

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ BỆNH THẦN KINH Ở VIỆT NAM

Gs.Ts. Lê Đức Hình
Hội Thần kinh học Việt Nam

ĐẶT VẤN ĐỀ

- ⑩ Đất nước Việt Nam đang tiếp tục phát triển và đổi mới với sự tăng trưởng dân số, phát triển kinh tế - xã hội và cải thiện cuộc sống của nhân dân.
- ⑩ Cùng với những biến đổi khí hậu, môi trường và sự bùng phát của một số bệnh, sức khỏe của cộng đồng đã và đang có những diễn biến đáng chú ý.
- ⑩ Báo cáo này đề cập tới tình hình bệnh thần kinh ở nước ta thời gian gần đây trong bối cảnh của tổ chức y tế hiện nay.

TỔ CHỨC CHĂM SÓC BỆNH THẦN KINH Ở VIỆT NAM

Hiện nay có 39 Khoa Thần kinh (miền Bắc: 19; miền Trung 7; miền Nam: 13) trong các bệnh viện đa khoa tại 31 tỉnh và thành phố. Các cơ sở quân y bao gồm các Khoa Thần kinh trong Học viện Quân y và Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108.

3 Trung tâm lớn về Thần kinh học: Tp Hồ Chí Minh, Tp. Huế, Tp Hà Nội.

Cả nước có trên 300 bác sĩ chuyên khoa, phần lớn đang công tác tại Hà Nội, Huế, Tp Hồ Chí Minh, Hải Phòng, Đà Nẵng, Thái Nguyên, Thanh Hoá, Cần Thơ...

TÌNH HÌNH BỆNH THẦN KINH

Bệnh hệ hô hấp	21,3%
Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật	10,4%
Bệnh hệ tuần hoàn	9,73%
Bệnh hệ tiêu hoá	9,5%
Bệnh hệ cơ - xương- khớp, mô liên kết	6,11%
Bệnh hệ tiết niệu – sinh dục	3,97%
Bệnh hệ thần kinh	3,28%
Bệnh nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hoá	2,6%
Bệnh khối u	2,49%
Bệnh mắt	2,49%

Bộ Y tế, 2011

TÌNH HÌNH BỆNH THẦN KINH

		Liên quan thần kinh
1. Bệnh hệ tuần hoàn	16.062 tr/hợp	4713 tr/hop
2. Bệnh khối u	15.236 -	1.432 -
3. Bệnh hệ tiêu hoá	7.156 -	
4. Bệnh hệ hô hấp	5.585 -	
5. Bệnh hệ cơ - xương - khớp, mô liên kết	4.512 -	776 -
6. Bệnh hệ tiết niệu - sinh dục	4.203 -	
7. Bệnh hệ thần kinh	3.987 -	
8. Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật	3.819 -	1432 -
9. Rối loạn tâm thần	2.966 -	60 -
10. Vết thương, ngộ độc	2.543 -	202 -

(Bệnh viện Bạch Mai, 2011)

BỆNH MẠCH MÁU NÃO

Số liệu dịch tễ học

Nguồn	Khu vực	Tỷ lệ toàn bộ trên 100.000	Tỷ lệ mới mắc trên 100.000	Tỷ lệ tử vong trên 100.000
Lê Văn Thành và cs., 1994	Tp. HCM	415,00	161,00	36,50
Hoàng Khánh và cs., 1995	Tp. Huế	106,00	47,60	31,50
Nguyễn Văn Đăng và cs. 1996	Tp. Hà Nội	115,92	28,25	21,51

SỐ LIỆU DỊCH TỄ HỌC

Từ năm 1999 một số nghiên cứu được tiến hành tại Hà Nội, Thái Nguyên, Sơn La, Nghệ An, Khánh Hoà, Cần Thơ. Qua sáu báo cáo từ 2005 đến 2008, các số liệu cho thấy:

Tỷ lệ toàn bộ 100,4/100.000 (Thái Nguyên) đến 355,9/100.000 dao động từ (Nghệ An).

Tỷ lệ mắc dao động từ 8,5/100.000 (Thái Nguyên) đến 104,7/100.000 (Nghệ An).

Tỷ lệ tử vong dao động từ 5,0/100.000 (Thái Nguyên) đến 65,1/100.000 (Nghệ An).

THỂ LÂM SÀNG PHỔ BIẾN

- ⑩ Kết quả tổng hợp từ 10 công trình mới công bố (7 của miền Bắc, 1 của miền Trung và 1 của miền Nam):
- ⑩ - Từ 2000 đến 2010, có 18.195 bệnh nhân vào viện vì TBMN.
- ⑩ - Nam giới trên 65 tuổi chiếm đa số.
- ⑩ - Nhồi máu não chiếm 66,5% với 12.104 trường hợp.
- ⑩ - Chảy máu não chiếm 31,6% với 5.764 trường hợp.
- ⑩ - Chảy máu dưới nhện chiếm 1,4% với 255 trường hợp.
- ⑩ - 75 trường hợp không xác định rõ: 0,3%.

THIẾU MÁU NÃO CẤP

Kết quả nghiên cứu tiến hành tại Trung tâm Đột quy não Bệnh viện Trung ương Quân đội 108:

- Từ 2003 đến 2008, có 1.162 bệnh nhân vào viện vì thiếu máu não cấp.
- Nam giới chiếm 70% các trường hợp.
- Tuổi bệnh nhân trung bình là 66 tuổi.
- Các yếu tố nguy cơ phát hiện được: Tuổi, tăng huyết áp, tiền sử TBMN/cơn thiếu máu não thoáng qua, đái tháo đường, rối loạn lipid máu.
- Tỷ lệ tử vong ước tính là 2,84%.

CÁC ĐƠN VỊ THẦN KINH - MẠCH MÁU CHUYÊN BIỆT

Ở Hà Nội:

- Trung tâm Đột quy Não Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.
- Khoa Đột quy Não Bệnh viện Quân Y 103.
- Trung tâm Đột quy Não Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai.
- Khoa Hồi sức Cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai.

Tại TP. Hồ Chí Minh:

- Khoa Bệnh lý mạch máu não Bệnh viện Nhân dân 115.
- Đơn vị Đột quy Não Bệnh viện Nhân dân Gia Định.
- Đơn vị Đột quy Não Bệnh viện An Bình.

NGUYÊN TẮC CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ

- ⑩ TBMN phải được coi là một cấp cứu nội khoa và các thầy thuốc đa khoa, các khoa cấp cứu phải cùng tham gia sớm đưa bệnh nhân mắc TBMN tới Bệnh viện vào các Khoa Cấp cứu-Hồi sức, hoặc các Trung tâm Thần kinh - mạch máu nếu có thể được trong vòng 3 giờ từ khi khởi bệnh.

TIÊU HUYẾT KHỐI

Riêng tại các Đơn vị chuyên biệt, các Trung tâm Thần kinh - Mạch não hoặc Đơn vị Đột quỵ não, thuốc tiêu huyết khối đối với trường hợp nhồi máu não cấp tính trong vòng 3 giờ từ khi khởi phát đã và đang được sử dụng theo quy định quốc tế. Các kết quả đã được báo cáo qua các công trình của Gs.Ts LÊ VĂN THÀNH và Bs. NGUYỄN THỊ KIM LIÊN tại Tp. Hồ Chí Minh (2009), Ts. NGUYỄN HUY THẮNG tại Bệnh viện Nhân dân 115 (2011) và Ts. MAI DUY TÔN tại Bệnh viện Bạch Mai (2012)

Ngoài tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, một số trường hợp còn có thể kết hợp đưa thuốc vào đường động mạch hoặc sử dụng một số thiết bị cơ học để hút cục máu đông. Can thiệp phẫu thuật thần kinh được chỉ định đặc biệt đối với một số bệnh nhân. Phẫu thuật động mạch cảnh có thể có hiệu quả đối với hẹp tắc trên 70% có triệu chứng thần kinh. Các kỹ thuật khác đang được nghiên cứu.

CHĂM SÓC SAU GIAI ĐOẠN CẤP TÍNH

Công tác điều trị và chăm sóc bao gồm:

Phục hồi chức năng vận động và ngôn ngữ.

Sử dụng thuốc bảo vệ thần kinh và điều hoà mạch máu.

Dự phòng tái phát và kiểm soát các yếu tố nguy cơ.

Kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền.

BỆNH ĐỘNG KINH

Tỷ lệ hiện mắc: 4,9 / 1.000 (4,6‰ ĐK hoạt động)
 5,5 / 1.000 cho giới nam và
 3,7 / 1.000 cho giới nữ
 (7,8 / 1.000 cho trẻ dưới 10 tuổi)

Tỷ lệ mới mắc: $31,6 \pm 9,8$ / 100.000 dân/ năm
 (dao động giữa 17 và 57 / 100.000 dân/ năm)

Tỷ lệ tử vong: 3,7%
 (N.T. Hường và cs. 2001)

Theo thống kê của Bộ Y tế (2005):

Tỷ lệ mới mắc: 21,67 / 100.000

Tỷ lệ tử vong: 0,19/100.000.

Theo báo Epilepsia 2008: tỷ lệ mới mắc 4,4/1.000

Tỷ lệ hiện mắc 44,8/100.000 người

PHÂN LOẠI - NGUYÊN NHÂN

Các cơn động kinh (n = 354) được phân loại như sau:

- Cơn toàn thể 74,8%
- Cơn cục bộ 21,5%
- Cơn không phân loại được 3,7%

Về nguyên nhân động kinh, các số liệu nghiên cứu (NGUYỄN THUY HƯỜNG và cs, 2001; NGUYỄN VĂN DOANH và cs, 2007) cho biết:

Yếu tố mắc phải (nhiễm khuẩn thần kinh, tổn thương chu sinh, chấn thương sọ não, tai biến mạch não...): 39,3 - 48,6%

Yếu tố không rõ: 51,4 - 60,7%

ĐIỀU TRỊ DƯỢC LÝ

Các thuốc kháng động kinh đầu tay: Valproat, Carbamazepin, Oxcarbazepin, Phenobarbital, Phenytoin.

Các thuốc kháng động kinh thứ yếu: Benzodiazepin (Diazepam, Clonazepam, Clorazepam, Nitrazepam, Clobazam), Ethosuccimid, Hexamidin (Primidon).

Các thuốc kháng động kinh mới: Vigabatrin, Felbamat, Gabapentin, Lamotrigin, Topiramát, Levetiracetam...

THỰC TẾ TỒN TẠI

- ⑩ Một số trường hợp bệnh nhân dùng một loại thuốc (đơn dược trị liệu; phần lớn dùng kết hợp quá sớm (đa dược trị liệu).
- ⑩ Bệnh nhân dùng thuốc đều nếu được cấp theo chuyên khoa tâm thần, hoặc có bảo hiểm y tế (22-30% có BHYT); dùng thuốc không đều nếu tự chi phí.
- ⑩ Một số ít trường hợp không đi khám, không được chẩn đoán, dùng thuốc đông y, bỏ không dùng thuốc. điều trị theo tâm linh...

NHỨC ĐẦU (Headache, Cephalagia)

Nhức đầu là một chứng bệnh gặp ở mọi nơi trên thế giới. Tỷ lệ người mắc ít nhất một lần trong cuộc đời lên tới 80 - 90 % trong nhân dân (PERKIN 2002).

Theo Bảng phân loại Nhức đầu lần thứ hai của Hội Nghiên cứu Nhức đầu Quốc tế (2004), có 11 nhóm nhức đầu và trong mỗi nhóm đó có nhiều bệnh cảnh; như vậy ít nhất có tới 247 chứng nhức đầu khác nhau.

Theo NGUYỄN VĂN CHƯƠNG và cs (2008) qua điều tra 2.000 người đã thấy các chứng nhức đầu khác nhau chiếm tỷ lệ 78,3% trong đó. Nhức đầu kiểu căng thẳng chiếm phần lớn các trường hợp và Đau nửa đầu là 19,7%.

Bệnh nhân nhức đầu thường đến khám tại các chuyên khoa khác nhau như Nội khoa, Tim mạch, Thần kinh, Nội tiết, Tai - Mũi - Họng, Răng - Hàm - Mặt, Mắt, Tâm Thần.

Vẫn có tình trạng bệnh nhân tự ý yêu cầu ghi điện não, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ v.v... và sau khi nhận được kết quả xét nghiệm âm tính mới tới khám chuyên khoa.

Nhiều người tự mua dùng các thuốc giảm đau, thậm chí tự kết hợp nhiều loại thuốc không phù hợp với nhau cũng như kết hợp cả y học cổ truyền.

BỆNH DÂY THẦN KINH (Neuropathies)

Từ sau vụ dịch tễ phù ở miền Bắc (1983 - 1986), đến nay vẫn thấy xuất hiện lẻ tẻ một số trường hợp bệnh thần kinh ngoại vi quanh năm, phần lớn do sử dụng quá nhiều rượu, nhiễm độc thuốc hoặc hoá chất, v.v... thường gặp các bệnh dây thần kinh ngoại vi liên quan đến dinh dưỡng và chuyển hoá, biến chứng của đái tháo đường, rối loạn miễn dịch, nhiễm vi rút, v.v... Hội chứng Guillain - Barré, liệt mặt ngoại vi, đau dây thần kinh tọa, bệnh viêm dây thần kinh mạn tính mất myêlin, v.v... cũng không hiếm. Bệnh nhân thường được điều trị theo nhiều chuyên khoa khác nhau.

ĐAU XUẤT XỨ THẦN KINH (Neuropathic pain)

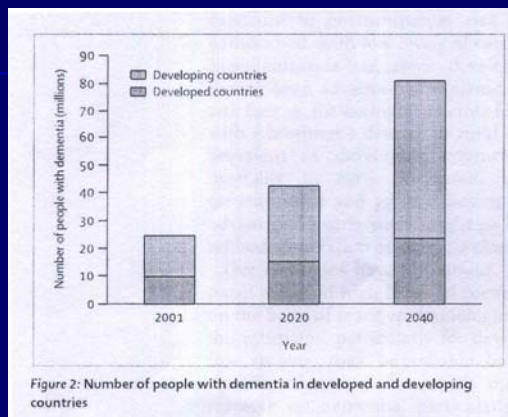
Đau xuất xứ thần kinh là các biểu hiện đau khởi phát hoặc bị gây ra do tổn thương tiên phát hoặc rối loạn chức năng hệ thần kinh ngoại vi hay trung ương.

Nguyên nhân liên quan đến hệ ngoại vi: sau nhiễm herpes, đau dây V, đái tháo đường (45% các trường hợp sau 25 năm), sau chấn thương thần kinh hoặc sau phẫu thuật thần kinh, độc tố, rối loạn huyết quản (luput, viêm nút quanh động mạch), thiếu hụt dinh dưỡng, tác động trực tiếp của ung thư. Nguyên nhân trung ương phần lớn là: đau sau tai biến mạch não (8% trong năm đầu; 63% sau nhiều năm), xơ cứng rải rác (28%) và các khối u.

Bệnh nhân đau xuất xứ thần kinh cũng thường được theo dõi điều trị tại các chuyên khoa khác nhau và do đau dai dẳng nên sau cùng được gửi đến hội chẩn về tâm thần hoặc thần kinh. Ở Hoa Kỳ, tần suất đau xuất xứ thần kinh khoảng 1,5% trong quần thể dân cư và có tới 50% bệnh nhân được theo dõi tại các Phòng Khám điều trị đau; khoảng 1/3 bệnh nhân đau xuất xứ thần kinh là do ung thư.

Hiện nay khi các phương tiện truyền thông trong nước và quốc tế đang được phát triển mạnh mẽ thì việc cập nhật cách phát hiện, chẩn đoán và xử trí các bệnh thần kinh thường gặp cần được chú trọng hơn nữa. Vì vậy chuyên khoa Thần kinh học vẫn tiếp tục tổ chức các lớp tập huấn, sinh hoạt khoa học, hội thảo chuyên đề với trọng tâm là Thần kinh học trong thực hành đa khoa.

SA SÚT TRÍ TUỆ



- Năm 2005, nghiên cứu đồng thuận DELPHI của Tổ chức Quốc tế về bệnh Alzheimer điều tra thấy hiện có tới 24,3 triệu người mắc sa sút trí tuệ và mỗi năm lại có thêm 4,6 triệu trường hợp mới. Cứ 20 năm số bệnh nhân lại tăng gấp đôi và tới năm 2040 sẽ là 81,1 triệu.

Ở Hà Nội, LÊ VĂN TUẤN, và cs điều tra 966 người cao tuổi và 156 đối chứng (2009 - 2010) nhận thấy:

Tỷ lệ sa sút trí tuệ là 4,06% (nam 4,1%; nữ 3,9%); suy giảm nhận thức nhẹ là 4,97% (2% ở tuổi 60 - 64; 13,2% ở tuổi trên 80).

MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN CHỦ YẾU CỦA SA SÚT TRÍ TUỆ (1)

Bệnh Alzheimer - Thoái hóa trán -thái dương: Bệnh Pick Sa sút trí tuệ trán-thái dương Thất ngôn tiến triển. Sa sút trí tuệ ngữ nghĩa - Rượu	Sa sút trí tuệ do nhồi máu nhiều ổ - Bệnh Parkinson - Liệt trên nhân tiến triển - Bệnh Huntington - Tràn dịch não áp lực bình thường. - Sa sút trí tuệ liên quan AIDS
---	--

MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN SA SÚT TRÍ TUỆ CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC

Thiếu vitamin B1, vitamin B12, acid folic. Cường giáp / suy giáp Cường cận giáp / suy cận giáp Hội chứng Cushing Bệnh Addison Phức hợp sa sút trí tuệ AIDS Giang mai	Rượu Thuốc Kim loại nặng Máu tụ dưới màng cứng Tràn dịch não áp lực bình thường. Trầm cảm (sa sút giả hiệu)
---	---

NGUYÊN NHÂN SA SÚT TRÍ TUỆ

Bệnh Alzheimer	60-70
Sa sút trí tuệ do mạch máu	10-30
Sa sút trí tuệ thể Lewy	10-25
Trầm cảm	5-15
Sa sút trí tuệ trán-thái dương	5-10
Sa sút trí tuệ liên quan rượu	1-10
Rối loạn chuyển hóa	1-10
Rối loạn do ngộ độc	1-10
Tràn dịch não	1-5
Tổn thương não thiếu oxy	1-2
Nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương	1-2
U não	1-2
Chấn thương não	1-2
Máu tụ dưới màng cứng	1-2
Nguyên nhân khác	10-20

(theo Cummings JL, Trimble MR, 2002)

XÉT NGHIỆM DẦU ẮN SINH HỌC

- Xét nghiệm dịch não-tủy và huyết thanh, đo nồng độ beta-amyloid 1-40 và beta-amyloid 1-42, Lejla K và cs (2010) thấy:

Nồng độ beta-amyloid 1-42 giảm thấp ngay từ giai đoạn tiền lâm sàng không phụ thuộc tuổi, giới, thời gian mắc bệnh.

Tỷ lệ beta-amyloid 1-42/beta-amyloid 1-40 giảm không phụ thuộc vào tuổi và giới.

- Trần Viết Lực (2011), nghiên cứu 81 bệnh nhân Alzheimer và 81 bệnh nhân chứng nhận thấy nồng độ beta-amyloid giảm dần theo sự tiến triển của bệnh; beta-amyloid 1-42 giảm rõ và nhanh hơn; chỉ số beta-amyloid 1-42/ beta-amyloid 1-40 giảm dần khi bệnh nặng

CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ

- Xử trí các yếu tố nguy cơ.
- Liệu pháp dinh dưỡng và nội tiết.
 - Liệu pháp dược lý.
 - Điều chỉnh phong cách sinh hoạt.
 - Chăm sóc tâm lý – xã hội.

BỆNH NÃO TRẺ EM CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM TRÍ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (1968), trong khu vực Tây THÁI BÌNH DƯƠNG tỷ lệ chậm phát triển trong nhân dân ước khoảng 3%.

Đối với trẻ em, tỷ lệ chậm phát triển vừa và nặng khoảng 3/1.000, chậm phát triển nhẹ khoảng 2-3% ở các nước phát triển.

Ở Nhật (ISHIDA và cs, 1984) tỷ lệ toàn bộ chậm phát triển tâm trí kết hợp với động kinh lên tới 3% ở trẻ em từ 0 đến 10 tuổi (68,3% trong hội chứng West; 90,6% trong hội chứng Lennox - Gastaut).

Ở nước ta điều tra (1987) cho thấy các tỷ lệ dao động từ 0,47% (Biên Hoà) đến 2,85% (Hà Bắc): mức nhẹ 48-70%; mức vừa 12-39%; mức nặng và trầm trọng 7 - 17%. Về nguyên nhân thấy: yếu tố di truyền (5,7 - 13,8%), nhân tố sinh học (44,8 - 79,6%), tâm lý - xã hội (0 - 25%), không xác định rõ (6 - 41,3%). Có nhiều yếu tố gây chậm phát triển tâm trí như: thiếu dinh dưỡng (thường kết hợp với thiếu kích thích xã hội), nhiễm khuẩn, chu sinh (chấn thương sản khoa, chuyển dạ lâu, xổ quá nhanh, ngạt ...) di truyền.

Ở các nước tiên tiến, mọi trẻ em sau khi ra đời thường được khám đánh giá vào các thời điểm " 3 ngày, 3 tuần, 3 tháng" đầu đời. Thăm khám lâm sàng, đánh giá sự phát triển tâm lý - vận động (trắc nghiệm Denver, Bailey...) Khi cần sẽ kết hợp thêm các xét nghiệm sinh hoá, huyết học, hình ảnh học, di truyền. Đây là những việc có thể thực hiện được ở nước ta nhưng cho đến nay vẫn còn nhiều trường hợp chậm phát triển bao gồm cả hội chứng tự kỷ chưa được phát hiện sớm. Do đó cần tiếp tục xây dựng, phát triển các chuyên ngành liên quan nhằm góp phần giải quyết vấn đề khuyết tật học (defectology).

KẾT LUẬN

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (2007), các bệnh thần kinh từ động kinh (50 triệu bệnh nhân) đến bệnh Alzheimer và sa sút trí tuệ (24 triệu bệnh nhân) đang xâm hại tới một tỷ người trên toàn cầu. Mỗi năm ước tính có tới 6,8 triệu người tử vong vì bệnh thần kinh.

Ở Việt Nam, các bệnh thần kinh, tuy đứng hàng thứ bảy trong mười nhóm bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất nhưng liên quan đến mọi hệ thống, cơ quan của cơ thể.

Do đó, một mặt cần tiếp tục nâng cao chất lượng giảng dạy và đào tạo về Thần kinh học, mặt khác phải đẩy mạnh sự hợp tác giữa các chuyên khoa nhằm góp phần bảo vệ và nâng cao chất lượng cuộc sống của nhân dân.



Xin trân trọng cảm ơn!