

NGHIÊN CỨU SƠ BỘ VỀ DỊCH TỄ HỌC TẠI BIẾN MẠCH MÁU NÃO TẠI 3 TỈNH THÀNH PHÍA NAM :TP.HỒ CHÍ MINH TIỀN GIANG VÀ KIÊN GIANG

Lê Văn Thành⁽¹⁾, Lê Thị Lộc⁽²⁾, Nguyễn Thy Hùng⁽³⁾, Nguyễn Hữu Hoàn⁽⁴⁾
Đào Tiến Xuân⁽⁵⁾, Nguyễn Văn Thành⁽⁶⁾, Phạm Minh Bửu⁽⁷⁾

TÓM TẮT

Đây là công trình điều tra dịch tễ học tại thực địa về TBMN đầu tiên ở Việt Nam, thực hiện trong hai năm 1994 - 1995 tại TP.HCM, tỉnh Tiền Giang và Kiên Giang. Lựa bệnh và chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của TCYTTG 1989. Tỷ lệ bệnh toàn bộ sau khi đã điều chỉnh theo tuổi qua dân số Hoa Kỳ 1960 là 6,08%. Tỷ lệ bệnh mới và tỷ lệ tử vong sau khi đã điều chỉnh theo tuổi là 2,5% và 1,31%. Những kết quả trên phù hợp với y văn thế giới và Á châu, nhưng tại Miền Nam Việt Nam các tỉ lệ ở nông thôn đến cao hơn tại TP.HCM. Điều đó có thể được cắt nghĩa bởi sự kiện tại nông thôn tỉ lệ bệnh nhân có CHA và nhất là CHA không điều trị đều cao hơn tại TP.HCM.

SUMMARY

STROKES IN THE SOUTH OF VIETNAM : A PRELIMINARY EPIDEMIOLOGIC SURVEY

This is the first door - to - door two - stepped survey on strokes in Vietnam, realized in 1994 and 1995 at HCM City and the other two southern provinces Tien Giang and Kien Giang. The screening and the diagnosis were based on the WHO's criteria 1989. The total point-prevalence rate, after age-adjustement to the USA population 1960, was 6.08%. The total age-adjusted incidence and mortality ratio were 2.5% and 1.31% respectively. These results were in general in accordance with those worldwide and in Asia but in the South of Vietnam they were higher in rural regions than at HCM City. This could be explained by the fact that the proportions of hypertensive cases, especially the cases not treated or ill treated, among patients detected, were also greater for rural regions than for HCM City.

MỞ ĐẦU

TBMN đứng đầu trong các bệnh thần kinh về mặt tử vong và di chứng, một trong những bệnh của y học, mà b.n phải nằm viện lâu nhất, mất khả năng lao động nhiều nhất và gây hao tổn cho xã hội và gia đình nặng nhất⁽¹⁾

Tại các tỉnh miền Nam và cả nước, tuy đã có rất nhiều công trình nghiên cứu TBMN về lâm sàng và dịch tễ học, nhưng chưa thấy công bố một công trình nào về dịch tễ học lâm tại thực địa. Từ đầu năm 1993,

Khoa Bộ môn Thần kinh BV. Chợ Rẫy và trường ĐHYD TP.HCM, bắt đầu tiến hành đề tài " Nghiên cứu sơ bộ về dịch tễ học TBMN tại 3 tỉnh thành miền Nam : TP.HCM, Tiền Giang và Kiên Giang " trong chương trình nghiên cứu TBMN tại khu vực phía Nam. Chúng tôi bắt đầu cuộc nghiên cứu tại P7 - Q.5 và xã Phú Mỹ huyện Nhà Bè từ tháng 3 đến tháng 7 năm 1994. Qua năm 1995, từ tháng 2 đến tháng 7, chúng tôi đã nghiên cứu tại Tiền Giang và Kiên Giang.

⁽¹⁾ Chủ nhiệm Khoa - Bộ môn Thần kinh, BV Chợ Rẫy - K.Y ĐH YD.TPHCM

⁽²⁾ CBG Bộ môn Thần Kinh, K.Y.ĐHYD TP.HCM, BV.Chợ Rẫy

⁽³⁾ Trưởng khoa thần kinh BV.Nguyễn T.Phương,TPHCM,NCS.Thần Kinh Học,ĐHYD TP.HCM

⁽⁴⁾ Ban Nghiên Cứu Khoa học K.Y.ĐHYD TPHCM ; Khoa Bộ môn Thần kinh BV.Chợ Rẫy

⁽⁵⁾ Trưởng khoa Nội - Thần kinh BVĐK Kiên Giang

⁽⁶⁾ Trưởng phòng khám Thần Kinh BVĐK Tiền Giang

⁽⁷⁾ Phó Chủ Nhiệm bộ môn Toán - Lý K.Y.ĐHYD TP.HCM

MỤC TIÊU

* Mục tiêu chính : Tìm tỷ lệ bệnh toàn bộ (TLBTB) và tỷ lệ bệnh mới mỗi năm (TLBM) của TBMMN tại miền Nam Việt Nam.

* Các mục tiêu thứ yếu :

Khảo sát các yếu tố nguy cơ, thuận lợi, các triệu chứng khởi đầu, tình hình di chứng và tử vong của TBMMN.

Các kết quả nghiên cứu sẽ góp phần xây dựng dịch tễ học của bệnh trên phạm vi toàn quốc, từ đó đề ra các biện pháp phòng bệnh phổ cập tới quần chúng, cũng như góp phần đẩy mạnh công tác điều trị TBMMN.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP PHƯƠNG PHÁP CHỌN MẪU

Để có một số liệu bước đầu về TLBTB và TLBM, chúng tôi chọn 01 phường và 01 xã của TP.HCM, mà cấu trúc kinh tế cơ bản là tiểu thủ công nghiệp - nông nghiệp; 01 xã nông nghiệp của Tiền Giang đại diện vùng đồng bằng trung tâm; 01 xã nông nghiệp của Kiên Giang đại diện vùng bờ biển. Tổng số dân cả 4 điểm là 52.649 với số dân từ 16t trở lên là : 37.828 người. Sự lựa chọn này cũng đồng thời đáp ứng được nguyên tắc chọn theo tầng : 3 tầng tại đồng bằng sông Cửu Long là vùng đô thị, vùng đồng bằng trung tâm và vùng đồng bằng duyên hải.

Ngoài ra, các điểm nghiên cứu của chúng tôi cũng là những điểm mà chính quyền tích cực hợp tác, và có sẵn một lực lượng bác sĩ thần kinh.

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

* Phường 7, Quận 5 TP.HCM : Phường tiêu biểu của quận 5 , tiểu thủ công nghiệp và buôn bán nhỏ. Dân số : 18.591

* Xã Phú Mỹ, Huyện Nhà Bè, TP.HCM : Xã nông nghiệp, bán đô thị, địa hình nhiều sông rạch, nước phèn, dùng nước sông và nước máy, cầu tiêu trên ao sông. Dân số : 10.229.

* Xã Đông Hòa, huyện Châu Thành, Tiền Giang : Xã Nông nghiệp, thuộc Trung tâm đồng bằng Nam bộ, cách TP.HCM 85 km về phía Nam, nhiều sông rạch; dùng nước giếng,

nước sông, cầu tiêu trên ao sông. Dân số : 8.504

* Thị trấn Minh Lương, huyện Châu Thành, Kiên Giang : cơ bản vẫn là 1 xã nông nghiệp cũ, thuộc vùng đồng bằng Duyên Hải, cách TP.HCM 300km về phía Tây Nam, nhiều sông rạch, nước phèn, dùng nước giếng, nước sông, cầu tiêu trên ao sông. Dân số:15.325

PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH ĐIỀU TRA

Gồm các bước sau đây :

* Công tác tư tưởng chuẩn bị cho đợt kiểm tra:

Các bác sĩ thần kinh của khoa Bộ môn Thần kinh BV Chợ Rẫy và của BV Tỉnh làm việc trước với các ban lãnh đạo chính quyền địa phương, cùng các ban ngành đoàn thể để giải thích về ý nghĩa và ích lợi của cuộc điều tra. Sau đó gặp trực tiếp nhân dân của từng ấp với đại diện của từng hộ gia đình.

* Lựa chọn bệnh nhân :

Đối với công tác này tại TP.HCM, chúng tôi nhờ lực lượng sinh viên Y5, tại các tỉnh nhờ học sinh các lớp y sĩ hay các y sĩ của địa phương. Chúng tôi huấn luyện thật kỹ trước cho các nhân viên y tế này cách lựa ra các bệnh nhân bị TBMMN, dựa trên một bảng câu hỏi mẫu.

Các sinh viên, y sĩ đi lựa bệnh đều có các tổ trưởng hướng dẫn, và phải đạt tối thiểu 95% số hộ mà mình phụ trách. Những hộ đi vắng phải có hẹn lại, để trở lại gặp hôm sau. Tất cả các toán đi lựa bệnh luôn được 4 bác sĩ thần kinh đi sát hướng dẫn và kiểm tra.

* Khám chuyên khoa :

Sau khi có được danh sách các bệnh nhân, đoàn khám sẽ tiến hành khám ngay. Đoàn khám gồm 5 - 10 bác sĩ chuyên khoa Nội Thần Kinh. Các BS chủ yếu đến khám tại từng nhà có bệnh nhân để xác định chẩn đoán TBMMN, ghi nhận các triệu chứng khởi đầu, các yếu tố nguy cơ, các loại di chứng, tình hình tử vong. Đoàn khám cũng tới tất cả các nhà có b.n đã chết để lập một hồ sơ đầy đủ như của các b.n còn sống.

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán , thể hiện trong các bảng câu hỏi của sinh viên y sĩ và bác sĩ

đối với bệnh nhân, được dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới 1989 trong

" Khuyến Cáo về dự phòng, chẩn đoán và điều trị TBMMN " của TCYTTC, 1989 (6) và các tài liệu giáo khoa mới về TBMMN của Raymond Adams, Kitsler, Merritt, Loiseau và Cambier.

Phương pháp chẩn đoán hoàn toàn dựa trên chẩn đoán của các bệnh viện (nếu bệnh nhân đã nằm viện), trên lời khai của bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân, xác nhận của y tế địa phương và nhất là thăm khám lâm sàng của BS chuyên khoa.

PHƯƠNG PHÁP TÍNH CÁC TỶ LỆ ⁽⁴⁾

+ **TỶ LỆ BỆNH TOÀN BỘ : (TLBTB)** Số bệnh nhân TBMMN (*) phát hiện trong đợt điều tra, trên 1000 dân, không kể những bệnh nhân chỉ bị CTTMN(**) và những bệnh nhân nhũn não nghẽn mạch hồi phục hoàn toàn(The RIND)(**)

+ **TỶ LỆ BỆNH MỚI MỖI NĂM(TLBM) :** Số bệnh nhân TBMMN mới phát bệnh trong một năm qua, tính đến thời gian điều tra, trên 1000 dân; gồm có :

Những bệnh nhân còn sống có di chứng

Những bệnh nhân bị NNNM đã hồi phục hoàn toàn.

Những bệnh nhân đã phát bệnh trong thời gian trên nhưng đã chết (chết do chính diễn biến của TBMMN trong 1 tháng đầu, hoặc chết do biến chứng ở cơ quan khác ngoài não trong những thời gian sau).

TLBM không bao gồm các bệnh nhân chỉ bị CTTMN hoặc những bệnh nhân chết trong thời gian 1 năm qua nhưng đã phát bệnh từ những năm trước đó.

+ **TỶ LỆ TỬ VONG(TLTV):** Số ca tử vong vì TBMMN trong tháng đầu sau tai biến / dân số.

CÁC TỶ LỆ THÔ CỦA TLBTB, TLBM và TL TỬ VONG của mỗi địa điểm được đưa về tỉ lệ của từng vùng cấu thành của miền Nam, từ đó suy ra tỉ lệ / dân số Miền Nam; sau đó các tỉ lệ được điều chỉnh qua dân số Hoa Kỳ 1960, để có thể so sánh với các nước.

PHƯƠNG PHÁP THỐNG KÊ

Chúng tôi dùng U-test và X^2 để so sánh các tỷ lệ và ước lượng các khoảng tin cậy.

KẾT QUẢ

TỶ LỆ BỆNH TOÀN BỘ

Bảng I : TỶ LỆ BỆNH TOÀN BỘ CỦA 3 ĐỊA ĐIỂM TP.HCM - TIỀN GIANG - KIÊN GIANG

Địa điểm	Dân số có nguy cơ ⁽²⁾	SỐ CA							TLB TB THÔ	TLBTB sau điều chỉnh theo tuổi ⁽¹⁾
		0-14t	15-44t	45-54t	55-64t	65-74t	75t+	T.C		
TPHCM	28.820		4	14	44	41	15	118	4.09 %	5%
Tiền Giang	8.504		5	4	10	9	10	38	4.46 %	7.04 %
Kien Giang	15.325		8	8	17	21	9	63	4.11 %	6.52%
T.Cộng	59.649							219	4.28 % ⁽³⁾	6.08%

(1) Qua dân số Hoa Kỳ 1960

(2) Bảng II : dân số có nguy cơ của 3 địa điểm nghiên cứu :

Lứa tuổi	TPHCM	Tiền Giang	K.Giang
T.C	28.820	8.504	15.325
0-14t	8.188	2.369	4.264
15-44t	13.817	4.530	8.154
45-54t	2.234	748	1.346
55-64t	1.978	424	773
65-74t	1.337	271	493
75t+	1.266	162	295

(3) TLBTB thô chung của 3 địa điểm là 4,28% tính từ dân số của 3 vùng cấu thành của miền nam : Vùng đô thị với 6.981.000 dân, vùng nông thôn trung tâm với 12.017.000 dân và vùng nông thôn duyên hải với 6.104.000 dân.⁹

TỶ LỆ BỆNH MỚI, TỶ LỆ TỬ VONG :

BẢNG III : TLBTB, TLBM VÀ TL TV CỦA 3 ĐỊA ĐIỂM MIỀN NAM VIỆT NAM, SO SÁNH VỚI CÁC NƯỚC.

TỶ LỆ		TP.HCM	Tiền Giang	Kiên Giang	Miền Nam-VN	So sánh với các nước
TLBTB	Thô	4,09%	4,46%	4,11%	4,28%	. Các nước Tây Phương : 4 – 8%
	Sau điều chỉnh theo tuổi	5%	7,04%	6,52%	6,08%	.Trung Quốc: 6,2% .Ấn Độ: 4 - 4,2%
TLBM	Thô	1,14%	1,76%	2,41%	1,7%	. Hoa Kỳ: 1 - 3 %
	Sau điều chỉnh theo tuổi	1,42%	2,9%	3,85%	2,5%	.Trung Quốc: 2,19 % .Đài Loan : 3,3%, .Pháp : 1,45%
TL. Tử vong	Thô	0,35%	0,94%	1,69%	0,96%	. Hoa Kỳ: 0,5 – 1%
	Sau điều chỉnh theo tuổi	0,36%	1,47%	2,78%	1,31%	.T.Quốc :1,16% .Nhật: 1,96% . Phi Luật Tân: 0,35%

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

BẢNG IV : tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của TBMMN tại TP.HCM ,T iền Giang và Kiên Giang.

YTNC	TP.HCM	Tiền Giang	Kiên Giang	Tổng cộng
. CHA	46,87%	57,69%	66,41%	55,19%
. CHA không điều trị hay điều trị không đều.	65,33%	100%	82,35%	79,7%
. Hút thuốc lá	29,37%	30,77%	41,41%	33,88%
. Rượu	14,37%	30,77%	25,00%	21,58%
. CTTMN	8,12%	25,64%	3,37%	11,47%
. Bệnh tim	11,25%	6,41%	7,81%	9,01%
. Tiểu đường	4,37%	2,50%	3,91%	3,82%

BÀN LUẬN

1.- Tuy không được chọn ngẫu nhiên, ba điểm nghiên cứu vẫn có thể đại diện cho 3 vùng cấu thành của Miền Nam Việt Nam. Tình đại diện đó càng rõ nét khi các TLBTB, TLBM và TLTV thô của mỗi địa điểm được suy ra cho từng vùng dân cư để tính ra tỷ lệ chung cho Miền Nam.

2.- Cuộc điều tra được thực hiện triệt để gần 100% hộ dân là do cách tổ chức và cách làm việc của đoàn điều tra. (xem phần phương pháp)

3.- Nghiên cứu không thể thực hiện cùng 1 lúc tại 3 nơi vì thiếu nhân lực và phương tiện, tuy nhiên dân số 3 nơi trong thời gian nghiên cứu không biến động⁹. Do đó TLBTB không bị ảnh hưởng đáng kể. TLBM và TLTV chỉ có thể chính xác tương đối vì được thực hiện giữa năm, làm mất mốc thời gian trong việc nhớ lại bệnh sử và làm phức tạp phép tính tăng dân số.

4.- TLBTB 6,08% của miền nam Việt Nam phù hợp với tỷ lệ của các nước^{2,10}, nhưng cao hơn ở Ấn Độ^{8,5}. TLBTB của từng lứa tuổi tăng rất đậm nét với tuổi, cũng phù hợp với các nước.^{2,7,5,8,10}

5.- TLBM 2,5% cũng phù hợp với các nước^{7,10}, trừ Đài Loan³ và Pháp².

6.- TLTV 1,31% cũng phù hợp với các nước^{7,10} trừ Phi Luật Tân.

7.- TLBTB, TLBM, TLTV của các vùng nông thôn cao rõ rệt hơn ở thành thị, có thể được cắt nghĩa do trình độ kinh tế xã hội còn kém và môi trường còn nhiều ô nhiễm của nông thôn. Hai yếu tố này cũng được kể là hoặc tham gia vào các YTNC.⁶

8.- Trong các YTNC, CHA^{2,4,7} là yếu tố quan trọng nhất và ở nông thôn tỷ lệ bệnh nhân có CHA và CHA không điều trị còn rất cao so với thành thị, điều đó cắt nghĩa đậm nét cho sự gia tăng các tỷ lệ ở nông thôn.

9.- Tỷ lệ CTTMN của 3 điểm nghiên cứu khác nhau rõ ràng có lẽ do sự đánh giá chưa được thống nhất về yếu tố này giữa các đoàn khám và người khám.

(*) Tất cả các bệnh nhân TBMMN này ít nhiều đều còn di chứng : bại liệt, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tâm thần ...

(**) RIND : Resersible Ischemic Neurologic Deficit : Là thể NN hồi phục hoàn toàn trong vòng 2 tuần lễ kể từ khi đột quy. CTTMN là thể NNNM hồi phục hoàn toàn trong vòng 24 giờ đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.- ADAMS R.D. VICTOR M., Cerebro-vascular diseases, Principles of Neurology, Vth Ed. 1993, part .IV, MC GRAW HILL INC. Tr. 669 - 748
- 2.- BOGOUSSLAVSKY J., BOUSSER M.G., MAS J.L., Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux - Accidents Vasculaires Cérébraux - Doin.Paris 1993, tr.13 - 26.
- 3.-HU H.H., SHENG W.Y., CHU F.L., LAN C.F., CHIANG B.N., Incidence of Stroke in Taiwan - Stroke, Vol. 23, tr.1237 - 1241.
- 4.- MAS J.L., ZUBER M., Epidemiology of ischemic stroke, Cerebrovascular Diseases, 1991; 1 (suppl 1) : 36-44
- 5.- NADIR E.BHARUCHA, Prevalence of stroke in the Parsi community of Bombay, Stroke 1988 ; 19:60-62
- 6.- OMS, Recommendations pour la prévention, le diagnostic et le traitement des A.V.C., Rapport de l'OMS d'AVC, 1989 tr.7-23.
- 7.- RALPHEL., SACCO , Vascular diseases, Merrit's textbook of Neurology, IXth edition, 1995, section IV, A Waverly Company , tr.227 - 293.
- 8.- RAJDAN S., Cerebrovascular disease in rural Kashmir, India, Stroke 1989 ; 20 : 1691 - 1693.
- 9.- SERVICE DES STATISTIQUES DE HCM VILLE . Les indices socio - économiques de HCM Ville et des provinces du Sud - Vietnam, 1991 - 1995 (en Vietnamien : CỤC THỐNG KÊ TP.HCM, chỉ số kinh tế xã hội của TP.HCM và các tỉnh phía Nam, 1991 - 1995.
- 10.- SHI - CHUO LI, Cerebrovascular disease in the People's Republic of China : Epidemiologic and Clinical Features, Neurology, 35, December 1985, tr.1708 - 1713.
- 11.- UNITED NATIONS, USA. Global Estimates and projections of population by sex and age, 1988 revision, United Nations, Newyork 1989, tr.366.