



CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN ĐỘNG KINH

BSCK II. Nguyễn Thị Thanh Vân



Date : 2021.7

Code : MAT-VN-2101662 – 1.0 – 07/2021

Ehat sponsor : VN21001948

CoE Bạch Mai 15.07.2021



Nội dung



01

Có thực sự là động kinh hay không?

02

Chẩn đoán phân loại động kinh

03

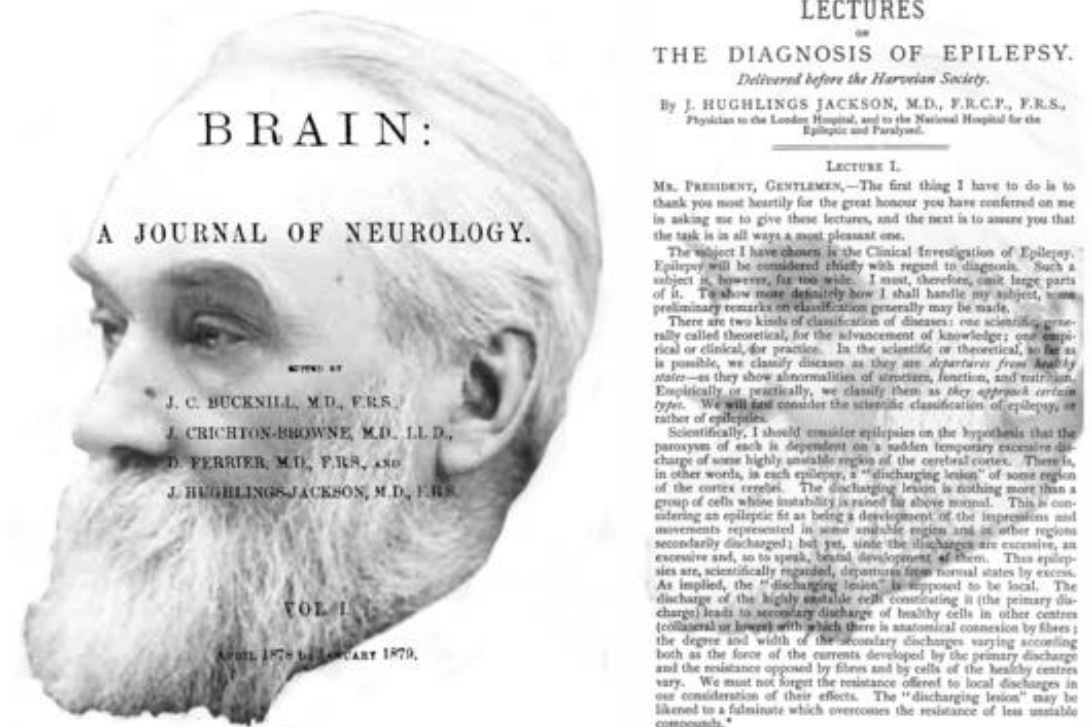
Chẩn đoán căn nguyên động kinh

04

Chẩn đoán hội chứng động kinh

Vài nét về lịch sử nghiên cứu động kinh

- Thuật ngữ động kinh xuất phát từ tiếng Hy Lạp *epilambanein*, cho rằng cơn động kinh do ma quỷ gây ra
- Năm 400 TCN **Hippocrate**: động kinh là bệnh thực tổn cần điều trị bằng chế độ ăn và thuốc chứ không phải bằng pháp thuật
- Nửa sau thế kỷ XIX **John Hughlings Jackson**: động kinh được thừa nhận hoàn toàn là bệnh thần kinh chứ không được xếp là bệnh lý tâm thần; dù điện não chưa ra đời, Jackson tiên đoán bản chất cơn động kinh là "... các hoạt động đột ngột, tạm thời, quá mức của các tế bào không ổn định thuộc một phần chất xám của não ..."



The evolution of J. Hughlings Jackson's thought on epilepsy, M J Eadie, Clin Exp Neurol 1990;27:29-41.

Dịch tễ học động kinh

Tỷ lệ hiện mắc các nước đang phát triển:
1.5 - 14.0/1000 người

Tỷ lệ mới mắc các nước đang phát triển:
24 - 53/100.000 người/năm

Tỷ lệ tử vong gấp 2 - 3 lần tỷ lệ tử vong của dân số chung

	Reference	Year	N	Incidence/ 100 000 person-years	Method
China (five provinces)	9	2002	55 616	28.8	Door-to-door survey
China	12	1985	63 195	35.0	Door-to-door survey
India	18	1998	64 963	49.3	Door-to-door survey
India	31	1999	NA	60.0	Estimation
India	17	2002	NA	38.0-49.3	Review

N=sample size. NA=not available.

Table 2: Incidence of epilepsy in Asia

	Reference	Year	N	Prevalence/1000	Method
China (five provinces)	9,10	2002 and 2003	55 000	7.0 4.6*	Door-to-door survey
China (Shanghai)	11	2002	48 628	3.6*	Door-to-door survey
China (six cities)	12	1985	63 195	4.4	Door-to-door survey
India (West Godavari)	15	2004	74 086	6.2	Door-to-door survey
India (Kerala state)	16	2000	238 102	4.7†	Door-to-door survey
India	18	1998	64 963	3.9†	Door-to-door survey
India	29	2006	50 617	3.8†	Door-to-door survey
Laos	19	2006	4310	7.7†	Door-to-door survey
Turkey	26	1997	11 497	7.0†	Door-to-door survey
Pakistan	21	1994	24 130	10.0†	Door-to-door survey
Vietnam	28	2005	6617	10.7†	Door-to-door survey
Nepal	20	2003	4636	7.3	Community based
Taiwan	24	1997	10 058	2.4	Community based
Taiwan	30	2001	13 663	2.8†	Community based
Thailand	25	2002	2069	7.2	Community based
Singapore	22	1997	20 542	5.0	Men at 18 years old
Singapore	23	1997	96 047	3.5	Review <9 years
Hong Kong	13	2003	NA	1.5	Estimation in adult patients (≥15 years)
Vietnam	27	2003	NA	14.0	Estimation
India	14	2003	NA	5.6	Review
India	17	2002	NA	5.0	Review

N=sample size. NA=not available. *Active epilepsy (seizures within the previous year). †Active epilepsy (seizures within the previous 5 years). Otherwise, details of disease duration were not available.

Table 1: Prevalence of epilepsy in Asia

Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia: a systematic review, Mac TL, 2007, Lancet Neurol 6(6):533-43. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70127-8.



EPILEPSY

01

Có thực sự là động kinh hay không?

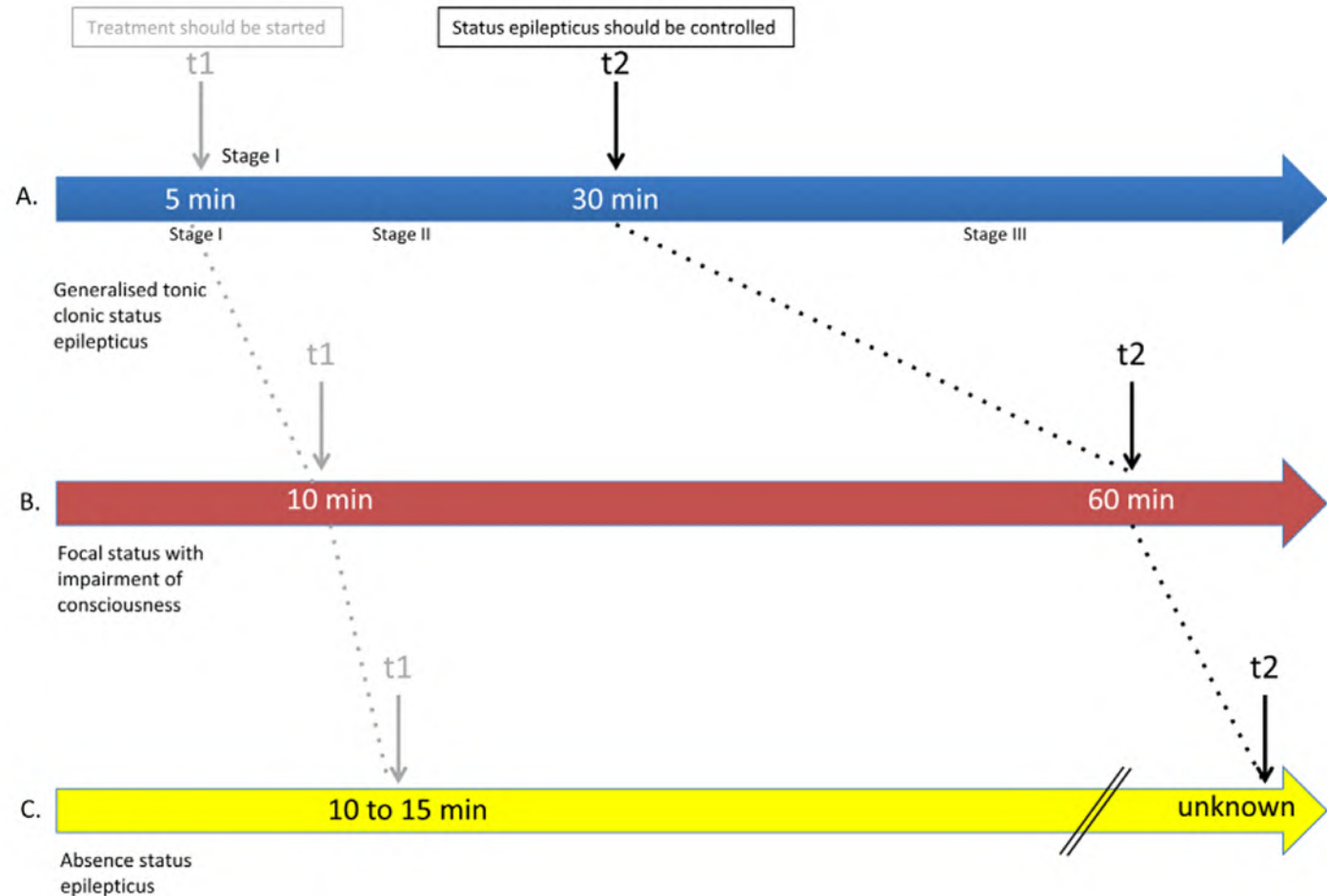
Các định nghĩa về động kinh

- **Cơn động kinh** là biểu hiện lâm sàng của rối loạn tạm thời chức năng tế bào thần kinh trong mạng lưới của não, liên quan đến *hoạt động bất thường, quá mức và/hoặc đồng bộ* của các tế bào thần kinh
- **Bệnh động kinh** đặc trưng bởi bất kỳ tiêu chuẩn nào sau đây: (1) có ít nhất 2 cơn tự phát xảy ra cách nhau > 24 giờ, (2) 1 cơn tự phát và *khả năng tái phát cơn* tương tự (ít nhất 60%) xảy ra trong 10 năm tới, (3) có chẩn đoán một hội chứng động kinh
- **Hội chứng động kinh**: nhóm triệu chứng cho phép xác định các hình thái điện sinh lý - lâm sàng và tiên lượng của bệnh động kinh.
- **Trạng thái động kinh**: là tình trạng gây ra bởi
 - Sự thất bại của các cơ chế có tác dụng làm kết thúc cơn động kinh
 - Hoặc do xuất hiện các cơ chế bệnh sinh dẫn tới sự kéo dài bất thường các cơn động kinh (thời điểm t1). Tình trạng này dẫn tới hậu quả lâu dài t2.

Các định nghĩa về động kinh

Trạng thái động kinh

- **t1** = khi cơn động kinh có thể kéo dài dẫn tới co giật liên tục
- **t2** = khi cơn động kinh có thể gây tổn thương thần kinh kéo dài, chết tế bào, biến đổi mạng lưới neuron và khiếm khuyết chức năng
- Với **trạng thái động kinh toàn thể co cứng co giật**, stage I 5 - 10 phút, stage II 10 - 30 phút, stage III > 30 phút



Chẩn đoán xác định cơn động kinh

LÂM SÀNG

Hỏi bệnh:

- ☐ Quan trọng là có người chứng kiến cơn hoặc quay được video cơn
- ☐ Định hướng theo tình huống để nhận định cơn
 - ✓ tuổi
 - ✓ hoàn cảnh xảy ra cơn
 - ✓ thời gian diễn biến cơn
 - ✓ biểu hiện lúc lần sau cơn
 - ✓ dấu hiệu thần kinh kèm theo
 - ✓ cắn lưỡi, tiểu dầm
- ☐ Sắp xếp các dấu hiệu
- ☐ Luôn nghĩ đến chẩn đoán phân biệt

CẬN LÂM SÀNG

Quan trọng để chẩn đoán phân biệt và chẩn đoán nguyên nhân

Điện não đồ

- ✓ hỗ trợ giả thuyết bản chất động kinh
- ✓ hướng đến các hội chứng động kinh đặc biệt
- ✓ yếu tố tiên lượng cho sự tái diễn

Xét nghiệm máu/ dịch não tủy

- ✓ CĐ phân biệt
- ✓ định hướng nguyên nhân (nhiễm trùng, chuyển hóa, miễn dịch)

Hình ảnh học

- ✓ hữu ích trong phân loại động kinh có tổn thương
- ✓ thường sử dụng nhất là CLVT và MRI

Chẩn đoán xác định cơn động kinh

Tiêu chuẩn cơ bản chẩn đoán động kinh là sự kết hợp khám **lâm sàng** với **điện não đồ**.

- **Lâm sàng**: Bệnh nhân có cơn phù hợp với định nghĩa, biểu hiện giống một trong các loại cơn theo các đặc điểm triệu chứng.

Điện não đồ: có hoạt động kích phát dạng động kinh.

Trường hợp trên điện não đồ chưa thấy xuất hiện hoạt động kích phát động kinh, nhưng trên lâm sàng thầy thuốc được chứng kiến cơn hoặc xác định có cơn động kinh thì **vẫn chẩn đoán động kinh**

Tại sao cần chẩn đoán chính xác động kinh?

Xác định thái độ điều trị:

- **Điều trị nội khoa:** thuốc chống động kinh (AEDs) **phù hợp** cơn ĐK, một số thuốc có thể làm nặng cơn giật cơ, cơn vắng ý thức
- Các điều trị hỗ trợ khác: phẫu thuật, chế độ ăn sinh ceton (hội chứng Dravet, nguyên nhân chuyển hóa), điều hòa thần kinh (kích thích dây X)

Tiên lượng: 4 nhóm theo Sander

- **Rất tốt** (20 - 30%) khả năng phục hồi tự nhiên cao: động kinh cục bộ tự giới hạn, động kinh giật cơ lành tính ở trẻ nhũ nhi, động kinh phản xạ, một số có thể không cần dùng thuốc
- **Tốt** (30 - 40%) dễ điều trị và có khả năng phục hồi tự nhiên: động kinh cơn vắng ở trẻ nhỏ và một số động kinh cục bộ
- **Không chắc chắn** (10 - 20%) có thể đáp ứng với thuốc nhưng khuynh hướng tái phát sau khi ngừng thuốc: động kinh giật cơ thiếu niên và hầu hết động kinh cục bộ (triệu chứng hay không rõ nguyên nhân)
- **Kém** (20%) khuynh hướng tiếp diễn ngay cả khi điều trị tích cực, cần điều trị lâu dài: động kinh giật cơ tiến triển, bệnh não động kinh, hội chứng West, hội chứng Lennox-Gastaut và một số động kinh cục bộ

Lâm sàng: cơn động kinh và cơn không phải động kinh

CƠN KHÔNG PHẢI ĐỘNG KINH

Biểu hiện co giật hoặc không co giật, giống cơn động kinh với những biểu hiện kỳ lạ, gây tò mò, **không phù hợp, không điển hình** trong toàn bộ quá trình: khởi phát, tiến triển, luôn xuất hiện trong một tình huống đặc biệt

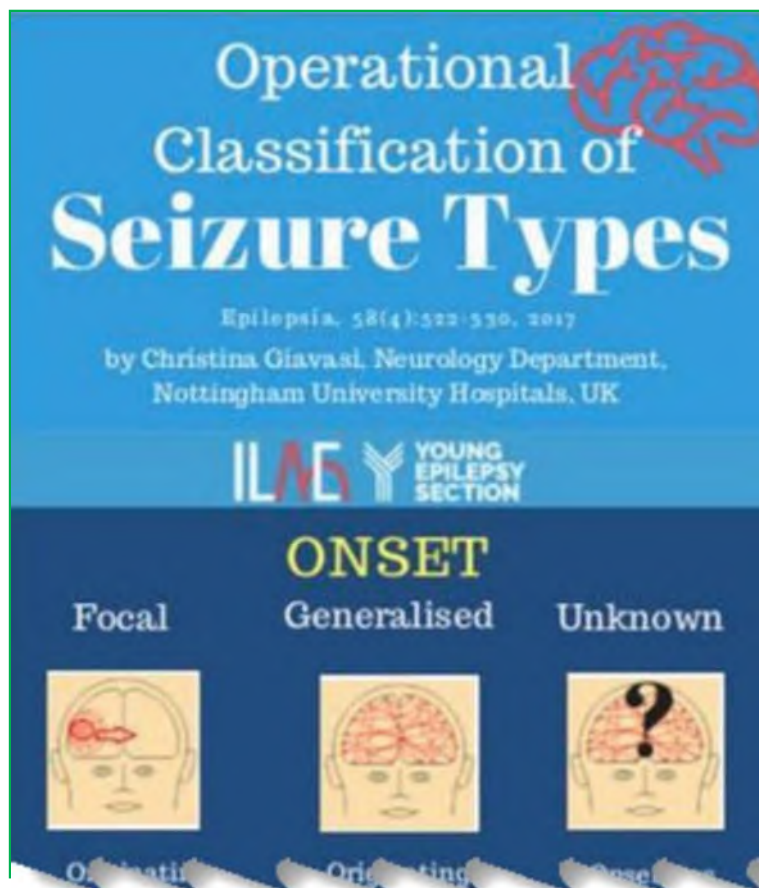
Cơn **thất bại** với điều trị kháng động kinh

Điện não đồ rất hữu ích, đặc biệt là **điện não đồ video** luôn luôn bình thường

CƠN ĐỘNG KINH	vs	CƠN KHÔNG PHẢI ĐỘNG KINH
Cơn động kinh thái dương		cơn loạn thần cấp, đột quỵ mất trí nhớ, cơn ngủ rũ
Cơn động kinh cục bộ cảm giác		TIA, migraine có aura, cơn tăng thông khí
Cơn động kinh cục bộ vận động		run, tics vận động
Cơn động kinh toàn thể co cứng - co giật		cơn ngất, cơn rối loạn phân ly, cơn loạn thần cấp
Cơn vắng ý thức		cơn mất tập trung chú ý, cơn ngủ rũ
Cơn động kinh thùy trán		cơn rối loạn tâm thần, rối loạn ám ảnh cưỡng chế
Cơn động kinh thùy chẩm		migraine có aura, TIA võng mạc
Cơn giật cơ (myoclonic)		tics, cơn ngất, cơn drop attack

Lâm sàng: cơn động kinh và cơn không phải động kinh

CƠN ĐỘNG KINH	CƠN KHÔNG PHẢI ĐỘNG KINH
Thời gian ngắn 1 - 3 phút	Kéo dài > 10 phút hoặc rất ngắn
Cấu trúc cơn định hình , thống nhất	Các triệu chứng đa dạng, dao động
Cắn chặt bên lưỡi	Khóc, nói lắp
Tư thế bất thường, tăng trương lực	Lắc đầu sang hai bên, lắc hông chậu Động tác vận động hỗn loạn, không đồng thì , ngừng rồi tiếp tục
Cảm giác đã thấy, đã trải qua trước khi bắt đầu cơn	Nhắm mắt trong cơn , đặc biệt cố nhắm khít khi người khác mở mi mắt
Mất ý thức	Ý thức vẫn bảo tồn khi rối loạn vận động cả hai bên
Hồi phục dần sau cơn, có giai đoạn lú lẫn	Hồi phục nhanh, không có lú lẫn sau cơn
Tình huống không đặc hiệu (trừ cơn phản xạ)	Tình huống dễ nhận biết



02

Chẩn đoán phân loại cơn động kinh

Các phân loại ILAE 1981 - 1989

Phân loại ILAE 1981	Phân loại ILAE 1989
Phân loại theo cơn động kinh	Phân loại theo hội chứng động kinh
Dựa vào lâm sàng và EEG	Dựa vào lâm sàng, EEG, hình ảnh học và di truyền học
Phân loại: cơn cục bộ, cơn toàn thể, cơn không phân loại	Phân loại: các hội chứng động kinh cục bộ, các hội chứng động kinh toàn thể, động kinh không xác định được đặc điểm cục bộ hay toàn thể, các hội chứng đặc biệt
Đơn giản, dễ áp dụng	Phức tạp
Khó xác định được nguyên nhân	Chia 3 nhóm nguyên nhân: động kinh nguyên phát, động kinh triệu chứng, động kinh căn nguyên ẩn
Không đánh giá chính xác tiên lượng	Cho đánh giá tương đối về tiên lượng
<i>Không phân loại được cơn khi không có thông tin về kiểu khởi phát, thiếu sự đề cập đến những loại cơn quan trọng</i>	

Phân loại ILAE 1981

Các cơn động kinh toàn bộ

☐ Các cơn vắng ý thức

- Diễn hình
- Không diễn hình

☐ Các cơn giật cơ

☐ Các cơn co giật

☐ Các cơn tăng trương lực

☐ Các cơn tăng trương lực - co giật

☐ Các cơn mất trương lực

Các cơn động kinh không phân loại

Các cơn động kinh cục bộ

☐ Các cơn động kinh cục bộ đơn giản với những dấu hiệu:

- Vận động
- Cảm giác thân thể hoặc giác quan
- Thực vật
- Tâm thần

☐ Các cơn động kinh cục bộ phức tạp

- Khởi đầu cục bộ đơn giản tiếp theo là những rối loạn về ý thức và/hoặc các động tác tự động
- Rối loạn ý thức ngay lúc bắt đầu cơn, có hoặc không có động tác tự động kèm theo

☐ Các cơn động kinh cục bộ toàn bộ hóa thứ phát

- Các cơn cục bộ đơn giản toàn bộ hóa thứ phát
- Các cơn cục bộ phức tạp toàn bộ hóa thứ phát
- Các cơn cục bộ đơn giản tiến triển thành các cơn động kinh cục bộ phức tạp sau đó toàn bộ hóa thứ phát

Triệu chứng lâm sàng một số thể động kinh toàn thể

Cơ co cứng-co giật toàn thể (cơ động kinh toàn thể cơn lớn) gồm 4 giai đoạn:

- 1) **Giai đoạn co cứng:** Đột ngột mất ý thức, co cứng toàn thân, răng nghiến chặt, có thể cắn vào lưỡi, té ngã, cơ hô hấp co cứng gây ngừng thở, kéo dài vài chục giây.
- 2) **Giai đoạn co giật:** Giật toàn thân, cường độ và tần số tăng dần sau đó giảm và thưa dần, kéo dài vài chục giây đến 1- phút.
- 3) **Giai đoạn doãi cơ:** Bệnh nhân nằm yên, bất động, các cơ duỗi toàn thân (tiểu dầm), đồng tử giãn, thở bù mạnh và nhanh, thở dốc, kéo dài 1 vài phút.
- 4) **Giai đoạn hồi phục:** Bệnh nhân hồi phục dần, phần nản đau đầu, có thể ngủ thiếp đi, có thể có thể có trạng thái hoàng hôn sau cơn.

Cơ vắng ý thức: cơn ngắn, khởi phát bằng rối loạn ý thức

- **Cơ vắng ý thức điển hình:** xảy ra ở trẻ nhỏ, thời gian từ 5 đến 30 giây. Trẻ đột ngột ở tư thế bất động nhìn ngơ ngác, ngừng các hoạt động đang làm. Cơn kết thúc đột ngột, trẻ lại tiếp tục các hoạt động dang dở của mình, không biết mình vừa lên cơn.
- **Cơ vắng ý thức không điển hình:** Rối loạn ý thức thường nhẹ, khởi phát và kết thúc kém đột ngột, dài hơn cơn điển hình.

Cơ giật cơ: những động tác ngắn, nhanh, không thành nhịp, chủ yếu cơ gấp, đối xứng hai bên, đôi khi không mất ý thức

Cơ co giật: Xuất hiện ở trẻ nhỏ, đôi khi do bệnh cảnh co giật do sốt cao, thường giật cả hai bên, thành nhịp, tần số giảm dần, thời gian không cố định, ý thức u ám sau cơn.

Cơ tăng trương lực cơ: Co cứng liên tục các cơ hai bên cơ thể, từ 10 giây đến 1 phút, kèm rối loạn ý thức và rối loạn thần kinh thực vật.

Cơ mất trương lực: Biểu hiện giảm hoặc mất trương lực tư thế đột ngột gây động tác gập người, gục đầu, kéo dài vài giây đến một vài phút.

Triệu chứng lâm sàng một số thể động kinh cục bộ

Các cơn động kinh cục bộ đơn giản: không mất ý thức.

❑ **Cơn động kinh cục bộ vận động Bravais-Jackson:** biểu hiện cơn cứng tăng trương lực, co giật lan dần từng chi đến nửa người.

▪ Khi cơn lan sang bán cầu đối diện, bệnh nhân sẽ mất ý thức (cơn Bravais-Jackson toàn thể hoá)

❑ **Cơn cục bộ vận động không có hành trình Jackson:** thường gặp co giật một phần cơ thể nửa người.

❑ **Các cơn động kinh cục bộ với triệu chứng cảm giác, giác quan**

- Cơn cảm giác thân thể
- Cơn thị giác: ảo thị, bán manh từng lúc
- Cơn thính giác: ảo giác, ảo tưởng về thính giác
- Cơn khứu giác: ảo giác tiếp nhận người thấy mùi lạ
- Cơn vị giác: vị giác bất thường: đắng, chua, mặn
- Cơn chóng mặt: chóng mặt, bồng bênh

❑ **Cơn động kinh cục bộ đơn giản với triệu chứng thực vật:** lâm sàng đa dạng

- Tiêu hoá: buồn nôn, tiết nước bọt...
- Tuần hoàn và vận mạch: hồi hộp đánh trống ngực

❑ **Các cơn động kinh cục bộ đơn giản với các triệu chứng tâm thần:** rối loạn chọn lọc chức năng cao cấp của vỏ não mà không kèm suy giảm ý thức như: trạng thái mơ mộng, hiện tượng bản năng, ảo giác tâm thần giác quan

Các cơn động kinh cục bộ phức hợp: thường là mất ý thức ngay từ đầu hoặc kèm các động tác tự động: chép miệng, nhai tóp tép, gãi đầu, nuốt, liếm mép, xoa vắn bàn tay, cài cúc áo, nói một đoạn câu hoặc phức tạp hơn như gấp chăn màn, quần áo, xếp đồ đạc... Trong khi thực hiện động tác, bệnh nhân gần như tách rời môi trường xung quanh, mọi hành động đều vô thức, hết cơn bệnh nhân không hay biết gì về hành động của mình

Động kinh cục bộ toàn thể hoá: các cơn động kinh khởi đầu cục bộ, sau đó nhanh chóng chuyển thành toàn thể.

Phân loại ILAE 1989

Động kinh và các hội chứng động kinh cục bộ

☐ Động kinh nguyên phát liên quan đến tuổi

- Động kinh lành tính trẻ nhỏ có hoạt động kích phát vùng Rolando
- Động kinh lành tính trẻ nhỏ có hoạt động kích phát vùng chẩm
- Động kinh nguyên phát khi đọc

☐ Động kinh triệu chứng

- Hội chứng Kojewnikow
- Động kinh ở thùy: thái dương, đỉnh, trán, chẩm

☐ Động kinh căn nguyên ẩn

Động kinh không xác định được là cục bộ hay toàn bộ

☐ Phối hợp giữa cơn cục bộ và toàn bộ

- Các cơn sơ sinh
- Động kinh giật cơ nặng
- ĐK với các nhọn sóng liên tục trong giấc ngủ chậm
- Hội chứng Landau-Kleffner

☐ Không có đặc điểm điển hình là cục bộ hay toàn bộ

Động kinh và các hội chứng động kinh toàn bộ

☐ Động kinh nguyên phát liên quan đến tuổi:

- Co giật sơ sinh lành tính có tính chất gia đình
- Co giật sơ sinh lành tính
- ĐK giật cơ lành tính ở trẻ em
- ĐK cơn vắng ở trẻ em
- ĐK cơn vắng thiếu niên
- ĐK giật cơ thiếu niên
- ĐK cơn lớn khi tỉnh giấc
- ĐK xuất hiện trong một số hoàn cảnh đặc biệt
- Các loại ĐK khác có thể phân loại giống ĐK toàn bộ, nguyên phát nhưng không nằm trong các HC đó

☐ Động kinh căn nguyên ẩn

- HC West
- HC Lennox-Gastaut
- Giật cơ mất đứng
- ĐK cơn vắng giật cơ

☐ Động kinh triệu chứng

- ĐK không có căn nguyên đặc hiệu
- Bệnh não giật cơ sớm
- HC Ohtahara
- Các cơn khác và các HC đặc hiệu

Các hội chứng đặc biệt

☐ Cơn xảy ra ngẫu nhiên liên quan đến một tình huống gây động kinh thoáng qua: co giật do sốt, nhiễm độc, chuyển hóa

☐ Cơn đơn độc, trạng thái động kinh đơn độc

Phân loại ILAE 2017

Xác định kiểu khởi phát: *cơn khởi phát cục bộ, khởi phát toàn thể hay không rõ khởi phát*

- Nếu xác định là cơn khởi phát cục bộ: đánh giá **mức độ ý thức**
- **Cơn cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên** (thay thế cho thuật ngữ cũ “toàn thể hóa thứ phát”) được xếp riêng vì thường gặp và quan trọng trong thực hành
- Cơn khởi phát toàn thể chia thành kiểu **cơn vận động** hay **không vận động (cơn vắng)**
- Cơn không rõ khởi phát có thể phân loại thành kiểu vận động, kiểu không vận động hay không phân loại được

Bảng phân loại ILAE 2017 về các kiểu động kinh phiên bản mở rộng¹

Khởi phát cục bộ		Khởi phát toàn thể	Không rõ khởi phát
Còn ý thức	Suy giảm ý thức	Vận động Co cứng – co giật. Co cứng. Co giật. Giật cơ. Giật cơ – co cứng – co giật. Giật cơ – mất trương lực. Mất trương lực. Cơn co thắt. Không vận động (cơn vắng) Điển hình Không điển hình. Giật cơ. Giật cơ mí mắt.	Vận động Co cứng – co giật Cơn co thắt. Không vận động Cơn ngưng hành vi.
Khởi phát vận động Cơn vận động tự động Cơn mất trương lực ² Cơn co giật Cơn co thắt. ² Cơn tăng vận động Cơn giật cơ. Cơn co cứng. Khởi phát không vận động Cơn thần kinh tự chủ Cơn ngưng hành vi. Cơn nhận thức. Cơn cảm xúc. Cơn giác quan.			Cơn không phân loại³
Cơn cục bộ chuyển thành cơn cứng co giật hai bên			

Thuật ngữ và khái niệm mới

Thuật ngữ và khái niệm ít dùng	Thuật ngữ và khái niệm mới
Grand mal: cơn lớn	Generalized tonic-clonic seizure: động kinh toàn thể co cứng - co giật
Petit mal: cơn nhỏ	Absence seizure: cơn vắng
Complex partial: cục bộ/một phần phức tạp	Focal seizure: co giật cục bộ
Simple partial: cục bộ/một phần đơn giản	
Secondary generalized: toàn thể thứ phát	Evolving to a bilateral convulsive seizure: tiến triển co cứng co giật hai bên
Benign: lành tính	Self-limited: tự giới hạn (xu hướng tự khỏi theo thời gian)
	Pharmacoresponsive: đáp ứng thuốc (có khả năng cao được kiểm soát bằng thuốc)
Catastrophic: nặng	Pharmacoresistant: kháng thuốc

Các cơn động kinh cục bộ

- Trong cơn động kinh cục bộ, rối loạn hoạt động điện ở não bắt đầu tại 1 vùng hoặc có liên quan đến một vùng phân biệt của não.
- Phân loại theo mức độ RL ý thức của bệnh nhân
 - Các cơn ĐK cục bộ có RL ý thức (ĐK cục bộ phức tạp như tên gọi trước đây)
 - Các cơn ĐK cục bộ không có RL ý thức
- Các cơn ĐK cục bộ có RL ý thức:
 - Có đặc điểm là thay đổi ý thức, có các động tác không tự chủ, máy móc, có thể kêu thành tiếng, nhai hoặc cử động tay chân.
 - Thường liên quan đến tổn thương thùy thái dương, mặc dù các cơn này có thể tác động đến các thùy trán và thùy đỉnh.
- Các cơn ĐK cục bộ không có RL ý thức:
 - Ý thức không bị giảm và bệnh nhân có các cử động có nhịp ở một chi hoặc ở mặt, hoặc có các thay đổi về giác quan như các ảo khứu, ảo thị, ảo thính, hoặc các cảm xúc sợ hãi, hoảng loạn hoặc sảng khoái...
 - Đôi khi có các dấu hiệu báo trước hoặc “dấu hiệu thoáng qua” (aura).

Cơ động kinh toàn thể loại vận động

Cơ co cứng- co giật (tonic - clonic seizures) gồm các giai đoạn:

- 1) **Giai đoạn co cứng:** Đột ngột mất ý thức, co cứng toàn thân, răng nghiến chặt, có thể cắn vào lưỡi, té ngã, cơ hô hấp co cứng gây ngừng thở, kéo dài vài chục giây.
- 2) **Giai đoạn co giật:** Giật toàn thân, cường độ và tần số tăng dần sau đó giảm và thưa dần, kéo dài vài chục giây đến 1- phút.
- 3) **Giai đoạn doãi cơ:** Bệnh nhân nằm yên, bất động, các cơ duỗi toàn thân (tiểu dầm), đồng tử giãn, thở bù mạnh và nhanh, thở dốc, kéo dài 1 vài phút.
- 4) **Giai đoạn hồi phục:** Bệnh nhân hồi phục dần, phần nản đau đầu, có thể ngủ thiếp đi, có thể có thể có trạng thái hoàng hôn sau cơn.

Cơ co giật (Tonic seizures):

- Co các cơ nhanh và có nhịp gây ra các cử động giật hoặc rung lắc
- Cử động giật thường không đối xứng, bất thường và có khởi phát đột ngột.

Cơ co cứng (tonic seizures) :

Co cứng liên tục các cơ hai bên cơ thể, thường kèm triệu chứng quay mắt, quay đầu về 1 phía, kèm rối loạn ý thức và rối loạn thần kinh thực vật

Cơ giật cơ : (Myoclonic seizures)

- Một sự co cơ nhanh của một cơ hay của nhóm cơ
- Co cơ có thể riêng lẻ hoặc lặp lại và thay đổi về mức độ từ hầu như co giật không thể nhận thấy cho đến cử động giật cơ mạnh
- Hồi phục nhanh
- Ý thức thường là không bị mất
- Hay xảy ra vào lúc đi ngủ hoặc trong vòng 1 giờ khi thức dậy

Cơ động kinh toàn thể loại vận động

Cơ giật cơ - co cứng-co giật (Myoclonic – tonic – clonic seizures):

- Có một pha giật cơ, với các cử động giật cơ tăng về cường độ và tần số, và diễn tiến thành một pha co cứng-co giật với cường độ mạnh hơn
- Trong một vài trường hợp pha co cứng-co giật có thể xảy ra trước pha giật cơ
- Thường hay gặp ở những bệnh nhân có hội chứng động kinh giật cơ ở trẻ thiếu niên

Cơ giật cơ mất trương lực (myoclonic – atonic seizures):

- Một sự giật cơ đi theo sau là một cơn mất trương lực
- Đôi khi có một chuỗi các cử động giật cơ xảy ra trước khi mất trương lực
- Ảnh hưởng đến đầu và các chi, diễn hình gây ra một cú té ngã nhanh
- Cử động giật cơ có thể vi tế khó nhận ra

Cơn mất trương lực (atonic seizures) :

- Đột ngột mất trương lực của các cơ nhất định (ví dụ, làm cho đầu bị gục xuống, chân tay bị rớt hoặc hàm bị thả lỏng) hoặc của tất cả cơ, làm người bệnh té ngã xuống đất
- Diễn ra khá nhanh và theo sau là sự phục hồi ngay tức thì

Cơn co thắt loại động kinh: (epileptic spasms):

- Có sự gập, duỗi hoặc phối hợp gập-duỗi đột ngột của các cơ vùng thân mình và gốc chi, kéo dài từ 1-2 giây. Có thể có cử động giật cơ (kéo dài 1 vài mili giây) nhưng không dài như một cơn động kinh co cứng (kéo dài hơn 2 giây)
- Cơn co thắt điển hình xảy ra thành 1 chuỗi, thông thường lúc thức
- Các thể vi tế khó nhận ra có thể xảy ra chỉ với cử động của cằm, nhãn nhó mắt, hoặc cử động nhúc nhích đầu

Cơ động kinh toàn thể loại không vận động (cơ vắng)

Cơ vắng ý thức : cơn ngắn, khởi phát bằng rối loạn ý thức

- **Cơ vắng ý thức điển hình : (typical absence seizures)** xảy ra ở trẻ nhỏ, thời gian từ 5 đến 30 giây. Trẻ đột ngột ở tư thế bất động nhìn ngơ ngác, ngừng các hoạt động đang làm. Cơn kết thúc đột ngột, trẻ lại tiếp tục các hoạt động đang dở của mình, không biết mình vừa lên cơn.
- **Cơ vắng ý thức không điển hình: (atypical absence seizures)** Rối loạn ý thức thường nhẹ, khởi phát và kết thúc kém đột ngột, dài hơn cơn điển hình.

Cơ vắng giật cơ (myoclonic absence seizures):

- Có các cử động giật cơ có nhịp của hai vai và cánh tay theo sau là một cơn không vận động không điển hình
- Cơn kéo dài từ 10-60 giây và điển hình thì xảy ra hàng ngày
- Mức độ ý thức thay đổi nhiều từ mất ý thức hoàn toàn cho đến vẫn còn ý thức

Cơ vắng giật cơ ở mi mắt (eyelid myoclonia absence seizures):

- Là cơn vắng điển hình đi kèm với các cử động giật cơ nhanh, lập lại, nhắm của mi mắt cùng lúc với sự ngược mắt lên trên và ngửa đầu ra
- Điển hình thì cơn xảy ra rất ngắn (<6 giây) và nhiều cơn xảy ra trong mỗi ngày.
- Trong hầu hết các trường hợp, ý thức vẫn còn nguyên vẹn

Các loại cơn khác

Cơn khởi phát không rõ (unknown) :

- Có thể không phân loại được một số cơn, hoặc do thiếu thông tin hoặc do bản chất thất thường của cơn động kinh. Ví dụ, không quan sát được cách khởi phát cơn do bệnh nhân trong lúc ngủ, ở một mình, hoặc người quan sát bị quá phân tâm không ghi nhận được các biểu hiện của một cơn cục bộ
- Các cơn khởi phát không rõ có thể được phân loại tiếp theo có vận động hoặc không có vận động chỉ khi có các đặc trưng chìa khóa
- ILAE đề nghị phân loại một cơn động kinh là khởi phát cục bộ hoặc toàn thể chỉ khi có mức độ tự tin cao (ví dụ $\geq 80\%$) về sự quyết định chuẩn xác; ngược lại, nên để vào nhóm không xếp loại được

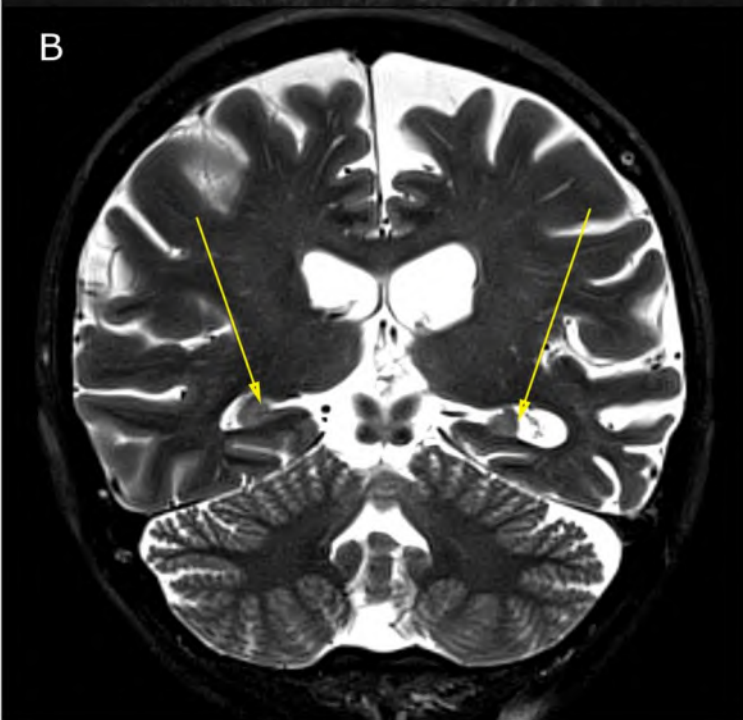
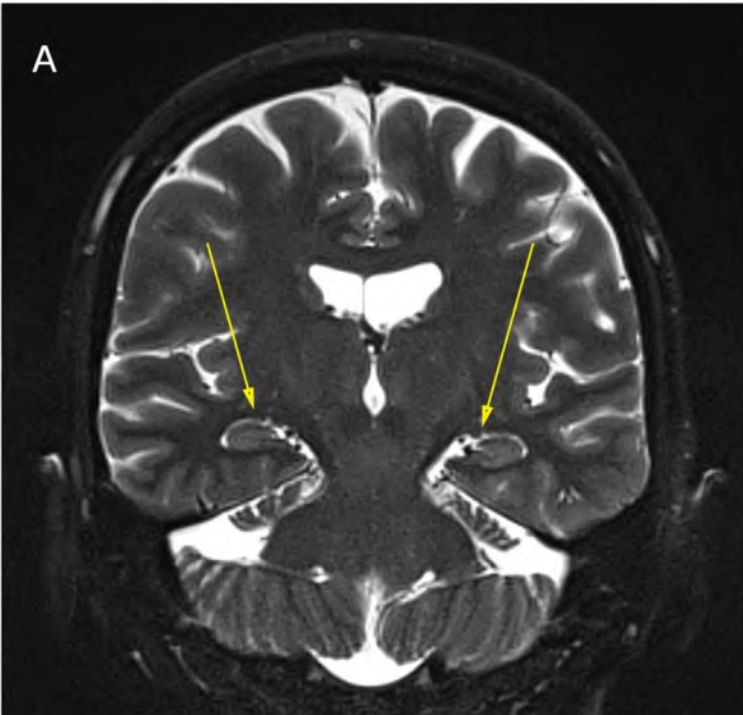
Cơn không xếp loại được (unclassified):

- Loại “Không xếp loại được” chỉ nên dùng cho các trường hợp ngoại lệ khi mà BS lâm sàng tự tin rằng biến cố là một cơn động kinh nhưng chưa thể phân loại xa hơn biến cố này

Chẩn đoán phân loại động kinh: ý nghĩa



- ☐ Là bước rất quan trọng (nhưng không phải cuối cùng) trong chẩn đoán xác định bệnh và tối ưu hóa điều trị
- ☐ Định hướng các thăm dò bổ sung tìm nguyên nhân: điện não đồ, hình ảnh học, tìm rối loạn chuyển hóa, xét nghiệm gen
- ☐ **Hướng dẫn điều trị:** lựa chọn thuốc kháng động kinh khác nhau giữa các dạng cơn: cục bộ (bao gồm cả cục bộ toàn thể hóa thứ phát) và toàn thể
- ☐ **Giá trị trong tiên lượng bệnh**



03

Chẩn đoán căn nguyên

Phân loại căn nguyên kinh điển

Động kinh nguyên phát

cơ động kinh không liên quan đến bất kỳ tổn thương nào của não, tiền sử hoặc xét nghiệm cho thấy có liên quan đến yếu tố di truyền

Ví dụ:

- Động kinh thùy trán ban đêm
- Động kinh cơn vắng trẻ nhỏ
- Co giật sơ sinh lành tính

Động kinh triệu chứng

cơ xuất hiện do tổn thương cấu trúc của não, nguyên nhân phát hiện bằng thăm khám lâm sàng thần kinh và hình ảnh học

Ví dụ:

- Hội chứng Kojewnikow (sau bệnh mạch máu, viêm, chấn thương, Rasmussen)
- Bệnh não giật cơ sớm
- Căn nguyên chuyển hóa hoặc thoái hóa

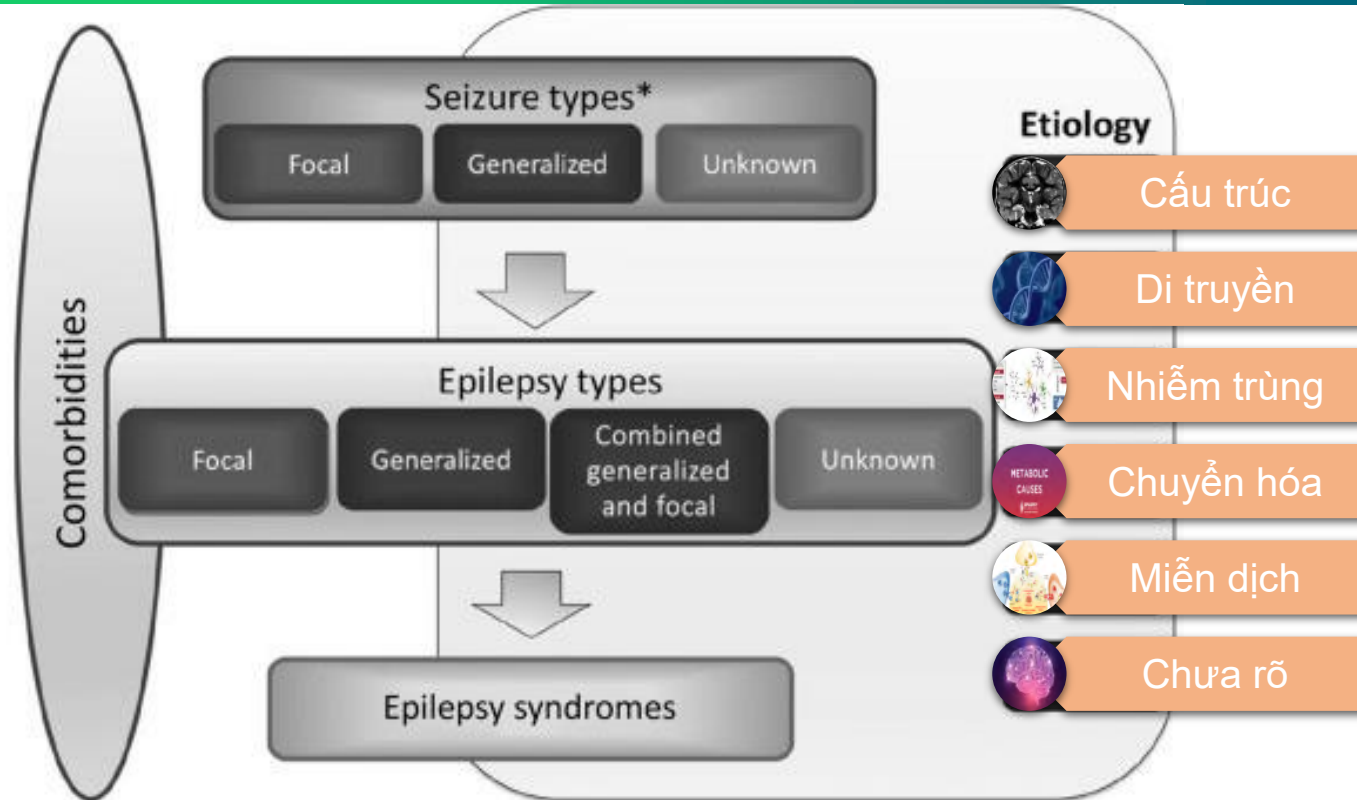
Động kinh căn nguyên ẩn

các động kinh không thuộc nhóm nguyên phát nhưng bằng các phương pháp thăm khám cận lâm sàng hiện có chưa tìm ra nguyên nhân. Phân loại này giúp thầy thuốc phải tiếp tục theo dõi, phát hiện sớm nguyên nhân khi nó xuất hiện để điều trị

Ví dụ:

- Hội chứng West
- Hội chứng Lennox-Gastaut
- Hội chứng Doose

Phân loại căn nguyên theo ILAE 2017



* Denotes seizure onset, according to the 2017 classification of seizure type by ILAE (Fisher et al., 2017)

- ✓ Phân loại chi tiết và chỉ rõ được nguyên nhân của bệnh động kinh hoặc hội chứng động kinh
- ✓ Có thể gặp một hoặc nhiều nguyên nhân trên một trường hợp:
 - xơ cứng củ Bournerville có căn nguyên di truyền - cấu trúc
 - hội chứng Leigh có căn nguyên di truyền - chuyển hóa
- ✓ Giá trị tiên lượng

Các loại nguyên nhân gây bệnh động kinh

Do gen (Genetic)

Bất thường về nhiễm sắc thể
Bất thường về gen

Do cấu trúc (Structural)

Dị dạng phát triển vỏ não Loạn sản vỏ não cục bộ
Bướu hamartoma ở hạ đồi
Xơ cứng củ (tuberous sclerosis) Dị dạng mạch máu
Xơ cứng vùng hải mã (hippocampal sclerosis)
Đột quỵ (Stroke) Các loại u bướu
Bất thường ở não mắc phải khác

Do chuyển hóa (Metabolic)

Các động kinh do chuyển hóa

Do miễn dịch (Immune)

Hội chứng Rasmussen
Qua trung gian kháng thể

Các động kinh do nhiễm trùng (Infectious epilepsies)

Không rõ nguyên nhân (Unknown)

Hội chứng động kinh liên quan nhiễm trùng kèm sốt (Febrile infection-related epilepsy syndrome, FIRES)

Các động kinh không xếp loại (Unclassified epilepsies)

Các phương tiện hỗ trợ chẩn đoán căn nguyên

Chẩn đoán định vị ổ sinh ĐK

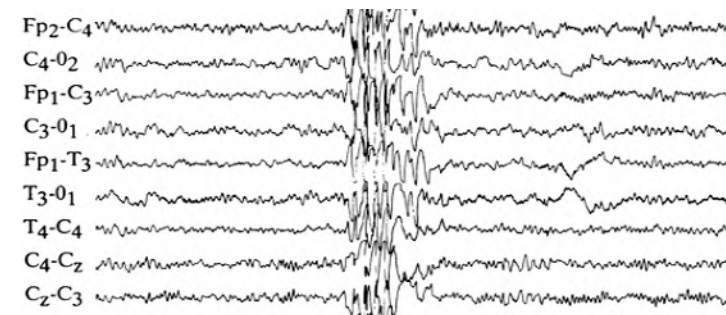
Phương tiện không xâm lấn: điện não đồ, cộng hưởng từ, hình ảnh học chức năng: cộng hưởng từ chức năng, PET, SPECT

Phương tiện xâm lấn: Điện não nội sọ: điện não dưới màng cứng, điện não bề mặt vỏ não

Phương tiện hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân

Cấu trúc	Hình ảnh học: CLVT, MRI, MRI chức năng, PET, SPECT
Di truyền	Panel gene động kinh
Nhiễm trùng	Dịch não tủy (PCR đa môi, HSV, lao, giang mai), ấu trùng sán lợn
Chuyển hóa	Glucose, điện giải đồ, Ca, Mg, creatinin, lactat, NH ₃ , khí máu ĐM, ceton máu, tổng phân tích nước tiểu, porphyrin niệu, pyridoxine
Miễn dịch	anti-NMDAR, oligoclonal bands

Điện não đồ thường quy



Phát minh năm **1920** bởi Hans Berger và chứng tỏ vai trò quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi điều trị động kinh

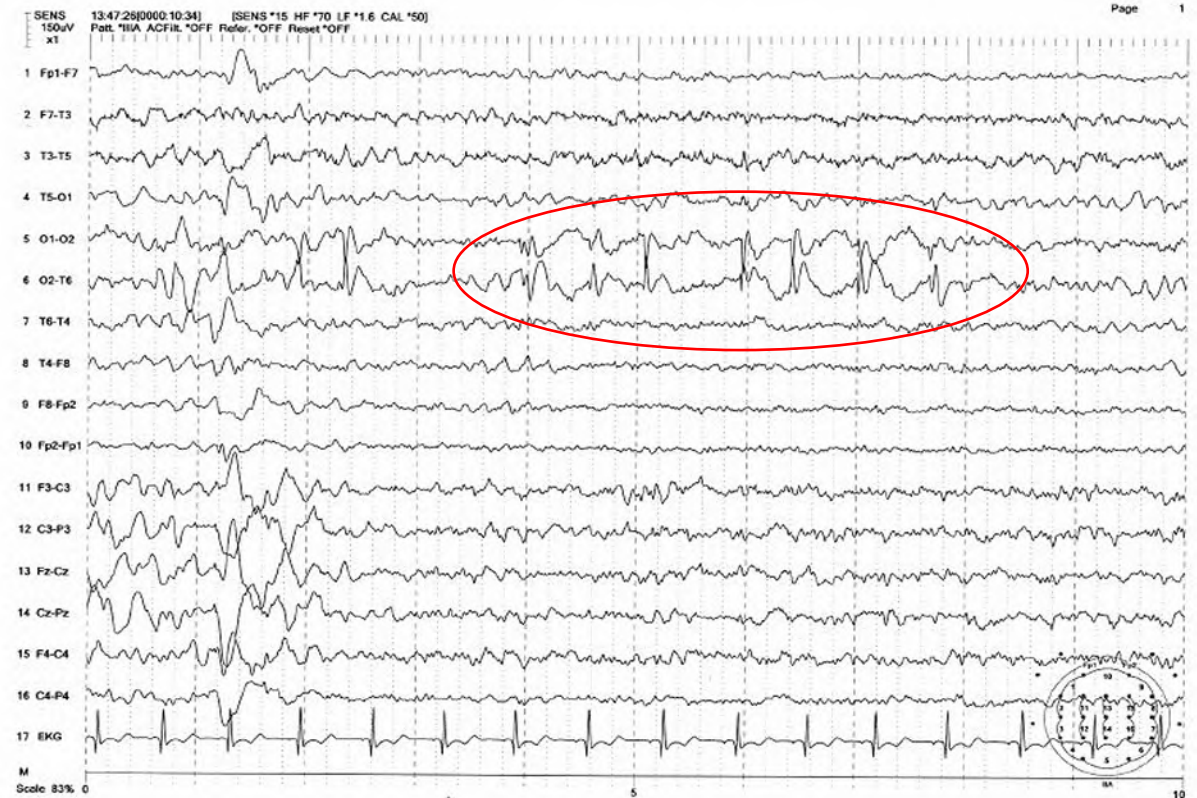
- ☐ Độ nhạy của điện não đồ trong động kinh khoảng 50% (Fowler 2000). Điện não đồ bình thường không cho phép loại trừ động kinh. Không chẩn đoán động kinh bằng điện não đồ nếu lâm sàng không có cơ
- ☐ Vai trò trong chẩn đoán hội chứng động kinh, chẩn đoán định khu (nhất là các tổn thương mới ở mức độ chức năng, động kinh nguyên phát hoặc động kinh căn nguyên ẩn có vai trò quan trọng hơn các PP hình ảnh học), chẩn đoán phân biệt
- ☐ Tiên lượng động kinh
- ☐ Theo dõi hiện tượng quá liều, bỏ hoặc dùng không đủ liều thuốc kháng động kinh
- ☐ Hiệu quả trong theo dõi điều trị trạng thái động kinh (nhất là trạng thái động kinh không co giật)
- ☐ Các kỹ thuật ghi xâm lấn tùy trường hợp

Các dạng sóng trên điện não gặp trong động kinh

Kích phát sóng là biến đổi đặc trưng của động kinh, được biểu hiện bằng sự xuất hiện đột ngột và biến mất cũng đột ngột các hoạt động điện não với biên độ rất cao. Loạt kích phát này có thể dưới dạng: gai nhọn, nhọn sóng, sóng chậm delta, theta, các phức hợp nhọn-sóng, nhọn sóng - chậm, đa - nhọn sóng.

Tuy nhiên một bản ghi điện não bình thường không loại bỏ chẩn đoán động kinh và ngược lại, cũng không dựa vào các bất thường của điện não đồ để kết luận có động kinh.

Các nghiệm pháp hoạt hóa: thở sâu, kích thích ánh sáng rất quan trọng cho việc làm xuất hiện các hoạt động bệnh lý tiềm ẩn



Hoạt động kích phát dạng gai sóng, nhọn sóng vùng chẩm hai bên. Bệnh nhân 4 tuổi động kinh thùy chẩm lành tính

Các dạng sóng trên điện não gặp trong động kinh

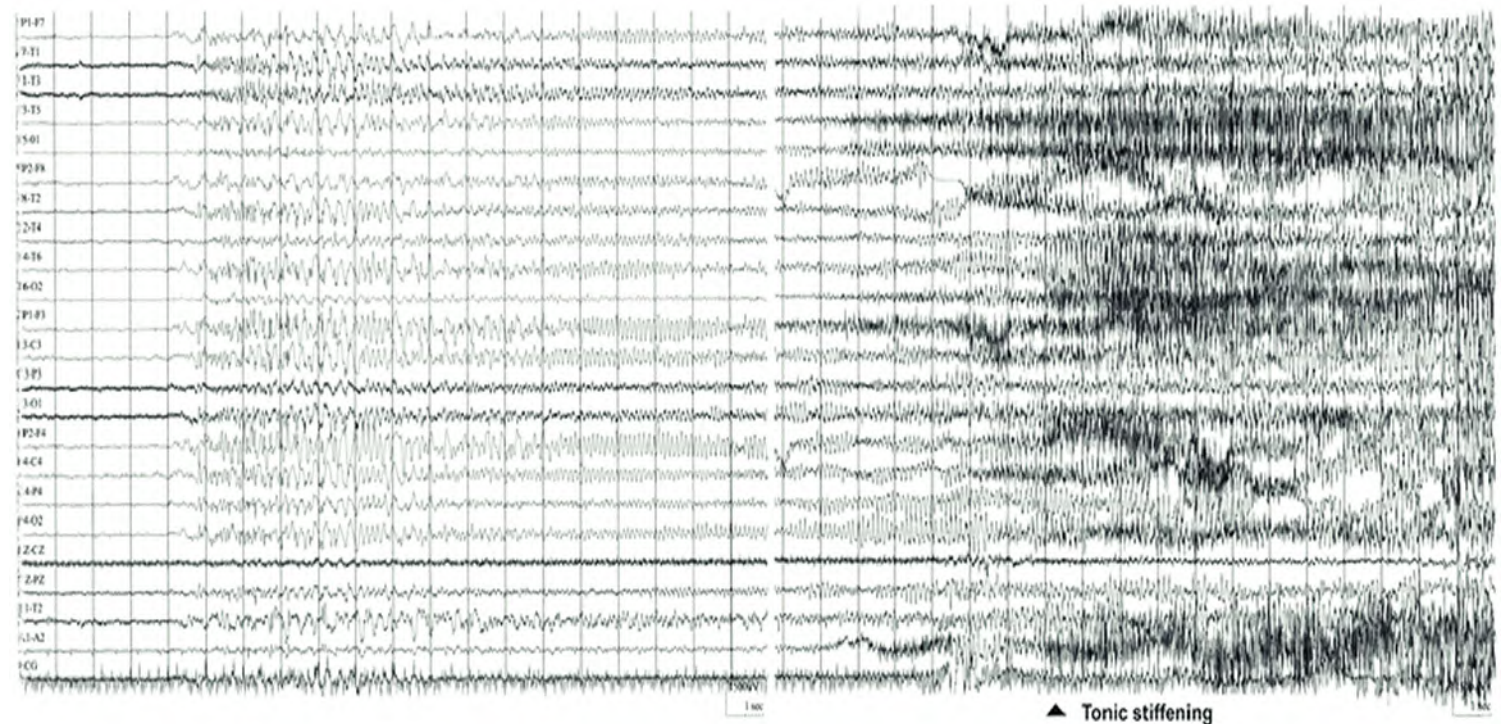
CÁC HOẠT ĐỘNG TRONG CƠN

Hoạt động kích phát hoặc sóng chậm xuất hiện thành nhịp

- Nhịp tuyến nạp:

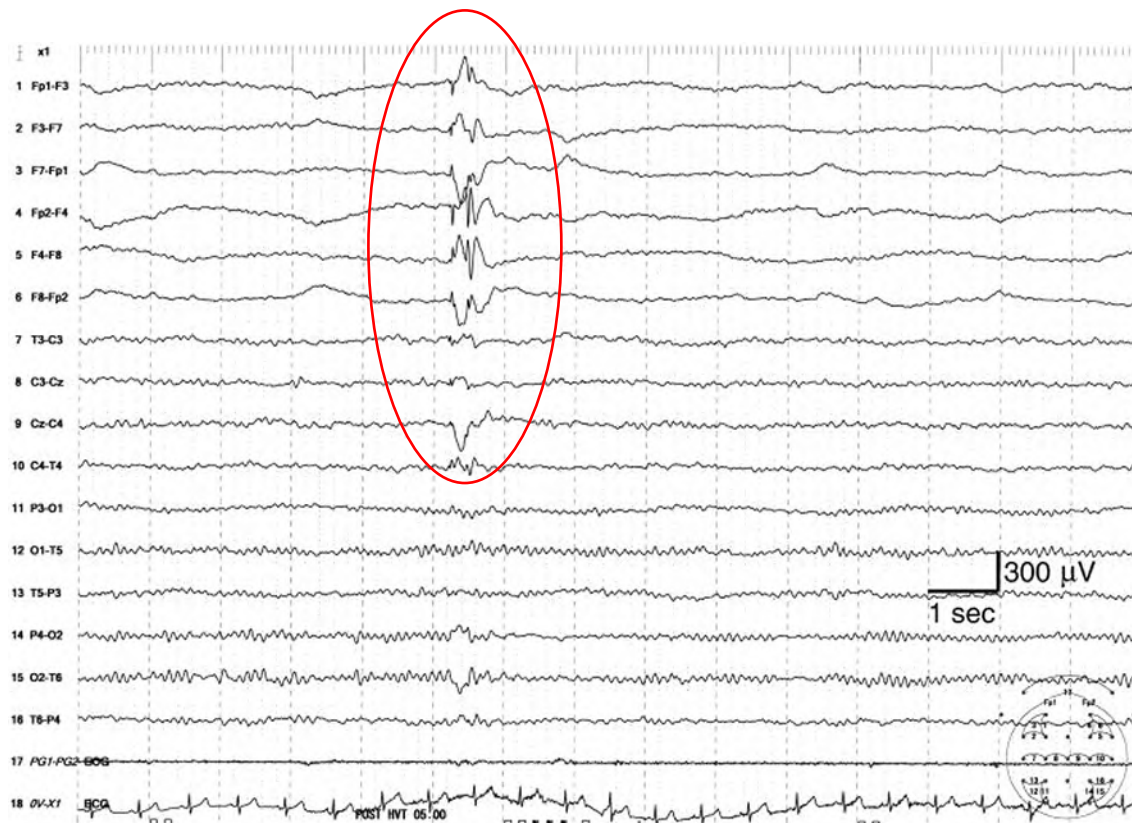
- hoạt động nền đột ngột dừng lại, thay bằng nhịp nhanh biên độ thấp, điện thế giảm thay bằng các hoạt động thành nhị
- càng lúc càng tăng dần về biên độ, giảm dần về tần số, cuối cùng là các hoạt động chậm (hết cơn)
- gặp ở hai bên: pha tăng trương lực trong cơn tăng trương lực co giật, cơn tăng trương lực của hội chứng Lennox-Gastaut)
- gặp ở một bên hoặc một vùng trên bán cầu

- Các **phóng lực kích phát toàn bộ** dưới dạng các nhọn sóng chậm và đa nhọn sóng



Nhịp tuyến nạp và hoạt động kích phát dạng nhọn sóng hai bên bán cầu. Bệnh nhân trong cơn động kinh toàn thể co cứng co giật

Điện não đồ: định khu và định bên tổn thương



Phóng lực kích phát dạng nhọn sóng thùy trán hai bên

Điện não đồ video

TƯƠNG QUAN lâm sàng và điện não đồ

- ✓ Xác định ổ sinh động kinh (vùng phóng điện dạng động kinh ngoài cơn và vùng khởi phát cơn động kinh trong cơn)
- ✓ Giá trị chẩn đoán:
 - EEG định vị được cơn trong 72% trường hợp, trong đó khả năng định vị động kinh thùy thái dương cao hơn động kinh ngoài thùy thái dương
 - Loại cơn cục bộ có suy giảm ý thức: định vị được trong 97 - 100% trường hợp
 - Động kinh thái dương trong (xơ hải mã): định vị được trong 75 - 100% trường hợp

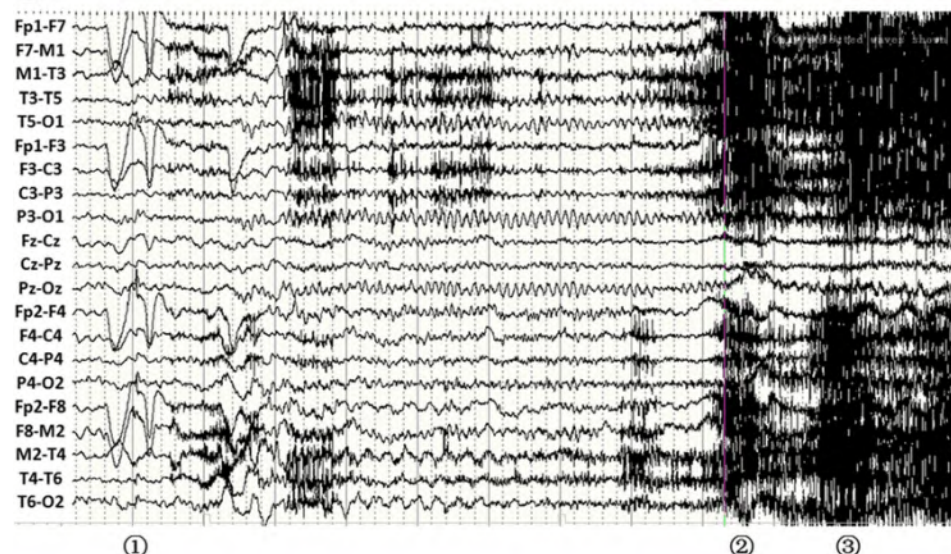
a



b



c

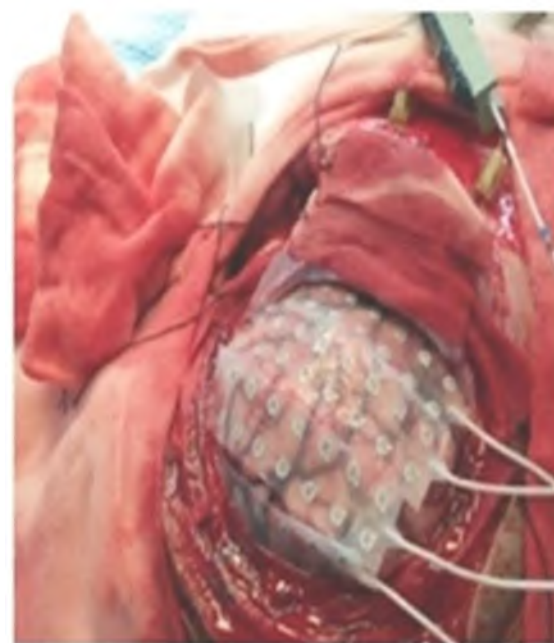
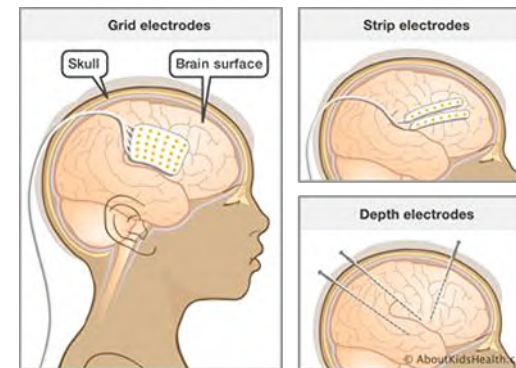


Điện não đồ định vị

Điện não đồ định vị: sử dụng **điện cực màng cứng** (subdural electrodes), điện cực bề mặt hoặc điện cực sâu (depth electrodes)

- Khắc phục được hạn chế của EEG thường quy ở những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật điều trị động kinh: bỏ sót ổ động kinh khi cắt bỏ, hoặc phạm vi cắt bỏ rộng dễ dẫn tới các thiếu sót chức năng thần kinh sau mổ.

Bệnh nhân được mở hộp sọ và màng cứng rộng rãi tại vùng nghi ngờ ổ động kinh. Đặt tấm điện cực dạng lưới áp sát bề mặt não để ghi lại sóng điện não. Phân tích bản ghi điện não từ đó khu trú ổ động kinh trên bề mặt não. Phẫu thuật viên cắt bỏ vùng não (sâu tới hết chất xám) có ổ động kinh.



Đặt điện cực xác định ổ động kinh



Kiểm tra điện não sau cắt ổ động kinh

Hình ảnh học CT scan và MRI

Chỉ định:

Chẩn đoán động kinh, đặc biệt cần thiết với tất cả các trường hợp **động kinh cục bộ**

Cơn khởi phát **sau 20 tuổi**

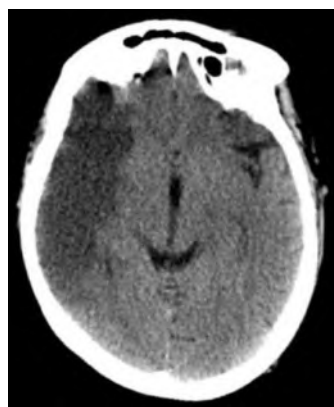
Cơn toàn thể không đáp ứng với điều trị

Có dấu hiệu trên lâm sàng **gợi ý định vị ổ sinh động kinh**

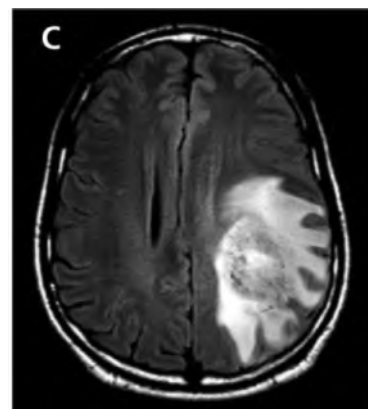
MRI: cơn cục bộ có suy giảm ý thức hoặc có dấu hiệu gợi ý định vị ổ sinh động kinh mà CT âm tính hay không rõ, đánh giá trước phẫu thuật



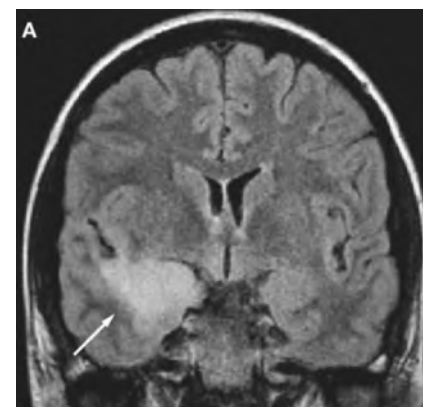
Chảy máu não



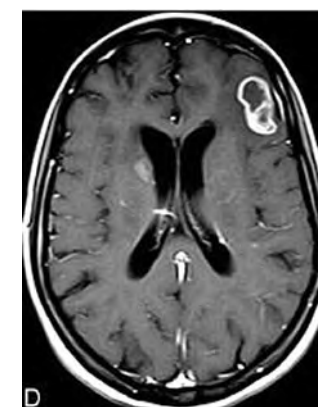
Nhồi máu não



U thần kinh đệm



Viêm não Herpes



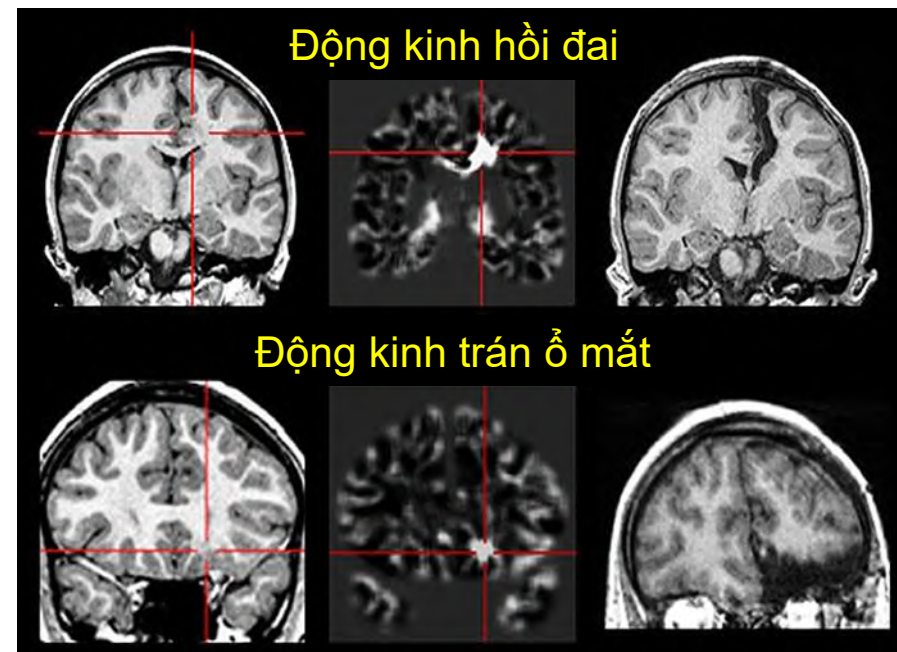
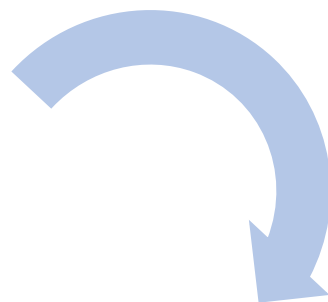
Toxoplasmosis

Hình ảnh học cấu trúc: MRI

MRI với protocol cũ của ILAE:

- T1W mặt phẳng đứng dọc 5mm
- T2W/T2 FLAIR axial và coronal lát cắt 4 mm
- T2 FLAIR vuông góc với trục hải mã

Những thay đổi nhỏ của vỏ não do thiếu sản vỏ não thường bị bỏ qua

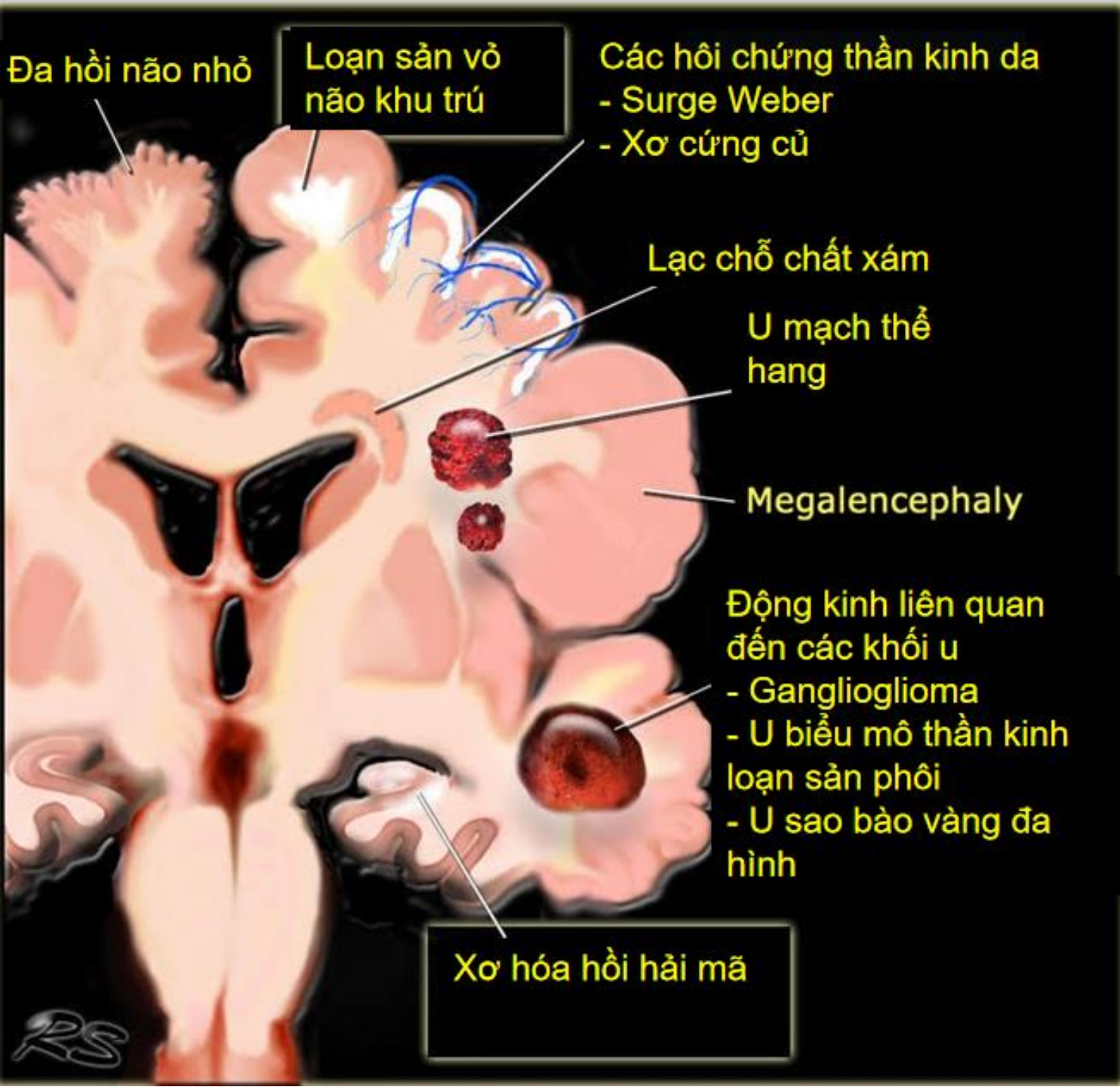


MRI với protocol động kinh 2019 HARNESS-MRI:

- T1W lát cắt 1mm 3D: cấu trúc và hình thái (thể tích, độ dày, hình dạng các rãnh thùy, tính toàn vẹn của các lớp chất trắng - chất xám)
- FLAIR lát cắt 1mm 3D: sự thay đổi tín hiệu
- Coronal T2W cộng hưởng cao: cấu trúc hồi hải mã, amygdala và vỏ não cạnh hải mã

- **Tái tạo 3D được các bình diện khác nhau với lớp mỏng và đo thể tích hải mã. Xác định được bản chất và vị trí tổn thương với độ nhạy cao hơn**
- Tăng khả năng phát hiện tổn thương trên các “MRI negative” theo protocol trước đây.
30 - 65% động kinh kháng trị với “MRI negative” trước đó có tổn thương

Andrea 2019, Recommendations for the use of structural magnetic resonance imaging in the care of patients with epilepsy: A consensus report from the International League Against Epilepsy Neuroimaging Task Force



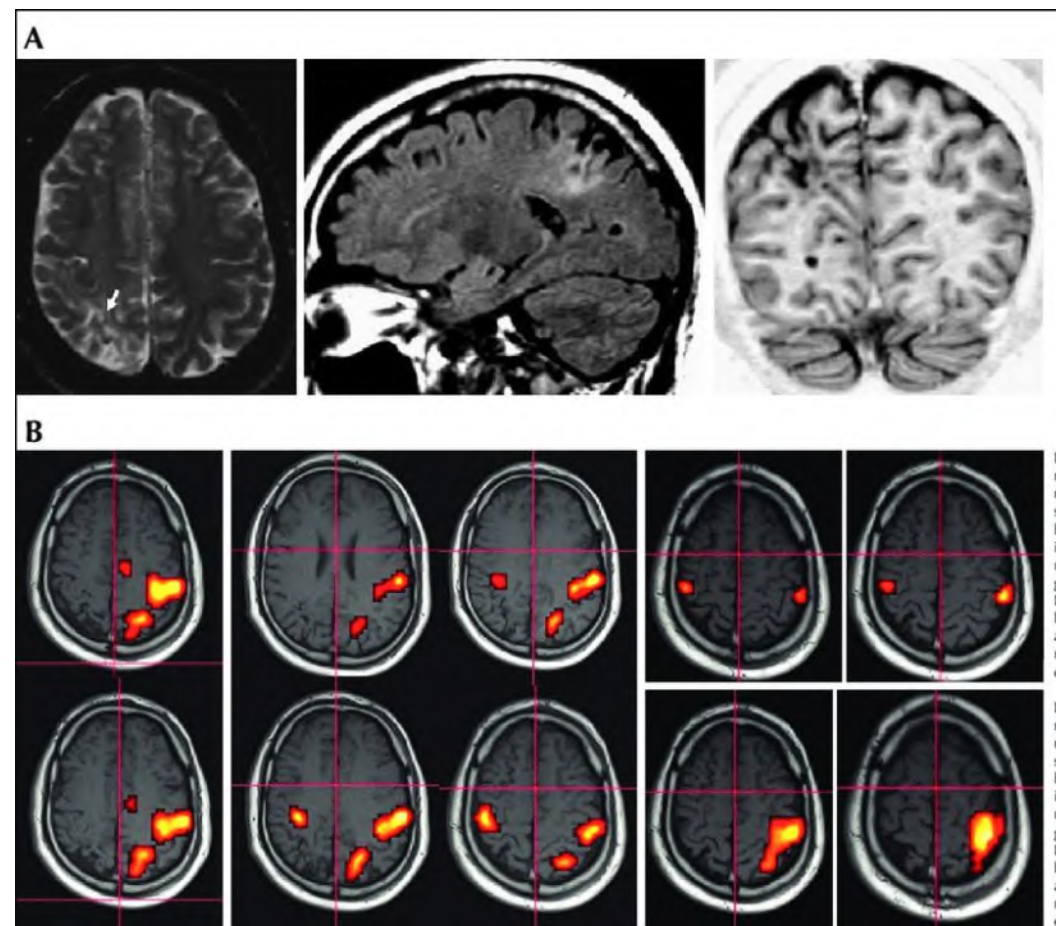
CĂN NGUYÊN CẤU TRÚC

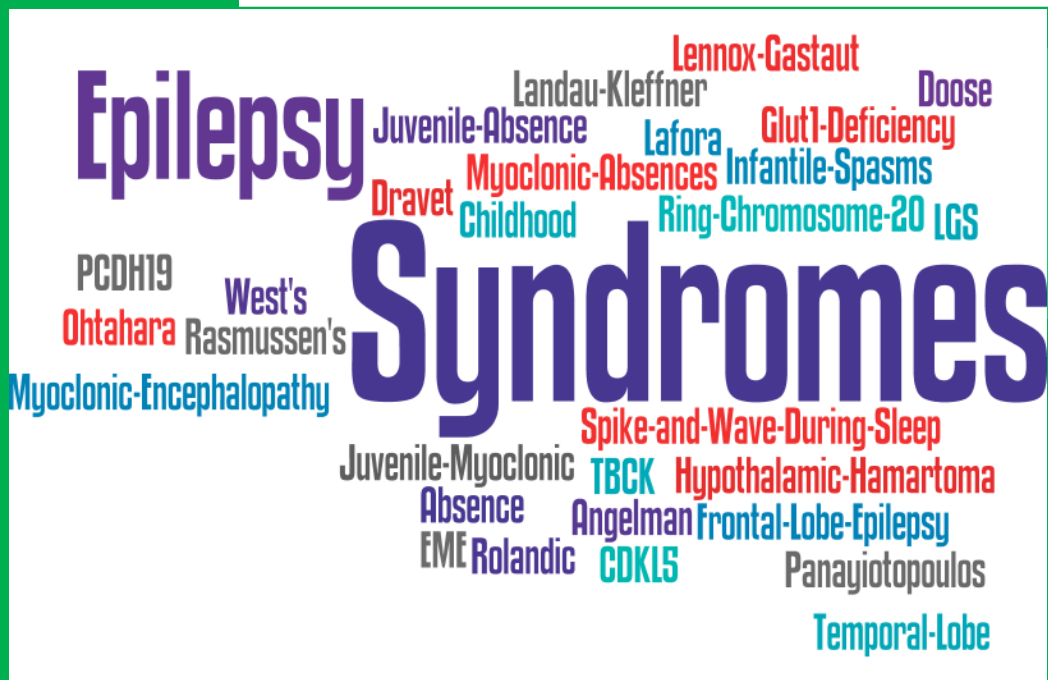
Hình ảnh học chức năng: fMRI, PET & SPECT

MRI chức năng (functional MRI): đo các biến đổi deoxyhemoglobin, qua đó đánh giá thiếu hụt oxy tổ chức não, gián tiếp đánh giá hoạt động của neuron

FDG-PET (18F-fluorodeoxyglucose PET): khảo sát tình trạng chuyển hóa xung quanh ổ sinh động kinh

SPECT: khảo sát tình trạng tưới máu não
- Độ nhạy: *SPECT trong cơn* (97 - 100%) > *SPECT sau cơn* (75 - 77%) > *SPECT ngoài cơn* (43 - 44%)





04

Chẩn đoán hội chứng
động kinh

Hội chứng động kinh

- ❑ Hội chứng động kinh bao gồm phức hợp của các đặc điểm, dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng *cùng xác định một rối loạn co giật lâm sàng dễ nhận biết, khác biệt.*
- ❑ Một số hội chứng có tương quan cao với
 - một nguyên nhân cụ thể (ví dụ, đột biến *SCN1A* trong hội chứng *Dravet*)
 - một loạt các nguyên nhân (như hội chứng *West* hoặc hội chứng *Lennox-Gastaut*)
- ❑ Nhiều hội chứng có thể được *xác định dựa vào tuổi lúc khởi phát, (các) loại co giật, điện não đồ, nguyên nhân và các bệnh kèm theo*
- ❑ Các hội chứng động kinh cụ thể *thường được xác định ở trẻ em và thanh thiếu niên hơn ở người lớn.* Chẩn đoán có thể cung cấp thông tin cụ thể về bệnh sử, các bệnh kèm theo liên quan, đặc biệt là khiếm khuyết trí tuệ và các đặc điểm tâm thần, và xử trí

Hội chứng động kinh theo tuổi

Bảng 4. Phân loại hội chứng động kinh và động kinh khác theo tuổi [2]

Giai đoạn sơ sinh	Neonatal period
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cơ co giật sơ sinh lành tính ▪ Bệnh động kinh sơ sinh gia đình lành tính ▪ Bệnh não co giật cơ sớm ▪ Hội chứng Ohtahara 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Benign neonatal seizures ▪ Benign familial neonatal epilepsy ▪ Early myoclonic encephalopathy (EME) ▪ Ohtahara syndrome
Trẻ nhũ nhi (khởi phát dưới 2 tuổi)	Infancy (onset under 2 years)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Co giật do sốt ▪ Co giật thêm do sốt ▪ Động kinh co giật khu trú di chuyển nhũ nhi ▪ Hội chứng West ▪ Động kinh co giật cơ nhũ nhi ▪ Động kinh nhũ nhi lành tính ▪ Bệnh động kinh nhũ nhi gia đình lành tính ▪ Hội chứng Dravet ▪ Bệnh não co giật cơ trong các rối loạn không tiến triển 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Febrile seizures ▪ Febrile seizures plus (FS+) ▪ Epilepsy of infancy with migrating focal seizures ▪ West syndrome ▪ Myoclonic epilepsy in infancy (MEI) ▪ Benign infantile epilepsy ▪ Benign familial infantile epilepsy ▪ Dravet syndrome ▪ Myoclonic encephalopathy in non-progressive disorders

Trẻ nhỏ

- Co giật do sốt
- Co giật thêm do sốt
- Động kinh chậm khởi phát sớm ở trẻ nhỏ (loại Panayiotopoulos)
- Động kinh với co giật cơ mất trương lực (trước đây là astatic)
- Động kinh lành tính với gai trung tâm thái dương
- Động kinh thùy trước ban đêm ưu thế tự động
- Động kinh chậm khởi phát sớm ở trẻ nhỏ (loại Gastaut)
- Động kinh cơn vắng trẻ em
- Động kinh với cơn vắng co giật cơ
- **Hội chứng Lennox-Gastaut**
- Bệnh não động kinh với gai và sóng liên tục trong khi ngủ
- **Hội chứng Landau-Kleffner**

Thanh niên đến người lớn

- Động kinh cơn vắng tuổi thiếu niên
- Động kinh co giật cơ thiếu niên
- Động kinh với co giật cơ cứng - co giật toàn thân đơn độc
- Động kinh ưu thế tự động với các đặc điểm thính giác
- Động kinh thùy thái dương gia đình khác

Hội chứng động kinh gia đình

- Động kinh khu trú gia đình với các ổ thay đổi
- Động kinh di truyền kèm co giật thêm do sốt

Childhood

- Febrile seizures
- Febrile seizures plus (FS+)
- Early onset childhood occipital epilepsy (Panayiotopoulos type)
- Epilepsy with myoclonic atonic (previously astatic) seizures
- Benign epilepsy with centrotemporal spikes (BECTS)
- Autosomal-dominant nocturnal frontal lobe epilepsy (ADNFLE)
- Late onset childhood occipital epilepsy (Gastaut type)
- Childhood absence epilepsy (CAE)
- Epilepsy with myoclonic absences
- Lennox-Gastaut syndrome
- Epileptic encephalopathy with continuous spike-and-wave during sleep (CSWS)
- Landau-Kleffner syndrome

Adolescent to adult

- Juvenile absence epilepsy (JAE)
- Juvenile myoclonic epilepsy (JME)
- Epilepsy with generalized tonic-clonic seizures alone (GTCA)
- Autosomal dominant epilepsy with auditory features (ADEAF)
- Other familial temporal lobe epilepsies

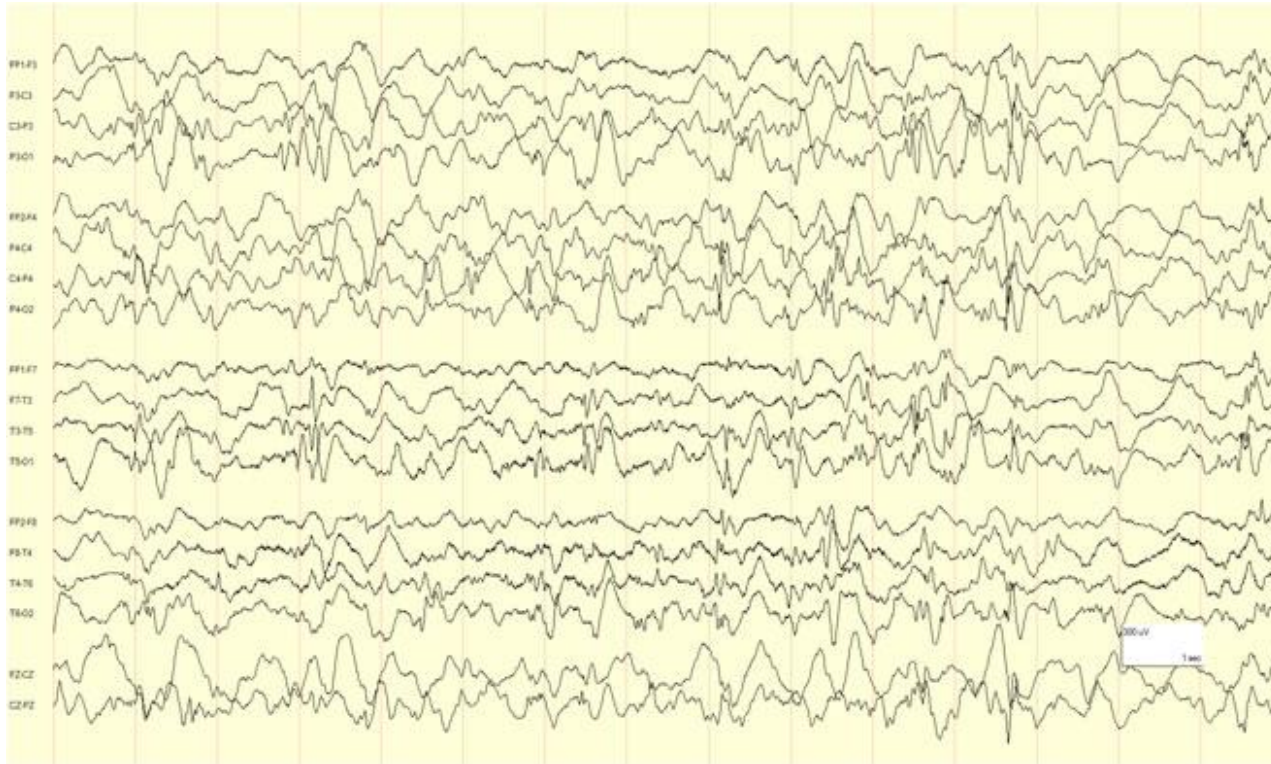
Familial epilepsy syndromes

- Familial focal epilepsy with variable foci (FFEVF)
- Genetic epilepsy with febrile seizures plus (GEFS+)

Hội chứng West

Tam chứng:

- cơn co thắt
 - rối loạn tâm thần vận động
 - loạn nhịp cao điện thế trên điện não.
- ❑ Xảy ở trẻ em <1 tuổi, chiếm 2,8% động kinh TE, nam > nữ.
 - ❑ Lâm sàng: triệu chứng của các cơn co thắt tùy thuộc vào phần lớn các cơ bị chi phối và thời gian của cơn như co thắt gấp, co thắt duỗi và co thắt hỗn hợp.
 - ❑ Chậm phát triển tâm thần vận động hoặc thoái triển xảy ra 95% các trường hợp.
 - ❑ Nguyên nhân: dị tật não, hội chứng TK đa (xơ cứng củ), viêm màng não, bệnh chuyển hóa,...
 - ❑ Điều trị: vigabatrin, ACTH, corticoids



Hình ảnh loạn nhịp cao điện thế

Hội chứng Lennox-Gastaut

Phần lớn 1 - 8 tuổi, ít khi muộn hơn.

❑ Tam chứng:

- cơn tăng trương lực ở trục thân
- cơn mất trương lực
- các cơn vắng ý thức không điển hình

❑ Điện não đồ: sóng nhọn chậm lan toả tần số nhỏ hơn 3Hz

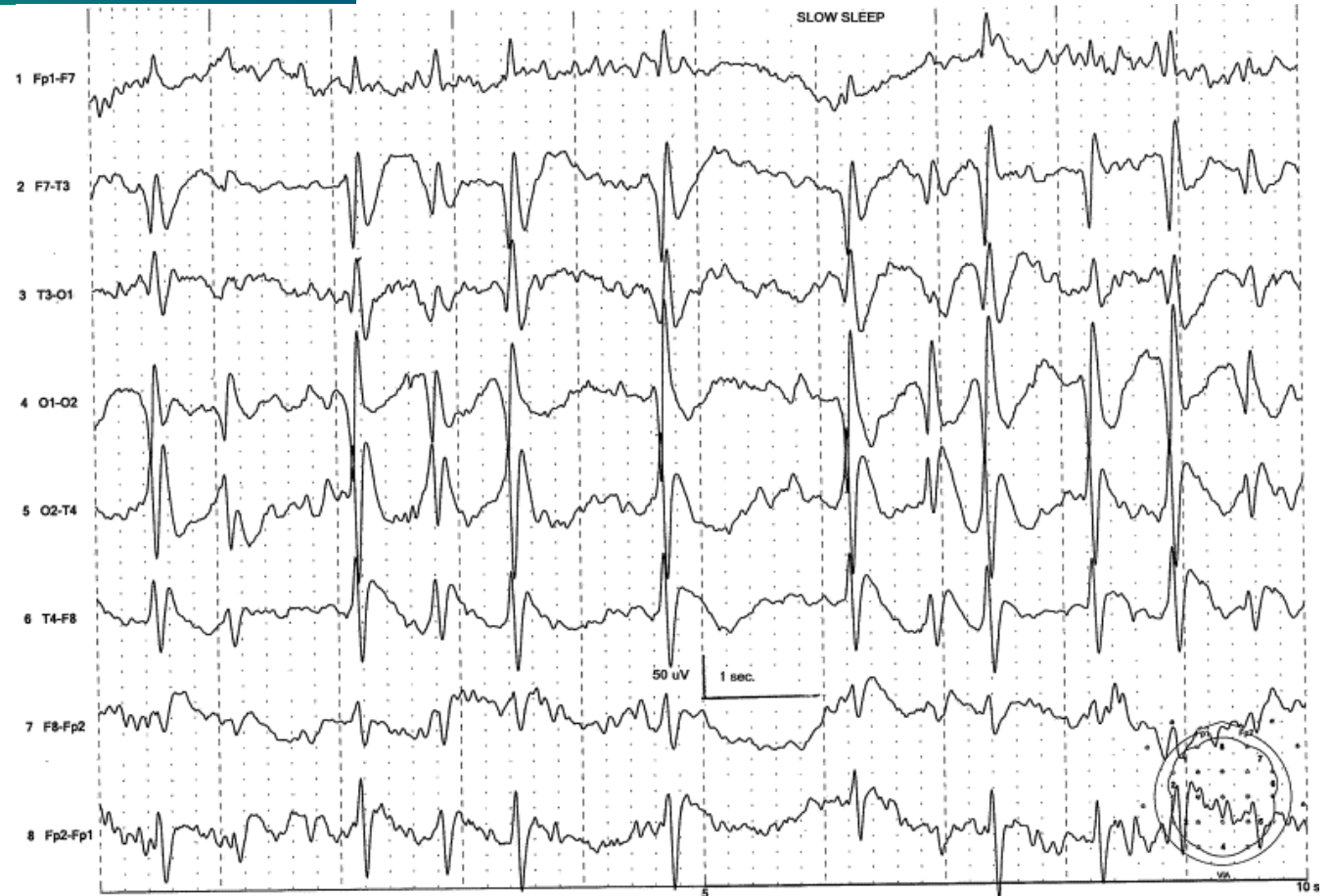
❑ Chậm phát triển tâm thần vận động kết hợp với rối loạn nhân cách.

❑ Tiên lượng dè dặt, thường kháng trị



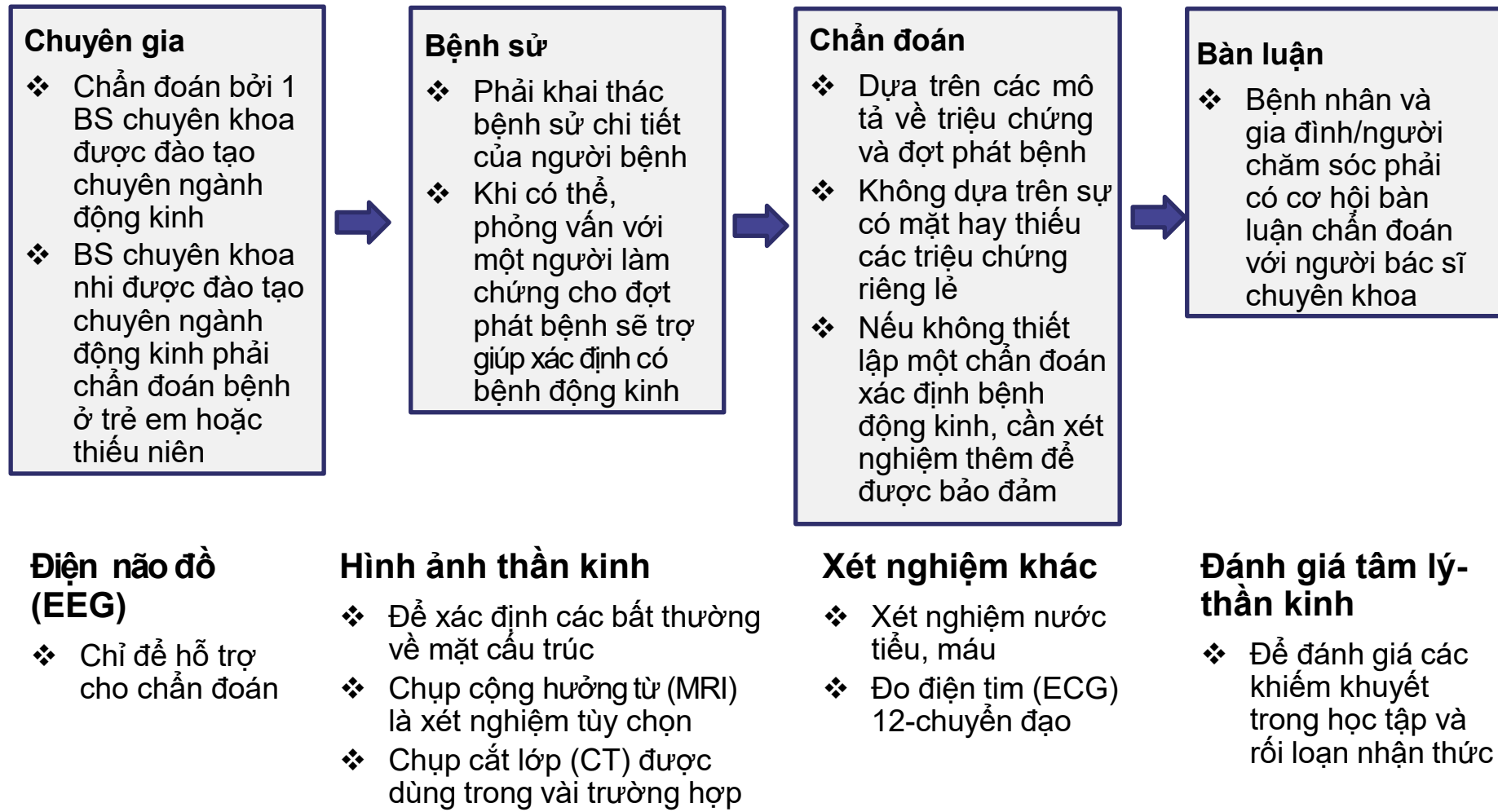
Hội chứng Landau-Kleffner

- ❑ Đặc trưng:
 - thất ngôn mắc phải
 - hoạt động kích phát trên điện não dạng đa nhọn hoặc nhọn sóng đa ổ
- ❑ Được hoạt hóa bằng giấc ngủ
- ❑ Lâm sàng: cơn tăng trương lực cơ giật hoặc cơn cục bộ vận động
- ❑ Khởi vào tuổi dậy thì
- ❑ Thất ngôn: mất nhận thức thính giác về lời nói
- ❑ Rối loạn nhân cách
- ❑ Điều trị: valpoate, corticoids



Hình ảnh nhọn sóng liên tục > 85% trong giấc ngủ chậm

Hướng dẫn chẩn đoán theo NICE





Thông điệp mang về

Chẩn đoán động kinh: ghi nhớ

- Động kinh là hậu quả của việc mất ổn định điện thế trong não dẫn đến các đợt bùng phát mất kiểm soát về điện thế (cơn động kinh). Tiêu chuẩn cơ bản để chẩn đoán động kinh phải dựa vào việc đánh giá lâm sàng và tiền sử bệnh kết hợp với điện não đồ.
- Phân loại cơn động kinh ILAE 2017 dựa trên nền tảng triệu chứng học, giúp tiếp cận một cách dễ dàng hơn các loại cơn động kinh, là bước đầu trong chẩn đoán hội chứng động kinh.
- Ứng dụng protocol cộng hưởng từ 2019 làm tăng khả năng phát hiện tổn thương cấu trúc.





THANK YOU !



Date : 2021.7