

ĐỘNG KINH (G40.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Động kinh là tình trạng bất thường của chức năng não bộ.
- Con động kinh là biểu hiện lâm sàng của sự phóng điện bất thường, kịch phát, quá mức và đồng thời của một nhóm tế bào thần kinh của não. Con động kinh thường xảy ra cấp tính, đột ngột, nhất thời, đa dạng với nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau về vận động, cảm giác, biến đổi ý thức, hành vi, tâm thần, triệu chứng tự động, giác quan,...
- Bệnh động kinh là tình trạng có nhiều con động kinh, ít nhất là hai con, biểu hiện một bệnh não mạn tính, có thể tiến triển hoặc không, thường có tính định hình và xu hướng có chu kỳ.

2. Phân loại

Có nhiều cách phân loại khác nhau, hai bảng phân loại được thống nhất thông qua và áp dụng, đó là:

- Bảng phân loại con động kinh năm 1981 của ILAE (*xem phụ lục*)
- Bảng phân loại động kinh và hội chứng động kinh năm 1989 của ILAE (*phụ lục*).
- Bảng phân loại năm 2005 bắt đầu được đưa vào sử dụng.

II. LÂM SÀNG

1. Con động kinh có các tính chất sau:

- Tính bất ngờ: xuất hiện đột ngột không báo trước
- Tính tức thời: xảy ra trong thời gian ngắn và phục hồi nhanh
- Tính định hình: cơn lặp lại giống nhau
- Tính lặp lại, xu hướng chu kỳ.

2. Một số cơn động kinh thường gặp

- **Cơn co cứng - co giật** Cơn co giật toàn thể trong một vài phút, thường qua các giai đoạn: tiền triệu, co cứng, co giật, mất ý thức, đổãi cơ, khiếm khuyết thần kinh sau cơn (liệt Todd), ngủ lịm, hồi phục.
- **Cơn vắng ý thức** Đột ngột ngậy người, ngừng các hoạt động đang làm, mắt lơ đãng hoặc nhìn lên kéo dài 5-10 giây, cơn kết thúc đột ngột lại tiếp tục các hoạt động đang làm và không biết gì về cơn của mình. Điện não hình ảnh gai sóng 3c/s.
- **Cơn giật cơ** Là những cử động đột ngột, nhanh, thành nhịp hoặc không, đôi khi không mất ý thức.

3. Một số hội chứng động kinh thường gặp ở trẻ

- Bệnh não sinh động kinh và các hội chứng West, hội chứng Ohtahara.
- Các hội chứng động kinh ở trẻ có tiền căn co giật do sốt (GEFS, Dravet)
- Các hội chứng động kinh lành tính trẻ em
- Động kinh triệu chứng do bất thường cấu trúc não hoặc tổn thương não trong các bệnh mắc phải (viêm não, chấn thương sọ não, u...)

III. CẬN LÂM SÀNG

1. Xác định chẩn đoán

- Điện não đồ thường qui: có hoạt động dạng động kinh.
- Điện não đồ video: ghi được cơn và hoạt động điện não dạng động kinh.

2. Hỗ trợ chẩn đoán và theo dõi

- Xét nghiệm cơ bản, ion đồ.
- Echo não xuyên thóp, CT scan hoặc MRI não tùy từng trường hợp lâm sàng.
- Dịch não tủy (nếu cần)
- Bilan tâm soát bệnh não do bệnh chuyển hóa (nếu cần)
- Xét nghiệm gen, ví dụ: SCN1A

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: cơn động kinh điển hình (qua các video người thân tự quay), tái phát và EEG điển hình (hay video EEG điển hình)
- Chẩn đoán nghi ngờ động kinh: cơn tính chất giống cơn động kinh, tái phát nhưng EEG bình thường.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Trào ngược dạ dày thực quản nhũ nhi
- Cơn khóc lặng, ngừng thở ngắn, ho ngắt
- Cơn rối loạn trương lực cơ trẻ nhỏ
- Cơn co giật tâm lý
- Ngất do căn nguyên từ tim
- Tics

V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Cơn lâm sàng nghi ngờ động kinh mà chưa kiểm soát được cơn.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Các phương pháp điều trị động kinh gồm

- Luôn bắt đầu bằng thuốc chống động kinh
- Cân nhắc các điều trị khác khi động kinh kháng trị:
 - + Điều trị ngoại khoa: phẫu thuật cắt một phần não, cắt đường thể chai, cắt tổ chức gây động kinh
 - + Chế độ ăn sinh Ketogenic
 - + Kích thích thần kinh phế vị

2. Nguyên tắc điều trị thuốc chống động kinh

- Chẩn đoán cơn và hội chứng động kinh trước để chọn thuốc thích hợp và tiên lượng bệnh.
- Khởi đầu đơn trị liệu, chỉ dùng 1 thuốc. Chỉ phối hợp thuốc khi thất bại với 2 hoặc 3 đơn trị liệu. Chú ý liều của từng loại thuốc và sự tương tác thuốc.
- Dùng thuốc liên tục và đều đặn, không ngừng đột ngột. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa vào cơn lâm sàng, điện não. Kiểm tra xét nghiệm máu và chức năng gan thận trong thời gian điều trị.

- Ngưng thuốc khi không có cơn lâm sàng và điện não bình thường sau 3-5 năm. Một số thể đặc biệt phải dùng thuốc lâu dài.
- Kết hợp điều trị toàn diện (chăm sóc, quản lý bệnh nhân, quản lý sử dụng thuốc, chú ý vấn đề tâm lý, sinh hoạt học tập).

3. Lựa chọn thuốc chống động kinh

- *Chọn thuốc theo cơn động kinh*

Loại cơn	Lựa chọn thứ nhất	Lựa chọn thứ hai	Lựa chọn khác
Cơn cục bộ: - Đơn giản - Phức tạp - Toàn thể hóa	Carbamazepine Oxcarbazepine Phenytoin	Gabapentin Valproic acid Lamotrigine	Phenobarbital Topiramate Clonazepam Felbamate
Cơn co cứng do giật nguyên phát (hay thứ phát)	Valproic acid Phenytoin	Gabapentin Lamotrigine Phenobarbital	Topiramate Clonazepam Felbamate
Cơn vắng ý thức	Ethosuximide Valproic acid	Lamotrigine Clonazepam	
Cơn vắng ý thức không điển hình, cơn mất trương lực, cơn giật cơ	Valproic acid	Lamotrigine Clonazepam	Felbamate Ethosuximide
Cơn giật cơ	Clonazepam Valproate		

- *Chọn thuốc theo y học chứng cứ:*

- + Cơn cục bộ trẻ em: mức độ A: OXC; mức độ B: không; mức độ C: CBZ, PB, PHT, TPM, VPA.
- + Cơn vắng ý thức trẻ em: mức độ A: ESM, VPA; mức độ B: không; mức độ C: LTG.
- + Cơn co cứng - co giật trẻ em: mức độ C: CBZ, PB, PHT, TPM, VPA.

4. Vấn đề tương tác thuốc

	CBZ	PHT	PB	VPA	GBP	LTG	TPM	OXC
CBZ	↓	↓	↓	↑				↑
PHT	↓			↓		↓	↓	↓
PB				↑				
VPA	↓	↓	↓					
GBP								↓
LTG	↓	↓	↓	↑				↓
TPM	↓	↓	↓					
OXC	↓	↓	↓					

Ghi chú: CBZ: Carbamazepine, PHT: Phenytoin, PB: Phenobarbital, VPA: Valproate, GBP: Gabapentin, LTG: Lamotrigine, TPM: Topiramate, OXC: Oxcarbazepine

5. Trạng thái động kinh (Status epilepticus)

- Trạng thái động kinh là tình trạng cơn động kinh kéo dài hay lặp lại liên tục trên 10 phút. Trong thực hành chú ý khi cơn kéo dài quá 5 phút là một cấp cứu thần kinh.
- Điều trị bằng thuốc có khả năng thấm qua hàng rào máu não và ở lâu trong não để tránh tái phát khi hàm lượng thuốc trong máu chưa cao.
- Nguyên nhân của trạng thái động kinh: ngừng thuốc chống động kinh đột ngột, tổn thương não khu trú, rối loạn chức năng não lan tỏa,... 15-20% trường hợp không tìm được nguyên nhân.

❖ Điều trị

- 0 -5 phút: Đảm bảo hô hấp, tuần hoàn, xét nghiệm máu, tầm soát độc tố, nồng độ thuốc chống động kinh, điều trị rối loạn điện giải, truyền glucose và thiamin nếu cần, chống phù não, đề phòng và chống bội nhiễm.
- 5 – 20 phút: Tiếp tục ổn định bệnh nhân
Thuốc:
 - + Benzodiazepine (Diazepam, Lorazepam hoặc Midazolam)
 - Diazepam tiêm tĩnh mạch 0,2-0,3 mg/kg, tối đa 5 mg ở trẻ < 5 tuổi và 10 mg ở trẻ > 5 tuổi (tốc độ tối đa: 2 mg/phút). Có thể lặp lại tối đa 3 liều mỗi 10 phút nếu còn co giật. Nếu chưa có đường truyền, dùng đường hậu môn 0,5 mg/kg/lần (một liều duy nhất)
 - Hoặc Midazolam 0,15-0,3 mg/kg tiêm tĩnh mạch.
 - Midazolam đường xoang miệng 0,5 mg/kg cắt cơn co giật hiệu quả hơn Diazepam đường tĩnh mạch/hậu môn.
 - + Nếu còn co giật: Phenobarbital 15-20 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 10-30 phút.
- 20 – 40 phút: Tiếp tục ổn định bệnh nhân
 - + Fosphenytoin 20 mg/kg tiêm TM (tốc độ 1mg/kg/phút) tối đa 1500mg.
 - + Hoặc Valproate 30 – 40 mg/kg/liều truyền tĩnh mạch, tối đa 3000mg.
 - + Hoặc Levetiracetam 60mg/kg truyền tĩnh mạch.
 - + Nếu không có lựa chọn nào trên đây, có thể lặp lại 5 – 20 phút: Phenobarbital 15-20 mg/kg tĩnh mạch trong 10-30 phút.
- 40 - 60 phút: Tiếp tục ổn định bệnh nhân
 - + Diazepam hoặc Midazolame khởi đầu 0,1mg/kg/giờ, bơm tiêm tự động tăng dần đến hiệu quả, tối đa 2-3 mg/giờ.
 - + Gây mê với Thiopental 5 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm và thuốc dẫn cơ Vecuromin 0,1-0,2 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm.
 - + Xem xét sử dụng Pentobarbital, Propofol.

6. Động kinh kháng trị

- Định nghĩa: có cơn thường xuyên dù đã điều trị đúng và đủ liều hoặc không đáp ứng với 2-3 thuốc chống động kinh hoặc có hơn 1 cơn/tháng khi dùng 2 thuốc chống động kinh.
 - Nguyên nhân: sai lầm trong chẩn đoán (10-20% trường hợp), theo dõi và dùng thuốc chưa đúng và đủ..
 - Các hội chứng động kinh có nguy cơ kháng trị: Hội chứng West, Lennox - Gastaut, Dravet, Doose... Động kinh có nguyên nhân (u xơ cũ, Sturge - Weber, bệnh não chuyển hóa...)
 - Nguyên tắc xử trí: xem xét lại toàn bộ vấn đề chẩn đoán, tìm nguyên nhân, xem lại phân loại, lựa chọn lại thuốc, phối hợp thuốc... Xem xét can thiệp phẫu thuật hoặc phối hợp các phương pháp điều trị như: kích thích thần kinh X, chế độ ăn sinh Ketogenic.
- Liều lượng và tác dụng phụ của một số thuốc chống động kinh thường dùng.*

Thuốc	Liều khởi đầu	Liều duy trì	Tác dụng phụ
Carbamazepine (Tegretol,...)	5- 10mg/kg/ngày, chia 2 lần	15-45 mg/kg/ngày, chia 2 lần	Choáng váng, lơ mơ, nhìn đôi, thiếu máu, giảm BC hạt, tiết ADH không thích hợp, độc gan
Clonazepam (Rivotril,...)	0,05 mg/kg/ngày, chia 2 lần	0,2 mg/kg/ngày, chia 2 lần	Lơ mơ, kích thích, lo âu, rối loạn hành vi, trầm cảm, tăng tiết nước bọt
Gabapentin (Neurontin,...)	10 mg/kg/ngày, chia 2 lần	30- 100mg/kg/ngà y, chia 2 lần	Lơ mơ, choáng váng, mất thăng bằng, nhức đầu, run, ói, nystagmus, mệt mỏi, tăng cân
Phenobarbital (Gardenal,...)	3-5 mg/kg/ngày, 1 lần buổi tối	3-5 mg/kg/ngày chia 2 lần	Tăng động, kích thích, tập trung ngắn, dễ nóng giật, thay đổi giấc ngủ, HC Stevens - Johnson, giảm nhận thức
Phenytoin (Dilantin,...)	4 mg/kg/ngày, chia 2 lần	4-8 mg/kg/ngày, chia 2 lần	Rậm lông, phình nướu, mất thăng bằng, dị ứng da, Stevens - Johnson, rung giật nhãn cầu, buồn nôn, ói, lơ mơ
Topiramate (Topimax,...)		1-9 mg/kg/ngày, chia 2 lần	Mệt mỏi, nhận thức giảm, sỏi thận

Thuốc	Liều khởi đầu	Liều duy trì	Tác dụng phụ
Valproic acid (Depakine,...)	10- 15mg/kg/ngày, chia 2 lần	30-60 mg/kg/ngày, chia 2 lần	Buồn nôn, ói, biếng ăn, mất kinh, giảm đau, run, tăng cân, rụng tóc, độc gan
Vigabatrin (Sabril,...)	30 mg/kg/ngày, chia 2 lần	50-100 mg/kg/ngày chia 2 lần	Tăng động, lo âu, kích động, lơ mơ, tăng cân, thu hẹp thị trường, viêm thần kinh thị
Levetiracetam (Keppra,...)	30 mg/kg/ngày, chia 2 lần	30-60 mg/kg/ngày, chia 2 lần	Mệt mỏi, trầm cảm, đau đầu, tăng nhiễm trùng hô hấp
Oxcarbazepine (Trileptal,...)	5 mg/kg/ ngày, chia 2 lần	10-30 mg/kg/ngày, chia 2 lần	Hạ natri máu, chóng mặt, ngầy ngật, dị ứng da, suy nhược

VII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

Bệnh nhân ổn định được cơn lâm sàng.

VIII. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tuân thủ chế độ điều trị, tái khám hàng tháng, không bỏ thuốc, ngưng thuốc hay giảm liều đột ngột.
- Điều trị các bệnh cơ hội.
- Dinh dưỡng hợp lý, tránh thiếu ngủ, stress, kích thích ánh sáng (chơi game, xem ti vi quá nhiều,...), chọn môn thể thao phù hợp.
- Xét nghiệm huyết đồ, chức năng gan thận mỗi 6 tháng hoặc khi nghi ngờ bệnh nhân bị tác dụng phụ của thuốc.