



Hình 2: Phẫu thuật nội soi toàn bộ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baumgartner, H., et al.** ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). Eur Heart J, 2010. 31(23):2915-57.
2. **Cheng, Y., et al.** Totally endoscopic congenital heart surgery compared with the traditional heart operation in children. Wien Klin Wochenschr, 2013. 125(21-22): p. 704-8.
3. **Dodge-Khatami, J., et al.** Mini right axillary thoracotomy for congenital heart defect repair can become a safe surgical routine. Cardiol Young, 2022: p. 1-4.
4. **Gao, C., et al.** Totally robotic repair of atrioventricular septal defect in the adult. J Cardiothorac Surg, 2015. 10: p. 156.
5. **Horer, J.** Right Axillary Thoracotomy in Congenital Cardiac Surgery: Why, for Whom, and How? Ann Thorac Surg, 2021. 112(6): p. 2053-2054.
6. **Modi, P., A. Hassan, and W.R. Chitwood, Jr.** Minimally invasive mitral valve surgery: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiothorac Surg, 2008. 34(5): p. 943-52.
7. **William S Stoney.** Evolution of cardiopulmonary bypass. Circulation.2009.119(21):2844-53
8. **Zhu, J., et al.** Individualized strategy of minimally invasive cardiac surgery in congenital cardiac septal defects. J Cardiothorac Surg, 2022. 17(1): p. 5.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

Trần Thanh Hùng^{1,2}, Đinh Vinh Quang²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trạng thái động kinh (TTĐK) là một cấp cứu thần kinh cần được đánh giá và xử trí ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong. Nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả điều trị và kết cục của bệnh nhân TTĐK tại Bệnh viện Nhân Dân 115. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu cứu cắt ngang mô tả được thực hiện từ tháng 1/2024 đến tháng 9/2024 tại Khoa Nội Thần kinh Tổng quát, Bệnh viện Nhân dân 115, trên các đối tượng từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán TTĐK theo tiêu chuẩn của Liên hội chống động kinh quốc tế (ILAE) năm 2015 và tiêu chuẩn Salzburg.^{2,3} Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân có giật do bệnh lý rối loạn chuyển hoá cấp tính. **Kết quả:** Dân số nghiên cứu có tuổi trung vị 53,9 và tỷ lệ nam:nữ là 13:7. Tiền căn ghi nhận 95% bệnh nhân (BN) có bệnh nền, trong đó 35% có tiền căn động kinh. Kiểu trạng thái động kinh phổ biến nhất là TTĐK co cứng-co giật (65%), tiếp theo là TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức (25%) và TTĐK không co giật (10%). Kết quả cận lâm sàng cho thấy 100% điện não đồ (EEG) đo trong cơn ghi nhận hoạt động động kinh, trong khi EEG ngoài cơn chỉ phát hiện 10% trường hợp. Hình ảnh học ghi nhận bất thường ở 73,7% trường hợp, với tỷ lệ phát hiện tổn thương ở MRI và CT lần lượt là 81,9% và 72,7%. Có 4/7 trường hợp dịch não tủy (DNT) có bất thường nhưng

không gợi ý nguyên nhân nhiễm trùng, trong đó có một trường hợp viêm não kháng thụ thể NMDA. Nguyên nhân chính của TTĐK là tổn thương cũ (55%), tiếp theo là căn nguyên ẩn (25%) và tổn thương cấp (20%). Thời gian trung vị bắt đầu điều trị là 9,9 phút. Tỷ lệ đáp ứng điều trị TTĐK là 85%. Theo kiểu TTĐK, tỷ lệ đáp ứng cao nhất ở TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức (100%), tiếp theo là TTĐK co cứng-co giật (84,6%) và thấp nhất ở TTĐK không co giật (50%). Tỷ lệ đáp ứng theo nguyên nhân cao nhất ở tổn thương cũ (90,9%), kể đến là căn nguyên ẩn (80%) và thấp nhất ở tổn thương cấp (75%). **Kết luận và kiến nghị:** Nghiên cứu này cho thấy cần nhận biết, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời TTĐK để cải thiện tiên lượng. Việc đo EEG sớm, đặc biệt trong các trường hợp TTĐK không co giật, là cần thiết để phân loại, theo dõi và điều trị. Trong tương lai cần triển khai EEG tại giường để giúp chẩn đoán và điều trị TTĐK hiệu quả hơn. **Từ khóa:** Trạng thái động kinh, trạng thái động kinh co cứng-co giật, trạng thái động kinh cục bộ vận động có suy giảm ý thức, trạng thái động kinh không co giật

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT EFFICACY OF STATUS EPILEPTICUS

Background: Status epilepticus (SE) is a neurological emergency requiring immediate evaluation and management to prevent mortality. This study aims to investigate the clinical characteristics, paraclinical findings, treatment efficacy, and outcomes of SE patients at People's Hospital 115. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from January 2024 to September 2024 at the Department of General Neurology, People's Hospital 115, involving patients aged 16 years and older diagnosed with SE

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân 115, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hùng

Email: tranthanhhungmd@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025

based on the 2015 classification by the International League Against Epilepsy (ILAE) and Salzburg criteria.^{2,3} Exclusion criteria: patients with seizures due to acute metabolic disorders. **Results:** The median age of the study population was 53.9 years, with a male-to-female ratio of 13:7. Medical history revealed that 95% of patients had underlying conditions, of which 35% had a history of epilepsy. The most common type of SE was tonic-clonic SE (65%), followed by focal motor SE with impaired awareness (25%) and non-convulsive SE (10%). Paraclinical results showed that 100% of EEGs recorded during seizures confirmed epileptic activity, while only 10% of interictal EEGs detected epileptiform discharges. Imaging studies identified abnormalities in 78.9% of cases, with lesion detection rates of 81.9% on MRI and 72.7% on CT. Cerebrospinal fluid abnormalities were found in 4 out of 7 cases, with no evidence of infection; one case involved anti-NMDA receptor encephalitis. The main cause of SE was chronic lesions (55%), followed by cryptogenic causes (25%) and acute lesions (20%). The median time to treatment initiation was 9.9 minutes. The overall treatment response rate was 85%. By SE type, the highest response rate was observed in focal motor SE with impaired awareness (100%), followed by tonic-clonic SE (84.6%) and non-convulsive SE (50%). By etiology, chronic lesions had the highest treatment response rate (90.9%), followed by cryptogenic causes (80%) and acute lesions (75%). **Conclusion:** This study highlights the need for early recognition, diagnosis, and timely treatment of SE to improve prognosis. Early EEG monitoring, particularly in cases of non-convulsive SE, is essential for classification, monitoring, and treatment. Future implementation of bedside EEG monitoring is recommended to enhance the diagnosis and management of SE.

Keywords: Status epilepticus, tonic-clonic status epilepticus, focal motor status epilepticus with impaired awareness, non-convulsive status epilepticus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trạng thái động kinh là một cấp cứu thần kinh nguy hiểm, đòi hỏi đánh giá và can thiệp ngay lập tức để tránh tử vong. Tỷ lệ tử vong của TTĐK dao động từ 7,6% đến 22%, với tỷ lệ cao nhất ở người cao tuổi.⁴ Hiện nay, tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân loại và hiệu quả điều trị của TTĐK. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này tại Khoa Nội Thần Kinh Tổng Quát, Bệnh viện Nhân Dân 115, thành phố Hồ Chí Minh với các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trạng thái động kinh
2. Khảo sát nguyên nhân trạng thái động kinh
3. Xác định kết cục điều trị của bệnh nhân trạng thái động kinh

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tất cả BN người lớn từ 16 tuổi trở lên, thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán trạng thái động kinh.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán TTĐK theo ILAE năm 2015 và tiêu chuẩn Salzburg gồm:

TTĐK co cứng-co giật²

- Cơ động kinh co cứng-co giật kéo dài ≥ 5 phút, hoặc
- Có từ 2 cơn động kinh co cứng-co giật trở lên mà giữa các cơn ý thức của BN không hồi phục hoàn toàn

TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức²

TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức được định nghĩa là tình trạng động kinh cục bộ khởi phát vận động kèm suy giảm ý thức và kéo dài > 10 phút

TTĐK không co giật³. Chẩn đoán bao gồm dữ kiện lâm sàng và EEG. Lâm sàng BN có biểu hiện suy giảm ý thức và không có triệu chứng co giật, kèm với một trong hai tiêu chuẩn EEG sau:

- EEG có hoạt động kích phát dạng động kinh với tần số > 2,5 Hz, hoặc
- Hoạt động kích phát dạng động kinh tần số $\leq 2,5$ Hz hoặc hoạt động delta/theta thành nhịp với tần số > 0,5 Hz kèm với có sự cải thiện về lâm sàng và điện não khi sử dụng thuốc chống động kinh đường tĩnh mạch

Tiêu chuẩn loại trừ: Các BN co giật do bệnh lý rối loạn chuyển hoá cấp tính, bao gồm rối loạn đường huyết, rối loạn điện giải, suy thận có chỉ định chạy thận, xơ gan Child C, các rối loạn chuyển hoá bẩm sinh (như phenylketon niệu, bệnh lý rối loạn chu trình urê...).

Cỡ mẫu: Tất cả các BN phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu đều được đưa vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Phương pháp lấy mẫu: Lấy mẫu liên tục không xác suất

Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Khoa Nội Thần kinh tổng quát, Bệnh viện Nhân dân 115, thành phố Hồ Chí Minh.

Thời gian tiến hành nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 9 năm 2024

Biên số nghiên cứu

Đặc điểm dân số nghiên cứu:

- Tuổi, giới tính
- Tiền căn: bệnh động kinh, bệnh nền khác đi kèm

Đặc điểm lâm sàng:

- Kiểu cơn động kinh theo phân loại cơn động kinh của ILAE 2017⁵:

- Cơn động kinh co cứng-co giật toàn thể được định nghĩa là cơn co cứng đối xứng hai bên hoặc đôi khi không đối xứng và sau đó co giật

các cơ vân hai bên, thường có triệu chứng thần kinh tự chủ và có suy giảm ý thức.

- Cơ động kinh cục bộ vận động có suy giảm ý thức được định nghĩa là cơn động kinh với các triệu chứng vận động có nguồn gốc giới hạn ở một bên bán cầu và có suy giảm ý thức.

- Phân loại TTĐK theo tiêu chuẩn chọn mẫu^{2,3}:

- TTĐK co cứng-co giật
- TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức
- TTĐK không co giật

Đặc điểm cận lâm sàng:

- Điện não đồ:
- Đo trong cơn hay ngoài cơn
- Bất thường trên điện não: bao gồm hoạt động bất thường chức năng, hoặc hoạt động kích phát dạng động kinh.

- Hình ảnh học là CT Scan sọ não và/hoặc MRI sọ não: có hoặc không có tổn thương, bản chất tổn thương

- Dịch não tủy:

- Các chỉ số trong DNT của BN gồm: Glucose dịch não tủy/ Glucose máu lúc chọc dò, nồng độ protein dịch não tủy, tế bào dịch não tủy

- Dịch não tủy được chia thành kết quả bình thường hoặc bất thường

Nguyên nhân của TTĐK theo ILAE năm 2015²:

- Nguyên nhân đã xác định
- Tổn thương cấp tính (ví dụ: đột quy, ngộ độc, viêm não,...)
- Tổn thương cũ (ví dụ: di chứng chấn thương, viêm não, đột quy,...)
- Tổn thương tiến triển (ví dụ: u não, bệnh lý thoái hoá thần kinh,...)
- Trạng thái động kinh được xác định trong các hội chứng điện-lâm sàng

- Nguyên nhân chưa xác định (căn nguyên ẩn)

Kết quả điều trị trạng thái động kinh:

- Thời gian bắt đầu điều trị trạng thái động kinh tính từ thời điểm chẩn đoán cho đến khi bắt đầu điều trị TTĐK

- Các bước điều trị theo Bộ Y tế Việt Nam 2014¹:

- Bước 1: Midazolam 5mg tiêm tĩnh mạch chậm. Nếu sau 10 phút cơn giật vẫn tiếp tục thì nhắc lại lần 2. Nếu cơn giật vẫn tiếp tục sau đó thì chuyển bước 2.

- Bước 2: Sodium Valproate: Truyền tĩnh mạch 35mg/kg. Nếu BN tiếp tục co giật sau 30 phút thì chuyển sang bước 3.

- Bước 3: Midazolam 5mg tiêm tĩnh mạch chậm. Sau đó duy trì truyền tĩnh mạch ở liều 0,05mg - 0,4mg/kg/giờ. Điều chỉnh liều tùy theo tình trạng động kinh.

- Có đáp ứng điều trị⁶: không còn cơn động kinh trên lâm sàng và EEG không còn sóng động

kinh

- Không đáp ứng điều trị: BN diễn tiến nặng và tử vong, hoặc BN không kiểm soát được TTĐK và được chuyển sang bước điều trị kế tiếp

- Nguyên nhân gây tử vong được định nghĩa là yếu tố trực tiếp gây ra cái chết của BN, được xác định thông qua hồ sơ bệnh án

2.3. Xử lý số liệu. Các biến định lượng không có phân phối chuẩn được trình bày theo trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ. Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm Stata 13.0.

2.4. Y đức. Đề tài đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Nhân Dân 115, thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu quan sát, không tiến hành các thủ thuật xâm lấn và không ảnh hưởng đến việc điều trị của người bệnh. Người bệnh không phải chịu thêm bất kì chi phí nào cho việc tiến hành nghiên cứu. Kinh phí nghiên cứu: Tự túc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024, chúng tôi thu thập được 20 đối tượng nghiên cứu.

3.1 Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi: Tuổi trung vị của dân số nghiên cứu là 53,9 tuổi. Đối tượng nghiên cứu trẻ nhất là 18 tuổi, đối tượng nghiên cứu lớn tuổi nhất là 76 tuổi.

Giới: Nam giới chiếm đa số với tỉ lệ 65%, nữ giới chiếm 35%.

Tiền căn: 95% trường hợp là có bệnh nền, trong đó có 35% trường hợp là có tiền sử động kinh.



Biểu đồ 3.1. Tiền căn bệnh lý của đối tượng nghiên cứu

3.2. Đặc điểm lâm sàng trạng thái động kinh

Kiểu cơn động kinh: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 13 trường hợp là cơn co cứng-co giật toàn thể, chiếm tỉ lệ là 65%. Có 05 trường hợp là cơn cục bộ vận động có suy giảm ý thức, chiếm tỉ lệ 25%. Có 02 trường hợp là cơn chưa phân loại được trên lâm sàng. Trong 02 trường hợp này, lâm sàng BN tri giác kém, khởi phát không rõ, chiếm tỉ lệ 10%.

Kiểu TTĐK: Các đối tượng nghiên cứu được phân loại kiểu trạng thái động kinh dựa trên các

đặc điểm cơn động kinh trên lâm sàng và kết hợp với kết quả EEG (trong và ngoài cơn). Cụ thể, có 13 trường hợp TTĐK co cứng-co giật, chiếm tỷ lệ 65%; 05 trường hợp TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức, chiếm tỷ lệ 25%. Có 02 trường hợp lâm sàng biểu hiện suy giảm ý thức, với kết quả EEG cho thấy hoạt động kích phát dạng động kinh có tần số > 2,5 Hz, đáp ứng tiêu chuẩn Salzburg để chẩn đoán TTĐK không co giật.³

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng trạng thái động kinh

Điện não đồ: 17/20 trường hợp được đo điện não, trong đó:

- 07 trường hợp đo EEG trong cơn
- 10 trường hợp đo EEG ngoài cơn

Bảng 3.1. Kết quả khảo sát điện não đồ

Đo EEG	Số trường hợp phát hiện sóng dạng động kinh/Tổng số trường hợp được khảo sát (Tỷ lệ %)
Trong cơn	7/7 (100%)
Ngoài cơn	1/10 (10%)

Hình ảnh học: 19/20 trường hợp được khảo sát hình ảnh học (08 trường hợp chỉ được khảo sát bằng CT sọ não, 08 trường hợp chỉ được khảo sát bằng MRI sọ não, 03 trường hợp được khảo sát bằng cả MRI và CT sọ não). Như vậy tổng cộng 11 trường hợp chụp CT sọ não và 11 trường hợp chụp MRI sọ não. Kết quả cho thấy:

- 05 trường hợp bình thường
- 03 trường hợp ghi nhận tổn thương nhồi máu não cấp
- 11 trường hợp ghi nhận tổn thương não cũ, bao gồm di chứng xuất huyết não, nhồi máu não và chấn thương sọ não

Như vậy có 14/19 trường hợp có ghi nhận bất thường trên hình ảnh học, chiếm tỷ lệ 73,7%

Bảng 3.2. Kết quả khảo sát hình ảnh học

Hình ảnh học khảo sát	Số trường hợp phát hiện hình ảnh bất thường/Tổng số trường hợp được khảo sát (Tỷ lệ %)
CT sọ não	8/11 (72,7%)
MRI sọ não	9/11 (81,9%)

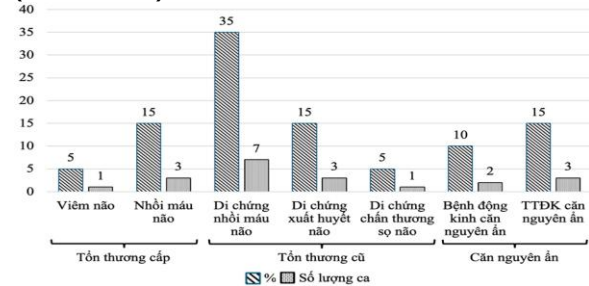
Dịch não tủy: 07/20 trường hợp có chọc dò DNT, trong đó:

- 03 trường hợp kết quả bình thường
 - 04 trường hợp DNT có tế bào > 5/mm³, và 3 trong 4 trường hợp đó có protein > 45mg%.
- Tuy nhiên không có trường hợp nào Glucose DNT/ Glucose máu < 0,5. Trong 4 trường hợp này, có 1 trường hợp được chẩn đoán viêm não kháng thụ thể NMDA sau khi xét nghiệm kháng thể anti-NMDAR trong huyết thanh. BN này có kết quả dịch não tủy cụ thể: tế bào 09/mm³,

Lympho 100%, Protein DNT 27,58mg/dL, Glucose DNT/ máu = 4,37/5,25 mmol/L.

3.4. Nguyên nhân trạng thái động kinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 04 trường hợp do tổn thương não cấp, chiếm tỷ lệ 20%; 11 trường hợp TTĐK được xác định do tổn thương não cũ, chiếm tỷ lệ 55%. Nhóm căn nguyên ẩn bao gồm bệnh động kinh căn nguyên ẩn (BN có bệnh động kinh căn nguyên ẩn đang điều trị, sau đó khởi phát trạng thái động kinh) và trạng thái động kinh căn nguyên ẩn (BN không có tiền căn bệnh động kinh trước đó), có 5/20 trường hợp (chiếm 25%).



Biểu đồ 3.2. Nguyên nhân của trạng thái động kinh

3.5. Kết quả điều trị trạng thái động kinh

Thời gian bắt đầu điều trị trạng thái động kinh: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung vị bắt đầu điều trị của TTĐK là 9,9 phút, trong đó ngắn nhất là 5 phút, dài nhất là 30 phút.

Các bước điều trị: Trong 20 đối tượng nghiên cứu:

- 09 trường hợp chỉ điều trị đến bước 1 với Midazolam tiêm tĩnh mạch. Có 8/9 trường hợp (88,9%) đáp ứng với điều trị bước 1. Có 1/9 trường hợp không đáp ứng điều trị, BN diễn tiến nặng do bệnh nền suy hô hấp, viêm phổi nặng, tăng huyết áp, suy thận giai đoạn cuối, di chứng nhồi máu não. Còn lại 11 trường hợp không kiểm soát được TTĐK nên được chuyển sang bước 2.

- 07 trường hợp chỉ điều trị đến bước 2 với Sodium Valproate truyền tĩnh mạch. Có 6/7 trường hợp (85,7%) đáp ứng với điều trị bước 2. Có 1/7 trường hợp không đáp ứng điều trị, BN diễn tiến nặng do bệnh nền, ngưng hô hấp tuần hoàn, nhồi máu cơ tim, tăng huyết áp, nhồi máu não. Còn lại 4 trường hợp không kiểm soát được TTĐK nên được chuyển sang bước 3.

- Như vậy, có 04 trường hợp điều trị đến bước 3 với Midazolam truyền tĩnh mạch. Có 3/4 trường hợp (75%) đáp ứng với điều trị bước 3. Có 1/4 trường hợp không đáp ứng điều trị, BN diễn tiến nặng do TTĐK co cứng-co giật không đáp ứng điều trị, suy hô hấp trên nền nhồi máu não, tăng huyết áp và tử vong sau đó.

Đáp ứng điều trị theo kiểu TTĐK và nguyên nhân TTĐK: Tỷ lệ đáp ứng chung là 85%, tỷ lệ không đáp ứng điều trị là 15%. Tỷ lệ BN đáp ứng điều trị được phân tích theo kiểu trạng thái động kinh (Bảng 3.3) và nhóm nguyên nhân (Bảng 3.4).

Bảng 3.3. Kết quả đáp ứng điều trị phân theo kiểu trạng thái động kinh

Kiểu TTĐK	Số trường hợp đáp ứng điều trị/Tổng số trường hợp được điều trị (Tỷ lệ %)
TTĐK co cứng-co giật	11/13 (84,6%)
TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức	5/5 (100%)
TTĐK không co giật	1/2 (50%)

Trong nhóm TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức không có trường hợp nào tử vong.

Bảng 3.4. Kết quả đáp ứng điều trị phân theo nhóm nguyên nhân

Nguyên nhân TTĐK	Số trường hợp đáp ứng điều trị/Tổng số trường hợp được điều trị (Tỷ lệ %)
Tổn thương cấp	3/4 (75%)
Tổn thương cũ	10/11 (90,9%)
Căn nguyên ẩn	4/5 (80%)

TTĐK do tổn thương cũ có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao nhất (90,9%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung vị là 53,9 tuổi, với độ tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 76. Độ tuổi trung vị này thấp hơn so với nghiên cứu của Leitinger và cộng sự năm 2015 (69 tuổi).⁷ Về giới tính, nam giới chiếm 65%, nữ giới chiếm 35%. Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Leitinger và cộng sự, nơi nữ giới chiếm ưu thế.⁷ Điều này có thể do sự khác biệt về mẫu nghiên cứu.

Về tiền căn bệnh, 5% không có bệnh nền hoặc tiền sử động kinh, 60% có bệnh nền nhưng không phải động kinh, và 35% có tiền sử động kinh. Điều này cho thấy rằng có tỷ lệ khá lớn BN bị TTĐK là do diễn tiến từ bệnh động kinh trước đó chưa được kiểm soát tốt. Do đó đặt ra vấn đề về việc quản lý tốt hơn bệnh động kinh để tránh diễn tiến đến TTĐK.

4.2. Đặc điểm lâm sàng trạng thái động kinh. Phần lớn đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là TTĐK co cứng-co giật chiếm 65%, kết quả này cũng phù hợp với kết quả của các tác giả khác.⁷ Tuy nhiên có 2 trường hợp, chiếm

10% là TTĐK không co giật, với biểu hiện lâm sàng là suy giảm ý thức và trên EEG cho thấy hoạt động kích phát dạng động kinh có tần số > 2,5 Hz, đáp ứng tiêu chuẩn Salzburg để chẩn đoán TTĐK không co giật.³ Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận diện TTĐK không co giật trên lâm sàng và chỉ định đo EEG để chẩn đoán.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng trạng thái động kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 trường hợp đo EEG. Đối với các trường hợp đo trong cơn, 100% ghi nhận hoạt động động kinh. Các trường hợp đo ngoài cơn, chỉ 10% ghi nhận hoạt động dạng động kinh. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc đo EEG liên tục để tăng khả năng phát hiện các hoạt động động kinh trong cơn. Tuy nhiên EEG ngoài cơn cũng hỗ trợ chẩn đoán TTĐK đối với các cơ sở y tế chưa có EEG theo dõi liên tục.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 19 trong 20 trường hợp được khảo sát hình ảnh học, với 14 trường hợp (73,7%) cho thấy bất thường. MRI sọ não phát hiện tổn thương trong 81,9% trường hợp, và CT scan phát hiện tổn thương trong 72,7% trường hợp. Do đó, hình ảnh học là rất quan trọng để xác định nguyên nhân TTĐK, trong đó MRI nên được ưu tiên khảo sát hơn so với CT scan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 07 trường hợp được chọc dò dịch não tủy, trong đó có 04 trường hợp có DNT bất thường, nhưng không gợi ý các nguyên nhân nhiễm trùng. Trong đó có 01 trường hợp được chẩn đoán xác định viêm não kháng thụ thể NMDA dựa trên xét nghiệm kháng thể trong huyết thanh. Điều này cũng phù hợp với ý văn cho thấy viêm não kháng thụ thể NMDA là một trong những nguyên nhân gây ra TTĐK.⁸

Như vậy, khảo sát dịch não tủy đóng vai trò quan trọng để phát hiện các tình trạng viêm nhiễm, tự miễn hoặc các bệnh lý khác của hệ thần kinh trung ương, qua đó hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân và định hướng điều trị TTĐK.

4.4. Nguyên nhân trạng thái động kinh. Các nghiên cứu trước đây cho thấy TTĐK có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các trường hợp (75%) là TTĐK do tổn thương cũ hoặc tổn thương não cấp. Vì vậy, cần nhận diện và xử trí tốt các trường hợp tổn thương não để ngăn ngừa diễn tiến đến TTĐK.

Ngoài ra cũng có tỷ lệ đáng kể TTĐK chưa rõ nguyên nhân (25%). Điều này cũng phù hợp với ý văn và hiện nay cũng có nhiều nghiên cứu

đang được tiến hành để xác định nguyên nhân gây TTĐK căn nguyên ẩn.

4.5. Kết quả điều trị trạng thái động kinh. Trong 20 đối tượng nghiên cứu, thời gian trung vị bắt đầu điều trị của TTĐK là 9,9 phút, cho thấy thời gian bắt đầu điều trị tương đối sớm. Tuy nhiên cũng có những trường hợp điều trị sau 30 phút của TTĐK. Điều này sẽ ảnh hưởng không tốt đến tiên lượng của người bệnh. Do đó cần nhận diện sớm TTĐK để điều trị kịp thời, giúp cải thiện kết cục lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát được TTĐK cao nhất là ở bước 1 với Midazolam tiêm tĩnh mạch, tiếp theo là bước 2 với Valproate truyền tĩnh mạch và cuối cùng là bước 3 với Midazolam truyền tĩnh mạch, với tỷ lệ đáp ứng bước 1: bước 2: bước 3 lần lượt là 88,9%: 85,7%: 75%. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận diện và điều trị sớm TTĐK sẽ giúp cải thiện tiên lượng của người bệnh.

Trong tổng số 20 đối tượng nghiên cứu, có 08 trường hợp đáp ứng điều trị với Midazolam tiêm tĩnh mạch, chiếm tỷ lệ 40%. Còn lại 12 trường hợp không đáp ứng, BN diễn tiến nặng hoặc được chuyển sang bước điều trị kế tiếp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Alldredge và cộng sự về hiệu quả của Lorazepam (59,1%) và Diazepam (42,6%) trong điều trị TTĐK, cho thấy Midazolam có hiệu quả tương tự.⁹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 06 trường hợp đáp ứng với điều trị Valproate truyền tĩnh mạch trên tổng số 11 trường hợp được điều trị ở bước 2, chiếm tỷ lệ 54,5%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trinká và cộng sự, cho thấy Sodium Valproate đạt hiệu quả 70,9% ở liều 15-45 mg/kg và có tỷ lệ tác dụng phụ thấp (<10%).¹⁰

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5/5 trường hợp TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức đáp ứng điều trị, chiếm tỷ lệ 100%. Tỷ lệ đáp ứng của TTĐK co cứng-co giật là 84,6% và TTĐK không co giật chiếm tỷ lệ thấp nhất với chỉ 50% trường hợp đáp ứng. Điều này cũng phù hợp với ý kiến cho thấy các trường hợp TTĐK với triệu chứng vận động thì dễ kiểm soát và đáp ứng tốt với điều trị hơn. TTĐK không co giật có tỷ lệ đáp ứng thấp có thể do khó khăn trong việc nhận diện dẫn đến điều trị chậm trễ hoặc do nguyên nhân gây ra TTĐK. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Leitinger và cộng sự trên 221 BN, cho thấy tỷ lệ tử vong thấp hơn ở nhóm còn ý thức (8,2%) so với nhóm suy giảm ý thức (33%).⁷

Nghiên cứu của chúng tôi có 03 trường hợp tử vong, trong đó chỉ có 01 trường hợp tử vong do TTĐK co cứng-co giật không đáp ứng với điều

trị Midazolam truyền tĩnh mạch. Còn lại 02 trường hợp tử vong do bệnh nền. Do đó trong điều trị TTĐK, ngoài việc kiểm soát tốt cơn động kinh cũng cần đặc biệt quan tâm đến các bệnh nền của người bệnh, vì đây cũng là nguyên nhân quan trọng dẫn đến tử vong ở người bệnh TTĐK.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng điều trị ở nhóm nguyên nhân tổn thương cũ chiếm tỷ lệ cao nhất (90,9%), trong khi tỷ lệ này thấp hơn ở nhóm nguyên nhân căn nguyên ẩn (80%) và thấp nhất ở nhóm nguyên nhân tổn thương cấp (75%). Điều này cũng phù hợp với ý kiến cho thấy các trường hợp TTĐK do tổn thương cũ thường dễ kiểm soát hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các BN trạng thái động kinh tại Bệnh viện Nhân Dân 115 cho thấy TTĐK co cứng-co giật chiếm ưu thế, nhưng TTĐK không co giật cũng chiếm tỷ lệ đáng kể. Hình ảnh học, đặc biệt là MRI, cần được ưu tiên thực hiện để giúp phát hiện các tổn thương cấu trúc. Đo EEG sớm, đặc biệt là đo trong cơn, giúp xác định chính xác kiểu TTĐK và điều trị kịp thời. DNT cũng đóng vai trò quan trọng trong việc xác định nguyên nhân TTĐK liên quan đến viêm nhiễm. Về điều trị, TTĐK cục bộ vận động có suy giảm ý thức có tỷ lệ đáp ứng tốt nhất, trong khi TTĐK không co giật có tỷ lệ đáp ứng thấp nhất.

VI. KIẾN NGHỊ

- Cần nhận biết, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời TTĐK để cải thiện tiên lượng.
- Đo EEG càng sớm càng tốt để phân loại và theo dõi TTĐK, đặc biệt với TTĐK không co giật, nhằm điều trị kịp thời. Đề xuất triển khai máy điện não tại giường để hỗ trợ chẩn đoán và điều trị phù hợp.
- Cần có các nghiên cứu quy mô lớn hơn trong tương lai để thu thập thêm dữ liệu về đặc điểm BN TTĐK tại Việt Nam nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế Việt Nam.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Thần kinh. Quyết định số 3154/QĐ-BYT. Ngày ban hành: 21 tháng 08 năm 2014.
2. **Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, et al.** A definition and classification of status epilepticus--Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*. Oct 2015;56(10):1515-23. doi:10.1111/epi.13121
3. **Leitinger M, Trinká E, Zimmermann G, Beniczky S.** Salzburg criteria for nonconvulsive status epilepticus: Details matter. *Epilepsia*. Nov 2019;60(11):2334-2336. doi:10.1111/epi.16361
4. **Jobst BC, Ben-Menachem E, Chapman KE, et al.** Highlights From the Annual Meeting of the

- American Epilepsy Society 2018. *Epilepsy Curr.* May-Jun 2019;19(3):152-158. doi:10.1177/1535759719844486
5. Fisher RS, Cross JH, D'Souza C, et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia.* Apr 2017;58(4):531-542. doi:10.1111/epi.13671
 6. Leitingner M, Gaspard N, Hirsch LJ, et al. Diagnosing nonconvulsive status epilepticus: Defining electroencephalographic and clinical response to diagnostic intravenous antiseizure medication trials. *Epilepsia.* Sep 2023;64(9):2351-2360. doi:10.1111/epi.17694
 7. Leitingner M, Trinka E, Giovannini G, et al. Epidemiology of status epilepticus in adults: A population-based study on incidence, causes, and outcomes. *Epilepsia.* Jan 2019;60(1):53-62. doi:10.1111/epi.14607
 8. Gillinder L, Warren N, Hartel G, Dionisio S, O'Gorman C. EEG findings in NMDA encephalitis - A systematic review. *Seizure.* Feb 2019;65:20-24. doi:10.1016/j.seizure.2018.12.015
 9. Alldredge BK, Gelb AM, Isaacs SM, et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus. *N Engl J Med.* Aug 30 2001;345(9):631-7. doi:10.1056/NEJMoa002141
 10. Trinka E, Hofler J, Zerbs A, Brigo F. Efficacy and safety of intravenous valproate for status epilepticus: a systematic review. *CNS Drugs.* Jul 2014; 28(7): 623-39. doi:10.1007/s40263-014-0167-1

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Minh Phương¹, Phùng Thị Chuyên², Trần Thị Huyền^{1,2}

TÓM TẮT

Xơ cứng bì hệ thống (XCBHT) là bệnh tự miễn thường gặp thứ hai sau lupus ban đỏ hệ thống. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu này thực hiện trên 81 bệnh nhân XCBHT nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ là 75,3%, tuổi trung bình là $49,81 \pm 12,22$. Thể XCBHT có tổn thương da lan toả chiếm 66,7%, thể có tổn thương da giới hạn chiếm 33,3%. Các thương tổn da gồm có sưng nề bàn, ngón tay (54,3%), khó há miệng (49,4%), rối loạn sắc tố da (49,4%), ngứa hăm lưỡi (14,8%) và calci hóa dưới da (4,9%). Biểu hiện dày da nặng nhất ở bàn ngón tay với điểm mRSS của ngón tay là $3,56 \pm 1,21$ điểm, của bàn tay là $2,84 \pm 1,46$ điểm, vùng da đùi bụng ít bị dày nhất. Có 65,4% bệnh nhân có điểm mRSS trên 14 điểm. Các tổn thương đầu chi gồm Raynaud (90,1%), sẹo rỗ đầu ngón (63%), loét đầu ngón (18,5%), hoại tử đầu ngón (13,6%), giãn mạch (39,5%). Triệu chứng sẹo rỗ đầu ngón, triệu chứng lâm sàng đường hô hấp và tim mạch hay gặp ở thể lan toả hơn so với thể giới hạn, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Từ khóa: Xơ cứng bì hệ thống, kháng thể kháng Scl-70, hội chứng Raynaud, điểm mRSS

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF SYSTEMIC SCLEROSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Systemic sclerosis (SSC) is the second most common autoimmune disease after systemic lupus erythematosus. This retrospective and prospective cross-sectional study was conducted on 81 SSC patients to describe some clinical characteristics of the disease at the National Hospital of Dermatology and Venereology. The results showed that the proportion of female patients was 75.3%, the average age was 49.81 ± 12.22 years. SSC with diffuse skin lesions accounted for 66.7%, and limited skin lesions accounted for 33.3%. Skin lesions included swelling of the hands and fingers (54.3%), difficulty opening the mouth (49.4%), cutaneous pigmentation disorders (49.4%), short frenulum (14.8%) and subcutaneous calcification (4.9%). The most severe skin thickening was on the fingers with mRSS score of 3.56 ± 1.21 points, 2.84 ± 1.46 points for the hands, and the least thickened skin was on the thighs and abdomen. 65.4% of patients had mRSS score above 14 points. Extremity lesions included Raynaud's phenomenon (90.1%), pitting scars on the fingertips (63%), ulcers on the fingertips (18.5%), necrosis on the fingertips (13.6%), and telangiectasia (39.5%). Symptoms of pitting scars, of the respiratory and cardiovascular systems were more common in the diffuse form than in the limited form, the difference was significant with $p < 0.05$. **Keywords:** Systemic sclerosis, anti-Scl-70 antibody, Raynaud's phenomenon, mRSS score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì hệ thống (XCBHT, systemic sclerosis) là bệnh tự miễn thường gặp thứ hai sau lupus ban đỏ hệ thống, chủ yếu gặp ở giới nữ (75-80 %), tần số mắc bệnh khoảng 1-2/10000 dân. Điều trị bệnh hiện vẫn gặp nhiều khó khăn với tiên lượng nặng và tỷ lệ tử vong cao.¹ Các biểu hiện lâm sàng của bệnh đa dạng, thường có dày da, xơ cứng da, hiện tượng

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền

Email: drhuyentrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025