

Nghiên cứu các rối loạn trầm cảm, lo âu và ý tưởng tự sát qua các thang điểm sàng lọc PHQ-9 và GAD-7 ở bệnh nhân động kinh người lớn

Nguyễn Duy Duẩn^{1*}, Hồ Ngọc Tiến Đạt¹, Trần Thị Trà My², Trần Thị Kim Anh¹, Nguyễn Đình Toàn¹

(1) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ trầm cảm, lo âu và ý tưởng tự sát ở bệnh nhân động kinh người lớn qua các thang điểm sàng lọc PHQ-9 và GAD-7 và các yếu tố liên quan, yếu tố nguy cơ của các rối loạn này trên nhóm bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 48 bệnh nhân người lớn được chọn từ 88 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh ban đầu tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 06/2022 - 9/2023. Bệnh nhân tự đánh giá thang điểm câu hỏi sức khỏe 9 mục (PHQ-9) để đánh giá trầm cảm (điểm cắt ≥ 10 điểm) và thang điểm rối loạn lo âu toàn thể 7 mục (GAD-7) để đánh giá lo âu (điểm cắt > 6 điểm) và câu hỏi số 9 trong PHQ-9 để đánh giá ý tưởng tự sát. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình 28,56 tuổi, nữ chiếm 60,42%. Đa số động kinh khởi phát cục bộ (83,33%), kháng thuốc (64,58%), có điện não đồ bất thường (72,92%), hình ảnh cộng hưởng từ sọ não bất thường (56,25%), đa số xác định được nguyên nhân. Chúng tôi bước đầu ghi nhận tỷ lệ trầm cảm, lo âu và ý tưởng tự sát lần lượt là: 27,1%, 52,10%, và 16,7%; với 8,33% bệnh nhân có cùng lúc 3 rối loạn trên, và hơn 1/5 số bệnh có từ 2 rối loạn trở lên. Tuổi lớn, có cơn động kinh gần đây và sử dụng Valproate là yếu tố nguy cơ của trầm cảm. Chưa xác định được các yếu tố nguy cơ của rối loạn lo âu. Tuổi > 25 và thời gian mắc bệnh > 5 năm là hai yếu tố xác định có liên quan đến ý tưởng tự sát. **Kết luận:** Trầm cảm, lo âu và ý tưởng tự sát phổ biến ở bệnh nhân động kinh. Các thang điểm PHQ-9, GAD-7 hữu ích khi áp dụng vào lâm sàng để sàng lọc các rối loạn tâm thần phổ biến và vạch kế hoạch phối hợp điều trị với chuyên khoa tâm lý - tâm thần. Cần mở rộng nghiên cứu để xác định thêm các yếu tố nguy cơ bệnh và các nghiên cứu can thiệp tâm lý - tâm thần.

Từ khóa: Động kinh, trầm cảm, lo âu, ý tưởng tự sát, thang điểm PHQ-9, thang điểm GAD-7.

Investigating depression, anxiety, and suicidal ideation using the PHQ-9 and GAD-7 screening scales among adult patients with epilepsy

Nguyen Duy Duan^{1*}, Ho Ngoc Tien Dat¹, Tran Thi Tra My², Tran Thi Kim Anh¹, Nguyen Dinh Toan¹

(1) Department of Internal Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Department of Psychiatry, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Objective: To assess the prevalence of depression, anxiety, and suicidal ideation in adult epilepsy patients by utilizing PHQ-9 and GAD-7 and examine associated factors and risk factors of these psychomental comorbidities. **Study Design and Participants:** a cross-sectional descriptive study was conducted on 48 adult patients diagnosed with epilepsy at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2022 to September 2023. Patients self-assessed using the PHQ-9 (9-item Patient Health Questionnaire) to evaluate depression (cutoff ≥ 10 points) and the GAD-7 (7-item Generalized Anxiety Disorder scale) to assess anxiety (cutoff > 6 points). Additionally, question 9 in the PHQ-9 was used to evaluate suicidal ideation. **Results:** In our cohort, the average age was 28,56 years and females accounted for 60.42%. The majority had focal onset seizures (83.33%), were drug-resistant (64.58%), exhibited abnormal electroencephalography (72.92%), had abnormal magnetic resonance imaging findings (56.25%) with identifiable causes. Our observations revealed the following rates of depression anxiety and suicidal ideation were 27.1%, 52.10% and 16.7%, respectively. Additionally, 8.33% of patients experienced all three comorbid disorders, and over 20% had two or more disorders. Risk factors for depression included older age, recent seizures, and Valproate use. However, those for anxiety were not clearly determined. Age > 25 and disease duration > 5 years were associated with suicidal ideation. **Conclusion:** Depression, anxiety, and suicidal ideation are common among epilepsy patients. The

PHQ-9 and GAD-7 scales are useful when applied in clinical settings to screen for these abovementioned disorders and to coordinate treatment plans with mental health specialists. The extended similar research with a larger cohort and interventional one on drug or non-drug interventions should be done.

Keywords: *epilepsy, depression, anxiety, suicidal ideation, PHQ-9 and GAD-7.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động kinh là một rối loạn của não đặc trưng bởi một khuynh hướng tái lập đối với cơn động kinh [1, 2]. Nó là một tình trạng không đồng nhất được đặc trưng bởi nhiều loại và hội chứng co giật, nguyên nhân đa dạng và tiên lượng thay đổi [2]. Theo Tổ chức y tế thế giới năm 2019, tỉ lệ mắc bệnh động kinh là 61,4 trên 100.000 người/năm và tỷ lệ này cao hơn ở nhóm nước có thu nhập thấp và trung bình [3]. Chẩn đoán động kinh hiện tại là một chẩn đoán lâm sàng, phụ thuộc chính vào bác sĩ thần kinh qua việc khai thác bệnh sử và cơn, phối hợp với điện não đồ (EEG) và hình ảnh cộng hưởng từ não (BMRI) [4].

Bên cạnh các tác động trực tiếp đến sức khỏe thể chất, động kinh còn làm tăng nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần kèm theo như trầm cảm, lo âu và ý tưởng tự sát với tỷ lệ từ 12-41% [5, 6]. Những rối loạn này không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh mà còn làm gia tăng nguy cơ tử vong, nguy cơ kháng thuốc, đặt ra thách thức lớn trong quản lý bệnh động kinh [7]. Trong thực hành lâm sàng, các thang điểm sàng lọc được xem là một giải pháp phát hiện sớm các rối loạn này và điều trị kịp thời. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) và Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) là hai thang điểm sàng lọc hiệu quả và dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng cũng như nghiên cứu; được phát triển bởi nhóm nghiên cứu trong dự án PRIME-MD nhằm cải thiện việc chẩn đoán các rối loạn tâm thần trong chăm sóc ban đầu [8, 9]. PHQ-9 được thiết kế để sàng lọc, chẩn đoán và theo dõi mức độ trầm cảm. Thang điểm này bao gồm 9 câu hỏi dựa trên các tiêu chí chẩn đoán trầm cảm theo DSM-IV, với các triệu chứng như mất hứng thú, buồn bã, mệt mỏi, mất ngủ, và ý nghĩ tự sát [9]. Tổng điểm PHQ-9 từ 0 đến 27, với điểm cắt ≥ 10 cho thấy mức độ trầm cảm trung bình trở lên, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 88% và 85% [9, 10]. GAD-7 được thiết kế để sàng lọc và đánh giá mức độ rối loạn lo âu toàn thể. Thang điểm này bao gồm 7 câu hỏi liên quan đến các triệu chứng như bồn chồn, khó thư giãn, dễ kích thích và căng cơ. Tổng điểm GAD-7 từ 0 đến 21, với

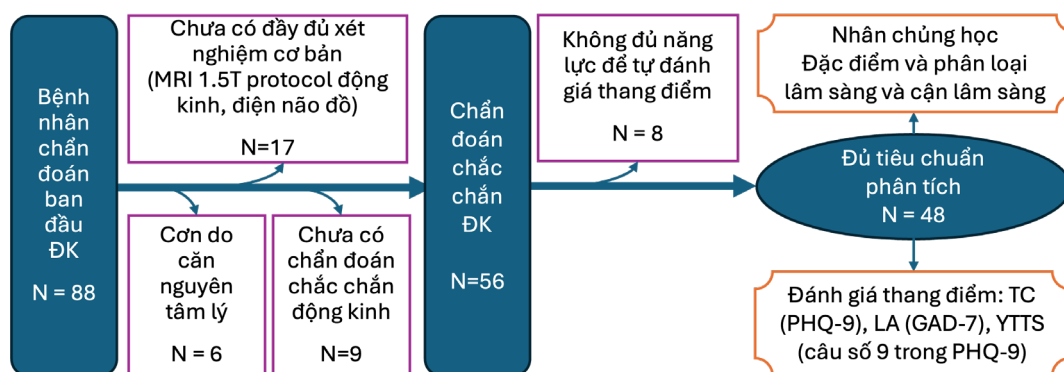
điểm cắt ≥ 6 có độ nhạy 92,2% và độ đặc hiệu 89,1% trong sàng lọc rối loạn lo âu [11]. Đặc biệt, câu hỏi số 9 trong PHQ-9 (“Bạn có ý nghĩ nên chết hoặc tự làm tổn thương bản thân không?”) thường được sử dụng để đánh giá nguy cơ ý tưởng tự sát, cho phép phát hiện và can thiệp kịp thời này [5].

Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng các yếu tố nguy cơ liên quan đến trầm cảm, lo âu và ý tưởng tự sát ở bệnh nhân động kinh bao gồm nữ giới, loại động kinh: động kinh thái dương, thời gian mắc bệnh, và loại thuốc điều trị (ví dụ: tăng Axit gamma-aminobutyric GABA từ Valproate) và tương tác giữa các yếu tố trên. Tuy nhiên, các yếu tố nguy cơ này có thể khác biệt giữa các quần thể nghiên cứu do ảnh hưởng của yếu tố văn hóa, kinh tế, và môi trường sống [5-7, 12].

Dữ liệu từ các nghiên cứu trong nước còn hạn chế, dẫn đến khoảng trống thông tin về tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của các rối loạn tâm thần này ở bệnh nhân động kinh tại Việt Nam, đặc biệt là khi sử dụng các công cụ sàng lọc tiêu chuẩn như PHQ-9 và GAD-7. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu các rối loạn trầm cảm, lo âu và ý tưởng tự sát qua các thang điểm sàng lọc PHQ-9 và GAD-7 ở bệnh nhân động kinh người lớn nhằm khảo sát tỉ lệ trầm cảm, lo âu và ý tưởng tự sát qua các thang điểm sàng lọc PHQ-9 và GAD-7; đồng thời, khảo đánh giá các yếu tố liên quan và nguy cơ rối loạn trầm cảm và lo âu trên các bệnh nhân động kinh trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang 88 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh ban đầu tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 06/2022 – 9/2023. Qua quá trình theo dõi 1 năm và loại trừ các đối tượng không phù hợp, chọn được 48 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn để phân tích theo sơ đồ nghiên cứu. Cỡ mẫu tối thiểu để ước tính tỷ lệ là 68 bệnh nhân (Độ tin cậy 90% $Z=1,645$, sai số chuẩn $E=10\%$ và tỷ lệ hiện mắc của trầm cảm $p=55,0\%$ [13]). Do điều kiện thực tế, nghiên cứu này sử dụng cỡ mẫu thực tế là 48 bệnh nhân sau khi đã loại ra các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn.



Sơ đồ 1. Sơ đồ nghiên cứu

Chẩn đoán động kinh được thiết lập bởi một bác sĩ thần kinh có kinh nghiệm > 3 năm trong chẩn đoán động kinh (lâm sàng, EEG và hình ảnh học) qua khai thác bệnh sử, xem video cơn quay được của bệnh nhân và phân tích sự phù hợp với các thăm dò tiêu chuẩn cơ bản (BMRI 1.5T theo protocol động kinh và EEG) [1].

Tiêu chuẩn chọn bệnh: các bệnh nhân ≥ 18 tuổi, thoả tiêu chuẩn chẩn đoán động kinh qua thời gian theo dõi, có đầy đủ các xét nghiệm thăm dò cơ bản (EEG và BMRI) của bệnh động kinh, có đủ năng lực tự đánh giá các thang điểm sàng lọc và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các cơn do căn nguyên tâm lý hoặc chưa chẩn đoán chắc chắn bệnh động kinh sau thời gian theo dõi.

2.2. Các biến số và đo lường

Các biến số độc lập gồm: đặc điểm chung bệnh nhân (tuổi, giới, tuổi khởi phát bệnh động kinh); phân loại dạng cơn động kinh chia thành hai nhóm khởi phát cục bộ và khởi phát toàn thể; phân loại động kinh theo thủy chia ra nhóm động kinh thủy thái dương và các dạng cơn động kinh khác ngoài thái dương; nguyên nhân động kinh dựa vào chẩn đoán lâm sàng có phối hợp các thông tin hình ảnh học và EEG; kết quả điều trị được đánh giá qua quá trình theo dõi bệnh, kết cục kháng thuốc khi bệnh nhân sử dụng 2 hoặc hơn các loại thuốc chống động kinh phù hợp với loại động kinh và các thuốc này dung nạp tốt nhưng vẫn còn cơn động kinh, nhóm còn lại chưa rõ do chưa đủ thời gian theo dõi và kết luận (thường phải trên 2 năm theo dõi) hoặc chỉ mới bắt đầu sử dụng thuốc.

Các biến số phụ thuộc gồm: chẩn đoán trầm cảm khi thang điểm PHQ-9 > 10, với điểm cắt này, độ

nhạy là 88% với khoảng tin cậy 83 - 92% và độ đặc hiệu là 85% với khoảng tin cậy 82 - 88% [10]; chẩn đoán lo âu khi thang điểm GAD-7 > 6. Với điểm cắt này, độ nhạy là 88% với khoảng tin cậy 83 - 92% và độ đặc hiệu là 85% với khoảng tin cậy 82 - 88% [11]; chẩn đoán có ý tưởng tự sát khi câu số 9 trong thang điểm PHQ-9 “Có ý nghĩ là nên chết đi cho xong hoặc có ý muốn tự làm tổn thương bản thân” khi bệnh nhân trả lời “có” không kể đến tần suất [5].

2.3. Xử lý thống kê

Dùng phương pháp kiểm định χ^2 để so sánh 2 hoặc nhiều tỉ lệ nghiên cứu. Đối với những trường hợp giá trị mong đợi nhỏ hơn 5, ta sử dụng phương pháp kiểm định theo Fisher’s exact test. Dùng mô hình hồi quy logistic đơn biến để phân tích các yếu tố nguy cơ trầm cảm được biểu diễn Odds Ratio khoảng tin cậy 95%, được biểu diễn dưới biểu đồ Forest plot. Sử dụng phần mềm Excel 2010, SPSS 29 và R Statistics để xử lý số liệu.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

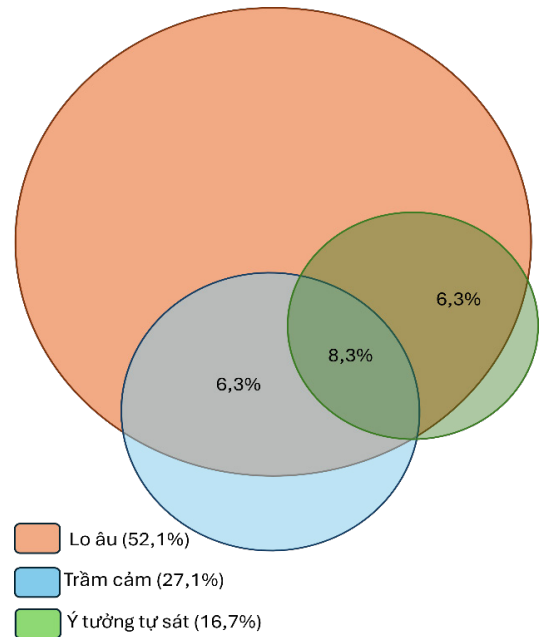
Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế năm 2022 (H2022/306). Mọi thông tin của bệnh nhân đều được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 28,56 tuổi, đa số bệnh nhân (83,33%) thuộc nhóm động kinh khởi phát cục bộ và tỷ lệ kháng thuốc cao (64,58%) (Bảng 1). Biểu đồ 1 cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân có rối loạn lo âu (52,1%), tiếp đến là rối loạn trầm cảm (27,1%). Có sự chồng lấp đáng kể giữa các rối loạn tâm thần khảo sát, với 8,3% bệnh nhân có cả ba rối loạn và hơn 20% bệnh nhân có hai rối loạn trở lên.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Tuổi	28,56 ± 8,08
Tuổi khởi phát	21,63 ± 9,21
Giới (Nữ %)	29 (60,42%)
Dạng cơn động kinh (khởi phát cục bộ %)	40 (83,33%)
Nguyên nhân (%)	
Không rõ/nguyên phát	21 (43,75%)
Teo hải mã	9 (18,75%)
Loạn sản vỏ não	6 (12,50%)
U não	7 (14,58%)
Chấn thương sọ não	4 (8,33%)
Di chứng viêm não	1 (2,08%)
Thời gian mắc bệnh động kinh (năm)	4,50 [2-10]
Có cơn trong vòng 3 tháng nay: Có (%)	25 (52,08%)
BMRI: bất thường (%)	27 (56,25%)
EEG: bất thường (%)	35 (72,92%)
Kết cục hiện tại: kháng thuốc (%)	31 (64,58%)
Số thuốc đang sử dụng: đa trị liệu (%)	20 (41,67%)



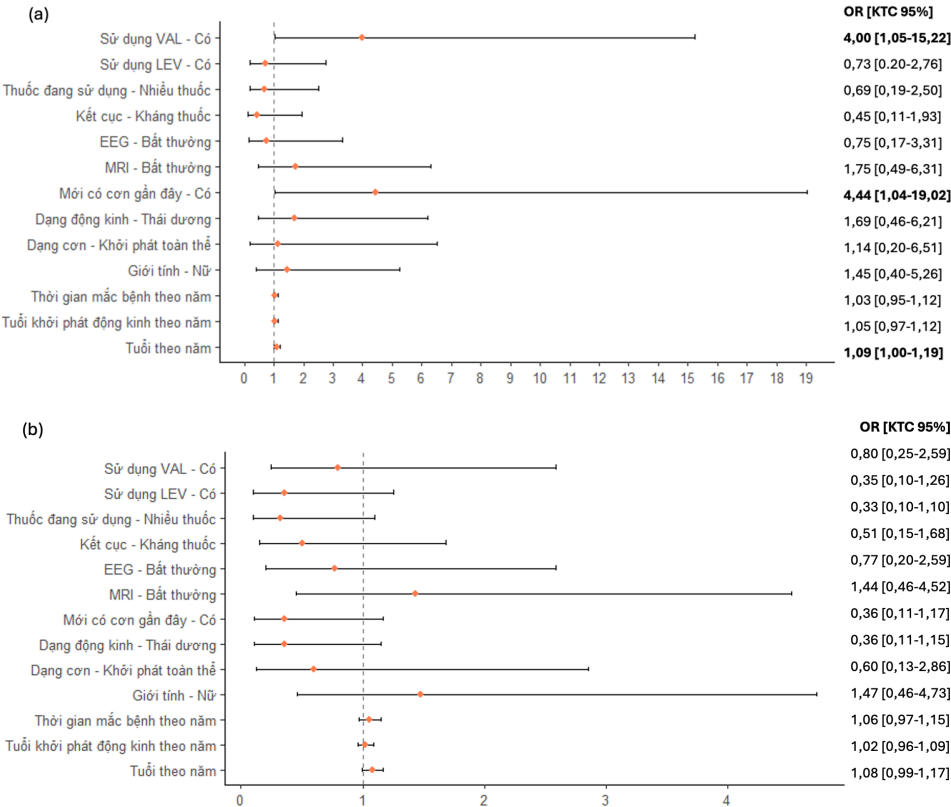
Biểu đồ 1. Biểu đồ Venn's tỷ lệ các rối loạn tâm thần ở bệnh nhân động kinh

Bảng 2. Khảo sát mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với trầm cảm, lo âu và ý tưởng tự sát

Đặc điểm	Phân nhóm	Trầm cảm (n=13)	Lo âu (n=25)	Ý tưởng tự sát (n=8)
Giới tính	Nam (19)	6	11	2
	Nữ (29)	7	14	6
	p	0,571	0,514	0,451
Tuổi	≤ 25 tuổi (18)	2	5	0
	> 25 tuổi (30)	11	20	8
	p	0,092	0,009	0,018
Thời gian mắc bệnh	≤ 5 năm (31)	6	13	2
	> 5 năm (17)	7	12	6
	p	0,104	0,057	0,017
Dạng cơn động kinh	Khởi phát cục bộ (40)	11	20	7
	Khởi phát toàn thể (8)	2	5	1
	p	1,000	0,703	1,000
Động kinh theo thủy	Thủy thái dương (23)	5	15	6
	Ngoài thủy thái dương (25)	8	10	2
	p	0,424	0,081	0,130
Thuốc chống động kinh	Đơn trị liệu (29)	7	15	3
	Đa trị liệu (19)	6	10	5
	p	0,571	0,067	0,236

Cơ động kinh gần đây (trong 3 tháng)	Không (23)	3	9	3
	Có (25)	10	16	5
	p	0,036	0,085	0,703
Kết cục bệnh động kinh	Chưa rõ (17)	3	7	3
	Kháng thuốc (31)	10	18	5
	p	0,330	0,263	1,000
Có sử dụng Levetiracetam	Không (16)	5	11	5
	Có (32)	8	14	3
	p	0,735	0,102	0,097
Có sử dụng Valproate	Không (30)	5	10	2
	Có (18)	8	15	6
	p	0,036	0,709	0,692

Theo Bảng 2, bệnh nhân có cơn động kinh gần đây và sử dụng Valproate có tỷ lệ trầm cảm cao hơn đáng kể ($p<0,05$). Yếu tố tuổi > 25 có liên quan đáng kể đến lo âu ($p=0,009$). Thời gian mắc bệnh > 5 năm và tuổi > 25 có liên quan đáng kể với ý tưởng tự sát ($p<0,05$).



Biểu đồ 2. Biểu đồ Forest Plot trình bày các yếu tố nguy cơ của trầm cảm (a) và lo âu (b) trên bệnh nhân động kinh người lớn (OR [KTC 95%] có ý nghĩa thống kê được in đậm).

Biểu đồ 2 cho thấy cơn động kinh gần đây, và sử dụng Valproate làm tăng nguy cơ trầm cảm gấp 4 lần. Trong khi đó, cứ hơn 1 tuổi tăng thêm, nguy cơ trầm cảm tăng thêm 1,09 lần. Không có yếu tố nguy cơ nào có ý nghĩa thống kê với rối loạn lo âu.

4. BÀN LUẬN

Đa số các bệnh nhân thuộc độ tuổi lao động và đa số kháng thuốc có thể do: thứ nhất, bệnh viện Đại học Y dược Huế có đơn vị theo dõi điện não video để đánh giá phẫu thuật động kinh nên nhóm trẻ có nhu cầu đánh giá phẫu thuật chiếm ưu thế; thứ hai, nhóm bệnh này thường đồng ý đánh giá toàn diện và đầy đủ các thăm dò cần thiết để đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Do đó, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bảo Hùng ở TP Hồ Chí Minh thực hiện tại bệnh viện hạng 1 và hạng đặc biệt có quản lý động kinh. Số bệnh nhân có BMRI bình thường cao do thuộc vào (1) các nhóm động kinh toàn thể vô căn (2) thuộc nhóm loạn sản vỏ não khó phát hiện BMRI tiêu chuẩn, cần BMRI độ phân giải cao hoặc cần phối hợp với hình ảnh phát xạ positron (PET) để chẩn đoán.

Tỷ lệ trầm cảm là 27,1% với điểm cắt 10 qua thang điểm PHQ-9, tương đương với nghiên cứu Bảo Hùng ở TP Hồ Chí Minh sử dụng thang điểm Beck's cho thấy tỷ lệ này là 31,6% [14]. Nghiên cứu gần đây của tác giả Lê Thụy Minh An trên 91 người lớn bị bệnh động kinh sử dụng thang điểm PHQ-9 được đối chiếu với phỏng vấn lâm sàng có cấu trúc theo DSM-5 (SCID-5) cho thấy trầm cảm nặng chiếm 25,3%. Với điểm cắt 8 điểm trên PHQ-9 thì độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 87,0% và 82,4%; với điểm cắt 10 là 78,0% và 94,1% [7]. Điều này cho thấy với điểm cắt của chúng tôi qua thang điểm PHQ-9, độ đặc hiệu của chẩn đoán trầm cảm cao. Theo Bảng 2, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong nhóm có cơn động kinh gần đây và có sử dụng Valproate. Khi phân tích hồi quy logistic đơn biến, ba yếu tố nguy cơ trầm cảm ở bệnh nhân động kinh được xác định có ý nghĩa là: tuổi, có cơn động kinh gần đây và sử dụng Valproate. Bệnh nhân có cơn động kinh trong 3 tháng có nguy cơ trầm cảm cao gấp 4 lần so với nhóm không có cơn. Điều này có thể lý giải do ảnh hưởng xấu đến các yếu tố tâm lý xã hội (thất nghiệp, khó duy trì mối quan hệ ổn định, bị kỳ thị) và hoặc phối hợp thêm các thuốc chống động kinh [15]. Cứ mỗi tuổi tăng thêm, nguy cơ trầm cảm tăng lên khoảng 1.1 lần. Lee và cộng sự trong nghiên cứu của họ phát hiện ra rằng tuổi tác dự báo trầm cảm ở người bị động kinh [16]. Việc sử dụng Valproate có liên quan đến sự tăng cường GABA là chất dẫn truyền thần kinh ức chế nên có thể gây ra trầm cảm, và thuốc này có thể dùng phối hợp với các thuốc khác trong đa trị liệu hoặc cơn dày nên cũng là những yếu tố nguy cơ gây trầm cảm ở bệnh nhân động kinh [17].

Mặc dù trầm cảm được biết đến nhiều hơn, tuy

nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn lo âu vượt trội 52,1% và cao hơn tỷ lệ 31,5% khi so sánh với nghiên cứu tương tự sử dụng GAD-7 với điểm cắt 6 tại Trung Quốc [5]. Điều đặc biệt thú vị khi phân tích các mối liên quan và yếu tố nguy cơ của rối loạn lo âu, chỉ có tuổi > 25 được xác định là yếu tố có liên quan đến lo âu, trong khi các yếu tố nguy cơ không có ý nghĩa thống kê theo sơ đồ 3. Ở lứa tuổi > 25, nhiều gánh nặng kinh tế xã hội hôn nhân có thể đóng góp vào các yếu tố làm dễ tình trạng lo âu. Nghiên cứu tại Trung Quốc cho thấy tỷ lệ phụ nữ là yếu tố nguy cơ của rối loạn lo âu do (1) dễ bị ảnh hưởng yếu tố tiêu cực (2) thay đổi hormone trong các giai đoạn kinh nguyệt [5]. Nghiên cứu ở Ấn Độ cho thấy tỷ lệ rối loạn lo âu có liên quan đến động kinh thái dương và kháng thuốc [6].

Ý tưởng tự sát là yếu tố góp phần tăng tỷ lệ tử vong ở nhóm người bệnh động kinh. Tỷ lệ của chúng tôi ghi nhận có cao hơn so với nghiên cứu ở Trung Quốc 12%, và thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu Ấn Độ là 42% [5, 6]. Chúng tôi ghi nhận thời gian mắc bệnh kéo dài > 5 năm và tuổi lớn > 25 được xác định có liên quan có ý nghĩa thống kê với ý tưởng tự sát. Đây có thể là hai mốc thời điểm cần đặc biệt lưu ý trong lâm sàng.

Điểm cần lưu ý rằng có đến 8,3% bệnh nhân có ba rối loạn cùng lúc, và hơn 1/5 số bệnh nhân có hai rối loạn trở lên điều này ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống người bệnh và chất lượng điều trị bệnh. Trong thực hành, các trường hợp có phối hợp nên thực sự được lưu tâm và nên tham khảo thêm ý kiến điều trị từ các bác sĩ tâm thần.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 48 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh với độ tuổi trung bình 28,56 tuổi, đa số động kinh khởi phát cục bộ 83,33% và kháng thuốc 64,58%. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trầm cảm, lo âu và ý tưởng tự sát lần lượt là: 27,1%, 52,10%, và 16,7%. Với 8,33% bệnh nhân có cùng lúc 3 rối loạn, và hơn 1/5 số bệnh có từ 2 rối loạn trở lên. Tuổi lớn, có cơn động kinh gần đây và sử dụng Valproate là yếu tố nguy cơ của trầm cảm. Chưa xác định được các yếu tố nguy cơ của rối loạn lo âu. Tuổi > 25 và thời gian mắc bệnh > 5 năm là hai yếu tố xác định có liên quan đến ý tưởng tự sát. Nghiên cứu cần được mở rộng với cỡ mẫu lớn hơn để xác định các yếu tố nguy cơ của các rối loạn này. Đồng thời, các nghiên cứu can thiệp điều trị các rối loạn kèm theo này cần thực hiện để làm sáng tỏ lợi ích của các phương pháp can thiệp dùng thuốc và không dùng thuốc.

HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cỡ mẫu còn nhỏ chưa đạt cỡ mẫu ước tính tối thiểu nên hạn chế trong ước tính tỷ lệ và một số phân nhóm số lượng thấp hơn 5 nên hạn chế trong việc phân tích dưới nhóm. Điều này có thể lý giải do tiêu chuẩn chọn bệnh động kinh khắt khe của

nghiên cứu với đầy đủ các thăm dò và theo dõi bệnh, tránh trường hợp đưa vào nghiên cứu các trường hợp giả động kinh. Hơn nữa, nhiều bệnh nhân không đủ điều kiện hoặc từ chối các thăm dò đề xuất. Hiện tại các chẩn đoán cũng không phụ thuộc vào tiêu chuẩn ICD mà dựa vào các thang điểm sàng lọc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fisher, R.S., Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology (Vietnamese Version). *Epilepsia*, 2017.
2. Fisher, R.S., et al., ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 2014. 55(4): p. 475-82.
3. World Health Organization, I.L.A.E., International Bureau for Epilepsy, Epilepsy: a public health imperative. 2019: p. 1-12.
4. Scheffer, I.E., et al., ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 2017. 58(4): p. 512-521.
5. Shi, W., et al., Prevalence and risk factors of anxiety and depression in adult patients with epilepsy: a multicenter survey-based study. *Ther Adv Neurol Disord*, 2023. 16: p. 17562864231187194.
6. Surekha Dabla, H.J., Priti Singh, Kiran Bala, Depression, anxiety and suicidal ideation/behaviour among persons with epilepsy: Common but underestimated comorbidities in Haryana, North India. *Neurology Asia*, 2020.
7. Le Hoang Ngoc, T., et al., Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A depression screening tool for people with epilepsy in Vietnam. *Epilepsy & Behavior*, 2021. 125: p. 108446.
8. Spitzer, R.L., K. Kroenke, J.B.W. Williams, and B. Löwe, A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 2006. 166(10): p. 1092-1097.
9. Kroenke, K., R.L. Spitzer, and J.B. Williams, The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 2001. 16(9): p. 606-13.
10. Levis, B., A. Benedetti, B.D. Thombs, and D.E.S.D. Collaboration, Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ*, 2019. 365: p. l1476.
11. Seo, J.-G., Validation of the generalized anxiety disorder-7 in people with epilepsy: a MEPSYstudy. *Epilepsy & Behavior*, 2014.
12. Mula, M., Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy. *Drug Safety*, 2007.
13. Jackson, M.J. and D. Turkington, Depression and anxiety in epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2005. 76(suppl 1): p. i45-i47.
14. Hùng, B., Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của trầm cảm và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân động kinh điều trị nội trú. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, 2015.
15. Esme, F.-T., The association between depression and epilepsy in a nationally representative sample. *Epilepsia*, 2009.
16. Lee, S.A., S.M. Lee, and Y.J. No, Factors contributing to depression in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 2010. 51(7): p. 1305-1308.
17. Singh, T. and R.K. Goel, Epilepsy Associated Depression: An Update on Current Scenario, Suggested Mechanisms, and Opportunities. *Neurochemical Research*, 2021. 46(6): p. 1305-1321.