

Đặc điểm tương quan giữa lâm sàng và điện não đồ ở bệnh nhân trạng thái động kinh co giật tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai

Correlation between clinical features and electroencephalographic patterns in patients with convulsive status epilepticus at neurology center Bach Mai hospital

Phan Duy Phúc^{1✉}, Võ Hồng Khôi^{1,2,3}

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh Viện Bạch Mai

³ Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Tác giả liên hệ

BS. Phan Duy Phúc

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phucbkh37hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/8/2025

Ngày phản biện khoa học: 9/9/2025

Ngày duyệt bài: 20/9/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, điện não đồ và khảo sát mối tương quan giữa các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh điện não đồ (ĐNĐ) ở bệnh nhân trạng thái động kinh co giật (TTĐK CG), nhằm hỗ trợ trong việc chẩn đoán, tiên lượng và điều trị kịp thời.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán trạng thái động kinh co giật, điều trị tại Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025. Các dữ liệu lâm sàng (tuổi, giới, tiền sử, loại co giật, ý thức, thời gian kéo dài cơn) và ĐNĐ (loại sóng, vị trí, tính đối xứng, hoạt động nền) được phân tích và đối chiếu.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 52.9 ± 20.6 , không có sự khác biệt lớn giữa tỉ lệ nam và nữ. Các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng, bao gồm co giật (92.7%), rối loạn ý thức (26.8%), sốt (22.0%), thất ngôn (12.2%), liệt nửa người (12.2%), rối loạn tâm thần hành vi (9.8%), rối loạn trí nhớ (14.6%), đau đầu (14.6%), thay đổi tính cách (2.4%). Phân loại cơn thường gặp nhất là cơn động kinh cục bộ mất ý thức (75.6%). Hầu hết các bản ghi điện não có hoạt động nền bất thường. Sóng chậm (92,7%) là loại bất thường phổ biến nhất, hoạt động thành nhịp (70,7%) và hoạt động kịch phát (63,4%) xuất hiện với tỷ lệ cao. Không có mối liên hệ có ý nghĩa giữa thời gian cơn co giật kéo dài ≥ 5 phút với sự xuất hiện của các hoạt động bất thường trên điện não đồ, tuy nhiên sự xuất hiện các cơn co giật gần với thời điểm làm điện não có mối tương quan với các hoạt động kịch phát, hoạt động thành nhịp, hoạt động có chu kỳ xuất hiện trên điện não đồ.

Kết luận: Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh điện não đồ ở bệnh nhân

trạng thái động kinh co giật rất đa dạng. Bên cạnh những tiêu chí cần quan sát được trên lâm sàng, điện não đồ là công cụ quan trọng trong đánh giá bệnh nhân trạng thái động kinh co giật, phát hiện tình trạng động kinh kéo dài sau cơn co giật. Việc phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng và ĐNĐ có thể nâng cao hiệu quả chẩn đoán, điều trị và tiên lượng.

Từ khóa: trạng thái động kinh co giật, điện não đồ, tương quan lâm sàng.

ABSTRACT

Objectives: To describe clinical and electroencephalographic (EEG) features and investigate their correlation in patients with convulsive status epilepticus (CSE), aiming to support timely diagnosis, prognosis, and management.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 41 patients diagnosed with CSE at the Neurology Center of Bach Mai Hospital between December 2024 and May 2025. Clinical data (age, sex, history, seizure type, consciousness, seizure duration) and EEG findings (wave types, distribution, symmetry, background activity) were analyzed and compared.

Results: The mean age was 52.9 ± 20.6 years, with a male-to-female ratio of 1.16. Most common clinical symptoms included seizures (92.7%), altered consciousness (26.8%), fever (22.0%), aphasia (12.2%), hemiparesis (12.2%), psychiatric disturbances (9.8%), memory impairment (14.6%), headache (14.6%), and personality changes (2.4%). Focal impaired awareness seizures accounted for 75.6% of cases. Most EEGs showed abnormalities; slowing was most common (92.7%), followed by rhythmic activity (70.7%) and epileptiform discharges (63.4%). No significant correlation was found between seizure duration (≥ 5 minutes) and EEG

abnormalities; however, ongoing seizures at the time of EEG were significantly associated with epileptiform discharges, rhythmic activity, and periodic discharges.

Conclusion: Clinical and EEG features in CSE patients are highly variable. EEG plays a crucial role in confirming ongoing seizure activity after convulsions, particularly in non-convulsive phases. Combining detailed clinical examination with EEG improves diagnostic accuracy and guides treatment.

Keywords: Convulsive status epilepticus, electroencephalography, clinical correlation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trạng thái động kinh co giật là một tình trạng cấp cứu thần kinh, đặc trưng bởi các cơn co giật kéo dài hoặc tái phát mà không hồi phục hoàn toàn ý thức giữa các cơn. Tần suất mắc trạng thái động kinh ước tính khoảng 1.73 đến 74 trường hợp mới trên 100.000 dân mỗi năm.¹ Trong đó, trạng thái động kinh co giật là thể nặng nhất, chiếm khoảng 45-74% tổng số các trường hợp trạng thái động kinh.² Trạng thái động kinh có nguy cơ đe dọa tính mạng và chức năng thần kinh với tỉ lệ tử vong cao, dao động từ 9% đến 37%, bởi vậy việc chẩn đoán sớm và chính xác là tối quan trọng để ngăn ngừa tổn thương não, di chứng thần kinh và tử vong.³ Các biểu hiện lâm sàng ban đầu giúp chẩn đoán và phân loại trạng thái động kinh co giật. Bên cạnh đó, điện não đồ là công cụ hữu ích giúp phát hiện các bất thường về hoạt động điện não, đặc biệt ở những trường hợp có biểu hiện lâm sàng không điển hình. Tuy nhiên, việc ứng dụng ĐNĐ trong đánh giá TTĐK CG còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt tại các tuyến y tế cơ sở. Bài nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm thường gặp, đồng thời làm rõ mối tương quan giữa các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh ĐNĐ ở bệnh nhân trạng thái động kinh co giật.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 41 bệnh nhân ≥ 16 tuổi, được chẩn đoán trạng thái động kinh co giật tại Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2024 đến tháng 5/2025, có ghi điện não đồ trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
- Các bệnh nhân được chẩn đoán đủ tiêu chuẩn trạng thái động kinh co giật, với cơn co giật kéo dài trên 5 phút hoặc xuất hiện cơn co giật tái phát mà ý thức không hồi phục giữa các cơn.
- Có đầy đủ dữ liệu lâm sàng và điện não đồ được ghi nhận trong bệnh án.
- Bệnh nhân ≥ 16 tuổi.
- Tiêu chuẩn loại trừ:

Các trường hợp thông tin không đầy đủ, không đáng tin cậy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.
- Thông số thu thập:
- Lâm sàng: tuổi, giới, tiền sử động kinh, kiểu co giật, triệu chứng kèm theo, các triệu chứng xuất hiện khi co giật, mức độ ý thức (thang điểm Glasgow), thời gian kéo dài cơn (>5 phút).
- ĐNĐ: loại bất thường (hoạt động kích phát, sóng chậm, hoạt động nền), tính chất (khu trú/ lan tỏa, đối xứng, đồng bộ), hình thái bất thường (hoạt động thành nhịp, hoạt động có chu kỳ).
- Xử lý số liệu: Phân tích thống kê bằng SPSS 23.0, sử dụng kiểm định Chi-square, t-test (p < 0,05 có ý nghĩa thống kê).

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi trung bình: 52.9 ± 20.6 tuổi (khoảng 16 – 86).

Nam: 53.7%, Nữ: 46.3% (Tỉ lệ nam/ nữ là 22/19 = 1.16).

Bảng 1. Tiền sử bệnh

Tiền sử	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Động kinh	14	34.1
Bệnh lý tổn thương não	28	68.3
Nhồi máu não	11	26.8
Chảy máu não	2	4.9
Huyết khối xoang tĩnh mạch não	1	2.4
Chấn thương sọ não	7	17.1
U não	3	7.3
Viêm màng não	2	4.9
Viêm não	2	4.9
Phẫu thuật sọ não	5	12.2
Tăng huyết áp	13	31.7
Đái tháo đường	7	17.1

Trong số những trường hợp có tiền sử động kinh, có 6 trường hợp có tiền sử đột quỵ não (42.8%), 2 ca (14.3%) có tiền sử phẫu thuật sọ não, 1 ca (7.1%) có tiền sử u não, 2 ca (14.3%) có tiền sử viêm não. Về việc tuân thủ điều trị của các trường hợp có tiền sử động kinh, có 6 ca (42.9%) tuân thủ điều trị, 6 ca (42.9%) bỏ thuốc và 2 ca (14.3%) tự động giảm liều thuốc.

Nhận xét: Bệnh nhân trạng thái động kinh co giật tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai có độ tuổi trung bình là 52.9 ± 20.6, trong đó độ tuổi nhỏ nhất là 16, tuổi lớn nhất là 86. Không có sự khác biệt lớn giữa tỉ lệ mắc nam và nữ (Nam/ Nữ = 1.16). Tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử động kinh là 34.1%, tỉ lệ có mắc các bệnh lý tổn thương não bao gồm nhồi máu não (26.8%), chảy máu não (4.9%), huyết khối xoang tĩnh mạch não (2.4%), chấn thương sọ não (17.1%), u não (7.3%), viêm màng não (4.9%), viêm não (4.9%).

3.2. Biểu hiện lâm sàng

- Tình trạng ý thức lúc nhập viện, điểm Glasgow lúc nhập viện trung bình 12.5 ± 1.8 (khoảng điểm 8 – 15 điểm). Có 6 trường hợp (14.6%) tỉnh táo hoàn toàn lúc nhập viện (Glasgow 15 điểm), 19 trường hợp (46.3%) rối loạn ý thức nhẹ (Glasgow 13-14 điểm), 15 trường hợp (36.6%) rối loạn ý thức mức độ trung bình (Glasgow 9-12 điểm), 1 trường hợp rối loạn ý thức nặng (Glasgow ≤ 8 điểm).

Bảng 2. Triệu chứng trước lúc nhập viện

Triệu chứng trước lúc nhập viện	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Co giật	38	92.7
Rối loạn ý thức	11	26.8
Sốt	9	22.0
Thất ngôn	5	12.2
Liệt nửa người	5	12.2
Rối loạn tâm thần hành vi	4	9.8
Rối loạn trí nhớ	6	14.6
Thay đổi tính cách	1	2.4
Đau đầu	6	14.6

Nhận xét: Tình trạng ý thức lúc nhập viện của bệnh nhân TTĐK CG có thể tỉnh táo hoàn toàn, tuy nhiên đa số bệnh nhân có rối loạn ý thức lúc nhập viện (85.4%). Triệu chứng lâm sàng khiến bệnh nhân phải nhập viện nhiều nhất là co giật (92.7%). Mặc dù vậy, nhiều bệnh nhân không có co giật trước khi khởi phát trạng thái động kinh, với các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng như rối loạn ý thức (26.8%), sốt (22.0%), thất ngôn (12.2%), liệt nửa người (12.2%), rối loạn tâm thần hành vi (9.8%), rối loạn trí nhớ (14.6%), đau đầu (14.6%), thay đổi tính cách (2.4%).

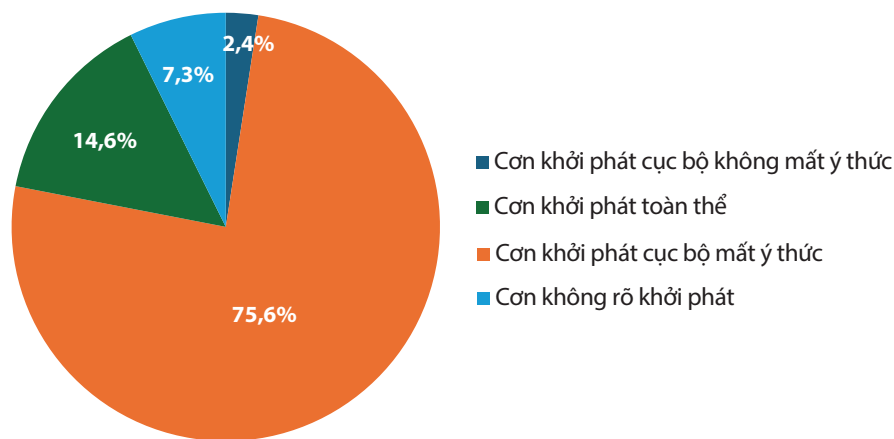
Bảng 3. Đặc điểm cơn động kinh

Đặc điểm cơn động kinh	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Mất ý thức	41	100.0
Co giật toàn thể	31	75.6
Co cứng	20	48.8
Quay mắt quay đầu	17	41.5
Tăng tiết đàm dãi	26	63.4
Cắn chặt bên lưỡi	1	2.4
Động tác tự động	6	14.6
Giật mắt	7	17.1
Giật nhẹ vùng mặt	17	41.5
Rối loạn tâm thần	4	9.8
Tiểu dầm	1	2.4
Liệt Todd sau cơn	2	4.9

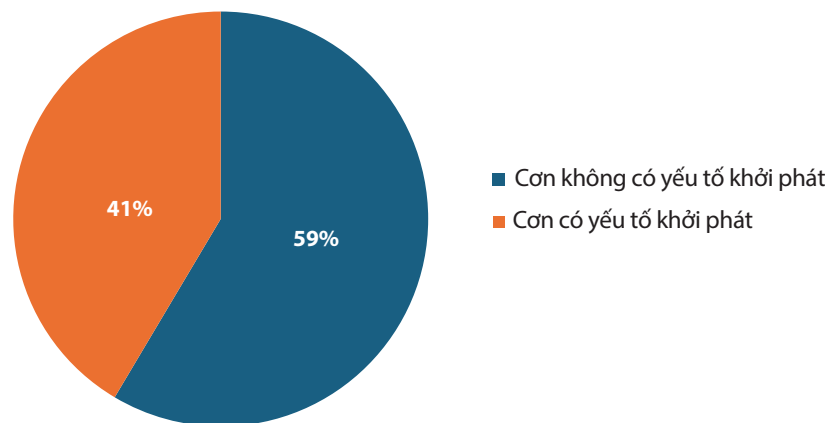
Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều mất ý thức trong cơn co giật. Đa số trạng thái động kinh co giật xuất hiện là cơn toàn thể. Mặc dù vậy, các trường hợp co giật toàn thể có thể nguyên phát hoặc thứ phát (cơn cục bộ tiến triển co cứng co giật hai bên). Các biểu hiện giúp định hướng cơn cục bộ (vị trí co giật, quay mắt quay đầu (41.5%)).

Biểu đồ 1. Phân loại cơn động kinh theo vị trí khởi phát

Phân loại cơn động kinh	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Cơn khởi phát cục bộ không mất ý thức	1	2.4
Cơn khởi phát cục bộ mất ý thức	31	75.6
Cơn khởi phát toàn thể	6	14.6
Cơn không rõ khởi phát	3	7.3



Nhận xét: Phân loại cơn động kinh thường gặp nhất là cơn cục bộ mất ý thức (75.6%), tiếp đến là cơn khởi phát toàn thể (14.6%). Có 2.4% trường hợp là cơn cục bộ không mất ý thức và 7.3% là cơn không rõ khởi phát.



Biểu đồ 2. Phân loại cơn động kinh theo yếu tố khởi phát

Nhận xét: Đa số TTĐK CG không có yếu tố khởi phát (59%), 41% các trường hợp có yếu tố khởi phát.

3.3. Đặc điểm điện não đồ

Bảng 4. Các rối loạn hoạt động nền trên điện não đồ

Đặc điểm hoạt động nền trên ĐNĐ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bình thường	6	14.6
Hoạt động chậm khu trú	8	19.5
Hoạt động chậm lan tỏa	11	26.8
Hoạt động kịch phát liên tục	5	12.2
Sóng beta biên độ thấp lan tỏa	11	26.8

Nhận xét: Hoạt động nền bình thường chỉ chiếm 14,6%, cho thấy phần lớn bệnh nhân có biểu hiện bất thường trên ĐNĐ. Hai nhóm phổ biến nhất là hoạt động chậm lan tỏa (26,8%) và sóng beta biên độ thấp lan tỏa (26,8%), phản ánh sự suy giảm lan tỏa chức năng não, thường gặp

trong tổn thương lan rộng, bệnh nhân đang sử dụng thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc trong trạng thái động kinh kéo dài. Hoạt động chậm khu trú (19,5%) và hoạt động kích phát liên tục (12,2%) xuất hiện cũng là các chỉ dấu của tổn thương khu trú và nguy cơ cơn co giật.

Bảng 5. Các hoạt động bất thường trên điện não đồ

Các hoạt động bất thường trên ĐNĐ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Hoạt động kích phát	26	63.4
Sóng chậm	38	92.7
Sóng ba pha	2	4.9
Hoạt động thành nhịp	29	70.7
Hoạt động có chu kỳ	15	36.6
Hoạt động kích phát thành nhịp	14	34.1
Hoạt động kích phát chu kỳ	13	32.7
Hoạt động kích phát lẻ tẻ	11	26.8

Nhận xét: Sóng chậm (92,7%) là loại bất thường phổ biến nhất, phản ánh sự tổn thương não. Hoạt động thành nhịp (70,7%) và hoạt động kích phát (63,4%) xuất hiện với tỷ lệ cao, biểu hiện bất thường liên quan trong TTĐK CG, có

thể xảy ra ngay cả khi bệnh nhân không còn cơn co giật, giúp gợi ý chẩn đoán động kinh và tiên lượng. Các bất thường khác có thể gặp như hoạt động kích phát chu kỳ (32,7%), hoạt động kích phát thành nhịp (34,1%), và sóng ba pha (4,9%).

Bảng 6. Các dạng hoạt động liên tục cơn – giữa cơn (Ictal-interictal continuum) trên điện não đồ

Các dạng hoạt động liên tục cơn – giữa cơn	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Hoạt động kích phát chu kỳ toàn thể (GPD)	5	12.2
Hoạt động kích phát chu kỳ lệch bên (PLED)	8	19.5
Hoạt động delta thành nhịp khu trú (LRDA)	12	29.3
Hoạt động delta thành nhịp toàn thể (GRDA)	6	14.6
Hoạt động kích phát chu kỳ hai bên độc lập (BiPLEDs)	4	9.8

Nhận xét: LRDA (29,3%) là dạng phổ biến nhất, tiếp theo là PLED (19,5%), GRDA (14,6%), và GPD (12,2%). Các dạng hoạt động trong IIC thường liên quan đến trạng thái động kinh

không co giật hoặc tổn thương cấp tính nặng nề. Trong đó BiPLEDs là dạng nặng, liên quan đến tiên lượng xấu, cần theo dõi sát về mặt lâm sàng gặp ở 9.8% các trường hợp.

3.4. Tương quan lâm sàng – điện não đồ

Bảng 7. Tương quan các hoạt động trên điện não đồ với cơn co giật toàn thể

Đặc điểm	Cơn cục bộ	Cơn toàn thể	p value
Vị trí khởi phát cơn động kinh hay vị trí bất thường trên điện não đồ			
- Một bên	8	17	0.223
- Hai bên	1	10	
Hoạt động kích phát	5	21	0.453
Hoạt động thành nhịp	8	21	0.694
Hoạt động có chu kỳ	2	13	0.277
Sóng chậm	10	28	0.564

Nhận xét: Không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$) giữa các đặc điểm điện não và loại cơn (cục bộ hay toàn thể), bởi vậy không có tiêu chuẩn hay đặc điểm điện não nào đặc hiệu cho chẩn đoán loại trạng thái động kinh co giật. Mặc dù vậy, hoạt động kích phát và chu kỳ có xu hướng xuất

hiện nhiều hơn ở bệnh nhân có cơn toàn thể. Trong số các bệnh nhân có trạng thái động kinh co giật, 22 trường hợp (53.7%) quan sát được thời gian cơn trên 5 phút, 19 trường hợp (46.3%) có cơn co giật ngắn hơn nhưng ý thức bệnh nhân không hồi phục giữa các cơn.

Bảng 8. Tương quan giữa các đặc điểm lâm sàng, điện não đồ với thời gian cơn co giật kéo dài nhất và bệnh nhân còn cơn co giật trong ngày làm điện não đồ

Đặc điểm	Thời gian cơn			Còn cơn tại thời điểm làm điện não		
	<5 phút	≥ 5 phút	p value	Không còn cơn	Còn cơn	p value
Tiền sử bệnh động kinh	7	7	0.735	6	8	0.397
Cơn toàn thể	14	17	0.790	9	22	0.224
Hoạt động kích phát	11	15	0.495	6	20	0.049
Hoạt động thành nhịp	14	15	0.744	7	22	0.036
Hoạt động có chu kỳ	7	8	0.975	1	14	0.005

Nhận xét: Không có yếu tố nào tương quan có ý nghĩa với thời gian cơn ≥ 5 phút ($p > 0.05$). Tuy nhiên, có nhiều yếu tố tương quan có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tình trạng còn cơn trong ngày làm ĐNĐ như là hoạt động kích phát ($p = 0.049$), hoạt động thành nhịp ($p = 0.036$), hoạt động có chu kỳ ($p = 0.005$).

IV. BÀN LUẬN

Đa số bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tổn thương não trước đó (68.3%), là yếu tố nguy cơ xuất hiện cơn động kinh và TTĐK CG. Bệnh nhân TTĐK CG có thể mắc nhiều bệnh lý nên kèm theo, tuy nhiên nhiều trường hợp không có tiền sử động kinh trước đó. Mặc dù vậy, tỉ lệ bệnh nhân có tiền

sử động kinh cao (34.1%). Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc chống động kinh còn thấp (42.9%), là một trong những nguyên nhân gây ra TTĐK CG. Tỉ lệ này tương đương với các nước đang phát triển.⁴

Các triệu chứng lâm sàng kèm theo của trạng thái động kinh co giật rất đa dạng, bởi vậy việc khai thác lâm sàng chi tiết, bao gồm thời gian kéo dài cơn, tiền sử động kinh, tuân thủ điều trị và các dấu hiệu thần kinh khu trú, vẫn là nền tảng quan trọng giúp định hướng chẩn đoán, tìm nguyên nhân và tiên lượng. Bên cạnh việc quan sát những dấu hiệu trong cơn co giật, các dấu hiệu kèm theo như rối loạn ý thức (26.8%), sốt (22.0%), thất ngôn (12.2%), liệt nửa người (12.2%), rối loạn tâm thần hành vi (9.8%), rối loạn trí nhớ (14.6%), đau đầu (14.6%), thay đổi tính cách (2.4%) cũng giúp định hướng nguyên nhân và định khu tổn thương.

TTĐK khởi phát cục bộ là loại phổ biến nhất (78%), có thể có hoặc không có liên quan đến toàn thể hóa thứ phát. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu của Meritam Larsen Pirgit và cs (50-91%).⁵

Nghiên cứu này làm nổi bật tầm quan trọng của việc kết hợp giữa lâm sàng và điện não đồ trong đánh giá và xử trí trạng thái động kinh co giật. Trên thực tế, triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, đặc biệt trong giai đoạn sau co giật, khi bệnh nhân rơi vào tình trạng lú lẫn sau cơn. Trong những trường hợp đó, ĐNĐ là công cụ quan trọng giúp xác định bệnh nhân còn trong TTĐK (đặc biệt là TTĐK không co giật) hay đã chuyển sang giai đoạn sau cơn. Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân TTĐK CG có bất thường trên ĐNĐ, trong đó sóng chậm lan tỏa và hoạt động kích phát là những dạng phổ biến nhất, phản ánh sự rối loạn lan tỏa hoặc khu trú chức năng thần kinh trung ương.

Trong nhiều trường hợp trạng thái động kinh co cứng co giật toàn thể, khó có thể phân định

được là TTĐK co cứng co giật toàn thể nguyên phát hay thứ phát (cục bộ tiến triển co cứng co giật hai bên).⁶ Trong những trường hợp đó, điện não đồ có vai trò quan trọng trong việc gợi ý vị trí khởi phát và vị trí tổn thương. Điều này giúp định hướng rõ ràng hơn trong việc tìm nguyên nhân và dùng thuốc chống động kinh với các trường hợp trạng thái động kinh co giật.

Tuy không ghi nhận mối liên hệ có ý nghĩa giữa đặc điểm điện não và loại cơn (cục bộ hay toàn thể), tuy nhiên xu hướng biểu hiện rõ nét hơn các hoạt động kích phát và thành nhịp ở nhóm cơn toàn thể cho thấy vẫn có giá trị định hướng lâm sàng. Mặt khác, việc phân định cơn động kinh toàn thể nguyên phát hay thứ phát vẫn là thách thức, và chỉ có thể xác định chính xác nhờ kết hợp lâm sàng, hình ảnh học và ĐNĐ.

Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận sự xuất hiện phổ biến của các dạng bất thường ĐNĐ như PLED, LRDA, GRDA, GPD – những mẫu hình đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu là liên quan đến trạng thái động kinh kéo dài và tiên lượng xấu.⁷ So sánh với nghiên cứu của Samuel B Snider và cs. (2023), tỷ lệ hoạt động PLED ở nhóm bệnh nhân còn cơn trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng cao hơn (19.5% so với 15.4%), tuy nhiên thấp hơn so với nghiên cứu của Meritam Larsen Pirgit và cs năm 2025 (21%), GPDs có tỉ lệ cao hơn (12.2% so với 7.2%).⁸ LRDA có tỉ lệ gặp cao hơn so với nghiên cứu của Pirgit và cs (29.3% so với 8%).⁵

V. KẾT LUẬN

Trạng thái động kinh co giật là một tình trạng cấp cứu thần kinh, đòi hỏi sự kết hợp chặt chẽ giữa đánh giá lâm sàng và các công cụ hỗ trợ cận lâm sàng như điện não đồ (ĐNĐ). Nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân TTĐK CG có các bất thường đáng kể trên ĐNĐ, trong đó các hoạt động thành nhịp, hoạt động kích phát thường gặp.

Mặc dù không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa EEG và loại cơn hay thời gian kéo dài cơn, kết quả nhấn mạnh rằng EEG vẫn là công cụ thiết yếu trong phát hiện các cơn co giật âm thầm sau giai đoạn lâm sàng. Đáng chú ý, một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân không có tiền sử động kinh trước đó, cho thấy cần nâng cao cảnh giác với các yếu tố nguy cơ cấp tính khác như tổn thương não, nhiễm trùng.

Việc thực hiện EEG sớm, đặc biệt ở những bệnh nhân chậm hồi phục ý thức sau cơn, sẽ giúp nhận diện trạng thái động kinh không co giật, từ đó định hướng điều trị kịp thời và cải thiện tiên lượng. Bên cạnh đó, đánh giá lâm sàng chi tiết vẫn đóng vai trò nền tảng, hỗ trợ phân tầng nguy cơ và quyết định thời điểm chỉ định EEG phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Leitingner M, Trinkla E, Zimmermann G, Granbichler CA, Kobulashvili T, Siebert U. Epidemiology of status epilepticus in adults: Apples, pears, and oranges - A critical review. *Epilepsy Behav EB*. 2020;103(Pt A):106720. doi:10.1016/j.yebeh.2019.106720
2. Zaccara G, Giannasi G, Oggioni R, et al. Challenges in the treatment of convulsive status epilepticus. *Seizure*. 2017;47:17-24. doi:10.1016/j.seizure.2017.02.015
3. Aaron M. Cook. *CCSAP Book 3 - Neurocritical Care/ Technology in the ICU - Status Epilepticus*; 2017.
4. Mbuba CK, Ngugi AK, Newton CR, Carter JA. The epilepsy treatment gap in developing countries: a systematic review of the magnitude, causes and intervention strategies. *Epilepsia*. 2008;49(9):1491-1503. doi:10.1111/j.1528-1167.2008.01693.x
5. Pirgit ML, Beniczky S. EEG and semiology in the elderly: A systematic review. *Seizure*. 2025;128:90-121. doi:10.1016/j.seizure.2024.09.003
6. DeLorenzo RJ, Hauser WA, Towne AR, et al. A prospective, population-based epidemiologic study of status epilepticus in Richmond, Virginia. *Neurology*. 1996;46(4):1029-1035. doi:10.1212/wnl.46.4.1029
7. Hanin A, Demeret S, Nguyen-Michel VH, Lambrecq V, Navarro V. Continuous EEG monitoring in the follow-up of convulsive status epilepticus patients: A proposal and preliminary validation of an EEG-based seizure build-up score (EaSiBUSSEs). *Neurophysiol Clin*. 2021;51(2):101-110. doi:10.1016/j.neucli.2021.01.006
8. Snider SB, Fong MWK, Nolan NM, et al. Clinical and Electroencephalographic Predictors of Seizures and Status Epilepticus in 12,450 Critically Ill Adults: A Retrospective Cohort Study. *Crit Care Med*. 2023;51(8):1001-1011. doi:10.1097/CCM.0000000000005872