

“Ăn Giây Mơ, Uống Rễ Má”

BS Đặng Ngọc Thuận



Nếu chẳng may bị Alzheimer, liệu uống rễ má có khỏi không? Đừng trên căn bản khoa học mà nói, câu trả lời dứt khoát là không! Nhất là trong trường hợp được một ông lang băm nào khẳng định có thuốc gia truyền trị dứt căn cho bệnh nhân. Chắc chắn chỉ có tiền mất tật mang mà thôi!

Bệnh Alzheimer do bác sĩ người Đức tên là Alois Alzheimer phát hiện năm 1901 và được Tây Y đề cập đến nhiều khoảng 20 năm nay. Làm sao có thuốc gia truyền từ mấy trăm năm? Cũng như bệnh AIDS lần đầu tiên xuất hiện ở loài người khoảng năm 1960 tại Congo, cho đến

năm 1981 mới xác định được là do vi khuẩn từ loài khỉ truyền sang người, rồi lan tràn qua Bắc Mỹ theo ngả Haiti.

Cho đến bây giờ Alzheimer vẫn được coi như một căn bệnh ác độc không có cách tránh và vô phương cứu chữa. Thật là một hiểm họa cho nhân loại vì số người cao niên trên 65 tuổi ngày càng tăng nên mỗi năm có thêm khoảng 5 triệu người bị mất trí. Tổng số trên toàn cầu hiện khoảng 30 triệu bệnh nhân. Riêng tại Canada hiện có nửa triệu bệnh nhân và trong vòng 25 năm nữa con số đó có thể lên đến 1.5 triệu vì thế hệ baby boomers (sinh những năm ngay sau thế chiến thứ 2) rất đông đúc và đang đến tuổi hồi hưu. Tuồng cũng nên nói thêm là người dân ở các nước tân tiến thường bị mất trí nhiều hơn ở các nước hậu tiến và 70% trong số các bệnh nhân thuộc phái nữ.

Vậy đối phó với Alzheimer y học cụ thể có thể làm gì trong giai đoạn hiện tại?

Chúng ta hãy lần lượt bàn luận về phát hiện, ngăn ngừa, triệu chứng, chữa trị và nuôi dưỡng.

Alzheimer là bệnh mất trí (dementia) của người già trên 65 tuổi nên đến tuổi này bác sĩ gia đình ở tuyến đầu hàng năm thường làm một trắc nghiệm thanh lọc (screening test) để loại trừ khả năng bệnh đã nhen nhúm trong não bộ bệnh nhân. Trắc nghiệm này chỉ gồm mấy câu hỏi ngắn gọn nhưng thêm phần chính xác nếu có người nhà đi cùng hỗ trợ, cho biết rõ chi tiết những triệu chứng lâm sàng quên quên nhớ nhớ của bệnh nhân

Chẩn đoán bệnh chỉ được khẳng định khi screening test dương tính, bệnh nhân được gửi đi chụp não bộ bằng brain scan phát hiện cụ thể những tổn thương nơi não bộ dưới hình thức mảng cứng (plaques) và nút rối (tangles) cùng chọc vô xương sống lấy nước não tủy (liquide céphalorachidien) có hiện diện những chất đậm bất bình thường như nói sau đây.

Thật vậy, nguyên nhân bệnh tuổi già mất trí kiểu Alzheimer do 2 chất đậm bất bình thường gây nên (proteopathy) làm thoái hóa não bộ (neurodegenerative process):

- Senile plaques do chất đậm amyloid beta đóng cứng thành từng mảng trên mặt não bộ, làm óc dần dà teo nhỏ đi.
- Neurofibrillary tangles do chất đậm amyloid tau tụ lại thành nút rối nơi trạm giao tiếp (synapsis) của 2 giây thần kinh làm công tác vận chuyển luồng kích thích bằng chất acetyl-choline bị rối loạn rồi ngưng tắc hẳn.

Tuy nhiên như người ta thường nói là không có bệnh mà chỉ có con bệnh nên một số không nhỏ bị mất trí ngay từ những năm 40 - 50 tuổi, nhất là có một hay nhiều yếu tố rủi ro sau đây, cần được phát hiện một cách chọn lựa (selective):

- Dĩ nhiên là yếu tố tuổi tác, thường là trên 65 tuổi khi bắt đầu hư trí. Nhưng đặc biệt là những người bị mắc bệnh Mông Cổ (Down's syndrome) đa số bị mất trí ngay từ năm 40 tuổi (Early onset dementia). Sau nữa là những người ngay từ khi còn nhỏ tuổi đã mắc bệnh tiểu đường (juvenile diabetes mellitus) cũng thường sớm bị mất trí.
- Di truyền: Đa số bệnh nhân Alzheimer là những trường hợp đơn lẻ (sporadic) nhưng có một số bệnh nhân mắc bệnh dưới hình thức gia truyền. Những trường hợp này thường mất trí rất sớm và do 3 loại

genes (xin miễn kể tên khoa học phức tạp để tránh dài dòng văn tự) biến dạng mà sinh ra bệnh (mutations). Cho nên đây chỉ là yếu tố rủi ro chứ không phải quyết định. Trong thực tế, gia đình có người thân bị Alzheimer, ta nên cảnh giác và lưu ý bác sĩ gia đình.

- Tiền căn tai biến mạch máu não hay chấn thương sọ não, ngay cả những tai biến hay chấn thương nhẹ nhưng nhiều lần (mini-stroke, mini-trauma) do nghề nghiệp như võ sĩ quyền Anh, đấu thủ bóng bầu dục, đồ vật ...
- Trình độ học vấn kém: VN là một nước hậu tiến tương đối ít Alzheimer nhưng có lẽ cũng do cha mẹ luôn luôn thúc đẩy con cái lấy học vấn làm đường tiến thân. Thật là một truyền thống tốt đẹp, cần được phát huy.
- Lạm dụng rượu mạnh, thuốc lá và ma túy: Thuốc lá và ma túy đương nhiên tối kỵ tuyệt đối nhưng chuyện uống rượu chỉ có lạm dụng hay tệ hơn là nghiện rượu mới sinh nhiều rủi ro. Vấn đề này sẽ được bàn luận thêm dưới đây

Không có cách nào tránh bệnh mất trí nhưng **có thể trì hoãn (delay) bệnh này nếu** ta tuân thủ được những điều chỉ dẫn đã được khảo sát và minh chứng ít nhiều hữu hiệu:

- Theo một nếp sống năng động về trí óc như tuổi già vẫn năng đọc sách báo, chơi hoặc nghe nhạc, giao tế xã hội và đánh bài... Riêng với các bậc trưởng lão Việt Nam thì mặt chược và tứ sắc là hai bộ môn giải trí rất bổ ích cho trí nhớ. Nhưng chẳng may có cụ nào xưa nay không chao ù, tới hổ bao giờ mà bỗng nhiên nay lại tới hổ, chao ù lia chia thì phải thành thật khai báo ngay cho con cháu dắt đi bác sĩ làm screening tests tìm Alzheimer!
- Vận động thể xác nhẹ nhàng, ít nhất mỗi ngày cũng bỏ ra 1 tiếng đi bộ thông thả buổi sớm mai. Sống động hơn nữa theo Phương Tây thì tập gym, pilates, danse en ligne... theo Phương Đông thì tập khí công, tài chi, yoga, dưỡng sinh... Điều cốt yếu là phải lượng sức mà tập luyện cho vừa phải. Tập quá lố (over-exercise) e rằng có hại nhiều hơn là có lợi!
- Theo một chế độ dinh dưỡng lành mạnh và điều độ, thí dụ như Mediterranean diet gồm rau củ trái cây, bánh mì ngũ cốc, dầu oliu, cá (tránh ăn thịt) và nhất là rượu chất đồ. Dĩ nhiên chỉ uống từ ít đến vừa phải mà thôi. Nhậu nhẹt túy lúy hay say mềm tối ngày coi như cấm kỵ. Mập phì sớm đưa đến Alzheimer, nhất là bụng phệ. Vóng số 2 càng to bao nhiêu thì khối óc càng teo đi bấy nhiêu.
- Một vài sinh tố và thực phẩm được tiếng có tính cách ngăn ngừa mất trí như sinh tố C, sinh tố D, sinh tố B như niacin, folic acid, thiamine và cyanocobalamine. Uống mỗi ngày từ 3 đến 5 ly cà phê có khả năng làm chức năng nhận thức bớt suy giảm phần nào. Phải kể thêm bột gia vị cà ry thường dùng trong bếp núc Phương Đông và thảo mộc Ginko Biloba được dùng làm thuốc trong y khoa phụ thế (alternative medicine)
- Thuốc men thường dùng cũng ảnh hưởng đến Alzheimer như thuốc chống viêm loại NSAIDS có khả năng trì hoãn sự suy thoái chức năng nhận thức nhưng kích thích tố thay thế (replacement hormonotherapy) xử dụng trong tuổi hồi xuân lại chẳng giúp cho phụ nữ duy trì trí nhớ tuổi thanh xuân như ta tưởng.
- Các kim khí nặng như chì và thủy ngân rất hại cho trí nhớ và lạ lùng thay aluminium là kim khí nhẹ còn có khả năng độc hại hơn nữa.. Điều này khiến nhà cầm quyền CS Việt Nam bị chỉ trích nặng nề là phạm tội ác khi bán Cao Nguyên Miền Nam cho Trung Quốc khai thác quặng bauxite để lọc ra alumine rồi biến chế ra aluminium tạo ra bùn đỏ làm ô nhiễm môi trường, gây độc hại vô cùng cho sức khỏe nhân dân.

Bàn về chữa trị, phải nói ngay là bệnh Alzheimer không có thuốc chữa tuyệt căn (nghĩa là tẩy sạch mọi tổn thương trong não bộ) mà chỉ giảm thiểu các triệu chứng khiến bệnh nhân có một cuộc sống dễ chịu hơn, nói theo kiểu thời thượng là được một nếp sống có phẩm chất hơn (better quality of life)

Muốn thấu hiểu phương pháp điều trị bệnh Alzheimer cần biết rõ bệnh này có hai mặt (volets): Một mặt về sự suy thoái các chức năng nhận thức (cognitive impairment) và một mặt về các rối loạn hành xử và tâm thần (behavioral & neuropsychiatric disorders) . Toàn thể bệnh trạng gây nên một gánh nặng đau khổ cho cả bệnh nhân và những người xung quanh.

Mắt 1: Suy thoái về nhận thức gồm nhiều khâu như trí nhớ, dinh dưỡng, cảm nhận chú tâm, ngôn ngữ và khả năng giải quyết các vấn đề.

Trí Nhớ (memory): Thông thường già cả hay quên những điều vừa xảy ra (mémoire immédiate ou récente) nhưng rất nhớ những chuyện xa xưa (mémoire lointaine) Quá tầm bình thường là phải nghĩ đến Alzheimer như không nhớ ngày hôm qua ăn gì, làm gì, gặp ai...

Định Hướng (orientation): Mất định hướng về thời gian là quên ngày tháng, tuổi tác... về không gian là không biết mình ở đâu đi đâu, lái xe loạng quạng, thậm chí ẩu tả...

Cảm nhận-chú tâm (perception-attention): Mất cảm nhận chú tâm khiến bệnh nhân không nhìn ra vật dụng hàng ngày như bút giấy hay nồi niêu bếp núc, thậm chí kẻ thân người thuộc, bạn bè con cháu cũng không nhìn ra.

Ngôn ngữ (language) ngày một hạn chế, nhất là ngoại ngữ. Chung cuộc có thể nín lặng suốt ngày. Một điều đáng chú ý là tỷ số bệnh nhân Alzheimer ở Canada nhiều hơn ở những người đọc ngữ và ít hẳn ở những người song ngữ!

Giải quyết vấn đề (problem solving):

Trước một tình huống thông thường mà bệnh nhân không biết xử trí ra sao. Thí dụ như cứ ngàn ngữ, không quyết định nổi lúc nào nên băng qua đường. Dần dần không còn khả năng tự túc tự cường, phải ỷ vào những người xung quanh ngay cả trong những hoạt động của cuộc sống hàng ngày như tắm rửa, thay đồ, ăn uống.(daily living activities)

Tùy theo tầm quan trọng của các triệu chứng nói trên người ta chia sự tiến triển của bệnh Alzheimer làm bốn giai đoạn:

- Mất trí tiền khởi (pre-dementia): Quên quên, nhớ nhớ nhất là những sự việc vừa xảy ra. nhưng bệnh nhân còn hoàn toàn tự lập.
- Mất trí khởi đầu (early dementia): Quên tên tuổi, quên chỗ ở, quên mọi kỷ niệm gần xa. Còn được gọi là mild cognitive impairment (MCI) hay atteinte cognitive légère (ACL)
- Mất trí trung độ (moderate dementia) ; Quên bà con bạn bè, không nhận ra những vật dụng hàng ngày, giản dị như cái đồng hồ chẳng hạn.
- Mất trí cao độ (advanced dementia) là giai đoạn chót của sự suy thoái chức năng nhận thức. Bệnh nhân mất hẳn tự chủ về thể xác cũng như tinh thần!

Thông thường đến giai đoạn 2, bác sĩ mới xử dụng thuốc men để giảm thiểu mọi triệu chứng ngõ hầu bệnh nhân có thể sống những tháng năm còn lại phần nào thoải mái. Hai thứ thuốc thường được dùng nhất ở Canada là Aricept và Excelon. Không thể nói thứ nào hay hơn thứ nào, chỉ tùy bệnh nhân thích hợp với thứ nào hơn mà thôi, nghĩa là bị ít tác dụng phụ (side effects)

Một điều cần khẳng định lần nữa là **chưa có thuốc nào trị dứt căn bệnh Alzheimer, nghĩa là xóa bỏ được những tổn thương trong não bộ bệnh nhân**. Thậm chí hãng bào chế Pfizer sản xuất thuốc Aricept quảng cáo thuốc này với y giới như sau: "Bắt đầu bằng Aricept, tiếp tục với Aricept" và không chừng phải nói thêm cho rõ là chấm dứt bằng Aricept.

Hai thứ thuốc nói trên đều cùng một cơ chế tác động là tăng cường chất acetyl-choline để giúp não bộ vận chuyển bình thường những luồng kích thích. Một loại thuốc nữa có cơ chế tác động tương tự đối với glutamate (một loại neurotransmitter khác) được dùng nhiều tại Hoa Kỳ là Memox trong giai đoạn cao độ chót của Alzheimer nhưng rất nhiều tác dụng phụ.

Phải kể thêm 2 loại thuốc được biệt xử dụng để điều trị Alzheimer là thuốc kháng sinh Minocycline có tiềm năng ngăn cản các chất đạm amyloid beta và tau đóng thêm lên những mảng cứng và nút rối. Và Insuline thường được chích để chế ngự mức đường quá cao trong máu nhưng nếu dùng với liều lượng tối thiểu bằng cách hít qua lỗ mũi có thể làm giảm mức đường trong não bộ và trì hoãn Alzheimer được nhiều tháng và giảm thiểu mọi triệu chứng nếu đã bị.

Kết quả người mắc bệnh Alzheimer trung bình sống được 7 năm, rất ít ai sống quá 14 năm và thường chỉ 3-4 năm là tử vong vì một bệnh đồng hữu (co-morbidités) như tiểu đường, bệnh tim mạch, ung thư nào

nữa hay nhất là biến chứng (complications) như sưng phổi vì mắc nghẹn, thân thể bất động tàn tạ sinh lở loét nhiễm trùng hoặc vì hội chứng suy dinh dưỡng do bỏ hẳn ăn uống, đôi khi phải nuôi bằng ống dẫn Ensure vô thẳng dạ dày (tube feeding)

Mặt 2 bao gồm những rối loạn về hành xử và tâm thần

Khác với chứng schizophrenia (loạn trí hay nôm na là điên thứ thiệt) bệnh mất trí của người cao niên kiểu Alzheimer được xếp vào loại bệnh có tổn thương trong não bộ (organic brain syndrome). Nhưng hầu hết các bệnh nhân Alzheimer đều có những biểu dương về rối loạn hành xử và tâm thần, nhất là hội chứng trầm cảm (depression) và loạn sáng mất thực tế (psychosis). Điều trị Alzheimer mà bỏ quên điều trị rối loạn thần kinh là một thiếu sót rất lớn.

Rối loạn về hành xử gồm nhiều hành vi, thái độ và cách cư xử

Có thể biểu dương ở bất cứ giai đoạn tiến triển nào của bệnh Alzheimer nhưng càng về sau càng tệ hại. Thí dụ như:

- Mê sáng: Sợ trộm cắp, tưởng người phối ngẫu là một kẻ xa lạ giả danh (impostor), không nhận ra căn nhà mình cư trú, nghi kỵ bị bỏ rơi, lừa dối.
- Bịa đặt chuyện này chuyện nọ như thể có thật để che dấu sự kiện mất trí nhớ, quên hẳn mọi việc đã xảy ra dù mới hay đã cũ.
- Mơ tưởng sinh ảo ảnh ảo thính (hallucinations): Trông gà hóa quóc, nghe đồng sang tây, ông nói gà bà nói vịt, ông chẳng bà chuộc...
- Tâm trạng bất thường: Khi vui khi buồn không chừng, hờn giận không đầu, buồn phiền, lo lắng thậm chí đưa đến suy nhược thần kinh.
- Mất ăn mất ngủ: Bỏ ăn bỏ uống nguyên ngày hoặc nghịch lại ăn uống vô độ. Mất ngủ nguyên đêm nhưng thường là thức giấc từ 1-2 giờ sáng.
- Dữ dằn trong lời ăn tiếng nói, đôi khi còn thượng cẳng tay, hạ cẳng chân đối với chồng vợ, con cháu.
- Nhắc đi nhắc lại: Có một vài câu chuyện cũ mèm mà cứ bắt bà con bạn bè nghe đi nghe lại, mặc dầu đã được khuyến cáo.
- Bồn chồn đứng ngồi không yên, đi tới đi lui, bực tức gắt gỏng, khó tính khó nết.
- Dễ dàng gây hấn hoàn toàn vô lý hay vì những lý do thật nhỏ mọn, với những hành vi và thái độ vô cùng khó chịu cho người xung quanh.
- La hét om sòm hoặc trái lại ngồi khóc thút thít một chỗ ai hỏi không trả lời hay còn òa khóc to lên.
- Từ chối không cho chăm sóc như thay áo quần, giặt đi tắm rửa, cho ăn cho uống: “Không khiến, mặc tôi, ai thêm...”
- Bỏ nhà lang thang đây đó mới đầu từ sáng đến tối, sau có thể cả tuần rời biệt tích giang hồ luôn.
- Đòi hỏi nhân viên viện dưỡng lão phải đưa về nhà ngay, quần áo chỉnh tề va ly sẵn sàng và lúc ấy thường là 2 giờ sáng.
- Chấp chừa để dành thành đống những đồ vật hoàn toàn vô dụng khiến căn phòng bừa bãi rác rưởi.
- Phá phách đồ đạc trong nhà như để hả giận hoặc nữa thu xếp đồ đạc không nghĩ, không thôi.
- Vệ sinh cá nhân rất bê bối, không tắm, không rửa, không thay áo quần sinh hôi hám ghê tởm.
- Có những hành vi hay thái độ có tính cách tinh dục không phải chỗ hay không đúng lúc, khiến người chứng kiến phải phát ngượng.
- Có những hành vi đột xuất như không có suy nghĩ trước khiến người trực diện sinh ngỡ ngàng, băng khuâng.
- Ủ rũ bất động (apathy) ngồi hàng giờ ruồi bu kiến đậu không buồn đuổi. Đặc biệt nhất làm nằm co quắp như thai nhi trong bụng mẹ (fetal position).
- Có một câu hỏi độc nhất nhưng hỏi đi hỏi lại nhiều lần trong một lúc hay ngày này qua tháng khác.
- Đái ỉa bừa bãi không kìm hãm được hoặc giả cố ý để gây chú ý hay làm phiền toái người chăm sóc.
- Không muốn tiếp xúc với người khác dù xa lạ hay thân thiết. Tự giam hãm mình trong nhà hay trong phòng.
- Ám ảnh cô đơn sinh ra những hành động khác thường như độc thoại âm thầm, bứt tai bứt tóc, thậm chí tự hủy hoại thân thể (automutilation).

Rối loạn về tâm thần gồm 5 điều:

- Gây hấn (Aggressivity): Chống đối bằng ngôn ngữ dữ dằn (violence verbale) như văng tục chửi rủa, thậm chí dùng bạo lực cụ thể (violence physique) như xô xát đấm đá...
- Rối động (Agitation): Đi đứng cuống quýt, lui tới không thôi, không mục đích, lang thang thơ thẩn, lập đi lập lại mãi một vài cử chỉ, cời đồ ra, mặc đồ vô không ngừng, giấc ngủ xáo trộn, lung tung khi giường khi ghế.
- Loạn sáng mất thực tế (Psychosis): Mơ tưởng sinh ảo ảnh ảo thính, mê sảng, lầm lẫn người nọ với kẻ kia.
- Trầm cảm (Depression): Buồn bã khóc lóc, cảm tưởng bất lực, hạ giá bản thân, lo âu phiền muộn, mặc cảm tội lỗi
- Ủ rũ bất động (Apathy): Tự co tự rút thân hình, không thiết làm gì, không còn mong muốn bất cứ điều gì, việc gì.

Chữa trị rối loạn hành xử và tâm thần của bệnh Alzheimer, các bác sĩ có thể sử dụng những phương pháp hữu dược (pharmaceutical) hay phi dược (non-pharmaceutical) Thật ra phương thức không xài thuốc mới thật quan trọng, hợp lý và hữu hiệu như chúng ta sẽ thấy dưới đây.

Thuốc men thường dùng nhất cho các rối loạn thần kinh trong bệnh Alzheimer là thuốc chống trầm cảm (anti-depressants) và chống loạn sáng (anti-psychotics). Hai thứ thuốc thường được kê đơn nhất là Risperdal và Zyprexa đều là những loại thuốc mới có trên thị trường, khá nhiều tác dụng phụ.

Trong những phương pháp phi dược, phải kể:

- Hội nhập môi trường làm sao cho bệnh nhân tưởng như còn ở nhà với cách trang trí cá nhân hóa, màu sắc và mùi vị hợp với thói quen... Cho nên phải sử dụng nhiều phương pháp điều trị đặc chú như luminotherapy, (ánh sáng), aromatherapy (mùi vị), zootherapy (súc vật), musicotherapy (âm nhạc)....
- Chương trình tập thể như thể dục, khiêu vũ, giao tế tâm lý xã hội, trị liệu tâm lý chung bằng cách công khai kể lại những nỗi niềm xa xưa cho tất cả cùng nghe, cùng xem những tấm ảnh kỷ niệm, những kỷ vật quý báu...(reminiscence therapy)
- Tâm lý trị liệu hỗ trợ cá nhân khiến bệnh nhân có cách nhìn rõ hơn bệnh trạng của mình và dễ chấp nhận hơn tình trạng mới. Phương thức này rất hữu ích cho bệnh nhân ở giai đoạn sơ khởi.

Thật ra **ta phải hiểu bệnh nhân Alzheimer như một con người đã trở về thuở ấu thơ**. Điều họ cần nhất là được săn sóc một cách triu mến và thương yêu (gọi tắt là TLC hay tender, loving care), cho nên **thượng sách là được điều trị tại gia** nhưng đây thật là một gánh mỗi ngày mỗi thêm nặng cho thân nhân phải chăm sóc bệnh nhân (caretaker hay aidant naturel)

Bệnh Viện Johns Hopkins ở Hoa Kỳ có xuất bản một cuốn cẩm nang rất tốt để chỉ dẫn thân nhân chăm sóc tại gia cho bệnh nhân Alzheimer tựa là **“Caring for a Loved One with Alzheimer’s Disease”** Quý độc giả có thể liên lạc để có cuốn cẩm nang đáng giá này qua <http://www.johnshopkinshealthalerts.com/contact us/>

Một sự thật phũ phàng phải nói là **sớm muộn đại đa số bệnh nhân Alzheimer đều phải nhập viện**. Mới đầu có thể chỉ cần được thăm viếng tại gia để giúp tắm rửa, dọn dẹp nhà cửa... và Bệnh Viện Dưỡng Nhật (Daycare Hospital hay Hôpital de Jour) để được tham gia các chương trình giao tế xã hội hay tâm lý trị liệu tập thể... nhưng cuối cùng vẫn là những Trung Tâm Điều Dưỡng Dài Hạn (ở Québec gọi là CHSLD hay Centre Hospitalier des Soins de Longue Durée) miễn phí vì được bao trùm bởi Cơ Quan Bảo Hiểm Bệnh Tật Québec (RAMQ hay Régie de l’Assurance-Maladie du Québec).

Điều đáng buồn nhưng cần nói là những trung tâm dưỡng lão hiện hữu khó có thể đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân Alzheimer và vì thế không thích ứng cho họ. Báo chí thường tường thuật những tệ hại bạo hành như la mắng, trói cột bệnh nhân (contrainte physique) thậm chí lạm dụng tình dục nữa! Câu chuyện bệnh nhân đang đêm đòi về nhà thường xảy ra luôn và “về nhà” đây phải hiểu như ngụ ý một lời chỉ trích: “Nơi này là một cái nhà mồ cho tôi “! Vì thế mới nảy sinh ý niệm một căn nhà Alzheimer lý tưởng dựa trên nguyên tắc dặt dìu bệnh nhân trên con đường xuống dốc bất khả phục hồi của họ. Phương cách điều dưỡng này được mệnh danh là approche prothétique tạm dịch nôm na cụ thể là “đưa nặng cho chống.” Thật ra từ xưa các nữ tu

phục viện (Soeurs hospitalières) đã quan niệm chức năng của họ như thế, nhưng trên quan điểm tôn giáo chứ không khoa học như ngày nay.

Căn nhà Alzheimer phải được xây cất theo một lối kiến trúc Tân Phong Thủy (Neo Feng Sh'ui) sao cho bệnh nhân cảm thấy thoải mái, không chút stress trái lại luôn luôn vững tâm an bình, không thấy xa lạ lạc lõng. Họ phải tưởng như vẫn ở nhà ấm cúng thân mật, với những hình ảnh, màu sắc và mùi vị quen thuộc. Căn nhà nào cũng cần có một khu vườn để bệnh nhân có thể tự tay vun trồng hoa quả hoặc rau cỏ như ở nhà. Bệnh nhân tự do đón tiếp thân nhân hay những thiện nguyện viên đến trò chuyện thăm hỏi, thậm chí có quyền nuôi súc vật để ấp ủ ngay trong phòng. Ngoài ra, luôn luôn có những buổi xuất viện tập thể có trông chừng đi thăm các trung tâm thương mại, chợ búa, các công viên, hội chợ ... để bệnh nhân không có cảm giác bị gạt bỏ ra ngoài xã hội.

Ban ngày mỗi đơn vị điều dưỡng chỉ gồm tối đa 9 phòng cá biệt cửa không khóa để bệnh nhân có quyền ra vô thoải mái. Ban đêm một toán trực chỉ phụ trách tối đa 36 bệnh nhân được trông chừng bằng màn ảnh vi tính (monitoring) với những kỹ thuật hi-tech tân tiến xử dụng trí thông minh nhân tạo (artificial intelligence) như người máy tháp tùng, GPS cá nhân đề phòng đi đứng lang thang, làm đường lạc lối, micro-chips gắn dưới da để phát hiện tức khắc các tai nạn té ngã hay những bất ngờ khác ...

Nhân viên phục vụ phải được huấn luyện chuyên nghiệp đặc biệt, trả lương hậu hĩnh để không dễ dàng bỏ việc. Lý do là bệnh nhân Alzheimer rất mau quyến luyến với nhân viên điều dưỡng nên không chịu đựng nổi mọi đổi thay xoay xoi. Phải quản lý nhân viên làm sao để gần như không bao giờ có chuyện thuyền chuyển đột ngột. Mặt khác, cấm kỵ việc đổi phòng trái với ý nguyện bệnh nhân, nhất là khi họ đã quen thuộc và hài lòng với căn phòng của họ. Và dĩ nhiên nhân viên điều dưỡng phải hành xử làm sao để không bao giờ bệnh nhân bị trói buộc về tinh thần cũng như thể xác. Nói tóm lại bệnh nhân Alzheimer phải được cưng chiều như mẹ chiều con vậy!

Nói là căn nhà lý tưởng nhưng trong thực tế những căn nhà Alzheimer đã nhan nhản khắp Bắc Mỹ và Âu Châu, thường trong lãnh vực tư nhân vì quả thực là rất tốn kém. Nếu ta biết nhà nước chi phí hiện nay cho mỗi bệnh nhân Alzheimer trong một viện dưỡng lão thông thường là 50.000 CAD một năm thì một bệnh nhân Alzheimer được điều trị trong một căn nhà Alzheimer sẽ là bao nhiêu? E rằng phải thêm 50 ngàn nữa!

Tên vài căn nhà Alzheimer tại Québec, Canada:

- Jean XXIII ở Trois-Rivières
- Mémoire du Cœur ở Joliette,
- Fleur-Ange ở Hull
- La Maison Francesco Bellini ở Sherbrooke
- Le Pavillon des Bâisseurs ở Montréal
- La Maison Alzheimer ở Rive-Sud
- La Maison Alzheimer Vilar de Québec ở Québec

Xứ Đan Mạch, một étát-providence cung cấp mọi chuyện mọi thứ cho người dân từ khi còn nằm trong nôi cho đến ngày cần một nắm mộ, được coi như là thiên đường của bệnh nhân Alzheimer. Từ lâu, các căn nhà Alzheimer lý tưởng kể trên đã được thực hiện do luật pháp quy định và nhà nước quản lý. Một thí dụ là La Résidence des Roses ở Copenhague do một **nữ giám đốc người Đan Mạch gốc Việt** điều khiển là bà Domonique Nguyễn. Trừ phi gia đình bệnh nhân không muốn, chuyện nhập viện không phải chờ đợi là một quyền công dân bất khả xâm phạm. (Ở Quebec thời gian chờ đợi một chỗ nằm trong CHSLD trung bình từ 1 năm đến 1 năm rưỡi)

Dĩ nhiên bệnh nhân được chăm sóc theo những tiêu chuẩn của một căn nhà Alzheimer lý tưởng, đầy đủ phẩm chất và nhân cách. Thậm chí nhân viên phục vụ không được đeo yếm dãi cho bệnh nhân trong bữa cơm vì như thế là coi họ như con nít và vi phạm đến nhân cách của họ. Nếu thức ăn rơi vãi lên người, nhân viên phải sẵn sàng thay áo cho họ. Tại một trung tâm, ban quản trị còn chiều chuộng một bệnh nhân đến độ xây dựng một trạm xe buýt trong vườn để ông ta mỗi sáng trên phòng xuống đứng chờ, theo tập quán hàng mấy chục năm của ông ngày nào cũng chờ xe buýt đi làm!

Thế nhưng người dân Đan Mạch đóng thuế lợi tức 60% và thuế mua bán 25% so với Quebec 30% và 13%!

Thay lời kết:

Giáo sư Đàm Quang Hưng ở Houston, Texas, USA tuy là một nhà toán học song lại rất giỏi Hán Văn và đã dịch sang tiếng Việt nguyên bộ Liễu Trai Chí Dị. Thế theo lời yêu cầu của tác giả bài viết này, ông đã dịch một bài thơ cổ bằng Hán Văn sang tiếng Việt.

Bài thơ đó nhan đề là **Mùa Thu Cuộc Đời** của thi hào Tân Khí Tật (1140-1207) làm khi đến tuổi hạc, ngắn gọn nhưng diễn tả trọn vẹn tâm tư và nguyện vọng của một người cao niên, muôn thuở vẫn vậy. Chúng tôi xin mượn bản dịch của GS Đàm Quang Hưng để kính tặng tất cả các bậc Trưởng Thượng Việt Nam tị nạn trên Thế Giới Tự Do một Mùa Thu Cuộc Đời trong sáng vui mạnh cả về tinh thần lẫn thể xác.

*Nay tôi đã già và tôi đã trải
Đáy đắng cay của mọi thâm sầu
Nên bằng lòng để tâm thanh thân
Mà an vui cảnh đẹp mùa Thu.'*

BS Đặng Ngọc Thuận
Montreal, vào Thu 2011