

XỬ TRÍ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH THỂ CO GIẬT

Lê Văn Thành¹

ĐỊNH NGHĨA

Trạng thái động kinh (TTĐK) được định nghĩa là hoạt động động kinh tồn tại trong 30 phút hoặc dài hơn nữa, gồm thể kéo dài liên tục và thể từng cơn nhưng giữa những cơn không hồi phục ý thức. Nói cách khác cơn này chưa dứt đã gối đầu cơn kia.

PHÂN LOẠI CÁC TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

Dưới đây là bảng phân loại các trạng thái động kinh vốn cũng còn tiếp tục được bàn cãi.

Trạng thái động kinh chỉ ở ấu nhi

- Trạng thái động kinh ở trẻ sơ sinh
- Trạng thái động kinh trong hội chứng động kinh đặc biệt ở trẻ sơ sinh
- Co thắt ở trẻ em.

Trạng thái động kinh ở thiếu nhi

- Sốt cao co giật
- Hội chứng động kinh rung giật và khuyu
- Hội chứng Landau – Kleffner

Trạng thái động kinh ở thiếu niên và người trưởng thành

- Trạng thái động kinh co giật
- Trạng thái động kinh cục bộ liên tục.
- Trạng thái động kinh trong hôn mê
- Những thể đặc biệt của trạng thái động kinh ở bệnh nhân chậm phát triển tâm thần
- Trạng thái động kinh thể rung giật cơ.
- Trạng thái động kinh thể cục bộ phức tạp

TTĐK giới hạn ở tuổi trưởng thành

- Trạng thái động kinh de novo và cơn muộn

TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH THỂ CO GIẬT

Trạng thái động kinh co giật được xác định nếu tồn tại từ 30 phút trở lên. Tỷ lệ bệnh mắc hàng năm theo Simon Shorvon khoảng 18 – 28 trường hợp trong 100.000 dân. Thường gặp ở trẻ em và những người có bệnh não nói chung. Phần lớn mới xuất hiện lần đầu, không có tiền sử động kinh. Hầu hết các trường hợp có nguyên nhân là bệnh não cấp tính như nhiễm trùng não, viêm não, chấn thương, tai biến mạch máu, ngộ độc cấp, rối loạn chuyển hoá, sốt cao ở trẻ em.

Với những bệnh nhân động kinh đang điều trị, nay rơi vào trạng thái động kinh có thể do giảm hoặc hết thuốc hoặc bệnh thần kinh não đang tiến triển, hoặc do rối loạn chuyển hóa kèm theo. Trạng thái động kinh hay gặp ở động kinh triệu chứng hơn là động kinh vô căn. Thường có một giai đoạn báo trước, kéo dài khoảng vài giờ, trong đó các cơn co giật tăng lên về cường độ và tần suất so với các cơn thường có trước đó. Một điều trị chống động kinh phù hợp và khẩn cấp sẽ giúp tránh được trạng thái động kinh, nếu không trạng thái động kinh có thể xảy đến với những cơn có thể kéo dài hàng giờ hoặc thậm chí vài ngày, rất khó điều trị và dễ đưa đến tử vong.

Những thay đổi sinh lý chia làm hai giai đoạn, từ giai đoạn 1 sang giai đoạn 2 thời gian từ 30 – 60 phút sau cơn giật liên tục.

¹ GS TS, Bộ Môn Nội Thần Kinh (Thần Kinh Học), Trường Đại Học Y Dược Tp Hồ Chí Minh; Bộ Môn Nội Thần Kinh (Thần Kinh Học), Trung Tâm Đào Tạo Và Bồi Dưỡng Cán Bộ Y Tế Tp Hồ Chí Minh.

Giai đoạn 1 hay giai đoạn bù trừ

Chuyển hóa của não tăng lên, gia tăng cung lượng và sự tưới máu não, tăng cung cấp glucose để giữ cho sự hằng định của sinh lý não, mức độ lactate của não tăng và có thể đưa đến phát triển toan hóa lactic.

Lúc đầu tăng cường huyết do phản ứng nội tiết, tăng huyết áp, rối loạn thần kinh tự chủ làm tăng tiết đờm nhớt ở khí phế quản, sốt cao, ói mửa.

Giai đoạn 2 hay giai đoạn mất bù trừ

Nếu co giật tiếp tục sự bù trừ xấu đi, huyết áp giảm dần đưa đến cung lượng máu não giảm, hậu quả là sự cung cấp đường và oxy đưa đến não giảm, não thiếu oxy, thiếu dinh dưỡng, hậu quả là phù não.

Một rối loạn do suy giảm của hệ thần kinh tự chủ như phù phổi, giảm sức co bóp của tim nhất là tim trái đưa đến suy tim, suy thận, suy gan, đông máu nội mạch lan tỏa, hủy cơ vân do không cắt được cơn giật, rối loạn các ion như hạ natri máu, hạ rôi tăng kali máu do hủy cơ và suy thận, sốt cao, v.v... toan lactic tiếp tục, các tế bào não thực sự hư biến. Nếu co giật còn tiếp tục sẽ đưa đến rối loạn thần kinh tự chủ nhiều hơn, gây nên hàng loạt những biến đổi của các cơ quan như huyết áp giảm do rối loạn thần kinh thực vật (nhưng một phần cũng do thuốc chống co giật gây ra), nhịp tim nhanh đôi khi có rối loạn nhịp. Hai vấn đề trên góp phần làm giảm cung lượng máu trên não, não tiếp tục phù, hàng loạt rối loạn chuyển hóa não nặng dần và hư biến màng nơron, khá nhiều bệnh nhân sau điều trị trạng thái động kinh quá nặng thường để lại những triệu chứng thiếu sót hoặc suy giảm chức năng cao cấp của vỏ não.

Tăng áp lực động mạch phổi, nhất là ở trẻ em, có thể làm phù và có thể tạo sang thương mao quản. Giảm co bóp thất trái, nếu

kéo dài sẽ suy tim, dĩ nhiên cung lượng tim kém. Ngoài ra trạng thái động kinh còn dẫn đến những rối loạn khác như tăng thân nhiệt, biến đổi về chuyển hóa và nội tiết, toan huyết do rối loạn chuyển hóa và tăng sản phẩm lactate, hạ đường huyết, rối loạn điện giải như hạ natri huyết, hạ kali lúc đầu giảm sau đó tăng bởi hư biến cơ do co giật liên tục, CPK rất cao nếu không chú ý vấn đề này sẽ đưa đến suy thận trầm trọng do hoại tử ống thận cấp, tránh hiện tượng này bằng cách tích cực cho thở nhân tạo và làm liệt cơ. Một khả năng xấu khác có thể xảy ra là đông máu nội mạch lan tỏa (DIC).

Tỷ lệ tử vong của trạng thái động kinh co giật bằng khoảng 5 – 10% ở trẻ em cao hơn ở người trưởng thành; ở bệnh nhân có tiền sử động kinh tỷ lệ tử vong cũng cao hơn và phụ thuộc rất nhiều vào các yếu tố như điều trị sớm, điều trị đúng, điều chỉnh kịp thời những rối loạn và hư biến kể trên.

Thực vậy trạng thái động kinh co giật gây nên những rối loạn mà các phần tiếp theo đây trình bày.

Giai đoạn bù trừ

Co giật → giảm lượng không khí → tăng tiết đờm nhớt, giảm trao đổi khí → giảm và thiếu oxy não → nơron bệnh lý trở nên dễ phóng lực → cơn mới, đây là vòng luẩn quẩn, chúng tôi thường gọi là *giai đoạn cơn, gọi cơn*.

GIAI ĐOẠN 1 (BÙ TRỪ HAY CÒN BÙ)

Trong giai đoạn này do cơn giật nhiều nên chuyển hóa của não tăng lên nhưng những cơ chế sinh lý còn đủ đáp ứng với những yêu cầu chuyển hóa mô não vẫn được bảo vệ trước sự thiếu máu và rối loạn chuyển hóa. Phần lớn thay đổi sinh lý liên quan tới sự tăng lớn lao dòng máu và

chuyển hóa, một số rối loạn thần kinh tự chủ và những thay đổi về tim mạch.

GIAI ĐOẠN II (MẤT BÙ)

Ở giai đoạn này sự gia tăng lớn lao về những nhu cầu chuyển hóa của não không được đáp ứng đầy đủ, dẫn đến giảm oxy làm hư biến não và toàn thể sự chuyển hóa. Các

thay đổi về thần kinh tự chủ tiếp tục diễn tiến, chức năng tim mạch có thể suy sụp một cách nặng dần dẫn đến rối loạn sự duy trì nội môi.

Cần lưu ý rằng những thay đổi sinh lý nêu trong các bảng 1 và 2 không nhất thiết xuất hiện đồng bộ trong tất cả các trường hợp.

Bảng 1. thay đổi sinh lý trong giai đoạn bù trừ của TĐK thể cơ giât.

NHỮNG THAY ĐỔI CỦA NÃO	TOÀN THÂN VÀ NHỮNG CHUYỂN HÓA	TKTC VÀ NHỮNG THAY ĐỔI TIM MẠCH
Tăng dòng máu Tăng chuyển hóa Tăng năng lượng, tăng cung cấp glucose và oxy Tăng tập trung lactate Tăng tập trung glucose	Tăng đường huyết Acide lactic	Tăng HA (lúc đầu) Tăng tổng máu của tim Tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm Tăng đáng kể sự phóng catecholamine Tăng nhịp tim Loạn nhịp tim Tăng tiết nước bọt Nôn ói Tiểu dầm dề

Bảng 2. thay đổi sinh lý trong giai đoạn mất bù của TĐK thể cơ giât.

NHỮNG THAY ĐỔI CỦA NÃO	TOÀN THÂN VÀ NHỮNG CHUYỂN HÓA	TKTC VÀ NHỮNG THAY ĐỔI TIM MẠCH
Hư hỏng sự tự điều chỉnh của mạch máu não, dòng máu của não trở nên lệ thuộc vào áp lực máu toàn thân Thiếu oxy Tụt giảm khả năng tập trung lactate Tụt giảm tình trạng năng lượng	Hạ giảm đường huyết Hạ natrie huyết, hạ tăng Kalie huyết Toan hô hấp và toan chuyển hóa. Rối loạn chức năng gan và thận Rối loạn đông máu nội mạch lan tỏa (DIC) Nhiều nội tạng hư hại Hư biến cơ, tiểu myoglobuline Tăng bạch cầu	Thiếu oxy toàn thân Tụt huyết áp Tụt sự tổng máu của tim. Suy giảm hô hấp và tim (phù phổi, lấp mạch phổi, trụy hô hấp, suy tim mạch Sốt cao

SẢN SỐC VÀ ĐIỀU TRỊ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

Đánh giá chung

Chức năng tim phổi. Với tất cả bệnh nhân ở trạng thái động kinh, sự sản sóc bảo vệ chức năng tim mạch phải được ưu tiên hàng đầu.

Phải đảm bảo lưu thông đường hô hấp và cung cấp oxy đầy đủ.

Tiến hành xét nghiệm khẩn. Khi máu động mạch, đường huyết, chức năng gan, thận, ion đồ chú ý calcium, magnesium, công thức máu, nồng độ các thuốc chống co giật, điện tâm đồ.

Đặt Monitoring. Mạch, huyết áp, nhiệt độ, điện tâm đồ liên tục, áp lực oxy máu, khi máu và pH máu, glucose và điện giải.

Thuốc điều trị. Xem phần trình bày ở sau.

Truyền tinh mạch và thiamine. Nếu có nghi ngờ hạ đường huyết, tiêm tĩnh mạch 50ml glucose 50% , với người bình thường truyền đường đôi khi triệu chứng xấu thêm, có lẽ đường được chuyển hóa trong tình trạng não thiếu oxy sẽ đưa đến tăng acide lactic ?

Tiêm Vitamin B1 dành cho người suy dinh dưỡng và nghiện rượu.

Sửa chữa những bất thường chuyển hóa.

Tình trạng toan là biến chứng chung của trạng thái động kinh, làm ngưng co giật và phục hồi hô hấp, trường hợp toan nặng có thể dùng bicarbonate.

Hạ huyết áp và rối loạn nhịp tim. Hạ huyết áp là hậu quả của chính trạng thái động kinh, nhiều thuốc chống động kinh dùng điều trị trạng thái động kinh làm trầm trọng thêm rối loạn huyết áp này. Như vậy dòng máu não trở nên phụ thuộc áp lực máu hệ thống máu toàn thân, như vậy việc duy trì huyết áp là tối quan trọng điều này rất đặc biệt khi dùng barbiturate để gây mê. Bắt buộc theo dõi điện tim liên tục.

Suy hô hấp. Suy hô hấp không những do co giật và phù phổi mà còn do việc dùng thuốc.

Hạ đường huyết. Thường xảy ra trong giai đoạn sau của trạng thái động kinh, như đã nói ở trên tăng đường huyết dễ làm hư hại nơron, chỉ điều chỉnh khi quá thấp và về mức trung bình.

Sốt cao và nhiễm toan lactic. Có thể kiểm soát được những rối loạn này bằng việc làm ngưng co giật, nhưng nếu co giật vẫn còn mặc dù đã điều trị một cách đầy đủ, có thể chỉ định các tác nhân gây liệt. hạ sốt bằng chườm lạnh và thuốc đặt, sử dụng carbonate natri, v.v....

Suy thận và gan. Một số yếu tố trong trạng thái động kinh có thể là nguyên nhân gây suy thận cấp bao gồm myoglobine niệu, đông máu nội mạch lan tỏa thiếu oxy và hạ huyết áp. Suy thận ở giai đoạn sớm có thể truyền Mannitol và Dopamine theo dõi điện giải và chức năng thận. Suy gan thường do những người đã có tiền sử nhạy cảm với thuốc chống co giật.

Phù não. Xuất hiện càng rõ ở cuối giai đoạn I và giai đoạn II. Cần theo dõi áp lực nội sọ, nhất là ở trẻ em, điều trị giảm áp lực bằng mannitol và dexamethasone nếu không có chống chỉ định. Có trường hợp phải can thiệp giảm áp bằng phẫu thuật thần kinh.

Xác định nguyên nhân. CT Scan não và xét nghiệm dịch não tủy là cần thiết nhưng chỉ định cũng tùy thuộc tình huống lâm sàng.

ĐIỀU TRỊ – THUỐC ĐIỀU TRỊ

Trạng thái động kinh co giật được tạm chia thành bốn giai đoạn, mỗi giai đoạn điều trị cụ thể khác nhau. Nguy cơ não tổn thương do cơn kéo dài không dứt ở giai đoạn 4 thường là từ 60 phút – 120 phút, tính từ khởi đầu, nếu điều trị không có kết quả có thể phải gây mê toàn thân.

Việc chọn lựa thuốc, phương tiện điều trị tùy thuộc vào trình độ trang thiết bị của từng cơ sở y tế, tuy vậy vẫn cần đưa ra một quy trình và một phác đồ chung nhất để tùy hoàn cảnh mà lựa chọn cho thích hợp. Mặc dù vậy, cần tuân thủ triệt để các nguyên tắc chuyên môn đã có.

Giai đoạn I TTDK (Premonitory stage)

Khởi đầu giai đoạn này cơn xuất hiện có tính tăng dần dần về cường độ và tần suất, nói cách khác cơn còn thưa thớt. Nếu bệnh nhân có tiền sử động kinh thì dễ xác định hơn vì cơn nhiều hơn mọi ngày. Điều trị ngay bằng đường uống trước khi chuyển bệnh nhân tới bệnh viện và tới bệnh khoa cấp cứu. Chú ý người vận chuyển phải là người đã được huấn luyện vì trên đường đi cơn có thể tái xuất hiện với những biến chứng do cơn gây nên. Phương tiện phải là xe có trang bị cấp cứu, không thể do người nhà tự lo phương tiện di chuyển và xử trí lúc đi đường, thuốc có tác dụng chống co giật nhưng cũng có thể có tác dụng phụ gây nên ngủ, có trường hợp trụy tim mạch và hô hấp.

Giai đoạn II sớm của TĐK

Thời gian 30 phút đầu của trạng thái động kinh. Dùng các thuốc có tác dụng nhanh như benzodiazepine, tiêm tĩnh mạch Lorazepam, tác dụng dài hơn benzodiazepine, an toàn và vận chuyển bệnh nhân ít nguy cơ ức chế tim phổi.

Giai đoạn III chính thức vào TĐK

Sau cơn đầu 30 phút cơn giật liên tục, điều trị như trên thất bại. Có ba phương thức điều trị xen kẽ được lựa chọn: dùng liều dưới liều gây mê hoặc của phenobarbital hoặc phenytoine hoặc fosphenytoin bằng đường tĩnh mạch (Xem hình 1).

Truyền tĩnh mạch benzodiazepine đã từng được coi là hợp thời ở giai đoạn này, nhưng hay có nguy cơ làm ức chế hô hấp và giảm huyết áp, có trường hợp ngưng hô hấp và trụy tim mạch nên ít dùng. Clomethiazole truyền tĩnh mạch là thuốc thay thế được đề nghị nhưng cũng cho nguy cơ tương tự như benzodiazepine. Lorazepam và lidocaine là những thuốc tác dụng ngắn hạn do đó không nên dùng trong giai đoạn này.

Giai đoạn IV kháng trị

Nếu cơn tiếp tục tới 60 – 90 phút mặc dù đã điều trị như đã nêu ra ở trên thì cần tiến hành gây mê toàn thân. Để thực hiện việc này cần có một bác sĩ gây mê.

Gây mê bằng barbiturate. Nhưng loại thuốc này đã được sử dụng và người ta có nhiều kinh nghiệm về chúng. Thuốc được dùng gồm có thiopental và pentobarbital. Thiopental có thời gian bán hủy dài hơn pentobarbital.

Gây mê không bằng barbiturate. Propofol được đề nghị sử dụng do cách sử dụng thuốc dễ, thuốc có tác dụng nhanh. Nhiều báo cáo cho thấy có hiện tượng bùng cơn co giật trở lại khi thuốc hết tác dụng, rất dễ đặt với thuốc này vì trong khi phẫu thuật đặt điện cực trong vỏ não thấy propofol hoạt hóa gây sự phóng lực dạng động kinh.

Truyền tĩnh mạch benzodiazepine. Có thể dùng phương thức điều trị này tại đơn vị điều trị cấp cứu hay sẵn sóc đặc biệt, thuốc hay làm hạ huyết áp và những tác dụng phụ đã nói ở trên. Midazolam (Hypnovel) được chọn dùng vì thời gian bán hủy ngắn hơn.

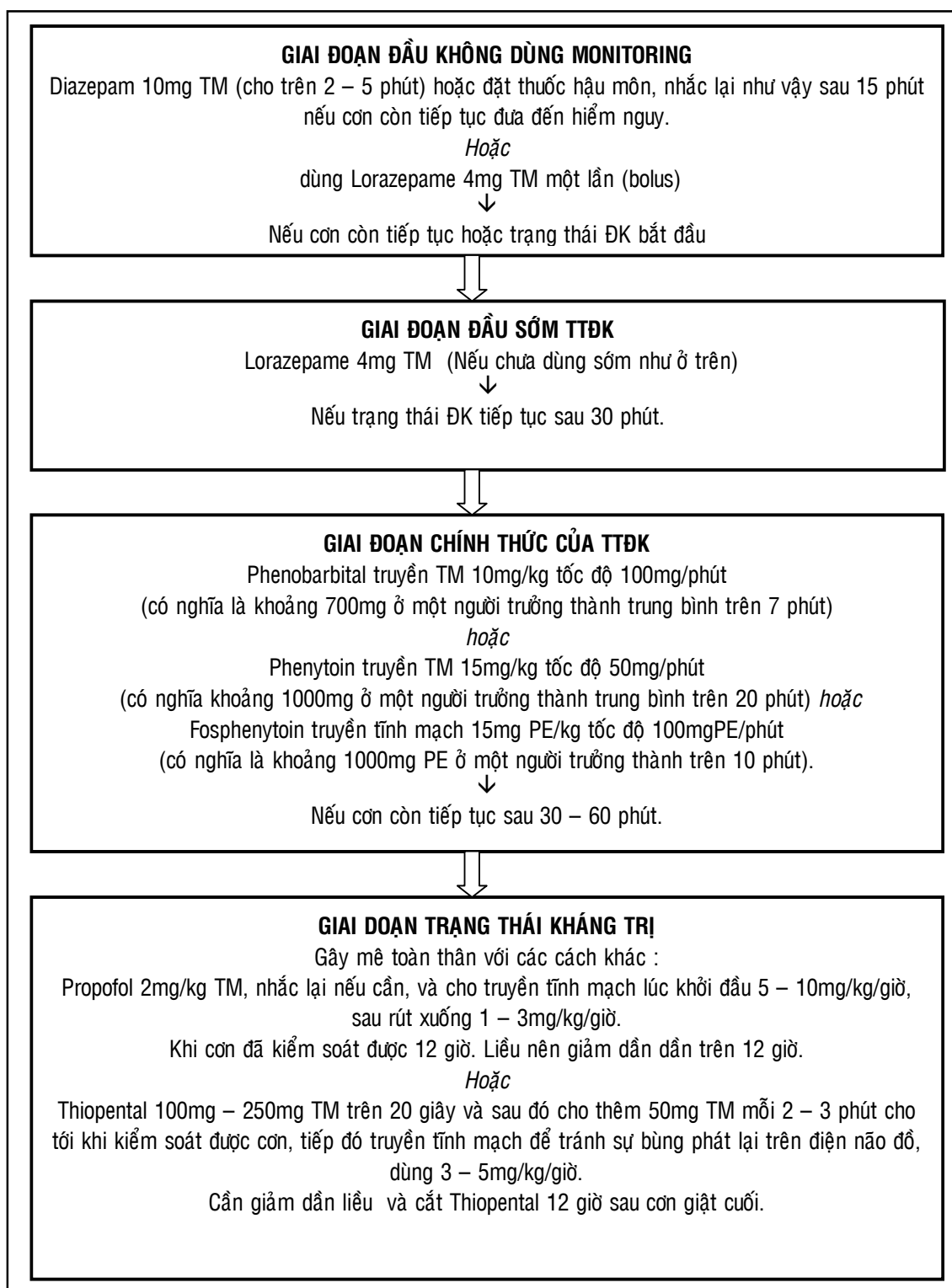
BÀN LUẬN VÀ ĐỀ NGHỊ

Trên đây đã nêu những thái độ xử trí thuốc cấp cứu từng giai đoạn của trạng thái động kinh ở những nước phát triển. Ở nước ta mạng lưới y tế đã và đang phát triển, địa dư là một khó khăn vì nhiều sông ngòi kênh rạch như ở đồng bằng Nam Bộ, núi non cách trở như ở phía Bắc khó khăn cho việc vận chuyển, quản lý bệnh động kinh thuộc ngành tâm thần điều đó có hạn chế nhất định trong việc chẩn đoán nguyên nhân và điều trị cấp. Trang thiết bị cấp cứu đầy đủ chỉ có ở các bệnh viện lớn hoặc một số bệnh viện tỉnh và khu vực.

Nguyên tắc chung là bệnh nhân cần được điều trị kịp thời ngay từ giai đoạn I, hoàn toàn trong tầm tay, y sĩ thôn hoặc gia đình

cho uống thuốc chống động kinh với liều cao hơn mọi ngày đang dùng với người có tiền sử động kinh, chuyển tuyến xã nếu cơn

còn, có thể dùng seduxen tĩnh mạch theo phác đồ, chuyển tiếp tuyến huyện nhưng với điều kiện phải có thầy thuốc đi theo.



Tại huyện nếu cơn thưa dần về tần số và cường độ, tiếp tục điều trị, theo dõi toàn diện mọi thay đổi xử trí kịp thời. Nếu cơn không giảm nếu thiếu thuốc, không đủ phương tiện, chuyển tỉnh, có thầy thuốc đi theo. Chúng ta phải triệt hạ để tranh thủ thời gian vàng của bệnh là từ lúc cơn có triệu chứng báo hiệu sắp vào trạng thái động kinh đến giai đoạn II là 30 phút và sang giai đoạn III giai đoạn thực sự vào trạng thái động kinh 30 – 60 phút. Vì vậy nếu trong thời gian chuyển mà không được cho thở oxy, hút đờm nhớt, điều chỉnh kịp thời thì dễ chuyển sang giai đoạn cuối, tiên lượng rất xấu.

Kinh nghiệm cắt cơn co giật của trạng thái động kinh:

Phenobarbital 200mg bắp, mục đích tác dụng chậm thời gian bán hủy dài.

Tiếp theo ngay : Seduxen 10mg tĩnh mạch chậm do thầy thuốc thực hiện, vừa tiêm vừa quan sát cơn, cơn sẽ thưa dần hoặc ngừng hẳn, nếu thấy cơn chớm lại tiếp tục tăng dần. Tai biến do tiêm hoặc truyền Seduxen, hoặc gây mê toàn thân trong điều kiện không có máy thở nhân tạo, chú ý khi tiêm mời người nhà ra khỏi khu điều trị nếu có ngừng thở hãy bình tĩnh làm ngay hô hấp nhân tạo, không chần chừ như chờ gọi đặt khí quản, thời gian đặt khí quản mất nhiều phút, như vậy não không có oxy và sẽ tổn thương, thời gian vàng là 0 – 7 phút. Nếu không có máy, biện pháp tốt nhất là hà hơi, thổi bằng miệng sau thổi ấn lồng ngực để hơi thoát ra, tiếp tục như vậy sau một thời gian ngắn bệnh nhân sẽ thở lại, tránh ấn vào thượng vị dễ làm trào thức ăn, chất dịch tràn vào đường thở rất nguy hiểm.

Điều trị cấp cứu trạng thái động kinh đòi hỏi phải nắm vững những biến đổi sinh lý toàn thân do trạng thái đó gây ra và phải

điều trị trọng điểm là cắt cơn nhưng đồng thời phải điều trị toàn diện.

KẾT LUẬN

Trạng thái động kinh co giật có tỷ lệ tử vong cao, do nhiều nguyên nhân : bệnh não mới và đang diễn tiến trong đó có việc dùng thuốc không đúng nguyên tắc. Nếu người bệnh và thân nhân thấy cơn xuất hiện nhiều hơn bình thường có thể tự uống tăng liều, rồi đến thầy thuốc xã, cơ sở xử lý tiếp, theo trình tự như trên đã trình bày, chắc chắn sẽ cứu được nhiều trường hợp tránh rơi vào trạng thái động kinh.

Nên huấn luyện cho các thầy thuốc chuyên khoa thần kinh và phát triển thêm các màng lưới điều trị . Bên cạnh đó việc trang thiết bị cấp cứu nội khoa nói chung hy vọng sẽ được tăng cường. Hoàn chỉnh hơn xe chuyển bệnh và đội ngũ chuyên môn đi theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donoghue M.F. (1997). How rational is current anti-epileptic drug treatment. *Rev Neurol (Paris)*, 153: 25 -28.
2. Dulac O. (1990). Convulsions et épilepsies. In Michel Arthuis et al eds *Neurologie Pédiatrique*, p 163 -222.
3. Leppir I.O. (1993). Status epilepticus. Un Elaine Wyllie ed *The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice*, Lea & Febiger, p 678-683.
4. Shorvon S. (2000). Emergency Treatment of Epilepsy: Acute Seizures, Serial Seizures, Seizure Clusters and Status Epilepticus. *Handbook of Epilepsy Treatment*. Blackwell Science, Oxford, p 173 – 194.