

MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ ĐỘNG KINH Ở VIỆT NAM

(Dựa trên các nghiên cứu ở trong và ngoài nước)

Vũ Anh Nhị¹

Động kinh xảy ra đột ngột, nhiều bệnh nhân có cơn không khác với cơn co giật, và việc chẩn đoán hoặc các xét nghiệm trước đó thì không thỏa mãn; Điều này làm cho rất khó quyết định hay tiên lượng bệnh xảy ra cho từng cá nhân bệnh nhân. Hiểu rằng về khởi bệnh là điều cấp thiết và dịch tễ học động kinh là trọng tâm để có sự sắp xếp xử lý bệnh nhân.

Những nghiên cứu dịch tễ học tốt nhất được dựa trên mật độ dân số chung và một số nghiên cứu được tiến hành theo những tiêu chuẩn đơn giản. Trong số những nghiên cứu dịch tễ học có giá trị nhất là Nghiên cứu Thực hành Tổng quát Động kinh Quốc gia (NGPSE) của Rochester, Minnesota và những nghiên cứu từ miền Nam nước Pháp, Iceland. Mặc dù nhiều nghiên cứu ở bệnh viện đã cung cấp nhiều thông tin có giá trị về căn nguyên khởi bệnh trong động kinh, họ cũng gợi ý một số do di truyền.

TIÊU CHÍ CHO BÁO CÁO

- Hiểu rõ ràng về khởi bệnh là điều cấp thiết và dịch tễ học động kinh là trọng tâm để có sự sắp xếp xử lý bệnh nhân.
- Nghiên cứu dịch tễ học tốt nhất dựa trên mật độ dân số chung và được tiến hành theo những tiêu chuẩn đơn giản
- Các nghiên cứu ở bệnh viện đã cung cấp nhiều thông tin có giá trị về căn nguyên khởi bệnh động kinh và các thể lâm sàng mới, tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị

Động kinh là như thế nào ?

- Tỷ lệ động kinh: khoảng 5 - 8,9% dân số có cơn giật được cho là có thể cơn động kinh.
- Tỷ lệ động kinh 4 - 8 % Trung bình (4-6 %)
- Tỷ lệ mới mắc thay đổi 1,23 – 2,43 % .
- Tần xuất mắc bệnh theo tuổi ở dân chúng;
- Trẻ em dưới 16 tuổi mắc bệnh 6,7-8,6 % tùy theo nghiên cứu dân cư (nam > nữ). (vấn đề chăm sóc trước sinh và nhiễm trùng)
- Nhóm tuổi 20-30 có tần xuất cao và nhóm tuổi > 65 cao dần theo tuổi do 2 yếu tố: tai nạn cao và ảnh hưởng cộng dồn của tai nạn và các bệnh của não.
- Động kinh do sốt: khoảng 5% trẻ sốt co giật có khoảng 14- 20 % trẻ em ĐK có tiền sử sốt co giật.

Những cơn Động kinh do sốt ảnh hưởng chừng 5% trẻ em dưới 5 tuổi trong dân số và trong số trẻ này có khuynh hướng gây co giật không rõ yếu tố kích thích. Những cơn Động kinh không do sốt ảnh hưởng chừng 4% - 8% dân số chung tại thời điểm họ sống. Nguy cơ tiên triển cơn động kinh cao nhất ở tuổi già và ở các nước phương Tây, xã hội có tuổi thọ cao hơn, đây là gánh nặng cho chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Nguy cơ cao đứng hàng thứ hai sau tuổi già là có thể bị ở bất kỳ tuổi nào ở 20 năm đầu tiên trong cuộc sống.

Tỷ lệ động kinh là 0,4% - 0,8% trong cộng đồng, Tỷ lệ này cao hơn ở các nước đang phát triển. Điều này phản ánh sự khác biệt trong cấu trúc dân chúng và những yếu tố nguyên nhân

¹ PGS TS, Bộ môn Thần kinh, ĐHYD TPHCM

khác nhau; Vấn đề chăm sóc trước sinh nở kém và những nhiễm trùng như KST thần kinh chiếm hầu hết ở một số nước đang phát triển.

Tần suất mắc bệnh theo tuổi ở dân chúng phương Tây cao nhất ở nhóm tuổi cao, do 2 yếu tố: tai nạn cao và ảnh hưởng cộng dồn của tai nạn làm cho tần suất cao dần theo tuổi. Ở các nước đang phát triển, cấu trúc dân số khác nhau khuynh hướng tần suất mắc bệnh cao nhất ở tuổi 20 – 30.

NHỮNG TRIỆU CHỨNG CỦA ĐỘNG KINH (khác nhau theo các nghiên cứu ở trẻ em)

Dịch tễ học Triệu chứng	Dân cư trích dẫn *	Trẻ em <16t trích dẫn **	Bệnh viện trích dẫn ***
Con co cứng co giật (con lớn)	54,3%	57,6%	61,1%
Con vắng	5%	7,9%	5,2%
Động kinh cục bộ đơn giản	4,5%	11,7%	28,6%
ĐK toàn thể hóa thứ phát và phức tạp	22,6%	6,2%	13,9%
Động kinh không phân loại	2,2%	6,2%	15,6% (H/C West)

NHỮNG TRIỆU CHỨNG CỦA ĐỘNG KINH

(khác nhau theo các nghiên cứu ở người lớn)

Động kinh con co cứng co giật (con lớn) ?

Các cơn động kinh	Dân cư xã Trích dẫn *	> 16 tuổi Trích dẫn * *	Bệnh viện Trích dẫn * * *
Con co cứng co giật (con lớn)	71 %	4,5%	69,5%
Con vắng	?	1,5%	?
Động kinh cục đơn giản	8%	9,7%	12,8%
ĐK toàn thể hóa thứ phát	?	58,6%	10,1%
Cục bộ phức tạp	5%	15,5%	5%
Động kinh không phân loại	15,8%	12,1%	2,6%

CÁC LOẠI ĐỘNG KINH ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN MỚI :

- Con co cứng – co giật chiếm 35% trên lâm sàng và con co giật cục bộ là 50% - 60%, nó thường liên quan tới con co cứng – co giật.

- Những dạng khác của động kinh toàn thể tự phát như : cơn vắng ý thức và cơn giật cơ ít gặp hơn nhưng thường gặp giữa tuổi 5 đến 20.
- Thường gặp nhất là động kinh cục bộ, phản ánh do tai nạn cao, còn động kinh toàn thể thì ít gặp hơn.
- Chẩn đoán triệu chứng đã được dựa vào các nghiên cứu cộng đồng có những kết quả khác nhau. Ước tính do tai nạn ở các nhóm triệu chứng khác nhau đã được cung cấp từ nghiên cứu Tây Nam nước Pháp.

- 1) Cơn co cứng cơ giật chiếm 35-40% trên lâm sàng. Co giật cục bộ là 50-65%, liên quan đến cơn co cứng cơ giật. Các cơn động kinh khác hiếm gặp hơn.
- 2) Thường gặp nhất động kinh cục bộ : từ >16 tuổi (60-80%). Phản ánh tổn thương mắc phải cao (tai nạn và bệnh não) động kinh toàn thể thì ít gặp hơn
- 3) Động kinh cơn lớn thường gặp < 16 tuổi (55-65 %)
- 4) Tỷ lệ động kinh toàn thể ở tuổi > 16 rất thấp. Vấn đề quản lý và tử vong theo tần xuất cộng dồn.
- 5) Chẩn đoán triệu chứng dựa vào nghiên cứu cộng đồng và nghiên cứu bệnh viện kết quả khác nhau.

NHỮNG NGUYÊN NHÂN CỦA ĐỘNG KINH :

- 1) Tổn thương não bẩm sinh: do gen, nhiễm trùng, nhiễm độc, thiếu máu (sản giật).
 - 2) Tổn thương não trong lúc sinh: chiếm 10-20% bại não.
 - 3) Cơn động kinh do sốt >14% tiền sử sốt co giật.
 - 4) Chấn thương đầu nguy cơ tích lũy động kinh hàng năm 2-3% trên 20 năm, gấp 3 lần các nguy cơ khác.
 - 5) Nhiễm trùng nội sọ, co giật cấp tính do nhiễm trùng, gấp 4 lần các nguy cơ khác.
 - 6) Đột quỵ khoảng 5%, tính cộng dồn là số bệnh nhân ĐK cao nhất người lớn tuổi (nhồi máu tuần hoàn trước-50% và XHN 20%)
 - 7) Rượu và chất nghiện. Thường gặp người trẻ, 10-20% cơn ĐK
 - 8) Bệnh lý hệ thống: tăng HA, ĐTĐ, rối loạn chuyển hóa ..
 - 9) Bệnh tâm thần: tâm thần và động kinh và động kinh diễn tiến TT
- Rõ ràng trong các yếu tố nguy cơ khác nhau liên quan đến tuổi tác, có nghĩa là nguyên nhân gây động kinh phụ thuộc theo tuổi bệnh nhân.
 - Hậu quả của tổn thương não bẩm sinh và động kinh tự phát do gen thường gây ra những cơn co giật trong vòng 20 năm đầu của cuộc sống.
 - Trong hàng loạt nghiên cứu ở bệnh viện, những cơn co giật được chẩn đoán mới ở người trưởng thành, nguyên nhân tìm thấy chiếm hơn 75% trường hợp bao gồm: đột quỵ, nhiễm trùng nội sọ, lệ thuộc vào rượu và những nguyên nhân chuyển hóa khác.
 - Trong các nghiên cứu cộng đồng ở nhóm người cao tuổi, nguyên nhân tìm thấy chiếm 60% trong tất cả thời niên thiếu của họ, nhóm này có nguyên nhân chính là: bệnh lý mạch máu não, thoái hóa thần kinh hoặc là u.

NGUYÊN NHÂN ĐỘNG KINH (trẻ em)

Dịch tễ học Nguyên nhân	Dân cư H Trích dẫn *	< 16 tuổi “T” Trích dẫn * *	Bệnh viện nhi Trích dẫn * * *
Bệnh não chu sinh	7,5%	11,7%	14,3%
Chấn thương sọ	10,6%	2,5%	4,13%
U não	1,5%		2,5%
Bệnh mạch máu não	2,5%	4,3%	5,79%
Nhiễm trùng thần kinh	14,6%	10,4%	14,0%
Rượu-Chất nghiện	4,0%	?	?
Yếu tố gia đình và bẩm sinh	9,0%	10,4%	14,3%
Không xác định	50,3%	60,1%	45,0%

NGUYÊN NHÂN ĐỘNG KINH (người lớn)

Dịch tễ học Nguyên nhân	Dân cư “X” N=38	> 16 tuổi “CR” n=204
Bệnh não chu sinh	5 (13,2%)	1,0%
Chấn thương sọ	3 (7,9%)	23,0%
U não		3,0%
Bệnh mạch máu não	2(5,3%)	35,0%
Nhiễm trùng thần kinh	3 (7,9%)	15,0%
Rượu. Chất nghiện	1 (2,6%)	5,0 %
Yếu tố gia đình và bẩm sinh	5 (13,2)	2,0%
Thoái hóa thần kinh		3,0%
Không xác định	20(52%)	18,0%

- Rõ ràng trong các yếu tố nguy cơ khác nhau liên quan đến tuổi tác, có nghĩa nguyên nhân gây động kinh phụ thuộc theo tuổi.
- Hậu quả của tổn thương não bẩm sinh và động kinh do gen thường gây ra nhưng cơn động kinh trong 20 năm đầu cuộc sống. Gặp < 3 tuổi, 60% không xác định nguyên nhân. Động kinh toàn thể 58%. Cục bộ đơn giản 11%
- Những cơn co giật được chẩn đoán mới ở người trưởng thành, nguyên nhân tìm thấy 60-75 % các trường hợp.
- Trong các nghiên cứu cộng đồng và bệnh viện ở nhóm người cao tuổi thì rất ít trường hợp có động kinh thời niên thiếu hay thời gian mắc bệnh động kinh >10 năm . Có thể là do chăm sóc hoặc quản lý động kinh (chỉ quản lý 50%)

CƠN ĐỘNG KINH VÀ KHẢ NĂNG TÁI PHÁT

(Loại cơn ĐK, triệu chứng ĐK, căn nguyên và tái phát “* * *”)

Nguy cơ toàn bộ BN có cơn ĐK thứ 2 sau cơn động kinh thứ nhất không do sốt co giật tái phát 48-78% trong 3 năm đầu.

- Những cơn động kinh cục bộ gần như luôn tái phát đặc biệt có tổn thương bẩm sinh hoặc liên quan bất thường đến khiếm khuyết thần kinh.
- Những cơn động kinh co cứng - co giật căn nguyên ần tái phát 75% trong vòng 3 năm.
- Những ĐK triệu chứng cấp tính thì ít tái phát trong năm đầu (20-40%). Thời gian sau cơn đầu tiên nếu không điều trị tái phát trong 6 tháng là 65-75%.

EEG BẤT THƯỜNG VÀ TÁI PHÁT “***”

- Điện não là chẩn đoán hỗ trợ của triệu chứng động kinh, theo sau một chẩn đoán trước đó.
- Giá trị lớn điện não có lẽ là động kinh thiếu niên hơn người lớn.
- Tất cả các trường hợp đều có giá trị như nhau: một điện não bất thường về dạng động kinh là nguy cơ tái phát gấp hai lần với động kinh có EEG bình thường.

TUỔI, GIỚI TÍNH VÀ TÁI PHÁT CƠN “***”

- Nguy cơ tái phát động kinh cao nhất ở trẻ em 50%, nhất là động kinh triệu chứng ,mặc dù có dùng thuốc.
- Động kinh xảy ra ở người lớn tuổi cũng là yếu tố nguy cơ cao, trong động kinh cục bộ triệu chứng (TBMMN, bệnh não tiến triển)
- Động kinh ở tuổi trung niên thường ít tái phát cơn. Nhóm động kinh này thường xuất hiện cơn trong bệnh cấp tính (chấn thương sọ, rượu, nhiễm trùng..)
- Giới tính không ảnh hưởng đến động kinh

NGUYÊN NHÂN ĐỘNG KINH VÀ TÁI PHÁT CƠN “***”

- Động kinh triệu chứng cấp tính ít tái phát
- Mức độ tái phát cao nhất động kinh căn nguyên bẩm sinh
- Mức độ tái phát trung bình: động kinh tự phát
- Những động kinh triệu chứng mơ hồ thường là động kinh cục bộ và tiên lượng xấu hơn động kinh tự phát.
- Động kinh cục bộ triệu chứng tiên lượng tốt nhất do căn nguyên mạch máu (50-70%), chấn thương nặng, u não, bệnh thoái hóa thần kinh.
- Những tổn thương vỏ não nặng hơn các tổn thương khác

ĐIỀU TRỊ SỚM VÀ SỰ GIẢM CƠN ĐỘNG KINH

Thời gian mắc bệnh	N= 120	Cắt cơn	Giảm nhiều	Giảm ít
Dưới 6 tháng	48	30	10	8
6 tháng - < 12 tháng	36	29	4	3
12 tháng – 5 năm	31	11	3	17
Trên 5 năm	5	1	2	2
+	120	71	19	30

(Đánh giá kết quả điều trị động kinh toàn thể ở trẻ em (từ 6-15 tuổi). Phan Việt Phương Nga. TK học VN)

Điều trị sớm và sự giảm động kinh (ảnh hưởng chưa chắc chắn)

Chưa rõ ràng liệu thuốc chống động kinh (AED) điều trị chặn cơn động kinh từng đoạn hay cũng chỉ giảm mức độ cơn động kinh, 2 điều chính này cung cấp theo những quan sát đối ngược nhau sau :

- Thực nghiệm động kinh trên thú vật, gợi ý những khái niệm về những thay đổi bất thường ở vùng hải mã gây ra động kinh và ức chế nó bằng các thuốc có thể làm giảm cơn động kinh. Ở một số bệnh nhân cho thấy TLE kháng trị gây ra do phì đại vùng hải mã tiến triển, dĩ nhiên dễ gây động kinh kéo dài.

- Bệnh nhân động kinh ở các nước đang phát triển thường trải qua nhiều cơn động kinh nhiều năm trước khi bắt đầu điều trị. Tỷ lệ giảm bệnh ở những bệnh nhân như vậy dường như tốt bằng động kinh mới phát hiện gần đây, cho thấy rằng việc điều trị chỉ có một phần nhỏ trong diễn tiến lui bệnh.

CHẶN ĐỨNG ĐỘNG KINH TÁI LẬP?

Tiên lượng chung

Một nghiên cứu giảm thuốc trên 1000 BN ĐK chọn ngẫu nhiên, thời gian ĐK từ 2-5 năm, thời gian dùng thuốc 2 năm kết quả không có cơn 78%. Việc giảm thuốc kéo dài khoảng 6 tháng :

- 59% BN không có cơn giật.
- 40% BN có tái lập cơn.
- Khoảng ½ BN tái phát cơn trong thời gian giảm thuốc.

Tái lập cơn sau khi giảm thuốc có thể do những yếu tố tái phát cơn tiến triển. Loại này thường tái lập cơn ngay sau khi giảm liều. Các tình huống khác vẫn chưa rõ.

LOẠI CƠN GIẬT, TRIỆU CHỨNG ĐỘNG KINH VỚI TÁI LẬP CƠN

- Những cơn co cứng - co giật kể cả tự phát hay khởi phát cục bộ có nguy cơ cao sau giảm thuốc.
- Nhóm co giật cục bộ trẻ tuổi lành tính có tiên lượng tốt, ít tái lập cơn sau giảm thuốc. Nếu có thì ít gây ĐK toàn thể.
- Cơn co giật liên quan nguyên nhân tình trạng bệnh não tiến triển hay thoái hoá, khởi phát tuổi trẻ thường tái lập cơn sau ngưng thuốc.
- Động kinh liên quan rối loạn tâm thần- sa sút trí tuệ, bất thường thần kinh có nguy cơ tái lập cao nhất là trẻ tuổi.

CÁC YẾU TỐ LÀM TÁI PHÁT CƠN KHÁC

- Thời gian mắc ĐK >10 năm sau khi giảm thuốc khoảng 25% tái lập cơn.
- Tuổi ở cơn ĐK càng nhỏ có ảnh hưởng đến giảm bệnh. Khi giảm thuốc có thể làm tăng cơn giật. Người lớn tuổi ít tái lập cơn hơn trẻ em.
- Thời gian mắc bệnh ĐK kéo dài và mức độ nghiêm trọng của cơn động kinh thì không nên giảm thuốc hoặc ngưng, vì nguy cơ tái lập cao.
- Đặc điểm EEG bất thường trong thời gian dùng thuốc bất kỳ thời điểm nào cũng không nên giảm liều. Vì EEG vẫn còn động kinh.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ BÀN LUẬN THÊM

TỶ LỆ TỬ VONG VÀ TỶ LỆ MẮC BỆNH CỦA ĐỘNG KINH :

Tỷ lệ tử vong chung của động kinh phụ thuộc vào tỷ lệ chết chung của dân số khảo sát. Những yếu tố quan trọng trong tỷ lệ tử vong là : thời gian mắc bệnh, loại động kinh và mức độ nghiêm trọng của động kinh. Tuân thủ theo tỷ lệ chết chuẩn (SMR). Đây là số người chết do bệnh động kinh trong thời điểm khảo sát với số người chết nghi ngờ trong nhóm chứng.

Những ảnh hưởng của hội chứng động kinh trên tỷ lệ tử vong :

- SMR của động kinh được chẩn đoán gần đây là 3 – 5 so với 1 – 1,5 động kinh cách đây 20 năm. Điều này giải thích rằng một số cái chết sớm là do nguyên nhân của động kinh như u não.
- Tỷ lệ tử vong của động kinh có liên quan nhiều đến tuổi.

Tỷ lệ chết liên quan đến tuổi của động kinh.

Tuổi khởi phát động kinh	Sống sót sau 10 năm (%)
< 1	69
1 – 19	99
20 – 59	82
> 60	76

- Trẻ em khởi phát động kinh không có nguyên nhân xác định, tỷ lệ chết ít tăng nhưng có một nguyên nhân xác định thì SMR có thể cao hơn 115 lần. Trong số 1/3 chết do ảnh hưởng trực tiếp cơn động kinh, hầu hết là do điều kiện chăm sóc kém hoặc do viêm phổi hít trong các trường hợp tàn phế nghiêm trọng. Bệnh lý thoái hóa thần kinh và vài động kinh trẻ em hiếm gặp cũng có thể gây tử vong, ví dụ như chỉ 2/3 trẻ em cơ giật mới sinh sống sót đến 1 tuổi và tỷ lệ chết do co thắt là 20%.
- Động kinh khởi phát ở người trưởng thành thường liên quan với nguyên nhân nghiêm trọng như đột quy, rượu hoặc u; chúng góp phần vào tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh.

Những ảnh hưởng của cơn co giật lên tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh :

- Những bệnh nhân chỉ với cơn động kinh toàn thể tự phát (IGE), cơn vắng ý thức thường ít bị ảnh hưởng nhưng với cơn co giật cục bộ, cơn co giật thì nguy hiểm hơn.
 - Mức độ nghiêm trọng của động kinh cũng quan trọng. SMR ở bệnh nhân động kinh nghiêm trọng ở một nghiên cứu là 3,8 so với 1,8 ở nhóm động kinh nhẹ có kiểm soát.
- Điều này phần nào lý giải nguy cơ trạng thái động kinh, với các tai nạn và việc chết đột ngột không giải thích được trong động kinh (SUDEP).
- Có một đánh giá về tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh do tai nạn ở bệnh nhân động kinh gồm : tai nạn giao thông, té ngã và bông, những tai nạn này thường chỉ gặp lúc cơn co giật thường xuyên hay cơn co cứng co giật.

CƠN ĐỘNG KINH SẼ DIỄN TIẾN RA SAO ?

Tiên lượng chung cho tất cả các trường hợp :

- Nhìn chung tiên lượng động kinh thì tốt. Tai nạn gặp chung của động kinh chỉ 0,5% so với 5% trong cuộc sống; Ở các nước đang phát triển, nơi mà kiến thức điều trị thấp thì tỷ lệ giống như ở các nước có điều kiện chăm sóc sức khỏe phát triển. Điều này có lẽ là do tỷ lệ động kinh tự phát giảm cao hoặc là do tỷ lệ chết cao khi không có báo cáo đủ theo tiêu chuẩn nào đó.
- Hơn một nửa bệnh nhân giảm 3 cơn động kinh 1 năm trong 10 năm sau chẩn đoán và theo NGPSE cho thấy rằng, điều này có lẽ cao tới 86%. Trong nghiên cứu này, 2/3 bệnh nhân giảm còn 5 cơn 1 năm.

Loại cơn động kinh, động kinh triệu chứng và việc giảm cơn (ảnh hưởng mạnh)

- Chẩn đoán triệu chứng là xác định tiên lượng chính cho động kinh. Trong một nghiên cứu tại bệnh viện ở người trưởng thành (thực hiện) từ 1 – 7 năm tiến hành kiểm soát cơn động kinh ít nhất 1 năm chiếm 82% trường hợp là IGE, 45% động kinh cục bộ ẩn và chỉ có 35% động kinh cục bộ triệu chứng. Chẩn đoán triệu chứng ít chính xác trong những nghiên cứu về dịch tễ học, làm lệch sự phân chia giữa các triệu chứng và những sự khác biệt ít rõ của các triệu chứng.
- Động kinh có tiên lượng tốt nhất là động kinh cục bộ triệu chứng hoặc động kinh toàn thể triệu chứng.
- Trong các nhóm có những khác biệt chủ yếu; ví dụ như động kinh cơn vắng ý thức trẻ em thường đi ở tuổi 20; Động kinh cơ cứng cơ thiếu niên, triệu chứng IGE khác thường tiếp tục cho đến lúc trưởng thành.
- Động kinh cục bộ do tổn thương não cũng có một ít giảm xuống ngoại trừ động kinh thùy thái dương do MTS. Sự giảm này chỉ có 20% so với 30% trường hợp động kinh ngoài thùy thái dương hoặc động kinh thùy thái dương hồi Hải mã cục bộ ngoài (TLE).

Nguyên nhân động kinh và sự giảm của động kinh (ảnh hưởng mạnh)

- Tiên lượng tốt nhất ở bệnh nhân động kinh triệu chứng cấp tính; chừng 80% sẽ giảm từ 5 năm đến 9 năm sau khi chẩn đoán bị động kinh.
- Tiên lượng xấu nhất trong động kinh là do nguyên nhân bẩm sinh. Chỉ có 1/3 bệnh nhân có 5 cơn 1 năm và 2/3 bệnh nhân có 3 cơn 1 năm giảm 9 năm sau chẩn đoán.
- Tiên lượng trung bình là những động kinh triệu chứng mơ hồ và động kinh tự phát, bệnh nhân 5 cơn 1 năm sẽ giảm từ 55% - 60% từ 9 năm sau chẩn đoán động kinh. Tuy nhiên những dấu hiệu chẩn đoán theo các nhóm trên ít có giá trị trong những nghiên cứu dịch tễ học. Những động kinh triệu chứng mơ hồ thường là động kinh cục bộ và có tiên lượng xấu hơn động kinh tự phát.
- Sự giảm bệnh do bệnh lý nặng trong cơn động kinh là thể MTS, giảm 1 cơn 1 năm chỉ có 11% trường hợp, rối loạn vỏ não là 24% và bệnh lý kép (MTS và tổn thương khác) th2I sức giảm bệnh chỉ có 3% trường hợp.
- Động kinh cục bộ có tiên lượng tốt nhất là do căn nguyên mạch máu, sự giảm bệnh chiếm 50 – 75% tùy theo loại tổn thương và công trình nghiên cứu. Nếu động kinh do khối u thì những nghiên cứu sự giảm bệnh thay đổi. Trong nghiên cứu bệnh viện, giảm bệnh 1 cơn 1 năm được xem là giống như do bệnh mạch máu (46%); Giảm 3 cơn 1 năm trong một nghiên cứu cộng đồng là 60% những 5 cơn 1 năm chỉ là 40%. Động kinh sau chấn thương chỉ giảm 1 cơn 1 năm là 30%.

Ảnh hưởng của tuổi và giới tính trên giảm cơn động kinh (ảnh hưởng trung bình)

- Giới tính không ảnh hưởng lên sự giảm cơn động kinh.
- Tuổi tác là xác định sự giảm cơn động kinh chính xác, vì những triệu chứng động kinh biểu hiện ở các lứa tuổi khác nhau.
- Chừng 1/3 trẻ em ở độ tuổi dưới giảm 5 cơn 1 năm, sau 9 năm chẩn đoán động kinh trước 1 tuổi có tiên lượng rất xấu và 2 nhóm lớn trẻ em nhiều tuổi hơn có tiên lượng tốt hơn. Theo sau 30 năm, độ tuổi trưởng thành cho thấy trên 81% có lẽ giảm cơn nhưng 47% trong số đó lại rơi vào tình trạng bệnh như cũ và dưới 1/2 số đó giảm sau 20 năm nghiên cứu. Triệu chứng động kinh là yếu tố chủ chốt, động kinh thứ phát giảm cơn là 80%, căn nguyên ẩn là 60% và triệu chứng là 30%.
- Trong nghiên cứu NGPSE, tuổi từ 16 – 39 khoảng 70% giảm 5 cơn 1 năm giảm sau 9 năm được chẩn đoán.

- Độ tuổi cao hơn, tỷ lệ tử vong tăng lên do tất cả các nguyên nhân và điều này làm cho việc tiên lượng động kinh khó khăn hơn nhưng có lẽ sự khác biệt chính là do tùy theo cá thể bệnh nhân.

TÓM TẮT ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC (Tình hình hiện tại)

Tỉ lệ hết cơn ĐK : - bệnh nhân mới được điều trị \approx 65%

- tại các TT chuyên sâu \approx 45%
- đơn trị khởi đầu \approx 50%

Đáp ứng với thuốc 2 thay đổi khi thuốc 1 thất bại :

- Thuốc khác : 10~20%,
- Nhiều thuốc : 40~50%

Đề kháng thuốc: Chỉ định khi thuốc thứ 2 thất bại, thường thấy rõ khi bắt đầu điều trị bằng thuốc kháng ĐK

- Chỉ có 10% đề kháng thuốc khi bắt đầu điều trị

Các yếu tố tiên lượng:

- Hội Chứng ĐK
- Đặc điểm sang thương
- Tần xuất và mật độ cơn
- Đáp ứng sớm với các thuốc kháng ĐK
- Khác : thời gian, tuổi khởi phát, loại cơn.

TIẾN BỘ TRONG ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC THUỐC MỚI

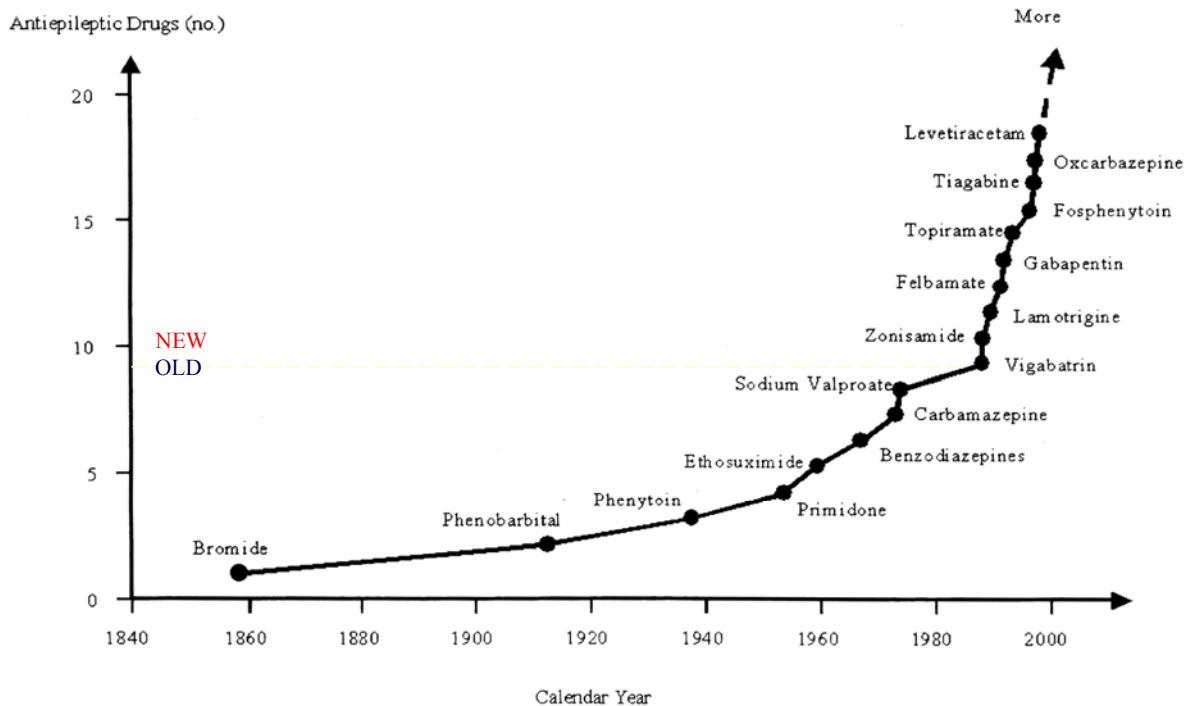


FIG. 1. Chronological introduction of antiepileptic drugs.

“Nhiều thuốc mới” với cơ chế tác dụng đa dạng.

Dược lực học tốt hơn và ít tương tác thuốc.

An toàn và dung nạp tốt hơn

- Không có tác dụng ngoại ý nghiêm trọng trên gan và huyết học

- Ít hoặc không gây suy giảm nhận thức
- Mỗi thuốc đều có hồ sơ chuyên biệt về các tác dụng ngoại ý muốn
- Đánh giá ngắn hạn có nhiều nhưng ”các tác dụng ngoại ý liên quan đến sử dụng dài hạn” vẫn cần nhiều kinh nghiệm hơn nữa

Giá thường cao hơn

ĐA TRỊ LIỆU-CƠ SỞ LÝ THUYẾT

Nhiều thuốc kháng ĐK có:

- Cơ chế tác dụng khác nhau, ít hoặc không tương tác thuốc, chỉ số hiệu quả điều trị cao hơn, “Bằng chứng kiểm soát cơn động kinh tốt hơn”, ở các nghiên cứu điều trị hỗ trợ
- Chống lại “Giáo điều Đơn trị liệu”, kinh nghiệm điều trị các thuốc kháng ĐK cũ, nhiều tương tác thuốc, phổ kháng ĐK hẹp, chỉ số hiệu quả điều trị thấp
- Liều cao hoặc tối đa liều của 1 thuốc: cơ hội hết cơn động kinh thấp nhưng tác dụng ngoại ý rất nhiều
- Tác dụng ngoại ý liên quan đến cách sử dụng hơn là số lượng thuốc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

NGHIÊN CỨU DỊCH TỄ HỌC ĐỘNG KINH (phạm vi: tỉnh, huyện và xã)

- 1) Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng động kinh ở trẻ em dưới 16 tuổi tại Hà Tây, Tạp chí Khoa học và phát triển Bộ KHCNMT. 2000. HNKHTK thứ 3.
- 2) Tình hình quản lý động kinh tại Huyện Châu Thành tỉnh Tiền Giang.Y học TP HCM.2007. Vũ Anh Nhị - Dương Hữu Lễ.
- 3) Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học động kinh ở xã Đông Cứu, một cộng đồng dân cư có nguy cơ nhiễm sán dây lợn. Tập san TK học- số 7-2004. trang 103-108. Nguyễn Văn Doanh- Lê Quang Cường.

NGHIÊN CỨU ĐỘNG KINH BỆNH VIỆN

- 4) Đặc điểm LS, điện não đồ ngoài cơn động kinh trẻ em dưới 15 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng I. YH. TPHCM. 2006. Nguyễn Bá Hiền, Vũ Anh Nhị.
- 5) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của động kinh tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên, Tập san TK học Việt Nam, 2003. Phạm thị Kim Dung, Ngô Quang Trúc
- 6) Khảo sát một số đặc điểm của động kinh trẻ em tại khoa TK BV Nhi đồng II, Y học TPHCM. -2006. Nguyễn Lê Trung Hiếu
- 7) So sánh phân loại cơn động kinh theo triệu chứng và theo hiệp hội quốc tế chống động kinh. Y học TPHCM. -2007. Lê Văn Tuấn , Vũ Anh Nhị,
- 8) Nghiên cứu LS ,Nguyên nhân, hình ảnh học của động kinh cục bộ triệu chứng ở người trưởng thành. Y học TPHCM. -2006. Nguyễn Thanh Tâm, Vũ Anh Nhị.

QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ

- 9) Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ĐK trẻ em trong 2 năm (2000-2003) Tập san TK học Việt Nam, 2003 Ninh Thị Ứng, Lê Thu Hương.
- 10)Đánh giá kết quả điều trị động kinh toàn thể ở trẻ em (từ 6-15 tuổi). Hội nghị KH TK Việt Nam. Phan việt Phương Nga.

- 11) Nghiên cứu sự hiểu biết về động kinh của thân nhân bệnh nhi động kinh BV Nhi Đồng II. Y học TP HCM -2004, Nguyễn Hồng Thê, Lê Văn Tuấn.
- 12) Practical Guide to Epilepsy, 2003 , printed in India, Mark Manford.
- 13) The Epilepsies, Seizures, Syndromes and Management, Based on the ILAE classifications and practice parameter guidelines. 2005- UK. C P Panayiotopoulos.