

Công tác chống lao 20 năm qua và phương hướng không chế thanh toán bệnh lao trong thời gian tới

PHẠM KHẮC QUẢNG
NGUYỄN ĐÌNH HƯỜNG

NGHỊ quyết Đại hội lần thứ IV của Đảng đã chỉ rõ: « Thanh toán các bệnh xã hội, trước hết là sốt rét, lao... ». Thanh toán bệnh lao là một ước mơ bao đời của nhân dân ta, vì bệnh lao đã là một bệnh phổ biến ở nước ta từ lâu và được xếp vào một trong bốn bệnh khó chữa.

Dưới thời thuộc Pháp, tuy không có một công trình điều tra nào toàn diện và đầy đủ, nhưng qua các số liệu lẻ tẻ tập hợp được, chúng ta có thể nói rằng bệnh lao rất phổ biến, trước hết là ở tầng lớp nhân dân lao động nghèo, nhưng những biện pháp chống lao thì hầu như không có gì.

Sau Cách mạng Tháng Tám, trong thời kỳ kháng chiến chống Pháp, nhân dân ta phải chịu đựng nhiều gian khổ thiếu thốn, ảnh hưởng đến sự phát triển của bệnh lao. Mặc dù phải tập trung mọi khó khăn cho tiền tuyến, trong hoàn cảnh vùng giải phóng chưa rộng, từ thời kỳ đó, Chính phủ ta cũng đã tạo điều kiện đề ngành y tế bắt đầu làm công tác chống lao, như thành lập hệ thống an dưỡng ở chiến khu, ban hành chế độ nghỉ ngơi điều dưỡng cho cán bộ bị lao, cung cấp thuốc đặc trị lao mới nhất...

Với chiến thắng Điện Biên Phủ, một nửa nước ta được giải phóng sau 9 năm kháng chiến, tình hình bệnh lao trầm trọng, bệnh dịch tràn lan khắp nơi, vệ sinh thấp kém ở nông thôn cũng như ở thành thị. Cán bộ chuyên môn lại quá ít ỏi (một thầy thuốc cho 220000 dân). Cho nên, mặc dù biết bệnh lao là nặng nề và đặt cho những người thầy thuốc ở các bệnh viện một vấn đề hằng ngày, mười người có triệu chứng nghi ngờ đến kiểm tra X quang thì 7-8 người có tổn thương lao, ngành y tế trước tiên vẫn phải tập trung lo xây dựng mạng lưới y tế chung.

Sau 3 năm phục hồi và bước đầu phát triển kinh tế, năm 1957 Viện Chống lao được thành lập, mở đầu cho giai đoạn chống lao một cách có hệ thống ở nước ta. Viện Chống lao trở thành một trung tâm lớn của hệ thống chuyên khoa chống bệnh lao và được bác sĩ Phạm Ngọc Thạch, Anh hùng Lao động, cố Bộ trưởng Bộ Y tế, trực tiếp lãnh đạo. Trong hơn 10 năm sau đó, dưới sự lãnh đạo trực tiếp của đồng chí Phạm Ngọc Thạch, một mạng lưới chuyên khoa cơ sở chủ chốt để thực hiện công tác phòng chống lao bắt đầu được xây dựng và từng bước phát triển. Một loạt vấn đề chuyên môn kỹ thuật cũng như tổ chức quản lý bệnh nhân lao được đặt ra đã được giải quyết một cách nhanh chóng và sáng tạo, phù hợp với hoàn cảnh thực tế mọi mặt của nước ta lúc đó. Nắm chắc tình hình bệnh lao là một yêu cầu cấp thiết, nhiều cuộc điều tra cơ bản đã được tiến hành đều đặn và thường xuyên.

Tình hình nhiễm lao đánh giá bằng phản ứng Mantoux với tuberculin và BCG test cho thấy tỷ lệ dương tính ở 15 tuổi là 70%, ở 30 tuổi là 91%. Tình hình bị bệnh lao điều tra bằng huỳnh quang hàng loạt, cho thấy có tổn thương hoạt động khoảng 2%. Tỷ lệ ho khạc ra vi trùng bằng soi trực tiếp khoảng 0,2-0,3%. Tỷ lệ tử vong do lao ở khu chỉ đạo khoảng 150 trên 100000 dân. Đây là lần đầu tiên chúng ta có những số liệu toàn diện, và ngay từ đầu chúng ta đã nhấn mạnh đến việc phát hiện bằng xét nghiệm đờm soi trực tiếp, những trường hợp BK+. Ngày nay các chuyên gia trên thế giới đều coi đây là một điểm mấu chốt trong công tác chống lao.

Công tác phòng lao đã được giải quyết bằng chủ trương tiêm BCG một cách rộng rãi, đặc biệt với BCG+43° do chúng ta sản xuất.

nhấn mạnh vào việc tiêm BCG cho các lứa tuổi, trước hết là cho các trẻ sơ sinh, chúng ta nhằm phòng các thể lao cấp tính, lao màng não, lao kê, lao toàn thể... Một thời gian chúng ta đã không chế được lao trẻ em ở mức khá thấp.

Điều trị bệnh nhân, trước hết là bệnh nhân lao phổi, nguồn tồn tại của trực khuẩn, đã được giải quyết trên tinh thần tự lực cánh sinh, khắc phục khó khăn thiếu thuốc của thời chiến, bằng sử dụng thuốc đặc trị lao INH phối hợp với tiêm ở vùng huyết phổi. Mặt khác, khai thác kinh nghiệm cổ truyền dân tộc, việc dùng thuốc nam đã được đẩy mạnh để điều trị các triệu chứng và các biến chứng. Khoa điều trị bằng phẫu thuật cũng được xây dựng và đã đóng góp phần đáng kể.

Xuất phát từ yêu cầu chẩn đoán phân biệt giữa lao phổi và các bệnh phổi không phải do trực khuẩn lao, Viện Chống lao đã cùng với các địa phương nghiên cứu một số bệnh phổi mãn tính, bệnh phổi nghề nghiệp... Điều này cũng đã góp phần nhất định vào việc đánh giá tình hình bệnh tật nước ta, và cũng phù hợp với hướng phát triển của chuyên khoa đang chuyển trọng tâm từ bệnh lao sang các bệnh phổi.

Đào tạo và bồi dưỡng cán bộ được coi như là một công tác trọng tâm và cấp bách. Với nhiều hình thức phong phú, khắc phục nhiều mặt khó khăn của thời chiến, xuất phát từ dăm ba người thời gian đầu, một đội ngũ gồm hàng mấy trăm bác sĩ và hàng nghìn y sĩ chuyên khoa đã được hình thành. Đội ngũ đó phối hợp các cán bộ khác trong chuyên khoa đang hoạt động sôi nổi trên mọi miền của đất nước, từ Cao Lạng đến Minh Hải.

Tất cả các mặt công tác trên, chỉ được thực hiện khi có một mạng lưới chống lao rộng rãi. Trên cơ sở một hệ thống tổ chức y tế tương đối hoàn chỉnh, mạng lưới chống lao đã hình thành và từng bước được củng cố. Mỗi địa phương đều có tổ chức chống lao. Dưới sự lãnh đạo của Bộ Y tế, Viện Chống lao được ủy nhiệm phối hợp với các ty, sở y tế của từng tỉnh và thành phố để chỉ đạo các tổ chức chống lao địa phương thực hiện mọi mặt công tác.

Ngoài đặc điểm là phải dựa vào hệ thống y tế chung, tổ chức chống lao còn cố gắng tận dụng khả năng của quần chúng, phát huy quyền làm chủ tập thể của nhân dân, các hình thức: ban chống lao, tổ chống lao, đội chống lao, tổ bệnh nhân, tổ chức "sana" và các tổ chức dân lập khác đều là những hình thức hoạt động có tính chất quần chúng để đối phó với một bệnh xã hội còn phổ biến. Điều này chứng minh sức sáng tạo lớn lao của nhân dân và cán bộ chống lao ở các cơ sở.

Kết quả cụ thể của công tác chống lao trong 20 năm qua có thể thấy rõ qua diễn biến dịch tễ của các điểm theo dõi dài hạn (1960-1975):

Khu công nghiệp (13 nhà máy ở Hà Nội)

1960-1964	6 555 phim	1,02%
1969-1971	5 590 phim	1,46%
1973-1975	8 866 phim	0,83%

Khu vực nông nghiệp (9 hợp tác xã thuộc 4 tỉnh)

1960-1964	12 042 phim	1,61%
1968-1970	16 537 phim	1,10%
1973-1975	22 501 phim	0,64%

Sở dĩ có được kết quả đó, trước hết là do chúng ta có *chế độ xã hội chủ nghĩa*, chúng ta *thấm nhuần quan điểm của Đảng về công tác y tế; quan điểm phục vụ sản xuất, phục vụ chiến đấu, phục vụ nhân dân lao động; quan điểm y học dự phòng; quan điểm kết hợp y học hiện đại với kinh nghiệm cổ truyền dân tộc; quan điểm tự lực cánh sinh*. Học tập lời dạy của Bác Hồ: "Thầy thuốc giỏi phải như mẹ hiền" các cán bộ chuyên khoa lao đã cố gắng vươn lên về tư cách đạo đức, lập trường tư tưởng, cũng như về chuyên môn kỹ thuật. Mặt khác chúng ta đã biết đi đường lối quần chúng, dựa vào và nhân dân, nên được nhân dân và toàn ngành y tế ủng hộ và giúp đỡ.

Hiện nay cách mạng nước ta đã chuyển sang giai đoạn mới: giai đoạn xây dựng chủ nghĩa xã hội trên phạm vi cả nước. Nhiệm vụ chính trị của chuyên khoa là: thanh toán bệnh lao trong thời gian ngắn nhất, một cách ít tổn kém nhất.

Một việc đầu tiên mà chúng ta cần làm là đề ra một phương hướng, chủ trương đúng đắn.

Phương hướng chủ trương đó phải thể hiện tính cách mạng và tính khoa học, đồng thời thể hiện được thể tiến công, sử dụng được sức mạnh tổng hợp, phát huy được quyền làm chủ tập thể, khai thác được một lực lượng tiềm tàng để hoàn thành nhiệm vụ chính trị. Dựa vào phương hướng đó, đặt kế hoạch thiết thực, vững chắc và tích cực với những biện pháp cụ thể, nhằm từng bước khống chế, đi đến thanh toán bệnh lao.

Về chuyên môn kỹ thuật cần nhấn mạnh các điểm sau đây:

- Sử dụng rộng rãi vacxin BCG để phòng lao.

- Lấy yếu tố xét nghiệm vi trùng làm chủ yếu trong việc chẩn đoán cũng như phát hiện bệnh lao.

— Trong tổ chức điều trị, coi điều trị ngoại trú là chính.

— Xây dựng mạng lưới chống lao rộng rãi và gắn liền mạng lưới đó với tổ chức y tế chung.

— Coi việc bồi dưỡng và đào tạo cán bộ là trọng tâm, cần làm một cách thường xuyên.

Năm vững và đánh giá đúng tình hình bệnh lao và công tác chống lao của chúng ta hiện nay để có phương hướng, chủ trương về chuyên môn cũng như về tổ chức phù hợp rõ ràng là rất cần thiết. Nói chung tình hình bệnh lao ở nước ta trên phạm vi cả nước hiện nay còn khá trầm trọng.

Ở các tỉnh và thành phố phía bắc: Tình hình nhiễm lao lứa 15 tuổi là khoảng 30—40%; lứa 30 tuổi khoảng trên dưới 60%.

Nguy cơ nhiễm lao hàng năm, tức là số người bị lây nhiễm lao mỗi năm là khoảng 3% đến 3,5% so với dân số.

Tỷ lệ những bệnh nhân bị lao phổi có trực khuẩn lao trong đờm, phát hiện được bằng soi trực tiếp (BK +) là khoảng 2% tức là 200 trên 100 000 dân.

Đây là tình trạng của một nước trung bình trong số những nước có bệnh lao còn phổ biến và cũng tương đương với những nước ở vùng Đông Nam Á.

Ở các tỉnh và thành phố phía nam: vùng mới giải phóng, các chỉ số dịch tễ so với chỉ số của phía bắc như vừa trình bày ở trên thì gấp hơn khoảng hai, ba lần và chúng ta thống nhất với một báo cáo của chuyên viên Tổ chức Y tế thế giới (OMS) của Liên hiệp quốc là tình hình bệnh lao ở miền nam hiện nay thuộc loại nặng nhất thế giới.

Để hiểu rõ tình trạng trên của bệnh lao ở nước ta, chúng ta cần nhớ rằng năm 1954 khi nước ta tạm thời bị chia cắt thì tình hình bệnh lao ở hai miền tương tự như nhau. Đến năm 1975 khi miền nam được hoàn toàn giải phóng, trong thời gian hơn 20 năm, hai miền nước ta đã phát triển mọi mặt theo hai hướng trái ngược nhau, các tỉnh và thành phố phía nam đã chịu tác hại ghê gớm do đế quốc Mỹ và tay sai gây ra.

Về hệ thống chống lao, phía bắc hiện nay đã có mạng lưới rộng khắp, hoạt động tương đối có nề nếp. Ở phía nam, trừ một vài bệnh viện lao ở một số thành phố, khi giải phóng tổ chức cơ sở hầu như không có gì đáng kể. Trong 2 năm qua, đã có cố gắng về xây dựng mạng lưới ở phía nam nhưng cũng vẫn còn rất yếu.

Số lượng cán bộ trong chuyên khoa so với 20 năm trước đã tăng lên gấp hàng trăm lần,

nhưng hiện nay để đáp ứng với nhiệm vụ của cả nước thì số lượng còn thiếu, sự phân bố không đều, chất lượng còn yếu chưa có được một cơ cấu chống lao hoàn chỉnh.

Các phương tiện phòng chữa như vacxin phòng lao thuốc đặc trị, các phương tiện chẩn đoán như kính hiển vi, thuốc nhuộm vi trùng, máy điện quang, phim chụp phổi, hóa chất... còn nhiều khó khăn, thiếu thốn.

Tình trạng này đã ảnh hưởng đến chất lượng công tác chuyên môn kỹ thuật. Đặc biệt một số mặt công tác chính chưa đạt yêu cầu. Ví dụ như tiêm phòng lao với vacxin BCG ở một số địa phương đạt kết quả tốt, nhưng ở nhiều nơi chỉ đạt tỷ lệ rất thấp và số liệu nhiều khi không chính xác. Công tác điều trị còn tràn lan chưa đúng đối tượng, còn kéo dài, quản lý bệnh nhân chưa chặt chẽ nên còn lãng phí thuốc và tỷ lệ kết quả tốt còn thấp.

Ngày nay, cuộc cách mạng khoa học — kỹ thuật đang đem lại những tiến bộ mới trong y học và sinh vật học, không thể đi sâu vào mọi vấn đề, chúng tôi chỉ đề cập đến *hai điểm* có ảnh hưởng trực tiếp đến kế hoạch chống lao vì đã có những tiến bộ mới đáng kể: vấn đề lây truyền bệnh lao, và vấn đề điều trị bệnh lao.

Ba loại trực khuẩn có thể gây nên bệnh lao, trong đó loại trực khuẩn lao người: *Mycobacterium Tuberculosis var Hominis*, thường gọi là BK, là loại phổ biến nhất ở nước ta cũng như ở các nước khác. Trực khuẩn lao này có ở trong đờm của người bị lao phổi và là nguyên nhân lây bệnh lao ra những người chung quanh. Đó là điều kinh điển. Điểm mới là: cũng đều bị lao phổi cả, nhưng do tính chất của tổn thương khác nhau, số lượng trực khuẩn lao trong đờm có thể nhiều ít khác nhau, do đó khả năng làm lây và hậu quả đối với người bị lây cũng khác nhau. Vì khuẩn trong đờm nhiều hay ít có thể xác định được qua phương pháp xét nghiệm đờm tìm vi khuẩn. Có nhiều phương pháp xét nghiệm đờm tìm vi khuẩn, nhưng thường dùng nhất là hai phương pháp nhuộm đờm soi trực tiếp và nuôi cấy. Những bệnh nhân, mà xét nghiệm đờm soi trực tiếp tìm thấy được vi khuẩn, là những bệnh nhân có khả năng làm lây nhiều nhất. Nhiều công trình gần đây cho thấy rằng những bệnh nhân đó lây truyền gấp từ 2 đến 10 lần, 20 lần so với khả năng lây truyền của một người cũng bị lao phổi nhưng vi khuẩn chỉ phát hiện được khi dùng phương pháp nuôi cấy. Cho nên ngày nay người ta đã xác định được rằng: nguồn lây chính của bệnh lao là những người bị lao phổi có BK trong đờm nhiều đến mức có thể tìm thấy được bằng soi trực tiếp.

Mặt khác, kết hợp với lâm sàng người ta thấy rằng trên những bệnh nhân đó là có triệu chứng. Trước hết họ khạc đờm kéo dài chừng vài ba tuần hay hơn nữa. Cũng có thể là những triệu chứng khêu gợi như ho ra máu... Đây là một nhận định thuận tiện cho những nước như nước ta còn có nhiều khó khăn về phương tiện vật chất, cần phải ưu tiên giải quyết những trường hợp nguồn lây nguy hiểm nhất, vì có thể từ triệu chứng lâm sàng, mà lâm xét nghiệm đờm soi trực tiếp phát hiện một cách đơn giản được nguồn lây nguy hiểm đó.

Ngoài ra chúng ta cần chú ý, đối với một bệnh nhân bị lao có BK + trong đờm soi trực tiếp, thời gian có nguy cơ là nguồn lây nguy hiểm bắt đầu từ khi có triệu chứng lâm sàng như ho khạc, mỗi nguy cơ này kéo dài suốt thời kỳ bị bệnh cho đến khi bệnh được phát hiện và được điều trị đúng đắn bằng thuốc đặc hiệu. Cho nên, phát hiện sớm, điều trị nghiêm túc để rút ngắn đến mức tối thiểu thời gian có nguy cơ lây truyền của bệnh nhân, là rất quan trọng.

Điều trị bệnh lao cũng có những tiến bộ lớn mấy chục năm trở lại đây qua những hiểu biết về cơ chế tác dụng của thuốc đối với trực khuẩn lao, cơ chế tạo nên các chủng BK kháng thuốc, các nhà y học mới quy định được nguyên tắc dùng thuốc một cách khoa học. Kháng sinh đặc trị phải dùng phối hợp ít nhất là hai thứ, có khi ba thứ, quá trình điều trị phải qua hai giai đoạn: mấy tháng đầu trực khuẩn lao còn nhiều, cần tấn công mạnh. Sau đó điều trị cũng cố cho đủ khoảng 12 tháng, không cần kéo dài hơn. Các loại thuốc đặc trị hiện nay có chừng trên dưới 15 thứ, cần phải được phối hợp một cách hợp lý, phù hợp với đặc điểm dược lý. Các thứ thuốc phối hợp dùng trong ngày cần tập trung uống vào một lúc để gây một đỉnh nồng độ thuốc cao trong máu.

Điểm đặc biệt cần chú trọng để có nhận thức đúng mức về nguy cơ lây bệnh, là chừng 15 ngày sau khi bắt đầu điều trị đúng đắn bằng thuốc kháng sinh, bệnh nhân lao phổi BK + không còn khả năng lây truyền bệnh nữa. Mặc dù có khi nhuộm, đờm soi còn thấy BK, nhưng BK đã thay đổi tính chất về mặt sinh vật học.

Về kết quả điều trị, một nhận định mới đã được chứng minh trên thực địa ở nước ta cũng như ở các nước là: khi dùng một công thức thuốc giống nhau, thì dù bệnh nhân được điều trị nội trú nằm trong bệnh viện, hay điều trị ngoại trú ngoài bệnh viện, kết quả vẫn tương đương như nhau. Vấn đề chính là thuốc được vào người bệnh nhân một cách

đúng liều lượng, đều đặn và đủ thời gian. Ảnh hưởng của ăn uống và nghỉ ngơi là thứ yếu đối với kết quả điều trị.

Những điểm trên đây khiến chúng ta có thể mạnh dạn chủ trương công tác điều trị ngoại trú đối với bệnh nhân lao.

Từ ngày nước ta hoàn toàn giải phóng, qua ba cuộc hội nghị năm 1975, năm 1976 và đầu năm 1977 có đông đảo cán bộ làm công tác chống lao cả nước dự, chúng ta đã đề ra phương hướng chủ trương chống lao gồm 10 điểm như sau:

1) Điều tra cơ bản để đánh giá tình hình dịch tễ lao ở từng địa phương và trong cả nước.

2) Tiêm phòng lao bằng vacxin BCG, chủ yếu cho sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi.

3) Phát hiện sớm và điều trị dứt điểm nguồn lây chính, chủ yếu là những bệnh nhân lao phổi tìm thấy BK trong đờm bằng soi trực tiếp.

4) Chẩn đoán chính xác các trường hợp nghi ngờ lao. Theo dõi để nếu cần thì điều trị kịp thời, nhưng không điều trị tràn lan.

5) Tích cực lọc loại bệnh nhân cũ đang quản lý đã khỏi, hay ổn định, không còn tìm thấy BK thì trả về sản xuất. Giải quyết tốt các trường hợp BK còn dương tính bằng nội khoa hoặc ngoại khoa.

6) Tăng mạnh việc đào tạo và bồi dưỡng cán bộ, đặc biệt cán bộ thực hành ở tuyến huyện (xét nghiệm viên vi trùng) và cán bộ chuyên khoa trên đại học, cán bộ chủ chốt của từng địa phương, coi đây là một trọng tâm công tác.

7) Tuyên truyền sâu rộng đối với các đối tượng, làm cho mọi người không coi thường bệnh lao, nhưng cũng không quá sợ bệnh lao. Xác định rằng bệnh lao hiện nay có thể phòng và điều trị rất có kết quả.

8) Xây dựng mạng lưới chống lao rộng rãi, thiết thực, vững mạnh và có hiệu lực.

9) Tăng mạnh công tác nghiên cứu khoa học, trước hết nhằm giải quyết yêu cầu thanh toán bệnh lao ở nước ta. Chú ý đúng mức những kinh nghiệm cổ truyền nghiêm túc trong phương pháp nghiên cứu.

10) Tăng cường kiểm tra để đánh giá đúng hiệu quả công tác, kịp thời bổ sung và cải tiến khi cần thiết, bảo đảm đi đúng hướng.

Căn cứ vào phương hướng và chủ trương này, cần xây dựng một kế hoạch vững chắc, tích cực và thiết thực cho công tác chống lao

cả nước, với những biện pháp cụ thể. Kế hoạch đó cũng cần đề ra được những việc phải làm trước mắt, những việc phải thực hiện lâu dài. Mười điểm trên thành một khối đồng bộ, cần phải thực hiện đầy đủ mới đi đến được mục tiêu khống chế và thanh toán bệnh lao. Nhưng mặt khác, phải thấy rõ trọng tâm trước mắt của kế hoạch, về mặt chuyên môn phải hết sức chú ý: đó là công tác BCG, công tác phát hiện [để điều trị, công tác lọc loại bệnh nhân cũ. Trong ba điểm này thì then chốt là công tác phát hiện để điều trị dứt điểm nguồn lây chính. Công tác này về lý luận cũng như về thực hành có những điểm tương đối mới đối với chúng ta. Chúng ta chưa thật thành thục đối với vấn đề này, nhưng đây lại là điểm mấu chốt, vì nếu ta thực hiện tốt điểm này sẽ có tác dụng quyết định đến tốc độ giải quyết khống chế bệnh lao. Ngược lại, nếu làm không tốt thì công tác chống lao sẽ bị chậm trễ.

Chúng ta càng thấy rõ tầm quan trọng của công tác phát hiện nguồn lây chính để điều trị dứt điểm. Với nhận thức này, cần đẩy mạnh việc bồi dưỡng và đào tạo cán bộ, trước hết là phải đào tạo xét nghiệm viên ở các huyện,

đào tạo thêm cán bộ cho tỉnh phía nam, bồi dưỡng những điểm cơ bản của chương trình chống lao cho cán bộ chủ chốt của từng địa phương.

Sự lãnh đạo của cấp ủy Đảng và chính quyền để có kế hoạch chống lao cho địa phương mình hết sức quan trọng. Trong kế hoạch này, nhất thiết ty y tế và trạm chống lao phải có điểm chỉ đạo để thực hiện rút kinh nghiệm ba vấn đề chuyên môn: tiêm chủng BCG, phát hiện nguồn lây chính để điều trị dứt điểm, lọc loại bệnh nhân cũ. Điểm chỉ đạo này cũng là cơ sở để đào tạo và bồi dưỡng cán bộ và để mở rộng diện nhanh chóng đưa công tác chống lao lên một cao trào mới, đúng với tinh thần Nghị quyết IV của Đảng.

Được Nghị quyết Đại hội lần thứ IV của Đảng soi sáng, nhất định ngành y tế nói chung và chuyên khoa lao nói riêng, sẽ gây được một phong trào sôi nổi, khai thác mọi khả năng tiềm tàng, phấn đấu đẩy mạnh sự nghiệp chống lao của cả nước, thực hiện bằng được nhiệm vụ chính trị là: *thanh toán bệnh lao trong thời gian ngắn nhất.*

Phát huy vai trò khoa học kỹ thuật...

(Tiếp theo trang 28)

với việc tổ chức lại hệ thống cơ sở nghiên cứu và chỉ đạo kỹ thuật từ trung ương đến địa phương, như một số bài đăng trên tạp chí này đã đề cập đến. Việc huy động lực lượng giáo viên và học sinh ở các trường đại học và trung học chuyên nghiệp, lực lượng giáo viên và học sinh phổ thông vào những chương trình rộng lớn nghiên cứu thí nghiệm và đưa

tiến bộ kỹ thuật vào sản xuất, việc bồi dưỡng kiến thức khoa học kỹ thuật cho cán bộ nhân dân ở cơ sở như nghị quyết đã chỉ rõ, sẽ là những yếu tố quan trọng để gây một phong trào quần chúng tiến quân mạnh mẽ vào khoa học kỹ thuật nông, lâm nghiệp, làm cho cách mạng khoa học—kỹ thuật thực sự đóng vai trò then chốt trong ba cuộc cách mạng ở nông thôn nước ta.