|  |  |
| --- | --- |
| UBND HUYỆN GIA LÂM  **TRƯỜNG THCS CAO BÁ QUÁT** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |

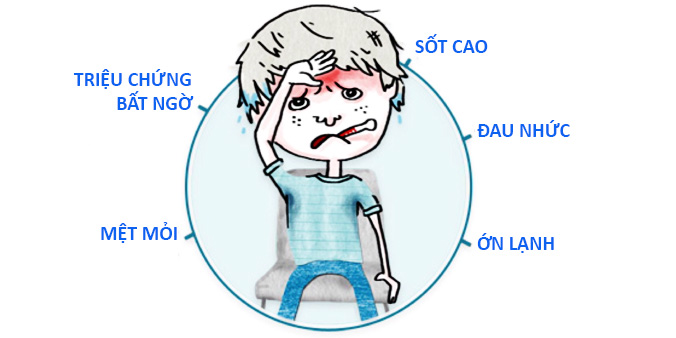
*Đặng Xá, ngày 28 tháng 11 năm 2020*

**BÀI TUYÊN TRUYÊN VỀ CÚM A ( H1N1)**



**1. Đặc điểm của bệnh**  
*1.1. Định nghĩa ca bệnh:* Là bệnh nhiễm vi rút cấp tính đường hô hấp với biểu hiện sốt, đau đầu, đau cơ, mệt mỏi, sổ mũi, đau họng và ho. Ho thường nặng và kéo dài. Có thể kèm theo các triệu chứng đường tiêu hóa (buồn nôn, nôn, ỉa chảy), đặc biệt ở trẻ em. Thông thường bệnh diễn biến nhẹ và hồi phục trong vòng 2-7 ngày. Ở trẻ em và người lớn tuổi, người mắc bệnh mạn tính về tim phổi, thận, bệnh chuyển hóa, thiếu máu hoặc người có suy giảm miễn dịch, bệnh có thể diễn biến nặng hơn như viêm tai, viêm phế quản, viêm phổi, viêm não có thể dẫn đến tử vong.  
*1.2. Chẩn đoán phân biệt:* Các bệnh đường hô hấp do vi rút cúm gây ra rất khó phân biệt với các bệnh do các tác nhân khác gây bệnh đường hô hấp. Tuy nhiên, trong vụ dịch cúm đã được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm thì đa số các trường hợp bệnh nhiễm trùng hô hấp trên là do vi rút cúm. Do đó, trong vụ dịch, phát hiện bệnh thường dựa vào đặc điểm dịch tễ học.  
*1.3. Xét nghiệm*  
- Loại bệnh phẩm: Các bệnh phẩm là dịch ngoáy họng, mũi họng, dịch tiết hay rửa mũi họng.  
- Phương pháp xét nghiệm: Các xét nghiệm chẩn đoán cúm bao gồm nuôi cấy vi rút, chẩn đoán huyết thanh học (phản ứng kết hợp bổ thể và ức chế ngưng kết hồng cầu) tìm động lực kháng thể giữa hai thời kỳ khởi phát và lui bệnh, xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên, phản ứng chuỗi men RT-PCR và miễn dịch huỳnh quang. Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm chẩn đoán thay đổi tùy thuộc vào phòng xét nghiệm, cán bộ xét nghiệm, loại xét nghiệm sử dụng, loại bệnh phẩm, chất lượng bệnh phẩm, thời gian từ khi thu thập bệnh phẩm so với thời gian khởi phát bệnh... Giống như đối với bất kỳ một loại xét nghiệm nào, việc chẩn đoán xác định bệnh phải kết hợp với các triệu chứng lâm sàng và đặc điểm dịch tễ học.  
**2. Tác nhân gây bệnh.**

- Vi rút cúm *(Influenza virus)* thuộc nhóm Orthomyxoviridae và được chia thành 3 týp A, B và C. Vỏ của vi rút bản chất là glycoprotein bao gồm 2 kháng nguyên: Kháng nguyên ngưng kết hồng cầu H (Hemaglutinin) và kháng nguyên trung hoà N (Neuraminidase). Có 15 loại kháng nguyên H (H1-H15) và 9 loại kháng nguyên N (N1-N9). Những cách tổ hợp khác nhau của hai loại kháng nguyên này tạo nên các phân týp khác nhau của vi rút cúm A. Trong quá trình lưu hành của vi rút cúm A, 2 kháng nguyên này, nhất là kháng nguyên H, luôn luôn biến đổi. Những biến đổi nhỏ liên tục gọi là “trôi” kháng nguyên (antigenic drift) thường gây nên các vụ dịch vừa và nhỏ. Những biến đổi nhỏ dần dần tích lại thành những biến đổi lớn, tạo nên phân týp kháng nguyên mới gọi là “thay đổi” kháng nguyên (antigenic shift). Đó là do sự tái tổ hợp giữa các chủng vi rút cúm động vật và cúm người. Những phân týp kháng nguyên mới này sẽ gây đại dịch cúm trên toàn cầu.

- Khả năng tồn tại ở môi trường bên ngoài: Vì bản chất của vi rút cúm là lipoprotein, vi rút cúm có sức đề kháng yếu, dễ bị bất hoạt bởi bức xạ mặt trời, tia tử ngoại, dễ bị tiêu diệt ở nhiệt độ 560C và các chất hoà tan lipit như ether, beta-propiolacton, formol, chloramine, cresyl, cồn...Tuy nhiên, vi rút cúm có thể tồn tại hàng giờ ở ngoại cảnh, đặc biệt khi thời tiết lạnh và độ ẩm thấp. Ở nhiệt độ 00C đến 40C sống được vài tuần, ở -200C và đông khô sống được hàng năm.  


**3. Đặc điểm dịch tễ học**  
- Bệnh cúm nguy hiểm là do tính lây lan nhanh và gây thành dịch. Bệnh có thể xảy ra dưới nhiều mức độ khác nhau: đại dịch, dịch, dịch nhỏ địa phương và các trường hợp tản phát. Bệnh cúm lan truyền nhanh trên thế giới trong các mùa dịch cúm và gây nên gánh nặng về kinh tế do phí tổn phải nằm viện điều trị và chăm sóc y tế cũng như nghỉ việc do bị bệnh. Tỷ lệ tấn công của bệnh cúm là 5-10% ở người lớn và 20-30% ở trẻ em. Trong các vụ dịch cúm hàng năm, 5-15% dân số bị nhiễm khuẩn đường hô hấp trên. Bệnh nặng và tử vong xảy ra chủ yếu ở những nhóm người có nguy cơ cao như người già và người mắc bệnh mạn tính. Mặc dù khó có thể đánh giá đúng tình hình dịch, các vụ dịch cúm hàng năm thường gây 3-5 triệu người bị bệnh nặng và khoảng 250.000-500.000 người chết hàng năm do bệnh cúm trên thế giới. Hầu hết, các trường hợp tử vong ở các nước phát triển xảy ra ở người già trên 65 tuổi. Hiện có rất ít thông tin về gánh nặng của bệnh cúm ở những nước nhiệt đới là nơi mà dịch xảy ra quanh năm và có tỷ lệ chết/mắc cao. Ví dụ trong một vụ dịch cúm ở Madagascar năm 2002, có hơn 27.000 ca bệnh được báo cáo trong vòng 3 tháng và có 800 trường hợp tử vong mặc dù đã có các đáp ứng can thiệp nhanh. Lịch sử loài người đã trải qua các vụ đại dịch cúm sau:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tên đại dịch cúm | Thời gian | Số tử vong | Týp vi rút cúm |
| Cúm Nga -  Châu Á | 1889-1890 | 1 triệu | [H2N2](http://vi.wikipedia.org/w/index.php?title=H2N2&action=edit&redlink=1) (?) |
| Cúm Tây Ban Nha | 1918-1920 | 40 triệu | [H1N1](http://vi.wikipedia.org/w/index.php?title=H1N1&action=edit&redlink=1) |
| Cúm  Châu Á | 1957-1958 | 1 đến 1,5 triệu | [H2N2](http://vi.wikipedia.org/w/index.php?title=H2N2&action=edit&redlink=1) |
| Cúm Hông Kông | 1968-1969 | 0,75 đến 1 triệu | [H3N2](http://vi.wikipedia.org/w/index.php?title=H3N2&action=edit&redlink=1) |

- Người ta nhận thấy rằng các đại dịch cúm xảy ra có tính chu kỳ khoảng từ 10 đến 40 năm. Hiện nay, các phân týp kháng nguyên của vi rút cúm A đang lưu hành trên toàn cầu là A/H1N1 và A/H3N2 xen kẽ nhau hoặc một trong hai týp chiếm ưu thế tuỳ từng nơi. Vi rút cúm B biến đổi chậm hơn vi rút cúm A và do đó chỉ có một týp huyết thanh và không gây những vụ dịch lớn, với chu kỳ dịch từ 5-7 năm. Vi rút cúm C gây ra các trường hợp tản phát với triệu chứng lâm sàng không điển hình và các vụ dịch nhỏ ở địa phương.       
- Trẻ em 5-9 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc bệnh nặng và tỷ lệ tử vong cao ở nhóm trẻ dưới 2 tuổi, người già và nhóm người có nguy cơ cao. Ở các vùng ôn đới, dịch cúm thường xảy ra vào mùa lạnh. Ở các vùng nhiệt đới, bệnh thường xảy ra vào mùa mưa hoặc các trường hợp tản phát xảy ra bất kỳ tháng nào trong năm.  
**4. Nguồn truyền nhiễm:**  
- Ổ chứa: Vi rút cúm A có khả năng gây nhiễm các loài động vật có vú (như lợn và ngựa), các loài chim và gia cầm. Trong đó, vi rút cúm B và C chỉ gây bệnh ở người. Tất cả các týp vi rút cúm A tồn tại trong quần thể chim nước hoang dại. Nhìn chung, các vi rút cúm động vật không có khả năng gây bệnh cho người trừ khi nó đã thích ứng với người hoặc tái tổ hợp với vi rút cúm người. Đối với bệnh cúm theo mùa, người bệnh thể điển hình, hoặc thể nhẹ là ổ chứa vi rút .  
- Thời gian ủ bệnh: Ngắn, thường từ 1-5 ngày, trung bình là 2 ngày  
- Thời kỳ lây bệnh:  Người bệnh đào thải vi rút khoảng 1-2 ngày trước khi khởi phát  và 3-5 ngày sau khi có triệu chứng lâm sàng .  
**5. Phương thức lây truyền:**Bệnh cúm là bệnh có khả năng lây nhiễm rất cao và lây truyền nhanh, có thể gây dịch và đại dịch. Bệnh lây lan qua đường hô hấp, qua không khí giọt nhỏ qua các giọt nhỏ nước bọt hay dịch tiết mũi họng của bệnh nhân có chứa vi rút cúm qua ho, hắt hơi. Vi rút vào cơ thể qua đường mũi họng. Tỷ lệ lây lan càng mạnh khi tiếp xúc trực tiếp và mật thiết, đặc biệt ở nơi tập trung đông người như trường học, nhà trẻ. Trong điều kiện thời tiết lạnh và ẩm thấp, tế bào đường hô hấp của người dễ bị tổn thương, làm tăng tính cảm nhiễm với bệnh.  
**6. Tính cảm nhiễm và miễn dịch:**Mọi người đều có khả năng cảm nhiễm cao với bệnh. Tỷ lệ cảm nhiễm với các chủng vi rút cúm mới rất cao, có thể lên tới 90% cả người lớn và trẻ em. Sau khi bị bệnh, sẽ có miễn dịch đặc hiệu với vi rút gây nhiễm nhưng thời gian miễn dịch thường không bền, phụ thuộc vào mức độ biến đổi kháng nguyên và số lần bị nhiễm trước đây và không có tác dụng bảo vệ đối với những týp vi rút mới. Miễn dịch có được sau khi khỏi bệnh không bảo vệ được khỏi mắc các biến chủng của vi rút cúm. Trẻ em, người già, người đang mắc các bệnh mãn tính, suy giảm miễn dịch thường dễ cảm nhiễm hơn những người khác.  
**7. Các biện pháp phòng chống dịch**  
*7.1 Biện pháp dự phòng*  
7.1.1. Giáo dục nhân dân và nhân viên y tế về vệ sinh cá nhân, đặc biệt về đường lây  truyền bệnh do ho, hắt hơi, tiếp xúc.  
7.1.2. Biện pháp dự phòng đặc hiệu:  
- Tiêm phòng vắc xin là biện pháp chủ yếu đề phòng bệnh cúm và giảm ảnh hưởng của dịch cúm. Nhiều loại vắc xin cúm đã được sử dụng trong hơn 60 năm qua. Các vắc xin cúm là an toàn và có hiệu quả phòng các thể nhẹ và nặng của cúm, tỷ lệ bảo vệ tương đối cao 70-90%. Ở những người già, vắc xin cúm làm giảm 60% tỷ lệ mắc bệnh và 70-80% tỷ lệ tử vong có liên quan đến cúm. Hiệu quả bảo vệ của vắc xin cúm phụ thuộc vào tuổi tiêm và đáp ứng miễn dịch của người được tiêm vắc xin, mức độ giống nhau giữa thành phần vi rút của vắc xin và các vi rút hiện đang lưu hành. Tiêm vắc xin phòng cúm có thể làm giảm chi phí cho chăm sóc y tế và tình  trạng mất khả năng lao động do bị bệnh.  
- Có 2 loại vắc xin cúm: vắc xin sống giảm độc lực và vắc xin bất hoạt. Cả hai loại vắc xin này đều chứa các chủng vi rút được khuyến cáo hàng năm: vi rút cúm A(H3N2); vi rút cúm A (H1N1); và vi rút cúm B. Các thành phần của vắc xin hàng năm cần phải thay đổi dựa trên cơ sở chủng vi rút hiện tại đang lưu hành được phát hiện thông qua chương trình giám sát cúm toàn cầu. Ví dụ vắc xin mùa cúm 2007-2008 bao gồm các kháng nguyên: cúm A/Solomon Islands/3/2006 (H1N1), cúm A/Wisconsin/ 67/2005 (H3N2) và cúm B/Malaysia/2506/2004  
- Cần phải tiêm phòng cho cộng đồng hàng năm trước mùa cúm. Những người nên tiêm vắc xin cúm hàng năm là những người có nguy cơ mắc bệnh cúm và có nguy cơ có biến chứng cao của bệnh cúm:  
+ Tất cả trẻ em từ 6 đến 23 tháng và những người từ 65 tuổi trở lên;  
+ Người lớn và trẻ em từ 6 tháng trở lên bị bệnh tim hoặc phổi mãn tính, hen suyễn, bệnh chuyển hóa (ví dụ bệnh tiểu đường), bệnh thận mãn tính, hoặc suy giảm hệ miễn dịch.  
+ Phụ nữ sẽ có thai trong mùa bệnh cúm;  
+ Những người sống trong các nhà dưỡng lão và các cơ sở chăm sóc dài hạn.  
+ Những người tiếp xúc mật thiết với các bệnh nhân như cán bộ y tế, người cùng nhà với bệnh nhân....  
- Chống chỉ định dùng vắc xin đối với người có dị ứng với protein trứng hoặc với các thành phần khác của vắc xin.  
7.1.3. Hoá dược dự phòng: Amantadine, rimantadine, zanamivir và oseltamivir có hiệu quả dự phòng hóa dược đối với cúm A.  
*7.2. Biện pháp chống dịch*  
- Báo cáo cho cơ quan y tế địa phương. Thông báo đặc điểm tác nhân gây bệnh bằng chẩn đoán phòng thí nghiệm nếu có thể.  
- Cách ly: Không thực tế, vì chẩn đoán chậm trễ, trừ khi có xét nghiệm vi rút trực tiếp nhanh. Trong các vụ dịch do đông bệnh nhân, nên cách ly bệnh nhân (đặc biệt là trẻ em) bị mắc cúm vào phòng riêng trong thời gian 5- 7 ngày đầu của bệnh.  
- Sát khuẩn tẩy uế đồng thời: Không  
- Dùng amantadine hoặc rimantadine để phòng cúm A.  
- Điều tra quản lý người lành mang vi rút, người tiếp xúc, nguồn lây nhiễm: Không cần thiết.  
*7.3. Nguyên tắc điều trị*  
- Hầu hết bệnh nhân cúm chỉ cần điều trị triệu chứng. Cơ thể sẽ loại trừ vi rút trong vài ngày. Kháng sinh như penicillin không có tác dụng diệt vi rút. Trong nhiều năm qua, 4 loại thuốc điều trị cúm đã được sử dụng. Các thuốc này ngăn sự nhân lên của vi rút cúm. Nếu uống thuốc trước khi bị bệnh hay trong 2 ngày đầu của bệnh, những thuốc này có thể  phòng được nhiễm bệnh hay giảm số ngày bị bệnh.  
- Mặc dù amantadine và rimantadine được sử dụng trong nhiều năm qua, tương đối rẻ, có hiệu quả trong điều trị cúm A nhưng chúng thường gây nên tác dụng phụ ở người già sử dụng liều cao và có xu hướng dẫn đến kháng thuốc. Amantadine gây phản ứng phụ ở hệ thần kinh trung ương trong số 5-10% người uống thuốc. Phản ứng phụ có thể nặng hơn ở những người già hoặc những người bị suy thận. Những thuốc mới ức chế men neuraminidase như zanamivir and oseltamivir, có ít tác dụng phụ hơn và ít dẫn đến kháng thuốc hơn. Tuy nhiên, các thuốc này đắt hơn và không phổ biến ở nhiều nước. Đối với các trường hợp cúm nặng, cần phải nhập viện, chăm sóc tăng cường và điều trị kháng sinh để đề phòng nhiễm khuẩn thứ phát và hỗ trợ hô hấp.  
*7.4. Kiểm dịch y tế biên giới:* Đóng cửa trường học, nơi tập trung đông người, đóng cửa biên giới... không được coi là biện pháp phòng chống có hiệu quả.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Đại diện lớp thực hiện tuyên truyền  GVCN | Nhân viên y tế  **Đặng Kim Hồng** | Hiệu trưởng  **Vũ Thị Lan Anh** |