

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

-----\*-----

**NGUYỄN TIẾN DŨNG**

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP  
PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI Ở NGƯỜI THEO CÁCH  
TIẾP CẬN MỘT SỨC KHỎE TẠI TỈNH SƠN LA**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI - 2018**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

-----\*-----

**NGUYỄN TIẾN DŨNG**

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP  
PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI Ở NGƯỜI THEO CÁCH  
TIẾP CẬN MỘT SỨC KHỎE TẠI TỈNH SƠN LA**

**Chuyên ngành: Vệ sinh Xã hội học và Tổ chức y tế**

**Mã số: 62 72 01 64**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:**

- 1. PGS. TS. NGUYỄN THỊ THU YẾN**
- 2. PGS. TS. NGÔ VĂN TOÀN**

**HÀ NỘI - 2018**

## LỜI CẢM ƠN

*Trước hết tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến Ban Lãnh đạo, Phòng Đào tạo Sau đại học của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong thời gian học tập, nghiên cứu tại cơ sở đào tạo của Viện.*

*Nhân dịp này tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS. TS. Nguyễn Thị Thu Yến và PGS. TS. Ngô Văn Toàn, những người thầy mẫu mực đã tận tình hướng dẫn, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.*

*Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Quản lý dự án Phòng, chống bệnh truyền nhiễm Khu vực Tiểu vùng sông Mê Kông giai đoạn 2, Văn phòng Dự án khống chế và loại trừ bệnh dại thuộc Bộ Y tế, Văn phòng Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam đã dành sự giúp đỡ quý báu về tài chính và hỗ trợ kỹ thuật cho nghiên cứu này.*

*Thay mặt nhóm nghiên cứu tôi xin gửi lời cảm ơn đến UBND huyện Mai Sơn, UBND huyện Sông Mã, UBND các xã Nà Bó, Chiềng Chăn, Thị trấn Hát Lót, Nà Nghịu, Chiềng Khoong, Thị trấn Sông Mã và các hộ gia đình đã chấp thuận tham gia những hoạt động trong quá trình triển khai nghiên cứu tại địa phương.*

*Tôi trân trọng cảm ơn tập thể Lãnh đạo Sở Y tế, Trung tâm Y tế dự phòng, Chi cục Thú y tỉnh Sơn La và các đơn vị, cá nhân đã tạo điều kiện thuận lợi để tôi hoàn thành nghiên cứu này. Xin chân thành cảm ơn nhóm nghiên cứu cùng các đồng nghiệp thân thiết đã tận tình giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, triển khai nghiên cứu và hoàn thành luận án.*

*Nhân dịp này tôi xin gửi lời tri ân đặc biệt tới cha, mẹ, vợ, con, các anh, chị, em cùng những người thân trong gia đình đã hết lòng thương yêu, khích lệ và giúp đỡ tôi vượt qua những năm tháng khó khăn để có được thành công hôm nay.*

**TÁC GIẢ**

**Nguyễn Tiến Dũng**

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi thực hiện tại tỉnh Sơn La. Các số liệu và kết quả trình bày trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ một công trình nghiên cứu nào khác.

**TÁC GIẢ**

**Nguyễn Tiến Dũng**

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ASEAN	Hiệp hội các nước Đông Nam Á (The Association of Southeast Asian Nations)
AVMA	Hiệp hội Y khoa và Thú y Mỹ (American Veterinary and Medical Association)
CDC2	Dự án Phòng chống bệnh truyền nhiễm Khu vực Tiểu vùng sông Mê Kông giai đoạn 2
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CSSKBD	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSTS	Chỉ số trước sau
DALYs	Số năm sống hiệu chỉnh theo mức độ tàn tật (Disability Adjusted Life Years)
FAO	Tổ chức Nông lương Liên hợp quốc (Food and Agriculture Organization)
GARC	Liên minh toàn cầu kiểm soát bệnh dại (Global Alliance for Rabies Control)
HGD	Hộ gia đình
HQCT	Hiệu quả can thiệp
HTKD	Huyết kháng thanh dại
KQS	Kết quả sau
KQT	Kết quả trước
MTTQ	Mặt trận tổ quốc
NN&PTNT	Nông nghiệp và Phát triển nông thôn
OIE	Tổ chức Thú y Thế giới (Office Internationale de Epizootics)
PCBD	Phòng, chống bệnh dại
PCBTN	Phòng, chống bệnh truyền nhiễm
PEP	Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm (Post Exposure Prophylaxis)
UBND	Ủy ban nhân dân
VSDTTU	Vệ sinh dịch tễ Trung ương
VXPD	Vắc xin phòng dại
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization)
YTDP	Y tế dự phòng

## MỤC LỤC

Lời cảm ơn .....	1
Lời cam đoan.....	2
Danh mục các chữ viết tắt .....	3
Mục lục.....	4
Danh mục bảng .....	7
Danh mục hình .....	9
<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....</b>	<b>3</b>
1.1. LỊCH SỬ NGHIÊN CỨU BỆNH ĐẠI.....	3
1.1.1. Sơ lược về lịch sử bệnh đại .....	3
1.1.2. Định nghĩa trường hợp bệnh và chẩn đoán bệnh đại ở người .....	4
1.1.3. Tác nhân gây bệnh.....	5
1.1.4. Nguồn truyền bệnh, phương thức lây truyền và khối cảm thụ.....	6
1.1.5. Vắc xin phòng đại và huyết thanh kháng đại sử dụng ở người .....	8
1.1.6. Gánh nặng bệnh đại và cơ sở xây dựng mục tiêu xóa bỏ bệnh đại .....	10
1.2. THỰC TRẠNG BỆNH ĐẠI Ở NGƯỜI VÀ CÁC HOẠT ĐỘNG PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI.....	12
1.2.1. Thực trạng bệnh đại ở người .....	12
1.2.2. Thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh đại .....	20
1.3. CAN THIỆP PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI THEO CÁCH TIẾP CẬN MỘT SỨC KHỎE .....	28
1.3.1. Định nghĩa Một sức khỏe .....	28
1.3.2. Tiếp cận Một sức khỏe trong phòng, chống bệnh đại trên thế giới.....	29
1.3.3. Tiếp cận Một sức khỏe trong phòng, chống bệnh đại tại Việt Nam.....	31
<b>Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>38</b>
2.1. MỤC TIÊU 1 .....	38
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.....	38
2.1.2. Địa điểm nghiên cứu .....	39

2.1.3. Thời gian nghiên cứu.....	40
2.1.4. Phương pháp nghiên cứu.....	40
2.1.5. Công cụ thu thập số liệu cho nghiên cứu .....	41
2.1.6. Các biến số và chỉ số đánh giá trong nghiên cứu mô tả .....	42
2.2. MỤC TIÊU 2 .....	44
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	44
2.2.2. Địa điểm nghiên cứu .....	45
2.2.3. Thời gian nghiên cứu.....	46
2.2.4. Phương pháp nghiên cứu.....	46
2.2.5. Công cụ thu thập số liệu cho nghiên cứu can thiệp.....	49
2.2.6. Các chỉ số đánh giá trong nghiên cứu can thiệp.....	49
2.2.7. Nội dung can thiệp .....	51
2.3. QUẢN LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU .....	53
2.3.1. Phân loại chỉ số chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại .....	54
2.3.2. Phân loại chỉ số mức độ hiểu biết về phòng, chống bệnh dại .....	54
2.3.3. Cách tính chỉ số hiệu quả, chỉ số trước sau, hiệu quả can thiệp.....	54
2.4. SAI SỐ VÀ HẠN CHẾ SAI SỐ.....	55
2.5. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU .....	55
<b>Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>56</b>
3.1. THỰC TRẠNG BỆNH DẠI Ở NGƯỜI VÀ CÁC HOẠT ĐỘNG PHÒNG, CHỐNG BỆNH DẠI TẠI TỈNH SƠN LA, 2011 – 2013 .....	56
3.1.1. Thực trạng bệnh dại ở người, 2011-2013.....	56
3.1.2. Thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La, 2011-2013 .....	64
3.2. HIỆU QUẢ PHÒNG, CHỐNG BỆNH DẠI THEO CÁCH TIẾP CẬN MỘT SỨC KHỎE TẠI 3 XÃ CỦA HUYỆN MAI SƠN, 2014 – 2015.....	76
3.2.1. Kết quả triển khai các hoạt động can thiệp trên thực địa, 2014-2015....	76
3.2.2. Đặc trưng cá nhân của đối tượng nghiên cứu tại cộng đồng.....	80
3.2.3. Hiệu quả can thiệp phòng, chống bệnh dại theo cách tiếp cận Một sức khỏe tại 3 xã của huyện Mai Sơn.....	81

<b>Chương 4: BÀN LUẬN.....</b>	<b>91</b>
4.1. THỰC TRẠNG BỆNH ĐẠI Ở NGƯỜI VÀ CÁC HOẠT ĐỘNG PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI TẠI TỈNH SƠN LA, 2011 – 2013 .....	91
4.1.1. Thực trạng bệnh đại ở người tại tỉnh Sơn La, 2011-2013 .....	91
4.1.2. Thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh đại tại tỉnh Sơn La, 2011-2013 ..	97
4.2. HIỆU QUẢ PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI THEO CÁCH TIẾP CẬN MỘT SỨC KHỎE TẠI 3 XÃ CỦA HUYỆN MAI SƠN, 2014 – 2015 .....	105
4.2.1. Kết quả triển khai các hoạt động can thiệp trên thực địa, 2014-2015 ....	105
4.2.2. Hiệu quả can thiệp theo cách tiếp cận Một sức khỏe .....	109
<b>NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI VÀ HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>124</b>
<b>KẾT LUẬN .....</b>	<b>125</b>
<b>MỘT SỐ KIẾN NGHỊ.....</b>	<b>127</b>
<b>DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN TÀI LIỆU THAM KHẢO PHỤ LỤC</b>	



## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Tóm tắt chỉ định điều trị dự phòng sau phơi nhiễm ở người.....	9
Bảng 1.2.	Kết quả triển khai hai chương trình tiêm vắc xin cho đàn chó tại 6 huyện của dự ánTCP/VIE/3404, 2013-2014 .....	35
Bảng 2.1.	Danh sách đối tượng tham gia phỏng vấn sâu năm 2014 .....	41
Bảng 3.1.	Một số đặc trưng cá nhân của người tử vong do bệnh dại.....	56
Bảng 3.2.	Một số đặc điểm phơi nhiễm của các ca tử vong, 2011-2013 .....	57
Bảng 3.3.	Một số đặc điểm của người tiêm vắc xin phòng dại sau phơi nhiễm tại tỉnh Sơn La, 2011-2013 .....	60
Bảng 3.4.	Một số đặc điểm của động vật gây phơi nhiễm cho người .....	61
Bảng 3.5.	Mối liên quan giữa thời gian từ khi phơi nhiễm đến khi tiêm vắc xin phòng dại theo giới, nhóm tuổi, nơi ở và hoàn cảnh kinh tế .....	62
Bảng 3.6.	Kết quả khảo sát chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại của Ban chỉ đạo cấp tỉnh, năm 2013.....	66
Bảng 3.7.	Kết quả khảo sát chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại của Ban chỉ đạo cấp huyện, năm 2013 .....	67
Bảng 3.8.	Kết quả khảo sát chất lượng hoạt động phòng chống bệnh dại của Ban chỉ đạo cấp xã/phường/thị trấn, năm 2013 .....	68
Bảng 3.9.	Nguồn nhân lực y tế tham gia phòng, chống bệnh dại, năm 2013 .....	69
Bảng 3.10.	Đầu tư kinh phí phòng, chống bệnh dại ở người tại tỉnh Sơn La, 2011-2013 ....	71
Bảng 3.11.	Nguồn nhân lực phòng, chống bệnh dại của ngành thú y, năm 2013...72	
Bảng 3.12.	Kinh phí phòng, chống bệnh dại ở động vật tại tỉnh Sơn La, 2011-2013 ...73	
Bảng 3.13.	Tỷ lệ bao phủ vắc xin phòng dại cho đàn chó tại tỉnh Sơn La, 2011-2013 ....74	
Bảng 3.14.	Tỷ lệ các vụ dịch được chia sẻ thông tin và phối hợp giám sát, xử lý liên ngành y tế - thú y, 2011-2013.....	75
Bảng 3.15.	Kết quả triển khai các hoạt động truyền thông tại các xã can thiệp và huyện Mai Sơn, 2014-2015 .....	76

Bảng 3.16.	Kết quả triển khai các hội nghị liên ngành “Tăng cường phòng, chống bệnh dại” tại huyện Mai Sơn và 3 xã can thiệp, năm 2014-2015.....	77
Bảng 3.17.	Kết quả triển khai các lớp tập huấn phòng, chống bệnh dại cho nhân viên y tế và thú y tại huyện Mai Sơn, năm 2014-2015.....	78
Bảng 3.18.	Kết quả huy động tài chính cho phòng, chống bệnh dại ở người và động vật tại huyện Mai Sơn và 3 xã can thiệp, 2014-2015 .....	79
	tại cộng đồng ở thời điểm điều tra ban đầu .....	80
Bảng 3.19.	Một số đặc trưng cá nhân của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng tại cộng đồng ở thời điểm điều tra ban đầu .....	81
Bảng 3.20.	Cơ hội tiếp cận các nguồn thông tin về phòng, chống bệnh dại của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trước và sau can thiệp .....	81
Bảng 3.21.	Mối liên quan giữa mức độ kiến thức của nhóm can thiệp theo giới, nơi ở và hoàn cảnh kinh tế tại lần điều tra kết thúc .....	83
Bảng 3.22.	Mối liên quan giữa mức độ kiến thức của nhóm đối chứng theo giới, nơi ở và hoàn cảnh kinh tế tại lần điều tra kết thúc .....	83
Bảng 3.23.	Hiệu quả về thực hành chăn nuôi đúng tại hộ gia đình của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trước và sau can thiệp .....	84
Bảng 3.24.	Tỷ lệ nhân viên y tế, thú y được tập huấn chuyên môn tại các xã can thiệp và đối chứng, trước và sau can thiệp .....	85
Bảng 3.25.	Tỷ lệ người điều trị dự phòng sau phơi nhiễm tại 3 xã can thiệp và 3 xã đối chứng, trước và sau can thiệp .....	86
Bảng 3.26.	Tỷ lệ người dân được thụ hưởng nguồn vắc xin miễn phí tại 3 xã can thiệp và 3 xã đối chứng, trước và sau can thiệp .....	87
Bảng 3.27.	Tỷ lệ bao phủ vắc xin trên đàn chó tại 3 xã can thiệp và 3 xã đối chứng, trước và sau can thiệp .....	88
Bảng 3.28.	Chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại tại các xã can thiệp và các xã đối chứng, trước và sau can thiệp.....	89
Bảng 3.29.	Hiệu quả huy động tài chính cho các hoạt động phòng, chống bệnh dại tại vùng can thiệp và vùng đối chứng, trước và sau can thiệp .....	90

## DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Sơ đồ mô phỏng cấu trúc của vi rút đại.....	5
Hình 1.2.	Phân bố toàn cầu các khu vực có nguy cơ với bệnh đại, 2013.....	12
Hình 1.3.	Bản đồ tử vong do bệnh đại ở người tại Việt Nam, 2003–2013 .	16
Hình 1.4.	Các tỉnh có số người tử vong cao nhất do bệnh đại, 2011 – 2013	17
Hình 1.5.	Số người đi tiêm vắc xin phòng đại theo khu vực, 1996-2013	18
Hình 1.6.	Tỷ lệ tiêm phòng vắc xin trên đàn chó tại Việt Nam, 2011–2013	24
Hình 1.7.	Sơ đồ hệ thống giám sát phòng, chống bệnh đại ở người tại Việt Nam giai đoạn 2011-2015	25
Hình 1.8.	Sơ đồ mô phỏng Một sức khỏe.....	29
Hình 1.9.	Sơ đồ phối hợp liên ngành trong phòng, chống bệnh đại theo cách tiếp cận Một sức khỏe tại Việt Nam do FAO đề xuất	33
Hình 1.10.	Khung phân tích vấn đề.....	37
Hình 2.1.	Sơ đồ nghiên cứu can thiệp	46
Hình 3.1.	Bản đồ phân bố người tử vong do bệnh đại theo địa dư hành chính tại tỉnh Sơn La, 2011-2013	58
Hình 3.2.	Phân bố người tử vong theo năm và trung bình 3 năm, 2011-2013	58
Hình 3.3.	Phân bố người tử vong theo các tháng trong năm, 2011-2013	59
Hình 3.4.	Số người phơi nhiễm đến tiêm vắc xin phòng đại hàng năm, 2011-2013	63
Hình 3.5.	Phân bố người đến tiêm vắc xin phòng đại theo tháng, 2011-2013	63
Hình 3.6.	Sơ đồ tổ chức hệ thống phòng, chống bệnh đại ở người tại tỉnh Sơn La, giai đoạn 2011-2013	64
Hình 3.7.	Tỷ lệ người dân có kiến thức tốt về phòng, chống bệnh đại của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trước và sau can thiệp	82
Hình 3.8.	Hiệu quả thực hành đúng về điều trị dự phòng sau phơi nhiễm của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trước và sau can thiệp	85

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh dại là bệnh nhiễm vi rút cấp tính của hệ thống thần kinh trung ương do vi rút thuộc họ *Rhabdoviridae*, giống *Lyssavirus* từ động vật lây sang người bởi chất tiết, thông thường là nước bọt của chó bị nhiễm vi rút dại. Hầu hết các trường hợp bị nhiễm vi rút dại đều qua vết cắn, vết liếm trên da, niêm mạc bị tổn thương. Kể cả người và động vật khi đã bị bệnh dại đều dẫn tới tử vong. Bệnh dại thuộc nhóm B trong Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm [10], [12], [57].

Bệnh dại phổ biến trên toàn cầu, cả ở châu Âu, châu Á, châu Phi, châu Mỹ La tinh, trừ một số vùng không có bệnh dại như Vương quốc Anh, Nhật Bản, vùng Bắc cực, châu Đại Dương được gọi là những vùng đất “biệt lập”. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) hàng năm có khoảng 55.000 - 70.000 người chết vì bệnh dại, trong đó hơn 90% được thông báo từ các nước đang phát triển ở châu Phi và châu Á. Ở Đông Nam Á (ASEAN) bệnh dại đang có xu hướng diễn biến phức tạp và có chiều hướng gia tăng trong những năm gần đây [3], [130].

Tại Việt Nam, trong nhiều năm qua bệnh dại vẫn là một vấn đề y tế công cộng gây tổn thất không nhỏ về kinh tế, xã hội và sức khỏe con người. Tỷ lệ tử vong do bệnh dại ở Việt Nam hiện đang đứng thứ 14 trên thế giới [18]. Sau khi có Chỉ thị 92/TTg năm 1996 của Thủ tướng Chính phủ công tác phòng, chống bệnh dại đã được cải thiện, số người tử vong giảm rõ rệt trong giai đoạn 1996-2005. Tuy nhiên số người tử vong tiếp tục gia tăng trở lại, và trong 5 năm (2011-2015) bệnh dại là căn bệnh có số ca tử vong cao nhất trong các bệnh truyền nhiễm ở Việt Nam. Bệnh dại chủ yếu lưu hành tại khu vực Miền Bắc và tập trung tại một số tỉnh như: Phú Thọ, Yên Bái, Hà Giang, Điện Biên, Nghệ An, Tuyên Quang, Hòa Bình, Thái Nguyên, Vĩnh Phúc và Sơn La [34], [36], [64].

Công tác phòng, chống bệnh dại hiện nay đang gặp rất nhiều rào cản. Tập quán nuôi chó từ lâu đời với nhiều mục đích khác nhau nhưng người dân còn thiếu kiến thức và chưa có ý thức phòng bệnh, đa số đàn chó nuôi thả rông, chó không được tiêm phòng phổ biến ở cả nông thôn và thành thị là điều kiện thuận lợi cho bệnh dại lây lan trong đàn chó và từ đó truyền bệnh sang người [46], [50], [66].

Theo số liệu báo cáo của Sở Y tế và Sở Nông nghiệp Phát triển nông thôn (NN&PTNT) tỉnh Sơn La, trong 10 năm (2001-2010) trên địa bàn tỉnh không có trường hợp nào tử vong do bệnh dại. Bệnh dại tái bùng phát từ năm 2011 và chỉ trong 3 năm (2011-2013) đã có tới 41 người tử vong do căn bệnh này. Mặc dù ngành y tế, ngành thú y đã có nhiều cố gắng trong đáp ứng phòng, chống bệnh dại như tập huấn chuyên môn, mở rộng điểm tiêm vắc xin, tăng cường truyền thông... nhưng trên thực tế vẫn chưa khống chế được bệnh dại một cách hiệu quả [60], [61].

Bệnh dại là một bệnh truyền nhiễm điển hình lây truyền từ động vật sang người, chính vì vậy công tác phòng, chống bệnh dại không chỉ là nhiệm vụ của riêng ngành y tế mà đòi hỏi phải có sự vào cuộc mạnh mẽ của chính quyền, sự hưởng ứng của cộng đồng và đặc biệt cần đến sự phối hợp liên ngành, đa ngành. Trên thế giới những năm gần đây cách tiếp cận Một sức khỏe (One Health) trong phòng, chống dịch bệnh có nguồn gốc từ động vật với nguyên lý chủ đạo là cơ chế phối hợp liên ngành, liên cấp đang ngày càng được đánh giá cao và thừa nhận rộng rãi ở cả quy mô quốc tế, khu vực và ở từng quốc gia [1], [28], [29], [84].

Việc đánh giá đúng thực trạng bệnh dại ở người, thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh dại và hiệu quả áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe trong phòng, chống một dịch bệnh nguy hiểm lây truyền từ động vật sang người, tiến tới mục tiêu kiểm soát bệnh dại một cách bền vững tại tỉnh Sơn La là rất cần thiết. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Thực trạng và hiệu quả can thiệp phòng, chống bệnh dại ở người theo cách tiếp cận Một sức khỏe tại tỉnh Sơn La**” với các mục tiêu sau:

- 1. Mô tả thực trạng bệnh dại ở người và hoạt động phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La, 2011-2013.*
- 2. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng, chống bệnh dại theo cách tiếp cận Một sức khỏe tại 3 xã của huyện Mai Sơn, 2014 - 2015.*

## Chương 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1. LỊCH SỬ NGHIÊN CỨU BỆNH ĐẠI

##### 1.1.1. Sơ lược về lịch sử bệnh dại

Bệnh dại là một trong những căn bệnh cổ xưa nhất của động vật có thể truyền sang người một cách rủi ro khi có tiếp xúc với vi rút dại qua da hoặc niêm mạc bị tổn thương. Bệnh dại (*rabies*) xuất phát từ chữ Latin có nghĩa là “*cuồng bạo, điên rồ*”. Những người Hy Lạp cổ đã mô tả bệnh dại bằng từ *lyssa* nghĩa là “*chúng điên khùng, rồ dại*”. Chính vì thế các nhà viết kịch, nhà triết học từ những thế kỷ trước đã mô tả hình ảnh những con chó bị dại là nỗi ám ảnh, sợ hãi khủng khiếp đối với loài người. Vào thế kỷ 23 trước Công nguyên trong đạo luật của Babilon cổ đại đã ấn định những hình phạt nghiêm khắc đối với những người chủ nuôi để chó bị dại cắn gây chết người. Đến 200 năm sau Công nguyên, Galien đã đề xuất phương pháp phẫu thuật cắt bỏ phần cơ thể bị vết cắn để ngăn ngừa sự phát bệnh dại ở người [76], [84], [87].

Bước ngoặt mang tính lịch sử trong nghiên cứu bệnh dại gắn liền với tên tuổi nhà bác học Louis Pasteur (1822-1895). Ngày 06 tháng 7 năm 1885, lần đầu tiên Pasteur đã tiêm vắc xin não thỏ bất hoạt cho cậu bé Joseph Meister, 7 tuổi, bị một con chó lên cơn dại cắn nhiều vết. Sau 13 mũi tiêm, cậu bé đã được cứu thoát khỏi bệnh dại. Trong vòng một năm sau đó có khoảng 2.500 người được điều trị bằng vắc xin này và chỉ có 12 người chết, những người khác đều được cứu sống [76].

Các hoạt động nhằm kiểm soát bệnh dại đã được triển khai mạnh mẽ ở các nước phát triển từ những năm 1950-1960 (khu vực Tây Âu, Bắc Mỹ) và duy trì thành quả bền vững đến ngày nay. Còn ở các nước đang phát triển (khu vực châu Mỹ La tinh, châu Phi, châu Á) hoạt động phòng, chống bệnh dại mới được Chính phủ các nước quan tâm, ưu tiên trong khoảng 15 năm trở lại đây, khi mà diễn biến bệnh dại đã trở nên phức tạp và khó kiểm soát sau một thời gian dài căn bệnh này gần như bị “lãng quên” [4], [52], [88].

## **1.1.2. Định nghĩa trường hợp bệnh và chẩn đoán bệnh dại ở người**

### **1.1.2.1. Định nghĩa người bị phơi nhiễm và trường hợp bệnh dại ở người**

Theo tài liệu hướng dẫn giám sát phòng, chống bệnh dại trên người (ban hành tại Quyết định số 1622/QĐ-BYT ngày 08 tháng 5 năm 2014 của Bộ Y tế), người bị phơi nhiễm với bệnh dại và trường hợp bệnh dại ở người được định nghĩa như sau:

Người bị phơi nhiễm với bệnh dại: *“Là người bị chó, mèo, động vật mắc dại, nghi dại cắn, cào, liếm hoặc bị nước bọt dính vào niêm mạc (như mắt, miệng, niêm mạc bị trầy xước) hoặc tiếp xúc với bệnh phẩm/vi rút dại tại phòng thí nghiệm”*.

Trường hợp bệnh dại ở người: *“Ca bệnh chẩn đoán trên lâm sàng có các biểu hiện hội chứng viêm não tủy cấp tính nổi trội bởi các triệu chứng kích động như : sợ nước, sợ gió, sợ ánh sáng (thể dại điên cuồng) hoặc các triệu chứng liệt (thể dại liệt), tiến triển tới hôn mê và thường tử vong sau 7-10 ngày”*.

Bộ Y tế qui định trong giám sát dịch tễ bệnh dại ở người không sử dụng trường hợp ca bệnh có thể, chỉ sử dụng định nghĩa cho ca bệnh nghi ngờ và ca bệnh xác định[9], [10], [12].

### **1.1.2.2. Chẩn đoán bệnh dại ở người**

Trong phân loại bệnh tật quốc tế ICD10, bệnh dại ở người được ký hiệu là ICD-10A82. Thông thường thời gian ủ bệnh trên người từ 4–12 tuần tính từ khi bị phơi nhiễm với bệnh dại từ súc vật, có thể ngắn hơn(dưới 4 tuần) hoặc kéo dài trên 1–2 năm. Đối với những trường hợp có thời kỳ ủ bệnh dài, không rõ thời gian ủ bệnh và tiền sử phơi nhiễm, người bị bệnh dại ở thể liệt thì rất khó chẩn đoán trên lâm sàng, dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm sang một bệnh viêm não khác [14].

#### *\* Chẩn đoán lâm sàng*

Dựa vào những dấu hiệu lâm sàng đặc trưng và tiền sử phơi nhiễm. Thời kỳ ủ bệnh từ 1-3 tháng, có thể ngắn hoặc dài hơn. Thời kỳ tiền triệu từ 1-4 ngày, với các triệu chứng kín đáo và thất thường. Thời kỳ toàn phát với các triệu chứng viêm não, màng não: đau đầu nhiều, buồn nôn, tăng cảm giác (sợ nước, sợ gió, sợ ánh sáng, sợ tiếng động...), rối loạn thần kinh thực vật (sốt, tăng tiết đờm rãi...). Bệnh nhân thường tử vong trong vòng 2-7 ngày sau khi lên cơn dại [10], [74].

*\* Chẩn đoán xét nghiệm*

Các xét nghiệm thường quy không có giá trị chẩn đoán đặc hiệu bệnh dại (xét nghiệm máu thường bạch cầu tăng cao, tỷ lệ bạch cầu đa nhân tăng; có tăng protein niệu và có bạch cầu niệu; dịch não tủy biến đổi tương tự như một trường hợp viêm não, màng não; chẩn đoán hình ảnh bằng chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) hoặc cộng hưởng từ (MRI) cho các kết quả thay đổi không đặc hiệu[15].

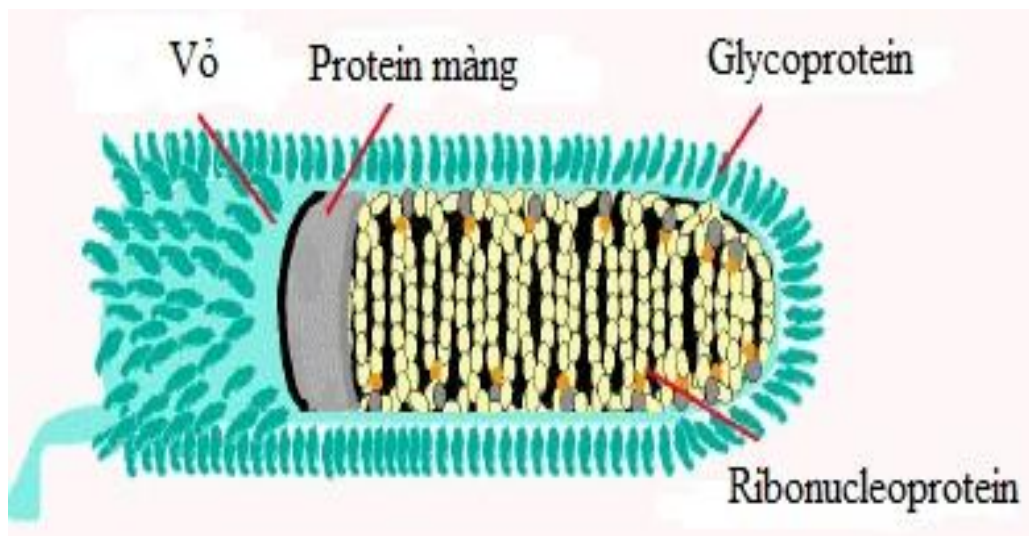
Xét nghiệm xác định chẩn đoán bằng phân lập vi rút vào tuần đầu của bệnh với bệnh phẩm là nước bọt, mô não, dịch não tủy và nước tiểu. Huyết thanh chẩn đoán sử dụng các kỹ thuật huỳnh quang miễn dịch hoặc miễn dịch gắn men. Hiện nay các phòng xét nghiệm tiên tiến áp dụng các kỹ thuật có độ nhạy và đặc hiệu cao như kỹ thuật kháng thể đơn dòng, kỹ thuật phản ứng khuếch đại gen (PCR).

Tuy nhiên do tính chất tối nguy hiểm của bệnh dại nên khi bị súc vật nghi dại cắn người bị phơi nhiễm phải được điều trị dự phòng khẩn cấp mà không chờ chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm [10], [95], [110].

### **1.1.3. Tác nhân gây bệnh**

Tác nhân gây bệnh dại cho cả người và động vật là vi rút dại, thuộc họ *Rhabdoviridae*, giống *Lyssavirus*. Ủy ban Quốc tế về Phân loại vi rút ghi nhận 12 loài *Lyssavirus*, chia thành hai nhóm lớn là Phylogroup 1 và Phylogroup 2[133].

#### **1.1.3.1. Đặc điểm và tính chất sinh học**



Hình 1.1. Sơ đồ mô phỏng cấu trúc của vi rút dại [2]



Vi rút dại có hình viên đạn một đầu tròn, đầu kia dẹt, có chiều dài trung bình 180 nm (dao động trong khoảng 130–250 nm), đường kính trung bình 75nm (dao động từ 60–110 nm). Sự dao động về độ dài của hạt vi rút phản ánh sự hiện diện các hạt vi rút trung gian có cấu trúc không hoàn chỉnh và có chiều dài ngắn hơn hạt vi rút hoàn chỉnh khoảng từ 20–50% [96].

### ***1.1.3.2. Kháng nguyên***

Tất cả các protein của vi rút dại đều có tính kháng nguyên nhưng chúng có vai trò khác nhau trong việc tạo ra kháng thể bảo vệ. Các nghiên cứu cho thấy Gprotein là kháng nguyên quan trọng nhất và cần thiết phải có mặt trong vắc xin. Khi bị nhiễm vi rút dại hoặc sử dụng vắc xin thì kháng nguyên sẽ kích thích cơ thể sản xuất cả kháng thể dịch thể và kháng thể tế bào [63], [91].

### ***1.1.3.3. Cơ chế nhân lên của vi rút dại***

Quá trình sao chép và nhân lên của vi rút dại gồm 03 giai đoạn: (1) Giai đoạn hấp phụ và xâm nhập; (2) Giai đoạn tổng hợp a xít nucleic và protein vi rút; (3) Giai đoạn hoàn chỉnh và giải phóng vi rút [115].

## **1.1.4. Nguồn truyền bệnh, phương thức lây truyền và khối cảm thụ**

### ***1.1.4.1. Nguồn truyền bệnh***

Ở các nước châu Âu và Bắc Mỹ nguồn bệnh dại truyền sang người chủ yếu từ động vật hoang dã, phổ biến nhất là cáo đỏ, gấu trúc và chồn (chiếm 88%), nguồn bệnh từ chó và dơi chỉ chiếm khoảng 6% [88], [108], [126]. Ở Nam Mỹ, Trung Mỹ, châu Mỹ La tinh nguồn truyền bệnh chủ yếu từ chó nhà (93-98%) còn mèo, chuột và các động vật sống gần người như trâu, bò, lợn, dê, cừu, ngựa có thể mắc bệnh nhưng ít lan truyền và chiếm tỷ lệ thấp, từ 2-7% [118].

Tại châu Phi nguồn truyền bệnh cho người chủ yếu là từ chó nuôi (93%-97%), một số ít từ các loài thú ăn thịt. Ở châu Á và các nước Đông Nam Á có nguồn truyền bệnh dại từ chó nhà chiếm từ 93-96%, còn lại là mèo, trâu, bò, khỉ, cây... [78], [133]. Tại Việt Nam, chó là ổ chứa vi rút chủ yếu chiếm 96-97% và mèo chiếm 3-4%, chưa phát hiện được các động vật khác nhiễm vi rút dại và bị bệnh dại [37], [56], [67].

#### **1.1.4.2. Phương thức lây truyền**

Vi rút dại được lây truyền từ động vật sang người chủ yếu là qua nước bọt của súc vật mắc bệnh theo vết cắn, vết cào, qua vết xước trên da hoặc niêm mạc bị tổn thương rồi từ đó theo dây thần kinh đến các hạch và thần kinh trung ương. Khi đến thần kinh trung ương vi rút sinh sản rất nhanh rồi lại theo dây thần kinh ra tuyến nước bọt và các mô khác trong cơ thể [12], [94].

Sự lây truyền bệnh dại từ người sang người có thể xảy ra nhưng trên thực tế rất hiếm. Cho đến nay chỉ có một trường hợp được công bố bệnh dại lây từ người sang người do cấy ghép giác mạc lấy từ người bị chết vì bệnh dại nhưng không được chẩn đoán trước đó [107], [121].

#### **1.1.4.3. Khởi cảm thụ**

Bệnh dại trước tiên là một bệnh của súc vật, con người chỉ mắc một cách ngẫu nhiên và hoàn toàn không có vai trò dịch tễ nào. Thời kỳ ủ bệnh dài hay ngắn tương ứng với sự di chuyển và sự nhân lên của vi rút, tùy thuộc vào vị trí vết thương gần hay xa thần kinh trung ương và cũng tùy theo sự phân bố nhiều hay ít dây thần kinh ở vùng bị cắn, ngoài ra còn phụ thuộc vào chiều rộng, chiều sâu và số lượng vết cắn của người bị phơi nhiễm.

Vi rút theo các dây thần kinh hướng tâm tới hệ thần kinh trung ương, sinh sản ở đó làm tổn thương các tế bào tuỷ sống và não. Tuy nhiên lúc đầu mô thần kinh chưa bị tổn thương đáng kể nên chưa xuất hiện biểu hiện của viêm não. Từ thần kinh trung ương, vi rút theo các dây thần kinh ly tâm tới tuyến nước bọt để được giải phóng ra ngoài. Do đó ở chó và mèo thường từ 3-7 ngày trước khi có triệu chứng lâm sàng đã có vi rút trong nước bọt. Vi rút có thể xuất hiện sớm nhất là 10 ngày trước khi con vật có các triệu chứng của bệnh dại. Thời kỳ toàn phát của bệnh dại cả ở người và động vật thường kéo dài từ 1-10 ngày và hậu quả chắc chắn là dẫn đến tử vong. Các phác đồ điều trị cho người lên cơn dại mới chỉ đạt được mục đích giảm nhẹ sự đau đớn của người bệnh trước khi chết [12], [97], [113].

### **1.1.5. Vắc xin phòng dại và huyết thanh kháng dại sử dụng ở người**

#### ***1.1.5.1. Vắc xin phòng bệnh dại***

Vắc xin phòng bệnh dại lần đầu tiên được Louis Pasteur và các cộng sự nghiên cứu sản xuất năm 1885, sau hơn 130 năm phát triển đến nay đã có rất nhiều thể hệ vắc xin phòng bệnh dại ra đời [10],[39], [76], [134].

*\* Các vắc xin sản xuất trên mô thần kinh*

Có hai loại vắc xin mô thần kinh bằng cách gây nhiễm vi rút dại chủng cố định đã được sử dụng rộng rãi ở các nước đang phát triển là vắc xin Fuenzalida và vắc xin Semple. Đến năm 2001, WHO đã kêu gọi các nước trên thế giới nên thay thế vắc xin mô thần kinh bằng vắc xin tế bào.

*\* Vắc xin sản xuất trên mô không phải thần kinh*

Vắc xin phôi vịt (1956) được sản xuất và sử dụng ở Mỹ cho đến khi có vắc xin tế bào. Vắc xin phôi gà tinh chế (1985) được sản xuất tại Đức, Thụy Sĩ và được sử dụng ở một số nước châu Âu.

*\* Các vắc xin sản xuất trên tế bào*

Có vắc xin nuôi cấy trên tế bào lưỡng bội người (1963); tế bào lưỡng bội bào thai khỉ; tế bào thận chuột đất vàng tiên phát; tế bào thận chó tiên phát và vắc xin trên tế bào phôi gà tiên phát (sản xuất và sử dụng tại Nhật Bản từ 1965)[31].

Vắc xin trên tế bào thường trực vero (verorab) là vắc xin có độ an toàn và sinh miễn dịch cao, được sản xuất tại Pháp từ 1984, tại Ấn Độ từ 1998 và đang được sử dụng rộng rãi ở hầu hết các nước trên thế giới[39].

#### ***1.1.5.2. Huyết thanh kháng dại***

Globulin miễn dịch hay huyết thanh kháng dại (HTKD) sử dụng chủ yếu cho người bị phơi nhiễm có vết thương mức độ 3. Tiêu chuẩn quốc tế (lần thứ hai) của globulin miễn dịch được tham chiếu theo tiêu chuẩn sinh học tại Viện Quốc gia về Tiêu chuẩn sinh học và kiểm soát, Hertfordshire, Vương quốc Anh[10], [112].

#### ***1.1.5.3. Điều trị dự phòng bằng vắc xin và huyết thanh kháng dại***

Tiêm phòng VXPĐ hoặc VXPĐ và HTKD sau khi phơi nhiễm vừa là biện pháp dự phòng vừa là biện pháp điều trị duy nhất để có thể cứu sống người bệnh khi bị súc vật nhiễm dại cắn. Việc tiêm VXPĐ, HTKD cần được tham khảo ý kiến các thầy thuốc ở các điểm tiêm vắc xin.

Bảng 1.1. Tóm tắt chỉ định điều trị dự phòng sau phơi nhiễm ở người [10]

Phân độ vết thương	Tình trạng vết thương	Tình trạng động vật (Kể cả động vật đã được tiêm phòng dại)		Điều trị dự phòng
		Tại thời điểm cắn người	Trong vòng 10 ngày sau cắn	
<b>Độ I</b>	Sờ, cho động vật ăn, liếm trên da lành			Không điều trị
<b>Độ II</b>	Vết xước, vết cào, liếm trên da bị tổn thương, niêm mạc	Bình thường	Bình thường	Tiêm vắc xin dại ngay, dùng tiêm sau ngày thứ 10
			Ôm, có xuất hiện triệu chứng dại, mất tích	Tiêm vắc xin dại ngay và đủ liều
		Có triệu chứng dại, hoặc không theo dõi được con vật		Tiêm vắc xin dại ngay và đủ liều
<b>Độ III</b>	Vết cắn/cào chảy máu ở vùng xa thần kinh trung ương	Bình thường	Bình thường	Tiêm vắc xin dại ngay, dùng tiêm sau ngày thứ 10
			Ôm, có xuất hiện triệu chứng dại, mất tích	Tiêm vắc xin dại ngay và đủ liều
			Có triệu chứng dại, hoặc không theo dõi được con vật	Tiêm huyết thanh kháng dại và vắc xin dại ngay
	- Vết cắn/cào sâu, nhiều vết - Vết cắn/cào gần thần kinh trung ương như đầu, mặt, cổ - Vết cắn/cào ở vùng có nhiều dây thần kinh như đầu chi, bộ phận sinh dục	- Bình thường - Có triệu chứng dại - Không theo dõi được con vật		Tiêm huyết thanh kháng dại và vắc xin phòng dại ngay.

Xử trí vết thương do súc vật cắn sớm và đúng cách là cần thiết. Rửa ngay vết thương bằng xà phòng đặc với nhiều nước, sau đó rửa bằng nước muối loãng, bôi các chất sát khuẩn nhằm làm giảm tới mức tối thiểu lượng vi rút tại nơi xâm nhập. Nếu cần thiết phải cắt lọc vết thương, tiêm phòng uốn ván và dùng kháng sinh nếu có nguy cơ nhiễm trùng. Đánh giá, xử lý vết thương và xem xét yếu tố dịch tễ một cách cụ thể cho những người bị phơi nhiễm để có quyết định điều trị dự phòng bằng VXPĐ và HTKD kịp thời là vô cùng quan trọng [25], [62].

## **1.1.6. Gánh nặng bệnh dại và cơ sở xây dựng mục tiêu xóa bỏ bệnh dại**

### ***1.1.6.1. Tóm tắt gánh nặng của bệnh dại trên toàn cầu***

Số người chết do bệnh dại trên toàn cầu được ước tính trong năm 2010 là từ 26.400 (95% CI, 15.200-45.200) đến 61.000 (95% CI, 37.000-86.000). Phần lớn các trường hợp tử vong xảy ra tại các khu vực nông thôn (84%). Con số ước tính lên đến khoảng 1,9 triệu năm sống hiệu chỉnh theo mức độ tàn tật (DALYs), trong đó khoảng 12.600 DALYs trực tiếp do bệnh tật và tác dụng phụ của vắc xin[93].

Chi phí ước tính hàng năm của bệnh dại trên toàn cầu khoảng 6 tỷ đô la Mỹ với gần 2 tỷ đô la do năng suất lao động bị mất sau khi tử vong sớm và 1,6 tỷ đô la dành trực tiếp cho điều trị dự phòng sau phơi nhiễm (PEP). Chi phí điều trị dự phòng là gánh nặng lớn cho nền kinh tế và ảnh hưởng trực tiếp đến các gia đình nghèo. Tồn thương về tinh thần khó tính toán bằng tiền, nhưng ước tính chiếm khoảng 32.000 DALYs ở châu Phi và 140.000 DALYs ở châu Á. Chi phí liên quan đến dự phòng sau phơi nhiễm ở châu Á là cao nhất, ước tính ở mức 1,5 tỉ đô la. Ví dụ điển hình là Sri Lanka và Thái Lan với chi phí trực tiếp cho điều trị dự phòng sau phơi nhiễm đều vượt quá 10 triệu đô la hàng năm [47],[103],[111], [132].

Kể từ khi bệnh dại ở loài cáo được loại trừ ở Tây Âu, chi phí cho việc sử dụng vắc xin đường miệng đã giảm đáng kể. Tuy nhiên một số quốc gia khác ở châu Âu chưa loại trừ được bệnh dại ở động vật hoang dã như Italy, Hy Lạp...đang phải gánh chịu chi phí cao cho mục tiêu này. Theo Ngân hàng châu Âu chi phí của việc thiết lập một hàng rào an ninh dọc theo toàn tuyến biên giới phía Đông của Liên minh châu Âu để ngăn chặn sự xâm nhập của bệnh dại ước tính sẽ vượt 6,5 triệu đô la mỗi năm. Theo Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (CDC) Mỹ, ước tính có khoảng 300 triệu đô la được chi tiêu mỗi năm cho các hoạt động phòng, chống bệnh dại tại Mỹ [81], [83], [122].

Chi phí hàng năm từ thiệt hại kinh tế ở vật nuôi do bệnh dại khoảng 12,3 triệu đô la và gây ảnh hưởng trực tiếp đến những người nghèo sống phụ thuộc vào ngành chăn nuôi ở một số khu vực [132].

### ***1.1.6.2. Cơ sở để xóa bỏ bệnh dại***

Tổ chức Nông lương Liên hợp quốc (FAO), Tổ chức Thú y Thế giới (OIE), Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Liên minh toàn cầu kiểm soát bệnh dại (GARC) đã đưa ra 4 cơ sở để thuyết phục các quốc gia xây dựng và triển khai chiến lược xóa bỏ bệnh dại, với mục tiêu loại trừ bệnh dại trên phạm vi toàn cầu[77],[135].

\* *Cơ sở thứ nhất:* Bệnh dại là một vấn đề y tế công cộng và là gánh nặng không cân xứng tại các cộng đồng nông thôn nghèo. Chi phí toàn cầu cho điều trị dự phòng sau phơi nhiễm (PEP) ở người là rất cao, khoảng 1,7 tỷ đô la vào chi phí trực tiếp và hơn 1,4 tỷ đô la cho các chi phí gián tiếp hàng năm. Sử dụng PEP ở châu Á là cao nhất, với khoảng 27 triệu người tiêm vắc xin mỗi năm, tương đương với 1,3 tỷ đô la.

\* *Cơ sở thứ hai:* Bệnh dại hoàn toàn có thể ngăn ngừa, nhưng vẫn đang tiếp tục giết chết nhiều người. Bệnh dại có thể ngăn ngừa tận gốc bằng cách tiêm phòng chó thông qua các chiến dịch tiêm chủng rộng rãi, đồng thời người bị phơi nhiễm được tiếp cận để điều trị kịp thời. Mức độ giảm số người tử vong phản ánh tương đối chính xác sự giảm các trường hợp chó bị dại, và đã được chứng minh tại các nước châu Mỹ La tinh, châu Phi và châu Á trong các dự án loại trừ bệnh dại. Không có động vật bị bệnh dại thì không có người mắc và tử vong do bệnh dại.

\* *Cơ sở thứ ba:* Có thể loại bỏ được bệnh dại ở người bằng tiêm phòng chó. Bằng chứng từ mô hình nghiên cứu và dữ liệu thực nghiệm cho thấy, nếu tiêm phòng cho 70% tổng đàn chó trở lên là điều kiện đủ để loại trừ bệnh dại trên đàn chó. Tiêm chủng toàn diện trên khu vực rộng lớn sẽ mang lại hiệu quả cao nhất.

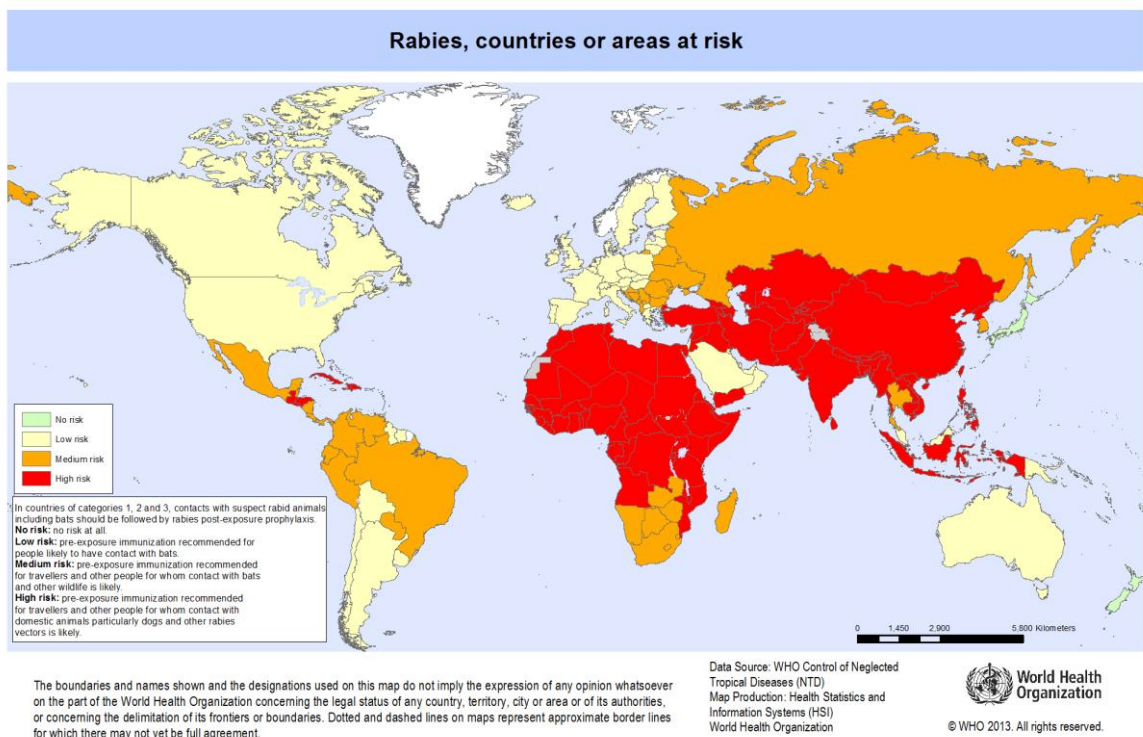
\* *Cơ sở thứ tư:* Kết quả thành công từ các chương trình thực hiện ở Nam Phi, Tanzania, Philippine và Bangladesh cung cấp bằng chứng rằng bệnh dại thực sự có thể kiểm soát được. Loại trừ bệnh dại trên phạm vi toàn cầu là hoàn toàn khả thi với chiến lược can thiệp Một sức khỏe thông qua tiêm phòng đại trà cho chó, tích hợp trách nhiệm giữa thú y và y tế, sự tham gia của cộng đồng và các nhà lãnh đạo địa phương cũng như phải có nguồn tài trợ cho các chương trình kiểm soát bệnh dại.

## 1.2. THỰC TRẠNG BỆNH ĐẠI Ở NGƯỜI VÀ CÁC HOẠT ĐỘNG PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI

### 1.2.1. Thực trạng bệnh đại ở người

#### 1.2.1.1. Thực trạng bệnh đại ở người trên thế giới

Theo báo cáo của WHO bệnh đại phổ biến trên toàn thế giới từ châu Âu, châu Á đến châu Phi và châu Mỹ. Có hơn 150 nước lưu hành bệnh đại trên động vật, với khoảng 3,3 tỷ người sống trong vùng nguy cơ. Chó là nguồn gây bệnh đại chủ yếu cho con người, chiếm tỷ lệ 93-98%. Bệnh đại cũng là một trong mười bệnh truyền nhiễm có số người tử vong cao nhất trên thế giới. Mỗi năm có khoảng 55.000 đến 70.000 người bị chết do bệnh đại và hơn 90% các trường hợp này được báo cáo từ những nước thuộc châu Á và châu Phi, nơi có tới 3/4 dân số thế giới đang sinh sống [109], [130].



Hình 1.2. Phân bố toàn cầu các khu vực có nguy cơ với bệnh đại, 2013[130]

Diễn biến bệnh đại ở từng châu lục, khu vực, quốc gia là khác nhau, phụ thuộc vào nguồn truyền nhiễm và năng lực của hệ thống kiểm soát bệnh đại.

*\* Tại các nước không có bệnh dại trên động vật máu nóng*

Bệnh dại ở trên chó đã được loại trừ ở các nước Tây Âu, Canada, Mỹ, Nhật Bản, Malaysia và một số nước Mỹ La tinh. Úc cũng là quốc gia không có bệnh dại trên động vật ăn thịt. Nhiều quốc đảo ở khu vực Thái Bình Dương đến nay không còn bệnh dại và các vi rút liên quan. Tại châu Âu trước kia bệnh dại chủ yếu xảy ra ở Tây Đức, Áo, Thụy Sĩ, Pháp, Thổ Nhĩ Kỳ, Ba Lan, Tiệp Khắc, Hungary do bệnh dại lưu hành rộng rãi ở loài cáo truyền sang người.

Số trường hợp mắc dại trên người ở Tây Âu đã giảm rất mạnh từ năm 1992. Tại các nước trong khu vực này, khi có người tử vong do bệnh dại, chính quyền sẽ hạn chế khách du lịch đến từ những nơi có bệnh dại trên động vật. Tuy nhiên vẫn có những trường hợp tử vong xâm nhập vào Tây Âu đến từ Đông Nam Á, châu Phi, châu Mỹ La tinh và vùng Caribe hoặc hiếm hơn là từ Đông Âu và Trung Á[47], [81],[88], [108].

Ở Mỹ và Canada đến nay không còn người nhiễm bệnh dại từ chó.

*\* Tại các nước có bệnh dại trên động vật máu nóng*

- Châu Mỹ và vùng Caribe:

Chương trình kiểm soát bệnh dại trên chó trong suốt hai thập kỷ (1990-2010) đã có những thành công đáng kể trong khu vực châu Mỹ và vùng Caribe. Bệnh dại ở người do lây truyền từ chó giảm từ khoảng 250 ca (năm 1990) xuống còn khoảng 10 ca trong năm 2010, đồng thời với sự giảm nhanh bệnh dại trên chó. Tuy nhiên những ổ dịch chó dại vẫn tiếp tục lưu hành, đặc biệt là ở bang Plurinational của Bolivia, Cuba, Cộng hòa Dominica, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, một số vùng của Brazil, Mexico và Peru. Ước tính ban đầu số lượng các trường hợp tử vong do bệnh dại ở người bị truyền từ chó ở châu Mỹ khoảng 200 trường hợp mỗi năm, mà hầu hết xảy ra ở Haiti[135].

Mặc dù đã có tiến bộ trong giảm dần vắc xin mô thần kinh ở châu Mỹ, việc sử dụng chúng vẫn còn phổ biến ở Argentina, Bolivia, Honduras, Peru, Venezuela và tác dụng phụ của vắc xin vẫn còn là một vấn đề. Gánh nặng hàng năm của bệnh dại ở khu vực này ước tính là 15.000 DALYs và khoảng 100 DALYs trong số đó có



thể là do tác dụng phụ của vắc xin mô thần kinh. Tổ chức Pan American (PAHO) đã đặt mục tiêu loại trừ bệnh dại từ chó ở các nước châu Mỹ vào năm 2015. Để đạt được mục tiêu này tổng lượng ngân sách phải chi phí ước tính cần hơn 20 triệu đô lamỗi năm. Tuy nhiên cho đến nay khu vực này vẫn đang thiếu hụt khoảng 4 triệu đô lamỗi năm so với nhu cầu. Khoảng 75% lượng ngân sách này là dành để tiêm VXPĐ cho đàn chó, và khoảng 5-10% có liên quan đến chi phí điều trị dự phòng sau phơi nhiễm ở người[128], [135].

- Tại châu Á:

Người bị tử vong do bệnh dại xảy ra ở châu Á nhiều hơn bất cứ nơi nào khác trên thế giới, với ước tính về số tử vong do bệnh dại truyền từ chó vượt quá 30.000 người mỗi năm (95% CI, 8.100-61.400). Kể từ năm 2003 tình hình dịch tễ bệnh dại ở nhiều nơi trong khu vực châu Á đã thay đổi thông quan nhiều hoạt động, đặc biệt là phát triển hệ thống điều trị dự phòng sau phơi nhiễm. Vắc xin mô thần kinh gần như đã được loại bỏ hoàn toàn trong khu vực, chỉ còn Mông Cổ, Myanmar và Pakistan vẫn sử dụng các loại vắc xin này. Bangladesh đã loại bỏ vắc xin mô thần kinh vào cuối năm 2011, Myanmar và Pakistan cũng đã có kế hoạch để loại bỏ hoàn toàn vắc xin mô thần kinh vào năm 2015[47],[134],[135].

Ấn Độ được báo cáo là nước có tỷ lệ mắc bệnh dại cao nhất trên toàn cầu. Một nghiên cứu đa trung tâm trong năm 2003 cho thấy có 20.565 trường hợp tử vong xảy ra hàng năm. Một nghiên cứu khác dựa vào khám nghiệm tử thi năm 2005 đưa ra con số thực tế vào khoảng 12.700 ca chết do bệnh dại, chưa tính các trường hợp không điển hình. Sự sẵn có của dịch vụ điều trị dự phòng sau phơi nhiễm được cải thiện đã làm giảm số người chết trong nhiều khu vực của Ấn Độ, nhưng không phải là các cộng đồng nông thôn được hưởng lợi. Hơn thế nữa hầu hết các trường hợp tử vong xảy ra ở những người không tìm kiếm sự chăm sóc y tế. Con số báo cáo người chết do bệnh dại ở Ấn Độ do đó vẫn chưa phải là chắc chắn[103], [124].

Các số liệu báo cáo về bệnh dại ở Trung Quốc cũng không chắc chắn. Năm 2007 có hơn 3.300 người tử vong do bệnh dại (được chẩn đoán lâm sàng) đã được ghi nhận chính thức. Tỷ lệ tử vong ở người đã giảm đáng kể từ 2008 trở lại đây nhờ những nỗ lực tiêm phòng chó và điều trị dự phòng cho người bị phơi nhiễm, nhất là ở các vùng nông thôn của Trung Quốc[135], [136].

- Tại châu Phi:

Số người chết vì bệnh dại do chó truyền bệnh ở châu Phi được ước tính trong năm 2003 là khoảng 23.700 (95% CI, 36.900-45.900). Con số tử vong do bệnh dại ở châu Phi luôn là không chắc chắn vì thiếu những báo cáo và dữ liệu đáng tin cậy. Có rất ít chương trình tiêm chủng vắc xin cho chó quy mô lớn được triển khai trong khu vực này.

Những khảo sát gần đây cũng đã chỉ ra sự hạn chế về tính sẵn có của điều trị dự phòng sau phơi nhiễm ở khu vực tiểu vùng Sahara. Một số nghiên cứu cho thấy có thể đã đánh giá thấp tỷ lệ mắc bệnh dại ở người ít hơn nhiều lần trên thực tế vì hầu hết các trường hợp tử vong xảy ra trong cộng đồng chứ không phải ở trong bệnh viện, và những người tử vong tại các bệnh viện cũng thường xuyên được chẩn đoán nhầm là viêm não [79], [103], [129].

Việc sử dụng vắc xin mô thần kinh vẫn phổ biến ở Ethiopia và Algeria. Ở một số nước khu vực Bắc Phi và Tây Bắc Phi đến nay vẫn chưa thể có số liệu báo cáo về bệnh dại vì không có hệ thống giám sát đáng tin cậy [89], [134].

- Vùng Trung Đông:

Có rất ít thông tin về bệnh dại ở khu vực Trung Đông và Trung Á. Trên cơ sở các dữ liệu đã có, WHO ước tính có 350 trường hợp tử vong (95% CI, 270-450) với 13.100 DALYs (95% CI, 11.100-15.900) tại Trung Đông và có khoảng 1.900 trường hợp tử vong (95% CI, 1600-2350) và 55.200 DALYs (95% CI, 47.500-66.600) ở khu vực Trung Á mỗi năm [92].

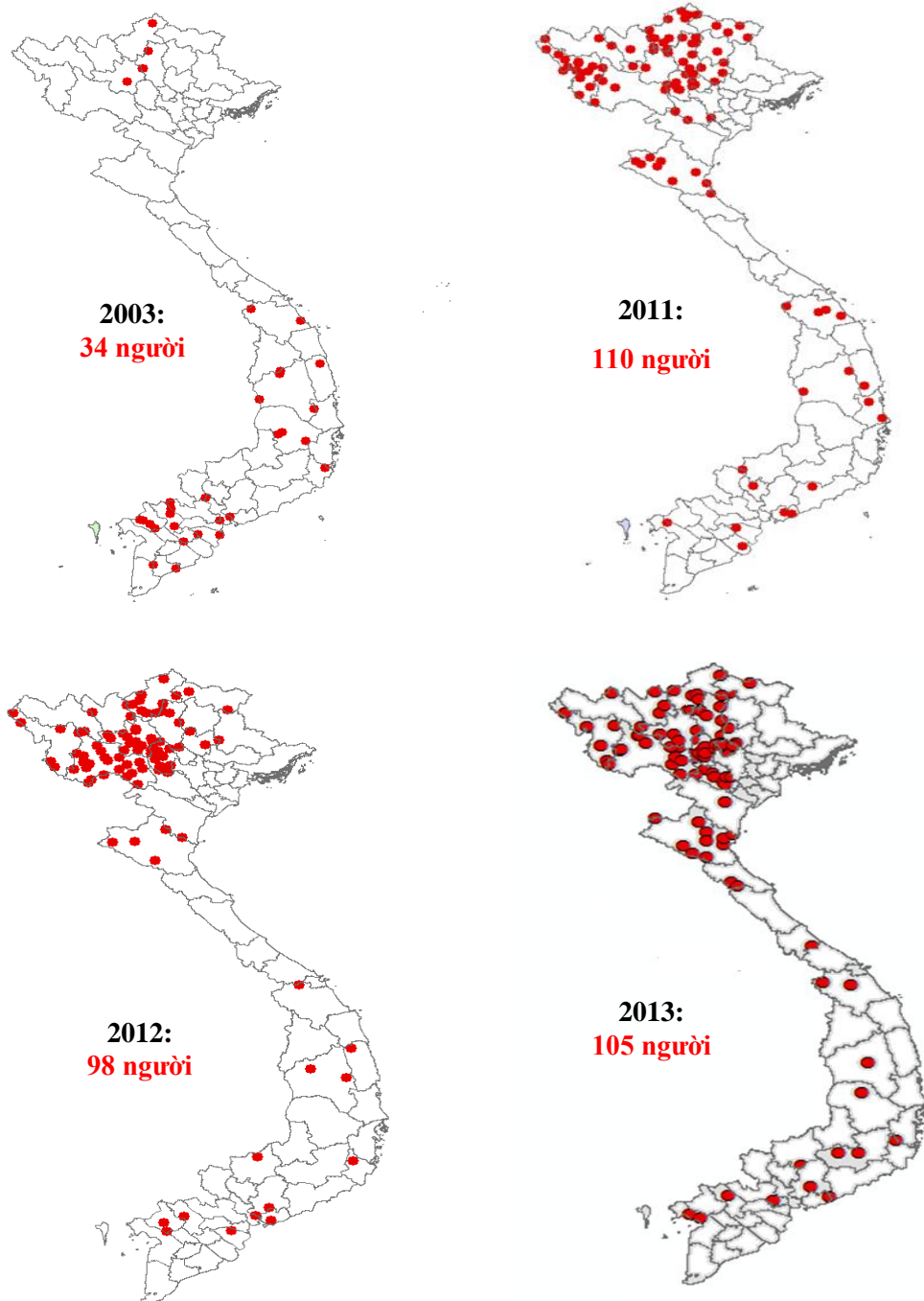
*\* Tại các nước có bệnh dại trên dơi*

Ở châu Mỹ Latinh và vùng Caribe số liệu các trường hợp người và động vật bị mắc bệnh dại từ dơi được nghiên cứu và báo cáo khá đầy đủ. Chỉ riêng trong năm 1985 ước tính số chết do bệnh dại ở gia súc là 100.000 con mỗi năm, với thiệt hại ước tính là 30 triệu đô la cho ngành chăn nuôi ở khu vực này.

Các bằng chứng cũng cho thấy tỷ lệ mắc bệnh dại ở dơi đã tăng lên chính là nguyên nhân dẫn đến gia tăng các trường hợp mắc bệnh dại ở người từ dơi và đồng thời tăng mức thiệt hại cho ngành chăn nuôi gia súc [135].

### 1.2.1.2. Thực trạng bệnh dại ở người tại Việt Nam

Cũng giống như các nước trong khu vực Đông Nam Á và châu Á thì động vật truyền bệnh dại ở nước ta chủ yếu là chó, chưa phát hiện các loài động vật hoang dã có bệnh dại lưu hành hoặc có mang vi rút dại ở Việt Nam [12], [45].



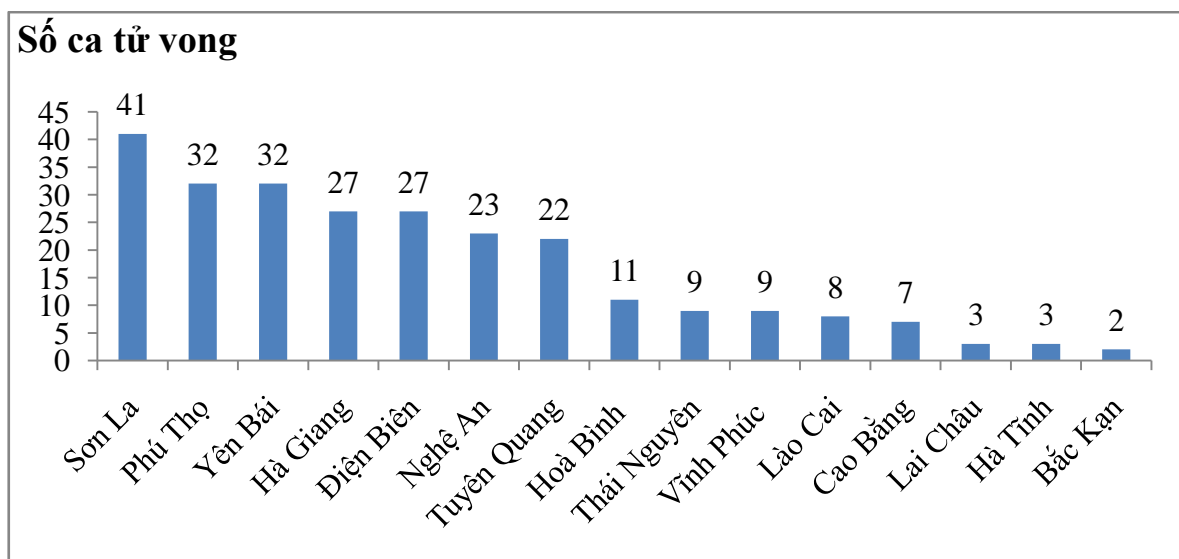
Hình 1.3. Bản đồ tử vong do bệnh dại ở người tại Việt Nam, 2003–2013[45].

*\* Tình hình tử vong do bệnh dại ở người*

Bệnh dại truyền từ chó sang người lưu hành ở hầu hết các tỉnh, thành phố của Việt Nam. Trong 5 năm (1984-1988) ở Việt Nam có 1.234 người tử vong do bệnh dại, tập trung tại các tỉnh Hà Bắc, Hà Tuyên, Bắc Thái, Vĩnh Phú, Hà Nội...

Từ 1988-1991 tổng số ca tử vong ở người trên toàn quốc là 1.748 (tỷ lệ tử vong trung bình là 1,0/100.000 dân). Trong 6 năm (1989-1994) tại 23 tỉnh/thành phố ghi nhận 1.218 ca tử vong. Nghiên cứu trong giai đoạn 1992-1999 cho thấy tỷ lệ tử vong chung là 0,3/100.000 dân, nhưng không đồng đều giữa các vùng (ở miền Bắc là 0,6/100.000 dân, miền Nam là 0,11/100.000 dân, miền Trung là 0,15/100.000 dân, khu vực Tây Nguyên là 0,18/100.000 dân). Trong 6 năm (1996-2000) miền Bắc cũng dẫn đầu về tử vong với tỷ lệ trung bình 0,12/100.000 dân, miền Nam là 0,053/100.000 dân, miền Trung là 0,093/100.000 dân [35], [71].

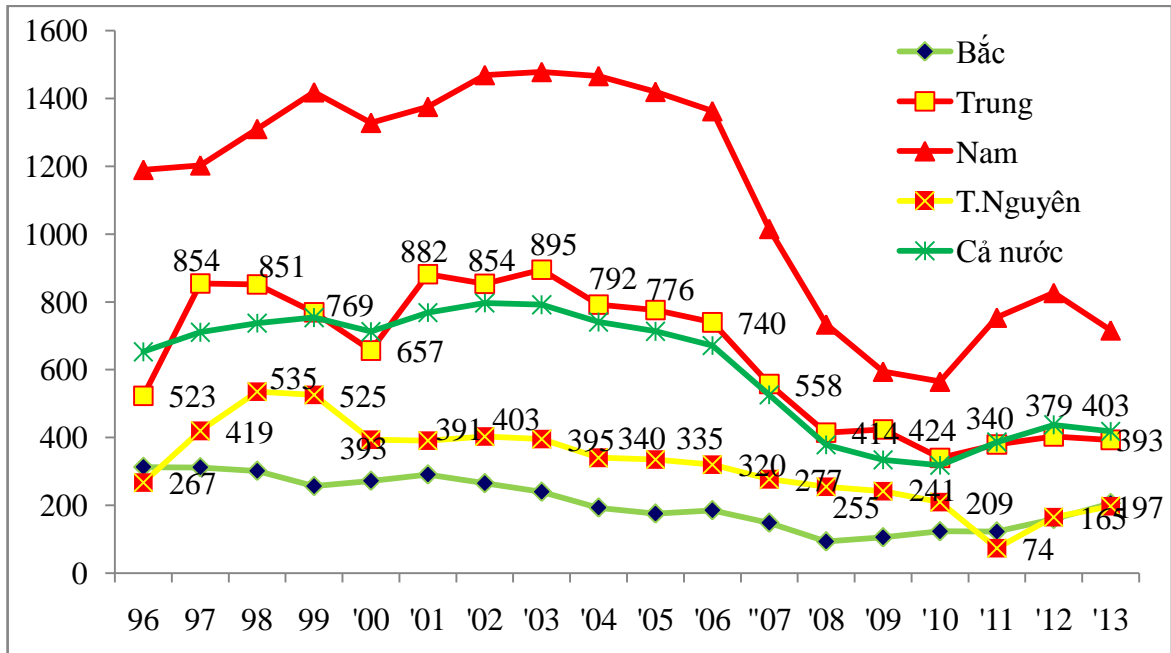
Từ năm 1996 trở lại đây các biện pháp phòng, chống bệnh dại đã được tăng cường nên số ca tử vong đã giảm mạnh (giảm khoảng 75% so với trước 1995). Nguyên nhân chủ yếu gây tử vong ở người là không tiêm phòng, tiêm muộn hoặc tiêm không đủ mũi. Có nhiều lí do dẫn đến không đi tiêm VXPĐ sau khi bị súc vật cắn (không có tiền, đi chữa thầy lang, nhà xa điểm tiêm, do chủ quan...). Có 23,3% số trẻ em còn nhỏ khi bị phơi nhiễm không dám nói với bố mẹ nên không đi tiêm phòng dẫn đến tử vong[34], [45].



Hình 1.4. Các tỉnh có số người tử vong cao nhất do bệnh dại, 2011 – 2013[34]

*\* Thực trạng tiêm vắc xin phòng dại ở người*

Kết quả nghiên cứu về tình hình tiêm VXPĐ ở người trong 5 năm (1984-1988) ở Việt Nam có 2.402.052 người được tiêm VXPĐ. Trong giai đoạn tiếp theo từ 1988-1991, Việt Nam có 2.095.393 người bị chó mèo cắn phải đi tiêm phòng dại, tỷ lệ trung bình là 690/100.000 dân.



Hình 1.5. Số người đi tiêm vắc xin phòng dại theo khu vực, 1996-2013[34]

Nghiên cứu về tình hình bệnh dại ở Việt Nam giai đoạn 1992-1999 cho thấy tỷ lệ người bị súc vật cắn phải đi tiêm phòng dại tăng nhanh từ 300/100.000 dân năm 1992 đã tăng lên đến 700/100.000 dân năm 1999. Trong 10 năm (1996-2005) cả nước ghi nhận có 5.776.370 người bị súc vật cắn đã được tiêm phòng dại tại các điểm tiêm phòng trên toàn quốc. Tỷ lệ tiêm VXPĐ tính trên 100.000 dân thấp nhất là năm 1996 (652,5), cao nhất là năm 2002 (796,1), trung bình trong 6 năm là 672/100.000 dân. Tỷ lệ người tiêm phòng cũng phân bố tương đối đều qua các tháng, tuy nhiên từ tháng 3 đến tháng 8 có tỷ lệ cao hơn các tháng khác.

Tỷ lệ tiêm VXPĐ trên cả nước trung bình giai đoạn 1996 – 2013 ở nam giới chiếm 54% cao hơn ở nữ và phân bố ở các vùng thì tỷ lệ nam giới tiêm phòng VXPĐ cũng đều cao hơn ở nữ. Tỷ lệ trẻ em <15 tuổi bị súc vật cắn phải đi tiêm phòng VXPĐ chiếm tỷ lệ tới 40% trong cơ cấu các nhóm tuổi[34], [45].

Theo nguồn số liệu từ dự án phòng, chống bệnh dại (Bộ Y tế) cho thấy 90% số người bị phơi nhiễm đến tiêm VXPĐ sớm trong 3 ngày đầu, vẫn còn 10% đến sau 3 ngày tính từ khi bị cắn. Những người đi tiêm phòng chủ yếu là do bị chó cắn (93%) ngoài ra còn có một số các loại động vật gần người khác như mèo, chuột, khỉ... Khoảng 60% số người đến tiêm VXPĐ khi con vật cắn trông như bình thường và chỉ có 6% con vật cắn trong lúc đang lên cơn dại [34].

### **1.2.1.3. Thực trạng bệnh dại ở người tại tỉnh Sơn La, 2011-2013**

*\* Tử vong do bệnh dại ở người tại tỉnh Sơn La, 2011-2013:*

- Giai đoạn trước 2011:

Năm 2000 tỉnh Sơn La có 01 trường hợp tử vong do bệnh dại tại huyện Mộc Châu được báo cáo, và kể từ năm 2001 đến 2010 (trong 10 năm) toàn tỉnh Sơn La không ghi nhận trường hợp nào mắc bệnh dại ở người.

- Giai đoạn 2011-2013:

Năm 2011 có 5 người mắc và tử vong do bệnh dại, rải rác tại 4 huyện (Quỳnh Nhai 02 ca; Mường La 01 ca; Sông Mã 1 ca; Thuận Châu 1 ca). Năm 2012 có 23 người mắc và tử vong do bệnh dại tại 9/11 huyện, thành phố (thêm 5 huyện mới có người tử vong là Mộc Châu, Yên Châu, Mai Sơn, Sốp Cộp và thành phố Sơn La). Năm 2013 có 13 trường hợp tử vong do dại tại 7 huyện (Sông Mã 01 ca, Sốp Cộp 01 ca, Mai Sơn 01 ca, Yên châu 03, Phù Yên 03, Mộc Châu 03 ca, thành phố 01 ca).

Tổng cộng trong 3 năm (2011 – 2013) tỉnh Sơn La ghi nhận 41 người tử vong do bệnh dại rải rác ở 10/11 huyện/thành phố, chủ yếu là nhóm tuổi lao động từ 15–59 và nhóm trẻ em dưới 15 tuổi. Tất cả các trường hợp tử vong đều do chó truyền bệnh, chó chưa được tiêm phòng hoặc không rõ tiền sử tiêm phòng [27].

*\* Tình hình tiêm vắc xin phòng dại ở người tại tỉnh Sơn La, 2011-2013:*

Giai đoạn trước 2011 trên địa bàn tỉnh không xuất hiện trường hợp mắc bệnh dại ở người nên số người bị chó cắn đi tiêm vắc xin thấp, nhiều huyện không có điểm tiêm VXPĐ tại Trung tâm Y tế huyện.

Năm 2010 có 245 người đến tiêm VXPĐ sau phơi nhiễm tại 4 điểm tiêm ở Trung tâm YTDP tỉnh, Trung tâm Y tế thành phố Sơn La, Trung tâm Y tế huyện

Mai Sơn và Trung tâm Y tế huyện Mộc Châu (8/11 huyện còn lại không có điểm tiêm VXPĐ).

Năm 2011 có 1.293 người đến tiêm VXPĐ sau phơi nhiễm, tăng 427,7% so với năm 2010. Toàn tỉnh có 8 điểm tiêm (4/11 huyện không có điểm tiêm VXPĐ là Yên Châu, Bắc Yên, Sốp Cộp, Mường La).

Năm 2012 có 7.133 người đến tiêm, tăng 451,66% so với năm 2011. Toàn tỉnh có 10 điểm tiêm chủng VXPĐ, còn 2/11 huyện, thành phố chưa có điểm tiêm VXPĐ là huyện Yên Châu và huyện Bắc Yên.

Năm 2013 có 5.574 người đến tiêm VXPĐ sau phơi nhiễm. Có 12 điểm tiêm chủng VXPĐ, còn duy nhất huyện Yên Châu chưa có điểm tiêm VXPĐ trong 11 huyện, thành phố của tỉnh. Riêng địa bàn thành phố Sơn La có 3 điểm tiêm.

Mặc dù số lượng người đến tiêm VXPĐ sau phơi nhiễm tăng cao sau 2011 nhưng tỷ lệ tiêm VXPĐ sau phơi nhiễm trên 100.000 dân của tỉnh Sơn La vẫn thấp hơn con số trung bình của cả nước trong cùng giai đoạn 2011 –2013[27],[45].

## **1.2.2. Thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh dại**

### ***1.2.2.1. Hoạt động phòng, chống bệnh dại trên thế giới***

Bệnh dại ở người là rủi ro từ động vật truyền vi rút dại qua vết cắn, vết cào xước hoặc do tiếp xúc khi có các tổn thương trên da, niêm mạc. Như vậy nguồn truyền bệnh (từ các loài động vật có vú mắc bệnh mang vi rút dại) là yếu tố quyết định gây nên bệnh dại ở người. Các hoạt động nhằm kiểm soát bệnh dại do đó cũng khác nhau theo từng quốc gia, khu vực và phụ thuộc rất nhiều vào chiến lược đầu tư cũng như trình độ phát triển của các nền kinh tế[102], [135].

*\* Đối với các nước và khu vực đã loại trừ bệnh dại ở chó*

Trên thế giới có những vùng đất được gọi là “vùng biệt lập” như Vương quốc Anh, châu Úc, một số quốc đảo trên Thái Bình Dương, Nhật Bản, Singapore, Malaysia hầu như không có bệnh dại cả trên người và động vật, trừ một số nơi có các ổ chứa vi rút dại ở một số loài động vật hoang dã và một số loài dơi. Đồng thời những quốc gia này cũng kiểm soát rất tốt việc nhập khẩu chó và kiểm dịch nghiêm ngặt để ngăn chặn sự xâm nhập của bệnh dại. Việc thực hiện chương trình tiêm phòng dại trà cho chó và các biện pháp nghiêm ngặt khác dẫn đến kết quả loại trừ thành công

bệnh dại do chó nhà làm trung gian truyền bệnh ở châu Âu từ những năm 1940. Tại các nước Tây Âu, Bắc Mỹ, Nhật Bản, Úc, Singapore đã áp dụng những qui định chặt chẽ về kiểm dịch động vật, kể cả hạn chế khách du lịch nếu có trường hợp tử vong do dại. Chính phủ các nước đã đầu tư nguồn kinh phí cho các chương trình vắc xin đường miệng đối với động vật hoang dã và duy trì việc tiêm phòng cho chó nhà nhằm loại bỏ bệnh dại trên cả động vật hoang dã và chó nuôi[73], [88], [90].

Trên thực tế nguồn truyền bệnh từ động vật hoang dã và dơi chỉ chiếm tỷ lệ thấp hơn rất nhiều so với truyền bệnh từ chó, nhưng tỷ lệ này lại khác nhau ở từng khu vực. Theo báo cáo của WHO nguồn truyền bệnh dại ở các nước châu Âu, Bắc Mỹ chủ yếu là động vật hoang dã (phổ biến nhất là cáo đỏ, gấu trúc, chồn) chiếm tỷ lệ đến 88%, các nguồn truyền bệnh khác (chó và một số loài dơi) có tỷ lệ thấp hơn, chỉ khoảng 12%. Mặc dù vẫn tồn tại các ổ chứa vi rút dại ở các loài động vật hoang dã (gấu đỏ, cáo, chó sói và một số loài dơi truyền bệnh dại cho người) nhưng nhờ có đầu tư tài chính và chiến lược vắc xin đường miệng mà các nước trong khu vực Tây Âu, Mỹ, Canada đã kiểm soát thành công được bệnh dại và giảm thiểu số người tử vong do căn bệnh này[80],[82], [114],[135].

*\* Đối với các nước và khu vực chưa kiểm soát được bệnh dại ở chó*

Vẫn có tới 3/4 dân số trên toàn cầu đang sống trong vùng nguy cơ cao của bệnh dại, chủ yếu là các nước nhiệt đới ở châu Phi, châu Á, châu Mỹ La tinh và hầu hết thuộc nhóm các nước đang phát triển. Nguồn truyền bệnh dại cho người tại các nước này chủ yếu là chó nhà, chiếm tới 93-98%. Các động vật có vú sống gần người như mèo, dê, cừu, trâu, bò, ngựa... cũng có thể mắc bệnh nhưng cũng chỉ là các ổ chứa tạm thời và lây truyền ở mức độ thấp. Trong nhiều thập kỷ hầu hết các nước đang phát triển thuộc châu Phi, châu Á, châu Mỹ La tinh chưa có được sự đầu tư thích đáng, không triển khai được chương trình tiêm phòng vắc xin đại trà cho chó nên không kiểm soát sự lây lan của bệnh dại trên động vật[135].

Bệnh dại chưa được kiểm soát một cách toàn diện mà chính yếu là chưa kiểm soát được nguồn truyền bệnh cho người từ đàn chó. Ở đây có cả yếu tố tập quán chăn nuôi, hệ thống luật pháp và sự đầu tư của các chính phủ. Trong khoảng 15 năm trở lại đây nhiều quốc gia ở châu Mỹ La tinh, châu Á, châu Phi đã có sự thay đổi theo hướng tích cực để hướng tới mục tiêu loại trừ bệnh dại với việc ban hành các



chương trình quốc gia và triển khai các dự án ở những qui mô khác nhau. Những ví dụ điển hình như ở Brazil, Togo, Cộng hòa Tanzania, tỉnh KwaZulu-Natal (Nam Phi), Jaipur (Ấn Độ), Trùng Khánh (Trung Quốc), khu vực đảo Visayas, Bohol (Philippine), Bali (Indonesia)... [28], [58], [59], [137].

Mặt khác dịch vụ y tế cũng không thường xuyên có sẵn hoặc tình trạng nghèo đói đã cản trở việc tiếp cận điều trị dự phòng bằng VXPĐ, HTKD sau phơi nhiễm của người dân, nhất là ở những vùng nông thôn nghèo.

Khi chưa kiểm soát được hoàn toàn nguồn truyền nhiễm của bệnh dại ở động vật thì dịch vụ y tế đóng vai trò rất quan trọng trong việc giảm số người tử vong. Có rất nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng những người tử vong do bệnh dại đều do không tiếp cận với điều trị dự phòng sau phơi nhiễm (PEP) hoặc điều trị quá muộn. Nhờ có PEP mỗi năm ước tính đã giảm được 330.000 người chết do bệnh dại trên thế giới. Ở những nước nghèo thì dịch vụ y tế không phải luôn chắc chắn có sẵn (vùng hạ Sahara của châu Phi, các khu vực nông thôn ở Ấn Độ, Bangladesh, Myanmar). Giá thành vắc xin cao cũng là trở ngại đối với nhóm người nghèo không đủ khả năng chi trả [89], [105].

Mặc dù bệnh dại là bệnh tối nguy hiểm và gây tỷ lệ tử vong cao nhất trong các bệnh truyền nhiễm nhưng lại là một căn bệnh hoàn toàn có thể phòng ngừa, cả trước và sau phơi nhiễm. Các được nghiên cứu cho thấy hầu hết các trường hợp tử vong đều có liên quan đến sự thiếu hụt kiến thức và các hành vi thực hành không đúng của người dân trong chăn nuôi, nhất là do chủ quan không điều trị dự phòng sau phơi nhiễm do động vật nghi dại cắn. Một nghiên cứu được tiến hành năm 2004 tại Nigeriacho thấy trong số 1.129 người được phỏng vấn có 68,7% số người đã từng nghe nói đến bệnh dại, 60,7% biết nguyên nhân gây bệnh dại là do chó cắn. Tuy nhiên chỉ có 31,9% đối tượng biết rằng rửa vết thương bằng xà phòng và nước là một cách xử lý tốt và vẫn có một số người tin rằng việc áp dụng các dược thảo thiên nhiên như ớt (11,4%), nghệ (5,6%), vôi (6,8%), dầu hỏa (2,3%) và thuốc nam (4,2%) là đúng đắn [72].

Chính vì lý do trên mà trong các dự án kiểm soát bệnh dại đều đặt ra nội dung truyền thông can thiệp nhằm cải thiện kiến thức, thái độ và thực hành của cộng đồng về phòng, chống bệnh dại.

### ***1.2.2.2. Thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh dại tại Việt Nam***

Việt Nam nằm trong khu vực bệnh dại đang lưu hành và diễn biến phức tạp trong nhiều chục năm. Trong 6 năm (từ 1989-1994) tại 23 tỉnh/thành phố ghi nhận 1.218 ca tử vong do bệnh dại, trung bình có hơn 200 người tử vong mỗi năm. Từ năm 1996 trở lại đây các biện pháp phòng, chống bệnh dại đã được tăng cường nên số ca tử vong đã giảm mạnh. Nghiên cứu về tình hình bệnh dại ở Việt Nam cho thấy giai đoạn 1992-1999 tỷ lệ tử vong chung là 0,3/100.000 dân. Từ năm 2011 đến 2013 có khoảng trên dưới 100 người tử vong trong mỗi năm [34].

#### ***\* Hệ thống văn bản pháp luật về phòng, chống bệnh dại tại Việt Nam***

Trước tình hình diễn biến phức tạp và hậu quả to lớn mà bệnh dại gây tổn thất cho sức khỏe con người, ngày 07 tháng 02 năm 1996 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Chỉ thị số 92/TTg về tăng cường phòng, chống bệnh dại. Đây là văn bản có ý nghĩa rất quan trọng, tạo một bước ngoặt trong công tác phòng, chống bệnh dại ở Việt Nam. Trong vòng 10 năm sau đó số người tử vong đã liên tục giảm mạnh trên phạm vi cả nước [21], [24], [71].

Trong khoảng 10 năm trở lại đây Quốc hội, Chính phủ, Bộ NN&PTNT, Bộ Y tế đã ban hành hàng loạt văn bản Luật và dưới luật nhằm mục tiêu khống chế và hướng tới loại trừ bệnh dại trên cả người và động vật [6], [8], [19], [20]. Đặc biệt trong Chương trình Quốc gia khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại giai đoạn 2017-2021 Chính phủ đã định hướng áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe, hợp tác liên ngành, hợp tác quốc tế và huy động nhiều nguồn lực cho chương trình [17], [18].

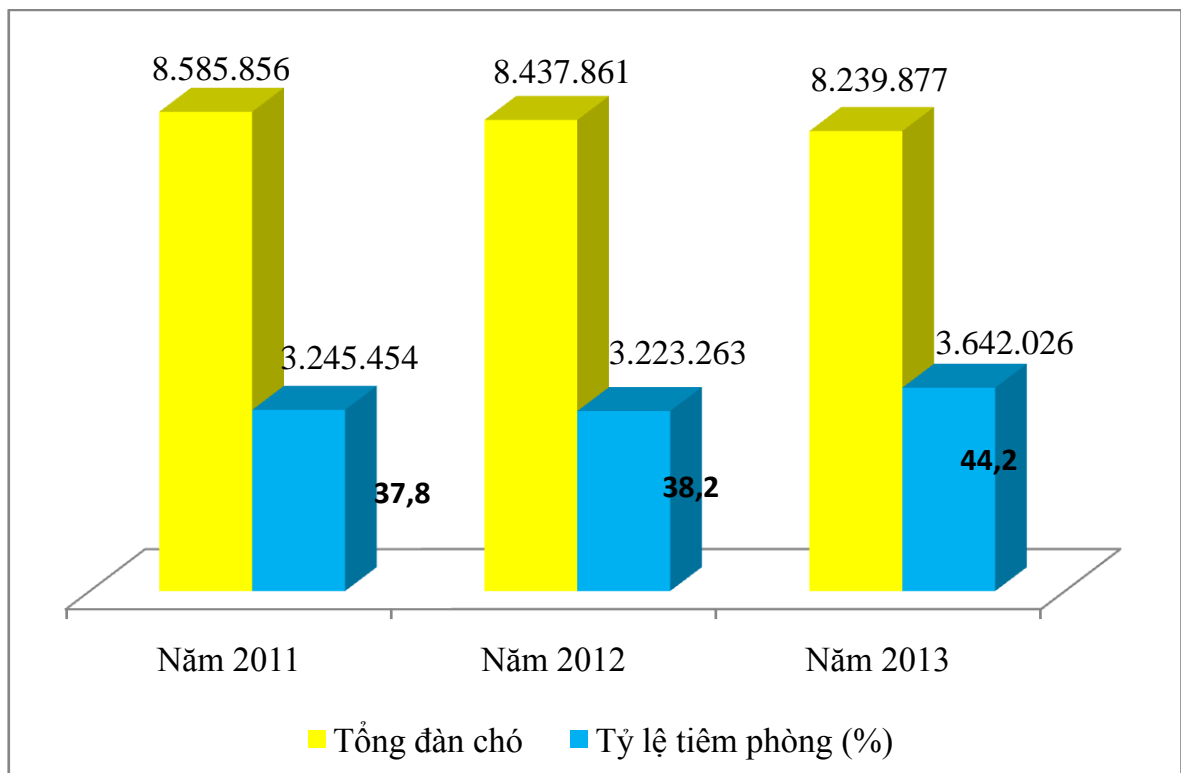
Hệ thống luật pháp đã được hoàn thiện từng bước nhưng trên thực tế chưa được thực hiện một cách đầy đủ ở các địa phương do rất nhiều rào cản, trong đó gốc rễ của vấn đề chính là chưa kiểm soát được bệnh dại trên đàn chó và tỷ lệ tiêm VXPĐ cho đàn chó đạt thấp ở hầu hết các địa phương [55], [65], [66], [67].

#### ***\* Thực trạng phòng, chống bệnh dại trên động vật***

Ở Việt Nam, chó là ổ chứa vi rút chủ yếu chiếm 96-97%, sau đó là mèo với tỷ lệ 3-4%, chưa phát hiện được các động vật khác bị bệnh dại. Việc kiểm soát nguồn truyền bệnh từ đàn chó nuôi chính là chìa khóa để khống chế bệnh dại trên người ở các

nước đang phát triển nói chung, ở Việt Nam nói riêng. Với đàn chó dao động từ 8 đến 9 triệu con trong khi tỷ lệ tiêm vắc xin đến nay chỉ đạt khoảng 50% thì nguy cơ người mắc bệnh đại truyền qua trung gian là chó ở nước ta vẫn ở mức cao [46], [67].

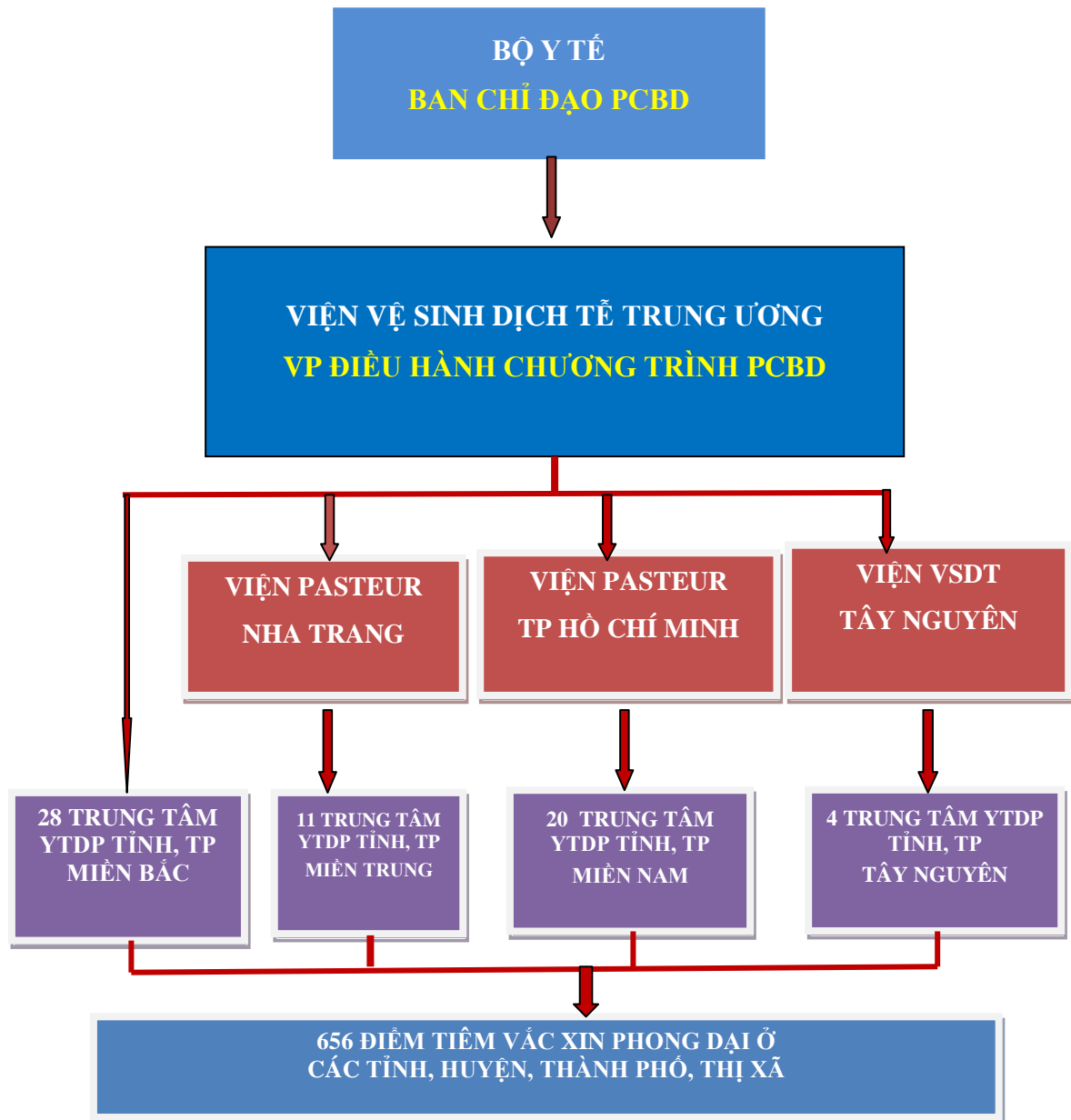
Năm 2011 Bộ NN&PTNT đã xây dựng và triển khai Chương trình Quốc gia không chế và tiến tới loại trừ bệnh dại ở động vật giai đoạn 2011-2015 với 6 nội dung nhưng trên thực tế khi kết thúc chương trình đã không đạt được mục tiêu đề ra. Theo báo cáo của Cục Thú y, trong 5 năm (2007-2012) cả nước đã xây dựng được 650 điểm tiêm phòng dại ở động vật đạt tiêu chuẩn cấp ngành. Tổ chức trên 500 lớp tập huấn cho cán bộ thú y, cán bộ y tế với hơn 3.500 lượt người tham gia, từ tuyến Trung ương, tỉnh/thành phố đến tuyến huyện và tuyến xã. Tuy nhiên trên thực tế quản lý đàn chó còn gặp rất nhiều khó khăn, chỉ có một số ít địa phương làm tốt công tác tổ chức đăng ký nuôi chó và duy trì tỷ lệ tiêm phòng cao. Hầu hết các tỉnh, thành phố trong cả nước chưa triển khai được việc đăng ký nuôi chó đến hộ gia đình, tiêu hủy chó ốm, xử lý chó thả rông và độ bao phủ vắc xin hàng năm trên đàn chó chưa đảm bảo tạo được miễn dịch quần thể [30], [53], [67].



Hình 1.6. Tỷ lệ tiêm phòng vắc xin trên đàn chó tại Việt Nam, 2011–2013[67]

*\* Thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh dại ở người*

Cùng với việc đẩy mạnh hoạt động phòng, chống bệnh dại sau khi có Chỉ thị số 92/TTgđ đã mang lại hiệu quả giảm nhanh số người tử vong do bệnh dại, năm 2011 Bộ Y tế đã xây dựng và triển khai Chương trình Quốc gia khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại ở người giai đoạn 2011-2015.



Hình 1.7. Sơ đồ hệ thống giám sát phòng, chống bệnh dại ở người tại Việt Nam giai đoạn 2011-2015 [35]

Hệ thống giám sát bệnh dại trên người được thiết lập trên toàn quốc, thống nhất từ Trung ương đến địa phương và lồng ghép hoạt động trong hệ thống YTDP. Các điểm tiêm vắc xin phòng dại cho người được xây dựng ở hầu hết các huyện/quận với 656 điểm tiêm trên tổng số 697 quận/huyện trên toàn quốc. Từ năm 2001 Bộ Y tế yêu cầu dừng sử dụng vắc xin sản xuất trên mô thần kinh và khuyến khích các công ty dược nhập khẩu vắc xin tế bào vero cung cấp đủ cho thị trường. Tuy nhiên giá vắc xin nhập khẩu luôn ở mức cao so với mặt bằng thu nhập của người dân. Theo số liệu của Nguyễn Trần Hiền, tại Việt Nam tỷ lệ người bị động vật cắn phải đi tiêm phòng dại tăng nhanh từ 300/100.000 dân năm 1992 lên đến hơn 700/100.000 dân vào năm 1999. Trong 10 năm (1996-2005) cả nước có 5.776.370 người bị động vật cắn đã được tiêm phòng dại với tỷ lệ trung bình là 672/100.000 dân [35], [36].

*\* Phối hợp liên ngành và hợp tác quốc tế*

Bản chất của bệnh dại là bệnh lây truyền từ động vật sang người nên cơ chế phối hợp liên ngành luôn được đặt ra. Các chương trình quốc gia phòng, chống bệnh dại được giao cho Bộ NN&PTNT phối hợp với Bộ Y tế xây dựng. Tuy nhiên trong giai đoạn 2011-2015 mỗi Bộ lại có Ban điều hành chương trình riêng và chưa có cơ chế phối hợp hiệu quả. Từ năm 2013 với sự giúp đỡ kỹ thuật của FAO, OIE, WHO, GARC đã thúc đẩy cơ chế phối hợp liên ngành và hợp tác quốc tế trong phòng, chống bệnh dại. Ngành y tế và ngành nông nghiệp đang đẩy mạnh việc xây dựng và nâng cao năng lực hệ thống giám sát nhằm đáp ứng các tiêu chuẩn quốc tế về chẩn đoán ca bệnh cả ở người và động vật, đồng thời phục vụ chiến lược quốc gia không chế và tiến tới loại trừ bệnh dại trên phạm vi toàn quốc [6], [11], [48].

***1.2.2.3. Thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La, 2011-2013***

Do trong một thời gian dài (2001 - 2010) tỉnh Sơn La không có người mắc và tử vong do bệnh dại nên các hoạt động phòng, chống bệnh dại gần như bị “lãng quên” và đến khi dịch bệnh bùng phát năm 2011 các hoạt động phòng, chống bệnh dại mới được triển khai nhằm đáp ứng dịch với mục tiêu trước mắt là giảm tử vong ở người. Các hoạt động phòng, chống bệnh dại trong giai đoạn 2011-2013 gồm:

*\* Củng cố Ban chỉ đạo các cấp về phòng, chống bệnh truyền nhiễm ở người và Ban chỉ đạo phòng, chống bệnh truyền nhiễm ở gia súc, gia cầm*

Ban Chỉ đạo cấp tỉnh là cơ quan tham mưu trực tiếp cho UBND tỉnh ban hành các chính sách, chỉ thị, kế hoạch, văn bản chỉ đạo về phòng, chống bệnh dại trên phạm vi toàn tỉnh. Sở Y tế, Trung tâm YTDP tỉnh, Sở NN&PTNT, Chi cục Thú y tỉnh đã ban hành nhiều văn bản (kế hoạch, công văn chỉ đạo, hướng dẫn...) để hướng dẫn, đôn đốc UBND các huyện, Trung tâm Y tế và Trạm Thú y các huyện tăng cường công tác phòng, chống bệnh dại cả ở người và vật nuôi. Ban chỉ đạo cấp huyện, cấp xã cũng được củng cố, duy trì.

*\* Triển khai các hoạt động truyền thông về phòng, chống bệnh dại*

Năm 2011 khi bệnh dại quay trở lại và gây tử vong ở người thì các hoạt động truyền thông về phòng, chống bệnh dại đã được ngành y tế, ngành thú y và chính quyền các cấp phối hợp triển khai trên diện rộng. Hình thức tuyên truyền chủ yếu là các phóng sự ngắn, tọa đàm trên sóng truyền hình của tỉnh. Dự án khống chế bệnh dại của Bộ Y tế đã hỗ trợ kinh phí và phối hợp truyền thông qua hệ thống loa phát thanh của xã, bản. Năm 2013 UBND tỉnh phối hợp với Bộ Y tế tổ chức mít tinh (cấp Quốc gia) hưởng ứng “Ngày Thế giới phòng, chống bệnh dại” (ngày 28 tháng 9 năm 2013 tại thành phố Sơn La) với hơn 800 người tham dự.

*\* Tập huấn chuyên môn cho cán bộ y tế và thú y*

Tổ chức các lớp tập huấn về giám sát, phòng chống bệnh dại cho cán bộ y tế và thú y từ tuyến tỉnh, huyện đến tuyến xã theo hình thức lồng ghép liên ngành.

*\* Củng cố và mở rộng các điểm tiêm phòng vắc xin cho người*

Duy trì, củng cố các điểm tiêm đã có trước 2011 và mở thêm các điểm tiêm vắc xin phòng dại. Từ 4 điểm tiêm ban đầu (2010), đến năm 2013 đã có 12 điểm tiêm, nhưng vẫn chưa đạt mục tiêu mỗi huyện có ít nhất 1 điểm tiêm theo yêu cầu của Chương trình khống chế bệnh dại 2011-2015 của Bộ Y tế [61].

*\* Quản lý và nâng tỷ lệ tiêm vắc xin chủ động cho đàn chó nuôi*

Ngay sau khi có tử vong do bệnh dại ở người (năm 2011) ngành thú y đã triển khai nhiều biện pháp nhằm tăng cường quản lý đàn chó và nâng tỷ lệ tiêm vắc

xin phòng dại. Tuy nhiên do hạn chế về nguồn lực và gặp nhiều khó khăn nên kết quả phòng, chống bệnh dại trên động vật còn rất hạn chế. Người dân vẫn duy trì thói quen nuôi chó thả rông, để chó ra đường không rọ mõm và chưa hưởng ứng tiêm phòng vắc xin cho vật nuôi. Mặc dù tỷ lệ tiêm phòng tăng hàng năm nhưng tính đến 31/12/2013 tỷ lệ đàn chó được tiêm phòng chỉ chiếm 40,1% tổng đàn [60].

Như vậy các hoạt động phòng, chống bệnh dại trong giai đoạn 2011-2013 tại tỉnh Sơn La đã được triển khai nhưng chưa đạt được kết quả mong muốn, tỷ lệ người tử vong trung bình trên 100.000 dân vẫn ở mức cao. Do tỷ lệ bao phủ vắc xin trong đàn chó thấp nên bệnh dại vẫn tiếp tục lưu hành và tiềm ẩn nguy cơ xảy ra tử vong do bệnh dại ở người trong những năm tiếp theo.

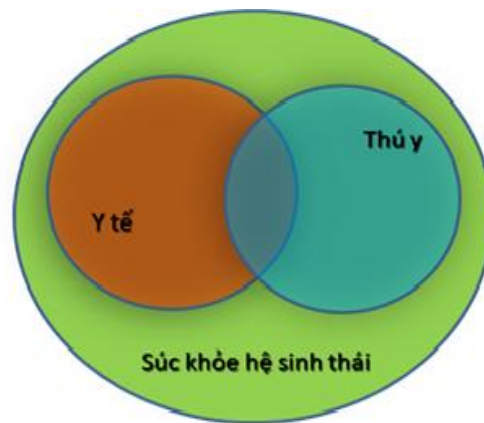
### **1.3. CAN THIỆP PHÒNG, CHỐNG BỆNH DẠI THEO CÁCH TIẾP CẬN MỘT SỨC KHỎE**

Từ những năm 1800, các nhà khoa học đã lưu ý sự giống nhau giữa các quá trình bệnh ở động vật và con người, nhưng y học của con người (nhân y) và của động vật (thú y) hầu như được thực hành một cách riêng biệt cho đến thế kỷ 20. Trong vài trăm năm trở lại đây ngành y tế và thú y đã có sự hợp tác, gắn liền với sự ra đời và phát triển của các khái niệm “Một y tế” và “Một sức khỏe”. Tên tuổi các nhà khoa học có những đóng góp quan trọng cho sự hình thành và phát triển của Một sức khỏe có thể kể đến như Giovanni Maria Lancisi (1654-1720), Rudolf Virchow (1821-1902), William Osler (1849-1919), Calvin W. Schwabe (1927-2006), James H. Steele (1913-2013) [98], [101], [117].

#### **1.3.1. Định nghĩa Một sức khỏe**

Năm 2007 Hiệp hội Y khoa và Thú y Mỹ (AMVA) đã đưa ra định nghĩa Một sức khỏe là “*nỗ lực hợp tác của nhiều lĩnh vực, làm việc tại địa phương, quốc gia và trên toàn cầu, để đạt được sức khỏe tối ưu cho con người, động vật và môi trường*”. Định nghĩa này được cộng đồng các nhà khoa học, các tổ chức quốc tế như FAO, OIE, WHO, Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc (UNICEF) thừa nhận ngay trong năm 2008.

Chỉ vài năm sau đó (năm 2010) Liên hợp quốc (UN) và Ngân hàng Thế giới (WB) đã chính thức khuyến nghị áp dụng Một sức khỏe trên phạm vi toàn cầu [84], [85], [127], [128].



Hình 1.8. Sơ đồ mô phỏng Một sức khỏe (FAO, 2008)[28]

### 1.3.2. Tiếp cận Một sức khỏe trong phòng, chống bệnh dại trên thế giới

#### 1.3.2.1. Tại khu vực Bắc Mỹ

Trong nghiên cứu của K. Vercauteren và cộng sự (2012) về kiểm soát bệnh dại ở miền Bắc nước Mỹ đã chỉ ra rằng cần có sự phối hợp trong phạm vi môi trường, động vật hoang dã, động vật nuôi và sức khỏe con người trên toàn khu vực. Một sức khỏe chính là chìa khóa thành công trong phòng chống bệnh dại ở khu vực Bắc Mỹ với chiến lược ưu tiên là chương trình vắc xin đường miệng để loại trừ các ổ dịch ở động vật hoang dã[126].

Mặc dù bệnh dại ở loài cáo đã bị loại bỏ vào cuối thế kỷ 20 ở Đông Nam Canada, nhưng bệnh dại ở gấu trúc vẫn là một vấn đề nghiêm trọng trong khu vực này. Chó Bắc Cực (*Alopex lagopus*) là vật chủ chính ở các vùng cực của châu Mỹ và chồn hôi có sọc là vật chủ chính trên khắp các vùng đồng bằng Trung Mỹ và ở California. Ngoài ra còn có cáo xám (*Urocyon cinereoargenteus*) ở Tây Nam Mỹ là vật chủ chính ở Mexico. Chính phủ các nước và chính quyền các địa phương đã cùng các chuyên gia y tế, thú y, các nhà bảo vệ môi trường, các nhà tài trợ đã đi đến thống nhất triển khai chương trình vắc xin đường miệng trên một phạm vi rộng lớn và kéo dài nhiều năm. Kết quả cho thấy chiến lược vắc xin phòng ngừa bệnh dại đường miệng đã đóng một vai trò quan trọng trong việc kiểm soát bệnh dại ở cáo đỏ, gấu trúc và kể cả chó sói và cáo xám ở Texas [75], [128], [135].



### **1.3.2.2. Tại châu Âu**

Những năm đầu của thập niên 1950 người ta phát hiện bệnh dại đã tái xuất hiện ở động vật hoang dã ở châu Âu với vật chủ chính là cáo đỏ (*V. vulpes*) đến từ Đông Âu và lây lan khắp châu lục. Vào giữa những năm 1980, phần lớn các nước Trung Âu và cả một phần Tây Âu đã bị ảnh hưởng bởi bệnh dại ở cáo đỏ. Có những bằng chứng cho thấy gấu trúc (*Nyctereutes procyonoides*) đã trở thành vật chủ quan trọng, vì nó là loài thường xuyên được báo cáo nhiễm bệnh dại ở Trung Âu và vùng Baltic. Việc ngăn chặn bệnh dại đã được triển khai sớm nhất ở Pháp và miền Bắc nước Ý, với chiến lược sử dụng vắc xin đường miệng cho loài cáo. Tiếp theo Pháp và Ý, phần lớn các nước Tây Âu và Trung Âu đã áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe để kiểm soát bệnh dại từ động vật hoang dã lây sang người bằng cách thực hiện các chương trình quốc gia và khu vực sử dụng vắc xin phòng dại qua đường miệng. Kết quả là đến nay toàn bộ khu vực Tây Âu và Trung Âu đã loại trừ được bệnh dại ở loài cáo có nguy cơ truyền bệnh dại cho người [73], [81].

### **1.3.2.3. Tại châu Phi**

Tháng 8 năm 2009, Tổ chức Lương thực và Nông nghiệp của Liên hiệp quốc (FAO) bắt đầu làm việc với các chuyên gia thuộc ngành y tế và nông nghiệp của nước Cộng hòa Togo để thúc đẩy các hoạt động phòng chống bệnh dại, vốn là căn bệnh gây chết hơn 60 người mỗi năm và đang có xu hướng gia tăng. Từ đầu năm 2010 tại Togo đã áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe để đạt mục tiêu kiểm soát chó và giảm nhanh số người chết do bệnh dại với chiến lược tiêm vắc xin đại trà cho đàn chó nuôi, huy động sự vào cuộc mạnh mẽ của chính quyền và cộng đồng. Kết quả của những nỗ lực hành động đã cho thấy lợi ích của việc áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe để kiểm soát bệnh dại ở Togo và ở cả khu vực Tây Phi [99], [116].

Dự án HALI ở Tanzania được triển khai từ 1996–2001 bằng tiêm phủ VXPĐ trên chó đã dẫn tới kiểm soát được bệnh dại và giảm được 97% ca tử vong ở người. Với chiến lược tiêm vắc xin cho chó tại các điểm tiêm và đến từng nhà, đồng thời phát triển thú y cộng đồng đã duy trì độ bao phủ được 70-80% trên đàn chó [100].

### **1.3.2.4. Tại châu Á**

\* *Tại Trung Quốc:* Ở Trung Quốc hàng năm có hơn 2000 trường hợp tử vong do bệnh dại được báo cáo. Từ năm 2006 Chính phủ Trung Quốc đã chủ trương áp dụng

Một sức khỏe để kiểm soát bệnh dại và đã được triển khai có hệ thống tại tỉnh Trùng Khánh với sự thành lập Văn phòng Quản lý chó có sự phối hợp giữa Cục Công an, Cục Nông nghiệp và Sở Y tế địa phương. Bệnh dại ở cả người và động vật trở thành bệnh được ưu tiên loại bỏ trong kế hoạch của tỉnh Trùng Khánh đến năm 2020. Rất nhiều hoạt động can thiệp được thực hiện với sự giúp đỡ của FAO và OIE. Hiện nay, một chính sách tiêm miễn phí cho chó vẫn đang được triển khai tại tất cả các quận, huyện của tỉnh Trùng Khánh [136], [138].

\* *Tại Ấn Độ:* Tamil Nadu là bang phía nam Ấn Độ có dân số 72 triệu người và có lưu hành bệnh dại. Để đối phó với bệnh dại, năm 2008 chính quyền bang đã thành lập một Ủy ban điều phối cấp nhà nước nhằm tăng cường phối hợp liên ngành phòng chống bệnh dại. Đây là lần đầu tiên một can thiệp có quy mô lớn đã làm giảm bệnh dại cả ở chó và người trong một bang lớn ở Ấn Độ [131], [135].

\* *Tại Indonesia:* Trước năm 2008 không có bệnh dại tại Bali. Việc nuôi chó rất phổ biến, hầu hết chó nuôi đều được thả rông. Ngày 23 tháng 11 năm 2008 người ta phát hiện trường hợp người bị mắc bệnh dại đầu tiên tại Bali. Trong 2 năm (2009-2010) bệnh dại lan ra 9 quận và có 144 ca tử vong trên người. Cũng từ 2008 đến 2012 cơ quan chăn nuôi địa phương áp dụng tiêm VXPĐ có mục tiêu, tiêu hủy chó ốm và chó chạy rông. Kết quả đạt được là đến cuối năm 2012 đã cơ bản thanh toán bệnh dại trên đảo Bali [59], [125].

\* *Tại Phillipine:* Từ năm 2007 Phillipine được chọn là một trong ba địa điểm triển khai dự án kiểm soát và loại bỏ bệnh dại ở các nước có thu nhập thấp của Quỹ Bill & Melinda Gates. Dự án được triển khai ở các đảo thuộc Visayas, nơi chiếm 25% tổng số các trường hợp bệnh dại ở động vật và 28% tổng số các trường hợp bệnh dại ở người. Đến 2013 đã có 3 tỉnh, 5 đô thị đảo và 5 hòn đảo nhỏ tại Visayas đã được tuyên bố là khu vực không có bệnh dại. Chính phủ Phillipine đã xây dựng và ban hành một chiến lược loại bỏ bệnh dại cả trên người và động vật [58], [104].

### **1.3.3. Tiếp cận Một sức khỏe trong phòng, chống bệnh dại tại Việt Nam**

Trong những năm gần đây, cách tiếp cận Một sức khỏe đã thu hút sự quan tâm của các chuyên gia, các nhà quản lý và chính phủ Việt Nam. Trên thực tế Một

sức khỏe đang được triển khai trong nhiều lĩnh vực, đặc biệt là trong ứng phó với các bệnh dịch mới nổi và các chương trình đào tạo liên quan [32], [42],[43], [51].

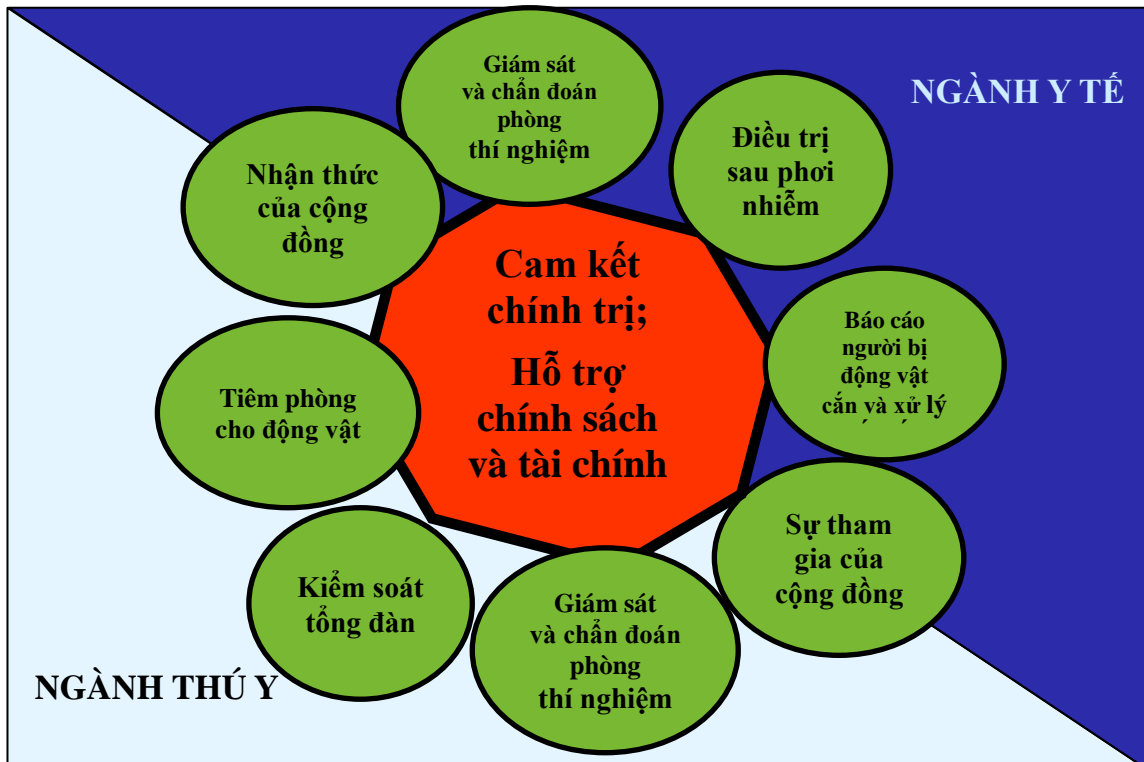
Thành công mang tầm ảnh hưởng quốc tế của Một sức khỏe tại Việt Nam chính là kết quả phòng, chống dịch cúm gia cầm độc lực cao. Vi rút cúm gia cầm A/H5N1 xuất hiện là nguyên nhân chính gây ra dịch bệnh trên gia cầm và ở người tại Việt Nam vào cuối năm 2003. Với những nỗ lực to lớn của Chính phủ và nhân dân Việt Nam, cùng với sự hỗ trợ của cộng đồng quốc tế đã làm giảm mức độ nghiêm trọng của dịch bệnh cả trên gia cầm và trên người. Chương trình phối hợp hành động Quốc gia phòng chống cúm gia cầm giai đoạn 2005-2010, bản chất là tăng cường ứng phó và nâng cao hiệu quả phòng chống dịch bệnh từ động vật lây sang người thông qua phương thức tiếp cận Một sức khỏe[7], [54].

Ngày 22 tháng 11 năm 2011 tại thành phố Nha Trang, trường Đại học Y tế công cộng phối hợp với trường Đại học Y Hà Nội và trường Đại học Nông nghiệp Hà Nội tổ chức hội thảo “Mạng lưới quốc gia Một sức khỏe các trường đại học ở Việt Nam” với sự tài trợ của cơ quan phát triển quốc tế Mỹ (USAID). Hội thảo đã ra tuyên bố thành lập Mạng lưới quốc gia Một sức khỏe trong các trường đại học ở Việt Nam (VOHUN) và đề ra kế hoạch hành động đến năm 2020[33].

Đứng trước tình hình diễn biến phức tạp của bệnh dại cả ở người và ở động vật với số người tử vong có xu hướng tăng và lan rộng ra nhiều tỉnh, năm 2011 Chính phủ đã giao Bộ NN&PTNT, Bộ Y tế phối hợp xây dựng một Chương trình quốc gia khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại giai đoạn 2011–2015[6].

Cũng trong năm 2011 một nhóm chuyên gia thuộc Trung tâm Kiểm soát khẩn cấp các bệnh lây truyền từ động vật xuyên biên giới (ECTAD) và tổ chức FAO tại Việt Nam đã đề xuất 6 lĩnh vực nhằm kết nối các tổ chức kỹ thuật và chính trị với mục tiêu tăng cường hoạt động phòng, chống bệnh dại tại Việt Nam, bao gồm: (1) Tăng cường sự ủng hộ của các nhà chính trị; (2) Điều phối liên ngành giữa các cơ quan trong nước và quốc tế; (3) Nâng cao năng lực hệ thống phòng, chống bệnh dại; (4) Tăng cường xây dựng và hướng dẫn, thực hiện các qui trình kỹ thuật; (5) Nâng cao năng lực cho cán bộ thú y và y tế; (6) Tổ chức các chiến dịch

truyền thông trọng điểm và sâu rộng. Các lĩnh vực trên về bản chất chính là chiến lược can thiệp theo cách tiếp cận “Một sức khỏe” nhằm tăng tỷ lệ tiêm phòng trên đàn chó, đồng thời bảo vệ con người và vật nuôi tránh khỏi bệnh dại, tiến tới đạt được mục tiêu cuối cùng là khống chế và thanh toán bệnh dại tại Việt Nam [32].



Hình 1.9. Sơ đồ phối hợp liên ngành trong phòng, chống bệnh dại theo cách tiếp cận Một sức khỏe tại Việt Nam do FAO đề xuất [28]

Tiếp cận Một sức khỏe trong phòng chống bệnh dại tại Việt Nam thực sự được phổ biến rộng rãi từ năm 2013 nhờ những nỗ lực hợp tác quốc tế đến từ FAO, WHO, OIE, GARC thông qua các hội thảo khu vực ASEAN về chiến lược kiểm soát bệnh dại. Các chuyên gia quốc tế đã chia sẻ nhiều bài học kinh nghiệm về xây dựng chiến lược phòng chống bệnh dại của các nước với các nhà quản lý, các chuyên gia thuộc lĩnh vực y tế và thú y. Các hội nghị được tổ chức ở Hà Nội (2012, 2013, 2014, 2015, 2016), Phú Thọ (2013), Tuyên Quang (2013), Đà Nẵng (2015), Bắc Giang (2017) đã nhận được sự đồng thuận của các nhà quản lý, các nhà chuyên môn về y tế, thú y trong việc thúc đẩy áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe trong phòng chống bệnh dại cả ở người và động vật tại Việt Nam [1], [3], [29], [52].

Năm 2013, một dự án hợp tác kỹ thuật giữa Cục Thú y (Bộ NN&PTNT) với tổ chức FAO có tên gọi là “Dự án Tăng cường năng lực thể chế nhằm cải thiện điều phối, phối hợp liên ngành và truyền thông phòng chống bệnh đại hiệu quả tại Việt Nam”, viết tắt là TCP/VIE/3404. Trong khuôn khổ của dự án này các chuyên gia đã thiết kế với 5 chiến lược hoạt động là:

- (1) Tăng cường sự tham gia của chính quyền các cấp vào hoạt động kiểm soát và phòng ngừa bệnh đại;
- (2) Tăng cường hợp tác và điều phối liên ngành y tế thú y;
- (3) Xây dựng quy trình giám sát và điều tra ổ dịch, hướng dẫn phòng chống và đáp ứng kịp thời khi dịch xảy ra;
- (4) Tăng cường năng lực phòng chống cho các đơn vị thú y vùng, tỉnh, huyện và xã thông qua chương trình đào tạo giảng viên nông cốt và tập huấn tuyến cơ sở huyện và xã;
- (5) Xây dựng kế hoạch truyền thông tăng cường nhận thức và truyền thông nguy cơ, tập trung tại 2 tỉnh mục tiêu Phú Thọ và Thái Nguyên.

Dự án được triển khai từ năm 2013 nhằm từng bước kiểm soát bệnh đại trên đàn chó ở hai tỉnh trọng điểm là Phú Thọ và Thái Nguyên thuộc khu vực bệnh đại đang lưu hành mạnh mẽ ở Miền Bắc. Những báo cáo đánh giá đầu tiên về kết quả triển khai dự án đã được công bố tại các hội nghị, hội thảo chuyên đề về phòng, chống bệnh đại gần đây [32], [48], [50], [55], [65].

*\* Kết quả (1):*

Dự án tổ chức 19 hội nghị chính sách với chính quyền huyện và xã tại 6 huyện nguy cơ cao ở Thái Nguyên và Phú Thọ. Tổ chức hội thảo cấp quốc gia xây dựng Hướng dẫn điều tra ổ dịch với đại diện các bên (Cục Thú y, Viện VSĐTTW, Chi cục Thú y các tỉnh, thành phố). Xây dựng 01 bộ phim vận động chính sách và huy động sự quan tâm của hệ thống chính quyền.

*\* Kết quả (2):*

Tổ chức nghiên cứu học tập tại Indonesia, dành cho lãnh đạo Cục Thú y, Chi cục Thú y, Sở Y tế các tỉnh học hỏi kinh nghiệm từ chương trình hỗ trợ kỹ thuật

thành công của FAO tại Indonesia. Tập huấn cho 75 giảng viên nông cốt tuyến tỉnh về các biện pháp kiểm soát, phòng, chống, tiêm phòng và bắt chó. Các giảng viên đã tiếp tục tập huấn cho 217 cán bộ thú y và y tế tuyến huyện và xã. Năm 2014 tại tỉnh Phú Thọ đã phát hiện sớm 9 ổ dịch trên đàn chó ở 9 xã phường và tại tỉnh Thái Nguyên phát hiện sớm 5 ổ dịch trên đàn chó ở 5 xã.

Bảng 1.2. Kết quả triển hai chương trình tiêm vắc xin cho đàn chó tại 6 huyện của dự ánTCP/VIE/3404, 2013-2014[32]

Tỉnh	Huyện	Năm 2013		Năm 2014	
		Tổng đàn	Tỷ lệ tiêm VX chó (%)	Tổng đàn	Tỷ lệ tiêm VX chó (%)
Thái Nguyên	Phổ Yên	40.764	68	35.935	70
	Phú Bình	60.155	23	41.019	65
	Đông Hy	30.621	22	21.286	73
	3 huyện		38		69
Phú Thọ	Lâm Thao	14.335	12	13.556	70
	Cẩm Khê	27.642	10	26.791	36
	Phù Ninh	20.468	28	20.927	72
	3 huyện		17		60

\* *Kết quả (3):*

Xây dựng bộ sản phẩm truyền thông cho trẻ em và người nuôi chó. Tổ chức 166 sự kiện truyền thông cùng ngành giáo dục, y tế và thú y với sự tham gia của 19.386 trẻ em, cha mẹ trẻ và chủ nuôi chó. Phối hợp với báo chí, đài để đưa tin và quảng bá rộng rãi các thông điệp truyền thông. Hỗ trợ tổ chức ngày Thế giới phòng, chống bệnh dại. Hội thảo với các thầy thuốc y học cổ truyền, ông lang, bà mế.

*\* Kết quả (4):*

Tối ưu hóa nguồn vắc xin do OIE tài trợ. Phối hợp với ngành giáo dục thực hiện chương trình giáo dục phòng, chống bệnh dại tại trường học. Tổ chức khóa tập huấn đầu tiên cho cán bộ chủ chốt của hệ thống phòng xét nghiệm bệnh dại.

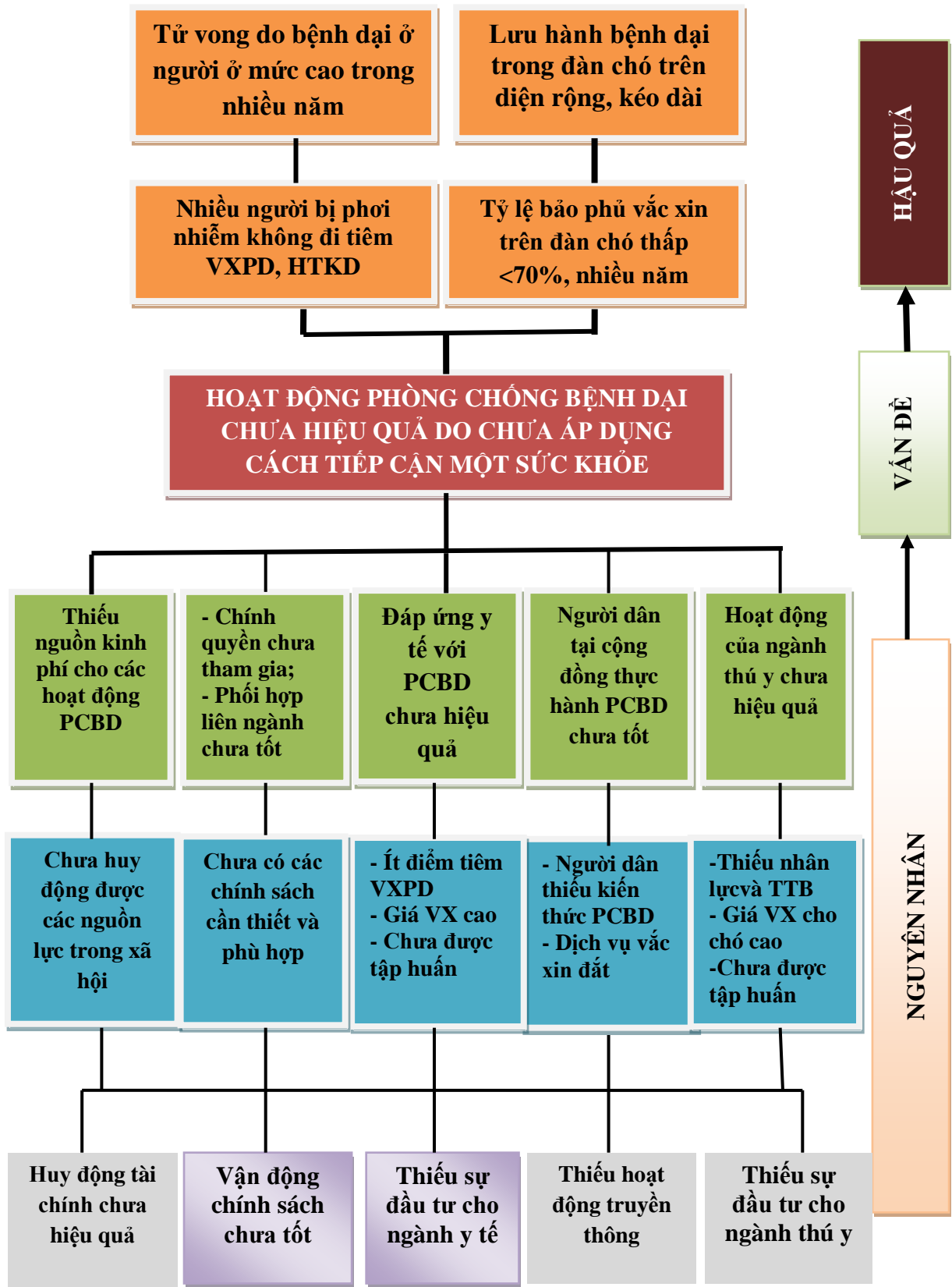
*\* Kết quả (5):*

Tổ chức hội thảo đa ngành về điều phối phòng, chống bệnh dại giữa ngành y tế và thú y. Hỗ trợ xây dựng Thông tư số 16 liên bộ Bộ Y tế - Bộ NN&PTNT. Hỗ trợ hợp tác và điều phối cho hệ thống chính quyền các cấp từ tỉnh tới xã. Thúc đẩy và hợp tác thành công với các tổ chức quốc tế.

Tại 5 cuộc hội thảo cấp quốc gia về xây dựng chương trình khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại giai đoạn 2017-2021 ở Việt Nam đã thu hút sự quan tâm của rất nhiều nhà quản lý, các chuyên gia y tế, thú y và các tổ chức quốc tế. Có hơn 20 bản báo cáo với chủ đề Một sức khỏe và phối hợp liên ngành đã được trình bày và đưa vào nội dung các bản dự thảo của chương trình. Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 193/QĐ-TTg ban hành Chương trình Quốc gia khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại giai đoạn 2017-2021 (ngày 13 tháng 2 năm 2017) và Chỉ thị số 31/CT-TTg (ngày 06 tháng 7 năm 2017) về tăng cường các biện pháp cấp bách phòng chống bệnh dại với định hướng chủ đạo là áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe để tiến tới mục tiêu loại trừ bệnh dại cả ở người và động vật [17], [18]. Trên cơ sở đó Bộ NN&PTNT, Bộ Y tế, UBND các tỉnh/thành phố đang xây dựng các chương trình hành động, kế hoạch triển khai theo Quyết định số 193/QĐ-TTg của Chính phủ.

Tuy nhiên đến nay chúng ta vẫn chưa có một nghiên cứu đầy đủ, chỉ rõ cơ sở lý thuyết, cơ sở thực tiễn, cơ chế vận hành, tiêu chí đánh giá để hoàn thiện mô hình “Một sức khỏe” áp dụng trong phòng chống bệnh dại tại Việt Nam.

Xuất phát từ thực trạng bệnh dại ở người và thực trạng hoạt động phòng chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La trong giai đoạn 2011-2013, qua tham khảo những bài học thành công trong phòng chống bệnh dại theo cách tiếp cận Một sức khỏe của các nước trong khu vực và trên thế giới, nghiên cứu đề xuất khung phân tích vấn đề như sau:



Hình 1.10. Khung phân tích vấn đề[86]



## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. MỤC TIÊU 1

Mô tả thực trạng bệnh dại ở người và hoạt động phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La, 2011-2013.

##### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

###### 2.1.1.1. Nghiên cứu định lượng

\* *Tiêu chuẩn chọn:*

- Người tử vong do bệnh dại: Toàn bộ bệnh nhân nghi mắc dại/tử vong do bệnh dại trên địa bàn tỉnh Sơn La trong 3 năm (2011-2013) theo định nghĩa ca bệnh dại trên lâm sàng tại “Hướng dẫn giám sát phòng, chống bệnh dại trên người” ban hành theo Quyết định số 1622/QĐ-BYT ngày 8 tháng 5 năm 2014 của Bộ Y tế [10], có lưu phiếu điều tra tử vong tại Trung tâm YTDP tỉnh Sơn La.

- Người bị phơi nhiễm với bệnh dại: Toàn bộ người bị phơi nhiễm có đi tiêm VXPĐ, HTKD tại các điểm tiêm trên địa bàn tỉnh Sơn La trong 3 năm (2011-2013) có lưu bảng theo dõi và báo cáo tiêm chủng VXPĐ, HTKD tại Trung tâm Y tế các huyện/thành phố và Trung tâm YTDP tỉnh Sơn La.

- Người đại diện Ban chỉ đạo Phòng, chống bệnh truyền nhiễm (PCBTN) ở người, Ban chỉ đạo Chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) các cấp: Trưởng hoặc Phó ban thường trực Ban chỉ đạo PCBTN ở người cấp tỉnh, cấp huyện và Ban chỉ đạo CSSKBĐ cấp xã/phường/thị trấn (sau đây gọi chung là Ban chỉ đạo) trên địa bàn toàn tỉnh năm 2013.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Những người tử vong do bệnh dại nhưng không có phiếu điều tra tử vong hoặc phiếu điều tra không có đủ thông tin.

- Những người nghi bị phơi nhiễm với bệnh dại có tiêm VXPĐ, HTKD nhưng không có phiếu theo dõi tiêm VXPĐ, HTKD hoặc phiếu theo dõi không có đầy đủ thông tin.

- Người đại diện Ban chỉ đạo không đồng ý tham gia, không cung cấp đầy đủ thông tin cho phiếu khảo sát thực trạng hoạt động PCBĐ, hoặc nhóm khảo sát không thu thập được đầy đủ thông tin của phiếu khảo sát vì bất cứ lý do nào.

#### **2.1.1.2. Nghiên cứu định tính**

Chọn 30 người là cán bộ tham gia Ban chỉ đạo các cấp và/hoặc làm việc tại các cơ quan chuyên môn y tế, thú y để phỏng vấn sâu.

- Cấp tỉnh (5 người): chọn 3 người là lãnh đạo và thành viên Ban chỉ đạo cấp tỉnh; 1 cán bộ chuyên trách phòng, chống dịch của Trung tâm YTDP tỉnh và 1 lãnh đạo của Chi cục Thú y tỉnh Sơn La.

- Cấp huyện (5 người): chọn 3 người là lãnh đạo, thành viên Ban chỉ đạo cấp huyện; 1 lãnh đạo Trung tâm Y tế, 1 lãnh đạo Trạm Thú y của huyện Mai Sơn.

- Cấp xã (20 người): chọn 15 người là lãnh đạo, thành viên tham gia Ban chỉ đạo cấp xã và 5 nhân viên thú y thuộc 3 xã can thiệp (Thị trấn Hát Lót, xã Nà Bó, xã Chiềng Chăn) và 2 xã khác (xã Tà Hộc, xã Chiềng Lương) của huyện Mai Sơn.

Những người này có đủ sức khỏe, đồng ý tham gia và trả lời đầy đủ các câu hỏi trong phiếu phỏng vấn sâu. Chỉ tiến hành phỏng vấn sâu một lần duy nhất vào cùng thời điểm điều tra ban đầu (tháng 01 năm 2014).

#### **2.1.2. Địa điểm nghiên cứu**

Chọn địa điểm nghiên cứu là tỉnh Sơn La.

Tỉnh Sơn La nằm ở vùng Tây Bắc Việt Nam, giáp các tỉnh Điện Biên, Lai Châu, Yên Bái, Phú Thọ, Hoà Bình và Thanh Hoá. Tỉnh Sơn La có 250 km đường biên giới trên bộ với nước Cộng hoà Dân chủ nhân dân Lào (giáp với 02 tỉnh Hủa Phăn và Luông Pha Bang thuộc vùng Bắc Lào). Diện tích tự nhiên của tỉnh Sơn La khoảng 14.174 km<sup>2</sup>, địa hình miền núi, chia cắt mạnh, giao thông đi lại khó khăn, nhất là vào mùa mưa.

Về hành chính, tỉnh Sơn La có 11 huyện/thành phố (gồm Thành phố Sơn La và các huyện: Mường La, Mai Sơn, Thuận Châu, Quỳnh Nhai, Sông Mã, Sốp Cộp, Yên Châu, Mộc Châu, Bắc Yên, Phù Yên). Toàn tỉnh có 204 xã/phường/thị trấn, 3.259 tổ/bản/tiểu khu, trong đó có 1.105 bản đặc biệt khó khăn. Dân số toàn tỉnh năm 2011 là 1.118.454 người, năm 2012 là 1.121.010 người, 2013 là 1.145.551

người. Trên địa bàn tỉnh có 12 dân tộc cùng chung sống, trong đó người Kinh chiếm 17%, người dân tộc Thái 54%, người dân tộc Mông 18%, còn lại là các dân tộc khác như Mường, Dao, Khơ Mú, La Ha, Kháng, Hoa...

(Phụ lục 1: Địa điểm nghiên cứu).

### **2.1.3. Thời gian nghiên cứu**

Từ 01/01/2011 đến 31/12/2013. Tiến hành thu thập số liệu trong năm 2014.

### **2.1.4. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.1.4.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả, kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính.

#### **2.1.4.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu**

\* Với nghiên cứu định lượng:

- Người tử vong do bệnh dại: Cỡ mẫu là toàn bộ 41 bệnh nhân nghi dại/tử vong do bệnh dại từ 01/01/2011 đến 31/12/2013 được ghi nhận bằng phiếu điều tra bệnh nhân tử vong do bệnh dại.

- Người bị phơi nhiễm có đi tiêm VXPĐ, HTKD: Cỡ mẫu là toàn bộ 14.000 người phơi nhiễm đến tiêm VXPĐ, HTKD tại các điểm tiêm của Trung tâm Y tế các huyện/thành phố và Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh từ 01/01/2011 đến 31/12/2013 được ghi nhận bằng phiếu, bảng theo dõi và báo cáo người tiêm VXPĐ, HTKD.

- Người đại diện (Trưởng hoặc Phó) Ban chỉ đạo: Đánh giá thực trạng phòng, chống bệnh dại bằng khảo sát 216 Ban chỉ đạo (1 Ban chỉ đạo cấp tỉnh; 11 Ban chỉ đạo cấp huyện/thành phố và 204 Ban chỉ đạo cấp xã/phường/thị trấn) thông qua việc thu thập thông tin, bằng chứng liên quan (quyết định, biên bản, kế hoạch, báo cáo...) về tổ chức, hoạt động của Ban chỉ đạo và kết quả triển khai các hoạt động phòng, chống bệnh dại trên thực tế của địa phương.

\* Với nghiên cứu định tính:

Phỏng vấn sâu 30 người là các nhà lãnh đạo, nhà quản lý (người hoạch định, và thực thi chính sách), nhà chuyên môn (y tế, thú y) liên quan trực tiếp đến hoạt động phòng, chống bệnh dại tại cấp tỉnh, cấp huyện và 5 xã của huyện Mai Sơn

Bảng 2.1. Danh sách đối tượng tham gia phỏng vấn sâu năm 2014

<b>Phân cấp hành chính</b>	<b>Số lượng (người)</b>	<b>Thành phần cụ thể</b>
<b>Cấp tỉnh</b>	5	- Giám đốc Sở Y tế (Phó Ban chỉ đạo PCBTN ở người) - Phó Giám đốc Sở Tài chính (Phó Ban chỉ đạo) - Phó Giám đốc Sở NN&PTNT (Thành viên Ban chỉ đạo), - Chi cục trưởng Chi cục Thú y tỉnh, - Trưởng khoa Kiểm soát BTN Trung tâm YTDP tỉnh.
<b>Cấp huyện (huyện Mai Sơn)</b>	5	- Chủ tịch UBND huyện Mai Sơn (Trưởng Ban chỉ đạo), - Trưởng phòng Y tế huyện Mai Sơn (Phó Ban chỉ đạo), - Trưởng phòng Nông nghiệp huyện Mai Sơn (Thành viên Ban chỉ đạo), - Giám đốc Trung tâm Y tế (thành viên Ban chỉ đạo), - Trạm trưởng Trạm Thú y huyện Mai Sơn.
<b>Cấp xã (thuộc huyện Mai Sơn)</b> - Thị trấn Hát Lót, - Xã Nà Bó, - Xã Chiềng Chăn, - Xã Chiềng Lương, - Xã Tà Hộc.	20	- Phó chủ tịch UBND xã (Trưởng Ban chỉ đạo CSSKBD), - Trạm trưởng Trạm Y tế (Phó Ban chỉ đạo CSSKBD), - Chủ tịch Ủy ban MTTQ hoặc Lãnh đạo các tổ chức đoàn thể (thành viên Ban chỉ đạo), - Nhân viên Thú y xã.

### 2.1.5. Công cụ thu thập số liệu cho nghiên cứu

#### 2.1.5.1. Các phiếu, biểu mẫu điều tra

##### \* Nghiên cứu định lượng

- Mẫu phiếu điều tra bệnh nhân nghi đại/tử vong do bệnh dại, theo qui định của Bộ Y tế (Phụ lục 2).

- Bảng theo dõi người tiêm VXPĐ, HTKD (Phụ lục 3).

- Phiếu báo cáo người tiêm VXPĐ, HTKD (Phụ lục 4).

- Mẫu phiếu trao đổi thông tin giữa y tế và thú y (Phụ lục 5).

- Phiếu khảo sát thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh dại cấp tỉnh, cấp huyện/thành phố (Phụ lục 6); phiếu khảo sát thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh dại cấp xã/phường/thị trấn (Phụ lục 7).

Phiếu khảo sát chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại được xây dựng dựa trên cơ sở “Bảng chấm điểm hoạt động y tế dự phòng” được ban hành theo Quyết định số 3275/QĐ-BYT ngày 11 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế [13].

*\* Nghiên cứu định tính:*

Phiếu phỏng vấn sâu được thiết kế sẵn có sự góp ý của chuyên gia, được thử nghiệm và chỉnh sửa trước khi điều tra chính thức (Phụ lục 8).

#### ***2.1.5.2. Thu thập các số liệu thứ cấp***

- Báo cáo đánh giá diễn biến bệnh dại và kết quả triển khai các biện pháp phòng, chống bệnh dại của Sở Y tế, Trung tâm YTDP tỉnh, Trung tâm Y tế các huyện, giai đoạn 2011-2013.

- Báo cáo diễn biến bệnh dại và kết quả triển khai các biện pháp phòng, chống bệnh dại trên động vật của Sở NN&PTNT, Chi cục Thú y tỉnh, Trạm thú y các huyện, giai đoạn 2011-2013.

- Quyết định phê duyệt kinh phí phòng, chống bệnh dại của các cấp có thẩm quyền, 2011-2013.

- Báo cáo nguồn nhân lực y tế của Sở Y tế tỉnh Sơn La năm 2013.

- Báo cáo nguồn nhân lực thú y của Sở NN&PTNT tỉnh Sơn La năm 2013.

- Báo cáo kết quả tập huấn chuyên môn về phòng, chống bệnh dại của Trung tâm YTDP và Chi cục Thú y tỉnh Sơn La, 2011-2013.

#### **2.1.6. Các biến số và chỉ số đánh giá trong nghiên cứu mô tả**

##### ***2.1.6.1. Tử vong do bệnh dại ở người***

- Đặc trưng cá nhân của người tử vong do bệnh dại (tuổi, giới, dân tộc, học vấn, nơi ở, điều kiện kinh tế) tính theo tỷ lệ phần trăm.

- Tỷ lệ các loại súc vật (chó, mèo, khác) gây phơi nhiễm và dẫn đến tử vong ở người; tỷ lệ phần trăm số lượng vết cắn (1 vết, 2 vết,  $\geq 3$  vết); vị trí vết cắn trên cơ thể (đầu mặt cổ, thân, tay, chân).

- Tỷ lệ người có xử lý vết thương, có tiêm VXPĐ/HTKD sau phơi nhiễm ở nhóm người tử vong do bệnh dại. Thời gian đi tiêm sau phơi nhiễm (trong 15 ngày và sau 15 ngày).

- Tỷ lệ người tử vong do bệnh dại theo địa dư, theo năm, các tháng trong năm. Tỷ lệ người tử vong do bệnh dại tính trên 100.000 dân năm 2011, 2012, 2013 và tỷ lệ tử vong trung bình trong 3 năm (giai đoạn 2011-2013).

#### **2.1.6.2. Người bị phơi nhiễm có đi tiêm VXPĐ, HTKD tại các điểm tiêm**

- Đặc trưng cá nhân của người tiêm VXPĐ, HTKD (tuổi, giới, dân tộc, học vấn, nơi ở, điều kiện kinh tế) tính theo tỷ lệ phần trăm.

- Tỷ lệ loại súc vật cắn gây phơi nhiễm cho người; tỷ lệ số lượng vết cắn và vị trí vết cắn trên cơ thể của người bị phơi nhiễm có đi tiêm VXPĐ, HTKD.

- Tỷ lệ người tiếp cận với VXPĐ, HTKD sau phơi nhiễm trong thời gian  $\leq 15$  ngày và sau 15 ngày tính từ khi bị phơi nhiễm.

- Tỷ lệ người đi tiêm VXPĐ, HTKD theo địa dư, theo năm, theo các tháng trong năm, giai đoạn 2011-2013.

- Tỷ lệ người đi tiêm VXPĐ, HTKD tính trên 100.000 dân năm 2011-2013 và tỷ lệ trung bình 3 năm (giai đoạn 2011-2013).

#### **2.1.6.3. Thực trạng các hoạt động phòng, chống bệnh dại**

- Chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại tại địa phương (tốt, khá, trung bình, kém) được tổng hợp từ 3 nhóm điểm trong phiếu khảo sát, gồm: (1) Điểm đánh giá về tổ chức của Ban chỉ đạo (số lượng thành viên, cơ cấu tổ chức, cơ chế hoạt động của Ban chỉ đạo); (2) Điểm đánh giá về vận hành hoạt động của Ban chỉ đạo (số lượng cuộc họp, nội dung và kết quả các cuộc họp của Ban chỉ đạo) và (3) Điểm đánh giá về kết quả triển khai trên thực tế (truyền thông, giám sát, tỷ lệ tiêm phòng cho đàn chó, tử vong ở người...) tại địa phương.

- Số lượng và tỷ lệ xếp theo trình độ chuyên môn của nguồn nhân lực y tế, thú y có thể huy động trực tiếp tham gia phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La năm 2013. Tỷ lệ cán bộ y tế, thú y được tập huấn chuyên môn trong vòng 24 tháng gần đây tính tại thời điểm 31 tháng 12 năm 2013.

- Số lượng các vụ dịch (của bệnh dại) được phối hợp giám sát, xử lý liên ngành y tế - thú y tại tỉnh Sơn La, 2011-2013.

- Số lượng (đồng) kinh phí đầu tư cho các hoạt động phòng, chống bệnh dại trong lĩnh vực y tế, thú y tính theo bình quân đầu người/năm, giai đoạn 2011-2013.

**2.1.6.4. Thái độ, quan điểm** của các nhà lãnh đạo chính quyền/đoàn thể, nhà quản lý, nhà chuyên môn đối với hoạt động phòng, chống bệnh dại (qua kết quả phỏng vấn sâu).

## **2.2. MỤC TIÊU 2**

Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng, chống bệnh dại theo cách tiếp cận Một sức khỏe tại 3 xã của huyện Mai Sơn, 2014 - 2015.

### **2.2.1. Đối tượng nghiên cứu**

#### **2.2.1.1. Tiêu chuẩn chọn**

- Người là chủ hộ hoặc người đại diện hộ gia đình (HGD) tại 3 xã can thiệp và 3 xã đối chứng, không phân biệt giới tính,  $\geq 15$  tuổi, tự nguyện tham gia và có đủ khả năng trả lời các câu hỏi của phiếu phỏng vấn. Mỗi HGD chỉ chọn 1 người (chủ hộ hoặc người đại diện) để phỏng vấn.

- Người là Trưởng hoặc Phó Ban chỉ đạo của 3 xã can thiệp và 3 xã đối chứng, có đủ sức khỏe, đồng ý tham gia vào nghiên cứu và cung cấp đầy đủ thông tin trong phiếu khảo sát thực trạng chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại tại địa phương, phối hợp với nhóm khảo sát kiểm chứng thông tin trên thực tế.

#### **2.2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Những người  $< 15$  tuổi, người không đủ sức khỏe, không đồng ý tham gia vào nghiên cứu hoặc không có đủ khả năng trả lời phỏng vấn tại HGD.

- Trưởng hoặc Phó Ban chỉ đạo không đồng ý cung cấp hoặc cung cấp không đầy đủ thông tin của Ban chỉ đạo và kết quả các hoạt động phòng, chống bệnh dại

tại địa phương; hoặc nhóm khảo sát không thu thập được đầy đủ các thông tin cần thiết trong phiếu khảo sát.

## 2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

### 2.2.2.1. Địa điểm can thiệp (Phụ lục 1).

Huyện Mai Sơn được chọn chủ đích là vùng can thiệp trong nghiên cứu này. Tại huyện Mai Sơn chọn chủ đích các xã Nà Bó, xã Chiềng Chăn và Thị trấn Hát Lót là 3 xã can thiệp, trong đó: thị trấn Hát Lót là xã thuộc Vùng 1; Nà Bó là xã thuộc Vùng 2; Chiềng Chăn là xã thuộc Vùng 3.

### 2.2.2.2. Địa điểm đối chứng (Phụ lục 1).

Huyện Sông Mã được chọn chủ đích là vùng đối chứng cho nghiên cứu vì có các điều kiện địa lý, kinh tế, xã hội khá tương đồng với huyện Mai Sơn. Tại huyện Sông Mã chọn chủ đích xã Nà Nghiu, xã Chiềng Khoong và thị trấn Sông Mã là 3 xã đối chứng của nghiên cứu, trong đó: thị trấn Sông Mã thuộc Vùng 1; xã Nà Nghiu thuộc Vùng 2; xã Chiềng Khoong thuộc Vùng 3.

Bảng 2.2. Một số tiêu chí so sánh giữa huyện Mai Sơn và huyện Sông Mã[22]

Tiêu chí so sánh		Huyện Mai Sơn (vùng can thiệp)	Huyện Sông Mã (vùng đối chứng)
Diện tích tự nhiên		1.428km <sup>2</sup>	1.646 km <sup>2</sup>
Tổng dân số năm 2013		152.284 người	138.976 người
Số xã/thị trấn theo vùng kinh tế	Vùng 1	9	6
	Vùng 2	8	7
	Vùng 3	5	6
Cơ cấu dân tộc	Kinh	21,9%	15,5%
	Thái	58,1%	59,8%
	Mông	15,3%	17,8%
	Khác	6,7%	6,9%
Lũy tích người tử vong do bệnh đại từ 1/01/2011 đến 31/12/2013		4 người	5 người
Tổng đàn chó nuôi(con)	Năm 2011	28.400	25.450
	Năm 2012	27.011	23.199
	Năm 2013	23.262	21.636



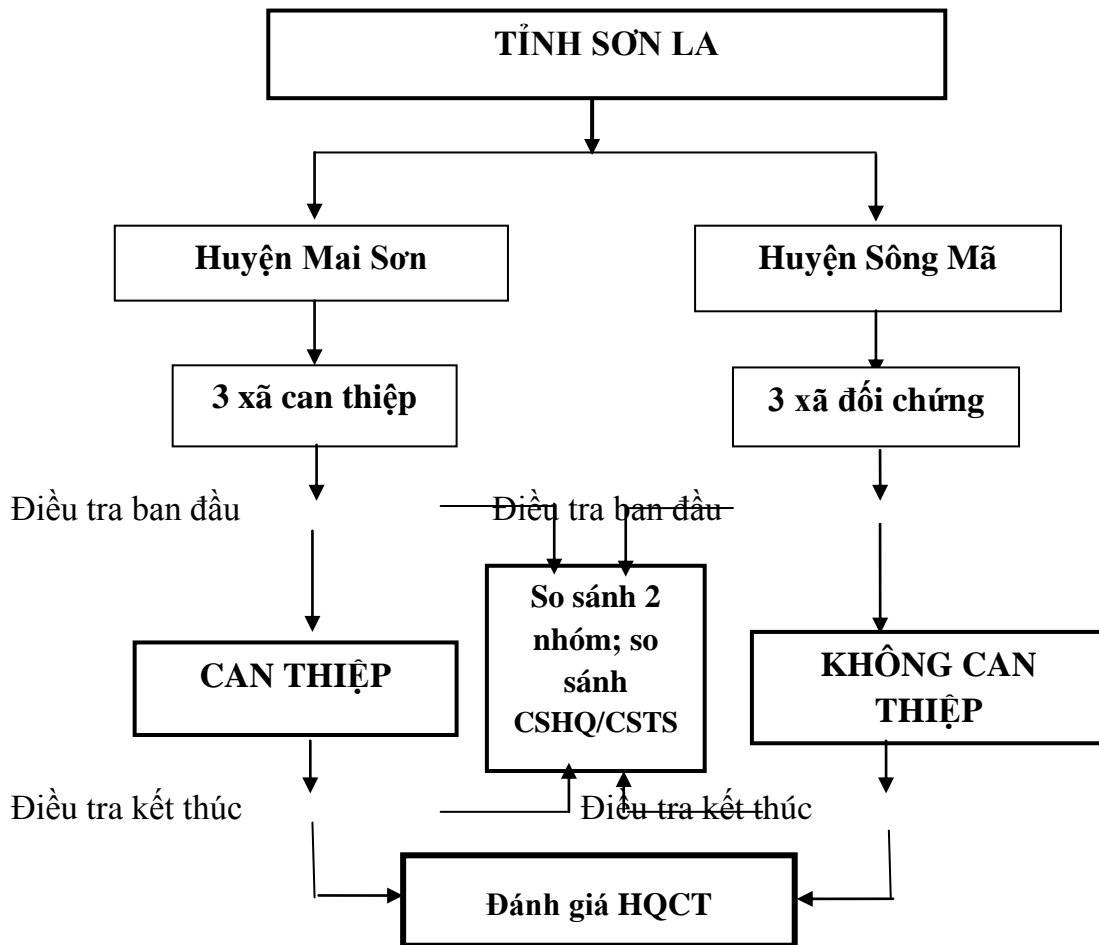
### 2.2.3. Thời gian nghiên cứu

- Thời gian can thiệp: Tiến hành trong 2 năm (từ 01/01/2014 đến 31/12/2015).
- Thời gian thu thập số liệu: Từ 01/01/2014 đến 31/01/2016.

### 2.2.4. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng.



Hình 2.1. Sơ đồ nghiên cứu can thiệp

### 2.2.4.2. Cỡ mẫu

\* *Tại cộng đồng*

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho các nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng được WHO khuyến cáo sử dụng [106]:

$$n_1 = n_2 = \frac{\{z_{1-\alpha/2}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}\}^2}{(p_1 - p_2)^2} * DE$$

Trong đó:

$n_1$  = Cỡ mẫu của nhóm can thiệp.

$n_2$  = Cỡ mẫu của nhóm đối chứng.

$Z_{(1-\alpha/2)}$  = Hệ số tin cậy (ở mức xác suất 95% có  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ).

$Z_{(1-\beta)}$  = Lực mẫu ( $z_{1-\beta} = 80\%$ ).

$p_1$  = Tỷ lệ hộ gia đình có tiêm VXPĐ cho chó nuôi ở 3 xã can thiệp của huyện Mai Sơn tại lần điều tra ban đầu ( $p_1 = 58,2\%$ ) [26].

$p_2$  = Tỷ lệ hộ gia đình có tiêm VXPĐ cho chó nuôi ở 3 xã can thiệp của huyện Mai Sơn ước đoán sẽ đạt được tại thời điểm điều tra kết thúc ( $p_2 = 67,2\%$ , dự kiến tăng 9% sau can thiệp).

$\bar{p}$  =  $(p_1 + p_2)/2$

DE = Hệ số thiết kế mẫu (chọn DE = 2).

Thay các tham số trên vào công thức và làm tròn kết quả, cỡ mẫu tính được là:

$n_1 = n_2 = 356$  người. Trên thực tế nghiên cứu thực hiện được:

- Nhóm can thiệp: 396 người (đại diện cho 396 HGD), trong đó: thị trấn Hát Lót 178 người; xã Nà Bó 104 người; xã Chiềng Chăn 114 người.

- Nhóm đối chứng: 396 người (đại diện cho 396 HGD), trong đó: xã Nà Nghiu 176 người; xã Chiềng Khoong 99 người; thị trấn Sông Mã: 121 người.

\* *Các Ban chỉ đạo*

- Tại huyện Mai Sơn: Trưởng hoặc Phó Ban chỉ đạo CSSKBD của 3 xã can thiệp (thị trấn Hát Lót, xã Nà Bó và xã Chiềng Chăn).

- Tại huyện Sông Mã: Trưởng hoặc Phó Ban chỉ đạo CSSKBD của 3 xã đối chứng (thị trấn Sông Mã, xã Nà Nghịu và xã Chiềng Khoong).

### **2.2.4.3. Cách chọn mẫu**

*\* Tại cộng đồng*

Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu nhiều giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Chọn vùng can thiệp và vùng đối chứng (có điều kiện tự nhiên, kinh tế, văn hóa, xã hội khá tương đồng, có người tử vong do bệnh đại liên tục trong 3 năm 2011-2013). Trong nghiên cứu này chọn chủ đích huyện Mai Sơn là vùng can thiệp và huyện Sông Mã là vùng đối chứng. Hai huyện này đều có người tử vong do bệnh đại trong giai đoạn 2011-2013

- Giai đoạn 2: Tại mỗi huyện chọn chủ đích 03 xã:

+ Tại huyện Mai Sơn: Chọn 3 xã can thiệp là thị trấn Hát Lót, xã Nà Bó và xã Chiềng Chăn.

+ Tại huyện Sông Mã: Chọn 3 xã đối chứng là xã Nà Nghịu, xã Chiềng Khoong và thị trấn Sông Mã.

- Giai đoạn 3: Chọn HGD theo phương pháp ngẫu nhiên đơn dựa trên danh sách HGD do UBND xã cung cấp. Sử dụng kỹ thuật trộn ngẫu nhiên trên bảng tính Microsoft Excel.

Số HGD được chọn của mỗi xã tỷ lệ thuận với dân số các xã và đáp ứng theo cỡ mẫu nghiên cứu.

Tại mỗi HGD chỉ phỏng vấn 1 người duy nhất là chủ hộ hoặc người đại diện HGD nếu chủ hộ đi vắng.

*\* Các Ban chỉ đạo:*

Chọn Ban chỉ đạo của 3 xã can thiệp và 3 xã đối chứng. Mỗi Ban chỉ đạo chỉ chọn 01 lãnh đạo (Trưởng hoặc Phó ban thường trực) là người có đủ khả năng cung cấp thông tin và phối hợp kiểm chứng thông tin trong phiếu khảo sát.

## **2.2.5. Công cụ thu thập số liệu cho nghiên cứu can thiệp**

### **2.2.5.1. Các biểu mẫu điều tra**

- Phiếu phỏng vấn hộ gia đình: Phiếu được thiết kế sẵn, có sự góp ý của chuyên gia và điều chỉnh sau thử nghiệm. Sử dụng duy nhất mẫu phiếu này cho cả điều tra ban đầu và điều tra kết thúc tại thực địa (Phụ lục 9).

- Phiếu khảo sát thực trạng hoạt động phòng chống bệnh đại tuyền xã. Sử dụng mẫu phiếu này cho khảo sát ban đầu và khảo sát kết thúc tại thực địa (Phụ lục 7).

### **2.2.5.2. Thu thập các số liệu thứ cấp**

- Biên bản hội nghị liên ngành tăng cường phòng, chống bệnh đại 2014, 2015.

- Báo cáo kết quả các lớp tập huấn chuyên môn y tế, thú y 2014-2015.

- Biên bản, báo cáo kết quả tổ chức các hoạt động truyền thông, 2014-2015.

- Báo cáo kết quả triển khai tiêm vắc xin cho chó tại vùng can thiệp và vùng đối chứng 2014-2015 của ngành thú y (Trạm Thú y huyện, Chi cục Thú y tỉnh).

- Báo cáo kết quả triển khai các hoạt động phòng, chống bệnh đại ở người tại vùng can thiệp và vùng đối chứng 2014-2015 của Trạm y tế xã, Trung tâm Y tế huyện, Trung tâm YTDP tỉnh.

- Quyết định phê duyệt kinh phí phòng chống bệnh đại ở người, ở động vật của cấp có thẩm quyền tại vùng can thiệp và vùng đối chứng, 2014-2015.

## **2.2.6. Các chỉ số đánh giá trong nghiên cứu can thiệp**

### **2.2.6.1. Đặc trưng cá nhân của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng tại cộng đồng**

Đặc trưng cá nhân của đối tượng nghiên cứu theo giới, nhóm tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi ở, hoàn cảnh kinh tế ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng (tỷ lệ phần trăm) ở thời điểm điều tra ban đầu.

### **2.2.6.2. Các chỉ số đánh giá hiệu quả các hoạt động can thiệp**

#### *(1) Hiệu quả truyền thông*

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu được tiếp cận với các nguồn thông tin về phòng, chống bệnh đại tại nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trước và sau can thiệp.

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt về phòng chống bệnh đại tại nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trước và sau can thiệp.

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thực hành đúng về phòng, chống bệnh dại trong chăn nuôi (đăng ký nuôi chó, xích nhốt chó và tiêm VXPĐ cho chó) tại nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trước và sau can thiệp.

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thực hành đúng về phòng chống bệnh dại khi bị phơi nhiễm từ động vật (xử lý vết thương, tiêm VXPĐ, HTKD sau phơi nhiễm) tại nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trước và sau can thiệp.

*(2) Hiệu quả vận động chính sách và huy động sự tham gia của các ngành, các cấp trước và sau can thiệp*

- Kết quả đạt được (mức độ: tốt, khá, trung bình, kém) qua khảo sát thực trạng chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại tại các xã can thiệp và xã đối chứng, trước và sau can thiệp.

- Tỷ lệ người được hưởng chính sách tiêm vắc xin miễn phí/tổng số người phơi nhiễm đi tiêm VXPĐ, HTKD tại các xã can thiệp và xã đối chứng, trước và sau can thiệp.

- Tỷ lệ chó được tiêm vắc xin miễn phí hoặc trợ giá theo chính sách của tỉnh/tổng số chó có tiêm phòng tại các xã can thiệp và xã đối chứng, trước và sau can thiệp.

*(3) Hiệu quả tập huấn chuyên môn và phối hợp y tế - thú y trong đáp ứng với bệnh dại, trước và sau can thiệp; Hiệu quả cung cấp dịch vụ y tế và dịch vụ thú y:*

- Tỷ lệ cán bộ y tế, cán bộ thú y được tập huấn kiến thức về PCBD tại các xã can thiệp và xã đối chứng, trước và sau can thiệp.

- Tỷ lệ các vụ dịch (của bệnh dại) được phối hợp liên ngành y tế - thú y trong điều tra, xử lý tại vùng can thiệp và vùng đối chứng, trước và sau can thiệp.

- Tỷ lệ người bị phơi nhiễm tiêm VXPĐ, HTKD tính trên 100.000 dân tại các xã can thiệp và xã đối chứng, trước và sau can thiệp.

- Tỷ lệ bao phủ vắc xin trên đàn chó tại các xã can thiệp và xã đối chứng, trước và sau can thiệp.

*(4) Hiệu quả huy động các nguồn tài chính cho phòng chống bệnh dại*

- Số lượng kinh phí (đồng) bình quân đầu người/năm cho phòng, chống bệnh dại tại các xã can thiệp và xã đối chứng, trước và sau can thiệp.

### **2.2.7. Nội dung can thiệp**

Nghiên cứu được tiến hành tại 6 xã, trong đó 3 xã triển khai can thiệp (thuộc huyện Mai Sơn) và 3 xã đối chứng (thuộc huyện Sông Mã).

Trên cơ sở thu thập, phân tích kết quả từ nghiên cứu mô tả, xác định những vấn đề còn tồn tại trong hoạt động phòng, chống bệnh dại (giai đoạn 2011-2013), từ đó đề xuất các hoạt động can thiệp theo cách tiếp cận Một sức khỏe. Các nội dung can thiệp được triển khai trên thực địa trong 2 năm (2014-2015). Đánh giá chỉ số hiệu quả (CSHQ), chỉ số trước sau (CSTS) trong từng nhóm và hiệu quả can thiệp (HQCT) bằng so sánh giữa 2 nhóm.

Các nội dung can thiệp bao gồm:

#### **2.2.7.1. Truyền thông về phòng, chống bệnh dại**

Tổ chức các chiến dịch truyền thông và hoạt động truyền thông tăng cường nhằm nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi của người dân; huy động sự tham gia của cộng đồng trong phòng, chống bệnh dại. Bao gồm:

- Truyền thông trực tiếp qua hình thức họp dân tại 54 tổ/bản thuộc 3 xã can thiệp.
- Truyền thông lưu động bằng xe máy có gắn loa, đến tất cả các bản, các cụm dân cư tập trung đông người thuộc 3 xã can thiệp.
- Vận động ký Bản cam kết phòng chống bệnh dại, đối với tất cả các HGD có nuôi chó, mèo thuộc 3 xã can thiệp.
- Xây dựng các cụm pa-nô tại trung tâm 3 xã can thiệp.
- Sản xuất và phân phát tờ rơi, sách nhỏ cho các cán bộ y tế, thú y, trưởng bản và một số HGD tại 3 xã can thiệp.
- Tổ chức Lễ mít tinh hưởng ứng “Ngày Thế giới phòng, chống bệnh dại” (năm 2014 và 2015) tại các xã can thiệp.
- Phát các thông điệp phòng, chống bệnh dại bằng 3 thứ tiếng (tiếng Kinh, tiếng Thái, tiếng Mông) qua hệ thống loa truyền thanh tại 3 xã can thiệp.

#### **2.2.7.2. Vận động chính sách và huy động sự tham gia của các cấp, ngành**

Tổ chức các hội nghị liên ngành về tăng cường phòng chống bệnh dại cấp huyện, cấp xã nhằm thúc đẩy việc xây dựng kế hoạch phòng chống bệnh dại của 3

xã can thiệp; thúc đẩy thực hiện các chính sách của tỉnh; huy động sự tham gia của các cấp, các ngành tại địa phương.

- 2 hội nghị cấp huyện (2014 và 2015).

- 6 hội nghị cấp xã (2014 và 2015).

### **2.2.7.3. Tập huấn chuyên môn cho nhân viên y tế và thú y**

Triển khai các lớp tập huấn chuyên môn theo hình thức phối hợp liên ngành y tế - thú y trên địa bàn huyện Mai Sơn, có ưu tiên về tỷ lệ tham gia của nhân viên thú y xã, nhân viên Trạm y tế xã và nhân viên y tế thôn bản của 3 xã can thiệp trong hai năm 2014-2015 với 4 lớp tập huấn.

### **2.2.7.4. Cung cấp dịch vụ y tế và thú y**

Tăng cường cung cấp dịch vụ y tế, dịch vụ thú y tại huyện Mai Sơn và 3 xã can thiệp.

- Củng cố và duy trì điểm tiêm VXPĐ, HTKD cho người tại Trung tâm Y tế huyện Mai Sơn, cung cấp dịch vụ tiêm phòng 7/7 ngày trong tuần.

- Tăng cường các chiến dịch tiêm phòng vắc xin cho đàn chó (2 chiến dịch/năm) tại 3 xã can thiệp.

### **2.2.7.5. Huy động nguồn tài chính phòng, chống bệnh dại**

Huy động các nguồn tài chính, tài trợ cho phòng, chống bệnh dại tại vùng can thiệp từ ngân sách UBND các cấp, các dự án trong nước và quốc tế, các nhà tài trợ, đóng góp của người dân thông qua chi trả dịch vụ y tế và thú y.

## **2.2.8. Quy trình điều tra trước và sau can thiệp**

### **2.2.8.1. Điều tra, phỏng vấn tại hộ gia đình**

Tiến hành điều tra ban đầu và điều tra kết thúc đồng thời ở 3 xã can thiệp và 3 xã đối chứng theo các bước:

- Tập huấn cho nhóm điều tra, tổ giám sát trước khi tiến hành điều tra thực địa.

- + Tại mỗi huyện thành lập 05 nhóm điều tra. Thành phần mỗi nhóm gồm: 1 bác sĩ của Trung tâm YTDP tỉnh (Trưởng nhóm); 1 bác sĩ hoặc y sĩ của Trung tâm Y tế huyện; 1 nhân viên của Trạm y tế xã và 1 người dẫn đường.

+ Thành lập tổ giám sát gồm 3 người thuộc nhóm nghiên cứu và không thuộc thành phần các nhóm điều tra nói trên.

- Điều tra tại thực địa theo hình thức cuốn chiếu, điều tra phỏng vấn xong ở tổ/bản này mới di chuyển sang tổ/bản khác.

Để đảm bảo có chủ hộ/người đại diện HGD có mặt tại nhà khi phỏng vấn, các nhóm điều tra gửi danh sách thông báo các HGD được chọn cho Trưởng bản/Trưởng tiểu khu muộn nhất là trước 2 ngày. Trong trường hợp cần thiết tiến hành phỏng vấn vào buổi trưa, buổi tối (ngoài giờ hành chính) để ít ảnh hưởng đến công việc, sinh hoạt của người dân.

- Giám sát trong và sau điều tra: Tổ giám sát tiến hành bắt thăm ngẫu nhiên và điều tra lại ít nhất 5% số phiếu phỏng vấn HGD để đảm bảo độ chính xác của các thông tin thu thập được.

#### ***2.2.8.1. Khảo sát thực trạng chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại***

Tiến hành khảo sát ban đầu và khảo sát kết thúc tại các xã can thiệp và các xã đối chứng cùng một thời điểm theo các bước:

- Tập huấn cho nhóm khảo sát, tổ giám sát trước khi tiến hành điều tra thực địa.

- Thành lập 2 nhóm khảo sát (1 nhóm khảo sát tại 3 xã can thiệp và 1 nhóm khảo sát tại 3 xã đối chứng). Thành phần mỗi nhóm gồm 1 bác sĩ của Trung tâm YTDP tỉnh, 1 bác sĩ hoặc y sĩ của Trung tâm Y tế huyện và Trưởng trạm Y tế xã.

- Để đảm bảo thu thập đủ thông tin và bằng chứng về thực trạng các hoạt động PCBD, Trung tâm YTDP gửi công văn đề nghị phối hợp khảo sát đến tất cả UBND và Ban chỉ đạo các xã trước 10 ngày. Nhóm khảo sát liên lạc trước bằng điện thoại để hẹn và đặt lịch làm việc trực tiếp với Trưởng hoặc Phó Ban chỉ đạo tại địa phương.

### **2.3. QUẢN LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU**

- Số liệu được thu thập, mã hóa và nhập trên phần mềm EPIDATA 3.1.

- Sử dụng các thuật toán thống kê trên phần mềm STATA 10.0 để phát hiện các mối liên quan, so sánh các tỷ lệ.

- Sử dụng phần mềm ArcGIS 9.3 để vẽ bản đồ tử vong do bệnh dại ở người.

Để đo lường một số chỉ số, nghiên cứu áp dụng cách tính toán, phân loại sau:



### 2.3.1. Phân loại chỉ số chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại

Để đo lường chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại ở người sử dụng phân loại 4 mức trên cơ sở kết quả chấm điểm theo thang điểm 100.

- Đạt  $\geq 85$  đến 100 điểm: xếp loại tốt.
- Đạt  $\geq 70$  đến 84 điểm: xếp loại khá.
- Đạt  $\geq 50$  đến 69 điểm: xếp loại trung bình.
- Đạt  $< 50$  điểm: xếp loại kém.

### 2.3.2. Phân loại chỉ số mức độ hiểu biết về phòng, chống bệnh dại

Để đo lường mức độ hiểu biết của đối tượng nghiên cứu tại cộng đồng dựa vào kết quả trả lời đúng số lượng các câu hỏi về kiến thức phòng, chống bệnh dại của người được phỏng vấn.

- Nếu trả lời đúng  $\leq 2/5$  câu hỏi được xếp loại là có kiến thức chưa tốt;
- Nếu trả lời đúng  $\geq 3/5$  câu hỏi được xếp loại là có kiến thức tốt.

### 2.3.3. Cách tính chỉ số hiệu quả, chỉ số trước sau, hiệu quả can thiệp

Để tính toán các chỉ số hiệu quả, chỉ số trước sau và hiệu quả can thiệp sử dụng các công thức sau:

- *Chỉ số hiệu quả:*

$CSHQ (\%) = [(KQS - KQT)/KQT] \times 100$  (tính bằng %) ở vùng can thiệp.

CSHQ có giá trị dương (+) là tăng; giá trị âm (-) là giảm.

- *Chỉ số trước sau:*

$CSTS (\%) = [(KQS - KQT)/KQT] \times 100$  (tính bằng %) ở vùng đối chứng.

CSTS có giá trị dương (+) là tăng; giá trị âm (-) là giảm.

- *Hiệu quả can thiệp:*

$HQCT (\%) = CSHQ (\%) - CSTS (\%)$ . HQCT có giá trị dương (+) là tăng; giá trị âm (-) là giảm.

Ghi chú: CSHQ: Chỉ số hiệu quả tại vùng can thiệp; CSTS: Chỉ số trước sau tại vùng đối chứng; HQCT: Hiệu quả can thiệp; KQT: Kết quả trước; KQS: Kết quả sau.

## **2.4. SAI SỐ VÀ HẠN CHẾ SAI SỐ**

- Đối với sai số nhớ lại: Hạn chế bằng cách chỉ yêu cầu đối tượng nghiên cứu trả lời các sự kiện đã xảy ra trong khoảng thời gian tối đa là 24 tháng gần nhất trong các phiếu khảo sát, điều tra, phỏng vấn.

- Các phiếu phỏng vấn, phiếu khảo sát dùng trong điều tra ban đầu, điều tra kết thúc được thiết kế sẵn với sự góp ý của các chuyên gia, sau đó tiến hành phỏng vấn thử. Những điểm chưa phù hợp đã được chỉnh sửa trước khi điều tra chính thức.

- Đối với điều tra viên: Đây là nghiên cứu tại cộng đồng nên các điều tra viên được tập huấn đầy đủ trước khi đi thực địa, đảm bảo chất lượng đồng nhất trong quá trình thu thập số liệu của nghiên cứu.

- Nhóm nghiên cứu có trách nhiệm tổ chức giám sát, kiểm tra ngẫu nhiên ít nhất 5% số phiếu phỏng vấn tại HGD để đánh giá độ xác thực của thông tin thu được. Kiểm tra toàn bộ số phiếu khảo sát chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại ở cấp huyện (11/11) và tối thiểu 5% số phiếu khảo sát ở cấp xã.

- Số liệu được mã hóa và nhập hai lần trên phần mềm EPIDATA 3.1 để hạn chế tối đa sai sót về số học.

## **2.5. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU**

Đề cương nghiên cứu và các vấn đề liên quan đã được Hội đồng Đánh giá y đức của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương đồng ý thông qua. Nghiên cứu viên, điều tra viên, giám sát viên tuyệt đối tuân thủ đề cương trong suốt quá trình tiến hành nghiên cứu. Đối tượng tham gia vào nghiên cứu được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu, tham gia hoàn toàn tự nguyện. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật.

**Chương 3**  
**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. THỰC TRẠNG BỆNH ĐẠI Ở NGƯỜI VÀ CÁC HOẠT ĐỘNG PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI TẠI TỈNH SƠN LA, 2011 – 2013**

**3.1.1. Thực trạng bệnh đại ở người, 2011-2013**

**3.1.1.1. Tử vong do bệnh đại ở người, 2011-2013**

Bảng 3.1. Một số đặc trưng cá nhân của người tử vong do bệnh đại (n=41)

<b>Biến số</b>	<b>Phân loại</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Giới tính</b>	Nam giới	16	39,0
	Nữ giới	25	61,0
<b>Nhóm tuổi</b>	≤15 tuổi	10	24,4
	16-35 tuổi	11	26,8
	36-59 tuổi	15	36,6
	≥60 tuổi	5	12,2
<b>Dân tộc</b>	Kinh	4	9,7
	Thái	27	65,9
	Mông	7	17,1
	Khác	3	7,3
<b>Trình độ học vấn</b>	Không đi học, mù chữ	8	19,5
	Phổ thông (tiểu học đến PTTH)	31	75,6
	Trên phổ thông	2	4,9
<b>Địa bàn sinh sống</b>	Thành thị (thị trấn)	7	17,1
	Nông thôn	34	82,9
<b>Hoàn cảnh kinh tế</b>	Thuộc hộ nghèo	23	56,1
	Không thuộc hộ nghèo	18	43,9

*Nhận xét:* Trong 3 năm (2011-2013) tỉnh Sơn La có 41 người tử vong do bệnh đại, trong đó nam giới chiếm tỷ lệ 39,0%, nữ giới 61,0%. Trẻ ≤15 tuổi chiếm 24,4%. Người dân tộc Thái chiếm 65,9%, dân tộc Mông 17,1%, dân tộc Kinh 9,7%.

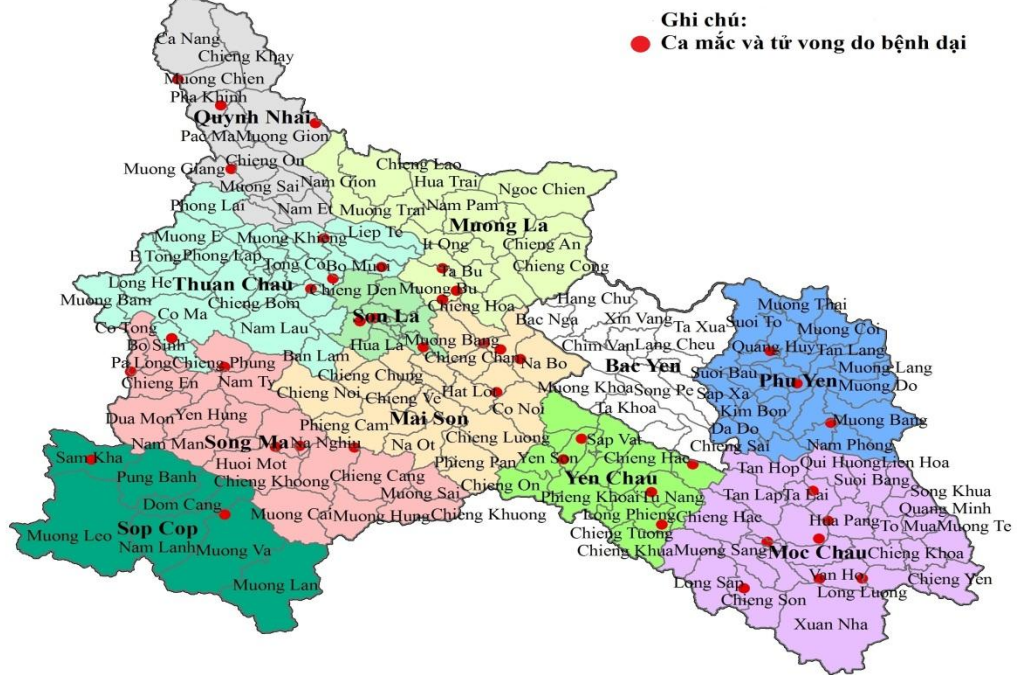
Người không đi học, mù chữ chiếm 19,5%, người dân sống ở khu vực nông thôn chiếm 82,9% và có 56,1% người tử vong là thuộc hộ nghèo.

Bảng 3.2. Một số đặc điểm phơi nhiễm của các ca tử vong, 2011-2013 (n=41)

Biến số	Phân loại	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cách thức lây truyền	Vết cắn trực tiếp	39	95,1
	Qua tiếp xúc	2	4,9
Tình trạng con vật lúc cắn hoặc tiếp xúc	Bình thường	5	12,2
	Ốm, rối loạn hành vi	36	87,8
Tình trạng tiêm phòng của động vật gây phơi nhiễm	Có tiêm phòng	0	0
	Không tiêm phòng	41	100
Số lượng vết cắn (n=39)	1 vết	22	56,4
	2 vết	12	30,8
	≥ 3 vết	5	12,8
Mức độ vết thương (n=39)	Độ I	6	15,4
	Độ II	23	59,0
	Độ III	10	25,6
Xử trí vết thương (n=39)	Có xử lý	22	56,4
	Không xử lý	17	43,6
Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm	Có điều trị	0	0
	Không điều trị	41	100

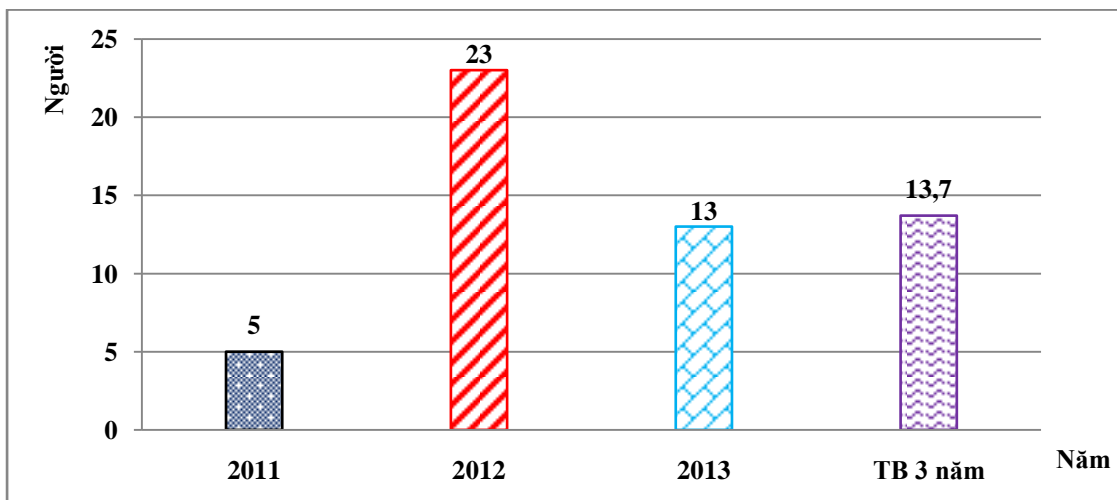
*Nhận xét:* Toàn bộ 41 người tử vong đều bị phơi nhiễm từ chó, trong đó 95,1% bị chó cắn trực tiếp và 4,9% là phơi nhiễm qua tiếp xúc (1 người tham gia giết mổ chó, 1 người chăm sóc chó ốm).

Toàn bộ 100% số chó gây phơi nhiễm cho người không được tiêm phòng. Người có 1 vết cắn chiếm 56,4%, có 2 vết là 30,8% và 12,8% có ≥3 vết cắn. Vết thương độ I chiếm 15,4%, độ II là 59,0% và 25,6% là vết thương độ III. Tỷ lệ người có xử lý vết thương là 56,4% và 100% người tử vong do bệnh dại trong giai đoạn này không được điều trị dự phòng sau phơi nhiễm.



Hình 3.1. Bản đồ phân bố người tử vong do bệnh dại theo địa dư hành chính tại tỉnh Sơn La, 2011-2013 (n=41)

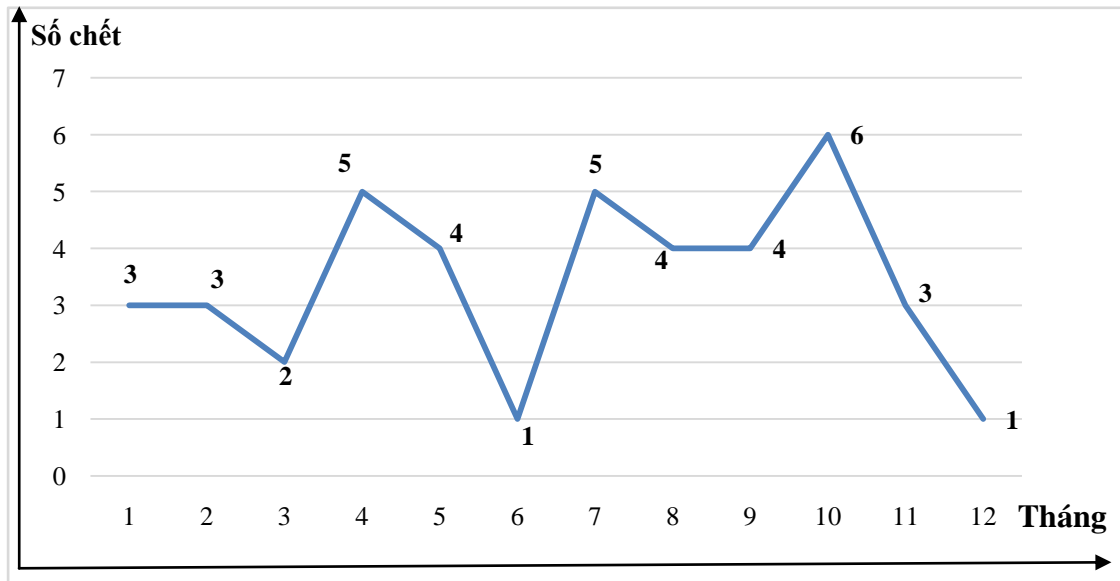
*Nhận xét:* Tử vong do bệnh dại ở người xảy ra rải rác tại 10/11 huyện, thành phố, có duy nhất huyện Bắc Yên không có người tử vong do bệnh dại trong giai đoạn 2011-2013. Các huyện có số người tử vong cao gồm: Mộc Châu (7 người), Yên Châu (5 người), Thuận Châu (5 người), Sông Mã (5 người), Mai Sơn (4 người) và nhiều hơn các huyện, thành phố khác trong tỉnh.



Hình 3.2. Phân bố người tử vong theo năm và trung bình 3 năm, 2011-2013 (n=41)

*Nhận xét:* Năm 2011 có 5 người, 2012 có 23 người, năm 2013 có 13 người tử vong do bệnh dại trên toàn tỉnh.

Tỷ lệ tử vong do bệnh dại năm 2011 là 0,45/100.000 dân, cao nhất là năm 2012 với 2,05/100.000 dân, năm 2013 là 1,13/100.000 dân. Tỷ lệ tử vong trung bình trong 3 năm (2011-2013) tại tỉnh Sơn La là 1,21/100.000 dân.



Hình 3.3. Phân bố người tử vong theo các tháng trong năm, 2011-2013 (n=41)

*Nhận xét:* Trong giai đoạn 2011-2013 tử vong do bệnh dại ở người gặp ở tất cả các tháng trong năm nhưng ở tháng 4, tháng 5 và các tháng từ 7 đến 10 có số người tử vong cao hơn các tháng khác.

Lũy tích trong 3 năm, tháng có số người tử vong cao nhất là tháng 10 (với 6 trường hợp), tháng gặp ít nhất là tháng 6 và tháng 12 (có 1 trường hợp).

### 3.1.1.2. Người điều trị dự phòng sau phơi nhiễm, 2011-2013

Trong giai đoạn 2011-2013 trên địa bàn tỉnh Sơn La có tổng số 14.000 người đến tiêm vắc xin phòng dại, huyết thanh kháng dại sau phơi nhiễm tại các điểm tiêm trên địa bàn toàn tỉnh. Trong đó:

Năm 2011 có 1.293 người.

Năm 2012 có 7.133 người.

Năm 2013 có 5.574 người.

Bảng 3.3. Một số đặc điểm của người tiêm vắc xin phòng dại sau phơi nhiễm tại tỉnh Sơn La, 2011-2013 (n=14.000)

Biến số	Phân loại	Tỷ lệ(%)
<b>Giới tính</b>	Nam giới	55,2
	Nữ giới	44,8
<b>Nhóm tuổi</b>	≤15 tuổi	42,7
	16-35 tuổi	27,6
	36-59 tuổi	22,3
	≥60 tuổi	7,4
<b>Dân tộc</b>	Kinh	19,0
	Thái	51,5
	Mông	20,3
	Khác	9,2
<b>Trình độ học vấn</b>	Không đi học, mù chữ	9,1
	Phổ thông	85,5
	Trên phổ thông	5,4
<b>Địa bàn sinh sống</b>	Thị trấn	12,1
	Nông thôn	87,9
<b>Hoàn cảnh kinh tế</b>	Người thuộc hộ nghèo	32,0
	Người không thuộc hộ nghèo	68,0

*Nhận xét:* Trong tổng số 14.000 người điều trị dự phòng sau phơi nhiễm bằng VXPĐ/HTKD gặp ở nam giới là 55,2%, cao hơn ở nữ giới (44,8%).

Nhóm trẻ em ≤15 tuổi chiếm tỷ lệ 42,7% và cao hơn các nhóm tuổi khác.

Người dân tộc Thái chiếm 51,5% và cao hơn các nhóm dân tộc khác.

Số người đi tiêm phòng dại có trình độ học vấn phổ thông (từ tiểu học, trung học cơ sở đến phổ thông trung học) chiếm 85,5%. Người có trình độ trung cấp nghề, cao đẳng, đại học... chiếm 5,4% và còn 9,1% là người mù chữ.

Người sống tại khu vực nông thôn chiếm 87,9%, khu vực thị trấn 12,7%. Có 32% là người thuộc hộ nghèo và 68,0% không thuộc hộ nghèo.

Bảng 3.4. Một số đặc điểm của động vật gây phơi nhiễm cho người (n=14.000)

Biến số	Phân loại	Tỷ lệ(%)
Loại động vật	Chó	96,0
	Mèo	3,1
	Súc vật khác	0,9
Tình trạng của động vật khi cắn người	Bình thường	62,4
	Ốm	13,9
	Chạy rông, không rõ	21,6
	Lên cơn dại	2,1
Theo dõi động vật sau khi gây phơi nhiễm cho người	Có theo dõi	16,5
	Không theo dõi	83,5

*Nhận xét:* Chó là động vật chủ yếu gây phơi nhiễm cho người (96,0%), các loài động vật khác chiếm tỷ lệ thấp (3,1% do mèo và 0,9% do các động vật khác như chuột, khỉ, sóc...). Khi gây vết cắn cho người có 62,4% số chó nhìn như bình thường, 13,9% số chó có biểu hiện ốm, 21,6% là chó chạy rông và chỉ có 2,1% số chó đang có biểu hiện lên cơn dại.

Tỷ lệ người bị phơi nhiễm có theo dõi được động vật trong thời gian  $\geq 10$  ngày chiếm 16,5%, còn 83,5% các trường hợp là không theo dõi được tình trạng sức khỏe của con vật sau khi gây vết thương cho người.

*\* Về đặc điểm vết thương ở người bị phơi nhiễm:*

Trong 14.000 trường hợp bị phơi nhiễm số người chỉ có 1 vết cắn duy nhất chiếm 69,1%, người bị 2 vết cắn là 23,8% và 7,1% trường hợp có  $\geq 3$  vết cắn. Vị trí vết thương ở chân chiếm 61,7%, ở tay 29,0%, vết thương ở thân và khu vực đầu mặt cổ gặp ít hơn (6,2% và 3,1%).

Tỷ lệ người có vết thương độ I chiếm 23,1%, độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (64,6%) và còn lại 12,3% là các vết thương độ III.



Bảng 3.5. Mối liên quan giữa thời gian từ khi phơi nhiễm đến khi tiêm vắc xin phòng dại theo giới, nhóm tuổi, nơi ở và hoàn cảnh kinh tế (n=14.000)

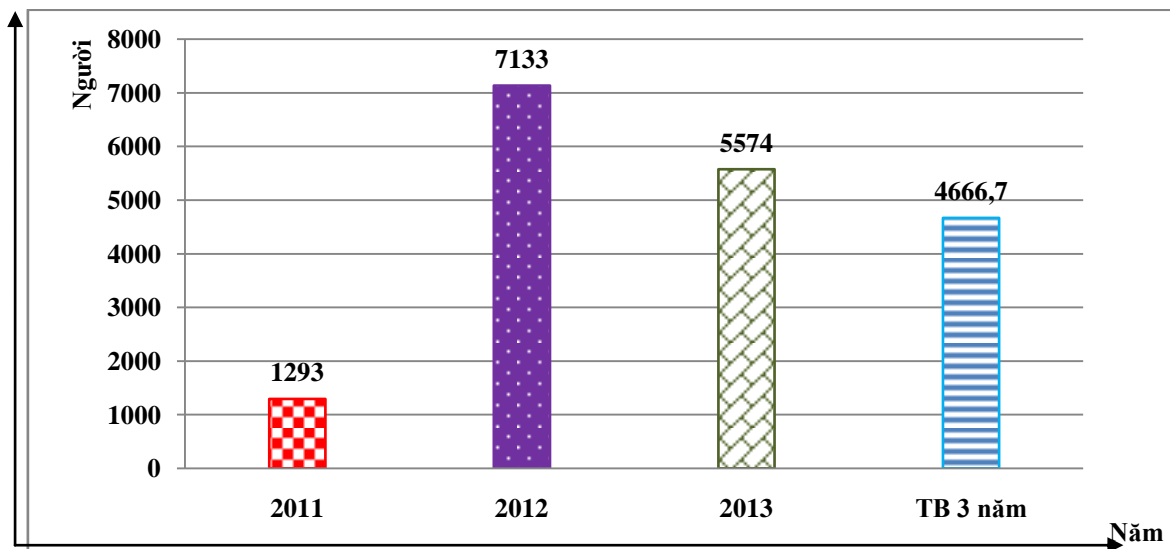
Biến số	Phân nhóm	>15 ngày		≤15 ngày		OR (95% CI)	p
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nữ giới	1.672	12,0	4.601	32,8	1,31 (1,219-1,424)	p<0,001
	Nam giới	1.670	11,9	6.057	43,3		
Nhóm tuổi	≤15 tuổi	1.752	12,5	4.230	30,2	1,67 (1,548-1,810)	p<0,001
	>15 tuổi	1.590	11,4	6.428	45,9		
Nơi ở	Thị trấn	1.389	9,9	306	2,2	1,49 (1,305-1,694)	p<0,001
	Nông thôn	9.269	66,2	3.036	21,7		
Hoàn cảnh kinh tế	Thuộc hộ nghèo	1.218	15,2	2.356	16,8	2,02 (1,858-2,198)	p<0,001
	Không thuộc hộ nghèo	2.124	8,7	8.302	59,3		

*Nhận xét:*

Tỷ lệ người đến tiêm VXPĐ, HTKD sau 15 ngày sau phơi nhiễm chiếm 23,9%, người đến tiêm trong 15 ngày đầu tiên chiếm 76,1%.

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy nguy cơ tương đối của việc đi tiêm muộn sau 15 ngày ở nam giới cao hơn ở nữ giới khoảng 1,37 lần (OR = 1,37), người lớn cao hơn trẻ em khoảng 1,67 lần (OR = 1,67), người sống ở nông thôn cao hơn ở thị trấn khoảng 1,49 lần (OR = 1,49) và nhóm người không thuộc hộ nghèo cao hơn người thuộc hộ nghèo khoảng 2,02 lần (OR = 2,02).

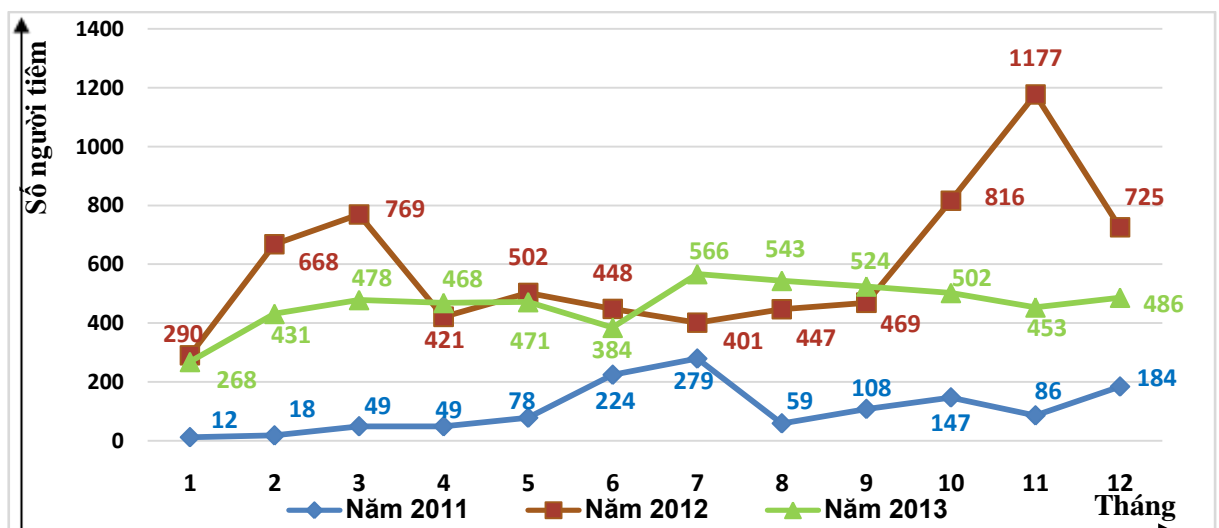
Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với p<0,001).



Hình 3.4. Số người phơi nhiễm đến tiêm vắc xin phòng đại hàng năm, 2011-2013

*Nhận xét:* Năm 2011 có 1.297 người, năm 2012 có 7.133 người, năm 2013 có 5.574 người bị phơi nhiễm đi tiêm VXP, HTKD. Trung bình trong giai đoạn 2011-2013 có 4.666,7 người tiêm VXP mỗi năm.

Tỷ lệ người phơi nhiễm đến tiêm VXP trên 100.000 dân năm 2011 là 115,6 người, năm 2012 là 636,3 người, năm 2013 là 486,5 người. Tính chung trong giai đoạn 2011-2013 tỷ lệ người phơi nhiễm đến tiêm VXP, HTKD trung bình là 413,6/100.000 dân/năm.

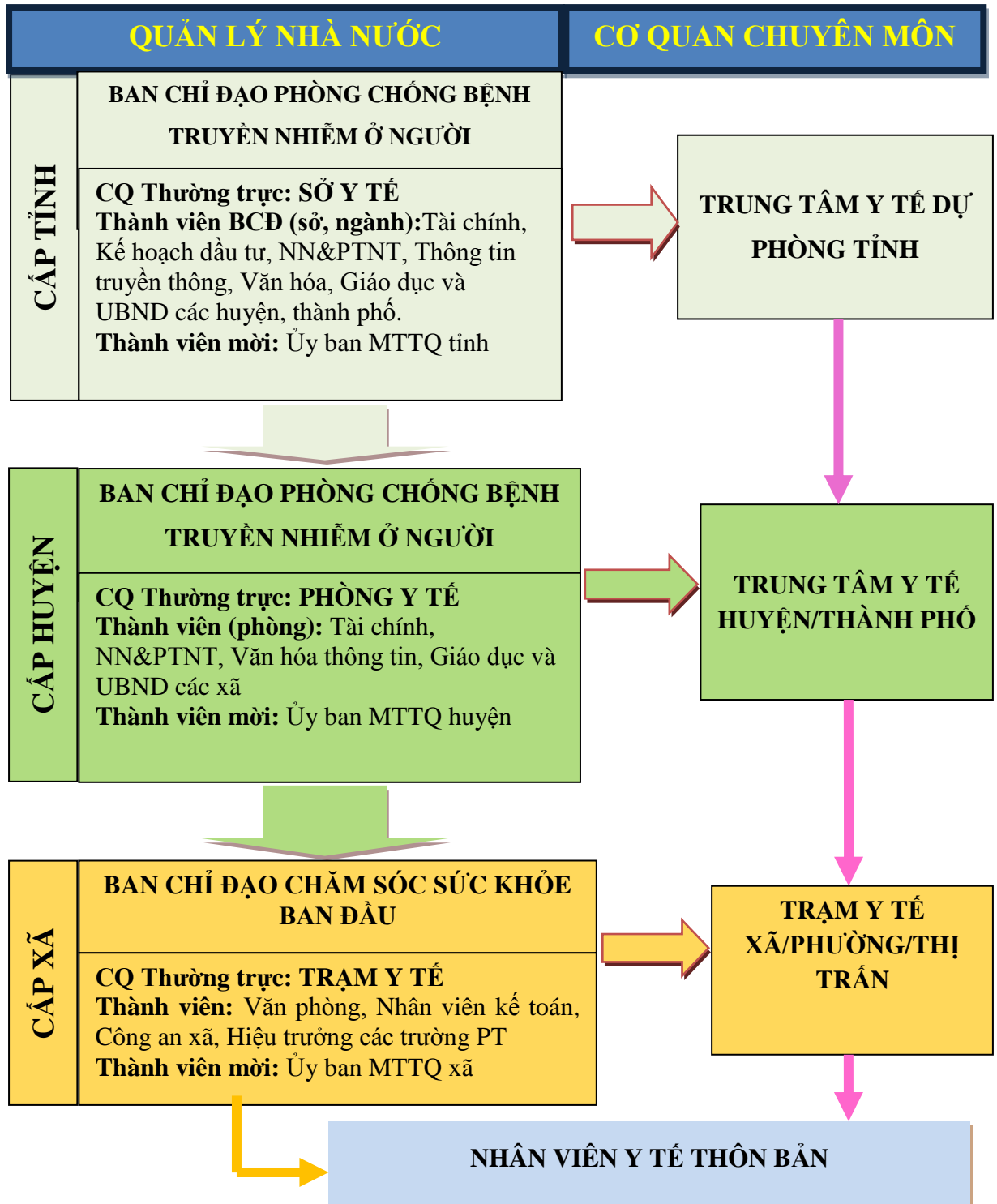


Hình 3.5. Phân bố người đến tiêm vắc xin phòng đại theo tháng, 2011-2013

*Nhận xét:* Trong giai đoạn 2011-2013 số lượng người đến tiêm VXP từ tháng 3 đến tháng 11 hàng năm có xu hướng tăng cao hơn các tháng còn lại.

### 3.1.2. Thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La, 2011-2013

#### 3.1.2.1. Thực trạng phòng, chống bệnh dại ở người, 2011-2013



Hình 3.6. Sơ đồ tổ chức hệ thống phòng, chống bệnh dại ở người tại tỉnh Sơn La, giai đoạn 2011-2013

Trong giai đoạn 2011-2013 tại tỉnh Sơn La các hoạt động phòng, chống bệnh dại (PCBD) ở người nằm trong tổng thể hoạt động phòng, chống bệnh truyền nhiễm (PCBTN) và được tổ chức thành hệ thống theo phân cấp hành chính từ tỉnh đến huyện, xã. Ban chỉ đạo các cấp là cơ quan đầu mối tổ chức, điều phối, chỉ đạo, triển khai, giám sát các hoạt động PCBD ở địa phương. Đầu mối chuyên môn ở cấp tỉnh là Trung tâm Y tế dự phòng, ở cấp huyện là Trung tâm Y tế huyện, ở cấp xã là Trạm y tế và mỗi bản/tổ dân phố có 1 nhân viên y tế thôn bản. Kết quả phỏng vấn sâu về vai trò của Ban chỉ đạo cho thấy:

*“Thực chất kết quả hoạt động phòng, chống bệnh truyền nhiễm ở người nói chung, phòng, chống bệnh dại nói riêng phụ thuộc vào hoạt động của Ban chỉ đạo ở địa phương. Huyện nào, xã nào Ban chỉ đạo hoạt động tốt thì công tác phòng, chống dịch đạt hiệu quả tốt và ngược lại. Công tác chỉ đạo, triển khai, giám sát, kể cả kinh phí phòng, chống dịch bệnh cũng từ Ban chỉ đạo mà ra”* (Ý kiến của một thành viên Ban chỉ đạo cấp tỉnh, nam giới, 48 tuổi).

*\* Ở cấp tỉnh:*

Ban chỉ đạo PCBTN cấp tỉnh ở người do Phó chủ tịch UBND tỉnh phụ trách y tế làm Trưởng ban. Giám đốc các sở Y tế, sở Tài chính là Phó ban. Thành viên Ban chỉ đạo có lãnh đạo sở Kế hoạch đầu tư, sở NN&PTNT, sở Giáo dục đào tạo, sở Thông tin truyền thông, lãnh đạo UBND các huyện/thành phố. Lãnh đạo Ủy ban Mặt trận tổ quốc (MTTQ) tỉnh và một số đoàn thể được mời tham gia. Ban chỉ đạo có qui chế hoạt động, phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng thành viên, họp định kỳ 2 lần/năm và họp đột xuất khi cần. Nhận xét về hoạt động của Ban chỉ đạo cấp tỉnh qua phỏng vấn sâu cho thấy:

*“Tôi tham gia Ban chỉ đạo phòng, chống bệnh truyền nhiễm ở người 8 năm nay, có thể đánh giá chung là Ban chỉ đạo của tỉnh hoạt động tốt. Từ 2011 đến nay khi bệnh dại bùng phát, Ban chỉ đạo đã họp đột xuất 2 lần để bàn giải quyết việc này. Công tác này rất cần sự ủng hộ của lãnh đạo Ủy ban tỉnh và ngành tài chính, vì kế hoạch ban ra mà tài chính không cấp tiền thì cũng chịu”* (Ý kiến của một lãnh đạo Ban chỉ đạo cấp tỉnh, nam giới, 57 tuổi).

Bảng 3.6. Kết quả khảo sát chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại của Ban chỉ đạo cấp tỉnh, năm 2013.

Nội dung khảo sát	Điểm chuẩn	Điểm đạt
1. Tổ chức và nhân sự của Ban chỉ đạo	15	14,5
2. Hoạt động của Ban chỉ đạo	15	13,5
3. Kết quả triển khai thực tế	70	55,0
<b>Tổng điểm</b>	100	83,0

*Nhận xét:* Kết quả khảo sát thực trạng hoạt động phòng chống bệnh dại của tỉnh Sơn La năm 2013 đạt 83,0/100 điểm, ở mức khá. Trong đó điểm về tổ chức đạt 14,5/15; điểm hoạt động của Ban chỉ đạo đạt 13,5/15 và điểm số về kết quả triển khai thực tế đạt 55,0/70 điểm chuẩn.

*\* Ở cấp huyện*

Toàn bộ 11/11 huyện/thành phố có Ban chỉ đạo PCBTN ở người. Chủ tịch hoặc Phó chủ tịch UBND làm Trưởng ban. Trưởng phòng Y tế, Trưởng phòng Tài chính kế hoạch là Phó ban. Thành viên Ban chỉ đạo gồm lãnh đạo phòng NN&PTNT, phòng Giáo dục đào tạo, phòng Văn hóa thông tin, Trung tâm Y tế huyện và lãnh đạo UBND các xã/phường/thị trấn. Lãnh đạo Ủy ban MTTQ huyện và một số đoàn thể được mời tham gia. Ban chỉ đạo huyện có qui chế hoạt động, họp định kỳ 2 lần/năm và họp đột xuất khi cần. Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy:

*“Bản thân tôi là lãnh đạo huyện, tham gia hơn 20 Ban chỉ đạo thuộc rất nhiều lĩnh vực do đó mỗi năm cũng chỉ họp được Ban chỉ đạo Phòng, chống bệnh truyền nhiễm ở người được 1 lần, chủ yếu là thông qua kế hoạch triển khai cho cả năm. Công tác phòng, chống bệnh dại chưa được quan tâm nhiều, vẫn chủ yếu do ngành y tế chủ động triển khai và người dân tự chi trả khi tiêm phòng vắc xin dại. Kinh phí của huyện rất hạn hẹp, phải ưu tiên cho xóa đói, giảm nghèo, làm đường giao thông... nên chưa bố trí nguồn cho phòng, chống bệnh dại được”* (Một Trưởng Ban chỉ đạo huyện, nam giới, 42 tuổi trả lời phỏng vấn sâu).

Bảng 3.7. Kết quả khảo sát chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại của Ban chỉ đạo cấp huyện, năm 2013 (n=11)

Chất lượng hoạt động	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Điểm trung bình
Tốt	1/11	9,1	65,5±12,5
Khá	3/11	27,3	
Trung bình	7/11	63,6	
Kém	0	0	

*Nhận xét:* Chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại của các huyện năm 2013 ở mức tốt là 9,1%, mức khá 27,3%, mức trung bình 63,6% và không có huyện nào ở mức kém. Huyện đạt điểm cao nhất là 84,5/100 điểm, thấp nhất là 51,0/100 điểm chuẩn. Điểm trung bình của 11 huyện/thành phố là 65,5±12,5 điểm.

*\* Ở cấp xã, phường, thị trấn:*

Toàn bộ 204/204 xã/phường/thị trấn có Ban chỉ đạo CSSKBĐ, trong đó có nhiệm vụ triển khai công tác phòng, chống bệnh dại. Chủ tịch hoặc Phó chủ tịch UBND xã làm Trưởng ban, Trưởng trạm Y tế xã là Phó ban. Thành viên Ban chỉ đạo có lãnh đạo Văn phòng UBND, Hiệu trưởng các trường mầm non đến phổ thông trung học, Trưởng Công an xã, lãnh đạo Ủy ban MTTQ xã. Theo qui định Ban chỉ đạo cấp xã họp định kỳ 2 lần trong năm và họp đột xuất khi cần.

Kết quả nghiên cứu định lượng cho thấy:

*“Nhiều năm nay họp Ban chỉ đạo của xã không thấy nhắc đến bệnh dại, chỉ khi trong xã có người bị chết thì mới đưa vào nội dung họp, nhưng cũng chỉ nhắc phải vận động người dân tiêm phòng cho chó, vận động người bị chó cắn phải đi tiêm, không thấy có kế hoạch hay biện pháp cụ thể gì thêm” (Một thành viên Ban chỉ đạo CSSKBĐ cấp xã, nữ giới, 38 tuổi chia sẻ).*

Một Chủ tịch Ủy ban MTTQ xã, thành viên Ban chỉ đạo cấp xã, nam giới, 39 tuổi cho biết thêm:

*“Nội dung phòng, chống bệnh dại ở người do Trạm y tế thực hiện theo chỉ đạo của ngành dọc từ trên xuống. Tiêm phòng chó thì do bên thú y triển khai, xã chỉ cử người phối hợp tuyên truyền, vận động và tham gia bắt giữ chó tại hộ gia đình khi thú y triển khai chiến dịch vào tháng 3, tháng 4 hàng năm. Xã chúng tôi không có nguồn kinh phí hỗ trợ cho việc này nên tiêm được ít lắm”.*

Bảng 3.8. Kết quả khảo sát chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại của Ban chỉ đạo cấp xã/phường/thị trấn, năm 2013 (n=197)

Chất lượng hoạt động	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Điểm trung bình
Tốt	9	4,6	57,0 ± 21,5
Khá	45	22,8	
Trung bình	128	65,0	
Kém	15	7,6	

*Nhận xét:* Nghiên cứu khảo sát được 197 trong tổng số 204 Ban chỉ đạo (chiếm 96,6%) còn 3,4% số xã không có kết quả khảo sát hoặc thiếu thông tin.

Tại tuyến xã chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại năm 2013 có 4,6% đạt mức tốt, có 22,8% đạt mức khá, 65,0% mức trung bình và còn 7,6% số xã ở mức kém. Xã có điểm đạt cao nhất là 86,0/100, thấp nhất là 31,5/100 điểm chuẩn.

Điểm trung bình của 197 xã là 57,0 ± 21,5 điểm.

*\* Cấp bản, tiểu khu, tổ dân phố:*

Cấp thôn/bản không có Ban chỉ đạo PCBTN hoặc CSSKBD. Hoạt động phòng, chống bệnh dại chủ yếu do Trưởng bản, y tế thôn bản tuyên truyền, vận động các HGĐ phải tiêm phòng cho chó, người phơi nhiễm phải đi tiêm vắc xin tại các buổi sinh hoạt cộng đồng hoặc tại từng gia đình trong bản.

Phạm vi của nghiên cứu này không khảo sát chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại ở tuyến thôn/bản/tổ dân phố.

*\* Thực trạng nguồn nhân lực y tế tham gia phòng chống bệnh dại*

Gồm những cán bộ y tế trực tiếp tham gia các hoạt động phòng, chống bệnh dại (đào tạo, tập huấn, giám sát, xử lý ổ dịch, khám, tư vấn, làm việc tại các phòng tiêm VXPĐ, HTKD) ở Trung tâm YTDP tỉnh, Trung tâm Y tế huyện, Trạm Y tế xã và đội ngũ nhân viên y tế thôn bản. Đây là nguồn nhân lực có thể huy động được để tham gia trực tiếp các hoạt động PCBD. Trên thực tế những người này còn phải thực hiện nhiều nhiệm vụ chuyên môn khác theo chức năng, nhiệm vụ của từng cá nhân, bộ phận.

Bảng 3.9. Nguồn nhân lực y tế tham gia phòng, chống bệnh dại, năm 2013

Phân tuyến	Trình độ chuyên môn y				Tỷ lệ được tập huấn trong 24 tháng (%)
	Sau đại học (%)	Đại học (%)	Trung học (%)	Khác (%)	
Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh (n=37)	27,0	18,1	46,0	8,9	45,9
Trung tâm Y tế các huyện (n=374)	5,9	16,3	65,4	12,4	35,1
Trạm Y tế các xã (n=1.314)	0	11,6	80,4	8,0	27,3
Nhân viên y tế bản (n=3.190)	0	0	75,5	24,5	5,1

*Nhận xét:* Tại Trung tâm YTDP tỉnh, người có thể trực tiếp tham gia phòng, chống bệnh dại có trình độ đại học trở lên chiếm 45,1%; trình độ trung cấp (y sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên y) chiếm 46,0% và 8,9% là chuyên ngành khác (y tế công cộng, dược sĩ). Tỷ lệ được tập huấn về PCBD (trong 24 tháng gần đây) chiếm 45,9%.

Ở Trung tâm Y tế các huyện, trình độ đại học trở lên chiếm 22,2%, trung cấp y (y sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên y) chiếm 65,4% và 12,4% là điều dưỡng sơ cấp và chuyên ngành khác (y tế công cộng, dược sĩ). Tỷ lệ đã được tập huấn PCBD là 35,1%.

Tại các Trạm y tế xã có 11,6% bác sĩ, 80,4% trung cấp y (y sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh) và 8,0% là dược sĩ trung cấp. Tỷ lệ đã viên chức y tế xã đã được tập huấn PCBD là 27,3%.

Trong tổng số 3.190 nhân viên y tế thôn bản có 75,5% là trung cấp y (y sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh), 24,5% là điều dưỡng sơ cấp hoặc lớp y tế thôn bản 6 tháng và có 5,1% nhân viên không có chuyên môn y.

Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản được tập huấn về PCBD chiếm 5,1%.



Kết quả nghiên cứu định tính cho biết thêm:

*“Sau một thời gian dài trên địa bàn tỉnh không có bệnh dại nên cán bộ y tế, nhất là tuyến huyện, tuyến xã hầu như quên hết kiến thức chuyên môn về căn bệnh này. Từ năm 2011 đến nay chúng tôi phải tổ chức tập huấn để cập nhật kiến thức về giám sát phòng, chống bệnh dại, tuy nhiên mỗi huyện cũng chỉ tổ chức được 1-2 lớp vì thiếu kinh phí”* (Trưởng khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm Trung tâm YTDP tỉnh, nữ giới, 41 tuổi nhận xét).

Một lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện, nam giới, 52 tuổi cho biết thêm:

*“Khi đến giám sát ở Trạm y tế xã, tôi hỏi cả 6 cán bộ y tế của trạm đều quên gần hết kiến thức, thế thì làm sao mà vận động, tuyên truyền cho người dân biết cách phòng, tránh được. Số cán bộ y tế xã của Mai Sơn được tập huấn trong 3 năm 2011-2013 chỉ được khoảng 1/3, còn nhân viên y tế bản thì hầu như chưa được tập huấn về phòng, chống bệnh dại vì không có kinh phí triển khai”*.

*\* Mạng lưới điểm tiêm chủng vắc xin phòng dại cho người, 2011-2013:*

Năm 2011 trên địa bàn toàn tỉnh có 8 điểm tiêm chủng vắc xin phòng dại (có 4 huyện không tổ chức điểm tiêm chủng VXPĐ). Năm 2012 có 11 điểm tiêm (còn 2 huyện không có điểm tiêm). Năm 2013 có 12 điểm tiêm (còn 1 huyện Yên Châu không có điểm tiêm), riêng tại địa bàn thành phố Sơn La có 2 điểm tiêm (1 của Trung tâm Y tế thành phố, 1 của Trung tâm YTDP tỉnh).

Trong giai đoạn 2011-2013 toàn bộ các điểm tiêm trên địa bàn tỉnh Sơn La chỉ hoạt động trong giờ hành chính (5/7 ngày trong tuần), nghỉ thứ Bảy, Chủ nhật, ngày Lễ, ngày Tết. Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy:

*“Trước đây người dân ở các huyện muốn đi tiêm phòng phải lên Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, mà tiêm nhiều mũi nên rất vất vả. Nay đã có phòng tiêm ở huyện nhưng nhiều bà con ở bản xa vẫn phải đi 30-40 cây số để tiêm. Có khi đi đúng lịch hẹn thì lại vào ngày nghỉ thứ Bảy, Chủ nhật nên phải quay về. Mới đây Trung tâm Y tế huyện Mai Sơn tổ chức tiêm cả ngày thứ Bảy, Chủ nhật, ngày lễ... nên thuận lợi cho người dân hơn. Nếu đưa được vắc xin phòng dại về Trạm y tế để tiêm cho dân thì tốt nhất nhưng cũng rất khó và không có đủ người làm hàng ngày, Trạm cũng không có kế toán nữa”* (Ý kiến của một Trạm trưởng Trạm y tế xã, nam, 51 tuổi).

\* Kinh phí phòng, chống bệnh dại ở người tại tỉnh Sơn La, 2011-2013

Bảng 3.10. Đầu tư kinh phí phòng, chống bệnh dại ở người tại tỉnh Sơn La, 2011-2013

Đơn vị tính: Nghìn đồng

Năm	Tổng kinh phí	Tỷ lệ kinh phí theo nguồn			Bìnhquân/ người/năm
		Nhà nước (%)	Nhà tài trợ (%)	Dân tự trả (%)	
2011	1.427.500	9,4	0	90,6	1,276
2012	7.520.860	1,9	2,3	94,8	6,709
2013	5.994.905	2,7	4,4	93,0	5,233
<b>Trung bình3 năm</b>	4.981.088	4,7	2,2	93,1	4,406

*Nhận xét:*

Kinh phí cho các hoạt động phòng, chống bệnh dại ở người tính trên đầu người dân tại tỉnh Sơn La năm 2011 là 1.276 đồng, năm 2012 là 6.709 đồng, năm 2013 là 5.233 đồng/người/năm. Kinh phí trung bình trong 3 năm (2011-2013) là 4.406 đồng/người/năm.

Nguồn kinh phí chủ yếu vẫn do người dân tự chi trả cho dịch vụ tiêm phòng vắc xin sau phơi nhiễm (90,6-94,8%). Kinh phí nhà nước cấp và các nhà tài trợ chiếm tỷ lệ thấp và chỉ dành cho hoạt động truyền thông, tập huấn, giám sát.

Kết quả nghiên cứu định tính cho biết thêm:

*“Kinh phí nhà nước cấp cho phòng, chống bệnh dại rất thiếu, không đủ cho tập huấn chuyên môn và hoạt động giám sát của y tế dự phòng khi có dịch, còn lại chủ yếu là người dân phải chi trả khi đi tiêm phòng sau khi bị chó cắn. Vắc xin phòng dại cho người là vắc xin dịch vụ, giá lại đắt nên nhiều người dân nghèo không đủ khả năng chi trả. Tôi biết trong năm 2012 có gia đình chỉ vì không có đủ 1 triệu đồng mà để chết người do bệnh dại thì không thể chấp nhận được, nên đã đề nghị Ủy ban tỉnh phải có chính sách hỗ trợ người nghèo để tất cả mọi người khi bị chó cắn đều được tiêm phòng, như thế mới hạn chế được số người chết do bệnh dại”* (Ý kiến của một lãnh đạo Sở Y tế, phó Ban chỉ đạo cấp tỉnh, nam 57 tuổi).

### 3.1.2.2. Thực trạng phòng, chống bệnh dại ở động vật, 2011-2013

Tương tự như tổ chức của hệ thống Ban chỉ đạo PCBTN ở người, công tác phòng, chống bệnh dại ở động vật cũng nằm trong một hệ thống phòng, chống dịch bệnh gia súc, gia cầm và có các Ban chỉ đạo từ cấp tỉnh đến cấp huyện, cấp xã. Về tổ chức Ban chỉ đạo phòng, chống dịch bệnh gia súc, gia cầm khác với Ban chỉ đạo PCBTN ở người ở mấy điểm cơ bản là:

- Trưởng Ban chỉ đạo là Phó Chủ tịch UBND phụ trách lĩnh vực Nông nghiệp;
- Cơ quan thường trực của Ban chỉ đạo là ngành Nông nghiệp; Cơ quan chuyên môn (ngành thú y) với nguồn nhân lực ít hơn so với ngành y tế, đến tuyến xã chỉ có duy nhất 1 nhân viên thú y và không có nhân viên thú y ở tuyến thôn, bản.

Nghiên cứu này không khảo sát, đánh giá chất lượng hoạt động của Ban chỉ đạo Phòng, chống dịch bệnh gia súc, gia cầm ở các tuyến.

*\* Thực trạng nguồn nhân lực thú y tham gia phòng, chống bệnh dại*

Bảng 3.11. Nguồn nhân lực phòng, chống bệnh dại của ngành thú y, năm 2013

Phân tuyến	Trình độ chuyên môn thú y				Tỷ lệ được tập huấn trong 24 tháng (%)
	Sau đại học (%)	Đại học (%)	Trung cấp (%)	Khác (%)	
Chi cục Thú y tỉnh (n=21)	9,5	42,9	38,1	9,5	33,3
Trạm Thú y các huyện (n=54)	1,8	42,6	46,3	9,3	40,1
Nhân viên thú y xã (n=204)	0	7,3	89,7	3,0	69,6

*Nhận xét:* Ở Chi cục Thú y tỉnh có 52,4% nhân viên thú y có trình độ đại học và sau đại học, có 38,1% trình độ trung cấp và 9,5% là các chuyên ngành khác (chăn nuôi, kỹ thuật viên xét nghiệm). Tỷ lệ nhân viên thú y được tập huấn về phòng, chống bệnh dại trong 24 tháng gần đây chiếm 33,3%.

Tại Trạm thú y các huyện có 44,4% nhân viên thú y có trình độ đại học và sau đại học, 46,3% có trình độ trung cấp và 9,3% là các chuyên ngành khác (chăn

nuôi, kỹ thuật viên xét nghiệm). Tỷ lệ nhân viên thú y được tập huấn về phòng, chống bệnh dại trong 24 tháng gần đây chiếm 40,1%.

Tại tuyến xã nhân viên thú y có trình độ đại học chiếm 7,3%, trung cấp chiếm 89,7%, chuyên ngành khác chiếm 3,0%. Tỷ lệ nhân viên thú y xã được tập huấn về phòng, chống bệnh dại trong 24 tháng gần đây chiếm 69,6%.

*\* Tổ chức tiêm chủng vắc xin phòng dại cho động vật, 2011-2013:*

Trong giai đoạn 2011-2013 ngành thú y tổ chức tiêm VXPĐ cho chó, mèo theo hình thức chiến dịch mỗi năm 1 lần. Chiến dịch tiêm phòng do Trạm Thú y huyện lập kế hoạch, triển khai theo hình thức “cuốn chiếu”, xong xã này chuyển sang xã khác. Thời gian tiến hành chiến dịch vào tháng 3, tháng 4 và tiêm vét vào các tháng sau đó. Nhân viên thú y đến từng hộ gia đình để tiêm và chủ nuôi phải chi trả theo giá dịch vụ 20.000 đồng/mũi tiêm/con.

*\* Kinh phí phòng, chống bệnh dại ở động vật tại tỉnh Sơn La, 2011-2013*

Bảng 3.12. Kinh phí phòng, chống bệnh dại ở động vật tại tỉnh Sơn La, 2011-2013

*Đơn vị tính: Nghìn đồng*

Năm	Tổng kinh phí	Tỷ lệ kinh phí theo nguồn		Bình quân/ người/năm
		Nhà nước (%)	Dân tự trả (%)	
2011	600.000	8,7	91,3	0,536
2012	1.804.850	5,5	94,5	1,610
2013	1.674.125	7,2	92,8	1,462
<b>Trung bình 3 năm</b>	1.359.658	7,1	92,9	1,205

*Nhận xét:* Kinh phí cho các hoạt động phòng, chống bệnh dại ở động vật tính theo đầu người dân tại tỉnh Sơn La năm 2011 là 536 đồng/người/năm; năm 2012 là 1.610 đồng/người/năm; năm 2013 là 1.462 đồng/người/năm.

Kinh phí cho các hoạt động phòng, chống bệnh dại ở động vật trung bình trong 3 năm (2011-2013) là 1.205 đồng/người/năm.

Nguồn kinh phí nhà nước cấp chiếm tỷ lệ thấp (5,5-8,7%) chủ yếu chi cho tập huấn chuyên môn và tuyên truyền trước các chiến dịch tiêm phòng cho đàn chó

hàng năm. Kinh phí người dân phải trực tiếp chi trả cho dịch vụ tiêm VXPĐ cho chó, mèo chiếm từ 91,3-94,5% và hoàn toàn không có nguồn tài trợ.

*\* Kết quả tiêm phòng vắc xin cho đàn chó nuôi tại tỉnh Sơn La, 2011-2013*

Trong giai đoạn 2011-2013 ngành thú y tổ chức tiêm VXPĐ cho đàn chó, mèo theo hình thức chiến dịch 1 lần/năm trên qui mô xã trong toàn tỉnh.

Bảng 3.13. Tỷ lệ bao phủ vắc xin phòng dại cho đàn chó tại tỉnh Sơn La, 2011-2013

Năm	Tổng đàn (con)	Số chó được tiêm vắc xin	
		Số lượng (con)	Tỷ lệ (%)
2011	216.190	24.000	11,1
2012	194.759	72.194	37,0
2013	188.759	75.504	40,1

*Nhận xét:*

Kết quả nghiên cứu cho thấy từ 2011 đến 2013 số lượng của đàn chó nuôi toàn tỉnh có xu hướng giảm, từ 216.190 con (năm 2011) xuống 194.759 con (năm 2012) và còn 188.759 con (năm 2013).

Tỷ lệ bao phủ vắc xin trên đàn chó đạt 11,1% (năm 2011), tăng lên 37,0% (năm 2012) và đạt tỷ lệ 40,1% (năm 2013) trên tổng đàn.

Kết quả phỏng vấn sâu một nhân viên thú y xã, nam giới, 35 tuổi cho biết:

*“Người dân ở xã chúng tôi nuôi chó rất phổ biến, có nhà nuôi cả đàn 5-6 con và chủ yếu là thả rông. Khi cán bộ thú y vận động tiêm phòng dại thì không bắt chó về được nên chỉ tiêm được con chó đang nhốt ở nhà thôi. Nhiều gia đình chỉ tiêm một vài con để lấy giấy chứng nhận đã tiêm phòng, và như thế đỡ phải chi nhiều tiền nếu tiêm đủ cho cả đàn. Theo qui định thì phạt tiền nếu chủ nuôi không tiêm, nhưng trong xã toàn là bà con họ hàng với mình hoặc người thân quen nên chưa bao giờ phạt ai được đồng nào cả. Thế mà vẫn có người chống đối, không hợp tác với thú y chứ không phải vì gia đình họ không có tiền đâu”.*

### 3.1.2.3. Thực trạng phối hợp liên ngành y tế - thú y trong phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La, giai đoạn 2011-2013

Bảng 3.14. Tỷ lệ các vụ dịch được chia sẻ thông tin và phối hợp giám sát, xử lý liên ngành y tế-thú y, 2011-2013

Năm	Số vụ dịch	Nội dung phối hợp	
		Tỷ lệ vụ dịch có chia sẻ thông tin (%)	Tỷ lệ vụ dịch có phối hợp giám sát, xử lý (%)
2011	5	40,0 (2/5)	20,0 (1/5)
2012	23	26,1 (6/23)	17,4 (4/23)
2013	13	38,5 (5/13)	23,1 (3/13)

*Nhận xét:* Năm 2011 có 5 vụ dịch thì chỉ có 2 vụ dịch được chia sẻ thông tin (40%) và chỉ có 1 vụ dịch được phối hợp giám sát, xử lý giữa y tế và thú y (20,0%). Năm 2012 có 23 vụ dịch, tỷ lệ có chia sẻ thông tin là 26,1% và 17,4% số vụ dịch được phối hợp giám sát, xử lý. Năm 2013 có 13 vụ dịch, có 38,5% số vụ dịch được chia sẻ thông tin và số vụ được phối hợp giám sát, xử lý chiếm 23,1%.

Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy:

*“Nhiệm vụ phòng chống bệnh dại trên động vật thuộc ngành thú y, ngành y tế chỉ giải quyết phần ngọn của vấn đề. Trong khi đó chó, mèo không phải là vật nuôi mang lại nguồn lợi kinh tế quan trọng như trâu, bò, lợn, gà... nên chưa được ngành thú y quan tâm. Vắc xin phòng bệnh lở mồm, long móng hay cúm gia cầm thì được nhà nước hỗ trợ, nhưng tiêm vắc xin phòng dại thì người dân lại phải tự chi trả”* (Một thành viên Ban chỉ đạo cấp tỉnh, nam giới, 52 tuổi nhận xét).

Một ý kiến của Trưởng khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm Trung tâm YTDP, nữ giới, 41 tuổi cho biết thêm:

*“Có những xã khi chúng tôi đến giám sát ca tử vong thì đã thấy y tế, thú y, chính quyền phối hợp triển khai rất tốt các hoạt động xử lý ổ dịch. Trái lại cũng có xã không hề triển khai đáp ứng dịch, khi làm việc với Ban chỉ đạo thì nói là đang bận hoặc đang chờ chỉ đạo của cấp trên... Hầu hết các vụ dịch đều do Trung tâm Y tế dự phòng chủ động thông báo cho thú y tỉnh và đề nghị phối hợp giám sát, xử lý”.*

### 3.2. HIỆU QUẢ PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI THEO CÁCH TIẾP CẬN MỘT SỨC KHỎE TẠI 3 XÃ CỦA HUYỆN MAI SƠN, 2014 – 2015

#### 3.2.1. Kết quả triển khai các hoạt động can thiệp trên thực địa, 2014-2015

##### 3.2.1.1. Truyền thông nâng cao nhận thức của cộng đồng, 2014-2015

Bảng 3.15. Kết quả triển khai các hoạt động truyền thông tại các xã can thiệp và huyện Mai Sơn, 2014-2015

Hình thức truyền thông	Địa điểm triển khai, phạm vi ảnh hưởng	Số sản phẩm	Người được tiếp cận	
			Trực tiếp (người)	Gián tiếp (người)
Truyền thông trực tiếp qua hình thức họp dân	Tại 54 tổ/bản của 3 xã can thiệp	108 cuộc	3.026	6.000
Truyền thông lưu động bằng xe máy có gắn loa	Tại 54 tổ/bản, cụm dân cư của 3 xã can thiệp	60 lần	2.000	4.000
Vận động các hộ gia đình ký Bản cam kết phòng chống bệnh đại	Toàn bộ các hộ gia đình có nuôi chó, mèo của 3 xã can thiệp	7.500 tờ	7.011	20.000
Xây dựng cụm pa-nô tại trung tâm xã	Trung tâm của 3 xã can thiệp	3 cụm	1.000	2.000
Sản xuất và phân phát tờ rơi, sách nhỏ	Trạm y tế, y tế bản, thú y xã, trường bản... tại 3 xã can thiệp	8.000 tờ/quyển	8.000	15.000
Tổ chức Lễ mít tinh hưởng ứng “Ngày Thế giới phòng, chống bệnh đại” 28/9 hàng năm.	2014: UBND xã Nà Bó (có diễu hành 15 km) 2015: Thị trấn Hát Lót (có diễu hành 15 km)	2 lần	1.100	3.000
Thông điệp phòng, chống bệnh đại qua hệ thống loa truyền thanh của các xã	Bao phủ 38/54 tổ/bản của 3 xã can thiệp	80 lần	10.000	20.000

Các hoạt động truyền thông tăng cường, truyền thông can thiệp được triển khai với nhiều qui mô, hình thức khác nhau:

- Họp dân tại tổ/bản (đối tượng là chủ hộ hoặc người đại diện HGD) do cán bộ y tế xã, y tế bản và Trưởng bản trực tiếp tuyên truyền, với 108 cuộc họp đã có 3.026 người tại 3 xã can thiệp tham gia.

- Tổ chức 28 lượt truyền thông lưu động bằng xe máy có gắn loa, đi đến tất cả các cụm dân cư tập trung của 60/54 tổ bản, có 2.000 người trực tiếp nghe.

- Nhân viên Trạm y tế, thú y xã phối hợp vận động được 7.011/7.216 chủ HGD ký Bản cam kết phòng, chống bệnh dại với chính quyền xã, đạt tỷ lệ 97,1%.

- Xây dựng 3 cụm pa-nô, in và phân phát 8.000 tờ rơi, sách nhỏ hướng dẫn phòng, chống bệnh dại.

- Tổ chức 2 cuộc mít tinh hưởng ứng “Ngày Thế giới phòng, chống bệnh dại” với 1.100 người trực tiếp tham dự.

- Sản xuất đĩa CD ghi sẵn các thông điệp phòng, chống bệnh dại bằng 3 thứ tiếng (tiếng Kinh, tiếng Thái, tiếng Mông) phát thanh trong 40 tuần (2 lần/tuần) qua hệ thống loa truyền thanh tại các xã can thiệp. Địa điểm có các cụm dân cư tập trung thuộc dân tộc nào thì phát thanh bằng thứ tiếng dân tộc đó.

### **3.2.1.2. Vận động chính sách và huy động sự vào cuộc của chính quyền, các ban ngành thông qua các hội nghị liên ngành**

Bảng 3.16. Kết quả triển khai các hội nghị liên ngành “Tăng cường phòng, chống bệnh dại” tại huyện Mai Sơn và 3 xã can thiệp, năm 2014-2015

Qui mô hội nghị	Số lần tổ chức	Số đại biểu (người)	Thành phần đại biểu			
			Lãnh đạo chính quyền (%)	Các ngành, đoàn thể (%)	Cán bộ y tế (%)	Cán bộ thú y (%)
Cấp huyện	2	114	24,6	53,5	16,7	5,2
Cấp xã	6	382	26,7	56,3	6,0	3,0
Tổng số	8	496	26,2	55,6	8,6	3,6



*Nhận xét:* Trong 2 năm đã tổ chức 8 hội nghị liên ngành với chủ đề “Tăng cường phòng, chống bệnh dại” hoặc “Chung tay phòng, chống bệnh dại” trong đó có 2 hội nghị qui mô cấp huyện, 6 hội nghị cấp xã tại 3 xã can thiệp. Mỗi hội nghị triển khai trong 1,5 ngày nhằm phổ biến những kiến thức cơ bản và các biện pháp phòng, chống bệnh dại cả ở động vật và ở người.

Các hội nghị có đại diện chính quyền các cấp (lãnh đạo UBND huyện, UBND xã, Trưởng bản), các ngành (tài chính, giáo dục, công an, nông nghiệp, thông tin truyền thông...), các đoàn thể (MTTQ, Hội Phụ nữ, Hội Nông dân...) và có cán bộ y tế (chiếm 8,6%), cán bộ thú y (chiếm 3,6%) trong tổng số đại biểu.

### 3.2.1.3. Tập huấn chuyên môn cho cán bộ y tế và thú y cơ sở

Bảng 3.17. Kết quả triển khai các lớp tập huấn phòng, chống bệnh dại cho nhân viên y tế và thú y tại huyện Mai Sơn, năm 2014-2015

Đối tượng	Phân tuyến (người)	Số lượng tham gia (người)		Tỷ lệ được tập huấn/tổng số (%)
		2014	2015	
Ngành y tế	Tuyển huyện (n=34)	8	11	55,9
	Tuyển xã (n=132)	36	56	69,7
	Y tế thôn bản (n=456)	63	74	30,0
Ngành thú y	Tuyển huyện (n=6)	3	3	100
	Tuyển xã (n=22)	11	11	100

*Nhận xét:*

Trong 2 năm (2014-2015) đã tổ chức được 4 lớp tập huấn chuyên môn về phòng, chống bệnh dại theo hình thức liên ngành cho cả nhân viên y tế và thú y tại huyện Mai Sơn.

Kết quả cho thấy đã có 55,9% nhân viên y tế của Trung tâm Y tế tuyển huyện, 69,7% nhân viên y tế tuyển xã và 30,0% nhân viên y tế thôn bản được tập huấn. Có 100% nhân viên thú y huyện và 100% thú y xã tại vùng can thiệp (huyện Mai Sơn) đã được tập huấn cập nhật kiến thức về phòng, chống bệnh dại.

### 3.2.1.4. Cung cấp dịch vụ y tế, dịch vụ thú y tại huyện Mai Sơn và 3 xã can thiệp

*\* Cung cố và duy trì điểm tiêm VXPĐ, HTKD cho người*

Huyện Mai Sơn chỉ có 1 điểm tiêm duy nhất đặt tại Trung tâm Y tế và phục vụ nhu cầu tiêm VXPĐ của toàn bộ người dân của 22 xã, thị trấn (trong đó có 3 xã can thiệp). Trong 2 năm (2014-2015) Trung tâm YTDP tỉnh tổ chức 4 chuyến giám sát hỗ trợ; bổ sung trang thiết bị và chỉ đạo phòng tiêm hoạt động 7/7 ngày trong tuần. Trong 2 năm 2014-2015 đã cung cấp tại điểm tiêm 8.862 lọ VXPĐ, trong đó có 1.000 lọ vắc xin miễn phí (chiếm 11,3%) cho các đối tượng chính sách.

*\* Tăng cường các chiến dịch tiêm phòng vắc xin cho đàn chó tại 3 xã can thiệp:*

Trong 2 năm (2014-2015) mỗi năm tổ chức 2 chiến dịch tiêm VXPĐ đại trà cho đàn chó tại 3 xã can thiệp, duy trì điểm tiêm thường xuyên và tiêm vét sau chiến dịch tại trung tâm xã. Tại 3 xã can thiệp trong 2 năm (2014-2015) đã được cung cấp 4.389 liều VXPĐ, riêng năm 2015 là 2.390 liều, trong đó có 740 liều vắc xin miễn phí hoặc trợ giá (chiếm 31,9%) theo chính sách chung của tỉnh.

### 3.2.1.5. Huy động nguồn tài chính cho phòng, chống bệnh dại

Bảng 3.18. Kết quả huy động tài chính cho phòng, chống bệnh dại ở người và động vật tại huyện Mai Sơn và 3 xã can thiệp, 2014-2015

*Đơn vị tính: Nghìn đồng.*

Nguồn	Phân loại	Năm		Tổng 2 năm
		2014	2015	
Nhà nước	UBND tỉnh cấp	110.000	170.000	280.000
	UBND huyện cấp	30.000	40.000	70.000
	UBND 3 xã can thiệp	29.000	36.000	65.000
Nhà tài trợ	WHO	241.980	105.600	347.580
	Dự án CDC2	60.000	352.800	412.800
	Dự án PCBD Bộ Y tế	30.000	30.000	60.000

*Nhận xét:* Nguồn kinh phí tài trợ của WHO, CDC2 và Dự án PCBD của Bộ Y tế tập trung cho 3 xã can thiệp, chi cho các hoạt động truyền thông, tập huấn chuyên môn, tổ chức các hội nghị liên ngành. Kinh phí UBND tỉnh cấp bao gồm mua bổ sung trang thiết bị cho phòng tiêm, mua VXPĐ miễn phí cho người (2014, 2015) và VXPĐ miễn phí hoặc trợ giá cho chó (chỉ có từ 2015) và một phần cho giám sát và tập huấn chuyên môn. Nguồn kinh phí của UBND huyện và UBND xã chỉ tập trung hỗ trợ trong các chiến dịch của ngành thú y (truyền thông, trả công thuê mướn).

Tổng số tiền huy động được trong 2 năm là 1.235.380.000 đồng, chưa tính kinh phí do người dân trực tiếp chi trả dịch vụ tiêm VXPĐ cho người và cho gia súc.

### 3.2.2. Đặc trưng cá nhân của đối tượng nghiên cứu tại cộng đồng

Bảng 3.19. Một số đặc trưng cá nhân của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng tại cộng đồng ở thời điểm điều tra ban đầu

Biến số	Phân loại	Nhóm can thiệp (n=396)	Nhóm đối chứng (n=396)
		Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	54,6	58,2
	Nữ	45,4	41,8
Nhóm tuổi	≥15-35 tuổi	27,0	32,0
	36-59 tuổi	47,5	49,9
	≥60 tuổi	25,5	18,1
Dân tộc	Kinh	41,7	33,2
	Thái	53,5	63,3
	Mông	2,8	3,0
	Khác	2,0	0,5
Trình độ học vấn	Không đi học	9,8	12,1
	Phổ thông	81,6	79,1
	Trên phổ thông	8,6	8,8
Địa bàn sinh sống	Thị trấn	26,3	25,4
	Nông thôn	73,7	74,6
Hoàn cảnh kinh tế	Thuộc hộ nghèo	29,3	32,0
	Không thuộc hộ nghèo	70,7	68,0

*Nhận xét:* Các đặc trưng cá nhân giữa nhóm can thiệp (tại 3 xã của huyện Mai Sơn) và nhóm đối chứng (tại 3 xã của huyện Sông Mã) đều có tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (54,6% và 58,2%); nhóm tuổi 36-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (47,5% và 49,9%).

Ở cả 2 nhóm, người dân tộc Thái chiếm tỷ lệ cao hơn so với các dân tộc khác (53,5% và 63,3%). Đa số đối tượng có trình độ học vấn ở các bậc học phổ thông (81,6% và 79,1%) và sống ở khu vực nông thôn (73,7% và 74,6%). Người thuộc hộ nghèo chiếm khoảng 1/3 (29,3% và 32,0%) ở cả hai nhóm.

### 3.2.3. Hiệu quả can thiệp phòng, chống bệnh đại theo cách tiếp cận Một sức khỏe tại 3 xã của huyện Mai Sơn

#### 3.2.3.1. Hiệu quả can thiệp truyền thông

Bảng 3.20. Cơ hội tiếp cận các nguồn thông tin về phòng, chống bệnh đại của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trước và sau can thiệp

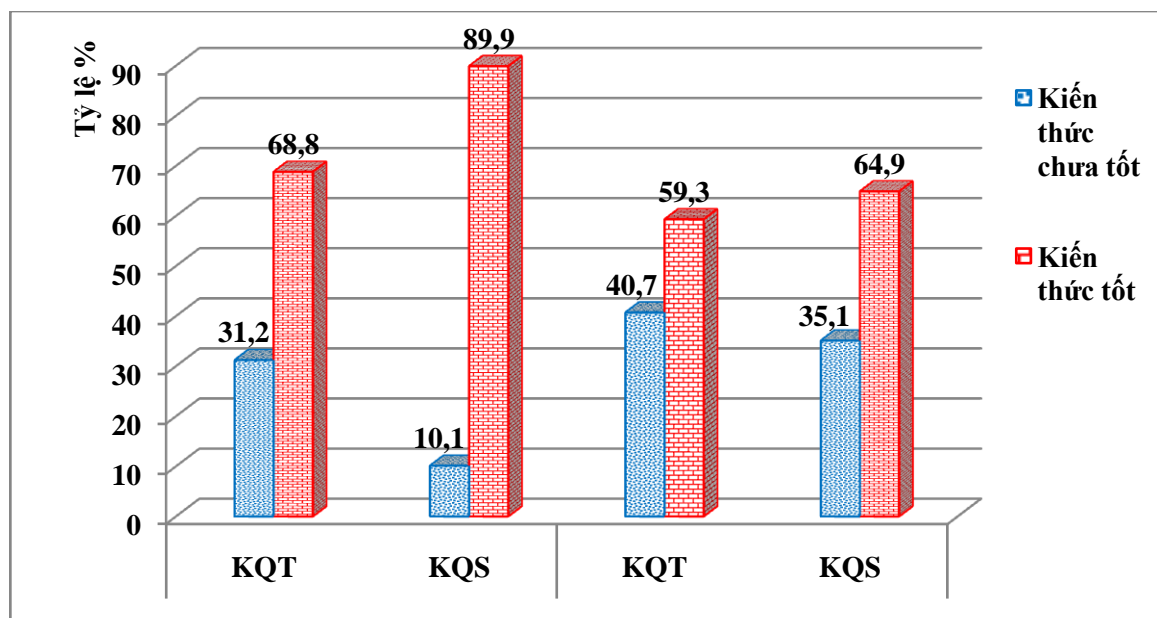
Biến số	Phân loại	Nhóm can thiệp (n=396)			Nhóm đối chứng (n=396)			HQCT (%)
		KQT (%)	KQS (%)	CSHQ (%)	KQT (%)	KQS (%)	CSTS (%)	
Cơ hội tiếp cận	Được nghe, xem	87,1	96,0	8,9	79,3	92,3	13,0	-7,6
	Được đọc	5,6	16,3	10,7	4,0	7,1	3,1	7,6
	Được nói chuyện	1,5	21,8	20,3	3,2	6,5	3,3	17,0
Nguồn thông tin	Đại chúng	58,1	63,5	5,4	41,6	52,5	10,9	-5,5
	Nhân viên Y tế	23,5	46,1	22,6	28,8	36,0	7,2	15,4
	Nhân viên Thú y	20,5	34,0	13,5	18,6	24,5	5,9	7,6
	Từ người thân	26,0	37,8	11,8	1,5	21,5	20,0	-9,7
	Nguồn khác	8,8	7,3	-1,5	4,0	2,8	-1,2	-0,3

*Nhận xét:* Tại 3 xã can thiệp tỷ lệ người dân tiếp cận với các nguồn thông tin PCBD qua hình thức được nghe, xem tăng từ 87,1% lên 96,0%, được đọc tăng từ 5,6% lên 16,3%, được trao đổi (nói chuyện, thảo luận) tăng từ 1,5% lên 21,8%.

Nguồn thông tin từ các phương tiện thông tin đại chúng tăng từ 58,1% lên 63,5%, từ những người làm công tác y tế tăng từ 23,5% lên 46,1%, người làm thú y tăng từ 20,5% lên 34,0%, từ người thân, bạn bè tăng từ 26,0% lên 37,8%.

Ở 3 xã đối chứng tỷ lệ người dân được tiếp cận với các nguồn thông tin PCBD qua nghe, xem tăng từ 79,3% lên 92,3%, được đọc giảm từ 7,1% còn 3,1%, được trao đổi (nói chuyện, thảo luận) tăng từ 3,2% lên 6,5%. Nguồn thông tin từ các phương tiện thông tin đại chúng tăng từ 51,6% lên 52,5%, từ những người làm công tác y tế tăng từ 28,8% lên 36,0%, người làm thú y tăng từ 18,6% lên 24,5%, từ người thân, bạn bè tăng từ 1,5% lên 21,5%.

HQCT rõ nhất là người dân tiếp cận thông tin PCBD qua hình thức được nói chuyện (17,0%), nguồn cung cấp thông tin từ nhân viên y tế (15,4%) và nhân viên thú y (7,6%).



Hình 3.7. Tỷ lệ người dân có kiến thức tốt về phòng, chống bệnh dại của nhóm can thiệp (n=396) và nhóm đối chứng (n=396), trước và sau can thiệp

*Nhận xét:* Kết quả cho thấy ở nhóm can thiệp tỷ lệ người dân có kiến thức chưa tốt giảm từ 31,2% còn 10,1%; người có kiến thức tốt tăng từ 68,8% lên 89,9%. CSHQ về cải thiện kiến thức ở nhóm can thiệp là 21,1%.

Ở nhóm đối chứng tỷ lệ người dân có kiến thức chưa tốt giảm từ 40,7% còn 35,1%; người có kiến thức tốt tăng từ 59,3% lên 64,9%. CSTS về cải thiện kiến thức ở nhóm đối chứng là 5,6%.

Hiệu quả can thiệp làm tăng tỷ lệ người dân có kiến thức tốt về phòng chống bệnh dại giữa 2 nhóm là 15,5%.

Bảng 3.21. Mối liên quan giữa mức độ kiến thức của nhóm can thiệp theo giới, nơi ở và hoàn cảnh kinh tế tại lần điều tra kết thúc (n=396)

Biến số	Phân nhóm	Kiến thức chưa tốt		Kiến thức tốt		OR (95% CI)	p
		SL	%	SL	%		
Giới	Nam giới	23	5,8	193	48,7	1,14 (0,590-2,212)	0,692
	Nữ giới	17	4,3	163	41,2		
Nơi ở	Nông thôn	26	6,6	78	19,7	6,62 (3,298-13,283)	<0,0001
	Thị trấn	14	3,5	278	70,2		
Hoàn cảnh kinh tế	Người thuộc hộ nghèo	17	4,3	99	25,0	1,92 (0,983-3,743)	0,056
	Người không thuộc hộ nghèo	23	5,8	257	64,9		

*Nhận xét:* Tại thời điểm điều tra kết thúc (KQS) tỷ lệ người có kiến thức chưa tốt chiếm 10,1%, người có kiến thức tốt chiếm 89,9% ở nhóm can thiệp.

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy nguy cơ về thiếu hụt kiến thức ở nam giới cao hơn nữ giới 1,14 lần, nhóm người không thuộc hộ nghèo cao hơn người thuộc hộ nghèo 1,92 lần (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ ). Nguy cơ về thiếu hụt kiến thức của nhóm người sống ở nông thôn cao hơn ở thị trấn 6,62 lần và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,0001$ ).

Bảng 3.22. Mối liên quan giữa mức độ kiến thức của nhóm đối chứng theo giới, nơi ở và hoàn cảnh kinh tế tại lần điều tra kết thúc (n=396)

Biến số	Phân nhóm	Kiến thức chưa tốt		Kiến thức tốt		OR (95% CI)	p
		SL	%	SL	%		
Giới	Nam	90	22,7	180	45,5	0,78 (0,506-1,218)	0,218
	Nữ	49	12,4	77	19,4		
Nơi ở	Nông thôn	107	27,0	188	47,5	1,23 (0,758-1,987)	0,404
	Thị trấn	32	8,1	69	17,4		
Hoàn cảnh kinh tế	Người thuộc hộ nghèo	103	26,0	166	41,9	1,57 (0,992-2,478)	0,054
	Người không thuộc hộ nghèo	36	9,1	91	23,0		

*Nhận xét:*

Tại thời điểm điều tra kết thúc (KQS) ở nhóm đối chứng tỷ lệ người có kiến thức chưa tốt chiếm 35,1%, người có kiến thức tốt chiếm 64,9%.

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy nguy cơ tương đối về thiếu hụt kiến thức ở nam giới cao hơn nữ giới 0,78 lần, người sống ở nông thôn cao hơn người sống ở thị trấn 1,23 lần và nhóm người thuộc hộ nghèo có nguy cơ tương đối về thiếu hụt kiến thức cao hơn người không thuộc hộ nghèo 1,57 lần.

Tuy nhiên mối liên quan của các yếu tố về giới, nơi ở, hoàn cảnh kinh tế với mức độ kiến thức giữa các nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với  $p > 0,05$ ).

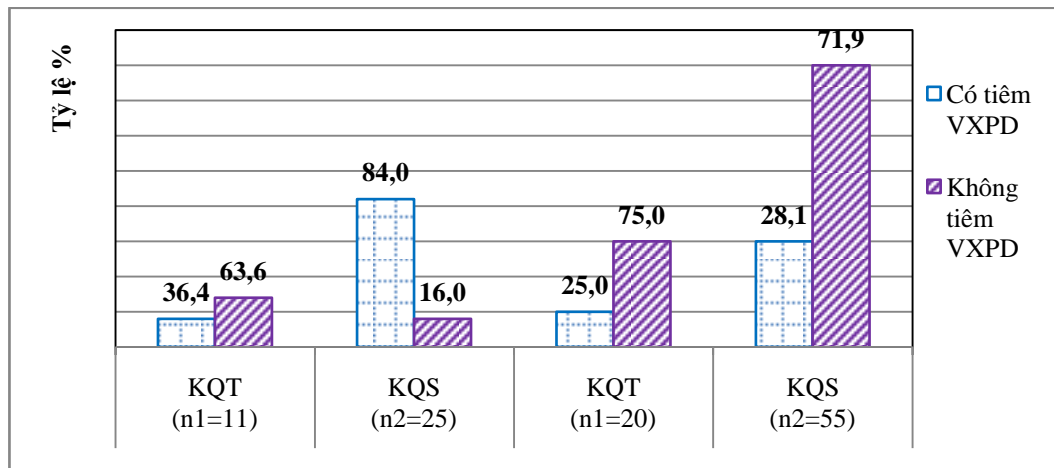
Bảng 3.23. Hiệu quả về thực hành chăn nuôi đúng tại hộ gia đình của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trước và sau can thiệp

Biến số	Nhóm can thiệp ( $n_1 = 253$ ; $n_2 = 259$ )			Nhóm đối chứng ( $n_1 = 243$ ; $n_2 = 268$ )			HQCT (%)
	KQT (%)	KQS (%)	CSHQ (%)	KQT (%)	KQS (%)	CSTS (%)	
Đăng ký nuôi chó	4,3	12,4	8,1	5,3	6,7	1,4	<b>6,7</b>
Xích, nhốt chó	52,0	54,1	2,1	13,2	12,7	-5,0	<b>2,6</b>
Tiêm phòng vắc xin cho chó nuôi	58,2	65,5	7,3	42,4	42,9	0,5	<b>7,8</b>

*Ghi chú:*  $n_1$  = số HGD có nuôi chó ở thời điểm điều tra ban đầu;  $n_2$  = số HGD có nuôi chó ở thời điểm điều tra kết thúc.

*Nhận xét:* Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm can thiệp CSHQ có giá trị lần lượt là 8,1%; 2,1% và 7,3% với các thực hành đúng về đăng ký nuôi, xích nhốt và tiêm phòng vắc xin cho chó. Ở nhóm đối chứng CSTS có giá trị lần lượt là 1,4%; -0,5% và 0,5%.

Hiệu quả can thiệp (HQCT) về đăng ký nuôi chó là 6,7%; thực hành xích nhốt chó là 2,6% và tiêm vắc xin cho chó là 7,8%.



Hình 3.8. Hiệu quả thực hành đúng về điều trị dự phòng sau phơi nhiễm của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trước và sau can thiệp

*Ghi chú:* n1 là số người được phát hiện có bị phơi nhiễm (trong vòng 12 tháng) tại lần điều tra ban đầu; n2 là số người bị phơi nhiễm (trong vòng 12 tháng) tại lần điều tra kết thúc.

*Nhận xét:* Sau 2 năm can thiệp tỷ lệ người thực hành đúng bằng việc đi tiêm VXPĐ sau phơi nhiễm tăng từ 36,4% lên 84,0% ở nhóm can thiệp (CSHQ=47,6%) và từ 25,0% lên 28,1% ở nhóm đối chứng (CSTS=3,1%). HQCT là 44,5%.

### 3.2.3.2. Hiệu quả cải thiện dịch vụ y tế, thú y và các chính sách về tiêm vắc xin miễn phí cho người, miễn phí và trợ giá vắc xin cho vật nuôi

Bảng 3.24. Tỷ lệ nhân viên y tế, thú y được tập huấn chuyên môn tại các xã can thiệp và đối chứng, trước và sau can thiệp

Vùng	Phân loại	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ/ CSTS
		Số lượng (người)	Tỷ lệ tập huấn (%)	Số lượng (người)	Tỷ lệ tập huấn (%)	
Can thiệp	Thú y xã	3	33,3	3	100	66,7
	Y tế xã	19	31,6	21	63,2	31,6
	Y tế thôn bản	54	7,4	54	51,8	44,4
Đối chứng	Thú y xã	3	33,3	3	33,3	0
	Y tế xã	18	27,8	18	33,3	5,5
	Y tế thôn bản	71	8,5	71	11,3	2,8



*Nhận xét:* Tại các xã can thiệp tỷ lệ nhân viên thú y xã, y tế xã và nhân viên y tế thôn bản được tập huấn chuyên môn cao hơn ở thời điểm sau can thiệp. CSHQ đối với thú y xã là 66,7%; y tế xã là 31,6% và y tế thôn bản là 44,4%. Tại các xã đối chứng CSTS đối với thú y xã là 0%; y tế xã là 5,5% và y tế thôn bản là 2,8%.

HQCT về tập huấn chuyên môn cho nhân viên thú y xã là 66,7%; nhân viên y tế xã là 26,1% và y tế thôn bản là 41,6%.

Bảng 3.25. Tỷ lệ người điều trị dự phòng sau phơi nhiễm tại 3 xã can thiệp và 3 xã đối chứng, trước và sau can thiệp

Vùng	Xã	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
		SL (người)	Tỷ lệ/100.000 dân	SL (người)	Tỷ lệ/100.000 dân	
<b>Can thiệp</b>	Thị trấn Hát Lót	77	460,1	96	569,7	0,562
	Xã Nà Bó	33	446,7	74	966,3	0,045
	Xã Chiềng Chăn	37	580,7	65	991,2	0,052
	Tổng 3 xã can thiệp	147	482,1	235	756,4	0,063
<b>Đối chứng</b>	Thị trấn Sông Mã	20	336,9	13	237,9	0,745
	Xã Nà Nghịu	22	152,7	44	288,6	0,073
	Xã Chiềng Khoong	42	328,8	32	243,3	0,259
	Tổng 3 xã đối chứng	84	253,6	89	262,8	0,574

*Nhận xét:* Tỷ lệ người bị phơi nhiễm đi tiêm vắc xin phòng dại trên 100.000 dân sau can thiệp của thị trấn Hát Lót tăng 1,24 lần, xã Nà Bó tăng 2,16 lần, xã Chiềng Chăn tăng 1,71 lần so với trước can thiệp. Tỷ lệ người bị phơi nhiễm đi tiêm vắc xin phòng dại trên 100.000 dân của cả 3 xã can thiệp tăng 1,6 lần và đạt 756,4 người/100.000 dân tại thời điểm sau can thiệp.

Tỷ lệ người bị phơi nhiễm đi tiêm VXPĐ trên 100.000 dân của 3 xã đối chứng sau can thiệp so với trước can thiệp tại Thị trấn Sông Mã giảm 1,4 lần, xã Nà Nghịu tăng 1,9 lần, xã Chiềng Khoong giảm 1,4 lần. Tính chung tỷ lệ người bị phơi

niêm đi tiêm vắc xin phòng dại trên 100.000 dân của cả 3 xã đối chứng tăng 1,1 lần và đạt 262,8 người/100.000 dân tại thời điểm sau can thiệp.

Bảng 3.26. Tỷ lệ người dân được thụ hưởng nguồn vắc xin miễn phí tại 3 xã can thiệp và 3 xã đối chứng, trước và sau can thiệp

Vùng	Tên xã	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p	CSHQ /CSTS (%)
		Số tiêm (người)	Tỷ lệ miễn phí (%)	Số tiêm (người)	Tỷ lệ miễn phí (%)		
<b>Can thiệp</b>	TT Hát Lót	77	6,5	96	14,6	0,032	8,1
	Nà Bó	33	15,2	74	35,1	0,029	19,9
	Chiềng Chăn	37	16,2	65	43,1	0,011	26,9
	Tổng 3 xã	147	10,9	235	28,9	<b>0,009</b>	18,0
<b>Đối chứng</b>	TT Sông Mã	20	10,0	13	15,4	0,059	5,4
	Nà Nghịu	22	13,6	44	15,9	0,054	2,3
	Chiềng Khoong	42	9,5	32	21,9	0,007	12,4
	Tổng 3 xã	84	10,7	89	18,0	0,012	7,3

*Nhận xét:* Từ tháng 6 năm 2013 tỉnh Sơn La có chính sách tiêm vắc xin miễn phí ở người cho một số đối tượng chính sách và áp dụng trên phạm vi toàn tỉnh.

Tính chung tại 3 xã can thiệp tỷ lệ người được hưởng chính sách miễn phí trước can thiệp là 10,9%, sau can thiệp là 28,9% (CSHQ=18,0%). Trong đó CSHQ tại Thị trấn Hát Lót là 8,1%; xã Nà Bó là 19,9% và xã Chiềng Chăn là 26,9%.

Tính chung tại 3 xã đối chứng tỷ lệ người được hưởng chính sách miễn phí trước can thiệp là 10,7%, sau can thiệp là 18,0% (CSTS là 7,3%). Trong đó CSTS tại Thị trấn Sông Mã là 5,4%; xã Nà Nghịu là 2,3% và xã Chiềng Khoong là 12,4%.

HQCT ở qui mô 3 xã can thiệp so với 3 xã đối chứng là 10,7%.

Bảng 3.27. Tỷ lệ bao phủ vắc xin trên đàn chó tại 3 xã can thiệp và 3 xã đối chứng, trước và sau can thiệp

Vùng	Xã	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p	CSHQ /CSTS (%)
		Tổng đàn (con)	Tỷ lệ bao phủ VX (%)	Tổng đàn (con)	Tỷ lệ bao phủ VX (%)		
Can thiệp	Thị trấn Hát lót	1.546	51,9	1.418	69,2	0,062	17,3
	Nà Bó	1.252	42,3	1.163	67,4	0,054	25,1
	Chiềng Chăn	1.030	37,1	976	63,7	0,041	26,6
	Tổng 3 xã	3.828	44,8	3.557	67,1	0,056	22,3
Đối chứng	Thị trấn Sông Mã	834	42,5	812	54,2	0,058	11,7
	Nà Nghịu	1.447	31,7	1.405	50,6	0,049	18,9
	Chiềng Khoong	1.107	28,0	1.033	35,9	0,077	8,9
	Tổng 3 xã	3.388	33,1	3.250	46,8	0,059	13,7

*Nhận xét:*

Sau 2 năm can thiệp CSHQ về tỷ lệ bao phủ VXPĐ cho đàn chó ở Thị trấn Hát Lót là 17,3%, xã Nà Bó 25,1%, xã Chiềng Chăn 26,6%. Tính chung cả 3 xã can thiệp có CSHQ = 22,3%.

Tại 3 xã đối chứng có CSTS của thị trấn Sông Mã là 11,7%, xã Nà Nghịu 18,9%, xã Chiềng Khoong 8,9%. Tính chung cả 3 xã đối chứng có CSTS là 13,7%.

Hiệu quả can thiệp (HQCT) tính trên qui mô 3 xã can thiệp so với 3 xã đối chứng là 8,6%.

*\* Hiệu quả triển khai chính sách miễn phí, trợ giá vắc xin cho động vật*

Năm 2015 là năm đầu tiên áp dụng chính sách của tỉnh về hỗ trợ (miễn phí hoặc trợ giá) VXPĐ cho động vật trên phạm vi toàn tỉnh.

Do tính chất tương đồng về kinh tế, xã hội nên tỷ lệ mũi tiêm VXPĐ cho chó được miễn phí hoặc trợ giá tại các xã can thiệp và các xã đối chứng là tương đương nhau, dao động từ 43,1% đến 45,7% tổng số mũi tiêm. Do đó nghiên cứu không tính toán CSHQ, CSTS và HQCT cho chỉ số này.

### 3.2.3.3. Hiệu quả nâng cao chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại

Trong 2 năm (2014-2015) số người tử vong trên toàn tỉnh giảm nhanh so với các năm 2011-2013 (năm 2014 có 2 người, năm 2015 có 4 người tử vong do bệnh dại). Tỷ lệ tử vong năm 2014 là 0,17/100.000 dân, 2015 là 0,34/100.000 dân.

Toàn bộ các trường hợp tử vong ở người (6/6) trong hai năm (2014-2015) đều được ngành y tế chia sẻ thông tin với ngành thú y ở cả tuyến tỉnh, tuyến huyện và tuyến xã để phối hợp giám sát, xử lý ổ dịch.

Bảng 3.28. Chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại tại vùng can thiệp và vùng đối chứng, trước và sau can thiệp

Vùng	Xã	Kết quả chấm điểm		P	CSHQ/CSTS (%)
		KQT (%)	KQS (%)		
Can thiệp	Thị trấn Hát Lót	77,0	<b>89,5</b>	0,047	12,5
	Nà Bó	59,5	83,0	0,032	23,5
	Chiềng Chăn	53,5	81,0	0,028	27,5
Đối chứng	Thị trấn Sông Mã	64,5	76,5	0,049	12,0
	Nà Nghịu	51,0	68,5	0,037	17,5
	Chiềng Khoong	45,0	62,0	0,035	17,0

*Ghi chú:* Từ  $\geq 85-100$  điểm xếp loại tốt; từ  $\geq 70-84$  điểm xếp loại khá; từ  $\geq 50 - 69$  điểm xếp loại trung bình;  $< 50$  điểm xếp loại kém.

*Nhận xét:* Sau 2 năm can thiệp chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại ở cả 3 xã can thiệp từ loại trung bình đã nâng lên loại khá (xã Nà Bó, xã Chiềng Chăn) và loại tốt (Thị trấn Hát Lót) so với kết quả khảo sát ban đầu. CSHQ của Thị trấn Hát Lót là 12,5%, xã Nà Bó là 23,5% và xã Chiềng Chăn là 27,5%

Tại 3 xã đối chứng có điểm số đều tăng nhưng cả 3 xã vẫn giữ mức trung bình. CSTS ở Thị trấn Sông Mã là 12,0%, xã Nà Nghịu là 17,5%, xã Chiềng Khoong là 17,0%.

### 3.2.3.4. Hiệu quả huy động nguồn lực tài chính cho phòng, chống bệnh dại

Kinh phí cho phòng, chống bệnh dại được tính từ các chi phí trực tiếp cho các hoạt động của cả ngành y tế và thú y, gồm tập huấn, giám sát, truyền thông, chi phí dịch vụ từ tất cả các nguồn (nhà nước cấp, nhà tài trợ, người dân tự chi trả).

Bảng 3.29. Hiệu quả huy động tài chính cho các hoạt động phòng, chống bệnh dại tại vùng can thiệp và vùng đối chứng, trước và sau can thiệp

Đơn vị tính: đồng

Vùng	Xã	Kinh phí bình quân/người/năm		p	CSHQ/CSTS (%)
		KQT (đồng)	KQS (đồng)		
Can thiệp	Thị trấn Hát Lót	6.816,3	14.470,3	0,025	112,3
	Nà Bó	7.343,5	21.927,4	0,018	198,6
	Chiềng Chăn	5.138,7	20.824,6	0,005	305,2
	Trung bình 3 xã	6.553,4	17.618,5	0,029	168,8
Đối chứng	Thị trấn Sông Mã	7.040,6	9.646,8	0,046	37,0
	Nà Nghịu	3.513,8	4.882,8	0,042	38,9
	Chiềng Khoong	4.261,8	5.576,3	0,048	30,8
	Trung bình 3 xã	4.084,4	5.413,6	0,047	32,5

*Ghi chú:* Kinh phí PCBD cả ở người và động vật, từ tất cả các nguồn và tính theo kinh phí bình quân/người/năm.

Tại các xã can thiệp có CSHQ ở Thị trấn Hát Lót là 112,3%, ở xã Nà Bó là 198,6%, xã Chiềng Chăn là 305,2%. Tính chung cả 3 xã can thiệp có CSHQ là 168,8% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tại các xã đối chứng có CSTS tại Thị trấn Sông Mã là 37,0%, xã Nà Nghịu là 38,9%, xã Chiềng Khoong là 30,8%. Tính chung cả 3 xã đối chứng có CSTS là 32,5% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tính chung HQCT của 3 xã can thiệp so với 3 xã đối chứng là 136,3%.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. THỰC TRẠNG BỆNH ĐẠI Ở NGƯỜI VÀ CÁC HOẠT ĐỘNG PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI TẠI TỈNH SƠN LA, 2011 – 2013**

##### **4.1.1. Thực trạng bệnh đại ở người tại tỉnh Sơn La, 2011-2013**

###### ***4.1.1.1. Tử vong do bệnh đại ở người, 2011-2013***

Bệnh đại trước tiên là một bệnh của động vật, con người chỉ mắc một cách ngẫu nhiên và hoàn toàn không có vai trò dịch tễ nào. Nguyên nhân chủ yếu gây tử vong ở người là không tiêm phòng, tiêm muộn hoặc tiêm không đủ mũi sau khi bị phơi nhiễm từ động vật mắc bệnh. Trong 10 năm trở lại đây bệnh đại vẫn là nguyên nhân hàng đầu trong các bệnh truyền nhiễm gây tử vong cho người ở Việt Nam [18].

Trong 3 năm (2011-2013) tỉnh Sơn La có 41 người tử vong do bệnh đại và nằm trong nhóm các tỉnh có số người tử vong cao nhất trong toàn quốc[27]. Số người tử vong do bệnh đại tại tỉnh Sơn La ở mức cao trong giai đoạn này vì tỉnh Sơn La nằm trong khu vực bệnh đại đang lưu hành mạnh ở các tỉnh miền núi phía Bắc. Hơn nữa sau một thời gian dài (2001-2010) trên địa bàn tỉnh không ghi nhận ca mắc và tử vong, dẫn đến việc triển khai công tác phòng chống bệnh đại rơi vào tình trạng “bị lãng quên”. Người dân, các cấp chính quyền, thậm chí cả những người làm công tác y tế, thú y đều có tâm lý chủ quan với căn bệnh nguy hiểm này. Chính vì thế khi dịch bệnh quay trở lại thì dễ dàng lan rộng và không có sẵn các biện pháp ứng phó hiệu quả. Theo Nguyễn Trần Hiền (2015) thì trong giai đoạn 2011-2013 tỉnh Sơn La cũng là tỉnh có số người tử vong cao nhất cả nước [34].

Tử vong do bệnh đại tại Sơn La trong giai đoạn 2011-2013 gặp ở cả nam giới và nữ giới, tuy nhiên trong nghiên cứu này nữ giới có tỷ lệ tử vong cao hơn (chiếm 61,0%) so với nam giới (39,0%). So sánh với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước trong thời gian gần đây đều cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong theo giới của nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Lâm Bình, Nguyễn Trần Hiền, Đặng Đình Huân, Nguyễn Đình Hùng, Nguyễn Thị hanh Hương tại

Miền Bắc trong khoảng 10 năm trở lại đây đều cho thấy tỷ lệ tử vong ở nam giới luôn cao hơn nữ giới [5], [36], [40], [41], [45].

Tuổi trung bình các ca tử vong tại tỉnh Sơn La trong giai đoạn 2011-2013 là  $33 \pm 20$  tuổi, trong đó chủ yếu là người trong độ tuổi lao động từ 16-59 tuổi, chiếm tới 63,4%. Kết quả nghiên cứu của Đặng Đình Huân (2015) tại Hà Nội giai đoạn 2003-2013 có tới 83,0% người tử vong ở trong độ tuổi lao động [40]. Một số nghiên cứu về gánh nặng của bệnh đại tại nhiều khu vực trên thế giới đều đưa ra nhận xét bệnh đại là một bệnh hoàn toàn có thể dự phòng được, nhưng lại cướp đi sinh mạng của nhiều người khỏe mạnh đang là lao động trụ cột của gia đình, nên tác động rất lớn đến đời sống xã hội [93], [109], [123].

Trong giai đoạn 2011-2013 số người tử vong do bệnh đại ở tỉnh Sơn La rơi vào nhóm trẻ em  $\leq 15$  tuổi chiếm tới 24,4%. Một số nguyên nhân được nêu ra như sự hiếu động, thiếu kỹ năng sống nên nguy cơ trẻ em bị phơi nhiễm với bệnh đại từ động vật cao hơn người lớn. Một số trẻ nhỏ khi bị chó cắn không dám kể với bố mẹ và do tâm vóc nhỏ bé nên vết cắn thường gần thần kinh trung ương... Ở các vùng nông thôn miền núi như Sơn La thì điều kiện quan tâm, chăm sóc hàng ngày đối với trẻ em không được như ở thành phố, nên nhiều trường hợp bố mẹ không biết con mình bị phơi nhiễm để đưa đi tiêm phòng. So sánh với kết quả nghiên cứu của Đặng Đình Huân (2015) tại Hà Nội với tỷ lệ tử vong 10% ở trẻ dưới 15 tuổi thì tỷ lệ này ở Sơn La là cao hơn rất nhiều. Một số nghiên cứu của các tác giả Murray (2010) và của Sambo và cộng sự ở Tanzania (2013) cũng cho thấy tỷ lệ tử vong do bệnh đại ở trẻ em dao động từ 21,6% đến 25,1% [111], [116]. Điều này chỉ ra rằng cần tăng cường truyền thông phòng chống bệnh đại cho trẻ em, nhất là lứa tuổi học đường ở các trường tiểu học và trung học cơ sở trên địa bàn tỉnh.

Trong số 41 người tử vong do bệnh đại gặp ở người dân tộc Thái 65,9%, dân tộc Mông 17,1% và cao hơn các nhóm dân tộc khác như Kinh, Dao, Mường... Tỷ lệ này tương đối phù hợp với cơ cấu dân số tại Sơn La, người dân tộc Thái chiếm đa số (55%) và người dân tộc Mông chiếm 17% dân số [22]. Trong số 41 người tử vong có 19,5% là người mù chữ, 82,9% người dân sống ở khu vực nông thôn và

56,1% người thuộc hộ nghèo. Kết quả này cho thấy gánh nặng tử vong do bệnh dại gây nên tại tỉnh Sơn La chủ yếu rơi vào nhóm người dễ bị tổn thương như phụ nữ, trẻ em, người dân tộc thiểu số đang sống ở những cộng đồng nông thôn nghèo.

Tất cả các trường hợp tử vong do bệnh dại tại Sơn La đều liên quan tới chó truyền bệnh, trong đó người bị chó cắn trực tiếp là 95,1% và phơi nhiễm qua tiếp xúc là 4,9% (1 trường hợp tham gia giết mổ chó và 1 trường hợp chăm sóc chó nhà ốm). Qua điều tra thì những con chó này đều trong tình trạng chưa được tiêm phòng hoặc không rõ tiền sử tiêm phòng. Trong 41 trường hợp tử vong trong nghiên cứu này, vết thương độ I chiếm 23,1%, độ II 59,0% và độ III là 25,6% nhưng chỉ có 53,7% trường hợp được xử trí vết thương ngay sau khi bị chó cắn. Toàn bộ 100% người tử vong trong giai đoạn này không đi tiêm phòng VXPĐ, HTKD sau phơi nhiễm. Lý do chính dẫn đến tử vong do bệnh dại là sự chủ quan (72,3%) và không hiểu biết về bệnh dại (29,8%)[27]. Để giảm thiểu tử vong ở người, nhất là trong giai đoạn bệnh dại đang lưu hành tại địa phương cần đẩy mạnh truyền thông lồng ghép phòng, chống bệnh dại ở cả ở động vật và người. Người bị chó cắn phải được xử lý vết thương kịp thời và đến ngay cơ sở y tế để được tư vấn và điều trị dự phòng đúng cách.

Trong giai đoạn 2011-2013 tử vong do bệnh dại ở người gặp ở tất cả các tháng trong năm nhưng ở tháng 4, tháng 5 và các tháng từ 7 đến 10 có số người tử vong cao hơn các tháng khác. Tháng có số người tử vong cao nhất là tháng 10 (với 6 trường hợp), tháng gặp ít nhất là tháng 6 và tháng 12 (chỉ có 1 trường hợp mỗi tháng). Tử vong do bệnh dại ở người xảy ra rải rác tại 10 trong tổng số 11 huyện/thành phố của tỉnh Sơn La, có duy nhất huyện Bắc Yên không có người tử vong trong giai đoạn 2011-2013. Các huyện có số người tử vong cao gồm: Mộc Châu (7 người), Yên Châu (5 người), Thuận Châu (5 người), Sông Mã (5 người), Mai Sơn (4 người) và nhiều hơn các huyện, thành phố khác trong tỉnh. Những con số này phản ánh đúng qui mô, mức độ lây truyền và hậu quả nghiêm trọng của bệnh dại tại tỉnh Sơn La trong giai đoạn bệnh dịch tái bùng phát sau một thời gian dài bị “lãng quên”.



Năm 2011 có 5 người tử vong do bệnh dại (tỷ lệ 0,45/100.000 dân), tăng cao nhất là năm 2012 với 23 người tử vong (tỷ lệ 2,05/100.000 dân) và năm 2013 có 13 người tử vong (tỷ lệ 1,13/100.000 dân). Tỷ lệ tử vong trung bình 3 năm là 1,21/100.000 dân, cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ tử vong chung toàn quốc và các tỉnh khác trong cùng giai đoạn 2011-2013 [5], [34], [40], [64]. Chính vì có số người tử vong ở mức cao nên rất cần có một chiến lược can thiệp đồng bộ và hiệu quả để kiểm soát bệnh dại tại tỉnh Sơn La với mục tiêu trước mắt là giảm nhanh số người tử vong.

#### ***4.1.1.2. Người điều trị dự phòng sau phơi nhiễm, 2011–2013***

Nghiên cứu này được tiến hành sau khi có sự xuất hiện trở lại các ca tử vong do bệnh dại (năm 2011) mà trong khoảng 10 năm trước đó (2001-2010) trên địa bàn tỉnh Sơn La không ghi nhận có người tử vong do căn bệnh này. Trong 3 năm (2011-2013) toàn tỉnh có tổng số 14.000 người đến tiêm VXPĐ, HTKD sau phơi nhiễm tại các điểm tiêm (năm 2011 có 1.293 người, năm 2012 có 7.133 người và năm 2013 có 5.574 người). Kết quả phân tích các trường hợp điều trị dự phòng sau phơi nhiễm đã phần nào phản ánh nguy cơ bị động vật cắn và cơ hội tiếp cận dịch vụ tiêm VXPĐ, HTKD ở từng nhóm đối tượng là khác nhau.

Trong tổng số 14.000 người điều trị dự phòng sau phơi nhiễm bằng vắc xin thì tỷ lệ gặp ở nam giới là 55,2% và cao hơn ở nữ giới (44,8%). Người dân tộc Thái chiếm 51,5% và chiếm tỷ lệ cao hơn các nhóm dân tộc khác. Người có trình độ trung cấp nghề, cao đẳng, đại học... chỉ chiếm 5,4% và trong số người bị phơi nhiễm có 9,1% là người không đi học, mù chữ. Đa số người bị phơi nhiễm sống tại khu vực nông thôn (chiếm 87,9%) và người thuộc hộ nghèo chiếm tới 32,0%. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm trẻ em  $\leq 15$  tuổi chiếm tỷ lệ 42,7% trong số những người bị phơi nhiễm đi tiêm phòng. Điều này cho thấy trẻ em thực sự là nhóm đối tượng có nguy cơ cao phơi nhiễm với bệnh dại từ chó. Tỷ lệ này phù hợp với số liệu nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương và cộng sự tiến hành tại tỉnh Phú Thọ và báo cáo của WHO với 40% người mắc bệnh dại là trẻ em dưới 15 tuổi[44],[132]. Trẻ em có xu hướng thích tiếp xúc, chơi đùa với động vật nhưng lại thiếu kỹ năng

phòng vệ. Những cử chỉ, hành động của trẻ dễ làm con vật bị kích động, dẫn đến nguy cơ bị chó tấn công cao hơn. Ngoài ra, kết quả cho thấy trẻ em bị cắn ở vùng gần thân kinh trung ương chiếm tỷ lệ cao (chiếm 90,3% tổng số vết thương ở đầu, mặt cổ). Tỷ lệ này cao hơn so nghiên cứu của V. O. Amed và cộng sự (2014) với tỷ lệ 67,8% và của Sambo M. (2013) với tỷ lệ 77,5% [70], [116]. Như vậy gánh nặng do phơi nhiễm với bệnh dại tại tỉnh Sơn La chủ yếu rơi vào nhóm trẻ em, người dân tộc thiểu số và những người nghèo đang sinh sống ở vùng nông thôn khó khăn.

Phân tích số người điều trị dự phòng sau phơi nhiễm theo năm cho thấy số lượng người phơi nhiễm đi tiêm phòng trong toàn tỉnh tăng đột biến trong năm 2012 (gấp hơn 5,5 lần so với năm 2011) và duy trì ở mức cao trong năm 2013. Người bị phơi nhiễm đi tiêm vắc xin phòng dại ở tất cả các tháng trong năm, tuy nhiên từ tháng 3 đến tháng 11 số người tiêm phòng có xu hướng tăng cao hơn các tháng khác. Riêng năm 2012 thì số người đi tiêm VXPĐ tăng cao ngay từ tháng 2. Tuy nhiên sự khác biệt về số lượng người bị phơi nhiễm đi tiêm vắc xin giữa các tháng là không rõ ràng và sự gia tăng các trường hợp tiêm VXPĐ sau phơi nhiễm có xu hướng tỷ lệ thuận tương đối với tần suất tử vong theo năm.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy trong giai đoạn 2011-2013 thì chó là loài động vật chủ yếu gây phơi nhiễm cho người (chiếm tới 96,0%), các loài động vật khác có tỷ lệ thấp (3,1% do mèo, 0,9% do chuột, khỉ, sóc...). Khi gây vết cắn cho người có 62,4% số chó nhìn giống như bình thường, 13,9% số chó có biểu hiện ốm, 21,6% là chó chạy rông không rõ nguồn gốc và chỉ 2,1% số chó khi cắn người có biểu hiện lên con dại. Tỷ lệ người bị phơi nhiễm có theo dõi được con vật sau khi gây vết thương trong thời gian  $\geq 10$  ngày chỉ chiếm 16,5%, còn 83,5% các trường hợp là không theo dõi hoặc không thể theo dõi được tình trạng sức khỏe của con vật đã gây phơi nhiễm cho người. Trên thực tế do thiếu hụt kiến thức nên một số người dân cho rằng khi bị cắn bởi những con chó nhìn như khỏe mạnh thì không cần phải đi tiêm phòng.

Trong 14.000 trường hợp bị phơi nhiễm, số người chỉ có 1 vết cắn chiếm 69,1%, có 2 vết cắn 23,8% và 7,1% trường hợp có số vết cắn là 3 vết hoặc nhiều

hơn. Vị trí vết thương ở chân chiếm 61,7%, ở tay 29,0%, ở thân và khu vực đầu mặt cổ gặp ít hơn (6,2% và 3,1%). Tỷ lệ người có vết thương độ I chiếm 23,1%, độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (64,6%) và các vết thương độ III là 12,3%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người phơi nhiễm đến tiêm VXPĐ, HTKD trong 15 ngày đầu tiên là 76,1%, số người đến tiêm sau 15 ngày chiếm 23,9%. Phân tích đơn biến cho thấy tỷ lệ người đến tiêm  $\leq 15$  ngày và  $> 15$  ngày giữa các nhóm theo giới (nam/nữ), nhóm tuổi ( $\leq 15 / > 15$  tuổi), nơi ở (nông thôn/thành thị), hoàn cảnh kinh tế (thuộc hộ nghèo/không thuộc hộ nghèo) có tỷ suất chênh OR  $> 1$  và giá trị  $p < 0,0001$ . Điều đó cho thấy nam giới, người lớn  $> 15$  tuổi, người sống ở khu vực nông thôn và người nghèo thường đi tiêm muộn hơn so với phụ nữ, trẻ em, người sinh sống ở thị trấn và người không thuộc hộ nghèo. Việc bệnh nhân đến tiêm sớm là yếu tố rất quan trọng trong các trường hợp vết thương gần thân kinh trung ương, vết thương phức tạp, nhiều vết thương cùng lúc.

Tại tỉnh Sơn La tỷ lệ người điều trị dự phòng sau phơi nhiễm trung bình trong năm 2011 là 115,6/100.000 dân, năm 2012 là 636,3/100.000 dân, năm 2013 là 486,5/100.000 dân, tỷ lệ trung bình trong 3 năm là 413,6/100.000 dân và tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ trung bình của cả nước trong cùng giai đoạn. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trần Hiền (2015) tỷ lệ tiêm VXPĐ giai đoạn 2009-2013 là 722 người/100.000 dân [34]. Trong thời kỳ bệnh đại vẫn đang lưu hành tại địa phương, có thể một tỷ lệ rất khó xác định người bị phơi nhiễm không đi tiêm VXPĐ, HTKD, và như vậy thì nguy cơ xảy ra các trường hợp tử vong do bệnh đại ở người là hoàn toàn hiện hữu. Khi chưa kiểm soát được chắc chắn nguồn truyền nhiễm của bệnh đại ở động vật thì dịch vụ y tế đóng vai trò rất quan trọng trong việc giảm số người tử vong. Có nhiều nghiên cứu đã cho thấy những người tử vong do bệnh đại đều do không tiếp cận với điều trị dự phòng sau phơi nhiễm (PEP) hoặc điều trị quá muộn. Ở những nước nghèo thì dịch vụ y tế không phải luôn chắc chắn có sẵn (vùng hạ Sahara của châu Phi, các khu vực nông thôn ở Ấn Độ, Bangladesh, Myanmar). Một khía cạnh khác là giá thành VXPĐ cao cũng là trở ngại đối với nhóm người nghèo không đủ khả năng chi trả. Theo báo cáo của WHO thì nhờ có PEP mỗi năm ước

tính đã giảm được khoảng 330.000 người chết do bệnh dại trên thế giới và trong các chiến lược kiểm soát bệnh dại ở những vùng còn lưu hành bệnh dại trên chó thì PEP phải được ưu tiên [134].

#### **4.1.2. Thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La, 2011-2013**

##### **4.1.2.1. Thực trạng phòng, chống bệnh dại ở người, 2011-2013**

Mặc dù bệnh dại là bệnh tối nguy hiểm và gây tỷ lệ tử vong cao nhất trong các bệnh truyền nhiễm nhưng lại là một căn bệnh hoàn toàn có thể phòng ngừa được, cả trước và sau phơi nhiễm. Các nghiên cứu cho thấy hầu hết các trường hợp tử vong đều có liên quan đến sự thiếu hụt kiến thức và các hành vi thực hành không đúng của người dân trong chăn nuôi, nhất là do chủ quan không điều trị dự phòng sau phơi nhiễm do động vật nghi dại cắn. Trong khoảng 20 năm trở lại đây Quốc hội, Chính phủ, Bộ NN&PTNT, Bộ Y tế đã ban hành hàng loạt văn bản pháp qui (Luật, Nghị định, Thông tư) nhằm mục tiêu khống chế và hướng tới loại trừ bệnh dại cả ở người và động vật [6], [8], [20], [21]. Hệ thống luật pháp về PCBD đã được hoàn thiện từng bước nhưng trên thực tế chưa được thực hiện một cách đầy đủ ở các địa phương do rất nhiều rào cản, trong đó gốc rễ của vấn đề chính là chưa kiểm soát được bệnh dại trên đàn chó do tỷ lệ tiêm VXPĐ cho đàn chó đạt thấp ở hầu hết các địa phương [46], [50], [66].

Năm 2011 Bộ Y tế đã xây dựng và triển khai Chương trình Quốc gia khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại ở người giai đoạn 2011-2015 và củng cố tổ chức hệ thống phòng chống bệnh dại từ trung ương đến địa phương. Hệ thống được tổ chức từ Bộ Y tế, các Viện Vệ sinh Dịch tễ và Viện Pasteur khu vực, Trung tâm YTDP tuyến tỉnh, thành phố[35]. Tại tỉnh Sơn La, giai đoạn 2011-2013 các hoạt động phòng chống bệnh dại ở người nằm trong tổng thể hoạt động PCBTN, được tổ chức thành hệ thống theo phân cấp hành chính từ tỉnh đến huyện, xã. Ban chỉ đạo PCBTN ở người (cấp tỉnh, cấp huyện) hoặc Ban chỉ đạo CSSKBD ở cấp xã/phường/thị trấn là cơ quan đầu mối tổ chức, điều phối, chỉ đạo, triển khai các hoạt động phòng, chống bệnh dại ở địa phương. Đầu mối chuyên môn ở cấp tỉnh là Trung tâm Y tế dự

phòng, ở cấp huyện là Trung tâm Y tế huyện, ở cấp xã là Trạm y tế và mỗi bản/tổ dân phố có 1 nhân viên y tế thôn bản.

Trên thực tế kết quả hoạt động phòng, chống bệnh truyền nhiễm ở người nói chung, phòng chống bệnh dại nói riêng phụ thuộc chủ yếu vào chất lượng hoạt động của Ban chỉ đạo ở địa phương. Địa phương nào có Ban chỉ đạo hoạt động tốt thì công tác phòng, chống dịch đạt hiệu quả tốt và ngược lại. Muốn thế về tổ chức Ban chỉ đạo phải có đủ thành phần, có qui chế hoạt động, có sự phân công trách nhiệm rõ ràng đối với từng thành viên và tham mưu có hiệu quả cho chính quyền cùng cấp trong việc ban hành và thực thi chính sách, chỉ đạo, triển khai, giám sát và huy động các nguồn lực cho công tác phòng, chống bệnh dại.

Thực hiện sự chỉ đạo của Bộ Y tế, trong giai đoạn 2011-2013 hệ thống Ban chỉ đạo PCBTN các cấp tại tỉnh Sơn La đã liên tục được củng cố, kiện toàn và đóng vai trò quan trọng trong việc triển khai các hoạt động đáp ứng dịch. Trong giai đoạn 2011 - 2013 công tác PCBD trên địa bàn tỉnh đã nhận được sự quan tâm, chỉ đạo rất sát sao, quyết liệt của lãnh đạo UBND tỉnh, thể hiện bằng việc tổ chức họp Ban chỉ đạo định kỳ, đột xuất, ban hành các văn bản (chỉ thị, kế hoạch, công văn chỉ đạo) và tham mưu cho Chủ tịch UBND tỉnh ban hành một số chính sách quan trọng áp dụng trên phạm vi toàn tỉnh [68], [69]. Kết quả khảo sát chất lượng hoạt động phòng chống bệnh dại ở người của Ban chỉ đạo cấp tỉnh năm 2013 cho thấy Ban chỉ đạo đã được kiện toàn với đầy đủ thành phần (14,5/15 điểm chuẩn) và có chất lượng hoạt động khá (13,5/15 điểm chuẩn). Tuy nhiên khi đánh giá các tiêu chí phòng, chống bệnh dại trên thực tế thì tỉnh Sơn La còn có số người tử vong ở mức cao, tỷ lệ bao phủ vắc xin trên đàn chó thấp, các hoạt động truyền thông, giám sát, phối hợp liên ngành còn nhiều hạn chế nên điểm số kết quả hoạt động thực tế chỉ đạt 55,0/70 điểm chuẩn và kết quả chung đạt loại khá.

Toàn bộ 11/11 huyện/thành phố của tỉnh có Ban chỉ đạo PCBTN ở người. Chất lượng các hoạt động PCBD ở cấp huyện không đồng đều giữa các địa phương trong tỉnh. Ở nơi nào có sự vào cuộc mạnh mẽ của lãnh đạo huyện, có sự tham mưu tốt của Trung tâm Y tế huyện thì địa phương đó triển khai có hiệu quả các hoạt

động PCBD và ngược lại. Ban chỉ đạo một số huyện chưa thể hiện được vai trò, chức năng quan trọng của mình, chưa phân công trách nhiệm vụ thể cho từng thành viên, năm 2013 vẫn có 3/11 Ban chỉ đạo không có qui chế hoạt động. Kết quả khảo sát cho thấy chất lượng hoạt động phòng chống bệnh dại của Ban chỉ đạo các huyện năm 2013 ở mức tốt là 9,1%, mức khá 27,3%, mức trung bình 63,6%. Huyện đạt điểm cao nhất là 86,5 điểm, thấp nhất là 51,0 điểm. Điểm trung bình của 11 huyện/thành phố là  $65,5 \pm 12,5$  điểm.

Nghiên cứu định tính qua hình thức phỏng vấn sâu đối với 30 người là những người tham gia Ban chỉ đạo các cấp, hoặc những người đang làm công tác chuyên môn về y tế, thú y. Vì mục đích của nghiên cứu là đánh giá hiệu quả can thiệp PCBD ở 3 xã của huyện Mai Sơn nên trong thiết kế nghiên cứu đã chọn 2/3 (20 trong tổng số 30) đối tượng là ở tuyến xã, còn lại là ở tuyến tỉnh và tuyến huyện. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy ở cấp huyện còn tồn tại quá nhiều Ban chỉ đạo (khoảng 20 Ban chỉ đạo thuộc nhiều lĩnh vực như xóa đói giảm nghèo, đường giao thông, trồng và bảo vệ rừng, xây dựng nông thôn mới...) do đó chính quyền, lãnh đạo UBND huyện không có đủ thời gian, nguồn lực đầu tư cho công tác PCBD một cách thỏa đáng.

Nghiên cứu này chỉ khảo sát được 197 trong tổng số 204 xã/phường/thị trấn (chiếm 96,6%). Tại cấp xã do nhiều hạn chế về nguồn lực (nhân lực, tài chính, phương tiện làm việc...) nên hiệu quả hoạt động phòng, chống dịch bệnh nói chung, PCBD nói riêng còn nhiều hạn chế, nhất là thiếu sự vào cuộc của chính quyền và sự phối hợp liên ngành. Kết quả khảo sát cho thấy chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại năm 2013 chỉ có 4,6% xã đạt mức tốt, 22,8% đạt mức khá, 65,0% mức trung bình và còn 7,6% số xã ở mức kém. Xã có điểm đạt cao nhất là 86,0/100, thấp nhất là 31,5/100 điểm chuẩn. Điểm trung bình của 197 xã là  $57,0 \pm 21,5$  điểm. Trên thực tế có Ban chỉ đạo CSSKBD xã thành lập đã 5 năm nhưng không được kiện toàn, có Ban chỉ đạo trong 2 năm không tổ chức họp lần nào... Công tác PCBD ở cấp xã chủ yếu còn ỷ lại ngành y tế, ngành thú y mà chưa có sự quan tâm, đầu tư thỏa đáng của chính quyền xã.

Tại cấp thôn/bản không có Ban chỉ đạo phòng, chống dịch bệnh. Hoạt động phòng, chống bệnh dại chủ yếu do Trưởng bản, y tế bản tuyên truyền, vận động chủ nuôi tiêm phòng cho chó, vận động người phơi nhiễm đi tiêm vắc xin... Nghiên cứu này không khảo sát chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại ở tuyến thôn/bản/tổ dân phố.

Nguồn nhân lực y tế tham gia phòng, chống bệnh dại đóng vai trò quan trọng trong giám sát, đáp ứng dịch, và đặc biệt là tư vấn và cung cấp dịch vụ VXPĐ, HTKD cho người bị phơi nhiễm, gồm những cán bộ y tế có thể huy động để trực tiếp tham gia các hoạt động phòng, chống bệnh dại (như đào tạo, tập huấn, giám sát, xử lý ổ dịch, khám, tư vấn, làm việc tại các phòng tiêm VXPĐ, HTKD) ở Trung tâm YTDP tỉnh, Trung tâm Y tế huyện, Trạm Y tế xã và nhân viên y tế thôn bản. Tính từ năm 2011 khi bệnh dại tái bùng phát tại tỉnh Sơn La, các hoạt động đào tạo, tập huấn, giám sát, củng cố các điểm tiêm đã được đẩy mạnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy đã có 45,9% người trực tiếp tham gia phòng, chống bệnh dại ở Trung tâm YTDP tỉnh, 27,3% ở Trung tâm Y tế các huyện, 27,3% cán bộ y tế xã đã được tập huấn, cập nhật chuyên môn về PCBD trong 2 năm (2012-2013). Tuy nhiên tỷ lệ này chỉ đạt 5,1% ở tuyến y tế thôn bản. Nhân viên y tế thôn bản chính là những người gần dân nhất, nắm bắt thông tin nhanh nhất, tư vấn kịp thời nhất cho những người bị phơi nhiễm nên rất cần thiết phải được tập huấn. Trong điều kiện nhân viên y tế thôn bản với trình độ không đồng đều, chế độ phụ cấp thấp, đang đảm đương rất nhiều nhiệm vụ (tiêm chủng mở rộng, dân số, an toàn thực phẩm...) thì việc tập huấn về PCBD cho đội ngũ này lại càng cần thiết. Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy nếu không được tập huấn thì ngay cả cán bộ y tế xã cũng rất nhiều người “lãng quên” các kiến thức về PCBD.

Theo qui định của Bộ Y tế mỗi huyện phải có ít nhất 1 điểm tiêm VXPĐ [6]. Tuy nhiên tại tỉnh Sơn La đến tháng 12 năm 2011 mới chỉ có 7/11 huyện/thành phố với 8 điểm tiêm chủng VXPĐ, vẫn còn 4 huyện không có điểm tiêm chủng. Năm 2012 triển khai thêm được 2 điểm tiêm, năm 2013 thêm được 1 điểm tiêm và còn huyện Yên Châu không có điểm tiêm. Các điểm tiêm này đều đặt tại Trung tâm

YTDP tỉnh, Trung tâm Y tế các huyện và chỉ hoạt động trong giờ hành chính (5/7 ngày trong tuần). Trong khi lịch tiêm VXPĐ đầy đủ theo phác đồ tiêm bắt phải là 5 mũi (ngày 0, 3, 7, 14 và 28) nên nhiều người bị phơi nhiễm không được tiêm kịp thời, không đúng lịch, không tiêm đủ mũi vì phải đi xa hoặc phòng tiêm không làm việc các ngày thứ Bảy, Chủ nhật, ngày Lễ, Tết. Từ thực tế đó Sở Y tế đã có sự chỉ đạo kiên quyết và yêu cầu từ tháng 2 năm 2014 các điểm tiêm phải hoạt động 7/7 ngày, kể cả thứ Bảy, Chủ nhật, ngày Lễ, Tết để đáp ứng nhu cầu điều trị dự phòng sau phơi nhiễm của người dân. Theo tác giả Hoàng Thị Liên và cộng sự (2015) tại 20 tỉnh khu vực phía Nam có tổng số 297 điểm tiêm VXPĐ, ngoài các điểm tiêm đặt tại khu vực trung tâm tỉnh, thành phố thì có 241 điểm tiêm tại 215 quận/huyện, trung bình có 1,1 điểm/huyện. Tuy nhiên khu vực này vẫn có 9 huyện không có điểm tiêm VXPĐ [49].

Liên quan đến các điểm tiêm trong tỉnh thì toàn bộ đội ngũ nhân viên y tế làm việc tại đây đều được tập huấn chuyên môn và cấp chứng chỉ về an toàn tiêm chủng. Các điểm tiêm đều sử dụng đồng thời 2 loại vắc xin tế bào phổ biến trên thị trường và có chất lượng tốt là Verorab (Pháp) và Ahayrab (Ấn Độ). Chỉ có 2 điểm tiêm có sử dụng HTKD đều nằm ở Trung tâm YTDP tỉnh.

Từ đầu năm 2013 UBND tỉnh đã ban hành chính sách tiêm VXPĐ miễn phí cho một số đối tượng chính sách, tuy nhiên đến tháng 6 năm 2013 VXPĐ miễn phí mới thực sự đến được với người dân. Số VXPĐ phân bổ về Trung tâm Y tế các huyện/thành phố với số lượng hạn chế và không đủ đáp ứng nhu cầu, số lượng này chỉ mới đáp ứng được một phần nhu cầu thực tế. Mặc dù chưa đáp ứng đủ nhưng nguồn vắc xin miễn phí này đã giúp cho nhiều người nghèo tiếp cận được với VXPĐ sau phơi nhiễm. Các đối tượng được thụ hưởng gồm trẻ em <6 tuổi, người nghèo (có giấy chứng nhận hộ nghèo do UBND huyện cấp), người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại các xã khó khăn theo qui định của Chính phủ.

Tổng hợp nguồn kinh phí cho các hoạt động phòng chống bệnh dại ở người (từ nguồn ngân sách cấp, các nhà tài trợ và kinh phí người dân tự chi trả dịch vụ) tính trên đầu người dân tại tỉnh Sơn La năm 2011 là 1.276,3 đồng, năm 2012 là



6.709,0 đồng, năm 2013 là 5.233,2 đồng/người/năm. Kinh phí trung bình trong giai đoạn này là 4.406,0 đồng/người/năm. Nguồn kinh phí chủ yếu vẫn do người dân tự chi trả cho dịch vụ tiêm phòng vắc xin sau phơi nhiễm (90,6-94,8%). Kinh phí nhà nước cấp và các nhà tài trợ chiếm tỷ lệ thấp và chỉ dành cho truyền thông, tập huấn, giám sát. Một khảo sát của dự án Hỗ trợ phát triển hệ thống YTDP (2009) cũng cho thấy có tới 35% các tỉnh không có kinh phí đáp ứng khi có dịch bùng phát [23].

Trong điều kiện tỷ lệ hộ nghèo còn cao, giá thành VXPĐ đang luôn ở mức cao (>200.000 đồng/mũi tiêm, tổng cộng >1000.000 đồng/người nếu tiêm đủ 5 mũi) thì đây chính là một rào cản cho việc tiếp cận VXPĐ, HTKD của một bộ phận người bị phơi nhiễm. Cũng vì chưa có chính sách hỗ trợ nên đã có 1 trường hợp tử vong đáng tiếc trong năm 2012 (nữ giới, 52 tuổi) vì sau phơi nhiễm người này không có khả năng chi trả nên đã không tiếp cận được với dịch vụ VXPĐ.

#### **4.1.2.2. Thực trạng phòng, chống bệnh dại ở động vật, 2011-2013**

Tương tự như tổ chức của hệ thống Ban chỉ đạo PCBTN ở người, công tác phòng, chống bệnh dại ở động vật cũng nằm trong một hệ thống phòng, chống dịch bệnh gia súc, gia cầm với tổ chức các Ban chỉ đạo từ cấp tỉnh đến cấp huyện, cấp xã. Nghiên cứu này không khảo sát hoạt động của các Ban chỉ đạo phòng, chống dịch bệnh gia súc, gia cầm. Trong các số liệu thứ cấp thu thập được từ ngành thú y cho thấy hệ thống của thú y từ tuyến tỉnh đến tuyến huyện, tuyến xã đều có qui mô biên chế thấp hơn ngành y tế và không có nhân viên thú y cấp thôn, bản. Trong 2 năm (2012-2013) đã có 33,3% cán bộ của Chi cục Thú y tỉnh, 40,1% cán bộ các Trạm thú y huyện và 69,6% nhân viên thú y tuyến xã đã được tập huấn cập nhật kiến thức về phòng, chống bệnh dại, trong đó chủ yếu là tham gia các lớp tập huấn do ngành y tế đứng ra tổ chức theo hình thức liên ngành.

Trong giai đoạn 2011-2013 ngành thú y tổ chức tiêm VXPĐ cho chó, mèo theo chiến dịch 1 năm/lần trên qui mô xã và do Trạm Thú y từng huyện lập kế hoạch, tiến hành theo hình thức “cuốn chiếu”, xong xã này chuyển sang xã khác. Thời gian tiến hành chiến dịch vào tháng 3, tháng 4 và tiêm vét vào các tháng sau

đó. Tiến hành tiêm VXPĐ tại từng hộ gia đình và chủ nuôi phải chi trả theo giá dịch vụ 20.000 đồng/mũi tiêm/con.

Năm 2011 tỷ lệ tiêm phòng trên tổng đàn chó đạt 11,1%, năm 2012 là 37,0%, năm 2013 là 40,1%. Như vậy từ 2011 đến 2013 tỷ lệ tiêm VXPĐ chủ động cho đàn chó có tăng hàng năm nhưng vẫn ở mức thấp ở tất cả các huyện, thành phố[16]. Ngoài nguyên nhân do chủ nuôi chó chưa hưởng ứng thì một phần nguyên nhân là do thiếu nhân lực và nguồn kinh phí của nhà nước hỗ trợ cho công tác này. Kinh phí cho các hoạt động phòng chống bệnh dại ở động vật tính theo đầu người dân tại tỉnh Sơn La năm 2011 là 536 đồng/người/năm; năm 2012 là 1.610,4 đồng/người/năm; năm 2013 là 1.461,6đồng/người/năm. Kinh phí cho các hoạt động phòng chống bệnh dại ở động vật trung bình trong 3 năm (giai đoạn 2011-2013) là 1.205,1 đồng/người/năm. Nguồn kinh phí nhà nước cấp chỉ chiếm tỷ lệ thấp (5,5-8,7%) và chủ yếu chi cho tập huấn chuyên môn thú y và tuyên truyền trước các chiến dịch tiêm phòng cho đàn chó hàng năm. Kinh phí người dân phải trực tiếp chi trả cho dịch vụ tiêm VXPĐ cho chó chiếm từ 91,3-94,5%. Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy người dân chưa thực sự chấp hành các qui định bắt buộc trong thực hành chăn nuôi chó (đăng ký nuôi, xích nhốt, tiêm VXPĐ) và ngành thú y cũng chưa thật sự chú trọng công tác PCBD trên động vật so với phòng, chống các bệnh truyền nhiễm khác ở vật nuôi như bệnh cúm ở gia cầm, lở mồm long móng ở trâu bò, bệnh liên cầu ở đàn lợn...

Kết quả nghiên cứu của Pebi Purwo Suseno (2013) cho thấy chương trình phòng, chống bệnh dại ở Bali rất thành công với chiến dịch phòng ngừa trọng tâm là tiêm phòng cho chó. Mục tiêu thực hiện rất rõ ràng để tiêm ít nhất 70% số chó ở mỗi làng. Chính quyền Bali phối hợp tổ chức 4 đợt tiêm phòng đại trà cho chó từ tháng 9 năm 2010 đến 2013. Chỉ tính trong 3 năm (2010–2012) số ca tử vong ở người đã giảm mạnh (từ 82 ca xuống còn 8 ca), số ca tử vong ở chó cũng giảm từ 421 ca xuống còn 98 ca. Việc thực hiện chiến lược được quản lý và phối hợp tốt, từ việc phân chia trách nhiệm rõ ràng, tôn trọng quyền tự trị của địa phương, thực hiện quy trình thực hành chuẩn (SOPs) và tập huấn tại chỗ. Nhờ đó chương trình

phòng, chống bệnh dại tại Indonesia rất thành công, ngoài Bali quốc gia này đã thanh toán bệnh dại ở 4 tỉnh (Jakarta, Trung Java, Đông Java, Yogyakarta) và duy trì 5 tỉnh khác không có dịch xảy ra [59].

#### ***4.1.2.3. Thực trạng phối hợp liên ngành y tế-thú y trong phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La, 2011-2013***

Một trong những tồn tại trong công tác PCBD chính là chưa có sự phối hợp chặt chẽ giữa ngành y tế và ngành thú y. Kết quả nghiên cứu cho thấy năm 2011 có 5 vụ dịch thì chỉ có 2 vụ dịch được chia sẻ thông tin (40%) và chỉ có 1 vụ dịch được phối hợp giám sát, xử lý giữa y tế và thú y (20,0%). Năm 2012 có 23 vụ dịch, có 6 vụ dịch được chia sẻ thông tin (26,1%) và có 4 vụ dịch được phối hợp giám sát, xử lý giữa y tế và thú y (17,4%). Năm 2013 có 13 vụ dịch, có 5 vụ dịch được chia sẻ thông tin (38,5%) và có 3 vụ dịch được phối hợp giám sát, xử lý giữa y tế và thú y (23,1%). Một điểm rất đáng lưu ý là tất cả các vụ dịch (của bệnh dại) chỉ được xác định khi có người bị mắc, tử vong do bệnh dại, và sự trao đổi thông tin đều do hệ thống YTDP chủ động chia sẻ với ngành thú y, không có trường hợp nào ngành thú y phát hiện bệnh dại ở động vật rồi trao đổi thông tin với ngành y tế để phối hợp giám sát, xử lý ổ dịch. Trên thực tế chắc chắn có những ổ dịch trên động vật (đàn chó), hoặc có những con chó cắn nhiều người một lúc... nhưng chưa được thú y địa phương thông báo.

Năm 2013 cũng là năm đánh dấu sự ra đời Thông tư liên tịch giữa Bộ Y tế và Bộ NN&PTNT về phối hợp giám sát và xử lý bệnh dại, làm cơ sở cho các hoạt động phối hợp giữa hai ngành[11], do đó trong giai đoạn 2011-2013 sự phối hợp giữa hai ngành rất khó triển khai vì chưa có thông tư, văn bản hướng dẫn. Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy vai trò của chính quyền địa phương, của các Ban chỉ đạo trong việc thúc đẩy sự phối hợp liên ngành tại các địa phương là không đồng đều, nhất là ở tuyến xã/phường/thị trấn. Xã nào, huyện nào có sự vào cuộc của chính quyền sẽ thúc đẩy y tế, thú y địa phương phối hợp đáp ứng dịch tốt hơn.

## **4.2. HIỆU QUẢ PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI THEO CÁCH TIẾP CẬN MỘT SỨC KHỎE TẠI 3 XÃ CỦA HUYỆN MAI SƠN, 2014 – 2015**

### **4.2.1. Kết quả triển khai các hoạt động can thiệp trên thực địa, 2014-2015**

#### ***4.2.1.1. Truyền thông tăng cường nhằm nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi của cộng đồng***

Trong các chiến lược ngăn ngừa bệnh đại thì truyền thông nâng cao nhận thức, ý thức của cộng đồng luôn được đặt ra như một vấn đề ưu tiên. Theo Nghị định 05/2007/NĐ-CP của Chính phủ công tác tuyên truyền giáo dục sức khoẻ cần cung cấp những thông tin cần thiết để nhân dân biết cách phòng bệnh cho mình và cho cộng đồng. Cụ thể là giáo dục nhân dân hạn chế nuôi chó; chó nuôi phải xích nhốt, chó ra đường phải rọ mõm; diệt chó chạy rong, chó vô chủ; thực hiện đăng ký cấp giấy phép cho chủ nuôi chó mèo; tiêm vắc xin cho chó, mèo; tại địa phương nếu xuất hiện chó dại thì nghiêm cấm vận chuyển, giết mổ động vật bị dại; với những người bị chó mèo cắn cần phải được xử lý vết thương, đồng thời tiêm vắc xin và HTKD theo đúng chỉ định [10], [20].

Bệnh đại là một căn bệnh truyền nhiễm lây truyền từ động vật sang người đã được biết đến từ thời cổ đại. Vắc xin phòng đại đã được phát minh từ hơn 130 năm và đã có nhiều quốc gia, khu vực trên thế giới kiểm soát thành công căn bệnh này. Tuy nhiên bệnh đại đã trở thành căn bệnh “bị lãng quên” và tái bùng phát trong vài chục năm gần đây ở nhiều nơi, trong đó có tỉnh Sơn La. Chính vì trong một thời gian khá dài tại địa phương không có bệnh đại lưu hành, không có người tử vong nên dẫn đến tình trạng thiếu hiểu biết, tâm lý thờ ơ, chủ quan của người dân tại cộng đồng với căn bệnh nguy hiểm này. Trong nghiên cứu này các hoạt động truyền thông can thiệp được triển khai khá đồng bộ, với nhiều qui mô và hình thức khác nhau nhằm cải thiện kiến thức, ý thức, hành vi của nhóm đối tượng đích là đông đảo người dân tại cộng đồng.

Nhân viên Trạm y tế của 3 xã can thiệp đến từng bản để tuyên truyền thông qua các cuộc họp dân tại tổ/bản (đối tượng là chủ hộ hoặc người đại diện HGD). Tại 54 tổ/bản đã triển khai được 108 cuộc họp với 3.026 người tham gia. Nghiên cứu cũng áp dụng sáng kiến của một số địa phương trong phòng chống Cúm

A/H5N1[54], đã tổ chức 28 lần truyền thông lưu động bằng xe máy có gắn loa, đến tất cả các cụm dân cư tập trung của 54 tổ bản, có 2.000 người trực tiếp nghe. Học tập kinh nghiệm của tỉnh Tuyên Quang [41] nhân viên y tế, thú y của 3 xã can thiệp đã phối hợp vận động được 7.011 trong tổng số 7.216 chủ HGD ký Bản cam kết thực hành phòng, chống bệnh dại với chính quyền xã, đạt tỷ lệ 97,1%. Ngoài ra còn xây dựng 3 cụm pa-nô, in và phân phát 8.000 tờ rơi, sách nhỏ hướng dẫn phòng, chống bệnh dại. Nội dung thông điệp tại các cụm pa-nô rất rõ ràng, dễ hiểu và đặt tại địa điểm trung tâm để nhiều người có thể đọc được. Các tờ rơi, sách nhỏ đều được Dự án CDC2 phê duyệt trước khi sản xuất. Năm 2014 tổ chức mít tinh hưởng ứng “Ngày Thế giới phòng, chống bệnh dại” tại trụ sở UBND xã Nà Bó, có 500 người tham dự, ngoài đại biểu tại địa phương còn có sự tham gia của các đại biểu đến từ WHO, FAO, Cơ quan Thú y vùng 1. Năm 2015 tổ chức mít tinh tại Thị trấn Hát Lót với 600 người tham dự, có đại biểu của Cục Thú y, FAO và Cục YTDP tham gia. Các thông điệp phòng, chống bệnh dại được phát thanh bằng 3 thứ tiếng (tiếng Kinh, tiếng Thái, tiếng Mông) trong 40 tuần (2 lần/tuần) kéo dài từ tháng 7 năm 2014 đến tháng 5 năm 2015 qua hệ thống loa truyền thanh của 3 xã can thiệp, đến được 45 bản trong tổng số 54 tổ, bản.

#### ***4.2.1.2. Vận động chính sách và huy động sự vào cuộc của chính quyền, các ban ngành thông qua các hội nghị liên ngành***

Nguyên lý của Một sức khỏe chính là huy động sự tham gia của các ngành, các cấp và người dân trong PCBTN có nguồn gốc từ động vật. Bằng nguồn tài chính được WHO và CDC2 tài trợ, trong 2 năm (2014-2015) đã tổ chức 8 hội nghị liên ngành với chủ đề “Tăng cường phòng chống bệnh dại” và “Chung tay đẩy lùi bệnh dại” trong đó có 2 hội nghị qui mô cấp huyện (tổ chức tại Văn phòng UBND huyện Mai Sơn) và 6 hội nghị cấp xã (tổ chức tại Hội trường trung tâm của 3 xã can thiệp). Mỗi hội nghị kéo dài 1,5 ngày nhằm phổ biến những kiến thức cơ bản và các biện pháp phòng, chống bệnh dại cả ở động vật và ở người. Hội nghị dành 1/3 thời gian để các đại biểu thảo luận theo nhóm nhằm xác định những khó khăn, rào cản và đề xuất các giải pháp phòng, chống bệnh dại phù hợp tại địa phương. Hội nghị có

các đại diện chính quyền các cấp (lãnh đạo UBND huyện, UBND xã, Trưởng bản), các ngành (tài chính, giáo dục, công an, nông nghiệp, thông tin truyền thông...), các đoàn thể (MTTQ, Hội Phụ nữ, Hội Nông dân...) và có cán bộ y tế, thú y tham gia. Các hội nghị trong năm 2014 còn có sự tham gia của Văn phòng Điều hành dự án không chế bệnh dại của Bộ Y tế và Cơ quan thú y Vùng 1. Năm 2015 có các đại biểu, chuyên gia thuộc Ban quản lý Dự án Phòng, chống bệnh truyền nhiễm khu vực Tiểu vùng sông Mê Kông giai đoạn 2 (Dự án CDC2 thuộc Bộ Y tế) và đại biểu của Cục Thú y (Bộ NN&PTNT) tham gia, giám sát.

#### ***4.2.1.3. Tăng cường tập huấn chuyên môn cho cán bộ y tế và thú y cơ sở***

Hình thức tập huấn phòng, chống bệnh dại theo hình thức liên ngành có nhiều ưu điểm và được áp dụng ngay từ năm 2013 tại tỉnh Sơn La do Văn phòng Điều hành dự án không chế bệnh dại (thuộc Bộ Y tế) tổ chức. Trong nghiên cứu này đã có 4 lớp tập huấn chuyên môn về phòng, chống bệnh dại theo hình thức liên ngành cho cả cán bộ y tế và thú y tại huyện Mai Sơn (trong năm 2014 và 2015). Kết quả đã có 55,9% nhân viên y tế của Trung tâm Y tế tuyến huyện, 69,7% nhân viên y tế tuyến xã và 30,0% nhân viên y tế thôn bản đã được tập huấn và cập nhật kiến thức về phòng chống bệnh dại. Các lớp tập huấn cũng chú trọng ưu tiên cho cán bộ y tế của 3 xã can thiệp (Trạm Y tế và nhân viên y tế thôn bản).

Kết quả đã có 100% nhân viên thú y huyện và thú y xã tại vùng can thiệp đã được tập huấn cập nhật kiến thức về phòng, chống bệnh dại. Tỷ lệ cán bộ được tập huấn của ngành thú y đạt cao (100%) vì thực tế số người làm việc tại Trạm Thú y huyện và số nhân viên thú y xã rất ít, cả trạm có 6 người, mỗi xã chỉ có 1 người. Hình thức tổ chức tập huấn liên ngành còn nhằm mục tiêu gắn kết và thúc đẩy sự phối hợp liên ngành trong phòng, chống bệnh dại thông qua các cuộc thảo luận, các tình huống giả định, các bài tập theo nhóm. Kết quả lượng giá đầu ra của cả 4 lớp tập huấn các học viên đều đạt mức độ khá trở lên.

#### ***4.2.1.4. Cải thiện dịch vụ y tế, dịch vụ thú y tại huyện Mai Sơn và 3 xã can thiệp***

Trong 2 năm (2014-2015) Trung tâm YTDP tỉnh đã tổ chức 4 đợt giám sát hỗ trợ tại phòng tiêm vắc xin của Trung tâm Y tế huyện Mai Sơn. Hướng dẫn về

bảo quản, sử dụng vắc xin, cách ghi chép sổ sách, báo cáo, quản lý người phơi nhiễm... Cung cấp bổ sung các thiết bị dây chuyền lạnh, tài liệu chuyên môn, tài liệu truyền thông. Chỉ đạo duy trì điểm tiêm hoạt động 7/7 ngày trong tuần. Cung cấp 8.862 lọ VXPĐ, trong đó có 1.000 lọ vắc xin miễn phí (chiếm 11,3%) cho các đối tượng chính sách.

Chi cục Thú y tỉnh và Trạm Thú y huyện Mai Sơn đã phối hợp triển khai tăng cường các chiến dịch tiêm phòng chó từ 1 chiến dịch/năm (vào tháng 3-4) lên 2 chiến dịch/năm (vào tháng 3-4 và tháng 8-9) tại 3 xã can thiệp và một số xã khác của huyện Mai Sơn trong giai đoạn 2014-2015. Trong chiến dịch thì tổ chức tiêm tại HGD, sau chiến dịch thì duy trì điểm tiêm thường xuyên tại trung tâm hành chính xã để tiêm vét. Huy động các lực lượng như công an xã, đoàn thanh niên, trưởng bản... tham gia. Ngành thú y đã cung ứng cho huyện Mai Sơn (trong đó có 3 xã can thiệp) tổng số 28.200 liều VXPĐ cho động vật và riêng trong năm 2015 có 9.000 liều vắc xin (chiếm tỷ lệ 31,9%) được miễn phí hoặc trợ giá theo chính sách chung của tỉnh.

#### ***4.2.1.5. Huy động nguồn tài chính cho phòng, chống bệnh dại tại vùng can thiệp***

Theo các qui định của Chính phủ, nhà nước không khuyến khích người dân nuôi chó và không có chính sách hỗ trợ phòng bệnh dại cho chó, mèo. Người bị phơi nhiễm với bệnh dại từ động vật phải tự chi trả toàn bộ đối với dịch vụ tiêm VXPĐ, HTKD. Nguồn ngân sách nhà nước chỉ cấp cho các hoạt động chuyên môn thường qui (tập huấn, truyền thông, giám sát) trong phòng, chống bệnh dại cho ngành y tế và thú y. Trên thực tế việc huy động nguồn lực tài chính để triển khai các hoạt động PCBD đóng vai trò rất quan trọng nếu muốn đẩy mạnh và nâng cao chất lượng của các hoạt động này.

Nghiên cứu đã vận động được nguồn kinh phí tài trợ của WHO, CDC2 và Dự án PCBD của Bộ Y tế để tập trung nguồn lực tài chính cho vùng can thiệp (huyện Mai Sơn) và 3 xã can thiệp nhằm thúc đẩy các hoạt động truyền thông, tập huấn chuyên môn, tổ chức các hội nghị liên ngành. Ngoài ra một nguồn kinh phí quan trọng từ UBND tỉnh cấp bao gồm mua VXPĐ miễn phí cho người (2014,

2015) và cung cấp VXPĐ miễn phí hoặc trợ giá cho chó (từ năm 2015) và dành một phần kinh phí cho giám sát, tập huấn chuyên môn. UBND huyện Mai Sơn cũng trích cấp kinh phí cho công tác phòng, chống bệnh dại cho động vật. Đặc biệt là UBND của 3 xã can thiệp cũng đã trích cấp một phần ngân sách để tăng cường truyền thông, hỗ trợ trả công cho những lực lượng được huy động (công an xã, thanh niên, tổ trưởng dân phố...) trực tiếp tham gia bắt chó trong các chiến dịch tiêm phòng cho chó tại địa phương.

Ngân sách từ chính quyền các cấp, các nhà tài trợ cho PCBD tại huyện Mai Sơn và 3 xã can thiệp năm 2014 là 500.980.000 đồng, năm 2015 là 734.420.000 đồng, tổng 2 năm là 1.237.400.000 đồng. Trong điều kiện của một địa phương miền núi nghèo thì số kinh phí mà UBND huyện Mai Sơn và 3 xã can thiệp đã quyết định chi cho các hoạt động phòng, chống bệnh dại đã thể hiện sự quan tâm, ý chí quyết tâm của chính quyền nhằm khống chế căn bệnh nguy hiểm này tại địa phương.

#### **4.2.2. Hiệu quả can thiệp theo cách tiếp cận Một sức khỏe**

##### **4.2.2.1. Hiệu quả can thiệp truyền thông**

*\* Cơ hội tiếp cận thông tin về phòng, chống bệnh dại của người dân*

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khá tương đồng về nhóm tuổi, giới tính, thành phần dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi sinh sống, hoàn cảnh kinh tế giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng với tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (54,6% và 58,2%); nhóm tuổi 36-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (47,5% và 49,9%). Ở cả 2 nhóm, người dân tộc Thái chiếm tỷ lệ cao hơn (53,5% và 63,3%) so với các nhóm dân tộc khác. Đa số đối tượng có trình độ học vấn ở các bậc học phổ thông (81,6% và 79,1%); phần lớn sống ở khu vực nông thôn (73,7% và 74,6%). Người thuộc hộ nghèo chiếm tỷ lệ 29,3% đến 32,0%. Các chỉ số này hoàn toàn phù hợp với mặt bằng kinh tế, xã hội và trình độ phát triển của các địa phương trên địa bàn tỉnh Sơn La tại thời điểm tiến hành nghiên cứu [22].

Sau 3 năm (2011-2013) bệnh dại bùng phát tại tỉnh Sơn La và gây tử vong cho nhiều người nên trong giai đoạn 2014-2015 công tác truyền thông về phòng chống bệnh dại đã được đẩy mạnh và triển khai rộng khắp trên phạm vi toàn tỉnh qua các phương tiện thông tin đại chúng (Đài Tiếng nói Việt Nam VOV khu vực



Tây Bắc, Đài phát thanh truyền hình tỉnh, báo Sơn La, hệ thống truyền thanh các xã...) với sự tham gia của ngành y tế, ngành thú y, ngành giáo dục, chính quyền và đoàn thể các cấp. Nhiều người dân tại cộng đồng đã quan tâm hơn và tự giác thực hành các biện pháp phòng bệnh cho bản thân, gia đình mình. Riêng tại vùng can thiệp (huyện Mai Sơn và 3 xã can thiệp) nghiên cứu đã triển khai các hoạt động truyền thông tăng cường (mít tinh hưởng ứng “Ngày Thế giới phòng chống bệnh dại” qui mô xã, truyền thông trực tiếp qua họp dân, truyền thông lưu động, xây dựng cụm pa nô, áp phích, vận động các HGD ký bản cam kết thực hiện phòng, chống bệnh dại...). Các hoạt động truyền thông tại huyện Mai Sơn nói chung, tại 3 xã can thiệp nói riêng được ưu tiên đầu tư kinh phí, đa dạng hình thức, tăng cường thời gian, số lượng sản phẩm.... hơn các địa phương khác trong tỉnh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau 02 năm (2014-2015) tại 3 xã can thiệp tỷ lệ người dân được tiếp cận với các nguồn thông tin PCBD qua việc nghe, xem tăng từ 87,1% lên 96,0%, được đọc tăng từ 5,6% lên 16,3%, được trao đổi (nói chuyện, thảo luận) tăng từ 1,5% lên 21,8%. Nguồn thông tin từ các phương tiện thông tin đại chúng tăng từ 58,1% lên 63,5%, từ những người làm công tác y tế từ 23,5% tăng lên 46,1%, người làm công tác thú y từ 20,5% lên 34,0%, từ người thân, bạn bè 26,0% lên 37,8%. Ở 3 xã đối chứng tỷ lệ người dân được tiếp cận với các nguồn thông tin PCBD qua việc nghe, xem tăng từ 79,3% lên 92,3%, được đọc giảm từ 7,1% còn 3,1%, được trao đổi tăng từ 3,2% lên 6,5%. Nguồn thông tin từ các phương tiện thông tin đại chúng tăng từ 51,6% lên 52,5%, từ những người làm công tác y tế 28,8% tăng lên 36,0%, thú y 18,6% lên 24,5%, từ người thân, bạn bè 1,5% lên 21,5%. So sánh giữa hai nhóm thấy rằng HQCT rõ rệt nhất đến từ nguồn thông tin mà người dân được trực tiếp trao đổi, thảo luận (CSHQ = 17,0%) và từ nguồn thông tin do cán bộ y tế cung cấp (CSHQ = 15,4%). Kết quả này phản ánh vai trò của nhân viên y tế tuyên xã và tuyên thôn bản tại 3 xã can thiệp thông qua các buổi họp dân, tư vấn, vận động người nuôi chó ký bản cam kết... Trong khi đó do không triển khai các hoạt động truyền thông tăng cường nên sự tham gia của cán bộ y tế tại 3 xã đối chứng không có được sự cải thiện rõ rệt.

*\* Mức độ hiểu biết về kiến thức phòng, chống bệnh dại của người dân*

Trong phòng, chống dịch bệnh truyền nhiễm nói chung và phòng, chống bệnh dại nói riêng thì kiến thức của người dân tại cộng đồng đóng vai trò quan trọng. Nếu người dân có hiểu biết đầy đủ thì bản thân họ sẽ biết cách phòng, tránh và tuyên truyền cho người thân, hàng xóm, bạn bè cùng thực hiện. Chính vì thế hiệu quả cải thiện mức độ hiểu biết của người dân về phòng, chống bệnh dại là một trong những chỉ số quan trọng của nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm can thiệp tỷ lệ người dân có kiến thức chưa tốt giảm từ 31,2% còn 10,1% và người có kiến thức tốt tăng từ 68,8% lên 89,9%, CSHQ về cải thiện kiến thức ở nhóm can thiệp là 21,1%. Ở nhóm đối chứng tỷ lệ người dân có kiến thức chưa tốt giảm từ 40,7% còn 35,1%, người có kiến thức tốt tăng từ 59,3% lên 64,9%, CSTS ở nhóm đối chứng là 5,6%. Hiệu quả can thiệp làm tăng tỷ lệ người dân có kiến thức tốt về phòng, chống bệnh dại giữa 2 nhóm là 15,5%.

Kết quả phân tích đơn biến về mối liên quan giữa mức độ kiến thức của người dân tại thời điểm sau can thiệp với một số yếu tố đặc trưng cá nhân của đối tượng nghiên cứu tại cộng đồng cho thấy có sự khác biệt về mức độ kiến thức của những người sống ở khu vực nông thôn và thành thị trong nhóm can thiệp tại 3 xã của huyện Mai Sơn (với  $p < 0,0001$ ) nhưng không có sự khác biệt về mức độ kiến thức liên quan đến giới tính và hoàn cảnh kinh tế (với  $p > 0,05$ ). Tại nhóm đối chứng có sự khác biệt về mức độ kiến thức của những người sống ở nông thôn và thị trấn, nam giới và nữ giới, người thuộc hộ nghèo và không thuộc hộ nghèo (với  $p < 0,05$ ). Kết quả không tương đồng ở hai nhóm có thể do ảnh hưởng của tuyên truyền tăng cường tại vùng can thiệp đã định hướng ưu tiên vào một số đối tượng đích là những người dễ bị tổn thương (người nghèo, các bản xa, phụ nữ...), tuy nhiên cần có những nghiên cứu tiếp theo để đánh giá đầy đủ hơn về hiệu quả truyền thông trên những nhóm đối tượng khác nhau.

*\* Về thực hành phòng, chống bệnh dại của người dân tại cộng đồng*

Việc người dân được tiếp cận với truyền thông để nâng cao nhận thức, ý thức cuối cùng cũng chỉ nhằm mục đích cải thiện các hành vi thực hành về phòng, chống

bệnh dại ở cả người và động vật. Kết quả phân tích về các hành vi thực hành đúng trong chăn nuôi chó cho thấy tại nhóm can thiệp tỷ lệ người dân có đăng ký nuôi chó, có xích nhốt chó và tiêm phòng cho chó nuôi đều tăng lên sau 2 năm can thiệp. CSHQ có giá trị lần lượt là 8,1%; 2,1% và 7,3% với các thực hành đúng ở nhóm can thiệp. Tại nhóm đối chứng cũng có sự khác biệt trong thực hành chăn nuôi ở lần điều tra ban đầu và lần điều tra kết thúc. Cụ thể là tỷ lệ đăng ký nuôi chó ở nhóm đối chứng tăng thấp hơn (CSTS= 1,4%), tỷ lệ xích, nhốt chó giảm đi (CSTS = -5,0%) và tỷ lệ tiêm phòng cho chó nuôi tăng không đáng kể (CSTS = 0,5%). Kết quả này không tương xứng với sự cải thiện về kiến thức phòng, chống bệnh dại ở cả hai nhóm. Tuy nhiên xét về HQCT dù sao sự can thiệp cũng đã mang lại kết quả nhất định (so sánh giữa hai nhóm có HQCT đăng ký nuôi chó là 6,7%, HQCT thực hành xích nhốt chó là 2,6% và HQCT tiêm vắc xin cho chó là 7,8%).

Một ẩn số rất đáng được quan tâm khi xem xét về nguy cơ tử vong ở người tại vùng lưu hành bệnh dại chính là tỷ lệ người không tiếp cận với VXPĐ, HTKD trong số những người bị phơi nhiễm với bệnh dại tại cộng đồng. Qua tham khảo các tài liệu liên quan, chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào được thiết kế để tính toán chính xác tỷ lệ này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại nhóm can thiệp trong lần điều tra ban đầu đã phát hiện có 11 người bị phơi nhiễm ( $n_1 = 11$ ), điều tra kết thúc phát hiện có 25 người bị phơi nhiễm ( $n_2 = 25$ ). Tại nhóm đối chứng trong lần điều tra ban đầu có 21 người bị phơi nhiễm ( $n_1 = 21$ ), điều tra kết thúc phát hiện có 55 người bị phơi nhiễm ( $n_2 = 55$ ). Kết quả nghiên cứu chỉ ra sau 2 năm can thiệp tỷ lệ người bị phơi nhiễm có đi tiêm VXPĐ tăng từ 36,4% lên 84,0% ở nhóm can thiệp (CSHQ=47,6%) và từ 25,0% lên 28,1% ở nhóm đối chứng (HQTS=3,1%) và HQCT về thực hành đúng phòng chống bệnh dại bằng việc đi tiêm VXPĐ sau phơi nhiễm giữa 2 nhóm là 44,5%. Mặc dù HQCT là rất rõ ràng nhưng kết quả này cũng cho thấy một thực tế rất đáng lo ngại là vẫn còn một bộ phận người dân, vì một hay nhiều lý do nào đó mà không đi tiêm VXPĐ, HTKD sau khi bị phơi nhiễm. Trong bối cảnh dịch bệnh đang lưu hành thì đây chính là trong những mối nguy trực tiếp dẫn tới nguy

cơ tiềm ẩn tiếp tục xảy ra những ca tử vong ở người. Mặt khác cũng cần đánh giá thêm về sự sẵn có và dễ tiếp cận của dịch vụ y tế. Với điều kiện mỗi huyện chỉ có một điểm tiêm và giá thành vắc xin ở mức cao như hiện nay thì đó chắc chắn đang là những rào cản đáng kể cho người dân tiếp cận với điều trị dự phòng sau phơi nhiễm. Một số nghiên cứu trên thế giới về gánh nặng bệnh tật và tử vong do bệnh dại cũng đưa ra những nhận định tương tự [119], [120], [123].

Ở một khía cạnh khác, một số nghiên cứu cho thấy tại các vùng đang lưu hành bệnh dại thì tỷ lệ người đi tiêm phòng sau phơi nhiễm/100.000 dân càng cao thì tỷ lệ tử vong ở người sẽ có xu hướng giảm. Theo báo cáo của tác giả Nguyễn Trần Hiền (2015), năm 2003 tỷ lệ tiêm phòng sau phơi nhiễm trong toàn quốc là 791,2/100.000 thì tỷ lệ tử vong là 0,037/100.000 dân, nhưng tại thời điểm năm 2007 tỷ lệ tiêm phòng sau phơi nhiễm giảm còn 525,7/100.000 dân thì tỷ lệ tử vong ở người đã tăng lên 0,049/100.000 dân [36]. Tuy nhiên theo chúng tôi tỷ lệ người đi tiêm phòng sau phơi nhiễm/100.000 dân không phải là yếu tố duy nhất ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong do bệnh dại ở người.

#### ***4.2.2.2. Hiệu quả tập huấn chuyên môn, cải thiện dịch vụ y tế và triển khai chính sách miễn phí, trợ giá vắc xin phòng dại cho người***

Các nội dung can thiệp nhằm cải thiện dịch vụ y tế bao gồm tập huấn chuyên môn, tăng cường giám sát hỗ trợ đề duy trì, củng cố điểm tiêm VXPĐ, cung ứng đủ vắc xin với mục tiêu đáp ứng nhu cầu của người dân, đảm bảo an toàn tiêm chủng và triển khai hiệu quả chính sách miễn phí VXPĐ của tỉnh. Các lớp tập huấn chuyên môn về phòng, chống bệnh dại theo hình thức liên ngành đồng thời cho cả cán bộ y tế và thú y tại huyện Mai Sơn đã nâng tỷ lệ cán bộ y tế cơ sở (tuyến huyện, tuyến xã, tuyến thôn bản) được tập huấn. Đặc biệt tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản tại huyện Mai Sơn được tập huấn đã tăng lên so với trước can thiệp (từ 5,1% lên 30,0%). Đây thực sự là một kết quả khả quan vì nhân viên y tế thôn bản chính là những người đóng vai trò quan trọng trong việc vận động, tuyên truyền, tư vấn sớm cho người dân khi bị phơi nhiễm ngay trong phạm vi thôn, bản của mình.

Trong 2 năm (2014-2015) có 55,9% nhân viên y tế của Trung tâm Y tế tuyến

huyện, 69,7% nhân viên y tế tuyến xã và 30,0% nhân viên y tế thôn bản tại huyện Mai Sơn đã được tập huấn, cập nhật kiến thức cơ bản và kỹ năng truyền thông phòng, chống bệnh dại. So với trước can thiệp tỷ lệ cán bộ y tế tuyến cơ sở được tập huấn đều được nâng lên. Do có sự ưu tiên nên tỷ lệ nhân viên y tế xã và nhân viên y tế thôn bản của 3 xã can thiệp được tập huấn đạt cao hơn tỷ lệ chung của toàn huyện. Dù nghiên cứu này không đánh giá hiệu quả thực hành của cán bộ sau khi được tập huấn nhưng số đông nhân viên y tế đã được cập nhật kiến thức chắc chắn sẽ giúp ích rất nhiều trong việc tuyên truyền, vận động người dân hoặc tư vấn chuyên môn cho những người bị phơi nhiễm, đảm bảo an toàn và chất lượng các mũi tiêm VXPĐ tại điểm tiêm của Trung tâm Y tế huyện Mai Sơn.

Việc mở thêm các điểm tiêm VXPĐ tại trạm y tế xã hoặc theo cụm xã để người dân dễ tiếp cận hơn đã gặp rất nhiều khó khăn nên nội dung này trên thực tế không thực hiện được. Do đó trong 2 năm (2014-2015) chỉ tập trung củng cố, duy trì điểm tiêm VXPĐ đặt tại Trung tâm Y tế huyện Mai Sơn theo các qui định về cơ sở tiêm chủng an toàn của Bộ Y tế. Ngoài ra đã chỉ đạo, giám sát hỗ trợ để vận hành phòng tiêm làm việc 7/7 ngày trong tuần, tạo thuận lợi hơn cho người phơi nhiễm được tiếp cận VXPĐ sớm hơn, tiêm đúng lịch và đủ mũi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bị phơi nhiễm đi tiêm vắc xin phòng dại trên 100.000 dân sau can thiệp của thị trấn Hát Lót tăng 1,24 lần, xã Nà Bó tăng 2,16 lần, xã Chiềng Chăn tăng 1,71 lần so với trước can thiệp. Tỷ lệ người bị phơi nhiễm đi tiêm vắc xin phòng dại trên 100.000 dân của cả 3 xã can thiệp tăng 1,6 lần và đạt 756,4 người/100.000 dân tại thời điểm sau can thiệp. Trong khi đó tỷ lệ người bị phơi nhiễm đi tiêm VXPĐ trên 100.000 dân của 3 xã đối chứng sau can thiệp so với trước can thiệp tại Thị trấn Sông Mã giảm 1,4 lần, xã Nà Nghịu tăng 1,9 lần, xã Chiềng Khoong giảm 1,4 lần. Tính chung tỷ lệ người bị phơi nhiễm đi tiêm vắc xin phòng dại trên 100.000 dân của cả 3 xã đối chứng tăng 1,1 lần và đạt 262,8 người/100.000 dân tại thời điểm sau can thiệp.

Sau 3 năm bệnh dịch bùng phát với số người tử vong cao, từ tháng 2 năm 2013 UBND tỉnh Sơn La đã ban hành kế hoạch tiêm VXPĐ miễn phí cho một số

đối tượng chính sách (trẻ em <6 tuổi, người nghèo, người dân tộc thiểu số sống tại các vùng khó khăn)[70]. Tuy nhiên đến tháng 4 năm 2013 Trung tâm YTDP mới được cấp nguồn kinh phí để mua vắc xin, và đến tháng 6 năm 2013 mới có VXPĐ miễn phí cấp cho các điểm tiêm để triển khai chính sách đến người dân.

Tính chung tại 3 xã can thiệp tỷ lệ người được hưởng chính sách miễn phí trước can thiệp là 10,9%, sau can thiệp là 28,9% (CSHQ=18,0%). Trong đó CSHQ tại Thị trấn Hát Lót là 8,1%; xã Nà Bó là 19,9% và xã Chiềng Chăn là 26,9%. Còn tại 3 xã đối chứng tỷ lệ người được hưởng chính sách miễn phí trước can thiệp là 10,7%, sau can thiệp là 18,0% (CSTS là 7,3%). Trong đó CSTS tại Thị trấn Sông Mã là 5,4%; xã Nà Nghịu là 2,3% và xã Chiềng Khoong là 12,4%. Hiệu quả can thiệp ở qui mô 3 xã can thiệp so với 3 xã đối chứng là 10,7%. Kết quả này cho thấy sự không đồng đều về tỷ lệ người được thụ hưởng chính sách và có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau (thiếu nguồn vắc xin, hạn chế về tuyên truyền, phổ biến chính sách, tỷ lệ người nghèo....) giữa các vùng trong tỉnh.

Tại tỉnh Sơn La có được chính sách quan trọng này là nhờ nỗ lực tham mưu của ngành y tế, của Ban chỉ đạo PCBTN cấp tỉnh. Tuy nhiên số vắc xin miễn phí chưa đáp ứng được đầy đủ cho các đối tượng nên nhiều người trong diện được miễn vẫn phải tự chi trả dịch vụ. Số VXPĐ miễn phí năm 2014 chỉ đáp ứng được 6/12 tháng, năm 2015 đáp ứng được 8/12 tháng, những tháng còn lại trong năm thì mọi người dân (kể cả các đối tượng lẽ ra được thụ hưởng chính sách) vẫn phải chi trả theo giá dịch vụ. Lý do chính của sự thiếu hụt vắc xin là do sự hạn chế ngân sách của một tỉnh nghèo, không có đủ kinh phí đáp ứng cho chính sách này. Mặt khác cần có sự tuyên truyền, phổ biến chính sách một cách sâu rộng hơn, đặc biệt ở vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn.

Theo chúng tôi trong giai đoạn dịch bệnh đang lưu hành và có số người tử vong ở mức cao thì chính sách hỗ trợ VXPĐ cho trẻ em, người nghèo, người dân tộc thiểu số ở những vùng khó khăn là cần thiết, thể hiện được sự quan tâm của nhà nước, của chính quyền đối với sức khỏe và tính mạng của người dân trước mối nguy của bệnh đại, góp phần giảm tỷ lệ tử vong ở người.

#### ***4.2.2.3. Hiệu quả tập huấn chuyên môn, cải thiện dịch vụ thú y và triển khai chính sách miễn phí, trợ giá vắc xin phòng đại cho động vật***

Trong 2 năm (2014-2015) 100% cán bộ của Trạm Thú y huyện và nhân viên thú của 22 xã của huyện Mai Sơn đã được tập huấn (tại 4 lớp tập huấn theo hình thức liên ngành). So với ngành y tế thì tỷ lệ cán bộ thú y cơ sở (tuyến huyện, tuyến xã) của toàn huyện, trong đó có 3 xã can thiệp được tập huấn chuyên môn đạt tỷ lệ cao hơn rất nhiều. Số học viên tham gia đều đạt mức độ khá, giỏi ở lần lượng giá đầu ra của các lớp tập huấn. Mặc dù nghiên cứu này không đánh giá hiệu quả thực hành sau tập huấn, nhưng toàn bộ lực lượng làm công tác thú y đã được cập nhật kiến thức chắc chắn sẽ giúp ích rất nhiều trong việc tuyên truyền, vận động người dân các biện pháp phòng, chống bệnh đại ở động vật hoặc tư vấn chuyên môn cho từng chủ nuôi tại hộ gia đình khi triển khai các chiến dịch tiêm phòng.

Từ năm 2014 mỗi năm tổ chức 2 chiến dịch tiêm VXPĐ đại trà cho chó tại 3 xã can thiệp (so với 1 lần/năm như thường qui trước đây), duy trì điểm tiêm thường xuyên tại trung tâm hành chính xã và tiêm vét sau chiến dịch. VXPĐ cho súc vật cũng được Chi cục Thú y tỉnh cung ứng đầy đủ, đảm bảo chất lượng. Tại 3 xã can thiệp trong 2 năm (2014, 2015) đã được cung cấp 4.389 liều VXPĐ cho động vật, riêng năm 2015 là 2.390 liều, trong đó có 740 liều vắc xin (chiếm 31,9%) được miễn phí hoặc trợ giá theo chính sách chung của tỉnh[38].

Trước khi triển khai chiến dịch Trạm Thú y huyện tổ chức tập huấn kỹ thuật, bao gồm cả nhân viên thú y, công an xã, dân quân xã và các trưởng bản (được huy động tham gia trực tiếp vào chiến dịch). Trang bị đầy đủ bảo hộ và dụng cụ tiêm phòng như: ủng, khẩu trang, găng tay, bơm, kim tiêm, phích lạnh, xà phòng rửa tay cho người trực tiếp đi tiêm. Nguồn cung ứng VXPĐ cho chó được Chi cục Thú y tỉnh cung cấp, đảm bảo đáp ứng theo nhu cầu hàng năm của từng huyện, và đặc biệt từ năm 2015 tỉnh đã có chính sách cấp nguồn vắc xin miễn phí, trợ giá cho chó nuôi. Ngân sách hỗ trợ của UBND huyện, UBND các xã đã giúp cho việc huy động thêm nguồn nhân lực tuyên truyền, tham gia bắt giữ cho trong các chiến dịch.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 2 năm can thiệp CSHQ về tỷ lệ bao phủ VXPĐ cho đàn chó ở Thị trấn Hát Lót là 17,3%, xã Nà Bó 25,1%, xã Chiềng Chăn 26,6%. Tính chung cả 3 xã can thiệp có CSHQ = 22,3%. Còn tại vùng đối chứng có CSTS của thị trấn Sông Mã là 11,7%, xã Nà Nghịu 18,9%, xã Chiềng Khoong 8,9%. Tính chung cả 3 xã đối chứng có CSTS là 13,7%. Như vậy hiệu quả can thiệp ở qui mô các xã can thiệp so với các xã đối chứng đạt 8,6%.

Mặc dù tỷ lệ bao phủ VXPĐ trên đàn chó được cải thiện nhưng chưa địa phương nào đạt được tỷ lệ mong muốn  $\geq 70\%$ . Tính chung tại 3 xã can thiệp ở thời điểm sau can thiệp tỷ lệ bao phủ vắc xin mới đạt 67,1% trên tổng đàn, gần tiệm cận với mục tiêu của ngành thú y. Còn tại 3 xã đối chứng tỷ lệ bao phủ vắc xin cho đàn chó mới chỉ đạt 46,8%, đang ở mức rất thấp. Mặc dù chưa đạt được độ bao phủ cần thiết nhưng kết quả trên cũng cho thấy hiệu quả tích cực trong việc đẩy mạnh các chiến dịch tiêm đại trà cho đàn chó, thông qua sự vào cuộc của chính quyền cấp huyện, cấp xã, sự nỗ lực của ngành thú y, sự tham gia của các ban, ngành, các đoàn thể (công an, dân quân tự vệ, trưởng bản...), sự hưởng ứng của người dân tại cộng đồng tại các xã can thiệp.

So sánh kết quả đạt được về tỷ lệ bao phủ vắc xin cho đàn chó với một số nghiên cứu trong nước và quốc tế cho thấy, muốn tăng tỷ lệ bao phủ VXPĐ cho chó thì phải có đầu tư nguồn lực tài chính (từ chính phủ, các nhà tài trợ) và phải có thời gian triển khai dự án kéo dài liên tục từ 3 đến 5 năm [30], [55], [58], [59]. Theo tác giả Zinsstag J. và cộng sự (2011), thực hành kiểm soát bệnh dại đã được triển khai mạnh mẽ tại tỉnh Trùng Khánh của Trung Quốc với một chính sách tiêm chủng cho chó miễn phí được triển khai tại tất cả các quận kể từ năm 2008 đến năm 2011 để có kết quả từ 71,7-83% được duy trì liên tục hàng năm [139].

Từ năm 2015 khi áp dụng chính sách hỗ trợ VXPĐ cho động vật của tỉnh thì tỷ lệ mũi tiêm VXPĐ cho chó được miễn phí, trợ giá tại các xã can thiệp và các xã đối chứng là tương đương nhau, dao động từ 43,1% đến 45,7% trong tổng số mũi tiêm VXPĐ cho súc vật (năm 2015). Chính sách này trước đó (từ 2014 trở về trước)



chưa có nên không tính toán chúng ta cũng biết rằng CSHQ, CSTS ở tất cả các địa phương đều đạt 100%.

Với chính sách trợ giá vắc xin cho chó với những chủ nuôi ở những vùng khó khăn đã góp phần nâng cao độ bao phủ VXPĐ trên đàn chó và có thể khẳng định đây là một chính sách đúng đắn để đáp ứng dịch trong giai đoạn bệnh dại đang lưu hành trên diện rộng trong tỉnh Sơn La. Tuy nhiên muốn đạt được tỷ lệ tiêm phòng >70% thì cần có sự nỗ lực hơn nữa của ngành thú y, của chính quyền các cấp và đặc biệt là ý thức trách nhiệm của những người chăn nuôi chó, mèo. Với số tiền 20.000 đồng cho một mũi tiêm hàng năm để phòng bệnh dại cho một con vật nuôi hoàn toàn nằm trong khả năng chi trả của hầu hết các HGD, kể cả các hộ nghèo. Hệ thống văn bản pháp luật đã quy định rất cụ thể đây là trách nhiệm của chủ nuôi, vấn đề ở đây chính là việc thực thi pháp luật của chính quyền cơ sở, của ngành thú y và sự tuân thủ luật pháp về chăn nuôi của người dân. Các biện pháp hành chính (như xử phạt hành chính, tiêu hủy chó nếu không tiêm hoặc thả rông...) có thể sẽ mang lại hiệu quả cao hơn chính sách hỗ trợ giá VXPĐ cho động vật.

#### ***4.2.2.4. Hiệu quả nâng cao chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại của từng địa phương***

Việt Nam là quốc gia nằm trong khu vực bệnh dại đang lưu hành và diễn biến phức tạp trong nhiều năm qua. Nghiên cứu về tình hình bệnh dại ở Việt Nam giai đoạn 1992-1999 cho thấy tỷ lệ tử vong chung ở giai đoạn này là 0,3/100.000 dân, trong giai đoạn 2011-2015 có khoảng trên dưới 100 người tử vong trong mỗi năm [36]. Hệ thống luật pháp đã được hoàn thiện từng bước nhưng trên thực tế chưa được thực hiện một cách đầy đủ ở các địa phương do rất nhiều rào cản, trong đó gốc rễ của vấn đề chính là chưa kiểm soát được bệnh dại trên đàn chó và tỷ lệ tiêm VXPĐ cho đàn chó đạt thấp ở hầu hết các địa phương. Cùng với việc đẩy mạnh hoạt động phòng, chống bệnh dại sau khi có Chỉ thị số 92/TTg năm 1996 và mang lại hiệu quả giảm nhanh số người tử vong do bệnh dại, từ năm 2011 Bộ Y tế và Bộ NN&PTNT đã lựa chọn 6 nhóm hoạt động và mục tiêu ưu tiên trong Chương trình Quốc gia khống chế, tiến tới loại trừ bệnh dại giai đoạn 2011-2015 là: (1) Tăng

cường sự chỉ đạo của chính quyền các cấp, sự phối kết hợp giữa ngành y tế và thú y, các ban ngành và sự tham gia của cộng đồng, tổ chức xã hội, các cơ quan Chính phủ, phi chính phủ và các đối tác quốc tế trong công tác phòng, chống bệnh dại; (2) Nâng cao nhận thức của người dân và cộng đồng về bệnh dại và phòng chống bệnh dại, đặc biệt chú trọng phổ biến kiến thức và nâng cao nhận thức cho nhân dân thuộc địa bàn xa xôi về địa lý, khó khăn về kinh tế và người dân tộc; (3) Nâng cao chất lượng hệ thống giám sát bệnh dại ở động vật và người, tăng cường năng lực chẩn đoán bệnh dại trên động vật; (4) 70% đàn chó được tiêm phòng vắc xin dại hàng năm; (5) Nâng cao chất lượng và số lượng các điểm tiêm vắc xin phòng dại, kháng huyết thanh miễn dịch ở người phù hợp với nhu cầu người dân; (6) Hàng năm giảm 20% số ca tử vong do dại trên người, phấn đấu đến năm 2020 không có người tử vong vì bệnh dại[6]. Tuy nhiên khi kết thúc chương trình (vào năm 2015) các mục tiêu trên đều không đạt được. Từ năm 2013 với sự giúp đỡ kỹ thuật của FAO, OIE, WHO, GARC đã thúc đẩy phối hợp liên ngành và hợp tác quốc tế trong phòng, chống bệnh dại. Khái niệm “Một sức khỏe” ngày càng được phổ biến rộng rãi hơn và mở ra một hướng đi mới, một cách tiếp cận mới trong phòng chống bệnh bệnh dại. Ngành y tế và ngành nông nghiệp cùng đẩy mạnh việc xây dựng và nâng cao năng lực các phòng thí nghiệm chẩn đoán bệnh dại nhằm đáp ứng nhu cầu của cộng đồng và đáp ứng các tiêu chuẩn quốc tế về chẩn đoán ca bệnh cả ở người và động vật, đồng thời phục vụ chiến lược quốc gia, góp phần tăng cường chất lượng hệ thống giám sát bệnh dại cả ở người và động vật [6], [29].

Sau khi bệnh dại tái bùng phát trên diện rộng tại tỉnh Sơn La, hệ thống Ban chỉ đạo PCBTN được củng cố một bước từ cấp tỉnh đến cấp huyện, cấp xã, Ban chỉ đạo có qui chế hoạt động, phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng thành viên, họp định kỳ 2 lần/năm và họp đột xuất khi cần thiết. Trong 2 năm (2014-2015) số người tử vong trên toàn tỉnh giảm nhanh so với các năm 2011-2013 (năm 2014 có 2 người, năm 2015 có 4 người tử vong do bệnh dại). Tỷ lệ tử vong năm 2014 là 0,17/100.000 dân, 2015 là 0,34/100.000 dân. Tỷ lệ này đã giảm mạnh so với giai đoạn 2011-2013 (trung bình 1,21/100.000 dân). Một tín hiệu tốt là toàn bộ các trường hợp tử vong ở

người (6/6) trong năm 2014 và 2015 đều được ngành y tế chia sẻ thông tin với ngành thú y để phối hợp giám sát, xử lý ổ dịch. Kế hoạch cho giai đoạn 5 năm tiếp theo đã được UBND tỉnh ban hành để tiếp tục triển khai các hoạt động phòng, chống bệnh dại trong giai đoạn 2017-2021 [68].

Để đánh giá chất lượng hoạt động phòng chống bệnh dại tại từng địa phương, nghiên cứu đã sử dụng phiếu khảo sát chất lượng các hoạt động phòng chống bệnh dại (Phụ lục 6, Phụ lục 7) trên cơ sở phát triển “Bảng chấm điểm y tế dự phòng” do Bộ Y tế ban hành năm 2012[13]. Đối tượng khảo sát là lãnh đạo Ban chỉ đạo PCBTN ở người cấp tỉnh, cấp huyện và Ban chỉ đạo CSSKBD ở cấp xã/phường/thị trấn. Qua thực tế tiến hành các cuộc khảo sát, cả ở lần điều tra ban đầu và điều tra kết thúc cho thấy sự lựa chọn này là hoàn toàn đúng đắn. Trưởng Ban chỉ đạo hoặc phó Ban chỉ đạo thường trực là người có đủ khả năng cung cấp các thông tin, tài liệu và hiểu rõ nhất về các hoạt động PCBD tại địa phương.

Kết quả nghiên cứu cho thấy chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại ở cả 3 xã can thiệp, và 3 xã đối chứng đều có điểm số tăng ở lần điều tra kết thúc so với điều tra ban đầu và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). Tuy nhiên cả 3 xã can thiệp đều đạt mức trung bình trước can thiệp đã vươn lên đạt mức tốt (Thị trấn Hát Lót) và mức khá (xã Nà Bó và xã Chiềng Chăn) sau can thiệp. Chỉ số hiệu quả (CSHQ) của Thị trấn Hát Lót là 12,5%, xã Nà Bó là 23,5% và xã Chiềng Chăn là 27,5%. Còn tại 3 xã đối chứng mặc dù đều có điểm số tăng sau can thiệp ( $p < 0,05$ ) nhưng vẫn dừng ở mức trung bình, không có xã nào đạt mức khá hoặc tốt. Chỉ số trước sau (CSTS) ở Thị trấn Sông Mã là 12,0%, xã Nà Nghị là 17,5%, xã Chiềng Khoong là 17,0% ở.

Từ các CSHQ, CSTS và HQCT như trên cho thấy sự vào cuộc của chính quyền cấp huyện, cấp xã, sự phối hợp triển khai các hoạt động PCBD cả ở người và động vật tại 3 xã can thiệp là tích cực hơn, mang lại hiệu quả cao hơn so với 3 xã đối chứng. Hiệu quả này còn được thể hiện ở những khía cạnh khác như chất lượng xây dựng kế hoạch, hiệu quả thực hiện chính sách, hiệu quả đầu tư kinh phí, chất

lượng công tác chỉ đạo, giám sát, phối hợp liên ngành... và được chứng minh bằng các số liệu đã được trình bày trong nhiều phần khác nhau của nghiên cứu.

Khi Ban chỉ đạo không tham mưu được cho chính quyền địa phương cấp huyện, cấp xã các kế hoạch, mục tiêu, chỉ tiêu, giải pháp và đầu tư nguồn lực thì chắc chắn các nội dung hoạt động về PCBD sẽ không đạt được kết quả tốt nhất. Kinh nghiệm của các dự án quốc tế cũng khẳng định tầm quan trọng không thể thay thế của chính quyền địa phương trong việc kiểm soát bệnh dại. Theo James Z và cộng sự (2010), một cuộc điều tra xã hội học đã được thực hiện với sự hỗ trợ tài chính và hợp tác kỹ thuật của FAO trong việc tăng cường kiểm soát bệnh dại tại Togo cho thấy lợi ích của việc áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe để kiểm soát bệnh dại ở, trong đó có nỗ lực hợp tác và tăng cường chính sách của chính quyền địa phương [99]. Theo Chirapol Sintunawa và cộng sự (2013) nhận xét ở một tỉnh miền nam Thái Lan, nhờ nỗ lực của quan chức chính quyền đã duy trì độ bao phủ được 70% đến 80% đàn chó và kiểm soát bệnh dại thành công, giảm 97% số ca tử vong ở người [120].

#### ***4.2.2.5. Hiệu quả huy động tài chính, tài trợ cho phòng, chống bệnh dại***

Xét về khía cạnh đầu tư toàn xã hội, nếu từng thôn bản, từng xã, từng huyện tự đầu tư được nguồn kinh phí thỏa đáng cho công tác phòng, chống dịch mà không trông chờ vào các nhà tài trợ hay ngân sách từ chính quyền cấp trên là rất lý tưởng. Tuy nhiên bản chất của Một sức khỏe mà WHO, FAO, OIE khuyến khích là nhằm hỗ trợ cho những địa phương hay quốc gia đang phát triển trong tình trạng thực sự thiếu hụt nguồn lực về tài chính để đạt được sức khỏe tối ưu cho con người, động vật và hệ sinh thái. Đồng thời Một sức khỏe cũng khuyến khích người dân, cộng đồng, chính quyền địa phương cùng tham gia, trong đó có việc người dân và chính quyền địa phương đóng góp tài chính theo khả năng thực tế để đồng hành với các nhà tài trợ và chính phủ.

Ngoại trừ nguồn kinh phí tài trợ của WHO và CDC2 chỉ tập trung cho vùng can thiệp là huyện Mai Sơn, còn các nguồn kinh phí khác (của Bộ Y tế, UBND tỉnh, UBND huyện) cấp cho công tác PCBD ở cả Mai Sơn và Sông Mã là tương đương

nhau. Nguồn kinh phí của tỉnh cấp cho các huyện chủ yếu cho hoạt động truyền thông và giám sát thường qui, chưa tính đến số kinh phí mua vắc xin miễn phí cho người (2014, 2015) và hỗ trợ giá vắc xin cho đàn chó (2015).

Kinh phí của các nhà tài trợ cấp cho huyện Mai Sơn (WHO, Dự án CDC2 và Dự án Khống chế bệnh dại thuộc Bộ Y tế) thực chất là kinh phí dành cho các hoạt động can thiệp của nghiên cứu này, trong đó chủ yếu để triển khai các hội nghị liên ngành, tập huấn chuyên môn và truyền thông tăng cường. Ngay tại vùng can thiệp khi kết thúc nghiên cứu thì các nguồn tài trợ nói trên cũng không được duy trì. Nếu muốn tăng cường các hoạt động phòng, chống bệnh dại cho những năm tiếp theo bắt buộc phải huy động được nguồn kinh phí mang tính lâu dài và ổn định hơn.

Tại các xã của huyện Mai Sơn việc huy động kinh phí từ ngân sách của địa phương trong năm 2014 và 2015 có sự cải thiện rõ rệt so với thời điểm trước can thiệp (2013). Theo chúng tôi đây là một dấu hiệu rất tích cực và mang ý nghĩa to lớn về xã hội. Trong điều kiện rất hạn hẹp từ nguồn chi thường xuyên từ nguồn ngân sách nhà nước hàng năm, nhưng xuất phát từ quyết tâm khống chế bệnh dại, giảm tử vong cho người thì các xã ở vùng can thiệp đã dành một phần kinh phí quý giá để hỗ trợ ngành thú y triển khai hiệu quả các chiến dịch tiêm phòng đại trà cho đàn chó. Đây cũng là sự thành công dưới góc nhìn xã hội hóa công tác phòng, chống dịch bệnh truyền nhiễm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, cũng trong giai đoạn 2014-2015 tại các xã của đối chứng nguồn kinh phí dành cho các hoạt động phòng, chống bệnh dại ở mức thấp trong suốt giai đoạn 2011-2015 và thấp hơn các xã tại vùng can thiệp. Qua giám sát thực tế tại nhiều xã, nhiều huyện ở tỉnh Sơn La đều gặp khó khăn về tài chính, ngân sách không đủ chi tiêu cho hoạt động thường xuyên của bộ máy chính quyền. Ngoài ra chính quyền cấp xã hầu như không có các nguồn thu tại chỗ để bù đắp, bổ sung cho ngân sách hàng năm (thu thuế, thu từ nguồn lợi khoáng sản, quỹ đất...) mà chỉ trông chờ kinh phí phân bổ của huyện. Tâm lý chờ đợi, ỷ lại cấp trên là khá phổ biến và không dễ thay đổi cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến các hoạt động phòng, chống bệnh dịch nói chung, phòng, chống bệnh dại nói riêng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy kinh phí phòng, chống bệnh dại (cả ở người và động vật) tính theo bình quân đầu người/năm, so sánh trước và sau can thiệp thì CSHQ ở Thị trấn Hát Lót là 112,3%, ở xã Nà Bó là 198,6%, xã Chiềng Chăn là 305,2%. Tính chung 3 xã can thiệp có CSHQ là 168,8%. Còn tại vùng đối chứng có CSTS tại Thị trấn Sông Mã là 37,0%, xã Nà Nghịu là 35,1%, xã Chiềng Khoong là 30,8%. Tính chung 3 xã đối chứng có CSTS là 32,5%. Kết quả trên cho thấy HQCT về huy động tài chính giữa hai nhóm là 136,3%.

Hiệu quả huy động tài chính từ nguồn ngân sách địa phương cho các hoạt động phòng, chống bệnh dại trong năm 2014-2015 tại huyện Mai Sơn và tại 3 xã can thiệp có thể coi là một điểm sáng thành công trong phòng, chống bệnh dại theo cách tiếp cận Một sức khỏe trong nghiên cứu cụ thể này.

## NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI VÀ HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

### 1. Những đóng góp mới của nghiên cứu

1.1. Công trình nghiên cứu đã cung cấp số liệu toàn diện về thực trạng bệnh dại ở người và thực trạng hoạt động phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La trong giai đoạn 2011-2013. Những kết quả này sẽ giúp ích cho việc xây dựng kế hoạch, chiến lược khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại của tỉnh trong giai đoạn tiếp theo.

1.2. Đây là lần đầu tiên một nghiên cứu can thiệp theo cách tiếp cận Một sức khỏe trong phòng, chống bệnh dại được triển khai một cách đồng bộ, có hệ thống và đã góp phần nâng cao hiệu quả công tác phòng, chống bệnh dại tại địa phương. Trên cơ sở đánh giá, phân tích hiệu quả các hoạt động can thiệp nghiên cứu đã chỉ rõ những rào cản và đề xuất các giải pháp phòng, chống bệnh dại cả ở người và động vật theo cách tiếp cận Một sức khỏe phù hợp với thực tế của một tỉnh miền núi.

### 2. Một số hạn chế của nghiên cứu

2.1. Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến diễn biến và kết quả triển khai các hoạt động phòng, chống bệnh dại (phong tục tập quán của từng nhóm dân tộc, thực trạng và hiệu quả triển khai phổ biến, thực thi luật pháp trong chăn nuôi, gánh nặng bệnh dại...) mà nghiên cứu này chưa đề cập được.

2.2. Các trường hợp tử vong do bệnh dại ở người mới chỉ được chẩn đoán trên lâm sàng mà chưa có xét nghiệm chẩn đoán xác định, cũng như chưa có kết quả xét nghiệm khẳng định động vật mắc bệnh dại.

2.3. Phạm vi triển khai các hoạt động can thiệp còn hẹp do hạn chế nguồn lực, thời gian can thiệp ngắn (trong 24 tháng) nên việc đánh giá hiệu quả can thiệp chưa thật sự chính xác và ít nhiều bị ảnh hưởng bởi các yếu tố nhiễu (mức độ tác động của các hoạt động phòng, chống bệnh dại và truyền thông thường qui, độ trễ của các chính sách khi triển khai trên thực tế...).

## **KẾT LUẬN**

### **1. Thực trạng bệnh dại ở người và hoạt động phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La, 2011-2013**

Trong 3 năm (2011-2013) tỉnh Sơn La có 41 người tử vong do bệnh dại ghi nhận tại 10/11 huyện/thành phố và xuất hiện ở tất cả các tháng trong năm. Trong 41 người tử vong có 61,0% là nữ giới, 24,4% là trẻ em và đa số là người dân tộc thiểu số (90,3%), người sống ở nông thôn (82,9%), người nghèo (56,1%). Tỷ lệ tử vong trung bình trong 3 năm ở mức cao (1,21/100.000 dân) và 100% là do phơi nhiễm từ chó. Có 14.000 người điều trị dự phòng sau phơi nhiễm bằng vắc xin phòng dại và huyết thanh kháng dại, trong đó có 42,7% là trẻ em. Tỷ lệ người tiêm vắc xin phòng dại trung bình trong 3 năm là 413,6/100.000 dân, thấp hơn trung bình toàn quốc.

Hoạt động phòng, chống bệnh dại ở người nằm trong hệ thống phòng, chống bệnh truyền nhiễm từ tỉnh đến huyện, xã thông qua Ban chỉ đạo các cấp. Chất lượng hoạt động của các Ban chỉ đạo cấp huyện, cấp xã chủ yếu ở mức trung bình (54,5% và 65,0%). Số điểm tiêm chủng vắc xin phòng dại cho người tăng từ 8 lên 12 điểm tiêm. Kinh phí đầu tư cho phòng chống bệnh dại cả ở người và động vật trung bình khoảng 5.500 đồng/người/năm, trong đó trên 90% do người dân tự chi trả. Tỷ lệ bao phủ vắc xin trên đàn chó trên phạm vi toàn tỉnh đạt thấp (<50%).

### **2. Hiệu quả phòng, chống bệnh dại theo cách tiếp cận Một sức khỏe tại 3 xã của huyện Mai Sơn**

Sau 2 năm can thiệp hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng về cơ hội tiếp cận thông tin bằng hình thức được nói chuyện là 17,0%, từ nhân viên y tế là 15,4%, nhân viên thú y là 7,6%. Hiệu quả can thiệp làm tăng tỷ lệ người dân có kiến thức tốt về phòng, chống bệnh dại giữa hai nhóm là 15,5%. Hiệu quả can thiệp về thực hành đúng bằng việc đi tiêm vắc xin sau phơi nhiễm giữa 2 nhóm là 44,5%.

Tỷ lệ người điều trị dự phòng sau phơi nhiễm trên 100.000 dân ở nhóm can thiệp tăng 1,6 lần so với 1,1 lần ở nhóm chứng.



Tỷ lệ bao phủ vắc xin trên đàn chó giữa 2 nhóm có hiệu quả can thiệp là 8,6%.

Chất lượng hoạt động phòng, chống bệnh dại của các Ban chỉ đạo tại 3 xã can thiệp từ mức trung bình lên mức khá và tốt. Hiệu quả can thiệp về huy động tài chính của 3 xã can thiệp so với 3 xã đối chứng là 136,3%.

## MỘT SỐ KIẾN NGHỊ

### **1. Đối với Bộ Y tế, Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn và các Cục, Vụ, Viện trực thuộc bộ**

Xem xét mở rộng hướng nghiên cứu theo cách tiếp cận Một sức khỏe đối với một số bệnh truyền nhiễm lây truyền từ động vật sang người để có thêm bằng chứng về hiệu quả của can thiệp Một sức khỏe, từ đó xây dựng mô hình can thiệp phù hợp với điều kiện thực tế của các vùng, miền, các địa phương.

Phối hợp xây dựng bổ sung các văn bản hướng dẫn các đơn vị y tế, thú y tại địa phương trong việc triển khai phối hợp liên ngành trong giám sát, xử lý ổ dịch, đáp ứng dịch đối với các bệnh truyền nhiễm lây truyền từ động vật sang người, trong đó có bệnh dại.

Tiếp tục hỗ trợ về kỹ thuật và tài chính từ các dự án quốc tế, các tổ chức phi chính phủ, các nhà tài trợ để duy trì, mở rộng các hoạt động can thiệp Một sức khỏe trong phòng chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La sau khi nghiên cứu này kết thúc.

### **2. Đối với Ủy ban nhân dân, Sở Y tế, Sở Nông nghiệp và Phát triển nông thôn tỉnh Sơn La**

Sử dụng kết quả nghiên cứu để làm cơ sở xây dựng kế hoạch khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại tại tỉnh Sơn La giai đoạn 2017-2021 theo Quyết định 193/2016/QĐ-TTg của Chính phủ. Huy động nguồn lực để mở rộng diện can thiệp theo cách tiếp cận Một sức khỏe trong phòng, chống bệnh dại trên địa bàn tỉnh.

Thúc đẩy việc xây dựng và ban hành kế hoạch, qui chế phối hợp liên ngành y tế-thú y trong giám sát, xử lý ổ dịch, đáp ứng dịch đối với các bệnh truyền nhiễm lây truyền từ động vật sang người tại tỉnh Sơn La.

Chỉ đạo, hỗ trợ Trung tâm Y tế các huyện mở rộng điểm tiêm vắc xin phòng dại theo khu vực các cụm xã để người dân tiếp cận dễ dàng hơn với vắc xin sau phơi nhiễm. Duy trì chính sách miễn phí vắc xin cho trẻ em <6 tuổi, người nghèo, người dân tộc thiểu số đến khi kiểm soát được bệnh dại trên phạm vi toàn tỉnh.

Chỉ đạo ngành thú y tăng cường các chiến dịch tiêm phòng đại trà cho đàn chó trên phạm vi toàn tỉnh để đạt được tỷ lệ bao phủ  $\geq 70\%$  trong nhiều năm liền. Duy trì chính sách hỗ trợ vắc xin phòng đại cho đàn chó và có các giải pháp thúc đẩy việc thực thi pháp luật đối với chủ nuôi chó.

### **3. Đối với Ủy ban nhân dân huyện, Ủy ban nhân dân các xã can thiệp, Trung tâm Y tế huyện, Trạm Thú y huyện Mai Sơn**

Tiếp tục huy động các nguồn lực của địa phương và các nhà tài trợ trong nước, quốc tế để tăng cường các hoạt động phòng, chống bệnh dại. Duy trì, phát huy kết quả tích cực mà nghiên cứu đã đạt được nhằm kiểm soát bệnh dại cả ở người và động vật một cách bền vững, tiến tới mục tiêu loại trừ bệnh dại trên địa bàn huyện.

Duy trì và phát huy hiệu quả công tác phối hợp liên ngành y tế-thú y trong phòng, chống bệnh dại và các bệnh truyền nhiễm khác có nguồn gốc từ động vật lây sang người trên địa bàn huyện Mai Sơn.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ  
CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Thị Thu Yên, Ngô Văn Toàn, Trần Như Dương, Lê Thị Hà, Đinh Thị Thùy Linh, Nguyễn Thị San, Phạm Thị Thu Hương (2016), "Thực trạng điều trị dự phòng bệnh dại tại huyện Mai Sơn, tỉnh Sơn La năm 2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVI, số 7(180), tr. 81-87.
2. Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Thị Thu Yên, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Trần Hiên, Lê Thị Hà, Nguyễn Thị Hòa, Đinh Thị Thùy Linh, Quảng Mạnh Cường, Phạm Thị Thu Hương, Nguyễn Thị San (2016), "Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh dại của người dân tại huyện Mai Sơn, tỉnh Sơn La năm 2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVI, số 8(181), tr. 40-47.
3. Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Thị Thu Yên, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Thị Hòa, Đặng Thị Ánh Duyên, Nguyễn Thị San, Phạm Thị Thu Hương, Quảng Mạnh Cường, Đinh Thị Thùy Linh, Lưu Đức Mỹ (2016), "Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh dại ở người tại Sơn La, 2011-2015", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXVI, số 13(186), tr. 36-42.
4. Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Thị Thu Yên, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Thị Hòa, Phạm Thị Thu Hương, Lưu Đức Mỹ (2017), "Hiệu quả bước đầu can thiệp phòng chống bệnh dại theo cách tiếp cận Một sức khỏe tại huyện Mai Sơn, tỉnh Sơn La, 2014-2015", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, số 6-2016, tr. 92-102.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. R. Abila, Agnes Poirier, Mary Gordoncillo (2013), "*Sáng kiến phòng, chống bệnh dại của OIE*", Tài liệu hội thảo Chia sẻ kinh nghiệm về phòng chống bệnh dại giữa các nước trong khu vực ASEAN, Hà Nội, ngày 13-14 tháng 5 năm 2013.
2. Nguyễn Thị Kiều Anh, Nguyễn Vĩnh Đông, Ngô Châu Giang, Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Phạm Hồng Nhung (2009), "Đặc điểm genotype của các chủng vi rút dại lưu hành ở một số tỉnh miền Bắc Việt Nam trong năm 2007–2008", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, tập 60, số 1- 2/2009, tr 25 – 30.
3. O. Babatunde (2013), "*Tình hình và chiến lược phòng, chống bệnh dại ở người trên thế giới*", Tài liệu hội nghị liên ngành Tăng cường phòng, chống bệnh dại tại 10 tỉnh trọng điểm miền Bắc Việt Nam, Phú Thọ, ngày 24-25 tháng 5 năm 2013.
4. K. de Balogh (2013), "*Ngăn ngừa và phòng chống bệnh dại cấp toàn cầu*", Tài liệu hội thảo Chia sẻ kinh nghiệm về phòng chống bệnh dại giữa các nước trong khu vực ASEAN, Hà Nội, ngày 13-14 tháng 5 năm 2013.
5. Vũ Thị Lâm Bình (2010), *Đặc điểm dịch tễ học bệnh dại ở Miền Bắc Việt Nam 2005-2009*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà nội.
6. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn - Bộ Y tế (2011), "*Chương trình Khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại ở Việt Nam, giai đoạn 2011 - 2015*".
7. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn - Bộ Y tế (2011), "*Chương trình phối hợp hành động Quốc gia phòng, chống cúm gia cầm, dự phòng dại dịch và các bệnh truyền nhiễm mới nổi (AIPED) giai đoạn 2011 – 2015*".
8. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (2009), Thông tư số 48/2009/TT-BNNPTNT "*Hướng dẫn các biện pháp phòng, chống bệnh dại ở động vật*".
9. Bộ Y tế (2017), Tài liệu định nghĩa trường hợp bệnh truyền nhiễm, *Nhà xuất bản Thanh niên*, Hà Nội, tr 12.

10. Bộ Y tế (2014), Quyết định số 1622/QĐ-BYT phê duyệt "*Hướng dẫn giám sát, phòng chống bệnh dại trên người*".
11. Bộ Y tế - Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (2013), Thông tư liên tịch số 16/2013/TTLT-BYT-BNN&PTNT "*Hướng dẫn phối hợp phòng, chống bệnh lây truyền từ động vật sang người*".
12. Bộ Y tế (2012), "*Bệnh dại ở người*", Dịch tễ học các bệnh truyền nhiễm phổ biến, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 424-433.
13. Bộ Y tế (2012), Quyết định số 3275/QĐ-BYT ban hành "*Hướng dẫn chấm điểm hoạt động y tế dự phòng*".
14. Bộ Y tế (2001), Bảng phân loại quốc tế bệnh tật, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 124.
15. Nguyễn Trung Cấp (2013), "*Chẩn đoán và điều trị bệnh dại*", Tài liệu hội nghị Xây dựng mạng lưới phòng xét nghiệm giám sát bệnh dại tại Việt Nam, Hà Nội, ngày 15-16 tháng 7 năm 2013.
16. Chi cục Thú y tỉnh Sơn La (2014), "*Báo cáo kết quả tiêm vắc xin phòng dại trên đàn chó nuôi, giai đoạn 2011-2013 trên địa bàn tỉnh Sơn La*".
17. Chính phủ (2017), Chỉ thị số 31/CT-TTg về "*Tăng cường các biện pháp cấp bách phòng chống bệnh dại*".
18. Chính phủ (2017), Quyết định số 193/QĐ-TTg phê duyệt "*Chương trình Quốc gia khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại giai đoạn 2017-2021*".
19. Chính phủ (2016), Nghị định số 119/2016/NĐ-CP về "*Quy định xử phạt hành chính trong lĩnh vực thú y*".
20. Chính phủ (2007), Nghị định số 05/2007/NĐ-CP về "*Phòng, chống bệnh dại ở động vật*".
21. Chính phủ (1996), Chỉ thị số 92/TTg về "*Tăng cường phòng, chống bệnh dại*".
22. Cục Thống kê tỉnh Sơn La (2014), Niên giám thống kê tỉnh Sơn La năm 2013, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
23. Dự án Hỗ trợ phát triển hệ thống Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2009), "*Đáp ứng chống dịch và khả năng ứng phó, kiểm soát dịch*", Đánh giá hiện trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm, tr 43-44.

24. Trần Như Dương (2012), "Tình hình một số bệnh lây truyền từ động vật sang người nổi trội tại Miền Bắc Việt Nam", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXII, số 8(135), tr 11-19.
25. Võ Thị Xuân Dung (2006), "*Đánh giá hiệu quả của công tác tiêm phòng dại và khảo sát tình hình tử vong do bệnh dại tại khu vực Miền Trung trong 7 năm 1999 - 2005*", Tài liệu hội nghị Tổng kết 10 năm thực hiện Chỉ thị số 92/TTg về việc tăng cường phòng, chống bệnh dại, Hà Nội, tr 163–178.
26. Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Thị Thu Yên, Ngô Văn Toàn và cs (2016), "Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh dại của người dân tại huyện Mai Sơn, tỉnh Sơn La năm 2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVI, số 8(181), tr 40-47.
27. Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Thị Thu Yên, Ngô Văn Toàn và cs (2016), "Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh dại ở người tại tỉnh Sơn La, 2011-2015", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXVI, số 13(186), tr 36-42.
28. FAO (2013), "*Phương pháp tiếp cận bậc thang nhằm thanh toán bệnh dại*", Tài liệu hội thảo Hợp tác phòng chống bệnh dại ở người và động vật khu vực ASEAN, Đà Nẵng, ngày 15-17 tháng 10 năm 2013.
29. FAO (2013), "*Sáng kiến phòng, chống bệnh dại của FAO - RAP*", Tài liệu hội thảo Chia sẻ kinh nghiệm về phòng chống bệnh dại giữa các nước trong khu vực ASEAN, Hà Nội, ngày 13-14 tháng 5 năm 2013.
30. Đặng Trường Giang (2015), "*Một số kinh nghiệm trong công tác tiêm phòng vắc xin dại cho đàn chó, mèo tại tỉnh Thanh Hóa*", Tài liệu hội nghị liên ngành Xây dựng kế hoạch khống chế bệnh dại tại Việt Nam đến năm 2020, Hà Nội, ngày 10-12 tháng 9 năm 2015.
31. Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Thị Quý, Hoàng Minh Hiền và cs (2006), "*Nghiên cứu qui trình sản xuất vắc xin dại bất hoạt trên tế bào nuôi thận chuột đát vàng tiên phát ở qui mô phòng thí nghiệm*", Đề tài nghiên cứu cấp Bộ Y tế, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội.

32. Nguyễn Thúy Hằng, Văn Đăng Ký, Scott Newman (2015), "*Những đóng góp của FAO và Cục Thú Y cho các giải pháp phòng chống bệnh dại*", Tài liệu hội nghị liên ngành Xây dựng kế hoạch khống chế bệnh dại tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020, Hà Nội, ngày 15-17 tháng 12 năm 2015.
33. Nguyễn Đức Hình, Lê Thị Hương (2014), Một sức khỏe trong Y học dự phòng và Y tế công cộng, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội.
34. Nguyễn Trần Hiền (2015), "*Diễn biến bệnh dại, kế hoạch và giải pháp phòng, chống bệnh dại trên người ở Việt Nam*", Tài liệu hội nghị liên ngành Xây dựng kế hoạch khống chế bệnh dại tại Việt Nam giai đoạn 2016 - 2020, Hà Nội, ngày 15-16 tháng 12 năm 2015.
35. Nguyễn Trần Hiền (2014), "*Hệ thống giám sát bệnh dại của dự án khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại của Bộ Y tế giai đoạn 2011-2015*", Tài liệu hội nghị Tăng cường phòng, chống bệnh dại, Hà Nội, ngày 16-17 tháng 4 năm 2014.
36. Nguyễn Trần Hiền và cộng sự (2012), "Đặc điểm dịch tễ học bệnh dại trên người tại Việt Nam, 2009-2011", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXII, số 8(135), tr 17-28.
37. Nguyễn Trần Hiền, Đinh Kim Xuyên, Nguyễn Thị Thanh Hương và cs (2010), "Dịch tễ học phân tử bệnh dại ở Việt Nam, 1994-2009", *Tạp chí Y học dự phòng*, số 5(2010), tr 56-72.
38. Hội đồng nhân dân tỉnh Sơn La (2014), Nghị quyết số 89/2014/NQ-HĐND về "*Chính sách hỗ trợ công tác phòng dịch cho gia súc, gia cầm trên địa bàn tỉnh Sơn La*".
39. Hội Y học dự phòng Việt Nam (2018), Khuyến cáo lịch sử dụng vắc xin cho mọi lứa tuổi ở Việt Nam, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội, tr 74-77.
40. Đặng Đình Huân, Nguyễn Nhật Cảm, Vũ Hoàng Anh và cs (2015), "Một số đặc điểm dịch tễ bệnh dại ở người tại Hà Nội, 2003-2013.", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXIV, 1(161): 27-32.
41. Nguyễn Đình Hùng (2012), *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học và kết quả của biện pháp truyền thông phòng, chống bệnh dại tại tỉnh Tuyên Quang*, Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên.



42. Nguyễn Việt Hùng, Trần Thị Tuyết Hạnh (2016), Cách tiếp cận sinh thái đối với sức khỏe (Echo Health): Lý thuyết và áp dụng trong nghiên cứu sức khỏe môi trường tại Việt Nam, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội.
43. Nguyễn Việt Hùng, Phạm Đức Phúc, Lê Vũ Anh, Phùng Khắc Cam, Jakob Zinsstag (2014), "Một sức khỏe: Tiếp cận tích hợp trong nghiên cứu và can thiệp cải thiện sức khỏe con người, động vật và môi trường", *Tạp chí khoa học công nghệ Việt Nam*, số 1, tr 44-48.
44. Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Thị Kiều Anh, Trần Thị Giáng Hương (2017), "Thực trạng phơi nhiễm với bệnh dại ở trẻ em nhóm tuổi 6 - 15 tại tỉnh Phú Thọ, 2015", *Tạp chí Y học dự phòng*, phụ bản Tập 27, số 6 - 2017, tr 128-136.
45. Nguyễn Thị Thanh Hương (2017), "*Tình hình bệnh dại trên người tại Việt Nam*", Tài liệu hội nghị Tăng cường các biện pháp cấp bách để kiểm soát và tiến tới loại trừ bệnh dại tại Việt Nam, Bắc Giang, ngày 26 tháng 9 năm 2017.
46. Chu Quốc Huy (2017), "*Những tồn tại bất cập trong công tác phòng chống bệnh dại ở động vật và giải pháp truyền thông nâng cao ý thức của cộng đồng đối với bệnh dại*", Tài liệu hội nghị liên ngành Xây dựng kế hoạch khống chế bệnh dại tại Việt Nam giai đoạn 2016 - 2020, Hà Nội, ngày 30 tháng 6 năm 2017.
47. Satoshi Inoue (2013), "*Tình hình bệnh dại trên thế giới và khu vực*", Tài liệu hội thảo Xây dựng mạng lưới phòng xét nghiệm giám sát bệnh dại tại Việt Nam, Hà Nội, ngày 15-16 tháng 7 năm 2013.
48. Văn Đăng Kỳ (2013), "*Cách tiếp cận Một sức khỏe trong giám sát các bệnh truyền nhiễm lây từ động vật sang người*", Tài liệu hội nghị liên ngành Tăng cường phòng, chống bệnh dại tại 10 tỉnh trọng điểm Miền Bắc Việt Nam, Phú Thọ, ngày 24-25 tháng 5 năm 2013.
49. Hoàng Thị Liên, Trần Anh Tuấn, Phan Công Hùng, Phan Trọng Lân, Cao Hữu Nghĩa, Nguyễn Thị Phương Thúy (2015), "Mạng lưới điểm tiêm và nhân sự tham gia dự án khống chế và loại trừ bệnh dại khu vực phía Nam năm 2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXV, số 5(165), tr 334-340.

50. Nguyễn Văn Long, Phan Quang Minh, Nguyễn Ngọc Tiến, Nguyễn Thị Kim Oanh, Văn Đăng Kỳ (2013), "*Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về phòng chống bệnh dại tại tỉnh Phú Thọ*", Tài liệu hội nghị liên ngành Tăng cường phòng, chống bệnh dại tại 10 tỉnh trọng điểm Miền Bắc Việt Nam, Phú Thọ, ngày 24-25 tháng 5 năm 2013.
51. Lê Văn Minh, Vũ Sinh Nam (2014), "*Đối tác Một sức khỏe*", Tài liệu hội thảo Phát triển đối tác Một sức khỏe quốc gia, Hà Nội, ngày 13-15 tháng 10 năm 2014.
52. Scott Newman (2013), "*Áp dụng các bài học trên thế giới về bệnh dại vào Việt Nam*", Tài liệu Hội nghị liên ngành Tăng cường phòng, chống bệnh dại tại 10 tỉnh trọng điểm Miền Bắc Việt Nam, Phú Thọ, ngày 24-25 tháng 5 năm 2013.
53. Huỳnh Tấn Phát (2016), "*Kết quả phòng chống bệnh dại trên động vật tại Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2011 - 2015*", Tài liệu hội nghị Tăng cường phòng chống bệnh dại, Nghệ An, ngày 23 tháng 9 năm 2016.
54. Trần Đắc Phu (2013), "*Từ sách xanh đến AIPED: Kinh nghiệm phòng chống cúm gia cầm và các bệnh mới nổi tại Việt Nam*", Tài liệu hội thảo quốc tế Áp dụng phương thức tiếp cận Một sức khỏe trước nguy cơ các bệnh truyền nhiễm trong môi trường tác con người – động vật – hệ sinh thái ở Việt Nam, Hà Nội, ngày 08-10 tháng 4 năm 2013.
55. Phạm Đức Phúc (2017), "*Nghiên cứu yếu tố kinh tế xã hội đối với bệnh dại ở Thái Nguyên, Việt Nam*", Tài liệu hội nghị Triển khai các biện pháp cấp bách để kiểm soát và tiến tới loại trừ bệnh dại tại Việt Nam, Bắc Giang, ngày 26 tháng 9 năm 2017.
56. Hoàng Thị Lê Phương (2016), "*Đánh giá công tác phòng chống bệnh dại trên động vật giai đoạn 2011-2015*", Tài liệu hội nghị Tăng cường phòng, chống bệnh dại, Nghệ An, ngày 23 tháng 9 năm 2016.
57. Quốc hội (2007), Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm, số 03/2007/QH12.

58. Leonilo R. Resontoc (2013), "*Chiến lược Quốc gia xóa bỏ bệnh dại ở Philippine*", Tài liệu hội thảo Hợp tác phòng chống bệnh dại ở người và động vật khu vực ASEAN, Đà Nẵng, ngày 15-17 tháng 10 năm 2013.
59. Pebi Purwo Suseno (2013), "*Cập nhật tình hình và chính sách phòng chống bệnh dại tại Indonesia*", Tài liệu Hội thảo chia sẻ kinh nghiệm về phòng chống bệnh dại giữa các nước trong khu vực ASEAN, Hà Nội, ngày 13-14 tháng 5 năm 2013.
60. Sở Nông nghiệp và Phát triển nông thôn tỉnh Sơn La (2016), "*Báo cáo kết quả triển khai công tác phòng, chống bệnh dại trên động vật giai đoạn 2011-2015 tại tỉnh Sơn La*".
61. Sở Y tế tỉnh Sơn La (2016), "*Báo cáo đánh giá diễn biến bệnh dại và kết quả phòng, chống bệnh dại trên người giai đoạn 2011-2015 tại tỉnh Sơn La*".
62. Hoàng Văn Tân (2015), "*Khung chương trình kiểm soát và loại trừ bệnh dại tại Việt Nam, giai đoạn 2017-2021*", Tài liệu hội thảo liên ngành Xây dựng kế hoạch Quốc gia phòng chống bệnh dại 2016-2020, Hà Nội, ngày 15-16 tháng 12 năm 2015.
63. Trường Đại học Y Hà Nội (2007), "*Vi rút dại*", Bài giảng vi sinh học, Nhà xuất bản Y học, tr 217-227.
64. Vũ Đình Thiêm (2016), "*Đánh giá công tác phòng, chống bệnh dại trên người giai đoạn 2011-2015*", Tài liệu hội thảo Tăng cường phòng chống bệnh dại, Nghệ An, ngày 23 tháng 9 năm 2016.
65. Nguyễn Xuân Thìn (2015), "*Mô hình quản lý đàn chó ở cộng đồng tại tỉnh Phú Thọ*", Tài liệu hội thảo liên ngành Xây dựng kế hoạch Quốc gia phòng chống bệnh dại 2016-2020, Hà Nội, ngày 15-16 tháng 12 năm 2015.
66. Nguyễn Thu Thủy (2015), "*Đánh giá kết quả thực hiện luật pháp về phòng, chống bệnh dại trên động vật*", Tài liệu hội thảo liên ngành Xây dựng kế hoạch Quốc gia phòng chống bệnh dại 2016 - 2020, Hà Nội, ngày 15-16 tháng 12 năm 2015.

67. Nguyễn Tùng (2015), "*Tình hình bệnh dại trên động vật tại Việt Nam giai đoạn 2011 - 2015: Những thành tựu và thách thức*", Tài liệu hội thảo liên ngành Xây dựng kế hoạch Quốc gia phòng chống bệnh dại 2016-2020, Hà Nội, ngày 15-16 tháng 12 năm 2015.
68. Ủy ban nhân dân tỉnh Sơn La (2017), "*Kế hoạch khống chế và tiến tới loại trừ bệnh dại trên địa bàn tỉnh Sơn La giai đoạn 2017-2021*".
69. Ủy ban nhân dân tỉnh Sơn La (2013), "*Chỉ thị tăng cường phòng, chống bệnh dại*".
70. Ủy ban nhân dân tỉnh Sơn La (2013), "*Kế hoạch tiêm vắc xin phòng bệnh dại miễn phí cho một số đối tượng chính sách trên địa bàn tỉnh Sơn La*".
71. Đinh Kim Xuyên, Nguyễn Thị Thanh Hương (2006), "*Một số nhận xét về 214 trường hợp tử vong do bệnh dại từ năm 2001 - 2005*", Tài liệu hội nghị Tổng kết 10 năm thực hiện Chỉ thị số 92/TTg của Thủ tướng Chính phủ về việc tăng cường phòng, chống bệnh dại, Hà Nội, ngày 5-6 tháng 10 năm 2006, tr 156-162.

## **TIẾNG ANH**

72. V. O. Ameh, A. A. Dzikwi and J. U. Umoh (2014), "Assessment of knowledge, attitude and practice of dog owners to canine rabies in Wukari metropolis, Taraba State, Nigeria", *Glob J Health Sci*; 6(5): 226-40.
73. Aubert MF. (1999), "Costs and benefits of rabies control in wildlife in France", *Revue Scientifique et Technique* (International Office of Epizootics), 1999, 18(2): 533-43.
74. Barrat J *et al* (2006), "Rabies diagnosis", *Developments in Biologics* (Basel), 2006, 125: 71-77.
75. Blanton JD *et al* (2011), "Rabies surveillance in the United States during 2010", *Journal of the American Veterinary Medicine Association*, 239(6): 773-83.
76. BourhyH., A. DautryVarsat, P. J. Hotez (2010), "Rabies, still neglected after 125 years of vaccination", *PLoS Negl Trop Dis*, 4(11), pp 839-46.

77. Coleman, Paul G., Dye, Christopher (1995), "Immunization coverage required to prevent outbreaks of dog rabies", *National Academies Press*. July 20, 1995, 8: pp 211-24.
78. Coetzee P., Nel L.H. (2007), "Emerging epidemic dog rabies in coastal South Africa: a molecular epidemiological analysis", *Virus Res*, 126: pp 186–95.
79. Coker R. J., Hunter BM *et al* (2011), "Emerging infectious diseases in southeast Asia: regional challenges to control", *Lancet*, 377: pp 599-609.
80. Davlin S, VonVille H (2012), "Canine rabies vaccination and domestic dog population characteristics in the developing world: a systematic review", *Vaccine*, 30(24): pp 3492–3502.
81. Demetriou P, Moynagh J. (2011), The European Union strategy for external cooperation with neighbouring countries on rabies control, *Rabies Bulletin Europe*, WHO Technical Report Series No. 982, 35(1): pp 5–7.
82. De Serres G *et al* (2008), "Bat rabies in the United States and Canada from 1950 through 2007: human cases with and without bat contact", *Clinical Infectious Diseases*, 2008, 46(9): pp 1329–37.
83. European Union (2012), "One Health: Addressing health risks at the interface between animals, humans, and their environments", [http://eeas.europa.eu/health/pandemic\\_readiness/index\\_en.htm](http://eeas.europa.eu/health/pandemic_readiness/index_en.htm); accessed April 28, 2013.
84. FAO-OIE-WHO (2010), *The FAO - OIE - WHO Collaboration: Sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animalhuman-ecosystems interfaces – a tripartite concept note*, FAO, OIE, WHO; April 2010. ([http://www.who.int/influenza/resources/documents/tripartite\\_concept\\_note\\_hanoi\\_042011\\_en.pdf](http://www.who.int/influenza/resources/documents/tripartite_concept_note_hanoi_042011_en.pdf); accessed September 2015).
85. FAO-OIE-WHO-UNSCIC-UNICEF-WB (2008), *Contributing to One Word, One Health: A Strategic Framework for Reducing Risks of Infectious Diseases at the Animal - Human - Ecosystems Interface*, OIE, FAO, WHO, UN System Influenza Coordination UNICEF and World Bank. October 2008. ([http://www.who.int/rabies/bmgf\\_who\\_project/en/](http://www.who.int/rabies/bmgf_who_project/en/), accessed September 2015).

86. FAO (2004), Participatory rural communication appraisal starting with the people, Chapter 2: “*Situation Analysis framework in PRCA*”, Second Edition, Rome, Italy.
87. Feder HM *et al* (2012), Rabies: still a uniformly fatal disease? Historical occurrence, epidemiological trends, and paradigm shifts, *Current Infectious Disease Reports*, 2012, 14: pp 408–22.
88. Finnegan CJ *et al* (1995), “Rabies in North America and Europe”, *J R Soc Med* 1995(1): 9-13.
89. GARC (2015a), Blueprint for Rabies Prevention and Control. In Partners for Rabies Prevention [web site]. (<http://caninerabiesblueprint.org/>, accessed September 2015).
90. Gautret P, Parola P (2012), “Rabies vaccination for international travelers”, *Vaccine*, 2012, 30(2): 126–33.
91. Graham SC *et al* (2008), “Rhabdovirus matrix protein structures reveal a novel mode of self-association”, *PLoS Pathogens*, 2008, 4: 102-51.
92. K. N. Gruzdev (2008), “The rabies situation in Central Asia”, *Dev Biol (Basel)*. 131: 37-42.
93. Hampson K *et al* (2015), “Estimating the global burden of endemic canine rabies”, *PLoS Negl Trop Dis*, 2015, 9(4):121-37.
94. Hemachudha T *et al* (2013), “Human rabies: neuropathogenesis, diagnosis and management”, *Lancet Neurology*, 12(5):498–513.
95. David L. Heymann (2004), Control Communicable Diseases Manual (CCDM 18<sup>th</sup>), The American Public Health Association, “Rabies”; pp 477-485.
96. Israsena N, Mahavihakanont A, Hemachudha T (2011), “Rabies virus infection and micro RNAs”, *Advances in Virus Research*, 79:329–344.
97. Jacson AC. (2011), “Therapy of human rabies” *Advances in Virus Research*, 79:365–375.
98. Jakob .Z, Andrea .M, Esther .S *et al* (2011), “From two medicines to One Health and beyond”, *Onderstepoort Journal of Veterinary Research*, 79(2):325-337.

99. James Z, Charles. B, Katinka. B *et al* (2010), "A *One Health Approach to Rabies Control in Togo*", FAO, Lazio, Italy and Togo Ministry of Agriculture, Livestock and Fisheries.
100. Jonna A. K. Mazet, Deana L. Clifford, Peter B. Coppolillo, Anil B. Deolalikar, Jon D. Erickson (2009), "A One Health approach to Address Emerging Zoonoses: The HALI Project in Tanzania", *Plos Medecine*, 6(12):119-34.
101. Kass PH, McCapes RH, Pritchard WR. (2009), "In Memoriam Calvin W. Schwabe", Professor Emeritus of Veterinary Epidemiology, 1927-2006. <http://www.universityofcalifornia.edu/senate/inmemoriam/calvinwschwabe.htm>; accessed September 1, 2011.
102. Karesh W. B., Cook R. A (2005), "The Human-Animal Link", *Foreign Affairs*, 21(182): 60-67.
103. Knobel DL, Cleaveland S, Coleman PG *et al* (2005), "Re-evaluating the burden of rabies in Africa and Asia", *Bull World Health Organ*, 83(5): 360-368.
104. Lapid SMD *et al* (2012), "Implementation of an intersectoral programme to eliminate human and canine rabies, The Bohol Rabies Prevention and Elimination Project", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2012, 6(12):e1891.
105. Lembo T. *et al* (2012), "The blueprint for rabies prevention and control: a novel operational toolkit for rabies elimination", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 6(2): 1388.
106. Lwanga S. K, Lemeshow S. (1991), *Sample size determination in health studies – A practical Manual*, WHO, Geneva.
107. Maier T *et al* (2010), "Management and outcomes after multiple corneal an transplantation from a donor infected with rabies virus.", *Clinical Infectious Diseases*, 2010, 50(8):1112–1119.
108. Malerczyk C, DeTora L, Gniel D. (2011), "Imported human rabies cases in Europe, the United States, and Japan, 1990 to 2010", *Journal of Travel Medicine*, 2011, 18:402–407.

109. Mathers CD, Ezzati M, Lopez AD (2007), "Measuring the burden of neglected tropical diseases: the Global Burden of Disease Framework", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2007, 1(2):e114.
110. Meslin F-X, Kaplan MM, Koprowski H. (1996), "Laboratory techniques in rabies", World Health Organization. 4th edition, Geneva.
111. Murray CJL *et al* (2010), "Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", *Lancet*, 380(9859):2197–2223.
112. National Institute for Biological Standards and Control (2008), WHO international standard. Sixth international standard for rabies vaccine (NIBSC code: 07/162. Instructions for use, Version 1.0, dated 10/11/2008) ([http://www.nibsc.ac.uk/products/biological\\_reference\\_materials/product\\_catalogue/detail\\_page.aspx?catid=07/162](http://www.nibsc.ac.uk/products/biological_reference_materials/product_catalogue/detail_page.aspx?catid=07/162)).
113. A. J. Nigg, P. L. Walker (2009), Overview, prevention, and treatment of rabies, *Pharmacotherapy*, 29(10), pp. 1182-1195.
114. Robardet E *et al* (2011), International interlaboratory trials on rabies diagnosis: an overview of results and variation in reference diagnosis techniques, *Journal of Virological Methods*, 2011, 177:15–25.
115. Rupprecht CE, Hemachudha T, Scheld M, Whitley RJ, Marra C *et al* (2004), Infections of the central nervous system, Philadelphia, Lippincott, *Williams & Wilkins*, 2004:243–259.
116. Sambo M *et al* (2013), "The burden of rabies in Tanzania and its impact on local communities", *PLoS Negl Trop Dis*, 7(11):251-271.
117. Saunders L. (2000), "Virchow's contributions to veterinary medicine: celebrated then, forgotten now", *Vet Pathol*, 37, 199-207
118. Schneider M.C., Belotto A., Ade M.P., Hendrickx S., Leanes L.F., *et al* (2007) "Current status of human rabies transmitted by dogs in Latin America", *Cadernos de Saude Publica* 23: 2049–2063.



119. Shwiff S, Hampson K, Anderson A (2013). Potential economic benefits of eliminating canine rabies, *Antiviral Res*, 98(2):352–6.
120. Chirapol Sintunawa, Supaporn Wacharapluesadee, Henry Wilde, Thiravat Hemachudha (2013), "Paradigm Shift in Rabies Control: A System Approach", *J Med Assoc Thai*, Vol. 87 No. 12
121. Srinivasan A *et al* (2005), Transmission of rabies from an organ donor to four transplant recipients, *New England Journal of Medicine*, 352:1103– 1111.
122. Sterner RT *et al* (2009), "Tactics and economics of wildlife oral rabies vaccination, Canada and the United States", *Emerging Infectious Diseases*, 2009, 15(8):1176–1184.
123. Sudarshan MK *et al* (2007), "Assessing the burden of human rabies in India: results of a national multi-center epidemiological survey", *International Journal of Infectious Diseases*, 2007, 11(1):29–35.
124. Tenzin N. K., Dhand B. D. Rai *et al* (2012), "Community-based study on knowledge, attitudes and perception of rabies in Gelephu, South-central Bhutan", *Int Health*, 2012; 4(3):210-219.
125. Townsend SE *et al* (2013), "Designing programs for eliminating canine rabies from islands: Bali, Indonesia as a case study", *PLoS Negl Trop Dis*, 7(8):2372-2381.
126. Kurt Vercauteren, Kristine Ellis, Richard Chipman, Thomas Deliberto, Stephanie Shwiff, Dennis Slate (2012), "Rabies in the North America: A model of the One Health Approach" Proceedings of the 14<sup>th</sup> WDM conference.
127. World Bank (2012), *The economics of One Health*. In: People, pathogens, and our planet [Volume 2]. Washington DC: World Bank; 2012:29. (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/11892/691450ESW0whit0D0ESW120PPPvol120web.pdf> accessed September 2015).
128. World Bank (2009), "*People, Pathogens and Our Planet. Volume 1: Towards a One Health Approach for Controlling Zoonotic Diseases*", Report no. 50833-GLB.2010.[http://siteresources.worldbank.org/INTARD/Resources/PPP\\_Web.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTARD/Resources/PPP_Web.pdf); accessed September 1, 2010.

129. World Health Organization (2015), Bill & Melinda Gates Foundation fund WHO-coordinated project to control and eventually eliminate rabies in low-income countries [web site]. ([http://www.who.int/rabies/bmgf\\_who\\_project/en/](http://www.who.int/rabies/bmgf_who_project/en/), accessed September 2015).
130. World Health Organization (2013), Essential rabies maps, WHO, Geneva.
131. World Health Organization (2013), Strategic framework for elimination of human rabies transmitted by dogs in the South-East Asia Region. WHO, New Delhi.
132. World Health Organization (2013), "*The burden of rabies*", WHO Expert Consultation on Rabies: second report, Geneva, Technical Report Series, No. 982:pp2-10.
133. World Health Organization (2013), "*Classification of lyssavirus*", WHO Expert Consultation on Rabies: second report, Geneva, Technical Report Series, No. 982:pp13-15.
134. World Health Organization (2013), "*Vaccines and rabies immunoglobulin for humans*", WHO Expert Consultation on Rabies: second report, Geneva, Technical Report Series, No. 982:pp37-44.
135. World Health Organization (2013), "*Global and region activities on rabies*", WHO Expert Consultation on Rabies: second report, Geneva, Technical Report Series, No. 982:pp54-62.
136. Wenwu Yin, Jie Dong, Changchun Tu, John Edwards, Fusheng Guo, Hang Zhou (2013), "Challenges and needs for China to eliminate rabies", *Infectious Diseases of poverty* 2013, 2:23 <http://www.idpjournals.com/content/2/1/23>.
137. Yin CP (2012), "Analysis on factors related to rabies epidemic in China from 2007–2011", *Virologica Sinica*, 2012, 27(2):132–143.
138. Yu J *et al* (2012), "The spatial and temporal dynamics of rabies in China", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2012, 6(5):e1640.
139. Zinsstag J., Schelling E., Tanner M. *et al* (2011), "From One Medicine to One Health and systemic approaches to health and well-being", *Prev Vet Med*, 101:148-156.





**BẢN ĐỒ HUYỆN MAI SƠN VÀ 3 XÃ CAN THIỆP**



**BẢN ĐỒ HUYỆN SÔNG MÃ VÀ 3 XÃ ĐỐI CHỨNG**

**Phụ lục 2****PHIẾU ĐIỀU TRA BỆNH NHÂN NGHI ĐẠI/TỬ VONG DO BỆNH ĐẠI**

(Được chẩn đoán lâm sàng)

*Cán bộ điều tra khoanh tròn vào các chữ số và điền thông tin đầy đủ vào chỗ trống*

1. Họ và tên: .....
2. Năm sinh:..... Giới: 1. Nam      2. Nữ      Dân tộc:.....
3. Nơi ở hiện tại: số nhà..... thôn/phố..... xã/phường.....  
   huyện/quận.....tỉnh/thành phố.....
4. Trình độ học vấn:    1. Mù chữ      2. Tiểu học      3. Trung học cơ sở  
   4. Phổ thông trung học      5. Cao đẳng/đại học
5. Nghề nghiệp: .....
6. Loại động vật cắn/tiếp xúc người: 1. Chó      2. Mèo      3. Tiếp xúc với động vật/bệnh nhân  
   4. Dơi      5. Khác (*ghi rõ*).....
7. Nơi bị động vật cắn/tiếp xúc: Thôn/phố..... xã/phường.....  
   huyện/quận..... tỉnh/thành phố.....
8. Tình trạng con vật lúc cắn/tiếp xúc người:  
1. Bình thường      2. Chạy rông/mất tích      3. Ôm      4. Lên con đại      5. Không biết
6. Các biểu hiện khác: .....
9. Con vật đó cắn mấy người: .....
10. Động vật cắn đã được tiêm phòng dại chưa?    1. Có      2. Không      3. Không biết  
- Nếu có được tiêm (*Ghi 2 đợt gần nhất*)  
Ngày..... tháng..... năm..... Loại vắc xin .....
- Ngày..... tháng..... năm..... Loại vắc xin .....
11. Ở nơi bị cắn/tiếp xúc có chó mèo lên con đại không? 1. Có      2. Không      3. Không biết  
Nếu có: Loại động vật..... Số con có triệu chứng dại.....
12. Ngày, tháng, năm bị động vật cắn/ tiếp xúc:...../...../.....
13. Vị trí vết cắn: 1. Đầu, mặt, cổ      2. Thân      3. Tay      4. Chân
14. Số lượng vết cắn:    1. Một vết      2. Hai vết      3. ≥ ba vết
15. Tình trạng vết cắn: 1. Xây xước da      2. Nông/chảy máu ít      3. Sâu/chảy nhiều máu  
   4. Khác (*ghi rõ*).....
16. Bệnh nhân có xử trí vết thương không: 1. Có      2. Không      3. Không biết  
- Nếu có thì xử trí như thế nào: 1. Rửa nước xà phòng      2. Rửa nước muối      3. Rửa nước lã  
   4. Bôi chất sát khuẩn      5. Cất lọc vết cắn      6. Khâu vết cắn  
   7. Khác.....
17. Bệnh nhân có tiêm huyết thanh kháng dại (HTKD) không: 1. Có      2. Không      3. Không biết  
Nếu có: ngày tiêm...../...../..... số ml..... Nơi tiêm.....
18. Bệnh nhân có tiêm vắc xin dại không?    1. Có      2. Không      3. Không biết

- Nếu có: ngày tiêm...../...../.....Loại vắc xin:.....
- Ký hiệu lô vắc xin:.....Nơi tiêm:.....
- Phác đồ tiêm: (*ghi rõ ngày/tháng/năm*)
- Tiêm bắp: N0.....N3.....N7.....N14.....N28.....
- Tiêm trong da: N0.....N3.....N7.....N28.....
- Bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc Corticoid hoặc ACTH trước khi tiêm vắc xin không?
  - 1. Có
  - 2. Không
- 19. Ngày có triệu chứng đại đầu tiên:...../...../.....Ngày tử vong:...../...../.....
- 20. Nơi chẩn đoán và điều trị bệnh nhân lên cơn đại: 1. Tại nhà 2. Trạm Y tế xã 3. BV huyện  
4. Bệnh viện tỉnh 5. BV trung ương 6. Nơi khác (*ghi rõ*).....
- 21. Bệnh nhân có được lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm bệnh đại không?
  - 1. Có
  - 2. Không

Nếu có: Loại bệnh phẩm xét nghiệm là gì?

  - 1. Dịch não tủy
  - 2. Nước bọt
  - 3. Huyết thanh
  - 4. Mảnh sinh thiết da gáy
  - 5. Khác.....

Kết quả xét nghiệm? 1. Dương tính 2. Âm tính 3. Không biết
- 22. Tóm tắt triệu chứng lâm sàng bệnh nhân:
  - 1. Mệt mỏi
  - 2. Chán ăn
  - 3. Nhức đầu
  - 4. Sốt
  - 5. Đau cơ
  - 5. Ngứa tại vết cắn
  - 6. Lo lắng
  - 7. Mất ngủ
  - 8. Sợ nước
  - 9. Sợ gió
  - 10. Sợ ánh sáng
  - 11. Đờm dãi
  - 12. Co giật
  - 13. Trốn chạy
  - 14. Gào hét
  - 15. Liệt
  - 16. Xuất tinh
  - 17. Triệu chứng khác (*Ghi rõ*).....
- 23. Lý do không tiêm huyết thanh kháng đại và vắc xin phòng đại:
  - 1. Không có tiền để tiêm vắc xin
  - 2. Trẻ nhỏ không nói cho gia đình biết
  - 3. Dùng thuốc nam/đông y
  - 4. Không biết địa điểm tiêm vắc xin
  - 5. Không có vắc xin/HTKD để tiêm
  - 6. Chủ quan (biết bị chó mèo cắn phải tiêm VX phòng đại, có tiền, biết điểm tiêm nhưng không đi tiêm)
  - 7. Đến muộn sau 3 ngày nên không tiêm
  - 8. Không hiểu biết về bệnh đại
  - 9. Khoảng cách đến điểm tiêm xa
  - 10. Lý do khác (*ghi rõ*).....
- 24. Thuộc hộ nghèo (Có/Không) 1. Có 2. Không
- 25. Nhận xét của cán bộ trực tiếp điều tra: .....

**Xác nhận của đơn vị**  
(ký tên, đóng dấu)

Ngày..... tháng..... năm 20....  
**Người điều tra ký, ghi rõ họ tên**



SỞ Y TẾ SƠN LA

**BÁO CÁO TIÊM VẮC XIN PHÒNG DẠI VÀ HUYẾT THANH KHÁNG DẠI**

TRUNG TÂM YTDP

Tháng ..... năm 20...

T T	Điểm tiêm (huyện/T P)	Giới		Tuổi				Thời gian từ lúc bị cẩn- tiêm		Loại động vật				Số người có vị trí vết thương				Số người có mức độ vết thương			Tình trạng động vật			Số người		Số người dùng HTKD	Số người có phản ứng phụ tại chỗ				Số người có phản ứng phụ toàn thân																
		Nam	Nữ	<15 tuổi	15-24 tuổi	24 - 49 tuổi	≥50 tuổi	≤10 ngày	>10 ngày	Chó	Mèo	Dơi	Khác	Đầu mặt cổ	Thân	Tay	Chân	Độ I	Độ II	Độ III	Bình thường	Óm	Chạy rông + mất tích	Lên cơn dại	Tiêm bắp		Tiêm trong da	Đau	Quầng đỏ	Tụ máu	Phù nề / nốt cứng	Sốt	Khó chịu														
1																																															
2																																															
3																																															
4																																															
5																																															
6																																															
...																																															
	Tổng																																														
	Cộng dồn																																														

**Người làm báo cáo**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày .....tháng .....năm 20....  
**Lãnh đạo Đơn vị**  
(Ký tên, đóng dấu)



**Phụ lục 5**

**MẪU BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP BỆNH HOẶC Ồ DỊCH LÂY TRUYỀN TỪ ĐỘNG VẬT SANG NGƯỜI (ÁP DỤNG ĐỐI VỚI CÁC ĐƠN VỊ Y TẾ KHI TRAO ĐỔI THÔNG TIN BỆNH DỊCH VỚI CÁC ĐƠN VỊ THÚ Y)**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 16/2013/TTLT-BYT-BNN&PTNT ngày 25/5/2013)*

Cơ quan chủ quản:.....

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

Đơn vị:.....

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số:...../.....

....., ngày..... tháng ....năm .....

**BÁO CÁO**

**TRƯỜNG HỢP BỆNH HOẶC Ồ DỊCH LÂY TRUYỀN TỪ ĐỘNG VẬT SANG NGƯỜI**

**Kính gửi:** .....

**I. Thông tin bệnh nhân đầu tiên:**

- Họ tên bệnh nhân:..... Tuổi:..... Giới:.....
- Họ tên người liên hệ (đối với trẻ em):.....
- Nghề nghiệp:.....
- Nơi ở hiện tại:.....
- Quận/Huyện:..... Tỉnh: .....Số điện thoại: .....
- Ngày khởi phát triệu chứng đầu tiên:..... /..... /.....
- Ngày vào viện:...../...../..... Ngày tử vong (nếu có): ...../...../.....
- Nơi khám bệnh đầu tiên:.....
- Nơi bệnh nhân đang điều trị:.....
- Chẩn đoán ban đầu:.....
- Chẩn đoán xác định:.....
- Tiền sử: .....
- Yếu tố dịch tễ: .....
- Ngày lấy mẫu bệnh phẩm: ..... Loại bệnh phẩm.....
- Ngày gửi xét nghiệm: ...../...../.....
- Ngày trả và kết quả xét nghiệm: ...../...../.....
- Nơi xét nghiệm:..... Phương pháp xét nghiệm:.....

**II. Tổng hợp tình hình bệnh hoặc ổ dịch đến thời điểm báo cáo**

- Tổng số trường hợp mắc:.....
- Tổng số trường hợp tử vong:.....
- Số địa phương ghi nhận trường hợp bệnh: Số tỉnh:..... Số huyện:.....Số xã:.....
- Số mẫu xét nghiệm:.....
- Số mẫu dương tính:.....
- Các yếu tố nguy cơ:.....

**III. Nhận định tình hình**

**IV. Các biện pháp phòng, chống dịch đã triển khai**

**Nơi nhận:**

.....

**Thủ trưởng đơn vị**

*(ký, đóng dấu)*

## Phụ lục 6

### PHIẾU KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG HOẠT ĐỘNG PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐẠI TẠI ĐỊA PHƯƠNG (CẤP TỈNH, HUYỆN), NĂM 2013

Tên Huyện/TP:..... tỉnh Sơn La

Ngày bắt đầu khảo sát: Ngày....tháng ....năm 201...

Ngày hoàn thành phiếu: Ngày....tháng.... năm 201...

Họ, tên cán bộ thực hiện khảo sát:.....

#### I. THÔNG TIN VỀ BCD PHÒNG CHỐNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM

1. Tên đầy đủ của BCD Phòng, chống bệnh truyền nhiễm ở người:

.....

2. Họ và tên Trưởng BCD (Ghi đầy đủ):.....

Số điện thoại..... Số Fax..... E mail.....

3. Họ và tên Phó trưởng BCD thường trực:.....

Số điện thoại..... Số Fax..... E mail.....

4. Ngày thành lập/kiện toàn BCD mới nhất:.....

5. Số Quyết định:..... Ngày ký ban hành:.....

6. Địa chỉ cơ quan Thường trực BCD.....

Số điện thoại.....Số Fax..... E mail.....

7. Tổng số huyện/thành phố trong tỉnh.....

Hoặc tổng số xã/phường/thị trấn trong huyện.....

Trong đó: .....xã Vùng 1; .....xã Vùng 2; .....xã Vùng 3.

8. Tổng dân số thuộc tỉnh hoặc huyện/TP..... người

Tổng số hộ nghèo (có cấp Giấy chứng nhận):..... Tỷ lệ.....% số HGD.

9. Thu nhập bình quân đầu người năm..... đồng/người/năm

10. Số người tử vong do bệnh đại trong năm (ghi rõ số lượng).....người

#### KẾT QUẢ XẾP LOẠI (Đánh dấu X vào ô tương ứng)

Xếp loại	Tốt (≥85 điểm)	Khá (70-84 điểm)	Trung bình (50-69 điểm)	Kém (<50 điểm)

## II. NỘI DUNG KHẢO SÁT VÀ TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ

(Cán bộ khảo sát kiểm tra bằng chứng của từng mục và quyết định số điểm)

Nội dung chấm điểm	Tiêu chuẩn đánh giá	Điểm chuẩn	Điểm đạt
(1)	(2)	(3)	(4)
<b>1. TỔ CHỨC VÀ NHÂN SỰ CỦA BAN CHỈ ĐẠO</b>		<b>15</b>	
1.1. Quyết định thành lập/kiện toàn của cấp có thẩm quyền	≤12 tháng	5	
	13-23 tháng	2	
	≥24 tháng hoặc	1	
	Không có	0	
1.2. Chức danh của Trưởng BCD (Nếu là <u>Khác</u> phải ghi rõ chức danh)	Chủ tịch UBND tỉnh/huyện	5	
	Phó Chủ tịch UBND tỉnh/huyện	4	
	Khác	1	
1.3. Thành phần tham gia Ban chỉ đạo theo qui định - Đủ thành phần: Tối đa 04 điểm. - Thiếu mỗi thành phần trừ 0,5 điểm.	Ngành Y tế	4	
	Ngành Tài chính		
	Ngành Nông nghiệp		
	Ngành Thông tin, văn hóa		
	Ngành Giáo dục đào tạo		
	Lãnh đạo UBND cấp xã		
	Lãnh đạo MTTQ huyện		
	Lãnh đạo Đoàn thể, Hội		
1.4. Thành phần khác (Ghi rõ) (Thêm 0,5 điểm cho mỗi ngành thành viên khác, tối đa 01 điểm)	1,	1	
	2,		
	3,		
<b>2. VẬN HÀNH HOẠT ĐỘNG CỦA BAN CHỈ ĐẠO</b>		<b>15</b>	
2.1. Qui chế hoạt động và phân công trách nhiệm cụ thể	Có qui chế, phân công cụ thể	5	
	Có qui chế, phân công chưa cụ thể	3	
	Có qui chế, không phân công	1	
	Không có qui chế hoạt động	0	
2.2. Họp Ban chỉ đạo định kỳ	≥2 lần/năm	3	

(Kiểm tra sổ họp, Biên bản cuộc họp).	1 lần/năm	2	
	Không họp	0	
Họp đột xuất về nội dung PCBD (Cộng tối đa 1 điểm)	Có họp đột xuất: 1 điểm	1	
	Không họp đột xuất: 0 điểm		
2.3. Ghi chép nội dung, biên bản các cuộc họp (Kiểm tra sổ họp, Biên bản cuộc họp)	Đầy đủ	3	
	Không đầy đủ	2	
	Không ghi chép	0	
2.4. Người chủ trì họp BCD	Trưởng Ban	3	
	Phó ban thường trực	2	
	Phó ban khác	1	
	Không phải Trưởng, Phó ban	0	
<b>3. KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CỤ THỂ TRONG NĂM.....</b>		<b>70</b>	
3.1. Tham mưu cho UBND tỉnh/huyện ban hành kế hoạch phòng chống bệnh dại	Có KH phòng chống bệnh dại riêng	10	
	Có KH phòng chống BTN chung, trong đó có nội dung PCBD	5	
	UBND không ban hành KH năm	0	
3.2. Có chỉ tiêu phòng, chống bệnh dại: Giảm tử vong ở người và tăng tỷ lệ VX chó (có trong NQ của HĐND, KH của UBND):	Đầy đủ chỉ tiêu	5	
	Chỉ có chỉ tiêu giảm TV người	3	
	Chỉ có chỉ tiêu tăng tỷ lệ VX chó	3	
	Không có chỉ tiêu nào	0	
3.3. Triển khai truyền thông về bệnh dại (Kiểm tra KH, BC hoạt động; kiểm tra sản phẩm như áp phích, tờ rơi, băng, đĩa...)	≥3 hình thức, thường xuyên	10	
	≤2 hình thức, không thường xuyên	5	
	Chỉ có 1 hình thức	2	
	Không có hoạt động truyền thông	0	
3.4. Đầu tư kinh phí cho các hoạt động PCBD (Kiểm tra quyết định phê duyệt kinh phí; chuyển giao KP tài trợ)	Có KP đầu tư của UBND và tài trợ	10	
	Chỉ có KP đầu tư của UBND	5	
	Chỉ có KP đầu tư của nhà tài trợ	4	
	Không có	0	
3.5. BCD thực hiện kiểm tra, giám sát, chỉ đạo các hoạt động	Thường xuyên kiểm tra, chỉ đạo	10	
	≥3 lần/năm	5	

PCBD ( <i>Thu thập bằng chứng</i> )	1-2 lần/năm	2	
	Không	0	
3.6. Điểm tiêm VXPĐ cho người ( <i>kiểm tra điều kiện cơ sở và GCN tập huấn</i> )	Đạt 1 điểm tiêm/huyện, đủ vắc xin	10	
	Có điểm tiêm nhưng thiếu vắc xin	5	
	Không có điểm tiêm	0	
3.7. Người đi tiêm VXPĐ sau phơi nhiễm ( <i>Kiểm tra số liệu tại Trung tâm Y tế huyện</i> )	Đạt >500 người/100.000 dân	5	
	Đạt 400-500 người/100.000 dân	4	
	Đạt 300-400 người/100.000 dân	3	
	Đạt <300 người/100.000 dân	1	
3.8. Tiêm phòng vắc xin cho đàn chó ( <i>Kiểm tra số liệu tại Trạm Thú y huyện</i> )	Đạt >70%	10	
	Đạt 60-69%	4	
	Đạt 50-59%	2	
	Đạt <50%	0	
3.9. Quản lý chăn nuôi chó, mèo theo Thông tư 48 ( <i>Mục này cộng dồn điểm; kiểm tra sổ, kế hoạch, báo cáo...</i> )	Có tổ chức đăng ký nuôi: 2 điểm	5	
	Có tiêu hủy chó chạy rong: 2 điểm		
	Có xử phạt hành chính: 1 điểm		
	Không làm gì: 0 điểm		
3.10. Đánh giá so với năm trước (so sánh với kết quả năm 201...) <i>Mục này là điểm thưởng, tối đa là 10 điểm</i>	Giảm số người tử vong: 5 điểm	10	
	Tăng tỷ lệ VX chó >20%: 4 điểm		
	Tăng tỷ lệ VX chó 10-20%: 2 điểm		
	Tăng tỷ lệ VX chó <10%: 1 điểm		

**Ghi chú:** Phiếu khảo sát này chỉ phục vụ cho nghiên cứu đề tài “Thực trạng và hiệu quả can thiệp phòng, chống bệnh dại ở người theo cách tiếp cận Một sức khỏe tại tỉnh Sơn La” và không nhằm mục đích nào khác. Mọi thông tin trong phiếu sẽ được mã hóa và bảo mật.

## Phụ lục 7

### PHIẾU KHẢO SÁT

#### CHẤT LƯỢNG HOẠT ĐỘNG PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐẠI TẠI ĐỊA PHƯƠNG (CẤP XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN), NĂM .....

Tên xã/phường/thị trấn:.....thuộc Huyện/TP:.....

Ngày bắt đầu khảo sát: Ngày....tháng ....năm 201...

Ngày hoàn thành phiếu: Ngày....tháng.... năm 201...

Họ, tên cán bộ thực hiện khảo sát:.....

#### I. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

1. Tên đầy đủ của BCD Chăm sóc sức khỏe ban đầu/hoặc tên khác:.....

.....

2. Họ và tên Trưởng BCD (Ghi đầy đủ):.....

Số điện thoại..... Số Fax..... E mail.....

3. Họ và tên Phó trưởng BCD thường trực: .....

Số điện thoại..... Số Fax..... E mail.....

4. Ngày thành lập/kiện toàn BCD mới nhất: .....

5. Số Quyết định:..... Ngày ký ban hành: .....

6. Địa chỉ cơ quan Thường trực BCD .....

Số điện thoại.....Số Fax.....E mail.....

7. Tổng số tổ/bản/tiểu khu trong xã.....

Trong đó: ..... bản đặc biệt khó khăn.

8. Tổng dân số thuộc xã ..... người

Tổng số hộ nghèo (có cấp Giấy chứng nhận):..... Tỷ lệ.....% số HGD.

9. Thu nhập bình quân đầu người năm.....: ..... đồng/người/năm

10. Số người tử vong do bệnh đại trong năm (ghi rõ số lượng).....người

#### KẾT QUẢ XẾP LOẠI (Đánh dấu X vào ô tương ứng)

Xếp loại	Tốt (≥85 điểm)	Khá (70-84 điểm)	Trung bình (50-69 điểm)	Kém (<50 điểm)

## II. NỘI DUNG KHẢO SÁT VÀ TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ

(Cán bộ khảo sát kiểm tra bằng chứng của từng mục và quyết định số điểm)

Nội dung chấm điểm	Tiêu chuẩn đánh giá	Điểm chuẩn	Điểm đạt
(1)	(2)	(3)	(4)
<b>1. TỔ CHỨC VÀ NHÂN SỰ CỦA BAN CHỈ ĐẠO</b>		<b>15</b>	
1.1. Quyết định thành lập/kiện toàn của cấp có thẩm quyền	≤12 tháng	5	
	13-23 tháng	2	
	≥24 tháng hoặc	1	
	Không có	0	
1.2. Chức danh của Trưởng BCD (Nếu là <u>Khác</u> phải ghi rõ chức danh)	Chủ tịch UBND tỉnh/huyện	5	
	Phó Chủ tịch UBND tỉnh/huyện	4	
	Khác	1	
1.3. Thành phần tham gia Ban chỉ đạo theo qui định - Đủ thành phần: Tối đa 04 điểm. - Thiếu mỗi thành phần trừ 0,5 điểm.	Ngành Y tế	4	
	Ngành Tài chính		
	Ngành Nông nghiệp		
	Ngành Thông tin, văn hóa		
	Ngành Giáo dục đào tạo		
	Lãnh đạo UBND cấp xã		
	Lãnh đạo MTTQ huyện		
1.4. Thành phần khác (Ghi rõ) (Thêm 0,5 điểm cho mỗi ngành thành viên khác, tối đa 01 điểm)	1,	1	
	2,		
	3,		
<b>2. VẬN HÀNH HOẠT ĐỘNG CỦA BAN CHỈ ĐẠO</b>		<b>20</b>	
2.1. Qui chế hoạt động và phân công trách nhiệm cụ thể	Có qui chế, phân công cụ thể	5	
	Có qui chế, phân công chưa cụ thể	3	
	Có qui chế, không phân công	1	
	Không có qui chế hoạt động	0	
2.2. Họp Ban chỉ đạo định kỳ	≥2 lần/năm	4	

(Kiểm tra sổ họp, Biên bản cuộc họp).	1 lần/năm	2	
	Không họp	0	
Họp đột xuất về nội dung PCBD (Cộng tối đa 1 điểm)	Có họp đột xuất: 1 điểm	1	
	Không họp đột xuất: 0 điểm		
2.3. Ghi chép nội dung, biên bản các cuộc họp (Kiểm tra sổ họp, Biên bản cuộc họp)	Đầy đủ	5	
	Không đầy đủ	2	
	Không ghi chép	0	
2.4. Người chủ trì họp BCD	Trưởng Ban	5	
	Phó ban thường trực	3	
	Phó ban khác	2	
	Không phải Trưởng, Phó ban	0	
<b>3. KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CỤ THỂ TRONG NĂM.....</b>		<b>65</b>	
3.1. Tham mưu cho UBND xã ban hành kế hoạch phòng chống bệnh dại	Có KH phòng chống bệnh dại	10	
	Có KH phòng chống BTN chung, trong đó có nội dung PCBD	5	
	UBND không ban hành KH năm	0	
3.2. Chỉ tiêu phòng, chống bệnh dại: Giảm tử vong ở người và tăng tỷ lệ VX chó (có trong NQ của HĐND, KH của UBND xã):	Đầy đủ chỉ tiêu	5	
	Chỉ có chỉ tiêu giảm TV người	3	
	Chỉ có chỉ tiêu tăng tỷ lệ VX chó	3	
	Không có chỉ tiêu nào	0	
3.3. Triển khai truyền thông về bệnh dại (Kiểm tra KH, BC hoạt động; kiểm tra sản phẩm như áp phích, tờ rơi, băng, đĩa...)	≥3 hình thức, thường xuyên	10	
	2 hình thức, không thường xuyên	5	
	Chỉ có 1 hình thức	2	
	Không có hoạt động truyền thông	0	
3.4. Đầu tư kinh phí cho các hoạt động PCBD (Kiểm tra quyết định phê duyệt kinh phí; chuyển giao KP tài trợ)	Có KP đầu tư của UBND và tài trợ	5	
	Chỉ có KP đầu tư của UBND xã	4	
	Chỉ có KP đầu tư của nhà tài trợ	3	
	Không có	0	
3.5. BCD thực hiện kiểm tra, giám sát, chỉ đạo các hoạt động PCBD (Thu thập bằng chứng)	Thường xuyên kiểm tra, chỉ đạo	5	
	≥2 lần/năm	3	
	<2 lần/năm	1	



	Không	0	
3.7. Tiêm phòng vắc xin cho đàn chó (Kiểm tra số liệu tại Trạm Thú y huyện)	Đạt >70%	10	
	Đạt 60-69%	4	
	Đạt 50-59%	2	
	Đạt <50%	0	
3.8. Quản lý chăn nuôi chó, mèo theo Thông tư 48 (Mục này cộng dồn điểm; kiểm tra sổ, kế hoạch, báo cáo...)	Có tổ chức đăng ký nuôi: 4 điểm	10	
	Có tiêu hủy chó chạy rông: 4 điểm		
	Có xử phạt hành chính: 2 điểm		
	Không làm gì: 0 điểm		
3.9. Đánh giá so với năm trước (so sánh với kết quả năm 201...) Mục này cộng dồn điểm, kiểm tra số liệu	Giảm số người tử vong: 5 điểm	10	
	Tăng tỷ lệ VX chó >20%: 4 điểm		
	Tăng tỷ lệ VX chó 10-20%: 2 điểm		
	Tăng tỷ lệ VX chó <10%: 1 điểm		

**Ghi chú:** Phiếu khảo sát này chỉ phục vụ cho nghiên cứu đề tài “Thực trạng và hiệu quả can thiệp phòng, chống bệnh dại ở người theo cách tiếp cận Một sức khỏe tại tỉnh Sơn La” và không nhằm mục đích nào khác. Mọi thông tin trong phiếu sẽ được mã hóa và bảo mật.

**PHỤ LỤC 08:**

**PHIẾU PHỎNG VẤN SÂU**

**(Dành cho Lãnh đạo và thành viên Ban chỉ đạo các cấp; Lãnh đạo Trung tâm YTDP/Trung tâm Y tế/Trạm y tế; Lãnh đạo Chi cục thú y/Trạm Thú y huyện/Nhân viên Thú y xã và Lãnh đạo các đoàn thể)**

*Nghiên cứu đánh giá thực trạng tình hình bệnh dại và hiệu quả can thiệp theo cách tiếp cận Một sức khỏe trong phòng chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La*

Xin chào Ông/Bà, tôi tên là.....

Tôi là cán bộ y tế của.....

Thưa Ông/Bà,

Trong khuôn khổ các hoạt động của đề tài nghiên cứu về thực trạng tình hình bệnh dại và hiệu quả can thiệp theo cách tiếp cận Một sức khỏe trong phòng chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La, tôi xin phép được hỏi Ông/Bà một số thông tin liên quan đến việc quản lý chó, mèo và phòng chống bệnh dại của địa phương mình.

**Mục đích của nghiên cứu này là nhằm:**

1. Nắm được đặc điểm dịch tễ và một số yếu tố liên quan đến diễn biến bệnh dại trên địa bàn tỉnh Sơn La để dự báo và đề xuất với UBND tỉnh xây dựng kế hoạch phòng chống bệnh dại có hiệu quả trong những năm tới.

2. Tìm hiểu những khó khăn, tồn tại, đề xuất các biện pháp phòng chống bệnh dại của cán bộ một số cơ quan, ngành và người dân để từ đó đề xuất, điều chỉnh các biện pháp phòng chống bệnh dại cho phù hợp với tình hình thực tế.

3. Đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp phòng chống bệnh dại theo cách tiếp cận “Một sức khỏe”, từ đó rút kinh nghiệm và triển khai nhân rộng, tiến tới khống chế bền vững và loại trừ bệnh dại ra khỏi đời sống của tỉnh Sơn La.

Những thông tin mà Ông/Bà sẽ cung cấp là rất quan trọng, giúp cho nghiên cứu phát triển các biện pháp khống chế bền vững bệnh dại tại tỉnh Sơn La. Thông tin ông/bà cung cấp sẽ hoàn toàn được chúng tôi giữ bí mật theo qui định.

Chúng tôi rất cảm ơn và trân trọng ghi nhận sự đóng góp, giúp đỡ của Ông/Bà.

## PHIẾU PHÒNG VẤN SÂU

Địa điểm phỏng vấn: Xã:..... Huyện:..... Tỉnh: Sơn La

Họ tể cán bộ điều tra:..... Nơi công tác:.....

Ngày phỏng vấn (ngày/tháng/năm):...../...../201.....

### I. THÔNG TIN CÁ NHÂN VỀ ĐỐI TƯỢNG ĐƯỢC PHÒNG VẤN

1	Họ và tên người trả lời phỏng vấn	.....
2	Cơ quan/Đơn vị công tác và Chức vụ đang đảm nhiệm	
3	Công việc chuyên môn trực tiếp đang làm (ghi rõ từng việc theo thứ tự ưu tiên nếu kiêm nhiệm)	1. 2. 3.
4	Mức độ quan tâm đến bệnh dại (do người trả lời phỏng vấn tự nhận)	1. Cao; 2. Trung bình; 3. Thấp; 4. Không quan tâm
5	Giới tính	Nam 1 Nữ 2
6	Tuổi (ghi rõ số tuổi)	_____ tuổi.
7	Dân tộc (Khoanh tròn từ tương ứng)	Kinh 1 Thái 2 Mông 3 Khác (ghi rõ) _____ 4
8	Trình độ học vấn/chuyên môn của ông/bà ở mức nào? (Đề nghị khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)	Tiểu học đến Trung học cơ sở 1 Phổ thông trung học 2 Trung cấp nghề 3 Cao đẳng/đại học 4 Sau đại học 5
9	Ông/Bà làm công việc liên quan đến phòng chống dịch bệnh được bao nhiêu năm rồi? (ghi rõ số năm)	_____ năm

## II. NỘI DUNG PHÒNG VẤN

1. Ông/Bà vui lòng cho biết vài nét cơ bản về địa phương và cơ quan/tổ chức nơi Ông/Bà đang làm việc?
2. Ông/bà đánh giá, nhận định về tình hình bệnh dại nói chung của địa phương mình thế nào?
3. Trong 12 tháng gần đây Ông/Bà có được nhận, được đọc, hay được nghe nội dung văn bản nào đó về phòng chống bệnh dại?
4. Trong công việc của mình Ông/Bà đã dự các hội nghị hay cuộc họp liên ngành không? Ông/Bà đã nghe đến từ “Một sức khỏe” hay “Sức khỏe hệ sinh thái” bao giờ chưa?
5. Theo Ông/Bà trong quá trình triển khai công tác phòng, chống bệnh dại tại địa phương đang gặp phải những khó khăn, rào cản nào?
6. Ông/Bà đánh giá, nhận định về sự vào cuộc của chính quyền, các ngành đối với công tác phòng chống bệnh dại tại địa phương mình thế nào? Theo Ông/Bà trách nhiệm chính trong việc triển khai công tác phòng, chống bệnh dại ở địa phương thuộc về cá nhân/cơ quan/bộ phận nào?
7. Ông/Bà đánh giá, nhận định về quản lý đàn chó, mèo của địa phương mình thế nào? Ý kiến cá nhân của Ông/Bà để có thể quản lý đàn chó, mèo tốt hơn?
8. Từ 2011 đến nay, tại địa phương có tổ chức tuyên truyền gì về phòng chống bệnh dại hay không? Theo Ông/Bà thì hình thức tuyên truyền nào tại địa phương là phù hợp nhất?
9. Đánh giá, nhận định chung về dịch vụ thú y và công tác tiêm phòng vắc xin dại cho chó, mèo; Dịch vụ y tế và tiêm phòng vắc xin dại cho người?
10. Theo Ông/Bà hướng giải quyết của tỉnh/huyện/xã thế nào để có thể không chế, loại trừ thành công bệnh dại tại địa phương?

## **PHỤ LỤC 9:**

### **PHIẾU ĐIỀU TRA, PHỎNG VẤN TẠI HỘ GIA ĐÌNH**

**(Dành cho chủ hộ, người đại diện hộ gia đình trả lời phỏng vấn)**

*Đánh giá thực trạng bệnh dại và hiệu quả can thiệp theo cách tiếp cận Một sức khỏe trong phòng chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La*

Xin chào Ông/Bà, tôi tên là.....

Tôi là cán bộ y tế của.....

Thưa Ông/Bà,

Trong khuôn khổ các hoạt động của nghiên cứu về thực trạng tình hình bệnh dại và hiệu quả can thiệp theo cách tiếp cận Một sức khỏe trong phòng chống bệnh dại tại tỉnh Sơn La, tôi xin phép được hỏi Ông/Bà một số thông tin liên quan đến việc nuôi chó, mèo và phòng chống bệnh dại của gia đình và địa phương mình.

#### **Mục đích của nghiên cứu này là nhằm:**

1. Biết được đặc điểm dịch tễ và một số yếu tố liên quan đến diễn biến bệnh dại trên địa bàn tỉnh Sơn La để dự báo và đề xuất với cấp có thẩm quyền xây dựng kế hoạch phòng chống bệnh dại có hiệu quả.

2. Xác định những khó khăn, tồn tại về kiến thức và thực hành triển khai các biện pháp phòng chống bệnh dại của người dân để từ đó đề xuất, điều chỉnh các biện pháp phòng chống cho phù hợp với tình hình thực tế.

3. Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp phòng chống bệnh dại theo cách tiếp cận “Một sức khỏe”, từ đó rút kinh nghiệm và triển khai nhân rộng, tiến tới khống chế bền vững và loại trừ bệnh dại ra khỏi đời sống của cộng đồng.

Những thông tin thu thập được và sự đóng góp của các Ông/Bà là rất quan trọng, giúp cho nghiên cứu nhằm phát triển các biện pháp khống chế bệnh dại tại Việt Nam. Thông tin ông/bà cung cấp sẽ hoàn toàn được giữ bí mật theo qui định.

Chúng tôi rất cảm ơn và trân trọng ghi nhận sự đóng góp, giúp đỡ của Ông/Bà.

## BỘ CÂU HỎI ĐIỀU TRA, PHÒNG VẤN HỘ GIA ĐÌNH

(Cán bộ điều tra phỏng vấn trực tiếp)

Họ tên cán bộ điều tra:.....Nơi công tác:.....

Ngày điều tra (ngày/tháng/năm):...../201...

### I. THÔNG TIN CHUNG VỀ HỘ GIA ĐÌNH

#### 1.1. Thông tin chung

Bản/Tiểu khu	
Xã/Thị trấn:	
Huyện:	
Xếp loại vùng dân cư (Vùng 1, Vùng 2, Vùng 3)	
HGD có nuôi chó/mèo (Ghi CÓ hoặc KHÔNG)	

#### 1.2: Thông tin về nhân khẩu – xã hội

Thông tin về người trả lời phỏng vấn (nếu bỏ qua, đề nghị đánh dấu X ở hàng tương ứng):

TT	Câu hỏi	Trả lời	Bỏ qua
1	Họ và tên người trả lời phỏng vấn	.....	
2	Giới tính	Nam 1 Nữ 2	
3	Ông/bà năm nay bao nhiêu tuổi? (Điền số tuổi vào ô bên cạnh hoặc khoanh tròn từ tương ứng)	Tuổi (số tuổi) [ _____ ] Không biết 1 Không trả lời 2	
4	Học vấn cao nhất của ông/bà là gì? (Đề nghị khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)	Không đi học/mù chữ 1 Tiểu học 2 Trung học cơ sở 3 Phổ thông trung học 4 Trung cấp nghề 5 Cao đẳng/Đại học/Sau đại học 6 Không biết 7 Không trả lời 8	
5	Công việc hiện nay của ông/bà là gì? (Đề nghị khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)	Tại nhà (làm ruộng, nội trợ...) 1 Công nhân 2 Cán bộ, công chức 3 Buôn bán 4 Việc khác (là gì?: _____) 5 Không biết 6 Không trả lời 7	

TT	Câu hỏi	Trả lời	Bỏ qua
6	Hiện nay ông/bà đang sống cùng ai? (Đề nghị khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)	Sống độc thân 1 Vợ/chồng và các con 2 Người thân trong dòng họ 3 Bạn bè 4 Không trả lời 5	
7	Số người đang sống chung trong HGĐ của ông/bà (Ghi rõ số lượng người)	Số người sống chung = 1 Số người sống chung = 2 Số người sống chung = 3 Số người sống chung = 4 Trên 4 người (ghi rõ số):.....	
8	Tổng thu nhập của gia đình hiện nay ước tính khoảng bao nhiêu nghìn/tháng Ghi số tiền hoặc khoanh tròn chữ và số tương ứng	Số tiền.....nghìn VND Không biết 1 Không trả lời 2	

## II. TÌNH TRẠNG CHĂN NUÔI, TƯƠNG TÁC VỚI CHÓ, MÈO

**Câu hỏi 1:** Số lượng nuôi chó, mèo (điền số vào hàng và cột tương ứng)

Loài động vật nuôi	Số lượng (con)	Giới tính (ghi số con đực/số con cái)		Nuôi được bao lâu (tính theo tháng)
		Con đực	Con cái	
Chó				
Mèo				

**Câu hỏi 2:** Nguồn gốc chó, mèo hiện nay có từ đâu? (đánh dấu vào hàng và cột tương ứng)

Loài động vật	Vật nuôi tự đẻ	Mua hàng xóm	Mua từ chợ	Khác (cho, biếu...)	Không rõ
Chó					
Mèo					

**Câu hỏi 3:** Hình thức chăn nuôi chó, mèo của ông bà? (đánh dấu vào hàng và cột tương ứng)

Loài động vật	Nuôi nhốt	Nuôi thả để chó, mèo đi tự do	Lúc nhốt, lúc thả	Nuôi ở khu cách biệt
Chó				
Mèo				

**Câu hỏi 4:** Mục đích nuôi? (đánh dấu vào hàng và cột tương ứng)

Loài động vật	Nuôi để giữ nhà, bắt chuột	Nuôi để bán, để thịt ăn	Nuôi để làm giống	Làm thú cảnh	Khác (ghi rõ mục đích)
Chó					
Mèo					

**Câu hỏi 5:** Ông/bà cho chó, mèo ăn thế nào? (đánh dấu vào hàng và cột tương ứng)

Loài động vật	Ăn thức ăn thừa của người	Có thức ăn riêng của chó, mèo	Chó, mèo tự kiếm ăn
Chó			
Mèo			

**Câu hỏi 6:** Ai là người thường xuyên trong gia đình cho ăn và chăm sóc cho chó, mèo?

Loài động vật	Bất kỳ ai	Người thường xuyên cho ăn, chăm sóc (Ghi quan hệ với người trả lời phỏng vấn)	Không có ai chăm sóc, cho chó mèo ăn
Chó			
Mèo			

**Câu hỏi 7:** Ông/bà đã tiêm phòng bệnh dại cho chó, mèo nhà mình chưa (đánh X ô tương ứng)?

Có

Không

Không biết




Nếu có, đề nghị cung cấp thông tin sau:

Loài động vật	Tổng số chó, mèo (con) hiện có	Số được tiêm phòng (con)	Ngày tiêm gần đây nhất	Có giấy chứng nhận tiêm phòng không?
Chó				
Mèo				

**Câu hỏi 8:** Ai đã tiêm phòng cho chó, mèo của ông/bà?

Loài động vật	Gia đình tự tiêm	Trưởng bản	Thú y xã	Thú y huyện
Chó				
Mèo				

**Câu hỏi 9:** Ông/bà có bao giờ nhìn thấy chó, mèo chạy rông ở thôn/bản mình không?

Có

Không

Không biết




Nếu có thì có nhìn thấy thường xuyên không? (đánh dấu vào hàng và cột tương ứng)

Loài động vật	Hàng ngày	Thỉnh thoảng (hàng tuần)	Hiếm khi (hàng tháng)	Rất lâu (Hơn 1 tháng mới nhìn thấy)
Chó				
Mèo				



**Câu hỏi 10:** Ông/Bà có bao giờ tiếp xúc với chó/mèo chạy rông không?

Có  Không  Không biết

Nếu có thì có tiếp xúc với:

Nước bọt  Lông  Không biết

**Câu hỏi 11:** Ông/Bà đã bị chó/mèo cắn/cào bao giờ chưa?

Đã từng bị  Không bị  Không biết, không nhớ

**Câu hỏi 12:** Trong 12 tháng gần đây Ông/Bà hoặc người nhà có bị chó/mèo cắn không?

Lần gần đây nhất: vào khoảng Ngày.....Tháng.....năm 201....

Khi đó (khi bị cắn/cào) Ông/Bà hoặc người nhà Ông/Bà đã làm gì:

Hành động của Ông/Bà ngay sau khi bị chó/mèo cắn/cào	Thời gian diễn ra (sau khi bị cắn mấy ngày)	Có hành động như vậy thường xuyên không?	Nếu không thường xuyên, tại sao lúc đó lại làm như vậy (Ghi rõ)
Đi khám tại cơ sở y tế	.....ngày	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
Đi tiêm VXPĐ	.....ngày	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
Đến thầy lang, đông y	.....ngày	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
Mặc kệ, Không làm gì	.....ngày	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
Hành động khác (Ghi rõ)	.....ngày	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	

**Câu hỏi 13:** Ông/bà có biết gì về kế hoạch, kết quả việc tiêm phòng dại cho chó, mèo của thôn/bản mình không?

Có  Không  Không biết

Loại động vật	Tỷ lệ tiêm phòng ước tính Năm 2011	Tỷ lệ tiêm phòng ước tính Năm 2012	Tỷ lệ tiêm phòng ước tính Năm 2013
Chó			
Mèo			

**Câu hỏi 14:** Ông/bà có giết, mổ thịt chó, mèo không?

Có  Không  Không biết

Nếu có, thì có giết mổ thường xuyên không? (đánh dấu vào hàng và cột tương ứng)

**Câu hỏi 15:** Ông/bà có bao giờ ăn thịt chó, mèo không?

Có  Không  Không biết

Nếu có, thì có ăn thường xuyên không? (đánh dấu vào hàng và cột tương ứng)

Loại động vật	Thường xuyên (hàng ngày/tuần, hàng tháng)	Thỉnh thoảng (vài tháng/lần)	Hiếm khi (không quá 1 - 2 lần/năm)	Rất hiếm (Hơn 1 năm)
Chó				
Mèo				

### III. KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ LIÊN QUAN ĐẾN PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐẠI

TT	Câu hỏi	Trả lời	Bỏ qua
1	Ông/bà đã từng nhìn thấy/nghe nói về bệnh dại chưa? (Khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
2	Nếu có, đối tượng bị bệnh dại là.. ? (Điền loại tương ứng ở ô bên cạnh)	Người 1 Chó 2 Mèo 3 Loài khác 4	
3	Nếu ông/bà có biết về bệnh dại, những biểu hiện bệnh lý của bệnh dại là gì? (Ghi tóm tắt theo mô tả)	1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....	
4	Nguồn thông tin ông/bà nghe được về bệnh dại là từ đâu? (Đề nghị khoanh tròn vào một trong các hàng bên cạnh)	Thông tin đại chúng (đài, báo, TV) 1 Người làm công tác y tế 2 Người làm công tác Thú y 3 Hàng xóm nói chuyện 4 Người thân, bạn bè 5 Do có người thân đi tiêm phòng 6 Do có người thân chết vì bệnh dại 7 Hội nông dân/phụ nữ 8 Nguồn khác _____ 9	
5	Theo ông/bà, nguồn nào cung cấp thông tin tốt nhất, đầy đủ và đáng tin nhất?	Thông tin đại chúng (đài, báo, TV) 1 Người làm công tác y tế 2 Người làm công tác Thú y 3 Hội nông dân/phụ nữ 4 Chính quyền xã 5 Trưởng bản 6 Người đã đi tiêm phòng 7	

TT	Câu hỏi	Trả lời	Bỏ qua
		Nguồn khác _____ 8	
6	Theo ông/bà, bệnh dại là gì? (đánh dấu X ở đầu một hoặc nhiều hàng sau) ____ là bệnh nguy hiểm, đe dọa tính mạng con người ____ là bệnh có thể điều trị được ____ là bệnh không điều trị được ____ là bệnh có thể dự phòng được bằng cách tiêm phòng vắc xin ____ là bệnh chỉ ảnh hưởng đến chó, mèo ____ là bệnh có thể lây truyền cho các loài động vật khác		
7	Ông/bà có biến bệnh dại truyền lây như thế nào không?	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
8	Ông/bà có thể bị nhiễm bệnh dại khi tiếp xúc với người hoặc chó đã bị nhiễm bệnh dại?	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
9	Ông/bà có thể phòng không để bệnh dại lây nhiễm vào bản thân mình?	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
10	Ông/bà nghĩ thế nào về bệnh dại tại bản/xã/huyện mình trong vòng 3 năm qua?	Xuất hiện khá nhiều 1 Hiếm khi 2 Không có 3 Không biết 4	
11	Ông/bà thấy hiện tượng nào sau đây tại gia đình mình? (Đánh dấu X) Chó cắn người: _____ <i>Có</i> _____ <i>Không</i> _____ <i>Không rõ</i> Chó cắn chó: _____ <i>Có</i> _____ <i>Không</i> _____ <i>Không rõ</i> Chó cắn động vật khác: _____ <i>Có</i> _____ <i>Không</i> _____ <i>Không rõ</i>		
12	Trong vòng 3 tháng qua, ông/bà có biết người nào bị dại tại thôn/bản/xã của mình không?	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
13	Nếu nghi bị chó dại cắn, ông/bà và các thành viên (những người bị chó cắn) có sẵn sàng đi tiêm phòng không?	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
14	Nếu việc đăng ký nuôi chó, mèo là bắt buộc, ông/bà có sẵn sàng chi trả tiền đăng ký?	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
15	Nếu việc tiêm phòng cho chó, mèo chó là bắt buộc, ông/bà có sẵn sàng chi trả tiền tiêm vắc xin cho chó?	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	

#### IV. THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐẠI TẠI CỘNG ĐỒNG

TT	Câu hỏi	Trả lời	Bỏ qua
1	Ông/bà có đi đăng ký với chính quyền địa phương? (Đề nghị khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
2	Ông/bà có đề nghị thú y tiêm phòng đại cho chó, mèo của mình không? (Đề nghị khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
3	Ông/bà có khuyên người nhà, người quen trong thôn/bản làm tương tự như đăng ký nuôi và tiêm phòng cho chó, mèo? (Đề nghị khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
4	Ông/bà làm gì khi thấy chó chạy rông, chó hoang nơi khác xuất hiện trong xóm/bản nơi mình ở?	Không làm gì 1 Xua đuổi cho chạy đi 2 Báo trưởng bản 3 Báo thú y 4 Khác _____ 5	
5	Khi đến nhà người khác, nếu thấy chó không được nhốt, giữ, ông/bà làm gì? (Đề nghị khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)	Không làm gì 1 Đề nghị chủ nhà nhốt, giữ 2 Không vào nữa 3 Cách khác _____ 4	
6	Khi người khác đến nhà ông/bà và nhà mình có chó, ông/bà làm gì? (Đề nghị khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)	Không làm gì 1 Nhốt, giữ chó 2 Khuyên không nên vào 3 Cách khác _____ 4	
7	Ông/bà làm gì khi bị chó, mèo cắn? (Đề nghị khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)	Không làm gì 1 Điều trị bằng đông y 2 Đến trạm xá xã 3 Đến bệnh viện 4 Đến điểm tiêm phòng đại 5	
8	Ông/bà làm gì khi chó, mèo nhà mình cắn người khác? (Đề nghị khoanh tròn vào một hoặc nhiều số bên cạnh)	Không làm gì 1 Sơ cứu ngay tại chỗ 2 Đề nghị điều trị bằng đông y 3 Đề nghị đến trạm y tế xã 4 Đề nghị đến bệnh viện 5 Đưa đến điểm tiêm phòng đại 6	

TT	Câu hỏi	Trả lời	Bỏ qua
9	Gần đây ông/bà có báo cáo cho ai khi thấy chó cắn người? <i>(Khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)</i>	Có 1 Không 2 Không biết 3	
10	Nếu có, báo cáo cho ai? <i>(Khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)</i>	Trưởng thôn/bản 1 Chính quyền xã 2 Cán bộ thú y 3 Cán bộ y tế 4	
11	Người thân của ông/bà đã bị chó cắn lần nào trong vòng 12 tháng qua? <i>(Khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)</i>	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
12	Nếu có, ông bà đã làm gì hay khuyên làm gì? <i>(Khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)</i>	Không làm gì 1 Sơ cứu ngay lập tức 2 Đề nghị điều trị bằng đông y 3 Đưa đến trạm y tế xã, bệnh viện 4 Đưa đến điểm tiêm phòng dại 5	
13	Trong vòng 6 tháng qua, chó, mèo của ông/bà có biểu hiện ốm không? <i>(Khoanh tròn vào một trong các số bên cạnh)</i>	Có 1 Không 2 Không biết 3 Không trả lời 4	
14	Nếu có, ông bà đã làm gì? <i>(Khoanh tròn một hoặc nhiều số tương ứng bên cạnh)</i>	Không làm gì 1 Mua thuốc tự điều trị 2 Nhờ thú y kiểm tra và điều trị 3 Báo chính quyền thôn/bản 4 Bán, mổ thịt ăn 5	
15	Nếu có chó, mèo nhà ông/bà chết do bị ốm, ông bà làm gì? <i>(Khoanh tròn một hoặc nhiều số tương ứng bên cạnh)</i>	Làm thịt ăn 1 Tiêu hủy, chôn 2 Bán cho người khác để lấy tiền 3 Cho người khác không lấy tiền 4	

*Xin cảm ơn sự hợp tác của Ông/Bà!*

## Phụ lục 10: BẢN CAM KẾT THỰC HIỆN PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐẠI

<p><b>CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM</b> <b>Độc lập - Tự do - Hạnh phúc</b> ***</p> <p><b>BẢN CAM KẾT</b></p> <p><b>THỰC HIỆN CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐẠI</b></p>		
<p><b>Đại diện hộ gia đình chúng tôi là:</b> .....</p>		
<p>Thuộc Bản/Tiểu khu: ..... xã/thị trấn..... huyện Mai Sơn, tỉnh Sơn La</p>		
<p><b>GIA ĐÌNH CHÚNG TÔI CAM KẾT THỰC HIỆN CÁC NỘI DUNG SAU:</b></p>		
<p>1. Quản lý đàn chó nuôi, không thả rông: Đăng ký nuôi chó, mèo với chính quyền Bản/Tiểu khu. Nuôi chó phải xích nhốt, khi ra đường có người dắt hoặc rọ mõm.</p>		
<p>2. Chấp hành nghiêm chỉnh việc tiêm phòng bắt buộc vắc xin phòng bệnh dại cho toàn bộ số chó, mèo đang nuôi tại hộ gia đình theo quy định của Pháp lệnh thú y.</p>		
<p>3. Khi phát hiện thấy chó, mèo bị bệnh, nghi bị dại phải báo ngay cho cán bộ thú y, chính quyền địa phương để biết, xử lý kịp thời.</p>		
<p>4. Phối hợp với Trưởng Bản/Tiểu khu, y tế thôn thực hiện tốt công tác vệ sinh phòng bệnh, định kỳ phun thuốc khử trùng chuồng nuôi, nơi nhốt chó, dụng cụ chăn nuôi.</p>		
<p>5. Khi phát hiện người nhà hoặc hàng xóm bị chó, mèo cắn báo ngay cho y tế thôn bản, trong thời gian sớm nhất và vận động người bị chó, mèo cắn đi tiêm vắc xin phòng bệnh dại.</p>		
<p><b>ĐẠI DIỆN GIA ĐÌNH</b> (Ký và ghi rõ họ, tên)</p>	<p><b>TRƯỞNG BẢN/TIỂU KHU</b> (Ký và ghi rõ họ, tên)</p>	<p>Sơn La, ngày.....tháng.....năm 2014 <b>XÁC NHẬN CỦA UBND XÃ</b> (Ký tên, đóng dấu)</p>



## Phụ lục 11:

# TỜ RƠI PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI (MẶT TRƯỚC)

## PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG BỆNH ĐẠI

1. HUYẾT THANH KHÁNG ĐẠI: Theo chỉ định của bác sĩ

2. VẮC XIN PHÒNG BỆNH ĐẠI

A. Tiêm dự phòng trước khi bị chó mèo cắn:

(Tiêm bắp: liều 0,5ml vào các ngày):



B. Phác đồ điều trị dự phòng sau khi bị chó mèo cắn:

(Tiêm bắp: 1 mũi 0,5ml vào các ngày):



(Tiêm trong da: 2 mũi 0,1ml vào các ngày):



## CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI

- Tiêm vắc xin phòng đại cho chó, mèo hàng năm
- Chó nuôi phải xích, nhốt, ra đường phải rọ mõm
- Người bị chó mèo cắn phải rửa ngay vết thương và đến cơ sở y tế để được tư vấn và tiêm vắc xin đại sớm và đầy đủ
- Không dùng thuốc nam để điều trị bệnh đại khi bị chó, mèo cắn.



DỰ ÁN PHÒNG CHỐNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM KHU VỰC TIỂU VÙNG SÔNG MÈ KÔNG GIAI ĐOẠN 2 - TỈNH SƠN LA

Năm 2014

## BỆNH ĐẠI GÂY CHẾT NGƯỜI



## HÃY CÙNG NHAU ĐẨY LÙI BỆNH ĐẠI

## Phụ lục 11:

# TỜ RƠI PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẠI (MẶT SAU)

### NGUỒN TRUYỀN BỆNH

- ▶ Từ súc vật: chó, mèo, chồn, cáo... bị bệnh đại truyền vi rút đại sang người.
- ▶ Ở Việt Nam nguồn truyền bệnh đại chủ yếu là chó, mèo



### TRIỆU CHỨNG ĐẠI Ở CHÓ, MÈO

- Hung dữ khác thường
- Nước dãi nhiều
- Giọng sủa khàn
- Liệt hàm dưới, liệt chi, toàn thân và chết



### ĐƯỜNG LÂY TRUYỀN

VI RÚT ĐẠI NHIỄM VÀO CƠ THỂ QUA DA, NIÊM MẠC BỊ XÂY XÁT KHI:

1. Chó, mèo bị đại cắn, liếm
2. Chăm sóc chó, mèo bị đại
3. Mổ thịt chó, mèo bị đại

### KHI BỊ CHÓ, MÈO CẮN CẦN:

#### XỬ LÝ VẾT THƯƠNG:

- Xối rửa ngay vết thương bằng nước hoặc nước xà phòng trong vòng 15 phút sau đó bôi chất sát khuẩn như cồn 70% hoặc cồn I-ốt.
- Không làm dập nát vết thương, càng tránh được khâu vết thương càng tốt. Trường hợp phải cắt lọc thì không khâu ngay (chỉ khâu khi vết cắn đã quá 5 ngày). Trong trường hợp bắt buộc phải khâu vết thương thì cần thấm huyết thanh kháng đại tại vị trí vết thương thì mới khâu.



#### NẾU:

- Chó, mèo có triệu chứng đại
- Chó, mèo bị ốm, chết, chạy rông, mất tích v.v...
- Vết cắn bị chảy máu
- Cắn nhiều vết nguy hiểm, cắn ở đầu, mặt, cổ, đầu chi, bộ phận sinh dục



**ĐẾN TRUNG TÂM Y TẾ DỰ PHÒNG TỈNH, HUYỆN ĐỂ TIÊM VẮC XIN VÀ HUYẾT THANH KHÁNG ĐẠI CÂNG SỚM CÂNG TỐT**



#### NẾU:

- Chó, mèo vẫn sống bình thường sau 10 ngày
- Vết cắn không bị chảy máu
- Tại nơi bị cắn không có chó, mèo và người bị bệnh đại

**KHÔNG PHẢI TIÊM VẮC XIN PHÒNG ĐẠI**



**Phụ lục 12.**

**MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HỌA**



**Hội nghị họp Ban chỉ đạo PCBTN ở người cấp tỉnh năm 2014**



**Hội nghị Liên ngành PCBD cấp huyện tại Mai Sơn năm 2014**



**Tập huấn PCBD cho cán bộ y tế và thú y tuyến huyện, xã năm 2014**



**Tập huấn PCBD cho cán bộ y tế và thú y tuyến huyện, xã 2015**



**Mít tinh Hướng ứng Ngày Thế giới PCBD tại xã Nà Bó, tháng 9/2014**



**Mít tinh Hướng ứng Ngày Thế giới PCBD tại Thị trấn Hát Lót, 9/2015**





**Khai trương phòng tiêm Sapiro năm 2015 tại Trung tâm YTDP**



**Giám sát hỗ trợ tại phòng tiêm của Trung tâm Y tế huyện Mai Sơn**



**Điều tra kết thúc tại hộ gia đình tại vùng can thiệp (Tháng 1 năm 2016)**



**Giám sát việc triển khai “Bản cam kết phòng chống bệnh dại tại hộ gia đình tại vùng can thiệp, năm 2015**



**Giải thưởng Hoạt động phòng, chống bệnh dại tại Việt Nam giai đoạn 2013-2015**