

SĂN SÓC ĐIỀU TRỊ TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO: LỢI ÍCH CỦA ĐƠN VỊ ĐỘT QUY - THỰC TRẠNG VÀ TRIỂN VỌNG

Lê Văn Thành*

Dựa trên cơ sở của nhiều nghiên cứu mới đây (Hankey và Warlow, 1999) cho thấy Tai Biến Mạch Máu Não (TBMMN) đứng hàng thứ ba của nguyên nhân tử vong và đứng thứ nhất trong các nguyên nhân gây tàn tật. Tại các nước phát triển, mỗi một năm tính ra cứ một triệu dân sẽ có : 2400 bệnh nhân TBMMN cần đến sự săn sóc và điều trị, trong đó gồm :

- 1.800 mới mắc bệnh
 - 600 là bệnh nhân cũ tái phát
- 500 bệnh nhân mắc thiếu máu thoáng qua.

Trong 2.400 bệnh nhân

- Trong tháng đầu tử vong 480 ca (20%)
- Trong một năm đầu : tử vong 700 ca (29%)
- Sống phụ thuộc 600 (25%)
- Tự phục vụ độc lập 1.100 (46%)

Như vậy số bệnh nhân sống sót là 1.700 sẽ bổ sung vào số bệnh nhân của những năm trước còn đang sống ta có 12.000 cho một triệu dân. Nếu áp dụng những tỷ lệ này cho dân số của toàn quốc và TP. Hồ Chí Minh chúng ta có :

- Toàn quốc :

81 triệu x 2.400= 194.444 bệnh nhân

- TP. Hồ Chí Minh :

6 triệu x 2.400= 14.400 bệnh nhân

- Theo kết quả điều tra dịch tễ tại 3 Thành phố của miền Nam trong đó có TP.HCM của chúng tôi năm 1996 , tỷ lệ bệnh toàn bộ, 6,06 cho một nghìn hay 6.060 bệnh nhân cho 1 triệu dân

Với TP.HCM 6 triệu dân

- Số bệnh nhân mới mắc : 14.400
- Số bệnh nhân đang sống : 36.360

NHỮNG CƠ SỞ KHOA HỌC CỦA TỔ CHỨC NHẬN TRÁCH NHIỆM ĐỐI VỚI TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Theo M. Hommel từ đầu 1970 người ta đã thiết lập một số đơn vị Thần kinh Mạch máu (ĐVTKMM), tới giữa 1985 bắt đầu so sánh kết quả giữa cách điều trị cũ với ĐVTKMM, kết quả không rõ, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên làm đối tượng của những phân tích biến (Hommel et al., 1991 ; Hommel et al., 1999), sự hợp tác Cochrane (Hommel et al., 1999 ; Langhorne et Dennis, 1999).

Những kết quả phân tích biến của 19 thử nghiệm ngẫu nhiên, đánh giá nghiên cứu dựa vào 3 tiêu chuẩn :

- Tử vong khi chấm dứt nghiên cứu hoặc một năm sau đó ;
- Tử vong hoặc đang ở trong các cơ sở điều trị với thời gian dài.
- Tử vong hoặc sự phụ thuộc, dựa vào thang điểm Rankin và chỉ số Barthel.

Các kết quả được nêu trong những mục sau.

LỢI ÍCH MANG LẠI TỪ NHỮNG ĐƠN VỊ TKMN

- Cho bệnh nhân TBMMN một cơ may to lớn là sống sót và sự hồi phục, cải thiện chức năng cuộc sống, làm lại nghề cũ có thể kéo dài 10 năm sau.

- Về lâu dài giảm được nguy cơ tái phát và mức độ tàn tật.

- Nhờ có đội ngũ bác sĩ có kinh nghiệm họ giảm thiểu các chẩn đoán sai, tránh những chỉ định thăm dò thiếu chính xác.

- Là nơi có tư cách đáng tin cậy về các nghiên cứu lâm sàng, thử nghiệm thuốc và các phương pháp điều trị mới.

* GS Ts; Trung Tâm Đào Tạo & Bồi Dưỡng Cán Bộ Y Tế TP. Hồ Chí Minh

- Một phương pháp điều trị mới ly giải cục huyết, người ta dùng rt – PA.

Chất này được dùng tại Hoa Kỳ nhiều năm trước, nhưng với Châu Âu và Pháp vì nhiều lý do họ thận trọng và mới chỉ được sử dụng 3 năm trở về đây khi biết chắc hiệu quả và mặt yếu của nó, đây là sự nghiêm túc đáng học tập, áp dụng chỉ được thực hiện tại các Đơn vị TKMM, thuốc này giảm được 30% nguy cơ tử vong hoặc sự phụ thuộc, nhưng rt – PA cũng là nguy cơ xuất huyết não.

Theo những thống kê đã trình bày : 1.000.000 dân mỗi năm có 2.400 bệnh nhân TBMMN cần điều trị.

* Cứ 20 bệnh nhân được điều trị sẽ có tránh được 1 ca tử vong. Vậy 2.400 bệnh nhân được điều trị sẽ tránh được 120 ca tử vong hoặc sống phụ thuộc.

* Nếu được áp dụng rt-PA ở 3 giờ đầu thì 7 bệnh nhân điều trị sẽ giảm được 1 ca tử vong hoặc sống phụ thuộc, số được điều trị chỉ chiếm khoảng 10% số bệnh nhân nhập viện.

Vậy phương pháp điều trị này tránh được tử vong hoặc sống phụ thuộc là 34 ca cho 1.000.000 dân.

Lợi ích to lớn của ĐVTKMM và có áp dụng điều trị bằng rt- PA, Hội thần kinh Mạch máu Pháp quốc tính ra cho 66 triệu dân.

* Riêng ĐVTKMM làm giảm TV hoặc sống phụ thuộc 7.920 người

* Nếu có áp dụng rt-PA sẽ giảm thêm 2.244 người

Tổng Cộng 10.144 Người

LỢI ÍCH VỀ KINH TẾ

TBMMN là một gánh nặng cho gia đình và xã hội, ở Việt Nam chúng ta chưa có một điều tra cụ thể về vấn đề này.

Thống kê của Hoa Kỳ : Điều trị TBMMN chiếm 4, 5% ngân sách về sức khỏe của đất nước (Hommel, et al., 1999). Bệnh nhân TBMMN chiếm 12% số giường điều trị.

VỀ PHƯƠNG DIỆN KINH TẾ

Theo phân tích biến của nghiên cứu Cochrane chứng minh cứ 100 bệnh nhân được điều trị tại ĐVTKMM sẽ rút ngắn được 26 ngày điều trị.

Việc chẩn đoán đúng tránh được những chi phí của các phương pháp thăm dò sai, điều trị không đúng và lãnh phí, cũng giảm được chi phí.

Cả hai vấn đề trên giảm được 1/4 chi phí cho điều trị.

LỢI ÍCH VỀ NGHIÊN CỨU VÀ GIẢNG DẠY

Nơi đào tạo các Bác sĩ chuyên khoa về bệnh lý Thần kinh Mạch Máu, nơi đào tạo và thực tập của các học viên cao học và nghiên cứu sinh.

Nơi có nhiều đề tài để nghiên cứu như dịch tễ, sinh lý bệnh, phương pháp phòng ngừa và thứ phát, nơi thử nghiệm và áp dụng những phương pháp điều trị mới của thế giới. Nơi lưu trữ các dữ liệu liên quan đến bệnh lý mạch máu não.

BÀN LUẬN

Thực trạng về điều trị TBMMN của TP.HCM hiện thời là đa số bệnh nhân được điều trị tại các cơ sở Bệnh viện đa khoa huyện, quận.

Các cơ sở điều trị tích cực của các bệnh nhân đa khoa của một số bệnh viện có Khoa Thần Kinh thu nhận điều trị TBMMN cấp nằm chung trong khu cấp cứu các bệnh thần kinh như viêm não, viêm tủy, viêm màng não, v.v... Riêng Bệnh viện 115 đã bước đầu thành lập đơn vị Đột Quy (ĐVDQ) từ năm 2000 đang từng bước củng cố và phát triển.

Chúng tôi muốn bàn về cách tổ chức và danh xưng, theo các tài liệu sách vở của các nước phát triển họ cũng chưa thống nhất.

Ở Pháp đề nghị Đơn vị Thần kinh mạch máu, nhưng trong lúc triển khai lại tách rõ hai đơn vị : Đơn vị săn sóc tích cực mạch máu TK (ĐVSSTC TKMM) và Đơn vị TKMM, cường độ và nhiệm vụ có những phần khác nhau.

Ở Hoa Kỳ đặt tên Đơn vị Đột Quy (Stroke Unit) nhưng Harry H. Mansbach nhấn mạnh tới ĐVDQ có nhiệm vụ điều trị TBMMN cấp và một đơn vị Phục hồi chức năng, sau này nên tích hợp. M. Z. Kareem và CS

đề nghị là Trung tâm TBMMN với nhiều mức độ, tổ chức.

Về cách tổ chức, nhiệm vụ và biên chế chi tiết cho việc tổ chức trách nhiệm về điều trị TBMMN chúng tôi đã in trong Nội San sinh hoạt KH của Hội TK KV TP.HCM lần 1 tháng 3/2003 nếu cần xin tham khảo. Từ tình hình thực tế chúng tôi đề nghị

Từng bước cải tiến dần để đi đến hoàn thiện một tổ chức trách nhiệm về săn sóc và điều trị TBMMN.

Ở Bệnh viện Đa khoa nên cử Bác sĩ Nội phụ trách học về săn sóc và điều trị TBMMN, nếu đã có Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh nên để chuyên trách vấn đề này.

Tại Bệnh viện đã có Khoa Thần kinh, nếu đủ biên chế nên chuyển nhiệm vụ điều trị TBMMN về cho Khoa.

Tại Khoa Thần kinh đã có bộ phận cấp cứu chung, nên khoanh thành một bộ phận chuyên về TBMMN, dần dần chuyên biệt hóa.

Như vậy tùy từng mức độ ta có thể quy định tên :Khu, Phòng (thuộc Khoa Thần Kinh), Khoa độc lập với khoa Thần kinh, Khoa độc lập có nhiều tiếp cận với các chuyên khoa khác, v..v..

TP.HCM cần bao nhiêu giường điều trị cấp TBMMN ?

Theo số liệu trên đã chỉ dẫn :

1.000.000 dân sẽ có 2.400 bệnh nhân mới, 500 bệnh nhân có cơn thiếu máu thoáng qua.

Như vậy có 2.900 bệnh nhân đích thực, nhưng thực tế vẫn có 10% chẩn đoán nhầm, số bệnh nhân là 290. Tổng số sẽ là 290 bệnh nhân cần sự điều trị tích cực cho mỗi năm cho 1.000.000 dân.

TP.HCM có 6 triệu dân, số bệnh nhân sẽ là 19.140 bệnh nhân

KẾT LUẬN

Từ những kết quả của các nghiên cứu kể trên, cho thấy nhu cầu tổ chức các cơ sở điều trị cấp

TBMMN (tạm gọi là Đơn vị Đột Quy) là cần thiết, vì những lý do:

Giảm được tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tái phát , tỷ lệ di chứng phải phụ thuộc, số lớn làm lại được nghề cũ, cải thiện được chất lượng sống của bệnh nhân.

Về mặt kinh tế giảm được chi phí điều trị nhờ chẩn đoán điều trị đúng, rút ngắn thời gian điều trị.

Là nơi nghiên cứu lâm sàng, điều trị, nơi luôn phải tìm kiếm các phương pháp điều trị tiên tiến.

Nơi đào tạo các BS CK Thần kinh sâu về bệnh lý mạch máu, nơi đào tạo, thực tập cho cao học và nghiên cứu sinh thuộc các chuyên khoa khác, nơi tập trung các dữ liệu.

Đề ra phương thức điều trị dự phòng tiên phát và thứ phát với bệnh nhân TBMMN.

Là nơi liên kết với nhiều ngành chuyên khoa và với xã hội về TBMMN.

Nếu làm tốt việc này, ngay từ bây giờ chắc chắn chúng ta sẽ ngang hàng với khu vực và thế giới vì cơ sở vật chất kỹ thuật đã có và nhất là con người, TP.HCM có khoảng 200 BS CKTK một vốn quý báu. Vấn đề mang tính thời sự.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harry H. Mansbach (1997) Stroke Unit. Primer On Cerebrovascular Diseases pp 774 – 775 Academic Press.
2. F. Woimant et coll. Recommandation pour la création d'Unités Neuro – Vasculaires Rev. Neurol (Paris) 2001 ; 157 : 11 , 1447 – 1456
3. Hommel, A. Jallard, K. Garanbois. Unité neurovasculaire, filière et réseau de soins, quelles perspectives dans les accidents vasculaires cérébraux ? Rev. Neurol (Paris) 2002 ; 158 : 12, 11 (1156)
4. Lê Văn Thành, Lê Thị Lộc, Nguyễn Thị Hùng, Nguyễn Hữu Hoàn, Đào Tiến Xuân, Nguyễn Văn Thành, Phạm Minh Bửu. Les accidents vasculaire cérébraux au Sud Việt Nam : étude épidémiologique Rev. Neurol. (Paris) 1999 ; 155 : 2 ; 137 – 140.