



ĐỘNG KINH SAU ĐỘT QUỴ

GS.TS. Nguyễn Văn Thông

CNBMTK - BVTƯ'QĐ108

Phó chủ tịch Hội phòng chống TBMN Việt Nam



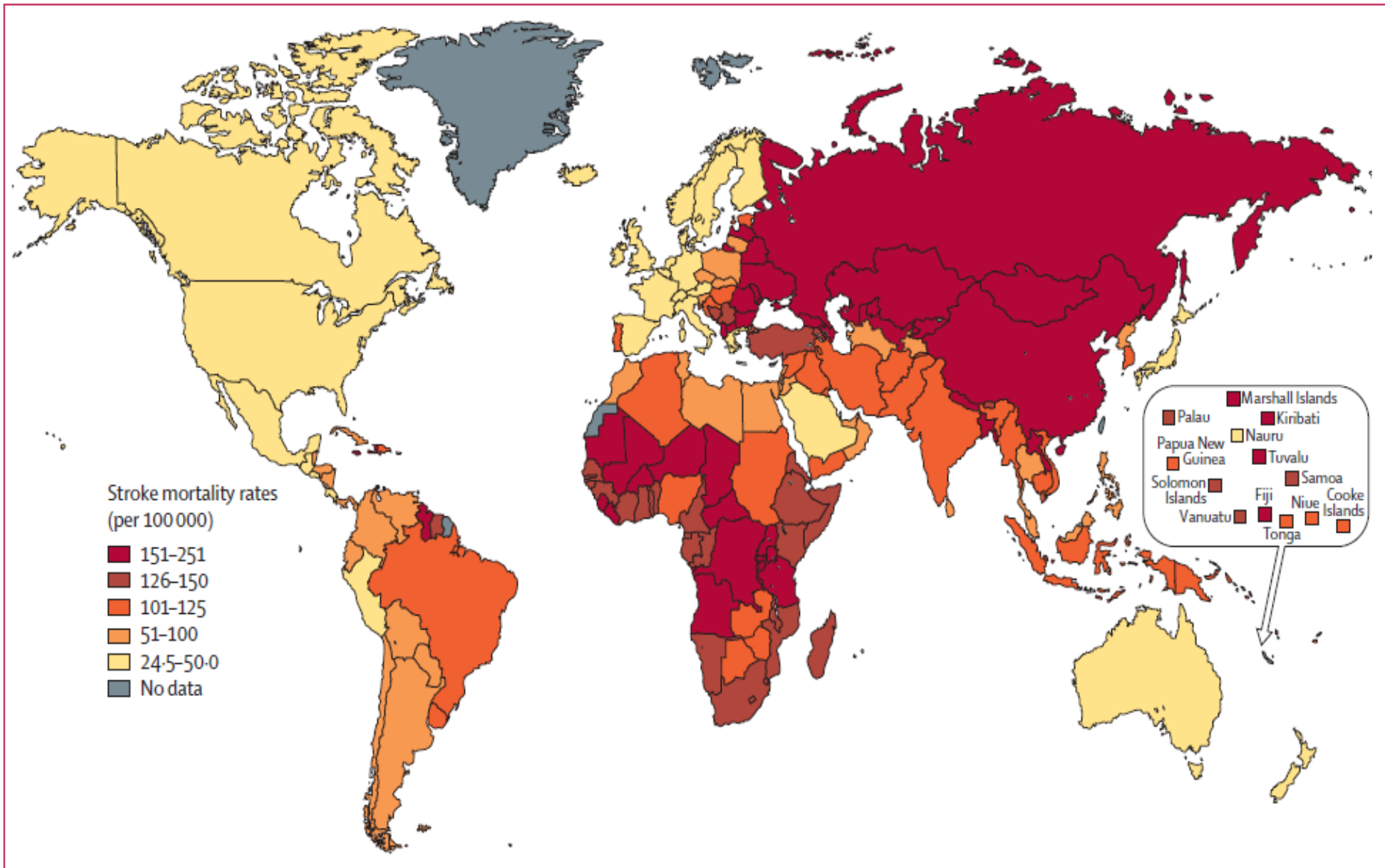


Figure 1: Age-adjusted and sex-adjusted stroke mortality rates
 Rates are highest in eastern Europe, north Asia, central Africa, and the south Pacific.

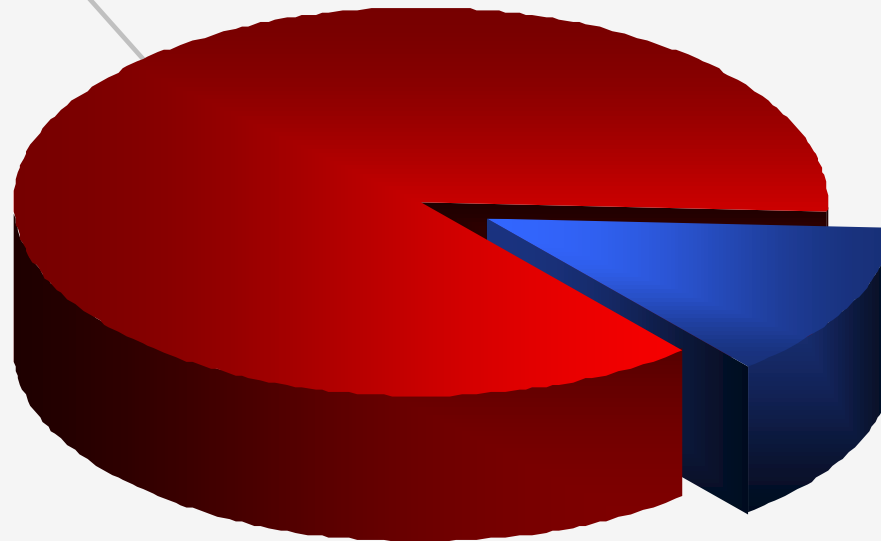
Tỷ lệ tử vong khác biệt 10 lần

Theo mức thu nhập quốc gia, yếu tố dự báo tốt nhất

Johnston SC. Lancet Neurol 2009

Tỷ lệ hiện mắc ĐQ (TBMMN)

85%
Đột quy thiếu máu cục bộ não (HK, Xơ vữa)



**Chảy máu não
15%**



GÁNH NẶNG ĐQ TOÀN CẦU TRONG TƯƠNG LAI

(Nếu không hạ HA, cholesterol, cải thiện chế độ ăn và ngừng hút thuốc)

2005

Đột quy lần đầu

16 triệu

Tử vong do ĐQ

5,7 triệu (36%)

2030

Đột quy lần đầu

22 triệu

Tử vong do đột quy

7,8 triệu (34%)

Lancet Neurol 2007, 6: 94-7, 182-7





Cơ co giật ĐK & ĐK sau ĐQ

- ◆ ĐQ là NN hàng đầu của ĐK triệu chứng ở người cao tuổi (1/3 chẩn đoán ĐK mới ở người già); 3-5% BNĐQ sẽ có co giật ĐK (54-66% phát triển ĐK). **ĐT tối ưu co giật & ĐK sau ĐQ chưa được NC đầy đủ**
- ◆ Một số NC gợi ý: **co giật làm thay đổi sự PHCN sau ĐQ**, nhưng khó xác định có hoặc không xảy ra cơn ĐK sau đó nếu không được ĐT & có thể có hại trên hậu quả chung
- ◆ **ĐT co giật ĐK & ĐK được tiến hành khi nào** (ngay cơn co giật đầu tiên sau ĐQ) hay không? Thuốc AEDs nào là thích hợp nhất với các thể ĐQ nếu có co giật ĐK sau ĐQ? có ĐT dự phòng không? Nếu ĐT thì dự phòng kỳ ngắn hay kỳ dài?





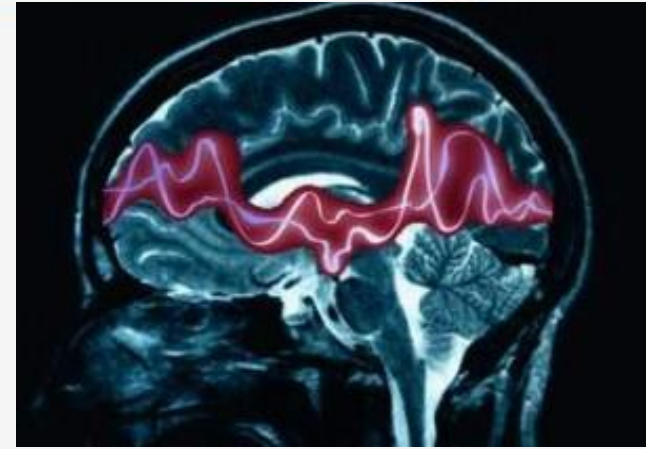
Định nghĩa cơn co giật ĐK & ĐK sau ĐQ

- ◆ Cơn co giật ĐK sau ĐQ được xác định là cơn đơn lẻ hoặc nhiều cơn sau ĐQ liên quan tới tổn thương não do ĐQ, có hồi phục hoặc không hồi phục bất kể thời gian khởi phát ĐQ tiếp theo.
- ◆ Có 1 cơn ĐK khởi phát không nhất thiết là đã hoặc sẽ phát triển bệnh ĐK, nguy cơ của ĐK sẽ ↓ theo thời gian sau ĐQ, nếu đã phục hồi ĐQ sẽ có nguy cơ rất thấp của phát triển ĐK
- ◆ Cơn co giật ĐK tái phát sau ĐQ được xác định là ĐK khi có 2 hoặc nhiều cơn (không có trước đó) xảy ra ≥ 1 tuần sau ĐQ.

Myint PK, Staufenberg EFA, Sabanathan K. Post-stroke seizure and post stroke epilepsy. Postgraduate medical Journal 2006;82: 568-72



Định nghĩa cơn co giật ĐK & ĐK sau ĐQ

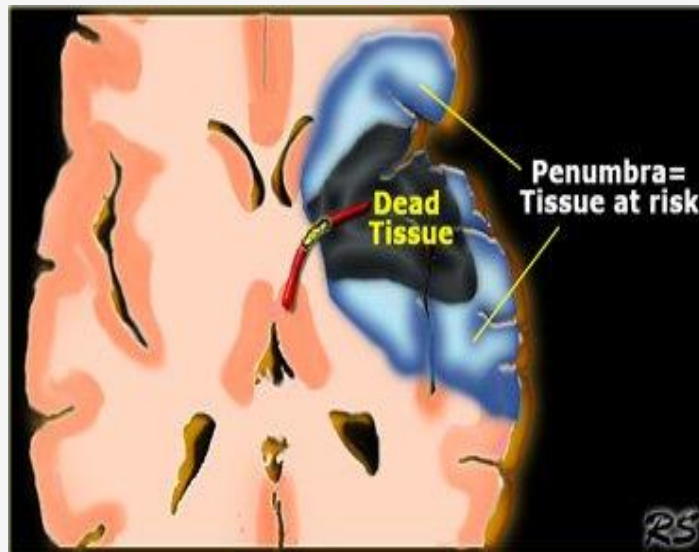


- **Cơn ĐK cấp:** khởi phát sau 24h ĐQ
- **Cơn ĐK toàn bộ thứ cấp:** Cơn ĐKCB lan cả 2 bán cầu (*Tonic-Clonic seizure*)
- **Trạng thái ĐK:** Cơn co giật kéo dài 30' hoặc lâu hơn, hoặc một loạt các cơn co giật không có sự thức tỉnh giữa các cơn

Epilepsy after Stroke, Stroke Association September, 2012

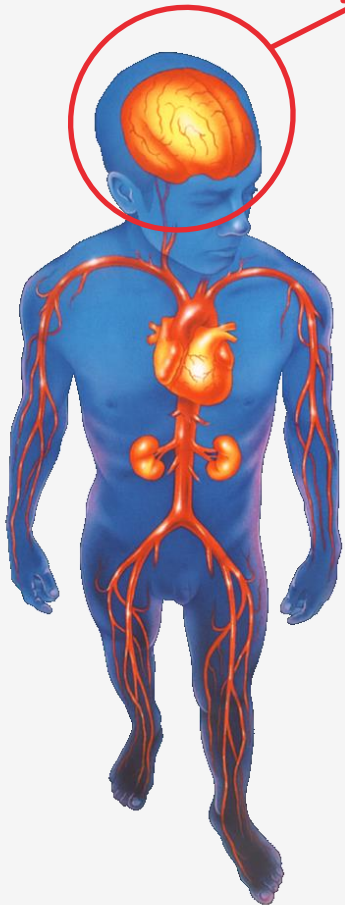
Post-stroke seizure and post-stroke epilepsy

- CGĐK & ĐK sau ĐQ là NN phổ biến được nhận vào BV (biểu hiện hoặc biến chứng của ĐQ).
- Đòi hỏi ĐT thích hợp và trợ giúp thời gian dài
- Tuổi cao là một nguy cơ độc lập của ĐQ; ĐK & CGĐK sau ĐQ ↑ theo tuổi.
- Hiểu biết (tỷ lệ mắc, NN, đặc điểm lâm sàng, cơ chế bệnh sinh, ĐT các cơn CGĐK & ĐK sau ĐQ) → nâng cao chất lượng sống của người bệnh ĐQ



Tỷ lệ mắc cơn co giật ĐK & ĐK sau ĐQ

ĐK do TIA - TMMNCB – CMN



ĐQ là NN phổ biến nhất của cơn co giật ĐK ở người già:

- 11,5% BNĐQ có nguy cơ phát triển CGĐK & ĐK sớm hoặc muộn sau 5 năm¹
- Tỷ lệ ĐK \approx 1% ở tuổi 85, (6,98-8,66/1000 dân)²
- ĐK liên quan đến bệnh MMN, cao hơn tất cả các NN \neq (4,3% - 3,0%); nam > nữ (4,7% - 3,7%)³
- 10,5%/232 người trẻ có cơn CGĐK & ĐK sau 5,7 năm⁴, 40% BNĐQ sau cơn co giật đầu tiên tái phát cơn co giật sau 12 tháng⁵; 5%-20% các BNĐQ có cơn CGĐK & ĐK trong các giai đoạn (Silverman *at al*, 2002)

Nguyên nhân:

- 10,6-15,4% sau CMN; 8,5% sau CMDN; 6,5-8,5% sau ĐQTMN; 3,7% sau TIA, (Silverman *E at al*, 2002; Bladin *CF at ali*, 2000; Kalpatrick *at al*, 1990)

1. Bum J, Dennis M, Bamford J, *Epileptic seizures after a first stroke: the Oxfordshire Community Stroke*. 1997; 315: 1582-87

2. Wallace H, Sharvan, *at al*. Age-specific incidence and prevalence rates of treated epilepsy, *Lancet*, 1998; 352: 1970-3

3. Haese WA, *at al*. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester. *Epilepsia* 1993; 34: 453-68

4. Naess H *at al*. Long-term outcome of cerebral infarction in young adults, 2004; 110:107-12

5. Hart *at al*. National general practice study of epilepsy. *Lancet* 1990; 336: 1271-4

Tỷ lệ mắc & sự phổ biến của ĐK sau ĐQ

(P. Boovlingram et al. Post-stroke epilepsy, Neurology, 2008; 33-39)

	Sự phổ biến (prevalence)		Tỷ lệ mắc (incidence)	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ
Tỷ lệ mắc chung			4,4 – 9,8%	
Tuổi: 65 tuổi	0,7%	0,5%		
> 75			4,7 – 3,7%	
> 80	1,5%	1,5%		
Tổn thương: CM trong não			10,6 – 15,4%	
TIA			3,7%	
SAH			5,5 – 8,5%	
ĐQTMN			6,5 – 8,6%	
Thời gian khởi phát: Sớm			14%	
Muộn			86%	
Cơ CB đơn giản: +/- Toàn thể thứ phát			50%	
Cơ CB toàn thể: +/- Toàn thể thứ phát			25%	
Cơ toàn thể nguyên phát			25%	
Tình trạng động kinh			1,5 – 2,8%	



Phân loại cơn giật ĐK & ĐK sau ĐQ

1. Phân loại cơn CGĐK & ĐK sau ĐQ theo ILEA¹ (dựa vào 2 tuần đầu của khởi phát ĐQ)

- **CGĐK khởi phát sớm:** trong 24h sau ĐQ (khoảng 45%)
- **CGĐK khởi phát muộn:** sau 2 tuần khởi phát ĐQ (đỉnh trong 6-12 tháng)
- **Tình trạng ĐK:** khoảng 9% của các trường hợp

2. Tỷ lệ tái phát²:

- Có tỷ lệ tái phát cao khoảng 90% (cả CMN & TMCBN)
- Khoảng 1/3 ĐK xảy ra với khởi phát sớm và 1/2 với khởi phát muộn

1. International League Against Epilepsy. *Epilepsya*, 1989;30: 389-99

2. Song C, Chu N. *Epileptic seizures in intracerebral haemorrhage. And thrombotic stroke.*; 52, 237 *J Neurol*, 1989, 1990; 52, 237: 273-6, 166-70



Cơ chế bệnh sinh

+♦ Cơ chế CGĐK khởi phát sớm:

- Đột quy TMN (cơ chế bệnh sinh chính xác còn chưa rõ):

+ NN chức năng TK: \uparrow Ca^{2+} và Na^+ trong TB \rightarrow \downarrow thấp ngưỡng khử cực, KT độc tố glutamate, \downarrow oxy, RL chuyển hóa, \downarrow tưới máu toàn bộ & \uparrow tưới máu vùng tổn thương (sau PTĐM, ĐM cảnh)

- CMN: sự KT bởi sản phẩm chuyển hóa của máu; vùng TMN thứ phát sau CMN (có vai trò một phần)

♦ Cơ chế CGĐK khởi phát muộn:

- ĐQTMN: liên quan các biến đổi kích thích TK kéo dài & sọ TK dẹt

- CMN: Sự lắng đọng Haemosiderin gây kích thích sau CMN

Lưu ý: Cơ chế CGĐK ở trẻ em xảy ra như một phần của chấn thương sản khoa khi sinh

PK Myin, E F A Staufenberg, et al. Post-stroke seizure and post-stroke epilepsy, Postgrad Med J 2006; 82: 568-572

Biểu hiện lâm sàng

Triệu chứng: Diễn hình là cơn CGĐK; > 1/3 có cơn co giật - tăng trương lực (toàn thể); \approx 2/3 có các cơn co giật (cục bộ)

- **Cơn khởi phát sớm:** thường khởi phát cục bộ
- **Cơn khởi phát muộn:** phổ biến là cơn co giật-tăng trương lực toàn thể
- **Tình trạng ĐK:** khoảng 9%, tiên lượng ngay là nghèo nàn, không dự báo được hậu quả (TV & tàn tật) sau này

Lưu ý: * Biểu hiện không điển hình của cơn CGĐK sau ĐQ dễ lẫn với cơn co giật khác (đều có rối loạn ý thức), cần theo dõi cơn tiếp sau để chẩn đoán và điều trị thích hợp

* Dạng ĐQ, kích thước-vị trí ổ tổn thương, EEG là không dự báo được tiến triển của tình trạng ĐK

Một số yếu tố dự báo CGĐK sau ĐQ

◆ Dự báo xuất hiện cơn¹

- **ĐQTMN**: mức nặng của các tổn thương TK ban đầu; mức nặng của các TC tàn tật kéo dài sau ĐQ; liên quan của nhiều vị trí, KT ổ tổn thương; Hồi hải mã; cơn co giật sau ĐQ sớm do nghẽn mạch (*embolic*)

- **ĐQCMN** (ít xác định): CM dưới nhện, phình mạch ĐM não giữa, máu tụ nhu mô dễ phát triển CGĐK

◆ Dự báo cơn dễ tái phát

- Các tổn thương cấu trúc não, bất thường EEG, cơn cục bộ.

*Cheung và CS: >1000BN, E^o sau 1 năm: có 3,4% có cơn CGĐK sau ĐQ có tổn thương vỏ não.→ Ổ tổn thương vỏ não là nguy cơ độc lập cho ĐK sau ĐQ; CMN không phải là yếu tố nguy cơ

1. Browne TR. Holmes GL. *Epilepsy. N.Engl J Med* 2001; 344:1145-51

*.Cheung CM at al. *Early and late epileptic crisis following cerebral hemisphere ischemic. Rev Neurol* 1998;27: 676-81.

Các yếu tố nguy cơ phát triển ĐK

Dạng đột quy	Các yếu tố nguy cơ phát triển ĐK
CMN: Vị trí	Các cấu trúc vỏ não thùy: 54%
	Hạch nền: 19%
	Đồi thị: 0%
TMNCB	- Mức độ nặng của thiếu sót TK ban đầu
	- Mức độ nặng của tàn tật kéo dài
	- Sự liên quan của nhiều vị trí hoặc tổn thương rộng
	- Tổn thương vỏ não-liên quan khởi phát ĐK sớm
	- Liên quan Hồi Hải mã
SAH	- Phình mạch ĐM não giữa
	- Máu tụ trong nhu mô
	- Nhồi máu tiểu não
	- Hypertension thickening of cisternal clot

Stephen LI, Brodie MJ. Epilepsy in elderly people. Lancet 2000; 355: 1441-6



Vai trò của CT, MRI, EEG

- **Lâm sàng + CT + EEG:** cần được tiến hành và có lợi ích trong chẩn đoán cơn CGĐK đầu tiên
- **MRI:** tìm các bất thường mà CT không thấy (dị dạng vỏ não, xơ cứng Hồi hải mã, tổn thương khối nhỏ, u mạch hang đặc biệt thùy thái dương)¹
- **EEG:** bình thường trong 5% → không thể loại trừ ĐK. Sóng chậm khu trú hoặc lan tỏa có nguy cơ thấp của ĐK so với gai nhọn khu trú; chu kỳ lặp lại hoặc cả hai bên có nguy cơ cao; EEG đặc hiệu liên quan đến ĐK phát triển muộn²

1. Rober R. *What investigation should be performed on adults?* J R Coll Physicians Edinb 2003; 33: 39-40

2. Dhanuka AK, Misra UK, Kalita J. *Seizure after stroke. A prospective clinical study* Neural india 2001; 49:33-6



Incedence of seizures in the acute phase of stroke: A population-based study

*Jerzy P. Szaflarski, *Angela Y. Rackley, *Dawn O. Kleindorfer, †Jane Khoury,
*Daniel Woo, *Rosemary Miller, *Kathleen Alwell, *Joseph P. Broderick,
and *Brett M. Kissela

*Department of Neurology and the Neuroscience Institute, University of Cincinnati Academic Health Center, Cincinnati, Ohio, USA; †Center for Epidemiology and Biostatistics, Cincinnati, Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, USA. 2008

Tỷ lệ toàn bộ của ĐK trong giai đoạn cấp của ĐQ (24h) là 3,1%; tỷ lệ cao hơn trong CMN, BN trẻ, có điểm Rankin cao trước ĐQ. Cơn ĐK cấp liên quan với tỷ lệ tử vong cao hơn của 30 ngày sau ĐQ



ĐK trong giai đoạn cấp của đột quy

Tỷ lệ của động kinh ở BN đột quy TMN & CMN trong 24h đầu của khởi phát ($p < 0,0001$) (n = 6044)

Dạng ĐQ	Động kinh (n=190)		Không ĐK (n=5854)		Tỷ lệ ĐK
	N	%	N	%	
NMN	120	63,2%	4069	69,5%	2,9%
TIA	10	5,3%	1125	19,2%	0,9%
ICH/IVH	43	22,6%	503	8,6%	7,9%
SAH	17	9,0%	152	2,6%	10,1%
Không biết	0	0,0%	5	0,1%	0,0%

Jerzy P, Szaflarski, Angela Y at al. Incidence of seizures in the acute phase of stroke, *Epilepsy*, 2008:1-8

Đặc điểm chung & lâm sàng của ĐK giai đoạn ĐQ cấp (24h đầu = 3,1%)

Biến số	Động kinh (n=190)		Không ĐK (n= 5854)		p
	N	%	N	%	
Tuổi (năm)	68,0	(15,0)	71,7	(13,2)	0,001
Giới (nam)	77	40,5%	2556	43,7%	0,39
Chủng tộc (đen)	33	17,34%	999	17,1%	0,91
Tăng HA	119	62,6%	3872	66,1%	0,31
Bệnh tim	72	37,9%	2374	40,6%	0,46
ĐQ trước	51	26,8%	1443	24,6%	0,49
LVH	26	13,7%	642	11,0%	0,24
Rankin trước ĐQ	0	(0-3)	0	(0-3)	0,57
NIHSS	12	(5-22)	6	(3-11)	<0,0001
GCS	13	(7-15)	15	(14-15)	<0,0001
ĐQ CMN	60	31,6%	655	11,2%	<0,001
Tử vong 30 ngày	61	32,1%	776	13,3%	<0,0001

Jerzy P, Szaflarski, Angela Y at al. Incidence of seizures in the acute phase of stroke, *Epilepsy*, 2008:1-8

ĐK trong giai đoạn cấp của ĐQ

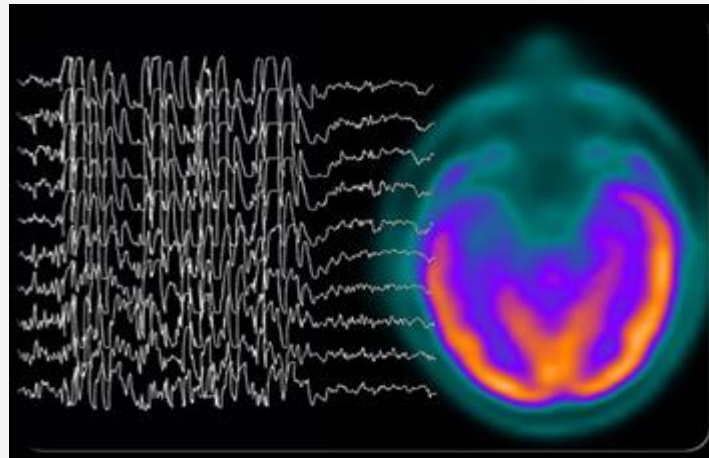
Tỷ lệ của ĐK theo phân nhóm của ĐQTMN ($p=0,01$)

	Đột quy TMN và TIA				Tỷ lệ ĐK
	Động kinh (n = 130)		Không động kinh (n = 5194)		
NN nằm dưới	N	%	N	%	
MM nhỏ	12	9,2%	692	13,3%	1,7%
Tắc mạch tim	33	25,4%	1049	20,2%	3,0%
MM lớn	14	10,8%	805	15,5%	1,7%
NN khác	9	6,9%	137	2,6%	6,2%
Không biết	62	47,7%	2511	48,3%	2,4%

Jerzy P, Szaflarski, Angela Y at al. Incidence of seizures in the acute phase of stroke, Epilepsy, 2008:1-8

Epilepsy after TIA or stroke in young patients impairs long-term functional outcome: The FUTURE Study

Remate M. Arntz, Noortje A.M. Maaijwee, Loes C.A. Rutten-Jacobs, et al.
Neurology 2013;81;1907-1913 Published Online before print October 30,2013



Đặc điểm cơ bản của ĐK sau ĐQ ở người trẻ (n=537)

	Tổng số	Không ĐK	Có ĐK
Số (% của tổng số)	537	483 (89,9)	54 (10,1)
Tuổi TB, năm	40,0 (8,0)	40,2 (8,0)	38,1 (7,3)
Giới, nam, n (%)	241 (44,9)	213 (44,0)	28 (51,9)
Tuổi tiếp sau (SD)	9,8 (8,4)	9,6 (8,3)	11,8 (8,7)
> 15 tuổi, n (%)	159 (29,6)	140 (29,0)	19 (35,2)
> 20 tuổi, n (%)	89 (16,6)	80 (16,6)	9 (16,7)
Điểm NIHSS, trung bình (IQR)	2 (0-7)	2 (0-6)	8 (2-13)
TOAST, n (%)			
- ĐM lớn	116 (23,2)	110 (24,2)	6 (13,6)
- Tắc mạch tim	55 (11,0)	48 (10,6)	7 (15,9)
- Ổ khuyết	51 (10,2)	51 (11,2)	0
- Các xác định khác	79 (15,9)	61 (13,4)	18 (40,9)
- Nhiều ổ	10 (2,0)	9 (2,0)	1 (2,3)
- Không rõ	187 (37,6)	175 (38,5)	12 (27,3)

Các đặc điểm cơ bản của BN (tiếp)

	Tổng số (537BN)	Không ĐK	Có ĐK
Các yếu tố nguy cơ tim mạch n (%)			
Đái tháo đường	22 (4,1)	22 (4,6)	0
Tăng HA	135 (25,1)	128 (26,5)	7 (13,0)
Rung nhĩ	7 (1,3)	7 (1,4)	0
Hút thuốc	248 (47,8)	223 (47,6)	25 (49,0)

Bảng 3: Hậu quả chức năng ở các BN đột quỵ TMN có và không có ĐK (n=537)

	mRS > 2	p	IADL < 8	p
Động kinh: - Không có ĐK	27 (9,8)	-	30 (12,6)	-
- Có ĐK	11 (27,5)	0,001	10 (27,8)	0,02
Tần số của ĐK: - Không có ĐK	27 (9,8)	-	30 (12,6)	-
- ĐK đơn độc	8 (23,1)	-	6 (26,1)	-
- ĐK tái phát	5 (35,7)	0,003	4 (30,8)	0,005

Kết luận: Động kinh sau ĐQ ở các BN trẻ là phổ biến, chúng tác động âm tính với hậu quả chức năng, thậm chí hơn 10 năm sau đột quỵ TMN



Chẩn đoán phân biệt ĐK sau ĐQ

- ◆ Khó để xác định BN có CGĐK nhất là người già (lẫn ý thức cấp, chậm chạp, thay đổi hành vi, ngất NN không rõ) → ít khi là TC của CGĐK sau ĐQ
- ◆ Các TC thường dẫn tới chẩn đoán nhằm ĐQ tái phát (BN thường xảy ra cơn sau liệt 1/2 người hoặc liệt Todd¹ (tình trạng lẫn ý thức có thể tới 7-9 ngày)²)
- ◆ Người già, CĐ phân biệt QT nhất là ngất, nó liên quan đến tình trạng không kiểm chế, TT thực thể, lẫn ý thức hồi phục chậm (cũng là đặc trưng của CGĐK)
- ◆ NN rõ rệt của CGĐK là ĐQ, nhưng có thể được ngụy trang như một bệnh TK (NK não), chuyển hóa (RL điện giải), tim mạch (RL nhịp tim)
- ◆ Cơn ĐK có thể báo hiệu ĐQ³

(1) **Polhmann-Eden B, et al.** The relevance of poststroke seizures. *Arch Neural* 2002; 59: 183. (2) **Stephen LJ, Brodie MJ.** Epilepsy in elderly people. *Lancet* 2000;355: 1441-6. (3) **cleary P. et al,** Late-onset seizures as a predictor of subsequent stroke. *Lancet* 2004;363:1184-6





Nguyên tắc chung điều trị co giật ĐK sau ĐQ

- ◆ Điều trị ĐK phải được tiến hành với CGĐK hoặc ĐK sau ĐQ bởi bất kỳ nguyên nhân gì
- ◆ Mục đích cần kết hợp theo dõi & giám sát các hoạt động hiện tại (bơi lội, nấu bếp, lái xe...), ↑ dần đến liều duy trì, thường xuyên theo dõi tác dụng phụ của thuốc
- ◆ ĐT phẫu thuật với ĐK khó trị sau các trường hợp MM não TM cục bộ (có giá trị kiểm soát cơn ĐK), nhưng ít được tiến hành nhất là ở một số người tuổi cao, nếu PT sẽ nguy hiểm¹
- ◆ Giáo dục, chỉ dẫn trực tiếp cho BN & gia đình BN về nghề nghiệp // ĐT thuốc, thành lập đội điều dưỡng đa CN, tư vấn - chăm sóc cho BN & gia đình BN²

1. Kartilla M, Wiltimor O. *Epilepsy after Stroke. Epilepsya* 1992; 33: 495-8

2. Suman S, Das P. *Management of epilepsy in the elderly. Geriatr Med* 2003;33:61-7



Thuốc điều trị co giật ĐK & ĐK sau ĐQ

Thuốc chống động kinh dùng phổ biến hàng đầu ở người già

Thuốc	Đề nghị dạng ĐK	Dược động học	Tác dụng phụ phổ biến	Phạm vi điều trị huyết tương
Carbamazepine	Cục bộ/toàn thể (1 hoặc 2)	Tác nhân gây cảm ứng enzym	Ban, nhìn đôi, đau đầu chóng mặt, block dẫn truyền, run,	20-50 μ mol/l (tối ưu)
Sodium valproate	Bất kỳ	Không cảm ứng enzym	Run, tăng trọng lượng	-
Lamotrigine	Loại trừ rung giật cơ	Không cảm ứng enzym	Ban	-
Phenytoin	Co giật-tăng trương lực toàn thể và tăng trương lực	Tác nhân gây cảm ứng enzym	Phì đại Gum, nguyên HC khổng lồ, thiếu máu, các TC độc tố, các dấu hiệu mất điều hòa, RRNC, tâm thần, loạn vận ngôn, nhìn đôi	40-80 μ mol/l (rãnh)



Thuốc điều trị co giật ĐK & ĐK sau ĐQ

- ◆ Các AEDs: phenytoin, phenobarbital, valproate, benzodiazepine không được lựa chọn nhiều trên LS do có hại trên PHCN & xương bởi (cảm ứng với anticoagulants và salicylates); thiếu bằng chứng A khi dùng cho người già & BN ĐQ
- ◆ Dùng carbamazepine kéo dài: gây khó chịu, không dùng ở các BN liên quan đến xương & đòi hỏi chống đông. Nếu phải dùng, dùng liều thấp (400mg/24h)
- ◆ BNĐQ: Lamotrigine & gabapentin hiệu quả hơn carbamazepine ở người già (bằng chứng A); gabapentin giúp cắt cơn kỳ dài (81% từ 30 tháng), không cảm ứng với anticoagulants, antiplatelets hoặc xương, hậu quả CN tốt hơn. Dùng liều thấp (100-150mg cho lamotrigine, 900-1200mg cho gabapentin), chuẩn độ chậm sẽ có lợi.

Philippe Ryvlin, Alexandra Montavont, Norbert Nighoghossian, Optimizing therapy of seizures in stroke patients. American Academy of Neurology, Editorial Board, Editors of Neurology supplement, 2008





Thuốc điều trị co giật ĐK & ĐK sau ĐQ

- ◆ **Tóm lại:** liều thấp lamotrigine & gabapentin là lựa chọn hàng đầu cho co giật & ĐK sau ĐQ ở người già hoặc các BN trẻ đòi hỏi dùng chống đông. Tuy nhiên, liều thấp kéo dài của carbamazepine có thể là một lựa chọn rẻ tiền cho các BN với xương và không đòi hỏi dùng chống đông.
- ◆ Oxcarbazepin & levetiracetam thuận lợi hơn Lamotrigine & gabapentin nhưng không được đánh giá đặc biệt trên người già hoặc bệnh nhân ĐQ

Philippe Ryvlin, Alexandra Montavont, Norbert Nighoghossian, Optimizing therapy of seizures in stroke patients. American Academy of Neurology, Editorial Board, Editors of Neurology supplement, 2008





Điều trị cơn giật ĐK sau đột quỵ

- Các thuốc chống ĐK (AED): dùng ở tất cả các nhóm tuổi
- Đơn trị liệu: **chiếm 88% các trường hợp**
- Cả hai (cơn co giật-tăng trương lực cục bộ or toàn thể), thuốc đề nghị hàng đầu: **carbamazepine, lamotrigine, sodium valproate và topiramate (carbamazepine có tương quan tốt giữa liều & độ tập trung trong huyết tương)**
- Thay đổi đơn trị liệu: **phenytoin, phenobarbital, clonazepam (phenytoin dùng phổ biến nhất đặc biệt với người già)**
- Hạn chế của AED: **an thần (buồn ngủ); dùng kéo dài: ↑ men gan (độc tố biến đổi dược động học & dược lực học) của thuốc gây nên nhất là ở những người cao tuổi**

The National Institute for Clinical Excellence. The epilepsies. The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care London: NICE, 2004:65-74





Một số đề nghị điều trị co giật ĐK sau ĐQ

- ◆ Điều trị thuốc AEDs được chi phối khác bởi các nguyên tắc tiêu chuẩn của điều trị ĐK
- ◆ Khi đơn trị liệu dùng AEDs hàng đầu bị giảm tác dụng, chẩn đoán sẽ được kiểm tra và đơn trị liệu với thuốc AED hàng thứ 2 sẽ được thử nghiệm
- ◆ Thay đổi thuốc đòi hỏi tiến hành từng bước và khi chế độ điều trị mới được thiết lập
- ◆ Điều trị kết hợp có thể cần thiết nhưng phải cân nhắc vì nó làm tăng nguy cơ tác dụng phụ và cảm ứng thuốc
- ◆ ↑ cholesterol là tác nhân bảo vệ chống ĐK sớm sau ĐQ
- ◆ Sa sút trí tuệ liên quan nguy cơ cao ĐK muộn sau NMN

(P. Boovlingram et al. Post-stroke epilepsy, Neurology, 2008; 33-39)



Một số đề nghị điều trị co giật ĐK

- ◆ ĐT dự phòng CGĐK GD cấp: cho CMN & CMDN, HKTMN¹
- ◆ Không ĐT dự phòng: TMN, tổn thương chấn thương não, ĐQ vì không ↓ TV & hậu quả CN²
- ◆ BN CGĐK > 2 tuần (nguy cơ cao tái phát): uống AEDs dự phòng ĐK kỳ dài³.
- ◆ Tổn thương tiểu não, dưới vỏ: ít phát triển ĐK, không đề nghị ĐT (thực tế: co giật khởi phát sớm cần được ĐT trong 1 tháng, dùng thuốc nếu không có cơn khi ĐT)⁴

Lưu ý: nhiều trường hợp, AEDs được dùng dự phòng ở BN chưa có bất kỳ biểu hiện LS, nhưng dự đoán khả năng phát triển cơn cấp hoặc mạn muộn sau tổn thương não (chấn thương, ĐQ, CMN sau PT não)⁵

(1) **Broderick J**, et al. The Stroke Council of American Heart Association recommends, *Stroke*, 1999;30: 905-15. (2) **Philippe Ryvlin** et al. Optimizing therapy of seizures in stroke patients, *Neurology supplement*, 2008. (3) **Cevani L**, et al. Epileptic seizures in intracerebral haemorrhage: a clinical and prognostic study, *Neurosurg Rev*, 1994; 17: 185-8. (4) **Qureshi A**, et al. Spontaneous intracerebral Haemorrhage. *N Engl J Med* 2001, 344: 1450-60. (5) **Grisarat** et al.,. Prophylaxis of the epilepsies should anti-epileptic drugs be used for preventing seizures after acute brain injury? *Acta Neural Belg* 2005;105: 5-13

Các đánh giá khác

- Lời khuyên khi lái xe

+ Phải chú ý DVLA

+ Có thể lái mô tô nếu không có cơn ĐK trong 1 năm

+ Loại bỏ các tác nhân gây ngủ gà

+ Không thay đổi thuốc hoặc không uống AED sau 6 tháng

- Lời khuyên trong hoạt động giám sát

+ Theo dõi thường xuyên tác dụng phụ của thuốc

+ Giáo dục và chỉ dẫn cho BN và gia đình/ngành nghề nghiệp

+ Có đội theo dõi giám sát các hoạt động

+ Phẫu thuật có thể có lợi cho kiểm soát cơn giật trong ĐK khó trị sau ĐQTMN

(P. Boovlingram at al. Post-stroke epilepsy, Neurology, 2008; 33-39)





Tiên lượng CGĐK sau ĐQ

- ♠ Ảnh hưởng của CGĐK sau ĐQ còn chưa rõ.
 - Một số NC thấy hậu quả tốt hơn: NC Scandinavian Stroke Scales (SSS) trên 1197BN có ĐK sớm đã không liên quan tới TV trong BV và có hậu quả tốt hơn, tăng điểm SSS tới 5,7 điểm (SE=1,8; p=0,002)¹
 - Một số NC thấy tồi tệ hơn: BN có ĐK sớm (48h) sau ĐQ hoặc TIA có tỷ lệ TV cao hơn (37,9%) so với không có cơn (14,4%) (p=0,0005)².
- ♠ Tử vong và tàn tật của ĐQ, bản thân nó dường như phụ thuộc vào NN nằm dưới


1. Reith S et al. Seizures in acute stroke: predictors and prognosis significance. *Stroke* 1997;28: 1585-9

2. Arboix A, et al. Predictive factors of early seizures after acute cerebrovascular disease. *Stroke* 1997;28: 1590-4





Kết luận

1. Co giật ĐK và ĐK sau ĐQ là phổ biến
 2. Co giật ĐK sau ĐQ khởi phát muộn có tỷ lệ tái phát cao hơn so với khởi phát sớm
 3. Các dạng co giật không điển hình có thể xảy ra, đặc biệt ở người già, là một nghi ngờ cao đòi hỏi chẩn đoán sớm, chính xác của co giật ĐK sau ĐQ
 4. Chẩn đoán ĐK sau ĐQ được coi như vấn đề xã hội & tâm thần tác động đến BN. Cần thiết lập một đội đa chức năng chuyên nghiệp để theo dõi, giáo dục, chăm sóc và điều trị cho BN
 5. Sự lựa chọn thuốc chống ĐK tối ưu cho các BN sau ĐQ còn nhiều tranh luận, phải cụ thể trên từng BN.
- 

Cám ơn sự chú ý của quý bác sĩ !

