

Đại dịch Covid-19 và Y tế Việt Nam¹

Phạm Duy Thoại
Berlin, Đức

Tóm tắt

Đại dịch Covid-19 đã gây một cuộc khủng hoảng toàn cầu và là một thử thách lớn khắp năm châu. Hiệu quả chống dịch của các quốc gia khác nhau, tùy thuộc sự đánh giá tình hình, yếu tố thời gian, sự quyết đoán, mức độ hưởng ứng của người dân và tiềm năng của hệ thống y tế. Quá trình chống dịch cũng làm lộ ra những mặt mạnh, những chỗ yếu và những rủi ro của mỗi hệ thống. Việt Nam đánh giá cao tầm nguy hại của đại dịch, hành động khẩn trương và có sự đồng tình của đông đảo dân chúng, đã kìm hãm dịch hiệu quả, khi số người nhiễm mới trong ngày còn ở mức thấp. Trong trường hợp dịch bệnh bùng nổ với vài trăm, thậm chí hàng ngàn mỗi ngày, hệ thống y tế sẽ khó chế ngự nổi. Thành công vì thế còn mong manh. Trong tình hình virus biến thể lây lan rất nhanh, số người nhiễm bùng phát tại các nước láng giềng và khoa học đã thành công trong việc phát minh ra các vaccine hiệu quả chúng ta phải nhanh chóng chủ động phòng chống dịch qua tiêm chủng rộng khắp. Song song với việc cập nhật và các biện pháp chống dịch cấp thời, tiềm lực của hệ thống y tế cần được tăng cường để có thể ứng phó với thử thách lớn hơn, tránh được những thiệt hại nghiêm trọng cho con người và

¹Bài này là bản tu chỉnh, bổ sung của một chương trong sách *Việt Nam Hôm nay và Ngày mai*, Trần Văn Thọ và Nguyễn Xuân Xanh chủ biên, Nhà xuất bản Đà Nẵng và Đại học Hoa Sen phát hành, tháng 4 năm 2021. *Thời Đại Mới* và tác giả xin cảm ơn hai anh Trần Văn Thọ, Nguyễn Xuân Xanh và nhà xuất bản đã cho phép đăng lại ở đây.

Tác giả cũng xin cảm ơn GS Nguyễn Sĩ Huyền (Helmstedt-Đức) đã đọc bản thảo và bổ túc phần bệnh lý Covid-19.

cho đời sống kinh tế xã hội. Cao trào chống dịch cũng là cơ hội để tạo một cú hích, khắc phục nhanh và hiệu quả những chỗ yếu trong hệ thống y tế như tình trạng quá tải ở các BV tuyến cao, cải tiến chất lượng bệnh viện, nâng cao chuyên môn và hỗ trợ trang bị tại các cơ sở y tế địa phương. Đầu tư cho Y tế công cộng để sống an toàn với dịch bệnh cũng là để vừa tiết giảm nguồn lực xã hội vừa xây dựng nền móng vững vàng cho y tế.

Mở đầu

Đầu năm 2020 Việt Nam (VN) chuẩn bị Tết Canh Tý trong không khí đón xuân như mọi năm. Không mấy ai bận tâm đến nguy cơ dịch bệnh. Tình hình được chú ý bắt đầu từ 23.01.2020, khi hai cha con bệnh nhân người Trung Quốc (TQ) từ Vũ Hán được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy. Đây là hai ca đầu tiên viêm phổi bởi virus Corona chủng mới xuất hiện tại Việt Nam. Cùng ngày này ở TQ, lệnh phong tỏa Vũ Hán có hiệu lực. Năm ngày sau VN phát lệnh, Bộ Y tế (BYT) thành lập Đội cơ động phản ứng nhanh chống dịch. Đầu tháng hai ở Sài Gòn tình hình bắt đầu chuyển động, khẩu trang trở nên khan hiếm. Nhiều sân khấu, nhà hát đóng cửa, biểu diễn xiếc trả lại vé. Ngày khai trường của học sinh bị hoãn lại. Nguy cơ đại dịch đến Việt Nam trở thành hiện thực. Và tác nhân của đại dịch là một virus mà y khoa còn mù mờ!

I. Khởi đầu của đại dịch Covid-19

Ta hãy quay lại thời điểm giữa tháng 11.2019 tại miền trung TQ, ca đầu tiên bị viêm phổi khác thường của một bệnh nhân 55 tuổi ở Hồ Bắc đã được ghi nhận. Vài tuần sau số bệnh nhân lên 27 người. Đến 20.12. số người nhiễm được thông báo là 60. Nghi vấn bệnh do một chủng Corona mới được đặt ra². Ngày 30.12. BS Lý Văn Lượng thông báo trên mạng xã hội WeChat với đồng nghiệp về một nhóm 7 bệnh nhân viêm phổi mà ông nghĩ là bị SARS³. Tối cùng ngày sở y tế Vũ Hán thông báo trên mạng là mọi nhà thương ở thành phố có bệnh nhân suy hô hấp, liên quan đến chợ hải sản phải báo cáo. Ngày 31.12.2019 Trung tâm Kiểm soát Dự phòng Bệnh tật TQ (Centers for Disease Control and Prevention, CDC TQ) gửi một nhóm phản

² [China's first confirmed Covid-19 case traced back to November 17](#) (en). In: South China Morning Post, (Truy cập ngày 09.08.20).

³ BS Lượng không ngờ là một virus mới. Khuyến cáo các đồng nghiệp phải cẩn trọng và rồi chính ông đã bị lây nhiễm và tử vong vì virus này.

ứng nhanh đến Vũ Hán, đồng thời TQ chính thức thông báo cho văn phòng Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về bệnh viêm phổi lạ, có khả năng lây nhiễm đang diễn ra ở Vũ Hán. Số người nhiễm tăng vọt. Tin từ Vũ Hán dồn dập trên các phương tiện truyền thông. Dịch lan ra các thành phố khác ở TQ và vượt ranh giới quốc gia. Ngày 13.01.20 một phụ nữ TQ từ Vũ Hán đến Thái Lan được xác định nhiễm virus Corona chủng mới⁴. Rồi tại các quốc gia Á châu khác: Nhật 16.01., Nam Hàn 21.01. Cùng ngày CDC Mỹ thông báo ca đầu tiên ở Hoa Kỳ. Như thế từ khoảng giữa tháng giêng ta thấy đã có khả năng *truyền nhiễm từ người sang người*. Lây truyền thế nào, lúc nào, khoa học vẫn chưa biết. Tại Vũ Hán dân chúng đổ ra nhà ga và sân bay, di tản để tránh bệnh và kịp đi trước khi có lệnh phong tỏa có hiệu lực (23.01.2020). Cuối tháng giêng số người nhiễm hàng ngày vượt ngưỡng 1000 ca. Hình ảnh hoảng loạn tại các cơ sở cấp cứu tại bệnh viện và trong sinh hoạt xã hội được loan truyền. Tuần lễ sau đó WHO cảnh báo về “tình trạng khẩn cấp trên phạm vi quốc tế” (30.01.).

Bảng 1: Lịch trình và hoạt động cấp báo của WHO về phát triển đại dịch

31.12.19	Có bệnh viêm phổi lạ với nguy cơ lây nhiễm tại Vũ Hán
05.01.20	Cảnh báo đầu tiên
14.01.	Có khả năng lây nhiễm người sang người
20.01.	Báo động tình trạng khẩn cấp ở TQ (chưa là khẩn cấp toàn cầu)
30.01.	Báo động tình trạng khẩn cấp trên phạm vi quốc tế
24.02.	Dịch còn nằm trong tầm kiểm soát
11.03.	COVID-19 là đại dịch (pandemic)⁵

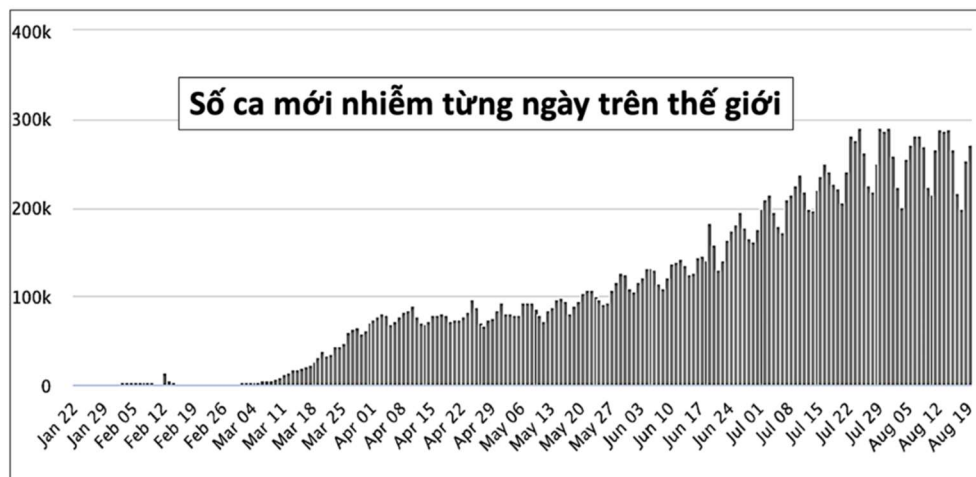
⁴ <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/01/thailand-finds-wuhan-novel-coronavirus-traveler-china>

⁵ Là đại dịch khi một căn bệnh lây lan khắp các quốc gia và lục địa. Một đại dịch không bị hạn chế tại địa phương và có thể có những khu vực không bị đại dịch lan đến. Cập nhật năm 2017 của WHO: Khi Tổng giám đốc WHO tuyên bố đại dịch có nghĩa là các nước phải thực hiện các biện pháp thích hợp, kích hoạt các kế hoạch khẩn cấp quốc gia.

1.1. Tình hình, quy mô đại dịch và một số hiểu biết cơ bản

Ta ghi mốc trung tuần tháng 8.2020 để sơ kết đại dịch. Trong thời gian ngắn hơn nửa năm đại dịch Covid-19 đã đạt nhiều kỷ lục: 22 triệu người trên thế giới được ghi nhận bị nhiễm. Số tử vong lên trên 700.000 người. Và dịch hàng ngày vẫn còn tiếp tục tăng gần 300.000 ca, chưa đến đỉnh (Hình 1). Mỹ, Á và Phi Châu đang thiệt hại nặng với các quốc gia có số ca nhiễm nhiều nhất. Tại nhiều nước ở Âu, Úc và Á Châu dịch sau khi được kìm hãm một thời gian nay lần sóng thứ hai bắt đầu hoành hành.

Hình 1: Biến chuyển đại dịch trên thế giới. Đến giữa tháng 8 vẫn còn tăng mỗi ngày gần 300.000 ca. Nguồn: Worldometer. Truy cập ngày 20.08.2020



1.2. Những hiểu biết còn giới hạn và những con số của những ẩn số

Ta làm quen với những thống kê cùng những số liệu dịch tễ như tỷ lệ bệnh trong cộng đồng (prevalence), số ca bệnh có thêm trong đơn vị thời gian (incidence), tử số (mortality) hay chỉ số lây nhiễm (Ro). Ta cũng có thể theo dõi số liệu về người nhiễm, người chết mỗi ngày trực tuyến. Thực ra khi dịch đang phát triển những con số đưa ra tuy “thời sự” nhưng chỉ nói lên một phần của số thực, hiện đang là những ẩn số: Khi phổ biến con số người nhiễm thì số người nhiễm đã khác, vì bệnh nhân đã qua thời gian ủ bệnh cộng với thời

gian lúc phát hiện, phát bệnh hay đã được xét nghiệm. Thêm vào đó, số người nhiễm thật chỉ đúng khi ta kiểm soát và xét nghiệm được toàn bộ dân sống trong vùng. Điều này chỉ có thể thực hiện với những trường hợp rất đặc biệt ở phạm vi nhỏ hay trong các nghiên cứu dịch tễ. Số người nhiễm thực sự có thể cao gấp nhiều lần hơn số được thông báo. Để đánh giá tình hình lây lan vì thế cần biết chuyển biến trong nhiều ngày. Nếu đã không biết đúng số người nhiễm thì tỷ lệ bệnh và tử số tất nhiên không thể chính xác. Cũng có khác biệt về định nghĩa thế nào là người đã nhiễm hay tử vong liên quan đến Covid-19. Khi khả năng xét nghiệm trong hoàn cảnh thiếu thiết bị hay khủng hoảng, người ta không thể xét hết được. Số người nhiễm được ghi nhận ít hơn số nhiễm thật rất nhiều. Ngoài ra, cách định nghĩa có lúc không thống nhất: Khi chỉ cần có triệu chứng thì đã được đếm là người đã nhiễm bệnh như thời gian giữa tháng 2 tại TQ. Số người nhiễm mới trong ngày từ 2000 lên trên 15.000. Cuối tháng 3 số người dù xét dương tính nhưng không có triệu chứng thì lại không được tính vào con số người nhiễm bệnh.

Thời gian qua khoa học đã hiểu biết thêm về virus cũng như bệnh lý của Covid-19. Nhưng nhiều vấn đề cơ bản vẫn chưa có lời giải.

1.3. SARS-Cov-2 và Covid-19

1.3.1. Cấu trúc virus và bệnh lý

Những hiểu biết về SARS-Cov-2 cũng như về đại dịch Covid-19 được phổ biến với tốc độ nhanh chưa từng có trong lịch sử y khoa. Nhiều đánh giá về virus đã thay đổi sau thời gian ngắn, thậm chí có khi ngược lại với những suy nghĩ ban đầu. Ở Vũ Hán khi các BS gặp những ca bệnh đầu tiên họ nghĩ đến SARS vì bệnh nhân có những triệu chứng lâm sàng tương tự. Khi phân tích RNA thì phát hiện ra virus Corona khác. Genom của virus được các chuyên gia thuộc ĐH Phục Đán, Thượng Hải giải mã rất sớm và được phổ biến tại Gen Bank của NCBI (National Center for Biotechnology Information). Một loạt các câu hỏi được đặt ra như tại sao người bị nhiễm phát bệnh khác nhau: Khi có người nhiễm mà không biết, có người vốn bệnh nặng thì khỏi, cũng có khi trai tráng lại tử vong. Khả năng miễn nhiễm cũng là một câu hỏi chưa có câu trả lời dứt khoát.

Gia đình virus Corona vốn đã tồn tại từ rất lâu. Trên người virus Corona chủng cũ gây bệnh hô hấp như một loại cảm nhẹ. Qua đại dịch 2002-2003 ta biết đến SARS-CoV (cũng được gọi là SARS-CoV-1) gây viêm phổi cấp tính với độc tính cao hơn. SARS-CoV-2

của đại dịch hiện nay là chủng thứ bảy thuộc vào họ Betacoronavirus với trình tự gen là một chuỗi RNA gồm khoảng 30.000 phân tử nucleotide, có nhiều tương đồng với virus SARS-CoV-1 và MERS-CoV. Qua phân tích cấu trúc phân tử của SARS-CoV-2 giới chuyên môn biết các “gai” glycoprotein-S cũng có khả năng kết hợp với thụ thể ACE2 (Angiotensin-converting enzyme 2) trên màng tế bào vật chủ như ổ và chìa khoá. Sau khi kết hợp, một chất men xúc tác glycoprotein của virus thành protein xuyên màng, nhờ vậy virus xâm nhập vào tế bào để “sinh sôi”. Chất men này có ở mọi cơ quan. Bản thân ACE2 cũng là một enzym trong phản ứng sinh học thủy phân các liên kết peptide trong hệ thống Renin-Angiotensin-Aldosteron điều chỉnh huyết áp. Ngoài phổi, ACE2 còn có ở các tế bào nội mô của thành mạch máu tim, thận và tạng ruột. Sau khi nhiễm, virus lan toả qua đường máu gây viêm nội mô, dẫn đến phản ứng thái quá của hệ miễn dịch, gia tăng kích hoạt đông máu làm thuyên tắc mạch. Khảo sát mô học cho thấy tổn thương phế nang chủ yếu do sự thuyên tắc mao mạch, gây xơ hóa nhu mô phổi dẫn đến tử vong. SARS-CoV-2 đồng thời cũng có thể qua đường máu xâm nhập và gây tổn thương nội mạc những cơ quan khác như hệ tim mạch, thần kinh, thận, đường ruột (như nhồi máu mạc treo ruột, một nguyên nhân tử vong cũng thường gặp ở COVID-19).

Đây là lý do giải thích tại sao nhiễm Covid-19 có trường hợp tử vong không chỉ vì viêm phổi mà vì các bệnh nền làm suy tim, thận, gan hay suy đa tạng (Varga).

1.3.2. Tiến hoá của SARS-CoV-2

Sự đột biến là những thay đổi cấu trúc di truyền của virus vì bị hư hại khi sinh sôi hay tiến hoá để thích ứng với điều kiện mới nhằm tiếp tục tồn tại và lây lan. Đến nay SARS-CoV-2 tiến hóa tương đối chậm. Lythgoe phân tích các mẫu xét nghiệm di truyền từ hai địa điểm của Anh Quốc thấy SARS-CoV-2 thay đổi theo hoàn cảnh địa lý. Qua phân tích trình tự gen với những tiến hoá của virus người ta có thể lập “gia phả” (phylogenetic) của virus để theo dõi hay truy tìm nguồn gốc một ổ dịch. Nhiều đột biến ngầm không có hậu quả vì chúng không làm thay đổi trình tự axit amin của protein. Nhưng cũng có những đột biến ảnh hưởng đến khả năng lây bệnh (infectivity) hay độc lực (virulence) của virus. Nhóm nghiên cứu Korber nhận thấy những đột biến của SARS-CoV-2 đến nay có tăng sức lây nhưng không tăng độc lực.

1.3.3. Lây truyền

Ngay trong thời gian ủ bệnh, thường từ 3-5 ngày, cũng có khi đến 14 ngày (vì thể cách ly 2 tuần), người nhiễm có thể lây tiếp dù chưa có triệu chứng. Theo Endo (2020) một đặc điểm lây bệnh Covid-19 là sự lây lan không đồng đều: 80% người bị lây là do 10% người đã nhiễm lây sang. Nói cách khác đa số những người đã bị nhiễm không nhất thiết sẽ truyền bệnh tiếp, trong khi có một số ít lại lây truyền cho nhiều người. Đây là một hiện tượng ta đã biết đến trong đại dịch SARS 2002/2003. Điều này cho thấy cần phát hiện những bệnh nhân “siêu lây nhiễm” hay những ổ nhiễm. Trong đại dịch SARS cuối năm 2002 đến hè 2003 một trường hợp “siêu lây nhiễm” nổi tiếng là một thương gia, dù đã nhuốm bệnh vẫn từ Quảng Châu đến Hồng Kông để ăn cưới. Trong vòng 24 tiếng đồng hồ bệnh nhân này lây truyền cho 12 người cùng khách sạn và những người này lây tiếp ở Hồng Kông, sang Việt Nam, châu Âu, Canada, và Mỹ. WHO tính là từ bệnh nhân siêu lây nhiễm này đã có khoảng 4000 người bị nhiễm.

Ta thấy Covid-19 lây rất nhanh trong hoàn cảnh có điều kiện thích hợp. Một số khảo sát trong phòng thí nghiệm và các trường hợp lây lan trong phòng tập hát, các lò mổ thịt ở Mỹ và Đức cho thấy sự truyền bệnh không những qua những hạt bắn khi ho hay hắt hơi, mà hơi nước chứa virus có thể tồn tại lơ lửng trong không khí nhiều tiếng đồng hồ, nhất là trong phòng chật không thoáng, phòng lạnh thiếu không khí sạch.

1.4. Triệu chứng và chẩn đoán lâm sàng

Trên các mẫu xét nghiệm khác nhau từ người mới nhiễm bệnh Hou tìm thấy những “ổ khuẩn” nhiều ở phần trên đường hô hấp và ít dần tại phổi và phế nang. Sau thời gian ủ bệnh, nếu phát bệnh, triệu chứng thường gặp nhất là sốt nhẹ và ho. Nhiều bệnh nhân đột ngột mất khứu/vị giác, nhưng sau đó có thể phục hồi hoàn toàn. Chỉ trong giai đoạn đầu virus mới có thể được xác định qua xét nghiệm PCR khi lấy mẫu từ hốc mũi hay cổ. Sang tuần lễ thứ hai bệnh lan xuống phổi và bắt đầu gây xuy xụp chức năng hô hấp. Xét nghiệm PCR lấy mẫu ở vòm họng trong thời gian này vì thế có thể âm tính sai. CT cắt lớp cho thấy hình ảnh phổi rất đặc thù, qua đó có thể xác định được Covid-19 dù xét nghiệm PCR âm tính (Ai).

1.5. Xét nghiệm

1.5.1. Âm tính sai và dương tính sai

Các xét nghiệm được thẩm định -trong điều kiện phòng thí nghiệm- qua độ nhạy và độ chuyên biệt (đặc hiệu, specificity). Với *độ nhạy* là 99% có nghĩa phát hiện ra 99 ca dương tính và 1 ca tuy có virus mà kết quả vẫn âm tính (âm tính sai). *Độ chuyên biệt* là mức độ đúng bệnh đang tìm là bao nhiêu. Với độ chuyên biệt 95% thì trong 100 ca có 5 ca dù không phải đúng virus đang tìm mà vẫn có kết quả dương tính (dương tính sai).

1.5.2. **Xét nghiệm sinh học phân tử RT-PCT** nhằm xác định có RNA của virus hay không, được dùng trong giai đoạn nghi nhiễm, mới nhiễm khi chưa phát bệnh hay mới có triệu chứng nhẹ. Nhóm nghiên cứu Vogels (2020) phân tích 9 xét nghiệm PCR thường dùng của Mỹ, TQ, Hongkong, và Đức thì thấy cả 9 đều có thể phát hiện được SARS Co-V-2. Nhưng hiệu suất thì phụ thuộc vào mục tiêu tìm là những thành phần của virus (một đoạn RNA hay những proteine đặc thù của virus) và nồng độ của các mẫu xét nghiệm. Âm tính sai cũng có thể do kỹ thuật lấy mẫu hay lúc chuyên chở có sai sót. Cho nên âm tính mà có triệu chứng thì cần xét nghiệm lại lần thứ hai. Arevalo-Rodriguez (2020) thấy trong 5 báo cáo được phổ biến với 957 ca âm tính có đến 29% âm tính sai.

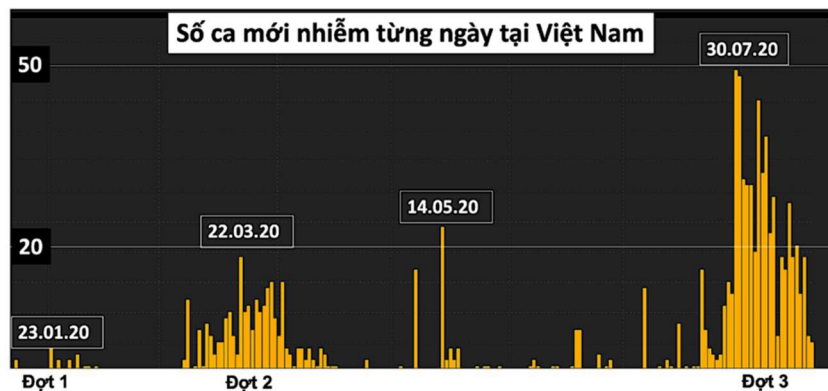
1.5.3. **Xét nghiệm kháng thể trong máu (huyết thanh)** có mục đích là xem người khám đã từng bị nhiễm hay bị bệnh chưa. Xét nghiệm này có thể tiến hành nhanh và cơ động. Khi mắc bệnh, khoảng 20 virus proteine thúc đẩy hệ thống miễn dịch và sau nhiều ngày cơ thể mới tạo được kháng thể. Người mới bị lây tuy virus đã xâm nhập đường hô hấp nhưng cơ thể chưa có kháng thể, nên xét nghiệm sẽ âm tính. Deeks (2020) chỉ ra rằng trong tuần lễ đầu những người đã nhiễm và ngay khi đã có triệu chứng chỉ khoảng 30% dương tính. Nhưng tỉ số này tăng dần đến tuần thứ tư thì 96% dương tính. Tuy nhiên nếu người bệnh đã từng nhiễm các virus Corona khác thì xét nghiệm có thể dương tính sai vì phản ứng chéo.

II. Đại dịch Covid-19 ở VN

1. Tình hình dịch Covid-19 ở VN

Các trường hợp xét nghiệm dương tính tại VN được phổ biến theo số thứ tự, kèm theo tuổi, giới tính, chỗ ở, tình trạng bệnh đã khỏi hay đang được điều trị và quốc tịch. Những thông tin này được cập nhật trên trang mạng chính thức của Bộ Y tế. Từ 23.01.20, trong đợt đầu, số người nhiễm hàng ngày dưới 5 ca. Đợt 2 từ tháng 3 số người nhiễm mới mỗi ngày cao gấp ba lần, nhưng vẫn dưới ngưỡng 20. Sau đợt này, suốt ba tháng VN không có ca nhiễm mới trong cộng đồng. Làn sóng thứ ba xuất phát từ Đà Nẵng bắt đầu với bệnh nhân số 416 vào khoảng trung tuần tháng 7, đạt đỉnh là 50 ca mới vào ngày 30.07.20 (Hình 2). So sánh 3 đợt ta thấy mức độ đợt sau tăng gấp 2-3 lần so với đợt trước. Tính đến 20.8. VN có 1007 ca được xét nghiệm dương tính và 25 người tử vong, đánh dấu một giai đoạn mới của đại dịch.

Hình 2: Số ca nhiễm hàng ngày ở VN từ cuối tháng Giêng đến 19.08.2020: Đợt 1 bắt đầu từ 23.01.20 dưới 5 ca mỗi ngày. Đợt 2 bắt đầu từ 04.03. đến giữa tháng 4, dưới 20 ca mỗi ngày. Thời gian tiếp theo là những ca từ nước ngoài về. Đợt 3 bắt đầu tại Đà Nẵng vào trung tuần tháng 7 đến 30.07. Số ca mới trong ngày dưới 50. Nguồn: ĐH Johns Hopkins, truy cập ngày 20.08.2020



2. Chiến lược phòng chống dịch ở VN

Nguyên tắc chống dịch là: khoanh vùng, truy vết, cách ly. Nếu kiểm soát được, qua cách ly người bệnh, dịch không có điều kiện lây thêm sẽ tự thoái trào. Ta có thể dập tắt được ổ dịch. Đó là những biện pháp khi dịch chưa phát triển nhiều và rộng. Khi không kiểm

soát được các đường dây lây nhiễm thì phải phong tỏa rộng hơn. Cách phong tỏa toàn diện như Vũ Hán là trường hợp ngoại lệ, khi dịch hoàn toàn không còn kiểm soát được nữa. Xã hội bị tê liệt với những hậu quả nghiêm trọng về mọi mặt. Những yếu tố quyết định hiệu quả trong mặt trận phòng chống dịch là: Sự đánh giá đúng về mức độ lây và nguy hiểm của dịch, sức thuyết phục của nhóm chỉ đạo, tính triệt để của biện pháp truy vết và cách ly, thái độ và sự cộng tác của người dân. Song song vào đó là khả năng của hệ thống y tế.

Chủ quan đánh giá thấp trong giai đoạn đầu là sơ hở chung của các nước châu Âu, kể cả Đức. Mãi đến đầu tháng 3 giới lãnh đạo và đa số các chuyên gia cũng như tâm lý quần chúng vẫn còn nghĩ dịch Vũ Hán chỉ thao túng ở châu Á. Khi đại dịch bùng nổ ở Bắc Ý với cảnh hoảng loạn mất kiểm soát như một Vũ Hán thứ hai trên một vùng đất vốn giàu nhất nước Ý, tại một bệnh viện hiện đại có 45 giường chăm sóc tích cực và nhất là khi hàng hàng xe vận tải quân đội chở xác bệnh nhân, châu Âu mới bừng tỉnh. Nhiều nước chợt thấy mình không có đủ trong tay những vũ khí đơn giản nhất như khẩu trang và các trang bị y tế cơ bản khác! Mạng lưới y tế công cộng lỏng lẻo, thiếu nhân sự, phương pháp chống dịch nhiều nơi bất nhất. Các guồng máy y tế lộ trần những yếu kém của mình. Dịch tràn vào châu Âu như vào chỗ không người chống đỡ!

Việt Nam chống dịch Covid-19 phải nói là có một số thuận lợi. Qua đại dịch SARS năm 2003 mà VN là một trong năm quốc gia bị nặng nhất ngoài TQ với 65 người nhiễm và 6 bị tử vong. VN cảnh giác và đã rút được kinh nghiệm. Các tổ chức quốc tế như WHO, CDC Mỹ, cơ quan Hợp tác Quốc tế Nhật Bản (JICA) v.v... đồng hành và hỗ trợ VN một cách tích cực ngay từ đầu. VN công khai chiến lược chống dịch của mình trên các phương tiện truyền thông. Khi Corona chủng mới xuất hiện ở TQ, VN có thời gian chuẩn bị và chỉ phải đương đầu với ít ca nhiễm, sớm nhận ra những lỗ hổng về thiết bị y tế cấp cứu. Khẩu trang, găng tay y tế, trang phục bảo hộ, thuốc khử trùng v.v... trở thành những mặt hàng thiếu hiếm khắp thế giới! VN đã kịp thực hiện sản xuất nội địa để đáp ứng nhu cầu cần thiết, kể cả các mặt hàng cao cấp hơn như các dụng cụ cho phòng thí nghiệm và sinh phẩm cho các cơ sở xét nghiệm. Các bộ xét nghiệm của VN có phẩm định CE (European Conformity) và CFS (Certificate of Free Sale) được WHO liệt kê vào danh sách để sử dụng khẩn cấp. Trong thời gian ngắn số cơ sở xét nghiệm PCR từ 3 tăng lên đến nay 71, với công suất tối đa 34.000 mẫu/ngày. Bộ Y tế

khẳng định, để xét nghiệm kháng thể, sinh phẩm xét nghiệm nhanh của Việt Nam hoàn toàn có thể thay thế các loại sinh phẩm tương tự của nước ngoài. Đến giữa tháng 8 VN đã làm trên 800.000 xét nghiệm PCR. Máy trợ thở là mặt hàng khan hiếm trong đại dịch khắp nơi. VN cũng đã ưu tiên cho đi vào sản xuất.

Ngay từ đầu tháng 02.20 Ban Chỉ đạo Quốc gia phòng chống dịch đã nhanh chóng khởi động hệ thống ứng phó để giám sát, phòng ngừa, cách ly và kiểm soát dịch. Cuối tháng 3 tình hình nghiêm trọng hơn, VN đã vận động toàn sức lực lượng y tế, công an, quân đội và dân sự vào trận. Hai đặc điểm của chiến lược chống dịch của VN là khởi động truy vết nhanh và quyết liệt. Thứ hai là cách ly tại những cơ sở tập trung để tránh lây nhiễm vào cộng đồng. Tháng tư VN cũng đã áp dụng giãn cách xã hội hai tuần một cách giới hạn, không để kinh tế bị bóp nghẹt hoàn toàn. Cuối tháng 7 phương cách dập ổ dịch ở Đà Nẵng cho thấy VN chống dịch mãnh liệt hơn khi hàng nghìn cán bộ y tế cũng như thiết bị cần thiết từ Hà Nội và TP HCM được đưa vào tiếp viện Đà Nẵng. VN cũng đã đưa ứng dụng công nghệ thông tin vào cuộc. Bộ Thông tin và Truyền thông cho biết đến ngày 20.08. có 20 triệu điện thoại di động đã tải Bluezone, một ứng dụng truy vết Covid-19. Trong kế hoạch phong tỏa thành phố đã có sự cân nhắc để giới hạn những ảnh hưởng tiêu cực về kinh tế và xã hội. VN đến nay đã thành công trong việc tránh được dịch bùng nổ.

Đại dịch trên thế giới còn tăng và ở nhiều nước dịch đang phát triển dữ dội hơn VN rất nhiều như tại Phi Luật Tân với 6000 ca mới hay Nam Dương với 2500 ca mới mỗi ngày. Đại dịch vì thế vẫn còn là nguy cơ cho VN. Khi số người nhiễm hàng ngày cao hơn, mức độ cấp cứu các ca bệnh nặng cũng sẽ vượt mức độ cũ. Đây là thử thách cho y tế VN trước mắt và lâu dài.

III. Y tế VN

1. Y tế công cộng trong hệ thống y tế

Hệ thống y tế bao gồm lực lượng y tế, các bệnh viện và cơ sở y tế. Sự tương tác giữa cơ quan chính quyền, nhân viên y tế và người bệnh được chi phối bởi guồng máy quản lý và chi trả kinh phí. Một bộ phận quan trọng trong hệ thống y tế là Y tế công cộng. Khi vấn đề sức khỏe cộng đồng bị đe dọa như lúc dịch bệnh hiện nay Y tế công cộng trở thành lực lượng tiên phong với hiểu biết khoa học và khả năng chuyên môn góp phần hướng dẫn và giải quyết những vấn

đề dịch tễ, phòng chống và kiểm soát dịch bệnh. Các chuyên gia tham mưu bộ phận chỉ đạo chống dịch cùng đánh giá tình hình dịch bệnh, tổ chức xét nghiệm, đề xuất biện pháp ứng dụng nhằm truy vết đường lây nhiễm và lựa chọn những mức độ cách ly người nhiễm và giãn cách xã hội. Yếu tố để quyết định một biện pháp là quy mô lây lan, tình hình kiểm soát và sức chịu đựng của hệ thống y tế. Ngoài ra nghiên cứu khoa học các vấn đề liên quan đến dịch bệnh với những đặc thù tại nước mình cũng thuộc về chức năng của Y tế công cộng.

Trong chiến lược y tế dài hạn Y tế công cộng ngày nay được cả các quốc gia phát triển xem trọng. Hơn 50% của toàn bộ chi phí cho y tế là để chi trả cho 4 nhóm bệnh: Tim mạch, đường ruột, tâm lý và chỉnh hình. Đó là những căn bệnh có thể tránh bớt qua hoạt động y tế cộng đồng. Các nước châu Âu bỏ ra trung bình 2.5% GDP cho công tác dự phòng của Y tế công cộng. VN lại có cơ sở chuyên môn đào tạo Y tế công cộng như Trường Đại học chuyên về Y tế công cộng. Đây là một ưu điểm mà ngay các nước phát triển cũng không phải nơi nào cũng có. Ngoài ra tại các đại học tỉnh và thành phố cũng có phân khoa về Y tế công cộng. VN là nước đang phát triển, tiềm năng kinh tế còn yếu, khả năng và chi phí cho y tế còn giới hạn (Bảng 2), nên càng phải xử dụng nguồn lực một cách hợp lý. Mặt khác tuổi thọ trung bình người dân ngày càng cao, bệnh mãn tính ngày càng nhiều, chi phí cho y tế càng nặng thêm. Đầu tư vào Y tế công cộng chính là tiết giảm và xử dụng một cách hiệu quả chi phí cho y tế.

Bảng 2: So sánh chi phí bình quân đầu người (US\$) cho thấy VN thấp hơn mức trung bình ở ĐNA và rất thấp so với Mã Lai hay chưa đến 1/10 Singapore⁶

Quốc gia	Năm 2010	Năm 2020
Singapore	1785 US\$	3232 US\$
Mã lai	379	881
Thái Lan	185	408
Mức trung bình ĐNA	115	262
Việt Nam	85	232
Indonesia	79	201
Phi Luật Tân	80	138
Lào	48	103
Campuchia	47	85
Miến Điện	18	72

2. Lực lượng y tế

Ba thập kỷ qua, y tế VN đã vượt qua giai đoạn trong nước bao cấp, quốc tế viện trợ. Ngày nay y khoa VN đang hội nhập thế giới. Hệ thống y tế đang trong giai đoạn phát triển, từng bước cập nhật với các phương pháp khám chữa mới, sát với trình độ quốc tế. Các thành phố lớn có những bệnh viện nổi tiếng, có chuyên gia giỏi. Một thế hệ trẻ năng động toả ra nước ngoài, có dịp làm quen với y học hiện đại, khát khao học hỏi và tham gia hoạt động khoa học. Máy móc dụng cụ y khoa trong các BV thành phố được trang bị tốt. Nhưng về địa phương trình độ chuyên môn và trang bị chênh lệch hẳn.

Trong y tế vẫn còn những biểu hiện tiêu cực ảnh hưởng đến y đức, vốn là tính chất cao quý của người thầy thuốc. Phẩm chất này tuy đã được sàng lọc khi vào trường cũng như trong quá trình học tập và tiếp xúc với bệnh nhân. Nhưng khi làm việc độc lập cũng cần

⁶ Nguồn: Statista 2020. Số liệu từ WHO tích lũy trong thời gian 2000-2010, dự đoán thay đổi cho tới năm 2020

phải được chú ý xây dựng từ nhiều phía. Rèn luyện thường xuyên của mỗi người là tất yếu nhưng cũng cần có chế độ lương bổng và đãi ngộ xứng đáng. Đây là vấn đề mấu chốt vì thực tế ở VN hiện nay lương trả cho nhân viên y tế thấp không đảm bảo những nhu cầu tối thiểu của cuộc sống. Ngoài ra, điều kiện làm việc phù hợp, quy chế luật lệ rõ ràng và nghiêm minh cũng góp phần làm minh bạch các hoạt động y tế. Đó là những điều kiện để y đức được vun bồi để trở thành văn hoá. Về phía người bệnh, khi bảo hiểm y tế rộng khắp và hiệu lực, bệnh nhân đi khám chữa sẽ thoát được tâm lý “xin-cho”, xử dụng dịch vụ y tế như là quyền lợi của mình thì sẽ không thấy cần “bồi dưỡng” cho nhân viên y tế nữa. Chưa có được quan hệ này thì vẫn còn đất sống cho bất công và tham nhũng. Các hình thức “bôi trơn” của các công ty dược phẩm để thủ lợi khi kê toa thuốc, mua được phẩm hoặc thiết bị y tế, phải được xử lý nghiêm ngặt.

3. Bệnh viện Việt Nam (BVVN)

BVVN chủ yếu là BV công, bị quá tải trầm trọng. Để đỡ gánh nặng đã có những BV tư được phép hoạt động với nhiều ưu đãi. Tư nhân được khuyến khích đầu tư các dịch vụ y tế như thành lập các BV đa và chuyên khoa, mở các trung tâm y tế cao cấp, với khả năng kỹ thuật cao, có đầu tư lớn mà các BV công chưa có. Theo BHYT hiện nay có 275 bệnh viện tư và 32.000 phòng khám tư nhân, hầu hết nằm ở thành phố.

Các BV công được chia thành ba cấp trung ương (39); cấp tỉnh (492) và cấp huyện (645). Từ 2016 các BV công trung ương và cấp tỉnh hoạt động tự chủ, vận hành không phụ thuộc vào ngân sách nhà nước. Một bất cập lớn hiện nay là sự chênh lệch về trình độ chuyên môn của đội ngũ nhân viên y tế giữa các cấp bệnh viện, dẫn đến hiện tượng bệnh nhân dồn về tuyến trung ương để tìm kiếm dịch vụ điều trị tốt hơn dẫn đến quá tải cho các bệnh viện này. Quá tải bệnh viện là nguồn gốc dẫn đến những bất cập như: bệnh nhân phải chờ đợi lâu, nơi nằm điều trị chật chội, dịch vụ y tế không đáp ứng đủ. Một nhân viên y tế phải phục vụ quá nhiều bệnh nhân dẫn đến chất lượng phục vụ kém, xảy ra sai sót chuyên môn, thái độ cáu gắt v.v...

Ước tính hơn 50% tổng số lần khám chữa bệnh tại Việt Nam diễn ra ở các bệnh viện. Điều này khác với các nước phát triển là bệnh nhân chủ yếu đến các phòng mạch để khám chữa, khi cần thiết mới được chuyển tiếp đến BV. VN cũng có hệ thống y tế cơ sở đó là trạm y tế xã phường với mục đích khám và chữa bệnh ban đầu, tuy nhiên vì trình độ và thiết bị kém nên không đủ thuyết phục để

thu hút bệnh nhân khỏi đổ về BV, gây tình trạng quá tải ở các BV này. Ở VN 95% tổng chi của bảo hiểm y tế là dành cho BV. Bệnh viện vì thế là hình ảnh trực tiếp của hệ thống y tế VN.

Bảng 3: Chỉ số y tế VN (2018, Nguồn: WHO, Bộ y tế, phòng thống kê, BMI (Business Monitor International), Germany Trade&Invest
⁷. *Thống kê 2016, tăng dự đoán 3.8%/1 năm

Dân số (triệu)	94,6
Tuổi thọ trung bình	75,3
Số BS	75655*
Số BS trên 1000 dân	0,9
Số giường bệnh trên 1000 dân	2,8
Số giường chăm sóc tích cực (ICU)	3500
Chi phí bình quân đầu người (US \$)	149,4

Cuối năm 2016 Bộ Y tế đã đề ra “*Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện VN*”, một danh mục với 83 tiêu chí cụ thể có hiệu lực đối với các BV công và tư nhằm kiểm soát và xác định chất lượng theo 5 bậc⁸. Những tiêu chí này liên quan đến BV, người bệnh, nhân viên y tế và hoạt động chuyên môn. Rõ ràng có nhiều tiêu chí BV có thể tự làm nhanh như phong cách đón tiếp, chỉ dẫn và đối xử với bệnh nhân. Nhưng có nhiều tiêu chí như người bệnh mỗi người một giường hay thậm chí môi trường cảnh quan BV sạch xanh đẹp thì

⁷<https://www.gtai.de/gtai-de/trade/specials/special/vietnam/covid-19-gesundheitswesen-in-vietnam-235152>

⁸ 5 mức độ đánh giá chất lượng BV:

- Mức 1: Chất lượng kém
- Mức 2: Chất lượng trung bình (“đã thiết lập một số yếu tố đầu vào”).
- Mức 3: Chất lượng khá (“đã hoàn thiện đầy đủ các yếu tố đầu vào, có kết quả đầu ra”).
- Mức 4: Chất lượng tốt
- Mức 5: Chất lượng rất tốt

hắn còn liên quan đến những ràng buộc khác do phần lớn các bệnh viện công nằm ở vị trí trung tâm, được xây dựng từ hàng chục thậm chí hàng trăm năm, diện tích chật chội, thiết kế lạc hậu, khó mở rộng và cải tạo để đáp ứng với những tiêu chí đổi mới trong y tế cũng như số lượng bệnh nhân ngày càng tăng lên. Đánh giá chất lượng của Sở Y tế TP Hồ Chí Minh cuối năm 2019 cho thấy trên số 110 BV có 20 BV đạt bậc 4 (tốt), 80% đạt mức độ trung bình từ 3 trở lên⁹.

4. Bảo hiểm y tế (BHYT)

Từ những năm 90 VN đã xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế (BHYT). Người có công ăn việc làm, nhân viên, cán bộ của các cơ sở công được hưởng BHYT. Chi phí y tế cho người có công lao, sĩ quan, cán bộ, trẻ nhỏ do nhà nước trả. Tùy vào tuyến khám và chữa bệnh, người có BHYT được hỗ trợ toàn bộ hoặc một phần. Sau nhiều năm hoạt động BHYT đã trở thành luật, có hiệu lực từ năm 2014.

Mô hình bảo hiểm y tế xã hội đã có trên thế giới từ hơn trăm năm qua. BHYT phủ càng đông dân chúng, chất lượng càng tốt thì tình hình an sinh của người dân càng cao. Theo thông tin của cơ quan Bảo hiểm Xã hội, đến cuối năm 2019 số người có BHYT là 85 triệu, phủ 90% dân số. Trong mười năm qua chi phí BHYT chi trả tăng bốn lần, năm 2019 khoảng 4,5 tỷ USD (104.443 tỷ đồng). Vì tiền đóng bảo hiểm còn thấp nên khả năng chi trả của bảo hiểm còn giới hạn. Trong khi đó y khoa phát triển, người bệnh yêu cầu được tiếp cận và xử dụng thành quả y tế hiện đại, chi phí cho y tế không thể gánh hết. Từ đó yêu cầu phát triển y tế tư. Quy chế hoạt động cũng như sự phối hợp công tư vì thế cần minh bạch.

5. Tài chính: Cách chi trả các dịch vụ y tế

Cách chi trả các dịch vụ y tế ở VN thường là *theo giá*, nghĩa là cơ sở y tế làm gì, tốn những chi phí gì cho người bệnh thì cơ quan bảo hiểm hay tư nhân phải thanh toán theo giá quy định. Cách chi trả này vô tình khuyến khích các cơ sở y tế chỉ định nhiều dịch vụ hơn thật sự cần để thu được nhiều kinh phí, làm gia tăng lãng phí nguồn lực xã hội. Hiện nay VN đang thử cách chi trả theo *định xuất* cho các trường hợp ngoại trú. Định xuất là thanh toán của BHYT

⁹ <http://medinet.gov.vn/giam-doc-cac-benh-vMinhien-can-biet/ket-qua-danh-gia-chat-luong-benh-vien-thuoc-nganh-y-te-tphcm-nam-2019-so-y-te-h-c13465-22365.aspx>

theo mức độ được xác định trước cho một cơ sở y tế trong một thời gian nhất định. Cơ sở y tế không được phép thu thêm chi phí nào khác. Cách này tạo cho cơ sở y tế tính tự chủ, biết hạch toán chi thu. Cho các trường hợp nội trú trong BV, VN bắt đầu thử nghiệm mô hình của Thái Lan tại một số thí điểm bằng cách thanh toán theo *trường hợp bệnh DRG* (Diagnosis Related Groups). DRG là hệ thống khái niệm những „gói bệnh“ gồm tất cả các dịch vụ liên hệ với căn bệnh chính. Năm 1983 Mỹ sử dụng DRG để đánh giá chất lượng khám chữa trong các nhà thương hoặc để phân phối ngân sách. Nguyên tắc cơ bản của DRG là: Cùng công việc để khám chữa một mặt bệnh thì được trả cùng một số tiền. Khi xác định được nhu cầu y tế có bao nhiêu “gói bệnh” và nguồn thu có bao nhiêu thì có thể định giá được gói bệnh để không vượt ngân sách. Nhằm áp dụng DRG rộng khắp đầu tiên phải hoàn thành danh mục và mã hoá các bệnh. Hiện nay thống kê quốc tế về bệnh tật ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) của WHO rất phổ biến. Thêm vào đó phải áp dụng được công nghệ điện toán trong các bệnh viện. Cách thanh toán chi phí theo DRG ngày nay được áp dụng ở nhiều nước, được thay đổi phù hợp với hoàn cảnh mỗi nơi, cũng đã có nhiều kinh nghiệm và những hệ lụy của phương pháp chi trả này.

6. Câu chuyện nước Đức, BV Charité

Đầu thế kỷ 18 cũng là lúc dịch hạch nổ ra ở châu Âu, đang hoành hành ở Ba Lan và Thụy Điển làm hàng chục nghìn người thiệt mạng, đe dọa thành phố Berlin. Friedrich vua nước Phổ lập khu cách ly ở xa trung tâm để chống dịch. Chung quanh khu này đào hào để nội bắt xuất, ngoại bắt nhập. Rốt cuộc dịch không vào tới Berlin. Cơ sở thành trạm xá chữa thương binh, dần dần trở thành trại tế bần cho người nghèo khổ. 1827 nhà thương Charité ra đời từ chỗ này. 1883 Thủ tướng đầu tiên của Đức là Bismarck thành lập quỹ y tế xã hội. Nhà nước phong kiến Phổ sớm nhận ra là muốn thoát nghèo nàn phải có công nghiệp, muốn hết lạc hậu phải có khoa học nên đã tạo điều kiện cho học thuật cất cánh. ĐH Berlin được thành lập đầu thế kỷ XIX. Từ đây 29 nhà khoa học được giải Nobel, trong số đó nhiều người có công lao khai phá trong ngành y như Robert Koch (Vi trùng lao), Paul Ehrlich (Thuốc chữa hoa liễu, Huyết thanh), Emil von Behring (Thuốc chữa bạch hầu, Miễn dịch). Cuối thế kỷ XIX đầu thế kỷ XX Charité trở thành thánh địa của Y khoa. Từ Nhật BS Kitasato Shibasaburō cũng từng có mặt tại Berlin, là cộng sự viên gần gũi của Emil von Behring và Robert Koch.

Dưới thời Đức Quốc Xã nước Đức chảy máu chất xám vì giới tinh hoa gốc Do Thái sang định cư ở Mỹ. Chiến tranh chấm dứt nước Đức chia đôi. CHDC Đức đầu tư xây dựng Charité thành một BV hoành tráng, nằm ở thủ đô thuộc Đông Berlin. Y khoa Đông Đức cũng đã đào tạo được một số nhà khoa học tài năng, nhưng guồng máy y tế bị ảnh hưởng vì bao vây kinh tế và Chiến tranh Lạnh. 60% bệnh viện phía Đông được xây dựng vào đầu thế kỷ XX, ít được trùng tu và Đông Đức cũng không thoát khỏi nạn chung của các nước XHCN là tình trạng thiếu thiết bị và thuốc cao cấp. Tại Tây Đức sau chiến tranh, đến 1950 dân chúng vẫn còn phải dùng tem phiếu để mua nhu yếu phẩm. Với phát triển kinh tế cùng một thể hệ những bác sĩ được tu nghiệp trở về, lực lượng bác sĩ Tây Đức đã nhanh chóng bắt lại nhịp với các nước Tây Âu và Mỹ, thúc đẩy y khoa kịp theo đà tiến thế giới. Nhiều trung tâm giáo dục y khoa hiện đại được xây dựng, tiêu biểu là bệnh viện đại học (BVĐH) Klinikum Steglitz thuộc Đại học Tự do (Tây) Berlin. Vài năm sau thống nhất nước Đức, cũng tại Tây Berlin BV Rudolf-Virchow được trùng tu, là BVĐH thứ hai, để rồi vài năm sau đó hội nhập với BV Charité ở Đông Berlin. Sau gần 30 năm ổn định cơ sở, nhân viên, vượt được những khó khăn về nhiều mặt, nhất là về tài chính, ngày nay có thể tự chủ hoạt động, trở thành BV Charité thống nhất với trên 3000 giường bệnh, một nhà thương vững mạnh, lớn nhất châu Âu.

Từ tháng 1.2020, trước khi Corona bùng nổ ở Đức, BV Charité đã phát triển xong phương pháp xét nghiệm đầu tiên cho SARS-CoV-2¹⁰. Cuối tháng 3 mỗi ngày số người nhiễm Covid-19 ở Đức lên đến gần 6000 ca. Các BV Đức với 28.000 giường chăm sóc tích cực, trong thời gian ngắn tăng lên 40.000! Qua đại dịch hệ thống y tế Đức đã chứng tỏ là một chỗ dựa vững chắc cho xã hội.

Kết luận

Trong tình hình không thể triệt tiêu được đại dịch Covid-19, trước mắt chưa có thuốc men đặc hiệu để chữa chúng ta phải sống với virus của bệnh này. Và điều đó thật ra cũng không mới lạ vì ta đã và đang sống với nhiều virus khác như HIV, SARS hay cúm mùa v.v... Có loại ta có thể chủng ngừa, có loại vẫn âm ỉ trong cộng đồng,

¹⁰ <https://www.dzif.de/en/researchers-develop-first-diagnostic-test-novel-coronavirus-china>

ta phải biết cách không để lan rộng. Có loại mỗi năm mỗi mùa lại đến, có loại hầu như tự mất. Sau thời gian ngỡ ngàng, nay ta biết nhiều hơn về virus Corona chủng mới, ta biết cách xử lý phù hợp và hữu hiệu với điều kiện của mình, sao để tránh thiệt hại người và của, giảm ảnh hưởng tiêu cực đến đời sống kinh tế xã hội.

Đợt đại dịch Covid-19 đã là một thử thách cho mọi quốc gia, cho thấy khả năng chống dịch và thực lực y tế của mình. Nó cho ta biết những chỗ yếu, làm rõ những lỗ hổng mà bình thường ta không thấy. Đại dịch ở Việt Nam so sánh với các nước trên thế giới về số người nhiễm còn rất thấp. Công an, quân đội, nhân viên y tế, dân sự toàn lực vào trận, nhanh chóng và quyết liệt, cho nên ta đã thắng lợi. Nhưng thắng lợi còn mong manh vì y tế vốn đã quá tải trầm trọng. Trong những đợt dịch Covid-19 vừa qua, mỗi lần sau lại nặng hơn lần trước. Nếu những ca mới lên vài trăm hay hàng nghìn mỗi ngày thì rất nguy hiểm, nếu không có một nền y tế vững vàng hơn.

Vì dịch họa và bệnh truyền nhiễm cũng như các bệnh từ dinh dưỡng, môi trường, tai nạn các loại là những rủi ro thường xuyên và ngày càng nhiều, y tế cộng đồng cần được coi trọng song song với việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Bảo hiểm y tế nước ta phát triển chưa đến chục năm từ khi trở thành luật. Đây là một bước tiến quan trọng đỡ được gánh nặng cho phần lớn xã hội là những người nghèo. Mục đích của bảo hiểm y tế phải là: Không để những người bệnh có thể chữa được nhưng vì không có điều kiện tài chính mà không được chữa. Việt Nam có không ít bác sĩ giỏi, đa số nhân viên y tế tận tụy yêu nghề. Nhưng nền y tế của nước ta còn yếu. Hệ thống nhiều kê, guồng máy chuyên động nặng nề. Trong những đánh giá về chất lượng dịch vụ y tế hoặc về các bệnh viện trên thế giới Việt Nam còn ở mức thấp hay chưa được kể đến^{11,12}. Những hình ảnh như một giường hai người, hành lang lối đi chen chúc, cầu thang chật người ngồi đợi, chung quanh nhà thương chợ búa hàng quán ồn ào không phải là hiếm về bệnh viện ở Việt Nam. Để giải quyết vấn đề này cần nâng cấp trình độ chuyên môn và cơ sở vật chất, trang thiết bị cho hệ thống bệnh viện tuyến huyện, tuyến tỉnh tránh để tình trạng bệnh nhân phải vượt tuyến lên các bệnh viện trung ương, gây mất cân đối trong hệ thống y tế. Những chiến lược, tiêu chí cụ thể ta đã đề ra. Cao trào chống dịch cho thấy nếu tập trung

¹¹ <https://forbesvietnam.com.vn/tin-cap-nhat/viet-nam-o-dau-trong-bang-xep-hang-dich-vu-y-te-tot-nhat-2019-7544.html>

¹² <https://www.newsweek.com/best-hospitals-2019/top-specialized>

sức lực, gỡ bỏ ràng buộc, quyết liệt như chống dịch, ta có thể tạo được một cú hích nhằm cải tiến hiệu quả cho nền y tế Việt Nam.

Cập nhật 31.05.2021

Tình hình đại dịch

Trong mười tháng qua kể từ mốc trung tuần tháng 8.2020 (để kịp theo hạn lịch in sách Việt Nam Hôm nay và Ngày mai) đại dịch đã lây nhiễm tất cả từ 22 triệu nay là 170 triệu người *trên thế giới* với trên 3,5 triệu tử vong. Sau khi đạt đỉnh với 900.000 ca mới mỗi ngày vào cuối tháng 04.2021, số ca đang xuống còn một nửa. Hiện nay Hoa Kỳ, Ấn Độ và Ba Tây là ba nước dẫn đầu về số người nhiễm.

Giữa đợt cao điểm của dịch vào tháng 12.2020 vaccine chống dịch đã được xét nghiệm thành công, bắt đầu một giai đoạn mới là ta có thể tích cực chủ động phòng chống dịch, mở ra triển vọng có thể đẩy lùi và chế ngự hẳn được đại dịch. Trong khi ở Hoa Kỳ, Anh Quốc và Liên minh Châu Âu tiêm chủng chống Covid-19 dần đang phát huy tác dụng và đại dịch đang thoái trào. Tình hình ở Ấn Độ, Ba Tây cũng như các nước châu Á trở nên phức tạp vì số ca nhiễm mới hàng ngày đang lên cao.

Tại Việt Nam đến nay có tất cả 7168 ca nhiễm và 41 người tử vong (31.05.2021). Trong đợt này số người nhiễm mới mỗi ngày vượt ngưỡng 200 ca. Đợt mới từ cuối tháng 4 đến nay số người nhiễm trong ngày cao chưa từng có (Hình 3). Theo Bộ trưởng Y tế Nguyễn Thanh Long những biến thể mới từ Anh và nhất là Ấn Độ và cả biến thể tại Việt Nam đã được phát hiện, là những biến thể có khả năng lây lan rất nhanh¹³. Số lây nhiễm, ổ dịch và mầm dịch trong cộng đồng, trong các khu cách ly ở nhiều tỉnh, nhất là các khu công nghiệp và trong các bệnh viện cho thấy tình hình rất nghiêm trọng. Chống đại dịch lần này là một thử thách lớn cho nước ta đặc biệt khi các nước chung quanh như Lào, Campuchia, Thái Lan cũng như

¹³ Từ tháng 09.2020 đến nay có đến 12.000 biến thể đã được ghi nhận. Các *biến thể đáng quan ngại* (variants of concern, VOC) được gọi tên từ các quốc gia mà chúng được tìm thấy lần đầu tiên: B.1.1.7 ở Anh, B.1.351 ở Nam Phi, P.1 ở Ba Tây và B.1.617 ở Ấn Độ. Biến thể Ấn Độ đã lan ra nhiều quốc gia trên khắp thế giới và chiếm một tỷ lệ lớn trong số các biến thể được tìm thấy.

cũng như Mã Lai, Phi Luật Tân hay Nam Dương đại dịch đang hoành hành, nhiều nơi với hàng ngàn ca mới trong một ngày.

Hình 3: Số ca nhiễm mới hàng ngày tại Việt Nam đến cuối tháng 05.2021. Mỗi đợt mới số người nhiễm càng cao hơn đợt trước. Nguồn: ĐH Johns Hopkins, truy cập ngày 31.05.2021



1.5.4. Xét nghiệm nhanh kháng nguyên (Test nhanh)

Test nhanh kháng nguyên hiện rất phổ biến. Test có thể phát hiện nhanh chóng một kháng nguyên là các protein đặc hiệu của Sars-CoV-2, cách làm đơn giản và cho kết quả tại chỗ. Tiêu chí test nhanh được chuẩn xác bằng xét nghiệm PCR: Ít nhất 80% mẫu đã dương tính qua PCR cũng phải dương tính trong test nhanh. Có khoảng 200 test khác nhau với độ nhạy từ 88,9 đến 98,7 % và độ đặc hiệu là 97-100 % theo thông tin của các nhà sản xuất. Cũng như xét nghiệm PCR, mẫu để làm test nhanh được lấy từ mũi và họng để xét nghiệm. Test nhanh có thể dùng rộng rãi tại trường học, cho các nhóm đông, ngoài đường phố trước các cửa hàng hay khu dân cư v.v. để sàng lọc và phát hiện những người bị nhiễm mà không biết. Tuy nhiên, độ tin cậy trên thực tế thấp hơn nhiều¹⁴. Khi test những người đã bị nhiễm mà không triệu chứng chỉ phát hiện được 50-60%, tức là âm tính sai gần một nửa! Người bị nhiễm có triệu chứng, nếu được test trong vòng một tuần kể từ khi phát bệnh, sẽ dương tính cao hơn, khoảng 78%. Như thế gần một phần tư những người này đã nhiễm vẫn âm tính. Dù vậy khi test nhanh dương tính thì khả năng đã bị nhiễm rất

¹⁴ Thông tin Báo chí Dược phẩm Đức: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/in-der-praxis-deutlich-unzuverlaessiger-als-auf-dem-papier-123017/>

cao, cần làm PCR để xác định. Dương tính sai, tức là dù không bị nhiễm mà test dương tính, chỉ nằm ở khoảng 1-2% (Dinnes, Ostermann)

1.6. Thuốc chủng và chiến dịch tiêm chủng

Với thuốc chủng ta có trong tay một vũ khí để phòng chống dịch một cách tích cực và hiệu quả hơn. Có hàng trăm vaccine các loại đang được nghiên cứu hay thử nghiệm. Thông thường được liệu mới phải trải qua tối thiểu 3 giai đoạn thử nghiệm lâm sàng: 1. Thử nhóm nhỏ trên người khỏe xem có chịu thuốc không. 2. Thử nhóm nhỏ trên người bệnh xem có hiệu quả không và 3. Thử nhóm lớn trên người bệnh. Nếu lợi hơn hại thì có thể được phê duyệt, dùng trên diện rộng và được theo dõi lâm sàng tiếp tục. 4. Tối ưu hoá liều lượng.

Với tốc độ đáng ngạc nhiên là chưa đến 1 năm khoa học đã phát triển và thử nghiệm thành công một loạt vaccine với hiệu quả rất cao, có thể giảm rủi ro nhiễm bệnh từ 60% đến trên 90%. Thông thường vaccine phòng cúm mùa có hiệu quả khoảng 60% đối với người khỏe mạnh và ít hơn nữa với những người trên 60 tuổi, có năm chỉ có hiệu quả 15%¹⁵

Vaccine đầu tiên được Nga phê duyệt là “Sputnik V” hôm 11 tháng 8 năm 2020 trước khi hoàn thành thử nghiệm lâm sàng thông thường¹⁶. Đến tháng 2 năm 2021, kết quả lâm sàng giai đoạn 3 mới được công bố¹⁷, cho thấy vaccine này an toàn và có hiệu quả cao. Đầu tháng 12. 2020, một số quốc gia như Bahrain và các Tiểu vương quốc Ả Rập Thống Nhất đã phê duyệt vaccine Sinopharm của Trung Quốc. Giữa tháng 12 vaccine của Biontech-Pfizer (Đức-Mỹ) với một công nghệ hoàn toàn mới (m-RNA) được phê duyệt ở Mỹ, Anh và Liên minh Châu Âu. Đầu năm 2021 vaccine Moderna cũng của Mỹ, vaccine của AstraZeneca (Anh-Thụy Điển) và vào giữa tháng 3 vaccine Johnson & Johnson (Mỹ) cũng được EU phê duyệt. Tô

¹⁵ https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/faq_ges.html

¹⁶ Vaccine của Nga theo dự tính xong giai đoạn 2 hôm 10.08.20. Trên thông báo khoa học đã ghi nhận “vaccine chống Covid-19” của Nga thử nghiệm trên 38 người: Giai đoạn 1 với hai nhóm mỗi nhóm 9 người. Giai đoạn 2 với 20 người. Kết quả không được phổ biến <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04437875>

¹⁷ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00234-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00234-8/fulltext)

chức Y tế Thế giới đã phê duyệt khẩn cấp cho vaccine Trung Quốc (Sinopharm) vào ngày 07.05.21. Ngày 12.05.21 FDA (Mỹ) phê duyệt vaccine Biontech/Pfizer cho trẻ em từ 12-15 tuổi¹⁸.

Chiến dịch tiêm chủng phòng Covid-19 bắt đầu từ tháng 12.2020 tại Anh và Mỹ và từ tháng Giêng 2021 tiêm chủng đại trà tại hầu hết các nước EU.

Việt Nam cũng đang khẩn trương triển khai chiến dịch tiêm chủng, bắt đầu từ 08.03.2021. Theo Bộ Y tế tổng số người đã được tiêm trên 977.000 người, 74% trong số các nhóm ưu tiên¹⁹ đã được tiêm chủng. Số người đã được tiêm 2 mũi là 22.512 người. Việt Nam được cam kết sẽ nhận 110 triệu liều vaccine trong năm nay từ chương trình Covax, các hãng thuốc AstraZeneca và Biontech-Pfizer²⁰. Song song vào đó Việt Nam tiếp tục nghiên cứu, phát triển để tự sản xuất vaccine. Vaccine đi đầu Nanocovax là vaccine của công ty công nghệ sinh học dược phẩm Nanogen phối hợp với Đại học Quân y Việt Nam thực hiện. Vaccine này đã bước vào thử nghiệm lâm sàng giai đoạn 3 từ ngày 05.05.2021.

Miễn dịch sau khi bị nhiễm bệnh và tiêm vaccine phòng Covid-19

Bệnh nhân, đặc biệt những người đã trải qua bệnh nặng, sẽ có phản ứng miễn dịch. Tám ngày sau khi nhiễm, ở 95 % người nhiễm kháng thể tăng rất nhanh và sau ba tháng kháng thể vẫn còn được tìm thấy (Seow). Nhóm nghiên cứu Wajnberg cũng thấy các kháng thể trung hòa -là kháng thể đặc hiệu ngăn chặn sự liên kết của virus với tế bào chủ- cũng còn ổn định năm tháng, sau đó nồng độ kháng thể giảm dần. Các kháng thể chống lại virus tại màng nhầy mũi,

¹⁸ Kết quả thử nghiệm lâm sàng giai đoạn 3 đã được công bố với 2.264 trẻ em từ 12 đến 15 tuổi, khỏe mạnh hoặc có bệnh nền ổn định, bao gồm cả HIV và viêm gan B hoặc C, cho thấy có hiệu quả và độ an toàn rất cao: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2107456>

¹⁹ 11 nhóm ưu tiên gồm những người làm việc trong các cơ sở y tế điều trị bệnh nhân Covid-19, nhân viên tham gia phòng chống dịch, lực lượng biên phòng tại các điểm chốt, công an tại khu cách ly, nhân viên xét nghiệm, nhân viên ngoại giao, hải quan, cán bộ làm công tác xuất nhập cảnh, giáo viên, người trên 65 tuổi mắc bệnh mạn tính, một số nhóm khác như tình nguyện viên, phóng viên tham gia chống dịch, người sống tại vùng dịch.

²⁰ <https://vnexpress.net/gan-1-7-trieu-lieu-vaccine-covid-19-tu-covax-ve-viet-nam-4279018.html>

họng (IgA) giảm nhanh hơn: Sau chín tháng, những kháng thể này chỉ còn khoảng 20% ở những người đã khỏi bệnh. Các kháng thể không đóng vai trò duy nhất trong phản ứng miễn dịch mà còn có các tế bào nhớ B và tế bào T²¹. Hầu hết các đối tượng thử nghiệm, dù nhẹ hay nặng, đều có tế bào nhớ B là tế bào lưu trữ thông tin để có thể tái tạo ra kháng thể khi tiếp xúc lại với virus. Các tế bào T có tuổi thọ ngắn hơn, chu kỳ bán rã là từ 3 đến 5 tháng.

Các vaccine phòng dịch Covid-19 không những có khả năng giảm bớt rủi ro nhiễm bệnh rất nhiều và khi nhiễm cũng tránh được bệnh trở nên nguy ngập. Ngoài ra người đã tiêm chủng cũng ít lây nhiễm cho người khác²². Ở Anh, một nhóm nghiên cứu đã kiểm tra hơn 350.000 hộ gia đình gồm những người bị nhiễm dù có người đã được tiêm phòng. Họ phát hiện ra rằng ba tuần sau khi tiêm chủng, khả năng người khác trong gia đình bị nhiễm bệnh sẽ giảm từ 40 đến 50% so với những hộ gia đình có người nhiễm bệnh không ai được tiêm chủng²³.

Vì hệ thống miễn dịch phản ứng sau tiêm phòng Covid-19 tương tự như sau khi nhiễm nên dự đoán tiên khởi là khả năng miễn nhiễm sau tiêm phòng cũng chỉ miễn dịch trong thời gian giới hạn. Tuy nhiên trong một báo cáo mới các nhà nghiên cứu tìm thấy các tế bào sản sinh kháng thể còn tồn tại lâu dài trong tủy xương của những người đã lành bệnh (Turner). Vì thế sau khi tiêm phòng khả năng miễn nhiễm cũng có thể có hiệu lực dài hạn. Vì một số biến thể SARS-CoV-2 mới xuất hiện làm giảm tác dụng bảo vệ của kháng thể, nên có thể cần thiết phải tiêm chủng bổ sung để khôi phục khả năng miễn dịch.

²¹ Thuộc hệ thống bạch huyết. Tế bào T điều khiển hệ miễn nhiễm, nhận diện và có thể diệt virus. Tế bào B có khả năng sản sinh ra kháng thể.

²²Theo đánh giá của viện Robert Koch (RKI, Đức) thì nguy cơ lây bệnh giảm ít nhất là 30% cho các thành viên trong gia đình có người chưa được tiêm phòng. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/19/Art_01.html;jsessionid=54A133BC35A759FC4D8685F2682988DB.internet071

²³ https://www.deutschlandfunk.de/corona-impfungen-koennen-geimpfte-andere-menschen-weiter.709.de.html?dram:article_id=495266

Biện pháp cấp thời

Hiện nay tại những nước láng giềng quanh Việt Nam đại dịch đang lây lan dữ dội. Các virus biến thể từ Anh, Ba Tây, Nam Phi hay Ấn Độ là những biến thể lây mạnh, gây khó khăn hơn cho việc truy vết và cách ly. Con số người nhiễm có thể bùng phát dẫn đến tình trạng mất kiểm soát. Số người bệnh vì thế cũng lên cao, đe dọa làm sụp đổ hệ thống y tế. Thực tế cho thấy qua tiêm phòng rộng khắp ở Hoa Kỳ, Anh, Do Thái cũng như EU đại dịch đã bắt đầu được khống chế. Tại những nơi đó các biện pháp giãn cách xã hội đang dần được gỡ bỏ để từng bước bình thường lại cuộc sống xã hội. Khi đại dịch bị đẩy lùi, virus cũng sẽ còn âm ỉ và rút lại ở các vùng miền khác (endemic). Trên bình diện quốc gia khi tình hình giao thương quốc tế mở rộng trở lại, nếu chưa miễn nhiễm sau đã tiêm phòng hay khỏi bệnh, đời sống xã hội và hoạt động kinh tế vẫn chưa ổn định và còn bị giới hạn. Tại Việt Nam vì thế song song với việc tăng cường các biện pháp phòng chống theo chiến lược cũ, không thể chần chừ mất thời gian, phải tạo mọi điều kiện để có thể gấp rút thực hiện chiến dịch tiêm phòng một cách đại trà.

Tài liệu tham khảo

Ai T, Yang Z, Hou H et al. (2020): Correlation of chest CT and RT-PCR testing in coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. *Radiology*; 200642 (epub ahead of print, 26 February 2020) [CrossRef](#) [MEDLINE](#)

Arevalo-Rodriguez I, Buitrago-Garcia D, Simancas-Racines D et al. (2020): False-negative results of initial RT-PCR assays for covid-19: a systematic review. *medRxiv*, Apr 21; doi: 10.1101/2020.04.16.20066787

Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, et al. (2020): Antibody tests for identification of current and past infection with SARS-CoV-2. *Cochrane Database Syst Rev*. 6(6):CD013652. Published 2020 Jun 25. doi: 10.1002/14651858.CD013652

Dinnes J, Deeks JJ, Berhane S, et al. (2021) Cochrane COVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Cochrane Database Syst Rev*. Mar 24;3:CD013705

- Endo A, Kucharski A, Funk S (2020): Estimating the overdispersion in COVID-19 transmission using outbreak sizes outside China [version 3; peer review: 2 approved]. *Wellcome Open Res*, 5:67 <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15842.3>
- Hou XJ, Okuda K, Caitlin Edwards CE et al. (2020): SARS-CoV-2 Reverse Genetics Reveals a Variable Infection Gradient in the Respiratory Tract, *Cell*; <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.05.042>
- Korber B, Fischer WM, Gnanakaran S et al. (2020): Tracking changes in SARS-CoV-2 Spike: evidence that D614G increases infectivity of the COVID-19 virus. *Cell*; <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.06.043>.
- Lloyd-Smith J, Schreiber S, Kopp P et al. (2005): Superspreading and the effect of individual variation on disease emergence. *Nature* 438, 355–359. <https://doi.org/10.1038/nature04153>.
- Lythgoe KA, Hall M, Ferretti L et al. (2020): Shared SARS-CoV-2 diversity suggests localised transmission of minority variants. *bioRxiv*doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.28.118992>
- Osterman, A, Baldauf, HM, Eleteby, M et al. (2021): Evaluation of two rapid antigen tests to detect SARS-CoV-2 in a hospital setting. *Med Microbiol Immunol* **210**, 65–72. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00430-020-00698-8>
- Seow J, Graham, C, Merrick, B et al. (2020): Longitudinal observation and decline of neutralizing antibody responses in the three months following SARS-CoV-2 infection in humans. *Nat Microbiol* **5**, 1598–1607. <https://www.nature.com/articles/s41564-020-00813-8>
- Turner, JS, Kim W, Kalaidina E et al. (2021): SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans. *Nature*. <https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4>
- Varga Z, Flammer A, Steiger P et al. (2020): Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. *The Lancet*, 17.04.20. doi.org/10.1016/S0140–6736(20)30937–5
- Vogels CBF, Brito AF, Wyllie AL et al. (2020): Analytical sensitivity and efficiency comparisons of SARS-COV-2 qRT-PCR assays. *medRxiv* Apr 26; doi: 10.1101/2020.03.30.20048108

Wajnberg Ania, Fatima Amanat et al. (2020): Robust neutralizing antibodies to SARS-CoV-2 infection persist for months. *Science* 370, 1227-1230. doi: 10.1126/science. abd7728

© Thời Đại Mới