

NGHIÊN CỨU DỊCH TỄ LÂM SÀNG MỘT SỐ RỐI LOẠN TÂM THẦN TẠI HAI XÃ ĐỒNG BẰNG BẮC BỘ

NGUYỄN VĂN SIÊM

Bệnh viện tâm thần trung ương I

TÓM TẮT

Tại hai xã của vùng đồng bằng sông Hồng (dân số 13366), nghiên cứu dịch tễ học (điều tra nhà – nhà, tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10, WHO-1992) cho kết quả:

Bệnh tâm thần phân liệt: tỷ lệ mắc trong đời là 0,60% - 0,62% dân số; tỷ lệ mới mắc 0,16% - 0,04%; tỷ lệ hồi phục hoàn toàn ổn định 26,83%; không tuân thủ điều trị 13,4%; số bệnh nhân chưa bao giờ được điều trị 12,%. Trầm cảm: tỷ lệ mắc 4,1% - 4,03%; tỷ số nữ:nam là 3:1 và 2:1. Các rối loạn tâm căn: tỷ lệ mắc 2,2% - 2,7%; tỷ số nữ:nam là 4:1. Lạm dụng rượu: tỷ lệ là 2,19% - 2,44%; nghiện rượu 0,44% - 0,51%. 98% số người lạm dụng rượu là nam; so sánh kết quả các nghiên cứu năm 1994 và năm 2007: số người lạm dụng rượu tăng từ 35 lên 217; số người nghiện rượu và loạn thần do rượu là từ 0 tăng lên 41. Đái dầm chức năng chiếm 4,32% - 4,53% số trẻ em 5 – 14 tuổi.

Trong các bệnh trên chỉ có bệnh tâm thần phân liệt được điều trị còn các bệnh lý khác hầu như chưa được chăm sóc.

Từ khóa: dịch tễ học lâm sàng, một số rối loạn tâm thần.

SUMMARY

In the two Red River Delta communes (13,366 inhabitants), epidemiological studies were carried out. Results:

Schizophrenia. The life time prevalences were nearly the same in the two communes: 0.60% and 0.62%; the incidences: 0.016% and 0.04%; full recovery (under treatment): 26.83%; noncompliance: 13.45%. The schizophrenic patients who have never received treatment accounted for 12.2% of found cases.

Depression. The prevalences: 4.1% - 4.03%; female and male ratio = 3:1 and 2:1.

Neurotic disorders. The prevalences: 2.2% and 2.7%; the disorders were fourfold greater in women than in men.

Alcohol abuse. The prevalences were 2.19% and 2.4%. Alcoholism 0.44% - 0.51%. 98% of alcoholic abusers were male.

A comparison between the results of 1994 and 2007 investigations: the number of abusers were respectively 35 and 217; the number of patients with alcoholism and alcoholic psychoses were 41.

Functional enuresis accounted for 4.32% - 4.53% of 5 – 14 year olds.

Almost patients with the four latter pathologies have never received treatment.

Keywords: clinical epidemiology, mental disorders.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch tễ học các rối loạn tâm thần nghiên cứu các chỉ số dịch tễ học, các vấn đề về nguyên nhân, điều trị, tiến triển, tiên lượng và dự phòng các rối loạn tâm thần khác nhau. Dịch tễ học các rối loạn tâm thần là cơ sở của tâm thần học cộng đồng (cuộc cách mạng thứ ba của tâm thần học trên thế giới bắt đầu vào cuối những năm 1950).

Trên thế giới ở các nước công nghiệp phát triển, có những chương trình nghiên cứu triệt để tất cả các rối loạn tâm thần và rối loạn hành vi, với quy mô rộng khắp.

- Ở Anh và một số nước Tây Âu áp dụng "Case Register" là "Tổ chức đăng ký các trường hợp" rối loạn tâm thần.

- Ở Pháp có chương trình "Secteur de psychiatrie" (luật 31/12/1985) tổ chức cho từng khu vực địa lý với khoảng 67.000 dân, với 50 giường nội trú và với nhiều loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khác nhau ở gần dân.

- Ở Mỹ có chương trình Epidemiologic Catchment Area Program (Chương trình lưu vực định tế học) từ 1977, cung cấp các số liệu chính xác về dân số mắc các rối loạn tâm thần điều trị tại các cơ sở tâm thần nhà nước và tư nhân, cũng như các bệnh viện đa khoa. Năm 1987, 15% dân số Mỹ mắc các rối loạn tâm thần và chỉ 1/5 số bệnh nhân đó được chăm sóc bởi các chuyên viên sức khỏe tâm thần; 3/5 số bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn tâm thần được điều trị bởi các bác sỹ chăm sóc sức khỏe ban đầu (32,2% dân số), (H. I. Kaplan). Số liệu này cho thấy việc tổ chức chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng là một sách lược to lớn, được các nước trên thế giới thực hiện.

Ở Việt Nam do điều kiện kinh tế thấp và nguồn lực hạn hẹp (số bác sỹ chuyên khoa tâm thần ít), các nghiên cứu dịch tễ học lâm sàng được tiến hành có phương pháp mới điều tra được một số bệnh (tâm thần phân liệt, trầm cảm, chậm phát triển tâm thần, nghiện rượu, nghiện ma túy). Diện nghiên cứu còn rất hẹp (một xã, hai xã, năm xã phường...), chưa đủ tính chất đại diện.

Nghiên cứu đầu tiên này của chúng tôi nhằm góp phần cùng với các nghiên cứu khác thuộc loại này sẽ thực hiện ở các vùng sinh thái khác nhau trong nước, dẫn dắt vạch ra bức tranh toàn cảnh các rối loạn tâm thần ở Việt Nam.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Bệnh tâm thần phân liệt.

Bảng 1. Thống kê một số rối loạn tâm thần phát hiện tại 2 xã Q.Đ. và T.N.

Địa điểm Dân số	Xã Q.Đ.				Xã T.N.			
	Nam	Nữ	Cộng		Nam	Nữ	Cộng	
Bệnh	2861	3041	5902	%	3584	3880	7464	%
Tâm thần phân liệt	24	13	37	0,62	30	15	45	0,60
Mất trí tuổi già	2	2	4	0,07	2	2	4	0,05
Loạn thần thực tổn	10	11	21	0,36	7	3	10	0,13
Trầm cảm	62	180	242	4,1	100	201	301	4,03
Rối loạn tâm căn	27	103	130	2,2	40	163	203	2,7
Lạm dụng rượu	128	1	129	2,19	179		179	2,4
Nghiện rượu	25	1	26	0,44	38		38	0,51
Nghiện thuốc phiện	3		3	0,05	32		32	0,43
Chậm phát triển tâm thần	15	17	32	0,54	21	19	40	0,54
Đái dầm không thực tổn	46	30	76	4,32	50	42	92	4,05
Chán ăn	25	29	54	3,06				
Nói lắp	19	17	36	2,04	13	28	41	1,81

Bệnh tâm thần phân liệt là loại bệnh tâm thần nặng nằm trong chương trình quản lý chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng.

Bảng 2. Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt

Tỷ lệ mắc Xã	Tỷ lệ mắc chung	Tỷ lệ mắc điểm	Tỷ lệ mới mắc
Q.Đ.	0,62% (nam:nữ=24:13)	0,55%	0,016%
T.N.	0,60% (nam:nữ=30:15)	0,4%	0,04%

Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt gần giống nhau ở xã Q.Đ. (0,62%) và xã T.N. (0,60%). Tỷ lệ này ở các nước khác là 0,5% - 1% dân số.

Mục tiêu nghiên cứu

Phát hiện các chỉ số dịch tễ học một số rối loạn tâm thần phổ biến và có tỷ lệ cao.

Tìm hiểu tình hình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng hiện nay.

PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu.

Hai xã (Q.Đ.,T.N.) của huyện Thường Tín, toàn dân.

2. Phương pháp.

Nghiên cứu chiều dọc, điều tra nhà – nhà, khai thác nhiều nguồn thông tin, nhiều trục (rối loạn tâm thần rõ ràng, nhân cách trước khi mắc bệnh, các bệnh cơ thể kèm theo, các stress trong năm qua, tình trạng hiện tại về khả năng lao động, giao tiếp và quan hệ).

Công cụ

- Phiếu điều tra sàng lọc thiết kế với hai mươi câu hỏi nhằm phát hiện những người nghi ngờ có các rối loạn tâm thần.

- Phiếu điều tra chuyên khoa thiết kế theo công cụ CID1 2.1 để thu thập thông tin cần thiết cho đề tài nghiên cứu.

- Khám xét chuyên khoa tâm thần, kết hợp với các công cụ trên để chẩn đoán xác định bệnh, phân loại bệnh... (sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán của Bảng phân loại ICD-10, WHO, 1992).

Áp dụng phương pháp thống kê sinh y học.

Tỷ lệ mắc điểm ở xã Q.Đ. là 0,5%, ở xã T.N. là 0,4%.

Tỷ lệ mới mắc ở xã Q.Đ. là 0,016%, ở xã T.N. là 0,04%. Ở Mỹ và châu Âu tỷ lệ này là 0,03% và 0,06%.

Điều tra này phát hiện còn tồn tại nhiều nhận thức không đúng về bản chất bệnh tâm thần phân liệt (do thần thánh, ma quỷ chi phối, quả báo, phong thủy, di truyền, định mệnh, thất tình...), về các thuốc chữa bệnh tâm thần (quan niệm thuốc hướng thần là thuốc

ngủ, có tính chất độc hại, bệnh thuyên giảm rồi không cần dùng thuốc nữa).

Vì những lý do trên việc chăm lo chữa bệnh đúng chuyên khoa và tuân thủ điều trị không tích cực.

Bảng 3. Tình hình tuân thủ điều trị

Xã	Bệnh nhân Tổng số	Thuyên giảm hoàn toàn		Còn triệu chứng cần điều trị		
		n	%	Tiếp tục dùng thuốc đều	Bỏ thuốc	Chưa bao giờ được điều trị
Q.Đ.	37	7	18,92	19	6	5
T.N.	45	15	33,33	20	5	5

Như bảng 3, ở xã Q.Đ., phát hiện 37 bệnh nhân tâm thần phân liệt, trong đó: chỉ có 15 bệnh nhân được điều trị nội trú (40,54% tổng số bệnh nhân); 7 bệnh nhân thuyên giảm hoàn toàn ổn định nhiều năm (18,92%); 5 bệnh nhân chưa bao giờ được điều trị nội trú và ngoại trú,; hiện tại có 30 bệnh nhân còn triệu chứng cần dùng thuốc nhưng chỉ có 19 bệnh nhân dùng thuốc ngoại trú và cũng không thật đều đặn (63,33%). Ở xã T.N. có 45 bệnh nhân tâm thần phân liệt (thuyên giảm hoàn toàn 15 chiếm 33,33%; 30 bệnh nhân cần dùng thuốc nhưng chỉ có 20 bệnh nhân dùng thuốc đều, 5 bệnh nhân bỏ thuốc và 5 bệnh nhân chưa bao giờ được chẩn đoán và điều trị). Tỷ lệ thuyên giảm hoàn toàn nhiều năm của bệnh nhân tâm thần phân liệt ở 2 xã trên là 26,83%. Số liệu này cho một cái nhìn lạc quan về kết quả điều trị bệnh tâm thần phân liệt. Theo Watt và cộng sự (1983), nghiên cứu tiến cứu 5 năm, phát hiện ở 121 bệnh nhân tâm thần phân liệt, tiên lượng tốt là gần 50% số ca. Theo nghiên cứu thí điểm IPSS, WHO trong những năm 1970, tỷ lệ hồi phục hoàn toàn (complete recovery) sau một đợt loạn thần tâm thần phân liệt là 1/4 ở các nước đang phát triển và 1/7 ở các nước phát triển.

Điểm này cho thấy muốn thực hiện việc chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, ngoài việc tổ chức mạng lưới dịch vụ thích hợp, còn phải giáo dục nâng cao nhận thức của nhân dân cho mục đích này.

2. Rối loạn trầm cảm.

Các biểu hiện chủ yếu của rối loạn này là từng đợt 4 – 5 ngày có các cảm giác bồn chồn, buồn bã, giảm quan tâm thích thú, khó cố gắng để làm một việc gì, chán ăn, kém ngủ, cảm giác đau ở một phần nào đó trong người, lặp đi lặp lại, thời gian dài.

Bệnh tâm thần phân liệt có tỷ lệ thấp so với trầm cảm song đa số bệnh nhân phân liệt ở mức độ nặng và trung bình. Trầm cảm có tỷ lệ cao hơn rất nhiều so với bệnh tâm thần phân liệt nhưng đa số bệnh nhân trầm cảm thì ở mức độ trung bình và nhẹ.

Tỷ lệ trầm cảm ở xã Q.Đ. và xã T.N. là 4,1% và 4,03% dân số, nữ giới có tỷ lệ cao hơn hẳn so với nam giới (3:1 và 2:1).

Điều đáng chú ý là tuyệt đại đa số bệnh nhân chỉ cho mình là bị suy nhược cơ thể, không rõ nguyên nhân gì và cách giải quyết như thế nào. Một số nhỏ bệnh nhân tìm dùng thuốc bổ và đi lễ bái. Hầu hết

bệnh nhân trầm cảm không được điều trị chuyên khoa, chất lượng cuộc sống và khả năng lao động giảm rõ.

Bệnh nhân trầm cảm cần được giáo dục sức khỏe nâng cao hiểu biết về bệnh. Những trường hợp nặng mới cần điều trị tại bệnh viện tâm thần; những trường hợp nhẹ và trung bình nếu có một dịch vụ chuyên khoa thích hợp có thể được điều trị có kết quả ngay tại xã phường.

3. Rối loạn tâm căn (các rối loạn tâm thần chủ yếu do căn nguyên tâm lý).

Phần lớn bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo, có nhận thức bệnh và trình bày rõ ràng các khó chịu: biểu hiện lo sợ, khó tập trung, căng thẳng, run, tăng tiết mồ hôi, hồi hộp chóng mặt, khó chịu vùng thượng vị, sợ bản thân hay người thân bị ốm, bị tai nạn, dễ bấn gắt, rối loạn giấc ngủ, tăng nhạy cảm đối với ánh sáng và tiếng động. Bệnh tiến triển mạn tính giao động lúc tăng, lúc giảm. Đa số trường hợp liên quan đến nhân tố stress trường diễn (xung đột gia đình, thất bại trong công việc làm ăn), tỷ lệ 2,2% dân số ở xã Q.Đ. (tỷ số nam/nữ là 1/4); 2,7% ở xã T.N. (nam/nữ là 1/4).

Hầu hết số bệnh nhân loại này chưa được chẩn đoán và điều trị chuyên khoa nên sức khỏe và chất lượng cuộc sống của họ bị ảnh hưởng đáng kể.

4. Lạm dụng rượu và nghiện rượu.

Nghiện rượu là biểu hiện mức độ nặng của lạm dụng rượu. Lạm dụng rượu có tỷ lệ 2,19% ở xã Q.Đ. và 2,4% ở xã T.N. Nghiện rượu có tỷ lệ 0,44% ở xã Q.Đ. và 0,51% ở xã T.N.. 98% số bệnh nhân là nam giới.

Ở mục bệnh này điểm đáng lo ngại nhất là:

Số người lạm dụng rượu tăng rõ rệt ở thời điểm nghiên cứu sau: xã T.N., điều tra năm 1994, chỉ phát hiện 35 người lạm dụng rượu, lần này (tháng 7.2007) đã phát hiện 217 người lạm dụng rượu và nghiện rượu.

Tỷ lệ bệnh lý do rượu tăng rõ rệt: đợt điều tra trước không phát hiện trường hợp nào nghiện rượu nặng cũng như loạn thần do rượu ở xã T.N.; lần này phát hiện 38 ca nghiện rượu và 3 ca loạn thần do rượu.

Tác hại về mặt sức khỏe, kinh tế và quan hệ xã hội rất rõ rệt nên chính gia đình người lạm dụng rượu và cả bản thân họ đều biểu hiện nhu cầu cấp thiết cai rượu.

Vì những lý do trên, một chương trình cai rượu tại cộng đồng là cấp thiết, trước hết cho những người tự nguyện yêu cầu cai rượu.

5. Nghiện thuốc phiện.

Ở xã T.N. có tỷ lệ cao hơn (0,43%) so với xã Q.Đ. (0,05%) vì ở xã T.N. có một số dân đi xây dựng kinh tế ở Tây Bắc về, mang theo bàn đèn và chứng nghiện.

6. Chậm phát triển tâm thần.

Chậm phát triển tâm thần ở xã Q.Đ. và xã T.N. đều có tỷ lệ 0,54%. Tỷ lệ này chỉ phản ánh trường hợp trung bình và nặng. Số bệnh nhân này chưa được quản lý và chăm sóc; có một số người thỉnh thoảng có cơn hung hãn (3% số bệnh nhân). Nghiên cứu của Đinh Đăng Hòe tại Gia Sàng Thái Nguyên (dân số 8965) cho tỷ lệ 0,49%, chủ yếu gồm các mức độ nặng và trung bình. Tỷ lệ mắc chậm phát triển tâm thần ở các nước phương Tây là 0,3 – 0,5% dân số trẻ em; tỷ lệ mắc chung ở các nước có thu nhập thấp gấp 2 – 8 lần

so với các nước công nghiệp phát triển. (Desjarlais và những người khác, Đại học Havard, 1996).

7. Một vài bệnh lý thường gặp ở trẻ em

Điều tra lần này có chú ý phát hiện vài rối loạn rất thường gặp ở trẻ em (đái dầm, chán ăn) và thường làm cho bố mẹ các cháu lo lắng.

Đái dầm không thực tổn ở trẻ em ở độ tuổi 5 – 14 ở Q.Đ. có tỷ lệ 4,32% (đái dầm tiên phát 73%, đái dầm thứ phát 27%; đái dầm ban đêm 85%, đái dầm cả ban đêm và ban ngày là 15% số trường hợp); ở xã T.N., tỷ lệ là 4,52% (đái dầm tiên phát 75% số trường hợp, đái dầm thứ phát 25%; đái dầm ban đêm 85%; đái dầm cả ban đêm và ban ngày 15%).

Đái dầm ở trẻ em thật sự là nỗi quan tâm của các bà mẹ:

Họ than phiền rằng đang đêm phải thức dậy thay quần áo, chăn chiếu cho trẻ; sáng ra phải lo giặt rũ.

Đối với trẻ em đã đến tuổi dậy thì (nhất là con gái), các bà mẹ lo buồn sợ hãi thật sự, không biết cho con đến chữa ở bác sỹ chuyên khoa nào và bệnh sẽ tiến triển ra sao.

Theo kinh nghiệm thực hành của chúng tôi, hoàn toàn có thể chữa bệnh này có kết quả tại cộng đồng. Vấn đề là tổ chức dịch vụ này như thế nào?

Chán ăn

Tỷ lệ chán ăn ở trẻ em 1 – 5 tuổi ở xã Q.Đ. rất đáng quan tâm (3,06%). Bữa ăn của trẻ kéo dài hàng giờ. Có sự vật lộn thật sự giữa trẻ em và mẹ trong bữa ăn của trẻ. Các trẻ em này thường chậm lớn so với trẻ cùng tuổi phát triển bình thường. Tình trạng kéo dài nhiều tháng thậm chí nhiều năm. Nguyên nhân chủ yếu thường là do cách cho ăn uống thiếu khoa học của mẹ (ép ăn mong cho trẻ chóng lớn; bánh kẹo sẵn, cho ăn bất cứ lúc nào nên đến bữa ăn trẻ ngang dạ, khó ăn).

KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp một số chỉ số dịch tễ học của một số rối loạn tâm thần phổ biến.

Bệnh tâm thần phân liệt, tỷ lệ mắc điểm là 0,60% và 0,62% dân số; tỷ lệ mới mắc là 0,016% và 0,04%.

Trầm cảm: tỷ lệ mắc là 4,1% - 4,03%; tỷ số nữ trên nam là 3:1 và 2:1.

Các rối loạn tâm căn: tỷ lệ mắc là 2,2% - 2,7%; tỷ

số nữ trên nam là 4:1.

Lạm dụng rượu: tỷ lệ là 2,19% và 2,4%. Nghiện rượu: 0,44% - 0,51%. 98% số người lạm dụng rượu và nghiện rượu là nam. Điều đáng chú ý là sự tăng rõ rệt số người lạm dụng rượu: 35 (1994) và 217 (2007). Các bệnh lý do rượu cũng tăng rõ rệt: 0 (1994) và 41 trường hợp nghiện rượu và loạn thần do rượu (2007).

Đái dầm chức năng chiếm tỷ lệ 4,32% - 4,53% số trẻ em 5 - 14 tuổi.

Cho đến nay mới có bệnh tâm thần phân liệt được tổ chức điều trị: kết quả rất đáng chú ý (26,83% hồi phục hoàn toàn dài hạn). Tuy nhiên số không tuân thủ điều trị (13,4% tổng số bệnh nhân) và số bệnh nhân chưa bao giờ được điều trị chuyên khoa (12,2%) còn rất cao. Do nhận thức về bệnh trong nhân dân còn hạn chế nên các bệnh nhân bị một số rối loạn tâm thần như trầm cảm, rối loạn tâm căn, lạm dụng rượu, đái dầm... chưa chủ động tìm sự giúp đỡ của chuyên khoa tâm thần. Những bệnh lý này hoàn toàn có thể tổ chức điều trị ngay tại xã phường, với một chương trình tập huấn chuyên môn cho bác sỹ đa khoa và giáo dục sức khỏe cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jablensky, N. Sartorius et al., Psychological Medicine. Monograph supplement 20. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A WHO Ten-Country Study. Cambridge University Press 1992.

2. Dominique Barbier et al. Guide de l'intervention en santé mentale. Editions PRIVAT, Toulouse, 1993.

3. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Synopsis of Psychiatry, sixth edition, Williams & Wilkins, Baltimore, 1991.

4. John Hoey, René Lambert. Eléments d'épidémiologie pour le clinicien. Edition du CNRS, 1981.

5. John Hoey, René Lambert. Eléments d'épidémiologie. MALOINE S.A. Paris, 1984.

6. M. Jenicek et R. Cléroux. Epidémiologie. MALOINE S.A. Paris, 1984.

7. P.F. Chanoit. Epidémiologie en psychiatrie, Nodules. puf Paris, 1985.

8. WHO. The Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization, Geneva, 1992.