

CHƯƠNG 19b. PHÒNG NGỪA BỆNH THẤP

HOÀNG TRỌNG KIM

PHẠM NGUYỄN VINH

ĐẶNG THỊ THÚY ANH

1. PHÒNG THẤP THỨ PHÁT	523	
1.1. Thuốc chọn lọc, liều lượng, cách dùng.	524	2.2. Tính khả thi của chương trình phòng thấp tiên
1.2. Thời gian phòng ngừa: tùy cơ địa và hoàn cảnh		phát ² . 528
tình cá nhân.....	524	2.3. Biện pháp tổ chức thực hiện chương trình phòng
1.3. Hiệu quả của chương trình phòng thấp thứ phát.		thấp tiên phát.
524		529
1.4. Những trở ngại của chương trình phòng thấp		3. PHÒNG THẤP BẰNG PHƯƠNG PHÁP MIỄN
thứ phát. 524		DỊCH
1.5. Biện pháp để nâng cao hiệu quả chương trình		529
phòng thấp thứ phát.....	525	4. NGỪA THẤP BẰNG BIỆN PHÁP GIÁO DỤC Y
2. PHÒNG THẤP TIỀN PHÁT	526	TẾ
2.1. Phòng thấp tiên phát rất ưu việt vì:	528	TÀI LIỆU THAM KHẢO.....
		530

Thấp và bệnh van tim hậu thấp hiện nay vẫn còn là 1 vấn đề y tế quan trọng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có khoảng 12 đến 20 triệu trẻ mới mắc bệnh thấp tim và thấp khớp, 0,5 triệu trẻ tử vong và hàng chục triệu trẻ bị tàn tật do di chứng van tim hậu thấp^{1,2}.

Ở Việt Nam, bệnh thấp vẫn còn phổ biến. Theo điều tra cơ bản trong cộng đồng ở miền Bắc và miền Nam, bệnh có tần suất từ 2 – 4/1000². Trong bệnh viện bệnh thấp chiếm 20-46% tổng số bệnh tim trẻ em nằm điều trị nội trú²

Thấp là một bệnh tự miễn gây tổn thương ở nhiều cơ quan, đặc biệt là thấp tim là một bệnh rất nặng có thể gây tử vong ngay trong các đợt cấp tính, hoặc để lại nhiều di chứng ở tim làm cho trẻ tàn tật suốt đời mà điều trị nội khoa chỉ có tính cách cấp cứu tạm thời các biến chứng nặng như suy tim, rối loạn nhịp tim, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn ... Còn điều trị phẫu thuật thì rất công phu và tốn kém. Ở nước ta hiện nay các cơ sở phẫu thuật tim mạch còn quá ít, bị quá tải, không đủ sức giải quyết cho số bệnh nhân bị bệnh van tim hậu thấp quá đông đang chờ được mổ.

Như vậy phòng ngừa bệnh thấp là cần thiết. Thuốc chủng ngừa bệnh thấp đã được thử nghiệm thành công trong phòng thí nghiệm, nhưng giá thành còn quá đắt nên chưa được sử dụng đại trà¹. Giáo dục y tế tuyên truyền vệ sinh phòng bệnh, chăm sóc sức khỏe ban đầu để phòng ngừa nhiễm liên cầu khuẩn tan huyết beta nhóm A là biện pháp lý tưởng nhưng trong thực tế thì rất khó thực hiện. Phòng ngừa bệnh thấp bằng kháng sinh thông qua chương trình phòng thấp tiên phát và thứ phát hiện nay được nhiều nước trên thế giới thực hiện có kết quả rất tốt^{1,2,3,6,8}

1. PHÒNG THẤP THỨ PHÁT

Phòng thấp thứ phát hoặc phòng thấp cấp 2 là phòng ngừa các đợt thấp tái phát ở các bệnh nhân đã bị thấp khớp hoặc thấp tim .

Mục đích của phòng thấp thứ phát là chặn đứng các đợt thấp tái phát, không cho bệnh diễn tiến nặng hơn bằng cách dùng kháng sinh để phòng ngừa viêm họng do liên cầu tan huyết beta nhóm A (LCK BA)

1.1. Thuốc chọn lọc, liều lượng, cách dùng.

- Benzathine Pénicilline, tiêm bắp thịt 1 lần mỗi 3 - 4 tuần 1.2.3.4.5.6.8.9 600.000 đv cho trẻ < 6 tuổi hoặc < 30 kg, 1.200.000 đv cho trẻ lớn hơn 6 tuổi hoặc nặng hơn 30 kg và người lớn^{3.4.5.6.8.9},
- Hoặc Pénicilline V uống, 250 mg x 2 / ngày^{1.2.3.4.5.6}
- Nếu dị ứng với Pénicilline, cho Erythromycine, uống 20 mg / kg x 2 lần / ngày^{1.2.6.8.9}.

Trong các loại thuốc trên, Benzathine penicilline cho kết quả cao nhất : tỷ lệ tránh được viêm họng là 97% và tránh được bệnh thấp tái phát là 99,6% so với 81% và 85% của Pénicilline V dùng đường uống^{1.2.6.8.9}

1.2. Thời gian phòng ngừa: tùy cơ địa và hoàn cảnh từng cá nhân.

Sau đây là khuyến cáo của Ủy ban phòng thấp thể giới :

- Thấp khớp hoặc thấp tim cấp được điều trị tốt không có di chứng: 5 năm^{1.2.3.4.5.6.7.8}
- Thấp tim có di chứng nhẹ ở 1 van tim (như hở 2 lá): người lớn 5 năm, trẻ em cho tới 18 - 20 tuổi^{1.2.3.4.5.7}
- Thấp tim có di chứng van tim nặng: cho tới 40 tuổi^{5.6} hoặc suốt đời^{1.2.3.7.8}

1.3. Hiệu quả của chương trình phòng thấp thứ phát.

Theo báo cáo của các tác giả trong và ngoài nước tỷ lệ thấp tái phát trong chương trình phòng thấp thứ phát ở các nước do Tổ chức Y tế Thế giới tài trợ là 1% và Viện nhi Hà Nội là 2,6%. Như thế, phòng thấp thứ phát đã giúp cho 97,4 đến 99% số trẻ bị thấp không bị các đợt thấp cấp tái phát^{1.2.7.8.9}. Trong một nghiên cứu dài 8 năm ở Đài Loan, tỷ lệ tử vong ở những trẻ bị thấp tim có phòng ngừa bằng Pénicilline là 3% so với 28% ở những trẻ không được phòng ngừa¹. Điều này chứng tỏ rằng phòng thấp thứ phát rất hữu hiệu và không thể thiếu được ở những bệnh nhân đã bị bệnh thấp.

1.4. Những trở ngại của chương trình phòng thấp thứ phát.

- Ở các nước đang phát triển, bệnh thấp thường được chẩn đoán trễ, lúc được phát hiện thì bệnh đã ở trong giai đoạn quá nặng với di chứng van tim nặng rồi, thì phòng thấp không giúp được gì nhiều cho tiên lượng của bệnh^{1.2}
- Bệnh nhân thường bỏ tái khám, không chịu chích thuốc đều vì nhiều lý do như ở xa, đi lại khó khăn, tốn kém, mất thời gian hoặc thiếu thuốc ... Thêm vào đó, các cơ sở y tế lại quá thưa thớt, ở quá xa, khó tiếp cận, thiếu cán bộ y tế, thiếu thuốc, công tác tổ chức yếu kém, không chủ động quản lý bệnh nhân và đặc biệt là thiếu tuyên truyền giáo dục y tế

nên bệnh nhân không hiểu rõ lợi ích của chương trình phòng thấp và không tích cực tham gia phòng thấp, đưa đến thất bại của chương trình ²

- Vấn đề sốc Pénicilline: một số thầy thuốc sợ phản ứng phản vệ của Pénicilline, từ chối không chích cho bệnh nhân, thêm vào đó bệnh nhân cũng sợ không dám chích, vì tuy rất hiếm nhưng thỉnh thoảng vẫn có một vài trường hợp tử vong do sốc phản vệ với Pénicilline. Nhưng trên thực tế, sốc phản vệ rất hiếm gặp. Trong một nghiên cứu ở Mỹ, 94.655 bệnh nhân chích Pénicilline chậm thì 0,025% bị sốc phản vệ và chỉ có 1 bệnh nhân tử vong ¹. Ở Viện nhi Hà Nội, trong 66.500 lần chích Pénicilline có 1 lần sốc phản vệ nhưng được cấp cứu kịp thời, không tử vong². Về miễn dịch học, những kháng thể chống Pénicilline đã được tạo ra đa số là các kháng thể IgG chịu trách nhiệm cho những phản ứng dị ứng nhẹ như nổi mề đay, ngứa ... và chỉ có một số rất ít kháng thể IgE là những kháng thể chịu trách nhiệm cho sốc phản vệ. Do đó hiện tượng sốc phản vệ rất hiếm xảy ra. Vì thế hiện nay ở nhiều nước trên thế giới đã bỏ test thử phản ứng trước khi chích Pénicilline¹. Tuy nhiên, muốn cẩn thận ta nên hỏi kỹ tiền sử dị ứng thuốc, nhất là với Pénicilline trước khi chích cho bệnh nhân. Nếu có tiền sử dị ứng rõ ràng thì có thể dùng thuốc khác để thay Pénicilline dạng chích. Vấn đề cần thiết là phải giải thích cho tất cả cán bộ y tế và bệnh nhân hiểu rõ lợi ích của phòng thấp, sự cần thiết phải chích Pénicilline chậm và sốc Pénicilline tuy có nhưng rất hiếm và không nguy hiểm gì nếu phương tiện cấp cứu được chuẩn bị sẵn sàng.

1.5. Biện pháp để nâng cao hiệu quả chương trình phòng thấp thứ phát.

- Củng cố về tổ chức và nhân lực. Ở mỗi cơ sở phòng thấp nên có 1 nhóm chuyên trách tái khám và điều trị phòng thấp gồm 1 bác sĩ, 1 điều dưỡng trung cấp và 1 y tá để có đủ người thường xuyên thực hiện các công tác khám bệnh, điều trị phòng ngừa, quản lý hồ sơ, y cụ, thuốc men, theo dõi báo cáo tình hình hoạt động của cơ sở, chủ động quản lý bệnh nhân và giúp đỡ, kiểm tra, đôn đốc tuyến dưới trong công tác chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa bệnh thấp ²
- Cung cấp đầy đủ các loại thuốc thiết yếu cho chương trình phòng thấp như Benzathine pénicilline, Pénicilline V, Erythromycine, Aspirine, Prednisone, Digoxin, lợi tiểu v.v... ²
- Chuẩn bị sẵn sàng y cụ và thuốc cấp cứu khi có sốc phản vệ do Pénicilline gây ra, cố gắng tránh tử vong để khỏi ảnh hưởng tâm lý đến chương trình phòng thấp ².
- Chủ động, tích cực quản lý bệnh nhân bằng cách ghi đầy đủ địa chỉ, số điện thoại để phòng khi bệnh nhân bỏ tái khám thì tìm cách nhắn tin, gửi thư, gọi điện thoại hoặc đến tận nhà để động viên bệnh nhân tiếp tục điều trị phòng thấp².
- Tăng cường giáo dục y tế cho bệnh nhân và gia đình, cho họ hiểu rõ tầm quan trọng của phòng thấp để họ sẵn sàng hợp tác với chương trình ²

- Tổ chức thêm nhiều cơ sở phòng thấp mới ở tuyến quận huyện để tăng tính tiếp cận của chương trình, giúp bệnh nhân khỏi đi lại xa xôi, tốn kém²

Tóm lại, muốn đạt được kết quả cao, chương trình phòng thấp thứ phát phải được tổ chức và thực hiện thật tốt, trang bị đầy đủ y cụ thuốc men, tích cực và chủ động quản lý bệnh nhân, tăng cường giáo dục y tế ...

Nhưng chương trình phòng thấp thứ phát dù có kết quả cao đến đâu đi nữa thì cũng chỉ là 1 chương trình thụ động^{1,2}, chỉ bảo vệ được những người đã bị di chứng van hậu thấp, đã tàn tật suốt đời, không học hành, lao động, sản xuất được và trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Biện pháp tốt nhất là phải chủ động phòng ngừa đợt thấp đầu tiên, giúp cho trẻ không bị bệnh thấp và hoàn toàn khoẻ mạnh.

2. PHÒNG THẤP TIỀN PHÁT

Phòng thấp tiên phát là đề phòng đợt thấp đầu tiên ngay từ lúc trẻ mới bị viêm họng mà chưa bị bệnh thấp khớp hoặc thấp tim^{1,2,6,8,9}

Mục đích của phòng thấp tiên phát là giúp cho trẻ không bị bệnh thấp, làm giảm tần suất của bệnh, giảm tỷ lệ tử vong, tránh tàn phế do di chứng van tim hậu thấp, giảm gánh nặng về chi phí điều trị và phòng ngừa do thấp gây ra.

Phòng thấp tiên phát được thực hiện dựa trên cơ sở khoa học "Kiểm soát được viêm họng do liên cầu khuẩn là ngừa được bệnh thấp"^{1,2,7}

Vấn đề mấu chốt của phòng thấp tiên phát là chẩn đoán sớm và điều trị đúng viêm họng do liên cầu tan huyết beta nhóm A^{1,2,7,9,10}.

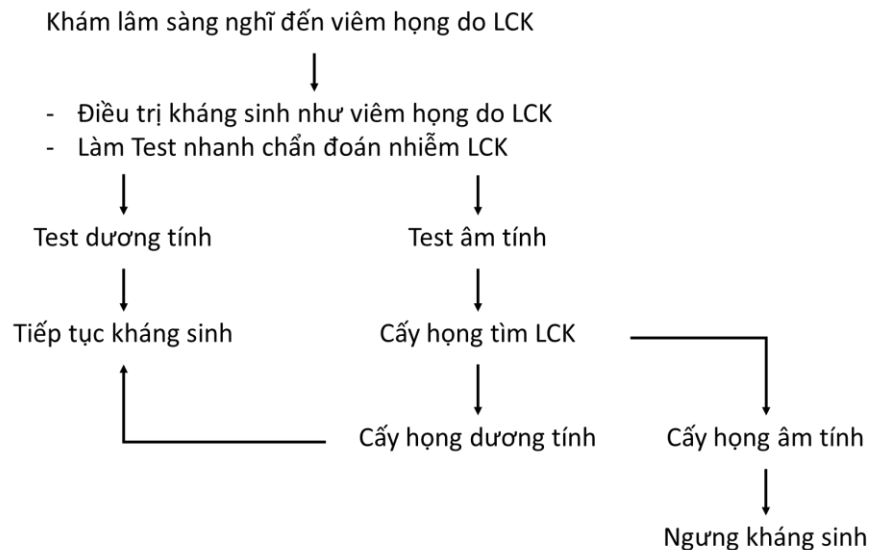
Ở trẻ em, đa số (65% - 75%) viêm họng là do siêu vi trùng gây ra. Viêm họng do liên cầu chỉ chiếm 25% ở trẻ nhỏ và 35% ở trẻ từ 5 - 15 tuổi^{1,2,3,10}. Do đó để tránh lãng phí và tác hại do lạm dụng kháng sinh, ta phải chẩn đoán xác định được viêm họng do liên cầu trước khi quyết định dùng kháng sinh. Viêm họng do LCK BA thường có sốt cao đột ngột, đau họng, nhức đầu, khám thấy họng đỏ, 2 hạnh nhân sưng to, đỏ, sần sùi, niêm mạc họng phù nề, tiết dịch, nổi hạch dưới hàm... trong khi viêm họng do siêu vi có yếu tố dịch tễ, sốt vừa, ngứa họng, ho, sổ mũi, chảy nước mắt ...^{1,2,7,10}

Về cận lâm sàng, cấy họng là phương pháp chắc chắn để xác định chẩn đoán, nhưng phải chờ 24 giờ mới có kết quả^{1,2,10}. Streptozym Rapid Test chẩn đoán nhanh nhiễm liên cầu cho kết quả trong 10 phút. Test này có tính chuyên biệt cao 98,1%, nhưng tính nhạy cảm chỉ 90,6%¹¹. Như thế một khi test dương tính thì chắc chắn là viêm họng do liên cầu, nhưng khi test âm tính thì có khoảng 10% viêm họng do liên cầu bị bỏ sót, do đó khi test âm tính ta phải nuôi cấy dịch phết ở họng và trong khi chờ đợi kết quả nuôi cấy họng ta vẫn phải cho kháng sinh điều trị liên cầu, nếu sau 2 ngày cấy họng dương tính thì tiếp tục kháng sinh, còn âm tính thì bỏ kháng sinh¹⁰.

Bảng phân biệt các triệu chứng lâm sàng của viêm họng do LCK β A và siêu vi^{1,2}

Đặc điểm	Viêm họng do LCK βA	Viêm họng do virus
<ul style="list-style-type: none"> - Mùa - Tuổi - Khởi phát - Triệu chứng ban đầu - Khám - Hạch cổ - Da - Triệu chứng kèm theo 	<ul style="list-style-type: none"> - Đông xuân, mưa lạnh, ẩm - 3 – 20 tuổi - Đột ngột - Đau họng, nuốt đau - Họng đỏ, phù, có bọt vàng ngà - To, đau - Có rash đỏ kiểu tinh hồng nhiệt - Nhức đầu, đau bụng 	<ul style="list-style-type: none"> - Tùy loại virus nhưng thường có dịch nhỏ - Bất kỳ - Từ từ hơn - Ngứa họng - Họng đỏ, loét, có tiết dịch, có các bóng nước nhỏ - Thường không có - Nổi mẩn đỏ, bóng nước nhỏ - Ho, sổ mũi, chảy nước mũi, tiêu chảy

Sơ đồ hướng dẫn quyết định điều trị viêm họng ¹⁰:



Phác đồ điều trị viêm họng do LCK trong chương trình phòng thấp tiên phát của Ủy ban phòng thấp thế giới hiện nay ^{1,2,3,4,5,7,8}:

- Benzathine pénicilline, chích thịt 1 liều duy nhất, 600.000 đơn vị cho trẻ dưới 6 tuổi hoặc dưới 30 kg, 1.200.000 đơn vị cho trẻ lớn và người lớn.
- Hoặc Pénicilline V, uống 250 mg x 2 lần / ngày, liên tục 10 ngày,
- Nếu trẻ dị ứng với Pénicilline thì cho Erythromycine 20 mg / kg x 2 lần / ngày uống liên tục trong 10 ngày.

Chú ý: Erythromycine có tỷ lệ kháng LCK từ 10 - 25% ở một số nước như Nhật, Mỹ, Thụy Điển...

Ngoài Benzathine Pénicilline, Pénicilline V và Erythromycine đã được Ủy ban phòng thấp thế giới khuyên nên dùng theo phác đồ trên, một số kháng sinh khác mới hơn, tốt hơn có thể điều trị liên cầu một cách hữu hiệu, được chấp nhận bởi Hội tim mạch, Hội nhi khoa và Cơ quan thực

phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ^{3,7,11} nhưng không được TCYTTG khuyến dùng vì giá thành quá đắt như:

- Azithromycine thuộc nhóm Macrolides, thường được dùng ở người trên 15 tuổi trong 5 ngày liên tục với 1 liều duy nhất mỗi ngày, 500 mg cho ngày đầu và 250 mg từ ngày thứ hai đến ngày thứ năm.
- Cefadroxil, Cefuroxime, Cefixime, Cefprozil, Cefpodoxime... thuộc nhóm Cephalosporins cũng hữu hiệu trong điều trị LCK, đặc biệt là Cefadroxil dùng liều duy nhất mỗi ngày, 30mg/kg/ngày, trong 10 ngày liên tục^{1,5,12}

Không dùng Tetracycline, Chloramphenicol, Sulfamide, Trimethoprine-Sulfamethoxazole để điều trị viêm họng do LCK^{5,12}

2.1. Phòng thấp tiên phát rất ưu việt vì:

1. Hiệu quả cao: 90% các đợt thấp đầu tiên được tránh khỏi nếu điều trị sớm viêm họng do liên cầu khuẩn bằng kháng sinh^{1,2,7}
2. Kinh tế: điều trị viêm họng do LCK dễ và rẻ hơn nhiều so với điều trị thấp tim, mở tim và phòng ngừa suốt đời²
3. Tiện lợi: viêm họng do liên cầu khuẩn chỉ cần chích 1 mũi Benzathine pénicilline hoặc uống 10 ngày Pénicilline V là đủ, không cần nằm bệnh viện hay tái khám. Bệnh nhân đỡ tốn tiền lui tới bệnh viện nhiều lần. Bệnh viện đỡ tốn công tốn của để tổ chức tái khám lâu dài²
4. Quan trọng nhất là giúp trẻ tránh được thấp và bệnh van tim hậu thấp, tức là khỏi bị tàn tật suốt đời²

2.2. Tính khả thi của chương trình phòng thấp tiên phát².

Chương trình phòng thấp thứ phát được áp dụng ở một số bệnh viện tỉnh và thành phố của nước ta từ năm 1976, nhưng chương trình phòng thấp tiên phát vẫn chưa được quan tâm và chưa được thực hiện như một chương trình quốc gia. Lý do có lẽ là sau một thời gian dài bị chiến tranh tàn phá, đất nước ta gặp nhiều khó khăn về mọi mặt, kinh tế còn yếu, mức sống nhân dân còn thấp, vệ sinh môi trường và cá nhân còn kém, số trẻ bị viêm họng do liên cầu quá nhiều. trong khi kinh phí dành cho y tế rất hạn chế, thiếu cán bộ y tế, thiếu thuốc men ...

Đến nay, năm 2002, tình hình đất nước ta đã đổi mới rất nhiều: nền kinh tế đang trên đà phát triển, mức sống nhân dân dần dần được cải thiện, kinh phí dành cho y tế nhiều hơn, giao lưu quốc tế ngày càng mở rộng, y cụ, thuốc men không còn thiếu thốn như trước nữa, mạng lưới y tế nhà nước và tư nhân tương đối rộng khắp xuống tận cấp xã phường, lực lượng cán bộ y tế, đặc biệt là các bác sĩ nhi khoa khá đông, có thể đủ sức khám, phát hiện, điều trị viêm họng do liên cầu, tức là đảm đang được chương trình phòng thấp tiên phát².

2.3. Biện pháp tổ chức thực hiện chương trình phòng thấp tiên phát.

Sau khi xét thấy khả thi, chúng ta nên sớm áp dụng chương trình phòng thấp tiên phát ở Việt Nam:

- ❖ Với quy mô lớn như một chương trình quốc gia
- ❖ Ở tất cả cơ sở y tế để tăng tính tiếp cận của chương trình, giúp nhân dân dễ dàng được khám và điều trị mỗi khi bị viêm họng do liên cầu
- ❖ Cho tất cả trẻ em Việt Nam từ 3 tuổi - 20 tuổi, đặc biệt là ở những trẻ có nguy cơ cao 5 - 15 tuổi, sống hoặc sinh hoạt chung dễ bị lây nhiễm liên cầu khuẩn, như học sinh ở trường, nhà trẻ, viện mồ côi ...²
- ❖ Các cơ sở y tế và cán bộ y tế nên mạnh dạn dùng Benzathine pénicilline để phòng thấp, vì tỷ lệ tai biến tuy có nhưng rất thấp^{1,2}, tỷ lệ sốc phản vệ do Pénicilline chỉ là 1/66.500 lần chích ở Viện Nhi Việt Nam và 1/94.655 lần chích ở Hoa Kỳ và sẽ không có tử vong do sốc Pénicilline nếu được chích ở những nơi có đầy đủ phương tiện cấp cứu^{1,2}.

Ngành dược nên sản xuất, cung cấp đủ và đưa Benzathine pénicilline, Pénicilline V, Erythromycine, Aspirine vào danh mục thuốc thiết yếu của tuyến y tế cơ sở để sẵn sàng sử dụng cho công tác phòng thấp².

- ❖ Khuyến khích sự phối hợp chặt chẽ giữa các cơ sở y tế trong cách tổ chức thực hiện chương trình phòng thấp và quản lý bệnh nhân².
- ❖ Lồng ghép chương trình phòng thấp tiên phát với các chương trình y tế khác trong nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu để dễ thực hiện và tăng hiệu quả của chương trình²

Tăng cường giáo dục y tế cho nhân dân để họ hiểu rõ về tác hại của thấp tim, nguyên nhân, cách điều trị, biện pháp phòng chống và kêu gọi họ hợp tác thực hiện chương trình phòng thấp tiên phát^{1,2}.

3. PHÒNG THẤP BẰNG PHƯƠNG PHÁP MIỄN DỊCH

Nhờ những tiến bộ trong lĩnh vực miễn dịch học và sinh học phân tử, nhờ biết rõ hơn về các kháng nguyên đặc hiệu của LCK BA, nhất là các M protein, ngày nay người ta đã nghiên cứu thành công và tạo ra được những Vaccin mang tính kháng nguyên gây miễn dịch chủ động, tạo kháng thể chống lại LCK BA. Trở ngại lớn nhất trong việc chế tạo thuốc chủng ngừa bệnh thấp là nguy cơ gây độc cho tế bào tim của thuốc chủng (tức là các kháng thể do chủng ngừa tạo ra cũng chống lại các tế bào trong tim của người) đã được khắc phục, vì người ta đã tinh chế được các chất giống như các M protein của LCK BA mà chỉ mang tính kháng nguyên đặc hiệu, tạo ra các kháng thể chống LCK, mà không gây tác hại cho tim người". Như vậy, trên lý thuyết người ta có thể phòng ngừa bệnh thấp bằng vaccin. Nhưng trong thực tế còn có một trở ngại nữa là có quá nhiều (trên 80) típ M protein của các chủng LCK và mỗi loại thuốc chủng chỉ đáp ứng cho 1 típ huyết thanh M protein thôi, cho nên phải tạo ra nhiều loại thuốc chủng khác nhau, làm cho giá thành lại

càng cao hơn nữa. Vì thế hiện nay các thuốc chủng chống LCK BA chưa được sử dụng trong công tác phòng ngừa bệnh thấp trong cộng đồng ^{1,2}.

4. NGỪA THẤP BẰNG BIỆN PHÁP GIÁO DỤC Y TẾ

Giáo dục y tế là biện pháp phòng bệnh lý tưởng nhất, đơn giản, không tốn kém, có hiệu quả cao, nhưng rất khó thực hiện. Muốn thành công, cần phải kiên trì tuyên truyền giáo dục rộng khắp trong toàn dân và phải có sự hỗ trợ các phương tiện thông tin đại chúng như báo chí, truyền thanh, truyền hình và cần sự hợp tác và hỗ trợ của nhiều cá nhân, đoàn thể xã hội, nhiều ngành như y tế, thông tin, giáo dục ... ²

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Angelo Taranta Milton Markowitz (1993). Rheumatic fever. Third edition. Kluwer academic publishers. Boston. USA. 1993. pp: 1-99
2. Hoàng Trọng Kim. 1995. Nghiên cứu bệnh thấp tim trẻ em và sách lược phòng chống. Luận án Phó tiến sĩ Khoa học y dược Tp. HCM 1995. pp : 1 - 128
3. James Todd. 1996. Rheumatic fever. Nelson Textbook of Pediatrics. 15th edition. WB Saunders company. pp: 754-760
4. James T. Cassidy Ross E. Petty. 1995. Rheumatic fever. Textbook of Pediatric Rheumatology. 3rd edition. pp: 315-521
5. Adnan S. Dajani. 1997. Rheumatic fever. Heart disease. A Textbook of Cardiovascular medicine. 5th edition. Edited by E. Braunwald. pp: 1769-1775
6. Edward Kaplan. 1998. Rheumatic fever. Harrison's principles of Internal medicine. 14th edition. United States Pharmacopeia Convention. Software by Peter Winer, Chris Meist and Fusion Software. Section 3. Chapter 236.
7. Warren Toews. 1994. Rheumatic fever and Rheumatic heart disease. International Symposium on RF / RHD organized by Friendship Bridge Colorado USA and Nhi dong I hospital. September 1994.
8. Porfirio Nordet. 1994. 40 years experience of RF/ RHD prevention (1954 - 1994). ISFC/WHO meeting on RF/RHD control. Geneva. September 1994
9. Hoàng Trọng Kim. 1995. Bệnh phong thấp. Nhi khoa chương trình sau đại học. Bộ môn Nhi. Trường Đại học y dược Tp. HCM. Nhà xuất bản Đà Nẵng. pp: 99 -116
10. Stanford T. Shulman. 1994. Streptococcal pharyngitis: Diagnostic considerations. Pediatric infectious diseases Journal. 1994: 13: 567-71
11. Applied Biotech Inc. 1994. Surestep TM Strep a test . For rapid detection of streptococcal Group A Antigen from throat Swabs. 1994.
12. Jerome O. Klein. 1994. Management of Streptococcal pharyngitis. Pediatric infectious diseases Journal. 1994:13:572-5.