

Đặt vấn đề

Động kinh là loại bệnh phổ biến ở các nước trên thế giới, Tổ chức Y tế thế giới ước lượng khoảng 8 trong 1000 người trên thế giới bị động kinh, khoảng 10% dân số sẽ có một cơn động kinh trong suốt cuộc đời.

Động kinh là vấn đề có ý nghĩa kinh tế - xã hội rất quan trọng. Vì là một bệnh mạn tính biểu hiện ở dạng hoạt động cơn, mà ở giai đoạn ngoài cơn bệnh nhân vẫn có thể sinh hoạt và tham gia các hoạt động xã hội bình thường, cho nên từ những năm đầu thế kỷ XX điều trị động kinh chuyển hướng từ các bệnh viện, các trung tâm sang hướng quản lý, điều trị động kinh chủ yếu tại cộng đồng. Tuy nhiên việc điều trị tại cộng đồng cũng có khó khăn riêng, đó là quản lý giám sát sự chấp hành y lệnh của bệnh nhân. Lợi ích và hiệu quả cũng như hạn chế của mạng lưới điều trị động kinh tại cộng đồng ở Việt Nam nói chung chưa có đánh giá cụ thể.

Các nghiên cứu bệnh động kinh ở cộng đồng sẽ cung cấp các dữ liệu làm phong phú thêm hiểu biết của con người về bản chất tự nhiên của động kinh, phản ánh nhu cầu khám chữa bệnh, làm cơ sở cho hoạch định kế hoạch chăm sóc sức khỏe, nâng cao hiệu quả quản lý, điều trị người bệnh và dự phòng các yếu tố nguy cơ làm giảm tỷ lệ mắc động kinh.

Ở Việt Nam công tác điều tra dịch tễ học nói chung và bệnh động kinh nói riêng luôn là việc đòi hỏi cần thiết, các nghiên cứu về bệnh động kinh tại cộng đồng dân cư chưa có nhiều. Trước khi tiến hành nghiên cứu này, mới chỉ có một số nghiên cứu dịch tễ bệnh động kinh, tất cả đều ở miền Bắc và chủ yếu ở vùng nông thôn. Tại Thành phố Hồ Chí Minh, một thành phố lớn với các đặc điểm kinh tế xã hội có những đặc trưng riêng, chưa có nghiên cứu về bệnh động kinh ở cộng đồng,

chúng tôi nhận thấy cần có thêm nguồn dữ liệu thực tiễn cho các nhà chuyên môn và các nhà quản lý có kế hoạch chủ động trong việc phòng ngừa, quản lý, điều trị động kinh để giảm thiểu đến mức thấp nhất hậu quả của bệnh gây ra. Vì vậy, câu hỏi nghiên cứu được chúng tôi đặt ra:

1. Tỷ lệ hiện mắc, tỷ lệ mắc mới bệnh động kinh trong cộng đồng người dân Quận 5 Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2019-2020 là bao nhiêu?
2. Tỷ lệ bệnh nhân động kinh được điều trị hết cơn tại Quận 5 Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2019-2020 là bao nhiêu?

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỷ lệ hiện mắc, tỷ lệ mắc mới của bệnh động kinh tại Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 7 năm 2020.
2. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh động kinh tại Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Đánh giá hiệu quả điều trị động kinh tại cộng đồng dân cư Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh.

Tính cấp thiết của đề tài:

Điều trị động kinh chủ yếu là tại cộng đồng. Dù đã có các phương pháp điều trị mới, nhưng vẫn có khoảng 40% người động kinh không đáp ứng với thuốc. Khoảng trống điều trị động kinh tại Hà Tây được báo cáo lên đến 85%. Do đó, xác định tỷ lệ hiện mắc động kinh trong cộng đồng và đánh giá hiệu quả điều trị động kinh thể hiện được tính cần thiết, thời sự, ý nghĩa khoa học và thực tiễn.

Những đóng góp mới của luận án:

Các kết quả nghiên cứu này là dữ liệu quan trọng giúp các đơn vị quản lý lên kế hoạch chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân động kinh tại

cộng đồng. Qua đó, nâng cao chất lượng sống của người bệnh động kinh

1. Tổng quan tài liệu

Động kinh là tình trạng bệnh lý ở não đặc trưng bởi sự phóng lực quá mức và đồng thời của các neuron ở não, biểu hiện lâm sàng bởi những cơn đột ngột, nhất thời và lặp lại.

Bệnh động kinh phụ thuộc vào các cơn động kinh, các cơn động kinh phụ thuộc vào nguồn gốc khu trú và sự lan truyền của hiện tượng phóng điện của các neuron. Một cơn duy nhất có thể gọi là động kinh.

Cơn động kinh là sự rối loạn kích phát từng cơn các chức năng hệ thần kinh trung ương do sự phóng điện đột ngột, ngắn, quá mức, đồng thời của các neuron vỏ não.

Tỷ lệ mắc mới động kinh:

Là trường hợp mắc động kinh trong cộng đồng (trong một khoảng thời gian) thường tính theo 100.000 người/năm.

Trong một tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp các nghiên cứu tỷ lệ mắc mới bệnh động kinh gộp chung là 61,4/100.000 người/năm (KTC 95% 50,7-74,4). Tỷ lệ mắc mới bệnh động kinh ở các nước thu nhập thấp và trung bình cao hơn ở các nước thu nhập cao, 139,0 (KTC 95% 69,4-278,2) so với 48,9 (KTC 95% 39,0-61,1). Điều này có thể được giải thích bởi cấu trúc khác nhau của các quần thể có nguy cơ và mức độ tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố nguy cơ chu sinh, tỷ lệ nhiễm trùng thần kinh trung ương cũng như chấn thương sọ não cao hơn trong các nước thu nhập thấp và trung bình. Tỷ lệ mắc mới bệnh động kinh cũng cao hơn ở các tầng lớp kinh tế xã hội thấp nhất trong các nước thu nhập cao. Sự khác biệt cũng có thể được giải thích bằng các vấn đề phương pháp, chẳng hạn như xác minh trường hợp

nghiêm ngặt hơn và loại trừ các cơn co giật có triệu chứng đơn lẻ và cấp tính trong một số nghiên cứu.

Tỷ lệ hiện mắc bệnh động kinh (Prevalence):

Là tỷ lệ giữa số bệnh nhân động kinh và dân số trong thời gian xác định, thường tính theo tỷ lệ phần trăm nghìn.

Theo Fiest và cộng sự, tỷ lệ động kinh hoạt động là 638/100.000 (KTC 95%, 557-730/100.000). Trong đó tỷ lệ ở những nước thu nhập thấp và trung bình là 668 (545–810/100.000) và ở những nước thu nhập cao là 549 (416–726/100.000, KTC 95%). Trong một số quần thể được chọn, các ước tính về tỷ lệ hiện mắc cũng khác nhau và có xu hướng cao hơn ở các cá nhân thuộc một số dân tộc nhất định, những người có sức khỏe kém và các đối tượng thiếu thốn về mặt xã hội.

Bệnh động kinh ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ

Ngoài cơn động kinh và các biến chứng liên quan mà tất cả bệnh nhân động kinh đều gặp phải, phụ nữ bị động kinh đòi hỏi một chiến lược quản lý toàn diện hơn có tính đến các nhu cầu về sức khỏe sinh sản. Do vậy, việc kiểm soát cơn động kinh tối ưu được khuyến nghị để đảm bảo sức khỏe và kết quả thai kỳ tích cực cho những phụ nữ này. Tuy nhiên, hầu hết các thuốc chống động kinh đầu tay được sử dụng thường quy ở một số nước thu nhập thấp và trung bình có thể làm giảm hiệu quả của các thuốc tránh thai hoặc tăng nguy cơ dị tật thai nhi nếu dùng trong thời kỳ mang thai. Do đó, một cách tiếp cận quản lý phù hợp được khuyến nghị cho phụ nữ bị động kinh và nên bao gồm các thành phần sau: đánh giá thường xuyên chế độ, liều lượng điều trị và các điều chỉnh nếu cần; tư vấn tránh thai và tư vấn trước khi mang thai; hỗ trợ tâm lý xã hội và can thiệp giảm kỳ thị để cải thiện lòng tin và chất lượng cuộc sống của họ.

Thực trạng quản lý và điều trị

- Khoảng trống điều trị đã được đề xuất như một thước đo để đánh giá khả năng tiếp cận và chất lượng chăm sóc cho những người mắc bệnh động kinh ở các quần thể khác nhau. Động kinh không được điều trị không chỉ dẫn đến tàn tật suốt đời và tử vong sớm mà còn gây ra sự kỳ thị xã hội và gánh nặng kinh tế cho mỗi quốc gia. Ở các nước châu Á, khoảng trống điều trị là từ 29-98% với đa số các quốc gia là từ 50-80%. Đặc biệt, khoảng trống điều trị ở các nước đang phát triển ở châu Á ước tính trung bình là 64%.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Đề tài được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Cộng đồng dân cư các khu phố, nghiên cứu trên địa bàn Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh.

Bệnh nhân động kinh được phát hiện sinh sống tại khu vực điều tra.

Địa bàn nghiên cứu đảm bảo là đại diện cho Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh về các mặt tự nhiên cũng như xã hội.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Tại 30 cụm (khu phố) ở 15 phường của Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2019 đến 7/2020.

2.3. Cỡ mẫu: cỡ mẫu tính theo công thức và bằng 31.245 người

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu cụm xác suất tỷ lệ theo cỡ mẫu, với 30 cụm trải đều trên địa bàn Quận 5.

2.4. Một số khái niệm và định nghĩa biến

2.5. Tiến trình thu thập dữ liệu nghiên cứu

Điều tra cắt ngang chia thành ba giai đoạn

Giai đoạn 1: Sàng lọc người nghi ngờ mắc động kinh tại cộng đồng

Giai đoạn 2: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, thăm khám chuyên khoa thần kinh và xác định động kinh, quá trình điều trị của bệnh nhân động kinh

Giai đoạn 3: Thu thập kết quả ghi điện não, kết quả chụp cộng hưởng từ hoặc cắt lớp vi tính não của bệnh nhân động kinh.

2.7. Phương pháp thu thập dữ liệu

Công tác chuẩn bị

Đại diện nhóm nghiên cứu sẽ liên hệ với Trung tâm Y tế Quận 5, làm việc với lãnh đạo chính quyền của 15 phường

Tập huấn về triệu chứng động kinh, phương pháp phát hiện các đối tượng nghi mắc bệnh động kinh cho các bác sĩ khám sàng lọc

Công tác sàng lọc

Chúng tôi điều tra theo phương pháp “gõ cửa từng nhà” (door to door), tại mỗi hộ gia đình, tất cả các thành viên đều được bác sĩ phỏng vấn trực tiếp, với trẻ dưới 16 tuổi chúng tôi lấy thông tin qua cha mẹ, người thân.

Công tác thu thập dữ liệu lâm sàng

Sau khi có danh sách những người nghi ngờ bị động kinh, những người này được phân ngẫu nhiên vào bàn khám của các bác sĩ chuyên khoa thần kinh.

Công tác thu thập dữ liệu cận lâm sàng

Nghiên cứu kết quả ghi điện não, kết quả chụp cộng hưởng từ não và các hồ sơ liên quan đến bệnh động kinh.

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

- Các số liệu giai đoạn sàng lọc được nhập và xử lý bằng phần mềm Google form, MS Excel SPSS 22.0.

Kiểm định mối liên quan (association) bằng kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher

- Các dự đoán khả năng động kinh đáp ứng kém với thuốc và việc tuân thủ điều trị chúng tôi dùng hồi quy logistic.

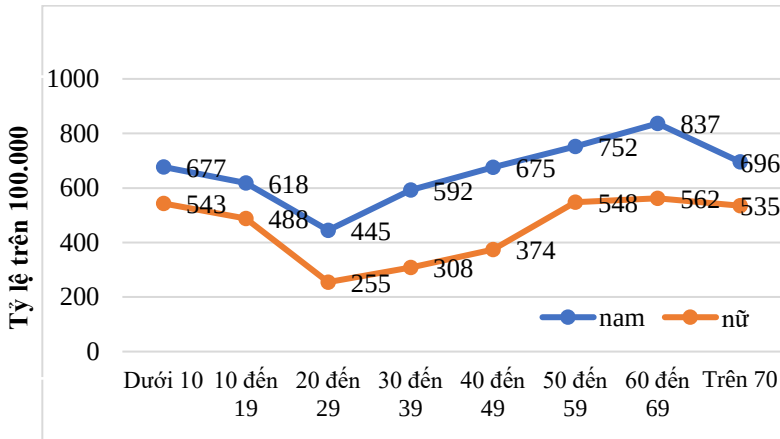
2.9. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học chấp thuận (cho phép).

3. Kết quả

Tại thời điểm nghiên cứu, Quận 5 có dân số 176.074 người, thu nhập đầu người tính theo thu nhập bình quân của TP. Hồ Chí Minh là 6.328 USD/người/năm.

3.1. Đặc điểm dịch tễ học

- Giới tính



Biểu đồ 3.1. Số bệnh nhân động kinh theo giới và độ tuổi

Trong 172 bệnh nhân động kinh, có 72 bệnh nhân nữ, tỷ lệ nữ bị động kinh là 438/100.000 và 100 bệnh nhân nam, tỷ lệ nam bị động kinh là 657/100.000. Tỷ lệ hiện mắc ở nam cao hơn ở nữ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$

Tỷ lệ hiện mắc

Sau khi khảo sát 31.675 người dân ở Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh nhân động kinh là 172 người, tỷ lệ hiện mắc động kinh là: 543/100.000 người, KTC 95%, tỷ lệ hiện mắc: 459–621/100.000

Tỷ lệ mắc mới

Cơn động kinh là biến cố lớn đối với người bệnh, vì vậy bệnh nhân và/hoặc gia đình sẽ nhớ rõ thời điểm có cơn đầu tiên, nhất là những bệnh nhân mới khởi phát. Chúng tôi tính tỷ lệ mắc mới trong một năm với những bệnh nhân có thời điểm khởi phát bệnh đến ngày điều tra là nhỏ hơn hoặc bằng 12 tháng. Kết quả thấy số bệnh nhân động kinh mới mắc là 15 bệnh nhân/1 năm, tỷ lệ mắc mới động kinh là: 47,4/100.000/năm, KTC 95%, tỷ lệ mắc mới là 23,4–71,3/100.000/năm

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Loại cơn động kinh

Áp dụng bảng phân loại cơn động kinh của Liên đoàn Chống động kinh quốc tế năm 2017, chúng tôi thấy bệnh nhân có cơn động kinh khởi phát toàn thể có 82 bệnh nhân, chiếm 47,7%, bệnh nhân có cơn động kinh khởi phát cục bộ có 73 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 42,4% và có 17 bệnh nhân động kinh có cơn không phân loại được, chiếm 9,9%.

Điện não đồ

Bảng 3.4. Kết quả điện não đồ (N = 172)

Kết quả điện não đồ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Dạng động kinh	29	16,9
Biến đổi không đặc hiệu	35	20,3
Bình thường	89	51,7
Không còn kết quả và không ghi lại	19	11,1

Kết quả chụp cộng hưởng từ não

Trong 172 bệnh nhân có 151 bệnh nhân chụp MRI não, tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh bất thường trên MRI não là 69/151, chiếm 45,7%.

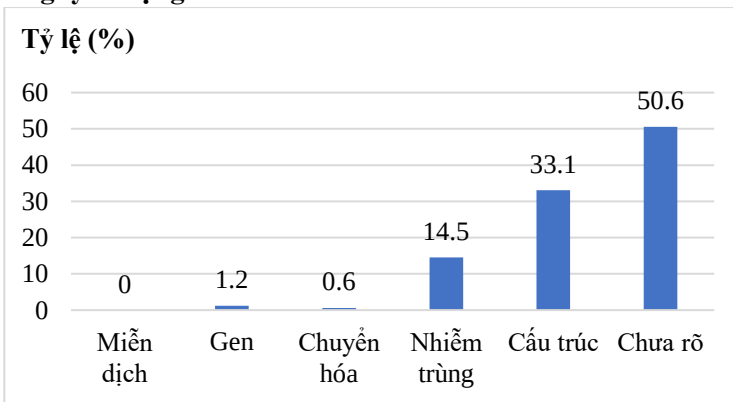
Có 21 bệnh nhân không đồng ý chụp MRI não.

Có 52 bệnh nhân, chiếm 30,2%, chưa từng được chụp MRI tính đến khi tiến hành nghiên cứu này.

Các tổn thương thường gặp trên hình ảnh MRI não là bệnh lý mạch máu não, chấn thương sọ não, u não.

Chúng tôi chia các hình ảnh tổn thương thành hai nhóm: Nhóm các tổn thương có khả năng gây động kinh là 53 trường hợp, chiếm 33,5%; nhóm ít có khả năng gây động kinh là 132 trường hợp, chiếm 66,5%.

Căn nguyên động kinh



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ nguyên nhân động kinh

Các yếu tố nguyên nhân gây động kinh thường gặp trong nghiên cứu này là nguyên nhân do cấu trúc, nhiễm khuẩn thần kinh trung ương. Nguyên nhân chưa rõ chiếm 50,6%. Những căn nguyên về gen chuyển hóa, chúng tôi thu thập dựa vào các kết quả cận lâm sàng, đơn thuốc hoặc giấy ra viện mà bệnh nhân hoặc gia đình còn lưu giữ.

3.3. Điều trị động kinh

Bảng 3.7. Tỷ lệ điều trị động kinh

Điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Điều trị bằng thuốc chống động kinh	140	81,4
Bỏ điều trị	23	13,4
Chưa điều trị	9	5,2
Tổng	172	100

Bệnh nhân động kinh điều trị bằng thuốc chống động kinh chiếm tỷ lệ cao nhất, động kinh chưa điều trị chiếm tỷ lệ rất ít, chỉ có 5,2%.

Bảng 3.9. Liệu pháp điều trị

Liệu pháp điều trị	Bệnh nhân động kinh (N = 163)	Bệnh nhân nữ 16 – 45 tuổi (N = 26)
Đơn trị liệu	112 (68,7%)	18 (69,2%)
Đa trị liệu	51 (31,3%)	8 (30,8%)

Trong số 163 bệnh nhân đã và đang được điều trị bằng thuốc chống động kinh, có 67 bệnh nhân quản lý điều trị tại trạm y tế phường, chiếm 41,1%, số còn lại điều trị tại các bệnh viện, phòng khám đa khoa, phòng mạch bác sĩ tư.

Thuốc điều trị:

Bảng 3.10. Tỷ lệ các thuốc chống động kinh

Nhóm thuốc	Tên thuốc	Số bệnh nhân (n = 140)			Tỷ lệ (%)
		Nam	Nữ	Nữ 16 – 45 tuổi	
Nhóm cổ điển	Valproate	55	36	10	65,0
	Phenobarbital	29	23	8	37,1
	Carbamazepine	12	10	4	15,7

	Oxcarbazepine	5	7	3	8,6
	Phenytoin	3	2	1	3,6
Nhóm thể hệ thứ 2	Levetiracetam	7	11	6	12,9
	Topiramate	4	3	2	5,0
	Lamotrigine	1	2	1	2,1
	Có 30% bệnh nhân dùng từ hai loại thuốc trở lên				

Kết quả điều trị

Bảng 3.11. Kết quả điều trị động kinh

Kết quả	Số bệnh nhân (n = 163)	Tỷ lệ (%)
Tốt (hết cơn)	58	35,6
Thuyên giảm cơn	82	50,3
Ít hiệu quả	23	14,1
Động kinh đáp ứng kém với điều trị	24	14,7

Tỷ lệ kết quả điều trị tốt và thuyên giảm cơn chiếm 85,9%, tỷ lệ ít hiệu quả với thuốc điều trị chống động kinh là 14,1%. Động kinh đáp ứng kém với điều trị chiếm 14,7%, các bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị nằm trong nhóm kém hiệu quả hoặc nhóm thuyên giảm cơn.

Tuân thủ điều trị

Chúng tôi sử dụng thang điểm Morisky để khảo sát tuân thủ điều trị ở 163 bệnh nhân động kinh tại Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh. Với mỗi câu trả lời là “Có” sẽ tính là 1 điểm.

- Kết quả tuân thủ điều trị cụ thể như sau:

Tuân thủ điều trị cao, điểm bằng 0 có 39 bệnh nhân, chiếm 23,9%.

Tuân thủ điều trị trung, bình điểm từ 1 đến 2 có 81 bệnh nhân, chiếm 49,7%.

Tuân thủ điều trị thấp, điểm lớn hơn hoặc bằng 3 có 43 bệnh nhân, chiếm 26,4%.

Bảng 3.13. Liên quan tuân thủ điều trị và một số đặc điểm
động kinh

	Bệnh nhân động kinh (N = 163)	Tuân thủ cao và trung bình	Tuân thủ thấp	P
Giới tính	Nam	75	23	0,23
	Nữ	45	20	
Thời gian điều trị	Dưới hoặc bằng 1 năm	17	2	P>0,05
	Trên 1 năm	103	41	
Phương pháp trị liệu	Đơn trị liệu	98	14	P=0,0001
	Đa trị liệu	22	29	
Hiệu quả điều trị	Hết cơn	49	9	P=0,0001
	Thuyên giảm cơn	62	20	
	Ít hiệu quả	9	14	

- Phân tích hồi quy đa biến với các biến: Tần số cơn trước điều trị, hiệu quả của thuốc chống động kinh đầu tiên và nơi quản lý bệnh động kinh:

Bảng 3.15. Phân tích hồi quy đa biến yếu tố dự đoán động kinh đáp
ứng kém với thuốc

Biến tiên lượng (N = 163)	Đơn vị so sánh	Tỷ số odds	KTC 95%	P
Tần số cơn trước điều trị	Trên 1 cơn/tháng	14,2	4,97 – 40,57	<0,001
Hiệu quả của thuốc động kinh đầu tiên	Đáp ứng kém	64,04	3,74 – 1095,53	<0,001
Nơi quản lý động kinh	Y tế phường	0,23	0,09 – 0,59	0,01

- Phân tích hồi quy đơn biến tuân thủ điều trị với: giới, thời gian điều trị, phương pháp điều trị, hiệu quả điều trị.

Bảng 3.16. Phân tích hồi quy đơn biến yếu tố dự đoán tuân thủ điều trị

Biến tiên lượng (N = 163)	Đơn vị so sánh	Tỷ số odds	KTC 95%	P
Giới tính	Nam	0,65	0,32 – 1,31	0,23
Thời gian điều trị	Dưới 1 năm	3,38	0,75 – 15,3	0,07
Phương pháp trị liệu	Đơn trị liệu	0,25	0,07 – 0,86	< 0,05
Hiệu quả điều trị	Hết cơn (cắt cơn)	0,3	0,17 – 0,54	<0,001
Loại cơn động kinh	Cơn khởi phát cục bộ	0,08	0,03 – 0,19	<0,001

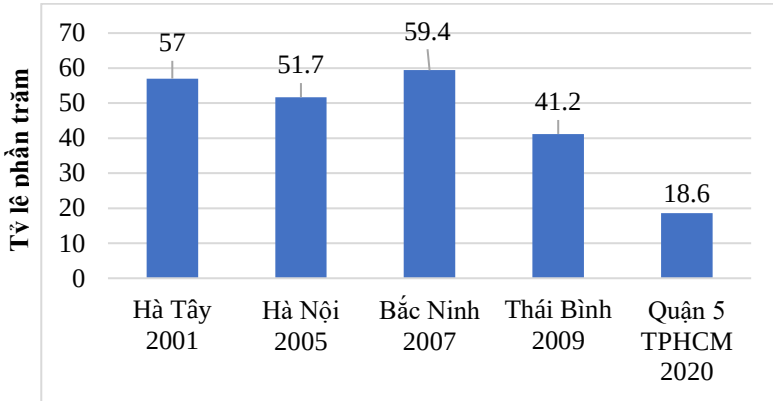
Bảng 3.17. Phân tích hồi quy đa biến yếu tố dự đoán tuân thủ điều trị

Biến tiên lượng (N = 163)	Đơn vị so sánh	Tỷ số odds	KTC 95%	P
Phương pháp trị liệu	Đơn trị liệu	0,23	0,06 – 0,83	0,01
Hiệu quả điều trị	Cắt cơn	0,29	0,16 – 0,53	< 0,001

Tiếp tục phân tích hồi quy đa biến dự đoán tuân thủ điều trị, tỷ số odds sau hiệu chỉnh, thấy rằng phương pháp đơn trị liệu và hiệu quả điều trị cắt cơn có tuân thủ điều trị cao hơn nhóm khác là 23% và 29%.

Khoảng trống điều trị

Khoảng trống điều trị theo nghiên cứu của chúng tôi là 18,6%.



Biểu đồ 3.6. Khoảng trống điều trị theo các nghiên cứu của Việt Nam

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm dịch tễ học

Tỷ lệ hiện mắc bệnh động kinh

Kết quả đề tài thực hiện điều tra khảo sát ở 31.675 người dân trong các độ tuổi, tỷ lệ hiện mắc là 543/100.000 dân (459-621/100.000, KTC 95%). Trong các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam, như nghiên cứu tại Thái Bình năm 2009 tỷ lệ hiện mắc động kinh là 566/100.000 dân; nghiên cứu tại huyện Gia Bình, tỉnh Bắc Ninh năm 2007, tỷ lệ hiện mắc động kinh là 840/100.000 dân; nghiên cứu tại Hà Nội năm 2005, tỷ lệ hiện mắc động kinh là 540/100.000 dân; nghiên cứu tại Hà Tây (nay là Hà Nội) năm 2001, tỷ lệ hiện mắc động kinh là 490/100.000 dân.

Tỷ lệ hiện mắc bệnh động kinh có sự khác biệt đáng kể giữa các quốc gia tùy thuộc vào các yếu tố nguy cơ và căn nguyên hoặc tỷ lệ

hiện mắc chỉ có động kinh hoạt động hay bao gồm cả các trường hợp đã thuyên giảm (tỷ lệ hiện mắc suốt đời). Như nghiên cứu của Fiest và cộng sự, tỷ lệ hiện mắc bệnh động kinh suốt đời là 760/100.000 dân (KTC 95% 617–938/100.000) và cao hơn ở các nước thu nhập thấp và trung bình (875/100.000; KTC 95% 723–1059/100.000) so với các nước thu nhập cao là 518/100.000 (KTC 95%, 375–715/100.000).

Tỷ lệ mắc mới

Trong một đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp các nghiên cứu tỷ lệ mắc mới động kinh 61,4/100.000 người/năm (KTC 95% 50,7–74,4). Tỷ lệ mắc mới động kinh ở các nước thu nhập thấp và trung bình là 139,0/100.000/năm (KTC 95% 69,4–278,2/100.000/năm) cao hơn ở các nước thu nhập cao là 48,9/100.000 (KTC 95% 39,0–61,1/100.000/năm). Điều này có thể được giải thích bởi cấu trúc khác nhau của các quần thể có nguy cơ và mức độ tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố nguy cơ thời kỳ chu sinh, tỷ lệ nhiễm trùng thần kinh trung ương và chấn thương sọ não ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Tỷ lệ mắc mới bệnh động kinh cũng cao hơn ở các tầng lớp kinh tế xã hội thấp nhất trong các nước có thu nhập cao với cùng một nhóm dân số. Sự khác biệt cũng có thể được giải thích bằng các vấn đề phương pháp, chẳng hạn như xác minh trường hợp nghiêm ngặt hơn và loại trừ các cơn co giật có triệu chứng đơn lẻ và cấp tính trong một số nghiên cứu.

Ở nghiên cứu này, chúng tôi xác định tỷ lệ mắc mới bằng cách lựa chọn những bệnh nhân động kinh có thời gian khởi phát bệnh trong vòng 12 tháng, tính đến ngày điều tra nghiên cứu sẽ được lấy ra để tính tỷ lệ mắc mới. Kết quả chúng tôi thấy tỷ lệ mắc mới động kinh là 47,4/100.000/năm (KTC 95% 23,4–71,3/100.000/năm). Cũng theo cách tính tỷ lệ mắc mới này, các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam,

tỷ lệ mắc mới bệnh động kinh trong nghiên cứu tại Hà Tây (nay là Hà Nội) năm 2001 là 59,8/100.000/năm; nghiên cứu tại Hà Nội năm 2005 là 2,9/100.000/năm; nghiên cứu tại Thái Bình năm 2009 là 67,8/100.000/năm.

Ở những nước thu nhập thấp và trung bình, tỷ lệ động kinh cao nhất ở trẻ em; điều này có thể là kết quả của việc nhận thức không đầy đủ về các biện pháp chăm sóc sức khỏe ban đầu của những bậc cha mẹ cũng như cơ cấu nhân khẩu học của đất nước đó.

Nhiều tác giả cho rằng, ngoài việc phát hiện và điều trị kịp thời động kinh, tỷ lệ mắc mới còn phụ thuộc vào việc chăm sóc y tế tốt hay không đối với những yếu tố nguy cơ như nhiễm trùng thần kinh, chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não... Điều này một lần nữa giải thích cho tỷ lệ mắc mới động kinh thấp hơn ở các nước phát triển so với những nước kém phát triển và đang phát triển.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Loại cơn động kinh

Theo phân loại động kinh năm 2017 của Liên hội Chống động kinh quốc tế, trong số 172 bệnh nhân động kinh, có 82 (47,7%) bệnh nhân động kinh khởi phát toàn thể, 73 (42,4%) bệnh nhân động kinh khởi phát cục bộ, 17 (9,9%) bệnh nhân động kinh không rõ khởi phát.

Tỷ lệ các loại cơn động kinh ở Mỹ (1993) cơn cục bộ chiếm 57%, toàn thể chiếm 40%, không phân loại chiếm 3%; Tại Iceland (2005) cơn cục bộ chiếm 40%, cơn toàn thể chiếm 58%, cơn không phân loại chiếm 2%; Tại Ethiopia (1997), cơn cục bộ chiếm 20%, cơn toàn thể chiếm 69%, cơn không phân loại chiếm 11%.

Ở trong nước, nghiên cứu động kinh ở cộng đồng như nghiên cứu tại Hà Nội (2005), cơn cục bộ chiếm 14,6%, cơn toàn thể chiếm 81,3%, cơn không phân loại chiếm 4,1%. Nghiên cứu tại Thái Bình (2009),

cơ cục bộ chiếm 24,1%, cơ toàn thể chiếm 69,4%, cơ không phân loại chiếm 6,5%. Tuy nhiên, các nghiên cứu này ở thời điểm áp dụng hướng phân loại động kinh năm 1981 của Liên hội Chống động kinh quốc tế.

Điện não đồ:

Ghi điện não là cận lâm sàng thường làm giúp cho việc chẩn đoán động kinh và các dạng sóng động kinh (cục bộ hay toàn thể).

Nghiên cứu của chúng tôi thấy 37,2% bệnh nhân có kết quả ghi điện não với các biểu hiện bất thường bao gồm hình ảnh kịch phát điển hình dạng động kinh và điện não biến đổi không đặc hiệu tại thời điểm ghi. Kết quả này cũng tương đương với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Thúy Hương tại Hà Tây (Hà Nội) là 30,9%, Lê Quang Cường tại Hà Nội là 42,9%, nghiên cứu của Dương Huy Hoàng tại Thái Bình là 33,3%.

Hình ảnh cộng hưởng từ não:

MRI não là khảo sát cận lâm sàng thường được áp dụng sau khi đề cập chẩn đoán động kinh. Không phải tất cả các bất thường trên MRI não đều gây ra động kinh và cũng không phải tất cả các cơ động kinh đều bắt nguồn từ các bất thường này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh bất thường trên MRI não là 45,7%. Các thương tổn thường gặp là bệnh lý mạch máu não, chấn thương não, u não, sau nhiễm khuẩn thần kinh, một số hình ảnh ít gặp như xơ cứng hồi hải mã. Có 54,3% bệnh nhân không thấy hình ảnh bất thường trên MRI não. Trong số những hình ảnh của các tổn thương có khả năng gây động kinh là 33,5% và hình ảnh của các tổn thương ít gây động kinh là 64,9%. Nhồi máu não cũ, xuất huyết não cũ, dị dạng mạch máu não chiếm gần một nửa các tổn thương động kinh được tìm thấy.

Căn nguyên động kinh

Các nghiên cứu dịch tễ tại cộng đồng không thể đủ các phương tiện hiện đại để xác định nguyên nhân gây động kinh, hầu hết các tác giả dựa vào tiền sử mắc bệnh để chẩn đoán nguyên nhân gây động kinh. Nghiên cứu của chúng tôi kết hợp giữa hỏi kỹ tiền sử bị bệnh, bệnh sử, hình ảnh học, điện não đồ thấy trong các nguyên nhân gây động kinh thì nhiễm khuẩn thần kinh 14,5%, bệnh lý mạch não chiếm tỷ lệ 12,8%, chấn thương sọ não 12,2%. Có 50,6% bệnh nhân động kinh chưa tìm thấy nguyên nhân gây bệnh.

Các nghiên cứu dịch tễ tại Việt Nam trước đây thường thấy tỷ lệ cao gồm nguyên nhân nhiễm khuẩn thần kinh trung ương, chấn thương sọ não, nghiên cứu của chúng tôi thấy động kinh có liên quan đến bệnh lý mạch máu não có xu hướng gia tăng.

Một số nghiên cứu mới công bố gần đây trên thế giới cũng xác định nguyên nhân động kinh do đột quỵ là cao nhất, chiếm 16% đến 50% ở người trên 60 tuổi.

Nguyên nhân nhiễm khuẩn thần kinh trung ương như viêm não, viêm màng não, áp xe não là nguyên nhân gây động kinh chiếm tỷ lệ cao trong một số nghiên cứu, chiếm từ 35% đến 45%. Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 14,5% bệnh nhân động kinh có tiền sử nhiễm khuẩn thần kinh trung ương, thấp hơn của Dương Huy Hoàng (Thái Bình, 2009) là 19,8%.

Nguyên nhân chấn thương sọ não: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt ngày một nhiều ở các vùng đô thị, một số tác giả nghiên cứu đã cho thấy, tỷ lệ động kinh do chấn thương sọ não rất

cao ở thành thị và cao hơn nhiều so với vùng nông thôn. Kết quả nghiên cứu này chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân động kinh có chấn thương sọ não chiếm 12,6%.

4.3. Điều trị động kinh tại Quận 5 Thành phố Hồ Chí Minh

Điều trị, chăm sóc động kinh là vấn đề xã hội không chỉ của ngành y tế, đặc biệt không chỉ của từng gia đình và cá nhân người bệnh. Trong nhiều thập kỷ qua, Nhà nước đã có nhiều biện pháp để chăm lo cho người bệnh, bệnh nhân động kinh đã được khám và điều trị miễn phí. Tính đến năm 2021, tỷ lệ người dân Việt Nam có bảo hiểm y tế chiếm 92,04%, các thuốc chống động kinh đều được bảo hiểm y tế chi trả, mặt khác đời sống dân cư tăng lên, những điều đó góp phần làm cho tỷ lệ điều trị động kinh tại Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh là 81,4%, cao hơn hẳn các nghiên cứu trước đây tại Hà Nội (48,3%), Bắc Ninh (40,6%), Thái Bình (55,8%).

Thuốc chống động kinh

Lựa chọn thuốc chống động kinh được quan tâm hàng đầu trong liệu trình điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các thuốc có tỷ lệ sử dụng cao là phenobarbital, valproate và carbamazepine. Trong đó phenobarbital và carbamazepine được cấp phát miễn phí tại trạm y tế phường.

Mục tiêu của việc sử dụng các loại thuốc chống động kinh là đảm bảo chất lượng cuộc sống tốt nhất bằng cách tối đa hóa khả năng kiểm soát cơn động kinh và giảm thiểu độc tính của thuốc. Các thuốc chống động kinh thế hệ thứ nhất như carbamazepine và valproate như là liệu pháp đầu tay có giá trị, các thuốc chống động kinh thế hệ thứ hai không hiệu quả hơn các thuốc cũ, nhưng một số thuốc có ưu điểm là ít tương tác thuốc hơn và cải thiện khả năng dung nạp.

Đối với phenobarbital, hơn một trăm năm sau khi được giới thiệu, phenobarbital tiếp tục là một trong những loại thuốc chống động kinh được sử dụng rộng rãi nhất trên toàn thế giới. Ở các nước có thu nhập cao, phenobarbital đã được thay thế bằng các thuốc chống động kinh mới hơn với ít tác dụng phụ hơn được báo cáo. Tại Thành phố Hồ Chí Minh, phenobarbital là một trong hai thuốc được cấp miễn phí, trong khi có 41,1% số bệnh nhân chúng tôi khảo sát đang được quản lý tại trạm y tế phường hoặc trung tâm y tế quận. Điều đó có thể lý giải cho tỷ lệ sử dụng phenobarbital trong nghiên cứu này khá cao.

Sử dụng thuốc chống động kinh cho phụ nữ độ tuổi sinh đẻ

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang trên địa bàn Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, quan sát này cung cấp cái nhìn sâu sắc về tình trạng điều trị động kinh hiện tại cũng như nguy cơ đối với bệnh nhân động kinh nói chung và với nhóm phụ nữ bị động kinh trong độ tuổi sinh đẻ nói riêng. Chúng tôi thấy rằng 69,2% phụ nữ động kinh trong độ tuổi sinh đẻ từ 16 đến 45 tuổi được điều trị đơn trị liệu như điều trị đầu tay, phù hợp với hướng dẫn về đơn trị liệu đầu tay. Cả động kinh cục bộ và động kinh toàn thể, thuốc chống động kinh được kê đơn phổ biến nhất là valproat cho cả trường hợp mới mắc và hiện mắc. Những phát hiện này có khác với bằng chứng gần đây cho thấy mô hình kê đơn thuốc chống động kinh thay đổi ở một số nước thu nhập cao đó là việc sử dụng valproate đã giảm và việc sử dụng lamotrigine và levetiracetam đã tăng lên đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, kể cả trong thời kỳ mang thai.

Tại Việt Nam, chúng tôi không có dữ liệu về tỷ lệ sử dụng thuốc cho phụ nữ bị động kinh trong độ tuổi sinh sản, nhưng theo nghiên cứu của Dương Huy Hoàng (2009) thấy 96% bệnh nhân động kinh được

sử dụng thuốc thể hệ thứ nhất như phenobarbital (65%), phenitoin (16%), carbamazepin (9%), valproat (6%).

Tuân thủ điều trị động kinh

Tuân thủ dùng thuốc chống động kinh là rất quan trọng để cải thiện kiểm soát cơn động kinh và kết quả điều trị tổng thể ở bệnh nhân động kinh. Tuy nhiên, duy trì tuân thủ tốt các thuốc chống động kinh vẫn là thách thức quan trọng nhất trên toàn cầu, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Đánh giá tuân thủ dùng thuốc rất hữu ích để thiết kế các chương trình can thiệp trong tương lai. Dựa vào thang điểm MMAS-8 để khảo sát sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân động kinh ở Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi thấy 26,4% bệnh nhân có mức tuân thủ điều trị thấp. Điều này cho thấy rằng sự không tuân thủ là tương đối phổ biến ở bệnh nhân động kinh.

Trong thực hành lâm sàng, các can thiệp có thể được thực hiện theo hai cách: Trước tiên, cần tăng cường giáo dục cho những người có liên quan (ví dụ bệnh nhân, gia đình, xã hội, bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng) và chú ý tuân thủ. Nội dung giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân cần bao gồm kiến thức về bệnh động kinh và cách sử dụng thuốc, chẳng hạn như thời gian điều trị, chế độ liều lượng, lưu ý khi dùng thuốc. Các can thiệp giáo dục cần được xem xét ở cấp độ cá nhân, giữa các cá nhân, tổ chức và cộng đồng để giúp cung cấp thông tin và kỹ năng cần thiết cho bệnh nhân bị động kinh để giải quyết nhu cầu của họ.

Khoảng trống điều trị

Sự chênh lệch về chăm sóc y tế trên toàn thế giới thể hiện rõ nhất giữa các khu vực có tình trạng kinh tế xã hội cao và khu vực có tình trạng kinh tế xã hội thấp; khu vực thu nhập cao và thành thị có khoảng trống điều trị thấp nhất, khu vực thu nhập thấp và nông thôn có khoảng trống điều trị cao nhất. Vì yếu tố quyết định chính của khoảng trống

điều trị trên toàn thế giới dường như có liên quan trực tiếp đến các nguồn lực liên quan đến kinh tế và chăm sóc sức khỏe, nên nó phần lớn phản ánh khả năng tiếp cận cơ bản với thuốc và dịch vụ y tế.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy khoảng trống điều trị là 18,6%, kết quả này cũng tương đồng với một nghiên cứu tương tự trong cùng thời điểm, chúng tôi đã khảo sát 135.000 người dân ở các quận nội thành Thành phố Hồ Chí Minh, khoảng trống điều trị là 17,7%, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê, $P > 0,05$. Kết quả này thấp hơn khá nhiều so với các nghiên cứu nghiên cứu trước đây tại Việt Nam. Điều này có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành ở địa bàn là trung tâm một thành phố lớn, nơi tập trung các chuyên gia và các thiết bị y khoa tiên tiến cùng với sự hiểu biết về bệnh động kinh của người dân tốt hơn. Mặt khác, các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam đã tiến hành cách nay từ 10 đến 20 năm, địa bàn nghiên cứu chủ yếu tập trung ở các vùng nông thôn, nên khoảng trống điều trị theo các nghiên cứu trước đây từ 41,2 đến 59,4%.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm bệnh động kinh tại Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, khảo sát điều tra ở 31.675 người, từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 7 năm 2020, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

1. Một số đặc điểm dịch tễ học:

- Tỷ lệ hiện mắc động kinh trong cộng đồng dân cư ở Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh là 543/100.000; KTC 95%, 429 – 621/100.000. Bệnh nhân nữ trong độ tuổi sinh đẻ, chiếm tỷ lệ 82,1/100.000.

- Tỷ lệ mắc mới là 47,4/100.000/năm; KTC 95%, 23,4 – 71,3/100.000/năm.

2. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

- Động kinh khởi phát toàn thể chiếm 47,7%, động kinh khởi phát cục bộ chiếm 42,4%, động kinh không rõ khởi phát và không phân loại chiếm 9,9%
- Động kinh do căn nguyên cấu trúc chiếm 31,1%, căn nguyên nhiễm trùng chiếm 14,5%, động kinh chưa rõ nguyên nhân chiếm 50,6%.
- Tỷ lệ bệnh nhân động kinh có kết quả điện não đồ bất thường dạng động kinh chiếm tỷ lệ 16,9%; tỷ lệ điện não đồ bình thường chiếm 51,7%.
- Hình ảnh tổn thương trên phim cộng hưởng từ não có khả năng gây động kinh chiếm 33,5%.

3. Tỷ lệ bệnh nhân động kinh được điều trị và thực trạng điều trị động kinh

- Tỷ lệ bệnh nhân động kinh được điều trị là 81,4%, bệnh nhân bỏ điều trị là 13,4%, bệnh nhân chưa điều trị là 5,2%.
- Thuốc chống động kinh được sử dụng nhiều là valproate và phenobarbital, carbamazepin.
- Tuân thủ điều trị cao là 23,9%, tuân thủ điều trị trung bình là 49,7%, tuân thủ điều trị thấp là 26,4%.
- Các yếu tố dự đoán tuân thủ điều trị cao là cơn động kinh cục bộ, đơn trị liệu và hiệu quả điều trị cắt cơn.
- Kết quả điều trị động kinh có 35,6% hết cơn, 50,3% thuyên giảm cơn, 14,1% ít hiệu quả hoặc hiệu quả không rõ.
- Động kinh đáp ứng kém với thuốc là 14,7%.

- Các yếu tố dự đoán động kinh đáp ứng kém với thuốc: Tần số cơn trước điều trị trên một cơn mỗi tháng, có hình ảnh tổn thương trên MRI não có khả năng gây động kinh, đáp ứng kém với thuốc chống động kinh đầu tiên.
- Khoảng trống điều trị động kinh là 18,6%.

KIẾN NGHỊ

1. Cần nghiên cứu tiếp về động kinh để phân tích nguyên nhân gây động kinh ở những bệnh nhân chưa rõ căn nguyên.
2. Với bệnh nhân động kinh đáp ứng kém với điều trị, cần theo dõi sát, lựa chọn thuốc phù hợp hoặc giới thiệu sớm đến những trung tâm điều trị động kinh.
3. Cần có các biện pháp để nâng cao hơn nữa tỷ lệ bệnh nhân động kinh có tuân thủ điều trị.
4. Tránh dùng valproate ở phụ nữ bị động kinh đang trong độ tuổi sinh đẻ.