Tiêm chủng và sức khỏe trẻ em

Phiên bản năm tài chính 2026

Viết và chỉnh sửa: Ủy ban xem xét hướng dẫn tiêm chủng
Phát hành: Trung tâm nghiên cứu tiêm chủng thuộc Quỹ lợi ích cộng đồng

Lời nói đầu

Trẻ em thường là đối tượng dễ mắc bệnh và một khi đã mắc thì có thể trở nên trầm trọng; tiêm chủng là biện pháp giúp trẻ phòng tránh được một số bệnh.

Cuốn sách này được tạo ra với mong muốn giúp bạn có những kiến thức chính xác về việc tiêm chủng mà trẻ sẽ nhận được kể từ bây giờ và giúp trẻ được tiêm chủng một cách an toàn.

Chúng tôi hy vọng rằng cuốn sách này sẽ góp phần giúp trẻ phát triển khỏe mạnh.

Mục lục

1 Hãy cho trẻ đi tiêm chủng! 2
2 Tiêm chủng là gì? 2
3 Tính hiệu lực của tiêm chủng 3
4 Về tiêm chủng định kỳ và tiêm chủng tự nguyện 3
5 Hãy lập kế hoạch tiêm chủng cho trẻ 4
6 Trước khi cho trẻ đi tiêm chủng 9
7 Các bệnh thuộc đối tượng tiêm chủng và vắc-xin phòng ngừa 12
Bệnh Truyền nhiễm do vi-rút Rota 12
Viêm gan B 14
Bệnh nhiễm phế cầu khuẩn ở trẻ em 16
Bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt (viêm tủy xám cấp tính) và nhiễm trùng Hib 18
Bệnh lao 25
Bệnh sởi, bệnh rubella 27
Thủy đậu 30
Viêm não Nhật Bản 32
Bệnh nhiễm HPV (vi-rút u nhú ở người) 34
Nhiễm vi-rút RS ở phụ nữ mang thai (tiêm chủng cho mẹ) 38
8 Ứng phó trong trường hợp xảy ra phản ứng phụ 40
[Tham khảo 1] Nhiễm vi-rút corona mới (COVID-19) 42
[Tham khảo 2] Tổng quan về các bệnh chủ yếu thuộc đối tượng tiêm chủng tự nguyện và vắc-xin phòng ngừa 45
Vắc-xin cúm mùa 45
Vắc-xin quai bị 46
[Tham khảo 3] Phiếu dự chẩn trước khi tiêm chủng 47
[Tham khảo 4] Khảo sát tình trạng sức khỏe sau tiêm chủng 48

Phiên bản năm 2026 dựa trên các bản sửa đổi tính đến tháng 2 năm 2026.

Để có được thông tin mới nhất, xin vui lòng xác nhận tại địa phương nơi bạn sinh sống (bao gồm cả các quận đặc biệt. Bên dưới đây thì cũng tương tự như vậy). Thông tin này cũng có sẵn trên trang web của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi và Viện An ninh Y tế Nhật Bản (cổng thông tin bệnh truyền nhiễm).

Trong trường hợp sửa đổi luật hoặc quy định, chúng tôi sẽ tải Thông báo sửa đổi, v.v. lên trang web của mình (https://www.yoboseshu-rc.com).

1. Hãy cho trẻ đi tiêm chủng!

Sức đề kháng (miễn dịch) đối với các bệnh được người mẹ ban tặng cho trẻ sẽ gần như bị mất đi một cách tự nhiên sau 3 tháng sau sinh đối với bệnh ho gà và sau 12 tháng sau sinh đối với bệnh sởi. Do đó, sau khoảng thời gian này, các em bé phải tự tạo ra khả năng miễn dịch để phòng chống bệnh tật. Tiêm chủng là biện pháp hỗ trợ cho điều đó.

Trẻ em càng lớn lên thì cơ hội được đi ra ngoài, tiếp xúc với người khác càng nhiều hơn, do đó, nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm cũng cao hơn. Hãy giúp sức cho sức khỏe của trẻ bằng sự hiểu biết đúng đắn về tiêm chủng.

● Bệnh truyền nhiễm

Bệnh truyền nhiễm là bệnh xảy ra khi các tác nhân gây bệnh như vi-rút và vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể và sinh sôi. Tùy thuộc vào loại tác nhân gây bệnh mà có thể xuất hiện một loạt các triệu chứng như sốt, ho, đau đầu, phát ban và tiêu chảy.

2. Tiêm chủng là gì?

"Tiêm chủng" là việc đưa vắc-xin vào cơ thể – thường là tiêm, uống hoặc qua đường mũi – để giúp cơ thể phát triển hoặc tăng cường khả năng miễn dịch chống lại bệnh tật. Có hai loại vắc-xin chính: vắc-xin sống giảm độc lực, sử dụng các dạng vi-rút hoặc vi khuẩn gây bệnh đã được làm suy yếu, và vắc-xin bất hoạt, được tạo ra bằng cách làm bất hoạt vi-rút hoặc loại bỏ độc tính của vi khuẩn và các độc tố mà vi-rút sản sinh ra. Gần đây, vắc-xin COVID-19 đã được phát triển bằng cách sử dụng mRNA (RNA thông tin), đóng vai trò là bản thiết kế để sản xuất protein gai có trên bề mặt của vi-rút COVID-19. Tiêm chủng bao gồm việc tiêm vắc-xin để bảo vệ cá nhân khỏi các bệnh truyền nhiễm và ngăn ngừa sự lây lan của bệnh trong cộng đồng. Ngay cả khi mắc bệnh truyền nhiễm, những cá nhân đã tiêm vắc-xin cũng có nhiều khả năng tránh được các triệu chứng nghiêm trọng hơn. Không phải là có thể tạo ra vắc-xin cho tất cả các bệnh truyền nhiễm. Do tính chất của vắc-xin mà hiện tại không thể sản xuất vắc-xin cho một số vi-rút và vi khuẩn, nhưng nghiên cứu để phát triển vắc-xin vẫn đang được tiếp tục thực hiện trên toàn thế giới.

3. Tính hiệu lực của tiêm chủng

Mục đích của tiêm chủng là giúp cho người đã được tiêm chủng không mắc bệnh, hoặc nếu có mắc bệnh thì sẽ không trở nên nghiêm trọng. Tuy nhiên, tùy theo thể chất, tình trạng cơ thể lúc đó của trẻ, cũng có trường hợp không thể tạo ra đề kháng (miễn dịch) được. Nếu bạn muốn biết liệu đã có được sức đề kháng (miễn dịch) hay chưa, thì cũng có cách là xét nghiệm máu để đo kháng thể trong máu.

Ngoài ra, đối với loại vắc-xin bất hoạt, mặc dù sức đề kháng (miễn dịch) đã được tạo ra, nhưng sau một thời gian nó sẽ giảm dần, vì vậy để duy trì sức đề kháng (miễn dịch) trong một thời gian dài, cần phải tiêm chủng bổ sung với khoảng cách nhất định giữa các lần tiêm. (Tham khảo mục “5. (3) Chủng loại và đặc điểm của vắc-xin” ở trang 5)

4. Về tiêm chủng định kỳ và tiêm chủng tự nguyện

Tiêm chủng bao gồm tiêm chủng định kỳ và tiêm chủng tự nguyện. Trong tiêm chủng có tiêm chủng định kỳ mà có xác định bệnh mục tiêu, đối tượng người được tiêm và thời gian tiêm chủng theo quy định của Luật Tiêm chủng, và tiêm chủng tự nguyện khác.

Khi được tiêm chủng thì có thời gian tiêm chủng thích hợp cho từng bệnh. Vui lòng tham khảo "Danh sách thời gian tiêm chủng định của tiêm chủng định kỳ (bệnh loại A)" trên trang 8 để biết thời gian khuyến cáo tiêm (thời gian tiêm chủng tiêu chuẩn).

Tiêm chủng định kỳ là gì?

Là tiêm chủng được quy định bởi "Luật Tiêm chủng", và được chia thành tiêm chủng cho các bệnh loại A và bệnh loại B. Theo nguyên tắc chung, chi phí do chính quyền địa phương chi trả cho những người được tiêm chủng bệnh loại A, vì vậy có thể được tiêm chủng với chi phí công. Tiêm chủng bệnh loại B thì một phần chi phí có thể được chịu bởi chi phí công. Ngoài ra, từ ngày 30 tháng 1 năm 2013, các biện pháp đặc biệt đã được đặt ra đối với những trẻ em chưa được tiêm chủng định kỳ do mắc bệnh hiểm nghèo thời kỳ dài. Để biết chi tiết, vui lòng xác nhận với trung tâm y tế / văn phòng thành phố, thị trấn, làng nơi bạn sống.

Bệnh loại A	Trọng tâm chủ yếu là phòng ngừa đại trà, phòng ngừa bệnh hiểm nghèo. Cá nhân có nghĩa vụ nỗ lực để được tiêm vắc-xin và người giám hộ có nghĩa vụ nỗ lực để đảm bảo cá nhân (trẻ em) đó được tiêm vắc-xin. Trong cả hai trường hợp, chính phủ đều khuyến nghị tiêm vắc-xin.
・Bệnh Truyền nhiễm do vi-rút Rota ・Viêm gan B ・Nhiễm phế cầu khuẩn ở trẻ em ・Bạch hầu ・Ho gà ・Uốn ván ・Bại liệt (Bệnh bại liệt cấp tính) ・Nhiễm trùng Hib ・Bệnh lao (BCG) ・Sởi ・Rubella ・Thủy đậu ・Viêm não Nhật Bản ・Nhiễm vi-rút u nhú ở người (HPV) ・Nhiễm vi-rút RS (đối với phụ nữ mang thai)	

Bệnh loại B	Trọng tâm chủ yếu là phòng ngừa cá nhân. Cá nhân không có nghĩa vụ phải nỗ lực để được tiêm vắc-xin và cha mẹ/người giám hộ không có nghĩa vụ phải nỗ lực để đảm bảo cá nhân (trẻ em) đó được tiêm vắc-xin. Trong cả hai trường hợp, chính phủ đều không đưa ra khuyến nghị nào về việc tiêm vắc-xin.
・Cúm theo mùa* ・Bệnh nhiễm phế cầu khuẩn ở người cao tuổi ・Nhiễm COVID-19 ở người cao tuổi ・Bệnh giời leo ở người cao tuổi	

*Việc tiêm vắc-xin phòng ngừa cúm mùa và COVID-19 cho trẻ em là tự nguyện.

Tiêm chủng tự nguyện là gì?

Là tiêm chủng khác với hình thức "tiêm chủng định kỳ" được quy định trong "Luật Tiêm chủng". Theo nguyên tắc, chi phí cần thiết cho việc tiêm chủng sẽ do cá nhân chịu. Ngoài ra, một số chính quyền địa phương có thể chịu một phần hoặc toàn bộ chi phí tùy thuộc vào sự cần thiết của tiêm chủng đó. Để biết chi tiết, vui lòng xác nhận với trung tâm y tế / văn phòng thành phố, thị trấn, làng nơi bạn sống.

5. Hãy lập kế hoạch tiêm chủng cho trẻ

(1) Thông báo về việc thực hiện tiêm chủng

Tiêm chủng định kỳ theo Luật tiêm chủng được thực hiện bởi các địa phương. Thông báo về tiêm chủng thường được gửi cho cha mẹ hoặc người giám hộ một cách riêng biệt, ngoại trừ những trường hợp bắt buộc phải thông báo chung. Vì thông báo được thực hiện dựa trên Sổ đăng ký thường trú cơ bản, nên bạn hãy đảm bảo gửi thông báo khi trẻ được sinh ra hoặc khi di chuyển chỗ ở.

(2) Hãy quyết định dự định thời kỳ được tiêm

Về nguyên tắc, tiêm chủng định kỳ được thực hiện tiêm riêng lẻ. Hãy xem xét kế hoạch tiêm chủng của địa phương, tình trạng thể chất của trẻ, tình hình dịch bệnh và tham khảo ý kiến của bác sĩ gia đình để quyết định thứ tự và lịch trình cụ thể cho việc tiêm chủng của trẻ.

Lưu ý rằng một số thành phố có thể cung cấp vắc-xin BCG hàng loạt (được thực hiện vào những ngày cụ thể tại các địa điểm được chỉ định như trung tâm y tế).

(3) Chủng loại và đặc điểm của vắc-xin

Các loại vắc-xin dùng để tiêm chủng bao gồm vắc-xin sống; vắc-xin bất hoạt; và đối với COVID-19 là vắc-xin mRNA.

Vắc-xin sống

Là thứ đã làm suy yếu độc tính (khả năng gây bệnh) của vi khuẩn hay vi-rút đã sống, và nhờ tiêm chủng nó vào, thì sẽ có sức đề kháng (miễn dịch) như khi mắc bệnh đó. Sau tiêm chủng, do bắt đầu phát triển vi khuẩn hay vi-rút đã suy yếu độc tính (khả năng gây bệnh) trong cơ thể, mà sẽ có các triệu chứng nhẹ như sốt hay phát ban, tùy theo tính chất của từng loại vắc-xin. Cần khoảng 1 tháng để phát triển đủ sức đề kháng (miễn dịch). Tuy nhiên, có những thứ mà miễn dịch sẽ dần giảm xuống, yếu đi, nên cần tiêm chủng bổ sung.

Các loại vắc-xin sống	・Vắc-xin vi-rút Rota ・Vắc-xin BCG ・Vắc-xin phối hợp sởi-rubella (MR) ・Vắc-xin sởi ・Vắc-xin rubella ・Vắc-xin thủy đậu ・Vắc-xin quai bị ・Vắc-xin sốt vàng da ・Vắc-xin cúm dạng xịt mũi ・Vắc-xin đậu mùa (phòng ngừa đậu mùa khỉ)

Vắc-xin bất hoạt

Là thứ được tạo ra bằng cách loại bỏ độc tính (khả năng gây bệnh) bằng cách sử dụng các thành phần cần thiết để tiêu diệt vi khuẩn hay vi-rút và tạo ra sức đề kháng (miễn dịch). Vi khuẩn và vi-rút không phát triển trong cơ thể, vì vậy sẽ có sức đề kháng (miễn dịch) bằng cách tiêm chủng nhiều lần. Sau khi tiêm chủng đều đặn 2-3 lần để có đủ sức đề kháng tối thiểu cần thiết (miễn dịch cơ bản), sau đó vài tháng đến 1 năm sẽ tiêm chủng bổ sung để phát triển đủ sức đề kháng (miễn dịch). Tuy nhiên, sau một thời gian, sức đề kháng (miễn dịch) giảm dần, vì vậy để duy trì sức đề kháng (miễn dịch) lâu dài, cần tiêm chủng bổ sung lại đều đặn theo tính chất của từng vắc-xin.

Các loại vắc-xin bất hoạt và giải độc tố	・Vắc-xin viêm gan B ・Vắc-xin phế cầu khuẩn ・Vắc-xin 5 trong 1 (DPT-IPV-Hib) ・Vắc-xin 3 trong 1 (DPT) ・Vắc-xin 2 trong 1 (DT) ・Vắc-xin bại liệt (IPV) ・Vắc-xin Hib ・Vắc-xin viêm não Nhật Bản ・Vắc-xin vi-rút u nhú ở người ・Vắc-xin cúm theo mùa ・Vắc-xin viêm não mô cầu ・Vắc-xin viêm gan A ・Vắc-xin bệnh dại ・Vắc-xin giải độc tố uốn ván (T) ・Vắc-xin viêm não do ve ・Vắc-xin thương hàn ・Vắc-xin bệnh giời leo ・Vắc-xin vi-rút hợp bào hô hấp ・Vắc-xin COVID-19

Vắc-xin mRNA

Vắc-xin COVID-19 bao gồm vắc-xin mRNA mới, được sản xuất khác với các phương pháp thông thường. Những vắc-xin này bao bọc mRNA (RNA thông tin) – đóng vai trò là bản thiết kế cho kháng nguyên protein có trên bề mặt của vi-rút COVID-19 – bên trong các hạt nano lipid. Vì chúng không thuộc loại truyền thống là vắc-xin sống giảm độc lực hoặc vắc-xin bất hoạt nên chúng được phân loại riêng. Vắc-xin COVID-19 bất hoạt cũng đang được sử dụng trong thực tế. Vắc-xin sống cũng đang trong quá trình phát triển.

Các loại vắc-xin mRNA	・Vắc-xin COVID-19

(4) Khoảng cách thời gian tiêm giữa các loại vắc-xin khác nhau

Từ ngày 1 tháng 10 năm 2020, khoảng cách thời gian trong trường hợp tiêm các vắc-xin khác loại đã được sửa đổi. Không còn bất kỳ hạn chế nào về khoảng cách thời gian giữa các lần tiêm chủng, ngoại trừ khi tiêm hai loại vắc-xin sống dạng tiêm.

Vắc-xin được sử dụng để chủng ngừa bao gồm vắc-xin sống, vắc-xin bất hoạt và vắc-xin mRNA. Khi tiêm vắc-xin sống, cần phải tuân thủ một khoảng cách thời gian nhất định trước khi tiêm một vắc-xin sống khác.

Cũng có trường hợp cần phải tiêm đồng thời các vắc-xin khác loại. Khi đó, hãy hỏi kỹ ý kiến của bác sĩ.

Ngoài ra, trường hợp tiêm nhiều lần cùng một loại vắc-xin, do khoảng cách thời gian tương ứng với từng loại vắc-xin được quy định, nên hãy chú ý để không bị nhầm lẫn, sai sót.

Khoảng cách giữa các loại vắc-xin khác nhau

・Vui lòng làm theo hướng dẫn trong tờ thông tin đính kèm và các tài liệu liên quan khác về khoảng cách giữa các liều tiêm của cùng một loại vắc-xin.

Vắc-xin sống tiêm

- Tiêm chủng định kỳ là gì? BCG, MR, Sởi, Rubella, Thủy đậu (bao gồm phòng ngừa bệnh giời leo ở người cao tuổi)
- Tiêm chủng tự nguyện là gì? Quai bị, Sốt vàng da, Đậu mùa (phòng ngừa đậu mùa)

→ Để từ 27 ngày trở lên → Vắc-xin sống tiêm

→ Không có quy định khoảng cách → Vắc-xin sống dạng uống hoặc xịt mũi / Vắc-xin bất hoạt/ vắc-xin giải độc tố/ vắc-xin mRNA

*Hai lần tiêm vắc-xin sống phải cách nhau ít nhất 27 ngày, tính từ ngày sau lần tiêm đầu tiên.
*Không yêu cầu khoảng cách thời gian cụ thể nào giữa lần tiêm vắc-xin sống và lần tiêm vắc-xin sống dạng uống hoặc dạng xịt mũi, vắc-xin bất hoạt, vắc-xin giải độc tố hoặc vắc-xin mRNA tiếp theo.

Vắc-xin sống dạng uống hoặc xịt mũi

- Tiêm chủng định kỳ là gì? Bệnh Truyền nhiễm do vi-rút Rota
- Tiêm chủng tự nguyện là gì? Vắc-xin cúm sống giảm độc lực dạng xịt mũi

Vắc-xin bất hoạt/vắc-xin giải độc tố/vắc-xin mRNA

- Tiêm chủng định kỳ là gì? HViêm gan B, Bệnh nhiễm phế cầu khuẩn ở trẻ em, DPT-IPV-Hib, DPT, DT, Bại liệt, Nhiễm Hib, Viêm não Nhật Bản, Nhiễm vi-rút u nhú ở người, (Cúm mùa, nhiễm phế cầu khuẩn, nhiễm COVID-19, bệnh giời leo) ở người cao tuổi, nhiễm vi-rút RS ở phụ nữ mang thai để tiêm chủng cho bà mẹ
- Tiêm chủng tự nguyện là gì? Viêm gan A, bệnh dại, uốn ván, nhiễm vi-rút RS, bệnh viêm màng não cầu khuẩn, viêm não do ve, thương hàn

→ Không có quy định khoảng cách → Vắc-xin sống tiêm / Vắc-xin sống dạng uống hoặc xịt mũi / Vắc-xin bất hoạt/ vắc-xin giải độc tố/v ắc-xin mRNA

(Ghi chú)
・Các triệu chứng như sốt và sưng tấy tại chỗ tiêm chủng có thể xảy ra trong vài ngày sau khi tiêm chủng. Ngay cả khi vẫn còn trong thời gian tiêm vắc-xin được phép, hãy đảm bảo rằng cá nhân đó có sức khỏe tốt - không có các triệu chứng như sốt hoặc sưng tại vị trí tiêm - trước khi tiến hành tiêm vắc-xin.
・Các vắc-xin chỉ có thể được tiêm cùng lúc khi được bác sĩ chấp thuận cụ thể.

Khoảng cách giữa các lần tiêm vắc-xin khi được tiêm nhiều liều cùng một loại vắc-xin

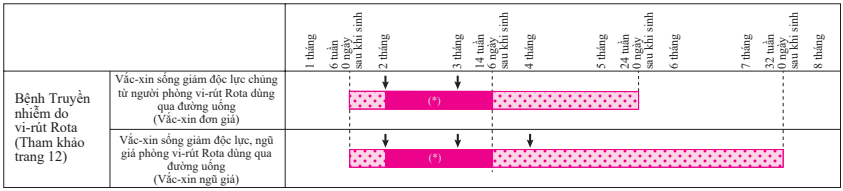
・Khi được tiêm nhiều liều cùng một loại vắc-xin, cần tuân thủ đúng khoảng cách quy định cho từng loại vắc-xin.

Ví dụ: Rotarix (đơn giá): Liều 1 → Để từ 27 ngày trở lên → Liều 2

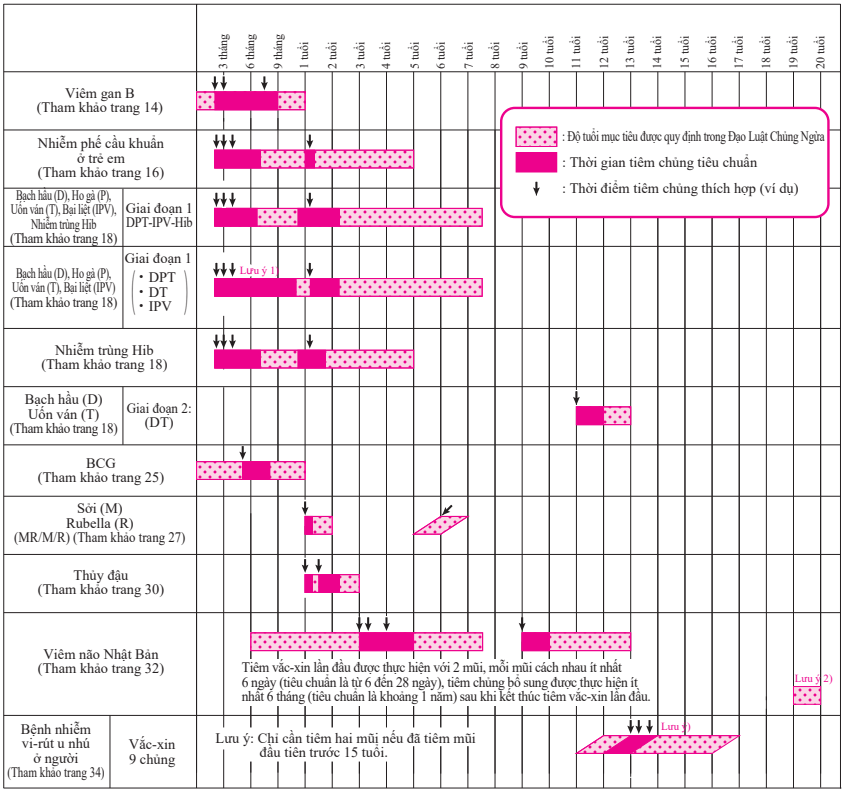
5. Hãy lập kế hoạch tiêm chủng cho trẻ

Danh sách thời gian tiêm chủng của tiêm chủng định kỳ (bệnh loại A)

[Lưu ý] Ngày bắt đầu tính khoảng cách thời gian giữa các lần tiêm là ngày hôm sau của ngày tiêm. Khoảng cách giữa các lần tiêm chủng được pháp luật quy định theo ngày. Ví dụ: "khoảng cách một tuần" nên được hiểu là "vào hoặc sau đúng thứ đó của tuần tiếp theo".



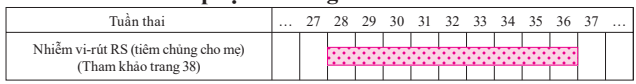
*: Thời gian tiêu chuẩn uống liều đầu tiên là trong khoảng từ 2 tháng tuổi đến 14 tuần 6 ngày tuổi.



Lưu ý 1: Nếu sử dụng DT ở giai đoạn 1 thì phải tiêm sớm nhất là 3 tháng sau khi sinh.

Lưu ý 2: Những người sinh trong giai đoạn từ ngày 2 tháng 4 năm 1995 đến ngày 1 tháng 4 năm 2007 mà không được tiêm vắc-xin giai đoạn 1 hoặc giai đoạn 2 là đối tượng được tiêm vắc-xin định kỳ khi bỏ lỡ liều tiêm nếu dưới 20 tuổi.

Nhiễm vi-rút RS ở phụ nữ mang thai



※ Áp dụng cho phụ nữ mang thai từ 28 tuần 0 ngày đến 36 tuần 6 ngày

6. Trước khi cho trẻ đi tiêm chủng

Những điều cần kiểm tra trước khi cho trẻ đi tiêm chủng

1 Sức khỏe của trẻ có tốt không?
2 Bạn đã hiểu về sự cần thiết, tác dụng và các phản ứng phụ tiềm ẩn của vắc-xin mà trẻ sẽ được tiêm ngày hôm nay chưa?
Nếu bạn chưa biết thì hãy điền sẵn câu hỏi vào tờ ghi chú.
3 Bạn đã mang sổ tay sức khỏe mẹ và bé theo chưa?
4 Bạn đã hoàn thành việc điền vào phiếu dự chẩn trước khi tiêm chủng chưa?

(1) Các chú ý chung

Nguyên tắc của tiêm chủng là thực hiện khi sức khỏe tốt. Cha mẹ hoặc người giám hộ hãy chú ý đến tình trạng sức khỏe, thể chất của trẻ hàng ngày. Nếu có bất cứ điểm gì lo lắng thì hãy hỏi trước ý kiến của bác sĩ gia đình, trung tâm chăm sóc sức khỏe, hoặc văn phòng phụ trách tiêm chủng của địa phương từ trước khi tiêm.

Để trẻ được tiêm chủng một cách an toàn, cha mẹ hoặc người giám hộ hãy cân nhắc các điểm sau để phán đoán xem có cho trẻ tiêm chủng vào ngày hôm đó hay không.

a) Ngày hôm đó, hãy quan sát kỹ tình trạng sức khỏe của trẻ từ buổi sáng, và chắc chắn rằng không có điểm gì bất thường.
Nếu con bạn đã được lên lịch tiêm vắc-xin nhưng có vẻ không khỏe, hãy tham khảo ý kiến bác sĩ gia đình để quyết định xem có nên tiếp tục tiêm vắc-xin hay không.

b) Hãy đọc kỹ thông báo hoặc tờ giới thiệu nhận được từ địa phương, để hiểu rõ về sự cần thiết và các phản ứng phụ của loại tiêm chủng mà bạn dự định cho trẻ đi tiêm. Nếu có điểm gì chưa rõ, hãy hỏi bác sĩ tiêm chủng trước khi cho trẻ tiêm.

c) Hãy chắc chắn mang theo sổ tay sức khỏe mẹ và bé.

d) Phiếu dự chẩn trước khi tiêm chủng là thông tin quan trọng đối với bác sĩ phụ trách tiêm chủng. Hãy điền thông tin vào phiếu một cách đầy đủ và chính xác.
* Từ tháng 6 năm 2026 trở đi, tại các thành phố đã bắt đầu số hóa quy trình tiêm chủng, có thể hoàn thành phiếu dự chẩn trước khi tiêm chủng thông qua Mynaportal.

e) Hãy cho trẻ đi tiêm chủng cùng với cha mẹ hoặc người giám hộ mà nắm rõ tình hình sức khỏe hàng ngày của trẻ.

Việc tiêm chủng cho trẻ chỉ được thực hiện khi bạn đã hiểu rõ về hiệu quả và các phản ứng phụ có thể xảy ra của việc tiêm chủng và đồng ý cho trẻ tiêm chủng.

(2) Các trường hợp không thể được tiêm chủng

a) Trẻ bị sốt rõ rệt (thường là 37,5°C trở lên)

Bác sĩ tiêm chủng và người giám hộ (bệnh nhân) phải kiểm tra kỹ tình trạng sức khỏe của những người có thân nhiệt cao hơn 37,5°C một chút vì những lý do như thân nhiệt nền cao và đưa ra những đánh giá phù hợp về việc có nên tiến hành tiêm hay không.

b) Trẻ bị bệnh cấp tính nghiêm trọng

Về nguyên tắc, trẻ bị bệnh cấp tính nghiêm trọng sẽ không được tiêm chủng vào ngày đó, vì không thể biết được những thay đổi của bệnh sau đó.

c) Trẻ rõ ràng đã từng bị sốc phản vệ bởi các thành phần có trong vắc-xin sẽ được tiêm ngày hôm đó.

"Sốc phản vệ" là phản ứng dị ứng nghiêm trọng thường xảy ra trong vòng khoảng 30 phút sau khi tiêm chủng. Đó là phản ứng toàn thân nghiêm trọng bao gồm biểu hiện bệnh hay trạng thái sốc như: đổ nhiều mồ hôi, mặt đột nhiên bị sưng lên, nổi mề đay nghiêm trọng toàn thân, buồn nôn, nôn mửa, khàn giọng, khó thở.

d) Người là đối tượng tiêm chủng bệnh sởi, rubella, thủy đậu và quai bị, nhưng lại đang mang thai

(Đây là một quy định không liên quan trực tiếp đến trẻ em, nhưng là quy định đã cân nhắc đến đối tượng là những người đi tiêm chủng tự nguyện.)

e) Về việc tiêm BCG (sau đây gọi tắt là BCG), trẻ em có khuynh hướng bị sẹo lồi

f) Trẻ em là đối tượng uống vắc-xin phòng Bệnh truyền nhiễm do vi-rút Rota nhưng có tiền sử đã bị lồng ruột rõ ràng, trẻ bị rối loạn tiêu hóa bẩm sinh (không bao gồm trẻ đã điều trị xong), trẻ bị suy giảm miễn dịch kết hợp trầm trọng

g) Các trường hợp khác mà bác sĩ xác định rằng đang ở tình trạng không phù hợp để tiêm chủng.

Cho dù không thuộc bất kỳ trường hợp nào từ (a) đến (f) ghi trên, nhưng bác sĩ xác định rằng không phù hợp để tiêm chủng, thì cũng không thể được tiêm chủng.

- Trẻ em đủ điều kiện tiêm chủng viêm gan B và đã được tiêm vắc-xin viêm gan B gamma globulin và vắc-xin viêm gan B sau khi sinh theo đài thọ bảo hiểm y tế như một phần của chương trình dự phòng lây truyền từ mẹ sang con sẽ không được tham gia chương trình tiêm chủng định kỳ. Tuy nhiên, các lần tiêm chủng tiếp theo và các điều trị liên quan sẽ tiếp tục được bảo hiểm y tế chi trả.

(3) Các trường hợp cần phải chú ý khi tiêm chủng

Trường hợp cha mẹ hoặc người giám hộ cho rằng trẻ thuộc những trường hợp dưới đây, nếu có bác sĩ gia đình thì bắt buộc phải nhờ bác sĩ gia đình khám cho trẻ trước, để bác sĩ xác định xem trẻ có tiêm chủng được hay không. Trường hợp trẻ tiêm chủng được thì cho trẻ tiêm chủng ở chỗ bác sĩ gia đình, hoặc cầm phiếu chẩn đoán hoặc phiếu ghi ý kiến v.v... của bác sĩ đó tới cơ sở y tế khác để cho trẻ tiêm chủng.

a) Trẻ đang điều trị bệnh tim, bệnh thận, bệnh gan, bệnh về máu, bệnh rối loạn phát triển, v.v…

b) Trẻ đã từng bị sốt trong 2 ngày sau khi tiêm chủng, hoặc đã từng có những bất thường được cho là dị ứng như phát ban, nổi mề đay.

c) Trẻ đã từng bị co giật trong quá khứ.
Điều kiện để được tiêm chủng sẽ khác nhau tùy theo các yếu tố như tuổi của trẻ khi bị co giật, khi bị co giật thì có bị sốt hay không, sau đó có bị sốt không, loại vắc-xin sẽ được tiêm. Bắt buộc phải hỏi thật kỹ ý kiến của bác sĩ gia đình từ trước.

d) Trẻ đã từng bị chuẩn đoán là bị suy giảm hệ miễn dịch trong quá khứ, hoặc trong số những người họ hàng gần của trẻ, có người bị suy giảm hệ miễn dịch bẩm sinh (ví dụ như người thường xuyên bị u nhọt quanh hậu môn khi còn là trẻ sơ sinh).

e) Trẻ đã từng bị dị ứng với các thành phần như trứng, thuốc kháng khuẩn, chất ổn định, v.v… có thể được sử dụng khi nuôi cấy trong quá trình sản xuất vắc-xin.

f) Trường hợp tiêm vắc-xin BCG: Trẻ bị nghi ngờ là đã bị bệnh lao trong quá khứ, ví dụ như trong gia đình có người bị bệnh lao và trẻ đã tiếp xúc với người bệnh trong thời gian dài.

g) Trường hợp uống vắc-xin phòng Bệnh truyền nhiễm do vi-rút Rota: Trẻ bị rối loạn tiêu hóa như bệnh dạ dày ruột và tiêu chảy.

h) Trường hợp tiêm vắc-xin vi-rút RS: Người có tiền sử rối loạn tăng huyết áp khi mang thai hoặc người được coi là có nguy cơ cao mắc tình trạng đó.

(4) Những điểm chú ý chung sau khi được tiêm chủng

a) Trong khoảng 30 phút sau khi tiêm chủng, hãy quan sát tình trạng của trẻ tại cơ quan (cơ sở) y tế hoặc đảm bảo rằng có thể liên lạc được với bác sĩ ngay lập tức. Các phản ứng phụ đột ngột thường xảy ra trong khoảng thời gian này.

b) Cần phải chú ý tới sự xuất hiện của các phản ứng phụ trong vòng 4 tuần sau khi tiêm đối với vắc-xin sống và vắc-xin mRNA hoặc trong vòng 1 tuần sau khi tiêm đối với vắc-xin bất hoạt.

c) Hãy giữ vệ sinh sạch sẽ vị trí tiêm. Có thể tắm nhưng tránh chà xát vị trí tiêm.

d) Tránh vận động mạnh trong ngày tiêm chủng.

e) Nhanh chóng đi khám bác sĩ nếu có phản ứng bất thường tại ví trí tiêm hoặc có sự thay đổi về tình trạng cơ thể.

7. Các bệnh thuộc đối tượng tiêm chủng và vắc-xin phòng ngừa

Mỗi trẻ em đều có tình trạng thể chất riêng, và cũng có một số ít trường hợp phát sinh phản ứng phụ ở mức độ khác nhau. Điều quan trọng là trẻ phải được khám kỹ lưỡng về tình hình sức khỏe bởi bác sĩ gia đình - người mà hiểu rõ về sức khỏe của trẻ, và bạn phải thảo luận kỹ với bác sĩ gia đình xem có thể cho trẻ tiêm chủng không, để quyết định có cho trẻ tiêm chủng hay không.

◆Bệnh Truyền nhiễm do vi-rút Rota

(1) Giải thích về bệnh

Vi-rút Rota là loại vi-rút gây viêm dạ dày - ruột cấp tính được tìm thấy ở nhiều nơi trên thế giới, chủ yếu ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 5 tuổi. Các triệu chứng chính của bệnh là tiêu chảy, nôn mửa, sốt, đôi khi mất nước, co giật, rối loạn chức năng gan, suy thận, cũng có trường hợp biến chứng thành bệnh não cấp tính (mặc dù tỷ lệ khá thấp). Nhiễm trùng xảy ra nhiều lần bất kể độ tuổi, tuy nhiên nhiễm trùng lần đầu ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ là nặng nhất, sau đó sẽ nhẹ dần khi nhiễm trùng lặp đi lặp lại.

(2) Vắc-xin phòng vi-rút Rota (vắc-xin sống)

Có hai loại vắc-xin vi-rút rota – vắc-xin vi-rút rota sống giảm độc lực ở người qua đường uống (Rotarix®; sau đây gọi là vắc-xin đơn chủng), sử dụng vi-rút rota giảm độc lực; và vắc-xin vi-rút rota sống 5 chủng giảm độc lực ở người qua đường uống (RotaTeq®; sau đây gọi là vắc-xin 5 chủng), sử dụng vi-rút rota tái phân loại người-bò. Cả 2 loại vắc-xin này đều có hiệu

quả phòng ngừa viêm dạ dày - ruột do nhiễm vi-rút Rota khoảng 80% và hiệu quả phòng ngừa Bệnh truyền nhiễm do nhiễm vi-rút Rota nặng khoảng 95%.

Bệnh truyền nhiễm do vi-rút Rota có thể xảy ra nhiều lần bất kể độ tuổi, tuy nhiên mục đích chính của tiêm chủng là ngăn ngừa nhiễm trùng lần đầu ở trẻ sơ sinh, vì nhiễm trùng lần đầu là nặng nhất, sau đó sẽ nhẹ dần khi nhiễm trùng lặp đi lặp lại. Vì vậy chúng tôi thực hiện cho trẻ uống vắc-xin sớm ở độ tuổi sơ sinh.

Vắc-xin phòng vi-rút Rota lần đầu tiên được đưa vào tại Mỹ đã bị ngừng tiếp thị do người ta nhận thấy có nhiều trường hợp gây ra phản ứng phụ lồng ruột, là chứng bệnh nghiêm trọng đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Cả hai loại vắc-xin phòng vi-rút Rota đang được sử dụng trên thế giới hiện nay đều đã được chứng minh trong các thử nghiệm lâm sàng quy mô lớn là có nguy cơ mắc chứng lồng ruột thấp hơn so với loại vắc xin phòng vi-rút Rota đầu tiên được giới thiệu tại Mỹ.

Nguy cơ trẻ bị lồng ruột gia tăng trong khoảng thời gian 1 tuần sau khi uống liều đầu tiên vắc-xin phòng vi-rút Rota.

Khi so sánh giữa nguy cơ (xảy ra các phản ứng phụ như lồng ruột) và lợi ích (phòng ngừa Bệnh truyền nhiễm do nhiễm vi-rút Rota nặng) khi uống vắc-xin phòng vi-rút Rota, người ta thấy rằng lợi ích phòng ngừa Bệnh truyền nhiễm do nhiễm vi-rút Rota nặng là cần thiết hơn đối với trẻ. Vì vậy ngày càng có nhiều quốc gia trên thế giới sử dụng vắc-xin phòng vi-rút Rota.

Sau khi cho trẻ uống vắc-xin phòng vi-rút Rota, nếu quan sát thấy trẻ có một số các biểu hiện như mệt mỏi, đau bụng theo cơn, nôn mửa nhiều lần, quấy khóc dữ dội, hoặc phân có máu thì có khả năng trẻ đã bị lồng ruột, hãy nhanh chóng đưa trẻ đi bệnh viện để khám kịp thời.

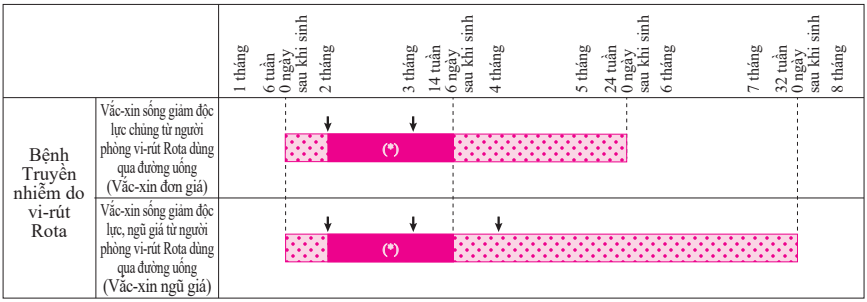
Vắc-xin phòng vi-rút Rota đã được thêm vào chương trình tiêm chủng định kỳ bắt đầu từ ngày 1 tháng 10 năm 2020 và trẻ em sinh vào hoặc sau ngày 1 tháng 8 năm 2020 đều đủ điều kiện được tiêm chủng định kỳ kể từ đó.

Tuổi chủng ngừa và số lần chủng ngừa sẽ khác nhau tùy theo loại vắc-xin được sử dụng. Vắc-xin đơn chủng (Rotarix®) sẽ được tiêm theo 2 mũi cách nhau 27 ngày trở lên cho trẻ từ 6 tuần 0 ngày sau khi sinh đến 24 tuần 0 ngày sau khi sinh. Vắc-xin 5 chủng (RotaTeq®) sẽ được tiêm theo 3 mũi tiêm cách nhau 27 ngày trở lên cho trẻ từ 6 tuần 0 ngày sau khi sinh đến 32 tuần 0 ngày sau khi sinh; Khuyến cáo nên hoàn thành liều đầu tiên trước 14 tuần 6 ngày tuổi để tránh giai đoạn có nguy cơ bị lồng ruột cao.

Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (hiện tượng có hại) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,0030% đối với vắc-xin đơn giá (Rotarix®), và 0,0021% với vắc-xin ngũ giá (RotaTeq®). (Con số từ ngày 1 tháng 4 năm 2013 đến ngày 30 tháng 9 năm 2025. Nguồn: Vào tháng 2 năm 2026, các tài liệu 2-27 và 2-28 đã được ghi lại từ Cuộc

Họp Nhóm Công Tác lần thứ 110 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

(3) Thời điểm tiêm chủng



*: Thời gian tiêu chuẩn uống liều đầu tiên là trong khoảng từ 2 tháng tuổi đến 14 tuần 6 ngày tuổi.

◆ Viêm gan B

Từ tháng 10 năm 2016, vắc-xin viêm gan B (HB) đã được đưa vào chương trình tiêm chủng định kỳ đối với tất cả trẻ em sinh từ ngày 1 tháng 4 năm 2016 trở đi. Việc tiêm chủng đối với em bé sơ sinh được sinh ra bởi mẹ bị nhiễm vi-rút viêm gan B (kháng nguyên HBs) với chi phí được chi trả bởi bảo hiểm sức khỏe, và việc tiêm chủng cho các trường hợp gặp sự cố như chạm vào máu có vi-rút viêm gan B với chi phí tiêm được chi trả bởi bảo hiểm tai nạn lao động hoặc bảo hiểm sức khỏe, v.v… thì vẫn giống như từ trước đến nay.

(1) Giải thích về bệnh

Khi một người bị nhiễm vi-rút viêm gan B (vi-rút HB), thì người đó sẽ bị viêm gan cấp tính, có trường hợp sẽ tự hồi phục, cũng có trường hợp phát triển thành viêm gan mãn tính. Một số người sẽ chuyển thành suy gan cấp, và cũng có trường hợp từ triệu chứng nặng dẫn đến tử vong. Ngoài ra, về triệu chứng của bệnh, có trường hợp vi-rút ẩn bên trong gan mà không có triệu chứng rõ ràng nào, và trải qua thời gian, sẽ chuyển thành viêm gan mãn tính, xơ gan, ung thư gan, v.v... Người ta cho rằng người bệnh càng ít tuổi thì các triệu chứng của viêm gan cấp tính càng nhẹ hoặc càng ít rõ ràng, và dễ dẫn đến tình trạng nhiễm trùng dai dẳng do vi-rút cứ ẩn nấp nguyên trong gan. Các con đường lây truyền bao gồm: lây truyền từ mẹ bị nhiễm vi-rút HBV (kháng nguyên HBs) sang con, lây truyền do tiếp xúc trực tiếp với máu hoặc dịch cơ thể có vi-rút HBV, hoặc lây truyền qua quan hệ tình dục với người nhiễm vi-rút HBV, v.v…

(2) Vắc-xin viêm gan B (vắc-xin bất hoạt)

Tiêm chủng bằng vắc-xin HB, đặc biệt là ở trẻ em, chủ yếu nhằm ngăn ngừa nhiễm trùng vi-rút dai dẳng, và ngăn ngừa viêm gan mãn tính, xơ gan hoặc ung thư gan mà có thể bị mắc phải trong tương lai, hơn là ngăn ngừa viêm gan trong thời gian ngắn.

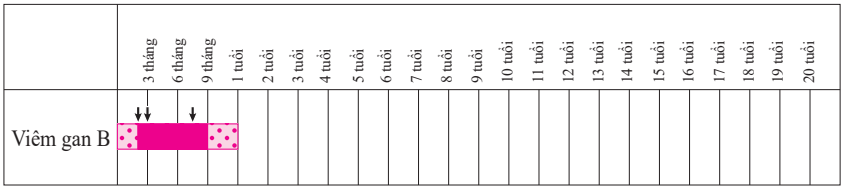
Trước đây đã thực hiện tiêm chủng cho những trẻ sinh ra bởi các bà mẹ dương tính với HBV tại thời điểm càng sớm càng tốt sau sinh bằng vắc-xin HB gamma globulin người và vắc-xin HB trong chương trình dự phòng lây truyền từ mẹ sang con. Tuy nhiên, để có nhiều người được tiêm chủng HB hơn nữa và giảm nhiều nhất có thể số người mắc bệnh viêm gan mãn tính, xơ gan và ung thư gan trong tương lai, từ tháng 10 năm 2016, bên cạnh chương trình tiêm chủng lây truyền từ mẹ sang con, đã bắt đầu thực hiện chương trình tiêm chủng định kỳ đối với bệnh viêm gan B cho tất cả trẻ em sinh từ ngày 1 tháng 4 năm 2016 trở đi.

Ngoài ra, chương trình dự phòng lây truyền từ mẹ sang con mà vẫn đang thực hiện từ trước đến nay vẫn tiếp tục được chi trả chi phí bởi bảo hiểm sức khỏe.

Đối tượng của tiêm chủng định kỳ bệnh viêm gan B là tất cả những trẻ dưới 1 tuổi sinh từ ngày 1 tháng 4 năm 2016 trở đi, mà không ở trong Dự án dự phòng lây truyền từ mẹ sang con và đang ở độ tuổi từ 2 tháng đến 9 tháng tuổi. Phương pháp tiêm là tiêm vắc-xin HB vào dưới da 2 mũi, với khoảng cách ít nhất 27 ngày, sau đó tiêm thêm 1 mũi (mũi thứ 3) vào dưới da, với khoảng cách là ít nhất 139 ngày kể từ ngày tiêm mũi đầu tiên.

Về phản ứng phụ sau khi tiêm vắc-xin HB, theo như báo cáo kết quả cho đến hiện tại thì khoảng 10% người được tiêm có biểu hiện như mệt mỏi, đau đầu, sưng, đỏ, đau cục bộ, tuy nhiên đối với trẻ sơ sinh và trẻ còn bú sữa thì không có vấn đề gì. Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (hiện tượng có hại) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,0009%. (Con số từ ngày 1 tháng 4 năm 2013 đến ngày 30 tháng 9 năm 2025. Nguồn: Vào tháng 2 năm 2026, các tài liệu 2-24 đã được ghi lại từ Cuộc Họp Nhóm Công Tác lần thứ 110 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

(3) Thời điểm tiêm chủng



◆ Bệnh nhiễm phế cầu khuẩn ở trẻ em

(1) Giải thích về bệnh

Phế cầu khuẩn là một trong hai nguyên nhân gây ra bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn ở trẻ em. Đây là loại vi khuẩn ẩn sâu trong mũi của nhiều trẻ và có trường hợp gây ra các bệnh như viêm màng não do vi khuẩn, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, viêm xoang và viêm tai giữa.

Trước khi đưa vắc-xin vào sử dụng, tỷ lệ mắc bệnh viêm màng não do vi khuẩn do phế cầu khuẩn gây ra là 2,6-2,9 trên tổng số 100.000 người dưới 5 tuổi. Ước tính có khoảng 150 người bị viêm màng não mỗi năm*. Tỷ lệ tử vong và tỷ lệ để lại tác động lâu dài (ví dụ như bị bệnh tràn dịch não, bị điếc, bị thiểu năng trí tuệ) cao hơn so với viêm màng não do Hib, với khoảng 21% có tiên lượng xấu. (* Theo tài liệu của Tổ tiêm chủng, Tiểu ban bệnh truyền nhiễm, Hội đồng khoa học và sức khỏe). Hiện nay, do đã đưa vắc-xin phế cầu khuẩn vào sử dụng rộng rãi, nên tỷ lệ người mắc các bệnh nhiễm trùng xâm lấn như viêm màng não do phế cầu khuẩn đã giảm mạnh.

(2) Vắc-xin kết hợp phế cầu khuẩn (vắc-xin bất hoạt)

Vắc-xin kết hợp phế cầu khuẩn ở trẻ em (vắc-xin phế cầu khuẩn) là loại vắc-xin được tạo ra để ngăn ngừa các bệnh như viêm màng não do vi khuẩn ở trẻ em, bao gồm các loại huyết thanh gây ra các bệnh nghiêm trọng ở trẻ em.

Vắc-xin này lần đầu tiên được giới thiệu tại Hoa Kỳ dưới dạng vắc-xin 7 chủng vào năm 2000. Vào năm 2010, vắc-xin này đã được thay thế bằng vắc-xin 13 chủng, hiện đang được sử dụng thường xuyên tại hơn 100 quốc gia trên toàn thế giới. Nhiều quốc gia đã báo cáo rằng việc tiêm vắc-xin này làm giảm bệnh viêm màng não do vi khuẩn và nhiễm khuẩn huyết. Ở Nhật Bản, loại vắc-xin 7 chủng này đã được đưa vào sử dụng trong tiêm chủng vào tháng 2 năm 2010, tiếp theo là vắc-xin 13 chủng vào tháng 11 năm 2013, và cũng giúp làm giảm tỷ lệ số người bị mắc bệnh nhiễm phế cầu khuẩn xâm lấn. Từ tháng 4 năm 2024, vắc-xin phế cầu khuẩn 15 chủng đã được đưa vào chương trình tiêm chủng định kỳ và bắt đầu từ tháng 10 cùng năm, vắc-xin 20 chủng cũng được đưa vào tiêm chủng định kỳ. (Vắc-xin 13 chủng, được sử dụng cho đến thời điểm đó, đã bị loại khỏi chương trình tiêm chủng định kỳ vào tháng 10 năm 2024 sau quyết định ngừng cung cấp vắc-xin của nhà sản xuất.)

Các phản ứng phụ bao gồm các phản ứng cục bộ tại vị trí tiêm như nổi ban đỏ (57,3-66,2%) và sưng (45,1-50,9%) và các phản ứng toàn thân bao gồm sốt (39,4-55,6%). (Dành cho Prevenar 20®, tham khảo tờ thông tin đính kèm được sửa đổi vào tháng 8 năm 2024 [bản thứ 2]; dành cho Vaxneuvance®, tham khảo tờ thông tin đính kèm được sửa đổi vào tháng 2 năm 2024 [bản thứ 4].)

Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (biến cố bất lợi) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,0017% đối với vắc-xin 20 chủng và 0,0014% đối với vắc-xin

15 chủng. (Tần suất xảy ra này được báo cáo từ khi ra mắt thị trường đến ngày 30 tháng 9 năm 2025. Nguồn: Vào tháng 2 năm 2026, các tài liệu 2-20 và 2-21 đã được ghi lại từ Cuộc Họp Nhóm Công Tác lần thứ 110 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

Tiêm chủng phòng phế cầu khuẩn cho trẻ em được thực hiện theo các phương pháp sau, dựa trên độ tuổi của trẻ tính theo tháng tuổi tại thời điểm bắt đầu tiêm chủng lần đầu. Phương pháp tiêm chủng tiêu chuẩn là phương pháp được mô tả ở mục a).

Về nguyên tắc là sử dụng vắc-xin 20 chủng, tạm thời cũng có thể sử dụng vắc-xin 15 chủng.

a) Trẻ ở giai đoạn từ 2 tháng tuổi đến 7 tháng tuổi (không quá ngày đầu tiên tròn 7 tháng tuổi) tại thời điểm bắt đầu tiêm chủng lần đầu.

   Sử dụng vắc-xin kết hợp phế cầu khuẩn 20-valent hoặc 15-valent để tiêm, đối với tiêm chủng lần đầu thì tiêm 3 mũi, khoảng cách giữa các mũi là ít nhất 27 ngày, mức tiêu chuẩn là tiêm trước khi trẻ được 12 tháng tuổi; đối với tiêm chủng bổ sung thì tiêm 1 mũi ở thời điểm cách ít nhất là 60 ngày từ sau khi kết thúc chủng lần đầu, và được thực hiện sau thời điểm trẻ tròn 12 tháng tuổi (thời gian tiêm chủng tiêu chuẩn là từ 12 tháng tuổi đến 15 tháng tuổi). Tuy nhiên, cần lưu ý rằng mũi 2 và mũi 3 của tiêm chủng lần đầu phải được thực hiện trước thời điểm trẻ tròn 24 tháng tuổi, nếu đã quá 24 tháng tuổi thì sẽ không được tiêm (khi đó, có thể thực hiện tiêm chủng bổ sung). Mũi 2 của tiêm chủng lần đầu phải được tiêm khi trẻ được 12 tháng tuổi. Nếu mũi 2 của tiêm chủng lần đầu được thực hiện sau khi trẻ được 12 tháng tuổi thì sẽ không được tiêm mũi 3 của tiêm chủng lần đầu (khi đó, có thể thực hiện tiêm chủng bổ sung).

b) Trẻ ở giai đoạn từ tròn 7 tháng tuổi (ngày hôm sau của ngày tròn 7 tháng tuổi) đến 12 tháng tuổi (không quá ngày đầu tiên tròn 12 tháng tuổi) tại thời điểm bắt đầu tiêm chủng lần đầu

   Sử dụng vắc-xin kết hợp phế cầu khuẩn 20 chủng hoặc 15 chủng để tiêm. Đối với tiêm chủng lần đầu thì tiêm 2 mũi, khoảng cách giữa hai mũi là ít nhất 27 ngày, ở thời điểm trước khi trẻ tròn 12 tháng tuổi; đối với tiêm chủng bổ sung thì tiêm 1 mũi ở thời điểm cách ít nhất 60 ngày từ sau khi kết thúc tiêm chủng lần đầu, và thực hiện sau thời điểm trẻ tròn 12 tháng tuổi. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng mũi số 2 của tiêm chủng lần đầu phải được thực hiện trước thời điểm trẻ tròn 24 tháng tuổi, nếu đã quá 24 tháng tuổi thì sẽ không được tiêm (khi đó, có thể thực hiện tiêm chủng bổ sung).

c) Trẻ ở giai đoạn từ tròn 12 tháng tuổi (ngày hôm sau của ngày tròn 12 tháng tuổi) đến 24 tháng tuổi (không quá ngày đầu tiên tròn 24 tháng tuổi) tại thời điểm bắt đầu tiêm chủng lần đầu.

   Sử dụng vắc-xin kết hợp phế cầu khuẩn 20 chủng hoặc 15 chủng để tiêm 2 mũi, khoảng cách giữa 2 mũi là ít nhất 60 ngày.

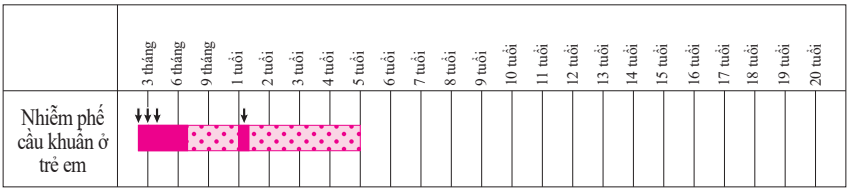
d) Trẻ ở giai đoạn từ tròn 24 tháng tuổi (ngày hôm sau của ngày tròn 24 tháng tuổi) đến 60 tháng tuổi (không quá ngày đầu tiên tròn 60 tháng tuổi) tại thời điểm bắt đầu tiêm chủng lần đầu.

Sử dụng vắc-xin kết hợp phế cầu khuẩn 20 chủng hoặc 15 chủng để tiêm 1 mũi.

Ngoài ra, đối với trẻ không thể tiêm chủng do bệnh cần chăm sóc dài hạn, v.v… thì cũng được tiêm chủng theo cách này.

e) Về nguyên tắc, cần sử dụng cùng một loại vắc-xin phế cầu khuẩn để hoàn thành liệu trình tiêm chủng cho mỗi trẻ. Tuy nhiên, nếu có những trường hợp bất khả kháng – chẳng hạn như khi trẻ, sau khi đã được tiêm một số mũi nhất định, chuyển đến một thành phố chỉ có vắc-xin 20 chủng và người đứng đầu chính quyền địa phương đó có xác nhận lý do – thì các mũi còn lại ở trẻ đã bắt đầu tiêm vắc-xin 15 chủng có thể được tiêm bằng vắc-xin 20 chủng. Nếu bạn có bất kỳ thắc mắc nào liên quan đến con bạn thuộc trường hợp này, hãy tham khảo ý kiến của bộ phận phụ trách tiêm chủng tại địa phương nơi sinh sống.

(3) Thời điểm tiêm chủng



◆ Bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt (viêm tủy xám cấp tính) và nhiễm trùng Hib

(1) Giải thích về bệnh

a) Bạch hầu (Diphtheria)

Nguyên nhân gây ra bệnh bạch hầu là do vi khuẩn bạch hầu được lây lan qua nhiễm trùng giọt.

Vắc-xin tổng hợp bạch hầu-ho gà-uốn ván (DPT) (loại không tế bào) đã được đưa vào sử dụng vào năm 1981 và hiện nay, trong nhiều năm liên tiếp ở Nhật Bản, số người mắc bệnh bạch hầu hàng năm là 0 người nhưng thỉnh thoảng vẫn có bùng phát bệnh ở khu vực Châu Á.

Nhiễm trùng xảy ra chủ yếu là ở cổ họng, ngoài ra còn nhiễm trùng ở cả trong hốc mũi. Nhiễm bạch hầu chỉ gây ra triệu chứng ở khoảng 10% số người bị nhiễm, những người còn lại trở thành người mang mầm bệnh không có triệu chứng có thể truyền bệnh cho người khác. Các triệu chứng của bệnh bao gồm sốt cao, đau họng, ho sủa, nôn mửa, v.v…; một màng được gọi là màng giả được hình thành trong họng và có thể gây ra tử vong do ngạt. Người bệnh phải

được theo dõi cẩn thận vì sau khoảng 2 đến 3 tuần kể từ khi phát bệnh, những độc tố do vi khuẩn gây ra có thể gây ra rối loạn cơ tim nghiêm trọng hoặc tê liệt thần kinh.

b) Ho gà (Pertussis)

Nguyên nhân gây ra bệnh ho gà là do vi khuẩn ho gà được lây lan qua nhiễm trùng giọt.

Kể từ khi bắt đầu triển khai tiêm vắc-xin ho gà vào năm 1950, số lượng người mắc bệnh này đã giảm, nhưng trong những năm gần đây, đã có những trường hợp ho gà từ trẻ bậc tiểu học đến thanh thiếu niên và người lớn với đặc trưng là ho dai dẳng, những người này là nguồn lây nhiễm cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, và cần phải cẩn trọng vì bệnh có thể trở nên nghiêm trọng, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh và trẻ còn bú sữa.

Bệnh ho gà điển hình thường bắt đầu với các triệu chứng giống như cảm lạnh thông thường. Sau đó ho trở nên nặng hơn và chuyển thành những cơn ho liên tục đến mức đỏ mặt. Sau khi ho, người bệnh phải hít vào thật nhanh, tạo ra âm thanh giống như tiếng huýt sáo. Thông thường, người bệnh không bị sốt. Ở trẻ sơ sinh, đôi khi không thở được do ho, dẫn đến môi chuyển thành màu xanh (tím tái), co giật hoặc ngừng thở đột ngột. Người bệnh dễ bị các biến chứng nặng như viêm phổi hoặc các bệnh về não, và những bệnh này có thể dẫn đến tử vong ở trẻ sơ sinh hoặc trẻ còn bú sữa.

● Nhiễm qua giọt bắn

Là hiện tượng trong đó vi-rút và vi khuẩn có trong bụi nước bọt và dịch tiết hô hấp bay ra ngoài không khí do cảm cúm, hắt xì hơi, trò chuyện, v.v… và lây nhiễm sang người trong phạm vi khoảng 1m.

c) Uốn ván (Tetanus)

Vi khuẩn uốn ván không lây nhiễm từ người sang người, mà sẽ lây nhiễm khi vi khuẩn có trong đất v.v... đi vào trong cơ thể người thông qua các vết thương hở. Khi vi khuẩn phát triển trong cơ thể người và thải ra các độc tố, nó sẽ gây ra co cứng cơ bắp. Uốn ván là một bệnh nghiêm trọng thường bắt đầu bằng các triệu chứng như khó mở miệng (cứng hàm). Khi tình trạng bệnh tiến triển, có thể dẫn đến co giật toàn thân. Nếu điều trị chậm, uốn ván có thể gây tử vong. Phân nửa bệnh nhân bị lây nhiễm qua vết thương chích nhẹ ở mức độ mà bản thân người bệnh và những người xung quanh không nhận ra. Do vi khuẩn sống trong đất nên khả năng lây nhiễm cũng rất lớn. Ngoài ra, nếu người mẹ trong thời kỳ mang thai có sức đề kháng (miễn dịch) thì có thể tránh được nguy cơ mắc bệnh uốn ván cho trẻ sơ sinh khi sinh nở.

d) Bại liệt (Bệnh bại liệt cấp tính) (Polio (acute poliomyelitis))

Bệnh bại liệt (Bệnh viêm tủy xám cấp tính) còn gọi là "Bệnh bại liệt của trẻ em", từng xảy ra liên tục đại dịch tại Nhật Bản cho đến nửa đầu những năm 1960. Nhờ hiệu quả của việc tiêm

chủng nên năm 1980 là năm cuối cùng xuất hiện bệnh nhân bại liệt do vi-rút bại liệt hoang dại (poliovirus) ở Nhật Bản. WHO tuyên bố đã xóa sổ bệnh bại liệt ở Khu vực Tây Thái Bình Dương bao gồm cả Nhật Bản vào năm 2000. Hiện nay, chỉ có 2 quốc gia có dịch bệnh bại liệt là Pakistan và Afghanistan, việc triệt tiêu bệnh bại liệt trên toàn cầu không còn là một giấc mơ, tuy nhiên toàn thế giới vẫn tiếp tục cảnh giác với bệnh này như từ trước đến nay.

Vi-rút bại liệt đi từ miệng vào cơ thể người và sinh sôi, phát triển trong các tế bào của hầu họng và ruột non. Tại tế bào của ruột non, vi-rút sinh trưởng trong vòng 4 đến 35 ngày (trung bình từ 7 đến 14 ngày). Vi-rút được nhân lên theo cách này sẽ được thải ra ngoài qua phân và có thể xâm nhập vào miệng của người khác. Nếu người đó không có sức đề kháng (miễn dịch) với vi-rút bại liệt, vi-rút sẽ nhân lên trong ruột, dẫn đến lây nhiễm từ người sang người. Dù bị lây nhiễm vi-rút bại liệt thì hầu hết người bệnh cũng không xuất hiện triệu chứng và giữ được sức đề kháng đến suốt đời (miễn dịch suốt đời). Nếu xuất hiện triệu chứng, vi-rút truyền nhiễm sẽ đi qua máu, lây lan đến tủy sống, có trường hợp còn gây ra tê liệt. Trường hợp bị lây nhiễm vi-rút bại liệt, cứ 100 người thì có 5 đến 10 người có các triệu chứng như cảm cúm, xuất hiện sốt và tiếp theo là đau đầu, nôn mửa.

Ngoài ra, trong số những người bị lây nhiễm, cứ khoảng 1.000 đến 2.000 người thì có 1 người bị tê liệt tay chân. Một vài người trong số đó bị tê liệt vĩnh viễn. Có trường hợp triệu chứng tê liệt tiến triển và khiến người bệnh tử vong do suy hô hấp.

e) Nhiễm trùng Hib

Nhiễm trùng Hib là bệnh do vi khuẩn Haemophilus influenza tuýp b gây ra. Vi khuẩn Haemophilus influenza, đặc biệt là Haemophilus influenza tuýp b, là mầm bệnh nguy hiểm đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, không chỉ gây ra các bệnh nhiễm trùng bề mặt như viêm tai giữa, viêm xoang và viêm phế quản, mà còn gây ra các bệnh nhiễm trùng sâu (toàn thân) nghiêm trọng (còn được gọi là nhiễm trùng xâm lấn) như viêm màng não, nhiễm trùng huyết, viêm phổi. Trước năm 2010, tỷ lệ mắc bệnh viêm màng não do Hib là 7,1 ~ 8,3 trên tổng số 100.000 trẻ dưới 5 tuổi, ước tính có khoảng 400 người bị nhiễm viêm màng não mỗi năm và khoảng 11% trong số đó có tiên lượng xấu*. Hơn nữa, trẻ em từ 4 tháng tuổi đến 1 tuổi chiếm đại đa số những người mắc bệnh (* Theo tài liệu của Tổ tiêm chủng, Tiểu ban bệnh truyền nhiễm, Hội đồng khoa học và sức khỏe). Hiện nay, vắc-xin Hib đã được sử dụng rộng rãi, bệnh nhiễm trùng Hib xâm lấn đã gần như không còn nữa.

(2) Vắc-xin kết hợp 5 trong 1 phòng bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt bất hoạt và Haemophilus influenzae tuýp b (DPT-IPV-Hib), Vắc-xin kết hợp 3 trong 1 phòng bạch hầu, ho gà, uốn ván (DPT) và vắc-xin kết hợp 2 trong 1 phòng bạch hầu-uốn ván (DT) (vắc-xin bất hoạt)

Ở giai đoạn 1, tiêm chủng lần đầu được thực hiện khi trẻ được 2 tháng tuổi hoặc sau đó, tiếp

theo là ba mũi vắc-xin DPT-IPV-Hib hoặc DPT, mỗi mũi cách nhau ít nhất 20 ngày, thường trong khoảng từ 20 đến 56 ngày. Nếu sử dụng vắc-xin DT, vắc-xin này sẽ được tiêm thành hai liều, sớm nhất là 3 tháng sau khi sinh. Mũi nhắc lại giai đoạn 1 được tiêm ít nhất 6 tháng (thường là từ 6 đến 18 tháng đối với DPT-IPV-Hib) sau khi hoàn thành lần tiêm đầu tiên. Nhớ để ý để không bỏ lỡ bất kỳ mũi tiêm nào vì cần phải tiêm nhiều mũi. Tiêm chủng giai đoạn 2 được tiêm một lần vào lúc 11-12 tuổi bằng DT. Về nguyên tắc, cần sử dụng cùng loại vắc-xin đã tiêm liều đầu tiên để hoàn thành liệu trình tiêm chủng giai đoạn 1. Tuy nhiên, nếu người đứng đầu chính quyền địa phương xác nhận có những trường hợp bất khả kháng thì được phép lựa chọn loại vắc-xin khác.

Mặc dù là tiêm chủng tự nguyện, con bạn cũng có thể được tiêm vắc-xin DPT trong giai đoạn 2 để tăng cường khả năng miễn dịch chống lại bệnh ho gà.

Điều quan trọng là phải tiêm theo lịch trình cố định để có đầy đủ khả năng miễn dịch, nhưng nếu không may bị ngắt quãng thì cũng vẫn còn một vài cách khác để đạt được việc tăng cường kháng thể nên hãy trao đổi lại với địa phương hoặc bác sĩ gia đình.

Ngoài ra, trẻ em bị mắc một trong các bệnh như ho gà, bạch hầu, bại liệt (bệnh viêm tủy xám cấp tính) hoặc bệnh uốn ván thì cũng có thể sử dụng DPT-IPV-Hib.

Vào tháng 11 năm 2012, vắc-xin 4 trong 1 DPT (bạch hầu, ho gà, uốn ván) và IPV (bại liệt bất hoạt) Quattrovac® (do KM Biologics sản xuất, với lô cuối cùng hết hạn ngày 5 tháng 6 năm 2025) và Tetrabik® (do Tổ Chức Nghiên Cứu Bệnh Vi Sinh của Đại Học Osaka sản xuất, với lô cuối cùng hết hạn ngày 12 tháng 12 năm 2025) đã được tung ra thị trường. Vào tháng 12 năm 2015, vắc-xin 4 trong 1 DPT-IPV, ống tiêm dưới da Squarekids® (do Daiichi Sankyo Vaccine Co., Ltd. sản xuất) đã được tung ra thị trường. Tuy nhiên, Quintovac® (do KM Biologics Co., Ltd. sản xuất) và GOBIK® (do Tổ Chức Nghiên Cứu Bệnh Vi Sinh của Đại Học Osaka sản xuất) là các vắc-xin 5 trong 1 đã được đưa vào tiêm chủng định kỳ, còn tất cả các loại vắc-xin 4 trong 1 đã bị ngừng sản xuất và không còn được bán trên thị trường Nhật Bản.

Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (biến cố bất lợi) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,0017% đối với DPT-IPV-Hib, 0,0012% đối với DPT-IPV, 0,0016% đối với vắc-xin DPT và 0,0003% đối với vắc-xin DT. (Tần suất xảy ra này được báo cáo từ ngày 1 tháng 4 năm 2013 hoặc từ khi ra mắt thị trường lần đầu vào tháng 3 năm 2024 chỉ đối với vắc-xin 5 trong 1 đến ngày 30 tháng 9 năm 2024. Nguồn: Vào tháng 2 năm 2026, các tài liệu 2-17, 2-16, 2-11 và 2-12 đã được ghi lại từ Cuộc Họp Nhóm Công Tác lần thứ 110 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

Dù không xảy ra phản ứng phụ nghiêm trọng nhưng hãy liên lạc với bác sĩ khi tình trạng sức khỏe xấu đi, hoặc các vết sưng tấy xuất hiện rõ rệt, v.v...

Mặc dù, có thể nói số lượng mắc bệnh bạch hầu, ho gà và bại liệt (Bệnh viêm tủy xám cấp tính) đã giảm đi, nhưng các bệnh này đều có thể để lại các biến chứng nghiêm trọng, các di chứng gây ảnh hưởng đến cuộc sống sinh hoạt hằng ngày, có trường hợp có thể dẫn đến tử vong. Ngoài ra, một đợt bùng phát ho gà quy mô lớn đã xảy ra ở Nhật Bản vào năm 2025. Do đó, chúng tôi khuyến khích thực hiện tiêm chủng để không bị mắc các bệnh này.

(3) Vắc-xin bại liệt (Vắc-xin bất hoạt)

Nhật Bản đã sử dụng vắc-xin bại liệt uống (Oral Polio Vaccine: OPV) đến tháng 8 năm 2012 để triệt tiêu bệnh bại liệt và duy trì tình trạng đó cho đến nay, nhưng từ ngày 1 tháng 9 năm 2012, Nhật Bản đã thay thế vắc-xin bại liệt là loại vắc-xin tiêm chủng định kỳ từ vắc-xin OPV sang vắc-xin bại liệt bất hoạt (Inactivate Polio Vaccine: IPV) để tránh tình trạng bại liệt liên quan đến vắc-xin (Vaccine Associated Paralytic Poliomyelitis: VAPP) – là một phản ứng phụ nghiêm trọng của OPV (mặc dù tỷ lệ mắc phải khá hiếm, khoảng trên dưới 1 trường hợp trong số 1 triệu người uống vắc-xin). Kể từ tháng 9 năm 2012, vắc-xin bại liệt bất hoạt độc lập IMOVAX POLIO® đã được sử dụng dưới da (do Sanofi sản xuất). Vào tháng 11 năm 2012, vắc-xin 4 trong 1 DPT-IPV, kết hợp các vắc-xin phòng bệnh bạch hầu, ho gà, uốn ván và bại liệt bất hoạt (do KM Biologics Co., Ltd. và Tổ Chức Nghiên Cứu Bệnh Vi Sinh của Đại Học Osaka sản xuất), đã được giới thiệu. Tuy nhiên, do ngừng tiếp thị, vắc-xin 4 trong 1 không còn được sử dụng kể từ ngày hết hạn cuối cùng là ngày 12 tháng 12 năm 2025. Ngoài ra, kể từ tháng 4 năm 2024, vắc-xin 5 trong 1 DPT-IPV-Hib, có tác dụng bổ sung khả năng bảo vệ chống lại Hib vào loại vắc-xin kết hợp nói trên (cũng do KM Biologics Co., Ltd. và Tổ Chức Nghiên Cứu Bệnh Vi Sinh của Đại Học Osaka sản xuất), đã được sử dụng.

Trong vắc-xin IPV có lẫn các kháng nguyên (phân tử tạo ra miễn dịch) của 3 tuýp vi-rút bại liệt (tuýp 1, tuýp 2, tuýp 3). Với 3 lần tiêm IPV là có thể đạt gần 100% sức đề kháng (miễn dịch) đối với từng tuýp vi-rút đó. Tuy nhiên, do IPV có khả năng duy trì miễn dịch ngắn hơn so với OPV nên cần tiêm thêm lần thứ 4.

Đối với vắc-xin IMOVAX POLIO® dạng tiêm dưới da, một thử nghiệm lâm sàng trong nước cho thấy sau khi tiêm vắc-xin 3 lần thì xuất hiện đau đớn (18,9%), mẩn đỏ (77,0%), sưng tấy (54,1%), sốt trên 37,5°C (33,8%), tình trạng mơ màng (35,1%), kích thích nhẹ (41,9%). Mặc dù tần suất không rõ ràng nhưng những lưu ý đối với hiện tượng sốc và sốc phản vệ, cũng như những lưu ý đối với cách xử lý các hiện tượng đó (do tỷ lệ co giật là 1,4%) đều được mô tả trong tài liệu đính kèm. (Xem tờ thông tin đính kèm [tái bản lần thứ 4] được sửa đổi vào tháng 2 năm 2025).

Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (hiện tượng có hại) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,0010%. (Con số từ ngày 1 tháng 4 năm 2013 đến ngày 30 tháng 9 năm 2025. Nguồn: Vào tháng 2 năm 2026, các tài liệu 2-15 đã được ghi lại từ Cuộc

Họp Nhóm Công Tác lần thứ 110 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

Trên thế giới, việc chuyển đổi từ OPV sang IPV đang dần được thực hiện, nhưng vi-rút có nguồn gốc từ OPV (circulating vaccine-derived poliovirus: cVDPV) vẫn có thể ẩn nấp trong nước thải hoặc nước sông, trên thực tế những trường hợp người chưa tiêm chủng bị nhiễm vi-rút cVDPV dẫn đến mắc bệnh bại liệt vẫn liên tiếp xảy ra ở những khu vực mà tỷ lệ tiêm chủng thấp. Gần đây, có báo cáo rằng nhiễm cVDPV xảy ra ở cả Hoa Kỳ, Israel, Vương quốc Anh, Indonesia và Papua New Guinea, và các quốc gia trên thế giới được yêu cầu nâng cao tỷ lệ tiêm phòng bệnh bại liệt. Ở Nhật tỷ lệ tiêm chủng DPT-IPV cao, hơn nữa chưa phát hiện vi-rút cVDPV. Tuy nhiên, để ngăn ngừa sự lây lan của bệnh trong nước ngay cả khi cVDPV được nhập khẩu từ nước ngoài, nên tiêm vắc-xin có chứa IPV.

(4) Vắc-xin Hib (vắc-xin bất hoạt)

Vi khuẩn haemophilus influenza được chia thành bảy loại, nhưng trong đó, loại haemophilus influenza tuýp b là nguyên nhân chính gây ra các trường hợp bệnh nghiêm trọng, chính vì thế tuýp b được sử dụng cho vắc-xin. Loại vắc-xin này đang được sử dụng rộng rãi trên thế giới, và ở Nhật Bản, nó đã được phép sử dụng từ tháng 12 năm 2008, và đã được đưa vào chương trình tiêm chủng định kỳ từ tháng 4 năm 2013.

Tại Châu Âu và Hoa Kỳ, bệnh nhiễm trùng Hib xâm lấn đã giảm đáng kể sau khi vắc-xin này được đưa vào sử dụng, và tại Nhật Bản, bệnh này cũng gần như không còn nữa sau khi đưa vắc-xin này vào chương trình tiêm chủng định kỳ. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến khích tiêm vắc-xin Hib định kỳ cho trẻ sơ sinh vào năm 1998, và trên thế giới đã có trên 190 quốc gia đưa vắc-xin này vào sử dụng, và hiệu quả của nó được đánh giá cao.

Phản ứng bất lợi (tính đến thời điểm phê duyệt) chủ yếu là phản ứng tại chỗ tiêm bao gồm nổi mẩn đỏ (44,2%), sưng (bọng) (18,7%), cứng (cục) (17,8%) và đau (5,6%); cũng như các phản ứng toàn thân bao gồm sốt (2,5%), khó chịu (14,7%) và chán ăn (8,7%). (Xem tờ thông tin đính kèm [tái bản lần thứ 5] được sửa đổi vào tháng 2 năm 2025).

Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (hiện tượng có hại) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,0019%. (Con số từ ngày 1 tháng 4 năm 2013 đến ngày 30 tháng 9 năm 2025. Nguồn: Vào tháng 2 năm 2026, các tài liệu 2-18-1 đã được ghi lại từ Cuộc Họp Nhóm Công Tác lần thứ 110 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

Tiêm chủng phòng ngừa nhiễm trùng Hib về cơ bản được cung cấp bằng vắc-xin kết hợp 5 trong 1 DPT-IPV-Hib. Trong trường hợp sử dụng vắc-xin Hib, tuân theo các quy trình sau đây theo độ tuổi tính theo tháng tại thời điểm tiêm chủng lần đầu. Phương pháp tiêm chủng tiêu chuẩn là phương pháp được mô tả ở mục a).

7. Các bệnh thuộc đối tượng tiêm chủng và vắc-xin phòng ngừa

a) Trẻ ở giai đoạn từ 2 tháng tuổi đến 7 tháng tuổi (không quá ngày đầu tiên tròn 7 tháng tuổi) tại thời điểm bắt đầu tiêm chủng lần đầu

Sử dụng vắc-xin haemophilus tuýp b đông khô để tiêm, đối với tiêm chủng lần đầu thì tiêm 3 mũi, khoảng cách giữa các mũi là ít nhất 27 ngày (20 ngày nếu bác sĩ yêu cầu), khoảng cách tiêu chuẩn là từ 27 ngày (20 ngày nếu bác sĩ yêu cầu) đến 56 ngày; đối với tiêm chủng bổ sung thì tiêm 1 mũi ở thời điểm cách ít nhất 7 tháng (tiêu chuẩn là cách từ 7 tháng đến 13 tháng) kể từ sau khi kết thúc tiêm chủng lần đầu. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng mũi số 2 và số 3 của trong tiêm chủng lần đầu phải được thực hiện trước thời điểm trẻ được 12 tháng tuổi, nếu đã quá 12 tháng tuổi thì sẽ không được tiêm. Trong trường hợp này, có thể thực hiện tiêm chủng bổ sung: tiêm 1 mũi ở thời điểm cách ít nhất 27 ngày (20 ngày nếu bác sĩ yêu cầu) kể từ khi kết thúc mũi tiêm cuối của tiêm chủng lần đầu.

b) Trẻ ở giai đoạn từ tròn 7 tháng tuổi (ngày hôm sau của ngày tròn 7 tháng tuổi) đến 12 tháng tuổi (không quá ngày đầu tiên tròn 12 tháng tuổi) tại thời điểm bắt đầu tiêm chủng lần đầu

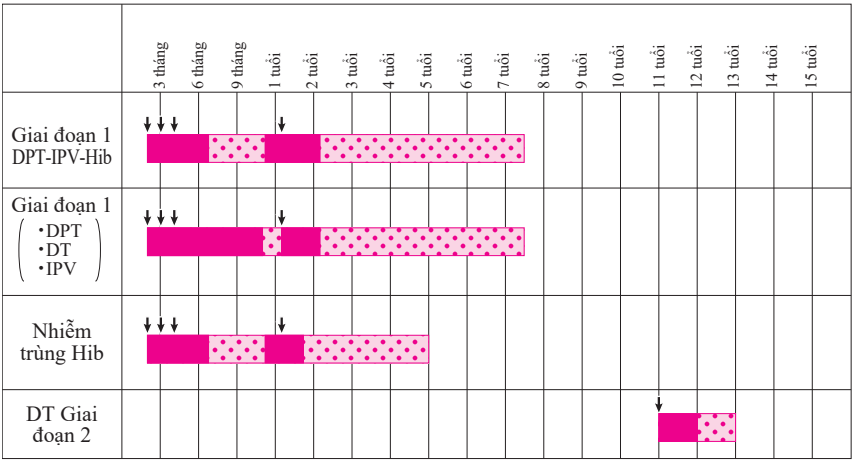
Sử dụng vắc-xin Hib để tiêm, đối với tiêm chủng lần đầu thì tiêm 2 mũi, khoảng cách giữa các mũi là ítnhất 27 ngày (20 ngày nếu bác sĩ yêu cầu), khoảng cách tiêu chuẩn là từ 27 ngày (20 ngày nếu bác sĩ yêu cầu) đến 56 ngày; đối với tiêm chủng bổ sung thì tiêm 1 mũi ở thời điểm cách ít nhất 7 tháng (tiêu chuẩn là cách từ 7 tháng đến 13 tháng) kể từ sau khi kết thúc tiêm chủng lần đầu. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng mũi tiêm số 2 của tiêm chủng lần đầu phải được thực hiện trước thời điểm trẻ được 12 tháng tuổi, nếu đã quá 12 tháng tuổi thì sẽ không được tiêm. Trong trường hợp này, có thể thực hiện tiêm chủng bổ sung: tiêm 1 mũi ở thời điểm cách ít nhất 27 ngày (20 ngày nếu bác sĩ yêu cầu) kể từ khi kết thúc mũi tiêm cuối của tiêm chủng lần đầu.

c) Trẻ ở giai đoạn từ tròn 12 tháng tuổi (ngày hôm sau của ngày tròn 12 tháng tuổi) đến 60 tháng tuổi (không quá ngày đầu tiên tròn 60 tháng tuổi) tại thời điểm bắt đầu tiêm chủng lần đầu.

Sử dụng vắc-xin haemophilus tuýp b đông khô để tiêm 1 lần.

Ngoài ra, đối với trẻ không thể tiêm chủng do bệnh cần chăm sóc dài hạn, v.v… thì cũng được tiêm chủng theo cách này.

(5) Thời điểm tiêm chủng



- Ngay cả trường hợp rõ ràng đã mắc bệnh ho gà, thì có thể sử dụng vắc-xin DPT-IPV-Hib, DPT hoặc vắc-xin DT. Nếu sử dụng DT, thuốc sẽ được chia thành hai liều, trong đó mũi đầu tiên sớm nhất là 3 tháng sau khi sinh. Ngoài ra cũng có thể sử dụng vắc-xin DPT-IPV-Hib, vắc-xin DPT hoặc vắc-xin DT đối với trẻ em mắc bệnh bạch hầu, uốn ván, bại liệt hoặc Hib.
- Về nguyên tắc, đối với tiêm chủng lần đầu của giai đoạn 1, chỉ tiêm 1 loại vắc-xin giống nhau với số mũi tiêm cần thiết.
- Khi sử dụng vắc-xin 5 trong 1 ở giai đoạn 1, hãy tham khảo hàng trên cùng.

◆ Bệnh lao

(1) Giải thích về bệnh

Bệnh lao do nhiễm Trực khuẩn lao gây ra. Số bệnh nhân lao đã giảm rõ rệt ở Nhật Bản, số ca mắc mới vào năm 2024 là 8,1 ca/100.000 dân, thấp hơn tiêu chuẩn của WHO về tỷ lệ mắc bệnh lao thấp (10,0 ca/100.000 dân). Tuy nhiên, bệnh lao có thể lây truyền từ người lớn sang trẻ em. Ngoài ra, do trẻ em ở trong bụng mẹ không nhận được sức đề kháng (miễn dịch) đối với bệnh lao từ người mẹ, nên trẻ em ngay sau khi sinh ra cũng có nguy cơ mắc phải bệnh này. Do trẻ sơ sinh có sức đề kháng (miễn dịch) đối với bệnh lao thấp nên có trường hợp bị bệnh lao toàn thân hoặc viêm màng não lao, hoặc có nguy cơ để lại di chứng nặng nề.

BCG được xác nhận là có hiệu quả trong việc phòng chống bệnh lao trong thời kỳ sơ sinh – thời kỳ dễ gặp phải các bệnh nghiêm trọng như viêm màng não hoặc bệnh lao kê, nên khuyến khích tiêm vắc-xin này cho trẻ trước khi trẻ được 1 tuổi.

Ngoài ra, thời điểm tiêm chuẩn là từ 5 đến 8 tháng tuổi sau khi sinh.

(2) Vắc-xin BCG (Vắc-xin sống)

BCG là vắc-xin được tạo ra bằng cách làm yếu độc tố của vi khuẩn lao bò.

Phương pháp sử dụng để tiêm vắc-xin BCG ở Nhật Bản là tiêm qua da dùng dụng cụ chích

nhiều mũi đặc hiệu, gọi là phương pháp tiêm ấn dấu, bằng cách ấn vào 2 vị trí trên cánh tay để tiêm. Nếu tiêm vào vị trí khác 2 vị trí này thì có nguy cơ cao xảy ra phản ứng phụ như sẹo lồi nên cần tuyệt đối tránh. Vết tiêm sẽ khô lại sau khoảng 10 phút.

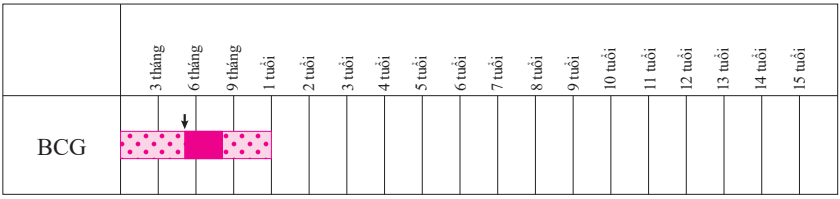
Sau khi tiêm khoảng 10 ngày, ở vị trí tiêm sẽ xuất hiện các chấm nhỏ ti ti, một số chỗ có thể xuất hiện vết mủ nhỏ (bị mưng mủ). Phản ứng này biểu hiện rõ rệt nhất trong khoảng 4 tuần sau khi tiêm, sau đó sẽ đóng vảy và lành sau 3 tháng kể từ khi tiêm, và chỉ còn lại những vết sẹo nhỏ. Đây không phải là phản ứng bất thường mà là bằng chứng cho thấy đã có sức đề kháng (miễn dịch) nhờ việc tiêm vắc-xin BCG. Vết tiêm sẽ tự lành, nên không cần băng bó hay dán băng gạc mà hãy để nguyên như vậy và giữ cho vết tiêm được sạch sẽ. Tuy nhiên, nếu quá 3 tháng kể từ khi tiêm mà vết tiêm vẫn còn đau nhức thì hãy trao đổi lại với bác sĩ.

Cũng có trường hợp xảy ra phản ứng phụ, đó là sưng ở hạch bạch huyết dưới nách của phía cánh tay đã tiêm. Thông thường, có thể bỏ mặc và quan sát tình hình nhưng có trường hợp xuất hiện ăn mòn, sưng to hoặc hiếm gặp là mưng mủ và tự rách. Khi gặp phải tình trạng này, hãy trao đổi lại với bác sĩ.

Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (hiện tượng có hại) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,0026%. (Con số từ ngày 1 tháng 4 năm 2013 đến ngày 30 tháng 9 năm 2025. Nguồn: Vào tháng 2 năm 2026, các tài liệu 2-22 đã được ghi lại từ Cuộc Họp Nhóm Công Tác lần thứ 110 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

Ngoài ra, trường hợp trước khi tiêm chủng trẻ đã bị lây nhiễm vi khuẩn lao từ những người thân gia đình thì có thể xảy ra hiện tượng dị ứng lao (là chuỗi phản ứng gây viêm, hình thành sẹo [để lại sẹo] và chữa lành, trong đó xuất hiện nổi đỏ, sưng tấy tại chỗ tiêm và mưng mủ tại chỗ tiêm, thông thường các vết mẩn đỏ và sưng tấy sẽ lành sau từ 2 tuần đến 4 tuần) trong vòng 10 ngày (thường là trong vòng 3 ngày) sau khi tiêm. Khác với thời kỳ phát hiện phản ứng cục bộ tại chỗ tiêm đối với phản ứng thông thường (khoảng 10 ngày), hiện tượng dị ứng lao thường được phát hiện ở giai đoạn sớm trong khoảng vài ngày sau khi tiêm. Nếu nhận thấy các phản ứng được cho là hiện tượng dị ứng lao ở trẻ, hãy nhanh chóng liên lạc với địa phương hoặc thăm khám bác sĩ khi trẻ có thể cần được điều trị. Trong trường hợp này, những người thân cận như gia đình có khả năng đã lây nhiễm bệnh lao cho trẻ đó cũng cần phải được kiểm tra tại các cơ quan y tế.

(3) Thời điểm tiêm chủng



◆ Bệnh sởi, bệnh rubella

(1) Giải thích về bệnh

a) Sởi (Measles)

Bệnh xảy ra do nhiễm vi-rút sởi. Bệnh có khả năng lây nhiễm lớn, không chỉ qua giọt nhỏ, qua tiếp xúc mà còn qua không khí, nếu không được tiêm chủng thì nhiều người có thể mắc bệnh và có nguy cơ trở thành dịch. Bệnh sởi điển hình có triệu chứng chủ yếu là sốt cao, ho, chảy nước mũi, ghèn mắt, chảy dịch mắt và phát ban. Trong khoảng 3 đến 4 ngày đầu, xuất hiện sốt khoảng 38°C và có thể tạm ngưng sốt, nhưng ngay sau đó lại sốt cao lên 39 đến 40°C và xuất hiện phát ban. Tình trạng sốt cao sẽ giảm trong vòng 3 đến 4 ngày và tùy theo đó các vết ban cũng biến mất. Các sắc tố xám màu vẫn còn sau một thời gian.

Các biến chứng chủ yếu là viêm phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa, viêm não. Trong số 100 bệnh nhân, có khoảng 7 đến 9 người bị biến chứng thành bệnh viêm tai giữa, khoảng 1 đến 6 người biến chứng thành bệnh viêm phổi. Bệnh viêm não được phát hiện với tỷ lệ là 1 đến 2 người trong số khoảng 1.000 người. Ngoài ra, viêm não tiến triển đến mãn tính được gọi là viêm não toàn bộ xơ hóa bán cấp (SSPE), xảy ra ở 1 đến 2 trường hợp trong khoảng 100.000 bệnh nhân mắc bệnh sởi. Các báo cáo cho thấy tần suất xảy ra cao hơn khi bệnh xảy ra ở trẻ em dưới năm tuổi.

Dù ở các nước tiên tiến có nền y học phát triển, thì bệnh sởi cũng là căn bệnh nghiêm trọng với tỷ lệ tử vong là 1 người trong số khoảng 1.000 người mắc bệnh. Ở Nhật Bản cũng vậy, dịch bệnh xảy ra vào khoảng năm 2000 đã khiến khoảng 20 đến 30 người tử vong mỗi năm. Tuy nhiên, vào tháng 3 năm 2015, Văn phòng Khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO) của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã chứng nhận rằng bệnh sởi đã được loại bỏ ở Nhật Bản. Mặt khác, trên toàn thế giới, bệnh sởi có xu hướng gia tăng trở lại, vẫn còn rất nhiều trẻ em bị cướp đi sinh mạng do bệnh sởi, mà chủ yếu là ở các nước đang phát triển.

● Lây nhiễm qua không khí (Nhiễm lao qua các giọt nhỏ)

Là lây nhiễm trong đó vi-rút và vi khuẩn bay vào không khí rồi lây lan sang người trong không gian rộng. Bệnh sởi, bệnh thủy đậu và bệnh lao, v.v... là những bệnh lây nhiễm qua không khí.

b) Rubella

Rubella là bệnh do vi-rút rubella gây ra và lây qua đường giọt bắn và tiếp xúc. Thời gian ủ bệnh là từ 2 đến 3 tuần. Bệnh rubella điển hình khởi phát bằng triệu chứng cảm cúm nhẹ, các triệu chứng chủ yếu là phát ban, sốt, sưng tấy hạch bạch huyết ở phần sau gáy. Ngoài ra, có cả triệu chứng xung huyết kết mạc nhãn cầu. Ở trẻ lớn hơn hoặc người trưởng thành thì tần suất xảy ra phản ứng phụ viêm khớp là cao, đa phần có tiên lượng tốt, tuy nhiên vẫn có biến chứng xuất huyết giảm tiểu cầu, viêm não và thiếu máu tán huyết (mặc dù tỷ lệ khá hiếm). Theo kết quả điều tra xu hướng bùng phát dịch bệnh truyền nhiễm, trong đợt dịch rubella xảy ra vào khoảng thời gian từ năm 2018 đến năm 2019 (tổng số 5.239 người mắc bệnh) có 21 người bị biến chứng xuất huyết giảm tiểu cầu, 2 người bị biến chứng viêm não. Bệnh nhân là người trưởng thành thì các triệu chứng sẽ trở nên nghiêm trọng.

Trường hợp phụ nữ mang thai nhiễm vi-rút rubella trong khoảng 20 tuần của thai kỳ thì nhiều khả năng trẻ sinh ra có các khuyết tật bẩm sinh như bệnh về tim, đục thủy tinh thể, khiếm thính, chậm phát triển, v.v... đây được gọi là hội chứng rubella bẩm sinh.

Vào tháng 9 năm 2025, Văn phòng Khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO) của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã chứng nhận rằng Nhật Bản mới đạt được thành tựu loại trừ bệnh rubella.

(2) Vắc-xin tổng hợp sởi-rubella (MR), vắc-xin sởi (M), vắc-xin rubella (R) (Vắc-xin sống)

Đây là vắc-xin sống được tạo ra bằng cách làm yếu độc tố của vi-rút sởi và vi-rút rubella.

Khi trẻ được 1 tuổi, hãy cố gắng cho trẻ tiêm chủng giai đoạn 1 càng sớm càng tốt.

Cả hai loại vắc-xin sởi và vắc-xin rubella đều mang lại miễn dịch cho trên 95% trẻ em chỉ với một lần tiêm, nhưng để phòng ngừa trong trường hợp không đáp ứng được với mũi đầu tiên, và cũng để phòng tránh trường hợp khả năng miễn dịch bị suy giảm qua thời gian, mũi 2 (giai đoạn 2) cũng đã được thực hiện.

Trường hợp đã tiêm khẩn cấp vắc-xin sởi và tiêm chủng rubella cho trẻ chưa đầy 12 tháng tuổi đi nữa thì việc tiêm chủng khi dưới 1 tuổi cũng không được tính thành 1 lần tiêm vì không đạt được đủ kháng thể. Hãy cho trẻ tiêm định kỳ sau khi trẻ được 1 tuổi – là tuổi tiêu chuẩn để tiêm chủng giai đoạn 1. Tương tự như vậy, hãy cho trẻ tiêm chủng giai đoạn 2 khi trẻ đạt độ tuổi thích hợp.

Trường hợp tiêm chủng giai đoạn 2, đối tượng tiêm là trẻ em trong vòng 1 năm trước khi học tiểu học, trẻ em đang học năm cuối trường mẫu giáo hoặc nhà trẻ.

Khi tiêm chủng giai đoạn 1 và giai đoạn 2, sử dụng vắc-xin tổng hợp sởi-rubella (MR).

Bệnh nhân mắc một trong hai bệnh sởi hoặc rubella cũng có thể sử dụng vắc-xin tổng hợp sởi-rubella (MR).

Ngoài ra, nếu trẻ đã từng tiêm gamma globulin người để điều trị hoặc phòng tránh bệnh thì hãy trao đổi với bác sĩ gia đình về thời điểm tiêm chủng cho trẻ đó.

Từ những dữ liệu về phản ứng phụ của vắc-xin sởi và vắc-xin rubella từ trước đến nay, cho thấy có một số ít trường hợp xảy ra các phản ứng phụ như sốc phản vệ, xuất huyết giảm tiểu cầu, viêm não, co giật, v.v...

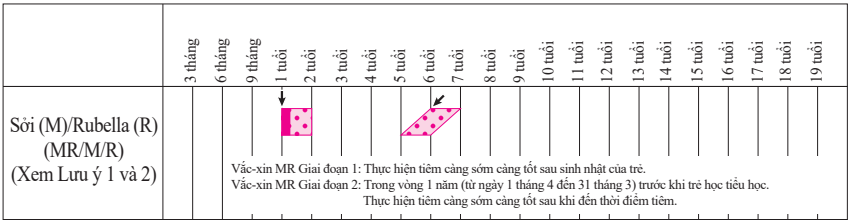
Ngoài ra, có trường hợp trẻ bị co giật cùng với biểu hiện sốt sau khi đã tiêm vắc-xin sởi (khoảng 300 trẻ thì có 1 trẻ bị). Hơn nữa, có báo cáo cho thấy mặc dù rất hiếm nhưng cứ 1 triệu đến 1,5 triệu trẻ thì có không quá 1 trẻ bị viêm não hoặc bệnh não.

Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (hiện tượng có hại) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,0010%. (Con số từ ngày 1 tháng 4 năm 2013 đến ngày 30 tháng 9 năm 2025. Nguồn: Vào tháng 2 năm 2026, các tài liệu 2-1 đã được ghi lại từ Cuộc Họp Nhóm Công Tác lần thứ 110 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

Do vắc-xin rubella cũng là vắc-xin sống nên giống như vắc-xin bệnh sởi, vi-rút rubella sẽ sinh sôi trong cơ thể người, nhưng chưa có trường hợp người đã tiêm vắc-xin rubella lây nhiễm sang cho những người xung quanh.

Nếu bị mắc bệnh sởi thì các triệu chứng sẽ nghiêm trọng, có trường hợp còn để lại di chứng và dẫn đến tử vong. Phụ nữ có thai mắc bệnh rubella có thể khiến trẻ sinh ra mang các khuyết tật bẩm sinh, còn gọi là hội chứng rubella bẩm sinh như các bất thường về tim, đục thủy tinh thể, bệnh võng mạc, khiếm thính, rối loạn nhận thức, v.v... Để không bị mắc phải các bệnh này, chúng tôi khuyến khích tiêm chủng để không bị lây bệnh.

(3) Thời điểm tiêm chủng



Lưu ý 1: Thực hiện tiêm đồng thời bệnh sởi và bệnh rubella trong giai đoạn 1 và giai đoạn 2 bằng vắc-xin tổng hợp sởi-rubella (MR).

Lưu ý 2: Những người có tiền sử mắc bệnh sởi hoặc rubella có thể được tiêm vắc-xin phòng bệnh mà họ chưa mắc hoặc vắc-xin tổng hợp sởi-rubella (MR); tuy nhiên, vắc-xin MR thường được tiêm.

(4) Các biện pháp đặc biệt để đối phó với việc phân bổ không đồng đều vắc-xin sởi-rubella (MR) sống giảm độc lực đông khô

Để giải quyết tình trạng phân bổ vắc-xin MR không đồng đều xảy ra trong năm tài chính 2024, một thông báo hành chính ngày 11 tháng 3 năm 2025 đã được ban hành, theo Điều 3,

Khoản 2 của Pháp Lệnh Thi Hành Luật Tiêm Chủng Phòng Ngừa, nêu rõ rằng những cá nhân dự kiến không thể tiêm chủng trong thời gian tiêm chủng quy định có thể được tiêm chủng sau thời gian đó trong khoảng thời gian được quy định dưới đây.

・Thời gian đối tượng

Hai năm, từ ngày 1 tháng 4 năm 2025 đến ngày 31 tháng 3 năm 2027

・Đối tượng đủ điều kiện

Giai đoạn 1	Những cá nhân sẽ đạt hoặc đã đạt 24 tháng tuổi trong năm tài chính 2024 (sinh từ ngày 2 tháng 4 năm 2022 đến ngày 1 tháng 4 năm 2023), và được người đứng đầu chính quyền địa phương xác nhận là không thể tiêm vắc-xin MR do các yếu tố như phân bổ vắc-xin không đồng đều.
Giai đoạn 2	Những cá nhân đủ điều kiện tham gia Giai đoạn 2 trong năm tài chính 2024 (những cá nhân từ 5 đến dưới 7 tuổi, nằm trong khoảng thời gian từ một năm trước ngày bắt đầu nhập học tiểu học đến ngày trước ngày bắt đầu nhập học), và được người đứng đầu chính quyền địa phương xác nhận là không thể tiêm vắc-xin MR do các yếu tố như phân bổ vắc-xin không đồng đều.
Giai đoạn 5	Nam giới sinh từ ngày 2 tháng 4 năm 1962 đến ngày 1 tháng 4 năm 1979, đã thực hiện xét nghiệm kháng thể trước cuối năm tài chính 2024 và được phát hiện có lượng kháng thể rubella không đủ, và được người đứng đầu chính quyền địa phương xác nhận là không thể tiêm vắc-xin MR do các yếu tố như phân bổ vắc-xin không đồng đều. Lưu ý: Những cá nhân thực hiện xét nghiệm kháng thể trong hoặc sau năm tài chính 2025 sẽ không đủ điều kiện tiêm.

◆ Thủy đậu

(1) Giải thích về bệnh

Thủy đậu là bệnh truyền nhiễm cấp tính xảy ra khi người bệnh lần đầu tiên bị nhiễm vi-rút varicella-zoster (sau đây gọi là VZV), đây là một trong những bệnh truyền nhiễm có khả năng lây nhiễm mạnh nhất, phát tán rộng khi tiếp xúc trực tiếp, lây nhiễm qua các giọt nhỏ hoặc qua không khí. Khi bị nhiễm khuẩn, vi-rút sẽ tiềm ẩn trong cơ thể (hạch thần kinh não như hạch thần kinh tam thoa v.v... và hạch rễ lưng tủy sống), chúng sẽ tái hoạt động và gây ra bệnh giời leo (zona) khi người bệnh tuổi cao hoặc khi tình trạng miễn dịch suy yếu.

Thời kỳ ủ bệnh của bệnh thủy đậu thông thường là khoảng 2-3 tuần (từ 10 đến 21 ngày). Bệnh thủy đậu điển hình sẽ phát ban đặc trưng là triệu chứng chính và có kèm theo cảm giác ngứa. Có trường hợp còn kèm theo cơn sốt. Phát ban khởi phát ở dạng nốt sần đỏ nằm rải rác, sau 3 đến 4 ngày nó sẽ mọng nước, và cuối cùng sẽ đóng vảy và lành. Phát ban có xu hướng xuất hiện nhiều ở bụng, lưng và mặt, v.v... nhưng có đặc trưng là xuất hiện ở cả những bộ phận được che phủ bởi tóc như trên da đầu, v.v...

Thông thường, bệnh sẽ tự khỏi sau khoảng 1 tuần, nhưng cũng có trường hợp kèm theo viêm não, viêm phổi, hoặc bất thường trong chức năng gan, có trường hợp cần sử dụng đến thuốc

kháng vi-rút (thuốc kháng sinh). Ngoài ra, không ít trường hợp vi khuẩn lây nhiễm qua da và mưng mủ, có khi còn biến chứng thành bệnh nhiễm vi trùng với các triệu chứng nghiêm trọng như nhiễm trùng huyết. Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao (những bệnh nhân có khối u ác tính như bệnh bạch cầu cấp tính, những người đang bị suy giảm khả năng miễn dịch do điều trị và những người có nguy cơ đó) thì các triệu chứng sẽ đặc biệt trầm trọng hơn.

Theo quy tắc thi hành của Luật An toàn và Sức khỏe trường học, thì việc trẻ đến nhà trẻ, mẫu giáo hoặc trường học sẽ bị cấm cho đến khi toàn bộ vết ban được đóng vảy.

Ngoài ra, nếu người trưởng thành mắc bệnh thủy đậu thì sẽ dễ mắc phải các chứng bệnh nặng hơn so với trẻ nhỏ.

(2) Vắc-xin thủy đậu (vắc-xin sống)

Đây là vắc-xin sống được tạo ra bằng cách làm yếu độc tố của VZV, và Nhật Bản là nước tiên phong trên thế giới trong việc phát triển vắc-xin này. Trong số những người từng 1 lần tiêm vắc-xin này thì có khoảng 20% bị mắc bệnh thủy đậu sau đó nhưng ở dạng nhẹ hơn. Vắc-xin được chia làm hai lần để đảm bảo không xảy ra nhiễm trùng.

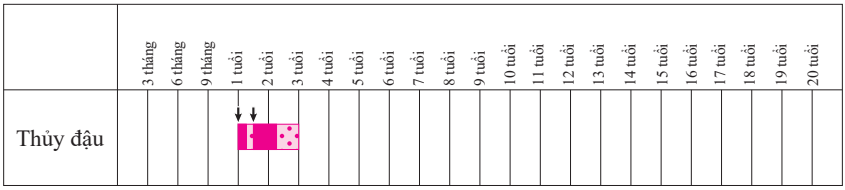
Trường hợp đã tiếp xúc với bệnh nhân bị thủy đậu, thì cũng có thể phòng tránh được bệnh nếu tiêm vắc-xin trong vòng 3 ngày kể từ ngày tiếp xúc. Ngoài ra, vắc-xin này cũng được sử dụng để phòng tránh nhiễm trùng bệnh viện.

Hầu như không có phản ứng phụ đối với trẻ em khỏe mạnh và người trưởng thành, nhưng thỉnh thoảng có xuất hiện sốt hoặc phát ban, cũng có ít trường hợp nổi mẩn đỏ, sưng tấy, chai cứng ở vị trí tiêm. Các bệnh nhân có nguy cơ cao (những bệnh nhân bị suy giảm chức năng miễn dịch do ảnh hưởng của việc điều trị các bệnh như bệnh bạch cầu lympho cấp tính hoặc hội chứng thận hư, v.v...) cũng có thể tiêm nếu thỏa mãn tiêu chuẩn tiêm chủng nhất định, nhưng có trường hợp bị sốt kèm nốt sần và vết phồng rộp trong khoảng từ 14 đến 30 ngày sau khi tiêm. (Xem tờ thông tin đính kèm [tái bản lần thứ 6] được sửa đổi vào tháng 12 năm 2025).

Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (hiện tượng có hại) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,0010%. (Con số từ ngày 1 tháng 4 năm 2013 đến ngày 30 tháng 9 năm 2025. Nguồn: Vào tháng 2 năm 2026, các tài liệu 2-5 đã được ghi lại từ Cuộc Họp Nhóm Công Tác lần thứ 110 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

Từ tháng 10 năm 2014, nhờ áp dụng chương trình tiêm chủng định kỳ mà số trường hợp bị thủy đậu đã giảm xuống rõ rệt. Có thể tiêm vắc-xin thủy đậu đồng thời với vắc-xin MR. Sử dụng vắc-xin thủy đậu dạng đông khô (vắc-xin sống, giảm độc lực) cho trẻ em ở độ tuổi từ 12 đến 36 tháng tuổi, thực hiện tiêm mũi đầu tiên với thời gian tiêm chủng tiêu chuẩn là khi trẻ từ 12 đến 15 tháng tuổi và tiêm mũi thứ 2 sau ít nhất 3 tháng (tiêu chuẩn là cách từ 6 đến 12 tháng). Trẻ em có tiền sử mắc bệnh thủy đậu không đủ điều kiện cho tiêm chủng định kỳ.

(3) Thời điểm tiêm chủng



◆ Viêm não Nhật Bản

(1) Giải thích về bệnh

Là bệnh xảy ra do nhiễm vi-rút viêm não Nhật Bản. Viêm não Nhật Bản không lây nhiễm trực tiếp từ người mà do vi-rút được sinh sôi trong cơ thể lợn hoặc các vật chủ khác thông qua trung gian là muỗi để lây nhiễm sang người. Sau thời kỳ ủ bệnh từ 7 đến 10 ngày, có trường hợp người bệnh bị viêm não cấp tính với các triệu chứng như sốt cao, đau đầu, nôn mửa, rối loạn ý thức, co giật, v.v... Bệnh này không lây nhiễm từ người sang người.

Trong số những người bị nhiễm vi-rút viêm não Nhật Bản, cứ 100 đến 1.000 người thì có 1 người bị viêm não. Ngoài viêm não, có những người bị phát triển thành viêm màng não nhưng có những người kết thúc với các triệu chứng như cảm mùa hè. Tỷ lệ tử vong khi mắc bệnh viêm não là khoảng 20% đến 40% nhưng có nhiều người để lại di chứng về mặt thần kinh sau khi khỏi bệnh.

Tại Nhật Bản, bệnh xuất hiện chủ yếu tại khu vực phía Tây, nhưng vi-rút viêm não Nhật Bản lại phân bổ trên toàn quốc và nhất là vùng phía Tây Nhật Bản. Dịch viêm não Nhật Bản ở lợn nuôi kéo dài từ tháng 6 đến khoảng tháng 10 mỗi năm, trong khoảng thời gian này, tùy theo từng khu vực mà có nơi trên 80% lợn nuôi bị nhiễm bệnh. Trước đây, viêm não Nhật Bản xảy ra phổ biến ở trẻ em và học sinh tiểu học, nhưng nhờ sự phổ biến rộng rãi của chương trình tiêm chủng và thay đổi môi trường sống mà số bệnh nhân mắc bệnh đã giảm đi. Gần đây, đã xuất hiện bệnh nhân mắc bệnh mà chủ yếu là ở người cao tuổi. Năm 2015, tỉnh Chiba đã thông báo về trường hợp được xác định là mắc bệnh viêm não Nhật Bản ở trẻ 10 tháng tuổi. Không những thế, năm 2016 đã có thông báo cho thấy 11 người mà chủ yếu là người cao tuổi đã mắc phải bệnh này. Đây là lần đầu tiên con số thông báo vượt quá 10 người mỗi năm kể từ năm 1992. Năm 2025, đã có thông báo cho thấy có 4 người mắc. (Viện An Ninh Y Tế Nhật Bản, Báo Cáo Hàng Tuần Bệnh Truyền Nhiễm (IDWR) tuần thứ 52 năm 2025)

(2) Vắc-xin viêm não Nhật Bản dạng đông khô (Vắc-xin bất hoạt chế từ nuôi cấy tế bào)

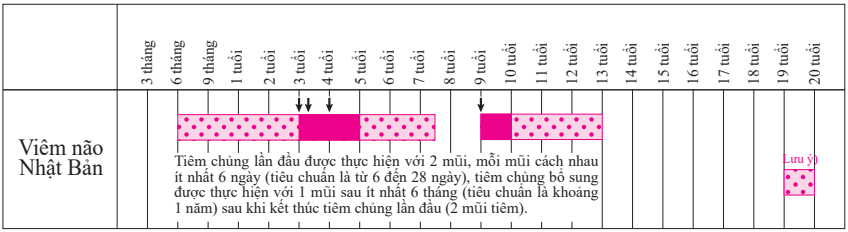
Vắc-xin viêm não Nhật Bản dạng đông khô (Vắc-xin chế từ nuôi cấy tế bào) được sử dụng ở Nhật Bản hiện nay là vắc-xin được tinh chế bằng cách nuôi cấy vi-rút bằng tế bào (gọi là tế bào Vero), và tiêu diệt (bất hoạt) vi-rút bằng formalin.

Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh

giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (hiện tượng có hại) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,00070%. (Con số từ ngày 1 tháng 4 năm 2013 đến ngày 30 tháng 9 năm 2025. Nguồn: Vào tháng 2 năm 2026, các tài liệu 2-23 đã được ghi lại từ Cuộc Họp Nhóm Công Tác lần thứ 110 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

Đối tượng tiêm chủng định kỳ giai đoạn 1 là trẻ từ 6 tháng tuổi đến 90 tháng tuổi. Cách tiêm chuẩn, đó là tiêm 2 lần, mỗi lần cách nhau khoảng 6 đến 28 ngày trong giai đoạn trẻ từ đủ 3 tuổi đến 4 tuổi, và tiêm 1 lần trong giai đoạn trẻ từ đủ 4 tuổi đến 5 tuổi. Ngoài ra, đối tượng tiêm chủng định kỳ giai đoạn 2 là trẻ từ 9 tuổi trở lên đến dưới 13 tuổi. Cách tiêm chuẩn đó là tiêm 1 lần trong giai đoạn trẻ từ đủ 9 tuổi đến 10 tuổi.

(3) Thời điểm tiêm chủng



Lưu ý: Những người sinh trong giai đoạn từ ngày 2 tháng 4 năm 1995 đến ngày 1 tháng 4 năm 2007 mà không được tiêm vắc-xin giai đoạn 1 hoặc giai đoạn 2 là đối tượng được tiêm vắc-xin định kỳ khi bỏ lỡ liều tiêm nếu dưới 20 tuổi.

(4) Những trường hợp ngoại lệ đặc biệt trong tiêm chủng (Bảo đảm cơ hội tiêm chủng đối với trẻ bị hạn chế khuyến khích tiêm chủng do hủy chương trình khuyến khích tích cực tiêm chủng vào năm 2005)

Những người dưới 20 tuổi sinh từ ngày 2 tháng 4 năm 1995 đến ngày 1 tháng 4 năm 2007 và có thể chưa được tiêm vắc-xin giai đoạn 1 (ba mũi) và giai đoạn 2 (một mũi) do việc đình chỉ khuyến cáo có hiệu lực vào ngày 30 tháng 5, 2005 hội đủ điều kiện áp dụng các biện pháp sau để đảm bảo có cơ hội tiêm chủng.

a) Những người cần tiêm 3 mũi còn lại của giai đoạn 1 và 2 (những người đã được tiêm 1 mũi đầu tiên ở giai đoạn 1 [những người đã được tiêm mũi đầu tiên]) sẽ được tiêm 2 mũi vắc-xin viêm não Nhật Bản nuôi cấy tế bào đông khô cách nhau ít nhất là 6 ngày, trong đó mũi 4 cho người 9 tuổi trở lên sẽ được tiêm sau khoảng cách ít nhất là 6 ngày tính từ mũi thứ ba.

b) Những người cần tiêm 2 mũi chưa tiêm của giai đoạn 1 và 2 (những người đã được tiêm hai mũi ban đầu ở giai đoạn 1 [những người được tiêm mũi 2]) sẽ được tiêm mũi 3 vắc-xin viêm não Nhật Bản nuôi cấy tế bào đông khô sau khoảng cách ít nhất là 6 ngày, trong đó mũi 4 cho người 9 tuổi trở lên sẽ được tiêm sau khoảng giãn cách ít nhất là 6 ngày tính từ mũi 3.

c) Những người cần được tiêm chủng giai đoạn 2 (những người đã hoàn thành mũi tiêm giai đoạn 1 [những người được tiêm mũi 3]) sẽ được tiêm mũi 4 vắc-xin viêm não Nhật Bản nuôi cấy tế bào đông khô, đối với những người từ 9 tuổi trở lên sau khoảng cách ít nhất là 6 ngày tính từ mũi 3.

d) Những người chưa tiêm ngừa giai đoạn 1 và 2 sẽ được tiêm vắc-xin viêm não Nhật Bản nuôi cấy tế bào đông khô, trong đó hai mũi tiêm (tức là mũi đầu tiên và mũi 2) cách nhau ít nhất là 6 ngày (thường từ 6 đến 28 ngày), tiếp theo là 1 mũi nhắc lại ít nhất 6 tháng (thường là khoảng 1 năm) sau mũi 2 (tức là mũi 3), trong đó mũi 4 cho những người từ 9 tuổi trở lên sẽ được tiêm một mũi sau khoảng cách ít nhất là 6 ngày tính từ mũi 3.

Về nguyên tắc, không nên tiêm vắc-xin cho nữ giới từ 13 tuổi trở lên nếu họ đang mang thai hoặc có khả năng mang thai, và chỉ có thể tiêm nếu xác nhận được lợi ích lớn hơn rủi ro.

Nếu có thắc mắc về việc tiêm vắc-xin hoặc khi cần thông tin mới nhất, vui lòng liên lạc đến địa phương nơi mình sinh sống và tham khảo mục "Hỏi đáp (Q&A) về tiêm vắc-xin viêm não Nhật Bản" của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi. (https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou21/dl/nouen_qa.pdf).

◆ Bệnh nhiễm HPV (vi-rút u nhú ở người)

(1) Giải thích về bệnh

Vi-rút u nhú ở người (HPV) không phải là vi-rút xa lạ đối với con người, rất nhiều người bị nhiễm vi-rút này và trong đó có những người bị mắc ung thư cổ tử cung hoặc các bệnh khác. Trong số hơn 100 kiểu gen HPV, khoảng 50% đến 70% trường hợp ung thư cổ tử cung được coi là do nhiễm HPV tuýp 16 và tuýp 18. Hầu hết các trường hợp nhiễm HPV đều tự khỏi và không thể phát hiện được vi-rút. Tuy nhiên, ở một số phụ nữ, trong thời gian vài năm đến vài thập kỷ, các tổn thương tiền ung thư và theo đó là ung thư cổ tử cung sẽ phát triển. Mỗi năm, có từ 10.000 phụ nữ trở lên mắc bệnh ung thư cổ tử cung ở Nhật Bản và ước tính có 3.000 người tử vong vì bệnh này (nguồn: "Dịch vụ thông tin về bệnh ung thư", Trung tâm Kiểm soát Ung thư và Dịch vụ Thông tin thuộc Trung tâm ung thư Quốc gia Nhật Bản (pháp nhân hành chính độc lập)). Bên cạnh việc sử dụng vắc-xin để ngăn ngừa lây nhiễm vi-rút HPV, việc phát hiện sớm và điều trị sớm các tổn thương tiền ung thư thông qua các xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung hứa hẹn sẽ làm giảm tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong của bệnh này.

(2) Vắc-xin HPV (vắc-xin bất hoạt)

Cho đến năm tài chính 2025, vắc-xin phòng ngừa ung thư cổ tử cung có thể được tiêm chủng theo tiêm chủng định kỳ ở Nhật Bản là vắc-xin hai chủng (Cervarix®) có chứa kháng nguyên đối với HPV tuýp 16 và 18 được phát hiện nhiều nhất ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung ở trong ngoài Nhật Bản, và vắc-xin bốn chủng (Gardasil®) có chưa kháng nguyên đối với vi-rút tuýp 6 và 11 gây ra bệnh u nhú và u nhú đường hô hấp tái phát, cũng như vắc-xin 9 chủng (Silgard® 9) có chứa thêm các kháng nguyên đối với tuýp 31, 33, 45, 52 và 58. Tuy nhiên, kể từ năm tài chính 2026, chỉ có vắc-xin 9 chủng được sử dụng cho tiêm chủng định kỳ. Báo cáo quốc tế với đối tượng là những người chưa bị nhiễm HPV, cho thấy các loại vắc-xin này đều có hiệu quả cao trong việc phòng ngừa lây nhiễm và tổn thương tiền ung thư, do đó các quốc gia đang khuyến nghị tiêm vắc-xin này cho những người trong nhóm tuổi trước khi quan hệ tình dục lần đầu tiên.

Các phản ứng phụ được mô tả trong tài liệu đính kèm lưu hành nội bộ tại Nhật Bản bao gồm các phản ứng cục bộ như đau nhức (83%-98%), mẩn đỏ (30%-85%), sưng tấy (25%-81%) ở vị trí tiêm, và các phản ứng toàn thân như sốt ở mức độ nhẹ (3%-6%), uể oải, v.v... tuy nhiên, hầu hết các phản ứng này đều là phản ứng tạm thời và sẽ hồi phục lại. (xem tờ thông tin đi kèm sau đây: Cervarix® [Phiên bản 1] được sửa đổi vào tháng 12 năm 2023; Gardasil® [Phiên bản 5] được sửa đổi vào tháng 2 năm 2026; Silgard® 9 [Phiên bản 4] được sửa đổi vào tháng 2 năm 2026).

Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (hiện tượng có hại) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,0079% đối với Cervarix®, 0,0054% đối với Gardasil®, 0,0017% đối với Silgard® 9. (Tần suất xảy ra này được báo cáo từ khi ra mắt thị trường đến ngày 30 tháng 9 năm 2025. Nguồn: Vào tháng 2 năm 2026, các tài liệu 2-8, 2-9, 2-10 đã được ghi lại từ Cuộc Họp Nhóm Công Tác lần thứ 110 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

Dù đã được tiêm vắc-xin, nhưng người được tiêm vẫn có khả năng bị ung thư cổ tử cung do tuýp HPV khác với tuýp có trong vắc-xin, hoặc do miễn dịch chưa đủ; vì vậy việc khám ung thư cổ tử cung định kỳ rất quan trọng.

a) Nên sử dụng vắc-xin 9 chủng để phòng ngừa nhiễm vi-rút u nhú ở người. Tiêm chủng cho những cá nhân trong khoảng thời gian từ ngày đầu tiên của năm tài chính mà khi đó cá nhân đó tròn 12 tuổi đến ngày cuối cùng của năm tài chính mà khi đó cá nhân đó tròn 16 tuổi. Thời gian tiêm chủng tiêu chuẩn là từ ngày đầu tiên đến ngày cuối cùng của năm tài chính mà khi đó cá nhân tròn 13 tuổi. Phải tuân theo một trong hai lịch trình (chỉ tuân theo lịch trình ở phần i) khi tiêm vắc-xin cho một cá nhân trong khoảng cách từ ngày đầu tiên của năm tài chính mà khi đó cá nhân đó đủ 12 tuổi cho đến ngày cá nhân đó tròn 15 tuổi ở lần tiêm đầu tiên).

i) Lịch trình tiêu chuẩn là tiêm 2 mũi cách nhau 6 tháng. Nếu không thể tuân thủ lịch trình nêu trên, 2 mũi tiêm sẽ được tiêm cách nhau ít nhất 5 tháng.

ii) Lịch trình tiêu chuẩn là tiêm 2 mũi cách nhau 2 tháng, tiếp theo là một mũi khác sau khoảng cách ít nhất là 6 tháng tính từ mũi đầu tiên. Nếu không thể tuân thủ lịch trình nêu trên thì tiêm 2 mũi cách nhau ít nhất 1 tháng, tiếp theo là 1 mũi sau khoảng cách ít nhất là 3 tháng tính từ mũi thứ hai.

b) Đối với cá nhân đã hoàn thành mũi tiêm đầu tiên hoặc thứ hai bằng vắc-xin hai chủng hoặc bốn chủng và muốn tiêm vắc-xin 9 chủng vào hoặc sau năm tài chính 2026, phải tuân theo một trong hai lịch trình sau. Cần lưu ý rằng tính an toàn, khả năng sinh miễn dịch và hiệu quả của việc tiêm kết hợp vắc-xin hai chủng hoặc bốn chủng với vắc-xin 9 chủng cho cùng một cá nhân đã được làm rõ ở một mức độ nhất định.

i) Cá nhân đã được tiêm vắc-xin hai hoặc bốn chủng trong lần tiêm đầu tiên sẽ được tiêm bắp 1 mũi vắc-xin 9 chủng sau khoảng cách là 2 tháng kể từ mũi đầu tiên, tiếp theo là 1 mũi tiêm cùng loại vắc-xin đó sau khoảng cách là 6 tháng kể từ mũi đầu tiên. Tuy nhiên, nếu không thể tuân thủ lịch trình nêu trên, cá nhân sẽ được tiêm bắp 1 mũi vắc-xin 9 chủng sau khoảng cách là 1 tháng kể từ mũi đầu tiên, mũi 2 và mũi khác sau đó sẽ được tiêm bắp cùng một loại vắc-xin sau khoảng cách ít nhất là 3 tháng.

ii) Cá nhân đã được tiêm vắc-xin 2 hoặc 4 chủng trong lần đầu tiên và lần thứ hai sẽ được tiêm bắp 1 mũi vắc-xin 9 chủng sau khoảng cách là 6 tháng kể từ mũi đầu tiên. Tuy nhiên, nếu không thể tuân thủ lịch trình đã nêu, cá nhân sẽ được tiêm bắp 1 mũi vắc-xin 9 chủng sau khoảng cách ít nhất là 3 tháng kể từ mũi thứ hai.

c) Nếu chưa rõ loại vắc-xin hạt giả vi-rút papilloma ở người được tiêm trước đây thì nên chọn loại vắc-xin cần tiêm sau khi tham khảo ý kiến giữa người được tiêm vắc-xin và bác sĩ của cơ sở y tế tiến hành tiêm chủng.

d) Vì có trường hợp trẻ bị ngất do cường phế vị sau khi tiêm chủng đối với bệnh nhiễm HPV. Do đó, để phòng ngừa té ngã hoặc các tai nạn khác do ngất xỉu, trẻ em đã tiêm vắc-xin phải có cha mẹ/người giám hộ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe đi kèm và hỗ trợ khi di chuyển đi lại sau khi tiêm. Sau khi tiêm, họ nên ngồi ở nơi có thể nghỉ ngơi một cách an toàn, được hướng dẫn là không nên đứng nhiều nhất có thể và được theo dõi trong 30 phút sau khi tiêm.

(3) Thời điểm tiêm chủng

		3 tháng	6 tháng	9 tháng	1 tuổi	2 tuổi	3 tuổi	4 tuổi	5 tuổi	6 tuổi	7 tuổi	8 tuổi	9 tuổi	10 tuổi	11 tuổi	12 tuổi	13 tuổi	14 tuổi	15 tuổi	16 tuổi	17 tuổi	18 tuổi	19 tuổi	20 tuổi
Bệnh nhiễm vi-rút u nhú ở người	Vắc-xin 9 chủng	Lưu ý: Chỉ cần tiêm hai mũi nếu đã tiêm mũi đầu tiên trước 15 tuổi.																	Lưu ý)					

(4) Tiêm phòng HPV định kỳ

Tại cuộc họp của Tổ đánh giá các phản ứng phụ, Tiểu ban tiêm chủng và vắc-xin thuộc Hội đồng khoa học và sức khỏe và Ban điều tra đối sách an toàn dược phẩm thuộc Hội đồng an toàn vệ sinh thực phẩm và thuốc (phối hợp tổ chức) được tổ chức vào ngày 14 tháng 6 năm 2013, người ta cho rằng: "Những cơn đau liên tục xuất hiện sau khi tiêm vắc-xin HPV có mối quan hệ nhân quả với vắc-xin, vì vậy cho đến khi tần suất xuất hiện phản ứng phụ này trở nên rõ ràng hơn và có thể cung cấp thông tin thích hợp đến cho người dân, thì không nên khuyến khích người dân tích cực đi tiêm chủng định kì.", và Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi đã ra quyết định tạm hoãn chương trình khuyến khích tích cực tiêm chủng. Sau đó, vào tháng 11 năm 2021, cũng tại Hội đồng này, tiếp tục thảo luận về đánh giá tính hiệu quả và tính an toàn của vắc-xin HPV, xử lý với các triệu chứng đã xảy ra sau khi tiêm chủng vắc-xin HPV, nỗ lực cung cấp thông tin về vắc-xin HPV v.v., và đã xác nhận không có lo ngại đặc biệt nào về tính an toàn, được thừa nhận là tính hiệu quả vượt trội rõ rệt so với phản ứng phụ. Sau đó, vào tháng 11 năm 2021, một thông báo đã được đưa ra nhằm chấm dứt "việc đình chỉ khuyến cáo có hiệu lực". Vào tháng 12 năm 2021, một thông báo đã được ban hành nêu rõ rằng tạm thời việc tiêm chủng sẽ được cung cấp vượt quá độ tuổi mục tiêu của tiêm chủng định kỳ thông thường (sau đây gọi là "tiêm chiến dịch") như một biện pháp cho những người đã bỏ lỡ cơ hội tiêm chủng do việc đình chỉ khuyến cáo tích cực. Pháp Lệnh Thi Hành Luật Tiêm Chủng Phòng Ngừa (Lệnh Nội Các số 197 năm 1948) đã được sửa đổi và có hiệu lực từ ngày 1 tháng 4 năm 2022.

Để đảm bảo cơ hội tiêm chủng công bằng cho những người đã bỏ lỡ cơ hội tiêm chủng do việc đình chỉ khuyến cáo có hiệu lực, một chương trình tạm thời đã được thực hiện từ năm tài chính 2022 đến ngày 31 tháng 3 năm 2025. Chương trình này cho phép tiêm chủng vượt quá độ tuổi của tiêm chủng định kỳ thông thường cho các bé gái sinh từ năm tài chính 1997 đến 2007.

Ngoài ra, do nguồn cung hạn chế bởi nhu cầu tăng đáng kể kể từ mùa hè năm 2024, một biện pháp chuyển tiếp đã được thiết lập để đảm bảo rằng những cá nhân đã nhận được ít nhất một liều trong giai đoạn tiêm chiến dịch có thể hoàn thành toàn bộ liệu trình ba mũi do chi phí công chi trả ngay cả sau khi giai đoạn này kết thúc. Theo đó, biện pháp này áp dụng cho nữ giới sinh

từ ngày 2 tháng 4 năm 1997 đến ngày 1 tháng 4 năm 2009 đã được tiêm ít nhất một mũi trong khoảng thời gian ba năm từ ngày 1 tháng 4 năm 2022 đến ngày 31 tháng 3 năm 2025, và được đưa vào thực hiện từ ngày 1 tháng 4 năm 2025 đến ngày 31 tháng 3 năm 2026.

Xin lưu ý rằng WHO và Hội Y khoa Nhật Bản đã đánh giá vắc-xin HPV là "vắc-xin cần thiết để bảo vệ phụ nữ khỏi bệnh ung thư". Tại Nhật Bản, để ngăn ngừa một số loại ung thư ở nam giới, chỉ định tiêm vắc-xin HPV bốn chủng đã được mở rộng cho cả nam giới vào tháng 12 năm 2020 và chỉ định tiêm vắc-xin 9 chủng cũng được mở rộng vào tháng 8 năm 2025, trở thành vắc-xin tiêm chủng cho nam giới từ 9 tuổi trở lên (là vắc-xin tiêm chủng tự nguyện). Hiện đang xem xét việc tiêm chủng HPV định kỳ cho nam giới.

Thông tin chi tiết về tính an toàn hay tính hiệu quả của vắc-xin HPV được đăng tải trên tờ rơi về vắc-xin HPV được đăng trên trang web của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi (https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/index.html). Vui lòng xác nhận thông tin mới nhất từ Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi và thông tin mới nhất từ thành phố, thị trấn, làng.

◆ Nhiễm vi-rút RS ở phụ nữ mang thai (tiêm chủng cho mẹ)

(1) Giải thích về bệnh

Vi-rút RS phân bố rộng rãi trên toàn thế giới, ước tính hơn 50% trẻ em bị nhiễm bệnh trước 1 tuổi và gần 100% trước 2 tuổi. Trong trường hợp nhiễm ban đầu, khoảng 20–30% trẻ em mắc các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới như viêm phế quản và viêm phổi. Đặc biệt, nhiễm bệnh ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 6 tháng tuổi có nhiều khả năng trở nên nghiêm trọng hơn, và ngoài các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới, tình trạng này cũng có thể gây ngưng thở và bệnh não cấp tính ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Nhiễm vi-rút RS là một bệnh truyền nhiễm nghiêm trọng đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, chiếm khoảng 50% trường hợp viêm phổi và 50–90% trường hợp viêm phế quản ở nhóm đối tượng này. Tại Nhật Bản, ước tính mỗi năm có khoảng 120.000 đến 140.000 trẻ em dưới 2 tuổi được chẩn đoán nhiễm vi-rút RS, trong đó khoảng một phần tư (khoảng 30.000) cần nhập viện. Mặc dù một cá nhân có thể bị nhiễm vi-rút RS nhiều lần trong đời, nhưng các triệu chứng thường trở nên nhẹ hơn với mỗi lần nhiễm bệnh tiếp theo. Do đó, trẻ lớn và người lớn hiếm khi mắc bệnh nặng; tuy nhiên, người lớn tuổi và những người có bệnh nền (như suy giảm miễn dịch hoặc bệnh tim phổi) có thể bị nhiễm trùng đường hô hấp dưới nghiêm trọng.

Các yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng đường hô hấp dưới nghiêm trọng do vi-rút RS ở trẻ em bao gồm sinh non, bệnh phổi mãn tính, bệnh tim bẩm sinh ảnh hưởng đáng kể đến huyết động, suy giảm miễn dịch và hội chứng Down. Ở trẻ em mắc những bệnh nền này, kháng thể đơn dòng nhân tạo kháng vi-rút RS (palivizumab và nirsevimab) được sử dụng để ngăn ngừa khởi phát nhiễm trùng đường hô hấp dưới do vi-rút RS gây ra. Tuy nhiên, mặc dù phần lớn các

trường hợp nhập viện do nhiễm vi-rút RS xảy ra ở trẻ em không có bệnh nền, nhưng những kháng thể này không được chỉ định sử dụng cho, cũng như không được bảo hiểm y tế chi trả cho những trẻ đó. Do đó, cần có các biện pháp để bảo vệ tất cả trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ khỏi nhiễm trùng đường hô hấp dưới do vi-rút RS gây ra.

(2) Vắc-xin vi-rút RS (vắc-xin bất hoạt)

Vào những năm 1960, việc phát triển vắc-xin vi-rút RS bất hoạt bằng formalin đã được tiến hành; tuy nhiên, việc tiêm chủng ở trẻ sơ sinh đã không ngăn ngừa được nhiễm trùng đường hô hấp dưới nghiêm trọng ở giai đoạn sơ sinh và thay vào đó dẫn đến bệnh nặng hơn khi bị nhiễm vi-rút RS sau này, và nỗ lực phát triển đó đã không thành công. Do đó, việc phát triển vắc-xin kháng vi-rút RS đã bị đình trệ trong nhiều năm. Trong những năm gần đây, vắc-xin miễn dịch vi-rút RS cho phụ nữ mang thai đã được phát triển, dùng để tiêm cho phụ nữ mang thai nhằm tạo ra mức kháng thể kháng vi-rút RS cao trong cơ thể người mẹ mà truyền sang thai nhi, từ đó bảo vệ trẻ sơ sinh khỏi bị nhiễm vi-rút RS nghiêm trọng. Vào tháng 4 năm 2026, chương trình tiêm chủng cho bà mẹ sử dụng vắc-xin vi-rút RS tái tổ hợp ABRYSVO® dạng tiêm bắp đã được đưa vào chương trình tiêm chủng định kỳ.

Phụ nữ mang thai từ tuần 28 ngày 0 đến tuần 36 ngày 6 của thai kỳ đủ điều kiện tham gia chương trình tiêm chủng định kỳ. Trong các thử nghiệm lâm sàng trước khi phê duyệt, hiệu quả của vắc-xin được báo cáo là 81,8% ở trẻ 90 ngày tuổi và 69,4% ở trẻ 180 ngày tuổi đối với nhiễm trùng đường hô hấp dưới nghiêm trọng do vi-rút RS gây ra, và 57,1% ở trẻ 90 ngày tuổi và 51,3% ở trẻ 180 ngày tuổi đối với nhiễm trùng đường hô hấp dưới do vi-rút RS gây ra mà cần được chăm sóc y tế. Vì hiệu quả của vắc-xin đối với trẻ sơ sinh chào đời trong vòng 14 ngày sau khi tiêm chủng chưa được xác định, phụ nữ mang thai dự kiến sinh con trước tuần 36 và 6 ngày của thai kỳ nên tham khảo ý kiến bác sĩ. Có thể tiêm đồng thời với các loại vắc-xin khác nếu bác sĩ thấy cần thiết; tuy nhiên, dữ liệu ở nước ngoài đã báo cáo rằng đáp ứng miễn dịch đối với kháng nguyên ho gà bị giảm khi tiêm đồng thời với các vắc xin có chứa kháng nguyên bảo vệ kháng vi khuẩn ho gà. Do đó, vui lòng tham khảo ý kiến bác sĩ về khoảng thời gian thích hợp giữa các lần tiêm chủng.

Ngoài ra, khi xem xét việc tiêm phòng vi-rút RS định kỳ, vui lòng xem lại các biện pháp phòng ngừa được mô tả trong “6. Trước khi cho trẻ đi tiêm chủng” ở trang 9, hãy áp dụng những lời khuyên đó cho phù hợp với hoàn cảnh của riêng bạn và quyết định xem có nên cho trẻ đi tiêm chủng không.

(3) Thời điểm tiêm chủng

Tuần thai	…	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	…
Nhiễm vi-rút RS (tiêm chủng cho mẹ)													

* Áp dụng cho phụ nữ mang thai từ 28 tuần 0 ngày đến 36 tuần 6 ngày

8. Ứng phó trong trường hợp xảy ra phản ứng phụ

(1) Phản ứng có thể nhìn thấy thông thường

Tùy vào loại vắc-xin mà các phản ứng sẽ khác nhau, nhưng các phản ứng sốt, mẩn đỏ, sưng tấy, chai cứng tại vị trí tiêm, phát ban, v.v... được công nhận là xuất hiện với tần suất tương đối cao (vài % đến vài chục %). Thông thường, không cần phải lo lắng vì nó sẽ tự lành trong vòng vài ngày.

(2) Các phản ứng phụ nặng

Sau khi được tiêm chủng, nếu trẻ xuất hiện các triệu chứng như sưng phồng tại vị trí tiêm, sốt cao, co giật, v.v... thì hãy đi khám bác sĩ. Trường hợp triệu chứng của trẻ tương ứng với tiêu chuẩn báo cáo nghi ngờ là phản ứng phụ sau khi tiêm chủng, thì bác sĩ sẽ báo cáo lên Cục Dược phẩm và Thiết bị y tế (PMDA).

Tùy vào loại vắc-xin, cũng có trường hợp xảy ra phản ứng phụ nặng như viêm não, bệnh thần kinh, v.v... mặc dù là rất hiếm (trong 1 triệu đến vài triệu người thì có khoảng 1 người bị). Trong trường hợp xảy ra phản ứng phụ nặng như vậy thì sẽ đánh giá bồi thường theo quan điểm cơ bản của Nhật Bản từ trước đến nay về chương trình bồi thường, cụ thể “không cần đến mối quan hệ nhân quả về mặt y học một cách chặt chẽ, những trường hợp không thể phủ nhận việc xuất hiện các triệu chứng sau khi tiêm chủng là do tiêm chủng gây ra, đều thuộc đối tượng bồi thường”. và khi Bộ trưởng bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi công nhận, thì những trường hợp này sẽ trở thành đối tượng được nhận bồi thường đối với tổn hại sức khỏe theo Luật tiêm chủng dự phòng.

(3) Phản ứng trùng khớp

Sau khi tiêm được một thời gian, nếu có bất kỳ triệu chứng nào xuất hiện, thì có thể sẽ bị nghi ngờ là do tiêm chủng gây ra. Tuy nhiên, thỉnh thoảng cũng có trường hợp rõ ràng rằng nguyên nhân là do các bệnh lây nhiễm khác đã khởi phát trong cùng khoảng thời gian đó. Đây gọi là "Phản ứng trùng khớp".

(4) Hệ thống bồi thường cho người bị tổn hại sức khỏe do tiêm chủng gây ra

a) Người bị phản ứng bất lợi do tiêm chủng định kỳ hoặc tiêm chủng tạm thời và bị suy giảm khả năng thực hiện các hoạt động thường ngày do tổn thương sức khỏe có thể được chính phủ bồi thường theo Luật Tiêm Chủng Phòng Ngừa.

b) Tùy vào mức độ thiệt hại về sức khỏe, có các loại trợ cấp như chi phí y tế, phụ cấp y tế, tiền trợ cấp nuôi dưỡng trẻ khuyết tật, tiền trợ cấp khuyết tật, tiền bồi thường tử vong, phí mai táng; số tiền sẽ được chi trả theo quy định của pháp luật. Đối với những khoản tiền không phải là tiền bồi thường tử vong và phí mai táng thì sẽ được trả trước khi kết thúc điều trị hoặc cho đến thời kì khuyết tật được chữa khỏi.

c) Tuy nhiên, trường hợp mối quan hệ nhân quả rằng tổn hại sức khỏe đó là kết quả kéo theo do việc tiêm chủng, hay do nguyên nhân chủ yếu khác (bệnh lây nhiễm có trước hoặc sau khi tiêm chủng, hoặc nguyên nhân khác, v.v...) được hội đồng đánh giá của chính phủ với những chuyên gia đến từ nhiều lĩnh vực như tiêm chủng, điều trị bệnh lây nhiễm, pháp luật và các ngành liên quan thảo luận và nhận định là do tiêm chủng gây ra, thì người được tiêm cũng có thể nhận được trợ cấp.

d) Khi muốn tiêm sau thời gian được chỉ định để tiêm chủng định kỳ hoặc tạm thời, việc tiêm chủng này sẽ được coi là không được kiểm soát theo Luật Tiêm Chủng Phòng Ngừa (tiêm tự nguyện). Trong trường hợp trẻ được tiêm bị tổn hại sức khỏe từ việc tiêm chủng đó, thì trẻ sẽ được nhận sự bồi thường theo Luật Cục Dược phẩm và Thiết bị y tế, nhưng đối tượng bồi thường và tiền trợ cấp sẽ khác so với Luật tiêm chủng dự phòng.

* Trong trường hợp cần phải nộp hồ sơ xin trợ cấp, vui lòng thảo luận với bộ phận phụ trách tiêm chủng tại địa phương nơi sinh sống.

* Các chủ đề sau đây bao gồm nội dung được trích dẫn một phần từ "Hướng Dẫn Tiêm Chủng phiên bản năm 2026" do Tổ Chức Công Cộng thuộc Trung Tâm Nghiên Cứu Tiêm Chủng về việc tiêm phòng COVID-19 công bố.

[Tham khảo 1] Nhiễm vi-rút corona mới (COVID-19)

(1) Tổng quan về bệnh

Đã ghi nhận đợt bùng phát dịch viêm phổi không rõ nguyên nhân tại thành phố Vũ Hán, tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc vào cuối tháng 12 năm 2019. Vào ngày 9 tháng 1 năm 2020, đã có thông báo rằng vi-rút gây bệnh này là một loại vi-rút corona mới. Tên quốc tế của căn bệnh này được công bố là COVID-19 và vi-rút gây bệnh được chỉ định là vi-rút corona 2 gây hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS-CoV-2). Khi dự kiến được loại vi-rút này sẽ lây lan nhanh chóng sang các quốc gia khác trên thế giới, Tổ Chức Y Tế Thế Giới (WHO) đã tuyên bố tình hình này là Tình Trạng Khẩn Cấp về Sức Khỏe Cộng Đồng Đáng Lo Ngại Toàn Cầu (PHEIC) vào ngày 30 tháng 1 năm 2020 và mô tả đợt bùng phát là đại dịch vào ngày 11 tháng 3 cùng năm đó.

Tại Nhật Bản, ngày 28 tháng 1 năm 2020, COVID-19 được xác định là "Bệnh Truyền Nhiễm Được Chỉ Định" theo Luật Kiểm Soát Bệnh Truyền Nhiễm. Về Đạo Luật An Toàn và Sức Khỏe Học Đường, căn bệnh này được coi là tương đương với Loại 1 dựa trên Luật Kiểm Soát Bệnh Truyền Nhiễm. Vào ngày 13 tháng 3 năm 2020, Đạo Luật về Các Biện Pháp Đặc Biệt chống lại Bệnh Cúm Mới, v.v., đã được sửa đổi để quy định rằng các biện pháp chống lại COVID-19 sẽ được thực hiện dựa trên Đạo Luật này. Vào ngày 9 tháng 12 năm 2020, COVID-19 trở thành mục tiêu cho việc tiêm chủng tạm thời. Sau đó, Nhật Bản phải đối mặt với khoảng 8 đợt bùng phát tính đến tháng 5 năm 2023. Tuy nhiên, COVID-19 được phân loại là bệnh truyền nhiễm Loại 5 theo Luật Kiểm Soát Bệnh Truyền Nhiễm và trở thành đối tượng giám sát trọng điểm trong giám sát bệnh truyền nhiễm vào ngày 8 tháng 5 năm 2023, khi làn sóng thứ tám có dấu hiệu suy giảm. Theo đó, bệnh này được phân loại là bệnh truyền nhiễm Loại 2 theo Đạo Luật An Toàn và Sức Khỏe Học Đường.

Vào ngày 5 tháng 5 năm 2023, WHO tuyên bố rằng COVID-19 không còn là PHEIC nữa, dù có cảnh báo rằng đây vẫn là mối đe dọa toàn cầu.

Kể từ khi xuất hiện chủng Omicron, thời gian ủ bệnh đã rút ngắn xuống còn 2 hoặc 3 ngày ở hầu hết các ca bệnh. Đường lây truyền chủ yếu là qua giọt bắn, dù cũng có lây truyền qua khí dung trong không gian kín. Lây nhiễm tiếp xúc cũng có thể xảy ra nhưng ít gặp hơn.

Vì đây là bệnh về đường hô hấp nên các triệu chứng chủ yếu là sốt, đau họng, ho, v.v. Khi bệnh bắt đầu lây lan lúc đầu, rất ít ca bệnh xảy ra ở trẻ em và không có triệu chứng hoặc hầu hết ở mức độ nhẹ ngay cả khi có triệu chứng. Tuy nhiên, số ca nhiễm ở trẻ em đã tăng lên kể từ khi chủng Omicron trở nên phổ biến, trong đó có nhiều trường hợp hơn bị biến chứng sốt

co giật và có các triệu chứng giống viêm thanh quản. Trẻ em dưới 2 tuổi và những người có bệnh lý nền được coi là có nguy cơ mắc bệnh nặng. Người cao tuổi có tỷ lệ mắc bệnh nặng và tử vong cao.

(2) Hiệu quả của việc tiêm chủng

Tiêm chủng đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc ngăn ngừa sự khởi phát của bệnh và giảm mức độ nghiêm trọng (bao gồm cả nhập viện) của COVID-19, điều này đã được xác nhận bởi nhiều báo cáo trong nước và quốc tế. Hơn nữa, việc tái nhiễm không phải là hiếm gặp, ngay cả ở những người đã từng nhiễm COVID-19 trước đó. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng tiêm chủng có tác dụng bảo vệ bổ sung chống lại sự khởi phát của bệnh trong những trường hợp như vậy. Hơn nữa, quan sát thấy ở tất cả nhóm tuổi, hiệu quả của vắc-xin trong việc ngăn ngừa bệnh nặng (nhập viện) cao hơn hiệu quả của vắc-xin trong việc ngăn ngừa khởi phát bệnh.

(3) Đặc tính của vắc-xin

Mặc dù vắc-xin ngừa COVID-19 đang được phát triển ở Nhật Bản và nước ngoài nhưng vắc-xin đầu tiên được sử dụng để tiêm chủng thực tế là vắc-xin mRNA chứa mRNA của protein tăng đột biến SARS-CoV-2 được bọc trong các hạt nano lipid. Các loại vắc-xin khác được sử dụng thực tế bao gồm vắc-xin vector vi-rút tái tổ hợp sử dụng vi-rút không gây bệnh mang protein tăng đột biến SARS-CoV-2 và vắc-xin sống giảm độc lực. Tại Nhật Bản, vắc-xin mRNA của Pfizer đã được phê duyệt để tung ra thị trường vào ngày 14 tháng 2 năm 2021. Việc tiêm chủng tạm thời theo Luật Tiêm Chủng Phòng Ngừa đã bắt đầu từ ngày 17 tháng 2 năm 2021 cho nhân viên y tế và ngày 12 tháng 4 năm 2021 cho người cao tuổi. Vào ngày 21 tháng 5 năm 2021, vắc-xin Takeda/Moderna mRNA và vắc-xin vector vi-rút adeno tái tổ hợp AstraZeneca đã được phê duyệt để tung ra thị trường. Tại các trung tâm tiêm chủng quy mô lớn, việc tiêm chủng bằng vắc-xin Takeda/Moderna mRNA đã bắt đầu vào ngày 24 tháng 5 năm 2021 cho người cao tuổi và việc tiêm chủng tại nơi làm việc đã bắt đầu vào ngày 21 tháng 6 năm 2021. Quá trình tiêm chủng bằng vắc-xin vector vi-rút adeno tái tổ hợp AstraZeneca đã kết thúc vào cuối tháng 9 năm 2022.

Từ năm tài chính 2024, COVID-19 đã được chỉ định là bệnh truyền nhiễm Loại B theo Luật Tiêm chủng Dự phòng. Do đó, cần tiêm chủng định kỳ (mỗi năm một lần) bắt đầu vào tháng 10 năm 2024. Đối với chương trình tiêm chủng định kỳ mùa 2025/26, thành phần kháng nguyên của vắc-xin được sử dụng đã được xác định, phù hợp với khuyến nghị của WHO, bao gồm “một kháng nguyên đơn chủng nhắm mục tiêu JN.1, KP.2 hoặc LP.8.1, hoặc một kháng nguyên đã chứng minh được là tạo ra đáp ứng kháng thể trung hòa rộng và mạnh mẽ hoặc có

hiệu quả chống lại các biến thể dòng JN.1 đang lưu hành tính đến tháng 5 năm 2025." Ngoài ra, XEC, loại vắc-xin mà các nhà sản xuất đã báo cáo thông tin về tình trạng phát triển vắc-xin và các vấn đề liên quan, được xác định thuộc nhóm "kháng nguyên đã chứng minh là tạo ra đáp ứng kháng thể trung hòa rộng và mạnh mẽ hoặc có hiệu quả chống lại các biến thể dòng JN.1 đang lưu hành tính đến tháng 5 năm 2025", và do đó được đưa vào thành phần kháng nguyên sẽ được sử dụng tại Nhật Bản (Phiên họp thứ ba của Hội đồng Khoa học Sức khỏe [Tiểu ban Tiêm chủng và Vắc-xin, Tiểu ban Nghiên cứu, Phát triển, Sản xuất và Phân phối, và Tiểu ban Sản xuất các Chủng Vắc-xin Cúm Mùa và Vắc-xin COVID-19: Ngày 28 tháng 5 năm 2025]). Việc tiêm chủng phòng ngừa COVID-19 bằng vắc-xin được tạo riêng cho các biến thể đang lưu hành dự kiến sẽ tạo ra nồng độ kháng thể trung hòa cao hơn, do đó không chỉ tăng cường khả năng bảo vệ chống lại bệnh nặng mà còn cải thiện khả năng ngăn ngừa nhiễm bệnh có triệu chứng. Dựa trên những phát hiện khoa học này, Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi đã quyết định, sau các cuộc thảo luận trong hội đồng cố vấn của bộ, sẽ xem xét hàng năm, mà trong thời điểm hiện tại là xem xét loại vắc-xin COVID-19 (tức là chủng có trong vắc-xin) được sử dụng để tiêm chủng định kỳ.

(4) Biện pháp phòng ngừa khi tiêm

Tính đến thời điểm hiện tại, tất cả vắc-xin ngừa COVID-19 đều được tiêm bắp. Cần kiểm tra độ tuổi của người được tiêm vắc-xin đối với loại vắc-xin trước khi tiêm.

Hiện tại, những người từ 65 tuổi trở lên cũng như những người từ 60 đến 64 tuổi mắc một số tình trạng bệnh lý nền, đủ điều kiện tiêm vắc-xin định kỳ.

(5) Các phản ứng bất lợi

Đã xác định một loạt các triệu chứng bao gồm đau tại chỗ tiêm, uể oải, nhức đầu và sốt nhưng hầu hết đều ở mức độ nhẹ đến trung bình. Không xác định thấy có mối lo ngại đáng kể nào về an toàn từ thông tin thu được cho đến nay. Cũng có các báo cáo chỉ ra rằng người lớn tuổi có tỷ lệ gặp phản ứng bất lợi thấp hơn. Tại Nhật Bản, đã có báo cáo về các trường hợp viêm cơ tim và viêm màng ngoài tim được phân loại là mức độ 1 đến 3 theo Hiệp hội Brighton, đặc biệt là ở nam giới trẻ tuổi. Tại Nhật Bản, sốc phản vệ được báo cáo là một phản ứng phụ nặng. Người được tiêm vắc-xin phải ở lại cơ sở tiêm và được theo dõi tối thiểu 30 phút sau khi tiêm vắc-xin và phải đến cơ sở chăm sóc y tế trong trường hợp có các triệu chứng như tức ngực, tim đập nhanh, khó thở hoặc phù trong vòng vài ngày sau khi tiêm.

[Tham khảo 2] Tổng quan về các bệnh chủ yếu thuộc đối tượng tiêm chủng tự nguyện và vắc-xin phòng ngừa

Cái gọi là tiêm chủng tự nguyện không thuộc đối tượng áp dụng Luật Tiêm chủng Dự phòng là một cơ chế được phán đoán và thực hiện trên cơ sở thảo luận giữa người được tiêm (phụ huynh/người giám hộ) với bác sĩ; tuy không phải là cơ chế được chính phủ khuyến khích bằng ngân sách nhà nước, nhưng vắc-xin sử dụng sẽ được Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi phê duyệt theo Luật về Bảo đảm Chất lượng, Hiệu quả và An toàn của Dược phẩm và Thiết bị y tế, Sản phẩm Trị liệu Tái Tạo và Tế bào, Sản phẩm Trị liệu Gen và Mỹ phẩm (Luật Dược phẩm và Thiết bị y tế).

Tiêm chủng tự nguyện bao gồm tiêm ngừa cúm mùa, nhiễm COVID-19, bệnh giời leo (tiêm chủng định kỳ cho người lớn từ 65 tuổi), quai bị, viêm gan A, sốt vàng da, bệnh dại, uốn ván, bệnh viêm màng não cầu khuẩn, bệnh giời leo (zona), nhiễm vi-rút RS, viêm não do ve (tiêm chủng định kỳ cho phụ nữ mang thai từ tuần 28 ngày 0 đến tuần 36 ngày 6 của thai kỳ), viêm não do ve, sốt thương hàn và Mpox, đồng thời cũng đề cập đến tiêm chủng định kỳ khi việc tiêm được thực hiện ngoài độ tuổi hoặc giai đoạn đủ điều kiện.

Chúng tôi sẽ giải thích về vắc-xin cúm mùa, vắc-xin quai bị mà hầu hết trẻ em sẽ được tiêm.

Trong trường hợp khó có thể xảy ra là trẻ bị tổn hại sức khỏe từ việc tiêm chủng tự nguyện thì trẻ sẽ được nhận sự bồi thường theo Luật Cục Dược phẩm và Thiết bị y tế, nhưng đối tượng bồi thường và tiền trợ cấp sẽ khác so với Luật Tiêm chủng Dự phòng (tiêm chủng định kỳ).

* Trong trường hợp cần phải nộp hồ sơ xin trợ cấp, vui lòng thảo luận với bộ phận phụ trách tiêm chủng tại địa phương nơi sinh sống.

◇ Vắc-xin cúm mùa (vắc-xin bất hoạt, vắc-xin sống dạng xịt mũi)

Tiêm chủng cúm mùa (vắc-xin bất hoạt) đối với người cao tuổi được thực hiện dưới dạng tiêm chủng định kỳ theo Pháp lệnh Thi hành Luật Tiêm chủng Phòng ngừa; nhưng đối với trẻ em lại được coi là tiêm chủng tự nguyện.

(1) Giải thích về bệnh

Bệnh cúm mùa là bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (ARI), có các triệu chứng toàn thân như sốt, ớn lạnh, đau đầu, đau cơ, v.v... xảy ra đột ngột. Thời kỳ ủ bệnh là 24 giờ đến 72 giờ. Các triệu chứng hô hấp thường xuất hiện muộn, chẳng hạn như nghẹt mũi, đau họng, ho, v.v... Nếu không có biến chứng thì bệnh sẽ khỏi sau 2 ~ 7 ngày. Còn nếu xuất hiện cả những biến chứng, đặc biệt là viêm phổi và bệnh não thì nghĩa là bệnh đã trở nên nghiêm trọng.

(2) Tổng quan về vắc-xin

Có hai loại: một là vắc-xin bất hoạt được tạo ra bằng cách tiêm mỗi dòng trong số 2 dòng

cúm mùa tuýp A (H1N1 và H3N2) và 1 dòng của tuýp B (Victoria) vào màng đệm của trứng gà đã có phôi, để nhân lên, chiết xuất các hemagglutinin từ bề mặt vi-rút bằng ether và bất hoạt nó bằng formalin; loại còn lại là vắc-xin xịt mũi sống giảm độc lực (chứa hai tuýp vi-rút A và một tuýp vi-rút B [dòng Victoria]) cho những người từ 2 đến dưới 19 tuổi. Không có sự khác biệt đáng kể nào về hiệu quả của vắc-xin cúm bất hoạt và vắc-xin sống xịt mũi, và cả hai đều không có vấn đề lớn nào liên quan đến phản ứng phụ. Quyết định được đưa ra hàng năm về chủng vi-rút nào sẽ đưa vào vắc-xin cúm mùa dựa trên đánh giá dịch tễ học và vi-rút học.

Có nhiều báo cáo khác nhau về hiệu quả của vắc-xin cúm ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Trong một nghiên cứu về mùa năm 2015 trên 16 ở trẻ em dưới 6 tuổi, hiệu quả phòng bệnh của vắc-xin cúm được báo cáo là 60%. Vắc-xin cúm được coi là có hiệu quả ở một mức độ nhất định trong việc ngăn ngừa sự khởi phát của bệnh cũng như ngăn ngừa bệnh trở nặng và tử vong trong trường hợp các triệu chứng tiến triển. (Trích từ trang web của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi, Hỏi & Đáp về Vắc-xin Cúm [Mùa] [Câu hỏi 1].) Đối với vắc-xin cúm sống giảm độc lực dạng xịt mũi, Hiệp hội Nhi khoa Nhật Bản cho biết rằng, vì đây là vắc-xin dạng xịt mũi và có khả năng lây truyền vi-rút vắc-xin theo chiều ngang qua giọt bắn hoặc tiếp xúc, nên việc sử dụng vắc-xin cúm HA bất hoạt được khuyến cáo cho những cá nhân bị hen suyễn nặng hơn hoặc những cá nhân có triệu chứng thở khò khè, cũng như phụ nữ đang cho con bú và những cá nhân tiếp xúc gần với người suy giảm miễn dịch.

Mặc dù trứng gà kết phôi được sử dụng trong quá trình chế tạo vắc-xin cúm mùa, nhưng thành phần trứng gà sẽ được loại bỏ trong giai đoạn tinh chế. Tuy nhiên, cần lưu ý khi tiêm cho người bị dị ứng trứng. Đối với những người đã từng sốc phản vệ với trứng gà, thịt gà, nếu có nguyện vọng tiêm chủng thì hãy vui lòng hỏi ý kiến tại cơ sở chuyên khoa.

Tần suất xảy ra các trường hợp nghiêm trọng (những trường hợp được người báo cáo đánh giá là nghiêm trọng) trong số những trường hợp bị nghi ngờ tác dụng phụ (hiện tượng có hại) được các cơ sở y tế báo cáo là 0,00011%. (Con số từ ngày 1 tháng 10 năm 2024 đến ngày 31 tháng 3 năm 2025. Nguồn: Vào tháng 7 năm 2025, các tài liệu 2-31 đã được ghi lại từ Cuộc Họp Nhóm Công Tác lần thứ 107 về các biến cố bất lợi, Tiểu Ban Tiêm Chủng và Vắc-xin của Hội Đồng Khoa Học Sức Khỏe).

◇ Vắc-xin quai bị (vắc-xin sống)

(1) Giải thích về bệnh

Bệnh quai bị do vi-rút quai bị gây ra và lây qua giọt bắn hoặc lây nhiễm tiếp xúc. Vi-rút sẽ sinh sôi và lây lan khắp cơ thể, gây tổn thương ở nhiều cơ quan nội tạng khác nhau. Thời gian ủ bệnh là 2 ~ 3 tuần. Thời kỳ có thể lây sang những người xung quanh được cho là từ vài ngày

trước khi phát bệnh, và kéo dài đến 5 ngày sau khi tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, hoặc tuyến dưới lưỡi bắt đầu sưng. Triệu chứng chính là sưng tuyến nước bọt, có ranh giới không rõ ràng, đồng nhất và gây đau. Tuyến dưới hàm và/hoặc tuyến dưới lưỡi cũng có thể bị sưng và có thể kèm theo sốt. Khi trẻ lớn hơn hoặc người lớn mắc bệnh, các triệu chứng có xu hướng rõ rệt hơn và tần suất biến chứng tăng lên. Biến chứng phổ biến nhất là viêm màng não vô khuẩn, với tần suất chẩn đoán được báo cáo dao động từ 1% đến 10%. Mặc dù hiếm nhưng cũng có các biến chứng khác như viêm não và viêm tụy. Ở nam giới sau tuổi dậy thì, có thể xảy ra viêm tinh hoàn, trong khi ở nữ giới, lại có thể là viêm buồng trứng. Cần đặc biệt chú ý đến nguy cơ mất thính lực liên quan đến bệnh quai bị, vì bệnh này khó điều trị.

(2) Tổng quan về vắc-xin

Là vắc-xin sống đã làm suy yếu vi-rút mumps. Tỉ lệ chuyển đổi kết quả huyết thanh sau khi tiêm vắc-xin tăng cao lên tới trên 90%; ngoài ra, theo khảo sát khi dịch bệnh bùng phát trên cả nước, thì hiệu quả vắc-xin được cho là khoảng 80%. Hầu hết những người đã nhiễm bệnh không cần biết là đã được tiêm vắc-xin hay chưa, đều trở nên thuyên giảm. (Báo cáo của nhóm làm việc với vắc-xin quai bị thuộc Tổ tiêm chủng)

Triệu chứng sưng tuyến mang tai mức độ nhẹ được coi là phản ứng phụ có thể xảy ra của vắc-xin quai bị đang được bán trên thị trường hiện nay, với tỷ lệ xuất hiện là khoảng 1%. Tần suất xảy ra phản ứng bất lợi ở viêm màng não vô khuẩn được ghi nhận là 13,4 trên 100.000 liều vắc-xin (xem tờ thông tin đính kèm, tháng 1 năm 2026 [ấn bản thứ 4]); tuy nhiên, mặc dù tần suất thay đổi theo độ tuổi, nhưng đã có báo cáo cho thấy tỷ lệ này thấp, dưới 0,1%. Tỷ lệ mắc viêm màng não vô khuẩn như một biến chứng của nhiễm trùng tự nhiên 1 ~ 10%, và cũng có nguy cơ khiếm thính; nếu trẻ mắc phải bệnh này thì sẽ phải nghỉ học ở nhà trẻ hoặc trường học trong một thời gian dài, nếu xét độ tuổi phát bệnh phổ biến là 3 ~ 6 tuổi, thì khuyến khích tiêm vào cùng thời kỳ tiêm vắc-xin MR giai đoạn 1, tiêm vắc-xin thủy đậu mũi thứ nhất, tiêm bổ sung vắc-xin 5 trong 1 DPT-IPV-Hib, tiêm bổ sung vắc-xin nhiễm phế cầu khuẩn ở trẻ em, v.v... hoặc nếu đợt tiêm đó đã kết thúc thì tiêm sớm nhất có thể, ít nhất là tiêm trước khi trẻ được 3 tuổi - độ tuổi dễ mắc bệnh. Ngoài ra, Hiệp hội Nhi khoa Nhật Bản khuyến cáo nên tiêm liều 2 đồng thời với giai đoạn 2 của vắc-xin MR để đảm bảo hiệu quả phòng ngừa.

[Tham khảo 3] Phiếu dự chẩn trước khi tiêm chủng

Vui lòng xem mẫu phiếu dự chuẩn do chính quyền địa phương cung cấp hoặc trên trang web của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi.

(Mẫu phiếu này cũng có trên trang web của Trung Tâm Nghiên Cứu Tiêm Chủng; xem mã QR.)

[Tham khảo 4] Khảo sát tình trạng sức khỏe sau tiêm chủng

Bảng này tóm tắt dữ liệu số về các triệu chứng điển hình sau khi tiêm có thể xảy ra tương đối thường xuyên, dựa trên báo cáo tóm tắt khảo sát sức khỏe sau tiêm chủng năm 2024 của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi. Dữ liệu bao gồm cả trường hợp tiêm chủng đơn lẻ và trường hợp tiêm chủng đồng thời. Vui lòng tham khảo báo cáo để biết tình trạng sức khỏe sau khi tiêm chủng đồng thời.

Khảo sát tình trạng sức khỏe sau tiêm chủng năm 2024

*Bao gồm tất cả tần suất xuất hiện trong thời gian khảo sát (28 ngày). (Riêng đối với BCG, thời gian khảo sát là 4 tháng.)

Loại tiêm chủng*	Số lượng khảo sát (người)	Tổng thể sốt (%)	Trong đó, 37,5 đến 38,4°C (%)	Trong đó, 38,5°C trở lên (%)	Phản ứng cục bộ (%)
DPT-IPV giai đoạn 1 mũi 1 (chính) *1	1	0,0	0,0	0,0	0,0
DPT-IPV giai đoạn 1 mũi 2 (chính) *1	1	0,0	0,0	0,0	0,0
DPT-IPV giai đoạn 1 mũi 3 (chính) *1	6	0,0	0,0	0,0	16,7
DPT-IPV Giai đoạn 1 bổ sung	408	9,6	3,7	5,9	5,6
DPT-IPV-Hib giai đoạn 1 mũi 1 (chính)	477	9,2	6,3	2,9	2,7
DPT-IPV-Hib giai đoạn 1 mũi 2 (chính)	343	10,2	8,2	2,0	8,5
DPT-IPV-Hib giai đoạn 1 mũi 3 (chính)	306	7,5	5,6	2,0	4,6
DPT-IPV-Hib Giai đoạn 1 bổ sung	44	20,5	9,1	11,4	4,5
DT Giai đoạn 2	592	2,7	1,2	1,5	7,3
Vắc-xin MR Giai đoạn 1	412	16,7	4,6	12,1	2,2
Vắc-xin MR Giai đoạn 2	358	4,5	2,0	2,5	1,4
Viêm não Nhật Bản giai đoạn 1 mũi 1 (chính)	343	9,3	3,8	5,5	0,6
Viêm não Nhật Bản giai đoạn 1 mũi 2 (chính)	253	4,7	2,4	2,4	1,6
Viêm não Nhật Bản giai đoạn 1 bổ sung	310	5,2	1,9	3,2	0,6
Viêm não Nhật Bản giai đoạn 2	319	4,1	1,6	2,5	3,4
Hib giai đoạn 1 liều 1 *1	16	12,5	12,5	0,0	0,0
Hib giai đoạn 1 liều 2 *1	13	0,0	0,0	0,0	0,0
Hib giai đoạn 1 liều 3*1	12	0,0	0,0	0,0	0,0
Hib bổ sung	330	13,9	5,2	8,8	3,6
Phế cầu ở trẻ em giai đoạn 1 liều 1	365	12,6	9,3	3,3	7,1
Phế cầu ở trẻ em giai đoạn 1 liều 2	279	13,6	9,7	3,9	7,2
Phế cầu ở trẻ em giai đoạn 1 liều 3	267	10,5	6,7	3,7	9,0
Phế cầu ở trẻ em bổ sung	309	15,9	5,5	10,4	12,9
Thủy đậu liều 1	460	11,7	4,6	7,2	2,6
Thủy đậu liều 2	422	7,8	4,5	3,3	1,7
Viêm gan B mũi 1 (chính)	345	7,2	6,1	1,2	1,7
Viêm gan B mũi 2 (chính)	257	10,5	5,8	4,7	8,9
Viêm gan B mũi 3 (chính)	339	3,8	1,2	2,7	3,5

*1 Kể từ khi bắt đầu tiêm chủng định kỳ vắc-xin DPT-IPV-Hib vào tháng 4 năm 2024, số lượng phản ứng thấp hơn đáng kể.

Loại tiêm chủng*	Số lượng khảo sát (người)	Tổng thể sốt (%)	Trong đó, 37,5 đến 38,4°C (%)	Trong đó, 38,5°C trở lên (%)	Tiêu chảy (%)
Vi-rút rota giai đoạn 1 liều 1	563	7,8	5,0	2,8	3,9
Vi-rút rota giai đoạn 1 liều 2	389	7,2	4,6	2,6	4,4
Vi-rút rota giai đoạn 1 liều 3	106	5,7	2,8	2,8	8,5

Loại tiêm chủng	Số lượng khảo sát (người)	Nổi hạch (%)	Da rỉ nước cục bộ (%)	Tổng tất cả các triệu chứng (%)
BCG	759	0,0	0,0	0,0

Loại tiêm chủng*	Số lượng khảo sát (người)	Phản ứng cục bộ (%)	Uể oải toàn thân (%)	Đau đầu (%)	Tổng tất cả các triệu chứng (%)
HPV liều 1	435	5,3	2,8	3,2	9,7
HPV liều 2	547	3,1	2,4	2,6	6,9
HPV liều 3	179	3,4	2,8	1,7	6,1

Sách tham khảo (Chi tiết xem tại https://www.yoboseshu-rc.com/publics/index/7)

1. Hướng dẫn tiêm chủng

Bản sửa đổi tháng 3 năm 2026 (khổ A5)
Sách hướng dẫn về các thông tin y tế và quy định về tiêm chủng cho nhân viên y tế trong thực tế để tiến hành tiêm chủng an toàn và phù hợp.

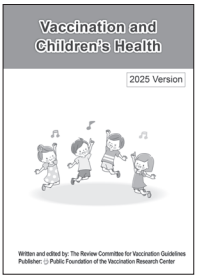
2. Hướng dẫn tiêm chủng cho các bệnh loại B

Bản sửa đổi năm 2025 (khổ A5)
Tổng quan thông tin về kiến thức y khoa và quy định liên quan đến tiêm vắc-xin định kỳ bệnh cúm và bệnh nhiễm phế cầu khuẩn ở người cao tuổi, nhiễm COVID-19 và bệnh giời leo.

3. Sổ tay tiêm chủng

Phiên bản năm tài chính 2025 (khổ A4)
Tài liệu được biên tập để hỗ trợ cho công việc của bác sĩ thực hiện tiêm chủng cũng như công việc của các bên liên quan tới tiêm chủng tại địa phương.

4. Bản tiếng nước ngoài "Tiêm chủng và sức khỏe trẻ em"



Bản sửa đổi tháng 3 năm 2025
Chúng tôi đã dịch cuốn "Tiêm chủng và sức khỏe trẻ em" (tài liệu ghi chép các kiến thức chính xác về tiêm chủng dành cho cha mẹ/người giám hộ) và "Phiếu dự chẩn" sang các ngôn ngữ dưới đây, và công khai trên trang chủ. vì vậy những ai có nhu cầu, vui lòng tải xuống theo đường link dưới đây và sử dụng.

https://www.yoboseshu-rc.com/publics/index/8/

Ngôn ngữ mà tập sách được dịch (10 ngôn ngữ)
Tiếng Anh, tiếng Trung Quốc, Tiếng Hàn Quốc, tiếng Việt, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Thái, tiếng Indonesia, tiếng Philipin (tiếng Tagalog), tiếng Nepal.
Ngôn ngữ mà riêng phiếu dự chẩn được dịch (7 ngôn ngữ)
Tiếng Ả Rập, Tiếng Ý, Tiếng Đức, Tiếng Pháp, Tiếng Mông Cổ, Tiếng Nga, Tiếng Ukraina.

5. Cùng con tìm hiểu về tiêm chủng

Bao gồm hình minh họa dành cho trẻ em và hướng dẫn dành cho cha mẹ/người giám hộ, cuốn sách này sẽ giúp bạn hiểu rõ hơn về tiêm vắc-xin.

Danh sách ủy viên Ủy ban nghiên cứu về bản hướng dẫn tiêm chủng

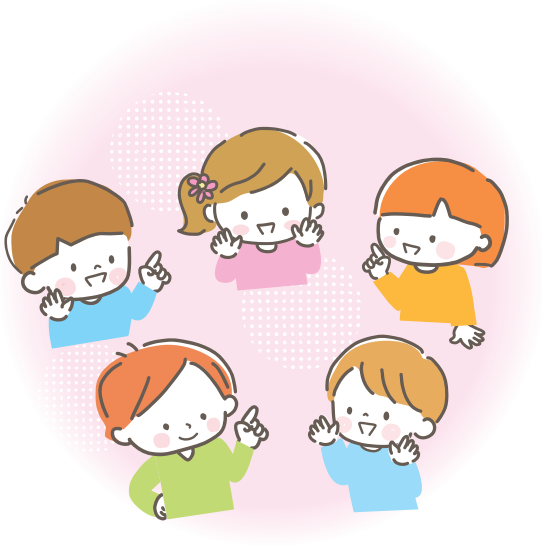
	Họ tên	Vị trí, chức vụ
	Tetsu Isobe	Giáo sư Khoa Nghiên cứu Luật thuộc Đại học Keio
○	Kenji Okada	Giáo sư Thỉnh giảng, Đại học Điều dưỡng Fukuoka Trưởng Trung tâm Tiêm chủng, Bệnh viện Đại học Nha khoa Fukuoka
◎	Nobuhiko Okabe	Cố vấn Viện nghiên cứu Sức khỏe Cộng đồng Kawasaki
	Hajime Kamiya	Giáo Sư, Khoa Sức Khỏe Cộng Đồng và Y Học Vận Động, Trường Cao Học/ Khoa Y thuộc Đại Học Mie
	Yoichi Sasamoto	Thành viên Ban điều hành Hiệp hội Y khoa Nhật Bản
	Sayaka Takanashi	Giám đốc Văn phòng 1, Vụ Nghiên cứu Tiêm chủng, Viện Bệnh Truyền Nhiễm Quốc Gia [hiện nay là Viện An Ninh Y Tế Nhật Bản]
	Keiko Taya	Giám đốc Viện nghiên cứu Y tế công cộng Tỉnh Kanagawa
	Osamu Tokunaga	Giám đốc Khoa nhi Bệnh viện Minami Kyoto thuộc Liên đoàn Bệnh viện Quốc gia
	Kuniko Nakayama	Giám đốc/Người đứng đầu phòng khám My Family Clinic Gamagori thuộc Tổ chức y tế Mefa Jinaikai
	Mitsuaki Hosoya	Giáo sư, Khoa Nhi và Sản khoa cho Hỗ trợ Y tế Khu vực, Đại học Y Fukushima
	Masago Minami	Giám đốc điều hành Nghiên cứu khảo sát thuộc Trụ sở chính Tokyo của Yomiuri Shimbun
	Shunichiro Yokota	Cố vấn Hiệp hội Y khoa Odawara Viện trưởng Bệnh viện nhi Yokota
	Hiroshi Watanabe	Giám đốc Trung tâm Y tế Người cao tuổi Đại học Teikyo

◎: Chủ tịch, ○: Phó chủ tịch (Sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái Nhật Bản, lược kính ngữ)

Tại thời điểm tháng 3 năm 2026

Trung tâm nghiên cứu tiêm chủng thuộc Quỹ lợi ích cộng đồng

Mã bưu điện 103-0011 14-1 Nihonbashi Odenma-cho, Chuo-ku, Tokyo
Tel: (03) 6206-2113 Fax: (03) 5643-8300
https://www.yoboseshu-rc.com

(Phát hành lần thứ nhất tháng 9 năm 1994)
(Sửa đổi lần thứ nhất, Bản in lần thứ nhất năm 1995)
(Sửa đổi lần thứ nhất, Bản in lần thứ tư năm 1998)
(Sửa đổi lần thứ nhất, Bản in lần thứ năm năm 2002)
(Bản sửa đổi tháng 11 năm 2003)
(Sửa đổi năm 2005)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2006)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2007)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2008)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2009)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2010)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2011)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2012)
(Bản sửa đổi tháng 4 năm 2013)
(Bản sửa đổi tháng 4 năm 2014)
(Bản sửa đổi tháng 4 năm 2015)
(Bản sửa đổi tháng 4 năm 2016)
(Bản sửa đổi tháng 4 năm 2017)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2018)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2019)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2020)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2021)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2022)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2023)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2024)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2025)
(Bản sửa đổi tháng 3 năm 2026)

Mọi hành vi sao chép, tái bản mà không có sự cho phép đều bị cấm theo pháp luật.