

CHẨN ĐOÁN & XỬ TRÍ NHỮNG RỐI LOẠN CÓ KINH GIẬT Ở TRẺ EM.

Mục tiêu

1. Trình bày được tầm quan trọng, dịch tễ học, cơ chế bệnh sinh & cách phân loại kinh nguyệt của ILAE .
2. Thực hiện được các biện pháp sơ cứu khi tiếp nhận 1 trẻ đang bị kinh nguyệt.
3. Hỏi bệnh sử được , khám lâm sàng được khi gặp 1 trẻ bị kinh nguyệt. Mô tả được các đặc điểm lâm sàng của một số thể kinh nguyệt thường gặp .
4. Hướng dẫn được cho gia đình cách điều trị chăm sóc một trẻ bị kinh nguyệt , co giật , động kinh. Nếu công tác tại tuyến Y tế cơ sở thì biết cần làm ngay những gì trước và trong khi chuyển bệnh nhi lên tuyến trên .

1. Tầm quan trọng của vấn đề kinh nguyệt ở trẻ em

- Đây là một rối loạn rất thường gặp .
- Đây là một tình trạng cấp cứu vì có thể gây tử vong cho trẻ trong cơn hoặc để lại di chứng thần kinh nếu không được sơ cứu tốt.
- Đây là một rối loạn làm gia đình rất lo lắng và mất bình tĩnh nên người thầy thuốc phải nắm vững các nguyên tắc sơ cứu để bình tĩnh xử trí vì điều đó giúp trấn an người nhà .
- Ở trẻ em, vì nguyên nhân gây kinh nguyệt rất phong phú nên hình thái lâm sàng cũng rất đa dạng, do đó người thầy thuốc phải nắm vững cơ chế bệnh sinh, cách phân loại, từ đó biết thăm khám một cách hệ thống, cũng như biết sắp xếp các nguyên nhân theo một chìa khoá mã giúp trí nhớ hầu như bỏ sót chẩn đoán nguyên nhân trong lúc khai thác bệnh sử, tiền sử, cũng như lúc thăm khám lâm sàng, đề xuất xét nghiệm.

2. Một số đặc điểm dịch tễ học có liên quan đến kinh nguyệt

Theo OMS thì

2.1. Tỷ lệ hiện mắc (prevalence): 7/1000 dân.

2.2. Tỷ lệ mắc mới hàng năm (Incidence): Tại các nước đã phát triển là 50/100.000; Nhưng tại các nước đang phát triển là 100/100.000 dân.

2.3. Tỷ lệ tử vong : Ở Anh quốc , tỷ lệ tử vong ở người trẻ tuổi có kinh nguyệt thì cao gấp đôi đến gấp ba so với tỷ lệ tử vong chung theo tuổi.

2.4. Giới và mùa : Không có sự khác biệt .

- Nelson và Ellenburg đã theo dõi 54.000 trẻ em từ sơ sinh đến 4 - 7 tuổi, thì có 1.821 trẻ (3.3%) là có co giật 1 hay nhiều lần.

- Thống kê qua điều tra cơ bản ở một xã miền Bắc và một xã miền Nam Việt Nam của Bộ môn Thần Kinh Đại Học Y - Dược thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ trẻ bị co giật nhiều lần và được xác định là động kinh là 2/1000.

3. Phân loại kinh nguyệt

Kể từ khi Penfield và Jasper đưa ra bảng phân loại động kinh đầu tiên năm 1954 , cho đến nay cách phân loại đã qua nhiều lần sửa đổi (P.loại của H.Gastaut 1970; P.loại của ILAE 1981, 1985, 1989; P.loại của hội nghị quốc tế về động kinh tại Paris năm 1992, và và phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10(ICD X-1992) về động kinh của WHO.

Sau đây là bảng phân loại của hội nghị quốc tế về động kinh tại Paris năm 1992

1. Động kinh toàn thể : Có thể là tiên phát hay thứ phát , gồm
 - 1.1. Cơn co cứng - co giật (cơn lớn)
 - 1.2. Cơn vắng ý thức (cơn bé)
 - 1.3. Cơn co giật.
 - 1.4. Cơn co cứng. (cơn trương lực)
 - 1.5. Cơn mất trương lực.
 - 1.6. Cơn bất động.
 - 1.7. Hội chứng West.
 - 1.8. Hội chứng Lennox - Gastaut
2. Động kinh cục bộ : Tất cả động kinh cục bộ đều là động kinh thứ phát , gồm
 - 2.1. Cơn cục bộ đơn giản
 - 2.1.1. Cơn giật cơ cục bộ.
 - 2.1.2. Cơn Bravais - Jackson.
 - 2.1.3. Cơn quay mắt, quay đầu.
 - 2.1.4. Cơn mất ngôn ngữ.
 - 2.1.5. Cơn phát âm.
 - 2.1.6. Cơn cảm giác.
 - 2.1.7. Cơn giác quan riêng lẻ.
 - 2.1.8. Cơn rối loạn thần kinh thực vật.
 - 2.2. Cơn cục bộ phức tạp
 - 2.2.1. Cơn động kinh thủy thái dương.
 - 2.2.2. Các cơn động kinh cục bộ phức tạp hoá (có rối loạn ý thức, toàn thể hoá)

4.

Cơ chế bệnh sinh của cơn kinh giật (co giật, động kinh)

Có thể nói một cách đơn giản : "Kinh giật, co giật, động kinh hay trạng thái động kinh đều là hậu quả biểu hiện của một tình trạng phóng xung điện bất thường, không tự ý và đồng thời của một quần thể những tế bào thần kinh".

- Số lượng và vị trí của quần thể tế bào thần kinh tự động phóng xung bất thường sẽ quyết định dạng thức lâm sàng của kinh giật : cục bộ, bán thân hay toàn thân.

- Bản chất hay nói đúng hơn là chức năng của một quần thể tế bào thần kinh phóng xung sẽ quyết định bản chất của kinh giật : vận động, giác quan, tri giác, tâm thần hay thần kinh thực vật.

- Cường độ và thời gian mà quần thể tế bào thần kinh phóng ra xung điện sẽ quyết định cường độ và thời khoảng kéo dài của cơn kinh giật.

- Chúng ta biết rằng hiện tượng phóng xung điện của tế bào thần kinh thực chất chính là một hiện tượng tự khử cực đột ngột để tạo ra một điện thế động. Và cũng tương tự như mọi tế bào khác, tiếp theo sau một giai đoạn khử cực, tế bào phải có một khoảng thời gian để tái phân cực lại rồi mới tự khử cực lại. Do đó :

+ Bất kỳ tình trạng kinh giật nào cũng có lúc tự chấm dứt khi tế bào không tái cực đủ để tự khử cực. Thời gian kéo dài kinh giật tùy thuộc mức độ đồng bộ hoá giữa phát xung và tái cực.

+ Bất kỳ tình trạng kinh nguyệt nào nếu kéo dài quá mức thì tiếp theo sẽ có một giai đoạn ức chế do tế bào thần kinh bị tiêu hao năng lượng quá mức.

+ Nếu những quần thể tế bào thần kinh gần nhau được khử cực đồng loạt 1 cách lần lượt với tần số giống nhau hoặc khác nhau mà lúc nhóm này bắt đầu khử cực thì lại trùng với lúc 1 nhóm kế cận đã được tái phân cực đầy đủ thì hiện tượng khử cực có thể tự duy trì làm cho cơn kinh nguyệt kéo dài (gây nên trạng thái động kinh).

5. Nguyên nhân gây kinh nguyệt, co giật, động kinh

Nguyên nhân gây các rối loạn này thì rất nhiều và thứ tự tần suất thay đổi tùy theo lứa tuổi, địa dư và mùa (yếu tố khu vực và mùa quyết định tần suất của một số bệnh nhiễm trùng).

Trong thực hành lâm sàng, để cho việc chẩn đoán nguyên nhân co giật đừng bị bỏ sót thì trong quá trình khai thác bệnh sử, trong lúc khám lâm sàng cũng như lúc đề xuất xét nghiệm phụ, chúng ta cần nhớ chìa khoá mã chẩn đoán nguyên nhân co giật sau :

"I CUT A DIIP VEIN"

Chữ "DIIP" đồng âm với "DEEP" nên câu này có nghĩa là : "Tôi cắt phải 1 tĩnh mạch sâu"

I = INFECTION : Kinh nguyệt do nguyên nhân nhiễm trùng. Ở Việt Nam chúng ta, mọi trường hợp kinh nguyệt có kèm sốt thì phải nghĩ đến nhóm nguyên nhân này đầu tiên..(Ví dụ Viêm màng não mủ, áp xe não, sốt rét ác tính thể não)

C = CONGENITAL DISORDERS : Các rối loạn bẩm sinh gây kinh nguyệt.

U = UREMIA and OTHER METABOLIC DISORDERS : Kinh nguyệt do tăng ure máu và các rối loạn chuyển hoá khác.

T = TRAUMA : Kinh nguyệt do nguyên nhân chấn thương (đối với trẻ sơ sinh là chấn thương sản khoa)

A = ASPHYXIA and HYPOXIC ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY : Bệnh não do ngạt và thiếu oxy máu.

D = DEFICIENCY and DEGENERATIVE DISORDER : Kinh nguyệt do các nguyên nhân thiếu hụt cơ chất hay bệnh thoái hoá. (Ví dụ thiếu B6)

I2 = INTOXICATION : Kinh nguyệt do ngộ độc (Ví dụ ngộ độc cà độc dược)

I3 = INBORN METABOLIC ERRORS : Các sai sót chuyển hoá di truyền. (Ví dụ bệnh ứ đọng galactose)

P = PSYCHIC DISORDER : Kinh nguyệt trong các bệnh tâm thần.

V = VASCULOCARDIAC DISORDERS : Kinh nguyệt do các nguyên nhân mạch máu và tim.(Ví dụ tắc mạch não, vỡ phình mạch)

E = EPILEPSIA (Idiopathic) : Kinh nguyệt không rõ căn nguyên

I4 = IMMUNOLOGIC DISORDERS : Các kinh nguyệt do nguyên nhân miễn dịch.(Viêm não sau chủng ngừa, viêm não sau thủy đậu)

N = NEOPLASIA : Co giật do các khối u não.

6. Mô tả đặc điểm lâm sàng , cận lâm sàng và tiêu chuẩn chẩn đoán của một số thể kinh nguyệt

Sinh viên cần làm quen với một số thể lâm sàng thường gặp để từ đó biết cách khai thác triệu chứng kinh nguyệt. Điều này rất quan trọng vì có khai thác đúng, đầy đủ thì mới có thể phân loại được kinh nguyệt mà chọn lựa nhóm thuốc điều trị thích hợp.[Xin xem phần phụ lục sẽ được phát tay thêm khi học do số trang của giáo trình này bị hạn chế]

7. Vấn đề chẩn đoán gián biệt

Ở trẻ em cần gián biệt kinh nguyệt với các tình trạng sau

7.1. Những cơn nín thở

Rất thường có ở trẻ em nhỏ, bắt đầu từ 6 - 18 tháng tuổi và mất dần vào khoảng 5 - 6 tuổi. Có hai dạng : dạng tím và dạng trắng

- Dạng tím : sau khi bị một kích thích làm trẻ giận dữ hay hờn dỗi, trẻ gào khóc rồi ngừng thở, mặt mày tím tái, trẻ ngất lịm đi, thường có vài cử động giật cơ.
- Dạng trắng : sau một kích thích nào đó làm cho trẻ sợ hãi, đứa trẻ có thể có khóc hoặc không khóc, về mặt kinh ngạc hay sợ hãi, ngã xuống đất lịm người đi, thân hình uốn cong như đòn gánh, mà thường trước khi uốn cong trẻ có vài cái giật cơ nhẹ.

Những cơn nín thở này thường ngắn nhưng nếu cơn kéo dài gây thiếu khí não thì trẻ có thể lên cơn giật toàn thể dạng co cứng, co giật hoặc co cứng-co giật. EEG bình thường. Điều trị bằng thuốc chống động kinh không có lợi ích gì, chủ yếu là phải trao đổi để bố mẹ hiểu để tránh cho cháu những kích thích gây sợ hãi, giận dữ, hờn dỗi.

7.2. Ngất

- Ngất ít xảy ra ở trẻ nhỏ nhưng thường ở tuổi dậy thì, nhất là trẻ gái. Ngất là hậu quả của thiếu tưới máu não, thường xảy ra lúc trẻ mệt mỏi hoặc bị một xúc cảm.
- Trẻ thường cảm thấy bất an, vã mồ hôi và/hoặc là nhìn mờ trước khi ngã xuống và mất ý thức thoáng qua trong vòng vài phút.

7.3. Các rối loạn giấc ngủ

Có thể bị nhầm với hiện tượng kinh giật

- Giật cơ trong lúc ngủ rất thường gặp ở người bình thường thuộc mọi lứa tuổi, thường ở các cơ tay, chân vào giai đoạn trước khi thiếp ngủ.
- Sợ hãi ban đêm : đang ngủ trẻ có vẻ như thức giấc dậy, tỏ vẻ sợ hãi và lú lẫn rồi nằm ngủ lại. Sáng hôm sau trẻ không nhớ chuyện gì xảy ra trong đêm cả.

7.4. Cơn chóng mặt kịch phát nhẹ

- Thường khởi đầu vào lúc 1 - 4 tuổi.
- Trẻ có những cơn chóng mặt kèm với vã mồ hôi, mặt mày nhợt nhạt, nhãn chấn, đôi khi đứa trẻ ngã lún ra đất, cơn kéo dài nhiều phút. Không bị hôn mê.
- EEG bình thường.

7.5. Cơn kịch phát múa giật-múa vờn gia đình

Trẻ có những cơn múa giật-múa vờn và/hoặc là rối loạn trương lực cơ. Cơn thường kéo dài vài phút, không có rối loạn ý thức. EEG bình thường. Nguyên nhân chưa rõ, thường đáp ứng tốt với điều trị bằng Phenytoin hay Clonazepam.

8. Điều trị

Về điều trị kinh giật, chúng ta cần nắm vững 2 phần : các nguyên tắc xử trí chung và cách sử dụng các thuốc chống kinh giật.

8.1. Nguyên tắc điều trị

8.1.1. Điều trị triệu chứng

Bất kỳ bệnh nhân nào mà đang cơn kinh giật đều cần tiến hành sơ cứu ngay theo các bước theo thứ tự ưu tiên của hồi sức : A, B, C, D.(Xin xem lại bài Hướng dẫn tiếp nhận và sơ cứu cấp cứu)

Sau khi hoàn tất các bước sơ cứu A, B, C, D nói trên, ta mới hỏi bệnh sử, tiền sử và khám lâm sàng cẩn thận để cố gắng xác định :

- Nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi gây kinh giật (phải luôn luôn duyệt xét từng điểm một trong chia khoá mã "I CUT A DIIP VEIN"), có xét đến tần suất nguyên nhân theo lứa tuổi.
- Loại kinh giật : rất quan trọng trong vấn đề chọn lựa thuốc điều trị lâu dài.

8.1.2. Điều trị nguyên nhân : Cần điều trị tích cực và thích đáng các nguyên nhân và yếu tố thuận lợi (như sốt, rối loạn chuyển hoá, thiếu oxy...) phát hiện được đặc biệt là các nguyên nhân nhiễm khuẩn.

8.1.3. Chăm sóc và theo dõi

- Chăm sóc

- + Chăm sóc vệ sinh : chú ý vệ sinh xoang miệng, thân hình.
- + Chăm sóc ăn uống : chú ý bảo đảm đủ glucose tối thiểu. Trong những trường hợp kinh giật kèm hôn mê nặng thì phải lưu ý đến việc hạn chế nước để đề phòng ngộ độc nước do tăng ADH. Tránh rượu.
- + Chăm sóc đặc biệt liên quan đến bệnh : Đang cơn , việc chăm sóc nhằm bảo đảm các khâu A, B, C, D của hồi sức đã nêu ở trên. Chăm sóc ngoài cơn , đặc biệt là đối với các trường hợp kinh giật tái diễn (động kinh) nhằm làm sao cho bệnh nhân có thể duy trì được những sinh hoạt bình thường trong đời sống nhưng tránh được những nguy cơ gây tử vong tiềm tàng. Cần giải thích và hướng dẫn cho bố mẹ cẩn thận để : Tránh cho trẻ những kích xúc tình cảm, các stress, các tình trạng mệt mỏi; Tránh ngủ thất thường ; Ngăn cấm trẻ chơi một số trò chơi thể thao như bơi lội. Trong các trường hợp động kinh nặng thì tránh để trẻ tự di chuyển bằng các phương tiện như : xe đạp, xe gắn máy, tránh trèo cây, chơi gần lửa, máy móc.
- Theo dõi
- + Theo dõi mức độ giảm của cơn để điều chỉnh liều thuốc chống động kinh.
- + Theo dõi các biến chứng của kinh giật, đặc biệt là suy hô hấp và sang chấn đầu do té ngã khi lên cơn.
- + Theo dõi biến chứng của điều trị : khi sử dụng thuốc chống động kinh nhất là khi quyết định dùng lâu dài thì cần nắm vững để theo dõi các biến chứng của thuốc vì phần lớn thuốc đều có tác dụng phụ về tâm thần kinh, máu và chức năng gan.

8.2. Cách sử dụng các thuốc chống kinh giật

8.2.1. Thuốc dùng để cắt cơn co giật đang xảy ra

Cần lưu ý :

- Nếu cơn giật rất nhẹ (ví dụ chỉ giật nhẹ khu trú ở đầu chi, ở mặt) thì chỉ cần điều trị nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi, chứ không nhất thiết phải dùng thuốc chống kinh giật.
- Nếu cơn co giật tương đối mạnh nhất là khi có gây suy hô hấp thì phải cắt cơn giật ngay bằng các thuốc sau.

Thuốc	Đường dùng	Liều lượng	Tốc độ tiêm truyền	Chú ý
Diazepam	TM	0,2-0,4 mg/kg (liều tối đa 5 mg <5 tuổi; 10mg >5 tuổi)	1-2 mg/ph	Suy thở
Lorazepam	HM	0,5-0,75 mg/kg	1 mg/ph	Suy thở
	TM	0,05 mg/kg (có thể nhắc lại 3 lần)	1 mg/kg/ph	Hạ huyết áp, suy tim
Phenytoin	TM	18-20 mg/kg (có thể pha với dung dịch sinh lý)	2 mg/kg/ph	Suy thở
Phenobarbital	TM	10-20 mg/kg		
	HM	0,3 ml/kg (pha với dầu khoáng hay thực vật)		Không dùng nếu suy thở hay suy gan

8.2.2. Các thuốc để điều trị duy trì đối với các trường hợp kinh giật tái diễn (động kinh)

- Các nguyên tắc chung khi dùng thuốc chống động kinh
- + Cần có chẩn đoán lâm sàng cẩn thận, nhất là phải nhận định cho đúng thể lâm sàng. + Nếu có điều kiện thì nên đo EEG trước khi bắt đầu dùng thuốc.
- + Chọn lựa loại thuốc cho phù hợp với thể lâm sàng .
- + Càng dùng ít thuốc để kiểm soát được động kinh thì càng tốt.
- + Khi đã đạt đến liều thích hợp kiểm soát được động kinh thì phải duy trì liều đó trong 3 - 6 tháng hoặc 12 tháng. Sau đó giảm liều dần. Khi giảm nếu cơn trở lại thì dùng lại liều trước đó.

Thuốc phải cho liên tục chứ không được ngắt quãng. Thời gian dùng thuốc tối thiểu là 4 năm kể từ khi kiểm soát được động kinh, thông thường là phải dùng suốt đời.

+ Tùy theo thời gian bán hủy của từng loại thuốc mà tổng 1 liều điều trị trong ngày phải chia uống 1 lần, 2 lần hay 3 - 4 lần cho thích hợp.

+ Không được ngừng thuốc đột ngột trừ khi bị dị ứng, nhiễm độc vì ngừng đột ngột sẽ gây lên cơn trở lại và cơn thường nặng hơn.

+ Các thuốc chống động kinh là thuốc độc bảng B nên cần phải quản lý cẩn thận.

+ Khi cho cùng lúc nhiều thuốc chống động kinh thì phải lưu ý đến khả năng có tương tác thuốc.

- Chọn thuốc, liều lượng và phân bố liều trong ngày

+ Trường hợp kinh giật cục bộ (partial) đơn giản hay phức tạp và kinh giật toàn thể dạng co cứng-co giật (con lớn) :

Thuốc chọn	Biệt dược thường dùng	Tổng liều/ngày	Số lần uống chia ra/ngày	Thời gian bán hủy
Phenobarbital	Gardenal	4 - 6 mg/kg	1	4 ngày
Phenytoin	Dilantin (Dihydant)	4 - 8 mg/kg	1 (loại viên) 2 - 3 (loại d.d)	22 giờ
Carbamazepin	Tegretol	10 - 25 mg/kg	3 - 4	15 giờ
Primidone.	Mysoline	10 - 25 mg/kg	3	10 giờ
Valproic acid	Depakene	15 - 60 mg/kg	3	8 giờ

- Trường hợp động kinh toàn thể cơn vắng ý thức (con nhỏ):

Thuốc chọn	Biệt dược thường dùng	Tổng liều/ngày	Số lần uống chia ra/ngày	Thời gian bán hủy
Ethosuximide	Zarontin	20 mg/kg	2	55 giờ
Valproic acid	Depakene	15 - 60 mg/kg	3	8 giờ
Clonazepam	Clonopin	0.01-0.02 mg/kg	2 - 3	18 - 50 giờ
Trimethadione	Tridione	20 - 40 mg/kg	3 - 4	16 giờ

- Kinh giật cục bộ Bravais-Jackson vận động và cảm giác : thuốc chọn lựa là Phenytoin và Carbamazepine với liều như trên.

- Thể tâm thần vận động : thuốc chọn lựa theo thứ tự là Carbamazepine, Phenytoin, Primidone và Valproic acid với liều như trên.

- Hội chứng West = Thể co thắt tuổi thơ (infantile spasms): Chọn ACTH với liều 25 - 30 đơn vị/24 giờ tiêm bắp ngày một lần hoặc cho uống Prednisone với liều 2 mg/kg/ngày một lần vào buổi sáng. Cho dùng như vậy kéo dài 4 - 6 tuần, rồi giảm liều xuống từ từ trong nhiều tuần trước khi cắt thuốc. Các thuốc khác có thể phối hợp là Valproic acid, Clonazepam và Nitrazepam.

- Hội chứng Lennox-Gastaut : thuốc chọn lựa là Valproic acid, Clonazepam, Ethosuximide với liều như trên.

9. Một số vấn đề liên quan đến chăm sóc sức khỏe ban đầu

9.1. Những trường hợp kinh giật nào cần cho vào viện (tuyến 3 - 4)

- Tất cả trường hợp kinh nguyệt có kèm hôn mê, các trạng thái động kinh.
- Tất cả trẻ bị kinh nguyệt đầu tiên mà không rõ nguyên nhân.
- Tất cả trẻ kinh nguyệt có kèm sốt và có dấu chỉ điểm nhiễm khuẩn thần kinh hoặc nhiễm khuẩn nặng.
- Tất cả trường hợp kinh nguyệt có liên quan với chấn thương.

9.2. Có thể điều trị tại tuyến cơ sở

- Các trường hợp kinh nguyệt do sốt cao mà nguyên nhân gây sốt đã xác định là một bệnh lý ngoài hệ thần kinh với mức độ nhẹ hay trung bình như sốt nhiễm virus, lỵ, viêm phổi...
- Các trường hợp kinh nguyệt tái diễn (động kinh) không có sốt đã được chẩn đoán xác định trước đó tại bệnh viện với điều kiện là cơn động kinh không nặng, trẻ không có rối loạn ý thức, không suy hô hấp sau cơn.

9.3. Giáo dục bố mẹ những gì

- Cần giải thích cho bố mẹ rõ tính chất cần thiết của việc điều trị duy trì liên tục và lâu dài bằng các thuốc động kinh vì bản thân một cơn động kinh có thể gây ra những tổn thương não thứ phát (thiếu oxy, chấn thương...) làm cho bệnh ngày càng nặng thêm. Kinh nguyệt nhiều làm trẻ chậm phát triển tinh thần. Do đó cần phải chấp nhận những phản ứng phụ có thể có của thuốc để đổi lại cho việc kiểm soát được động kinh.
- Nên giải thích cho bố mẹ biết là phải có một thời gian thăm dò liều mới có thể kiểm soát được cơn. Bố mẹ không nên nóng lòng mà tự ý thay đổi liều hay thay đổi thuốc.
- Nếu cơn đã hết kéo dài được 2 năm thì có thể ngừng thuốc. Việc ngừng thuốc phải làm bằng cách giảm dần liều theo hướng dẫn của thầy thuốc; bố mẹ không nên ngừng thuốc đột ngột.
- Hướng dẫn cho bố mẹ cách sơ cứu khi xảy ra cơn kinh nguyệt ở nhà : thực hiện các bước A, B đã nói ở trên.
- Cần theo dõi cháu sát; luôn luôn động viên trẻ nhưng cần giải thích và khuyên nhủ cháu : Tránh làm việc quá sức; tránh mất ngủ ; tránh leo trèo cây, chơi gần lửa, bơi lội, tránh chơi gần máy móc...vì có thể gặp tai nạn chết người lúc lên cơn thành lĩm.
- Nếu dạng thức kinh nguyệt thay đổi hay tần suất tăng lên thì phải đưa vào viện để xác định và bổ sung điều trị.
- Hướng dẫn trước cho bố mẹ biết một số tác dụng phụ và độc tính của thuốc chống động kinh có thể xảy ra.

9.4. Góp ý cho bố mẹ trong việc chọn ngành nghề cho trẻ về sau.

Tài liệu tham khảo

1. T.S. Phạm Nhật An, T.S. Ninh thị Ứng (2001), “Hội chứng co giật và bệnh động kinh ở trẻ em”, *Bài giảng Nhi Khoa*, Nxb Y Học, Hà nội, tr. 242-256.
2. G.S.T.S. Nguyễn Công Khanh (2001), “Co giật”, *Tiếp cận chẩn đoán Nhi Khoa*, Nxb Y Học, Hà nội, tr. 338-345.
3. G.S. Đặng phương Kiệt (1997) , “Động kinh liên tục” , *Hội sức cấp cứu và gây mê trẻ em* , N X B Y-học , Hà Nội , tr. 120-131.
4. Hồ Hữu Lượng (2000), *Động kinh*, Nxb Y học, Hà Nội.
5. BS Lê thiện Thuyết (2004), “Hướng dẫn tiếp nhận và sơ cứu bệnh nhân cấp cứu “ , *Bài giảng lý thuyết cho sinh viên Y6*, Đại Học Y Khoa Huế , Huế 2004.
6. BS Lê thiện Thuyết (2004), “Sổ tay thực tập lâm sàng nhi cấp cứu”, *Bài giảng thực hành lâm sàng cho sinh viên Y6*, Đại Học Y Khoa Huế , Huế 2004.