

DỊCH TỄ HỌC ĐỘNG KINH

Bs Lê Văn Tuấn

Động kinh là một rối loạn thần kinh trầm trọng thường gặp và là bệnh thần kinh thường gặp đứng hàng thứ hai sau đột quỵ ở các nước phát triển ⁽¹²⁾.

Ít nhất 50 triệu người trên thế giới ngày nay bị động kinh. Khoảng 80-90% bệnh nhân động kinh sống ở các nước đang phát triển ⁽¹⁹⁾.

Ít nhất 100 triệu người trên thế giới sẽ bị động kinh ở một thời điểm nào đó trong cuộc đời ⁽³³⁾.

Để phát triển các phương pháp tối ưu trong điều trị động kinh, để đánh giá hiệu quả các chiến lược điều trị và quan trọng hơn, để nhận biết các biện pháp can thiệp mà có khả năng ngăn ngừa được sự phát sinh bệnh động kinh, thông tin có giá trị liên quan đến tần số, nguyên nhân và diễn tiến tự nhiên của bệnh thật sự cần thiết cho các nhà lâm sàng. Các thông tin như vậy được cung cấp qua các nghiên cứu dịch tễ học mô tả và dịch tễ học qua các khảo sát. Các phương pháp dịch tễ học động kinh ngày càng phát triển và chuyên sâu; các nghiên cứu dịch tễ học hiện tại cung cấp thông tin đầy hiểu biết về các đặc điểm cá nhân bị động kinh và đã làm cải thiện đáng kể những hiểu biết về các đặc điểm dịch tễ học của rối loạn cơn động kinh nói chung và bệnh động kinh nói riêng. Các phương pháp cải tiến này bao gồm những định nghĩa rõ ràng về tình trạng được nghiên cứu; dùng các dữ liệu được cung cấp qua các nghiên cứu tỉ lệ bệnh mới của các rối loạn gây co giật và dùng các trường hợp tỉ lệ bệnh mới này với các nghiên cứu đoàn hệ để xác định bệnh sử tự nhiên và tìm ra các yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, các nghiên cứu bệnh mới thì đắt và khó làm. Vì vậy, chỉ có vài báo cáo liên quan đến dân số toàn bộ. Dựa trên các nghiên cứu tỉ lệ bệnh toàn bộ tương đối ít phức tạp và ít tốn kém hơn để có những cái nhìn về dịch tễ học và việc này có thể ví như việc nhà động kinh học phẫu thuật động kinh chỉ dựa vào bệnh sử lâm sàng.

Các dữ liệu về dịch tễ học có vai trò quan trọng trong việc giúp cho các thầy thuốc và các nhà quản lý sức khỏe có kế hoạch chăm sóc cho những bệnh nhân bị các bệnh mãn tính như động kinh ⁽¹⁵⁾.

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐƯỢC DÙNG TRONG CÁC NGHIÊN CỨU DỊCH TỄ HỌC

Đo lường sự xuất hiện

Các nghiên cứu DTH về ĐK trên thế giới đã cho thấy có sự thay đổi đáng kể về tần số do có sự khác biệt về định nghĩa cơn ĐK, phân loại cơn, thu thập cơn và chọn lựa cơn.

Tỉ lệ bệnh toàn bộ, tỉ lệ bệnh mới và tỉ lệ bệnh mới tích lũy thường được dùng để mô tả sự xuất hiện của ĐK trong dân số. Mỗi sự đo lường phức tạp các mặt khác nhau của tần suất ĐK và chúng phải được định nghĩa một cách chính xác.

Tỉ lệ bệnh toàn bộ

Được định nghĩa là tỉ lệ dân số bị ĐK ở một thời điểm, tỉ lệ bệnh toàn bộ được diễn tả như là tử số bao gồm tất cả những trường hợp ĐK, cũ và mới, và mẫu số đại diện cho toàn bộ dân số. Bởi vì tỉ lệ bệnh toàn bộ có thể được nhận từ nghiên cứu cắt ngang, nó thường được dùng trong các nghiên cứu sự xuất hiện của ĐK trong các nghiên cứu dịch tễ học ĐK. Tỉ lệ bệnh toàn bộ là phương trình của tỉ lệ bệnh mới, thời gian bị bệnh, tỉ lệ tử vong và tỉ lệ thuyên giảm và phải được định nghĩa không chỉ theo phân loại lâm sàng mà còn theo các thuật ngữ mới. Bệnh nhân với chỉ tiền căn ĐK xa thì khó phân loại và bởi vì tiền căn như vậy ít có ý nghĩa lâm sàng hay sức khỏe cộng đồng, đa số các nghiên cứu trên dân số hạn chế các trường hợp bệnh ở những bệnh nhân với các cơn ĐK hay dùng thuốc chống ĐK trong vòng năm năm. Vì vậy, các bệnh nhân không cần dùng thuốc chống ĐK trong năm năm được xem như là ĐK đã hồi phục và không được xét đến trong tỉ lệ bệnh toàn bộ. Tỉ lệ bệnh toàn bộ có thể được diễn tả theo toàn bộ dân số, theo lứa tuổi (đặc hiệu theo tuổi) hay theo dân số chuẩn thông thường (điều chỉnh theo tuổi). Điều chỉnh theo tuổi cho phép so sánh không bị lệch giữa các dân số phân bố theo các lứa tuổi khác nhau.

Các định nghĩa theo Ủy Ban về Phân Loại và Thuật Ngữ và Ủy Ban về Dịch Tễ Học và Tiên Lượng của Hiệp Hội Chống Động Kinh Quốc Tế thì một trường hợp động kinh đang hoạt động hiện mắc được định nghĩa là một trường hợp bị động kinh có ít nhất một cơn trong vòng năm năm trở lại đây bất kể có dùng thuốc chống động kinh hay không, động kinh đang thuyên giảm là động kinh không có cơn trong năm năm và đã ngưng dùng thuốc, động kinh vô căn là động kinh với đặc điểm lâm sàng và điện não đặc hiệu, động kinh do căn nguyên ẩn là động kinh không thấy nguyên nhân cơ bản nhưng không thuộc nhóm động kinh vô căn, động kinh triệu chứng xa là động kinh do bệnh não tĩnh như có tiền căn đột quỵ, chấn thương⁽⁹⁾.

Tỉ lệ bệnh toàn bộ của ĐK được đánh giá theo nhiều nghiên cứu. Đa số các nghiên cứu ở Mỹ, Châu Âu, Nhật và Trung Quốc đã báo cáo tỉ lệ bệnh toàn bộ tổng quát là 5-8/1000 dân⁽²⁾. Một nghiên cứu ở Bradford dùng phương pháp nghiên cứu cắt ngang dựa trên cộng đồng, kết quả có 1643 trường hợp động kinh (tỉ lệ bệnh toàn bộ là 7,3/1000 dân); tỉ lệ bệnh toàn bộ tăng theo lứa tuổi; 1013 (62%) là động kinh đang hoạt động (tỉ lệ bệnh toàn bộ là 4,5/1000); 421 (26%) là động kinh đang thuyên giảm đang điều trị và 209 (13%) là động kinh đã ngưng điều trị; tỉ lệ được chuẩn hóa cho những bệnh nhân có nguồn gốc Nam Á là 3,6/1000 dân so với 7,8/1000 dân của dân số còn lại (OR 0,46; 95% CI, 0,57). Nghiên cứu ĐK ở trẻ dưới 13 tuổi ở tỉnh Okayama⁽²⁸⁾, Nhật Bản, có tất cả là 250.997 trẻ với kết quả là 2222 trẻ bị ĐK đang hoạt động. Tỉ lệ bệnh toàn bộ là 8,9/1000, nếu loại trừ những trường hợp cơn cơn giật đơn độc hay cơn cơn giật do sốt thì tỉ lệ bệnh toàn bộ là 5,5/1000. Nghiên cứu ở Hong Kong cho thấy tỉ lệ hiện mắc cao nhất ở lứa tuổi 25-30 và giảm dần sau đó⁽¹²⁾.

Nghiên cứu ở Estonia⁽³⁰⁾ cho thấy tỉ lệ bệnh toàn bộ là 5,3/1000 dân (95% CL 4,8-5,8) bao gồm 57,3% là nam và 42,7% là nữ với tỉ lệ hiện mắc tương ứng là 6,9/1000

và 4,0/1000, sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê; loại cơn cục bộ có tỉ lệ cao nhất và hơn một nửa là cơn cục bộ toàn thể hóa thứ phát; chẩn đoán hội chứng thì các hội chứng động kinh cục bộ triệu chứng và ẩn là thường nhất. Chẩn đoán được loại cơn động kinh trong 80,1%; 19,9% không thể phân loại được; 43,2% có nhiều hơn một loại cơn động kinh. Chẩn đoán được hội chứng động kinh trong 80,1% trong đó hội chứng động kinh triệu chứng liên quan cục bộ chiếm 37,6% và các hội chứng ẩn liên quan cục bộ 36,6%; 19,9% không thể phân loại được hội chứng động kinh chủ yếu do không thể phân loại cơn động kinh (Oun và cs).

Tỉ lệ bệnh toàn bộ ở Ý là 5,1/1000 dân ⁽²⁵⁾; ở Thụy Điển là 5.5/1000 ⁽¹³⁾; ở Iceland là 4.8/1000 ⁽²⁹⁾.

Ở Ấn Độ, tỉ lệ hiện mắc là 5,59/1000 dân, tỉ lệ giữa nam và nữ hay cư ngụ nội và ngoại thành không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê; loại động kinh nước nóng, một loại động kinh đặc biệt gặp ở miền Nam Ấn Độ biểu hiện khi đổ nước nóng lên đầu, tỉ lệ hiện mắc của loại này vào khoảng 1,14-2,99/1000 dân ⁽⁵⁾.

Một nghiên cứu ở Hà Tây, Việt Nam ở trẻ dưới 16 tuổi cho thấy tỉ lệ bệnh toàn bộ là 6,7%; 57,6% là loại cơn co cứng-co giật toàn thể nguyên phát, 7,9% là loại cơn vắng ý thức, 11,7% là loại cơn động kinh cục bộ đơn giản ⁽¹⁾.

Vài nghiên cứu ở các quốc gia nhiệt đới đã chú ý một số nơi với tỉ lệ ĐK cao. Ở Mỹ ghi nhận tỉ lệ ĐK ở người da đen cao hơn người da trắng.

Tỉ lệ bệnh toàn bộ tăng nhiều từ lúc sinh đến tuổi thiếu niên, tỉ lệ là từ 5-10/100000.

FONG CGY và cs ⁽¹²⁾ đã nghiên cứu 736 bệnh nhân động kinh từ 15 tuổi trở lên (nữ 42,9% và nam 57,1%; tuổi trung bình 40,8 với độ lệch chuẩn 13,6) tại bệnh viện Queen Mary, Hong Kong. Kết quả: tỉ lệ bệnh toàn bộ của dân số bị động kinh đang hoạt động là 1,54/1000 dân vào 1 tháng 1 năm 2002. Về phân loại hội chứng có 285 (38,7%) bệnh nhân bị các hội chứng động kinh vô căn, 100 (13,6%) bị các hội chứng động kinh do nguyên nhân ẩn và 285 (38,7%) bị các hội chứng do nguyên nhân thứ phát xa. Loại cơn động kinh cục bộ chiếm 408 (55,4%) và toàn thể chiếm 285 (38,7%). Ba mươi một bệnh nhân (4,2%) có tiền căn gia đình bị động kinh. Các hội chứng động kinh thường được mô tả trong y văn như động kinh giật cơ ở thiếu niên và động kinh vắng ý thức ở trẻ nhỏ ít gặp trong nghiên cứu này (chiếm tỉ lệ là 0,68% và 0,95% theo thứ tự). Nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ động kinh thấp so với các nước phát triển khác.

Tỉ lệ bệnh mới của động kinh

Tỉ lệ bệnh mới

Là các trường hợp bệnh mới trong dân số trong một thời gian xác định. Tỉ lệ bệnh mới thường từ 30-50/100000 dân/năm.

Tỉ lệ bệnh mới chỉ có thể được ghi nhận theo chiều dọc. Tỉ lệ bệnh mới rất cao trong năm đầu, giảm sút thời kỳ trẻ nhỏ và thiếu niên, bình nguyên ở giai đoạn trung

niên và tăng nhiều ở người già. Các cơn giật cơ thường gặp nhất ở trẻ dưới một tuổi, sau đó thì tỉ lệ giảm nhanh.

Tỉ lệ mới mắc của các cơn co cứng-co giật toàn thể là 15/100000 trẻ dưới một tuổi và tỉ lệ giảm từ từ đến 10/100000 ở trẻ 10-14 tuổi và giữ ở mức này cho đến khi tỉ lệ tăng lại lần nữa sau 65 tuổi.

Tỉ lệ mới mắc của các cơn động kinh cục bộ có hay không có toàn thể hóa thứ phát giữ hằng định là khoảng 20/100000 dân từ trẻ nữ nhi đến 65 tuổi, sau tuổi này thì tăng nhanh.

Tỉ lệ mới mắc của các cơn vắng ý thức có hay không có các cơn co cứng-co giật toàn thể hoá thứ phát là 11/100000 dân từ tuổi 1-10, ngược lại tỉ lệ khởi phát rất hiếm sau 14 tuổi.

Tỉ lệ mới mắc ở nam hơi cao hơn nữ, khoảng 15% nam giới có tỉ lệ cao hơn nữ giới ở mọi lứa tuổi và ở đa số mọi cơn động kinh. Tuy nhiên, tỉ lệ cơn vắng ý thức ở bé gái thì gấp đôi các bé trai ⁽²⁾.

FONG và cs: có 43 (5,8%) trường hợp không thể phân loại được. Các cơn co cứng-co giật toàn thể và cục bộ toàn thể hoá thứ phát là các loại cơn thường gặp nhất.

Một nghiên cứu ở Jordan ⁽¹⁸⁾ ghi nhận 97% là cơn toàn thể và 3% là cơn cục bộ.

Sự khác biệt về các tỉ lệ trong các nghiên cứu khác nhau có lẽ do sự khác biệt trong thiết kế bảng câu hỏi, mức độ đánh giá chẩn đoán, các tiến bộ trong chẩn đoán và hiểu biết về di truyền và ứng dụng phân loại của Hiệp Hội Quốc Tế Chống Động Kinh không thích hợp hay phân loại nhầm các trường hợp không phải động kinh. Tuy nhiên vẫn còn nhiều bàn cãi về ưu thế của cơn cục bộ hay cơn co cứng-co giật toàn thể ⁽¹¹⁾.

Các nghiên cứu dựa vào dân số toàn bộ

Tương đối có ít các nghiên cứu bệnh mới về động kinh dựa trên dân số toàn bộ. Trong các quốc gia đã phát triển, tỉ lệ bệnh mới của động kinh (các cơn động kinh tái phát không do bệnh lý cấp) được điều chỉnh theo tuổi thay đổi từ 24/100.000 dân đến 53/100.000 dân. Các nghiên cứu dân số toàn bộ cho thấy tỉ lệ bệnh mới bị các cơn động kinh không do bệnh lý cấp lần đầu tiên được chẩn đoán (khác với tỉ lệ bệnh mới của động kinh bao gồm cả những người với chỉ một cơn động kinh không do bệnh lý cấp cũng như những người với các cơn động kinh tái phát không do bệnh lý cấp) thay đổi từ 26/100.000 dân đến 70/100.000 dân mỗi năm. Với sự khác biệt về phương pháp nhưng tỉ lệ bệnh mới trong các nghiên cứu chủ yếu ở các nước Phương Tây, ở các quốc gia công nghiệp dường như không thay đổi ở những vùng địa lý khác nhau. Điều này cũng phù hợp với những báo cáo gần đây.

Vài nghiên cứu gần đây cung cấp tỉ lệ bệnh mới ở các quốc gia đang phát triển. Tỉ lệ bệnh mới của động kinh đặc biệt cao hơn các báo cáo ở các quốc gia đã phát triển (114/100.000 dân mỗi năm) đã được báo cáo từ vùng ngoại thành ở Chile ⁽²⁴⁾. Một nghiên cứu ở Tanzania cho thấy tỉ lệ bệnh mới của động kinh là 77/100.000 dân một

năm⁽³⁵⁾. Các tỉ lệ này cao từ hai đến ba lần các tỉ lệ được báo cáo ở các quốc gia công nghiệp hóa trong đó các định nghĩa tương tự đã được dùng.

Một cuộc điều tra lớn dựa vào dân số ở Ecuador bao gồm tất cả những cá nhân với bệnh sử bị các cơn động kinh trong đó có những người bị các cơn động kinh mới khởi phát không do sốt (kể cả các cơn triệu chứng cấp) và một số trẻ em với nhiều cơn động kinh do sốt. Dựa vào số lượng người bị các cơn động kinh trong một năm trước khi điều tra, tỉ lệ bệnh mới cao hơn tỉ lệ ở đa số các báo cáo khác (190/100.000 dân một năm), mặc dầu tỉ lệ bệnh mới những trường hợp được chẩn đoán chắc chắn do động kinh thì thấp hơn khoảng 30%⁽³¹⁾. Trong các nghiên cứu ở Pháp và Rochester, Minnesota, ít nhất một nửa các trường hợp bị các cơn động kinh không do sốt không thỏa mãn đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán động kinh⁽¹⁶⁾. Do các tiêu chuẩn chọn bệnh rộng hơn trong nghiên cứu từ Ecuador và việc không chắc chắn liên quan đến phân bố đặc hiệu theo tuổi và các nguyên nhân của các cơn triệu chứng cấp (hay các cơn liên quan đến tình huống) cho nên không có cách nào để so sánh các tỉ lệ bệnh mới này. Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh mới bị động kinh có lẽ cao hơn ở các quốc gia đang phát triển so với các quốc gia đã phát triển.

Các nghiên cứu theo nhóm tuổi được chọn lựa

Một số các nghiên cứu mô tả tỉ lệ động kinh theo nhóm tuổi đặc hiệu. Các nghiên cứu này bao gồm các nghiên cứu ở trẻ em, người lớn hay ở người già. Đánh giá các nghiên cứu này lần nữa tùy thuộc vào định nghĩa các trường hợp được dùng, nhưng nói chung, thông tin bổ sung và phù hợp với tỉ lệ bệnh mới trong các nghiên cứu ở dân số toàn bộ khi tỉ lệ đặc hiệu theo tuổi được đánh giá. Ví dụ, các nghiên cứu chuyên sâu hơn ở trẻ em bao gồm trẻ với các cơn co giật sơ sinh và trẻ với các cơn động kinh đơn độc không do bệnh lý cấp được tính như những trường hợp bệnh mới bị động kinh. Dựa trên các đặc điểm này, tỉ lệ bệnh mới trong nhóm tuổi nhỏ nhất ở các nghiên cứu được hạn chế ở trẻ em nói chung tương tự như ở các nghiên cứu dựa trên dân số toàn bộ.

Tỉ lệ bệnh mới đặc hiệu theo tuổi

Động kinh là một bệnh xảy ra ở hai cực cuộc đời. Tỉ lệ bệnh mới cao ở nhóm tuổi trẻ nhất với tỉ lệ bệnh mới cao nhất xảy ra trong vài tháng đầu cuộc đời. Tỉ lệ bệnh mới giảm đáng kể sau năm đầu, dường như tương đối ổn định suốt mười năm đầu và giảm lần nữa ở tuổi thiếu niên^(6, 16) thật sự tất cả các nghiên cứu ở các quốc gia đã phát triển, tỉ lệ bệnh mới đặc hiệu theo tuổi thấp nhất ở người trưởng thành. Ở các nước phương Tây, tỉ lệ bệnh mới ở nhóm tuổi sau 70 tuổi cao hơn nhóm tuổi trong mười năm đầu. Chỉ khoảng 50% động kinh bắt đầu ở trẻ nhỏ và thiếu niên⁽¹⁶⁾.

Ở các nước Châu Phi, tỉ lệ bệnh mới cao nhất ở người trẻ và ở người già không thấy tăng đáng kể⁽³⁵⁾.

Giới tính

Trong đa số các nghiên cứu dân số toàn bộ, tỉ lệ bệnh mới của động kinh ở nam cao hơn nữ. Nghiên cứu ở Hà Tây cho thấy tỉ lệ ở nam là 8,6% và nữ là 4,7%⁽¹⁾. Điều này thật sự đúng khi tỉ lệ nam bị các yếu tố nguy cơ của động kinh cao hơn (như chấn thương đầu, đột quỵ, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương) được tính. Tuy nhiên nghiên cứu ở Ecuador cho thấy tỉ lệ nam thấp hơn nữ (nam:nữ=0,7:1)⁽³¹⁾. Trong đa số các nghiên cứu thì sự khác biệt về giới tính không có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt về tỉ lệ giữa nam và nữ gợi ý cho thấy nam có nguy cơ bị các cơn động kinh và động kinh cao hơn nữ.

Chủng tộc

Đa số các nghiên cứu về tỉ lệ bệnh mới trong dân số toàn bộ được thực hiện ở dân số da trắng có nguồn gốc Châu Âu. Sự khác biệt về chủng tộc chỉ ở các nghiên cứu tỉ lệ bệnh mới ở trẻ em. Một nghiên cứu ở trẻ em tại New Haven, Connecticut cho thấy tỉ lệ bệnh mới bị động kinh cho đến 15 tuổi ở người da đen cao gấp 1,7 lần người da trắng. Nghiên cứu này cũng so sánh các khía cạnh kinh tế xã hội. Sau khi kiểm soát ảnh hưởng của chủng tộc, tỉ lệ bệnh mới bị động kinh cao hơn ở những người có mức kinh tế xã hội thấp hơn.

Tỉ lệ bệnh mới tích lũy

Là tỉ lệ dân số hay nhóm tiếp xúc bị ĐK trong thời gian đặc hiệu. Tỉ lệ này là tổng tỉ lệ bệnh mới đặc hiệu theo tuổi. Tỉ lệ bệnh mới tích lũy cung cấp sự ước lượng của tỉ lệ dân số toàn bộ mà bị động kinh theo lứa tuổi đặc hiệu. Các ước lượng về tỉ lệ bệnh mới tích lũy của động kinh được thấy trong một số nghiên cứu. Ở Đan Mạch, nguy cơ bị động kinh ở tuổi 80 là 1,3%⁽²⁰⁾. Nguy cơ ĐK từ lúc sinh đến 20 tuổi thì khoảng 1% và tiến đến 3% lúc 75 tuổi. Vì vậy khoảng 3% sẽ bị ĐK ở một thời điểm nào đó trong cuộc sống. Không như tỉ lệ bệnh toàn bộ, tỉ lệ bệnh mới tích lũy tăng dần theo tuổi bởi vì ĐK có thể bắt đầu ở bất cứ lứa tuổi. Tỉ lệ bệnh mới tích lũy cũng được dùng để cung cấp thông tin về nguy cơ ĐK sau khi khảo sát các yếu tố nguy cơ. ví dụ nguy cơ ĐK năm năm sau chấn thương đầu nặng là khoảng 15%.

Theo Primec ZR và cs⁽³²⁾: tỉ lệ bệnh mới hàng năm thay đổi từ 1-3,2/10000 dân, tỉ lệ bệnh mới tích lũy bị các cơn co thắt trẻ thơ ở Slovenia là 2,06/10000 trẻ trong đó 61,7% có nguyên nhân mà thường nhất là bệnh xơ cứng củ, tổn thương mạch máu, dị dạng não, tổn thương não do thiếu oxy. Nguyên nhân ẩn chiếm 27,6% và vô căn chiếm 10,6%.

TUỔI KHỞI PHÁT ĐỘNG KINH

FONG và cs⁽¹²⁾: tuổi trung bình khởi phát động kinh là 19,94 (1-72). Tuổi trung bình khởi phát động kinh vô căn, ẩn và triệu chứng theo thứ tự là 18,91 (độ lệch chuẩn 11,42), 19,90 (độ lệch chuẩn 9,91) và 20,63 (độ lệch chuẩn 14,28). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm theo tuổi khởi phát.

Đối với những bệnh nhân có ổ động kinh ở bán cầu phải thì khởi phát động kinh sớm hơn ở nam giới (14,4 tuổi) so với nữ (20,7 tuổi). Ngược lại, trong số những bệnh nhân có ổ động kinh ở bán cầu trái thì nữ khởi bệnh sớm hơn nam (18,2 so với 19,9 tuổi) ⁽¹²⁾.

Theo Kamgno và cs ⁽²¹⁾: tuổi trung bình khởi phát cơn động kinh đầu tiên là 11,3.

Hussein và cs ⁽¹⁸⁾ ghi nhận tuổi trung bình khởi phát động kinh là 19.

NGHIÊN CỨU DỊCH TỄ HỌC NGUYÊN NHÂN ĐỘNG KINH

Nghiên cứu dịch tễ học phân tích đo lường sự kết hợp giữa các yếu tố nguyên nhân nghi ngờ và động kinh, định lượng nguy cơ tương đối và tuyệt đối sau khi tổn thương hệ thần kinh trung ương. Nguy cơ tương đối đánh giá mức độ kết hợp giữa các yếu tố nguy cơ và động kinh bằng cách so sánh tỉ lệ bệnh mới ở những người tiếp xúc với yếu tố nguy cơ và tỉ lệ ở những người không tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ. Nguy cơ tương đối cho thấy không có sự kết hợp, ngược lại nguy cơ tương đối là 4 hay hơn có nghĩa sự kết hợp rất mạnh. Các nghiên cứu phân tích cũng phân biệt các yếu tố nguy cơ theo bản chất thương tổn hệ thần kinh trung ương và xác định giai đoạn trong đó nguy cơ gia tăng.

Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy một số tổn thương sau sinh-chấn thương não, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, bệnh mạch máu não và u não làm tăng đáng kể tỉ lệ mới mắc của động kinh. Các thiếu sót thần kinh từ lúc sinh, chẳng hạn như chậm phát triển tâm thần hay bại não thường kèm với tỉ lệ động kinh tăng, nhưng có lẽ qua cơ chế thông thường hơn là qua cơ chế nguyên nhân trực tiếp. Mặc dầu có vài bằng chứng qui cho các nguyên nhân đặc hiệu ở một số trường hợp nhưng nguyên nhân của khoảng 70% các trường hợp động kinh không thể được nhận biết.

Một số tỉ lệ về các nguyên nhân có thể gây động kinh
(số liệu từ nghiên cứu ở Rochester, Minnasota, Mỹ) ⁽¹⁶⁾.

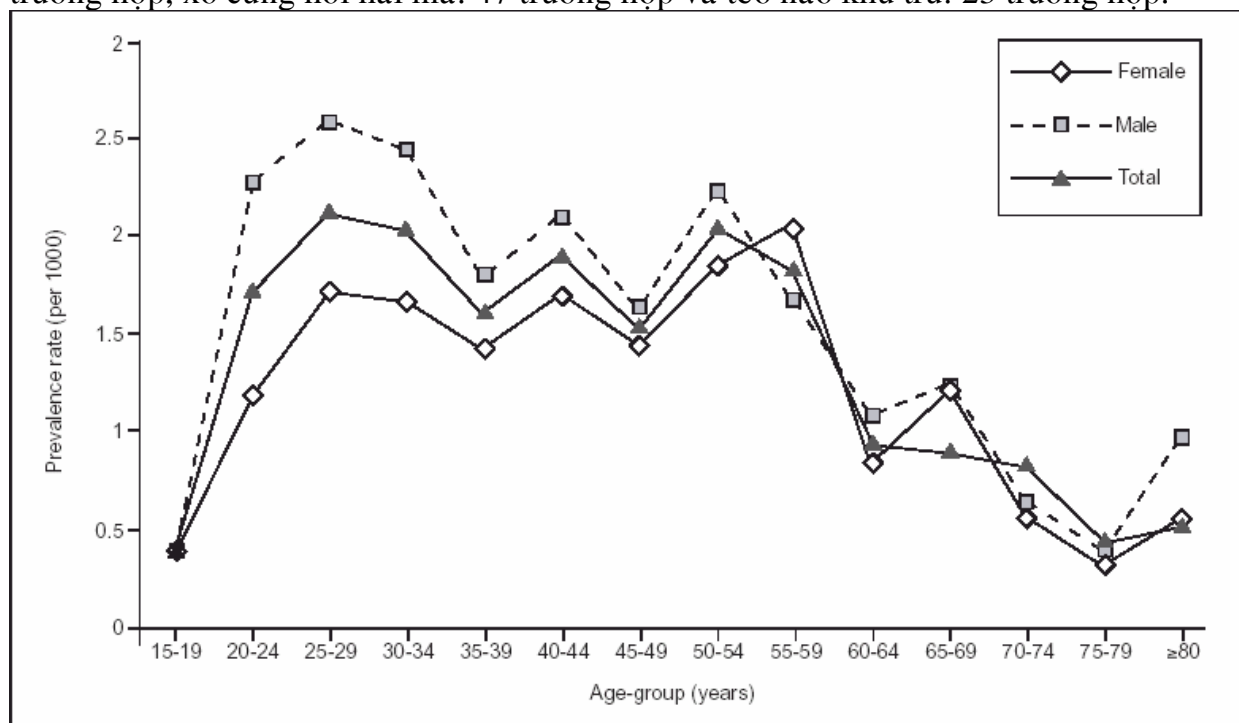
Đột quỵ	13,2%
Chấn thương đầu	4,1
U não	3,6
Nhiễm trùng	2,6
Bệnh thoái hóa	1,8
Nguyên nhân khác	0,5

Nghiên cứu ở Hà Tây, Việt Nam ⁽¹⁾ cho thấy tỉ lệ không rõ nguyên nhân chiếm cao nhất (99/163), kế đó là tổn thương não chu sinh (19/163), nhiễm trùng thần kinh (17/163).

Một nghiên cứu được thực hiện tại quận Copparo, miền Bắc nước Ý với dân số 45.153 cho thấy tiền căn được đề cập như là nguyên nhân tiềm ẩn của ĐK trong

39,6% trường hợp và 39,1% trường hợp của tỉ lệ bệnh toàn bộ và tỉ lệ bệnh mới theo thứ tự tương ứng. Tổn thương não chu sinh là nguyên nhân thường nhất.

Nghiên cứu của FONG và cs⁽¹²⁾ ở Hong Kong cho thấy tỉ lệ nguyên nhân chiếm 231 (81,1%) bệnh nhân, trong đó dị dạng động tĩnh mạch có 14 trường hợp, u mạch hang: 6 trường hợp, rối loạn di chuyển thần kinh: 12 trường hợp, nhồi máu não: 40 trường hợp, xơ cứng hồi hải mã: 47 trường hợp và teo não khu trú: 23 trường hợp.



Hình: tỉ lệ động kinh đang hoạt động theo tuổi và giới tính (FONG và cs)

Một nghiên cứu khác ở Hong Kong ghi nhận 3,9% là động kinh vô căn, 59,9% là động kinh ẩn và 35,1% là động kinh triệu chứng⁽²⁷⁾.

Hui và Kwan⁽¹⁷⁾ ghi nhận các nguyên nhân gây động kinh thường nhất là bệnh mạch máu não (26,2%), tiền căn nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương (26,0%), chấn thương đầu (11,4%), các tổn thương chu sinh (9,7%), dị dạng não bẩm sinh (7,4%), xơ cứng hồi hải mã (5,9%) và u trong sọ (5,6%).

Nghiên cứu ở Estonia ghi nhận các nguyên nhân của động kinh trong 39,6% trong đó chấn thương đầu là thường nhất (13,4%), kế đó là tổn thương trước và chu sinh (6,8%), mạch máu (6,6%)⁽³⁰⁾.

Nghiên cứu ở Jordan ghi nhận 93% các trường hợp là vô căn⁽¹⁸⁾.

Chấn thương đầu (tổn thương não)

Tỉ lệ mới mắc của động kinh sau chấn thương đầu đã được nghiên cứu nhiều sau chiến tranh thế giới lần thứ nhất. Các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ cao sau tổn thương đầu xuyên thấu, các tỉ lệ gần đây tăng hơn có lẽ do những bệnh nhân bị chấn thương được điều trị thành công hơn và tỉ lệ qua khỏi từ những vết thương trầm trọng cao hơn.

Các nghiên cứu về động kinh sau chấn thương đầu kín dân sự cho thấy tỉ lệ thấp. Các bệnh nhân được phẫu thuật động kinh có nguy cơ trung bình từ 3-7%. Chấn

thương đầu kèm mất ý thức, quên hay võ sọ thường bị động kinh hơn. Nguy cơ không tăng ở những người bị chấn thương đầu nhẹ (quên hay mất ý thức dưới 30 phút) mà chiếm khoảng 80% những trường hợp chấn thương đầu trong cuộc sống thường ngày. Nguy cơ khoảng 2% đối với những trường hợp chấn thương đầu vừa (mất ý thức từ 30 phút-đến 24 giờ hay võ sọ không lõm) và tăng chỉ khoảng vài năm sau tổn thương. Khoảng 12% những người bị tổn thương đầu nặng trong cuộc sống thường ngày (sang thương khối trong sọ hay mất ý thức trên 24 giờ hay cả hai) phát triển động kinh. Tỷ lệ động kinh tăng ít nhất 10 năm sau chấn thương đầu trong đời sống bình thường, ngược lại những bệnh nhân với các vết thương chiến tranh xuyên thấu có nguy cơ động kinh kéo dài.

Ngoài mức độ nặng của chấn thương đầu thì các cơn co giật sớm cũng là yếu tố nguy cơ chính. Các cơn có thể là các cơn bị kích thích sớm trong tuần đầu sau chấn thương hay có thể xảy ra trong vòng một tháng đối với những trường hợp tụ máu dưới màng cứng tái phát hay nhiễm trùng nội sọ. Nguy cơ cao nhất là 36% ở những bệnh nhân với chấn thương đầu trầm trọng và các cơn động kinh sớm. Ở người lớn với các chấn thương đầu trầm trọng và không các cơn sớm và ở trẻ em với chấn thương đầu trầm trọng có hay không có các cơn sớm thì có nguy cơ bị động kinh sau chấn thương khoảng 10%.

Tuy nhiên, chỉ 4% tất cả những trường hợp động kinh là sau chấn thương do chỉ vài người bị chấn thương đầu trầm trọng còn sống sót. Tổn thương não chiếm 13% những trường hợp động kinh có nguyên nhân và xảy ra ở mọi lứa tuổi. Chấn thương là nguyên nhân quan trọng nhất của động kinh triệu chứng xa ở người từ 15-24 tuổi và là yếu tố ảnh hưởng quan trọng ở trẻ em và người trẻ ⁽³⁾.

Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương

Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương trước đây có lẽ là nguyên nhân từ 1-5% các trường hợp bị động kinh. Tỷ lệ mới mắc cao nhất ở trẻ em và tỷ lệ cao thứ hai được ghi nhận ở người già. Nhiễm trùng là yếu tố gây bệnh quan trọng của động kinh mắc phải từ nhỏ đến 35 tuổi, mặc dầu bệnh thường chịu trách nhiệm ở trẻ nhỏ. Đối với những bệnh nhân còn sống sau nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương thì có nguy cơ tăng gấp ba lần và độc lập với tuổi bị nhiễm trùng nhưng thay đổi nhiều theo loại nhiễm trùng và sự xuất hiện các cơn động kinh sớm.

Nguy cơ động kinh không tăng sau viêm màng não vô trùng. Tuy nhiên, viêm màng não mủ có nguy cơ tăng gấp năm lần, mặc dầu đa số động kinh xảy ra trong hai năm đầu sau khi nhiễm trùng. Như với chấn thương đầu mức độ vừa, tăng nguy cơ có thể được giới hạn trong năm năm đầu sau khi bị nhiễm trùng. Viêm não siêu vi làm tăng nguy cơ gấp mười lần và nguy cơ này tăng ít nhất 15 năm sau nhiễm trùng. Đối với các bệnh nhân viêm não và các cơn sớm, nguy cơ động kinh khoảng 10% trong năm năm và 22% trong 20 năm sau nhiễm trùng. Nguy cơ 20 năm bị các cơn không do kích thích là 10% ở các bệnh nhân viêm não không có các cơn động kinh sớm. Viêm

màng não làm tăng nguy cơ 20 năm là 13% và 2% đối với những trường hợp có và không có các cơn động kinh sớm⁽³⁾.

Bệnh mạch máu não

Bệnh mạch máu não là nguyên nhân chính của động kinh ở người già⁽³⁴⁾. Khoảng 55% những trường hợp bị các cơn động kinh mới ở người trên 65 tuổi là do các bệnh máu não cấp hay cũ. Bệnh mạch máu não chiếm khoảng 11,6% tất cả những trường hợp động kinh. Nói chung bệnh mạch máu não là nguyên nhân chính của động kinh mắc phải ở người 45-64 tuổi.

Tỉ lệ mới mắc của bệnh mạch máu não tăng dần theo tuổi. Qua tuổi 75 thì khoảng 1% dân số trước đây không bị bệnh mạch máu não sẽ chịu tổn thương vì bệnh này hàng năm. Đây là yếu tố chính làm tăng nhanh tỉ lệ mới mắc động kinh ở người sau 65 tuổi. Mặc dầu có nhiều báo cáo về mối liên hệ giữa bệnh mạch máu não và động kinh, chỉ có vài báo cáo cho thấy hình ảnh chính xác về biên độ, thời gian và yếu tố tiên lượng. Đa số báo cáo cũng không phân biệt được các cơn triệu chứng cấp ở thời điểm bị đột quỵ và các cơn động kinh không do kích thích ở giai đoạn xa sau khi bị đột quỵ. Các cơn sớm chiếm tỉ lệ từ 2,2 đến 25% tùy theo nghiên cứu. Tỉ lệ bệnh nhân đột quỵ có các cơn động kinh xa từ 3-8%. Các sang thương vỏ là yếu tố tiên đoán động kinh sau đột quỵ.

U não

U não chiếm 3,6% tất cả những trường hợp động kinh và 12% những trường hợp động kinh mắc phải. Động kinh do nguyên nhân này có ở mọi lứa tuổi những tỉ lệ cao nhất là từ 25-64 tuổi. Ngoài ra, u não cũng chiếm tỉ lệ đáng kể những trường hợp động kinh ở người già, mặc dầu nhiều trường hợp ở lứa tuổi này được đề cập là do các nguyên nhân cấp hơn. Khoảng 30% bệnh nhân u não có các cơn triệu chứng cấp là những triệu chứng đầu tiên hay hậu phẫu. Tỉ lệ thấp hơn sẽ có các cơn động kinh xa.

Các bệnh thoái hóa hệ thần kinh trung ương

Hai phần trăm các trường hợp động kinh kèm với các quá trình thoái hoá não. Tỉ lệ bệnh thần kinh thoái hoá tăng với lứa tuổi và một số bệnh này làm tăng nguy cơ động kinh. Mỗi năm, khoảng 5% dân số từ 70-79 tuổi và 2% người trên 80 tuổi bị bệnh Alzheimer mỗi năm. Bệnh này làm tăng nguy cơ động kinh 10 lần, và ước lượng 10% bệnh nhân Alzheimer lâu dài bị động kinh.

Thậm chí mặc dầu động kinh thường được đề cập liên quan đến các neuron, những bệnh nhân với các bệnh khử myelin cũng có nguy cơ tăng. Khoảng 5% bệnh nhân bị xơ cứng nhiều nơi có các cơn động kinh hay động kinh – ít nhất tăng 10 lần do với bình thường. Thật sự xơ cứng nhiều nơi là yếu tố quan trọng gây động kinh ở người từ 25-64 tuổi.

Các thiếu sót về phát triển

Các rối loạn phát triển được kết hợp với khoảng 5,5% tất cả những trường hợp động kinh mới. Chúng là nguyên nhân thứ phát quan trọng nhất ở trẻ em nhưng chúng cũng ảnh hưởng đến người lớn trẻ. Khoảng 3-6 trẻ / 1000 trẻ sanh sống bị bại não hay chậm phát triển tâm thần vừa hay trầm trọng hay cả hai và một phần ba trong số đó sẽ bị động kinh. Bại não và chậm phát triển tâm thần vì vậy nên được xem như là các yếu tố liên quan đến tàn phế thần kinh và động kinh. Những bệnh nhân với chậm phát triển tâm thần và bại não vẫn còn tăng nguy cơ động kinh ở người lớn.

TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

Các dữ liệu về tỉ lệ bệnh mới, nguyên nhân và tử vong liên quan đến trạng thái động kinh, một cấp cứu nội khoa thần kinh thường gặp nhất thường từ những nghiên cứu trong bệnh viện và vì vậy thường lệch và không phù hợp. Những thông tin quan trọng là những thông tin từ dân số tổng quát và các dữ liệu như vậy có thể được nhận từ các nghiên cứu dựa vào dân số.

Tỉ lệ trong các nghiên cứu khác biệt tùy theo các định nghĩa và tiêu chuẩn chọn lựa nghiên cứu. Dưới đây là một số định nghĩa:

Trạng thái động kinh: tất cả các nghiên cứu đều xem trạng thái động kinh như là một cơn đơn hay một loạt cơn không có hồi phục ý thức giữa các cơn và kéo dài ít nhất 30 phút. Một số nghiên cứu loại trừ trạng thái động kinh không co giật.

Các trường hợp mới mắc: các nghiên cứu định nghĩa các trường hợp mới mắc là những trường hợp mà được nhập vào bệnh viện lần đầu tiên với biểu hiện trạng thái động kinh trong giai đoạn nghiên cứu 7 năm, một số khác định các trường hợp mới mắc là những trường hợp lần đầu tiên bị trạng thái động kinh trong cuộc đời. Các nghiên cứu khác không định nghĩa rõ ràng các trường hợp mới mắc.

Loại cơn trạng thái động kinh: phân loại tương tự nhau trong tất cả các nghiên cứu, ngoại trừ nghiên cứu ở nhóm Richmond phân loại trạng thái động kinh thành nhóm liên tục và từng hồi. Đa số nghiên cứu chia trạng thái động kinh thành nhóm cục bộ trong đó cục bộ đơn giản, cục bộ phức tạp và cục bộ toàn thể hóa thứ phát với nhóm toàn thể trong đó co cứng, co giật, co cứng-co giật, giật cơ và trạng thái động kinh vắng ý thức hay không co giật⁽¹⁰⁾.

Tỉ lệ bệnh mới của trạng thái động kinh tuân theo phân bố nhị phân với đỉnh cao nhất ở trẻ dưới một tuổi và ở người già. Trẻ dưới một tuổi có tỉ lệ cao nhất (135-156/100.000 dân/năm). Nam bị nhiều hơn nữ. Nguyên nhân của trạng thái động kinh thay đổi tùy theo nhóm tuổi. Ở trẻ em, các cơn co giật do sốt kéo dài (33-35%) và nồng độ thuốc chống động kinh thấp (21%) là những nguyên nhân thường nhất. Ngược lại, ở người lớn, bệnh mạch máu não, ngưng thuốc hay nồng độ thuốc thấp (34%) là những nguyên nhân thường nhất. Trạng thái động kinh triệu chứng cấp thường gặp nhất dù ở mọi lứa tuổi. Vài giai đoạn trạng thái động kinh thì vô căn.

Trạng thái động kinh xảy ra ở người bị động kinh trước đây chiếm <50% trường hợp nói chung. Ở trẻ em, 16-38% có tiền căn động kinh, trong khi ở người lớn, 42-50% có tiền căn động kinh. Tỉ lệ bệnh nhân bị trạng thái động kinh có tiền căn động kinh ở

vùng nông thôn (49-56%) cao hơn ở thành thị (33%). Đa số trạng thái động kinh kéo dài dưới 24 giờ. Tất cả các cơn co giật do sốt kéo dài thì dưới 2 giờ. Trong dân số nhi khoa, thời gian trạng thái động kinh liên tục (trung bình 60,5 phút) thì ngắn hơn thời gian của trạng thái động kinh từng hồi (trung bình 87 phút, $P < 0,02$). Ngược lại ở người lớn không có sự khác biệt về thời gian giữa trạng thái động kinh liên tục (trung bình 97,5 phút) so với trạng thái động kinh từng hồi (trung bình 85 phút). Trạng thái động kinh tái phát xảy ra trong 13,3-18,5%. Tái phát cao nhất ở nhóm dân số nhi. Ở người lớn, gần như tất cả (93,8%) bệnh nhân bị tái phát có tiền căn động kinh.

Tử vong liên quan với trạng thái động kinh ở các nhóm tuổi thay đổi từ 7,6-22% trong thời gian nằm viện hay trong 30 ngày (tử vong sớm) và 43% trong 10 năm sau khi sống qua 30 ngày (tử vong lâu dài). Tuổi và nguyên nhân trạng thái động kinh là những yếu tố xác định chính gây tử vong. Tử vong thấp nhất ở trẻ em (tử vong ngắn hạn từ 3-9% và tử vong dài hạn khoảng 7%) và cao nhất ở người già (tử vong ngắn hạn từ 22-38% và dài hạn khoảng 82%). Ở trẻ em, những bệnh nhân dưới 1 tuổi có tỉ lệ tử vong ngắn hạn cao nhất (17-18%). Tỉ lệ tử vong được chuẩn hóa, nguy cơ tử vong tương đối so với dân số chung ở những người với tỉ lệ tử vong dài hạn do động kinh là 2,8 (95%, CI 2,1-3,5) và ở những người dưới 65 tuổi là 5,1 (95% CI 2,8-8,0). Đa số tử vong trong khi nằm viện xảy ra ở người có nguyên nhân triệu chứng cấp ⁽⁷⁾.

TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH

Tử vong ở bệnh nhân động kinh cao gấp hai đến ba lần so với dân số bình thường. Đa số tử vong tăng liên quan trực tiếp đến nguyên nhân động kinh, một số nhỏ trường hợp tử vong liên quan đến chính động kinh ⁽⁸⁾.

Ở trẻ em

Đa số trẻ em bị động kinh có kết quả tốt và có cuộc sống bình thường. Tuy nhiên, các nghiên cứu theo dõi lâu dài đã cho thấy các bệnh nhân động kinh bao gồm cả bệnh nhân nhi có tỉ lệ tử vong tăng khi so sánh với dân số chung. Có nhiều lý giải về hiện tượng này:

- Do biến chứng của động kinh và của điều trị (ví dụ chấn thương, phồng, chết đuối, ngạt hay hít phải các chất tiết của dạ dày).
- Do trạng thái động kinh co giật.
- Do các nguyên nhân thần kinh hay giải phẫu tủy hay tiến triển gây tử vong (ví dụ như rối loạn phát triển não, bệnh ceroid lipofuscinosis thần kinh muện ở trẻ nhũ nhi).

Tuy nhiên, vẫn có một tỉ lệ bệnh nhân động kinh tử vong nhưng không tìm thấy nguyên nhân và tử vong ở nhóm bệnh nhân này do một hội chứng gọi là SUDEP hay “tử vong đột ngột do động kinh và không giải thích được”. Có nhiều định nghĩa về SUDEP, tuy nhiên định nghĩa sau được chấp nhận nhiều nhất:

“tử vong đột ngột, không được dự đoán, được chứng thực hay không chứng thực, ở bệnh nhân động kinh có hay không có bằng chứng cơn động kinh và loại trừ trạng thái

động kinh co giật trong đó khảo sát sau khi tử vong không phát hiện nguyên nhân ngộ độc hay nguyên nhân giải phẫu gây tử vong”.

Hiện tượng SUDEP được báo cáo khoảng 3-31% của tất cả trường hợp tử vong ở bệnh nhân động kinh, gần như chịu trách nhiệm cho một trường hợp trong 260 trường hợp tử vong ở bệnh nhân động kinh. Tỷ lệ ở trẻ em có thể thấp hơn. Đa số tử vong quá nhiều xảy ra ở các bệnh nhân động kinh triệu chứng (do nguyên nhân được nhận biết và thường kèm với các khó khăn về cơ thể và các khó khăn về học tập) và ở các bệnh nhân kháng trị nội khoa, ở các bệnh nhân trẻ (20-40 tuổi), nam, và trong 10 năm đầu sau khi được chẩn đoán.

Tỷ lệ tử vong được chuẩn hóa ở bệnh nhân trong đa số các nghiên cứu là 2-3. Tỷ lệ này ở bệnh nhân nhi là 7-13,2. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nhi với động kinh vô căn và không có các khiếm khuyết thần kinh hay nhận thức thì không cao hơn tỷ lệ ở dân số không động kinh tương ứng. Trẻ em với động kinh triệu chứng có tỷ lệ tử vong cao gấp 22 lần so với dân số nhi tương ứng (11,5/1000 so với 0,5/1000) ⁽⁴⁾.

Trong một nghiên cứu ở tỉnh Nova Scotia, Canada cho thấy tỷ lệ tử vong ở trẻ động kinh cao hơn 5 lần so với dân số tương ứng. Tỷ lệ tử vong sau 20 năm khởi phát động kinh ở bệnh nhân không có khiếm khuyết thần kinh nặng là khoảng 0,7/1000 dân/năm mà không khác so với dân số không động kinh tương ứng, nhưng tỷ lệ này ở bệnh nhân động kinh với thiếu sót TK trầm trọng là 15/1000 người/năm. Tỷ lệ SUDEP rất thấp khoảng 1,1/10.000 người/năm.

Săn sóc trước khi tử vong ảnh hưởng đến một nửa trường hợp.

Ở người lớn

Một nghiên cứu hồi cứu bằng cách xem lại 3103 trường hợp tử thiết trong giai đoạn 10 năm ở bệnh viện trường đại học Galway, Đông Ai-Len cho thấy 22 trường hợp được phân loại là SUDEP; 45% được tìm thấy là tử vong trên giường. Tuổi trung bình là 38 và 68% là nam. Có 16 trường hợp là dữ liệu về nồng độ thuốc chống động kinh, 68% có nồng độ thuốc thấp hay không có. 88% có tiền căn là các cơn có giật toàn thể. Phù phổi xuất hiện trong 86% các trường hợp sau khi tử vong.

Một nghiên cứu ở Anh và xứ Wales ghi nhận có 612 trường hợp tử vong trên bệnh nhân động kinh tuổi từ 16-50 (397 nam và 215 nữ, tuổi trung bình là 35); 498 (81%) trường hợp tử thiết trong đó 44 trường hợp là SUDEP và 292 trường hợp có lẽ là SUDEP; 69 trường hợp tử vong liên quan đến trạng thái động kinh trong đó 19 trường hợp do SUDEP. Các tác giả kết luận có khoảng 350-400 trường hợp SUDEP ở hai nước này trên bệnh nhân từ 16-50 tuổi vào năm 1997 ⁽²³⁾.

Nghiên cứu trong thung lũng Mbam ở Cameroon ghi nhận 56,6% tử vong do trạng thái động kinh, 18,9% do SUDEP và 10,8% do chết đuối trong cơn động kinh ⁽²¹⁾.

Cải thiện tốt việc kiểm soát điều trị, tránh những nguy hiểm trong khi có cơn động kinh và theo dõi chặt chẽ những bệnh nhân có nguy cơ cao giúp làm giảm tỷ lệ tử vong do động kinh.

GÁNH NẶNG DO ĐỘNG KINH

Các rối loạn tâm thần và thần kinh được ước lượng gây ra 11% tất cả những ngày bị ảnh hưởng do bệnh và động kinh chính nó chiếm khoảng 1% tất cả những ngày bị mất do bệnh. Hiện có khoảng 50 triệu người bị động kinh trên toàn thế giới, trong đó 40 triệu người còn sống.

Do tỉ lệ bệnh nhân đa số là ở các nước đang phát triển nơi mà khả năng cung ứng điều trị thấp, nên động kinh thật sự là một gánh nặng. Sự khác biệt giữa số người bị bệnh và những người được nhận điều trị đầy đủ gọi là lỗ hổng điều trị (treatment gap). Lỗ hổng điều trị trong động kinh thì lớn do ảnh hưởng của các yếu tố y khoa, xã hội, chính trị, kinh tế và văn hóa trong các nước đang phát triển ⁽²⁶⁾. Trong nghiên cứu của Wang và cs ghi nhận tỉ lệ lỗ hổng điều trị ở Trung Quốc là hơn 30% ⁽³⁸⁾. Gần 35 triệu người trên thế giới bị động kinh nhưng không được điều trị đầy đủ, lỗ hổng điều trị thay đổi từ 60-98% tùy vào các quốc gia đang phát triển ⁽³³⁾.

Nghiên cứu ở Estonia nhận thấy khoảng 22% bệnh nhân động kinh không dùng thuốc chống động kinh ⁽³⁰⁾.

Tỉ lệ lỗ hổng điều trị ở Ấn Độ thay đổi từ 29-78% ⁽⁵⁾.

Động kinh ảnh hưởng đến đời sống do chính bản thân các cơn động kinh và các biến chứng do chúng gây ra, như ở Châu Phi người ta gọi động kinh là bệnh phồng vì những người bị động kinh khi nấu nướng có thể bị phồng; ở Indonesia, những vùng ở gần sông người ta gọi động kinh là bệnh chết đuối do người bệnh thường té sông.

Động kinh cũng thường có những ảnh hưởng về tâm lý hay cảm xúc. Càng ngày người ta càng nhận thấy chính động kinh gây ra nhiều khó khăn về mặt xã hội và cảm xúc cho bệnh nhân. Các cơn động kinh không được kiểm soát có thể gây nhiều ảnh hưởng, bệnh nhân sợ đi ra ngoài nếu không được người thân đi kèm. Họ cũng lo sợ là người khác nghĩ nhiều vấn đề về họ nếu thấy họ lên cơn động kinh. Đa số các nghiên cứu trên thế giới cho thấy người bị động kinh thường có thu nhập thấp, chất lượng cuộc sống thấp, học hành kém, ít tự tin, lập gia đình thường khó khăn và thường bị tách rời khỏi đời sống xã hội.

Dưới đây là ví dụ một số ảnh hưởng của vài quốc gia ⁽³⁷⁾

- Canada – thu nhập hàng tháng và chất lượng cuộc sống thấp hơn những người khác với các bệnh mãn tính.
- Trung Quốc – khó khăn khi lập gia đình; gia đình bệnh nhân bị động kinh có cảm giác ô nhục.
- Ecuador – bị cách ly khỏi xã hội, thay đổi mối quan hệ với vợ hay chồng, với cha mẹ; khó khăn khi làm việc nhà; có nhiều vấn đề khi tìm việc làm.
- Ethiopia – bị đối xử như “cùi hủi”.
- Kenya – khó khăn khi lập gia đình.
- Hà Lan – trẻ bị động kinh có khó khăn về học tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Nguyễn Thúy Hương, Lê Đức Hình. Một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng động kinh ở trẻ dưới 16 tuổi tại Hà Tây. Khoa Học và Phát Triển. Tháng 9, năm 2000;trang: 91-94.
- 2) Annegers JF. The Epidemiology of Epilepsy. In: Wyllie E (ed). The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice. LEA & FEBIGER, Philadelphia, 1993; pp: 157-164.
- 3) Annegers JF, Rocca WA, Hauser WA. Causes of epilepsy: contributions of the Rochester epidemiology project. Mayo Clin Proc. 1996;71(6):570-5.
- 4) Appleton RE. Mortality in paediatric epilepsy. ADC 2003;88:1091-1094.
- 5) Bharucha N.E. Epidemiology of epilepsy in India. Epilepsia 2003; 44(suppl. 1):9-11.)
- 6) Camfield C, Camfield P. Epidemiology of epilepsy in children less than age 16 on a regional population. Epilepsia 1994;35(Suppl 8):149
- 7) Chin R.F.M, Neville B.G.R, Scott R.C. A systematic review of the epidemiology of status epilepticus. European Journal of Neurology 2004, 11: 800–810.
- 8) Cockerell OC. The mortality of epilepsy. Curr Opin Neurol. 1996; 9(2):93-6.
- 9) Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. Epilepsia 1993;34:592-6.
- 10)Coeytaux A et al. Incidence of status epilepticus in French-speaking Switzerland (EPISTAR). NEUROLOGY 2000;55:693–697
- 11)Doherty M.J. et al. Age at focal epilepsy onset varies by sex and hemispheric lateralization. Neurology 2003;60:1473–1477
- 12)Fong G.C.Y et al. A prevalence study of epilepsy in Hong Kong. Hong Kong Med J 2003;9(4): 252-257.
- 13)Forsgren, L.. Prevalence of epilepsy in adults in Northern Sweden. Epilepsia 1992;33:450-458.
- 14)Granieri E, Rosati G, Tola R, Pavoni M, Paolino E, Pinna L, Monetti VC. A descriptive study of epilepsy in the district of Copparo, Italy. Epilepsia. 1983;24(4):502-14.
- 15)Hauser W.A. Incidence and prevalence. In: Engel Jr, Pedley T.A. Epilepsy: A comprehensive textbook. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997;pp: 47-58.
- 16)Hauser W.A, Annegers J.F, Kurland L.T. The incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota, 1935-1984. Epilepsia 1993;34:453-468.
- 17)Hui A.C.F., Kwan P. Epidemiology and management of epilepsy in Hong Kong: an overview. *Seizure* 2003;244-246.
- 18)Hussein M. J., El-Qaderi S. Socio-demographic characteristics of adolescents with epilepsy in Northern Jordan. *Seizure* 2002; 11: 483–488.

- 19) Jerome Engel, Jr. Bringing epilepsy out of the shadows. *Neurology* 2003;60:1412.
- 20) Juul-Jensen P, Foldspang A. Natural history of epileptic seizures. *Epilepsia* 1983;24:297-312.
- 21) Kamgno J., Pion S.D.S., Boussinesq M. Demographic impact of epilepsy in Africa: Results of a 10-year cohort study in a Rural Area of Cameroon. *Epilepsia* 2003; 44(7):965-963.
- 22) Kwan P, Sander JW. The natural history of epilepsy: an epidemiological view. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75(10):1376-81.
- 23) Langan Y., Nashef L., Sander J.W. A. S. Certification of deaths attributable to epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:751–752.
- 24) Lavados J, Germain I, Morales A, et al. A descriptive study of epilepsy in the district of El Salvador, Chile, 1984-1988. *Acta Neurol Scand* 1992;91:718-729.
- 25) Maremmani, C., Rossi, G., Bonuccelli, U., Murri, L.. Descriptive epidemiologic study of epilepsy syndromes in a district of Northwest Tuscany, Italy. *Epilepsia* 1991; 32: 294-298.
- 26) Meinardi H, Scott RA, Reis R, Sander JWAS, on behalf of the ILAE Commission on the Developing World. The treatment gap in epilepsy: the current situation and ways forward. *Epilepsia* 2001;42:136–149.
- 27) Ng KK, Ng PW, Tsang KL, Hong Kong Epilepsy Study Group. Clinical characteristics of adult epilepsy patients in the 1997 Hong Kong epilepsy registry. *Chin Med J (Engl)* 2001;114:84-7.
- 28) Oka E. Childhood epilepsy in Okayama Prefecture, Japan--a neuroepidemiological study. *No To Hattatsu*. 2002; 34(2):95-102.
- 29) Olafsson, E., Hauser, W.A.. Prevalence of epilepsy in rural Iceland: a population-based study. *Epilepsia* 1999; 40:1529-1534.
- 30) Oun A., Haldre S., Magi M. Prevalence of adult epilepsy in Estonia. *Epilepsy Research* 2003; 52: 233- 242.
- 31) Placencia M, Shorvon S.D, Pardes V, Bimos C, et al. Epileptic seizures in an Andean region of Ecuador. *Brain* 1992;115:771-782.
- 32) Primec ZR, Kopac S, Neubauer D. Epidemiologic features of infantile spasms in Slovenia. *Epilepsia* 2002; 43(2):183-187.
- 33) Reynolds E.H. Introduction : epilepsy in the world. *Epilepsia* 2002; 43(suppl. 6): 1-3.
- 34) Ruggles K.H et al. Prospective study of seizures in the Elderly in the Marshfield Epidemiologic Study Area (MESA). *Epilepsia* 2001; 42(12): 1594-1599.
- 35) Rwiza H.T, Kilonzo G.P, Haule J, Matuja W.B, et al. Prevalence and incidence of epilepsy in Ulanga, a rural Tanzanian district: a community-based study. *Epilepsia* 1992;33:1051-1056.

- 36) Salmo EN, Connolly CE. Mortality in epilepsy in the west of Ireland: a 10-year review. *Ir J Med Sci.* 2002;171(4):199-201.
- 37) The ILAE/IBE/WHO. Global Campaign Against Epilepsy.
- 38) Wang WZ, Wu JZ, Wang DS, et al. The prevalence and treatment gap in epilepsy in China: an ILAE/IBE/WHO study. *Neurology* 2003;60:1544–1545
- 39) Wright J, Pickard N, Whitfield A, Hakin N. A population-based study of the prevalence, clinical characteristics and effect of ethnicity in epilepsy. *Seizure.* 2000;9(5):309-13.