HỆ THỐNG GIÁM SÁT SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE VÀ THÁCH THỨC VỀ NHÂN LỰC TUYẾN CƠ SỞ TẠI HÀ NỘI: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Thông tin về tác giả: Nguyễn Trọng Phương Phương[1], Phạm Văn Khang[2], Phạm Quang Thái[2]
Đơn vị công tác:[1] Trường Đại học Y Hà Nội, [2] Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
Thông tin liên hệ: Nguyễn Trọng Phương Phương - Email:phuongnguyenpuong0505@gmail.com – Điện thoại: 0971621546

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) gia tăng nhanh trên toàn cầu và tại Việt Nam; Hà Nội là điểm nóng của miền Bắc. Hiệu quả phòng, chống phụ thuộc lớn vào hệ thống giám sát (HTGS) và nhân lực tuyến cơ sở.

Mục tiêu: tổng hợp bằng chứng về gánh nặng SXHD, tổ chức và nội dung HTGS SXHD tại Việt Nam/Hà Nội, các chỉ số chất lượng giám sát và những thách thức về nhân lực.

Phương pháp: tổng quan tài liệu dạng tường thuật từ các văn bản pháp quy của Bộ Y tế, hướng dẫn của WHO, U.S. CDC và các nghiên cứu quốc tế, trong nước.

Kết quả: số ca SXHD báo cáo cho WHO tăng từ 505.430 (2000) lên khoảng 14,6 triệu (2024); Hà Nội ghi nhận số mắc cao nhất miền Bắc giai đoạn 1998–2020 (124.423 ca). HTGS SXHD tại Việt Nam được tổ chức đa tuyến, tích hợp giám sát ca bệnh, xét nghiệm, véc tơ và giám sát dựa vào sự kiện, với các mốc thời gian đáp ứng chặt chẽ (≤ 24 giờ báo cáo ổ dịch, 48 giờ triển khai xử lý). Thách thức chính gồm báo cáo thiếu, chất lượng dữ liệu chưa ổn định, nhân lực tuyến cơ sở mỏng, kiêm nhiệm, quá tải, thiếu kỹ năng phân tích – truyền thông và phối hợp liên ngành chưa thường xuyên.

Kết luận: cần đánh giá toàn diện HTGS SXHD và nhân lực tuyến xã/phường trong bối cảnh chính quyền địa phương hai cấp.

Từ khóa: *sốt xuất huyết Dengue; hệ thống giám sát; nhân lực y tế; tuyến xã/phường; Hà Nội.*

ĐẶT VẤN ĐỀ / MỤC TIÊU

- SXHD là bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi rút Dengue, lây truyền qua muỗi *Aedes aegypti* và *Aedes albopictus*; hiện là bệnh lưu hành tại **hơn 130 quốc gia** [1,2]
- Việt Nam là một trong hai quốc gia bị ảnh hưởng nặng nhất khu vực (50.650 ca, 39 tử vong đến 4/2024) [3]; **Hà Nội** là điểm nóng của miền Bắc với hàng nghìn đến hàng chục nghìn ca mỗi năm [4,5]
- WHO khuyến cáo HTGS phải bảo đảm 3 nguyên tắc: **phát hiện sớm – phản ứng nhanh – theo dõi liên tục** [6]; tại Việt Nam HTGS được tổ chức từ Trung ương đến địa phương, kết hợp giám sát ca bệnh, véc tơ và vi rút học [7]
- Tồn tại: năng lực tuyến cơ sở chưa đồng đều, **nhân lực mỏng**, thiếu trang thiết bị, kinh phí, chất lượng báo cáo chưa ổn định, phối hợp liên ngành chưa thường xuyên [8]
- Nghiên cứu tại Hà Nội chủ yếu tập trung vào đặc điểm dịch tễ hoặc yếu tố khí hậu; còn rất ít đánh giá toàn diện HTGS tuyến cơ sở, đặc biệt trong bối cảnh chính quyền địa phương hai cấp mới

MỤC TIÊU TỔNG QUAN

Tổng hợp bằng chứng về (1) gánh nặng SXHD trên thế giới, Việt Nam và Hà Nội; (2) tổ chức, nội dung HTGS SXHD tại Việt Nam; (3) các chỉ số đánh giá chất lượng HTGS; (4) thách thức về nhân lực và các yếu tố ảnh hưởng – làm cơ sở cho nghiên cứu thực trạng HTGS SXHD tại Hà Nội năm 2026.

PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN

- **Thiết kế:** tổng quan tài liệu dạng tường thuật (narrative review), thực hiện trong khuôn khổ đề cương luận văn Thạc sĩ Dịch tễ học
- **Nguồn tài liệu:** văn bản pháp quy và hướng dẫn chuyên môn, báo cáo của tổ chức quốc tế, nghiên cứu dịch tễ học đã công bố

4	WHO, U.S. CDC	Nghiên cứu
văn bản pháp quy Bộ Y tế	hướng dẫn, báo cáo	quốc tế và trong nước

- **Văn bản pháp quy:** QĐ 3711/QĐ-BYT (2014) hướng dẫn giám sát, phòng chống SXHD; TT 54/2015/TT-BYT về thông tin báo cáo bệnh truyền nhiễm; QĐ 2018/QĐ-BYT (2018) về giám sát dựa vào sự kiện; TT 17/2019/TT-BYT về giám sát và đáp ứng
- **Khung tổng hợp:** tài liệu được sắp xếp theo 4 chủ đề tương ứng mục tiêu; đối chiếu thuộc tính HTGS theo hướng dẫn đánh giá của U.S. CDC và nguyên tắc báo cáo theo TT 54/2015

KẾT QUẢ TỔNG QUAN

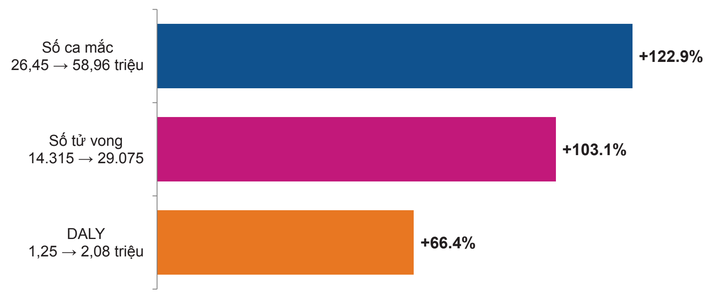
1. Gánh nặng SXHD

Trên thế giới

14,6 triệu	390 triệu	> 130
ca báo cáo cho WHO năm 2024 [1]	ca nhiễm mới mỗi năm [9]	quốc gia lưu hành [2]

- Số ca báo cáo tăng ~29 lần, từ 505.430 (2000) lên ~14,6 triệu (2024); châu Á chiếm ~75% gánh nặng toàn cầu [1]
- Số liệu báo cáo chỉ phản ánh một phần gánh nặng thực: ~294 triệu ca nhiễm không/ít triệu chứng mỗi năm là nguồn lây "vô hình" [9]

Hình 1. Mức tăng gánh nặng SXHD toàn cầu, 1990 → 2021 (GBD 2021) [10]



Mức tăng (%) tính từ số liệu GBD 2021 của Zhang và cs. (2025).

Tại Việt Nam và Hà Nội

- Lưu hành cả 4 týp DENV-1 → DENV-4, quanh năm, tăng cao tháng 6–10; tỷ suất mắc tăng từ **120/100.000** (2009; 105.370 ca) lên **194/100.000** (2017; ~184.000 ca); tử vong duy trì < 1/1.000 ca từ 2005 [11]
- Nhiệt độ là yếu tố chi phối mạnh nhất; giai đoạn 1998–2020, **Hà Nội có số mắc cao nhất miền Bắc (124.423 ca)**, tiếp theo là Nghệ An, Hà Tĩnh, Thanh Hóa, Nam Định [4]
- Hà Nội: bệnh có tính mùa rõ, thấp nhất tháng 12–3, **đỉnh tháng 9–10**; lượng mưa ảnh hưởng ở độ trễ 1–3 tháng, nhiệt độ ở độ trễ 3 tháng [12,13]
- Yếu tố nguy cơ: sống trong nhà thuê, gần cống rãnh hở, xả thải ra ao hồ; mới di cư đến < 5 năm; mật độ *Ae. aegypti* trưởng thành cao [13,14]

2. Tổ chức và nội dung HTGS SXHD

Hình 2. Mạng lưới giám sát SXHD tại Hà Nội [7,15]

Sở Y tế Hà Nội
chỉ đạo, tham mưu UBND thành phố

↓

CDC Hà Nội – Khoa PC bệnh truyền nhiễm
giám sát 18 BV Trung ương, bộ ngành, thành phố; kiểm tra điều tra, xử lý ổ dịch

↓

30 TTYT quận/huyện/thị xã*
≥ 1 cán bộ chuyên trách; giám sát 51 BV huyện và tư nhân

↓

579 Trạm Y tế xã/phường*
≥ 1 cán bộ phụ trách; phát hiện, xác minh ca TT 54, xử lý ổ dịch

↓

Đội xung kích, cộng tác viên SXH
mỗi đội phụ trách 30 hộ gia đình; phát hiện ca, diệt bọ gậy

BV công lập, tư nhân, phòng khám
Phòng KHTH báo cáo ca bệnh qua phần mềm TT 54 hoặc thông báo cho y tế dự phòng trên địa bàn; giám sát chủ động tại 69 bệnh viện

**Theo tổ chức trước 01/7/2025; sau sắp xếp chính quyền hai cấp, Hà Nội còn 126 đơn vị cấp xã (51 phường, 75 xã) [16]*

Bảng 1. Các loại hình giám sát SXHD tại Việt Nam

Loại hình	Căn cứ	Nội dung chính
Giám sát thường xuyên (dựa vào chỉ số)	TT 54/2015; TT 17/2019	Báo cáo ca bệnh, báo cáo tháng, ổ dịch, đột xuất; số mắc/chết, ca lâm sàng/xác định theo tuổi ≤15, >15, địa phương, thời gian
Giám sát trọng điểm	QĐ 3711/2014	Tại BV và cộng đồng được chọn: kết hợp ca bệnh, chỉ số véc tơ, xét nghiệm vi rút để nhận diện sớm xu hướng, týp vi rút
Giám sát véc tơ	QĐ 3711/2014	Muỗi trưởng thành, bọ gậy 30 nhà/lần, 1 lần/tháng; chỉ số mật độ muỗi, BI, nhạy cảm hóa chất
Giám sát dựa vào sự kiện (EBS)	QĐ 2018/2018; TT 17/2019	Phát hiện – ghi nhận – sàng lọc – xác minh – đánh giá & đáp ứng tín hiệu từ cộng đồng, truyền thông, mạng lưới y tế

Nguồn: [7,15,17,18]

Các mốc thời gian và ngưỡng nguy cơ [7,15]

≤ 24 giờ	48 giờ	14 ngày
báo cáo ổ dịch sau phát hiện	triển khai xử lý ổ dịch	không ca mới → chấm dứt ổ dịch

- **Ổ dịch:** ca lâm sàng trong 7 ngày, hoặc 1 ca xác định kèm bọ gậy/muỗi truyền bệnh trong bán kính 200 m; phun hóa chất 2 lần cách nhau 7–10 ngày
- **Nguy cơ cao:** mật độ muỗi ≥ 0,5 con/nhà hoặc BI ≥ 30 (**miền Bắc: BI ≥ 20**)

3. Chỉ số chất lượng HTGS

Hình 3. Thuộc tính HTGS theo U.S. CDC [19] và nguyên tắc báo cáo theo TT 54/2015 [15]

Tính đơn giản	Tính linh hoạt	**Chất lượng dữ liệu**
Tính chấp nhận	**Độ nhạy**	Giá trị dự báo dương
Tính đại diện	**Tính kịp thời**	Tính ổn định

- TT 54/2015 yêu cầu báo cáo bảo đảm **trung thực – đầy đủ – kịp thời**; các chỉ số vận hành: tỷ lệ báo cáo ca bệnh đúng hạn, đầy đủ thông tin; tỷ lệ xác minh ca bệnh đúng hạn, đầy đủ
- Báo cáo thiếu là vấn đề phổ biến của HTGS Dengue; hỗ trợ xét nghiệm, điểm giám sát trọng điểm và **động lực của cán bộ y tế** giúp cải thiện chất lượng báo cáo [20]

4. Thách thức nhân lực và yếu tố ảnh hưởng

Nhân lực tuyến cơ sở
Một cán bộ đảm nhiệm nhiều nhiệm vụ: phát hiện ca, điều tra, lấy mẫu, giám sát véc tơ, phân tích số liệu, truyền thông, xử lý ổ dịch. Tại Hà Nội: **khối lượng công việc quá tải**, hạn chế kỹ năng truyền thông, lực lượng cộng đồng thiếu nhiệt tình, chính quyền cơ sở và người dân ít sẵn sàng tham gia [8]

Năng lực & đào tạo
Thiếu nhân lực có kỹ năng ở tuyến ngoại vi, ít được đào tạo về **phân tích dữ liệu dịch tễ**, truyền thông và lập kế hoạch kiểm soát dịch – trở ngại lớn cho phòng chống bệnh truyền qua véc tơ [21]

Xét nghiệm & trang thiết bị
Chẩn đoán lâm sàng đơn thuần là không đủ; chiến lược xét nghiệm phải phù hợp thời điểm khởi phát, mục tiêu giám sát và năng lực phòng xét nghiệm địa phương [22,23]

Chất lượng dữ liệu
Phụ thuộc mức độ rõ ràng của biểu mẫu, chất lượng đào tạo, giám sát người điền và quản lý dữ liệu; chất lượng dữ liệu thường quy vẫn là thách thức kéo dài [24,25]

Phối hợp liên ngành
SXHD gắn với môi trường đô thị, cấp thoát nước, giáo dục, truyền thông, huy động cộng đồng – ngành y tế không thể giải quyết đơn độc; đã được thể chế hóa trong TT 17/2019 [17,21]

KẾT LUẬN & ĐỀ XUẤT

KẾT LUẬN

- SXHD là gánh nặng y tế công cộng **gia tăng** trên toàn cầu và tại Việt Nam; Hà Nội là điểm nóng mới nổi chịu tác động của khí hậu, đô thị hóa và di biến động dân cư
- HTGS SXHD tại Việt Nam có **khung pháp lý đầy đủ**, tổ chức đa tuyến, tích hợp giám sát ca bệnh – xét nghiệm – véc tơ – sự kiện với mốc thời gian đáp ứng rõ ràng
- Hiệu quả thực tế phụ thuộc vào **tuyến xã/phường**: nơi trực tiếp phát hiện, xác minh, báo cáo và xử lý ổ dịch, nhưng nhân lực mỏng, kiêm nhiệm và quá tải

KHOẢNG TRỐNG BẰNG CHỨNG

- Thiếu nghiên cứu đánh giá toàn diện HTGS SXHD tại tuyến cơ sở ở Hà Nội theo các thuộc tính chuẩn (đầy đủ, kịp thời, chất lượng dữ liệu)
- Chưa có bằng chứng về số lượng, năng lực, khối lượng công việc của nhân lực giám sát tuyến xã/phường sau sắp xếp chính quyền hai cấp (từ 01/7/2025)
- Việc tích hợp dữ liệu khí hậu, cảnh báo sớm vào HTGS còn ít được đánh giá

ĐỀ XUẤT & HƯỚNG NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu cắt ngang kết hợp định lượng – định tính tại Hà Nội năm 2026: **217 báo cáo ca bệnh** trên phần mềm TT 54 (tính đúng hạn, đầy đủ) và **~24 phỏng vấn sâu** cán bộ quản lý, chuyên môn các tuyến
- Phân tích SWOT và sơ đồ xương cá để xác định nguyên nhân gốc rễ, ưu tiên can thiệp
- Tăng cường đào tạo, phân công rõ đầu mối giám sát tại xã/phường; củng cố phối hợp liên ngành và phản hồi thông tin từ tuyến trên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] WHO. Dengue and severe dengue. Fact sheet, cập nhật 21/8/2025. [2] WHO. WHO launches global strategic plan to fight rising dengue and other Aedes-borne arboviral diseases. 03/10/2024. [3] WHO. Dengue – Global situation. Disease Outbreak News 2024 (DON518). [4] Gibb R, Colón-González FJ, Lan PT, et al. Interactions between climate change, urban infrastructure and mobility are driving dengue emergence in Vietnam. Nat Commun. 2023;14:8179. [5] Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hà Nội. Báo cáo kết quả thực hiện chương trình phòng, chống sốt xuất huyết năm 2017. 2018. [6] WHO. Early detection, assessment and response to acute public health events: implementation of EWAR with a focus on event-based surveillance. 2014. [7] Bộ Y tế. Quyết định 3711/QĐ-BYT ngày 19/9/2014 ban hành Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh sốt xuất huyết Dengue. 2014. [8] Nguyen-Tien T, Probandari A, Ahmad RA. Barriers to engaging communities in a dengue vector control program: an implementation research in an urban area in Hanoi City, Vietnam. Am J Trop Med Hyg. 2019;100(4):964–973. [9] Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, et al. The global distribution and burden of dengue. Nature. 2013;496:504–507. [10] Zhang W-X, Zhao T-Y, Wang C-C, et al. Assessing the global dengue burden: incidence, mortality, and disability trends over three decades. PLoS Negl Trop Dis. 2025;19(3):e0012932. [11] WHO Viet Nam. Dengue in Viet Nam. who.int/vietnam/health-topics/dengue. [12] Minh An DT, Rocklöv J. Epidemiology of dengue fever in Hanoi from 2002 to 2010 and its meteorological determinants. Glob Health Action. 2014;7:23074. [13] Do TTT, Martens P, Luu NH, Wright P, Choisy M. Climatic-driven seasonality of emerging dengue fever in Hanoi, Vietnam. BMC Public Health. 2014;14:1078. [14] Tsuzuki A, Duoc VT, Sunahara T, et al. Possible association between recent migration and hospitalisation for dengue in an urban population: a prospective case-control study in northern Vietnam. Trop Biomed. 2014;31(4):698–708. [15] Bộ Y tế. Thông tư 54/2015/TT-BYT hướng dẫn chế độ thông tin báo cáo và khai báo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm. 28/12/2015. [16] Thư viện Pháp luật. Danh sách 126 phường, xã Hà Nội sau sắp xếp từ 01/7/2025. [17] Bộ Y tế. Thông tư 17/2019/TT-BYT hướng dẫn giám sát và đáp ứng với bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm. 17/7/2019. [18] Bộ Y tế. Quyết định 2018/QĐ-BYT ngày 28/3/2018 ban hành Hướng dẫn giám sát dựa vào sự kiện. 2018. [19] German RR, et al. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems. MMWR Recomm Rep. 2001;50(RR-13):1–35. [20] Runge-Ranzinger S, McCall PJ, Kroeger A, Horstick O. Dengue disease surveillance: an updated systematic literature review. Trop Med Int Health. 2014;19(9):1116–1160. [21] Antonio CAT, Bermudez ANC, Cochon KL, et al. Recommendations for intersectoral collaboration for the prevention and control of vector-borne diseases: results from a modified Delphi process. J Infect Dis. 2020;222(S8):S726–S731. [22] WHO. Promoting dengue vector surveillance and control. 2025. [23] WHO. Laboratory testing for dengue virus: interim guidance, April 2025. [24] U.S. CDC. Key characteristics of data quality in public health surveillance. 2020. [25] WHO. Data Quality Assurance (DQA). 2025.