**ĐỘNG KINH**

**I. ĐAI CƯƠNG ĐỘNG KINH:**

♦ Động kinh là bệnh thần kinh thường gặp thứ hai, ảnh hưởng 1% dân số.

♦ Tỉ lệ dân số bị động kinh ở Việt Nam: 0.6-1%.

♦ Động kinh trẻ em có tần suất cao trong khoảng 10 năm đầu, giảm dần và tăng lên từ tuổi 50.

**II. CHẨN ĐOÁN ĐỘNG KINH:**

**1) Tiêu Chuẩn Chẩn Đoán:**

♦ Chẩn đoán dựa vào hỏi bệnh sử cẩn thận, khám thần kinh và làm một số xét nghiệm, chụp hình não bộ để chẩn đoán. Khi hỏi bệnh sử người thầy thuốc sẽ hỏi khi nào cơn động kinh bắt đầu, mô tả chi tiết những biến cố khi cơn động kinh xảy ra, tiền căn sức khỏe của BN và gia đình

♦ Cận lâm sàng: Chụp CT Scan sẽ cho thông tin chi tiết về cấu trúc bình thường của não, những bất thường cấu trúc như máu tụ, nang, u, mô sẹo... mà liên quan đến động kinh

♦ Chụp MRI ngoài thông tin nhận được như chụp CT Scan, MRI não còn phát hiện các dị dạng bẩm sinh xơ chai thùy thái dương. Đo điện não đồ giúp nhận biết được hoạt động điện bất thường trong não mà sinh ra cơn động kinh. Nó cũng giúp nhận biết vị trí, độ nặng và loại cơn động kinh

**2) Chẩn Đoán Nguyên Nhân:**

♦ Khoảng 60-75% các trường hộp không rõ nguyên nhân. Các nguyên nhân sau có thể phát hiện: tổn thương năo trong bào thai, chấn thương lúc sinh (do thiếu O2), ngộ độc, nhiễm trùng thần kinh trung ương, chấn thương đầu, u não, TBMMN...

**3) Chẩn Đoán Phân Biệt:**

♦ Co giật do nguyên nhân tâm lý: ngất, Migraine, hạ đường huyết, bệnh não do biến dưỡng, TIA, rối loạn giấc ngủ, cơn quên toàn bộ tạm thời, rối loạn vận động, co thắt nửa mặt, cơn hoảng loạn, tác dụng phụ của thuốc và độc chất

**4) Phân Loại Động Kinh:**

Phân loại quốc tế các cơn động kinh:

A - Cơn động kinh cục bộ:

(1) Cơn động kinh cục bộ đơn giản:

- Với dấu hiệu vận động.

- Với triệu chứng cảm giác.

- Với dấu hiệu hoặc triệu chứng thực vật.

- Với triệu chứng tâm thần.

(2) Cơn động kinh cục bộ phức tạp:

- Khởi phát với cơn cục bộ đơn giản tiếp theo là rối loạn ý thức.

- Bắt đầu với rối loạn ý thức ngay từ khi khởi phát.

(3) Cơn động kinh cục bộ toàn thể hóa thứ phát:

- Cơn động kinh cục bộ đơn giản toàn thể hóa.

- Cơn động kinh cục bộ phức tạp toàn thể hóa.

- Cơn động kinh cục bộ đơn giản rồi phức tạp sau đó toàn thể hóa.

**B - Cơn Động Kinh Toàn Thể:**

(1) Cơn vắng ý thức: điển hình và không điển hình.

(2) Cơn giật cơ.

(3) Cơn co giật.

(4) Cơn co cứng.

(5) Cơn co cứng co gồng.

(6) Cơn mất trương lực.

**C - Các Cơn Động Kinh Không Phân Loại.**

Phân loại các hội chứng động kinh:

**A - Liên Quan Cục Bộ:**

(1) Vô căn.

(2) Triệu chứng.

(3) Nguyên nhân ẩn.

**B - Toàn Thể:**

(1) Vô căn.

(2) Nguyên nhân ẩn hay triệu chứng.

(3) Triệu chứng.

C - Các hội chứng động kinh không được xác định cục bộ hay toàn thể.

D - Các hội chứng đặc biệt.

**III. ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH:**

**1) Nguyên Tắc Điều Trị:**

♦ Điều trị các cơn động kinh, không điều trị theo EEG

♦ Bắt đầu liều thấp tăng dần

♦ Đơn trị liệu đầu tiên

♦ Tăng liều thuốc theo hiệu quả lâm sàng, độc tính

♦ Theo dõi nồng độ thuốc (phenytoin (PHT), Phenobarbital (PB), carbamazepine (CBZ))

♦ Kết hợp thuốc khi cần và thích hợp các thuốc có cơ chế khác nhau (ví dụ valproic acid (VPA) và lamotrigine (LTG)/topiramate (TPM)), tránh kết hợp các thuốc có cùng cơ chế (ví dụ CBZ + PHT, benzodiazepine (BZP) + PB), tránh kết hợp các thuốc cạnh tranh dược lý (ví dụ VPA + CBZ/PHT)

♦ Ngưng thuốc chống động kinh từ từ đặc biệt BZP và PB.

**2) Điều Trị Đặc Hiệu:**

a. Nếu có nguyên nhân: điều trị nguyên nhân và điều trị động kinh

b. Nếu không có nguyên nhân hoặc nguyên nhân không điều trị được: điều trị chống động kinh. Một số gợi ý sử dụng thuốc chống động kinh cho các thể lâm sàng:

♦ Động kinh toàn thể nguyên phát: VPA, CBZ, LTG, hay TPM, PHT, PB

♦ Động kinh cục bộ hay động kinh không xác định được: CBZ, VPA, LTG hay TPM, PHT, PB

♦ Động kinh vắng ý thức trẻ nhỏ: VPA hay ethosuximid (ESM), LTG, VPA + LTG/ ESM

♦ Các cơn cục bộ:

- Vô căn (các cơn động kinh có tính gia đình lành tính) CBZ hay VPA, VPA + LTG

- Triệu chứng (động kinh thùy thái dương, động kinh thùy chẩm...): CBZ, VPA, TPM, LtG, PHT, PB

• Các thuốc có thể làm nặng cơn động kinh:

Carbamazepine: cơn vắng ý thức, giật cơ, co cứng co giật toàn thể

Vigabatrin: cơn vắng ý thức, giật cơ

BZP: cơn vắng ý thức, trạng thái co cứng

Barbiturate: cơn vắng ý thức

Gabapentin: giật cơ

• Các tác dụng phụ đặc hiệu:

CBZ: nổi ban, $ Stevens Johnson, giảm bạch cầu, giảm Natri máu VPA: tăng cân, rụng tóc, viêm tụy, suy gan PB: nổi ban

PHT: tăng sản lợi, rậm lông, nổi ban

LTG: nổi ban, $ Sjogren

TPM: giảm cân, sỏi thận, toan máu

**C. Phẫu Thuật Động Kinh:** nhằm lấy bỏ vùng não gây ra động kinh, làm gián đoạn thể chai. Chỉ định trong các trường hợp: có nguyên nhân tổn thương ở não: u não, abces não...Động kinh cục bộ, động kinh kháng trị đối với các phương pháp điều trị nội khoa (>2 loại thuốc phù hợp). Hiện diện ít nhất là 2 năm, động kinh gây trở ngại lớn trong sinh hoạt hằng ngày, học tập, làm việc và quan hệ xã hội của người bệnh

**D. Phương Pháp Đặt Máy Kích Thích TK X:** phương pháp này cũng hiệu quả trong một số trường hợp động kinh kháng trị với thuốc

**IV. THEO DÕT VÀ TÁI KHÁM:**

Quan trọng là phải giáo dục bệnh nhân, gia đình và những người liên quan về tình trạng bệnh lý động kinh, khả năng đáp ứng thuốc, tác dụng phụ và những nguy hiểm mà bệnh nhân có thể gặp phải do bệnh lý, do quá trình sử dụng thuốc và thời gian sử dụng thuốc. Thời gian theo dõi ban đầu và tái khám: mỗi 2 tuần trong 2 tháng (đánh giá đáp ứng thuốc, tác dụng phụ, điều chỉnh liều thuốc). Khi ổn định có thể theo dõi mỗi 1-2 tháng