

Nhận rõ ý nghĩa của công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho bệnh nhân phong trong kế hoạch thanh toán bệnh phong từng vùng

LÊ TỬ VÂN
NGUYỄN BÌNH LUÂN

Chiến lược chống phong của nước ta lấy điều trị bệnh tại nhà là chủ yếu, đồng thời đề ra 3 tiêu chuẩn thanh toán phong thể hiện đầy đủ nội dung của công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu trong Ngành da liễu. Sau 5 năm thực hiện kế hoạch thanh toán bệnh phong từng vùng, nhiều địa phương đã thu được những kết quả đáng khuyến khích. Các tác giả nêu lên những biện pháp và kinh nghiệm thực hiện thông qua sự chỉ đạo của Ngành.

BỆNH phong là một bệnh nhiễm khuẩn mạn tính, có từ lâu đời ở Việt Nam cũng như ở các nước trên thế giới. Nhiều nước đã thanh toán hoặc khống chế được bệnh phong. Ở nước ta, với sự hoạt động tích cực của Ngành chuyên khoa Da liễu dưới sự chỉ đạo trực tiếp của Bộ y tế, đã hạ tỷ lệ bệnh phong từ 2,10/00 (năm 1962) xuống 1,30/00 (năm 1982) và đến năm 1987 còn trên dưới 10/00. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh phong không đồng đều ở các địa phương và số bệnh nhân tàn phế còn ở mức độ cao (khoảng 70%) vì bệnh trước kia phát hiện chậm và điều trị không kịp thời. Dựa trên đặc tính của trực khuẩn bệnh phong (còn gọi là trực khuẩn Hansen do nhà bác học Armauer Hansen tìm ra năm 1873) người ta đã xác định rằng mức độ lây truyền của bệnh phong thấp hơn so với tất cả các bệnh lây truyền khác hoặc nói một cách khác bệnh phong rất khó lây. Ngày nay người ta cũng đã tìm được các loại thuốc và các phương pháp điều trị lành bệnh phong không để lại di chứng tàn phế. Tổ chức mạng lưới y tế của chúng ta rộng khắp, nếu tổ chức học tập bồi dưỡng chuyên môn kỹ thuật về chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD) cho bệnh nhân

phong, sẽ có khả năng phát hiện bệnh sớm, điều trị kịp thời, đưa thuốc đến tận người bệnh, giám sát diễn biến bệnh trong quá trình điều trị. Chiến lược thanh toán bệnh phong của Việt Nam là thanh toán bệnh phong từng vùng (TTBPTV), điều trị tại nhà là chủ yếu, bắt đầu từ những vùng có khả năng tiến hành trước rồi dần dần lan rộng trong toàn quốc. Chiến lược đó được các tổ chức chống phong của y tế thế giới và một số nước như Hà Lan, Nhật Bản, Bỉ, Pháp xác định là đúng và đã hợp tác, giúp đỡ.

Nội dung của công tác CSSKBD của ngành da liễu áp dụng trong bệnh phong thể hiện rất rõ trong ba tiêu chuẩn của kế hoạch TTBPTV. Đó là những mục tiêu phương hướng hoạt động của các đơn vị chuyên khoa Da liễu ở các địa phương nhằm tiến tới thanh toán bệnh phong trong toàn quốc.

Tiêu chuẩn thứ nhất: Các bệnh nhân phong hiện có trong vùng phải được điều trị khỏi bệnh. Muốn vậy trước hết phải làm tốt công tác điều tra phát hiện bệnh, nghĩa là phải tổ chức cho nhân dân trong vùng được khám bệnh đạt tỷ lệ cao về số lượng và chất lượng. Việc làm này đòi hỏi phải có một mạng lưới y tế vững chắc,

trên cơ sở đó chọn một phương pháp khám bệnh phù hợp nhằm không bỏ sót một người dân nào không được khám bệnh và không bỏ sót một bệnh nhân phong nào không được phát hiện. Sau khi nắm vững tình hình bệnh tật của tất cả bệnh nhân cũ và mới, cần chuẩn bị đủ thuốc và có phương pháp điều trị tốt nhất. Trong quá trình điều trị bệnh, phải theo dõi diễn biến về lâm sàng và xét nghiệm để đánh giá kết quả, đồng thời phát hiện các biến chứng (nếu có) để xử trí kịp thời, đảm bảo cho người bệnh được chữa khỏi hoàn toàn.

Tiêu chuẩn thứ hai: Không còn bệnh nhân mới xuất hiện. Nếu họa hoằn có thì phải được phát hiện sớm (không quá 6 tháng từ khi phát bệnh), chỉ mới có 1—2 thương tổn và chưa bị tàn phế. Tiêu chuẩn này đòi hỏi người thầy thuốc phải khám kỹ với trình độ lâm sàng tương đối vững. Đồng thời phải thường xuyên tổ chức khám phát hiện bệnh trong nhân dân, khám toàn dân lồng ghép trong công tác y tế chung ít nhất 3 năm một lần trong vòng 10 năm. Phải tích cực bồi dưỡng tập huấn chuyên môn về bệnh phong cho các cán bộ y tế đa khoa và chuyên khoa. Những cán bộ chủ chốt lâm công tác chống phong phải được ổn định. Nếu vì một lý do đặc biệt nào phải thay đổi thì cần có sự bàn giao đầy đủ chi tiết về tiến độ của chương trình tranh toán bệnh phong trong vùng.

Tiêu chuẩn thứ 3: Toàn dân ở trong vùng thanh toán bệnh phong phải có quan niệm đúng đắn về bệnh phong, coi bệnh phong như các bệnh khác và hiểu biết về các triệu chứng ban đầu của bệnh phong để nếu bị bệnh thì từ đến khám và điều trị tại cơ quan y tế, không giấu bệnh, không bị quan lo sợ, mặc cảm với bệnh phong.

Tiêu chuẩn này liên quan đến công tác tuyên truyền giáo dục y tế về bệnh phong và được xem như là khâu quan trọng trong công tác CSSKBD về bệnh phong. Công tác này phải được tiến hành thường xuyên liên tục cho tất cả các đối tượng và bằng nhiều hình thức. Mục đích cuối cùng là phải đạt được yêu cầu về nhận thức như trên.

Sau 5 năm kể từ khi phát động công tác TTBPTV (1982), trong toàn quốc đã có 2 tỉnh, 25 huyện với tổng số 850 xã, phường đã tiến hành thanh toán bệnh phong. 13 khu điều trị bệnh phong thực hiện cho bệnh nhân uống thuốc phối hợp ba loại thuốc (đa hóa trị liệu) và giúp cho một số xã lân cận tiến hành TTBPTV. Số bệnh nhân được thực hiện đa hóa trị liệu (ĐHTL) kết hợp với thể dục liệu pháp dự phòng tàn phế là 10808 người. Trong số đó thể nhiều vi khuẩn là 6285 bệnh nhân; thể ít vi khuẩn là 4523 bệnh nhân. Bên cạnh đó đa số bệnh nhân

uống 1 loại thuốc đơn thuần DDS (đơn hóa trị liệu) như trước là gần 20000 bệnh nhân, điều trị tại nhà hoặc trong các khu điều trị. Trong kế hoạch TTBPTV, tất cả các bệnh nhân phong mới phát hiện, bệnh nhân đã dùng DDS nhưng vẫn còn hoạt tính hoặc tái phát đều áp dụng đa hóa trị liệu theo 2 phác đồ khác nhau đã được phổ biến hướng dẫn cụ thể trong ngành.

Qua theo dõi ở các tỉnh đã tiến hành TTBPTV, yếu tố cơ bản để mang lại kết quả là do các Trạm đa liệu đã quán triệt và tổ chức triển khai chương trình theo đúng đề cương TTBPTV của Viện Đa liệu đề ra năm 1982 và có những biện pháp cụ thể:

1. Hoạt động tích cực của ban chỉ đạo TTBPTV là một động góp lớn đẩy mạnh nhịp độ phát triển công tác. Qua thực tế ở một số tỉnh, Ban chỉ đạo TTBPTV được đặt trực tiếp dưới sự chỉ đạo của chính quyền các cấp như Ủy ban nhân dân tỉnh, huyện hoặc xã và thường do một phó chủ tịch lâm trưởng ban, có sự tham gia của Đoàn thanh niên cộng sản Hồ Chí Minh, Hội phụ nữ và các ban ngành khác. Công tác TTBPTV có sự chỉ đạo và tham gia của chính quyền và các đoàn thể đã có tác động rất lớn tới các tầng lớp nhân dân. Kinh nghiệm cho thấy công tác TTBPTV triển khai ở phạm vi tuyến nào thì thành lập ban chỉ đạo ở cấp đó chứ không chờ thành lập theo một hệ thống từ trên xuống. Thí dụ nơi nào đăng ký TTBT một xã thì thành lập ban chống phong cấp xã, mặc dầu chưa có ban chỉ đạo TTBT của cấp huyện.

Tóm lại, muốn triển khai được chủ trương TTBPTV phải dựa vào chính quyền địa phương, có sự chỉ đạo của Đảng và sự tham gia của các đoàn thể quyền chúng. Chọn những nơi thuận tiện có cán bộ y tế hoạt động tích cực, được chính quyền chỉ đạo sát sao để triển khai trước. Có thể đăng ký TTBP trong phạm vi xã, huyện hoặc mỗi huyện một vài xã.

2. Tuyên truyền giáo dục y tế:

Tuyên truyền giáo dục y tế có một vai trò vô cùng quan trọng trong công tác TTBPTV. Do hiểu biết sai lầm không có cơ sở khoa học nên các tầng lớp nhân dân có một định kiến sai lầm lâu đời về bệnh phong cho rằng bệnh phong không thể chữa được, tàn phế trong bệnh phong là ghê gớm không thể tránh được. Vì vậy bệnh nhân bị xã hội xưa đuổi xa lánh, không được chăm sóc về thuốc men và về tinh thần. Do đó bệnh ngày càng nặng và hậu quả là bệnh phong không những không bị khống chế mà còn ngấm ngấm phát triển thành những ổ dịch bệnh. Muốn làm tốt công tác TTBPTV thì trước hết phải làm sáng tỏ cơ sở khoa học và nhân đạo của chủ trương TTBPTV cho cán bộ nhân dân, cho cả bản thân người bệnh.

a) Nội dung giáo dục y tế: Nội dung thay đổi tùy theo đối tượng, phương tiện, thời gian nhưng phải đạt được các mục tiêu:

— Xóa bỏ thành kiến sai lầm về bệnh phong như lâu nay vẫn coi bệnh phong là một bệnh nan y, là một bệnh di truyền. Do thành kiến đó nên không những bệnh nhân mà cả gia đình họ đều bị xa lánh.

— Truyền đạt những thông tin khoa học về bệnh phong: Bệnh phong do vi khuẩn gây nên. Đặc tính của vi khuẩn phong là nhân lên rất chậm, chưa tiêm truyền nuôi cấy được rõ rệt, mức độ lây lan của bệnh phong rất hạn chế, có thuốc điều trị lành bệnh. Nếu phát hiện sớm, được sự săn sóc y tế kịp thời chu đáo, bệnh sẽ lành và không bị tàn phế. Phát hiện muộn, thời gian điều trị phải lâu dài hơn, dễ bị tàn phế và dễ có điều kiện lây bệnh cho người xung quanh.

— Giới thiệu những dấu hiệu sớm của bệnh để mọi người nắm được, liên hệ tự phát hiện hoặc phát hiện lẫn nhau những triệu chứng nghi ngờ và tìm đến thầy thuốc chuyên khoa để khám xác định bệnh. Các dấu hiệu cần lưu ý như: Vùng da mất cảm giác (tê bì); vùng da thay đổi màu sắc, bóng mờ; nổi củ, cục trên vùng da mặt, trên vành tai, dái tai hoặc ở các chi và các phần khác của cơ thể kèm theo có rối loạn cảm giác. Các giấy thần kinh như thần kinh cò, trụ cánh tay, khoeo chân to ra.

b) Hình thức truyền đạt: Có nhiều hình thức mà các địa phương đã áp dụng có kết quả tốt:

— Viết bài đăng báo. Nói chuyện trên đài phát thanh, đài truyền hình địa phương. Đọc bài trên loa truyền thanh của các phường, xã.

— Nói chuyện trong cơ quan các ngành các đoàn thể địa phương. Nói đi nói lại nhiều lần ở mọi nơi mọi chỗ.

— Nói chuyện trong các trường học cho thầy cô giáo và học sinh phổ thông. Dưa bài giảng về bệnh phong làm bài giảng chính khóa trong các trường phổ thông cơ sở và phổ thông trung học. Tổ chức tìm hiểu về bệnh phong trong học sinh.

— Nói chuyện cho bệnh nhân và gia đình họ để mọi người trong gia đình có kiến thức về bệnh phong, giúp bệnh nhân thực hiện kiên trì chế độ điều trị và hướng dẫn cho bệnh nhân biết tự quản lý bệnh theo chỉ định của cán bộ y tế.

— Xây dựng phim ảnh, kịch bản thơ ca. Vẽ tranh cổ động áp phích, khẩu hiệu v.v... về bệnh phong.

— Thái độ của người thầy thuốc đối với bệnh nhân phong là sự giáo dục tốt nhất. Không có biểu hiện e dè sợ lây bệnh trước mắt họ. Điều này được thể hiện khi tiếp xúc khám bệnh điều

trị cho bệnh nhân, các thầy thuốc phải ăn cần, thăm hỏi bệnh tình của họ. Tùy theo tình hình bệnh tật, chỉ định chế độ điều trị thích hợp để sau đợt điều trị mang lại kết quả tốt nhất cho bệnh nhân. Từ đó, giúp xóa bỏ dần các thành kiến sai lầm về bệnh phong và thực sự đã gây được lòng tin của nhân dân và của bệnh nhân đối với thầy thuốc làm công tác chống phong. Các chuyên gia về phong của tổ chức y tế thế giới và các tổ chức chống phong các nước như Nhật Bản, Hà Lan, Liên Xô v.v... đến thăm Việt Nam, khi tiếp xúc với bệnh nhân phong, hướng dẫn lâm sàng, thăm khám sờ nắn nói chuyện với bệnh nhân, không hề tỏ ý ghê sợ. Thái độ của họ đã là những bài học giáo dục y tế về bệnh phong cho nhân dân và cho cả cán bộ y tế trong những vùng họ đến.

3. Khám phát hiện toàn dân.

Như tiêu chuẩn thứ nhất về TTBPTV đã nêu rõ: Tất cả những bệnh nhân phong đã có trong vùng phải được chữa khỏi. Vì vậy khám toàn dân để phát hiện tất cả những người mắc bệnh phong (mà trước đây chưa hề biết) nằm trong vùng đăng ký thanh toán là điều bắt buộc phải làm. Nếu chỉ điều trị cho những bệnh nhân đã biết thì không có cơ sở để nói rằng bệnh phong đã được thanh toán trong vùng đó. Muốn điều trị tất cả bệnh nhân hiện có trong vùng thì không phải chỉ khám 1 lần trước khi bắt đầu điều trị mà phải khám kiểm tra 3 năm 1 lần vào những năm thứ 3, thứ 6, thứ 9 trong vòng 10 năm liên tục cộng với 2 điều kiện:

— Phải khám được 100% dân số trong vùng.

— Phải khám toàn da để bệnh nhân và có đủ ánh sáng để không bỏ sót thương tổn và chẩn đoán được chính xác để có kế hoạch điều trị kịp thời.

Hai điều kiện trên là mối quan hệ giữa chất lượng và số lượng. Khám đủ 100% dân số là cần thiết nhưng nếu không khám toàn da để, không có đủ ánh sáng tốt, không khám kỹ mỷ thì chưa đủ và vẫn có thể bỏ sót bệnh nhân.

Qua thực tế nhiều lần khám toàn dân, khác với khám phát hiện các bệnh khác, đối với bệnh phong do quan niệm cũ từ lâu đời, người bệnh thường hay giấu bệnh. Vì vậy tỷ lệ bệnh phong ở những người chưa được khám thường cao. Do đó, việc đảm bảo khám 100% dân số có một ý nghĩa rất quan trọng. Ở một số nơi, để nâng cao tỷ lệ số người đến khám phát hiện bệnh đã áp dụng các biện pháp như:

— Khám đi khám lại nhiều lần. Trước khi khám họp toàn dân làm tốt công tác tuyên truyền y tế.

— Lập danh sách từng người trong hộ gia đình theo dõi sản xuất để tiện theo dõi.

— Kết hợp chặt chẽ với đội sản xuất đi vận động hoặc có biện pháp hành chính đối với người không đi khám.

— Chọn thời gian thích hợp, không bận mùa màng để tổ chức khám.

— Tổ chức khám vét những người chưa được khám để nâng cao tỷ lệ khám bệnh đạt hoặc xấp xỉ 100% dân số.

— Nếu trường hợp phải đến khám từng nhà thì cũng phải khám được toàn da dẻ. Trong quá trình khám bệnh nếu phát hiện thấy những trường hợp bị bệnh da thì kết hợp điều trị luôn để nhân dân phần khởi động viên nhau đi khám đông đủ.

Đề đợt khám bệnh toàn dân tiến hành được nhanh chóng đạt kết quả tốt công tác giáo dục y tế cho cán bộ và nhân dân trong vùng về mục đích đợt khám bệnh và những kiến thức về bệnh phong phải tiến hành trước. Sau đó tập huấn về các kiến thức chăm sóc sức khỏe ban đầu đối với bệnh phong cho tất cả cán bộ y tế đội sản xuất trong vùng để họ có thể tham gia cùng khám phát hiện những trường hợp nghi ngờ. Bước cuối cùng là tổ chức khám hội chẩn xác định, làm xét nghiệm, lập hồ sơ bệnh án và quyết định chế độ điều trị.

4. Lập hồ sơ bệnh án, tổ chức cho bệnh nhân uống thuốc và giám sát theo dõi.

Khi một bệnh nhân đã được khám xác định bệnh rồi thì cán bộ chuyên khoa của Trạm đa liệu tỉnh hoặc của huyện phải làm đầy đủ hồ sơ bệnh án. Bệnh án của bệnh nhân là một tài liệu cơ bản nhất để căn cứ vào đó thu lượm được những thông tin cần thiết giúp cho sự đánh giá hiệu quả của chương trình thanh toán bệnh phong. Bệnh án phải làm đầy đủ về nội dung như mẫu bệnh án quy định, không bỏ sót bất cứ mục nào. Nếu phần nào, chi tiết nào bệnh nhân không có thì cũng ghi chữ "không làm được", nhất thiết không bỏ trống để ghi nhận rằng bệnh án được thực hiện đầy đủ nghiêm túc các mục yêu cầu. Kết quả xét nghiệm cũng phải ghi tóm tắt vào bệnh án. Ghi tất cả người tiếp xúc và đánh dấu những người được khám. Ghi nhận xét đánh giá bổ xung vào bệnh án sau mỗi lần uống thuốc, khám xét hàng tháng và kết quả xét nghiệm định kỳ.

Đối với những bệnh nhân đã ngừng điều trị cũng phải ghi chép vào bệnh án trong những lần thăm khám theo dõi thường kỳ theo lịch quy định.

Tổ chức cho bệnh nhân uống thuốc là bước tiếp theo ngay sau khi khám phát hiện toàn dân.

Có nhiều địa phương làm tốt nhờ tiến hành song song hai khâu này tức là khám xong xã nào, chẩn đoán phân loại thể bệnh, xét nghiệm, lập hồ sơ và cho bệnh nhân uống thuốc ngay chứ không chờ khám xong cả cụm hoặc cả huyện. Việc tổ chức cho bệnh nhân uống thuốc có nhiều hình thức:

— Uống thuốc tại trạm đối với những bệnh nhân có điều kiện đến trạm hàng tháng.

— Cho uống thuốc tại nhà.

— Tổ chức thành từng cụm 4,5 xã gần nhau lấy xã trung tâm làm địa điểm cho uống thuốc.

— Đến uống thuốc ở bệnh viện đa khoa khu vực đối với những xã ở gần đó v.v...

Nhưng dù uống thuốc ở đâu cũng phải đảm bảo được nguyên tắc chung là uống thuốc hàng tháng trước mặt thầy thuốc (cán bộ y tế của trạm Đa liệu tỉnh hoặc huyện cùng với cán bộ y tế của trạm xá hay của đội sản xuất), thầy thuốc nhận xét đánh giá được sự tiến triển của bệnh, ghi chép được những nhận xét trong mỗi lần cho uống thuốc vào bệnh án, bệnh nhân ký xác nhận vào sổ theo dõi hoặc phiếu, đảm bảo thuốc vào cơ thể bệnh nhân, cả liều thuốc uống hàng tháng uống trước mặt thầy thuốc và liều thuốc hàng ngày bệnh nhân tự uống;

Chiến lược chống phong của chúng ta là điều trị bệnh tại nhà, thanh toán bệnh phong từng vùng, vì vậy việc giám sát theo dõi uống thuốc phải tổ chức chặt chẽ và có phân cấp. Người cán bộ y tế đội sản xuất là người gần gũi bệnh nhân nhất. Cán bộ y tế đội phải có lịch và có biện pháp kiểm tra đối bệnh nhân tại nhà hàng tuần với nội dung kiểm tra việc uống thuốc, phát hiện các biến chứng để báo cáo với cán bộ chuyên khoa xử lý và hướng dẫn bệnh nhân tập thể dục dự phòng tàn phế. Cán bộ y tế đội cũng là người tìm kiếm bệnh nhân mới trong khi thăm khám bệnh nhân và người tiếp xúc, cùng cán bộ chuyên khoa của huyện và của trạm tổ chức các đợt khám toàn dân, đợt kiểm tra định kỳ về lâm sàng và xét nghiệm.

Qua 5 năm thực hiện kế hoạch TTBPTV, những kết quả bước đầu đã cho thấy rằng mặc dù trong điều kiện khó khăn về kinh tế nhưng ở những nơi đã tiến hành phát động TTBPTV đều thu được những kết quả đáng khuyến khích. Nếu các địa phương phấn đấu thực hiện tốt 3 tiêu chuẩn TTBPTV trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu thì bệnh phong có nhiều khả năng thanh toán được trong phạm vi cả nước.

Biên tập: Nguyễn Chân Giác