

CO GIẬT

❖ Chẩn đoán động kinh:

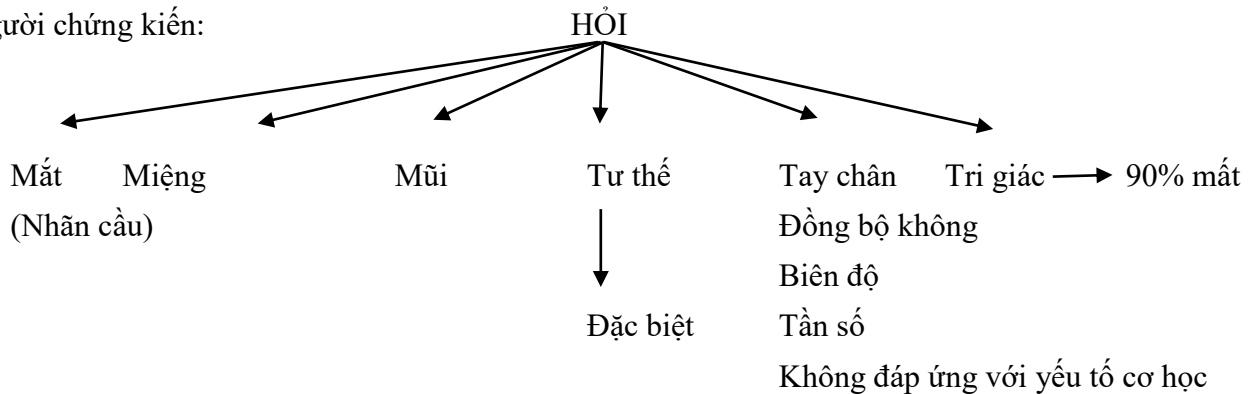
1. ≥ 2 cơn co giật cách nhau 24h
2. Có 1 cơn co giật không kèm với yếu tố khởi phát, có nguy cơ tái phát cơn co giật tiếp theo $>60\%$ trong 10 năm tới
3. Phù hợp với dịch tễ, lâm sàng, (+-) CLS với hội chứng động kinh

❖ CHẨN ĐOÁN CO GIẬT

Trực tiếp

Qua video

Hỏi người chứng kiến:



(vd: giữ lại không dùng=> + với rung giật cơ ở trẻ nữ nhi

• Hỏi xử trí để đánh giá tiên lượng:

Các dấu hiệu nhận biết hết cơn:

- Thở lại
- Từ trợn mắt => nhắm mắt
- Động tác co giật chậm dần

Co giật vo căn:

- Không sốt
- Tình trạng chấn thương
- Xuất huyết não VD: trẻ < 6 bú mẹ hoàn toàn, dị dạng mm não, bệnh lý về máu
- Ngộ độc thuốc lắc (thường là ecstasy) gây khát nước nhiều => uống nhiều nước => máu hòa loãng=> hạ Na^+ => co giật.

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ BAN ĐẦU CƠ GIẬT Ở TRẺ EM.

	ĐÁNH GIÁ	ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ	XỬ TRÍ CƠ GIẬT
0-5 phút	Đánh giá các dấu hiệu sống, kể cả thân nhiệt		Thuốc nhóm Benzodiazepin :
	Xác định biểu hiện tắc nghẽn đường thở và thiếu Oxy máu	Làm thông đường thở Thở oxy 100% Đặt máy theo dõi liên tục tim mạch – hô hấp, SpO2	• Lorazepam 0,1 mg/kg TM/ TX, tối đa 4 mg Hoặc • Diazepam 0,2 mg / kg TM/ TX, tối đa 8 mg. Không lấy được đường truyền TM/TX trong 3 phút thì dùng Midazolam nhỏ vào niêm mạc má 0.2 mg/kg, tối đa 10 mg
	Xác định biểu hiện thiếu oxy hoá máu hoặc thông khí kém	Bóp bóng qua mặt nạ Chuẩn bị đặt NKQ có dẫn mê nhanh ¹	Hoặc • Midazolam 0,1 – 0,2 mg/kg TB, tối đa 10 mg
	XN glucose máu nhanh tại giường và các XN khác, nếu có chỉ định	Thiết lập đường truyền TM hoặc trong xương • Xử trí hạ đường máu (TMC glucose 0,25-0,5 g/kg)	Hoặc • Diazepam bơm TT 0,5 mg/kg, tối đa 20mg
	Đánh giá các dấu hiệu NKH/ VMN/Chấn thương đầu	• Xử trí sốt (Paracetamol 15mg/kg trực tràng)	
5-10 phút	Đánh giá lại các dấu hiệu sống, đường thở, hô hấp và tuần hoàn	Tiếp tục theo dõi, hỗ trợ thông khí và lấy đường truyền	• Cho liều thứ 2 thuốc nhóm Benzodiazepin
	Đánh giá các dấu hiệu chấn thương/ NKH/ VMN (Viêm não)	Cho kháng sinh nếu có dấu hiệu NKH hoặc VMNM ²	
10-15 phút	Đánh giá lại các dấu hiệu sống, đường thở, hô hấp và tuần hoàn	Tiếp tục theo dõi, hỗ trợ thông Fosphenytoin liều tương đương 20 mg phenytoin/kg TM/khí và lấy đường truyền Đặt đường truyền TM thứ 2 Cân nhắc đặt NKQ có dẫn mê nhanh ¹	Fosphenytoin liều tương đương 20mg phenytoin/kg TM/ ³ Hoặc, nếu cơ giật do độc tố: • Phenobarbital 20mg/kg TM/TX, tối đa 1g (liều gây ức chết hấp và ngưng thở) ⁴
15-30 phút	Đánh giá lại các dấu hiệu sống, đường thở, hô hấp và tuần hoàn Nếu được, theo dõi liên tục EEG	Tiếp tục theo dõi, hỗ trợ thông khí và lấy đường truyền	Phenobarbital 20mg/kg TM/TX, tối đa 1g, (10 mg/kg nếu trước đó đã cho Phenobarbital) Hoặc Valproic acid 20-40 mg/kg TM/TX Hoặc/Và Levetiracetam 20-60 mg/kg TM/TX • Pyridoxine 100mg TM/TX ở trẻ < 1 tuổi

			• Pyridoxine 70 mg/kg TM/TX, tối đa 5g nếu nghi ngờ độc IN Hội chẩn BS Nhi thần kinh ⁵
--	--	--	---

1 : Đặt NKQ có dẫn mê nhanh nếu đường thở không thông, thông khí kém, hoặc oxy hoá kém và nếu co giật kéo dài.

2 : Liệu pháp kháng sinh thay đổi tùy theo loại vi khuẩn khả năng gây bệnh và tình trạng đề kháng kháng sinh

3 : Không vượt quá 3 mg/kg/phút (tốc độ truyền tối đa: 150 mg/phút). Fosphenytoin có thể không hiệu quả đối với co giật do độc tố và có thể làm xấu đi co giật do thuốc phen, các thuốc gây tê tại chỗ, theophylline, hoặc lindane. Nếu không có Fosphenytoin, có thể sử dụng phenytoin 20mg/kg truyền TMC, tốc độ truyền \leq 1mg/kg/phút (tối đa 50 mg/phút) kèm theo dõi ECG

4 : Không vượt quá 1 mg/kg/phút

5 : Nếu bệnh nhân vẫn tiếp tục co giật sau 2 liều benzodiazepine và 1 liều thuốc cắt cơn co giật ưu tiên 2, cần chuẩn bị truyền nhỏ giọt liên tục Midazolam, propofol, hoặc pentobarbital đồng thời với cho 1 thuốc cắt cơn co giật ưu tiên 3.