

# Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân động kinh sau chấn thương sọ não

Clinical, subclinical characteristics and initial results of the treatment of epilepsy after traumatic brain injury

Dương Thị Vân Hà, Nguyễn Đình Toàn

Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cuba Đồng Hới

## Tác giả liên hệ

PGS.TS. Nguyễn Đình Toàn  
Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam -  
Cuba Đồng Hới  
Email: dinhtoan73@gmail.com

Nhận ngày: 26/2/2024

Chấp nhận đăng ngày: 11/3/2024

Xuất bản online ngày: 25/3/2024

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Động kinh sau chấn thương sọ não (ĐKSCTSN) để lại gánh nặng bệnh tật lớn, làm giảm chất lượng sống của bệnh nhân. Việc hiểu rõ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị góp phần cải thiện chất lượng quản lý ĐKSCTSN.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 58 bệnh nhân ĐKSCTSN đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới từ tháng 4/2022 đến tháng 6/2023.

**Kết quả:** Lâm sàng: Tỷ lệ ĐKSCTSN muộn (sau chấn thương sọ não >1 tuần) là 69%; trong đó xuất hiện cơn đầu tiên sau 1 tuần - 6 tháng chiếm 6,9%, từ 6 tháng - 1 năm là 3,4%. Đa số cơn động kinh kéo dài < 5 phút (86,2%) với tần suất ít nhất 1 cơn/tháng là 37,9%; 1 cơn/tuần 32,8% và có cơn hàng ngày là 24,1%. Cơn cục bộ chiếm 89,6%, cơn toàn thể 10,4%; có sự khác biệt về hình thái cơn động kinh giữa nhóm động kinh sớm và động kinh muộn. Cận lâm sàng: Điện não đồ bất thường ghi nhận ở 24,1% trường hợp với các đặc điểm: sóng chậm lan tỏa 2 bán cầu (6,9%), sóng chậm khu trú 1 bán cầu (17,2%). Vị trí tổn thương trên cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ: thái dương 53,4% và trán 46,6%. Kết quả điều trị: 87,9% trường hợp chấn thương sọ não được điều trị bảo tồn và 12,1% được phẫu thuật. Thuốc chống động kinh sử dụng: Valproat (62,5%), Carbamazepin (13,8%), Phenytoin (13,8%), Levetiracetam (8,6%). Tỷ lệ tuân thủ điều trị 89,7%, tỷ tái phát cơn 37,9%. ĐKSCTSN sớm có tỷ lệ tái phát thấp hơn ĐKSCTSN muộn (22,2% so với 45%). Trong 3 tháng điều trị phần lớn có tần số cơn động kinh từ 1 - 4 lần (72,2%) và 19,0% cần nhập viện lại. Biến chứng thần kinh được ghi nhận ở 12,1% BN. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng dự báo động kinh là 43,1%, cao hơn ở nhóm động kinh muộn (50,0%)

so với nhóm động kinh sớm (27,8%).

**Kết luận:** Nên xem xét dự phòng ĐKSCTSN ở bệnh nhân sau chấn thương sọ não trên lâm sàng có cơn co giật mà điện não chưa thấy bất thường hoặc bệnh nhân lớn tuổi có tổn thương thùy thái dương và trán.

## SUMMARY

**Background:** Post-traumatic epilepsy (PTE) results in a huge burden and reduces patients' quality of life. Understanding clinical, subclinical characteristics and assessing treatment results helps to improve management strategies for epilepsy after traumatic brain injury (TBI).

**Objectives:** 1. To describe clinical and subclinical characteristics of patients with PTE at Vietnam - Cuba Friendship Dong Hoi Hospital. 2. To evaluate initial results of the treatment of PTE after 3 months.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study with follow-up on 58 patients with PTE receiving examination and treatment at Vietnam - Cuba Friendship Dong Hoi Hospital from April 2022 to June 2023.

**Results:** Clinical: Late PTE (occurring > 1 week after TBI) accounted for 69% with 6.9% of first seizures occurred from 1 week - 6 months after TBI while 3.4% happened between 6 months - 1 year. Most seizures lasting less than 5 minutes (86.2%); 37.9% had  $\geq 1$  seizure per month; 32.8% had 1 seizure weekly and daily attacks accounted for 24.1%.

Focal seizure registered the majority (89.6%) while generalized seizures accounted for 10.4%; there was a difference in type of seizure between early PTE and late PTE. Subclinical: Abnormal electroencephalogram (EEG) was recorded in 24.1% of cases with following characteristics: diffuse slowing in both hemispheres (6.9%), localized slow waves (17.2%). Lesion location

on CT/MRI: temple 53.4% and forehead 46.6%. Treatment results: 87.9% of TBI cases were treated conservatively and 12.1% were treated surgically. Antiepileptic medications: Depakin (62.5%), Tegretol (13.8%), Phenytoin (13.8%), Keppra (8.6%); treatment adherence rate was very high (89.7%). The recurrence rate was 37.9%, this was lower in the group of early PTE compared with late PTE (22.2% versus 45%). During 3 months of treatment, the majority had 1 - 4 seizures (72.2%) and 19.0% needed re-hospitalization. Neurological complications were recorded in 12.1% of cases. Aura happened in 43.1% of cases, more frequently in late PTE when compared with early PTE (50.0% and 27.8%, respectively).

**Conclusion:** Prophylaxis of PTE should be considered in TBI patients having seizures without EEG abnormalities or in elderly patients with temporal and frontal lobe lesions.

**Keywords:** Epilepsy, traumatic brain injury, treatment.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là bệnh lý rất hay gặp, để lại nhiều di chứng và tỷ lệ tử vong cao. ĐKSCTSN là một trong những di chứng thường gặp nhất, chiếm 20-40% số trường hợp<sup>1</sup>. ĐKSCTSN được chia thành 3 dạng: động kinh ngay lập tức (xảy ra trong vòng 24 giờ); động kinh sớm khi cơn động kinh xuất hiện sau chấn thương sọ não 1 ngày - 1 tuần và động kinh muộn khi cơn động kinh xảy ra sau 1 tuần. Động kinh sớm chiếm khoảng 2-17% trường hợp chấn thương đầu, ở trẻ em hay gặp hơn người lớn (30-35% so với 10-15%) và liên quan với mức độ nghiêm trọng của chấn thương<sup>1</sup>. ĐKSCTSN thường do nhiều cơ chế phối hợp, do đó đặc điểm lâm sàng, hình ảnh điện não đồ của các cơn động kinh rất đa dạng và phong phú. Tuy nhiên tại Việt Nam vẫn

còn khá ít công trình nghiên cứu về ĐKSCTSN, do đó chúng tôi tiến hành đề tài này với hai mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ĐKSCTSN tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới.

2. Đánh giá kết quả điều trị ĐKSCTSN sau 3 tháng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

Gồm 58 bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi ĐKSCTSN, khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới từ tháng 4/2022 - 6/2023.

#### Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- **Chẩn đoán động kinh:** theo tiêu chuẩn chẩn đoán động kinh của Liên hội chống động kinh quốc tế (ILAE) năm 2017<sup>2</sup>.

- **Chẩn đoán ĐKSCTSN:** Có tiền sử chấn thương sọ não và bằng chứng tổn thương não sau chấn thương; mất ý thức hoặc có triệu chứng tổn thương thần kinh khu trú; và/hoặc phim chụp cắt lớp vi tính sọ não/cộng hưởng từ sọ não có tổn thương do chấn thương sọ não. Không tìm thấy nguyên nhân khác gây động kinh.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tiền sử động kinh trước khi bị chấn thương sọ não.

- Cơ lâm sàng không phải động kinh.

- Động kinh do nguyên nhân khác: dị dạng mạch não, tai biến mạch não, tổn thương não do rối loạn chuyển hóa, nghiện rượu, viêm não, áp xe não v.vv..

- Không được làm điện não đồ, cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ sọ não.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả dọc, có theo dõi lâm sàng.

- Các bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn chọn mẫu được khai thác tiền sử (chấn thương sọ

não, bệnh kèm, cơ cơ giật), thăm khám lâm sàng (tình trạng ý thức, cơ cơ giật, dấu hiệu thần kinh khu trú, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ tròn,..) và tiến hành các cận lâm sàng (chụp cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ sọ não, ghi điện não đồ, xét nghiệm máu). Cơ động kinh được phân loại thành cơ cục bộ và cơ toàn thể; điều trị thuốc chống động kinh theo phân loại cơ. Sau khi ổn định, bệnh nhân được cho ra viện và hẹn tái khám đánh giá kết quả điều trị sau 03 tháng (tần số cơn động kinh, số lần nhập viện trở lại, chỉ số huyết động, biến chứng).

### 2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0.

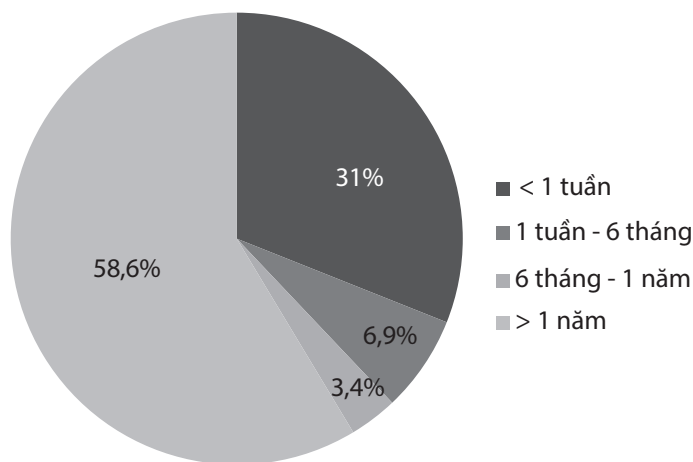
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

#### Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		n	%
<b>Tuổi</b>	$\bar{X} \pm SD$	<b>54,0 <math>\pm</math> 16,2</b>	
Giới tính	Nam	44	75,9
	Nữ	14	24,1
Nghề nghiệp	Nông dân	42	72,4
	Hưu trí/già	9	15,5
	Khác	7	12,1
Lý do vào viện	Chấn thương	8	13,8
	Cơ giật	41	70,7
	Đau đầu	3	5,2
	Hôn mê	3	5,2
	Khác	3	5,2
Nguyên nhân chấn thương sọ não	Tai nạn giao thông	30	51,7
	Tai nạn lao động	16	27,6
	Té ngã	9	15,5
	Khác	3	5,2

Tuổi trung bình là 54,0, nam giới (75,9%) và nông dân (72,4%) chiếm đa số. Phần lớn nhập viện vì co giật (70,7%). Hơn ½ số ĐKSCTSN là do tai nạn giao thông, tiếp theo là tai nạn lao động (27,6%) và té ngã (15,5%).



**Biểu đồ 1.** Thời gian xuất hiện cơn động kinh đầu tiên sau chấn thương sọ não

Phần lớn ĐKSCTSN là động kinh muộn (xuất hiện sau 1 tuần), chiếm 69%; động kinh sớm chỉ 31%. Trong nhóm động kinh muộn, hầu hết cơn động kinh đầu tiên xuất hiện sau > 1 năm.

### Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Động kinh sớm (N=18)	Động kinh muộn (N=40)	p	
	n (%)	n (%)		
Mạch (lần/phút)	79,3±10,2	87,2±17,9	<0,05	
Huyết áp trung bình (mmHg)	97,4±10,1	101,5±18,1	>0,05	
Tiền sử rối loạn ý thức	8 (44,4)	5 (12,5)	0,014	
Tiền sử phẫu thuật	3 (16,7)	24 (60,0)	0,004	
Tiền sử cơn co giật	1 (5,6)	3 (7,5)	1,000	
Tình trạng ý thức	Hôn mê sâu-rất sâu	0	0,002	
	Rối loạn ý thức nặng	3 (16,7)		1 (2,5)
	Rối loạn ý thức nhẹ	6 (33,3)		3 (7,5)
	Bình thường	9 (50)		36 (90)
Mức độ chấn thương sọ não	Nặng	52 (89,6)		
	Trung bình	3 (5,2)		
	Nhẹ	3 (5,2)		

Có sự khác biệt có ý nghĩa về mạch, tiền sử rối loạn ý thức, tiền sử phẫu thuật và tình trạng ý thức theo thang điểm Glasgow giữa nhóm động kinh sớm và động kinh muộn với  $p < 0,05$ . Hầu hết có chấn thương sọ não mức độ nhẹ (Glasgow 3-8 điểm).

**Bảng 3.** Đặc điểm cơn động kinh

Đặc điểm cơn động kinh		Động kinh sớm (N=18)	Động kinh muộn (N=40)	p
		n (%)	n (%)	
Thể lâm sàng	Cơn toàn thể	3 (16,6)	3 (7,5)	0,664
	Cơn cục bộ	15 (83,4)	37 (92,5)	
Thời gian	< 5 phút	18 (100)	32 (80)	0,048
	≥ 5 phút	0	8 (20)	
Tần suất	Cơn/ngày	12 (66,7)	2 (5,0)	<0,001
	Cơn/tuần	6 (33,3)	13 (32,5)	
	Cơn/tháng	0	22 (55,0)	
	Cơn/năm	0	3 (7,5)	
Hoàn cảnh xuất hiện	Căng thẳng	0	4 (10,0)	0,002
	Mất ngủ	1 (5,6)	3 (7,5)	
	Uống rượu	0	6 (15,0)	
	Mệt mỏi	5	21 (52,5)	
	Tự nhiên	12	6 (15,0)	
Triệu chứng báo trước	Không	11 (61,1)	7 (17,5)	0,004
	Chóng mặt	0	2 (5,0)	
	Nhức đầu	7 (38,9)	30 (75,0)	
	Tê chân tay	0	1 (2,5)	
Triệu chứng, hội chứng thần kinh	Liệt nửa người	3 (16,7)	1 (2,5)	0,016
	Rối loạn phản xạ	0	1 (2,5)	
	Lú lẫn/Rối loạn ý thức khác	4 (22,2)	2 (5,0)	
	Không	11 (61,1)	36 (90,0)	

Hầu hết ĐKSCTSN là cơn cục bộ (89,6%), cơn toàn thể chỉ chiếm 10,4%. Có sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian kéo dài, tần suất cơn, hoàn cảnh xuất hiện, triệu chứng báo trước và các triệu chứng, hội chứng thần kinh kèm theo giữa động kinh sớm và động kinh muộn,  $p < 0,05$ .

**Bảng 4.** Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		Động kinh sớm (N=18)	Động kinh muộn (N=40)	p
		n (%)	n (%)	
<b>Điện não đồ</b>				
Hoạt động điện não	Sóng chậm 2 bán cầu	2 (11,1)	2 (5,0)	0,688
	Sóng chậm 1 bán cầu	3 (16,7)	7 (17,5)	
	Bình thường	13 (72,2)	31 (77,5)	

Đặc điểm cận lâm sàng		Động kinh sớm (N=18)	Động kinh muộn (N=40)	p
		n (%)	n (%)	
Sóng chậm bất thường	Delta	0	2 (22,2)	0,775
	Theta	3 (60,0)	3 (33,3)	
	Delta+Theta	2 (40,0)	4 (44,5)	
<b>Cắt lớp vi tính/Cộng hưởng từ não</b>				
Vị trí chấn thương	Trán	12 (20,7)	15 (25,9)	0,050
	Thái dương	11 (19,0)	20 (34,4)	0,571
	Đỉnh	3 (5,2)	2 (3,4)	0,167
	Chẩm	2 (3,44)	2 (3,44)	0,581
Bên chấn thương	Trái	6 (10,5)	19 (33,3)	0,150
	Phải	7 (12,3)	17 (29,8)	
	Hai bên	5 (8,8)	4 (5,3)	
Số tổn thương	1	6 (33,3)	35 (87,5)	<0,001
	2	7 (38,9)	4 (10,0)	
	3	4 (22,2)	1 (2,5)	
	4	1 (5,6)	0	

Đa số có điện não đồ bình thường. Vị trí chấn thương thường gặp nhất là trán và thái dương. Có sự khác biệt về số tổn thương trên cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ sọ não giữa động kinh sớm và động kinh muộn với  $p < 0,05$ .

### 3.2. Kết quả điều trị

Điều trị		Động kinh sớm (N=18)	Động kinh muộn (N=40)	p
		n (%)	n (%)	
<b>Trước ra viện</b>				
Điều trị trước đó	Đã từng điều trị	3 (16,7)	33 (82,5)	<0,001
	Chưa điều trị	15 (83,3)	7 (17,5)	
Phương pháp	Bảo tồn	13 (72,2)	38 (95,0)	0,025
	Phẫu thuật	5 (27,8)	2 (5,0)	
Thuốc điều trị	Valproat	38 (65,5)		-
	Carbamazepin	8 (13,8)		
	Levetiracetam	5 (8,6)		
	Phenytoin	8 (13,8)		
	Khác	6 (10,3)		
Dùng thuốc	Đơn trị liệu	51 (87,9)		-
	Phối hợp	7 (12,1)		

Điều trị	Động kinh sớm (N=18)		Động kinh muộn (N=40)		p
	n (%)		n (%)		
Tuân thủ điều trị	16 (88,9)		36 (90,0)		1,000
Số ngày nằm viện	14,6±6,2		12,9±14,5		0,624
Xuất viện	< 1 tuần	9 (15,5)			-
	1 - 2 tuần	46 (79,3)			
	> 3 tuần	3 (5,2)			
<b>Sau 3 tháng</b>					
Tái phát động kinh	4 (22,2)		18 (45,0)		0,145
Số cơn động kinh	1-4	4 (100)	12 (66,7)	0,54	
	5-30	0	6 (33,3)		
Nhập viện lại	1 lần	2 (11,1)	8 (20,0)	1,00	
	2 lần	0	1 (2,5)		
	Không	16 (88,9)	31 (77,5)		
Biến chứng thần kinh	3 (16,7)		4 (10,0)		0,665
Aura	5 (27,8)		20 (50,0)		0,155

Phần lớn ĐKSCTSN được điều trị bảo tồn, hầu hết điều trị thuốc chống động kinh đơn trị liệu với tỷ lệ tuân thủ điều trị cao. Thời gian nằm viện trung bình khoảng 2 tuần. Sau 3 tháng điều trị, có 22/58 (37,9%) trường hợp tái phát động kinh, phần lớn là 1-4 cơn. 10/58 trường hợp cần nhập viện lại, biến chứng thần kinh ghi nhận ở 7/58 trường hợp và 1/2 trường hợp ĐKSCTSN có triệu chứng dự báo động kinh.

#### IV. BÀN LUẬN

##### Đặc điểm lâm sàng của ĐKSCTSN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,0 ± 16,2 trong đó nhóm > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (36,2%). Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu của tác giả khác như Nguyễn Hồng Thanh (2011) với tuổi trung bình là 49,34 ± 5,12, tập trung ở nhóm 50-69 tuổi; Đào Thị Thu Huyền (2017) là 38,68 ± 15,69 tuổi, chủ yếu thuộc nhóm 15-45 tuổi (66,7%) và Burke (2021) với 41,3 ± 17,1 tuổi<sup>3,4,5</sup>. Mặc dù chấn thương sọ não thường gặp ở độ tuổi lao động, kết quả này của chúng tôi với

đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân bị động kinh sau chấn thương sọ não cho thấy tuổi cao là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc động kinh sau chấn thương sọ não. Mặc dù tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt và bạo lực chiếm tỷ lệ đáng kể trong chấn thương sọ não, nhiều tác giả trong và ngoài nước cũng ghi nhận tương tự chúng tôi với tai nạn giao thông vẫn là nguyên nhân hàng đầu, chiếm khoảng 60% số trường hợp chấn thương sọ não<sup>6</sup>.

Có 22,4% trường hợp ĐKSCTSN có tiền sử rối loạn ý thức; tỷ lệ này ở nhóm động kinh sớm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm động kinh muộn (44,4% so với 12,5%). Ngược lại, tỷ lệ có tiền sử phẫu thuật khi chấn thương sọ não lại cao hơn ở nhóm động kinh muộn với p=0,004. Tại thời điểm nhập viện, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow là 22,4%; trong đó 15,5% rối loạn ý thức nhẹ (Glasgow 9-14 điểm) và 6,9% rối loạn ý thức nặng (Glasgow 6-8 điểm). Nhóm động kinh sớm có tỷ lệ rối loạn ý thức cũng như rối loạn ý thức mức độ nặng cao hơn đáng kể so với động kinh muộn (p=0,002). Đánh giá mức độ nghiêm

trọng của chấn thương sọ não theo thang điểm Glasgow cho thấy hầu hết có chấn thương sọ não mức độ nhẹ (3-8 điểm), chỉ 5,2% mức trung bình (9-12 điểm) và 5,2% mức độ nặng (3-8 điểm). Tỷ lệ chấn thương sọ não mức trung bình và nặng trong của chúng tôi thấp hơn so với một số tác giả khác: Yeh CC. và cs (2013) đánh giá nguy cơ ĐKSCSTN cho tỷ lệ tổn thương nặng là 58,8% và tổn thương nhẹ là 38,5%; Liu Z. và cs (2019) nghiên cứu về động kinh sớm sau chấn thương sọ não cho thấy mức độ nặng là 24,7% và 50% số bệnh nhân này có cơn động kinh sớm<sup>7,8</sup>.

### Đặc điểm cơn động kinh

Thời điểm xuất hiện cơn đầu tiên phụ thuộc vào tổn thương não, có hay không kèm dị vật, kích thích gây biểu hiện cơn trên lâm sàng. Theo biểu đồ 1, đa số xuất hiện cơn động kinh đầu tiên sau 1 năm (58,6%); tiếp đến là < 1 tuần (31%). Tỷ lệ cơn động kinh đầu tiên xuất hiện sau chấn thương sọ não từ 1 tuần - 6 tháng và từ 6 tháng - 1 năm chỉ lần lượt chiếm 6,9% và 3,4%. Kết quả này khác với Đào Thị Thu Huyền với 56,2% cơn động kinh đầu tiên xuất hiện trong 1 năm đầu và 73,7% trong 2 năm đầu<sup>4</sup>.

Đa số bệnh nhân thuộc nhóm có cơn động kinh thể cục bộ (89,6%), trong đó cơn động kinh cục bộ toàn thể hóa chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,5%, cơn cục bộ đơn thuần là 31,0% và cơn cục bộ phức tạp là 24,1%. Không có sự khác biệt về thể lâm sàng cơn động kinh giữa nhóm động kinh sớm và động kinh muộn,  $p > 0,05$ . Tương tự, một số tác giả khác cũng ghi nhận tương tự với cơn động kinh cục bộ chiếm đa số<sup>3,4</sup>. Điều này là do các vùng tổn thương ở não khi bị kích thích sẽ biểu hiện cơn động kinh trên lâm sàng, tùy thuộc vào vị trí ổ động kinh nằm ở vùng chức năng nào của não. Trên lâm sàng còn có thể quan sát được cơn toàn thể khi giai đoạn khởi phát cục bộ quá ngắn hoặc tổn thương ở sâu, khi quần thể neuron phóng điện lan nhanh ra cả hai bán cầu.

Đa phần các cơn động kinh kéo dài < 5 phút, (86,2%); chỉ 13,8% cơn  $\geq 5$  phút. Đáng lưu ý, tất cả các cơn động kinh  $\geq 5$  phút đều thuộc nhóm động kinh muộn với sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm,  $p < 0,05$ . Về tần suất cơn, chiếm tỷ lệ cao nhất là cơn/tháng 37,9%, tiếp đến là cơn/tuần 32,8%, cơn/ngày 24,1% và thấp nhất là cơn/năm với 5,2%. Bệnh nhân động kinh sớm chủ yếu có cơn/ngày (66,7%), số còn lại có cơn/tuần (33,3%) trong khi động kinh muộn chủ yếu xuất hiện cơn/tháng (55,0%) và cơn/tuần (32,5%);  $p < 0,05$ . Kết quả tương tự cũng được ghi nhận bởi Đào Thị Thu Huyền (2019) với cơn < 5 phút chiếm 75,4%, tần suất thường gặp nhất là cơn/tháng (52,6%); Zhao Y. với tần suất cơn/tháng là 69,5%<sup>9</sup>. Các cơn động kinh kéo dài hơn 5 phút hoặc các cơn động kinh tái phát mà không phục hồi được ý thức cơ bản đã đáp ứng định nghĩa trạng thái động kinh và cần phải được xử trí như trạng thái động kinh. Các tác giả khác khi nghiên cứu về ĐKSCSTN ít đánh giá về thời gian kéo dài cơn nên chúng tôi ít có số liệu để so sánh. Trong nghiên cứu này, 20% trường hợp động kinh muộn có cơn động kinh kéo dài trên 5 phút, đây là yếu tố dự báo tiên lượng xấu của động kinh kháng thuốc, khó điều trị.

Hoàn cảnh xuất hiện cơn động kinh thường gặp nhất là mệt mỏi (44,8%), tiếp theo là khi uống rượu bia, mất ngủ, căng thẳng và chỉ 15% xảy ra tự nhiên. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy các cơn động kinh do tổn thương não hoặc chấn thương sọ não thường xuất hiện vào mùa hè hoặc sau hoạt động gắng sức như lao động, chơi thể thao. Lúc này bệnh nhân ra nhiều mồ hôi, rối loạn nước điện giải, gây tình trạng mệt mỏi và dễ xuất hiện cơn động kinh. Do đó, bệnh nhân cần được tư vấn vận động, chơi thể thao với cường độ vừa phải, thư giãn tránh mệt mỏi, tránh sử dụng rượu bia để hạn chế xuất hiện cơn động kinh.

Triệu chứng báo trước cơn (aura) là những cảm giác mà bệnh nhân cảm thấy trước khi bị



mất ý thức chỉ khoảng vài giây, có tính chất định hình trên cùng 1 bệnh nhân, tùy thuộc diện bị kích thích ở não. Đây là yếu tố rất quan trọng, giúp bệnh nhân biết sắp lên cơn để phòng tránh không xảy ra tai nạn và là 1 trong những yếu tố quan trọng giúp định khu ổ động kinh, phân loại cơn động kinh. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn ĐKSCTSN có aura (69%), trong đó đa số là đau đầu (63,8%). Đáng chú ý, nhóm động kinh muộn có tỷ lệ aura cao hơn đáng kể so với động kinh sớm (82,5% so với 38,9%) và các biểu hiện của aura cũng đa dạng hơn ( $p < 0,05$ ).

Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu không có các triệu chứng, hội chứng thần kinh khác kèm theo (81%); cơn động kinh là biểu hiện duy nhất của bệnh. Những trường hợp còn lại, chúng tôi quan sát được một số triệu chứng kèm theo là lú lẫn hoặc rối loạn ý thức khác (10,3%), liệt nửa người (6,9%) và rối loạn phản xạ (1,7%). Các triệu chứng thần kinh kèm theo này là dấu hiệu của tổn thương thực thể ở não do chấn thương, tùy thuộc vị trí có thể định hướng được ổ bệnh lý gây ra cơn động kinh. Khác với chúng tôi, Đào Thị Thu Huyền nhận thấy một số triệu chứng thần kinh kèm theo khác ở bệnh nhân chấn thương sọ não là nhãn cầu đảo ngược (86,0%); tăng tiết đờm dãi (82,5%), thường gặp trong động kinh cục bộ toàn thể hóa thứ phát và động kinh toàn thể; các triệu chứng có giá trị định khu tổn thương và giúp phân biệt hai loại cơn này bao gồm: quay mắt quay đầu về một bên (36,8%); co cứng nửa người (19,3%); động tác tự động (5,3%); cả ba triệu chứng này chỉ gặp ở cơn cục bộ, chủ yếu là cơn cục bộ toàn thể hóa thứ phát. Một số hội chứng thần kinh kèm theo khác bao gồm liệt nửa người 24,6% (phù hợp với vị trí tổn thương não); rối loạn phản xạ 17,5%; liệt dây thần kinh sọ 8,8%. Lú lẫn và các dạng rối loạn ý thức khác chiếm 7,0%<sup>4</sup>.

### Đặc điểm điện não đồ

14/58 bệnh nhân (24,1%) trong nghiên cứu

có hoạt động điện não bất thường, trong đó 6/14 trường hợp có sóng chậm bất thường dạng Theta, 6/14 sóng chậm bất thường dạng kết hợp Delta và Theta và 2/14 trường hợp có sóng chậm dạng Delta với sự khác biệt không có ý nghĩa giữa 2 nhóm động kinh sớm và muộn. Tỷ lệ bản ghi hoạt động điện não bất thường của chúng tôi khá thấp so với Đào Thị Thu Huyền (24,1% so với 90,1%), sự khác biệt này có thể do phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ngay khi vào viện đã được điều trị thuốc kháng động kinh phù hợp<sup>4</sup>. Cần lưu ý rằng, đứng trước đối tượng có dấu hiệu động kinh trên lâm sàng, một bản ghi điện não đồ bình thường không thể loại trừ chẩn đoán động kinh. Có đến 75,9% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chưa phát hiện được hoạt động điện não bất thường do không ghi được điện não đồ sớm sau cơn và có thể do bệnh nhân đã được điều trị bằng thuốc kháng động kinh, làm giảm khả năng xuất hiện sóng điện não bất thường. Do đó việc chẩn đoán xác định động kinh là sự phối hợp chặt chẽ giữa quan sát cơn trên lâm sàng và kết quả ghi điện não đồ.

Đào Thị Thu Huyền ghi nhận biểu hiện kịch phát hay gặp ở ĐKSCTSN là: nhọn sóng (10,5%), nhọn chậm (8,8%) và nhọn (5,3%)<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Chen W. và cs (2017) cho thấy sóng dạng động kinh gặp ở 21/54 (38,9%) TH ĐKSCTSN, trong đó 12 trường hợp sóng khu trú một bên và 9 trường hợp ở cả hai bên bán cầu; sóng dạng động kinh chiếm 48,1% (26/54 trường hợp) và sóng chậm khu trú chiếm 11,1% (6/54 trường hợp)<sup>10</sup>.

### Tổn thương trên hình ảnh học

Chấn thương sọ não có thể gây tổn thương 1 hoặc nhiều vị trí. Trên phim cắt lớp vi tính và/hoặc cộng hưởng từ sọ não, chúng tôi ghi nhận vị trí chấn thương chủ yếu ở thái dương với 53,4%, tiếp đến là trán với 46,6%; vùng đỉnh và chẩm lần lượt chỉ chiếm 8,6% và 6,9%. Có thể thấy phần lớn bệnh nhân ĐKSCTSN có tổn thương là trán và thái

dương, đây là những vị trí có tiên lượng mắc động kinh cao, do đó cần điều trị dự phòng cho bệnh nhân nhằm hạn chế xuất hiện cơn động kinh.

Đa số bệnh nhân có chấn thương 1 vị trí (70,7%); chấn thương 2 và 3 vị trí lần lượt chiếm 19% và 8,6%; đáng lưu ý có 1 trường hợp có cùng lúc 4 vị trí chấn thương, thuộc nhóm động kinh sớm. Trong khi đa số động kinh muộn chỉ có 1 vị trí tổn thương (87,5%); bệnh nhân động kinh sớm thường có 2 vị trí chấn thương (38,9%), tiếp đến là 1 và 3 vị trí (33,3% và 22,2%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm,  $p < 0,05$ .

Có 14,1% bệnh nhân chấn thương cả hai bên đầu, tỷ lệ chấn thương đầu bên trái và phải là tương đương nhau. Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả khác. Theo Đào Thị Thu Huyền, vị trí chấn thương chủ yếu của ĐKSCTSN là trán (54,4%) và gặp nhiều ở bên phải, có 17,5% chấn thương ở cả hai bên; 66,7% bệnh nhân bị tổn thương ở 1 vị trí và 33,3% bệnh nhân tổn thương nhiều vị trí<sup>4</sup>.

### Kết quả điều trị

Phần lớn bệnh nhân đã từng điều trị động kinh (62,1%); trong đó tỷ lệ đã từng được điều trị ở nhóm động kinh muộn cao hơn đáng kể so với động kinh sớm (82,5% so với 16,7%);  $p < 0,05$ . Kết quả này tương tự Đào Thị Thu Huyền (2017) với tỷ lệ bệnh nhân chưa được điều trị trước nhập viện chỉ 38,6%<sup>4</sup>. Tỷ lệ điều trị bảo tồn chấn thương sọ não ở nhóm động kinh muộn cao hơn đáng kể so với bệnh nhân động kinh sớm (95% so với 72,2%) trong khi tỷ lệ phẫu thuật lại thấp hơn nhiều (5% so với 27,8%), sự khác biệt là có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Thời gian nằm viện trung bình khoảng 2 tuần. Có 15,5% xuất viện trong vòng 1 tuần và tỷ lệ xuất viện sau 3 tuần là 5,2%.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng các thuốc điều trị động kinh gồm Valproat (65,5%), Carbamazepin hoặc Phenytoin (13,8%) và Levetiracetam (8,6%). Đa số trường hợp đơn trị liệu với 1 loại thuốc, chỉ 12,1% cần phối hợp 2

loại. Những thuốc chống động kinh này cũng được sử dụng trong nhiều nghiên cứu khác. Tỷ lệ phối hợp thuốc của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đào Thị Thu Huyền và Zhao Y., có thể do thời gian nghiên cứu ngắn hơn và các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu mới được chẩn đoán nên được bắt đầu với đơn trị liệu<sup>4,9</sup>. Theo khuyến cáo điều trị của Liên hội chống động kinh quốc tế (ILAE), đối với các cơn động kinh cục bộ thì Carbamazepin và Phenytoin là lựa chọn đầu tiên (mức độ A), còn Valproat là lựa chọn thứ hai (mức độ B). Như vậy việc lựa chọn thuốc kháng động kinh cho các bệnh nhân trong các nghiên cứu là chưa phù hợp. Điều này có thể do chưa xác định đúng dạng cơn động kinh là cơn cục bộ, dẫn tới việc lựa chọn thuốc kháng động kinh Valproat nhiều hơn là Carbamazepin. Bên cạnh đó, tình trạng đầu thẩu thuốc bảo hiểm trên tình hình thực tế hiện nay cho thấy chỉ trúng thầu thuốc Depakine nên bệnh nhân chủ yếu được chỉ định điều trị bằng loại thuốc này. Tỷ lệ tuân thủ điều trị của các bệnh nhân trong nghiên cứu này (89,7%) cao hơn nhiều so với Đào Thị Thu Huyền (31,4%) và Zhao Y. (52,6%), đây là một tín hiệu đáng mừng, là cơ sở để nâng cao hiệu quả kiểm soát ĐKSCTSN<sup>4,9</sup>.

Tỷ lệ tái phát động kinh trong 3 tháng sau điều trị là 37,9%; trong đó nhóm động kinh muộn tái phát cao hơn động kinh sớm (45% so với 22,2%),  $p > 0,05$ . Trong những trường hợp tái xuất hiện cơn động kinh, đa số tái động kinh 1-4 lần (72,7%); chỉ 27,3% tái phát với 5-30 cơn. 100% động kinh sớm có động kinh tái phát từ 1-4 cơn trong khi động kinh muộn có 66,7% tái phát 1-4 cơn và 33,3% tái phát 5-30 cơn;  $p > 0,05$ .

Tái nhập viện trong 3 tháng sau ghi nhận ở 11/58 trường hợp (19%), trong đó có 2 trường hợp động kinh sớm (11,1%) và 9 trường hợp động kinh muộn (22,5%). Có 10/11 trường hợp nhập viện lại 1 lần và 1/11 trường hợp tái nhập viện 2 lần (động kinh muộn). Trên thực tế, các trường hợp tái nhập

viện của bệnh nhân ĐKSCTSN trong nghiên cứu của chúng tôi đã không được báo cáo đầy đủ.

Chỉ 7/58 trường hợp có biến chứng thần kinh trong 3 tháng sau điều trị, chiếm 12,1%; trong đó có 3 trường hợp là động kinh sớm (16,7%) và 4 trường hợp động kinh muộn (10%) ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng dự báo động kinh là 43,1%; tỷ lệ này ở nhóm động kinh muộn cao hơn động kinh sớm, lần lượt là 50% so với 27,8% ( $p > 0,05$ ).

Có thể thấy kết quả điều trị động kinh sau chấn thương sọ não của chúng tôi là khá tốt, thời gian nằm viện không quá dài, tỷ lệ tái phát động kinh, tỷ lệ tái nhập viện và tỷ lệ biến chứng khá thấp. Tuy nhiên một số thuốc đang được sử dụng hiện nay là chưa phù hợp dẫn đến các trường hợp tái động kinh hoặc biến chứng không mong muốn. Sinh lý bệnh của động kinh sau chấn thương sọ não vẫn còn chưa được biết rõ gây trở ngại lớn trong việc lựa chọn thuốc điều trị phù hợp.

## **V KẾT LUẬN**

Cơ động kinh sau chấn thương sọ não cần được điều trị kịp thời vì hoạt động co giật có thể làm tổn thương thêm bộ não vốn đã bị tổn thương. Hiện nay hiệu quả của các thuốc trong ngăn ngừa ĐKSCTSN vẫn chưa thuyết phục, việc điều trị cần dựa trên khuyến nghị của Hiệp hội Chấn thương não, kinh nghiệm và ý kiến chủ quan của bác sĩ lâm sàng. Nên xem xét dự phòng động kinh ở bệnh nhân chấn thương sọ não trên lâm sàng có cơn co giật mà điện não chưa thấy bất thường hoặc bệnh nhân lớn tuổi có tổn thương thái dương và trán.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Frey L.C. (2003), "Epidemiology of posttraumatic

epilepsy: a critical review", *Epilepsia*, 44(s10), pp. 11-17.

2. Fisher R. S., Cross J. H., D'souza C., French J. A., et al (2017), "Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types", *Epilepsia*, 58(4), pp. 531-542.
3. Nguyễn Hồng Thanh, Nguyễn Văn Chương (2011), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng động kinh do chấn thương, vết thương sọ não", *Tạp chí Y dược học quân sự*, 9(2), tr. 1-7.
4. Đào Thị Thu Huyền (2017), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân động kinh muộn sau chấn thương sọ não, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Burke J., Gugger J., Ding K., Kim J. A., et al (2021), "Association of Posttraumatic Epilepsy With 1-Year Outcomes After Traumatic Brain Injury", *JAMA Netw Open*, 4(12), pp. e2140191.
6. Dunne J., Quiñones-Ossa G. A., Still E. G., Suarez M. N., et al (2020), "The Epidemiology of Traumatic Brain Injury Due to Traffic Accidents in Latin America: A Narrative Review", *J Neurosci Rural Pract*, 11(2), pp. 287-290.
7. Yeh C.-C., Chen T.-L., Hu C.-J., Chiu W.-T., et al (2013), "Risk of epilepsy after traumatic brain injury: a retrospective population-based cohort study", *Journal of Neurology, Neurosurgery Psychiatry*, 84(4), pp. 441-445.
8. Liu Z., Chen Q., Chen Z., Wang J., et al (2019), "Clinical analysis on risk factors and prognosis of early post-traumatic epilepsy", *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 77(1), pp. 375-380.
9. Zhao Y., Wu H., Wang X., et al (2012), "Clinical epidemiology of posttraumatic epilepsy in a group of Chinese patients", *Seizure*, 21(5), pp. 322-326.
10. Chen W, Li M.D, Wang G.F, et al (2017), "Risk of post-traumatic epilepsy after severe head injury in patients with at least one seizure", *Neuropsychiatr Dis Treat*, 13( ), pp. 2301-2306.