

Động kinh dưới góc nhìn của bác sĩ chuyên khoa tâm thần

Trịnh Thị Bích Huyền

Viện Sức khỏe Tâm thần Bạch Mai

ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một bệnh lý thần kinh phổ biến với tỷ lệ gặp khoảng 0,4% đến 1% dân số. Bệnh thuộc phân loại mã G4 theo bảng phân loại ICD 10 là bệnh của chuyên khoa thần kinh. Biểu hiện lâm sàng của bệnh với nhiều triệu chứng thần kinh như cơn co giật, cơn mất ý thức, cơn giật khu trú ở tay hoặc chân, mặt... nhưng bệnh cũng có rất nhiều biểu hiện triệu chứng về tâm thần khiến người bệnh được đưa đến gặp bác sĩ chuyên khoa Tâm thần, chẩn đoán là các bệnh lý tâm thần như bệnh tâm thần phân liệt, bệnh lo âu... dẫn đến người bệnh được điều trị như một bệnh lý tâm thần. Bệnh động kinh là một bệnh lý mạn tính, người bệnh bị ảnh hưởng nhiều bởi các yếu tố về tâm lý do sự kỳ thị của xã hội với bệnh này. Ngoài những biểu hiện về lâm sàng là những triệu chứng tâm thần, người bệnh còn gặp những vấn đề về tâm thần do bệnh động kinh gây ra như trầm cảm, lo âu, sự kỳ thị của xã hội với người bệnh động kinh. Việc điều trị lâu dài và toàn diện cho người bệnh là cần thiết. Người bệnh động kinh ở cộng đồng được quản lý bởi các bác sĩ chuyên khoa tâm thần, theo Chương trình Sức khỏe Tâm thần Quốc gia. Vì vậy sự kết hợp giữa bác sĩ chuyên khoa thần kinh và tâm thần trong điều trị bệnh nhân động kinh là rất quan trọng. Bác sĩ chuyên khoa Tâm thần cần phải có hiểu biết về bệnh động kinh để quản lý và điều trị tốt, toàn diện cho bệnh nhân động kinh.

1. KHÁI NIỆM VỀ BỆNH ĐỘNG KINH

Bệnh động kinh là một bệnh động kinh

được định nghĩa là một trạng thái bệnh lý của não, được biểu hiện bằng sự phóng điện kịch phát của các tế bào thần kinh ở não, gây ra các cơn co giật hoặc cơn mất ý thức hay nhiều biểu hiện khác về thần kinh, tâm thần, các hệ thống cơ quan trong cơ thể.

Đây là một bức tranh được trưng bày ở bảo tàng Horne Foundation, Florence thể hiện một thầy tu đang dùng phép thuật để điều trị cho một người bệnh nhân động kinh mà biểu hiện là một cơn mất ý thức.



2. BIỂU HIỆN VỀ TÂM THẦN CỦA BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH

Bệnh động kinh với những biểu hiện về lâm sàng đa dạng và phong phú. bên cạnh các triệu chứng về thần kinh như co giật, co cứng toàn thể, cơn co giật khu trú, cơn ngất... bệnh nhân còn có các biểu hiện rối loạn về tâm thần như hoang tưởng, ảo giác, rối

loạn cảm xúc lo âu, trầm cảm ... khiến người bệnh có thể đi khám bác sĩ chuyên khoa tâm thần đầu tiên hoặc được điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa tâm thần trong thời gian dài. Việc hiểu một cách chính xác, đầy đủ về mối quan hệ giữa các rối loạn tâm thần và động kinh là rất cần thiết để đảm bảo một phương pháp điều trị hiệu quả, tránh được những điều trị không cần thiết, có hại cho bệnh nhân.

Vì vậy bác sĩ chuyên khoa tâm thần cần biết về bệnh động kinh, cùng kết hợp với các bác sĩ chuyên khoa thần kinh để có thể điều trị tốt nhất cho người bệnh.

Bảng 1. những rối loạn tâm thần phổ biến xảy ra cùng với các bệnh lý thần kinh ở bệnh nhân động kinh

Bệnh lý thần kinh đồng mắc	Bệnh lý tâm thần phổ biến đi kèm	Mối liên hệ hai chiều giữa động kinh và bệnh lý thần kinh kết hợp
Đột quy	• Rối loạn trầm cảm • Rối loạn lo âu • Rối loạn loạn thần	Có
Đau đầu migraine/ đau đầu	• Rối loạn trầm cảm • Rối loạn lo âu	Có
Sa sút trí tuệ	• Rối loạn trầm cảm • Rối loạn lo âu • Rối loạn loạn thần	Có
Chấn thương sọ não	• Rối loạn trầm cảm • Rối loạn lo âu • Rối loạn hành vi	Không
Bại não (có hoặc không có kèm theo chậm phát triển trí tuệ)	• ADHD • Rối loạn trầm cảm • Rối loạn lo âu • Rối loạn loạn thần • Rối loạn hành vi	Không

Rối loạn tự kỷ	• ADHD • Rối loạn lo âu • Rối loạn trầm cảm • Rối loạn hành vi • Rối loạn loạn thần	Có
Bệnh xơ cứng rải rác	• Rối loạn trầm cảm • Rối loạn lo âu	Không

2.1. Loạn thần

2.1.1. Biểu hiện lâm sàng của loạn thần

Loạn thần ở bệnh nhân động kinh có tỷ lệ cao gấp 7,8 lần ở quần thể chung, khoảng 2-9% bệnh nhân động kinh có loạn thần và **một nửa số này được chẩn đoán nhầm là tâm thần phân liệt.**

Loạn thần thường thấy ở những bệnh nhân động kinh triệu chứng có tổn thương cấu trúc não: do nhiễm trùng thần kinh, do bất thường trong quá trình phát triển não, do phẫu thuật thần kinh, chấn thương não – sọ não, đặc biệt là động kinh thùy thái dương.

Loạn thần được thể hiện trước cơn động kinh, trong cơn động kinh và sau cơn động kinh.

Biểu hiện của các triệu chứng loạn thần như sau:

- Những biểu hiện loạn thần như hoang tưởng, hội chứng paranoid, kích động, đôi khi có những biểu hiện như tâm thần phân liệt thể thanh xuân, hoặc hội chứng căng trương lực, kèm theo rối loạn ý thức.

- Ảo giác hoặc ảo tưởng: ảo giác thính giác, thị giác, khứu giác và xúc giác, đôi khi là về cảm giác cơ thể nói chung.

- Ảo giác có thể liên quan đến tiến trình thời gian, nhanh, chậm hoặc dừng lại, cảm giác đã thấy, chưa từng thấy...

- Biểu hiện giải thể nhân cách, tri giác sai thực tại, cảm giác thần bí hoặc có ai áp đặt suy nghĩ cho mình.

- Người bệnh có thể có những hành vi nguy hiểm cho bản thân hoặc cho người xung quanh.

- Sau cơn động kinh có thể có những biểu hiện loạn thần sau cơn với những đặc điểm là xảy ra sau 24 giờ đến 7 ngày sau khi có một cơn hoặc nhiều

cơ động kinh. bệnh nhân có thể có những biểu hiện như rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm, kích động và những hành vi phá hủy có thể dẫn tới tự hủy hoại bản thân ví dụ như tự sát hoặc làm tổn hại cho người khác, hoang tưởng hoặc ảo giác hiếm khi gặp ở giai đoạn này. Những triệu chứng âm tính như vô cảm, cùn mòn cảm xúc, thu rút quan hệ, không nói, thờ ơ không thấy ở giai đoạn này.

Đây là hình ảnh bệnh nhân được chẩn đoán là tâm thần phân liệt trong nhiều năm, nhưng sau đó chụp MRI là hình ảnh u não thùy thái dương.

The top left document is a birth certificate (Giấy xác nhận khai sinh) for a person named NGUYỄN THỊ TÂN, born on November 7, 1993, in Hanoi. The top right document is a passport (Sổ lĩnh tiền) for the same person, issued on May 5, 2014.

The middle document is a medical discharge certificate (Giấy ra viện) for a patient named NGUYỄN THỊ TÂN, discharged on May 5, 2014. The patient was diagnosed with schizophrenia (Chẩn đoán: Chẩn đoán lâm sàng theo triệu chứng của rối loạn tâm thần (F20.1)). The discharge instructions include taking medication (Thuốc: Risperidon) and maintaining a healthy diet (Chăm sóc: Ăn uống lành mạnh).

The bottom left document is a referral letter (Giấy chuyển viện) for a patient named NGUYỄN THỊ TÂN, transferred from one hospital to another on May 5, 2014. The bottom right document is a CT scan report (KẾT QUẢ THĂM KHAM CT SCAN - MRI - ANGIOGRAPHY) for the same patient, dated May 5, 2014. The report states that no significant abnormalities were found (Không thấy bất thường trong hệ thống các xoang sọ nội thất).

2.1.2. Nguyên nhân của loạn thần ở bệnh nhân động kinh

Sự lan truyền của hoạt động kích phát trong các

cấu trúc của hệ thống limbic (không thể nhận dạng được trong điện não đồ tiêu chuẩn, nhưng được ghi lại bằng cách sử dụng điện cực sâu) được coi là nền tảng cho các rối loạn tâm thần liên quan đến động kinh. một giả thuyết khác nữa là do bệnh lý viêm não tự miễn dẫn đến tăng tính thấm của hàng rào máu não, dẫn đến tăng sự tiếp xúc với kháng nguyên của cơ thể gây ra rối loạn.

Hiện tượng phóng điện sinh học lặp đi lặp lại trong hệ limbic kích thích quá mức hệ thống dopaminergic (thông qua việc tiết dopamine quá mức và/hoặc tăng độ nhạy của các thụ thể dopamine), có thể dẫn đến sự phát triển của các rối loạn tâm thần. Một giả thuyết khác cho rằng thiếu oxy chu sinh hoặc chấn thương, nhiễm trùng thần kinh hoặc chấn thương trong quá khứ có thể dẫn đến tái tổ chức khớp thần kinh, giảm tính linh hoạt của tế bào thần kinh và thay đổi truyền catecholaminergic, GABA-ergic và glutaminergic ở các bộ phận nhạy cảm của não (ví dụ, hệ limbic), có lợi cho cả chứng động kinh co giật và rối loạn tâm thần. Tiền sử gia đình thường xuyên bị rối loạn tâm thần trong nhóm bệnh nhân này cho thấy vai trò của các yếu tố di truyền trong một nền tảng chung động kinh và rối loạn tâm thần (ví dụ: đột biến CYFIP1)

2.1.3. Điều trị loạn thần ở bệnh nhân động kinh

Kiểm soát tốt tình trạng động kinh theo các hướng dẫn điều trị động kinh, trong giai đoạn cấp, xem xét sử dụng benzodiazepine, nếu không hiệu quả, thêm thuốc an thần kinh.

Thuốc được khuyến cáo nhiều nhất là risperidone, chống chỉ định với clozapine, olanzapin làm ngưỡng động kinh thấp hơn, dễ xảy ra cơn động kinh.

Một số thuốc chống động kinh có thể dẫn đến loạn thần như phenytoin, zonisamide, levetiracetam, thuốc tốt cho động kinh có rối loạn tâm thần nhất là carbamazepine.

Bảng 2. Tác dụng không mong muốn của các thuốc chống loạn thần

Thuốc chống loạn thần	Giảm ngưỡng cơn động kinh	Ảnh hưởng đến bản ghi điện não		Triệu chứng ngoại tháp	Rối loạn chuyển hóa	Kháng cholinergic	Tăng tiết prolactin	Kéo dài quãng QT
		Làm chậm nhịp sóng cơ bản	hoạt động điện não dạng động kinh giữa các cơn					
Thuốc ATK thế hệ 1 có tác dụng yếu (chlopromazin, tioridazine, perphenazin,	++	++	-	+	++	+++	++	+
An thần kinh thế hệ cũ, tác dụng mạnh (haloperidol, trifluoperazin, fluphenazine)	+	+	-	+++	+	+/-	+++	++
Aripiprazole	-	+	-	+	-/+	-	-	+
Clozapine	+++	+++	+++	+	+++	+++	-	+
Olanzapine	+	++	+	+	+++	+	-/+	+
Quetiapine	+	++	-	-	++	+	-	+
Risperidone	-/+	+	-	++	+	-/+	+++	+
Ziprasidone	-	+	-	+	-/+		+	++

Bảng 3. Thuốc kháng động kinh và những tác động trên các triệu chứng tâm thần

Thuốc	Lợi ích về tâm thần	Những triệu chứng về tâm thần	Hiệu quả giảm đau
Barbiturates	Giải lo âu	• Trầm cảm • Rối loạn hành vi hoặc tăng động	Không
Benzodiazepines	Giải lo âu	• Trầm cảm • Rối loạn hành vi hoặc tăng động	Không
Carbamazepine	• Ổn định cảm xúc, • Chống hưng cảm	Chưa có báo cáo	Có hiệu quả giảm đau
Oxcarbazepine	• Ổn định cảm xúc, • Chống hưng cảm	Chưa có báo cáo	Có hiệu quả giảm đau
Ethosuximide	Không	• Rối loạn hành vi • Triệu chứng loạn thần	Không
Tiagabine	Giải lo âu	Trầm cảm	Không
Levetiracetam	Không	• Trầm cảm • Lo âu • Rối loạn hành vi	Không
Topiramate		• Trầm cảm • Rối loạn hành vi • Rối loạn lo âu	• Đau đầu, đau nửa đầu, giảm đau TU
Zonisamide	Không	Trầm cảm	Không
Felbamate	Không	Trầm cảm	Không
Vigabatrin	Không	• Trầm cảm • Rối loạn hành vi và/ hoặc ADHD • Loạn thần	Không
Perampanel	Không	• Loạn thần • Rối loạn hành vi • Trầm cảm	Không
Lamotrigine	• Ổn định cảm xúc • Chống trầm cảm	• Rối loạn lo âu • Rối loạn hành vi ở bệnh nhân có rối loạn nhận thức	Không
Valproic acid	• Ổn định cảm xúc • Chống hưng cảm • Chống rối loạn hoảng sợ	• Rối loạn hành vi khi dùng liều cao ở trẻ nhỏ	• Đau đầu và đau đầu migraine
Gabapentin	• Rối loạn hoảng sợ	Chưa có báo cáo	• Đau đầu • Đau do căn nguyên thần kinh
Pregabalin	• Rối loạn lo âu lan tỏa	Chưa có báo cáo	• Đau do căn nguyên thần kinh • Đau xơ cơ

2.2. Rối loạn cảm xúc

Rối loạn cảm xúc trong động kinh thường liên quan đến cơn động kinh cục bộ, hầu hết xuất phát từ thái dương. rối loạn cảm xúc có thể xuất hiện trước cơn, trong cơn, giữa các cơn hoặc sau các cơn động kinh.

2.2.1. Trầm cảm

Trầm cảm xảy ra trước cơn động kinh với những biểu hiện như cảm xúc trầm buồn, lo lắng và dễ kích thích, có thể xuất hiện trước cơn động kinh vài ngày đến vài giờ. Trầm cảm xảy ra trong cơn thường có tính chất đột ngột, cảm xúc trầm buồn trong thời gian ngắn, thay đổi về mức độ nghiêm trọng, không liên quan đến yếu tố môi trường bên ngoài, và trầm cảm trong cơn là một yếu tố cấu thành cơn động kinh với những biểu hiện như không có hứng thú, cảm thấy có tội lỗi, ý tưởng tự sát nhưng hiếm gặp (<1%). Trầm cảm sau cơn thường gặp nhiều hơn (>43%), có thể xuất hiện ngay sau cơn động kinh hoặc vài ngày sau cơn và kéo dài tối đa 24 giờ với những triệu chứng của trầm cảm như cảm xúc trầm buồn, mất hứng thú, cảm thấy không có hy vọng gì, có tội lỗi, dễ kích thích, ý nghĩ tự sát, có thể kèm theo rối loạn lo âu. Trầm cảm giữa cơn động kinh cũng là một tình trạng phổ biến. người bệnh thường có những biểu hiện như cảm xúc trầm buồn, vận động chậm chạp, ý nghĩ tự sát hoặc xu hướng tự sát, những triệu chứng cơ thể (Trầm cảm ẩn, ví dụ như rối loạn giấc ngủ, rối loạn chu kỳ kinh nguyệt, hội chứng đau không đặc hiệu, đầy bụng khó tiêu).

2.2.2. Rối loạn lo âu

- Rối loạn lo âu có thể xảy ra trước cơn, trong cơn, giữa cơn và sau cơn động kinh.
- Biểu hiện căng thẳng, sợ hãi lo lắng, dễ kích thích, cảm xúc không ổn định, thường gặp ở cơn động kinh cục bộ, thùy thái dương.
- Biểu hiện lâm sàng ở nhiều cơ quan bộ phận cơ thể với những biểu hiện như rối loạn thần kinh

thực vật, cảm giác khó chịu ở lồng ngực, tim đập nhanh, rối loạn tiêu hóa, khó chịu ở họng, gián đoạn giấc ngủ, làm bệnh nhân tỉnh giấc về đêm, bệnh nhân có biểu hiện lo lắng, sợ hãi xảy ra cơn động kinh, rối loạn ám ảnh cưỡng bức...

- Dạng rối loạn lo âu có thể là rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn sợ đặc hiệu, rối loạn ám ảnh cưỡng bức.

2.2.3. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, loạn khí sắc

Rối loạn trước cơn với biểu hiện cảm xúc không ổn định và dễ bị kích thích có thể xuất hiện trước cơn động kinh khoảng 3 ngày, bùng phát trong cơn và có thể kéo dài đến 24 tiếng sau cơn.

hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ sau cơn, có đặc điểm là có nhiều ý nghĩ, tăng vận động, tăng cảm xúc, tăng khí sắc, không tập trung sau khi xuất hiện cơn động kinh vài ngày và kéo dài vài ngày, thường thấy ở hầu hết các bệnh nhân động kinh cục bộ.

Loạn khí sắc giữa cơn bùng phát và tự khỏi với những biểu hiện như cảm xúc trầm buồn, hội chứng đau, mất ngủ, cơn hoảng sợ cấp, rối loạn lo âu, dễ kích thích, hưng cảm.

2.2.4. Nguyên nhân của rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân động kinh

- Do rối loạn hoạt động điện sinh học ở não trước và trong cơn động kinh, đặc biệt là ở hệ limbic, giảm ngưỡng kích thích của tế bào thần kinh, giảm mức dẫn truyền của các chất dẫn truyền thần kinh như glutamate, opioid nội sinh, adenosine,
- Tăng hoạt động của hệ dưới đồi tuyến yên, tuyến thượng thận, rối loạn sự dẫn truyền của các chất dẫn truyền thần kinh (giảm hoạt động serotonergic và sự mất cân bằng GABA/glutaminergic).
- Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến tái phát trầm cảm và nặng thêm trầm cảm liên quan đến điều trị động kinh: một vài thuốc gây trầm cảm: (levetiracetam, topiramate, clonazepam, vigabatrin, tiagabine), dùng thuốc ổn định cảm xúc (lamotrigine, carbamazepine, valproic acid), hiện

tương cảm ứng men cytochrome P450 (phenytoin, carbamazepine) khi dùng đồng thời với thuốc chuyển hóa qua men này (TCA, sertraline).

- Những yếu tố như gen di truyền, stress mãn tính, các yếu tố tâm lý xã hội khác như thất nghiệp, trình độ học vấn thấp, tình trạng kinh tế kém, những yếu tố kỳ thị của xã hội với người bệnh động kinh.

2.2.5. Điều trị rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân động kinh

- Điều trị trầm cảm

Kiểm soát động kinh tốt là một cách để điều trị hiệu quả rối loạn cảm xúc

Với rối loạn cảm xúc ở giữa cơn, có thể dùng các liệu pháp tâm lý, đặc biệt liệu pháp nhận thức hành vi.

Thuốc chống trầm cảm an toàn nhất (giảm ngưỡng cơn động kinh) là SSRI (đặc biệt là escitalopram, citalopram, sertraline) và ***moclobemide, thuốc nên tránh là bupropion, maprotiline và TCAs***

Một vài thuốc chống động kinh (lamotrigine, carbamazepine, oxcarbazepine, valproic acid) có tác dụng ổn định khí sắc.

Những thuốc chống động kinh nên tránh vì làm tăng trầm cảm (levetiracetam, topiramate, clonazepam, vigabatrin, tiagabine).

- Điều trị lo âu

Điều trị hiệu quả động kinh

Thuốc giải lo âu an toàn là: mirtazapine, risperidone, venlafaxine và SSRIs; imipramine, bupropion, olanzapine, quetiapine, clomipramine có hiệu quả trung bình, chlorpromazine chống chỉ định.

Những thuốc giải lo âu thuộc cơ chế GABA-ergic anticonvulsant drugs (pregabalin, gabapentin, tiagabine, valproic acid, benzodiazepines) có thể sử dụng.

Những thể rối loạn lo âu đặc hiệu – GAD – pregabalin được lựa chọn, nếu không hiệu quả có thể dùng paroxetine, venlafaxine and imipramine maybe used; – sợ xã hội chọn loại SSRI – (sertraline,

escitalopram, paroxetine) hiệu quả nhất; – Rối loạn ám ảnh cưỡng bức – sertraline hoặc clomipramine cùng với CBT – cơn hoảng sợ kết hợp SSRI và CBT.

Thêm an thần kinh risperidone hoặc haloperidol liều nhỏ có thể có ích nhưng thận trọng trong tương tác và có thể làm giảm ngưỡng động kinh.

2.3. Rối loạn hành vi

- Rối loạn hành vi thường xảy ra với biểu hiện kích động, hành vi chống đối xã hội, nguy cơ cao với động kinh thùy trán.

- Yếu tố nguy cơ tăng lên có liên quan đến điều trị: đa trị liệu, sử dụng levetiracetam, không kiểm soát được cơn động kinh, những rối loạn kết hợp như trầm cảm, lo âu, rối loạn nhận thức, những yếu tố liên quan đến tâm lý xã hội như thất nghiệp, thu nhập thấp, cô đơn, hay kỳ thị.

- Co giật do tâm lý, không phải động kinh (Psychogenic nonepileptic seizures-PNES) là một rối loạn hành vi đặc biệt, giống hết cơn động kinh nhưng không phải do rối loạn về điện sinh học và điều này dẫn đến chẩn đoán nhầm là động kinh kháng trị và càng làm tăng thêm thuốc chống động kinh. Và ngược lại chẩn đoán nhầm là PNES dẫn đến ngừng thuốc động kinh làm bệnh động kinh nặng lên và có thể nguy hiểm tính mạng.

- Cơn này được phân loại theo ICD 10 là rối loạn phân li, thường gặp nhiều ở nữ, tỷ lệ gặp khoảng 12%-32%.

- Điều trị: giải thích cho bệnh nhân và người nhà về chẩn đoán và sử dụng phương pháp tâm lý.

2.4. Rối loạn nhân cách ở bệnh nhân động kinh

Hội chứng Geschwind

- Được mô tả những năm 1970 bởi tác giả Norman Geschwind, điển hình ở những bệnh nhân động kinh thùy thái dương, với những biểu hiện nổi trội của nhân cách là lai nhai bậy bậy, dẫn đến gián đoạn trong tư duy, ý nghĩ và giao tiếp, nhắc đi nhắc một vấn đề, trả lời một câu hỏi nhiều lần nhưng không thống nhất về nội dung. Tuy nhiên

hội chứng này hiện nay còn đang có nhiều sự tranh cãi chưa thống nhất.

- Rối loạn nhân cách được phân loại hiện nay là nhóm nhân cách kiểu C theo DSM IV: nhút nhát, không ổn định, không tự tin, hướng nội, xa lánh xã hội, không tương tác với bên ngoài.

- Yếu tố dẫn đến phát triển nhân cách này là: thời gian bị bệnh kéo dài, tần số cơn động kinh dày, sử dụng thuốc chống động kinh nhiều.

- Những vấn đề về rối loạn nhân cách bị ảnh hưởng bởi những hậu quả về tâm lý xã hội của bệnh động kinh ví dụ như kỳ thị, mất kiểm soát, cảm giác không an toàn, không ổn định, cô lập về xã hội. Và những vấn đề kháng thuốc trong điều trị động kinh, làm cơn động kinh nhiều lên và có thể do tác dụng phụ của thuốc.

- Điều trị rối loạn nhân cách: kiểm soát cơn động kinh, liệu pháp tâm lý

2.5. Rối loạn tâm thần trong động kinh ở trẻ em

Trẻ em có những biểu hiện rối loạn tâm thần đi kèm theo động kinh có tỷ lệ cao hơn so với những trẻ không có biểu hiện động kinh.

Những rối loạn tâm thần kèm theo bệnh lý động kinh:

- Chậm phát triển tâm thần, với chỉ số IQ thấp
- Tăng động giảm chú ý, tự kỷ, rối loạn lo âu, trầm cảm có thể có ý tưởng tự sát.
- Trẻ có những rối loạn về ngôn ngữ, hành vi
- Điện não có sóng động kinh
- Điều trị thuốc chống động kinh có hiệu quả, giảm được tăng động, học tập trung hơn, hiệu quả hơn.

3. ẢNH HƯỞNG VỀ TÂM LÝ DO BỆNH ĐỘNG KINH Ở BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH

Bên cạnh các vấn đề bệnh lý tâm thần người bệnh động kinh gặp phải, bản thân người bệnh động kinh chịu nhiều sự kỳ thị do bệnh động kinh gây ra càng làm nặng thêm những vấn đề về sức khỏe tâm thần ở người bệnh, tăng nặng thêm

trạng thái lo âu, trầm cảm của người bệnh động kinh, ảnh hưởng đến nhiều lĩnh vực trong đời sống của người bệnh.

- Người bệnh động kinh thường khó khăn trong tìm việc làm.

- Không hoặc hạn chế lái xe, thường hay phải đi trên các phương tiện công cộng.

- Không làm được một số công việc do đặc điểm của bệnh.

- Khó khăn trong việc lập gia đình do có sự kỳ thị, khó khăn trong việc sinh con.

- Bệnh động kinh còn được quan niệm là do trời trừng phạt, do mà ta gây ra, nên còn nhiều cách chữa bệnh mang tính chất mê tín dị đoan, càng làm cho người bệnh không được hòa nhập vào xã hội.

4. QUẢN LÝ BỆNH ĐỘNG KINH TẠI CỘNG ĐỒNG- SỰ LỒNG GHÉP TRONG CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN QUỐC GIA

Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần quốc gia

- Được đưa ra năm 1999
- Năm 2000, bộ Y tế chính thức quyết định cho chương trình quốc gia về chăm sóc sức khỏe Tâm thần.

- Giai đoạn 1 (2000 đến 2006) bệnh được chăm sóc, cấp phát thuốc miễn phí là bệnh Tâm thần phân liệt.

- Sau đó chương trình quốc gia về chăm sóc sức khỏe Tâm thần có bao phủ cả bệnh động kinh, một bệnh mãn tính. Trong quá trình điều trị tại bệnh viện, được theo dõi bởi bác sĩ Thần kinh, sau khi ra viện về với cộng đồng, được quản lý bởi hệ thống mạng lưới nhân viên của chương trình chăm sóc sức khỏe Tâm thần quốc gia. Theo PGS. TS Trần Văn Cường, nhờ có chương trình sức khỏe Tâm thần quốc gia mà 70% bệnh nhân động kinh được quản lý tại cộng đồng.

- Giai đoạn 2: Ngoài bệnh tâm thần phân liệt,

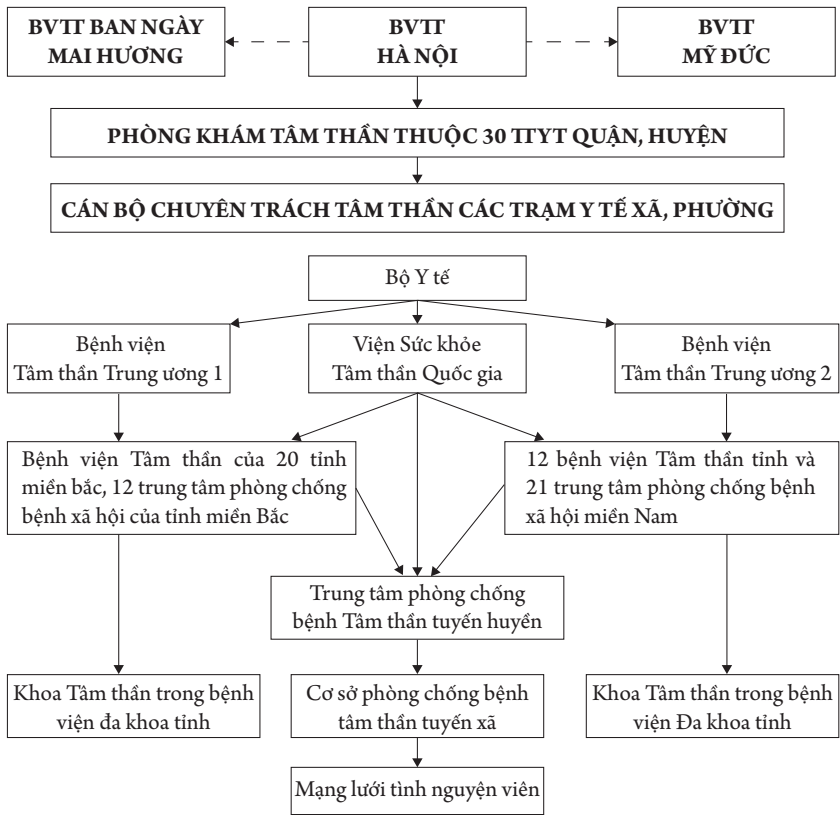
bệnh động kinh, chương trình mở rộng với các bệnh khác.

Các rối loạn lo âu, trầm cảm, các rối loạn tâm thần nhi như tăng động giảm chú ý, tự kỷ, sa sút trí tuệ.

• Chương trình quản lý bệnh mãn tính tại bệnh viện tuyến trung ương như Bệnh viện Bạch Mai,

viện Lão khoa giấy chuyển 1 lần được cả năm và áp dụng cho nhiều bệnh lý về Tâm thần, ngoại trừ bệnh liên quan đến rượu, sử dụng chất kích thích.

Hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần quốc gia tại Việt Nam và hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Hà Nội.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andres M Kanner**, Management of psychiatric and neurological comorbidities in epilepsy, Epub 2016 Jan 18
2. **Coraline Hingray, Aileen McGonigal, Iliana Kotwas, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi**, The Relationship Between Epilepsy and Anxiety Disord Curr Psychiatry Rep. 2019 Apr 29;21(6):40.
3. **Anjali Dagar, Tatiana Falcone**, Psychiatric Comorbidities in Pediatric Epilepsy Curr Psychiatry Rep 2020 Oct 31;22(12):77
4. **Hiroto Iwasa, Reiko Hosaka**, Psychiatric and Psychological Comorbidities in Epilepsy: Clinical Features and Psychiatric Management, Brain Nerve, 2018 Sep;70(9):1005-1016.
5. **S Auvin**, Pharmacological treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with epilepsy, Rev Neurol, 2019 Mar;175(3):141-143.