. Thực trạng hệ thống cơ sở xét nghiệm cho giám sát viêm gan vi rút tại tỉnh Thái Bình còn gặp nhiều khó khăn. Đánh giá thực trạng hệ thống xét nghiệm (vi sinh, miễn dịch) cũng như năng lực xét nghiệm viêm gan vi rút cho thấy các đơn vị tuyến tỉnh, kể cả bệnh viện tư nhân đã có năng lực xét nghiệm phân tử hoặc xét nghiệm miễn dịch đối với cả hai loại vi rút viêm gan B, C do đó có thể chủ động trong việc xét nghiệm chẩn đoán xác định; đối với các đơn vị tuyến huyện năng lực xét nghiệm cũng có thể thực hiện được các xét nghiệm chẩn đoán nhưng mới dừng lại ở xét nghiệm nhanh phục vụ xét nghiệm sàng lọc ban đầu đối với các trường hợp có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ. Như vậy, nếu các bệnh nhân nghi ngờ mắc viêm gan vi rút tại tuyến huyện được xét nghiệm sàng lọc vi rút viêm gan thì cũng có thể gửi các mẫu bệnh phẩm lên tuyến tỉnh để xét nghiệm chẩn đoán xác định.

Một số khó khăn trong việc triển khai các hoạt động xét nghiệm viêm gan vi rút tại Thái Bình cũng nằm trong tình hình chung do hiện nay, chưa có quy trình chuẩn hướng dẫn hoạt động xét nghiệm viêm gan vi rút trên toàn quốc cho các lĩnh vực đặc thù như: xét nghiệm chẩn đoán, theo dõi điều trị, sàng lọc trong truyền máu, giám sát điều tra cộng đồng. Trình độ và năng lực xét nghiệm vi rút viêm gan cũng rất khác nhau giữa các tuyến cũng như trong cùng tuyến từ trung ương cho đến tỉnh, huyện. Các phòng xét nghiệm của các bệnh viện tuyến huyện chủ yếu xét nghiệm được một số chỉ số về chức năng gan và thực hiện một số xét nghiệm về viêm gan vi rút bằng test nhanh, trong khi đó hầu hết các phòng xét nghiệm tuyến tỉnh, trung ương có thể thực hiện được các xét nghiệm huyết thanh học sử dụng kỹ thuật ELISA.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Trọng Lân cũng cho thấy đối với năng lực xét nghiệm phục vụ hoạt động giám sát bệnh truyền nhiễm, khả năng thực hiện các xét

nghiệm chẩn đoán vi sinh gây bệnh phục vụ cho hoạt động giám sát và phòng chống dịch chưa thực sự được chú trọng. Trung tâm YTDP tuyến tỉnh mới tập trung vào các vi khuẩn gây bệnh thường gặp như tả, lỵ thương hàn, E. Coli... mà ít tập trung vào vi rút. Chỉ có khoảng 10% các Trung tâm YTDP tỉnh thực hiện các xét nghiệm chuyên sâu [26]. Các kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy việc triển khai các hoạt động xét nghiệm tại tuyến huyện cũng chưa quan tâm đến việc chẩn đoán xác định các tác nhân gây bệnh. Điều này giải thích phần nào sự chậm trễ trong việc phát hiện sớm các ca bệnh và đưa ra các hành động thích ứng kịp thời cho các tuyến giám sát.

4.1.2.3. Đối với hệ thống lưu trữ văn bản hướng dẫn chuyên môn, mẫu biểu trong báo cáo giám sát viêm gan vi rút

Tìm hiểu về thực trạng các mẫu biểu và quy trình sử dụng cho giám sát viêm gan vi rút trong thời gian đến năm 2015, việc báo cáo giám sát viêm gan vi rút tại tỉnh Thái Bình chỉ có hai loại báo cáo chính là báo cáo tháng và báo cáo năm, không phải báo cáo tuần là phù hợp với quy định tại Thông tư số 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế quy định về việc khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm [10]. Việc báo cáo đột xuất khi có dịch trên thực tế thì chưa bao giờ phải dùng loại báo cáo này do viêm gan vi rút B, C chủ yếu là các trường hợp mắc bệnh mạn tính, khó chẩn đoán sớm nên cũng khó xác định ngày khởi phát cũng như xác định ổ dịch.

Việc triển khai áp dụng ĐNCB chuẩn dành cho viêm gan vi rút chưa được triển khai tại các đơn vị y tế tỉnh Thái Bình. Thực tế, đến năm 2015, Bộ Y tế cũng mới ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B, năm 2016, Bộ Y tế mới ban hành tài liệu “Định nghĩa trường hợp bệnh truyền nhiễm” [16] và hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút C [17]; tuy nhiên việc phổ biến thông qua đào tạo, tập huấn cũng chưa được tới tất cả các NVYT.

4.1.2.4. Việc thu thập và phản hồi thông tin và áp dụng công nghệ thông tin trong giám sát viêm gan vi rút B, C

* Đối với nguồn cung cấp/thu thập thông tin giám sát viêm gan vi rút của các trung tâm YTDP tuyến tỉnh và huyện

Nguồn thu thập thông tin viêm gan vi rút tại Thái Bình cũng tương đồng với việc thu thập số liệu bệnh truyền nhiễm của các tỉnh trong điều tra của Nguyễn Phương Liên là chủ yếu từ các Bệnh viện đa khoa tỉnh, BVĐK huyện, Bệnh viện tư nhân [27]. Đặc điểm khá riêng của Thái Bình là việc đã triển khai điều trị Methadone tại 8/8 huyện, thành phố nên cũng có thể có thêm các số liệu từ các TTYT huyện dựa vào các kết quả kiểm tra sức khỏe các trường hợp điều trị Methadone. Thực tế sau khi xét nghiệm phát hiện viêm gan vi rút, các TTYT huyện cũng đều chuyển bệnh nhân cho các BVĐK điều trị. Về cách thức thu thập thông tin, mặc dù đã có quy định rõ tại Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế, tuy nhiên các cán bộ Trung tâm YTDP tỉnh, Trung tâm Y tế huyện vẫn phải thường xuyên sang các bệnh viện để lấy và đôn đốc báo cáo. Việc này cũng có thể liên quan đến việc cán bộ làm việc trong các bệnh viện tuyến tỉnh, huyện tại Thái Bình còn chưa đủ so với yêu cầu nên tăng gánh nặng cho các cán bộ y tế và chưa thực sự quan tâm đến công tác thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm, đặc biệt đối với viêm gan vi rút B, C; tuy nhiên bệnh viện là nơi có đầy đủ thông tin nhất về các trường hợp viêm gan vi rút B, C và cần phải thông báo sớm cho các đơn vị y tế dự phòng để triển khai các biện pháp đáp ứng, dự phòng một cách kịp thời, hiệu quả do đó các bệnh viện cần có vai trò tích cực hơn nữa trong việc thông tin, báo cáo ca bệnh.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với thực trạng của hầu hết các đơn vị giám sát khác trong các nghiên cứu đã được thực hiện trước đó. Hầu hết các đơn vị giám sát không thực hiện tốt việc gửi báo cáo bệnh truyền nhiễm quy định của Bộ Y tế. Việc thực hiện đầy đủ báo cáo dịch tuần bằng văn bản cao nhất ở tuyến tỉnh chiếm 76,9%, tuyến huyện chỉ chiếm 43,8% và thấp nhất là tuyến xã chiếm 26,6%. Chỉ có báo cáo bệnh truyền nhiễm hàng tháng được 100% Trung tâm YTDP tỉnh, TTYT huyện và 70% TYT xã thực hiện đầy đủ. Kết quả đánh giá tại các tỉnh này cũng tương tự như các nghiên cứu tại 8 tỉnh khác số đơn vị thực hiện báo cáo dịch tuần là 62,5% tại tuyến

tỉnh, 58,3% ở tuyến huyện và rất thấp ở tuyến xã là 33,3% [2].

* Đối với việc phản hồi/thông báo kết quả giám sát viêm gan vi rút B, C

Phản hồi/thông báo kết quả giám sát viêm gan vi rút B, C là một nhân tố quan trọng, là động lực để tăng cường nhận thức của NVYT đối với việc báo cáo giám sát viêm gan vi rút B, C. Phản hồi/thông báo là cơ sở để cải thiện, cải tiến công tác báo cáo, giám sát, phòng chống viêm gan vi rút B, C tại các đơn vị. Thực tế kết quả nghiên cứu cho thấy công tác phản hồi/thông báo kết quả giám sát viêm gan vi rút vẫn được các đơn vị y tế thực hiện nhưng không thường xuyên, chủ yếu thông qua các cuộc họp giao ban của Sở Y tế, Ủy ban nhân dân huyện.

Theo nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy hầu hết các các đơn vị y tế chưa thực hiện đầy đủ việc phản hồi thông tin về tình hình các bệnh truyền nhiễm, đặc biệt là viêm gan vi rút B,C. Kết quả nghiên cứu tại một số tỉnh khác cũng cho thấy việc phản hồi hàng tuần thấp dưới 50% đối với cả Trung tâm YTDP tỉnh, TTYT huyện [52]. Theo ý kiến thu được từ kết quả điều tra thì hàng tháng, Trung tâm YTDP tỉnh và các TTYT huyện vẫn thực hiện phản hồi thông tin bệnh truyền nhiễm đối với các bệnh viện thông qua các cuộc họp giao ban của Sở Y tế, Ủy ban nhân dân huyện nhưng cũng ít khi đề cập đến viêm gan vi rút B, C. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các đơn vị y tế tuyến dưới thường nhận được phản hồi/thông báo thường thấp hơn so với số lượng báo cáo các đơn vị gửi. Kết quả được giải thích là do chưa có sự phối hợp chặt chẽ, đồng bộ giữa các đơn vị giám sát, tuyến đơn vị tuyến tỉnh với tuyến huyện và tuyến xã.

* Đối với việc sử dụng công nghệ thông tin trong giám sát viêm gan vi rút

Việc áp dụng công nghệ thông tin trong giám sát bệnh truyền nhiễm được triển khai tại tất cả các đơn vị y tế. Thực tế, việc sử dụng email để gửi báo cáo đã được thực hiện một cách thường xuyên, nhất là đối với các báo cáo tuần, báo cáo tháng; việc sử dụng điện thoại chủ yếu là để trao đổi thêm. Đối với các đơn vị Trung tâm YTDP tỉnh, Trung tâm Y tế huyện, từ năm 2014 đã áp dụng thống nhất phần mềm báo cáo bệnh truyền nhiễm cho các số liệu được quy định tại Thông tư 48/2010/TT-BYT nhưng đối với các bệnh viện, việc áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý

bệnh viện đã được Sở Y tế khuyến khích và đã triển khai tại hầu hết các đơn vị nhưng chưa có sự thống nhất về phần mềm nên không kết nối được với hệ thống báo cáo bệnh truyền nhiễm theo Thông tư 48/2010/TT-BYT của các đơn vị YTDP và cũng chưa kết nối được giữa các bệnh viện với nhau nên mỗi khi làm báo cáo vẫn phải thống kê riêng theo các mẫu và tốn kém thời gian.

Ứng dụng công nghệ thông tin trong y tế ngày càng đóng vai trò quan trọng cho quá trình cải cách hành chính trong công tác quản lý, điều hành, báo cáo số liệu giám sát viêm gan vi rút B, C. Tuy nhiên, việc ứng dụng công nghệ thông tin tại các đơn vị tham gia nghiên cứu khoa học đồng đều, vẫn có đơn vị chưa chú trọng đến việc phát triển ứng dụng công nghệ thông tin, phần mềm chưa đáp ứng được yêu cầu, hạ tầng và nhân lực công nghệ thông tin không phù hợp và tương xứng với quy mô hoạt động của đơn vị. Việc ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ công tác quản lý, hoạch định chính sách, lập quy hoạch, xây dựng kế hoạch phòng chống viêm gan vi rút B, C... chưa đáp ứng được yêu cầu của các đơn vị y tế tham gia nghiên cứu. Đây chính là lý do khiến cho việc phân tích số liệu về viêm gan vi rút cũng ít được thực hiện nên cũng không chủ động trong vấn đề theo dõi xu hướng viêm gan vi rút hoặc đánh giá sự tương đồng của số liệu báo cáo viêm gan vi rút trong hệ thống so với sự nhiễm vi rút viêm gan trong cộng đồng nhằm đưa ra những cảnh báo kịp thời. Để cải thiện số liệu giám sát một cách đầy đủ, chính xác và báo cáo kịp thời thì việc xây dựng phần mềm chung phục vụ công tác giám sát viêm gan vi rút B, C cho các đơn vị tham gia trong hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C là rất cấp thiết.

4.1.2.5. Việc thực hiện cơ chế đãi ngộ, chính sách, đầu tư kinh phí cho giám sát viêm gan vi rút

Hiện nay, chế độ đãi ngộ đối với các NVYT trực tiếp làm công tác giám sát bệnh truyền nhiễm được thực hiện theo Nghị định 56/2011/NĐ-CP của Chính phủ quy định chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề đối với công chức, viên chức công tác tại các cơ sở y tế công lập, không có chế độ đặc thù đối với viêm gan vi rút. Theo đó các NVYT làm

việc tại các khoa điều trị bệnh truyền nhiễm được hưởng mức phụ cấp là 60% lương, 40% đối với các NVYT trực tiếp làm chuyên môn y tế dự phòng.

Chất lượng của hoạt động giám sát bệnh truyền nhiễm bị ảnh hưởng rất lớn từ các chính sách liên quan; tuy nhiên một số nghiên cứu chỉ ra các chính sách hỗ trợ công tác giám sát bệnh truyền nhiễm ở nước ta hiện nay vẫn chưa tạo điều kiện đủ để các cán bộ thực hiện công việc nên khó thu hút NVYT giỏi vào làm việc tại các đơn vị YTDP [73].

4.1.2.6. Về cơ chế điều phối, phối hợp trong giám sát viêm gan vi rút

Việc điều phối, phối hợp trong việc giám sát bệnh truyền nhiễm, bao gồm cả viêm gan vi rút đã được Sở Y tế quan tâm chỉ đạo các cơ sở khám, chữa bệnh bao gồm cả các bệnh viện tư nhân tổng hợp và thông báo cho các Trung tâm YTDP tỉnh, Trung tâm Y tế huyện bằng văn bản và thông qua các cuộc họp triển khai kế hoạch hàng năm. Đến nay, các bệnh viện tuyến tỉnh, huyện cũng đã ý thức được trách nhiệm của mình trong việc báo cáo bệnh truyền nhiễm, tuy nhiên việc thực hiện cũng chưa được đúng hoàn toàn so với quy định.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy rằng, hầu hết các đơn vị tham gia điều tra đều có ý kiến rằng việc điều phối, phối hợp giữa các đơn vị y tế dự phòng và điều trị trong việc giám sát viêm gan vi rút ở mức trung bình và tốt, mức trung bình chiếm 56,2% ở tuyến huyện. Theo kết quả nghiên cứu, sự phối hợp giữa các bệnh viện và các đơn vị YTDP đã có sự phối hợp nhưng chưa thực sự chặt chẽ gây ra những khó khăn nhất định trong công tác giám sát viêm gan vi rút B, C. Sự phối hợp trong hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C giữa Trung tâm Y tế dự phòng và các đơn vị điều trị chưa có sự chặt chẽ được giải thích là do tại các bệnh viện chủ yếu tập trung vào khám, điều trị bệnh nhân mà chưa quan tâm đến việc báo cáo, dự phòng bệnh. Bên cạnh đó, hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C hiện nay còn chưa có các quy định bắt buộc mang tính trách nhiệm cụ thể được thực hiện giữa các đơn vị cùng tuyến, thực trạng hiện nay còn thiếu sự đôn đốc, nhắc nhở thường xuyên từ các đơn vị quản lý cấp trên.

4.1.3. Về thực trạng về năng lực hoạt động của hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015

* Về việc sử dụng kết quả báo cáo giám sát trong xây dựng kế hoạch phòng chống dịch

Hiện nay, Thông tư 48/2010/TT-BYT không yêu cầu các bệnh viện báo cáo kết quả xét nghiệm viêm gan vi rút B, C về các trung tâm y tế huyện, thêm vào đó việc xét nghiệm của các bệnh viện cũng hạn chế nên số liệu báo cáo chủ yếu dựa vào kết quả chẩn đoán lâm sàng, không quản lý đến từng ca bệnh, không phân loại được theo chủng vi rút gây viêm gan; thêm vào đó, do không có báo cáo theo từng ca bệnh nên không có thông tin cần thiết để theo dõi bệnh nhân tại cộng đồng. Do đó, trong thực tế việc sử dụng kết quả báo cáo trong xây dựng kế hoạch là rất ít, chỉ có một số đơn vị thỉnh thoảng mới sử dụng và thường là các bệnh viện. Nhưng các bệnh viện cũng chỉ mới sử dụng số liệu này để lập kế hoạch chuẩn bị giường bệnh, nhân lực tham gia điều trị hoặc dự trữ thuốc hàng tháng, hàng năm.

* Về hoạt động giám sát đang triển khai trong năm 2015 của tỉnh Thái Bình

Đánh giá chất lượng và sự phù hợp của các hoạt động giám sát thông qua việc phỏng vấn các NVYT tuyến tỉnh, huyện và xã cho thấy trên 73% ý kiến cho rằng quy trình giám sát hiện nay là đơn giản và cũng khoảng trên 70% ý kiến cho rằng biểu mẫu dễ thực hiện. Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ không nhỏ NVYT cho rằng sự phản hồi kịp thời về hoạt động giám sát chưa được tốt (từ khoảng trên 15% - trên 40%) ở các tuyến. Các hoạt động giám sát hỗ trợ tuyến dưới về giám sát viêm gan vi rút được các đơn vị thực hiện nhưng mới chỉ lồng ghép với các bệnh truyền nhiễm nói chung, rất ít có tổ chức hội thảo về viêm gan vi rút. Thông thường các hoạt động giám sát hỗ trợ trung bình thực hiện 2 lần/năm và lồng ghép vào các hoạt động kiểm tra đánh giá cuối năm và thực sự chưa được quan tâm nhiều về chất lượng [28].

4.1.4. Về kiến thức, thái độ và thực hành về hoạt động giám sát viêm gan vi rút trong năm 2015 của tỉnh Thái Bình

* Đối với kiến thức của cán bộ y tế về hoạt động giám sát viêm gan vi rút

Kết quả về nghiên cứu ở 370 cán bộ tham gia vào nghiên cứu cho thấy kiến thức của NVYT có sự chênh lệch nhất định giữa các nhóm tham gia công tác giám sát viêm gan vi rút theo tuyến tỉnh, huyện xã. Theo đó có khoảng 61,8% đến 76,2% số NVYT tham gia có kiến thức đúng về một số câu hỏi liên quan đến viêm gan vi rút nói chung, viêm gan vi rút B, C nói riêng, cũng như việc giám sát đối với hai bệnh này. Trong khi có tới 83,9% số NVYT công tác tại tuyến tỉnh nắm được các loại vi rút gây viêm gan thì chỉ có 48,6% số NVYT làm việc tại TYT hiểu biết về sự cần thiết phải giám sát viêm gan vi rút B, C theo ca bệnh xác định. Trong đó, kiến thức về đường lây truyền, cách phòng tránh bệnh và sự nguy hiểm của bệnh thì hầu hết các nhóm NVYT có kiến thức khá tốt trong khoảng 63,8 - 75,3%. Điều này thể hiện phần lớn NVYT cũng đã nắm vững được các đường lây truyền và cách phòng bệnh đối với viêm gan vi rút. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Ataei và cộng sự khi đánh giá kiến thức của NVYT tại Isfahan, Iran về viêm gan vi rút B, C với tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về nội dung tương tự trong khoảng 58.56 ± 10.1 % [60]. Đồng thời kết quả cũng chỉ ra rằng vẫn còn có một tỷ lệ khá lớn từ 22 - 51% tùy nhóm NVYT có sự hiểu biết chưa đầy đủ hoặc còn khá ít về những nội dung chính liên quan đến viêm gan vi rút B, C cũng như một số yêu cầu quan trọng phục vụ cho công tác giám sát viêm gan vi rút. Tỷ lệ này vẫn còn cao hơn so với một nghiên cứu của Noreen Islam về kiến thức của nhân viên y tế tại Mexico về viêm gan vi rút, theo đó có tới 57% số đối tượng không có đủ kiến thức về viêm gan vi rút nói chung và 76% thiếu kiến thức về viêm gan vi rút B, 79% thiếu kiến thức về viêm gan vi rút C [98].

Khi phân tích một số kiến thức chuyên sâu liên quan đến giám sát viêm gan vi rút, có 60,5% tổng số NVYT có kiến thức đúng. Trong đó nhóm NVYT tại tuyến tỉnh có kiến thức đúng về các thông tin cần báo cáo liên quan đến ca bệnh là khá cao (74,1%), cao hơn hẳn so với nhóm NVYT tại huyện và cán bộ TYT xã. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi có thể được giải thích là nhóm NVYT xã ít phải làm các báo cáo liên quan đến việc giám sát viêm gan vi rút và trong thực tế việc thu thập các thông tin về giám sát bệnh truyền nhiễm hiện nay mới tập trung chủ yếu thông qua các đơn vị khám, điều trị bệnh nhân báo cáo cho các đơn vị YTDP để tổng hợp thống kê.

Kiến thức về sự cần thiết giám sát viêm gan vi rút theo ca bệnh xác định, kết quả trả lời đúng ở nhóm NVYT tuyến tỉnh hơn hẳn so với hai nhóm còn lại. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa các nhóm NVYT về tỷ lệ hiểu biết trung bình giữa các nội dung phỏng vấn và giữa các nhóm. Tuy nhiên, nhóm NVYT xã có tỷ lệ hiểu biết trung bình có phần thấp hơn (52,3%) so với của nhóm NVYT tuyến tỉnh (73,7%) với $p < 0,05$.

* Đối với thái độ và thực hành của NVYT về hoạt động giám sát viêm gan vi rút

Kết quả khi nghiên cứu về thái độ và thực hành của NVYT trong công tác giám sát viêm gan vi rút nói chung, viêm gan vi rút B, C nói riêng cho thấy nhóm NVYT tại tuyến tỉnh có thái độ và thực hành đúng chiếm tỷ lệ cao hơn so với các nhóm khác. Tuy nhiên, có thể thấy tỷ lệ có thái độ đúng ở các nhóm không có sự chênh lệch lớn song sự chênh lệch về tỷ lệ thực hành đúng giữa nhóm NVYT tại tuyến tỉnh và các nhóm còn lại có sự chênh lệch, đặc biệt rõ khi so với nhóm NVYT tuyến xã. Tỷ lệ thực hành đúng chung của NVYT làm công tác giám sát viêm gan vi rút B, C là 59,1%; trong đó nhóm CBYT tại tuyến tỉnh có phần cao hơn so với các nhóm NVYT khác, đặc biệt về nội dung thực hành “Báo cáo ca bệnh”. Tỷ lệ cho các nội dung khác của NVYT tuyến tỉnh như “Kiểm tra lại thông tin về nhiễm loại vi rút gây bệnh” và “Đã từng đi xét nghiệm vi rút viêm gan” chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 71,6% và 69,1%. Đối với nhóm NVYT làm việc tại Trạm Y tế xã có tỷ lệ thực hành đúng còn thấp ở hầu hết các nội dung, riêng nội dung “Hướng dẫn mọi người đi tiêm phòng” cao hơn cả nhóm NVYT tuyến huyện với 62,5% so với 60,8%. Điều này thể hiện phần nào các hoạt động giám sát, phòng chống chủ động viêm gan vi rút vẫn chưa tạo được sự chú ý và tham gia tích cực của các NVYT tại tuyến huyện và đặc biệt tuyến xã.

Đánh giá chung, nhóm NVYT tuyến xã có kiến thức, thực hành đúng về viêm gan vi rút và giám sát viêm gan vi rút chiếm tỷ lệ thấp hơn so với tất cả các nhóm điều tra khác. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nhiều nghiên cứu về thực trạng nguồn nhân lực và nhu cầu đào tạo trong công tác phòng chống bệnh truyền nhiễm. Điều này có thể phản ánh phần nào việc tiếp cận với các thông tin về viêm gan vi rút của NVYT tuyến xã còn hạn chế do đây không phải là nơi có thể tiếp nhận chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút. Thêm vào đó các hoạt động tuyên truyền, phòng chống hiện nay mới chủ yếu tập trung vào viêm gan vi rút B do có vắc xin phòng bệnh. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phương Liên năm 2010 cho thấy NVYT tại TYT có thực hành đúng về giám sát bệnh truyền nhiễm thấp hơn so với các nhóm NVYT khác [29]. Kết quả này được giải thích là do trong công tác giám sát viêm gan vi rút tại TYT xã vẫn còn nhiều bất cập do đa số những cán bộ phụ trách công tác này ở các trạm đều phải làm kiêm nhiệm, chưa được đào tạo bài bản về các nội dung liên quan đến lĩnh vực giám sát viêm gan vi rút nói chung, viêm gan vi rút B, C nói riêng.

So sánh với nghiên cứu của Ngô Mạnh Quân và cộng sự (2014) cho thấy có 41,2% đối tượng nghiên cứu có thái độ tích cực trong việc phòng chống viêm gan vi rút B, C [39]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Lý Văn Xuân (2010) cũng có thấy kết quả tương tự khi kết quả về thái độ và thực hành của bệnh nhân còn hạn chế so với kết quả kết thúc về phòng viêm gan vi rút [55]. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phương Liên năm 2012 thì tỷ lệ NVYT biết được các biến số để phân tích kết quả giám sát theo thời gian, địa điểm là 62,1% và tỷ lệ mắc theo dân số chiếm 53,4%, trong khi tỷ lệ NVYT có kỹ năng thực hành phân tích số liệu giám sát tương ứng là 37,1%; 38,8% và 53,4% [27]. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với hai nghiên cứu trước, nhưng tương đồng với nghiên cứu tại tiểu bang Lagos State, Nigeria và tại Cuernavaca, Mexico khi phần lớn NVYT đều có thái độ tích cực phòng chống viêm gan vi rút B, C [56], [98].

4.1.5. Về kết quả giám sát viêm gan vi rút trong năm 2015 của tỉnh Thái Bình

Trong năm 2015 tổng số trường hợp được chẩn đoán xác định viêm gan vi rút tại tỉnh Thái Bình là 1.306 trường hợp, trong khi đó chưa phát hiện được trường hợp tử vong do viêm gan vi rút. Theo ý kiến của các NVYT trực tiếp làm công tác điều trị viêm gan vi rút, việc xác định tử vong do viêm gan vi rút rất khó khăn do khi bệnh nhân tử vong thường do hậu quả như xơ gan hoặc ung thư gan, mà những bệnh này lại là hậu quả của nhiều nguyên nhân khác nhau nên thường không thể kết luận là tử vong do viêm gan vi rút B, C. Thêm vào đó, nhiều trường hợp do kết quả xét nghiệm chưa đủ để phân loại vi rút viêm gan vẫn được chẩn đoán là viêm gan vi rút với tỷ lệ tới 24,7%. Việc này cũng thể hiện việc chẩn đoán còn dựa nhiều vào lâm sàng và có tới 36,8% số NVYT còn chưa có kiến thức đúng về cần thiết giám sát viêm gan vi rút theo ca bệnh xác định.

Thu thập số liệu về viêm gan vi rút ở tỉnh Thái Bình nói riêng và Việt Nam hiện nay theo hệ thống giám sát thường quy chỉ phản ánh được số bệnh nhân viêm gan vi rút đến nhập viện mà không phân được theo loại viêm gan vi rút. Vì thế số liệu này chỉ ghi nhận được số người mắc viêm gan tại bệnh viện mà không phản ánh được số hiện nhiễm hoặc đã từng nhiễm tại cộng đồng đối với từng loại vi rút viêm gan.

4.2. Về hiệu quả một số biện pháp can thiệp tăng cường chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tuyến huyện tỉnh Thái Bình năm 2016

4.2.1. Đối với kết quả triển khai hoạt động tăng cường giám sát viêm gan vi rút

Tại huyện Hưng Hà, các cán bộ tham gia nghiên cứu được tham gia 03 lớp tập huấn với 6 chuyên đề khác nhau là: Kế hoạch hành động phòng chống bệnh; Tổng quan về viêm gan vi rút; Các biện pháp phòng chống bệnh; Hướng dẫn điều trị bệnh; Hướng dẫn xét nghiệm; Hướng dẫn giám sát bệnh. Đây là những nội dung được cập nhật theo các định hướng lớn của WHO và của Bộ Y tế hoặc các kỹ thuật, hướng dẫn mới nhất của các đơn vị tuyến trung ương và theo định hướng can thiệp của luận án. Tỷ lệ NVYT tham gia các lớp tập huấn chiếm tỷ lệ rất cao với trên 94% tại tất cả các lớp.

Kế hoạch tập huấn cũng như nội dung tập huấn đều được thiết kế phù hợp, trực tiếp liên quan đến công việc, chuyên môn kỹ thuật của các NVYT tại huyện

Hung Hà. Những nội dung tổng quan như: Kế hoạch hành động phòng chống bệnh, tổng quan về viêm gan vi rút, các biện pháp phòng bệnh và Hướng dẫn giám sát, báo cáo viêm gan vi rút theo định hướng can thiệp của mục tiêu nghiên cứu đều được tập huấn cho tất cả NVYT tham gia công tác giám sát viêm gan vi rút tại huyện Hung Hà, trong khi những nội dung chuyên ngành của từng khoa phòng như: Hướng dẫn điều trị bệnh, hướng dẫn xét nghiệm và cũng được xây dựng và tập huấn tới đúng NVYT thực hiện chuyên trách của từng lĩnh vực đang làm công tác khám - điều trị, xét nghiệm. Sự tham gia tích cực của NVYT huyện Hung Hà tại các lớp tập huấn không những là cơ hội củng cố kỹ năng mà còn tăng cường việc trao đổi thông tin giữa các đơn vị giám sát và khẳng định sự chỉ đạo của cơ quan quản lý y tế tuyến trên. Điều này thúc đẩy sự tham gia của NVYT huyện Hung Hà và giúp cho việc cải thiện chất lượng của các hoạt động giám sát bệnh truyền nhiễm nói chung và viêm gan vi rút nói riêng.

* Đối với kết quả phát hiện viêm gan vi rút B, C trong năm 2016

Kết quả nghiên cứu trong năm 2016 cho thấy tại huyện Hung Hà ghi nhận được tổng 257 trường hợp bệnh nhân mắc viêm gan vi rút. Số trường hợp phát hiện bệnh nhân mắc viêm gan vi rút năm 2016 tại huyện Hung Hà cao hơn so với năm 2015. Trong đó, phần lớn số bệnh nhân nhiễm viêm gan vi rút B chiếm tỷ lệ 70,0%, tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan vi rút B, C chỉ chiếm 1,7%. Năm 2016 tại huyện Hung Hà có 141 trường hợp đang điều trị Methadol, trong đó có 60,3% số trường hợp nhiễm vi rút viêm gan B, C, trong đó phần lớn nhiễm vi rút viêm gan C chiếm 45,4%, số trường hợp nhiễm vi rút viêm gan B chiếm 12,1%, có 2,8% đồng nhiễm vi rút viêm gan B, C. Các trường hợp điều trị Methadol có tỷ lệ viêm gan cao đặc biệt là nhiễm viêm gan vi rút C trong nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ khác [43], [62]. Các nghiên cứu Y văn đã cho thấy rằng có khoảng 60% - 90% người tiêm chích heroin bị nhiễm vi rút viêm gan C trong những năm đầu tiên [62]. Đồng thời, các trường hợp viêm gan vi rút B, C có tiền sử đang điều trị Methadone chiếm tới 33,3% số trường hợp viêm gan vi rút được phát hiện thể hiện vai trò quan trọng sử dụng các nguồn số liệu sàng lọc từ các đối tượng có nguy cơ cao. Việc sàng lọc vi rút viêm gan C kết hợp với điều trị cai nghiện gặp nhiều khó khăn nhưng lại rất quan trọng để phòng nguy cơ lây nhiễm của họ.

4.2.2. Về hiệu quả trong thay đổi chất lượng giám sát viêm gan vi rút

* Đối với việc sử dụng báo cáo số liệu giám sát viêm gan vi rút B, C của NVYT

Qua đánh giá của NVYT tại huyện Hưng Hà, khi áp dụng phương thức giám sát viêm gan vi rút mới theo yêu cầu của luận án thì số ca mắc bệnh đã được báo cáo kịp thời lên tuyến trên ngay khi xác định; đồng thời mỗi một báo cáo đều kèm theo thông tin của người bệnh và kết quả xét nghiệm căn nguyên. Điều này đảm bảo được tính chính xác và sự đầy đủ hơn của số liệu so với việc áp dụng Thông tư 48/2010/TT-BYT như thường quy. Việc tin tưởng hơn vào chất lượng của số liệu giám sát viêm gan vi rút cũng sẽ phần nào nâng cao việc sử dụng các số liệu báo cáo viêm gan vi rút trong việc lập quy hoạch, xây dựng chính sách đối với công tác phòng, chống viêm gan vi rút.

Trên thực tế khi áp dụng một số biện pháp can thiệp về báo cáo bệnh truyền nhiễm tại huyện Hưng Hà và huyện Vũ Thư vẫn áp dụng Thông tư số 48/2010/TT-BYT về hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm, chất lượng số liệu giám sát viêm gan vi rút ở hai huyện Hưng Hà và Vũ Thư có sự khác nhau rõ rệt, trong đó CSHQ độ nhạy đối với vi rút viêm gan C là 57,5% cao hơn so với CSHQ đối với vi rút viêm gan B là 36,3%.

Đánh giá mức độ thay đổi trong hoạt động giám sát viêm gan vi rút của hai huyện sau can thiệp cho thấy tỷ lệ báo cáo giám sát thường xuyên đầy đủ theo quy định và đúng thời gian tại huyện Hưng Hà còn thấp hơn so với trước can thiệp. Kết quả nghiên cứu được giải thích là do có sự chuyển đổi báo cáo viêm gan vi rút từ việc một tháng mới phải tổng hợp báo cáo một lần sang báo cáo trong vòng 48 giờ ngay khi phát hiện trường hợp bệnh xác định, từ một năm phải báo cáo 12 lần theo tháng thì đến cuối năm 2016 BVĐK huyện Hưng Hà đã phải báo cáo 257 ca bệnh được phát hiện. Đây là một sự khác biệt rất lớn về khối lượng công việc báo cáo, do đó việc so sánh giữa hai huyện Hưng Hà và Vũ Thư trước và sau can thiệp không phản ánh được đúng thực chất về số lượng và chất lượng của báo cáo giám sát viêm gan vi rút B, C. Như vậy với kết quả trên 50% báo cáo đúng thời gian trong vòng 48 giờ và trên 81% báo cáo thường xuyên đủ theo quy định cũng cho thấy phần nào tính khả thi của phương thức báo cáo mới nếu tiếp tục được chỉ đạo triển khai một cách thống nhất trong hệ thống và sự hỗ trợ của công nghệ thông tin làm giảm tải trong việc thu thập số liệu, chiết xuất thông tin trong báo cáo giám sát.

Tỷ lệ báo cáo có kết quả xét nghiệm căn nguyên trong báo cáo giám sát theo quy định đối với bệnh viện được cải thiện với CSHQ=29,2%. Điều này cũng phù hợp với sự nâng lên trong nhận thức và thực hành của CBYT trong việc giám sát viêm gan vi rút sau can thiệp và sự tuân thủ của CBYT huyện Hưng Hà trong việc áp dụng phương thức giám sát viêm gan vi rút mới theo yêu cầu của các hoạt động can thiệp.

* Về việc tăng độ nhạy trong phát hiện trường hợp mắc viêm gan vi rút B, C tại huyện Hưng Hà và Vũ Thư

Viêm gan vi rút là bệnh có diễn biến âm thầm, nên thực tế số ca bệnh xác định trong cộng đồng được phát hiện chiếm tỷ lệ rất thấp. Căn cứ vào thực tế đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân đến khám tại bệnh viện phù hợp với định nghĩa ca bệnh, do đó chúng tôi ước tính độ nhạy phát hiện trường hợp mắc viêm gan vi rút B, C trong số các trường hợp có triệu chứng lâm sàng. Công thức áp dụng phương pháp ước tính số ca bệnh mắc viêm gan vi rút chung trong số bệnh nhân đến khám bệnh tại bệnh viện dựa vào tỷ lệ ước tính nhiễm vi rút viêm gan B, C theo số liệu của ước tính của WPRO [118], tỷ lệ ước tính mắc viêm gan vi rút theo đặc điểm lâm sàng của hai loại vi rút viêm gan B, C theo các số liệu của Y văn [48] và số liệu báo cáo hoạt động khám, chữa bệnh của BVĐK huyện Hưng Hà, tỉnh Thái Bình năm 2015 và năm 2016 [3], [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về ước tính độ nhạy trong phát hiện trường hợp mắc viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2016 là 15,6 cao hơn năm 2015 là 10,8. Điều này có thể do tác động của các hoạt động can thiệp làm tăng nhận thức của cán bộ y tế trong việc khám sàng lọc và xét nghiệm chẩn đoán xác định viêm gan vi rút B, C.

Thêm vào đó, công tác khám sàng lọc phát hiện các bệnh HIV, viêm gan vi rút B, C tại cơ sở điều trị Methadone ở Trung tâm Y tế huyện tại tỉnh Thái Bình được triển khai theo quy định tại Quyết định số 493/QĐ-BYT ngày 18/02/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn điều trị Methadone trong các cơ sở cai nghiện ma túy cũng đã góp phần tích cực trong việc phát hiện sớm người nhiễm vi rút viêm gan B, C, đặc biệt là vi rút viêm gan C trong nhóm đối tượng nguy cơ cao [15].

4.2.3. Đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng giám sát

4.2.3.1. Tính hữu dụng trong thay đổi kiến thức của cán bộ y tế

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện kiến thức trong một số nội dung giám sát viêm gan vi rút ở huyện Hưng Hà cao hơn so với huyện Vũ Thư. So sánh các kết quả giữa hai huyện ở thời điểm sau can thiệp cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. Các chỉ số về HQCT trong việc cải thiện kiến thức của CBYT trong hoạt động giám sát đều cao hơn 25%. Kiến thức biết đúng định nghĩa ca bệnh viêm gan vi rút, loại vi rút, đường lây truyền, cách phòng chống và sự nguy hiểm của bệnh của NVYT huyện Hưng Hà sau can thiệp đều có kết quả cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Hiệu quả can thiệp được cải thiện rõ rệt được các NVYT cho rằng có sự đóng góp tích cực của các lớp tập huấn và sự giám sát hỗ trợ triển khai trong suốt quá trình can thiệp. Điều này góp phần khẳng định, việc tập huấn nâng cao trình độ kết hợp với yêu cầu thay đổi trong báo cáo giám sát và thường xuyên hỗ trợ là những giải pháp hiệu quả khi thực hiện các hoạt động can thiệp này.

4.2.3.2. Về tính hữu dụng trong thay đổi thái độ của CBYT

Thái độ của NVYT trong công tác giám sát viêm gan vi rút ở huyện Hưng Hà được cải thiện rõ rệt sau can thiệp, cụ thể: thái độ đối với sự quan tâm về nhiễm viêm gan vi rút trong cộng đồng; thái độ đối với quan tâm về sự nguy hiểm của viêm gan vi rút, thái độ trong áp dụng biện pháp dự phòng chủ động; thái độ trong tiêm vắc xin viêm gan B cho trẻ trong vòng 24 giờ sau sinh đều cao hơn so với thời điểm trước can thiệp. Sự khác biệt của các chỉ số trên của NVYT huyện Hưng Hà trước và sau can thiệp là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh với huyện đối chứng cho thấy các chỉ số về thái độ ở huyện can thiệp đều cao hơn so với huyện đối chứng cụ thể: thái độ đối với thực trạng viêm gan vi rút trong cộng đồng (HQCT=25,5%); thái độ đối với sự nguy hiểm của VGVR (HQCT=22,3%). So sánh giữa hai huyện Hưng Hà và Vũ Thư tại thời điểm sau can thiệp cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Một số nghiên cứu can thiệp của các tác giả trên thế giới cũng đã cho thấy có sự cải thiện rõ rệt thái độ của cộng đồng về sự nguy hiểm của nhiễm vi rút viêm gan B như nghiên cứu của Grace X. và cộng sự nghiên cứu trên 429 người Trung Quốc sống ở New York, Hoa Kỳ về kiến thức, thái độ và hành vi về sàng lọc và tiêm phòng vắc xin viêm gan B; nghiên cứu của Victoria M. và cộng sự về kiến thức, thái độ và thực hành về nhiễm VRVGB ở 320 phụ nữ Hoa Kỳ gốc Campuchia tại Seattle, Hoa Kỳ bằng chiến lược truyền thông giáo dục sức khỏe và sau một năm can thiệp nhận thấy có sự cải thiện rõ về kiến thức, thái độ và thực hành liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B so với trước can thiệp biểu hiện hơn 50% đối tượng nhận thức đúng về sự nguy hiểm của nhiễm vi rút viêm gan là gây ra xơ gan, ung thư gan và dễ lây nhiễm hơn HIV [83], [115].

Sự thay đổi về nhận thức của NVYT trong các biện pháp can thiệp của luận án là tiền đề giúp cho việc quản lý số liệu giám sát ở huyện Hưng Hà tốt lên, góp phần từng bước xây dựng, cải thiện chất lượng hệ thống quản lý số liệu giám sát viêm gan vi rút. Đây là yếu tố quan trọng góp phần cho khả năng phát hiện sớm hơn các trường hợp nhiễm viêm gan vi rút tại cộng đồng.

4.2.3.3. Về tính hữu dụng trong thay đổi thực hành của NVYT

Kiến thức về thực hành của NVYT tại huyện Hưng Hà có sự cải thiện rõ rệt sau can thiệp: thực hành báo cáo ngay khi có ca bệnh viêm gan vi rút nghi ngờ hoặc ca bệnh xác định (HQCT=30,9%), thực hành kiểm tra thông tin về loại vi rút viêm gan khi nhận được báo cáo (HQCT=30,4%). Sự khác biệt giữa hai huyện ở thời điểm sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, có sự hiệu quả rõ ràng về thay đổi từ kiến thức đến nhận thức và thực hành sau khi có sự tập huấn một cách nghiêm túc của các NVYT đối với những nội dung liên quan đến giám sát viêm gan vi rút, nhất là những hành vi có thể chuyển đổi ngay như việc kiểm tra thông tin về vi rút viêm gan khi nhận được báo cáo hoặc báo cáo ngay khi phát hiện trường hợp viêm gan vi rút xác định.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Thanh Xuân được thực hiện ở tỉnh Hải Dương từ tháng 6/2000 đến tháng 1/2003 với mục tiêu nghiên cứu tình trạng sức khỏe người nhiễm vi rút viêm gan B và nhận thức của người dân xã An Lưu, Kinh môn, Hải Dương về viêm gan vi rút B và đánh giá hiệu quả của các giải pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có thay đổi rõ rệt về kiến thức,

thái độ và thực hành về nhiễm vi rút viêm gan B sau can thiệp [54]. Nghiên cứu can thiệp của Victoria M và cộng sự về kiến thức, thái độ và thực hành về nhiễm vi rút viêm gan B ở 320 phụ nữ Hoa Kỳ gốc Campuchia tại Seattle, Hoa Kỳ và nghiên cứu của Grace X. và cộng sự ở 429 người Trung Quốc sống ở New York, Hoa Kỳ bằng chiến lược truyền thông giáo dục sức khỏe và sau một năm can thiệp nhận thấy có sự cải thiện rõ về kiến thức, thái độ và thực hành liên quan đến nhiễm vi rút viêm gan B so với trước can thiệp (với $p < 0,05$) [83], [115].

4.2.4. Về sự phù hợp, lợi ích và khả thi của hoạt động can thiệp tại huyện Hưng Hà

4.2.4.1. Đối với sự phù hợp và lợi ích của hoạt động can thiệp tại huyện Hưng Hà

Khả năng chấp nhận của các đơn vị có liên quan tham gia trong hoạt động giám sát mới là yếu tố quyết định nhiều đến kết quả triển khai cũng như duy trì trong tương lai. Kết quả đánh giá sau can thiệp cho thấy, các NVYT huyện Hưng Hà đều thấy được lợi ích của việc triển khai các hoạt động can thiệp không những trong việc cải thiện năng lực của bản thân (83,6%); cải thiện hoạt động giám sát viêm gan vi rút (85,1%).

Đánh giá về tính phù hợp của các hoạt động can thiệp có 92,5% NVYT cho rằng các nội dung can thiệp phù hợp với nhiệm vụ và chức năng của hoạt động can thiệp và phù hợp với chuyên ngành đào tạo (74,6%), trong khi đó tỷ lệ NVYT cho rằng có đủ thời gian tham gia giám sát mới đạt 67,2%. Kết quả này có thể được lý giải là do đây đang là thời điểm bắt đầu triển khai phương thức giám sát mới trong giám sát viêm gan vi rút với nhiều quy định về cung cấp thông tin, thời gian báo cáo hơn so với quy định trước đây như: báo cáo ca bệnh trong vòng 48 giờ, thông tin ca bệnh phải đầy đủ trong từng trường hợp và phải kèm kết quả xét nghiệm căn nguyên nên sự đầu tư thời gian của NVYT đòi hỏi nhiều hơn trong bối cảnh số lượng NVYT tại các bệnh viện còn chưa đủ. Tuy nhiên, nếu tổng hợp chung lại giữa lợi ích và công sức bỏ ra nhằm nâng cao chất lượng giám sát viêm gan vi rút, phần lớn NVYT (77,6%) cho rằng phương thức giám sát mới phù hợp với khả năng của bản thân và đơn vị mình.

4.2.4.2. Về tính khả thi của các hoạt động can thiệp tại huyện Hưng Hà

Đánh giá tính đơn giản của các hoạt động giám sát tại huyện Hưng Hà được đánh giá qua các chỉ số ĐNCB là dễ áp dụng, biểu mẫu báo cáo đơn giản, phương pháp báo cáo phù hợp, hoạt động dễ thực hiện, thời gian phù hợp với tỷ lệ nhất trí trên 82% và tỷ lệ cán bộ cho rằng hoạt động giám sát dễ thực hiện có 77,6%. Điều

quan trọng là có tới 80,6% số NVYT đồng ý về khả năng duy trì các phương thức giám sát mới sau thời gian triển khai các biện pháp can thiệp. Đây là cơ sở để có thể tiếp tục mở rộng các biện pháp can thiệp đối với các địa phương khác trên địa bàn tỉnh và cả nước. Hơn nữa, theo kinh nghiệm của một số nghiên cứu khác cho thấy phương thức giám sát viêm gan vi rút mới được xây dựng có sự tham gia của các đơn vị có liên quan trên địa bàn huyện có khả năng hoạt động hiệu quả.

4.2.5. Về các hạn chế của hoạt động can thiệp tại huyện Hưng Hà năm 2016

- Năng lực xét nghiệm của tuyến huyện mới chủ yếu là tập trung vào xét nghiệm test nhanh, HBsAg để phát hiện kháng nguyên vi rút viêm gan B. Các xét nghiệm khác liên quan đến vi rút viêm gan B, C chưa được triển khai một cách liên tục nên cần phải có cán bộ có kinh nghiệm về xét nghiệm hướng dẫn thì mới có kết quả chính xác cao và tạo sự chủ động hơn của bệnh viện trong việc lấy mẫu bệnh phẩm, chẩn đoán xác định viêm gan vi rút B, C.

- Đội ngũ NVYT tại các Khoa khám bệnh, Khoa Bệnh truyền nhiễm còn ít và không có bác sỹ chuyên khoa sâu về viêm gan vi rút B, C nên có thể bỏ sót một số trường hợp nhiễm vi rút viêm gan vi rút B, C mà không lấy mẫu xét nghiệm; đồng thời việc điều trị bệnh tại bệnh viện cũng chưa có tính đặc hiệu cao tạo nên sự hạn chế trong kết quả điều trị và giảm sự thu hút của người dân trong khu vực đến khám và điều trị.

- Hiện bệnh viện chưa áp dụng bảo hiểm y tế đối với một số thuốc điều trị đặc hiệu cho viêm gan vi rút B, C, trong khi đó những thuốc này hầu hết là đắt tiền và việc điều trị bệnh là kéo dài. Điều này dẫn đến việc áp dụng các phác đồ điều trị mới cho bệnh nhân gặp nhiều khó khăn.

- Kiến thức, thái độ và thực hành của NVYT tại TTYT trong việc giám sát viêm gan vi rút B, C theo trường hợp bệnh cũng chưa được cao nên cần phải có sự giám sát hỗ trợ liên tục cũng như có sự thúc đẩy bằng văn bản chính thức của các cấp có thẩm quyền. Từ đó cũng sẽ nâng cao được việc áp dụng các kết quả giám sát trong việc can thiệp cộng đồng.

- Các biện pháp can thiệp yêu cầu cung cấp các thông tin một cách đầy đủ, cập nhật về các trường hợp bệnh nhưng chưa có phần mềm liên thông về lưu trữ số liệu bệnh nhân giữa BVĐK huyện và TTYT huyện; do đó có thể ảnh hưởng đến việc cập nhật nhanh và báo cáo kịp thời ca bệnh.

Tổng hợp đánh giá chung các hoạt động can thiệp tại huyện Hưng Hà

Điểm mạnh	Hạn chế
<ul style="list-style-type: none"> - Sự ủng hộ của Lãnh đạo Sở Y tế và Lãnh đạo BVĐK, TTYT huyện trong việc triển khai các hoạt động can thiệp - Nâng cao chất lượng số liệu giám sát để áp dụng trong xây dựng kế hoạch, phòng chống viêm gan vi rút B, C - Tăng sự chủ động trong báo cáo của BVĐK huyện - Rút ngắn thời gian trong việc báo cáo các trường hợp viêm gan vi rút B, C - Áp dụng ĐNCB trong việc giám sát, sàng lọc và chẩn đoán xác định và theo dõi trường hợp bệnh. - Cải thiện năng lực giám sát viêm gan vi rút B, C của đơn vị y tế cơ sở 	<ul style="list-style-type: none"> - Năng lực xét nghiệm của huyện Hưng Hà còn hạn chế và chưa có các xét nghiệm chuyên sâu chẩn đoán viêm gan vi rút B, C - BVĐK Hưng Hà không có bác sỹ chuyên khoa sâu về viêm gan vi rút; chưa có phác đồ điều trị đặc hiệu viêm gan vi rút. - Hiện bệnh viện chưa áp dụng bảo hiểm y tế đối với một số thuốc điều trị đặc hiệu cho viêm gan vi rút B, C - Chưa có sự liên thông về lưu trữ số liệu bệnh nhân giữa BVĐK huyện và Trung tâm Y tế huyện.
Cơ hội	Thách thức
<ul style="list-style-type: none"> - Bộ Y tế đã ban hành kế hoạch phòng chống viêm gan vi rút giai đoạn 2015 – 2019, trong đó thúc đẩy việc áp dụng biện pháp điều trị, dự phòng viêm gan vi rút. - Tuyển huyện đã có năng lực xét nghiệm sàng lọc viêm gan vi rút B, C và tuyển tỉnh đã có khả năng xét nghiệm xác định nên việc áp dụng báo cáo trường hợp bệnh kèm kết quả xét nghiệm tại tỉnh là khả thi - Việc triển khai xét nghiệm sàng lọc viêm gan vi rút B, C các đối tượng điều trị Methadone tại các TTYT huyện cũng sẽ góp phần phát hiện sớm các trường hợp nhiễm viêm gan vi rút B, C - Sự quan tâm của người dân trong việc chăm sóc sức khỏe ngày càng nâng cao đòi hỏi sự cải thiện về chất lượng chăm sóc y tế ngày một tốt hơn 	<ul style="list-style-type: none"> - Viêm gan vi rút B, C là bệnh mạn tính, tiến triển thầm lặng nên khó phát hiện trong giai đoạn đầu mới nhiễm vi rút. - Thiếu kinh phí đầu tư một cách đồng bộ về cơ sở vật chất trang thiết bị, đào tạo nhân lực, trong việc giám sát, điều trị bệnh - Thiếu NVYT tại các bệnh viện và gánh nặng công việc trong việc triển khai phương thức giám sát viêm gan vi rút B, C mới có thể hạn chế phần nào kết quả và sự quan tâm của các bệnh viện trong việc triển khai mở rộng.

*** Kết quả cho thấy một số kinh nghiệm khi triển khai một số hoạt động can thiệp như sau:**

- Việc triển khai các hoạt động can thiệp nếu bám sát vào lợi ích của người sử dụng số liệu và các cơ quan quản lý thì mặc dù làm tăng khối lượng công việc nhưng vẫn có tính khả thi.

- Các hoạt động can thiệp hỗ trợ trực tiếp cho nhóm đối tượng có thể cải thiện một cách hiệu quả nhất mang tính tập trung. Cụ thể trong luận án này chúng tôi can thiệp cho NVYT tại tuyến huyện.

- Cần thể chế hóa các cải tiến, yêu cầu về số liệu thành các quy định có tính bắt buộc của Bộ Y tế đối với toàn hệ thống.

- Việc nâng cao năng lực xét nghiệm, giám sát, chẩn đoán, điều trị bệnh tại tuyến huyện được cải thiện dựa vào các chương trình tập huấn nâng cao về kỹ năng phát hiện ca bệnh khi sử dụng ĐNCB chuẩn, quy trình thống kê, báo cáo, quản lý dữ liệu cùng với sự theo dõi và giám sát chặt chẽ của tuyến trên.

- Thành công bước đầu của việc áp dụng biện pháp báo cáo viêm gan vi rút B, C theo trường hợp bệnh đã góp phần làm tăng tỷ lệ phát hiện sớm các trường hợp nhiễm viêm gan vi rút B, C trong cộng đồng và được các NVYT tuyến huyện chấp nhận là tiền đề cho việc mở rộng và triển khai phương thức giám sát này tới các huyện khác trên địa bàn tỉnh cũng như mở rộng trên phạm vi toàn quốc.

Nhìn chung, chất lượng và tính hiệu quả của các hoạt động can thiệp đối với việc giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình đã được phản ánh dựa trên số liệu giám sát viêm gan vi rút B, C được thể hiện bằng các đặc tính của hệ thống giám sát bao gồm độ nhạy, tính đúng hạn và đầy đủ của báo cáo, tính hữu dụng, tính phù hợp, lợi ích và khả thi của phương thức giám sát theo hướng dẫn. Mặc dù vẫn còn một số điểm cần phải tiếp tục được hoàn chỉnh và củng cố nhưng cũng đã cho thấy sự nâng cao chất lượng một cách đáng kể và có thể áp dụng triển khai được trong thời gian tới.

4.2.6. Những đóng góp và hạn chế của luận án

4.2.6.1. Những đóng góp của luận án

- Luận án đã đánh giá một cách hệ thống, đầy đủ các thành phần cấu thành trong hệ thống giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình năm 2015. Những số liệu thu thập đã phản ánh được những điểm mạnh, điểm yếu của hệ thống giám sát

hiện tại từ đó đề xuất ra một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C.

- Kết quả phân tích bệnh nhân nhiễm vi rút viêm gan B, C từ việc xét nghiệm sàng lọc đối tượng điều trị cai nghiện ma túy tại cơ sở điều trị Methadone của Trung tâm Y tế huyện Hưng Hà đã cho thấy vai trò quan trọng của việc xét nghiệm sàng lọc đối với đối tượng có nguy cơ cao cũng như các nguồn thông tin khác ngoài bệnh nhân đến khám tại bệnh viện trong việc nâng cao chất lượng giám sát viêm gan vi rút.

- Luận án đã cung cấp minh chứng về hiệu quả của một số hoạt động can thiệp trong việc thực hiện giám sát viêm gan vi rút B, C theo trường hợp bệnh và tập huấn nâng cao trình độ cho cán bộ y tế tham gia trực tiếp vào công tác khám, xét nghiệm, điều trị, báo cáo, giám sát viêm gan vi rút B, C nhằm nâng cao chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C.

- Kết quả luận án là cơ sở để Bộ Y tế tham khảo trong việc xây dựng và triển khai Thông tư số 54/2015/TT-BYT hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm trên phạm vi toàn quốc dự kiến từ năm 2017 thay thế Thông tư số 48/2010/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế; theo đó viêm gan vi rút được báo cáo theo trường hợp bệnh, phân loại viêm gan vi rút B, C và rút ngắn thời gian báo cáo xuống trong vòng 48 giờ tương tự như hoạt động can thiệp của luận án đã đề xuất.

4.2.6.2. Những hạn chế của luận án

- Luận án được thực hiện trong thời gian ngắn là 01 năm nên chưa phát huy và đánh giá được đầy đủ các ưu điểm của các biện pháp can thiệp.

- Phạm vi triển khai các hoạt động can thiệp mới dừng lại ở 01 huyện của tỉnh Thái Bình nên chưa mang tính đại diện cho toàn quốc.

- Các biện pháp can thiệp của luận án mới dừng lại ở phạm vi cơ sở y tế, chưa triển khai tại cộng đồng; cần có những can thiệp cộng đồng để làm đầy đủ hơn sự lợi ích và hiệu quả của các biện pháp can thiệp nâng cao hiệu quả của công tác giám sát viêm gan vi rút B, C.

- Một số chỉ số đánh giá chất lượng hệ thống giám sát chưa được đo lường do thiếu các số liệu nghiên cứu tương tự để ước tính.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình, năm 2015

- Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm bao gồm cả viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình có cấu trúc đủ tuyến, đủ thành phần các đơn vị y tế dự phòng, điều trị công và tư nhân; tuy nhiên của các cơ sở khám, chữa bệnh còn chưa chủ động trong việc báo cáo ca bệnh.

- Việc triển khai đồng bộ các cơ sở điều trị Methadone tại các Trung tâm Y tế huyện cho các đối tượng cai nghiện ma túy là nguồn thông tin quan trọng cho hệ thống giám sát, nhằm phát hiện sớm các trường hợp nhiễm vi rút viêm gan B, C ở các đối tượng nguy cơ cao.

- Quy trình giám sát theo Thông tư 48/2010/TT-BYT chưa quy định việc giám sát riêng, chưa có định nghĩa ca bệnh, chưa hướng dẫn giám sát và báo cáo chuyên biệt đối với viêm gan vi rút B, C.

- Kết quả giám sát viêm gan vi rút ít được sử dụng ở các đơn vị y tế trong xây dựng kế hoạch do số liệu đơn giản, ít thông tin (50% đơn vị tuyến tỉnh, 31,2% đơn vị tuyến huyện, 16,7% đơn vị tuyến xã).

- Kiến thức, thái độ và thực hành của cán bộ y tế về giám sát vi viêm gan vi rút B, C nhìn chung còn thấp, không có sự đồng đều ở 3 tuyến; thấp nhất ở tuyến xã với tỷ lệ lần lượt là: 68,1%; 65,8% và 59,1%.

2. Hiệu quả can thiệp tăng cường chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại huyện Hưng Hà tỉnh Thái Bình năm 2016

- Các hoạt động can thiệp đã cung cấp bằng chứng khoa học về khả năng thay đổi phương thức giám sát viêm gan vi rút từ báo cáo số liệu cộng gộp số mắc/chết sang báo cáo và theo dõi theo ca bệnh và rút ngắn thời gian báo cáo.

- Xét nghiệm sàng lọc nhiễm vi rút viêm gan B, C ở đối tượng đang điều trị Methadone tại Trung tâm Y tế huyện là nguồn số liệu quan trọng đóng góp tới 33,3% trong tổng số bệnh nhân nhiễm vi rút viêm gan B, C phát hiện.

- Chất lượng số liệu giám sát viêm gan vi rút B, C tại tuyến huyện đã được cải thiện, hiệu quả can thiệp tăng tỷ lệ báo cáo có kết quả xét nghiệm vi rút viêm gan B, C là 22,7%; chỉ số hiệu quả độ nhạy tại huyện can thiệp là 44,4%.

- Tính hữu dụng với hiệu quả can thiệp cao, đặc biệt hiệu quả can thiệp trong sử dụng số liệu giám sát viêm gan vi rút B, C là 51,3%; hiệu quả can thiệp đối với kiến thức đúng về định nghĩa ca bệnh là 60,8%; hiệu quả can thiệp đối với thái độ về sự quan tâm đối với tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B, C trong cộng đồng 25,5%; hiệu quả can thiệp về thực hành kiểm tra thông tin về loại vi rút viêm gan khi nhận được báo cáo là 35,4%.

- Các biện pháp can thiệp giúp cải thiện năng lực cán bộ y tế (83,6%), cải thiện hoạt động giám sát viêm gan vi rút (85,1%); phù hợp với nhiệm vụ, chức năng (92,5%); phù hợp với khả năng của cán bộ y tế (77,6%); phù hợp với chuyên ngành đào tạo của cán bộ y tế 74,6%. Khả năng duy trì bền vững của các biện pháp can thiệp được đánh giá cao với 80,6%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Bộ Y tế xem xét áp dụng và triển khai mở rộng việc giám sát và báo cáo viêm gan vi rút B, C theo từng trường hợp bệnh, bao gồm cả các thông tin lâm sàng, xét nghiệm, dịch tễ, rút ngắn thời gian báo cáo ngay khi phát hiện trường hợp bệnh và nâng cao vai trò của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc báo cáo viêm gan vi rút B, C trong hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm.

2. Các đơn vị y tế dự phòng là đầu mối về giám sát bệnh truyền nhiễm tại tuyến tỉnh, huyện cần chú ý xác định nguồn thông tin xét nghiệm sàng lọc từ các đối tượng nguy cơ cao như đối tượng đang điều trị Methadone hoặc các nhóm đối tượng nguy cơ cao khác để phát hiện sớm các trường hợp nhiễm vi rút viêm gan B, C nhằm tư vấn, điều trị và đưa vào hệ thống báo cáo giám sát viêm gan vi rút B, C, nâng cao độ nhạy và chất lượng hệ thống giám sát.

3. Sở Y tế các tỉnh, thành phố cần quan tâm đầu tư tổ chức các lớp đào tạo, tập huấn về giám sát viêm gan vi rút B, C cho cán bộ làm công tác chẩn đoán, điều trị, xét nghiệm, báo cáo trong hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm trên địa bàn để nâng cao năng lực thực hiện giám sát viêm gan vi rút B, C của NVYT và cải thiện một cách bền vững các hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C tại tuyến huyện.

DANH SÁCH CÁC BÀI BÁO LIÊN QUAN

1. Vũ Ngọc Long, Trần Đắc Phu, Trần Văn Ban, Phạm Thị Duyên, Nguyễn Văn Thom, Nguyễn Hữu Thắng, Phạm Bích Ngọc, Phan Trọng Lân, Phạm Ngọc Đính, Kiến thức, thái độ, thực hành của cán bộ y tế về giám sát viêm gan vi rút B, viêm gan vi rút C tại tỉnh Thái Bình năm 2015, Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXVI, số 13, năm 2016, tr 60-68.
2. Vũ Ngọc Long, Phạm Ngọc Thanh, Nguyễn Văn Thom, Phan Trọng Lân, Phạm Ngọc Đính, Một số đặc điểm thực trạng công tác giám sát viêm gan vi rút B, viêm gan vi rút C tại tỉnh Thái Bình năm 2015, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 453, số Chuyên đề, năm 2017, tr 128-135.
3. Vũ Ngọc Long, Trần Đắc Phu, Nguyễn Văn Thom, Đỗ Văn Suru, Lương Văn Phong, Phạm Thị Duyên, Phan Trọng Lân, Phạm Ngọc Đính, Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng giám sát viêm gan vi rút B, C tại Thái Bình năm 2016. Đã được Ban biên tập Tạp chí Y học dự phòng xác nhận đăng trên Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXVII, số 9, năm 2017, tr

TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. Tài liệu tham khảo tiếng Việt

1. Nguyễn Mai Anh, Hồ Văn Cư và Nguyễn Anh Tuấn (2002), "Tình hình nhiễm virus viêm gan B ở cộng đồng qua điều trị tại một số tỉnh miền Bắc", *Tạp chí Y học Dự phòng, số 6 chuyên đề bệnh y dược*, tr. 1 - 4.
2. Báo cáo kết quả điều tra đánh giá hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại 8 tỉnh của dự án VAHIP (2008), *Viện vệ sinh dịch tễ trung ương, Cơ quan quản lý dự án: Cục Y tế dự phòng và Môi trường Bộ Y tế*.
3. Bệnh viện đa khoa huyện Hưng Hà tỉnh Thái Bình (2015), "Báo cáo hoạt động khám, chữa bệnh năm 2015", *Báo cáo nội bộ*
4. Bệnh viện đa khoa huyện Hưng Hà tỉnh Thái Bình (2016), "Báo cáo hoạt động khám, chữa bệnh năm 2016", *Báo cáo nội bộ*
5. Bộ môn Nhi (2006), "Viêm gan mạn tính (VGMT)", *Bài giảng Nhi khoa, Tập 1, Nhà xuất bản Y học*, tr. 270 - 271.
6. Bộ Nội vụ và Bộ Y tế (2007), "Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT-BYT-BNV hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước do Bộ Y tế và Bộ Nội vụ ban hành".
7. Bộ Y tế (2007), "Quyết định số 06/2007/QĐ-BYT về việc ban hành quy chế truyền máu".
8. Bộ Y tế (2008), "Tài liệu mô hình cảnh báo sớm và đáp ứng nhanh các bệnh truyền nhiễm gây dịch nguy hiểm, Dự án phòng chống bệnh truyền nhiễm tiểu vùng sông Mê Kông, Hà Nội", tr. 1 - 66.
9. Bộ Y tế (2009), "Dịch tễ học thực địa, Chương trình đào tạo Dịch tễ học thực địa Việt Nam", *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, tr. 50 - 67.
10. Bộ Y tế (2010), "Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm".
11. Bộ Y tế (2013), "Hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm", *Thông tư 13/2013/TT-BYT ngày 17 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế*.

12. Bộ Y tế (2013), "Thông tư số 26/2013/TT-BYT ngày 16 tháng 9 năm 2013 về Hướng dẫn hoạt động truyền máu".
13. Bộ Y tế (2014), "Quyết định số 5448/QĐ-BYT ngày 30/12/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B".
14. Bộ Y tế (2016), "Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2016, Hà Nội".
15. Bộ Y tế (2016), "Quyết định số 493/QĐ-BYT ngày 18/02/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn điều trị Methadone trong các cơ sở cai nghiện ma túy".
16. Bộ Y tế (2016), "Quyết định số 4283/QĐ-BYT ngày 08/8/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Định nghĩa trường hợp bệnh truyền nhiễm", *Bộ Y tế, năm 2016*.
17. Bộ Y tế (2016), "Quyết định số 5012/QĐ-BYT ngày 20/9/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút C", *Bộ Y tế, năm 2016*.
18. Chính phủ (2011), "Nghị định 56/2011/NĐ-CP của Chính phủ quy định chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề đối với công chức, viên chức công tác tại các cơ sở y tế công lập".
19. Cổng thông tin điện tử tỉnh Thái Bình (2015), "Tổng quan chung về tỉnh Thái Bình.
http://sokhdt.thaibinh.gov.vn/news/Lists/tqtb/View_Detail.aspx?ItemID=2".
20. Nguyễn Duy Cường (2013), "Thực trạng tỷ lệ nhiễm HCV ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tăng theo thời gian lọc máu", *Luận văn Tiến sỹ Y học - Trường đại học Y Hà Nội*.
21. Bùi Đại, Nguyễn Văn Mùi và Nguyễn Hoàng Tuấn (2005), "Virus viêm gan B (HBV)", *Bệnh học truyền nhiễm, bộ môn truyền nhiễm - Học viện Quân Y, Nhà xuất bản Y học* tr. 104 -129
22. Đỗ Tuấn Đạt (2005), "Tình hình nhiễm virus viêm gan B và C tại Thanh Hóa", *Tóm tắt báo cáo khoa học, ngày gặp mặt viện hàng năm về giảng dạy và nghiên cứu miễn dịch học lần thứ 10 tại Hà Nội*, tr. 33 - 34.

23. Bằng Đình và Đặng Kim Thanh (2005), "Viêm gan virus và hậu quả ", *Nhà xuất bản Y học*, tr. 97 - 139.
24. Trần Thanh Dương, Nguyễn Thu Vân và Hoàng Thủy Long (2004), "Dịch tễ học phân tử vi rút viêm gan C ở bệnh nhân viêm gan tại thành phố Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành (472) - số 3/2004*, tr. 17 - 21.
25. Nguyễn Văn Hiếu, Đặng Đức Anh và Hồ Minh Lý (2007), "Thực trạng nguồn nhân lực và nhu cầu đào tạo trong công tác phòng chống bệnh truyền nhiễm tại các trung tâm Y tế dự phòng tuyến tỉnh, thành phố phía bắc", *Tạp chí Y học dự phòng, XVII, 5 (90 phụ bản)*, tr. 47 - 51.
26. Phan Trọng Lâm và Lê Trung Kiên (2010), "Đáp ứng phòng chống dịch của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam", *Tạp chí Y học dự phòng*. Tập XX, số 6, (114), tr. 245 - 253.
27. Nguyễn Thị Phương Liên (2012), "Thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm gây dịch và thử nghiệm giải pháp can thiệp", *Luận án tiến sỹ y học*, tr. 28 - 36.
28. Nguyễn Thị Phương Liên và các cộng sự (2010), "Thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại các tuyến tỉnh, huyện và xã của 8 tỉnh năm 2008 - 2009", *Tạp chí Y học dự phòng, tập XX, 8 (116)*, tr. 27 - 37.
29. Nguyễn Thị Phương Liên và các cộng sự (2010), "Kiến thức và thực hành về giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ y tế tại các trung tâm Y tế dự phòng tuyến tỉnh, huyện", *Tạp chí Y học dự phòng*. Năm 2010, tập XX, 8 (116), tr 20 - 26.
30. Trương Thị Xuân Liên (1994), "Tình hình nhiễm vi rút viêm gan C tại thành phố Hồ Chí Minh", *Luận án phó tiến sỹ khoa học Y dược, Hà Nội*, tr. 54 - 75.
31. Trương Thị Xuân Liên (2004), "Tỷ lệ mang dấu ấn vi rút viêm gan C ở TP. Hồ Chí Minh", *Hội nghị Khoa học ngành Huyết học – Truyền máu Việt Nam, tóm tắt báo cáo khoa học*, tr. 23 - 26.

32. Nguyễn Cao Luận (2002), "Tình trạng lây nhiễm Virus viêm gan C và biện pháp đề phòng lây chéo tại khoa Thận Nhân Tạo Bệnh viện Bạch Mai 2001 – 2002", *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ Chuyên Khoa cấp II năm 2002*.
33. Lê Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Thi Thơ và Nguyễn Thị Phương Liên (2008), "Đánh giá thực trạng tổ chức, nhân lực các đơn vị y tế dự phòng tuyến huyện của các tỉnh khu vực phía bắc", *Tạp chí Y học dự phòng*. 7 (99), tr. 12 - 18.
34. Nguyễn Đăng Mạnh (2002), "Tình hình nhiễm virus viêm gan C ở một số đơn vị bộ đội, một số đối tượng nguy cơ cao và đặc điểm lâm sàng của viêm gan C", *Luận án Tiến sỹ y học, mã số 3.01.40*, tr. 38 - 42.
35. Nguyễn Thị Nga (1995), "Góp phần nghiên cứu tìm tỷ lệ mang HBsAg trên một số nhóm người, mối liên quan với an toàn truyền máu và ung thư gan", *Luận án phó tiến sĩ khoa học Y – Dược, Trường Đại học Y khoa Hà Nội*, tr. 86 - 87.
36. Trịnh Thị Ngọc (2001), "Tình trạng nhiễm các vi rút viêm gan A, B, C, D, E ở các bệnh nhân viêm gan vi rút tại một số tỉnh miền núi phía Bắc Việt Nam", *Luận án tiến sỹ Y học, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương*, tr. 150 - 160.
37. Lã Thị Nhẫn (1995), "Nghiên cứu nhiễm virus viêm gan B và virus viêm gan C trên một số nhóm người miền Nam Việt Nam để góp phần tìm nguồn máu cho", *Tóm tắt luận án Phó Tiến sỹ y dược*, tr. 16.
38. Đỗ Trung Phấn (1995), "Tình hình nhiễm các virus truyền qua đường máu qua nghiên cứu một số đối tượng tại Viện Huyết học – Truyền máu", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tr. 15 -19
39. Ngô Mạnh Quân, Vũ Đức Lương và Triệu Thị Biền (2014), "Kiến thức, thái độ, thực hành phòng nhiễm virus viêm gan B ở người hiến máu tại Hà Nội năm 2014", *Hội nghị khoa học sáng tạo Thầy thuốc trẻ lần thứ III, Trường Đại học Y Hà Nội*.
40. Trần Huy Quang (2005), "Nghiên cứu một số dấu ấn virút viêm gan B và tình trạng mang HBsAg mạn ở 4 xã nông thôn tỉnh Thanh Hóa", *Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Quân Y*, tr. 33 - 39.

41. Sở Y tế tỉnh Thái Bình (2015), "Báo cáo hệ thống y tế tỉnh Thái Bình năm 2015", *Báo cáo nội bộ*.
42. Phạm Song (2009), "Viêm gan vi rút B, D, C, A, E, G cơ bản, hiện đại và cập nhật", *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*.
43. Dương Đình Thiện (2001), "Dịch tễ học lâm sàng", *Nhà xuất bản Y học Hà Nội*, tr. 23 - 35.
44. Thủ tướng Chính phủ (2011), "Quyết định số 73/2011/QĐ-TTg ngày 28/12/2011 của Thủ tướng Chính phủ về việc quy định một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức, người lao động trong các cơ sở y tế công lập và chế độ phụ cấp chống dịch".
45. Lê Thị Thanh Thuý và Nguyễn Gia Khánh (2006), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm gan virus B mãn tính ở trẻ em", *Nhi khoa, tập 14, Hội Nhi khoa Việt Nam*, tr. 127 - 131.
46. Tổng cục dân số (2016), "Số liệu thống kê về dân số và lao động của Tổng cục thống kê năm 2015".
47. Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Bình (2015), "Báo cáo hàng năm bệnh truyền nhiễm của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Bình", *Báo cáo nội bộ*.
48. Trường Đại học Y Hà Nội (2012), "Vi sinh y học", *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, tr. 45 - 67.
49. Trịnh Hữu Vách (2011), "Đánh giá thực hiện chức năng nhiệm vụ của Trung tâm y tế huyện tại 8 tỉnh dự án", *Dự phòng cúm và sởi sàng đối phó với đại dịch, Hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam*.
50. Nguyễn Thu Vân (2002), "Dịch tễ học và dự phòng các bệnh viêm gan vi rút từ A đến E", *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, tr. 41 - 55.
51. Văn phòng khu vực Tây Thái Bình Dương của Tổ chức Y tế thế giới (2015), "Kế hoạch hành động phòng, chống bệnh viêm gan vi rút khu vực Tây Thái Bình Dương".

52. Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương (2009), "Xây dựng mô hình giám sát điểm một số bệnh truyền nhiễm gây dịch tại tỉnh Hải Dương, Báo cáo đề tài cấp Bộ".
53. Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương (2013), "Hội thảo định hướng các biện pháp phòng chống viêm gan vi rút năm 2013".
54. Đỗ Thị Thanh Xuân (2003), "Nghiên cứu tình trạng sức khỏe và những người nhiễm vi rút viêm gan B và đánh giá tác động của truyền thông giáo dục sức khỏe tại xã An Lưu, Kinh Môn", *Đề tài cấp Tỉnh, Sở Khoa học và Công nghệ tỉnh Hải Dương*.
55. Lý Văn Xuân và Phan Thị Quỳnh Trâm (2010), "Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh viêm gan siêu vi B của bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Phước tháng 3 năm 2009", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. Tập 14, phụ bản số 1, tr. 1-7.

B. Tài liệu tiếng Anh

56. Abiola A.O, Omoyeni O.E and Akodu B.A (2012), "Knowledge, attitude and practice of hepatitis B vaccination among health workers at the Lagos State accident and emergency centre, Toll-Gate, Alausa, Lagos State", *West African journal of medicine*. 32(4), tr. 257-262.
57. Assad Ramlawi Alex Leventhal, Adel Belbiesi, Sami Sheikh, Akhtam Haddadin, Sari Hussein, Ziad Abdeen, and Dani Cohen, (2013), "Enhanced Surveillance for Detection and Management of Infectious Diseases: Regional Collaboration in the Middle East", *Emerg Health Threats*, tr. 3 - 8.
58. Allen, Elaine and Christopher (2007), "Likert Scales and Data Analyse", *Quality Progress*. pp. 64-65.
59. Ammon A and Valk H (2012), "Supranational Surveillance in the European Union", *Infectious Disease Surveillance*, Blackwell Publishing, Oxford, UK, tr. 69 - 78.

60. Ataei, Meidani M and Khosravi M (2014), "Knowledge, attitude, and performance of medical staff of teaching healthcare settings about hepatitis B and C in Isfahan, Iran", *Adv Biomed Res.* 2014; 3: 267.
61. Australian Government (2011), "National Notifiable Diseases Surveillance System", *Department of Health and Ageing, Australian Government* Available from <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-surveil-nndss-nndss-intro>.
62. Bassily S, Hyams KC and Fouad RA (2012), "A high risk of hepatitis C infection among Egyptian blood donors: the role of parenteral drug abuse. *Am J Trop Med Hyg.* 52(6):503-5, In".
63. Bộ Y tế (2015), "Kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2015 - 2019".
64. Brownstein J. S, Freifeld C. C and Reis B. Y (2007), "HealthMap: Internet - Based Emerging Infectious Disease Intelligence", *Global Infectious Disease Surveillance and Detection Assessing the Challenges - Finding Solutions. Workshop summary, The National Academies Press, Washington, DC*, tr. 122 - 135.
65. CDC (2001), "Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems", *Morbidity and Mortality Weekly Report* 50 (RR13), pp. 1-35".
66. CDC (2005), "Guidelines For Viral Hepatitis Surveillance And Case Management", tr. 12 -17.
67. CDC (2006), "Syndromic surveillance: An applied approach to outbreak detection", Available from <http://www.cdc.gov/EPO/dphsi/syndromic.htm>.
68. CDC (2017), "Prevention and Control of Infections with Hepatitis Viruses in Correctional Settings. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5201a1.htm>".
69. Chen C-J, Wang L-Y and Yu M-W (2010), "Epidemiology of hepatitis B virus infection in the Asia Pacific region", *J Gastroenterology and Hepatology*; 15 (S); E3-E6.

70. Darwish NM (2009), "Hepatitis C virus infection in blood donors in Egypt. J Egypt Public Health Assoc; 67(3-4):223-36, In".
71. David L. Heymann (2015), "Control of Communicable Diseases Manual 20th Edition", *American Public Health Association*
72. Dawes and John (2008), "Do Data Characteristics Change According to the number of scale points used? An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales ", *International Journal of Market Research*, 50 (1): 61–77.
73. Dieleman M., Cuong P. V. and Anh L. V (2003), "Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam", *Human Resource for Health*. 1, pp. 1-10.
74. Dr G.Surenkhand (2014), "Prevention from Viral Hepatitis B and C in Mongolia, vaccination implementation success", *Expert Working Group Meeting on Surveillance, Prevention and Management of Viral Hepatitis in the Western Pacific Region*.
75. Bui Cao Duong (2004), "An Epidemiology Study on Hepatitis B Infection in Ha Tinh Province, Vietnam", *Rev Fr Transfus Immunohematol*, tr. 14 - 15.
76. E. F. Duffell, M. J. W. van de Laar and A. J. Amato-Gauci (2014), "Enhanced surveillance of hepatitis B in the EU, 2006-2012", *Journal of Viral Hepatitis*. 22(7), tr. 571 - 626.
77. E. F. Duffell, M. J. W. van de Laar and A. J. Amato-Gauci (2014), "Enhanced surveillance of hepatitis C in the EU, 2006 – 2012", *Journal of Viral Hepatitis*. 22(7), tr. 590 – 595.
78. ECDC (2013), "Framework for a strategy for infectious disease surveillance in Europe (2013 - 2015)", *European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm*.
79. Feldman GM, Sorvillo F and Cole B (2004), "Seroprevalence of hepatitis C among a juvenile detention population", *Journal of Adolescent Health*: 25:505-508, In.

80. Fujiyama S, Kawano S and Sato S (2011), "A survey of antibodies to hepatitis C virus in Jakarta, Japan", *Am J Trop Med Hyg*; 49:435-439, In.
81. GAO (2011), "Global health - Challenges in improving infectious disease surveillance systems, Report to Congressional Requesters. United States General Accounting Office, GAO-11-722 Global Health".
82. Goldstein ST, Zhou F and Hadler SC (2005), "A mathematical model to estimate global hepatitis B disease burden and vaccination impact", *Int J Epidemiol*;34(6):1329–39.
83. Grace X. Ma (2008), "Knowledge, attitudes, and behaviors of Chinese hepatitis B screening and vaccination", *American Journal of Health Behavior*. 32 (2): 178-187.
84. H Sasuakahi (2014), "Determining the cost and cost effectiveness of Hepatitis B and C treatment in Japan and what are additional studies needed", *Expert Working Group Meeting on Surveillance, Prevention and Management of Viral Hepatitis in the Western Pacific Region*.
85. Hai-Xia Su, Yong-Ping Yan and Zhao-Hua Ji (2014), "Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection in China: Current Status and Challenges", *Journal of Clinical and Translational hepatology*. 2(1), tr. 15 - 22.
86. Hipgrave DB, Nguyễn Thúy Vân and Huong VM (2003), "Hepatitis B infection in rural Vietnam and the implications for a national program of infant immunisation", *Am J Trop Med Hyg*. 2003;69:288-294.
87. Huy TT and Abe K (2004), "Molecular epidemiology of hepatitis B and C virus infections in Asia", *Pediatrics International*, 46:223-230, In.
88. Tawlotsky J.M (2003), "Use of injections in healthcare settings worldwide, 2000: literature review and regional estimates", *BMJ* 2003; 327: 1075-8.
89. Antons Mozalevskis Jeffrey V. Lazarus, Kelly Safreed-Harmon and Irina Eramova (2016), "Strengthening hepatitis B and C surveillance in Europe: results from the two global hepatitis policy surveys (2013 and 2014)", *Hepatology, Medicine and Policy*.

90. Lok A, Wong A and Sporton S (2001), "Hepatitis B virus superinfection remains a rare occurrence in non-drug abusers in Hong Kong", *J. Hepatol.* 2001; 14: 332-4.
91. Lombardo J (2007), "Implications of "Real Time" Versus "Batch Reporting for Surveillance", *Global Infectious Disease Surveillance and Detection Assessing the Challenges - Finding Solutions. Workshop summary, The National Academies Press, Washington, DC*, tr. 72 - 77.
92. Lozano R, Naghavi M and Foreman K (2012), "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study", *Lancet* 2012;380(9859):2095–128.
93. M'ikanatha N. M, Lynfield R and Julian K. G. (2007), "Infectious Disease Surveillance: A Corner stone for Prevention and Control", *Infectious Disease Surveillance, Blackwell Publishing, Oxford, UK*, tr. 3 - 17.
94. Maetens G and Stuyver L (2005), "Hepatitis C virus genome and genotypes: typing methods and clinical application", *Hepatitis C 2005: Essay and Expert opinion* tr. 102 - 108.
95. Francisco Katayama Masahiro Tanaka, Hideaki Kato, Hideo Tanaka, Jianbing Wang, You Lin Qiao, and Manami Inoue (2011), "Hepatitis B and C Virus Infection and Hepatocellular Carcinoma in China: A Review of Epidemiology and Control Measures", *Journal of Epidemiology.* 21(6), tr. 401 - 416.
96. MericanI, GuanR and AmarapukaD (2010), "Chronic hepatitis B, C virus infection in Asian countries, *J.Gastroenterol. Hepatol*", 15:1356–6.
97. Ziba Farajzadegan Najmeh Jafari, and Behrooz Atae (2012), "Surveillance system for hepatitis C infection: A practical approach in the United States", *International Journal of Preventive Medicine.* 3(Suppl1): S48–S57.
98. Yvonne N. Flores Noreen Islam, Paula Ramirez. (2014), "Hepatitis and liver disease knowledge and preventive practices among health workers in Mexico: a cross-sectional study". *Int J Public Health.* 2014 Apr; 59(2): 381–394.

99. P Ay, M A Torunoglu and S Com (2013), "Surveillance and outbreak reports: Trend of hepatitis B notification rates in turkey, 1990 to 2012", *Eurosurveillance, Volume 18, Issue 47, 21 November 2013*.
100. Payne E, Totten S and Archibald C (2012), "Hepatitis C surveillance in Canada", *Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Public Health Agency of Canada, Ottawa, ON. CCDR: Volume 40-19, December 18, 2014*.
101. Perz JF, Armstrong GL and Farrington LA (2006), "The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide", *J Hepatol. 2006;45(4):529-38*.
102. Pham S, Dao DD and Bui H et al (1994), "Makers of hepatitis C and B virus infections among blood donors in Ho Chi Minh and Hanoi, Vietnam", *Clin. Diagn. Lab. Immunol; 1: 413-8*.
103. Qadi AA, Tamim H and Ameen G (2004), "Hepatitis B and Hepatitis C virus prevalence among dialysis patients in Bahrain and Saudi Arabia: a survey by serologic and molecular methods", *Am J Infect Control: 32(8):493-5., In*.
104. Qirbi N and Hall AJ (2001), "Epidemiology of hepatitis B virus infection in the Middle East, Review/WHO, 7(6), pp. 1034-1045", tr. 15 - 20.
105. Dale J. Hu R. Monina Klevens, Ruth Jiles, and Scott D. Holmberg (2016), "Evolving Epidemiology of Hepatitis Virus in the United States ", *Clinical infectious diseases(55 (suppl_1): S3-S9.*
106. Safary A and Beck J (2000), "Vaccination against hepatitis B: current challenges for Asian countries and future directions", *J. Gastroenterol. Hepatol. 2000; 15: 396-401*.
107. Shoo R, Yeneabate A and Chungong S (2011), "Assessing the impact of an early warning alert and response network (EWARN) in South Sudan", tr. 134 - 145.
108. Tan D, Dimitrakakis M and Mangalam S (2003), "Prevalence of hepatitis delta virus infection in Malaysia. Singapore", *Med. J.2003; 30: 34-7*.

109. Tanaka J, Kumaagai J and Katayama K (2004), "Sex-and age-specific carriers of hepatitis B and C viruses in Japan estimated by the prevalence in the 3,485,748 first-time blood donors during 1995-2000", *Intervirolgy*; 47(1):32-40.,*In*.
110. Tang S (2003), "Seroepidemiological study on hepatitis C virus infection among blood donors from various regions in China", *Chin J Epidemiol*; 14:271-274., *In*.
111. Temhag A, Tegnell A and Lesko B (2004), "Basic surveillance network, a European database for surveillance data on infectious diseases", *Euro Surveill*, 9 (7), tr. 19 - 22.
112. The World Bank (2006), "Public health surveillance toolkit - A guide for busy task managers, Development Communications Division, The World Bank, Washington, D.C. 20433 USA".
113. Toukan A, Sharaiha Z and Abu-e-Rub (2010), "The epidemiology of hepatitis B, C virus among family members in the Middle East", *Am. J. Epidemiol*.
114. Nguyen Thi Thuy Van, Law MG and Dore GJ (2008), "An enormous hepatitis B virus-related liver disease burden projected in Vietnam by 2025", *Liver Int*. 2008;28:525-531.
115. Victoria M. Taylor (2002), "Hepatitis B knowledge and practices among Cambodian women in Seattle, Washington", *J Community Health*, 27(3): 151-163.
116. VuHC and NguyenTV (2009), "Hepatitis B infection in different population groups in Thanh Hoa city", *J.Hyg.Prev.Med*. 2009; 6:44–7.(*In Vietnamese*).
117. Wang L, Wang Y and Jin S (2008), "Health system reform in China 2. Emergence and control of infectious diseases in China ", *Lancet* 372 (2008), tr. 605 - 628.
118. WHO - Western Pacific Region (2016), "Epidemiological estimates for viral hepatitis in the Western Pacific. http://www.wpro.who.int/hepatitis/data/hepatitis_data_statistics/en/".

119. WHO (2001), "Technical guidelines for integrated disease surveillance and response in the African region, Harare, Zimbabwe and Atlanta, Georgia, USA", tr. 154 - 229.
120. WHO (2005), "International Health Regulations 2005, WHO Press, Switzerland".
121. WHO (2006), "Communicable disease surveillance and response systems: Guide to monitoring and evaluating, National Epidemic Preparedness and Response, " tr. 1 - 90.
122. WHO (2006), "Hepatitis B, Fact Sheet No. 204. 2008. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000. Updated August 2008", *<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html>*. Accessed September 13, 2010.
123. WHO (2011), "Global infectious disease surveillance, Fact sheet N°200", tr. 156 - 168.
124. WHO (2013), "Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis".
125. WHO (2014), "Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection".
126. WHO (2015), "Framework for Global Action: Prevention & Control of Viral Hepatitis Infection", tr. 45 - 67.
127. WHO (2015), "Global Health Sector Strategy on viral hepatitis, 2016 – 2021".
128. WHO (2015), "Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection".
129. WHO (2016), "Technical considerations and case definitions to improve surveillance for viral hepatitis".
130. WHO (2017), "HBV Fact sheet N°204".
131. WHO (2017), "HBC Fact sheet N°164".

PHỤ LỤC

Phụ lục 1 **Bản đồ tỉnh Thái Bình**

Phụ lục 2 **Bộ công cụ trong nghiên cứu**

Phụ lục 2.1. Mẫu điều tra nghiên cứu trước can thiệp

Phụ lục 2.2. Phỏng vấn sâu cán bộ y tế tham gia hoạt động giám sát viêm gan vi rút B, C

Phụ lục 2.3. Mẫu điều tra nghiên cứu sau can thiệp

Phụ lục 2.4. Mẫu báo cáo trường hợp viêm gan vi rút B, C của huyện Hưng Hà

Phụ lục 3 **Tài liệu hướng dẫn trong hoạt động can thiệp tại huyện Hưng Hà, tỉnh Thái Bình**

Phụ lục 4 **Một số ảnh hoạt động trong quá trình triển khai nghiên cứu**