

BỘ Y TẾ
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

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

Số: 1656 /VSDTTU-TCQG
V/v: Ban hành tài liệu Hướng dẫn giám sát
các bệnh trong TCMR

Hà Nội, ngày 31 tháng 10 năm 2016


- Kính gửi: - Ban QLDA Tiêm chủng mở rộng 4 khu vực
- Trung tâm Y tế dự phòng/Kiểm soát bệnh tật 63 tỉnh/ TP

Nhằm tăng cường công tác giám sát các bệnh truyền nhiễm trong tiêm chủng mở rộng, thống nhất hướng dẫn trong quá trình thực hiện, Dự án Tiêm chủng mở rộng, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương đã xây dựng tài liệu kỹ thuật “*Hướng dẫn giám sát các bệnh truyền nhiễm trong tiêm chủng mở rộng*” dựa trên quy định của Bộ Y tế và hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới. Tài liệu gồm các nội dung chính như sau:

1. Phần I: Giám sát các bệnh truyền nhiễm trong tiêm chủng mở rộng
2. Phần II: Mẫu phiếu điều tra ca bệnh
3. Phần III: Sơ đồ quy trình giám sát, báo cáo các bệnh truyền nhiễm trong tiêm chủng mở rộng

(Chi tiết xem tài liệu gửi kèm)

Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Dự án Tiêm chủng mở rộng đề nghị Trung tâm Y tế dự phòng/Kiểm soát bệnh tật 63 tỉnh/TP phổ biến tài liệu nêu trên đến các cán bộ tham gia công tác giám sát bệnh truyền nhiễm trong tiêm chủng mở rộng và các địa phương trên địa bàn để triển khai đồng bộ tại các tuyến.

Trân trọng cảm ơn. 

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu HCQT, TCQG.

VIỆN TRƯỞNG
TRƯỞNG BAN ĐIỀU HÀNH DỰ ÁN TCMR



Đặng Đức Anh

**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG
DỰ ÁN TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG**



**HƯỚNG DẪN GIÁM SÁT
CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM
TRONG TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG**

(Tài liệu dành cho cán bộ y tế)

Hà Nội, 2016

MỤC LỤC

Nội dung	Trang
Phần I. Giám sát các bệnh trong TCMR	2
A. Bệnh Bại liệt	3
B. Bệnh uốn ván sơ sinh	7
C. Bệnh sởi	9
D. Bệnh rubella	17
E. Bệnh bạch hầu	21
F. Bệnh ho gà	24
Phần II. Mẫu phiếu điều tra ca bệnh	27
Phần III. Sơ đồ giám sát, báo cáo các bệnh truyền nhiễm trung TCMR	39

PHẦN I

**GIÁM SÁT CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM
TRONG TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG**

BỆNH BẠI LIỆT

1. Đặc điểm chung của bệnh

Bệnh bại liệt là một bệnh nhiễm vi rút cấp tính, do vi rút bại liệt (*Polio virus*) gây ra.

Bệnh thường được phát hiện qua liệt mềm cấp (LMC), chiếm khoảng 1% trường hợp nhiễm vi rút bại liệt. Hơn 90% là nhiễm thể ẩn hoặc sốt không đặc trưng và khoảng 1% là viêm màng não vô trùng. Bệnh thể nhẹ biểu hiện sốt, mệt mỏi, đau đầu, buồn nôn và nôn. Nếu bệnh tiến triển nặng xuất hiện đau cơ dữ dội, cứng cổ, cứng lưng, liệt mềm có thể xảy ra. Liệt do bại liệt là liệt không đối xứng, có sốt trong thời kỳ khởi bệnh, tiến triển nhanh trong 3 - 4 ngày đạt tới liệt tối đa, vị trí liệt tùy thuộc vào vị trí tế bào thần kinh ở tủy sống, thân não bị tổn thương. Liệt chân thường phổ biến hơn liệt tay. Liệt cơ hô hấp, cơ nuốt dễ gây tử vong. Liệt có thể giảm nhẹ trong thời kỳ hồi phục nhưng nếu còn liệt sau 60 ngày thì thường liệt vĩnh viễn.

Nguyên nhân khác gây LMC hay gặp nhất cần phải phân biệt với bại liệt là hội chứng Guillain-Barré (GBS). Liệt do GBS là liệt đối xứng, tiến triển liệt kéo dài tới 10 ngày. Những triệu chứng sốt, đau đầu, buồn nôn, nôn đặc trưng cho bại liệt, thường không có ở GBS. Những nguyên nhân quan trọng khác cũng gây ra liệt mềm cấp là viêm tủy cắt ngang, các vi rút đường ruột khác: typ 70, 71, ECHO, Coxackie, viêm thần kinh vận động cấp tính, viêm thần kinh do chấn thương, tiêm chọc, nhược cơ, bệnh thần kinh do nhiễm trùng và nhiễm độc...

Trường hợp vi rút bại liệt hoang dại cuối cùng ở Việt Nam ghi nhận ngày 29/1/1997 tại huyện Sông Cầu, tỉnh Phú Yên. Cùng với các nước khác trong khu vực Tây Thái Bình Dương, Việt Nam đã được công nhận thanh toán bại liệt vào năm 2000. Tuy nhiên, trong bối cảnh nhiều nước khác vẫn còn vi rút bại liệt hoang dại lưu hành, nguy cơ xâm nhập vào Việt Nam là rất lớn. Do đó để bảo vệ thành quả thanh toán bại liệt, chúng ta vẫn phải tiếp tục thực hiện các chiến lược tăng cường tiêm chủng và giám sát bại liệt đến khi thanh toán bại liệt toàn cầu. Trong công tác giám sát bại liệt, quan trọng nhất là phải giám sát tất cả các trường hợp LMC do bất cứ nguyên nhân nào và phải lấy được 2 mẫu phân đúng quy định để phân lập vi rút bại liệt hoang dại. Trên cơ sở đó mới có thể chẩn đoán xác định là bại liệt.

2. Một số định nghĩa

- 2.1. Ca liệt mềm cấp: Là trường hợp có liệt mềm, bao gồm nhẽo cơ, trương lực cơ giảm, đau cơ, giảm vận động, yếu cơ, vận động khó khăn, xuất hiện đột ngột trong vòng 10 ngày ở trẻ dưới 15 tuổi.
- 2.2. Ca bại liệt polio: là ca LMC phân lập được vi rút bại liệt hoang dại có hoặc không có di chứng liệt sau 60 ngày hoặc chết hoặc mất theo dõi.
- 2.3. Ca LMC có thể là bại liệt polio: là ca LMC có di chứng liệt hoặc chết hoặc mất theo dõi nhưng không lấy được mẫu phân hoặc mẫu phân không đúng quy định.
- 2.4. Ca LMC không phải là bại liệt polio: là ca LMC đã lấy được 2 mẫu phân đủ tiêu chuẩn nhưng không phân lập được vi rút bại liệt hoang dại có hoặc không có di chứng liệt sau 60 ngày hoặc chết hoặc mất theo dõi.

3. Quy định về giám sát LMC

- 3.1. Phát hiện sớm và thông báo ngay tất cả các trường hợp LMC.

- 3.2. Điều tra tất cả các trường hợp LMC theo mẫu điều tra 2.
- 3.3. Chỉ số LMC /100.000 trẻ dưới 15 tuổi ít nhất phải đạt 1 trên quy mô tỉnh.
- 3.4. Tỷ lệ LMC được lấy đủ 2 mẫu phân đúng quy định ít nhất phải đạt 80%.
- 3.5. Gửi phiếu điều tra ca bệnh:
 - Các tỉnh miền Bắc, Trung, Tây Nguyên gửi về Văn phòng TCMR khu vực miền Bắc, Viện VSDTTU.
 - Các tỉnh miền Nam gửi về Văn phòng TCMR khu vực miền Nam, Viện Pasteur TP. HCM
- 3.6. Gửi mẫu bệnh phẩm:
 - 28 tỉnh khu vực miền Bắc, 6 tỉnh khu vực miền Trung (Quảng Bình, Quảng Trị, TT-Huế, Đà Nẵng, Quảng Nam, Quảng Ngãi) gửi về phòng thí nghiệm vi rút đường ruột Viện VSDTTU.
 - 5 tỉnh khu vực miền Trung (Bình Định, Phú Yên, Khánh Hòa, Ninh Thuận, Bình Thuận), tất cả 4 tỉnh Tây Nguyên, tất cả 20 tỉnh khu vực Miền Nam gửi về phòng thí nghiệm vi rút đường ruột, Viện Pasteur TP. HCM.
- 3.7. Ban giám sát LMC/BL tỉnh chịu trách nhiệm trong việc điều tra sơ bộ, lấy 2 mẫu phân trong vòng 14 ngày kể từ khi liệt và điều tra di chứng sau 60 ngày tất cả các trường hợp LMC phát hiện tại địa bàn tỉnh. Có sổ theo dõi LMC/BL.
- 3.8. Kết quả xét nghiệm mẫu phân được gửi phản hồi ngay lập tức cho các tỉnh và các khu vực. Ban giám sát LMC/BL Miền Nam gửi kết quả cho các tỉnh miền Nam. Ban giám sát LMC/BL quốc gia gửi kết quả cho các tỉnh miền Bắc, Trung, Tây Nguyên.
- 3.9. Hàng tháng Ban giám sát LMC/BL khu vực miền Nam gửi cơ sở dữ liệu (file điện tử) cho Ban giám sát LMC/BL quốc gia để tổng hợp toàn quốc, báo cáo cho TCYTTG.
- 3.10. Hàng tháng Ban giám sát LMC/BL quốc gia tổng hợp, phân tích số liệu chung của toàn quốc, gửi báo cáo phản hồi về kết quả giám sát LMC/BL cho TCMR QG, 4 khu vực, Cục YTDP, UBQG xác nhận TTBL và 63 tỉnh/thành phố.
- 3.11. Thường xuyên hàng tuần tìm kiếm tích cực tại các cơ sở y tế ở tất cả các tuyến TU, khu vực, tỉnh, huyện, xã để đảm bảo LMC không bị bỏ sót.
- 3.12. Báo cáo hàng tháng LMC, kể cả khi không có ca bệnh theo mẫu báo cáo bệnh truyền nhiễm trẻ em.

Ca LMC được coi là điều tra đầy đủ khi:

- LMC phải được thông báo nhanh trong vòng 24 giờ kể từ khi bị liệt.
- Điều tra sớm trong vòng 48 giờ sau khi nhận được thông báo và gửi ngay phiếu điều tra về trung tâm máy tính.
- Lấy đủ 2 mẫu phân đúng quy định.
- Điều tra di chứng sau 60 ngày và gửi ngay kết quả về Ban giám sát bại liệt/LMC.

4. Lấy mẫu bệnh phẩm

4.1. Tiêu chuẩn lấy bệnh phẩm

- Thời gian lấy mẫu: Lấy càng sớm càng tốt, tốt nhất là lấy ngay sau khi bệnh nhân bị liệt. Tuy nhiên giới hạn thời gian cho phép là 0 - 14 ngày sau liệt.
- Lấy hai mẫu phân cách nhau ít nhất 24 giờ (có thể cách 1 đến 2 ngày).
- Trọng lượng mẫu phân: khoảng 4 gram (lượng phân to bằng ngón tay cái hoặc khoảng 1/3 ống nghiệm đựng mẫu).
- Phân được giữ trong lọ nhựa khô, sạch có nắp đậy (lọ đựng phân được cung cấp từ phòng thí nghiệm virus đường ruột: lọ nhựa khô, nắp đậy có gắn thìa để xúc phân).
- Nếu bệnh nhân bị táo bón lâu ngày không đi ngoài được, có thể sử dụng tube thuốc Microlac bơm vào hậu môn của bệnh nhân (thuốc có bán sẵn ở các hiệu thuốc).
- Mỗi lọ đựng mẫu phân của cùng một bệnh nhân LMC được để trong một túi nilông, buộc chặt để tránh lây nhiễm ra ngoài.
- Mỗi lọ bệnh phẩm được đánh dấu gồm các thông tin:
 - + Số xác định dịch tễ.
 - + Tên bệnh nhân.
 - + Ngày lấy mẫu.

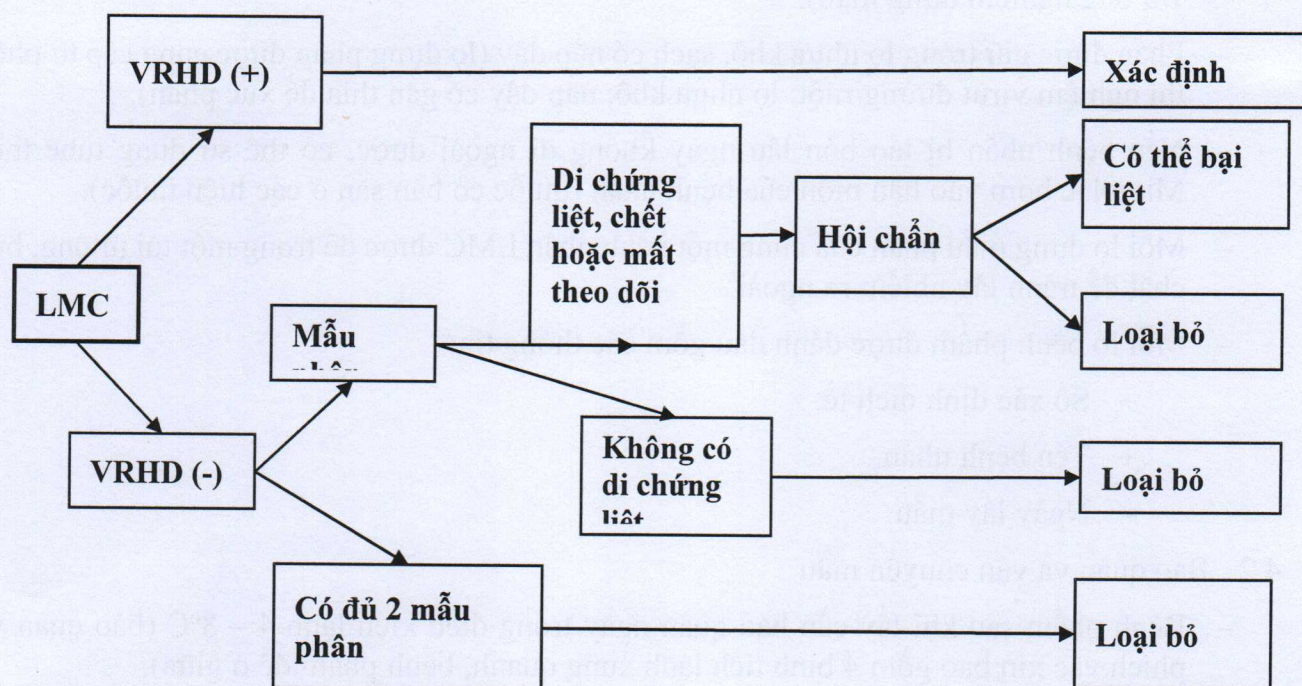
4.2. Bảo quản và vận chuyển mẫu

- Bệnh phẩm sau khi lấy cần bảo quản ngay trong điều kiện lạnh 4 – 8°C (bảo quản vào phích vắc xin bao gồm 4 bình tích lạnh xung quanh, bệnh phẩm để ở giữa).
- Chuyển ngay đến phòng thí nghiệm trong vòng 72 giờ sau khi lấy.
- Không được giữ bệnh phẩm lâu tại địa phương sau khi lấy mẫu.
- Có thể gửi bệnh phẩm gửi đến phòng thí nghiệm bằng đường chuyển phát nhanh...

Lưu ý:

- Phích vắc xin dùng vận chuyển bệnh phẩm không được sử dụng cho các công việc khác.
- Phích vắc xin sau khi vận chuyển bệnh phẩm cần được tiệt trùng bằng nước sôi hoặc dung dịch hypochlorite.
- Vận chuyển bệnh phẩm: Nếu vận chuyển bệnh phẩm bằng máy bay cần tránh vào ngày chủ nhật và ngày lễ.
- Mỗi bệnh phẩm gửi đến phòng thí nghiệm phải kèm theo “*Phiếu xét nghiệm phân bệnh nhân liệt mềm cấp*”
- Số xác định trong phiếu xét nghiệm gửi kèm mẫu phân phải trùng với số xác định trong mẫu điều tra 2.
- Khi trường hợp liệt mềm cấp được lấy mẫu phân gửi về phòng thí nghiệm thì cũng phải được điều tra sơ bộ ngay lập tức, điền vào mẫu điều tra 2 và gửi ngay về Ban giám sát bại liệt/LMC.

SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN BỆNH BẠI LIỆT POLIO THEO TIÊU CHUẨN VI RÚT HỌC



BỆNH UỐN VÁN SƠ SINH

1. Đặc điểm chung của bệnh

Bệnh uốn ván (ICD-10 A34) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính. Tác nhân gây bệnh là trực khuẩn uốn ván (*Clostridium tetani*).

Bệnh lây theo đường da, niêm mạc bị xây xước, vết thương bẩn, bỏng hoặc trong quá trình sinh đẻ. Trẻ sơ sinh bị bệnh UVSS là do nha bào uốn ván xâm nhập qua dây rốn trong khi sinh đẻ khi cắt rốn bằng các dụng cụ bẩn hoặc sau sinh trẻ không được chăm sóc rốn sạch và băng đầu rốn bị cắt không vô khuẩn. Vi khuẩn uốn ván phát triển tại vết thương trong điều kiện yếm khí, tiết ra ngoại độc tố gây ra các triệu chứng toàn thân. Bệnh có thể gặp ở tất cả các lứa tuổi nhưng phổ biến và nghiêm trọng nếu trẻ mắc uốn ván sơ sinh (ICD-10 A33). Miễn dịch sau mắc bệnh không bền vững suốt đời.

Độc tố do vi khuẩn uốn ván tiết ra gây cơn co cứng cơ kèm theo đau, trước tiên là các cơ nhai, cơ mặt, cơ gáy và sau đó là cơ thân. Các biến chứng của bệnh như gãy bội nhiễm, xương sườn, viêm phổi, tử vong...

2. Một số khái niệm

2.1. Chết sơ sinh: Là trẻ sinh ra sống và chết trong vòng 28 ngày.

2.2. Trường hợp nghi Uốn ván sơ sinh (UVSS):

Là bất kỳ trường hợp chết nào xảy ra trong vòng 3-28 ngày sau khi sinh chưa rõ nguyên nhân hoặc bất kỳ trẻ nào bị UVSS trong khoảng 3-28 ngày sau khi sinh mà không được điều tra.

2.3. Trường hợp xác định UVSS:

- Trẻ sơ sinh bú và khóc bình thường trong 2 ngày đầu.
- Trẻ không bú trong khoảng 3-28 ngày.
- Trẻ bị co giật hoặc co cứng khi bị kích thích nhẹ như ánh sáng, tiếng động, khi sờ vào trẻ hoặc trẻ có dấu hiệu co cứng bao gồm bất kỳ các dấu hiệu sau: cứng hàm, tay hoặc chân co quắp, môi mím chặt, lưng uốn cong.

3. Giám sát và báo cáo

3.1. Hình thức giám sát

Giám sát ca chết sơ sinh và ca nghi uốn ván sơ sinh thông qua giám sát thường xuyên và giám sát tích cực được triển khai trên phạm vi toàn quốc. Giám sát tích cực: Cần đến các cơ sở y tế định kỳ (hàng tuần, hàng tháng) nhằm phát hiện và hồi cứu các trường hợp chết sơ sinh, nghi ngờ UVSS và UVSS nhập viện hay đến khám.

3.2. Các nội dung giám sát

- Phát hiện và thông báo sớm ca chết sơ sinh và nghi UVSS.
- Điều tra ca chết sơ sinh/nghi UVSS theo mẫu *Phiếu điều tra ca chết sơ sinh/nghi UVSS* càng sớm càng tốt (không chậm quá 1 tháng sau khi nhận được thông báo). Đơn vị thực hiện: Trung tâm y tế huyện, tỉnh, các bệnh viện.
- Điều tra, xác định huyện yếu kém và huyện nguy cơ về UVSS.

- + Huyện yếu kém: Là huyện không có hoạt động giám sát và/hoặc có tỷ lệ tiêm chủng thấp, những huyện này cần phải được chú ý đặc biệt.
- + Huyện nguy cơ cao về UVSS: Là huyện có ít nhất 1 trong các tiêu chí sau:
 - Tỷ lệ mắc UVSS $\geq 1/1.000$ trẻ đẻ sống.
 - Không giám sát được trường hợp CSS/năm.
 - Tỷ lệ tiêm chủng vắc xin uốn ván (UV2+) cho PNCT hoặc tỷ lệ trẻ được bảo vệ phòng UVSS $< 50\%$.
 - Tỷ lệ trẻ đẻ tại cơ sở y tế thấp.
- Phân tích và báo cáo.
 - + Số ca mắc mới mắc theo tháng, năm và địa dư.
 - + Tỷ lệ mới mắc/1.000 trẻ đẻ sống theo huyện, theo năm.
 - + Phân tích các yếu tố nguy cơ bằng cách so sánh tỷ lệ sinh tại nhà và sinh tại cơ sở y tế, người đỡ đẻ, dụng cụ cắt rốn, vật liệu chăm sóc rốn, nhóm tuổi của bà mẹ và dân tộc, tỷ lệ tiêm vắc xin uốn ván (PNCT, NTSD) ở các trẻ mắc UVSS.
 - + Tỷ lệ huyện đạt/không đạt chỉ số giám sát CSS.
 - + Tỷ lệ ca UVSS được đáp ứng.

3.3. Báo cáo

- Báo cáo ngay cho các cơ sở y tế khi có ca mắc bệnh, tử vong.
- Gửi ngay phiếu điều tra ca bệnh lên tuyến trên, chậm nhất trong vòng 7 ngày kể từ khi điều tra.
- Báo cáo hàng tháng số ca UVSS theo nhóm tuổi và tình trạng tiêm chủng (mẫu 05/2011-TCMR) và báo cáo danh sách chết sơ sinh/UVSS (mẫu 06/2011-TCMR). Xã gửi huyện báo cáo trước ngày 5 tháng sau, huyện gửi tỉnh trước ngày 10 tháng sau, tỉnh gửi khu vực và quốc gia trước ngày 15 tháng sau.

3.4. Chỉ số giám sát CSS: Tỷ lệ phát hiện CSS/1.000 trẻ đẻ sống trên đơn vị huyện đạt $\geq 5\%$.

4. Đáp ứng khi có ca UVSS

- Xác định vùng nguy cơ cao và tổ chức tiêm vắc xin phòng uốn ván cho NTSD và PNCT, bao gồm bà mẹ có con bị UVSS. Theo dõi các hoạt động đã triển khai.
- Tăng cường công tác tiêm chủng thường xuyên vắc xin uốn ván cho PNCT và NTSD.
- Tăng cường công tác giám sát chết sơ sinh và uốn ván sơ sinh.
- Tăng cường công tác quản lý thai nghén, đẻ sạch.
- Tuyên truyền giáo dục y tế trong cộng đồng bao gồm phụ nữ, người chồng, và các cán bộ y tế, ... về phòng bệnh UVSS, quản lý thai, đẻ sạch, sinh tại các cơ sở y tế.

BỆNH SỞI

1. Đặc điểm chung của bệnh sởi

Sởi là một bệnh truyền nhiễm cấp tính gây dịch. Tác nhân gây bệnh là vi rút sởi (Measles virus) thuộc họ Paramyxoviridae, giống *Morbillivirus*.

Bệnh lây theo đường hô hấp thông qua dịch tiết mũi họng khi người bị nhiễm bệnh ho, hắt hơi hoặc nói chuyện hoặc tiếp xúc. Bệnh sởi rất dễ lây lan và có tốc độ lây nhiễm rất cao nên có thể gây thành dịch lớn. Người là ổ chứa duy nhất. Những người chưa có miễn dịch đều có thể bị mắc bệnh, miễn dịch có được sau mắc bệnh hoặc sau tiêm vắc xin bền vững. Bệnh sởi diễn biến qua các giai đoạn:

- Giai đoạn ủ bệnh: Bệnh nhân tiếp xúc với nguồn lây trước khi phát ban 7-18 ngày. Trong thời kỳ ủ bệnh triệu chứng rất nghèo nàn hoặc không có triệu chứng.
- Giai đoạn khởi phát: Thường kéo dài 3-5 ngày. Bệnh nhân thường có sốt, viêm long đường hô hấp (ho, hắt hơi, chảy mũi, mắt đỏ), xuất hiện các hạt Koplik ở niêm mạc miệng...
- Giai đoạn toàn phát: Ban sởi là ban sẩn, mịn, màu hồng nhạt, ấn vào biến mất. Ban thường mọc theo thứ tự từ trên xuống dưới: đầu, mặt, cổ, thân mình và tứ chi. Bệnh nhân có thể lây bệnh cho người tiếp xúc trong khoảng thời gian từ 5 ngày trước đến 5 ngày sau khi phát ban.
- Giai đoạn lui bệnh: Ban kéo dài 5-6 ngày, sau đó nhạt dần và mất đi theo đúng thứ tự trên, để lại trên da những vết thâm lốm đốm như vằn da hổ. Toàn thân bệnh nhân hồi phục dần nếu không có biến chứng.

Bệnh sởi có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm tai giữa, viêm phổi, tiêu chảy, khô loét giác mạc mắt, đặc biệt ở trẻ em suy dinh dưỡng, tử vong... Viêm não xảy ra sau mắc sởi là rất hiếm gặp. Sơ cứng não sau mắc sởi (SSPE) cũng rất hiếm gặp nhưng đây là một căn bệnh tiến triển, có thể gây tử vong thường xuất hiện sau mắc sởi một vài năm.

2. Một số định nghĩa

2.1. Ca sốt, phát ban nghi sởi/rubella

Một **ca sốt phát ban nghi sởi/rubella** là một trường hợp bệnh được điều tra và có các dấu hiệu:

- Sốt
- **Ban sẩn** (không có mụn nước, không phải ban xuất huyết)
- Và có một trong các triệu chứng sau: **Ho** hoặc **chảy nước mũi** hoặc **viêm kết mạc (mắt đỏ)** hoặc **nổi hạch (cổ, sau tai, dưới cằm)** hoặc **sưng đau khớp**.

HOẶC bất cứ trường hợp nào thầy thuốc lâm sàng nghi ngờ mắc sởi hoặc rubella.

2.2. Ca sởi chẩn đoán xác định

- **Ca sởi được xác định phòng thí nghiệm:** ca nghi sởi có kết quả xét nghiệm huyết thanh dương tính với kháng thể IgM đặc hiệu với sởi hoặc xác định được đoạn gen đặc hiệu của vi rút sởi hoặc phân lập được vi rút sởi.

- **Ca sởi được xác định dịch tễ:** ca nghi sởi/rubella sởi/rubella không được lấy mẫu nhưng có liên quan dịch tễ với trường hợp sởi được chẩn đoán xác định phòng thí nghiệm hoặc trường hợp sởi được chẩn đoán xác định bằng dịch tễ học (*có tiếp xúc hoặc có khả năng tiếp xúc tại cùng một không gian và khoảng cách giữa ngày phát ban của hai trường hợp từ 7 - 21 ngày*).
- **Ca có thể là sởi:** ca nghi sởi/rubella không lấy được mẫu bệnh phẩm hoặc mẫu bệnh phẩm không đúng quy định **nhưng** có các triệu chứng: sốt, ban sẩn và một trong ba triệu chứng viêm long (ho, chảy nước mũi, viêm kết mạc).

2.3. Ca loại trừ sởi: Ca nghi sởi/rubella được lấy mẫu bệnh phẩm đủ tiêu chuẩn nhưng có kết quả xét nghiệm âm tính với sởi **hoặc** chẩn đoán xác định mắc bệnh khác.

2.4. Một số khái niệm ca sởi phân loại theo nguồn gốc lây nhiễm

- **Ca sởi địa phương:** Là ca sởi mắc bệnh do sự lưu hành địa phương của vi rút sởi và đã chẩn đoán xác định bởi phòng thí nghiệm hoặc dịch tễ.
- **Ca sởi xâm nhập:** Ca sởi đã được chứng minh có tiền sử phơi nhiễm với vi rút sởi khi đến khu vực hoặc quốc gia khác trong thời gian 7-21 ngày trước khi phát ban bằng chẩn đoán vi rút học **hoặc/và** dịch tễ học.
- **Ca sởi liên quan đến ca xâm nhập:** Ca sởi địa phương được chứng minh bằng dịch tễ học hoặc chẩn đoán vi rút là có nguồn gốc ban đầu do ca sởi xâm nhập gây ra.

2.5. Vụ dịch/ổ dịch sởi

Giai đoạn hướng tới mục tiêu Loại trừ bệnh sởi:

- Ổ dịch nghi sởi/rubella: Khi xuất hiện từ 5 ca nghi sởi/rubella trở lên trong vòng 1 tháng tại một huyện.
- Ổ dịch sởi: Ổ dịch sởi xuất hiện khi có từ 03 trường hợp sởi chẩn đoán xác định trở lên tại một huyện trong vòng 1 tháng, các trường hợp này có liên quan dịch tễ hoặc vi rút học (thời gian giữa ngày phát ban của hai trường hợp từ 7 - 21 ngày), trong đó có ít nhất 02 trường hợp được chẩn đoán xác định phòng xét nghiệm.
- Ổ dịch được gọi là chấm dứt khi không ghi nhận trường hợp mắc mới trong vòng 21 ngày.

Trong giai đoạn Loại trừ bệnh sởi: Vụ dịch sởi là vụ dịch có từ 2 ca sởi trở lên, ngày khởi phát của ca thứ hai sau ngày khởi phát của ca thứ nhất 7-21 ngày và có mối liên quan với nhau được chứng minh bằng dịch tễ học hoặc chẩn đoán vi rút.

Trường hợp bệnh tản phát là trường hợp bệnh sởi/rubella đơn lẻ không phát hiện liên quan về dịch tễ (đường lây, nguồn lây) với các trường hợp khác.

2.6. Một số khái niệm về không chế và thanh toán bệnh sởi

- **Loại trừ bệnh sởi:** Sự lưu hành của vi rút sởi tại một quốc gia bị cắt đứt trong khoảng thời gian từ 36 tháng trở lên với điều kiện hệ thống giám sát hoạt động tốt.
- **Sởi lưu hành địa phương:** Là khi vi rút sởi liên tục lây truyền trong khoảng thời gian từ 12 tháng trở lên tại một địa phương.

- **Sởi tái lập lưu hành địa phương:** Là khi sự lây truyền của vi rút sởi không bị cắt đứt trong khoảng thời gian từ 12 tháng trở lên và tại một địa phương trước đó đã loại trừ bệnh sởi.

3. Chẩn đoán phòng thí nghiệm bệnh sởi

3.1. Các kỹ thuật chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định ca sởi/vụ dịch sởi dựa vào kết quả xét nghiệm huyết thanh (ELISA) tìm kháng thể IgM kháng sởi hoặc PCR để xác định sự có mặt của vi rút. Tuy nhiên, Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo sử dụng kỹ thuật ELISA để chẩn đoán xác định ca sởi đối với hệ thống giám sát.
- Chẩn đoán nguồn lây nhiễm: Các xét nghiệm vi rút học để xác định chủng vi rút.

3.2. Quy định lấy mẫu

- Tiến hành lấy mẫu huyết thanh trong vòng 28 ngày sau khi phát ban. Nếu mẫu được lấy trong 3 ngày đầu sau phát ban có kết quả âm tính, cần lấy mẫu lần 2.
- Đối với trường hợp tản phát: Lấy mẫu xét nghiệm của toàn bộ các trường hợp giám sát sởi/rubella tản phát.
- Đối với ổ dịch/dịch: Lấy mẫu bệnh phẩm của ít nhất 80% số trường hợp nghi sởi/rubella để xét nghiệm cho đến khi đủ điều kiện khẳng định ổ dịch sởi chấm dứt.

3.3. Loại bệnh phẩm

- Mẫu huyết thanh:
 - + Lấy trong vòng 28 ngày sau khi phát ban. Nếu mẫu được lấy trong 3 ngày đầu sau phát ban có kết quả âm tính, cần lấy mẫu lần 2.
 - + Lấy 3 ml máu tĩnh mạch, để đông ở nhiệt độ phòng, ly tâm tách huyết thanh, bảo quản ở nhiệt độ từ 2 – 8°C, vận chuyển nhanh về phòng thí nghiệm. Nếu chưa vận chuyển được mẫu đến phòng thí nghiệm trong vòng 72 giờ, bảo quản mẫu ở -20°C và vận chuyển mẫu về phòng thí nghiệm trong vòng 7 ngày.
- Các loại bệnh phẩm khác: được thực hiện theo yêu cầu của các Viện VSDT/Pasteur. Để phân lập vi rút cần lấy dịch ngoáy họng hoặc mẫu máu toàn phần trong vòng 5 ngày sau khi phát ban.

Mẫu bệnh phẩm phải được gửi cùng với phiếu điều tra ca bệnh về phòng thí nghiệm thuộc các Viện VSDT/Pasteur.

4. Giám sát và báo cáo ca bệnh

Giám sát tốt ca bệnh và dịch sởi có ý nghĩa rất quan trọng, là cơ sở để đưa ra các biện pháp can thiệp kịp thời nhằm khống chế bền vững bệnh sởi và là một trong những điều kiện để xác nhận loại trừ bệnh sởi. Hệ thống giám sát ca bệnh sởi đã được thiết lập và hoạt động liên tục từ năm 2002. Các ca sởi được điều tra dịch tễ theo phiếu và lấy mẫu xét nghiệm để chẩn đoán xác định phòng thí nghiệm.

4.1. Hình thức giám sát

Giám sát ca bệnh nghi sởi/rubella thông qua giám sát thường xuyên và giám sát tích cực tại các cơ sở y tế và cộng đồng được triển khai trên phạm vi toàn quốc.

4.2. Các nội dung giám sát

- Phát hiện và thông báo sớm ca bệnh nghi sởi/rubella.
- Điều tra ca nghi sởi/rubella, dịch sởi trong vòng 48 giờ kể từ khi nhận được thông báo, bao gồm điều tra dịch tễ theo mẫu *Phiếu điều tra ca nghi sởi/rubella* và lấy mẫu để xét nghiệm chẩn đoán xác định. Trong quá trình điều tra cần ghi nhận thêm một số thông tin về nơi làm việc, học tập của bệnh nhân, có tiếp xúc với những ai trong thời gian 5 ngày trước và sau phát ban, có đi đến chỗ đông người nào, có các ca bệnh tương tự ở nơi bệnh nhân sinh sống, học tập, làm việc. Đơn vị thực hiện: Trung tâm y tế huyện, Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, các bệnh viện.
 - + Đối với ca nghi sởi/rubella tản phát: điều tra tất cả các theo phiếu điều tra (*Phụ lục 1*)
 - + Đối với ổ dịch/dịch: Điều tra theo phiếu ít nhất 80% số ca nghi sởi/rubella.
- Điều tra và theo dõi các trường hợp tiếp xúc với bệnh nhân trong khoảng thời gian 5 ngày trước và 5 ngày sau khi bệnh nhân phát ban.
- Điều tra, xác định dịch, đối tượng và vùng nguy cơ (chi tiết trong mục 5 – *Đáp ứng khi có dịch sởi*).
- Phân tích và báo cáo.

4.3. Báo cáo

- Báo cáo ngay cho các cơ sở y tế khi có ca nghi mắc bệnh, tử vong.
- Gửi ngay báo cáo dịch về tuyến trên.
- Gửi ngay mẫu huyết thanh kèm theo phiếu điều tra ca bệnh lên tuyến trên, chậm nhất trong vòng 7 ngày kể từ khi điều tra/lấy mẫu. Dữ liệu trong phiếu điều tra được nhập vào phần mềm *quản lý số liệu sởi* và Văn phòng TCMR khu vực gửi TCMR quốc gia trước ngày 05 tháng sau.
- Phòng thí nghiệm trả lời kết quả cho Trung tâm Y tế dự phòng các tỉnh trong vòng 7 ngày từ khi nhận mẫu (đối với xét nghiệm tìm IgM) và gửi số liệu cho TCMR các khu vực và quốc gia vào ngày thứ 5 hàng tuần.
- Báo cáo hàng tháng số ca nghi sởi/rubella theo nhóm tuổi và tình trạng tiêm chủng (mẫu 05/2011-TCMR). Xã gửi huyện báo cáo trước ngày 5 tháng sau, huyện gửi tỉnh báo cáo trước ngày 10 tháng sau, tỉnh gửi khu vực và quốc gia báo cáo trước ngày 15 tháng sau.

4.4. Các chỉ số giám sát

Bảng 1. Các chỉ số giám sát bệnh sởi

TT	Chỉ số	Chỉ tiêu
1	Tỷ lệ phát hiện ca nghi sởi/rubella	$\geq 2/100.000$ dân
2	Tỷ lệ huyện có tỷ lệ phát hiện và điều tra ca nghi sởi/rubella $\geq 2/100.000$ dân	$\geq 80\%$

TT	Chỉ số	Chỉ tiêu
3	Tỷ lệ ca nghi sởi/rubella được điều tra trong vòng 48 giờ kể từ khi nhận được thông báo	$\geq 80\%$
4	Tỷ lệ ca nghi sởi/rubella được lấy mẫu huyết thanh đúng quy định (đưa ra khỏi mẫu số các ca <i>chẩn đoán xác định dịch tế học</i> mắc sởi, rubella hoặc các bệnh truyền nhiễm khác)	$\geq 80\%$
5	Tỷ lệ mẫu huyết thanh được trả lời kết quả trong vòng 7 ngày kể từ khi phòng thí nghiệm nhận mẫu.	$\geq 80\%$

5. Đáp ứng khi có dịch nghi sởi

Khi xác định vụ dịch sởi, cần tiến hành các bước dưới đây:

Bảng 2. Các bước đáp ứng với dịch sởi

1. Điều tra và xác định vụ dịch
2. Phân tích dịch và tỷ lệ tiêm chủng
3. Thông báo dịch
4. Lập kế hoạch đáp ứng dịch
5. Tăng cường công tác giám sát dịch

Bước 1: Điều tra và xác định vụ dịch

Dịch sởi có khả năng lây lan nhanh nên việc phát hiện và điều tra sớm có ý nghĩa rất quan trọng trong công tác phòng chống dịch. Tiến hành điều tra ngay các trường hợp nghi sởi sau khi phát hiện. Các công việc điều tra bao gồm:

- Điều tra dịch tế học
- Ngoài các nội dung nêu tại mục 4 – *Giám sát và báo cáo ca bệnh*, cần thu thập các thông tin chung: dân số, dân tộc, số đơn vị hành chính, tỷ lệ tiêm vắc xin sởi hàng năm.
- Xác định vụ dịch: Quy trình lấy và vận chuyển mẫu xét nghiệm (phần 3)

Bước 2: Phân tích dịch và tỷ lệ tiêm chủng

- Mô tả vụ dịch

Ngay sau khi có kết quả điều tra, tiến hành phân tích dịch để có nhận định về tình hình dịch bệnh, từ đó đưa ra các biện pháp chống dịch phù hợp. Cần phân tích dịch trên các phương diện như sau:

- Mô tả ca bệnh đầu tiên và quá trình diễn biến dịch
- Tổng số ca nghi sởi và tổng số ca chẩn đoán xác định sởi
- Phân bố dịch theo địa lý (vẽ bản đồ dịch): theo số mắc hoặc tỷ lệ.

- Phân bố số ca mắc bệnh, chết theo thời gian (ngày, tuần). Vụ dịch kéo dài bao lâu (đường cong dịch tễ).
- Phân bố số ca mắc bệnh, chết theo lứa tuổi.
- Phân bố số ca mắc, chết theo tiền sử tiêm chủng (1 mũi, 2 mũi, không tiêm)
- Phân bố ca mắc, chết theo giới.

- **Xác định nguồn gốc vụ dịch**

- Dựa vào dịch tễ học cổ điển: Phân tích tuổi và tình trạng của các ca sỏi đầu tiên trong mỗi khu vực, gia đình để xác định nhóm lây truyền.
- Dựa vào dịch tễ học phân tử thông qua việc phân tích kiểu gen của vi rút sỏi góp phần xác định nguồn gốc vụ dịch.

- **Xác định yếu tố nguy cơ mắc sỏi**

- Xác định tỷ lệ tấn công của các nhóm đối tượng (tuổi, nghề...).
- Nơi lây nhiễm.

Những yếu tố nguy cơ có thể gồm:

- Nhóm tuổi và không tiêm chủng hoặc không tiêm chủng đầy đủ.
- Đến những nơi mà sỏi lưu hành.
- Nghề nghiệp (nhân viên y tế, người đi du lịch.v.v.).
- Đến những nơi đông người (Trường học, nơi làm việc, cơ sở y tế...)

- **Phân tích tỷ lệ tiêm chủng**

Phân tích tỷ lệ tiêm vắc xin sỏi trong tiêm chủng thường xuyên (cho trẻ em) và chiến dịch (nếu có) trong nhiều năm trở lại đây nhằm xác định vùng và nhóm tuổi có tỷ lệ tiêm vắc xin thấp, từ đó có kế hoạch phòng chống dịch thích hợp.

- **Dự báo tiến triển của dịch**

Bước 3: Thông báo dịch

- Thông báo ngay cho tuyến trên và các cơ quan có liên quan khi có vụ dịch sỏi xảy ra bằng điện thoại, fax hoặc email.
- Báo cáo hàng ngày lên tuyến trên theo đúng quy định báo cáo dịch bằng điện thoại, fax hoặc email.
- Khi không có ca bệnh mới xuất hiện trong thời gian 3 tuần mặc dù đã tăng cường giám sát thì có thể được xem như là dịch đã kết thúc. Làm báo cáo tổng kết vụ dịch theo quy định.

Bước 4: Xử lý ổ dịch

- Cách ly trường hợp mắc bệnh và theo dõi các trường hợp tiếp xúc
- Đối với bệnh nhân: Cách ly y tế kịp thời bệnh nhân trong vòng 7 ngày kể từ khi phát ban. Bệnh nhân mắc bệnh nhẹ cho cách ly y tế tại nhà, nghỉ học, nghỉ làm việc, không tham gia các hoạt động tập thể, tập trung đông người. Nếu tình trạng bệnh nặng lên hoặc có dấu hiệu biến chứng phải điều trị và cách ly tại các cơ sở y tế. Trong khi cách ly cần đeo khẩu trang y tế.

- Đối với người tiếp xúc:
 - + Những người tiếp xúc: là tất cả mọi người đang sống trong hộ gia đình hoặc trong những phường dân cư khác gần đó có bệnh nhân trong giai đoạn lây nhiễm (khoảng thời gian từ 5 ngày trước đến 5 ngày sau khi phát ban).
 - + Hướng dẫn cho họ về các triệu chứng của sởi trong thời kỳ tiền triệu: sốt, viêm long đường hô hấp (ho, hắt hơi, chảy mũi, mắt đỏ) để phát hiện sớm các ca nghi sởi và hạn chế đi lại, không tập trung nơi đông người.
 - + Những người tiếp xúc mà trong tiền sử chưa có miễn dịch với sởi cần được tiêm vắc xin sởi.
 - Chăm sóc và điều trị
- Tổ chức điều trị và cách ly bệnh nhân nặng tại bệnh viện. Không có điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị triệu chứng như hạ sốt, giảm ho... Bệnh nhân sởi phải được điều trị ở phòng cách ly kể từ khi xuất hiện triệu chứng cho đến hết ngày thứ 7 sau khi phát ban.
- Hướng dẫn chăm sóc và cách ly tại hộ gia đình với những trường hợp nhẹ.
- Trẻ nhỏ cần được bổ sung vitamin A, tăng cường dinh dưỡng.
- Người bệnh mắc sởi cần được vệ sinh thân thể và răng miệng, không kiêng nước.
 - Khử trùng và vệ sinh thông khí tại nơi ở, nơi làm việc, học tập
 - Truyền thông

Viết tin bài truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng như báo chí, truyền hình, loa phát thanh, áp phích, tờ rơi... Nội dung truyền thông nên tập trung vào các nội dung: Tình hình diễn biến dịch bệnh, cách phát hiện bệnh và các triệu chứng chính của bệnh, các biến chứng của bệnh, cách điều trị bệnh, cách phòng bệnh.

- Tiêm vắc xin chống dịch
- Việc quyết định tiêm vắc xin chống dịch cần dựa trên cơ sở phân tích dịch tễ vụ dịch để xác định phạm vi và đối tượng tiêm vắc xin. Ngoài ra tất cả các trẻ từ 9 tháng đến 15 tuổi chưa được tiêm vắc xin sởi trong quá khứ cần được tiêm vắc xin.
- Việc tiêm vắc xin mặc dù không dập tắt dịch ngay nhưng có tác dụng:
 - + Làm giảm số lượng đối tượng cảm nhiễm và giúp cắt sự lây truyền của vi rút sởi.
 - + Nếu những ca nghi sởi không phải là sởi thì việc tiêm vắc xin sởi sẽ làm tăng mức độ miễn dịch trong quần thể và phòng dịch sởi xảy ra trong tương lai

Bước 5: Tăng cường công tác giám sát dịch

- Đẩy mạnh giám sát sởi để phát hiện ca nghi sởi. Hàng ngày trao đổi thông tin hoặc tới các bệnh viện, phòng khám bệnh, trường học... để giám sát tình hình dịch.
- Cập nhật thông tin về những ca bệnh nghi sởi và ca sởi được xác định, những trường hợp nghi ngờ, những khu vực nguy cơ cao trong suốt thời gian vụ dịch.
- Khi không có ca bệnh mới xuất hiện trong thời gian 3 tuần mặc dù đã tăng cường giám sát thì có thể được xem như là dịch đã kết thúc.

6. Vai trò của các đơn vị

- Bệnh viện tuyến huyện, tỉnh, trung ương và các cơ sở y tế tương đương Thực hiện điều tra ca bệnh theo phiếu, lập danh sách ca bệnh, lấy mẫu bệnh phẩm của các trường hợp bệnh nhân đến khám, điều trị tại bệnh viện cùng cấp, báo cáo theo quy định. Thực hiện cách ly các trường hợp bệnh nghi sởi/rubella với các bệnh nhân khác.
- Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh: Là đầu mối điều phối việc thực hiện, theo dõi, kiểm tra công tác giám sát, phòng chống bệnh sởi, rubella. Tổ chức thu thập, tiếp nhận các mẫu bệnh phẩm, phiếu điều tra tại bệnh viện tỉnh, trung ương và các cơ sở y tế tương đương. Bảo quản, vận chuyển mẫu bệnh phẩm, phiếu điều tra về các Viện Vệ sinh dịch tễ, Pasteur theo quy định.
- Trung tâm Y tế huyện: Thực hiện điều tra ca bệnh theo phiếu, lập danh sách ca bệnh, lấy mẫu bệnh phẩm của các trường hợp bệnh nhân tại cộng đồng hoặc ổ dịch báo cáo, phòng chống dịch theo quy định tại các điểm II.3,4,5 và mục III của hướng dẫn này. Trung tâm Y tế dự phòng huyện làm đầu mối điều phối việc thực hiện, kiểm tra công tác giám sát trong phạm vi huyện; tiếp nhận, bảo quản, vận chuyển mẫu bệnh phẩm về Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh.

BỆNH RUBELLA

1. Đặc điểm chung của bệnh rubella

Rubella (ICD-9 056; ICD-10 B06) là bệnh truyền nhiễm cấp tính gây dịch sốt, phát ban. Tác nhân gây bệnh là vi rút Rubella thuộc họ Togaviridae, giống *Rubivirus*.

Bệnh lây theo đường hô hấp hoặc tiếp xúc trực tiếp thông qua dịch tiết mũi họng khi người bị nhiễm bệnh ho, hắt hơi hoặc nói chuyện hoặc tiếp xúc. Trẻ em mắc hội chứng rubella bẩm sinh có thể đào thải vi rút trong vòng 1 năm vào dịch tiết hầu họng, trong nước tiểu và là nguồn truyền nhiễm cho những người tiếp xúc. Bệnh rất dễ lây lan và có thể gây thành dịch lớn. Người là ổ chứa duy nhất. Những người chưa có miễn dịch đều có thể bị mắc bệnh, người sau khi mắc bệnh có miễn dịch bền vững, miễn dịch của mẹ truyền cho con có thể bảo vệ trẻ trong vòng 6 đến 9 tháng sau khi ra đời, tùy vào lượng kháng thể của mẹ. Tuy nhiên, có một tỷ lệ nhỏ những người đã mắc bệnh bị tái nhiễm.

Bệnh rubella diễn biến qua các giai đoạn:

- Thời kỳ ủ bệnh: Bệnh nhân tiếp xúc nguồn lây trước khi phát ban khoảng 14 ngày (từ 12-23 ngày). Trong thời kỳ này, triệu chứng rất nghèo nàn hoặc không có triệu chứng.
- Giai đoạn tiền triệu: Bệnh nhân thường có sốt nhẹ, nhức đầu, sưng hạch lympho vùng cổ, sau tai, dưới cằm, viêm long đường hô hấp trên, viêm kết mạc, đau khớp và đau mình xuất hiện trong vòng 1 – 5 ngày trước khi phát ban.
- Giai đoạn phát ban: Ban có đặc điểm là ban sẩn, không tập trung thành đám, ít gây ngứa, thường nhẹ hơn ban sởi. Ban kéo dài khoảng 1-3 ngày. Bệnh nhân có thể lây bệnh cho người tiếp xúc trong khoảng thời gian từ 5 ngày trước đến 5 ngày sau khi phát ban.
- Giai đoạn lui bệnh: Sau 1-3 ngày, ban bay không để lại vết.

Bệnh rubella ở trẻ em thường nhẹ, ít biến chứng. Các biến chứng nặng thường gặp ở người lớn, đặc biệt là phụ nữ có thai. Nếu người mẹ nhiễm rubella trong 3 tháng đầu của thai kỳ có thể gây ra sảy thai, thai chết lưu, hội chứng rubella bẩm sinh (ICD-9 771.0; ICD-10 P35.0) và nhiễm rubella bẩm sinh ở trẻ sơ sinh. Ngoài ra, viêm khớp gặp ở 70% phụ nữ mắc rubella, hiếm gặp ở trẻ em và nam giới. Viêm tại các khớp ngón tay, cổ tay, đầu gối. Ít gặp viêm khớp mạn tính. Viêm não chiếm tỷ lệ 1/6.000 trường hợp, thường xuất hiện ở người lớn hơn ở trẻ em. Xuất huyết xảy ra ở 1/3000 trường hợp, thường gặp ở trẻ nhỏ. Báo cáo hiếm gặp Hội chứng Guillain Barre sau mắc rubella.

2. Một số định nghĩa

2.1. Ca sốt, phát ban nghi sởi/rubella

Một **ca nghi sởi/rubella** là một trường hợp bệnh được điều tra và có các dấu hiệu:

- **Sốt**
- **Ban sẩn** (không có mụn nước, không phải ban xuất huyết)
- Và có một trong các triệu chứng viêm long: **Ho** hoặc **chảy nước mũi** hoặc **viêm kết mạc (mắt đỏ)** hoặc **nổi hạch (cổ, sau tai, dưới cằm)** hoặc **sưng đau khớp**.

HOẶC bất cứ trường hợp nào thầy thuốc lâm sàng nghi ngờ mắc sởi hoặc rubella.

Trên lâm sàng các ca rubella có thể không có triệu chứng viêm long nhưng thường có triệu chứng sung hạch lympho ở cổ, sau tai, dưới cằm. Tuy nhiên, triệu chứng này cũng xuất hiện trong bệnh tinh hồng nhiệt ở trẻ nhỏ nên không phải là triệu chứng đặc trưng của bệnh rubella. Việc phân biệt trường hợp bệnh sốt phát ban là do sởi hay rubella là rất khó nếu chỉ dựa trên triệu chứng lâm sàng mà phải làm xét nghiệm chẩn đoán. Do đó, thực hiện giám sát lồng ghép bệnh nghi sởi/rubella cần được điều tra dịch tễ và xét nghiệm. Định nghĩa này hỗ trợ nhiều hơn cho giám sát sởi.

2.2. Ca rubella chẩn đoán xác định

- **Ca rubella xác định phòng thí nghiệm:** ca nghi sởi/rubella có kết quả xét nghiệm huyết thanh dương tính với kháng thể IgM đặc hiệu với rubella, hoặc xác định được đoạn gen đặc hiệu của vi rút rubella hoặc phân lập được vi rút rubella.
- **Ca rubella xác định dịch tễ học:** ca nghi sởi/rubella có liên quan dịch tễ học với trường hợp rubella được chẩn đoán xác định phòng thí nghiệm **hoặc** khi ổ dịch/dịch rubella đã được xác định phòng thí nghiệm những trường hợp đầu tiên thì những trường hợp khác trong ổ dịch/dịch là ca xác định rubella dịch tễ học.
- **Ca có thể rubella:** Là trường hợp nghi sởi/rubella không lấy được mẫu bệnh phẩm hoặc mẫu bệnh phẩm không đúng quy định, không có triệu chứng viêm long **nhưng** có một trong các triệu chứng sau: nổi hạch cổ, cằm, sau tai, sưng đau khớp.

2.3. Ca loại trừ rubella: Ca nghi sởi/rubella được lấy mẫu bệnh phẩm đủ tiêu chuẩn nhưng có kết quả xét nghiệm âm tính với rubella **hoặc** chẩn đoán xác định mắc bệnh khác.

2.4. Vụ dịch rubella

- Ổ dịch nghi sởi/rubella: Khi xuất hiện từ 5 ca nghi sởi/rubella trở lên trong vòng 1 tháng tại một huyện.
- Ổ dịch rubella: Ổ dịch rubella được ghi nhận khi có ít nhất 3 trường hợp rubella (trong đó ít nhất 2 trường hợp được chẩn đoán xác định phòng xét nghiệm) ở cùng một địa điểm (thôn, xóm, đội/tổ dân phố/đơn vị và tương đương) trong vòng 1 tháng.
- Ổ dịch chấm dứt khi không ghi nhận trường hợp mắc mới trong vòng 21 ngày.

3. Chẩn đoán phòng thí nghiệm bệnh rubella

3.1. Các kỹ thuật chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định ca bệnh hay vụ dịch rubella dựa vào kết quả xét nghiệm huyết thanh (ELISA) tìm kháng thể IgM kháng rubella.
- Chẩn đoán nguồn lây nhiễm: Các xét nghiệm xác định chủng vi rút rubella.

3.2. Quy định lấy mẫu và quy trình lấy mẫu: thực hiện tương tự như bệnh sởi (Mục 3.1 và 3.2 Phần III - *Bệnh Sởi*).

Mẫu bệnh phẩm phải được gửi cùng với phiếu điều tra ca bệnh về phòng thí nghiệm thuộc các Viện VSDT/Pasteur.

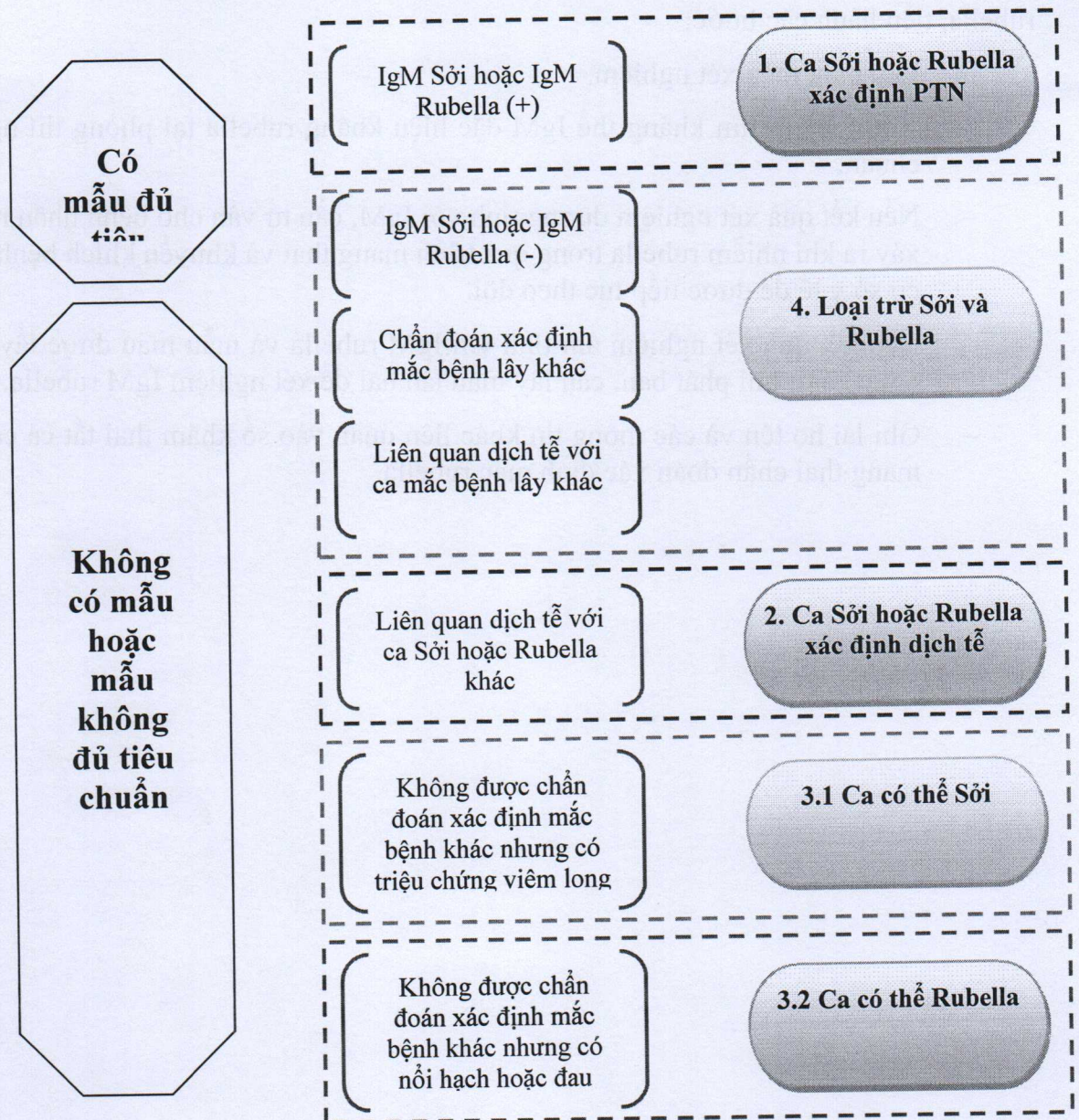
4. Giám sát và báo cáo ca bệnh

Thực hiện tương tự như đối với bệnh sởi đã nêu trong phần 4.1 và 4.2 của *Bệnh sởi*. Ngoài ra, cần phát hiện sớm, theo dõi các trường hợp phụ nữ có thai mắc Rubella, giám sát tích cực phát

hiện các trường hợp mắc Hội chứng rubella bẩm sinh (CRS). Các nhà sản khoa, nhi khoa, sơ sinh, nữ hộ sinh và các nhân viên y tế khác cho phụ nữ và/hoặc trẻ nhỏ cần được thông báo về sự xuất hiện dịch và các vấn đề liên quan, định nghĩa trường hợp rubella và trường hợp CRS và cung cấp phiếu điều tra trường hợp bệnh. Cần duy trì giám sát CRS ít nhất trong vòng 9 tháng kể từ trường hợp mắc rubella cuối cùng. Nếu phát hiện trường hợp phụ nữ có thai nghi mắc rubella, tiến hành các bước:

- Lấy mẫu máu xét nghiệm.
- Xét nghiệm tìm kháng thể IgM đặc hiệu kháng rubella tại phòng thí nghiệm đủ tiêu chuẩn.
- Nếu kết quả xét nghiệm dương tính với IgM, cần tư vấn cho bệnh nhân nguy cơ có thể xảy ra khi nhiễm rubella trong quá trình mang thai và khuyến khích bệnh nhân đến các cơ sở y tế để được tiếp tục theo dõi.
- Nếu kết quả xét nghiệm âm tính với IgM rubella và mẫu máu được lấy trong vòng 3 ngày kể từ khi phát ban, cần lấy máu lần hai để xét nghiệm IgM rubella.
- Ghi lại họ tên và các thông tin khác liên quan vào sổ khám thai tất cả các trường hợp mang thai chẩn đoán xác định mắc rubella.

SƠ ĐỒ PHÂN LOẠI CA NGHI SỞI – RUBELLA



BỆNH BẠCH HẦU

1. Đặc điểm chung của bệnh bạch hầu

Bạch hầu (ICD-10 A36) là bệnh truyền nhiễm cấp tính gây dịch. Tác nhân gây bệnh là vi khuẩn gram dương *Corynebacterium diphtheriae*.

Bệnh chủ yếu lây theo đường hô hấp hoặc tiếp xúc trực tiếp thông qua dịch tiết mũi họng khi người bị nhiễm bệnh ho, hắt hơi hoặc nói chuyện hoặc tiếp xúc. Hiếm gặp trường hợp lây theo đường da. Người là ổ chứa duy nhất. Nhiều trường hợp trẻ em nhiễm vi khuẩn nhưng không có triệu chứng (người mang trùng). Vi khuẩn gây bệnh dựa vào ngoại độc tố. Ngoại độc tố gây tổn thương tế bào tại chỗ, tạo thành giả mạc. Độc tố vào máu gây ra tổn thương tại cơ tim, thận, thần kinh. Miễn dịch sau mắc bệnh có thể không đủ để bảo vệ bệnh nhân không mắc bệnh. Miễn dịch có được sau tiêm vắc xin suy giảm theo thời gian.

Thời kỳ ủ bệnh kéo dài khoảng 2-5 ngày (từ 1-10 ngày). Thời kỳ lây nhiễm kéo dài từ 2-4 tuần. Các trường hợp mang trùng có thể thải vi khuẩn trong vòng 6 tuần.

Tuỳ theo cơ quan bị tổn thương, bệnh bạch hầu có các thể bệnh:

- Bạch hầu mũi: xuất hiện giả mạc ở vách mũi trước. Bạch hầu thể này thường ít nguy hiểm do độc tố ít có nguy cơ vào máu.
- Bạch hầu hầu họng: Đây là thể bệnh thường gặp nhất và có nguy cơ gây biến chứng do độc tố dễ dàng đi vào máu. Giai đoạn tiền triệu bệnh nhân có triệu chứng nhiễm độc (mệt mỏi, da xanh tái, đau họng, chán ăn, sốt nhẹ). Sau đó 2-3 ngày, xuất hiện giả mạc phía sau amidan, có thể lan lên màn hầu. Giả mạc màu trắng, xám hoặc đen (do chảy máu), dai dính, dễ gây chảy máu. Giả mạc lớn có thể cản trở đường hô hấp. Dấu hiệu “cổ bò” do sưng hạch vùng cổ trước, dưới hàm cho biết tình trạng bệnh nhân ở mức độ vừa hoặc nghiêm trọng. Nếu bị biến chứng, bệnh nhân có dấu hiệu của nhiễm trùng nặng, nhịp tim nhanh, hôn mê, có thể tử vong trong vòng 6-10 ngày.
- Bạch hầu thanh quản: Đây là thể bệnh nguy hiểm vì có thể gây tử vong nhanh. Triệu chứng bao gồm sốt, khàn tiếng, ho như tiếng ông ổng, có giả mạc tại thanh quản hoặc lan tới hầu họng. Giả mạc thường cản trở đường hô hấp, dẫn đến hôn mê, tử vong.
- Bạch hầu da: Xuất hiện ban có vẩy hoặc vết loét trên da có màng và ranh giới rõ.
- Ngoài ra còn có thể bạch hầu tai, mắt...

Các biến chứng thường gặp là viêm cơ tim (nhịp tim nhanh, suy tim cấp), viêm dây thần kinh (liệt màn hầu, cơ vận nhãn, chi, cơ hoành dẫn đến suy hô hấp), tử vong (5-10%).

2. Một số định nghĩa

2.1. Ca có thể là bạch hầu

Là ca bệnh có triệu chứng viêm thanh quản hoặc viêm hầu hoặc viêm amidan và có giả mạc dính tại amidan, hầu và/hoặc mũi.

2.2. Ca bạch hầu xác định

- Ca bạch hầu xác định phòng thí nghiệm: Ca có thể là bạch hầu phân lập được vi khuẩn bạch hầu hoặc có hiệu giá kháng thể kháng bạch hầu của mẫu huyết thanh lần 2 tăng gấp 4 lần so với huyết thanh lần 1 (hai mẫu huyết thanh được lấy trước khi tiêm vắc xin hoặc kháng độc tố).
- Ca bạch hầu xác định dịch tễ: Ca có thể là bạch hầu có liên quan dịch tễ với ca bạch hầu xác định phòng thí nghiệm.

Lưu ý: Trường hợp phân lập được vi khuẩn bạch hầu nhưng không có triệu chứng lâm sàng (người mang trùng) không phải là ca có thể bạch hầu hoặc ca bạch hầu xác định. Nếu bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh hoặc kháng huyết thanh trước đó có thể dẫn đến kết quả âm tính giả. Trong trường hợp đó, các bằng chứng sau có thể hỗ trợ chẩn đoán: (1) phân lập được vi khuẩn bạch hầu ở những người tiếp xúc gần, (2) hiệu giá kháng thể trước khi điều trị kháng huyết thanh thấp < 0,1 UI/ml.

3. Kỹ thuật chẩn đoán bạch hầu

Các kỹ thuật chẩn đoán:

- Chẩn đoán xác định ca bệnh hay vụ dịch bạch hầu:
 - + Nuôi cấy.
 - + PCR.
 - + Xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể IgG kháng bạch hầu: phản ứng trung hoà trên động vật, phản ứng trung hoà trên tế bào, phản ứng ngưng kết hồng cầu bị động (HA), ELISA. Thử nghiệm Schick hiện ít được dùng.
- Chẩn đoán khả năng gây độc: Kỹ thuật PCR xác định đoạn gen đặc hiệu quy định tính độc hoặc phản ứng ngưng kết miễn dịch.

Lưu ý: Cần điều trị ngay cho bệnh nhân không đợi kết quả xét nghiệm chẩn đoán.

Quy trình lấy mẫu:

- Nuôi cấy, PCR: Lấy đũa lưỡi ấn nhẹ vào lưỡi, đưa đầu tăm bông và nhẹ nhàng xoay tăm bông lấy bệnh phẩm từ rìa hoặc bên dưới giả mạc, các đốm trắng. Không để đầu tăm bông chạm vào niêm mạc miệng. Đối với vết loét da, niêm mạc, lấy bệnh phẩm ở giữa vết loét. Cho ngay đầu tăm bông ngập trong dung dịch vận chuyển. Chuyển ngay mẫu về phòng thí nghiệm.
- Lấy mẫu huyết thanh:

4. Giám sát và báo cáo

4.1. Hình thức giám sát:

Giám sát ca bệnh bạch hầu thông qua giám sát thường xuyên và giám sát tích cực được triển khai trên phạm vi toàn quốc.

4.2. Các nội dung giám sát:

- Phát hiện và thông báo sớm các trường hợp có thể là bạch hầu.
- Lấy và gửi mẫu bệnh phẩm để chẩn đoán xác định trước khi điều trị kháng sinh hoặc kháng huyết thanh.
- Điều tra ca bệnh theo mẫu *Phiếu điều tra ca bạch hầu. (phụ lục 2)*

- Phát hiện các trường hợp tiếp xúc gần với bệnh nhân bạch hầu nhiễm chủng gây độc tố: Các thành viên trong hộ gia đình; bạn, người thân, người chăm sóc thường xuyên đến hộ gia đình; bạn cùng lớp; đồng nghiệp; cán bộ y tế chăm sóc bệnh nhân.
- Điều tra, xác định dịch, đối tượng và vùng nguy cơ.
- Phân tích và báo cáo.

4.3. Báo cáo

- Báo cáo ngay cho các cơ sở y tế khi có trường hợp mắc bệnh, tử vong.
- Gửi ngay báo cáo dịch, phiếu điều tra ca bệnh lên tuyến trên.
- Báo cáo hàng tháng số ca mắc, chết do bạch hầu theo nhóm tuổi và tình trạng tiêm chủng (mẫu 05/2011-TCMR).

5. Đáp ứng khi có ca bệnh, vụ dịch bạch hầu

- Đối với bệnh nhân: Điều trị ngay ca bệnh bằng kháng huyết thanh và kháng sinh không đợi kết quả xét nghiệm. Cách ly y tế bệnh nhân đến sau khi kết thúc đợt điều trị ít nhất 1 ngày và kết quả 2 lần nuôi cấy đều âm tính. Tiêm vắc xin bạch hầu cho bệnh nhân trước khi ra viện.
- Phát hiện các trường hợp tiếp xúc gần với bệnh nhân, đặc biệt các thành viên trong hộ gia đình và những người tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân. Lấy mẫu bệnh phẩm mũi họng của các trường hợp này và phân lập. Sau khi lấy mẫu phân lập, tất cả các trường hợp này đều phải điều trị một đợt kháng sinh. Tiêm vắc xin bạch hầu (DPT/DT/Td/Tdap) cho các trường hợp chưa tiêm chủng đầy đủ hoặc chưa được tiêm bổ sung. Theo dõi các trường hợp này trong vòng 7 ngày kể từ lần tiếp xúc cuối với bệnh nhân. Điều trị kháng huyết thanh ngay nếu bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng.
- Đối với trường hợp mang trùng: Điều trị một đợt kháng sinh. Xét nghiệm lại sau 2 tuần điều trị để chắc chắn không còn vi khuẩn bạch hầu.

BỆNH HO GÀ

1. Đặc điểm chung của bệnh ho gà

Ho gà (ICD-10 A37) là bệnh truyền nhiễm cấp tính gây dịch. Tác nhân gây bệnh là vi khuẩn ho gà (*Bordetella pertussis*) là vi khuẩn gram âm, gây bệnh bằng độc tố.

Bệnh chủ yếu lây theo đường hô hấp hoặc tiếp xúc trực tiếp thông qua giọt nước bọt khi người bị nhiễm bệnh ho, hắt hơi, nói chuyện hoặc tiếp xúc với đồ vật bị nhiễm dịch tiết đường hô hấp. Ho gà là bệnh có khả năng lây nhiễm cao trong giai đoạn đầu nhiễm bệnh, khi đó 80% những người tiếp xúc cùng hộ gia đình có thể bị lây bệnh. Người là ổ chứa duy nhất. Trường hợp người mang trùng là không phổ biến và tập trung ở nhóm vị thành niên, người lớn. Đây là nguồn lây nhiễm chủ yếu cho trẻ nhỏ. Vi khuẩn gây bệnh dựa vào nội độc tố. Miễn dịch sau mắc bệnh không bền vững suốt đời. Miễn dịch sau tiêm vắc xin thường suy giảm theo thời gian. Số ca mắc tăng vào các tháng mùa hè thu.

Bệnh ho gà tiến triển qua các giai đoạn sau:

- Thời kỳ ủ bệnh kéo dài khoảng 9-10 ngày (từ 6-20 ngày).
- Giai đoạn tiền triệu (viêm long): kéo dài 1-2 tuần, gồm các triệu chứng sốt nhẹ, chảy nước mũi, hắt hơi, ho húng hắng. Cuối giai đoạn này ho nặng lên.
- Giai đoạn khởi phát: kéo dài 1-6 tuần, trường hợp đặc biệt có thể trên 10 tuần. Con ho điển hình xuất hiện đột ngột, liên tục, sau cơn ho có tiếng rít như gà gáy và thường kèm theo nôn, mắt đỏ ngầu, trẻ kiệt sức. Ho nặng lên về đêm và nguy hiểm với trẻ nhỏ vì có thể gây tím tái, ngừng thở do thiếu ô-xy. Giữa các cơn ho, trẻ gần như bình thường. Trong 2 tuần đầu, tần suất cơn ho khoảng 15 cơn/ngày, sau đó giảm dần. Trẻ nhỏ dưới 6 tháng tuổi có thể không có tiếng rít trong cơn ho.

Bệnh lây nhiễm mạnh nhất trong thời gian 2 tuần đầu kể từ khi khởi phát bệnh và có thể kéo dài hơn 3 tuần nếu không được điều trị. Sau 5 ngày điều trị kháng sinh phù hợp, bệnh nhân có thể không gây lây nhiễm.

- Giai đoạn hồi phục: kéo dài 2-3 tuần, cơn ho ít dần, bệnh nhân giảm sốt. Tuy nhiên nhiều tháng sau đó, ho có thể tái diễn gây ra viêm phổi.

Ở trẻ vị thành niên và người lớn, triệu chứng thường nhẹ, ít gặp cơn ho điển hình hoặc không có triệu chứng. Thường có ho kéo dài trên 7 ngày. Biến chứng thường gặp ở trẻ nhỏ. Viêm phổi do bội nhiễm, ho kéo dài, ngừng thở là biến chứng hay gặp nhất và dễ gây tử vong, đặc biệt ở trẻ dưới 1 tuổi. Trẻ có thể bị co giật (0,8%) do sốt hoặc giảm ô-xy cung cấp cho não, việc giảm ô-xy não là do cơn ho hoặc do độc tố của vi khuẩn. Ngoài ra có thể gặp biến chứng rối loạn tiêu tiện, gãy xương sườn, viêm não (0,1%), tử vong (0,2%).

2. Một số định nghĩa

4.1. Ca nghi ho gà:

Là ca bệnh được bác sỹ chẩn đoán ho gà **hoặc** bệnh nhân ho kéo dài ít nhất 2 tuần và có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- Ho kịch phát.

- Tiếng rít như gà gáy khi hít vào.
- Nôn ngay sau ho không do nguyên nhân khác.

4.2. Ca chẩn đoán xác định ho gà

- Ca ho gà xác định phòng thí nghiệm: Là ca nghi ho gà phân lập được trực khuẩn bạch hầu **hoặc** xác định được đoạn gen đặc hiệu của trực khuẩn **hoặc** tăng hiệu giá kháng thể cặp huyết thanh.
- Ca ho gà lâm sàng: Là ca nghi ho gà nhưng không được chẩn đoán phòng thí nghiệm.

3. Xét nghiệm chẩn đoán ho gà

3.1. Các kỹ thuật chẩn đoán xác định ca bệnh hay vụ dịch ho gà:

- Nuôi cấy: Là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nhiễm ho gà. Kỹ thuật này có tính đặc hiệu cao nhưng độ nhạy thấp (60%).
- PCR: Độ nhạy cao, độ đặc hiệu có thể thấp. Đòi hỏi nhân lực được đào tạo và trang thiết bị.
- Xét nghiệm huyết thanh (ELISA) tìm kháng thể kháng độc tố ho gà: Không thể phân biệt được kháng thể tạo ra do nhiễm khuẩn hay do vắc xin nếu bệnh nhân đã tiêm vắc xin trong vòng 1 năm trước đó.

Do vậy căn cứ vào tuổi, có thể chọn kỹ thuật phù hợp:

- Trẻ nhỏ: Nên nuôi cấy. Nếu không thực hiện được có thể sử dụng PCR.
- Trẻ em: Nuôi cấy hoặc PCR nếu trẻ chưa tiêm chủng hoặc xét nghiệm huyết thanh nếu chưa tiêm vắc xin trong vòng 3 năm trở lại.
- Người lớn: Xét nghiệm huyết thanh nếu chưa tiêm vắc xin trong vòng 3 năm trở lại.

3.2. Quy trình lấy mẫu:

- Nuôi cấy, PCR: Lấy dịch ngoáy mũi, họng, nước bọt trong vòng 3 tuần kể từ khi xuất hiện cơn ho. Bảo quản tăm bông trong môi trường vận chuyển Reagan Lowe (đối với dịch ngoáy mũi, họng) hoặc PBS. Bảo quản ở nhiệt độ phòng, vận chuyển ngay đến phòng thí nghiệm, tốt nhất trong vòng 4 giờ, nếu không cần vận chuyển mẫu đến PTN trong vòng 48 giờ.
- Xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể kháng độc tố ho gà: Lấy 2 mẫu huyết thanh, mẫu thứ nhất ngay khi đến cơ sở y tế, mẫu thứ hai lấy sau mẫu thứ nhất 1 tháng.

4. Giám sát và báo cáo

4.1. Hình thức giám sát

Giám sát ca bệnh ho gà thông qua giám sát thường xuyên và giám sát tích cực được triển khai trên phạm vi toàn quốc.

4.2. Nội dung giám sát

- Phát hiện và thông báo sớm các trường hợp nghi ho gà.
- Lấy và gửi mẫu bệnh phẩm để chẩn đoán xác định trước khi điều trị kháng sinh.
- Điều tra ca bệnh theo mẫu *Phiếu điều tra ca ho gà*. (phụ lục 6)

- Phát hiện các trường hợp tiếp xúc gần với bệnh nhân: Các thành viên trong hộ gia đình; bạn, người thân, người chăm sóc thường xuyên đến hộ gia đình; bạn cùng lớp; đồng nghiệp; cán bộ y tế chăm sóc bệnh nhân. Các trường hợp này cần theo dõi triệu chứng lâm sàng trong vòng 1-3 tuần kể từ lần tiếp xúc cuối với bệnh nhân.
- Điều tra, xác định dịch, đối tượng và vùng nguy cơ. Tất cả các vụ dịch ho gà cần được điều tra và chẩn đoán xác định phòng thí nghiệm.
- Phân tích và báo cáo.

4.3. Báo cáo

- Báo cáo ngay cho các cơ sở y tế khi có trường hợp mắc bệnh, tử vong.
- Gửi ngay báo cáo dịch, phiếu điều tra ca bệnh lên tuyến trên.
- Báo cáo hàng tháng số ca mắc, chết do ho gà theo nhóm tuổi và tình trạng tiêm chủng (mẫu 05/2011-TCMR).

5. Đáp ứng khi có ca bệnh, vụ dịch ho gà

- Đối với bệnh nhân: Điều trị ngay ca bệnh bằng kháng sinh không đợi kết quả xét nghiệm. Cách ly y tế bệnh nhân đến sau khi kết thúc đợt điều trị ít nhất 1 ngày và kết quả 2 lần nuôi cấy đều âm tính. Bệnh nhân cần được tiêm vắc xin bạch hầu trước khi ra viện.
- Phát hiện các trường hợp tiếp xúc gần với bệnh nhân, đặc biệt các thành viên trong hộ gia đình và những người tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân. Tất cả các trường hợp này đều phải điều trị một đợt kháng sinh. Tiêm vắc xin ho gà (DPT) cho các trường hợp dưới 6 tuổi chưa tiêm chủng đầy đủ hoặc chưa được tiêm bổ sung. Theo dõi các trường hợp này trong vòng 3 tuần.

PHẦN II

**MẪU PHIẾU
ĐIỀU TRA CA BỆNH**

Phụ lục 1a:

BỘ Y TẾ
TCMR-TTBL

(Mẫu số 20a/2011-TCMR)

MẪU ĐIỀU TRA BỆNH NHÂN LIỆT MỀM CẤP

1. Số xác định ca bệnh. Năm mắc bệnh [___ / ___]
Mã số của tỉnh : [___ / ___] Số thứ tự trong sổ: [___ / ___ / ___]

2. Xác định điều tra, thông báo ca bệnh.

Họ và tên bệnh nhân:

Giới : Nam / Nữ / Không rõ Ngày tháng năm sinh : [___ / ___ / ___]

Năm tuổi: [___ / ___] Tháng tuổi: [___ / ___]

Họ và tên mẹ (hoặc bố).....

Địa chỉ nơi ở (Số nhà, phố, thôn) :.....

.....Phường/xã:.....

Quận/huyện : Tỉnh :

Tên và địa chỉ người thông báo đầu tiên về ca bệnh :

.....

.....

Ngày đơn vị GSPCBL quận/huyện nhận được thông báo: [___ / ___ / ___]

Ngày đơn vị GSPCBL tỉnh nhận được thông báo : [___ / ___ / ___]

Ngày đơn vị GSPCBL khu vực nhận được thông báo [___ / ___ / ___]

Bệnh nhân đã khám tại trạm y tế xã : Có / Không / Không rõ

Nếu có, ngày đã đến khám : [___ / ___ / ___]

Bệnh nhân đã đến điều trị tại bệnh viện : Có / Không / Không rõ

Bệnh viện tuyến nào: BV huyện/ BV tỉnh/ BV trung ương

Ngày nhập viện lần đầu tiên: [___ / ___ / ___]

Tên bệnh viện..... Số bệnh án : [___ / ___]

Ca bệnh có được điều tra sơ bộ không : Có / Không / Không rõ

Ngày điều tra : [___ / ___ / ___]

3. Liệt kê các triệu chứng lúc bắt đầu liệt :

Ngày bắt đầu liệt: [___ / ___ / ___]

Vị trí liệt : (Khoanh tròn vào câu thích hợp)

Chân trái : Có / Không / Không rõ

Chân phải : Có / Không / Không rõ

Tay trái :	Có / Không / Không rõ
Tay phải :	Có / Không / Không rõ
Thần kinh sọ não :	Có / Không / Không rõ
Cơ hô hấp :	Có / Không / Không rõ
Sốt khi bắt đầu liệt :	Có / Không / Không rõ
Số ngày từ khi bắt đầu liệt cho đến khi liệt tối đa	[____]
Không rõ số ngày thì có phải dưới 1 tuần không:	Có / Không / Không rõ
Liệt mềm :	Có / Không / Không rõ
Liệt không đối xứng (2 bên không đều) :	Có / Không / Không rõ
Liệt đầu chi (bàn tay, bàn chân):	Có / Không / Không rõ
Liệt gốc chi (vai, hông) :	Có / Không / Không rõ
Phản xạ nơi liệt:	Bình thường/ Giảm/ Tăng / Không rõ
Mất cảm giác nơi liệt:	Có / Không / Không rõ
Các triệu chứng lúc bắt đầu liệt:	
Cứng cổ :	Có / Không / Không rõ
Đau cơ :	Có / Không / Không rõ
ỉa chảy :	Có / Không / Không rõ
Ho, đau họng:	Có / Không / Không rõ
Đau đầu:	Có / Không / Không rõ
Nôn	Có / Không / Không rõ
Rối loạn thần kinh trước khi liệt:	Có / Không / Không rõ
Bị chấn thương trước khi liệt:	Có / Không / Không rõ
Bị tiêm trước khi liệt :	Có / Không / Không rõ

Nhận xét:

.....

Chẩn đoán sơ bộ (chỉ khoanh tròn vào một câu phù hợp):

1. Liệt mềm cấp, nghi bại liệt
2. Liệt mềm cấp tính, nghi các bệnh khác
3. Không phải liệt mềm cấp, loại bỏ

4. Tiền sử uống vaccin bại liệt .

Số liều đã được uống trên 30 ngày trước khi mắc bệnh

(kể cả liều sơ sinh nếu có)

[___]

Có được uống vaccin bại liệt trong vòng 30 ngày trước khi mắc bệnh

Có / Không / Không rõ

<u>Liều uống:</u>	<u>Ngày uống:</u>	<u>Nguồn:</u>	<u>Kiểu uống:</u>
		1. Phiếu TC	1. Thường xuyên
		2. Hời	2. Ngày TC
		3. Sở TC	3. Chống dịch
		9. Không rõ	9. Không rõ
OPV -0 :	[___ / ___ / ___]	[___]	[___]
OPV 1 :	[___ / ___ / ___]	[___]	[___]
OPV 2 :	[___ / ___ / ___]	[___]	[___]
OPV 3 :	[___ / ___ / ___]	[___]	[___]
OPV 4 :	[___ / ___ / ___]	[___]	[___]
OPV 5 :	[___ / ___ / ___]	[___]	[___]
OPV 6 :	[___ / ___ / ___]	[___]	[___]
OPV 7 :	[___ / ___ / ___]	[___]	[___]
OPV 8 :	[___ / ___ / ___]	[___]	[___]

5. Tiền sử liên quan đến ca bệnh

(khoảng 30 ngày trước khi bị liệt).

Bệnh nhân có đi tỉnh khác :

Có / Không / Không rõ

Bệnh nhân có tiếp xúc trực tiếp với các ca

liệt mềm cấp tính khác không :

Có / Không / Không rõ

Nếu có tiền sử trên nêu chi tiết:

.....
.....
.....

6. Xét nghiệm.

Ngày lấy mẫu phân 1 :

[___ / ___ / ___]

Kết quả :

.....

Ngày lấy mẫu phân 2 :

[___ / ___ / ___]

Kết quả :

.....

7. Kiểm tra di chứng :

Bệnh nhân có được kiểm tra di chứng

sau 60 ngày không :

Có/Không/Không rõ

Ngày kiểm tra:

[___ / ___ / ___]

Bệnh nhân có bị chết không :

Có/Không/Không rõ

Ngày chết:

[___ / ___ / ___]

Di chứng liệt :

Có/Không/Không rõ

Nếu không, bao nhiêu ngày kể từ khi mắc bệnh đến khi khỏi : [_____]

Vị trí liệt :
Chân trái : Có / Không / Không rõ
Chân phải : Có / Không / Không rõ
Tay trái : Có / Không / Không rõ
Tay phải : Có / Không / Không rõ

Bệnh nhân có đi được không :
(Chỉ khoanh tròn 1 câu phù hợp)
1. Không đi được
2. Đi chống nạng
3. Đi khắp khiêng không cần nạng
4. Đi bình thường
9. Không rõ

Nếu không phải là di chứng bại liệt, thì di chứng của bệnh gì:
.....

Cán bộ điều tra : Ngày tháng ... năm 20...
Họ tên : Thủ trưởng cơ quan
Chức vụ: (Ký, đóng dấu)
Cơ quan :

Ký tên :

8. Chẩn đoán cuối cùng (Phần này do đơn vị GSPCBL khu vực điền)

Khoanh tròn 1 trong các tình trạng sau : Xác định / Loại bỏ / Đang theo dõi

Chẩn đoán xác định dựa vào :
(khoanh tròn câu phù hợp)
1. Phân lập virus **hoang dại**
2. Liên quan DTH với ca bệnh xác định
3. Di chứng liệt sau 60 ngày
4. Không theo dõi được
5. Chết

Nếu loại bỏ thì chẩn đoán cuối cùng là gì :

Ngày chẩn đoán cuối cùng : [___ / ___ / ___]

Phụ lục 1b: PHIẾU XÉT NGHIỆM PHÂN BỆNH NHÂN LIỆT MỀM CẤP

(Mẫu số 20b/2011-TCMR)

1- Số dịch tễ:

2- Họ và tên:

3- Ngày, tháng, năm sinh:

4-Địa chỉ: Số nhà.....xã(phường).....

huyện(quận).....tỉnh/thành phố.....

5- Tên bố hoặc mẹ:

6- Số lần uống vacxin Sabin:

7- Ngày uống vacxin Sabin gần nhất:

8- Ngày bắt đầu sốt:

- Nhiệt độ:

9- Ngày bắt đầu liệt:

10- Vị trí liệt:

Tay phải

Chân phải

Tay trái

Chân trái

Vị trí khác:

11- Ngày lấy phân lần 1:

12- Ngày lấy phân lần 2:

13- Người lấy bệnh phẩm:

14- Ngày đưa bệnh phẩm cho phòng thí nghiệm trung ương:

15- Ngày nhận bệnh phẩm:

16- Chất lượng mẫu khi nhận:

17- Người nhận mẫu:

Ngày.....tháng.....năm.....

Cơ quan chủ quản

(Ký tên, đóng dấu)

Cán bộ điều tra

(Ghi rõ họ và tên, chức vụ, đơn vị công tác)

Phụ lục 2: **PHIẾU ĐIỀU TRA TRƯỜNG HỢP NGHI UỐN VẤN SƠ SINH** (Mẫu số 21/2011-TCMR)

1. Khai báo, xác định

Ngày đội VSPD nhận được khai báo: ____/____/____

Số thứ tự trong báo cáo danh sách ca chết sơ sinh:

Tên, chức danh, đại chỉ của người khai báo ca bệnh:

Họ và tên trẻ: _____

Giới: Trai / Gái

Ngày sinh: ____/____/____

Trẻ chết: Có/ không

Ngày chết: ____/____/____

Số ngày sống:

Ngày xuất hiện triệu chứng sớm nhất: ____/____/____

Ngày khởi: ____/____/____

Họ và tên mẹ: _____

Tuổi: _____

Số lần đẻ: _____

Số con chết sơ sinh:

Dân tộc ít người: Có / không

Địa chỉ (số nhà, phố hoặc làng, thôn, ấp): _____

Xã/ phường: _____ Quận/ huyện: _____

Tỉnh/ thành: _____

2. Tình trạng tiêm chủng của mẹ

- Có phiếu tiêm chủng: Có/ không

- Có phiếu tiêm chủng, tổng số liều UV đã tiêm:

- Không có phiếu tiêm chủng, tổng số liều UV đã tiêm:

- Số liều UV đã tiêm trong khi mang thai đứa trẻ này:

- Chép các ngày tiêm UV vào các ô dưới đây:

- Mũi 1: ____/____/____

Mũi 2: ____/____/____

Mũi 3: ____/____/____

Mũi 4: ____/____/____

Mũi 5: ____/____/____

- Có khám thai không: Có / không

Số lần khám thai: _____

3. Tiền sử của trẻ (khoanh vào câu trả lời)

Nơi sinh: Bệnh viện - Trạm y tế- Y tế tư nhân

ở nhà – Nơi khác – Không rõ

Người đỡ: Bác sĩ - Y sĩ - Y tá - Nữ hộ sinh

Mụ vườn - người khác - tự đỡ - không rõ

Cắt rốn bằng: Kéo - dao mổ - dao cạo - Dao khác- Bộ đỡ UNICEF

Tre nứa - dụng cụ khác - không rõ

Dụng cụ cắt rốn được vô trùng đúng qui định:

có/ không/ không rõ

Băng rốn với:
khác - không rõ

Băng vô khuẩn – Băng khô – Lá cây - Loại

Đứa trẻ vẫn bú và khóc bình thường sau hai ngày đầu:

Có/ không / không rõ

Đứa trẻ bỏ bú từ ngày thứ 3 đến ngày 28:

Có/ không / không rõ

Đứa trẻ bị co cứng trong thời gian từ ngày thứ 3 - 28:

Có/ không / không rõ

Đứa trẻ bị co giật trong thời gian từ ngày thứ 3-28:

Có/ không / không rõ

Triệu chứng sớm nhất xuất hiện vào ngày thứ mấy:

4. Kết luận ban đầu của điều tra viên quận /huyện :

Uốn ván sơ sinh:

Có/ không / không rõ

Khuyến nghị (Các hoạt động cần làm ngay):

5. Ngày điều tra: ____ / ____ / ____

Họ tên, chức danh, và địa chỉ của người điều tra:

Điều tra viên ký
(ghi rõ họ tên)

Xác nhận của huyện, quận
Ký, đóng dấu

6. Kết luận cuối cùng của Trung tâm YTDP tỉnh :

Uốn ván sơ sinh :

Có/ không

Mã số của tỉnh:

Số thứ tự trong danh sách các ca của tỉnh

Khuyến nghị (các hoạt động cần làm ngay):

Phụ lục 3

PHIẾU ĐIỀU TRA TRƯỜNG HỢP NGHI SỞI/RUBELLA

TỈNH: HUYỆN: XÃ:

1. SỐ XÁC ĐỊNH CA BỆNH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Năm mắc bệnh:..... Mã số của tỉnh:.....Số thứ tự trong số:.....

Ngày nhận thông tin: ____/____/____ Ngày điều tra: ____/____/____

Nguồn thông báo: Y tế Phòng khám tư Cộng đồng
 Tìm kiếm Khác

CÓ TRONG Ổ DỊCH: Có Không

Ổ dịch: Sởi Rubella Khác

Số thứ tự ổ dịch:

2. THÔNG TIN CÁ NHÂN

Họ và tên bệnh nhân:..... Giới: Nam Nữ

Ngày sinh: ____/____/____ hoặc tuổi: Trẻ dưới 5 tuổi ghi tháng tuổi:.....

Họ và tên mẹ (hoặc bố):

Địa chỉ: Số nhàĐường:.....

Địa chỉ nơi học tập/công tác:.....

Điện thoại liên hệ:

NEU LA NU, TINH TRANG MANG THAI:

Có Không

Nếu có, tuổi thai khi mắc (tháng):

3. TIỀN SỬ

• Tiền sử tiêm vắc xin: Sởi: Có Không Không rõ Nếu có, số liều: Ngày tiêm liều cuối: ____/____/____
 Rubella: Có Không Không rõ Nếu có, số liều: Ngày tiêm liều cuối: ____/____/____

• **TRONG VÒNG 3 TUẦN TRƯỚC KHI PHÁT BAN:**

Bệnh nhân có đi nơi khác không? Có Không Không rõ

Đi đâu:

Bệnh nhân có tiếp xúc với trường hợp mắc sởi/rubella xác định nào không? Sởi Rubella Không Không rõ

Là ai?:

Ở đâu ?

Xung quanh có trường hợp sốt, phát ban nào không? Có Không Không rõ

Nếu có: Sởi Rubella

Có tiếp xúc với phụ nữ có thai không? Có Không Không rõ

Nếu có: Là ai: Địa chỉ:

• **NƠI ĐIỀU TRỊ:** Bệnh viện Trạm Y tế Y tế tư nhân Tại nhà

• **BỆNH NHÂN CHẾT:** Có Không Ngày chết (nếu có): ____/____/____

4. TRIỆU CHỨNG VÀ BIẾN CHỨNG

• Sốt :	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Ngày bắt đầu sốt: ____/____/____
• Ban:	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Ngày xuất hiện ban: ____/____/____
• Ho:	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	• Hội chứng màng não: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
• Chảy nước mũi:	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	• Viêm não: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
• Viêm kết mạc (Mắt đỏ):	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	• Viêm phổi: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
• Nốt Koplik:	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	• Viêm tai: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
• Sưng hạch:	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	• Tiêu chảy: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
(sau tai, cổ, dưới cằm)			• Sảy thai, thai chết lưu: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
• Đau khớp	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	• Phá thai theo chỉ định: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>

5. MẪU XÉT NGHIỆM:

Xét nghiệm kháng thể IgM

• Huyết thanh 1:	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Ngày lấy mẫu	Ngày gửi
• Huyết thanh 2 (nếu yêu cầu):	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____

Xét nghiệm vi rút (nếu yêu cầu)

Dịch ngoáy họng:	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____
Mẫu máu:	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____

6. CHẨN ĐOÁN CA BỆNH

A. CHẨN ĐOÁN SỞI:

- A1. Sởi xác định Phòng thí nghiệm
- A2. Sởi xác định sởi Dịch tễ học
- A3. Có thể là sởi

B. CHẨN ĐOÁN RUBELLA:

- B1. Rubella xác định Phòng thí nghiệm
- B2. Rubella xác định Dịch tễ học
- B3. Rubella Lâm sàng
- C. KHÔNG PHẢI SỞI – RUBELLA

Điều tra viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày tháng năm 20.....
THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN
(Ký tên, đóng dấu)

PHẦN DÀNH CHO PHÒNG THÍ NGHIỆM

Tên phòng thí nghiệm: Mã số mẫu bệnh phẩm:

7. KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Xét nghiệm Igm

	Ngày PTN nhận mẫu	Ngày xét nghiệm	Kết quả Sởi			Kết quả Rubella		
			+	-	+/-	+	-	+/-
• Huyết thanh 1:	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Huyết thanh 2:	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Xét nghiệm tít vi rút

• Dịch mũi họng:	___/___/___	___/___/___	Chủng.....
• Khác, ghi rõ:	___/___/___	___/___/___	Chủng.....

Người thực hiện

Phụ trách phòng thí nghiệm

TỈNH: HUYỆN: XÃ:

1. SỐ XÁC ĐỊNH CA BỆNH

Năm mắc bệnh: Mã số của tỉnh: Số thứ tự trong số: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Ngày báo cáo: ____/____/____ Ngày điều tra: ____/____/____

Nguồn thông báo: Y tế Phòng khám tư Cộng đồng Tm kiểm Khác **2. THÔNG TIN CÁ NHÂN**Ho và tên bệnh nhân: Giới: Nam Nữ

Ngày sinh: ____/____/____ hoặc tuổi: Trẻ dưới 5 tuổi ghi tháng tuổi:

Ho và tên mẹ (hoặc bố):

Địa chỉ: Số nhà Đường : Tổ/ấp:

Địa chỉ nơi học tập/công tác: Điện thoại:

3. TIỀN SỬ**• Tiền sử tiêm chủng:**Có được tiêm vắc xin phòng Bạch hầu trước đó không? Có Không Không rõ Số liều vắc xin phòng Bạch hầu đã nhận: Theo Hỏi Phiếu Sổ

Ngày tiêm liều vắc xin cuối: ____/____/____

• Trong vòng 1 tuần trước khi phát bệnh:Bệnh nhân có đi nơi khác không? Có Không Không rõ

Đi đâu:

Bệnh nhân có tiếp xúc với trường hợp mắc bạch hầu xác định nào không? Có Không Không rõ

Là ai?

Ở đâu?

Xung quanh có trường hợp mắc bạch hầu nào không? Có Không Không rõ **• Lây nhiễm cho người khác:** Có tiếp xúc với những ai từ khi mắc bệnh không? Có Không Không rõ

Nếu có: Là ai? Ở đâu:

• Điều trị:Phương pháp: Kháng sinh & kháng độc tố Kháng sinh Kháng độc tố Không đ.trị/đ.trị khác Không rõ Nơi điều trị: Bệnh viện Ngày vào viện: ____/____/____ Trạm y tế Tại nhà Tư nhân **• Kết quả:** Khỏi Chết Không rõ Ngày chết (nếu chết): ____/____/____**4. TRIỆU CHỨNG VÀ BIẾN CHỨNG**• Sốt: Có Không Ngày bắt đầu sốt: ____/____/____• Viêm họng: Có Không • Viêm Amidan: Có Không • Viêm thanh quản: Có Không • Giã mạc: Có Không • Hạch dưới hàm sưng to: Có Không • Khó nuốt, đau họng: Có Không • Viêm cơ tim, suy tim: Có Không • Suy hô hấp: Có Không • Liệt cơ (chì, vận nhãn, cơ hoành): Có Không • Viêm tai giữa: Có Không **5. XÉT NGHIỆM**Có Không

Loại bệnh phẩm

Kỹ thuật xét nghiệm

Ngày lấy mẫu

Ngày gửi

Kết quả

• /..... /..... /..... /.....

• /..... /..... /..... /.....

6. CHẨN ĐOÁN CA BỆNH**A. XÁC ĐỊNH BẠCH HẦU:**A1. Ca bạch hầu phòng thí nghiệm A2. Ca bạch hầu dịch tễ học **B. CÓ THỂ LÀ BẠCH HẦU** **C. LOẠI TRỪ KHÔNG PHẢI BẠCH HẦU**

Ngày tháng năm 20.....

Điều tra viên
(Ký, ghi rõ họ tên)THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN
(Ký tên, đóng dấu)

Phụ lục 5:

PHIẾU ĐIỀU TRA TRƯỜNG HỢP HO GÀ

(Mẫu số/2011-TCMR)

TỈNH: HUYỆN: XÃ:

1. SỐ XÁC ĐỊNH CA BỆNH

Năm mắc bệnh: Mã số của tỉnh: Số thứ tự trong số:

Ngày báo cáo: ____/____/____ Ngày điều tra: ____/____/____

Nguồn thông báo: Y tế Phòng khám tư Cộng đồng Tm kiểm Khác

THUỘC VỤ DỊCH 1: Có Không
Số thứ tự vụ dịch:

2. THÔNG TIN CÁ NHÂN

Họ và tên bệnh nhân: Giới: Nam Nữ

Ngày sinh: ____/____/____ hoặc tuổi: Trẻ dưới 5 tuổi ghi tháng tuổi:

Họ và tên mẹ (hoặc bố):

Địa chỉ: Số nhà Đường: Tổ/ấp:

Địa chỉ nơi học tập/công tác: Điện thoại:

3. TIỀN SỬ

• Tiền sử tiêm chủng:

Có được tiêm vắc xin phòng Ho gà trước đó không? Có Không Không rõ

Số liều vắc xin phòng Ho gà đã nhận: Theo Hoi Phiếu Sổ

Ngày tiêm liều vắc xin cuối: ____/____/____

• Trong vòng 1-3 tuần trước khi phát bệnh:

Bệnh nhân có đi nơi khác không? Có Không Không rõ

Đi đâu:

Bệnh nhân có tiếp xúc với trường hợp mắc ho gà xác định nào không? Có Không Không rõ

Là ai?

Ở đâu?

Xung quanh có trường hợp mắc ho gà nào không? Có Không Không rõ

• Lây nhiễm cho người khác: Có tiếp xúc với những ai từ khi mắc bệnh không? Có Không Không rõ

Nếu có: Là ai? Ở đâu?

• Điều trị:

Phương pháp: Kháng sinh & kháng độc tố Kháng sinh Kháng độc tố Không đ.trị/d.trị khác Không rõ

Nơi điều trị: Bệnh viện Ngày vào viện: ____/____/____ Trạm y tế Tại nhà Tư nhân

• Kết quả: Khỏi Chết Không rõ Ngày chết (nếu chết): ____/____/____

4. TRIỆU CHỨNG VÀ BIẾN CHỨNG

• Ho ≥ 2 tuần: Có Không Ngày bắt đầu ho: ____/____/____

• Cơ ho kịch phát: Có Không • Viêm phổi: Có Không

• Tiếng rít như gà gáy: Có Không • Viêm tai giữa: Có Không

• Nôn ngay sau ho: Có Không • Co giật: Có Không

• Suy hô hấp: Có Không • Viêm não: Có Không

5. XÉT NGHIỆM

Có Không

Loại bệnh phẩm Kỹ thuật xét nghiệm Ngày lấy mẫu Ngày gửi Kết quả

• Dịch ngoáy họng: /..... /..... /..... /.....

• Huyết thanh: /..... /..... /..... /.....

6. CHẨN ĐOÁN CA BỆNH

A. XÁC ĐỊNH HO GÀ:

A1. Ca ho gà phòng thí nghiệm

A2. Ca ho gà lâm sàng

B. LOẠI TRỪ KHÔNG PHẢI HO GÀ

Ngày tháng năm 20.....

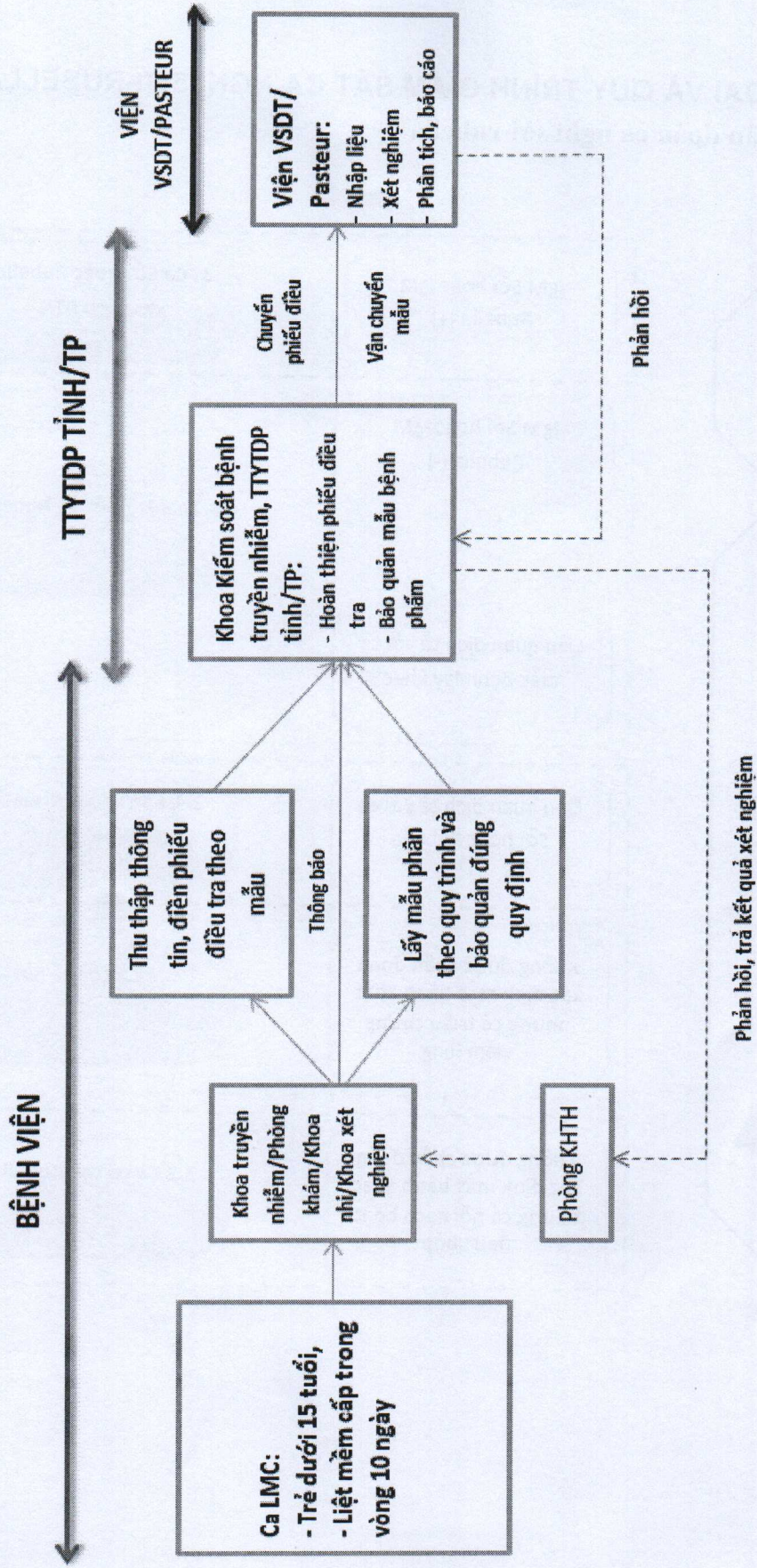
Điều tra viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN
(Ký tên, đóng dấu)

PHẦN III:

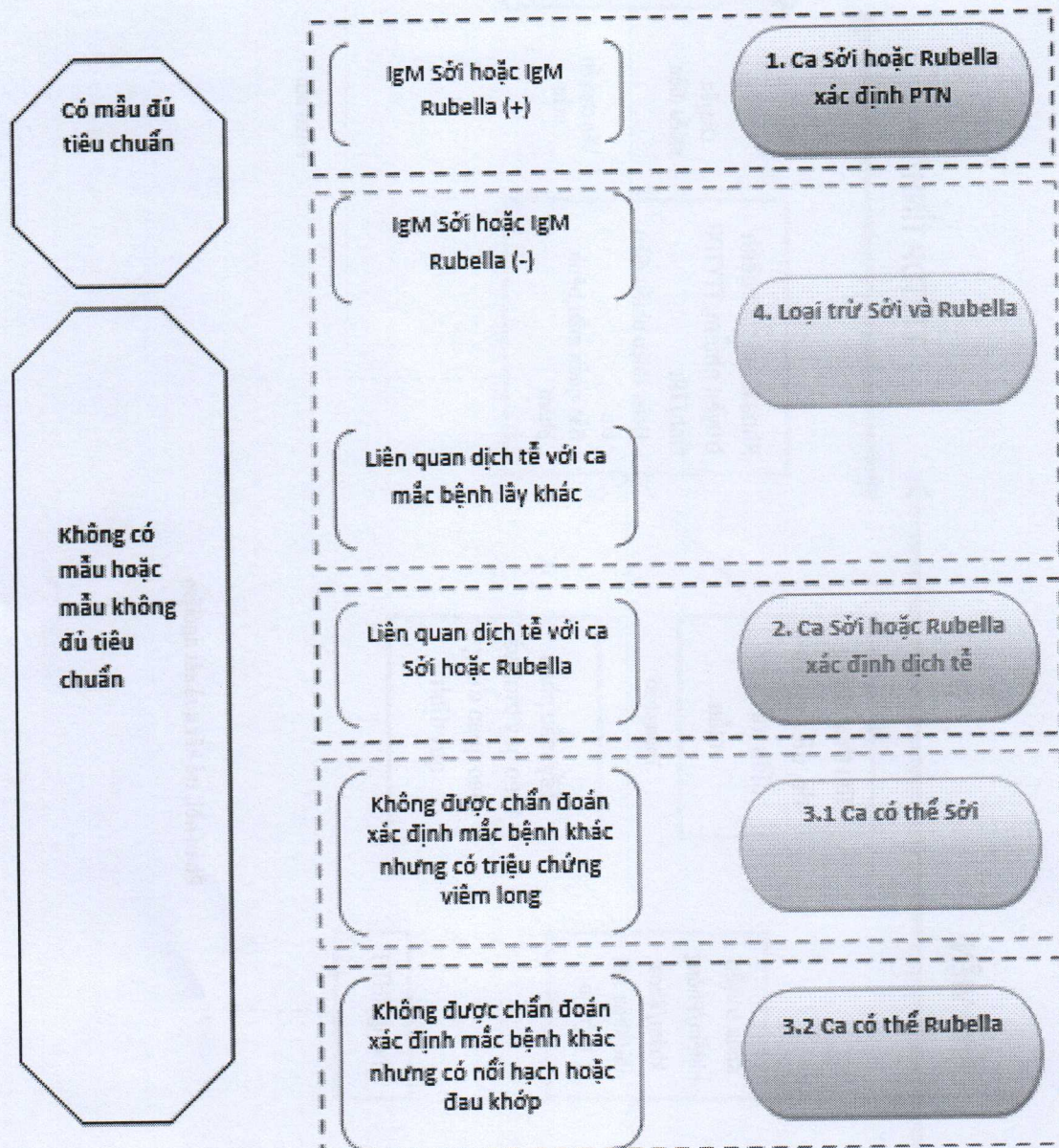
**SƠ ĐỒ QUY TRÌNH GIÁM SÁT, BÁO CÁO
CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM
TRONG TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG**

I. Sơ đồ quy trình giám sát ca nghi LMC/Bại liệt

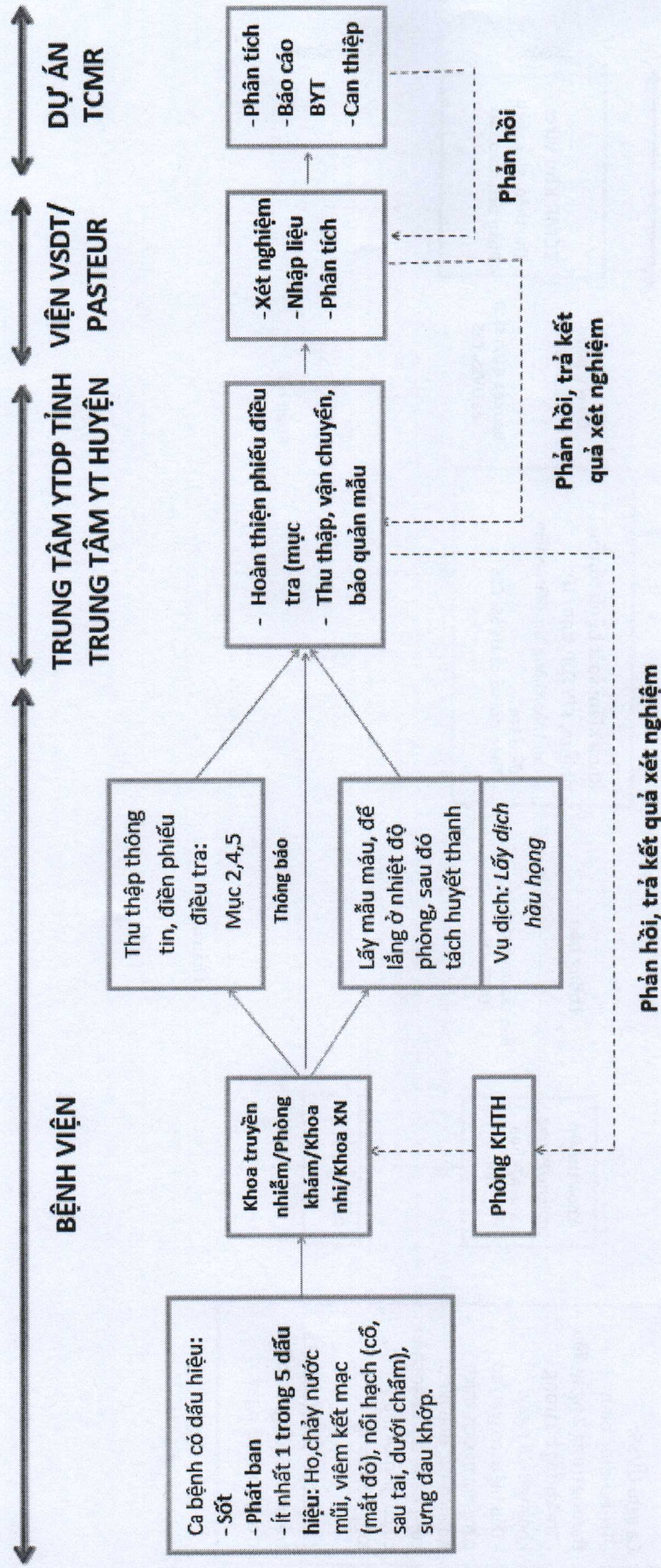


II. SƠ ĐỒ PHÂN LOẠI VÀ QUY TRÌNH GIÁM SÁT CA NGHI SỞI-RUBELLA

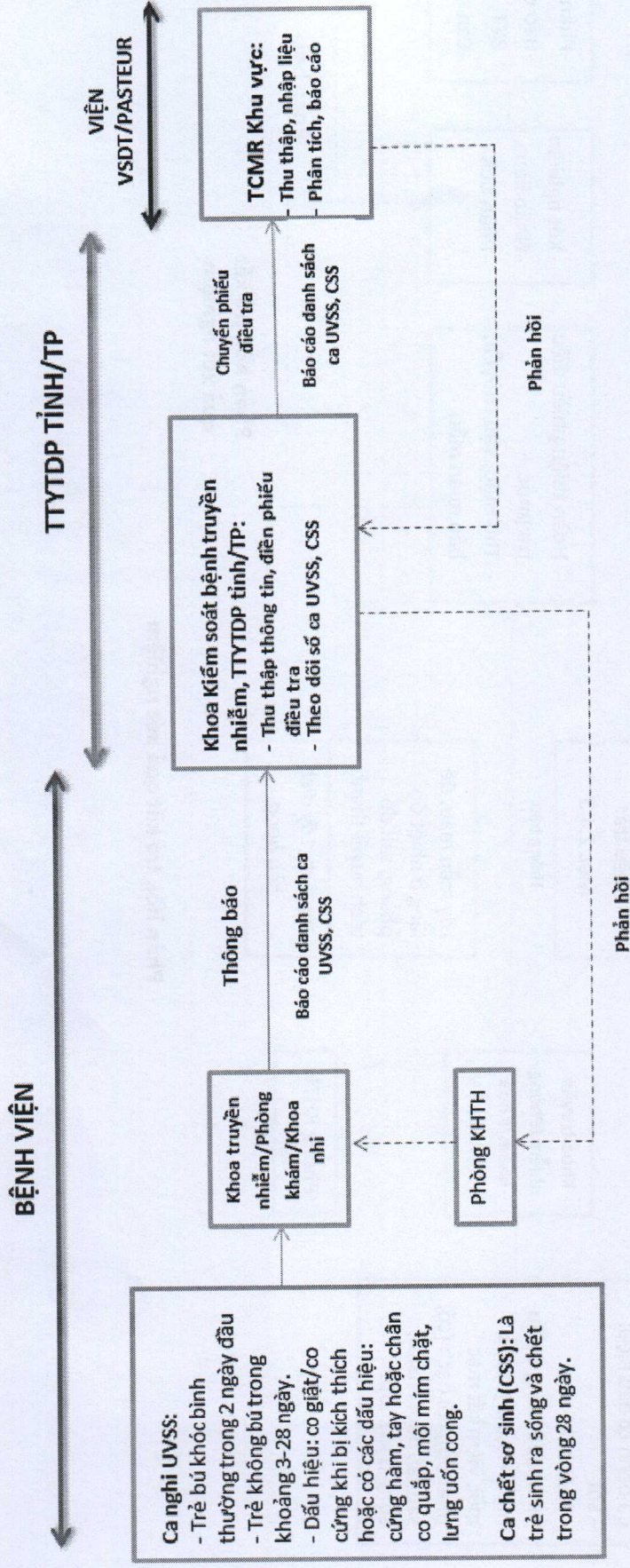
1. Sơ đồ phân loại chẩn đoán ca nghi sởi-rubella



2. Sơ đồ quy trình giám sát ca nghi sởi-rubella



III. SƠ ĐỒ QUY TRÌNH GIÁM SÁT CA NGHI UỐN VẤN SƠ SINH



IV. CÁC BƯỚC TRONG GIÁM SÁT TÍCH CỰC

1. Vai trò của các đơn vị

- TCMR các tỉnh/huyện: Tổ chức các đợt đi giám sát tích cực định kỳ tại các bệnh viện, cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn của địa phương nhằm tìm kiếm các ca bệnh trong TCMR.
- Bệnh viện, cơ sở khám chữa bệnh, trạm y tế: Phối hợp và cung cấp thông tin về các ca bệnh liên quan cho cán bộ giám sát.
- TCMR các khu vực và Quốc gia: Hỗ trợ kỹ thuật và tham gia các đoàn giám sát tích cực khi cần.

2. Tài liệu cần thiết

- Tài liệu hướng dẫn giám sát bệnh trong TCMR.
- Phiếu giám sát tích cực.
- Phiếu điều tra các ca bệnh.
- Dụng cụ lấy mẫu ca liệt mềm cấp, ca nghi sởi/rubella.

3. Các bước thực hiện

3.1 Phân công cán bộ giám sát

Cán bộ giám sát có vai trò quan trọng trong việc phát hiện ca bệnh và xây dựng mối quan hệ với đơn vị được giám sát. Nên lựa chọn các cán bộ giám sát có kinh nghiệm về giám sát bệnh trong TCMR và có kỹ năng về giao tiếp.

3.2 Xác định địa điểm giám sát

4.2.1 Lựa chọn đơn vị giám sát

Địa điểm giám sát tích cực là tất cả các bệnh viện, các cơ sở khám chữa bệnh và các trạm y tế xã/phường. Tuy nhiên, nên ưu tiên giám sát ở các cơ sở điều trị có nhiều người bệnh đến khám điều trị trước vì khả năng bắt gặp ca bệnh sẽ cao hơn, ví dụ như bệnh viện trung ương đóng tại địa phương, bệnh viện đa khoa tỉnh, bệnh viện sản, bệnh viện nhi tỉnh.

4.2.2 Lựa chọn khoa/phòng giám sát

Do các bệnh giám sát trong TCMR thường tập trung ở một số khoa điều trị, nên việc giám sát tích cực cần được thực hiện ưu tiên ở những khoa này. Một số khoa liên quan đến bệnh sởi/rubella, bại liệt và uốn ván sơ sinh trong chương trình TCMR như khoa Truyền nhiễm, khoa Nhi/Nội Nhi/Sản Nhi, khoa Khám bệnh, khoa Thần Kinh, khoa Cấp cứu...

Tuy nhiên, phần lớn người bệnh chỉ đến khám và lấy đơn thuốc rồi về nhà điều trị, chỉ một phần nhỏ bệnh nặng mới nhập bệnh viện. Do đó, để không bỏ sót ca bệnh, caanf có đầy đủ thông tin về người bệnh đến khám điều trị tại một cơ sở y tế thì việc xem xét danh sách tất cả các người bệnh đến khám điều trị (nội trú và ngoại trú) trong một khoảng thời gian nhất định là rất quan trọng.

Phòng Kế hoạch tổng hợp hoặc Phòng Công nghệ thông tin là đơn vị quản lý những thông tin này cần được giám sát.

3.3 Chuẩn bị trước khi đi giám sát tích cực

Chuẩn bị trước khi đi giám sát sẽ giúp đợt công tác đạt hiệu quả cao hơn. Cần chuẩn bị một số nội dung sau:

- 1) Lên kế hoạch đi giám sát tích cực càng chi tiết càng tốt bao gồm thời gian (đi lại, làm việc), địa điểm, phương tiện đi lại, ăn ở, kinh phí, dự kiến chương trình làm việc...
- 2) Thông báo lịch làm việc cho đơn vị được giám sát biết để sắp xếp làm việc.
- 3) Chuẩn bị số liệu về kết quả giám sát từ đầu năm tới thời điểm đi giám sát hoặc số liệu cùng kỳ năm trước (nếu có) để so sánh kết quả thực hiện theo thời gian.
- 4) Mang theo kết quả của lần giám sát trước nếu có, đặc biệt là những vấn đề tồn tại để xem sự thay đổi giữa hai đợt giám sát.
- 5) Chuẩn bị các biểu mẫu giám sát, sổ để ghi chép lại kết quả đợt giám sát này.
- 6) Chuẩn bị phiếu điều tra ca bệnh và dụng cụ lấy mẫu bệnh phẩm để tiến hành điều tra và lấy mẫu.
- 7) Chuẩn bị tài liệu hướng dẫn về giám sát bệnh trong TCMR để trao đổi chuyên môn với cán bộ y tế tại đơn vị giám sát (nếu cần).

3.4 Tiến hành giám sát tích cực

Cán bộ giám sát đến làm việc tại các Khoa/Phòng liên quan và thực hiện một số nội dung sau:

4.4.1 Nguồn thông tin

Thông tin về các ca bệnh có thể được tìm thấy từ nhiều nguồn khác nhau như sau:

- 1) Sổ khám bệnh của bệnh viện (sổ ra vào viện)
- 2) Sổ khám bệnh của khoa/phòng (sổ ra vào khoa)
- 3) Danh sách bệnh nhân ra vào viện trong phần mềm quản lý máy tính của bệnh viện, khoa/phòng
- 4) Hồ sơ bệnh án của người bệnh
- 5) Bác sỹ điều trị và y tá

4.4.2 Phát hiện ca bệnh

- 1) Trường hợp dựa vào sổ khám bệnh: Rà soát danh sách bệnh nhân theo thứ tự từ trên xuống dưới. Xem cột triệu chứng và chẩn đoán để phát hiện các ca bệnh cần giám sát. Ví dụ để tìm kiếm ca nghi sởi/rubella cần tìm ở cột chẩn đoán xem có phải là sởi hay rubella hoặc xem ở cột triệu chứng có sốt, phát ban và một trong các dấu hiệu viêm long (ho, chảy nước mũi, viêm kết mạc) hoặc sưng đau khớp, nổi hạch (cổ, chẩm, mang tai).
- 2) Trường hợp dựa vào phần mềm quản lý bệnh nhân trên máy tính: Tìm kiếm các ca bệnh trong TCMR ở máy tính theo mã ICD10 (phụ lục 1) theo khoảng thời gian lựa chọn.

- 3) Trường hợp hỏi thông tin về ca bệnh từ cán bộ y tế: Cần hỏi rõ các triệu chứng chính của ca bệnh để xác định sự liên quan.
- 4) Giám sát viên đối chiếu các triệu chứng của ca bệnh với định nghĩa ca giám sát của Dự án TCMR. Nếu đủ tiêu chuẩn nghi ngờ hoặc chẩn đoán xác định thì tiến hành điều tra, lấy mẫu ca bệnh (nếu được) và ghi chép lại thông tin của các ca bệnh này.

4.4.3 Điều tra, lấy mẫu và ghi chép thông tin ca bệnh

- 1) Tiến hành điều tra ca bệnh theo phiếu và lấy mẫu bệnh phẩm ngay trong buổi giám sát nếu bệnh nhân có mặt tại cơ sở khám chữa bệnh.
- 2) Trường hợp bệnh nhân không có mặt ở cơ sở khám chữa bệnh thì giám sát viên ghi chép lại các thông tin cơ bản của ca bệnh vào phiếu hoặc sổ giám sát. Những thông tin này bao gồm họ tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, số điện thoại (nếu có), ngày vào viện/ra viện, triệu chứng và chẩn đoán.

3.5 Trao đổi với nơi giám sát về kết quả làm việc

Khi kết thúc buổi giám sát hoặc kết thúc từng khoa/phòng được giám sát, giám sát viên nên trao đổi kết quả giám sát với các cán bộ liên quan và lãnh đạo đơn vị (nếu có) về các nội dung sau:

- 1) Thông nhất và thông báo cho đơn vị được giám sát biết số lượng các ca bệnh ghi nhận được.
- 2) Tìm hiểu nguyên nhân vì sao các ca bệnh bị bỏ sót (nếu có) như không nắm rõ định nghĩa ca bệnh, bận không có thời gian hay thiếu thông tin liên lạc,... Trên cơ sở đó xây dựng kế hoạch giải quyết vấn đề.
- 3) Trao đổi chuyên môn về giám sát bệnh trong TCMR bao gồm ý nghĩa của việc thu thập thông tin, các định nghĩa ca bệnh, các việc cần làm khi phát hiện ca bệnh và thông tin liên lạc, đặc biệt là đối với các cán bộ y tế mới.
- 4) Lắng nghe các kiến nghị của nơi được giám sát để có kế hoạch nâng cao chất lượng giám sát bệnh.

3.6 Báo cáo kết quả giám sát

Kết quả các đoàn đi giám sát tích cực cần được tổng hợp và gửi cho lãnh đạo của đơn vị và gửi lên tuyến trên (huyện gửi tỉnh, tỉnh gửi khu vực và quốc gia) nhằm mục đích:

- 1) Nắm thông tin kịp thời và chính xác.
- 2) Có hành động đáp ứng kịp thời (nếu cần) như tập huấn, hội thảo, cung cấp tài liệu, biểu mẫu, dụng cụ, tăng cường giám sát hỗ trợ...
- 3) Ghi nhận và đánh giá hoạt động của đơn vị.

3.7 Phản hồi thông tin giám sát

Kết quả đợt đi giám sát tích cực cần được tổng hợp và phản hồi lại cho đơn vị được giám sát nhằm:

- 1) Thông báo lại cho đơn vị được giám sát biết thực trạng công tác giám sát bệnh tại đơn vị, đặc biệt là đối với các lãnh đạo cơ sở điều trị.

- 2) Hỗ trợ việc sử dụng số liệu bằng cung cấp các phân tích sâu hơn.
- 3) Đặt các dữ liệu địa phương vào số liệu của khu vực để có thể so sánh số mắc và hiệu quả của chương trình; tăng cường giám sát và các biện pháp phòng ngừa trong trường hợp một bệnh được báo cáo ở các khu vực xung quanh nhưng chưa tìm thấy ở khu vực này; và nâng cao sự thực hiện bằng cách chỉ ra bước tiến của quốc gia hướng tới các mục tiêu y tế công cộng và so sánh sự thực hiện giữa các khu vực.
- 4) Khuyến khích người cung cấp số liệu bằng cách ghi nhận nỗ lực làm việc của họ và để họ nhận thức thấy những số liệu này đã được phân tích và sử dụng.
- 5) Nâng cao tính chính xác và kịp thời của báo cáo.
- 6) Xác định với tuyến dưới rằng số liệu được báo cáo lên tuyến trên là chính xác.

3.8 Đáp ứng

Tùy thuộc vào kết quả giám sát tích cực mà các hoạt động đáp ứng có thể được triển khai.

- 1) Tiến hành điều tra và lấy mẫu các ca bệnh bị bỏ sót.
- 2) Tổ chức hội thảo, huấn luyện cho cán bộ y tế tại các cơ sở điều trị về giám sát bệnh trong TCMR.
- 3) Cung cấp các tài liệu truyền thông về giám sát bệnh trong TCMR cho cán bộ y tế.
- 4) Tư vấn Sở Y tế ra các văn bản chỉ đạo nâng cao chất lượng và sự phối hợp giữa các đơn vị y tế dự phòng và điều trị trong công tác giám sát bệnh trong TCMR.
- 5) Tổ chức các đoàn đi giám sát tích cực tại các đơn vị khác và/hoặc quay lại địa điểm mới được giám sát.
- 6) Tổ chức các biện pháp phòng chống dịch nếu có.

Danh sách mã các bệnh truyền nhiễm trong TCMR theo ICD10

TT	Tên bệnh	Ca giám sát	Mã ICD10
1	Bại liệt	Liệt mềm cấp nghi bại liệt	A80
		Đau cơ	M79.1
		Viêm não, viêm tủy, viêm não tủy	G04, G05
		Hội chứng Guillain Barre	G60 – G64
		Liệt nhẽo 2 chi	G82.0, G82.2, G82.3, G82.5
		Liệt 1 chi	G83.1, G83.2, G83.3
		Nhược cơ và tổn thương thần kinh khác	G70
		Bệnh 1 dây thần kinh chi trên, dưới	G56, G57
2	Sởi/Rubella	Sởi	B05
		Rubella (Rubeon)	B06
		Sốt phát ban	A75
		Sốt phát ban không xác định nguyên nhân	A75.9
3	Uốn ván sơ sinh	Uốn ván sơ sinh	A33
		Chết sơ sinh	
4	Bạch hầu	Bạch hầu	A36
5	Ho gà	Ho gà	A37
6	Tả	Tả	A00
7	Thương hàn	Thương hàn	A01
8	Viêm não vi rút	Viêm não vi rút	A83
9	Viêm gan vi rút	Viêm gan vi rút	
10	Lao màng não	Lao màng não	
11	Lao khác	Lao khác	