

Trạng thái động kinh được phân loại dựa theo các trục: triệu chứng học, căn nguyên, điện não, tuổi. Trên lâm sàng thường áp dụng phân loại theo triệu chứng học gồm hai loại chính: trạng thái động kinh co giật và trạng thái động kinh không co giật.

Trạng thái động kinh không co giật (NCSE) được định nghĩa là tình trạng cơn động kinh không ưu thế vận động kéo dài trên 10'. Ở bệnh nhân hôn mê thì nếu bản ghi điện não có các hoạt động điện

não dạng động kinh kéo dài liên tục trên 30' trong 1h ghi điện não (tương đương với >50%) cũng được coi là NCSE. Bệnh nhân thường có rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau. Trạng thái động kinh cục bộ không có rối loạn ý thức hiếm gặp.

Điều trị trạng thái động kinh theo các hướng dẫn điều trị của Hội Động kinh Hoa Kỳ hoặc Liên hội Chống động kinh Quốc tế theo các mốc thời gian cụ thể. Ưu tiên sử dụng các thuốc kháng động kinh đường tĩnh mạch.

Tối ưu hóa chẩn đoán động kinh ở người lớn

Nguyễn Duy Dẫn, Trần Thị Kim Anh

Nguyễn Xuân Nhân, Nguyễn Đình Toàn

Bộ môn Nội - Đại học Y Dược Huế & Phòng Điện não - Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

TÓM TẮT

Chẩn đoán động kinh luôn đặt ra nhiều thách thức, tỷ lệ chẩn đoán sai là thường gặp, 4.6 - 30% tùy vào nghiên cứu (Smith D, QJM, 1999). Động kinh là một chẩn đoán lâm sàng nên khai thác bệnh sử kỹ càng qua việc mô tả cơn là yếu tố cốt lõi để chẩn đoán cơn; điện não đồ và MRI sọ não để hỗ trợ chẩn đoán thể, hội chứng động kinh và nguyên nhân cấu trúc (Scheffer IE, Epilepsia, 2017).

Khai thác cơn qua việc mô tả của người chứng kiến cơn hoặc từ bệnh nhân có độ tin cậy còn hạn chế do nhiều nguyên nhân (Muayquil T.A, BMC Neurol, 2018). Do đó, việc hướng dẫn theo dõi video tại nhà - công cụ có thể ứng dụng rộng rãi với chi phí thấp là nguồn cung cấp thông tin hữu dụng cho các bác sĩ (Lorenzo R, Neurol. Sciences, 2020). Mức độ hiểu biết của bác sĩ thần kinh về biểu hiện

cơn động kinh cũng ảnh hưởng đến việc khai thác bệnh sử (Seneviratne U, Epilepsia, 2012). Do đó, việc khai thác cơn dựa vào bảng kiểm mô cơn và phân loại cơn sẽ giúp nâng cao hiệu quả (Fisher RS, Epilepsia, 2017).

Điện não đồ bề mặt không chỉ giúp chẩn đoán mà còn giúp theo dõi cơn và phân loại hội chứng động kinh. Bản thảo khuyến cáo của ILAE đề cập đến các tiêu chuẩn kỹ thuật tối thiểu khi đo điện não thường quy tăng độ chính xác và tính tin cậy (Pentola, 2022). Việc bổ sung các điện cực thái dương dưới làm tăng độ nhạy phát hiện các phóng điện trong động kinh thái dương (Seeck M, Clin Neurophysiol, 2017). Điện não đồ gây thiếu ngủ - thực hiện dễ dàng ngoại trú và tiết kiệm chi phí làm tăng độ nhạy trong phát hiện các phóng điện toàn thể (J P Leach,

J Neurol Neurosurg Pschyatry, 2006). Điện não giấc ngủ tăng mức độ phát hiện các phóng điện dạng động kinh (Meritam P, *Clin Neurophysiol*, 2018) đặc biệt, có thể ứng dụng rộng rãi khi đo giấc ngủ trưa tại Việt Nam.

MRI sọ não giúp chẩn đoán nguyên nhân cấu trúc gây động kinh và điều trị phẫu thuật động kinh khi được cân nhắc. Quy trình chụp với độ phân giải cao, đẳng hướng, tái tạo 3D T1 và FLAIR ở mức 1 mili-mét và 2D T2 dưới 1 mili-mét (HARNESS-

MRI protocol) được khuyến cáo có thể thực hiện trên máy MRI 3T hoặc tối thiểu 1.5T đời mới để phát hiện loạn sản cục bộ, teo hải mã, u củ, harmatoma hoặc sẹo, Để khảo sát tối ưu cấu trúc bên trong của hải mã cần chụp xung Spin echo vuông góc với trục dài của hải mã. Có thể bổ sung thêm: Gado khảo sát bất thường U, dị dạng mạch hoặc nhiễm trùng; xung T2* để phát hiện lắng đọng sắt, sản phẩm của máu và vôi hóa (Andrea B, *Epilepsia*, 2018).

Presurgical evaluation in epilepsy surgery in Viet Nam

Minh An Thuy Le, MD, MSc

University of Medicine and Pharmacy at HCMC

ABSTRACT

Epilepsy is one of the most common neurological diseases affecting more than 50 million people worldwide. Despite anti-seizure medication (ASM) being the most popular treatment, about one-third of people with epilepsy (PWE) have not achieved seizure freedom with optimal medicines. Epilepsy surgery showed effectiveness in drug-resistant epilepsy. Presurgical evaluation is an essential step in performing a successful surgery. In Viet Nam, a limited resource country, we chose candidates showing suspected lesional MRI with surgically remediable epilepsy syndromes, such as mesial temporal sclerosis, low-grade gliomas (LGGs), or focal cortical dysplasia (FCD). Trained neurologists evaluated PWE diagnosed with drug-resistant

epilepsy based on clinical information, including age at onset, semiology, number of ASMs, medical history, and primary modalities such as long-term video EEG and brain MRI. MRI was performed with an epilepsy protocol, while long-term video EEG with a duration of 1 to 3 days was conducted to capture interictal discharges and/or clinical seizures. In cases showing concordant findings for at least three examinations, including semiology, interictal EEG, ictal EEG, and brain MRI, and lesions that did not affect the eloquent cortex, the surgical plan was anterior temporal lobectomy for hippocampal sclerosis or lesionectomy for FCD or LGGs. The decision to perform surgery was also made if the potential epileptogenic zone was confirmed.