

**TÌNH HÌNH QUẢN LÝ BỆNH ĐỘNG KINH  
TẠI HUYỆN CHÂU THÀNH  
TỈNH TIỀN GIANG, NĂM 2005**

**BS DƯƠNG HỮU LỄ, PGS.TS VŨ ANH NHỊ**

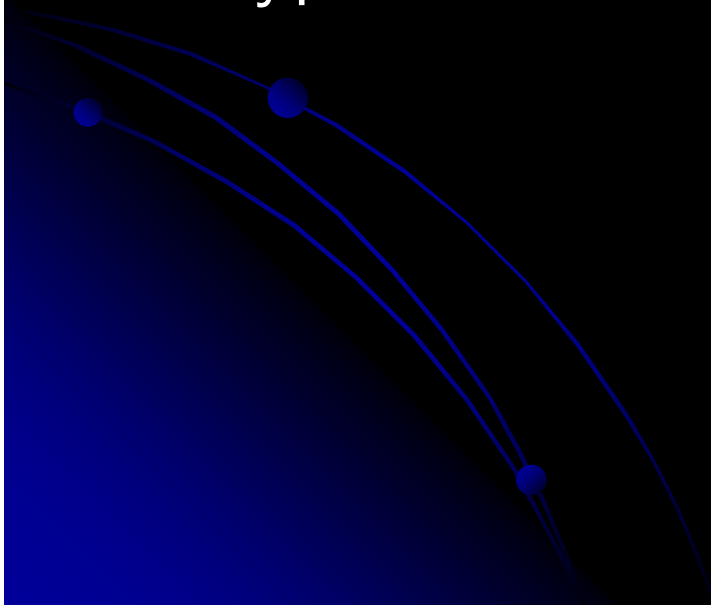
# ĐẶT VẤN ĐỀ

- ĐK là bệnh lý thần kinh trầm trọng.
- Tỷ lệ hiện mắc từ 0,2 - 1%.
- Tỷ lệ bệnh mới từ 0,04 - 0,07%.
- ĐK là bệnh mãn tính, điều trị lâu dài
- Quá trình tuân thủ điều trị của BN.
- Từ lâu ĐK xếp vào bệnh XH được nhà nước CS, điều trị miễn phí.
- Giao cho ngành Tâm Thần quản lý và điều trị.
- Thực hiện chương trình quản lý ĐK tại cộng đồng.

# MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

## MỤC TIÊU TỔNG QUÁT:

- Khảo sát đặc điểm mô hình quản lý bệnh ĐK tại TTYT huyện Châu Thành tỉnh Tiền Giang.



# MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

## MỤC TIÊU CỤ THỂ:

1. Xác định tỉ lệ bệnh ĐK theo phân loại cơn
2. Khảo sát đặc điểm yếu tố dịch tễ của nhóm ĐK đang được quản lý tại địa phương.
3. Kết quả điều trị :
  - Tỉ lệ sử dụng các thuốc chống ĐK trong CTQL.
  - Xác định tỉ lệ tái phát cơn
  - Xác định tỉ lệ tuân thủ điều trị
  - Các XN CLS thường quy tối thiểu để chẩn đoán và theo dõi quá trình điều trị.

# ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

## 1. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU :

- Nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu : Tất cả BN đang được lập hồ sơ quản lý tại Huyện châu Thành.

## 2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh* : Tất cả BN ĐK đang được lập hồ sơ quản lý tại huyện Châu Thành tỉnh Tiền Giang.
- *Tiêu chuẩn loại trừ* : BN nghi ngờ bị ĐK hoặc mới bị cơn lần đầu chưa lập hồ sơ, những BN ĐK không thuộc huyện Châu Thành và những BN ĐK thuộc huyện Châu Thành mà BVTT tỉnh quản lý.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PPNC

### 3. PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH:

- Tất cả BN ĐK sẽ được khám và thu thập số liệu bằng PP phỏng vấn trực tiếp từ thân nhân hoặc BN có sự chứng kiến của gia đình và cán bộ phụ trách theo bộ câu hỏi.
- Địa điểm khám hện thân nhân và BN đến tại PK tâm thần huyện và các khu vực hoặc đến nhà nếu BN không đi được.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PPNC**

### **4. NƠI THỰC HIỆN ĐỀ TÀI:**

- PK Tâm thần tại TTYT huyện Châu Thành .
- PK tâm thần ở hai khu vực Dưỡng Điềm và Vĩnh Kim.

### **5. THỜI GIAN THỰC HIỆN ĐỀ TÀI:**

- Từ tháng 9/2005 đến 7/2006.

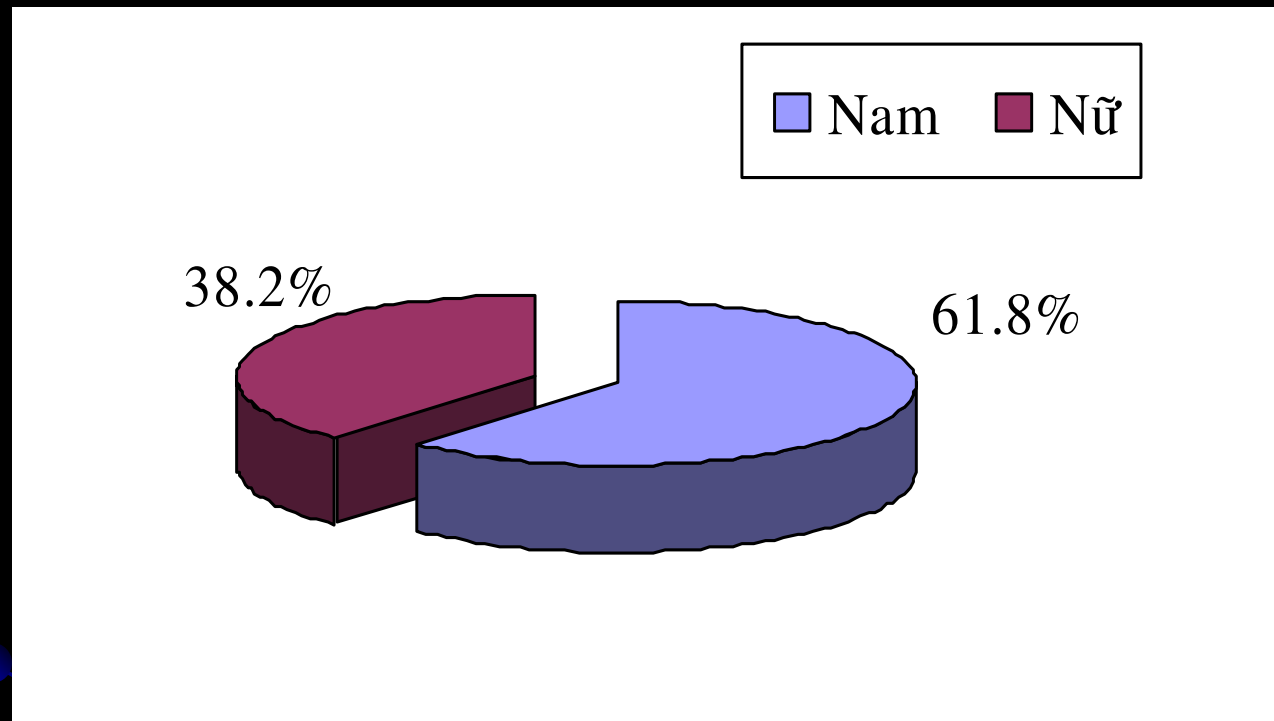
### **6. XỬ LÝ SỐ LIỆU:**

- Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 11.5.

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

- Qua nghiên cứu 199 trường hợp với tổng dân số 258.459 người cho thấy :
  - Tỷ lệ hiện mắc đang quản lý đạt 0,07% rất thấp so với Hồ Hữu Lương, Lê Quang Cường, Nguyễn Văn Hướng, Nguyễn Văn Doanh từ 0,2-1%.
  - Tỷ lệ mới mắc đạt 9,6/100.000 dân đạt thấp so với các nghiên cứu khác từ 17,3-136/100.000 dân, nhưng so với Ngô Quang Trúc 8,8/100.000 dân cao hơn.

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



- Tỷ lệ nam/nữ : 1,61
- Phù hợp với Ngô Kim Nhung 1,17; Phạm Quỳnh Diệp 1,40 và Nguyễn Bá Hiền 1,16.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### TUỔI :

- Tuổi thấp 1 tuổi, cao nhất 75 tuổi.
- Tuổi trung bình 33,71.
- Trẻ dưới 15 tuổi chiếm tỉ lệ 13,07%.
- Người lớn trên 55 tuổi chiếm tỉ lệ 13,06%

### ĐỊA CHỈ :

- Có 24 xã và 1 thị trấn
- Sự phân bố BN ĐK ở các xã không đồng đều
- Xã càng xa TTYT huyện hoặc KV → ít được quản lý.
- Do không thuận tiện việc đi lại, hay đến BVTT tỉnh khám, không biết huyện có cấp thuốc điều trị miễn phí

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

<b>Nghề nghiệp</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Không làm việc	82	41,2
Công nhân viên chức	6	3,0
Nông dân	67	33,7
Học sinh sinh viên	16	8,0
Nghề khác	28	14,1
<b>Tổng cộng</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>

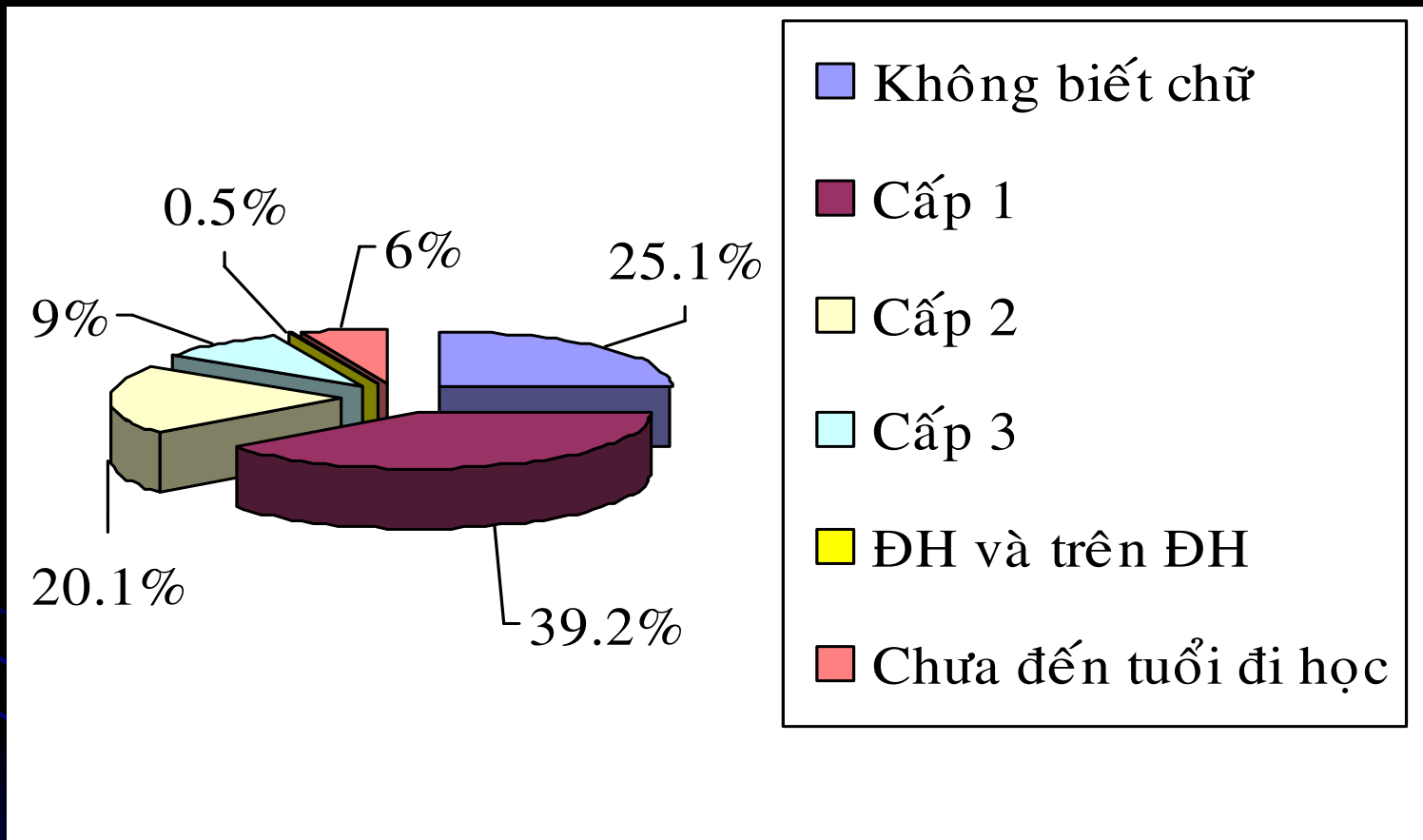
- So với Lê Quốc Nam không nghề 21,3%; nông dân 2,9%.
- Có sự khác biệt do nghiên cứu ở 2 địa phương nông thôn và thành thị.

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

## THÀNH PHẦN KINH TẾ

Thành phần kinh tế	Của chúng tôi	Lê Quốc Nam	Phạm Quỳnh Diệp	Nguyễn Bá Hiền
Nghèo + trung bình	98,9%	95%	89,9%	89,2%

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

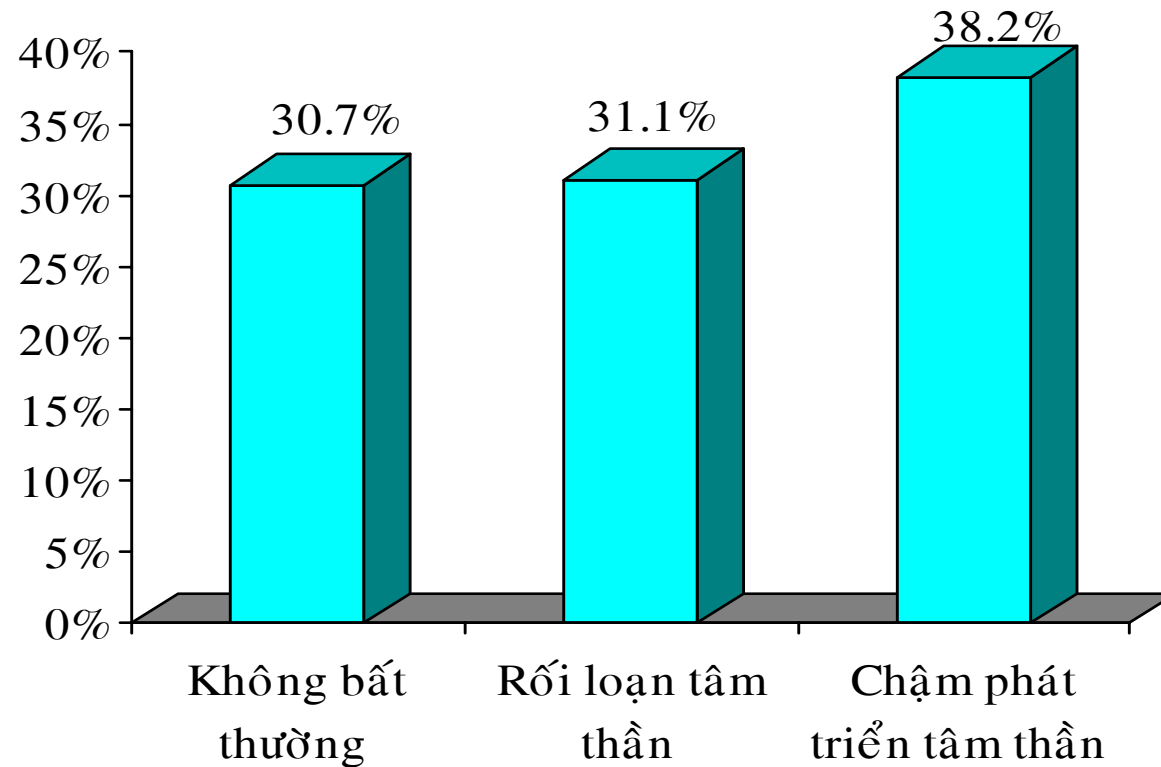


- Kết quả phù hợp với Lê Quốc Nam và Phạm Quỳnh Diệp.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

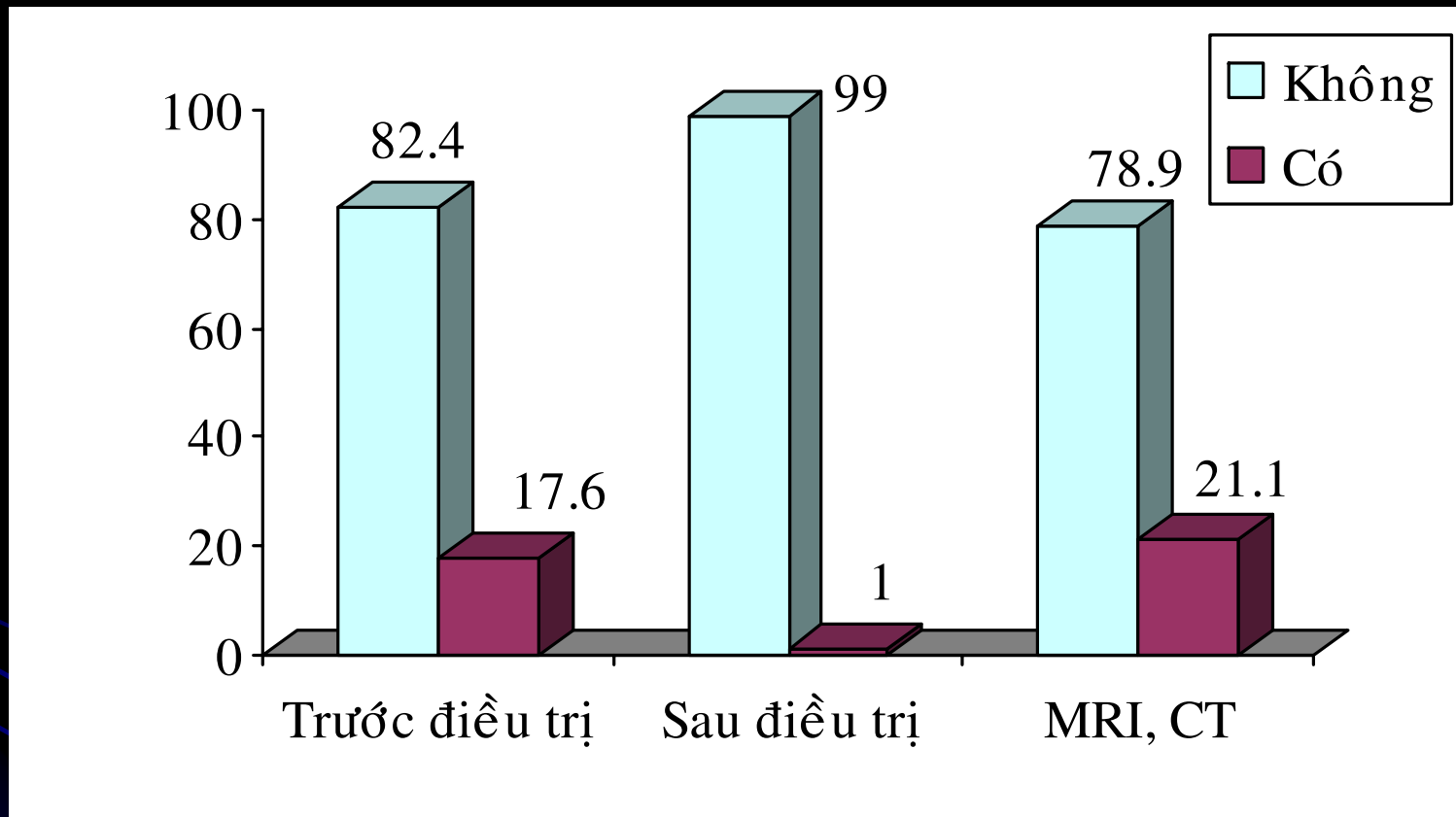
Phân loại cơ	Của chúng tôi	Nguyễn Lê Trung Hiếu	Nguyễn Văn Doanh	Hauser và cs
Cơ toàn thể <sup>2</sup>	68,4%	61%	71%	40%
Cơ cục bộ	31,1%	28,6%	13,2%	57%
Cơ không phân loại	0,5%	10,4%	15,8%	3%

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



- Biểu hiện tâm thần của chúng tôi : 69,3%.
  - Lê Quốc Nam : 68,5% và Phạm Quỳnh Diệp : 79,8%.
- Các RLTT này tạo gánh nặng cho gia đình và XH, nếu quản lý và điều trị tốt sẽ giảm bớt.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



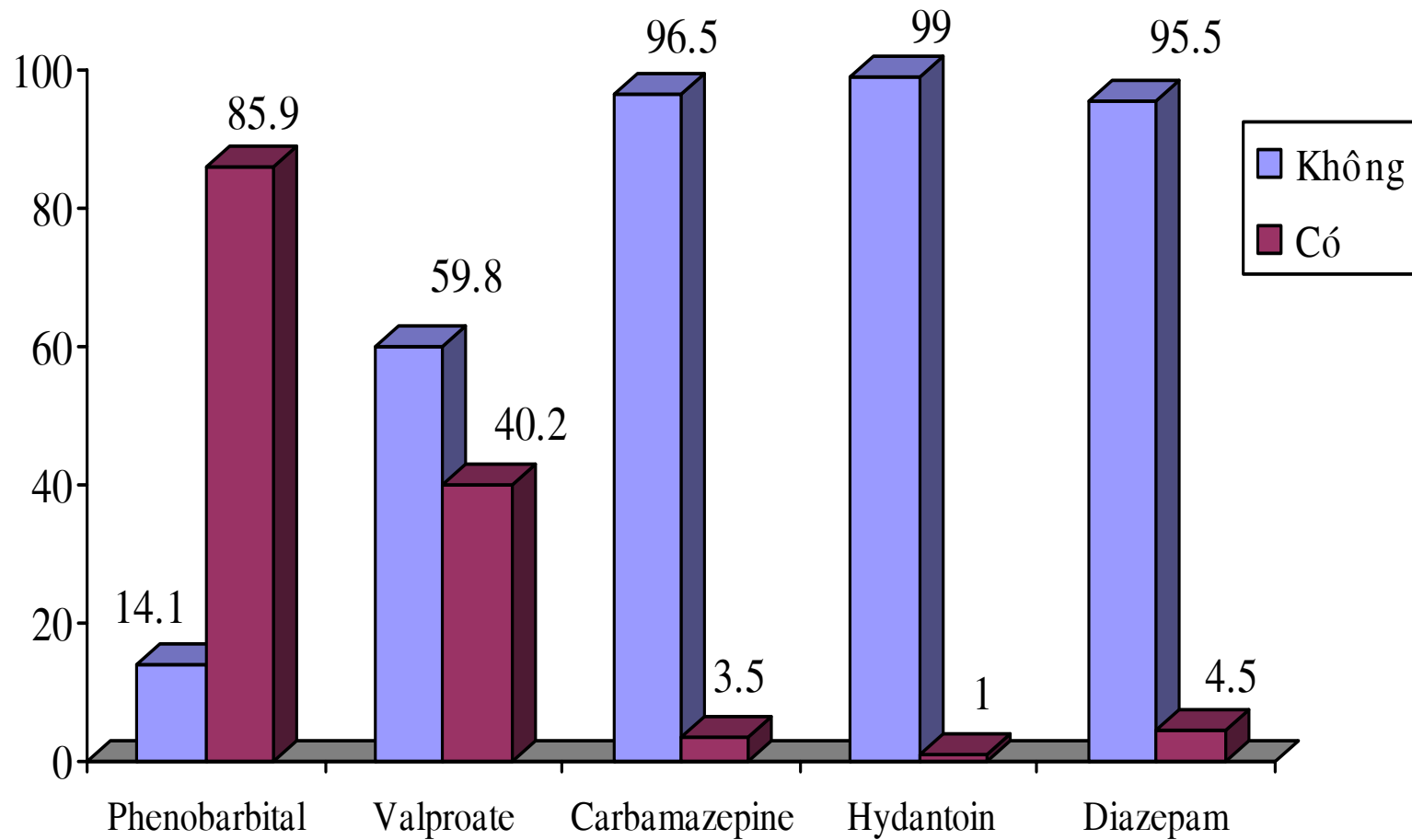
Biểu đồ phân bố thực hiện CLS như CTM, chức năng gan, thận, MRI, CT.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Điện não đồ	Tần số	Tỉ lệ (%)
Không thực hiện	116	58,3
Có thực hiện	83	41,7
<b>Tổng cộng</b>	<b>199</b>	<b>100, 0</b>

- Việc thực hiện CLS chưa được chú trọng → khó khăn trong chẩn đoán và điều trị có thể do :
  - Ý thức gia đình và BN chưa cao
  - Đời sống còn nghèo
  - Trình độ và năng lực của cán bộ cơ sở còn hạn chế.
  - Thiếu phương tiện ở tuyến cơ sở.

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

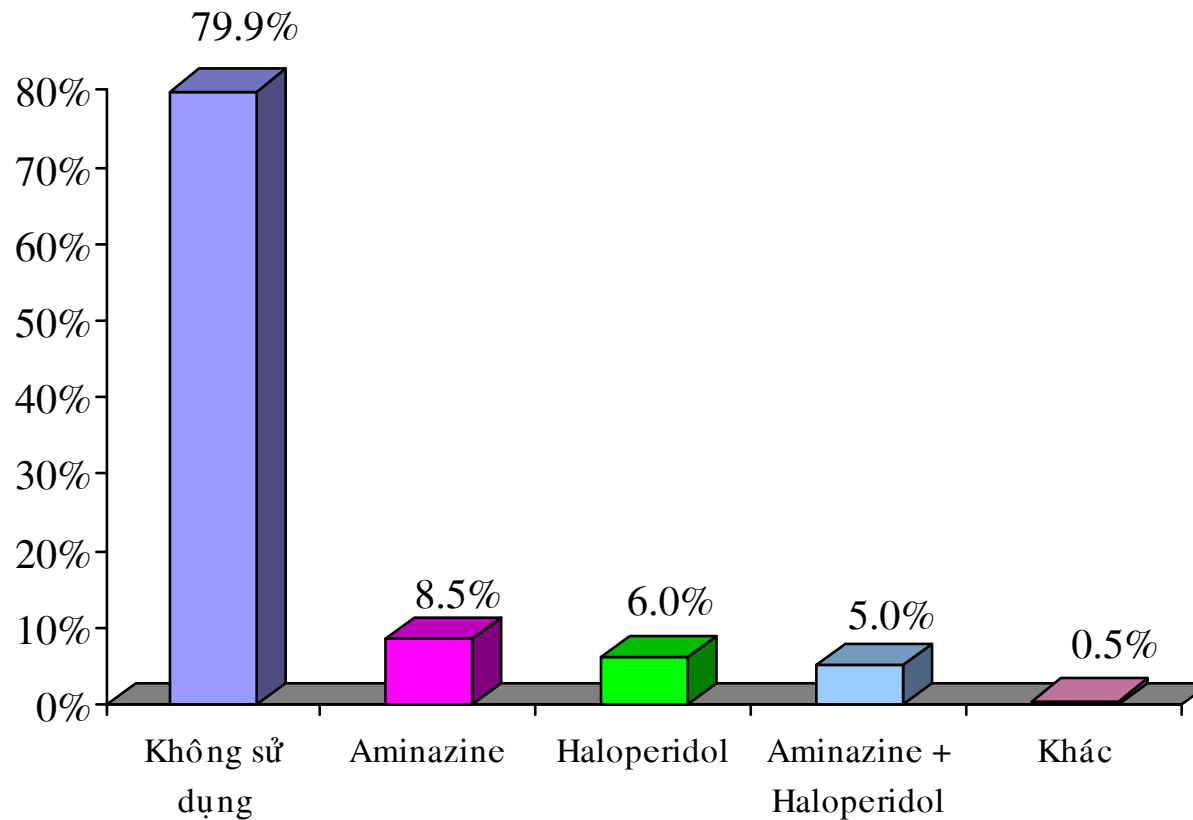
### SỬ DỤNG CÁC THUỐC KHÁNG ĐỘNG KINH

- Phenobarbital là thuốc lựa chọn hàng đầu do giá thành rẻ nhưng là thuốc gây RLTT nhiều nhất.
- Valproate giá thành cao hơn, ít tác dụng phụ, hiện nay sản xuất được trong nước.
- Nên chẳng thay thế Phenobarbital sang Valproate.

### KẾT HỢP THUỐC KHÁNG ĐK

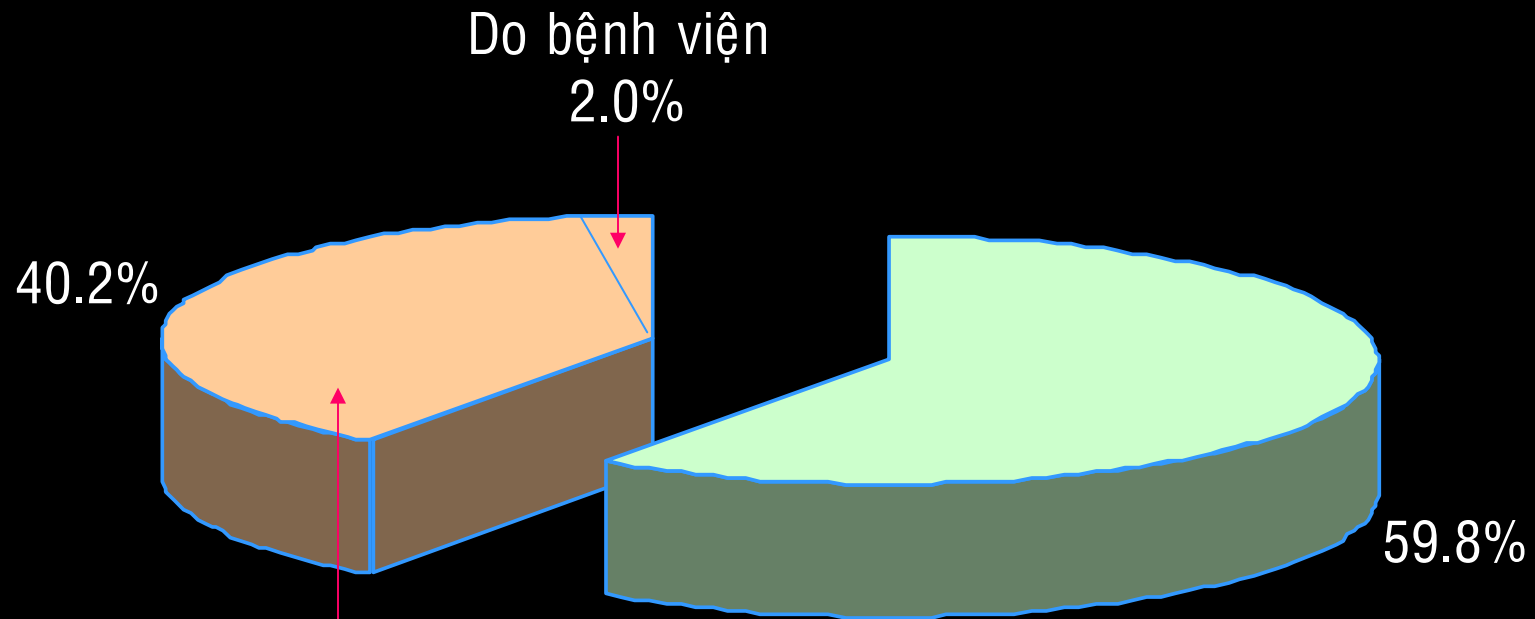
- Sử dụng đơn trị liệu chiếm 68,8%.
- Phối hợp các thuốc kháng ĐK chiếm 31,2%.
- Chủ yếu phối hợp Pheno và Valproate chiếm 22,1%.
- Phối hợp các thuốc khác không đáng kể.
- Mức độ phối hợp còn thấp, liều lượng chưa đạt → tỉ lệ tái phát cơn ĐK còn nhiều.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



- Do sử dụng Pheno nhiều → RLTT nhiều.
- Kết hợp các thuốc chống loạn thần gây hạ ngưỡng ĐK.

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



Do gia đình và bệnh nhân  
38.2%

Do bệnh viện  
2.0%

■ Có tuân thủ

■ Không tuân thủ

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### LÝ DO KHÔNG TUÂN THỦ:

- Gia đình và BN không uống thuốc đều đặn.
- Tâm lý sợ uống thuốc làm ảnh hưởng đến trí nhớ.
- Tự động giảm liều hoặc ngưng thuốc khi bớt cơn.
- Tự thay đổi PP điều trị theo kinh nghiệm truyền miệng.
- Do BV cấp thuốc trễ.
- Lê Quốc Nam (17,8%), Phạm Quỳnh Diệp (20,9%), chúng tôi cao hơn (40,2%).
- Khác biệt do ý thức người dân nông thôn và thành thị

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Hiệu quả điều trị	Tần số	Tỉ lệ (%)
Không hiệu quả	28	14,1
Trung bình	114	57,3
Ổn định	57	28,6
<b>Tổng cộng</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>

### THỜI GIAN QUẢN LÝ BN ĐK :

- < 1 năm : 20,1%; 1-3 năm (28,6%); 3-5 năm (11,6%) và > 5 năm (39,7%)
- Thời gian quản lý > 5 năm kéo dài đạt tỉ lệ cao cho thấy BN không tuân thủ điều trị → cơn tái phát nhiều → kéo dài thời gian dùng thuốc.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Quản lý thuốc tại nhà	Tần số	Tỉ lệ (%)
Thân nhân	83	41,7
Bệnh nhân	116	58,3
<b>Tổng cộng</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>

### QUẢN LÝ THUỐC TẠI NHÀ

- BN tự quản lý thuốc tại nhà chiếm tỉ lệ cao.
- Số lượng thuốc lãnh về nhiều từ 15-120 viên/ 1 loại.
- Nhiều BN có biểu hiện về mặt tâm thần. Từ đó dễ ngưng hoặc uống quá liều thậm chí uống thuốc tự tử.
- Ngược lại, người nhà quản lý thì khó uống thuốc đúng giờ.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Thời gian tái phát cơn ĐK	Tần số	Tỉ lệ (%)
< 24 giờ	4	2,0
1- 30 ngày	53	26,6
>30 ngày - < 1 năm	85	42,7
1- 3 năm	24	12,1
> 3 năm	33	16,6
<b>Tổng cộng</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Theo quy định đến kỳ nhận thuốc khoảng 15 ngày hoặc 1 tháng BN sẽ được tái khám 1 lần.

Qua nghiên cứu nhận thấy:

- BN tái khám thường xuyên 40,7%.
- Không thường xuyên mà thân nhân đi lãnh thuốc 59,3%.

*Điều này cho thấy cán bộ quản lý ĐK ở tuyến cơ sở khó tiếp cận BN → khó khám LS và chỉ định CLS thường quy.*

# KẾT LUẬN

- Dựa bảng phân loại ĐK năm 1981 :
  - Cơn toàn thể : 68,4%; cơn cục bộ : 31,1%.
  - Cơn không phân loại : 0,5%.

## VỀ MẶT DỊCH TỄ NHÓM ĐK QUẢN LÝ:

- Hiện mắc : 0,07%; phát hiện bệnh mới : 9,6/100.000.
- Bỏ trị : 6,9/100.000.
- Quản lý các xã không đồng đều, càng xa càng ít quản lý
- ĐT quản lý không nghề nghiệp hoặc nông dân (74,9%).
- Hoàn cảnh KT nghèo đến TB (96,9%).
- Trình độ học vấn thấp từ cấp II trở lại (84,4%).

# KẾT LUẬN

## *Kết quả điều trị:*

- Tỷ lệ sử dụng thuốc Pheno cao : 85,9%.
- Tỷ lệ rối loạn tâm thần cao : 69,3%.
- Tỷ lệ tái phát cơn dưới 1 năm : 71,3%.
- Tuân thủ điều trị : 58,9%, không tuân thủ : 40,2%.
- Thực hiện các XN CLS thường quy đạt thấp trước điều trị : 17,6%  
như EEG (47,1%), MRI, CT (21,1%).

# KIẾN NGHỊ

- Nâng cao kiến thức về ĐK cho cán bộ tuyến cơ sở.
- Thường xuyên điều tra cộng đồng phát hiện bệnh mới.
- Kết hợp chính quyền địa phương giúp đỡ BN ĐK bằng nhiều hình thức.
- Vạch chương trình cụ thể về công tác quản lý ĐK.
- Hạn chế tối đa sử dụng Phenobarbital nhất đối với trẻ em.
- Sử dụng các chế phẩm Valproate Na làm thuốc hàng đầu trong cấp phát.

# TÓM LẠI

- Chương trình PC ĐK tại cộng đồng là một chủ trương hết sức đúng đắn phù hợp với đường lối y tế hiện nay trong CSSKBĐ.
- Các mục tiêu đề ra có tính khả thi nhưng việc thực hiện chương trình còn nhiều hạn chế do nhiều nguyên nhân. Chúng ta hãy khắc phục yếu kém nhằm đưa BN ĐK hoà nhập cộng đồng đạt được chất lượng cuộc sống cao hơn.



**XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN**