

Một số đặc điểm dịch tễ Động Kinh tại cộng đồng dân cư Hà Tây

TS Nguyễn Văn Bình. PGS.TS Phạm Huy Dũng. GS.TS Lê Đức Hình. TS Nguyễn Thuý Hường. PGS.TS Hồ Hữu Lương. Bs Nguyễn Hùng Mưu. PGS.TS Nguyễn Xuân Thn.

The survey was conducted in Hà Tây province. It was divided in to 2 stages: First: Screening stage house to house-survey with screening questionnaires with $Sp=42,2\%$, $Se=98\%$. Second stage: professional examination: All individuals identified as positive in the screening stage were examined by junior neurologists then possible epilepsy and some positive epilepsy were checked by senior neurologists. Diagnosis criteria: Seizure classification was followed ILAE's classification (1981). Definition of Epilepsy, Active epilepsy, Remote symptomatic epilepsy and putative causes were based on the Guiderlines for Epidemiologic Studies on Epilepsy of ILAE 1993.

Results: The survey was implemented from october 1998 to april 1999. Crude prevalence for all case about 4.9%, 4.6% for active epilepsy only. The highest percentage at the age of onset under the first decade of life (57.5%). The most common seizure type of epilepsy is generalized (74.8%), tonic-clonic seizure: 84.5%, partial seizure: 21.5%, simple partial is major proportion in partial seizures. Unclassification account for 3.7%. Remote symptomatic epilepsy account for 39.2 % in total of active epilepsy. Conclusion: Our study does not support the view that high prevalence of epilepsy in developing countries. Preponderance of early age onset and generalized tonic-clonic seizure is in concordance with the other studies. As most community-based studies, untraversable limitations in methodology can slightly impact on the results.

1/ Đặt vấn đề:

Động kinh là một trong các bệnh lí thần kinh thường gặp. Theo ước tính tỉ lệ hiện mắc ĐK tại Việt Nam khong 2-5%. ở Việt Nam đ có một số nghiên cứu dịch tễ ĐK, tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu này thực hiện tại các bệnh viện hoặc các trung tâm qn lí ĐK nên kết qu cũng khó có thể mang tính đại diện cho cộng đồng. Vì thế chúng tôi đ tiến hành nghiên cứu ĐK tại cộng đồng nhằm tìm hiểu thực trạng hiện mắc ĐK tại cộng đồng. Trên c sở đó giúp cho việc hoạch định kế hoạch điều trị ĐK tại cộng đồng.

2/ Phương pháp nghiên cứu:

Công thức chọn cỡ mẫu

$$Z^2(1-?/2) ? P(1-P)$$

$$N =$$

$$d^2$$

N: Cỡ mẫu

P: Tỷ lệ ĐK ước đoán lấy $P= 0, 5\%$

$Z(1- ?/2) = 1,96$ (với độ tin cậy $?=95\%$)

$d = P ? ?$ ($?:$ sai số tương đối lấy $? = 0,1$)

$$(1,96)^2 ? 0,005(1-0,005)$$

$$N =$$

$$= 76. 448$$

$$(0,005 ? 0,1)^2$$

Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu được tiến hành tại tỉnh Hà Tây. Đối tượng là dân cư Hà tây được đại diện bằng một mẫu nghiên cứu gồm 11 x . Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên với đn vị là x bo đm mẫu nghiên cứu đại diện cho Hà tây về các mặt tự nhiên và x hội.

Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô t ngang, điều tra hồi cứu từ 1990 đến tháng 4 năm 1999. Điều tra được tiến hành từ tháng 10/1998 đến 4/1999. Phương pháp điều tra cắt ngang chia thành hai giai đoạn :

-Giai đoạn 1: Sàng tuyển đối tượng nghi mắc ĐK tại cộng đồng do bác sỹ, y sỹ và nhân viên y tế cộng đồng thực hiện có sự giám sát của các bác sỹ chuyên ngành thần kinh. Bộ câu hỏi điều tra ĐK đ được thử nghiệm tại cộng đồng với độ nhạy Se = 96,1%, độ đặc hiệu Sp = 42,3%.

-Giai đoạn 2: Thăm khám xác định ĐK. Do học viên cao học khoá sáu chuyên ngành nội thần kinh, Học viện Quân Y thực hiện tại cộng đồng. Phần lớn các bệnh nhân ĐK được ghi điện n o đồ. Các giáo sư chuyên ngành thần kinh thăm định lại chẩn đoán ĐK.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Chẩn đoán ĐK theo “ Hướng dẫn nghiên cứu dịch tễ ĐK” của Liên hội Quốc tế chống ĐK năm 1993

Phân loại ĐK theo bng phân loại 1981 của Liên hội Quốc tế chống ĐK.

3/ Kết qu:

Tổng số dân điều tra là 76 905 chiếm 95% dân số các x điều tra. Sau giai đoạn sàng tuyển có 1531 người nghi mắc ĐK. Sau giai đoạn thăm khám có 377 được thống nhất chẩn đoán mắc ĐK, trong đó bệnh nhân ít tuổi nhất là 3 tháng tuổi, cao tuổi nhất là 82 tuổi. Các kết qu như sau:

3.1/ Một số đặc điểm dịch tễ ĐK

Bng 1: Tỷ lệ hiện mắc động kinh (TLHMĐK)

Nhóm

Tuổi	Số bệnh nhân		Số dân điều tra	Tỷ lệ(‰)			
	Nam	Nữ		Tổng	Nam	Nữ	Tổng
dưới 10		65					
69	40						
42	105						
111	6892	6593	13485	9,4			
10	6,0						
6,3	7,8						
8,2							
10-19	57						
65	29						
29	86						
94	8813	8415					
	17228	6,4					
7,3	3,4						
3,4	5,0						

5,4				
20-29	23			
23	25			
25	48			
48	6140	6614	12754	3,7
3,7	3,7			
3,7	3,7			
3,7				
30-39	24			
25	22			
23	46			
48	5832	6273	12105	3,9
4,3	3,5			
3,7	3,8			
3,9				
40-49	17			
19	13			
15	30			
34	4033	4400	8433	4,2
4,7	2,9			
3,4	3,5			
4,0				
50-59	8			
10	10			
10	18			
20	2188	2573	4761	3,6
4,6	3,8			
3,9	3,8			
4,2				
60-69	5			
5	5			
5	10			
10	1927	2535	4462	2,6
2,6	2,0			
2,0	2,2			
2,2				
trên 69	6			
7	5			
5	11			
12	1298	2379	3677	4,6
5,4	2,1			
2,1	3,0			
3,2				

Mọi lứa tuổi 205

223 149154 354
 377 37123 39782 76905 5,5
 6,0 3,7
 3,8 4,6
 4,9

Số in đậm là số ĐK hoạt động. Số in thường là số ĐK hoạt động và lui bệnh.

Bng 1 cho thấy TLHM ĐK ở Hà Tây là 4,6‰ nếu chỉ tính ĐK hoạt động, là 4,9‰ nếu tính cả ĐK hoạt động và ĐK lui bệnh.

Bng 2 : Tỷ lệ mới mắc ĐK trong năm điều tra (4-1998-4/1999) theo tuổi

Nhóm tuổi	Số dân điều tra	Số ĐK mới mắc	Số mới mắc ĐK trong 100.000 dân
<10	13485	24 177	
10-19	17228	7 40,6	
20-29	12754	3 23	
30-39	12105	7 57,8	
40-49	8433	4 47	
50-59	4761	1 21	
>59	8139	0	
Tổng	76905	46 59,8	

Bng 2 cho thấy TLMM ĐK trong năm điều tra là 59,8/100.000, cao nhất ở nhóm tuổi dưới 10 tuổi (177/100.000), giảm dần ở các nhóm tuổi tiếp sau.

Bng 3 : Tử vong ở bệnh nhân ĐK (1990-1998)

Số bệnh nhân, Năm	Loại cn					
	Tổng					
90	91	92	93			
94	95	96	97	98		
Số bệnh nhân				3	2	3 3 3 14
Tỷ suất tử vong chuẩn						1,7 2,5 2,0 1,9

Bng 3 cho thấy: Từ năm 1990 đến năm 1993 chúng tôi không xác định được số bệnh nhân ĐK tử vong. Tỷ suất tử vong chuẩn trong các năm từ 1990-1998 dao động từ 1,7 đến 2,5, trung bình là 2,025 ± 0,334 (? = 95%). Tỷ lệ tử vong trong số bệnh nhân ĐK tính đến tháng 4/1999 là 3,7%.

Bng 4: Tử vong trong năm theo dõi (1/1999-12/1999)

Số bệnh nhân, Thời gian
 loại cn

	Tháng 1 đến tháng 4	Tháng 5 đến tháng 12
Động kinh cn lớn	0	4
Hội chứng West	0	1
Tổng	0	5

Bng 4 cho thấy trong năm theo dõi 1999 có 5 bệnh nhân ĐK tử vong, chiếm cao nhất so với kết quả hồi cứu số tử vong các năm từ 1990-1998.

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng ĐK

Bng 5 : Tuổi khởi phát ĐK tại Hà Tây

Độ tuổi khởi phát	Số bệnh nhân	Tỉ lệ(%)
<10	217	57,5
10-19	73	19,4
20-29	37	9,8
30-39	25	6,6
40-49	10	2,7
50-59	9	2,4
60-69	4	1,0
	>69	0,6
Tổng	377	100

Bng 5 cho thấy:Tỉ lệ khởi phát ĐK tỉ lệ nghịch với TKP, hệ số tương quan $r = -0,78$ ($p < 0,05$). -Tỉ lệ khởi phát cao nhất ở lứa tuổi dưới 10 tuổi (57,5%), thấp nhất ở lứa tuổi trên 69 tuổi (0,6%). Tuổi càng cao tỉ lệ khởi phát ĐK càng giảm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bng 6: Loại cn ĐK (n=354)

Loại cn	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
	Động kinh toàn thể :	265 74,8
- Co cứng co giật	224	84,5
- Vãng ý thức	18	6,8
- Tăng trương lực	3	1,1
- Mất trương lực	8	3,0
- Giật c	12	4,5
	Động kinh cục bộ :	76 21,5
- Cục bộ đn gin		

57	75
- Cục bộ phức tạp	19 25
- Cục bộ toàn thể hoá	44
Động kinh không phân loại	13
	3,7

Bng 6 cho thấy ĐK toàn thể chiếm tỉ lệ cao nhất (74,8%), trong đó 84,5% là ĐK cn lớn, ĐK vắng ý thức chiếm 6,8%. Động kinh cục bộ chiếm 21,5%, ĐK cục bộ đn gin chiếm tỉ lệ cao hn ĐK cục bộ phức tạp, 57,9% (44 trong 76 bệnh nhân) ĐK cục bộ toàn thể hoá thứ phát

Bng 7: Loại cn ĐK theo tuổi

Tuổi	Loại cn ĐK (%)			
	Cục bộ	Không phân loại	Toàn thể	
<10	32 (15,3)	12 (6,1)	162 (78,6)	206
10-19	18 (26,9)	0	49 (73,1)	67
20-19	7 (21,2)	0	26 (78,8)	33
30-39	7 (30,4)	0	16 (69,6)	23
Tổng số ở tuổi dưới 40	64 (19,4)	12 (3,7)	253 (76,9)	329
40-49	4 (40)	0	6 (60)	10
50-59	5 (55,5)	0	4 (45,5)	
>59	3 (50)	1	2 (33,3)	6
Tổng số ở tuổi trên 40	12 (48%)	1 (4%)	12 (48%)	

Bng 7 cho thấy có sự khác biệt về loại cn ĐK ở các độ TKP. TKP nhỏ ĐK toàn thể chiếm ưu thế, TKP cao ĐK cục bộ chiếm ưu thế.

Động kinh cn lớn chiếm tỉ lệ cao nhất (76,9%) ở độ TKP dưới 40. Động kinh cục bộ cao chiếm tỉ lệ cao nhất ở độ TKP trên 40 tuổi. Không có sự khác biệt về tỉ lệ ĐK không phân loại ở nhóm TKP trên và dưới 40.

Bng 8 : Yếu tố nguyên nhân gây ĐK tại Hà Tây (n=354)

YTNN	Số bệnh nhân		Tỉ lệ (%)
Không rõ nguyên nhân	215	60,7	
Có YTNN	139	39,3	

-Chấn thương sọ n o

16	11,5		
-Yếu tố gia đình	38	27,3	
-Tai biến mạch máu não	15	10,8	
-Nhiễm khuẩn thần kinh	43	30,9	
-Tổn thương não chu sinh			
26	18,7		
-Rượu	1	0,8	

Bng 8 cho thấy ĐK không xác định được YTNN chiếm tỉ lệ cao (60,7%). Nhiễm khuẩn thần kinh là nguy c cao nhất (30,9%), tiếp theo là yếu tố gia đình và tổn thương não chu sinh. Tai biến mạch máu não đứng thứ năm trong số các nguyên nhân

4. Bàn luận

4.1 Một số chỉ số dịch tễ ĐK

4.1.1. Tỉ lệ hiện mắc (TLHMĐK)

Theo kết qu của chúng tôi (bng 1) TLHM ĐK ở tỉnh Hà Tây là:4,6% nếu chỉ tính ĐK hoạt động, là 4,9% nếu tính c ĐK hoạt động và ĐK lui bệnh. Tỉ lệ này gấp 7 lần so với số liệu của trung tâm qun lí ĐK Hà Tây cùng thời kì. Theo Ngô Quang Trú TLHM bệnh ĐK ở Thái Nguyên gần 1,7% thấp hn nhiều so với kết qu của chúng tôi. Tuy nhiên phưng pháp nghiên cứu của chúng tôi (tại cộng đồng) khác với nghiên cứu của Ngô Quang Trú (tại trung tâm qun lí ĐK.) nên kết qu cũng khác nhau. Với cùng một phưng pháp nghiên cứu dịch tễ ĐK tại cộng đồng, TLHM ĐK ở Hà Tây tương tự Trung Quốc thấp hn Tanzania (10,2%) cao hn vùng Ilan-Đài Loan (2,4%) và Singapore. So với các nước phát triển, TLHM ĐK trong nghiên cứu dịch tễ có thể cao hn hoặc thấp hn kết qu của chúng tôi: Australia là 7,5%, ý là 3,2%. So với phưng pháp hồi cứu dữ liệu, TLHM ĐK tại Hà Tây thấp hn một số nghiên cứu, nhưng cao hn kết qu của Graaf, Hart ghi nhận từ 3,5% đến 4,5%. Sự khác biệt TLHM ĐK giữa các nghiên cứu do nhiều nguyên nhân, trong đó phưng pháp nghiên cứu đóng vai trò quan trọng. Sự khác nhau trong định nghĩa ĐK, cách xác định ĐK...đóng góp vào sự khác biệt này. Theo Goodridge, nếu tính c số người có cn ĐK trong đời TLHM ĐK là 20,3%, nếu tính c ĐK lui bệnh và bệnh nhân đang điều trị sẽ là 10,5%, nếu chỉ tính ĐK hoạt động TLHM ĐK sẽ chỉ còn 5,3%. Tại Hà Tây TLHM ĐK ở nam cao hn nữ ở hầu hết các độ tuổi (bng 1). Nghiên cứu ĐK tại các bệnh viện của Hoàng Khánh, Dũng Minh Thu, Bharucha cũng tương tự. Rwiza cho kết qu ngược lại: nữ mắc ĐK nhiều hn nam. Attia-Romdhane không thấy có sự khác biệt giữa nam và nữ. Hauser và Kurland nhận thấy nam mắc nhiều hn nữ ở năm 1955 và sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghi thống kê trong năm 1968. Một số tác gi cho rằng yếu tố tai nạn nghề nghiệp, tai biến mạch máu não góp phần làm cho TLHM ĐK ở nam giới cao hn nữ.

TLHM ĐK theo tuổi

TLHM ĐK cao nhất ở nhóm tuổi <10 (7,8%), tiếp đến là nhóm <20, gim dần ở các nhóm tuổi tiếp sau, và có xu hướng gia tăng ở nhóm tuổi>50. Kết qu của chúng tôi phù hợp với hầu hết các nghiên cứu khác. Các tác gi Mendiazabal, Rwiza, attia-Romhane thấy TLHM ĐK đỉnh cao ở nhóm tuổi 20 đến 39, cao tuổi hn nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt về TLHM ĐK ở các nhóm tuổi, với xu hướng gim dần khi tuổi tăng lên, có thể phn ánh sự lui bệnh của ĐK, hoặc có thể phn ánh tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân ĐK cao hn tỉ lệ tử vong

chung của cộng đồng. TLHM cao nhất <20 tuổi và gim dần >40 tuổi ở các nước đang phát triển có thể liên quan tới cấu trúc dân số và kh năng bỏ sót bệnh nhân ở lứa tuổi cao.

4.1.2. Tỷ lệ mới mắc ĐK (TLMMĐK) tại Hà Tây

Kết qu của chúng tôi cho thấy TLMM ĐK ước tính hàng năm dao động trong khong từ 17/100.000dân/ năm đến 57/100.000dân/năm, trung bình là 31,6 ± 9,8/100.000 dân/năm. Hauser và Kuland nhận thấy TLMM ĐK tăng từ 86/100000 dân/năm đến 210/100000dân/năm ở Rochester từ năm 1935-1964. Trong năm 1945 đến 1967 TLMM ở Rochester gim còn 65/100000dân/năm. Số mới mắc ĐK có xu hướng tăng dần ở Hà Tây có phn ánh thực sự tình hình mới mắc ĐK hay không cần phi được xem xét kĩ lưỡng. Chúng tôi đồng ý với nhận định của Zienlinski cho rằng một số bệnh nhân ĐK sau một thời gian đ lui bệnh, hoặc tử vong bị bỏ sót trong giai đoạn sàng tuyển. Hn nữa phưng pháp nghiên cứu hồi cứu khó bo đm tính chính xác khi hồi cứu TLMM ĐK trong các năm do một số bệnh nhân mắc ĐK lâu năm khó xác định chắc chắn năm khởi phát.

4.1.3 Tỷ lệ tử vong (TLTV)

Tỷ lệ tử vong trong số bệnh nhân ĐK ở Hà Tây từ 1993 đến 4/1999 là 3,7% thấp hn so với số liệu ở Ethiopia (6,3%) Tỷ lệ tử vong chuẩn trung bình từ 1993 đến tháng 4/1999 tại Hà Tây là 2,025 ± 0,334 (±=95%) tương tự kết qu của Zienlinski và Kleneman. Thấp hn nghiên cứu của các tác gi Nashep (5,1) và Bharucha (7,8). Theo Cookerell “Tỷ lệ tử vong chuẩn của ĐK nguyên phát tăng chứng tỏ ĐK, chính nó, cũng chứa đựng nguy c tử vong “. Trong năm 1999 (năm theo dõi) có 5 bệnh nhân ĐK tử vong ở Hà Tây, nhiều nhất so với các năm trước vì vậy theo chúng tôi số bệnh nhân tử vong thực sự tại Hà Tây có thể chưa được ghi nhận đầy đủ do dữ liệu lưu trữ về tử vong nghèo nàn. Vì hạn chế này tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi có thể chưa phn ánh thật đầy đủ tỷ lệ dịch tễ học về tử vong ĐK ở thời điểm 1999.

4.2. Một số đặc điểm lâm sàng ĐK tại cộng đồng dân cư Hà Tây

4.2.1. Tuổi khởi phát ĐK (TKP)

Tỷ lệ khởi phát cao nhất (57,5%) ở lứa tuổi <10, gim dần ở các lứa tuổi sau, và thấp nhất (0,6%) ở lứa tuổi >70. Tỷ lệ khởi phát ĐK tỷ lệ nghịch với tuổi. Kết qu của chúng tôi phù hợp với hầu hết các tác gi. Với cùng phưng pháp điều tra, Tekle -Haimanot và Koul cho thấy tỷ lệ khởi phát ở lứa tuổi <15 chiếm trên 60%. Hai phần ba bệnh nhân ĐK của Graff khởi phát trước tuổi 20. Động kinh triệu chứng cấp tính nhiều nhất ở lứa tuổi <1, và đến năm 5 tuổi 14% bệnh nhân này phát triển thành ĐK. Một số ĐK có đặc điểm khởi phát <15 tuổi như ĐK vắng ý thức, ĐK lành tính với kịch phát Rolando, ĐK cn lớn lúc ngủ dậy... Các yếu tố này làm tăng kh năng mắc ĐK ở tuổi <20. Một số nghiên cứu ghi nhận khong 2% đến 2,5% khởi phát ĐK >50 tuổi, thấp hn nghiên cứu của chúng tôi. Một số nghiên cứu ở các nước phát triển cho thấy tỷ lệ khởi phát ĐK ở người >50 tuổi cao hn. Tuổi thọ trung bình ở Việt Nam thấp hn ở các nước phát triển nên sự tăng tỷ lệ mới mắc ĐK ở lứa tuổi >50 khó so sánh chính xác.

4.2.3. Loại cn ĐK

Trong nghiên cứu của chúng tôi ĐK toàn thể chiếm 74,8% (trong đó ĐK cn lớn chiếm 84,5%) ĐK cục bộ chiếm 21,5%, và ĐK khong phân loại là 3,7%. Nghiên cứu ĐK tại bệnh viện ở Việt Nam nhiều tác gi ghi nhận ĐK toàn thể chỉ chiếm khong 50,1% đến 60%. Tuy nhiên do phưng pháp và mẫu nghiên cứu khác nhau nên kết qu cũng có thể

không giống nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả Reggio. Attia-Romdhane ghi nhận tỉ lệ ĐK toàn thể cao hơn hẳn (90%). Động kinh cơn lớn chiếm tỉ lệ cao nhất trong các loại ĐK toàn thể. Có khoảng cách khá lớn giữa các nghiên cứu về tỉ lệ loại cơn này, dao động trong khoảng từ 30% đến 93%. Tỉ lệ ĐK vắng ý thức dao động trong khoảng 0,5% đến 11,5%. Các loại ĐK toàn thể khác thường chiếm dưới 5%. Sự khác biệt về tỉ lệ loại ĐK bị ảnh hưởng bởi phương pháp đánh giá các trường hợp và độ nhạy của bộ câu hỏi với các dạng ĐK. Các loại ĐK giật c, trướng lực, vắng ý thức thường ít đặc hiệu trong các bộ câu hỏi sàng lọc nên dễ bỏ sót bệnh nhân trong giai đoạn điều tra. Động kinh cơn lớn với các biểu hiện lâm sàng rõ rệt dễ nhận thấy và có nhiều nhân chứng chứng kiến nên khó để lọt bệnh nhân trong quá trình điều tra. Tỉ lệ cao ĐK cơn lớn trong nghiên cứu ở Hà Tây cũng phù hợp với lứa tuổi khởi phát và TLHM ĐK cao ở trẻ em dưới hai mươi tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi ĐK cục bộ chiếm 21,5%. Các nghiên cứu dịch tễ cho thấy ĐK cục bộ dao động trong khoảng 38% đến 60%.

Chẩn đoán ĐK dựa vào trình độ, kinh nghiệm của bác sĩ và chất lượng của thông tin cung cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bác sĩ chuyên khoa thần kinh tham gia chẩn đoán theo nhiều tầng và có sự hỗ trợ của điện não đồ đã góp phần làm giảm sai sót trong phân loại cơn ĐK.

4.2.4 Các yếu tố nguyên nhân (YTNN)

Các YTNN gây ĐK trong nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu dịch tễ ĐK khác chỉ mang tính chất là yếu tố nguy cơ. Khoảng 39,2% bệnh nhân ĐK có YTNN, 60,8% không tìm thấy nguyên nhân. Tỉ lệ ĐK có nguyên nhân ở Hà Tây phù hợp với nghiên cứu Thổ Nhĩ Kỳ, ý. Một số nghiên cứu cộng đồng ở Trung Quốc, Ecuador, Ethiopia ghi nhận tỉ lệ tìm thấy nguyên nhân ĐK dao động trong khoảng 13,7% đến 27%. Hầu hết các nghiên cứu dịch tễ ĐK tại cộng đồng không sử dụng phương tiện chẩn đoán hình ảnh, nên thực tế ĐK triệu chứng trong cộng đồng có thể cao hơn so với các kết quả nghiên cứu.

5. Kết luận

Tỉ lệ hiện mắc ĐK ở Hà Tây 4/1999 là 4,6‰ nếu chỉ tính ĐK hoạt động, 4,9‰ nếu tính cả ĐK hoạt động và ĐK lui bệnh. TLHMĐK ở nam (5,5‰) cao hơn nữ (3,7‰). Lứa tuổi <10 mắc ĐK chiếm tỉ lệ cao nhất (7,8‰) Tỉ lệ mới mắc trong năm điều tra (4/1998 đến 4/1999) là 59,8/100.000 dân/năm. Tỉ lệ tử vong chuẩn là 2,025 ? 0,334 (?=95%). Tỉ lệ khởi phát ĐK cao nhất (57,5%) ở lứa tuổi <10. 74,8% là ĐK toàn thể. 39,3% bệnh nhân ĐK có yếu tố nguy cơ có thể là nguyên nhân. So sánh với các nghiên cứu khác tỉ lệ mắc ĐK ở Hà Tây không quá cao, không quá thấp.

Tài liệu tham khảo:

1. Cao Tiến Đức (1994), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng ở 296 bệnh nhân động kinh, Luận văn tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
2. Hoàng Khánh Tình hình động kinh tại bệnh viện trung ương Huế, Y học thực hành, 7 (383), Tr. 81-2.
3. Ngô Quang Trúc và cs (1999) Nhận xét bệnh nhân động kinh điều trị ngoại trú tại Thái Nguyên, Chuyên đề thần kinh học, 1(3), Tr.32-34, Trường đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.

4. Attia-Romdhani N & et al (1993), Prevalence of epilepsy in Kelibia, Tunisia, *Epilepsia*, 35(5), pp.134-6.
5. Aziz.H & et al (1977), Epilepsy in Pakistan: A population based epidemiological study, *Epilepsia*, 35(5),pp.50-58.
6. Beran R.G et al (1998), Population prevalence of epilepsy in Sydney, Australia, *Neuroepidemiol*,1, pp201-8.
7. Bharucha N.E, et al (1988) Prevalence of epilepsy in Parsy community of Bombay, *Epilepsia*, 29,pp.111-15.
8. Cokerell O.C et al (1994) Mortality from epilepsy: Result from a prospective population based study, *Lancet*, 344(8927), pp.118-21.
9. Degaaf A.S (1974), Epidemiological aspect of epilepsy in Norway, *Epilepsia* , 15, pp.291-99.
10. Delacourt et al (1996), Prevalence of epilepsy in the elderly: The Rotterdam study, *Epilepsia*, 37 (2),pp.141-7.
11. Forgren L et al (1996), Influence of epilepsy on mortality in mental retardation. An epidemiological study, *Epilepsia*, 37(10), 950-63.
12. Gomez J.G et al (1978), Prevalence of epilepsy in Bogota Colombia,*Neurology*,28(10), pp90-4.
13. Goodridge D.M.G, Shorvon S.D (1983), Epilepsia in a population of 6000.Demography, diagnosis and classification, *B-M-J*, 278,pp 641-44.
14. Graff A.S(1974), Epidemiological of epilepsy in Northern Norway, *Epilepsia*, 15, pp .291-9.
15. Granieri E et al (1983), A descriptive study of epilepsy in the district of Coppaco Italia, , *Epilepsia*, 24, pp. 502-14.
16. Harvey A.S (1993), Community based study of mortality in children with epilepsy, , *Epilepsia*, 34(4), pp. 597-603.
17. Hart Y.M, Shorvon S.D (1995), The nature of epilepsy in the general population I: Characteristic of patient receiving medication for epilepsy, , *Epilepsia*, 21(10), pp. 43-9.
18. Hauser W.A, Kurland L.T (1995), Epidemiology of epilepsy in Rochester Minnesota, 1935 through 1967, , *Epilepsia*, 16, pp 1-66.
19. Hauser W.A (1994) The prevalence and incidence of convulsive disorder in children, , *Epilepsia*, 35(2), pp1-6.
20. International League Against Epilepsy (1993), Guideline for epidemiological study on epilepsy, *Epilepsia*, 34(4), pp. 592-96.
21. International League Against Epilepsy (1993), The epidemiological of epilepsy: future direction, *Epilepsia*, 38(5), pp. 614-8.
22. Klenerman P, Sander J.W (1993), Mortality in patient with epilepsy: A study of patient in long term residential care, *J neuro Neurosurg Psychiatry*, 56(2), pp. 149-52.
23. Koul R et al (1988), Prevalence and pattern of epilepsy (Lath, Mirgi, Laran) in rural Kashmir, India, *Epilepsia*, 29,pp. 116-22.
24. Li. S et al (1985), Epidemiology of epilepsy in urban areas of the People' Republic of China, 26(5), *Epilepsia*, pp. 391-4.

25. Mendiazabal J.E, et al (1996) Prevalence of epilepsy in arural pupolation in Guatemala, *Epilepsia*, 37(40), 373-6.
26. Nicoletti A et al (1999), Prevalence of epilepsy in BIlivia : A door to door survey, *Neurology* 53(9), 2064-9.
27. Placencia et al (1994), A large scale study of epylepsy in Ecuador: Methological aspect. *Neuroepidemiology*, 11 pp. 78-84.
28. Reggio A et al (1996), Prevalence of epilepsy: A door to door survey in Sicinlian community of Riposto, *Ital-J-Neurol-Sci*, 17(2), pp.147-51.
29. Riwza H.T (1992), prevalence and incidence of epilepsy in Ulanga, Arural Tanzanie district: Acoomunity based study, , 36(6), pp. 1051-6.
30. Shorvon S.D (1990), Epidemiology, classification, natural history and genetic of epilepsy, *The Lancet* , 8707 (336), pp. 93-6.
31. Stephen L.J et al (2000), Epilepsy in elderly people, *Lancet*, 355 (9213), pp. 1441-6.
32. Zienlinski (1974), Epidemiology and medical, Social problems of epilepsy in Wasaw, the final report.

Chúng tôi xin chân thành cm n Uỷ Ban Nhân dân tỉnh Hà Tây, Sở Khoa học Công nghệ và Môi trường tỉnh Hà tây đ tài trợ kinh phí cho đề tài. Xin chân thành cm n các Bác sĩ cao học khoá 6 Nội Thần kinh Học viện Quân Y, các bác sĩ, y sĩ Trung tâm y tế dự phòng và bệnh viện tỉnh Hà Tây đ cùng tham gia thực hiện đề tài.

Mục cùng chia sẻ: Trong quá trình tiến hành nghiên cứu động kinh tại cộng đồng tôi nhận thấy có một số vướng mắc sau xin nhờ các đồng nghiệp cho ý kiến:

1/ Theo định nghĩa động kinh, trên lâm sàng chúng ta không dễ dàng chẩn đoán cn rối loạn (có hay không co giật) có nguồn gốc n o. Trong nghiên cứu tại cộng đồng chúng ta có thể lẫn chẩn đoán bởi phưng tiện chẩn đoán nghèo nàn va/hoặc biểu hiện phức tạp của cn động kinh. Theo ý kiến của đồng chí đặc điểm gì là dấu hiệu quan trọng nhất của động kinh không tính đến điện n o?

2/ Trong nghiên cứu chúng tôi đ thực hiện một thử nghiệm tại cộng đồng nhằm xác định độ nhạy (Se) và độ đặc hiệu (Sp) của bộ câu hỏi. Phưng thức đánh giá Sp, Se đòi hỏi “chuẩn vàng”. Theo đúng định nghĩa động kinh chuẩn vàng sẽ là: lâm sàng + điện n o. Tuy nhiên chúng ta đều biết nếu ghi điện no qua da đầu thông thường có thể không thấy kích phát động kinh trên nhiều bệnh nhân động kinh thực sự . Vậy nên trong trường hợp này chuẩn vàng được xác định là gì?

3/ Thử nghiệm đánh giá Sp, Se tại cộng đồng cho kết qu Se, Sp thấp hn so với phưng pháp xác định Sp,Se bằng thử nghiệm trên các bệnh nhân tại bệnh viện. Đó là do bệnh nhân động kinh tại bệnh viện thường là loại động kinh nặng. Như vậy điều tra tại cộng đồng nên sử dụng bộ câu hỏi với Sp, Se được xác định bằng thử nghiệm tại cộng đồng hay trong bệnh viện?

Mọi thông tin xin gửi về: Ts.Bs Nguyễn Thuý Hường, Khoa Khám giám định tổng hợp,
Viện Giám định Y khoa Trung ương, Hoàn Kiếm hà Nội.

Email: thuy ntm @ yahoo.com

Xin chân thành cảm ơn!