

ĐẶC ĐIỂM BỆNH ĐỘNG KINH ĐƯỢC QUẢN LÝ TẠI THÀNH PHỐ VŨNG TÀU, TỈNH BÀ RỊA VŨNG TÀU NĂM 2009

Lê Văn Tuấn *, Trần Thiện Trường **

Tóm tắt:

Mục tiêu: đánh giá tình hình bệnh động kinh được quản lý tại Vũng Tàu. Phương pháp nghiên cứu: 223 bệnh nhân động kinh trong tổng số 245 bệnh nhân trong danh sách quản lý được khảo sát qua hỏi, thăm khám. Kết quả: có 126 nam chiếm tỷ lệ 56,5%, 97 nữ chiếm 43,5%. Bệnh nhân tập trung đông nhất vào độ tuổi 21-30 với 25,5%. Bệnh xuất hiện chủ yếu vào giai đoạn 0-10 tuổi với 42,2%. Con toàn thể chiếm 47,9%, con cục bộ chiếm 49,8%, con không phân loại chiếm 2,3%. Trên một nửa số trường hợp không xác định được nguyên nhân, nguyên nhân nhiễm khuẩn thần kinh trung ương chiếm tỷ lệ cao nhất với 15,2%, chấn thương đầu 13,9% trong đó chấn thương đầu do TNGT 9%. Các yếu tố chu sinh chiếm 8,5%. Có 81,2% số bệnh nhân được điều trị đơn trị liệu, 18,8% đa trị liệu. Valproic Acid được dùng ở 56,5% và Phenobarbital dùng ở 49,8% số bệnh nhân. Kết luận: động kinh có tỉ lệ cao ở trẻ em, đa phần đơn trị liệu, thuốc được dùng thường nhất là valproic acid và phenobarbital.

Từ khóa: cơn động kinh, thuốc chống động kinh, điều trị

Summary

CHARACTERISTICS OF EPILEPTICS MANAGED IN VUNG TAU CITY, BA RIA – VUNG TAU PROVINCE 2009.

Objectives: evaluating the epileptics managed in Vung tau. Methods: survey on 223 epilepsy patients in 245 patients in the list. Results: Men make up 56.5%, women 43.5%. The most concentrated patient is at 21-30 years old (25.5%). The first seizure appears at 0-10 years old is 42.2%. General seizure is 47.9%, partial seizure is 49.8%, unclassification is 2.3%. Can not confirm the causes in more than a half case, infection of centre nervous system is the most popular cause (15.2%). Head injury is 13.9%, including traffic head injury 9%. Perinatal causes are 8.5%. Monotherapy is 81.2%, polytherapy is 18.8%. Valproic Acid is used in 56.5%, Phenobarbital is used in 49.8%. Conclusion: high prevalence in children, most of treatment is monotherapy, valproic acid and phenobarbital are the most common antiepileptic drugs.

Keywords: seizure, antiepileptic drug, treatment

ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là bệnh lý mạn tính thường gặp của hệ thần kinh. Bệnh gặp ở tất cả các nước, gặp ở mọi lứa tuổi⁽³⁾. Nguyên nhân gây động kinh rất đa dạng, bao gồm những nguyên nhân nội sinh di truyền và nguyên nhân mắc phải. Thời gian gần đây, công tác điều trị và chăm sóc bệnh động kinh đã đạt nhiều thành tựu, dù vậy tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân động kinh vẫn cao gấp hai đến ba lần so với dân số bình thường. Bệnh nhân động kinh nếu không khống chế được cơn động kinh sẽ có nhiều hậu quả nặng nề về sức khỏe, tâm lý xã hội, giảm chất lượng cuộc sống^(5,9).

Trên cả nước, các nghiên cứu về động kinh tại cộng đồng đã có song chủ yếu tập trung ở vùng nông thôn. Tại Bà Rịa – Vũng Tàu chưa thực hiện các nghiên cứu về động kinh.

Là một bệnh thuộc lĩnh vực Thần kinh, nhưng bệnh động kinh được giao cho ngành Tâm thần quản lý. Bệnh nhân động kinh ở tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu sau khi có chẩn đoán xác định được tái khám, nhận thuốc miễn phí hàng tháng tại các trạm Y tế xã phường. Tỉnh là một trong số các địa phương thực hiện cấp miễn phí rộng rãi một số loại thuốc chống động kinh tại cộng đồng.

Là một thành phố, lại được được đầu tư tốt về thuốc điều trị, song tại thành phố Vũng Tàu, tỷ lệ bệnh nhân động kinh quản lý được thấp, tuân thủ điều trị kém. Vấn đề trên có thể do nhiều nguyên nhân như: đặc điểm của nhóm bệnh nhân ở thành thị, do hiệu quả của điều trị, do tâm lý bệnh nhân.

* TS, Bộ môn Thần Kinh Đại Học Y Dược Tp. HCM

** BS, Trường Trung Cấp Y Tế tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu, ĐT: 0908 230 970, Email:

thiennhan130402@yahoo.com

Nghiên cứu này nhằm khảo sát một số đặc điểm dịch tễ, phân loại cơn động kinh, phương pháp điều trị của nhóm bệnh nhân động kinh đang được quản lý tại địa phương.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định động kinh theo định nghĩa của LHQTCĐK, và có tên trong danh sách quản lý tại trung tâm Y tế thành phố Vũng Tàu, tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu đến ngày 31/12/ 2009.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân nghi ngờ động kinh, bệnh nhân bỏ trị, bệnh nhân không có mặt tại địa phương vào thời điểm khảo sát và bệnh nhân từ chối cung cấp thông tin.

Thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi, thăm khám và tham khảo hồ sơ của bệnh nhân. Địa điểm thực hiện tại các trạm y tế, nơi bệnh nhân đăng ký nhận thuốc hàng tháng. Nếu không thực hiện được tại trạm y tế, bệnh nhân sẽ được thăm khám và phỏng vấn tại nhà.

Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi thu thập số liệu dựa theo bộ câu hỏi nghiên cứu động kinh của viện Thần kinh nhiệt đới Limoges - Pháp

Xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa bằng phần mềm Epidata3.1 và phân tích bằng phần mềm stata 10

Các yếu tố khảo sát: Giới tính, tuổi, nghề nghiệp, các yếu tố chu sinh, tuổi xuất hiện cơn động kinh đầu tiên, nguyên nhân, loại cơn, phương pháp dùng thuốc chống động kinh hiện tại.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Số bệnh nhân được khảo sát là 223, nam 126 (56,5%), nữ 97(43,5%). Tuổi trung bình của bệnh nhân động kinh đang quản lý là $31,6 \pm 15,9$ tuổi, trẻ nhất là 2 tuổi và già nhất là 83 tuổi. Nhóm tuổi có số bệnh nhân cao nhất là 21-30 tuổi, chiếm tỷ lệ 25,5%. Nhóm tuổi có số bệnh nhân thấp nhất là nhóm tuổi 51-60 tuổi và trên 60 tuổi với tỷ lệ 5,4%.

Trên một nửa số bệnh nhân không thể xác định nguyên nhân. Nguyên nhân thường gặp nhất là nhiễm trùng thần kinh trung ương với 15,2%, nguyên nhân chấn thương đầu 13,9% trong đó chấn thương đầu do tai nạn giao thông là 9%. Nguyên nhân chu sinh chiếm 8,5%.

Cơn toàn thể chiếm tỷ lệ 47,9%, cơn cục bộ chiếm 49,8%, cơn không xếp loại chiếm 2,3%. Trong loại cơn toàn thể chủ yếu là dạng cơn cứng cơ giật với tỷ lệ là 40,4%. Trong loại cơn cục bộ, dạng cơn thường gặp nhất là dạng cơn cục bộ toàn thể hóa chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,2%.

Loại cơn cục bộ xuất hiện nhiều nhất ở độ tuổi trên 60 với tỷ lệ 75%. Loại cơn toàn thể gặp nhiều nhất ở độ tuổi 0-20 với 62,3%.

Bảng 1: Tỷ lệ loại cơn theo phân loại cơn của LHQTCĐK năm 1981

Loại cơn	Tần số	Tỷ lệ %
Cơn toàn thể	107	47,9
- Cơn cứng cơ giật	90	40,4
- Cơn cứng	7	3,1
- Cơn giật	4	1,8
- Mất trương lực	3	1,3
- Cơn vắng	3	1,3
Cục bộ	111	49,8
- Cục bộ toàn thể hóa	103	46,2
- Cục bộ đơn giản	7	3,1
- Cục bộ phức tạp	1	0,5
Không xếp loại	5	2,3
Tổng cộng	223	100

Đơn trị liệu áp dụng ở 181 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 81,2%, trong đó Valproic Acid 43,6%, Phenobarbital 36,3% và Carbamazepine 1,3 %. Có 18,8% bệnh nhân dùng đa trị liệu, trong đó 16,2% số bệnh nhân sử dụng kết hợp 2 loại thuốc mà chủ yếu là kết hợp Phenobarbital và Valproic Acid với tỷ lệ 6,8%. Kết hợp 3 thứ thuốc chiếm tỷ lệ 2,2%, kết hợp 4 thứ thuốc chiếm tỷ lệ 0,4%.

Valproic Acid được sử dụng nhiều nhất, ở 56,5% số bệnh nhân. Phenobarbital được sử dụng ở 49,8%, Carbamazepine 9,4%, Topamax 3,1%, Trileptal 0,9%, Keppra và Dihydán được sử dụng ít nhất ở 0,4% số bệnh nhân.

Bảng 2: Tỷ lệ các phương pháp sử dụng thuốc chống động kinh

Phương pháp dùng thuốc	Tần số	Tỷ lệ %	Tỷ lệ % cộng dồn
Đơn trị liệu Phenobarbital	81	36,3	36,3
Đơn trị liệu Valproic Acid	97	43,6	79,9
Đơn trị liệu Carbamazepine	3	1,3	81,2
Phenobarbital & Valproic Acid	15	6,8	88
Phenobarbital & Carbamazepine	7	3,2	91,2
Phenobarbital & Trileptal	1	0,4	91,6
Phenobarbital & Topiramax	3	1,3	92,9
Valproic Acid & Topiramax	2	0,9	93,8
Valproic Acid & Carbamazepine	7	3,2	97
Keppra & Trileptal	1	0,4	97,4
Kết hợp 3 loại thuốc	5	2,2	99,6
Kết hợp 4 loại thuốc	1	0,4	100
Tổng cộng	223	100	

BÀN LUẬN

Trong các nguyên nhân gây động kinh, nhiễm trùng thần kinh trung ương là nguyên nhân thường gặp nhất với tỷ lệ 15,2%. Kết quả này tương đương với kết quả của Dương Hữu Lễ⁽¹⁾ với tỷ lệ 14,6%. Nguyên nhân này thường gặp nhất là do trong những năm vừa qua, bệnh nhiễm trùng ở nước ta chiếm một tỷ lệ cao. Kết quả này khác với những báo cáo loạt ca tại Hồng Kong và Đài Loan. Tại Hồng Kong, nguyên nhân thường gặp nhất là bệnh mạch máu não với tỷ lệ 26,2%, Tại Đài Loan, Chih-Chuan Chen và cộng sự khảo sát tại cộng đồng vào năm 2001, ở người từ 30 tuổi trở lên thấy nguyên nhân thường gặp nhất là chấn thương đầu với tỷ lệ 13,5%, nhiễm trùng thần kinh trung ương chiếm tỷ lệ 8,1%, đột quỵ 5,4%, tổn thương chu sinh là 5,4%.

Chấn thương sọ não, đặc biệt là chấn thương sọ não do tai nạn giao thông cũng là một nguyên nhân đáng kể gây động kinh trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 13,9%. Kết quả này tương đương với kết quả của Chih-Chuan Chen và cộng sự tại Đài Loan đã nêu trên với nguyên nhân chấn thương đầu chiếm tỷ lệ 13,5%. So với các tác giả trong nước, tỷ lệ nguyên nhân chấn thương đầu trong nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn với 9,1% trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Doanh⁽⁸⁾, và 10,6% trong nghiên cứu của Dương Hữu Lễ⁽¹⁾.

Tỷ lệ các loại nguyên nhân gây động kinh khác nhau giữa các nghiên cứu, phụ thuộc vào điều kiện kinh tế xã hội, mô hình bệnh tật khác nhau của cộng đồng dân cư nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, do dân cư của thành phố Vũng Tàu được di cư từ tất cả các địa phương trên cả nước đến trong vòng vài chục năm gần đây, do vậy nguyên nhân gây động kinh mang đặc điểm của cả nông thôn lẫn thành thị với tỷ lệ nguyên nhân do nhiễm trùng thần kinh trung ương và chấn thương đầu đều cao.

Các yếu tố chu sinh đã được đề cập nhiều trong các nghiên cứu dịch tễ bệnh động kinh. N. Senanayake và G.C. Román⁽¹¹⁾ cho rằng bệnh lý chu sinh là nguyên nhân gây ra 13% - 14% các

trường hợp động kinh ở các nước phát triển. Suy hô hấp-thiếu máu não là dạng bệnh lý thường gặp nhất trong thời kỳ sơ sinh có thể dẫn đến động kinh. Sun Yuelian và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu đoàn hệ bằng cách hồi cứu 1.538.732 trẻ sinh tại Đan Mạch, từ năm 1978 đến năm 2002 cho thấy trẻ có điểm Apgar thấp khi sinh có nguy cơ cao bị động kinh khi lớn lên⁽¹²⁾. Theo Agnon Aye'lola Koffi Balogou, một nghiên cứu thực hiện tại 9 nước ở châu phi từ năm 1996 đến 1999 với 1374 bệnh nhân động kinh, có 11% số bệnh nhân không khóc ngay sau sinh, 8% các bệnh nhân có tiền sử sinh thiếu tháng và 6% có sang chấn sau sinh.

Tại Việt Nam, hai nghiên cứu về động kinh trẻ em đề cập nhiều đến các vấn đề chu sinh là nghiên cứu của Phạm Quỳnh Diệp⁽¹⁰⁾ ở trẻ 0-17 tuổi thực hiện vào năm 2002, và nghiên cứu của Nguyễn Bá Hiền, Vũ Anh Nhị⁽⁶⁾ ở trẻ 0-15 tuổi thực hiện vào năm 2006. Trong nghiên cứu của chúng tôi, với 223 bệnh nhân được khảo sát, chúng tôi lựa chọn dữ liệu từ 61 bệnh nhân có độ từ 20 trở xuống để tìm hiểu một số yếu tố chu sinh để phân tích.

Chúng tôi nhận thấy sinh thiếu tháng, sinh khó, không khóc ngay sau sinh và nhẹ cân khi sinh là các yếu tố chu sinh thường gặp nhất. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử sinh thiếu tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,2%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Quỳnh Diệp⁽¹⁰⁾ với tỷ lệ 5,1%, và nghiên cứu tại châu phi với tỷ lệ 6%. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử sinh thiếu tháng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Hiền⁽⁶⁾ với tỷ lệ 17,36%. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử sinh khó trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,4%, cao hơn tỷ lệ bệnh nhân có can thiệp khi sinh trong nghiên cứu của Nguyễn Bá Hiền⁽⁶⁾ với 14,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử không khóc ngay sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,3% cao hơn nhiều so với tỷ lệ ngạt sau sinh trong nghiên cứu của Phạm Quỳnh Diệp⁽¹⁰⁾ với 6,3%, và nghiên cứu của Nguyễn Bá Hiền⁽⁶⁾ là 15,7% ngạt khi sinh. Tỷ lệ bệnh nhân bị thiếu cân khi sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,5% cao hơn so với tỷ lệ thiếu cân trong nghiên cứu của Phạm Quỳnh Diệp⁽¹⁰⁾ với 3,2%.

Như vậy, các yếu tố nguy cơ chu sinh gây động kinh trong nghiên cứu của chúng tôi hầu như đều cao hơn so với các nghiên cứu khác. Sự khác biệt về yếu tố chu sinh gây động kinh là do chất lượng công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trong quá trình thai nghén, sinh đẻ và giai đoạn sơ sinh của bệnh nhân động kinh ở các vùng khác nhau. Điều này cho thấy chất lượng công tác chăm sóc bà mẹ trẻ em ở những bệnh nhân động kinh dưới 20 tuổi tại địa phương chưa cao, và công tác này cần được nâng cao hơn nữa để giảm thiểu nguy cơ gây động kinh cho trẻ em.

Tỷ lệ loại cơn động kinh theo phân loại cơn của LHQTCĐK năm 1981 thay đổi theo các nghiên cứu. Một nghiên cứu vào năm 2000 tại Ấn Độ, có kết quả cơn động kinh toàn thể chiếm tỷ lệ 58,8%, cơn động kinh cục bộ chiếm tỷ lệ 30,6%. Cũng tại Ấn Độ, một nghiên cứu khác vào năm 2006 cho kết quả cơn toàn thể chiếm tỷ lệ 42%, cơn cục bộ là 58%. Năm 2006, một nghiên cứu tại Lào cho kết quả cơn toàn thể chiếm tỷ lệ 63,6%, cơn cục bộ là 27,3%, cơn không phân loại là 9,1%⁽¹⁴⁾. Tại Hong Kong, năm 2001, một nghiên cứu trên 309 trẻ em cho kết quả 49,5% là cơn toàn thể, 48,2% là cơn cục bộ.

Tại Việt Nam, Nguyễn Thúy Hương⁽⁷⁾ bằng phương pháp khảo sát từng hộ gia đình thấy tỷ lệ cơn động kinh toàn thể là 74,8%, cơn động kinh cục bộ là 21,5%, cơn động kinh không phân loại là 3,7%. Tương tự như vậy, Nguyễn Văn Doanh⁽⁸⁾ thực hiện tại tỉnh Bắc Ninh thấy tỷ lệ cơn động kinh toàn thể là 72%, động kinh cục bộ là 17,7%, động kinh không phân loại là 10,3%. Trong nhóm động kinh toàn thể, loại cơn co cứng cơ giật chiếm 70,3%. Nghiên cứu của Lê Văn Tuấn⁽²⁾ thực hiện từ tháng 1 năm 2002 đến tháng 6 năm 2002 tại khoa thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy cho kết quả loại cơn cục bộ chiếm tỷ lệ 64,6%. Loại cơn toàn thể là 35,4%. Cũng theo tác giả Lê Văn Tuấn⁽⁴⁾ tại một nghiên cứu trên 183 bệnh nhân tại khoa thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy và phòng khám thần kinh bệnh viện Đại học Y Dược từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 8 năm 2006 cho kết quả cơn cục bộ chiếm 72,1%, cơn toàn thể chiếm 22,4% và 5,5% không phân loại được cơn. Nghiên cứu của Tô Hồng Đức⁽¹³⁾ thực hiện tại bệnh viện Nhi Đồng I từ tháng 4 năm 2006 đến tháng 3 năm 2007, qua khảo sát 99 bệnh nhân, kết quả thấy cơn toàn thể chiếm 38,4%, cơn cục bộ chiếm 47,5% và 14,1% không phân loại được. Một nghiên cứu dựa trên số bệnh nhân đang quản lý tại cộng đồng, giống như nghiên cứu của chúng tôi, thực hiện năm 2005 tại Tiền Giang của Dương

Hữu Lễ⁽¹⁾ cho kết quả loại cơn toàn thể có tỷ lệ 68,4% trong đó dạng cơn cứng cơ giật là 54,3%. Loại cơn cục bộ chiếm 31,1%.

Trong các nghiên cứu nêu trên, các nghiên cứu tại cộng đồng đều cho kết quả tỷ lệ cơn toàn thể cao hơn cơn cục bộ. Các nghiên cứu tại bệnh viện đều cho kết quả cơn cục bộ chiếm tỷ lệ cao hơn cơn toàn thể. Sự khác biệt có lẽ nằm ở cơ cấu của dân số mẫu khảo sát trong bệnh viện, đặc biệt là ở bệnh viện tuyến cuối khác với dân số mẫu trong cộng đồng. Thêm vào đó là khả năng phát hiện và phân loại cơn của cán bộ tham gia nghiên cứu tại cộng đồng và bản thân bộ câu hỏi tầm soát không đặc hiệu cho các loại cơn không cơn cứng cơ giật, nên trong các nghiên cứu tại cộng đồng thì loại cơn có cơn giật hiếm khi bị bỏ sót trong khi các cơn không cơn giật thường rất hay bị bỏ sót.

Việc sử dụng thuốc chống động kinh tùy thuộc vào loại cơn của bệnh nhân, kinh nghiệm sử dụng thuốc của bác sĩ, tính sẵn có của thuốc, khả năng dung nạp thuốc và khả năng kinh tế của bệnh nhân. Ở những bệnh nhân nhận thuốc miễn phí, cơ hội để Bác sĩ chọn lựa thuốc là không nhiều với chỉ hai loại cấp miễn phí là Phenobarbital và Valproic Acid.

Tác giả Maikowski nghiên cứu tại Ba Lan năm 2001, trên 6117 bệnh nhân động kinh thấy có 57,7% số bệnh nhân được dùng đơn trị liệu, có 31,7% số bệnh nhân được dùng 2 loại thuốc, số bệnh nhân dùng 3 loại thuốc là 8,8% và dùng trên 3 loại thuốc là 1,7%. Nghiên cứu .

Tỷ lệ dùng đơn trị liệu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của của Silpakit O. và cộng sự ở Thái Lan cho kết quả đơn trị liệu là 41,4%, xấp xỉ với tỷ lệ dùng đơn trị liệu trong nghiên cứu của Lê Văn Tuấn với tỷ lệ 75,9%⁽²⁾; nghiên cứu của Phạm Quỳnh Diệp⁽¹⁰⁾ với tỷ lệ 94,4%. Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ đơn trị liệu trong nghiên cứu của Dương Hữu Lễ⁽¹⁾ với tỷ lệ 68,8%.

Xét riêng từng loại thuốc, chúng tôi thấy Valproic Acid được sử dụng nhiều nhất ở 56,5% số bệnh nhân. Phenobarbital được sử dụng ở 49,8%, Carbamazepine 9,4%, Topamax 3,1%, Trileptal 0,9%, Keppra và Dihydán được sử dụng ít nhất ở 0,4% số bệnh nhân.

Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng Phenobarbital trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn hẳn so với tỷ lệ dùng Phenobarbital trong nghiên cứu của Dương Hữu Lễ⁽¹⁾, với 85,9% bệnh nhân dùng Phenobarbital. Tuy vậy, tỷ lệ sử dụng Phenobarbital như vậy vẫn còn ở mức cao. Nguyên nhân làm cho tỷ lệ sử dụng Phenobarbital còn cao là do đa số bệnh nhân đã được sử dụng từ trước nên rất khó chuyển sang thuốc khác. Ngoài ra thuốc cấp miễn phí cho bệnh nhân tại địa phương chưa có những loại thuốc ưu thế điều trị cho các loại cơn cục bộ khác, nên Phenobarbital vẫn là lựa chọn duy nhất khi bệnh nhân không đáp ứng với Valproic Acid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Hữu Lễ (2006). Tình hình quản lý động kinh tại huyện Châu Thành tỉnh Tiền Giang năm 2005. Luận án chuyên khoa II.
2. Lê Văn Tuấn (2003). Đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và điều trị bệnh nhân động kinh tại khoa Thần Kinh bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh. tập 7(1), tr.75-80.
3. Lê Văn Tuấn (2005). Dịch tễ học động kinh. Chẩn đoán và điều trị động kinh. Nhà xuất bản Đại học quốc gia Tp Hồ Chí Minh. tr.171-183.
4. Lê Văn Tuấn (2007). Nghiên cứu khả năng áp dụng phân loại hội chứng động kinh trong thực hành lâm sàng, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh, tập 11(1). tr.342-346.
5. Lê Văn Tuấn (2009). Đơn và đa trị liệu trong động kinh. <http://www.thankinhhoc.com/>
6. Nguyễn Bá Hiền (2006). Đặc điểm lâm sàng-điện não ngoài cơn động kinh trẻ em dưới 15 tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng I. Luận văn tốt nghiệp cao học, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
7. Nguyễn Thúy Hường (2001). Dịch tễ học động kinh tại tỉnh Hà Tây, Việt Nam. Luận án Tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y.
8. Nguyễn Văn Doanh (2007). Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học và điều trị động kinh ở một cộng đồng dân cư thuộc huyện Gia Bình tỉnh Bắc Ninh. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

9. Nguyễn Văn Hương (2004). Nghiên cứu tỷ lệ mắc và thực trạng quản lý động kinh tại xã Phù Linh, huyện Sóc Sơn, Hà Nội năm (2003). Luận văn Bác sỹ nội trú. Đại học Y Hà Nội.
10. Phạm Quỳnh Diệp, Lâm Xuân Điền, Phạm Thị Hồng Nhung (2002). Các thể lâm sàng động kinh trên trẻ em khám tại trung tâm sức khỏe tâm thần TP. Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh. tập 3(6). tr.70-76.
11. Senanayake N., Roman G.C. (1993). Epidemiology of epilepsy in developing countries. Bulletin of the World Health Organization. 71 (2). pp.247-258.
12. Sun Yuelian, Vestergaard, Mogens, Pedersen, Carsten Bocker; Christensen, Jakob, Olsen, Jorn. (2006) Apgar Scores and long-Term of Epilepsy Epidemiology, May 2006 - Volume 17 - Issue 3, pp.296-301
13. Tô Hồng Đức (2008). Phân loại cơn động kinh trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng I thành phố Hồ Chí Minh Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh. tập 12(3). tr.172-175.
14. Tu Luong Mac, Duc-Si Tran, Fabrice Quet, Peter Odermatt, Pierre-Marie Preux, Chong Tin Tan (2007). Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia: a systematic review Lancet Neurol 6. pp.533-43.