

ĐỘNG KINH

I. ĐỊNH NGHĨA:

Động kinh là tình trạng bệnh lý ở não, đặc trưng bởi sự phóng lực quá mức và đồng thời của các neuron ở não, biểu hiện lâm sàng bởi các cơn co giật đột ngột, nhất thời và có khuynh hướng lặp lại.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

Chẩn đoán xác định động kinh dựa vào các yếu tố sau:

- Tiền sử động kinh gia đình
- Tiền sử bản thân: Có bị co giật trước không, tiền sử về chấn thương sọ não, bị tai biến mạch máu não, bệnh lý chu sinh.
- Cơn động kinh: tùy theo thể lâm sàng sẽ có kiểu cơn co giật khác nhau. Chẩn đoán cơn dựa vào:

+ Hỏi người chứng kiến xảy ra cơn

+ Triệu chứng trong cơn: mất ý thức không

+ Triệu chứng sau cơn: liệt định vị hay không, sau cơn giật bệnh nhân có rối loạn tri giác (hôn mê hay trạng thái hoàng hôn) hay không.

- Điện não đồ: Điện não đồ ngoài cơn gần như bình thường, đôi khi ghi nhận sóng chậm bệnh lý, các gai nhọn đơn độc hoặc sóng ba pha. Điện não đồ trong cơn động kinh bao gồm các sóng bệnh lý cơ bản: gai hoặc đa gai, phức hợp gai-sóng hoặc đa gai-sóng, các phóng lực kịch phát (discharge), các hoạt động giả chu kỳ, cơn bùng phát-ức chế (Burst suppression).

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Ngất do hạ huyết áp tư thế, do tim...

- Cơn thoáng thiếu máu não.

- Hạ canxi huyết.

- Rối loạn phân ly.

- Rối loạn vận động ngoại tháp.

- Run giật cơ trong các bệnh lý chuyển hóa, nhiễm trùng huyết hoặc ngộ độc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Phải có chuẩn đoán xác định các cơn động kinh trước khi dùng thuốc.

- Sau khi có chẩn đoán xác định, sẽ lựa chọn loại thuốc thích hợp cho tình trạng bệnh nhân.

- Thường dùng một loại nhất định để điều trị.

- Thuốc phải được dùng hàng ngày, đúng và đủ liều quy định.

- Theo dõi diễn tiến lâm sàng và các biểu hiện thứ phát của thuốc để kịp thời ngưng thuốc hoặc chỉnh liều cho phù hợp.

- Có kế hoạch kiểm tra định kỳ máu, các chức năng gan, thận bệnh nhân.

- Tùy theo từng trường hợp, ngoài thuốc uống bệnh nhân phải có chế độ ăn uống, sinh hoạt thích hợp.

- Trong trường hợp điều trị thất bại cần kiểm tra:

+ Dùng cắt lớp vi tính sọ não (có cản quang hoặc không) hoặc cộng hưởng từ sọ não (có cản từ hoặc không) để tìm nguyên nhân trạng thái động kinh mà có dấu hiệu thần kinh định vị. Làm DSA trong các trường hợp chảy máu não nghi ngờ do dị dạng mạch máu não.

+ Đo điện não đồ để giúp chẩn đoán và theo dõi đáp ứng điều trị, có thể được lặp lại nhiều lần.

+ Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, glycemie, uremie, creatinin, ion đồ (Na, K, CL, calci), SGOT, SGPT, NH₃ máu, procalcitonin, CRP, ...

+ Định lượng nồng độ thuốc chống động kinh, trong máu nếu xét nghiệm được.

+ Sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

+ Các biến chứng về thần kinh, tâm thần.

+ Chẩn đoán ban đầu.

+ Khả năng tiến triển của bệnh.

2. Liều lượng thuốc chống động kinh

TÊN THUỐC	Liều mg/kg cân nặng/ngày	
	Trẻ em	Người lớn
<i>Barbituric</i>	3-4	2-3
<i>Carbamazepin</i>	15-20	10-15
<i>Valproat Natri</i>	25-35	20-25
<i>Diazepam</i>	Trẻ còn bú: 1mg Trẻ lớn: 0.8mg	0.5
<i>Phenytoin</i>	4-5	3-4

3. Sự chọn lựa thuốc chống động kinh

3.1 Các thuốc chống động kinh cổ điển:

- Thuốc *Valproat Natri* (*deparkin, encorat*) có tác dụng đối với mọi thể động kinh.

- *Phenytoin* (*Hydantoin, Dihydan,..*) và *Carbamazepin* (*Tegretol*) chỉ định trong cơn cục bộ đơn giản, cục bộ phức tạp và cơn co cứng, co giật nhưng không có hiệu quả trong cơn vắng ý thức.

- *Barbituric* (*phenobarbital, gardenal,..*) cũng có hiệu quả trong nhiều loại cơn nhưng không có hiệu quả trong cơn vắng ý thức, thuốc ít được chọn lựa vì gây buồn ngủ, chậm phát triển tâm thần và rối loạn nhân cách.

3.2 Các thuốc chống động kinh thế hệ mới: ưu điểm là ít tác dụng phụ và tác dụng trên nhiều loại cơn

- Oxcarbamazepin (*trileptal,..*): 50 mg x 2-3 lần/ ngày.

- Topiramate (*Topamax, pharmapir,..*): 50 – 300 mg/ngày.

- Levetiracetam (*keppra,..*): 500 x 2 lần/ ngày.

- Lamotrigine (*Lamictal,..*) 25- 100mg x 2 lần/ ngày

* Các điều trị kết hợp khác:

- Bù nước và điện giải - vitamin: Thường dùng *Natricalorua 0,9%*, dùng glucose ưu trương khi có kết quả xét nghiệm bệnh nhân không bị tiêu đường, cho vitamin B₁ liều cao ở những người bệnh nghiện rượu. Bù canxi, kali, natri nếu có nghi ngờ hoặc có bằng chứng cận lâm sàng thiếu các chất này.

- Chống phù não: chống phù não được đặt ra khi trạng thái động kinh kéo dài và tình trạng ý thức suy giảm, kèm dấu hiệu thần kinh cục bộ, *Manitol* là thuốc ưu tiên

được chọn. *Corticoid* được chọn trong trường hợp trạng thái động kinh mà nguyên nhân là u não.

- Giảm đau: các chế phẩm của paracetamol, tramadol, nhóm NSAID.
- An thần: nếu bệnh nhân có mất ngủ hoặc có tình trạng rối loạn tâm thần, kích động (aminazin, diazepam, amitriptilin, sulpiride, stresam).
- Các thuốc hỗ trợ thần kinh khác: Magne B6, piracetam, cinnarizin, flunarizin.
- Kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm trùng, thuốc long đàm, dẫn phế quản.
- Các thuốc điều chỉnh đường huyết nếu là trạng thái động kinh do tăng đường huyết.
- Thuốc dự phòng và điều trị xuất huyết tiêu hóa: nhóm ức chế bơm proton, ức chế H2, băng niêm mạc dạ dày,

4. Ngưng thuốc

Thông thường có thể thử ngưng thuốc nếu bệnh nhân không còn cơn co giật từ 2 đến 3 năm và không còn sóng động kinh trên điện não đồ. Các trường hợp động kinh do tổn thương cấu trúc não thường phải điều trị suốt đời. Khi ngưng thuốc phải giảm liều từ từ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Anh Nhị, Sổ tay lâm sàng thần kinh, NXB Y học, 2005.
2. Vũ Anh Nhị, Thần kinh học và điều trị, NXB Cà mau, 2005.
3. Lê Văn Thành, Bài giảng thần kinh học, ĐHYD TPHCM, 1998.
4. Lê Đức Hình, Lê Thi Hùng, Text book neurologie, NXB Y Học, 2005