

## TÌNH HÌNH NHIỄM HIV/AIDS Ở MỘT SỐ TỈNH MIỀN NÚI VÀ VÙNG BIÊN

ĐÀO HUY KHUÊ  
HOÀNG NAM THÁI

HIV/AIDS là đại dịch nguy hiểm của thế kỷ, là mối hiểm họa đối với sức khỏe, tính mạng của con người và tương lai nòi giống của các dân tộc, tác động nghiêm trọng đến sự phát triển kinh tế - xã hội của mỗi quốc gia. HIV (Human Immunodeficiency Virus) là loại vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người. AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) là giai đoạn cuối của quá trình nhiễm HIV, khi đó hệ thống miễn dịch của cơ thể bị tổn thương và không còn khả năng chống lại các tác nhân gây bệnh, dẫn đến tử vong.

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) định nghĩa một trường hợp AIDS trên lâm sàng ở người lớn khi có ít nhất 2 dấu hiệu chính phối hợp với ít nhất 1 dấu hiệu phụ và phải loại trừ các nguyên nhân gây suy giảm miễn dịch đã biết (như ung thư, suy dinh dưỡng cấp hoặc căn nguyên khác ngoài nhiễm HIV). Ba dấu hiệu chính là: sút cân >10% trọng lượng cơ thể; ỉa chảy dai dẳng kéo dài trên 1 tháng; sốt dai dẳng trên 1 tháng. Năm dấu hiệu phụ là: ho dai dẳng trong 1 tháng; viêm da ngứa toàn thân; herpes zoster tái phát; nhiễm candida ở hầu họng; bệnh hạch limphô toàn thân. Tháng 1/1993, Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ đưa ra định nghĩa mới phức tạp hơn để xác định một bệnh nhân AIDS. (Trường Đại học Y khoa Hà Nội, 1995).

### 1. VÀI NÉT VỀ TÌNH HÌNH NHIỄM HIV/AIDS TRÊN THẾ GIỚI

Hoa Kỳ là nước đầu tiên trên thế giới phát hiện ra bệnh AIDS. Tháng 6/1981,

Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDCP - Center for Disease Control and Prevention, Atlanta) đã phát hiện những bệnh nhân AIDS đầu tiên từ 5 thanh niên nam đồng tính luyến ái ở Los Angeles và chỉ trong vòng chưa đầy một tháng sau đó lại phát hiện thêm 26 bệnh nhân AIDS ở New York và Caliphonia - cũng trong nhóm thanh niên nam đồng tính luyến ái. Dịch HIV/AIDS tuy mới xuất hiện từ đầu những năm 1980, chủ yếu ở các nước công nghiệp phát triển ở Bắc Mỹ, Úc và Tây Âu, tại các thành phố lớn, ở những người đồng tính luyến ái và tiêm chích ma túy (TCMT), nhưng đã nhanh chóng lan ra toàn cầu, trên mọi đối tượng, chủ yếu là trẻ em, phụ nữ, thanh niên và cho đến nay vẫn chưa có các biện pháp phòng chống đặc hiệu (Trường Đại học Y khoa Hà Nội, 1995). Theo ước tính của WHO, tính đến cuối năm 2000, số lũy tích từ đầu vụ dịch là 57,9 triệu người nhiễm HIV trên thế giới; số lũy tích bệnh nhân tử vong do AIDS là 21,8 triệu người; riêng năm 2000 có thêm 5,3 triệu người nhiễm HIV mới được phát hiện và 3 triệu người đã chết vì AIDS. Vùng có số người nhiễm HIV nhiều nhất trên thế giới hiện nay là vùng Cận sa mạc Sahara (châu Phi) với 25,3 triệu người nhiễm HIV; tiếp theo là khu vực Nam và Đông Nam châu Á với khoảng 5,8 triệu; châu Mỹ Latinh - 1,4 triệu; Bắc Phi - 920.000; Đông Âu và Trung Á - 700.000; Đông Á và Thái Bình Dương - 640.000; Tây Âu - 540.000; thấp nhất là Australia và New Zealand - 15.000 người. Trong số 5,3 triệu người mới nhiễm HIV năm 2000 của toàn thế giới, vùng Cận sa mạc Sahara chiếm 3,8

triệu. Tuy nhiên những con số thống kê đó mới chỉ là phần nổi của tảng băng, còn phần chìm của tảng băng thì lớn hơn nhiều lần, vì như ước tính của WHO, khi 1 người được chẩn đoán là nhiễm HIV thì thực tế đã có từ 10-100 người bị nhiễm virus này (Bộ Y tế, 2001).

Đại dịch HIV/AIDS xâm nhập vào các nước trong khu vực châu Á muộn hơn các châu lục khác, tốc độ lan truyền của dịch ở mỗi nước có khác nhau. Ví dụ bệnh nhân nhiễm HIV được phát hiện đầu tiên ở Thái Lan vào tháng 5/1984, trong khi ở Mông Cổ là tháng 8/1992. Số lượng người nhiễm HIV/AIDS ở các nước cũng khác nhau: tính đến 30/6/1999, Malaysia có 30.593 người nhiễm HIV, 2.894 ca AIDS; Campuchia: 24.028 người nhiễm HIV, 4.834 ca AIDS; Lào: 367 người nhiễm HIV, 105 ca AIDS; Australia: 190.580 người nhiễm HIV, 8.102 ca AIDS. Trong giai đoạn 1996-2000, đại dịch HIV/AIDS tiếp tục gia tăng nhanh chóng, đặc biệt ở các nước đang phát triển, chúng tỏ ảnh hưởng và sự tàn phá ghê gớm đối với nhân loại. Khu vực châu Phi, nhất là vùng Cận Sahara chịu ảnh hưởng nặng nề của dịch; hai nước Tanzania và Uganda có tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS cao nhất thế giới, tuổi thọ trung bình của người dân không quá 40; nhiều nước ở châu Phi có hơn 50% bệnh nhân nằm viện là AIDS, nhiều làng mạc bị đe dọa xoá sổ bởi HIV/AIDS. Hiện nay Trung Quốc, Malaysia, Việt Nam có tỷ lệ nhiễm HIV cao trong nhóm người TCMT; Campuchia, Papua New Guine có tỷ lệ nhiễm HIV cao do quan hệ tình dục (Thông báo của WHO, 2000). Với thời gian ủ bệnh kéo dài (5-10 năm), khó phát hiện, phương thức lây truyền phức tạp, thiếu biện pháp phòng chống hữu hiệu nên số người nhiễm

HIV, bệnh nhân AIDS và tử vong vì AIDS ngày càng cao.

Có nhiều yếu tố kinh tế, chính trị, văn hoá, xã hội góp phần làm tăng sự lan truyền HIV/AIDS. Tại các nước công nghiệp phát triển ở Bắc Mỹ, Úc và Tây Âu, các nước ở vùng Caribê và Mỹ Latinh, lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục đồng giới, lưỡng giới và TCMT. Tại các nước châu Phi, dịch HIV/AIDS lan tràn rộng rãi là do nhiều nguyên nhân, có thể kể ra là: quan hệ tình dục quá sớm và tự do từ 14 tuổi; quan hệ với gái mãi dâm, các kiểu làm tình dễ bị nhiễm HIV trong khi hiểu biết về HIV/AIDS và các biện pháp tình dục an toàn thấp; chế độ đa thê, nhiều đàn ông không chấp nhận dùng bao cao su; tỷ lệ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục cao; còn phổ biến tập quán xâm mình, cắt bao quy đầu; chiến tranh, đói nghèo, bệnh tật làm cho các quốc gia kiệt quệ, không có điều kiện quan tâm đến các vấn đề phòng chống HIV, điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục và AIDS; đói nghèo làm cho nhiều cô gái nghèo ở nông thôn trở thành gái mãi dâm ở thành thị, nhiều đàn ông phải xa nhà kiếm ăn ở các nước láng giềng, quan hệ với gái mãi dâm, bị nhiễm HIV và tiếp tục lây truyền cho vợ và những người khác; hệ thống y tế yếu kém, thiếu thuốc và trang thiết bị, không đáp ứng được nhu cầu điều trị bệnh nhân HIV/AIDS. Tại châu Á, nguyên nhân lan truyền HIV/AIDS cũng có những điểm giống và khác với châu Phi, gồm: quan hệ tình dục với nhiều bạn tình, trình độ dân trí thấp nên không biết và không dùng các biện pháp an toàn tình dục, nhiều người không dùng bao cao su; tỷ lệ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục cao nhưng xấu hổ, mặc cảm nên không đến điều trị ở các cơ sở y tế; số lượng gái mãi dâm ngày càng cao do lối sống, đói nghèo và nạn

thất nghiệp; gia tăng thương mại, du lịch với người nước ngoài nên giao lưu tình dục tăng; có vùng tam giác vàng và nạn buôn bán ma tuý; gia tăng nghiện chích ma tuý (NCMT), dùng chung bơm kim tiêm và bơm kim tiêm không tiệt trùng; hệ thống xét nghiệm, sàng lọc máu chưa đầy đủ; giai đoạn đầu của dịch nhiều nước còn xem nhẹ chưa có biện pháp tích cực, để dịch lan tràn (ví dụ như Thái Lan) (Trường Đại học Y khoa, 1995).

## 2. TÌNH HÌNH NHIỄM HIV/AIDS Ở VIỆT NAM

### 2.1. Quy mô nhiễm HIV/AIDS

Trường hợp nhiễm HIV được phát hiện đầu tiên ở nước ta vào tháng 12/1990 ở

Thành phố Hồ Chí Minh. Năm 1991 không có trường hợp nhiễm HIV nào được báo cáo. Năm 1992 có 11 trường hợp. Năm 1993 có sự bùng nổ về nhiễm HIV với 1.140 người. Cứ như vậy số người nhiễm HIV tăng mạnh hàng năm. Đến 31/12/2000 lũy tích các trường hợp nhiễm HIV phát hiện được ở nước ta là 32.359 ca, trong đó 4.728 ca đã chuyển sang AIDS và 2.510 ca đã tử vong do AIDS. Cùng với số ca nhiễm HIV tăng lên thì số tỉnh, thành phố có người nhiễm HIV cũng tăng theo, từ 1 tỉnh năm 1990, đến 7 tỉnh năm 1992, rồi 30 tỉnh năm 1993, sau đó là 57 tỉnh năm 1997 và 61/61 tỉnh, thành phố vào năm 1998.

*Bảng 1. 10 tỉnh có số lượng và tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất ở Việt Nam*

10 tỉnh có số nhiễm HIV cao nhất cả nước	Số người nhiễm	10 tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV/100.000 dân cao nhất	Tỷ lệ (%)
TP Hồ Chí Minh	6946	Quảng Ninh	318,47
Quảng Ninh	3047	Hải Phòng	152,00
Hải Phòng	2537	TP Hồ Chí Minh	137,84
Hà Nội	2135	Lạng Sơn	126,70
An Giang	1978	Bà Rịa-Vũng Tàu	98,43
Lạng Sơn	893	An Giang	96,53
Đồng Nai	852	Hà Nội	80,69
Nghệ An	823	Khánh Hoà	71,27
Bà Rịa-Vũng Tàu	788	Cao Bằng	59,71
Đồng Tháp	760	Đồng Tháp	48,56

*Nguồn:* Báo cáo tổng kết công tác phòng chống AIDS ngành Y tế giai đoạn 1990-2000

Số liệu trong Bảng 1 cho thấy số lượng tuyệt đối nhiễm HIV và tỷ lệ nhiễm HIV trên 100.000 dân cao chủ yếu ở các đô thị lớn, các tỉnh có đặc thù kinh tế và giao lưu qua biên giới với Trung Quốc và Campuchia.

Bảng 2 cho thấy số bệnh nhân AIDS và tử vong do AIDS ngày càng tăng cao hàng năm, số bệnh nhân AIDS từ 106 (năm 1993)

lên 1.259 (năm 2000), số tử vong do AIDS cũng tăng từ 46 (năm 1993) lên 607 (năm 2000), tỷ lệ tử vong chiếm 53% tổng số bệnh nhân AIDS. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu của AIDS ở Việt Nam là các nhiễm trùng cơ hội như lao, zona và tiêu chảy. So sánh số lượng nhiễm HIV với số bệnh nhân AIDS theo thời gian có thể thấy sự gia tăng số bệnh nhân

AIDS không tương xứng với số nhiễm HIV; chúng tỏ dịch HIV đã lan tràn ở nước ta còn sớm hơn những năm 90 của thế kỷ XX.

**Bảng 2. Số lượng mắc AIDS và tử vong do AIDS trên toàn quốc đến năm 2000**

Năm	Số lượng bệnh nhân AIDS	Số lượng tử vong do AIDS
1993	106	46
1994	117	52
1995	201	157
1996	390	206
1997	699	366
1998	1169	611
1999	787	465
2000	1259	607
Tổng	4728	2510

*Nguồn:* Báo cáo tổng kết công tác phòng chống AIDS ngành Y tế giai đoạn 1990-2000 (Bộ Y tế, 2001)

**2.2. Một số đặc trưng về phân bố của người nhiễm HIV**

**Bảng 3. Tỷ lệ nhiễm HIV qua giám sát trọng điểm từ 1996 đến năm 2000 (%)**

TT	Nhóm đối tượng	1996	1997	1998	1999	2000
1	Nghiện chích ma tuý	10,89	13,35	16,62	18,86	23,90
2	Gái mại dâm	0,73	1,54	2,44	3,77	3,48
3	Bệnh nhân hoa liễu	0,45	0,60	0,94	1,64	1,36
4	Bệnh nhân lao	0,49	1,16	0,98	1,19	1,71
5	Phụ nữ mang thai	0,04	0,12	0,08	0,08	0,20
6	Người cho máu	0,09	0,06	0,06	0,10	0,07
7	Thanh niên khám tuyến NVQS	0,04	0,13	0,15	0,41	0,95

*Nguồn:* Báo cáo tổng kết công tác phòng chống AIDS ngành Y tế giai đoạn 1990 - 2000 (Bộ Y tế, 2001).

Phân tích về chiều hướng người nhiễm HIV ở các nhóm đối tượng qua giám sát trọng điểm từ năm 1996 đến năm 2000 cho thấy ở hầu hết các nhóm đối tượng, tỷ lệ nhiễm HIV đều có xu hướng tăng lên. Nhiễm HIV trong nhóm NCMT lớn nhất, năm 1994 là 17,28%, năm 1995 là 14,89%, năm 1996

đã hạ xuống thấp nhất (10,89%), nhưng sau đó tiếp tục tăng dần hàng năm, tới 23,9% vào năm 2000. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm mại dâm có xu hướng tăng đều và mạnh vào các năm 1997 (1,54%), 1998 (2,44%) và 1999 (3,77%); năm 1997 tăng gấp 2 lần, năm 1998 tăng gấp hơn 3 lần, năm 1999 tăng gấp hơn 5

lần, so với năm 1996 (0,73%). Chiều hướng nhiễm HIV trong nhóm bệnh nhân hoa liễu cũng tăng lên: năm 2000 (1,36%) gấp 4 lần năm 1996 (0,45%). Tình hình diễn ra tương tự ở các nhóm bệnh nhân lao, phụ nữ mang thai và thanh niên nam khám tuyển nghĩa vụ quân sự.

*Phân bố các trường hợp nhiễm HIV theo thành phần đối tượng:* Qua tổng hợp báo cáo ở các địa phương trong cả nước, đến năm 2000 cho thấy, đa số là những người TCMT (63,33%), số còn lại là mại dâm (3,91%), bệnh nhân lao (4,01%), bệnh nhân viêm nhiễm đường sinh dục (2,29%), người cho máu (1,21%),... Tính theo năm, tỷ lệ nhiễm HIV trong các nhóm đối tượng có thay đổi. Chẳng hạn, tỷ lệ nhiễm HIV qua đường TCMT giảm từ 87% năm 1993 xuống 51,5% năm 1996, sau đó tiếp tục tăng cao hơn một chút, lên 63,33% năm 2000; tỷ lệ nhiễm HIV qua đường tình dục (ở nhóm bệnh nhân hoa liễu, gái mại dâm và phụ nữ trước khi sinh đẻ) tăng từ 5% năm 1993 lên 10% năm 1996; phụ nữ mang thai và trẻ em dưới 5 tuổi nhiễm HIV cũng tăng lên hàng năm, tính đến 31/12/2000 trên toàn quốc có 230 phụ nữ ở giai đoạn trước khi sinh đẻ và 154 trẻ em dưới 5 tuổi bị nhiễm HIV. Như vậy, có sự tương đồng về chiều hướng giữa số liệu giám sát trọng điểm và số liệu báo cáo theo hệ thống quản lý. Điều đáng chú ý là số nhiễm HIV không loại trừ và đang tăng lên trong nhóm phụ nữ ở giai đoạn trước khi sinh đẻ và thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự, vốn là 2 quần thể có nguy cơ thấp. Do đó ngành Y tế nhận định rằng hiện tượng nhiễm HIV/AIDS đã có dấu hiệu lan tràn vào cộng đồng.

*Phân bố theo giới và tuổi:* Trong các trường hợp báo cáo nhiễm HIV, đến hết năm 2000 có 85,4% là nam giới, 14,06% là nữ giới và 0,54% không rõ. Những năm đầu của

dịch, HIV chủ yếu gặp ở đối tượng 30-39 tuổi, nhưng 2 năm gần đây tuổi của người nhiễm HIV đã trẻ hơn, chủ yếu ở nhóm tuổi 20-29 (50,43%); đáng chú ý là năm 1993 không phát hiện trường hợp nào nhiễm HIV là trẻ em nhưng đến năm 2000 đã có 0,48% trẻ em dưới 13 tuổi bị lây nhiễm (Bộ Y tế, 2001).

### 2.3. Nguyên nhân nhiễm HIV/AIDS

Phương thức lây truyền chủ yếu ở nước ta là qua TCMT và tình dục khác giới (chủ yếu qua đường mại dâm); đa số người TCMT có trình độ văn hoá thấp, dùng chung bơm kim tiêm hoặc bơm kim tiêm không tiệt trùng, có quan hệ với gái mãi dâm nhưng tỷ lệ dùng bao cao su thấp; sự thay đổi tập quán tình dục, tự do yêu đương trong thanh niên, cùng với tệ nạn mại dâm phát triển kể cả trực tiếp và gián tiếp (tụ điểm massage, nhà hàng, khách sạn, quán bia ôm, cà phê ôm, cắt tóc gội đầu thư giãn,...) làm mầm bệnh lây lan nhanh trong cộng đồng.

### 2.4. Hệ thống tổ chức phòng chống AIDS

Từ năm 1987, Việt Nam đã thành lập Ủy ban Quốc gia phòng chống SIDA (UBQGPC SIDA) đặt ở Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương do giáo sư Hoàng Thuỷ Nguyên làm chủ tịch. Năm 1990, sau trường hợp nhiễm HIV được phát hiện tại thành phố Hồ Chí Minh, Chính phủ đã quyết định thành lập UBQGPC SIDA trực thuộc Bộ Y tế, do Bộ trưởng Bộ Y tế làm chủ tịch. Năm 1994, theo quyết định số 115/TTg ngày 26/3/1994 của Thủ tướng Chính phủ, UBQGPC SIDA đổi tên thành UBQGPC AIDS Việt Nam, trực thuộc Chính phủ, gồm 16 bộ, ngành thành viên. Tháng 6/2000, Thủ tướng Chính phủ ra quyết định thành lập UBQGPC AIDS và phòng chống tệ nạn ma tuý, mại dâm trên cơ sở hợp nhất một số cơ quan có chức năng phòng chống AIDS, tệ nạn ma tuý, mại dâm

ở các Bộ Công an và Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội vào UBQGPC AIDS. Các tỉnh, thành trong cả nước cũng thành lập các UBPC AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm trực thuộc UBND tỉnh, thành phố. Tại các huyện, thị xã, đến các xã, phường đều thành lập các Ban chỉ đạo phòng chống HIV/AIDS trực thuộc UBND cùng cấp.

### 2.5. Dịch tễ học phân tử HIV ở Việt Nam

Các công trình nghiên cứu cho thấy ở nước ta có thể có 2 loại dịch HIV độc lập với nhau, đó là HIV-1 chủng B ở nhóm NCMT và HIV-1 chủng E ở nhóm mại dâm. Chủng E của HIV-1 hiện lưu hành chủ yếu trong cả 2 phương thức lây truyền qua quan hệ tình dục và tiêm chích ở Việt Nam. Cấu trúc di truyền của các chủng HIV-1 ở Việt Nam rất giống với các chủng virus ở Thái Lan và Campuchia và không có sự khác nhau giữa các chủng virus ở miền Bắc và miền Nam. Kết quả phân tích đã chỉ ra rằng 71/72 chủng HIV-1 ở Việt Nam thuộc chủng E. Trên cơ sở dịch tễ học ban đầu về HIV-1 ở Việt Nam, có thể giả thiết HIV-1 được đưa vào nước ta đầu tiên qua ngư dân bị nhiễm virus, sau đó lây lan sang người nghiện chích và gái mại dâm. Một giả thiết khác cho rằng gái mại dâm nhiễm HIV-1 chủng E ở Campuchia là nguồn gốc nhiễm HIV-1 ở Việt Nam. Tuy nhiên tỷ lệ nhiễm chủng E cao hiện nay trong nhóm nghiện chích ở Việt Nam đã chứng tỏ chủng E có thể lây truyền dễ dàng qua đường tiêm chích. Cũng có những bằng chứng cho rằng việc nhiễm HIV-1 vào gái mại dâm xảy ra trước khi nhiễm vào người nghiện chích, do việc qua lại biên giới của gái mại dâm bị nhiễm HIV-1 và khách hàng của họ. Việt Nam có đường biên giới và giao lưu thường xuyên với Thái Lan, nên người nghiện chích ở phía Nam Việt Nam dễ tiếp xúc với chủng B, một chủng hay

gặp ở người nghiện chích tại Thái Lan, Myanmar và Mỹ. Người ta còn thấy chủng HIV trên những người TCMT ở các tỉnh giáp biên giới phía Bắc Việt Nam giống chủng HIV của tỉnh Quảng Tây (Trung Quốc) (Bộ Y tế, 2001).

### 3. TÌNH HÌNH NHIỄM HIV/AIDS Ở MỘT SỐ TỈNH MIỀN NÚI VÀ VÙNG BIÊN

Mức độ nhiễm HIV/AIDS ở các tỉnh miền núi và vùng biên của nước ta có khác nhau và phụ thuộc chủ yếu vào các yếu tố địa lý, kinh tế, xã hội. Do phát triển các khu kinh tế thương mại, du lịch nên tại đây có biến động dân số lớn và dịch chuyển lao động phức tạp; bên cạnh đó, tệ nạn buôn bán, vận chuyển ma túy, tệ nạn mại dâm tuy bị khống chế nhưng vẫn phát triển lén lút, len lỏi vào mọi nơi, mọi chỗ, tạo ra nguy cơ lan truyền HIV/AIDS trong tỉnh theo hướng từ thị xã, thị trấn về nông thôn. Nhiều tỉnh miền núi hiểm trở, cơ sở hạ tầng thấp kém; trình độ dân trí hạn chế, tệ nạn xã hội còn nhiều, mạng lưới thông tin đại chúng còn thiếu, nhất là tại các xã vùng sâu, vùng xa nên việc tuyên truyền, giáo dục phòng chống HIV/AIDS gặp nhiều khó khăn. Một số tỉnh ở khu vực miền núi nhưng có giao thông thuận tiện (đường sắt, đường bộ, đường thủy), thường xuyên giao lưu kinh tế, xã hội với các tỉnh lớn, đặc biệt là các tỉnh có nhiều người nhiễm HIV/AIDS, nên số người bị lây nhiễm HIV/AIDS cũng ngày một gia tăng. Sau đây, chúng tôi sẽ trình bày quy mô và chiều hướng nhiễm HIV/AIDS ở một số tỉnh miền núi, biên giới ở phía Bắc, Tây Nguyên và Nam Bộ.

**Tại Lạng Sơn:** Đây là tỉnh miền núi, biên giới đang chịu tác động mạnh mẽ của đại dịch HIV/AIDS, do có rất nhiều cửa khẩu, các cặp chợ đường biên giới với tỉnh Quảng Tây - Trung Quốc, thêm nữa là sự

biến động dân số và dịch chuyển lao động ngày càng phức tạp, tạo ra nguy cơ lan truyền HIV/AIDS trong tỉnh, theo xu hướng từ thị xã, thị trấn về nông thôn. Bên cạnh đó, tệ nạn ma túy, mại dâm, con đường ngắn nhất dẫn đến HIV/AIDS tuy bị khống chế nhưng vẫn phát triển dưới dạng trá hình, lén lút, ở mọi nơi, mọi chỗ, nhất là các khu kinh tế thương mại, du lịch phát triển. Việc buôn bán, vận chuyển, sử dụng ma túy ở Lạng Sơn đang là vấn đề cấp bách và nan giải.

Từ ca nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện vào năm 1993 là một nữ tiếp viên nhà hàng massage hoạt động mại dâm (hiện nay không còn trên địa bàn tỉnh), năm 1994-1995, ở tỉnh này đã xét nghiệm 2201 mẫu nhưng không phát hiện thêm ca nhiễm HIV nào; năm 1996 xét nghiệm 4984 mẫu máu, phát hiện 82 người nhiễm HIV; năm 1997 xét nghiệm 5942 mẫu, phát hiện 260 người nhiễm HIV; năm 1998 xét nghiệm 4236 mẫu, phát hiện 200 người nhiễm HIV; năm 1999 xét nghiệm 5601 mẫu, phát hiện 150 người nhiễm HIV. Sau 5 năm số người nhiễm HIV phát hiện được là 697, trong đó 63 người đã chết vì AIDS. Nếu tính thêm số HIV mới phát hiện năm 2000 là 134 người thì đến hết năm 2000 toàn tỉnh đã có 831 người nhiễm HIV, trong đó tử vong là 85 người. Số ca nhiễm HIV phát hiện được ở cả 11 huyện, thị xã, ở 58/225 xã, phường, thị trấn trong toàn tỉnh. Trong số 831 người nhiễm HIV thì 25 người thuộc tỉnh khác, 806 người Lạng Sơn, nhiều nhất là thị xã, có 367 người (chiếm 45,53%), tiếp theo là Cao Lộc có 139 người (chiếm 17,25%). Đáng chú ý là đa số người nhiễm HIV/AIDS đang ở độ tuổi 15-39 (chiếm 99%), trong đó tỷ lệ thanh, thiếu niên rất cao, với khoảng 88-90% ở độ tuổi dưới 30. Số người nhiễm HIV/AIDS được phát hiện ở các xã vùng cao, vùng sâu, vùng xa ngày càng tăng, có nhiều dấu hiệu

chúng tỏ HIV/AIDS đã lan rộng ra cộng đồng dân cư bình thường. Tỷ lệ thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự nhiễm HIV tăng từ 1,38% năm 1997 đến 2,5% năm 1999, không ít gia đình có cả bố, mẹ hoặc anh, em đều nhiễm HIV và chết do AIDS.

**Quảng Ninh** là tỉnh vừa thuộc khu vực miền núi, vừa có hải đảo và biên giới; có 3 cửa khẩu quốc tế buôn bán, giao lưu với Trung Quốc; kinh tế rất đa dạng nhờ sản xuất than, đóng tàu, ngư nghiệp và du lịch. Quảng Ninh có thành phố Hạ Long - trung tâm văn hoá, kinh tế của tỉnh với số dân 162.000 người và 10.000-15.000 người lao động tự do đến từ các địa phương trong và ngoài tỉnh thường tạm trú theo thời vụ. Khu du lịch Bãi Cháy thu hút từ 600.000-800.000 lượt du khách trong nước và nước ngoài đến nghỉ và làm ăn hàng năm.

Quảng Ninh chịu ảnh hưởng sớm của đại dịch. Qua nhiều năm giám sát, đến năm 1994 đã phát hiện được 1 ca nhiễm HIV đầu tiên. Đến nay lũy tích số người nhiễm HIV/AIDS là 3.330, bệnh nhân AIDS là 179 và tử vong trên 100 người. Xu hướng lan truyền của dịch chủ yếu ở tuổi trẻ, từ 15-29 tuổi chiếm 81%. Đây là độ tuổi đang sung sức về tình dục và lao động, do vậy có ảnh hưởng lớn đến sự lan truyền của dịch và các mặt kinh tế, chính trị, xã hội của tỉnh. Những năm gần đây nạn dịch có xu hướng lan sang nữ giới: nếu từ năm 1994-2000 có 129 nữ nhiễm HIV thì riêng năm 2000 con số này đã là 56. Đối tượng nhiễm hiện nay chủ yếu vẫn là TCMT với số nhiễm hàng năm thay đổi không đáng kể (chiếm khoảng 65%). Nạn dịch có xu hướng phát triển trong các nhóm gái mại dâm, bệnh nhân lao, phụ nữ có thai, trẻ em, công nhân, học sinh và dân tộc ít người, với số nhiễm tăng lên hàng năm. Ví dụ, từ 1997-1999 có 6 phụ nữ mang thai bị

nhiễm; năm 2000 có 10 phụ nữ mang thai, 2 người dân tộc Sán Dìu và Dao bị nhiễm HIV. Nạn dịch không chỉ xảy ra ở thành phố, thị xã mà có xu hướng lan về nông thôn. Đến nay, cả 13/13 huyện, thị xã, thành phố đã có người nhiễm, trong đó có cả vùng nông thôn, miền núi, hải đảo như Bình Liêu, Quảng Hà, Cô Tô.

Lào Cai cũng là tỉnh miền núi, biên giới, có 27 dân tộc cư trú trên 9 huyện và 2 thị xã, trong đó có 152/180 xã ở khu vực vùng cao, có 26 xã biên giới và 203 km đường biên; giao thông khó khăn, trình độ dân trí hạn chế, mạng lưới thông tin đại chúng còn thiếu, nhất là tại các xã vùng sâu, vùng xa. Lào Cai có cửa khẩu quốc tế Lào Cai - Hà Khẩu, có địa điểm du lịch nổi tiếng là Sa Pa, vì vậy lượng khách du lịch đến tỉnh này ngày càng đông với nhiều thành phần khác nhau dẫn đến sự phát triển mạnh mẽ các hoạt động du lịch, nhà hàng, khách sạn.

Dịch HIV bắt đầu xuất hiện ở Lào Cai vào tháng 12/1996, hiện nay vẫn tiếp tục gia tăng về số lượng, lan rộng về địa dư và đối tượng. Tính đến 30/12/2000, Lào Cai đã có 47 người nhiễm HIV, 4 bệnh nhân AIDS, 3 người chết do AIDS. Dịch HIV gia tăng, số người phát hiện nhiễm HIV năm sau cao hơn năm trước: năm 1996 có 2, năm 1997 không có ca nào, năm 1998 có 6, năm 1999 có 17, năm 2000 có 22 ca. HIV đặc biệt gia tăng nhanh ở thị xã Lào Cai, Cam Đường và huyện Bảo Thắng. Số người nhiễm HIV có xu hướng tăng lên và chiếm tỷ lệ cao trong nhóm người TCMT (chiếm 74,46%), đồng thời xuất hiện ở trong nhóm dân cư bình thường như vợ của người nhiễm HIV, phụ nữ trước khi sinh đẻ, tân binh. Năm 1999 - 2000 phát hiện 9 người nhiễm HIV trong trại tạm giam và Trung tâm cai nghiện ma túy. Điều tra cơ bản ở dân tộc Dao, Hmông tại 6 bản

của 6 xã của huyện Sa Pa : bản Mông Xoá (xã Tả Giàng Phình), bản Can Hồ (xã Bản Khoang), bản Pho (xã Hữu Thào), bản Vù Lùng Xung (xã Trung Trãi), bản Tả Chải (xã Tả Phìn), bản Má Tra (xã Sa Pa), cho thấy: thông tin, tuyên truyền ở đây còn yếu và thiếu; thông tin đại chúng chỉ tập trung ở thị trấn, còn ở vùng cao thông tin chủ yếu qua trường thôn/bản, người thân trong gia đình và các buổi đi chợ; do vậy hiểu biết về HIV/AIDS/STD còn hạn chế; người dân biết về căn bệnh này nhưng chưa hiểu hết tính chất nguy hiểm của nó; điều kiện kinh tế của dân còn khó khăn; phong tục truyền thống cấm quan hệ tình dục trước hôn nhân hiện nay không còn được thừa nhận; sự dễ dãi trong quan hệ tình dục đang tồn tại cùng sự thiếu vệ sinh cá nhân... làm tăng tự do quan hệ tình dục. Điều tra về trình độ hiểu biết, kiến thức, hành vi sử dụng ma túy và thực hành phòng chống AIDS của 150 người NCMT ở huyện Cam Đường cho thấy: độ tuổi chủ yếu từ 20-39 (97%); chủ yếu không có việc làm (87%); thường dùng thuốc phiện, nếu không, có thể dùng sai thuốc phiện; thích chích tại nhà bạn bè hoặc nơi ít người biết đến (50%); chỉ làm sạch bơm kim tiêm bằng trần nước sôi (95%); dùng chung bơm kim tiêm (60%); thường không sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục, nếu có thì chủ yếu để tránh thai (60%); có hiểu biết về HIV/AIDS qua xem truyền hình và nghe đài nhưng không đầy đủ (Báo cáo tổng kết hoạt động phòng chống AIDS đến năm 2000). Đánh giá nhanh về sự lan nhiễm HIV/AIDS ở vùng biên giới Việt-Trung từ các hành vi nguy cơ cao tại thị xã Lào Cai cho thấy: người dân qua lại vùng biên rất nhộn nhịp; các hoạt động mại dâm diễn ra tại chợ Hà Khẩu nhưng chưa có sự can thiệp nào, trong khi đa số gái mại dâm ở đây mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục (*Điều tra của Dự*

án hợp tác kỹ thuật Việt-Đức). Tại Lào Cai, hoạt động TCMT được thực hiện lén lút, tinh vi nhằm tránh sự kiểm soát của chính quyền địa phương; địa điểm tiêm chích thường ở những nơi hẻo lánh trong các hang đá, sườn đồi, ven sông, nơi ít người qua lại, đặc biệt có sự dịch chuyển địa bàn tiêm chích sang bên kia biên giới; hành vi sử dụng ma túy thường là chích thuốc phiện và sái thuốc phiện, tỷ lệ chích chung lọ thuốc tương đối cao. Tại thị trấn Hà Khẩu, việc kiểm soát đối với vận chuyển, buôn bán và sử dụng ma túy chưa được quan tâm đúng mức, nên người NCMT vẫn sẵn có thị trường hoạt động. Tình hình mại dâm tại Lào Cai bắt đầu xuất hiện từ năm 1994 và có xu hướng gia tăng dưới nhiều hình thức như cắt tóc, gội đầu, karaoke. Hiểu biết về HIV/AIDS trong 2 nhóm TCMT và mại dâm nhìn chung chưa đầy đủ (*Điều tra của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế*).

Lai Châu là tỉnh thuộc vùng núi cao, biên giới, cơ sở hạ tầng thấp kém, địa hình rộng, dân cư thưa, núi non hiểm trở, giao thông khó khăn, dân trí thấp, điều kiện phát triển kinh tế và xã hội hạn chế. Nhiều năm trước đây, tình hình dịch bệnh khá phổ biến

và tệ nạn xã hội còn nhiều. Lai Châu có Điện Biên Phủ lịch sử, nơi thu hút nhiều du khách thập phương, lại có cửa khẩu quốc gia với Lào và Trung Quốc - điều kiện để giao lưu phát triển kinh tế nhưng cũng là những yếu tố làm tăng sự lây truyền HIV/AIDS.

Ở Lai Châu, đến tháng 6/1998, khi phát hiện 1 nam thanh niên nhiễm HIV đầu tiên tại thị xã Điện Biên Phủ có liên quan đến TCMT đã đưa Lai Châu vào vị trí thứ 58/61 tỉnh, thành có HIV. Cuối năm 1998 tỉnh này chỉ có 6 người nhiễm HIV, chủ yếu là thanh niên trẻ có TCMT. Năm 1999 phát hiện thêm 14 người, trong đó có 1 nam công nhân viên chức có quan hệ tình dục với người nhiễm HIV, còn 13 trường hợp có liên quan đến TCMT. Năm 2000 với số mẫu xét nghiệm là 3.381 đã phát hiện thêm được 49 người, đưa tổng số nhiễm HIV phát hiện được tại Lai Châu đến cuối năm 2000 là 68 trường hợp. Cộng thêm 3 người nhiễm HIV từ tỉnh khác chuyển về, Lai Châu có tổng số 71 người nhiễm HIV. Số người phát hiện nhiễm HIV mỗi năm một tăng, tập trung chủ yếu ở lứa tuổi trẻ là nam giới có TCMT. Địa bàn có nhiều người nhiễm HIV là thị xã Điện Biên Phủ và huyện Điện Biên.

Bảng 4. Số người nhiễm HIV ở Lai Châu theo địa phương, tuổi, nghề nghiệp và hành vi

Địa phương	TS ca nhiễm	Tuổi				Tiêm chích MT	Quan hệ tình dục	Không rõ	Trong đó cán bộ CNV
		Nam		Nữ					
		<20	>20	<20	>20				
TX Điện Biên Phủ	33		30	1	2	26	3	4	3
Huyện Điện Biên	19	1	18			18		1	2
Thị xã Lai Châu	11		11			11			1
Huyện Tuần Giáo	4		4			4			
Huyện Sin Hồ	1		1			1			
Tỉnh khác về	3		3					3	
Tổng số	71	1	67	1	2	60	3	8	6

Nguồn: Báo cáo tổng kết 10 năm hoạt động phòng chống AIDS tỉnh Lai Châu, số 12/BC-UB ngày 6/2/2001

**Yên Bái** là tỉnh miền núi, giao thông thuận tiện (đường sắt, đường bộ, đường thủy) nên giao lưu, buôn bán với các tỉnh trong cả nước rất thuận lợi. Yên Bái có tỷ lệ người nghiện ma túy cao so với cả nước, đặc biệt là đối tượng thanh thiếu niên. Tỉnh có Trung tâm cai nghiện lớn, có uy tín đối với khu vực phía Bắc, do vậy những người nghiện ma túy của các tỉnh miền Bắc tập trung về cai nghiện rất đông và rất nhiều đối tượng HIV của các nơi khác đã được phát hiện tại đây. Trên địa bàn tỉnh, còn có các trại giam lớn của Bộ Công an, trong đó đối tượng nhiễm HIV là phạm nhân chiếm tỷ lệ cao (29,49%). Yên Bái là tỉnh nghèo, dân trí thấp, nhận thức của cộng đồng về HIV/AIDS còn rất hạn chế, do vậy việc tuyên truyền giáo dục phòng chống HIV/AIDS gặp nhiều khó khăn. Thực trạng thanh niên đến tuổi lao động không có việc làm, không có thu nhập khá phổ biến, do vậy phát sinh nhiều tệ nạn xã hội, tình trạng nghiện ma túy ngày một gia tăng.

Tại Yên Bái, đối tượng nhiễm HIV phát hiện được ở 8/9 huyện, thị, chủ yếu là nam thanh niên NCMT hoặc có tiền sử NCMT. Dự báo trong những năm tiếp theo, lây nhiễm HIV qua đường tình dục có xu hướng gia tăng; dịch không chỉ xảy ra tại khu vực thị xã, thị trấn mà sẽ lan rộng lên các huyện vùng cao. Phân tích số lượng nhiễm HIV theo năm cho thấy, từ năm 1991- 1996 xét nghiệm không phát hiện được ca nào dương tính. Những năm sau này số người nhiễm HIV ngày càng tăng: năm 1997 có 1 ca, năm 1998 có 9 ca, năm 1999 có 18 ca, năm 2000 có 50 ca, tổng cộng đã có 78 ca, trong đó người tại tỉnh là 50, người tỉnh khác sống tại Yên Bái là 28. Tỷ lệ nhiễm HIV theo giới là: nam 75 người - 96,15%, nữ 3 người - 3,85%. Số người nhiễm HIV cao nhất ở bệnh nhân cai nghiện (33,33%), sau đến phạm nhân

(29,49%) và những người không nghề nghiệp (25,63%). Các thành phần còn lại chiếm tỷ lệ thấp, chẳng hạn 5,13% ở nhóm công nhân viên chức, 3,85% ở nhóm tân binh và 2,56% ở nhóm gái mại dâm.

**Bắc Kạn** cũng là tỉnh miền núi, có trên 80% diện tích là rừng núi. Số người nghiện ma túy năm 1999 ước tính khoảng 2.000 người, trong đó số quản lý được là 1.261 người. Số người hoạt động mại dâm ước tính 100 người. Đây là tỉnh nằm trên trục Quốc lộ 3, trong vành đai lây lan của đại dịch, thường xuyên giao lưu kinh tế, xã hội với các tỉnh lớn, đặc biệt là các tỉnh có nhiều người nhiễm HIV/AIDS như Thái Nguyên, Cao Bằng, Lạng Sơn, Tuyên Quang. Đối tượng NCMT của tỉnh khá lớn, chủ yếu là thanh niên, không nghề nghiệp. Địa bàn hoạt động của con nghiện rộng, việc thu dụng và quản lý các đối tượng này rất khó khăn, do vậy nguy cơ lan nhiễm HIV/AIDS lớn, khó kiểm soát.

Ở Bắc Kạn, trong năm 1997 không phát hiện được trường hợp nhiễm HIV nào là người của tỉnh. Năm 1998 có 2 người mắc, năm 1999 - có 4, năm 2000 - có 9 người, trong đó có 1 bệnh nhân AIDS tử vong, đưa số người nhiễm HIV/AIDS của tỉnh tăng lên 15 người (12 nam, 3 nữ), trong đó đối tượng NCMT có 10 người (76%), tân binh - 1 (6,6%), mại dâm - 1 (6,6%), phụ nữ có thai - 1 (6,6%), người bình thường bị nhiễm - 1 (6,6%). Đây là số phát hiện được, còn số thực nhiễm của tỉnh ước tính khoảng 90 người.

**Đắk Lắk** là tỉnh miền núi, biên giới thuộc Tây Nguyên nhưng không có cửa khẩu. Tuy nhiên, tỉnh này lại chịu ảnh hưởng nặng nề của tình trạng di cư tự do nên có trên 45 dân tộc cư trú. Địa giới hành chính được chia thành 17 huyện và 1 thành phố Buôn

Ma Thuột với 204 xã/phường; số huyện giáp biên giới Campuchia là 5, số xã giáp biên giới là 9.

Tại Đắk Lắk đã có 14/18 huyện, thành phố có người nhiễm HIV. Năm 1993 có 5 người nhiễm HIV. Từ đó số người nhiễm HIV được phát hiện ngày càng nhiều: năm 1994 có 19, năm 1995 có 67, năm 1996 có 74, năm 1997 có 80, năm 1998 có 31, năm 1999 có 52, năm 2000 có 61 người nhiễm HIV. Đến hết năm 2000, lũy tích số người nhiễm HIV là 389, chuyển sang AIDS là 101, tử vong do AIDS là 87. Thành phố Buôn Ma Thuột có số người nhiễm HIV cao nhất, chiếm 73,14%. Người tỉnh khác bị nhiễm HIV di chuyển đến Đắk Lắk cũng khá cao, chiếm 24,9%. Đa số người nhiễm HIV là NCMT, chiếm 69,68%, mại dâm - 3,11%. Từ 1 bệnh nhân AIDS năm 1994, đến cuối năm 2000 lũy tích là 101 bệnh nhân; số tử vong do AIDS ngày càng gia tăng qua các năm: từ 2 người năm 1995, đến cuối năm 2000 lũy tích là 87 người. Qua theo dõi từ lúc phát triển thành AIDS đến lúc chết trung bình khoảng 3 tháng. Một trong những nguyên nhân làm tử vong nhanh là thiếu dinh dưỡng, thiếu chăm sóc, vẫn tiếp tục chích ma túy. Theo dõi từ năm 1993 - 2000, đối tượng nhiễm HIV làm nghề nông cao nhất (24,4%), kế đến là không rõ nghề nghiệp (19,3%), thợ thủ công (16,4%) và sau cùng là không nghề nghiệp (14,1%) (Báo cáo tổng kết... 2000).

**An Giang** là tỉnh thuộc đồng bằng Nam Bộ, nằm dọc sông Cửu Long, có đường biên giới và rất thuận tiện giao lưu với Campuchia. Tại An Giang, trong số 247 người nhiễm HIV, đến cuối năm 1996 có 66% bị lây truyền qua đường tình dục, 32% qua đường NCMT. Phụ nữ hành nghề mại dâm được ghi nhận là nhóm có vai trò chính trong việc lây truyền HIV vào cộng đồng người bình thường, tương tự như mô hình lây

truyền tại Thái Lan. Hầu hết khách hàng của gái mại dâm ở đây là người buôn bán, lái xe và những người thường xuyên qua lại biên giới (Nguyễn Thị Thanh Thủy, Mai Hoàng Anh và cộng sự, 2000).

Tóm lại, quy mô lây nhiễm HIV/AIDS ở các tỉnh miền núi và vùng biên ngày càng gia tăng mạnh mẽ, đa số người nhiễm HIV/AIDS là người NCMT, trong đó nam giới là chủ yếu, với độ tuổi phần lớn dưới 40 tuổi. Nạn dịch có xu hướng lan tràn từ các quần thể có nguy cơ cao đến các quần thể có nguy cơ thấp, không chỉ ở khu vực thành phố, thị xã, thị trấn mà cả ở nông thôn, vùng cao, vùng sâu, vùng xa. Địa bàn di chuyển của người nhiễm HIV rộng, khó kiểm soát. Sự lan truyền HIV qua các tỉnh miền núi và vùng biên ngày một trầm trọng: năm 1997-1998 đã ghi nhận hàng loạt vụ dịch xảy ra ở Quảng Ninh, Lạng Sơn (giáp biên giới Trung Quốc). Cuối năm 1996, đầu năm 1997 tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm NCMT đã tăng rất nhanh ở những tỉnh này. Tại tỉnh An Giang, nơi có đường biên với Campuchia, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm gái mại dâm tăng khoảng 5%, cao hơn các tỉnh khác ở miền Nam; tỷ lệ nhiễm HIV trong bệnh nhân hoa liễu và các nhóm có nguy cơ thấp ở các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long sát biên giới Campuchia cũng cao hơn các tỉnh khác. Lây truyền qua đường tình dục là kiểu lây truyền chính tại vùng biên giới với Campuchia của khu vực phía Nam (Nguyễn Thị Thanh Thủy, Mai Hoàng Anh và cộng sự, 2000). Sự di chuyển qua lại biên giới có liên quan với việc phát triển hoạt động mại dâm. HIV-1 chủng E Thái Lan chiếm ưu thế đã khẳng định việc lưu hành cùng một chủng HIV trong 3 nước Thái Lan, Campuchia và Việt Nam. Để đối phó với tình thế trên, Mục tiêu chiến lược dài hạn của Chương trình hành động quốc gia phòng chống AIDS của Việt Nam là:

- Hạn chế tốc độ lây truyền HIV/AIDS trong cộng đồng dân cư.
- Làm chậm quá trình tiến triển của HIV thành AIDS.
- Làm giảm tác hại của HIV/AIDS đối với sự phát triển kinh tế xã hội.

#### 4. MỘT SỐ KHUYẾN NGHỊ

Đại dịch HIV/AIDS hiện nay chưa có thuốc chữa và thuốc phòng hữu hiệu nhưng vẫn có thể phòng tránh được khi mọi người đều thực hiện các hành vi an toàn trong tiêm chích, quan hệ tình dục, truyền máu.

Trước hết cần xã hội hoá công tác phòng chống HIV/AIDS. Cấp uỷ Đảng và chính quyền các cấp cần phối hợp với các ngành, đoàn thể tập trung lãnh đạo, chỉ đạo công tác này như một nhiệm vụ kinh tế-xã hội; đồng thời củng cố hệ thống cơ quan chuyên trách phòng chống HIV/AIDS từ Trung ương xuống cơ sở, đầu tư kinh phí thoả đáng cho các hoạt động bằng nguồn ngân sách và các nguồn lực ngoài Nhà nước.

Đẩy mạnh các hoạt động thông tin-giao dục-truyền thông cả chiều rộng và chiều sâu, bằng nhiều hình thức và nội dung phong phú, phù hợp với văn hoá và ngôn ngữ các dân tộc, nhằm phổ biến kiến thức, cách phòng tránh và vận động thực hiện hành vi an toàn phòng chống AIDS cho mọi tầng lớp nhân dân, mọi nhóm đối tượng, từ nhóm có nguy cơ cao (ma tuý, mại dâm) đến các nhóm tiếp viên nhà hàng, khách sạn, phụ nữ mang thai, cán bộ y tế, học sinh, lực lượng vũ trang và toàn cộng đồng.

Triển khai hoạt động hợp tác phòng chống HIV/AIDS ở vùng biên giới giữa Việt Nam với Trung Quốc, Lào, Campuchia; quản lý được công dân làm ăn, sinh sống tại khu vực đường biên; xoá bỏ đường dây mại dâm xuyên biên giới và các hoạt động mại dâm ở các cặp chợ biên giới, các cửa khẩu, nhằm

hạn chế sự lan truyền dịch HIV/AIDS qua đường biên.

Thực hiện phương châm “nam giới là người thay đổi đại dịch”, nam giới không dùng chung bơm kim tiêm, không dùng chung lọ thuốc khi tiêm chích ma tuý, dùng bao cao su trong quan hệ tình dục.

Nhà nước cần tăng cường công tác chống vận chuyển, tàng trữ, sử dụng và buôn bán ma tuý, đẩy mạnh hoạt động chống tệ nạn mại dâm đang trá hình dưới dạng karaoke, cắt tóc gội đầu, nhất là ở khu vực biên giới và khu du lịch. Các trại cai nghiện và các trại tạm giam cần được can thiệp phòng lây nhiễm tích cực.

Ngành Y tế cần đẩy mạnh công tác giám sát dịch tễ HIV/AIDS, tăng cường khám, chữa các bệnh lây truyền qua đường tình dục; đảm bảo an toàn truyền máu và các dịch vụ y tế, kể cả dịch vụ y tế tư nhân và dịch vụ thẩm mỹ; đẩy mạnh công tác quản lý, tư vấn, chăm sóc, điều trị bệnh nhân AIDS.

#### Tài liệu tham khảo

1. Báo cáo tổng kết hoạt động phòng chống AIDS đến năm 2000 của Ủy ban phòng chống AIDS tỉnh Lạng Sơn, Quảng Ninh, Lào Cai, Lai Châu, Yên Bái, Bắc Kạn, Đắk Lắk.
2. Bộ Y tế. *Hội nghị tổng kết công tác phòng chống AIDS ngành Y tế giai đoạn 1990-2000*, Hà Nội, 5-6/4/2001.
3. Nguyễn Thị Thanh Thủy, Mai Hoàng Anh và cộng sự. *Lây nhiễm HIV-1 qua đường tình dục chiếm ưu thế tại một vùng biên giới ở đồng bằng sông Cửu Long thuộc Miền Nam Việt Nam*. Tạp chí Y học thực hành, số Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS. Bộ Y tế, 2000.
4. Trường Đại học Y khoa Hà Nội. *Nhiễm HIV/AIDS - y học cơ sở, lâm sàng và phòng chống*, Nxb. Y học, Hà Nội, 1995.