# ĐỘNG KINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**1.1. Định nghĩa**

Cơn động kinh là những cơn ngắn, khởi phát đột ngột, định hình, có khuynh hướng chu kỳ và tái phát do sự phóng điện đột ngột quá mức từ vỏ não hoặc qua vỏ não của những nhóm tế bào thần kinh, gây rối loạn chức năng của thần kinh trung ương (cơn vận động, cảm giác, giác quan, thực vật, ...), điện não đồ ghi được các đợt sóng kịch phát. Mất ý thức cũng là biểu hiện thường gặp trong hoặc sau cơn.

Bệnh động kinh là sự tái diễn từ hai cơn động kinh trở lên cách nhau trên 24 giờ, không phải do sốt cao và các nguyên nhân cấp tính khác như rối loạn chuyển hóa, ngừng thuốc hay ngừng rượu đột ngột gây ra.

Ðịnh nghĩa trên đồng thời cũng là tiêu chuẩn chẩn đoán.

**1.2. Dịch tễ**

Theo Tổ chức Y tế thế giới (2019), tỷ lệ động kinh giao động từ 0,4% - 1% dân số, hiện nay trên thế giới có 50 triệu người mắc chứng động kinh. Tỷ số mới mắc của động kinh trong một năm là 49/100000 dân ở các nước phát triển và 139/100000 dân ở các nước đang phát triển, do các nước này có tỷ lệ cao về nhiễm trùng thần kinh cấp và mạn, về biến chứng sản khoa, về suy dinh dưỡng v.v...

Tỷ lệ nam và nữ bị động kinh là gần như nhau, không có sự khác biệt đáng kể.

Hơn 75% bệnh nhân khởi phát động kinh trước 18 tuổi, tỷ lệ cao rõ rệt ở trẻ em dưới 10 tuổi và người già trên 60 tuổi.

**1.3. Các yếu tố nguy cơ có thể gây ra động kinh:** Động kinh có thể chia thành hai nhóm chính:

# *A. Động kinh vô căn: không rõ nguyên nhân*

*B. Động kinh triệu chứng: có những yếu tố nguy cơ như sau:*

1. Chấn thương sọ não:

- Tai nạn giao thông

- Tai nạn lao động

- Vết thương sọ do bom đạn

- Tai nạn sinh hoạt

2. Chấn thương trong sản khoa:

- Đẻ khó, chuyển dạ lâu

- Đẻ chỉ huy hoặc có can thiệp sản khoa

3. Nhiễm trùng - ký sinh trùng:

- Viêm não- màng não (do vi khuẩn hay vi rút)

- Nhiễm trùng nội sọ

- Sán lợn gạo trong não

4. Nhiễm độc:

- Nhiễm độc các chất kim loại nặng công nghiệp: chì, thuỷ ngân, asen...

- Nhiễm độc các chất bảo vệ thực vật: thuốc chuột, thuốc trừ sâu, thuốc diệt cỏ...

- Nghiện rượu mãn tính dẫn tới nhiễm độc thần kinh

5. Bệnh lý mạch máu não:

- Huyết áp cao không rõ nguyên nhân dẫn tới tai biến mạch máu não

- Xơ vữa mạch não dẫn tới cao huyết áp gây tai biến mạch máu não

6. Yếu tố bẩm sinh, di truyền:

- Ông bà, bố mẹ bị động kinh

- Thiểu năng tâm thần (mẹ bị bệnh do vi rút ở 3 tháng đầu của thai kì)

**II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG**

 Lâm sàng bệnh động kinh rất đa dạng. Nét điển hình là đa số triệu chứng biểu hiện có tính chất kịch phát, đột ngột; các triệu chứng bệnh lý mãn tính dần dần nặng hơn.

 Người ta chia những biểu hiện của động kinh dưới những hình thức sau:

 - Các cơn động kinh

 - Các cơn tâm thần tương đương

 - Các biến đổi nhân cách

**2.1. Các cơn động kinh**

***2.1.1. Động kinh cơn lớn (toàn thể)***

 Động kinh cơn lớn (G.M) hay cơn co cứng – co giật là loại cơn toàn thể điển hình.

 Triệu chứng đặc trưng nhất là cơn co giật xuất hiện đột ngột “như tiếng sấm giữa trời quang” hay sau những tiền triệu cơn thoáng (aura) ngắn chỉ vài giây và biểu hiện khác nhau.

*2.1.1.1. Các cơn thoáng:*

- Cơn thoáng thị giác: Người bệnh hoa mắt thấy đom đóm, thấy đủ màu sắc xanh đỏ và những màu này biến đổi nhanh chóng. Đôi khi người bệnh thấy một người hay một phần mặt người, thấy đồ vật to ra hay nhỏ lại, thấy cả một cảnh tượng như chưa bao giờ gặp hay đã từng gặp.

- Cơn thoáng thính giác: Người bệnh nghe những tiếng đơn giản như tiếng còi, tiếng chuông, tiếng thì thầm, tiếng nói hay điệu nhạc.

- Cơn thoáng khứu giác: Người bệnh ngửi thấy mùi trứng thối, mùi cao su cháy khét…

- Cơn thoáng thần kinh thực vật: Người bệnh cảm thấy nóng bừng ở mặt, cồn cào ở dạ dày, đánh trống ngực, khó thở, vã mồ hôi, nấc, buồn nôn, mót đi đại tiện, nghẹt thở…

- Cơn thoáng cảm giác: Người bệnh cảm thấy đau nhức, tê buốt hoặc cảm giác nóng bỏng ở một vùng nào đó của cơ thể.

- Cơn thoáng tâm thần: Người bệnh có cảm giác sợ hãi, cảm giác hạnh phúc, nhớ lại những quãng đời đã qua, cảm thấy mọi sự vật diễn ra quanh mình một cách mơ hồ…

- Mỗi người bệnh có cơn thoáng riêng, lần nào xuất hiện cũng giống nhau. Những dấu hiệu báo trước, cơn thoáng có thể không xảy ra nhưng động kinh cơn lớn vẫn xuất hiện đột ngột.

***2.1.1.2. Cơn co giật toàn thân:***

Bắt đầu đột ngột mất ý thức, ngã bổ nhào xuống bất cứ đâu, nhiều khi kèm theo tiếng thét rống đặc biệt do co thắt khe thanh môn và co cứng các cơ ngực.

Cơn co giật tiếp theo gồm 3 giai đoạn:

**- Giai đoạn co cứng:**

+ Đầu ngả ra phía sau, chân tay duỗi cứng, hai bàn tay nắm chặt, đôi khi quay đầu về một phía, hàm khít chặt, răng nghiến. Lồng ngực và cơ hoành bất động ở tư thế thở ra gắng sức, ngừng thở kèm theo ngạt, mặt trở nên tím ngắt.

+ Mạch nhanh, huyết áp tăng.

+ Đồng tử giãn và không phản ứng với ánh sáng.

Giai đoạn co cứng kéo dài 15 – 20 giây tối đa 1 phút, rồi bệnh nhân thở sâu ầm ĩ và chuyển sang giai đoạn co giật.

**- Giai đoạn co giật:**

+ Co giật các cơ toàn thân, hai tay, hai chân co giật nhịp nhàng lúc đầu nhịp chậm, sau nhanh dần, cuối cơn giật thưa dần rồi ngừng hẳn, các cơ mặt cũng co giật, hai hàm răng cắn theo nhịp, mắt trợn ngược.

+ Lưỡi bị đẩy ra ngoài theo nhịp co giật, dễ cắn phải lưỡi, môi và mặt trong của má.

+ Tăng tiết nước bọt, sùi bọt mép (thường bọt hồng, đôi khi có cả máu).

+ Thở khò khè hoặc lọc xọc do nước bọt tích tụ hoặc lưỡi bị thụt về sau. Nhiều khi đái dầm do cơ thắt giãn.

Giai đoạn co giật kéo dài 1 – 2 phút.

**- Giai đoạn doãi mềm:**

 Bệnh nhân hôn mê thở sâu, đồng tử hai bên giãn nhẹ, mất phản xạ giác mạc, có thể đái dầm, mặt hết tím. Giai đoạn này kéo dài khoảng một phút. Sau đó bệnh nhân tỉnh lại, gọi hỏi bệnh nhân đáp ứng ngay nhưng có thể lú lẫn trong vài phút. Khám có thể thấy tăng phản xạ gân xương, Babinski(+) hai bên, có trường hợp sau khi tỉnh lại thì chuyển sang ngủ sâu.

Đặc điểm của động kinh lớn:

- Tần số cơn co giật: Có thể lên cơn hàng ngày, nhưng cũng có khi hàng năm, thậm trí cả đời mới có một cơn. Đôi khi cơn tăng theo mùa hoặc theo chu kỳ kinh nguyệt. Khi số cơn tăng nhanh, bệnh nhân dễ bị mất trí do động kinh.

- Thời gian xuất hiện cơn: Bất kỳ lúc nào, nơi nào, dễ gây nguy hiểm (ngã vào lửa, nước…). Thông thường cơn hay xảy ra vào ban đêm hoặc sáng lúc thức dậy.

- Mất ý thức trong cơn, quên hoàn toàn cơn động kinh (trừ tiền triệu).

- Những dấu vết của ngã đột ngột (thường có sẹo ở mặt và ở đầu).

***2.1.2. Động kinh cục bộ***

*2.1.2.1. Cơn cục bộ đơn giản (không có rối loạn ý thức):*

- Với các triệu chứng vận động: cục bộ vận động, cục bộ vận động với hành trình Jackson, cơn quay mắt quay đầu.

- Với các triệu chứng cảm giác hoặc giác quan: rối loạn cảm giác bản thể, ảo thị giác, ảo khứu giác, cơn chóng mặt.

- Với các dấu hiệu hoặc triệu chứng thần kinh thực vật.

- Với các triệu chứng tâm thần: rối loạn các chức năng thần kinh cao cấp, ít khi biến đổi ý thức.

- Rối loạn trí nhớ, rối loạn cảm xúc…

*2.1.2.2. Cơn cục bộ phức tạp (có rối loạn ý thức):*

- Khởi phát cục bộ đơn giản, tiếp theo là cục bộ phức tạp.

- Khởi phát là rối loạn ý thức: rối loạn ý thức với các biểu hiện tự động.

*2.1.2.3. Cơn cục bộ toàn thể hóa thứ phát:*

- Cơn cục bộ đơn giản tiến triển sang toàn bộ hóa thứ phát.

- Cơn cục bộ phức tạp tiến triển sang toàn bộ hóa thứ phát.

- Cơn cục bộ đơn giản tiến triển sang cơn cục bộ phức tạp rồi toàn bộ hóa thứ phát.

***2.1.3. Động kinh cơn nhỏ (P.M) - Vắng ý thức điển hình***

- Cơn xảy ra chủ yếu ở trẻ em từ 5 - 12 tuổi, con gái nhiều hơn con trai.

- Cơn vắng ý thức xuất hiện đột ngột và ngừng cơn cũng đột ngột.

- Bệnh nhân bỗng nhiên ở tư thế bất động, ngắt quãng các hoạt động đang làm dở (đang đi, viết, nói chuyện, đang nhai khi ăn, đánh rơi đồ vật đang cầm ở tay... thì dừng lại).

- Mặt tái, mắt ngơ ngác.

- Mất hoàn toàn ý thức khoảng 3 - 5 giây, sau đó tỉnh lại tiếp tục ngay các hoạt động và không biết mình vừa lên cơn.

- Cơn vắng ý thức có thể xuất hiện vài chục lần một ngày và xảy ra lúc người bệnh bị xúc động, thở sâu.

- Trẻ em có cơn vắng ý thức có thể đi học bình thường, 1/3 trường hợp tự lành mà không cần điều trị, 1/3 diễn biến thành động kinh cơn lớn, 1/3 giữ nguyên trạng thái.

***2.1.4. Cơn giật cơ hai bên***

Gặp ở tuổi thiếu niên và ở cả người lớn.

- Giật cơ từng đợt ngắn ở cả hai bên và có tính chất đồng bộ - giật cơ ở hai chi trên biểu hiện bằng sự vụng về động tác; giật cơ ở hai chi dưới thì người bệnh thường ngã khuỵu xuống mà không mất ý thức.

- Giật cơ thường xảy ra vào buổi sáng sau khi thức dậy.

***2.1.5. Cơn tăng trương lực***

Gặp trong bệnh não trẻ em gây động kinh.

- Cơn co cứng cơ duy trì, kèm theo rối loạn ý thức hoặc rối loạn thần kinh thực vật, không rung cơ.

- Cơn co cứng trục dọc: Co cơ cổ, đầu; cơn co cứng lưng lan tới thắt lưng.

- Cơn tăng trương lực toàn bộ, lan đến các chi.

- Cơn kéo dài vài giây đến 1 phút.

***2.1.6. Cơn mất trương lực***

- Gặp trong bệnh não gây động kinh ở trẻ em.

- Giảm hoặc mất trương lực tư thế. Nếu cơn rất ngắn chỉ gây nên hiện tượng gập người, đôi khi chỉ gục đầu ra phía trước. Nếu cơn kéo dài, bệnh nhân bị ngã, cơ hoàn toàn mềm nhẽo.

- Mất ý thức ngắn ngủi trong tư thế.

***2.1.7. Cơn co thắt ở trẻ em***

Còn gọi là hội chứng West với các biểu hiện:

- Co cứng ở tư thế gấp hoặc ruỗi.

- Sự phát triển tâm thần bị ngừng lại. Cơn thường bắt đầu ở năm thứ nhất ở trẻ (từ 4 - 7 tháng). Trẻ nam bị nhiều hơn trẻ nữ.

- Cơn thường xảy ra sau khi thức dậy, trẻ đột nhiên gục đầu ra đằng trước, gập mình lại như kiểu con dao nhíp, hai tay đưa ra phía trước như bái lạy.

- Mất ý thức trong cơn rất ngắn.

- Cơn xuất hiện 5, 10, 20 có khi lên đến 100 lần trong ngày.

**2.2. Các cơn tâm thần tương đương**

Cụm từ *"các cơn tâm thần tương đương"* nghĩa là các rối loạn tâm thần xuất hiện từng cơn như để thay thế cơn động kinh, ý nghĩa tương đương với cơn. Mặc dù không hoàn chính xác vì các rối loạn khí sắc hoặc ý thức có thể xuất hiện do cơn động kinh gây ra hoặc trước cơn động kinh.

***2.2.1. Rối loạn khí sắc***

- Cơn loạn cảm: khí sắc trầm buồn, độc ác, người bệnh hoàn toàn bất bình, bất mãn với tất cả, hay gây gổ, nổi khùng, thường kêu ca nghi bệnh, có thể dẫn đến hoang tưởng nghi bệnh từng cơn vài giờ, vài ngày với khí sắc buồn dầu, độc ác xen lẫn sợ hãi. Đôi khi sợ hãi nổi bật trên bệnh cảnh lâm sàng.

- Một số người giải buồn, đi uống rượu chè; đi lêu lổng, cơn xung động lang thang (du thủ, du thực).

***2.2.2. Rối loạn ý thức***

Xuất hiện thành từng cơn gọi là trạng thái rối loạn ý thức hoàng hôn, xảy ra đột ngột, kết thúc nhanh.

- Cơn mù mờ ý thức hoàng hôn có hoang tưởng, ảo giác, rối loạn cảm xúc: nét nổi bật là mất định hướng với xung quanh và còn duy trì những hoạt động. Cử chỉ ăn khớp với nhau, bề ngoài nhìn có vẻ dữ lạ kỳ. Hành vi đó là do hoang tưởng, ảo giác và cảm giác căng thẳng tri phối, nên mang tính chất cực kì nguy hiểm, tàn bạo: phá phách, giết người không có lý do mặc dù đó là người thân hay là người lạ. Đây là biểu hiện rất hiếm thấy.

- Cơn mù mờ ý thức hoàng hôn không có hoang tưởng, ảo giác, rối loạn cảm xúc; được gọi là tự động vận động: cơn bỏ nhà đi lang thang, cơn vùng chạy, tự động miệng (động tác nhai, nuốt, liếm , ngoặm), tự động dáng điệu (cài cúc áo, lục túi, xếp đồ đạc, di chuyển đồ đạc) v.v...

**2.3.Biến đổi nhân cách**

***2.3.1. Nhân cách động kinh***

- Nổi bật là tư duy lai nhai, chi tiết ,vụn vặt, định kiến, không phân biệt được cái chính cái phụ và khó chuyển chủ đề. Cảm xúc không ổn định, hay gây gổ và thỉnh thoảng có những cơn giận giữ, chỉ vì một lý do nhỏ nhặt.

- Chửi mắng, quát tháo, sỉ nhục đủ điều, dẫn đến tấn công người xung quanh.

- Sau cơn, yên tĩnh không nhận mình là vô lý, đổ lỗi cho người xung quanh.

***2.3.2. Sa sút động kinh***

- Tư duy trở nên rất bầy nhầy, vốn từ nghèo nàn, tiếp thu hạn chế.

- Trí nhớ giảm sút.

- Thể năng tâm thần giảm, giai đoạn sa sút chỉ còn hoạt động bản năng cho sự sống.

**IV. CHẨN ĐOÁN**

**4.1. Chẩn đoán xác định**

Chẩn đoán xác định phải dựa vào lâm sàng (dựa vào thầy thuốc, nhân viên y tế mô tả, chứng kiến cơn) kết hợp với biến đổi điện não đồ, ***chú ý không chẩn đoán động kinh nếu lâm sàng không có cơn***.

Việc chẩn đoán tuân theo trình tự ba bước sau:

- Xác định các cơn này là cơn động kinh với các tính chất như đã đề cập trong phần định nghĩa.

- Phân loại các loại cơn co giật, và

- Xác định nguyên nhân nếu có thể.

**4.2. Chẩn đoán phân biệt**

Động kinh có nhiều hình thái lâm sàng khác nhau. Cơn lớn là thể cần được chẩn đoán phân biệt với các cơn co giật do nhiều nguyên nhân khác ở nhiều chuyên khoa khác nhau (Thần kinh, Tâm thần, Nhi khoa, Nội tiết, Sản khoa, ...).

***4.2.1. Cơn co giật phân ly:***

- Xảy ra ở người trẻ tuổi, có nhân cách nghệ sỹ yếu (thường là nữ với hoạt động cảm xúc tăng do hoạt động lý trí suy yếu, tính ám thị tăng).

- Cơn xảy ra có tác động của sang chấn tâm lý hay hoàn cảnh ám thị (có sự chú ý của người xung quanh).

- Bệnh nhân có ý thức tránh né nguy hiểm, chọn chỗ ngã, không có thương tích cơ thể.

- Các biểu hiện cơn:

 + Thường là cơn dãy dụa lung tung.

 + Cơn có thể thay đổi, khác nhau giữa các cơn do tác động của ám thị.

 + Không kèm theo mất ý thức.

 + Cơn tái phát, dài ngắn tuỳ thuộc vào hoàn cảnh tâm lý.

 + Không có dấu hiệu tháp.

 + Không có các rối loạn thần kinh thực vật.

 + Sau cơn bệnh nhân tỉnh, nhớ được chi tiết mội việc xảy ra trong cơn.

 + Cắt cơn bằng liệu pháp tâm lý (ám thị).

***4.2.2. Cơn co giật trong hạ đường huyết:***

- Do dùng insulin liều quá cao.

- Do tổn thương các tuyến nội tiết, tuyến tuỵ, ... có vai trò điều hoà Glucose máu.

- Lâm sàng:

 + Cảm giác cồn cào, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, mệt mỏi.

 + Co giật: Có thể co giật toàn thân hay nửa người.

+ Hôn mê: tiếp theo sau co giật.

+ Liệt: xảy ra cùng với hôn mê, có thể là liệt một chi, liệt nửa người, liệt mặt...; là liệt tạm thời trong chốc lát rồi hồi phục hoàn toàn.

+ Triệu chứng thần kinh thực vật: Da tái nhợt, vã mồ hôi, thở nhanh nông, mạch nhanh ...

- Xét nghiệm:

 + Glucose máu giảm dưới 50 mg% là xét nghiệm có ý nghĩa quyết định chẩn đoán.

 + Glucose dịch não tuỷ cũng có thể hạ.

 - Điều trị: uống, truyền glucose sẽ có hiệu quả ngay nếu điều trị kịp thời.

***4.2.3. Co giật do hạ canxi máu:***

- Là tình trạng tăng kích thích thần kinh cơ do hạ canxi máu.

- Thường gặp ở những trẻ em bị còi xương, người bị thiểu năng giáp trạng, tình trạng kiềm máu.

- Lâm sàng:

* Co giật toàn thân, bệnh nhân ở tư thế tay gấp lại, chân duỗi cong, ...
* Cơn co thắt thanh quản làm cho bệnh nhân tím tái, nếu kéo dài có thể gây tử vong.
* Các dấu hiệu kích thích cơ và thần kinh:

+ Dấu hiệu Chvoslek: có giá trị với trẻ dưới 2 tuổi. Gõ vào một điểm ở giữa đường từ lỗ tai đến mép sẽ gây phản ứng môi co lại.

**+** Dấu hiệu Trousau: Buộc dây cao su vào cẳng tay trong vài phút, bàn tay sẽ chụm lại như bàn tay người đỡ đẻ.

**+** Dấu hiệu Lust: Gõ vào vùng đầu dưới xương mác bàn chân cùng bên sẽ giật nhẹ.

 - Xét nghiệm:

* Canxi máu <70 mg %.
* Dự trữ kiềm trên 60 thể tích.
* Điện tâm đồ QT kéo dài.

- Điều trị: Dùng chế phẩm canxi sẽ có hiệu quả.

***4.2.4. Co giật do sốt cao:***

- Thường gặp ở trẻ dưới 2 tuổi.

- Sốt cao trên 390C, nhất là sốt đột ngột.

- Thường là cơn co giật toàn thân.

- Có thể có rối loạn ý thức kiểu sảng: trẻ hoảng hốt, mắt nhìn ngơ ngác sợ hãi, nói ú ớ, ôm chặt lấy bố mẹ.

- Không thấy dấu hiệu của các bệnh thực tổn khác (nếu nghi ngờ bệnh thực tổn cần chọc dò dịch não tuỷ, chụp CT Scan, MRI…).

- Xử trí hạ sốt bằng chườm lạnh, thuốc hạ nhiệt sẽ có hiệu quả.

***4.2.5. Cơn sản giật:***

Có thể xảy ra bất kỳ lúc nào sau khi có thai 20 tuần và đến tận sáu tháng sau sinh. Thường gặp ở người con so, đa thai, cao huyết áp mạn tính, đái tháo đường, các rối loạn tự miễn. Nguyên nhân chưa rõ ràng, có thể là nguyên nhân miễn dịch.

Lâm sàng:

- Tiền sản giật:

**+** Tăng huyết áp: tăng ít nhất 30 mmHg tâm thu; 15 mmHg tâmtrương

**+** Protein niệu: 0,3 g/24h.

**+** Phù : tăng 2250 g/tuần..

- Sản giật: cơn co giật với 4 giai đoạn điển hình:

**+** Giai đoạn xâm nhiễm: có rung cơ, xuất hiện đầu tiên ở mặt gây co giật nhẹ ở mặt rồi lan ra chi trên.

**+** Giai đoạn co cứng: các cơ toàn thân bị co cứng gây tím tái, có thể gây ngừng thở tạm thời.

**+** Giai đoạn co giật: co giật toàn thân, liên tiếp.

**+** Giai đoạn hôn mê: mức độ hôn mê tuỳ mức độ bệnh, nhiễm độc.

- Cần làm các xét nghiệm sau:

+ Protein niệu, lượng nước tiểu 24h.

+ Urê máu.

+ Huyết áp.

***4.2.6. Một số nguyên nhân khác có thể gây co giật:***

- Dừng đột ngột các thuốc chống trầm cảm, thuốc bình thản (ở các bệnh nhân đang dùng liều cao, kéo dài).

- Thiếu Vitamin B6...

**V. ĐIỀU TRỊ**

Bệnh động kinh cần được điều trị càng sớm càng tốt nhằm kiểm soát hoàn toàn các cơn, tránh các ảnh hưởng xấu như giảm sút trí tuệ và biến đổi nhân cách cũng như trạng thái động kinh liên tục.

 Ngày nay việc điều trị toàn diện bằng thuốc, phẫu thuật, chế độ ăn uống, sinh hoạt, phục hồi chức năng... đem lại nhiều kết quả tốt.

**5.1. Điều trị ban đầu**

* Cơn co giật ngắn dưới 5 phút:

- Không cần điều trị thuốc cấp cứu.

- Nên để bệnh nhân càng dễ chịu càng tốt, thường cho bệnh nhân nằm, bảo vệ đầu, nới quần áo hoặc khăn quàng cổ.

- Tránh để chấn thương đối với bệnh nhân (tránh gần lửa, nước, độ cao...).

- Không để vật gì vào giữa hai hàm răng.

- Khi hết cơn để bệnh nhân tư thế nằm nghiêng, kiểm tra để tránh tắc nghẽn đường thở và chắc chắn bệnh nhân không bị thương tổn gì.

- Đảm bảo bệnh nhân không bị ngừng thở và duy trì mạch đập.

- Nếu bệnh nhân phục hồi hoàn toàn nên an ủi và động viên.

* Cơn co giật kéo dài trên 5 phút:

- Thường cho benzodiazepam tiêm tĩnh mạch (hoặc đặt hậu môn):

+ Diazepam không pha loãng tiêm tĩnh mạch,với tốc độ không quá 2- 5 mg/phút.

+ Liều dung nạp tĩnh mạch hoặc đặt hậu môn ở người lớn là 10-30mg, ở trẻ em liều dung nạp tĩnh mạch tương đương là 0,2-0,3mg/kg cân nặng.

- Lorazepam tĩnh mạch là một lựa chọn thay thế: liều dùng 4mg cho người lớn và 0,1mg/kg cân nặng cho trẻ em.

**5.2. Điều trị lâu dài**

***5.3.1. Điều trị bằng thuốc***

***5.3.1.1. Nguyên tắc điều trị:***

- Khởi đầu bằng một loại thuốc duy nhất. Thuốc được chọn phải phù hợp với thể động kinh, ít tác dụng phụ, rẻ tiền, phù hợp với đặc điểm cơ thể người bệnh.

- Bắt đầu bằng liều thấp rồi tăng dần để tìm được liều hữu hiệu.

- Liều thuốc cho hàng ngày được tính theo mg/kg cân nặng, không tính theo tuổi, có thể thay đổi chút đỉnh tuỳ từng người. Ở trẻ con liều này có phần cao hơn người lớn.

- Việc sử dụng cùng lúc nhiều thuốc kháng động kinh chỉ cần thiết khi một loại thuốc (đã đạt đến liều cao nhất) mà không có kết quả.

- Khi kết hợp các thuốc khác cần để ý đến tác dụng qua lại giữa chúng cũng như ảnh hưởng trên các thuốc để tránh ngộ độc.

- Phần lớn các loại thuốc kháng động kinh đều có thời gian bán huỷ khá dài nên chỉ cần cho một lần duy nhất trong ngày.

- Riêng các thuốc Tegretol, Primidone và Deparkine nên chia liều 2 - 3 lần/ngày.

- Không kết hợp Phenobarbital và Primidone vì gây quá liều.

- Các thuốc kháng động kinh chỉ thực sự có tác dụng khi đạt một nồng độ trong máu ổn định sau một thời gian dùng thuốc.

- Điều trị bệnh động kinh phải dùng thuốc liên tục không được tự động ngừng thuốc.

- Loại trừ nhân tố có hại như: Rượu, rối loạn giấc ngủ, chấn thương tâm lý, nhiễm trùng, nhiễm độc...

***5.3.1.2. Phác đồ điều trị****:*

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc trong bảng sau*(trang bên)*:

* Các thuốc chống động kinh cổ điển:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thuốc và tên thương mại** | **Thời gian bán hủy (giờ)** | **Liều lượng trẻ em (TE), người lớn (NL)** | **Chỉ định** |
| Carbamazepin (CBZ, Tegretol CR) | 8 - 19h (TE)5 - 16h (NL) | TE: 10 - 30mg/kgNL: 10 - 12mg/kg (Uống 1 - 2 lần) | Động kinh cục bộ đơn giản hoặc phức tạp |
| Phenytoin (PHT, Epanutin, Epilantin, Phenydan) | 12 - 22h (TE)8 - 60h (NL) | TE: 5 - 7mg/kgNL: 3 - 5 mg/kg (Uống 3 lần) | Động kinh cục bộ và toàn thể của bất cứ hội chứng ĐK nào |
| Phenobarbital (PB, Luminal, Gardenal) | 21 - 80h (TE)46 - 130h (NL) | TE: 4mg/kgNL: 3mg/kg (Uống 1 - 2 lần) | Động kinh toàn thể, cơn cục bộ |
| Clonazepam | 20 - 60h | TE: 0,01 - 1mg/kgNL: 1,5 - 10mg/ngày | Các loại cơn động kinh |
| Valproat (VPA, Depakin Chrono, siro depakin, dung dịch depakin | 20 - 50h (TE)8 - 16h (NL) | TE: 30mg/kgNL: 20 - 30mg/kg(Uống 1 - 2 lần) | Động kinh toàn thể, động kinh cục bộ |
| Ethosuximid (ESM, Suxinitin) | 30h (TE)50 - 60h (NL) | TE: 4mg/kgNL: 3mg/kg | Động kinh cơn vắng |

\* Các thuốc kháng động kinh thế hệ mới:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tên thuốc và tên thương mại | Thời gian bán hủy (giờ) | Liều lượng trẻ em (TE), người lớn (NL) | Chỉ định |
| Lamotrigin(Lamictal) | 29h | TE: 2 - 15mg/kgNL: 100 - 200mg(Uống chia 2 lần) | Cơn cục bộ hoặc cơn toàn thể |
| Gabapentin(Neurontin) | 5 - 9h | NL: 900 - 3600mg/ngày(Uống chia 3 lần) | Động kinh cục bộ và toàn thể |
| Oxcarbazepin(Trileptal) | 8 - 13h | TE: 10 - 30mg/kgNL: 600 - 2400mg/ngày(Uống chia 2 lần) | Không dung nạp với carbamazepinĐộng kinh cục bộ và toàn thể |
| Topiramat(Topamax) | 18 - 23h | TE: 6mg/kg/ngàyNL: bắt đầu 25 - 50mg, sau: 200 - 400mg/kg/ngày | Động kinh kháng thuốcCơn cục bộ |
| Levetiracetam(Keppra) | 3 - 6h | 1000 - 3000mg/ngày | Tất cả các loại động kinh |

 Ngoài các thuốc chống động kinh trên, cần điều trị các rối loạn tâm thần và các bệnh cơ thể kèm theo; sử dụng các thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức…

***5.3.2. Điều trị phẫu thuật***

 Chỉ định:

 - Động kinh kháng thuốc

 - Động kinh cục bộ ổ khu trú nhỏ

 - Động kinh cục bộ toàn thể hóa

***5.3.3. Chế độ ăn uống, sinh hoạt***

- Không dùng các loại kích thích như cafe, thuốc lá, rượu, gia vị, không được ăn quá nhiều nhất là vào buổi tối. Một số tác giả đề nghị ăn nhiều mỡ, ít hydrat carbon và protein tạo ra tình trạng tăng ceton nên đỡ động kinh.

- Thức ngủ đúng giờ tùy theo nghề nghiệp của từng người để tránh mất định hình hoạt động thần kinh trong 24 giờ.

- Tránh các công việc có thể nguy hiểm cho bệnh nhân hoặc người khác như làm việc trên cao, dưới nước, gần lửa, lái xe.

- Tránh làm việc lâu ngoài nắng vì dễ mất nước và điện giải.

- Không làm việc nơi ánh sáng chói loè  như hàn hoặc không nên xem ti vi và chơi trò chơi điện tử lâu vì đó là các kích thích có thể gây lên cơn.

**5.3. Theo dõi điều trị**

- Theo dõi lâm sàng, điện não, chất lượng cuộc sống.

- Khi không khống chế được cơn cần xem lại chẩn đoán, cách sử dụng thuốc (liều, tương tác...), sự tuân thủ điều trị. Có thể cân nhắc chuyển đơn trị liệu 1 thuốc khác trước khi nghĩ đến đa trị liệu và phẫu thuật.

- Theo dõi tác dụng không mong muốn: có nhiều tác dụng không mong muốn cần phải theo dõi trong quá trình trị liệu. Có hai loại tác dụng không mong muốn cần phải lưu ý là phản ứng đặc ứng và các tai biến khi quá liều.

+ Các phản ứng đặc ứng: phản ứng phản vệ không liên quan đến liều. Phản ứng này liên quan đến từng cá thể và tùy thuộc loại thuốc. Khi có phản ứng kiểu này phải dừng thuốc.

+ Các tai biến do dùng thuốc quá liều: bao gồm quá liều cấp tính (thường biểu hiện bằng các triệu chứng ngộ độc) và quá liều mạn tính (thường biểu hiện bằng ức chế tâm thần vận động).

**5.4. Ngừng thuốc**

- Có thể ngừng thuốc sau 2 năm (hoặc hơn) khi không có cơn trên lâm sàng và điện não đồ bình thường.

- Giảm liều từ từ trước khi ngừng thuốc, không ngừng thuốc đột ngột.

- Chú ý hiện tượng lui bệnh giả tạo (bệnh nhân không khai các cơn).

**VI. PHÒNG BỆNH**

**6.1. Phòng bệnh cấp 1**

- Áp dụng cho người chưa bị bệnh:

- Ngăn ngừa, loại trừ các căn nguyên gây bệnh, phòng chống các bệnh nhiễm khuẩn não, các chấn thương nhất là chấn thương chu sinh, chấn thương sọ não.

- Phòng ngừa các bệnh cơ thể có thể gây cơn động kinh.

- Tuyên truyền sâu rộng trong nhân dân, giải thích một cách hợp lý về bệnh.

**6.2. Phòng bệnh cấp 2**

**-** Áp dụng cho người bị bệnh mức độ nhẹ:

- Phát hiện bệnh sớm và điều trị tích cực, hạn chế sự tiến triển xấu.

- Hướng dẫn người bệnh uống thuốc đều đặn hàng ngày theo chỉ dẫn của bác sĩ.

- Bệnh động kinh phải được điều trị lâu dài, không được uống rượu, bia trong thời gian điều trị.

- Hướng dẫn người bệnh phòng ngừa những tai nạn có thể xảy ra trong cơn động kinh.

- Người mắc bệnh động kinh vẫn có thể lập gia đình nhưng phải có điều kiện sau:

+ Bệnh không làm biến đổi nhân cách, và trí tuệ đến mức có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt gia đình và nuôi dạy con cái.

+ Bệnh đáp ứng tốt với điều trị.

+ Một trong hai người (chồng hay vợ) phải khỏe mạnh.

- Người bệnh không được làm việc trên cao, lái xe, gần lửa, nước ...

**6.3. Phòng bệnh cấp 3**

Áp dụng cho người bị bệnh mức độ nặng:

- Phục hồi chức năng tâm lý xã hội, lao động chân tay, nghề nghiệp cho người bệnh.

- Bệnh tiến triển xấu phải đưa tới bệnh viện để điều trị nội trú nhằm mục đích:

+ Theo dõi đặc điểm cắt cơn, số cơn xảy ra và thời điểm xảy ra.

+ Chọn thuốc điều trị thích hợp./.