

Đánh giá một số yếu tố liên quan đến rối loạn sự chú ý trên bệnh nhân động kinh vô căn ở người trưởng thành

Evaluating some related factors to attention disorders in idiopathic epilepsy in adults

Nguyễn Văn Hương, Nguyễn Kim Việt

Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá một số yếu tố liên quan đến rối loạn sự chú ý trên bệnh nhân động kinh vô căn ở người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** 200 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh vô căn dựa vào lâm sàng và chụp cộng hưởng từ sọ não. Các bệnh nhân được làm trắc nghiệm đánh giá sự chú ý dựa vào bộ trắc nghiệm của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ. **Kết quả:** Rối loạn chú ý ở động kinh cục đơn giản có tỷ lệ thấp nhất trong số các loại động kinh khác có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Nhóm khởi phát < 6 tuổi có nguy cơ rối loạn chú ý cao gấp 6,27 lần so với nhóm 6 – 17 tuổi (với $OR = 6,27$, 95% CI: 2,04 ÷ 19,6, $p = 0,002$), cao gấp 91,5 lần so với nhóm 18 tuổi trở lên ($p = 0,000$). Nhóm khởi phát 6 – 17 tuổi có nguy cơ cao gấp 14,5 lần so với nhóm khởi phát 18 tuổi trở lên ($p = 0,000$). Rối loạn chú ý ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao hơn gấp 2,65 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1 - 5 năm ($p = 0,0215$) và cao gấp 3,08 lần so với nhóm có thời gian mắc dưới 1 năm ($p = 0,0089$). Thuốc kháng động kinh không thấy ảnh hưởng đến rối loạn chú ý. **Kết luận:** Rối loạn chú ý ít gặp hơn ở nhóm động kinh cục bộ đơn giản. Tuổi khởi phát càng thấp (< 6 tuổi) và thời gian mắc bệnh kéo dài nguy cơ rối loạn chú ý càng cao. Thuốc kháng động kinh không ảnh hưởng đến rối loạn chú ý.

Từ khóa: Động kinh, rối loạn chú ý.

Summary

Objective: To evaluate some related factors to attention disorders in idiopathic epilepsy in adults. **Subject and method:** 200 patients were diagnosed with idiopathic seizures based on clinical and cranial magnetic resonance imaging. The patients were tested on the American Psychiatric Association's attention test. **Result:** Attention disorder in simple local epilepsy decreased with the lowest rate among other epilepsy types with statistical significance (with $p < 0.05$). The onset of < 6 year-old group was 6.27 times higher than that of group 6 - 17 (with $OR = 6.27$, 95% CI: 2.04 ÷ 19.6, $p = 0.0002$) and 91.5 times higher than the group of 18 and older ($p = 0.000$). The onset of 6 - 17 group had a risk of 14.5 times higher than the onset group of 18 or more ($p = 0.000$). Attention disorder in the group with a duration of more than 5 years was 2.65 higher times compared with the group with 1 - 5 years of disease ($p = 0.0215$) and 3.08 times higher than the group with duration of less than 1 year ($p = 0.0089$). Anti-epileptic drugs had no effect on attention disorders. **Conclusion:** Attention disorder is less common in simple local epilepsy. The lower the age of onset (< 6 years) and the longer the duration of epilepsy, the highest the attention disorder. Anti-epileptic drugs do not affect attention disorders.

Ngày nhận bài: 06/3/2019, ngày chấp nhận đăng: 11/3/2019

Người phản hồi: Nguyễn Văn Hương, Email: vanhuong73@hotmail.com - Trường Đại học Y Hà Nội

Keywords: Epilepsy, attention disorders.

1. Đặt vấn đề

Động kinh là bệnh lý mạn tính của não, chiếm khoảng một phần tư trong tổng số bệnh lý thần kinh. Là bệnh lý xuất phát từ tổn thương ở não nên ngoài các cơn động kinh, bệnh nhân động kinh còn có thể bị tổn thương các chức năng cao cấp của não, trong đó có chức năng nhận thức [1], [2], [3]. Rối loạn nhận thức, mà mức độ nặng là sa sút trí tuệ, là hội chứng rối loạn chức năng của vỏ não bao gồm trí nhớ, chú ý, định hướng, sự hiểu biết, tính toán, khả năng học tập, ngôn ngữ và sự phán đoán [3], [4]. Chú ý là khả năng tập trung các hoạt động về tâm thần hướng về một đối tượng cụ thể nào đó, nó có liên quan chặt chẽ với các hoạt động tâm thần khác [5], [6]. Rối loạn chú ý là một lĩnh vực thường gặp trong rối loạn nhận thức. Chú ý là lĩnh vực có vai trò quyết định trong học tập và lao động. Khi chú ý rối loạn, bệnh nhân sẽ biểu hiện không tập trung, dễ bị phân tán bởi các kích thích bên ngoài dẫn đến làm rối loạn hoạt động ghi nhớ và nhận thức [7], [8]. Dodril [7] cho thấy có đến 45% bệnh nhân động kinh có biểu hiện rối loạn sự chú ý, biểu hiện rối loạn tập trung khi thực hiện một vấn đề cụ thể hay hướng dẫn thực hiện một vấn đề. Aldenkamp [6] cho rằng rối loạn chú ý và rối loạn trí nhớ việc làm và trí nhớ học tập có tỷ lệ tương đương nhau, điều này được tác giả cho rằng trong động kinh cũng như trong rối loạn nhận thức khác, trí nhớ và chú ý có mối liên quan mật thiết. Các tác giả khác cho rằng, rối loạn trí nhớ trên bệnh nhân động kinh song song cùng với tình trạng rối loạn sự chú ý [4], [5], [9]. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích: *Đánh giá một số yếu tố liên quan đến rối loạn chú ý trên bệnh nhân động kinh vô căn ở người trưởng thành.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng gồm 200 bệnh nhân được chẩn đoán xác định động kinh theo tiêu chuẩn ILEA [10]. Các bệnh nhân đều có tuổi từ 18 trở lên. Loại trừ các trường hợp bệnh nhân bị động kinh mắc một số

bệnh liên quan đến rối loạn chú ý trước đó và những bệnh lý tổn thương não khác:

Tất cả các bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ sọ não để loại trừ các nguyên nhân thực tổn ở não.

Tiến hành khám lâm sàng để loại trừ các bệnh liên quan đến rối loạn chú ý trước đó như: Bệnh Alzheimer, sa sút trí tuệ do mạch máu, các bệnh lý tâm thần, bệnh mù chữ, khiếm thị hoặc khiếm thính.

Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đánh giá sự chú ý.

2.2. Phương pháp

Phương pháp mô tả cắt ngang.

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu với nguồn thông tin từ bệnh nhân, những người thân và gia đình bệnh nhân. Mẫu nghiên cứu có 200 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Cỡ mẫu: Thuận tiện.

Phương pháp thu nhập thông tin nghiên cứu

Đánh giá rối loạn chú ý (attention disorders): Rối loạn chú ý liên quan mật thiết đến rối loạn trí nhớ chính vậy chúng tôi đánh giá rối loạn chú ý dựa vào trắc nghiệm đánh giá về chú ý của Hiệp hội Tâm thần học của Hoa Kỳ lần thứ V (DSM -V) [9]. Cụ thể như sau:

Đọc xuôi dãy số (Digit Span Fowad /WAIS- R): Các dãy số gồm có từ ba cho đến tám chữ số, đọc chậm từng dãy số, sau một dãy, yêu cầu nhắc lại, dừng lại khi đối tượng đọc sai hai lần liên tiếp hoặc không thực hiện được. Mỗi dãy số nhắc đúng cho 1 điểm. Tổng điểm tối đa của trắc nghiệm này là 12 điểm. Có biểu hiện rối loạn chú ý khi điểm < 6.

Đọc ngược dãy số (Digit Span Backwad/WAIS-R): Các dãy số gồm có từ hai cho đến bảy chữ số, đọc chậm từng dãy số, sau mỗi lần đọc, yêu cầu đối tượng nhắc lại theo thứ tự ngược lại, dừng lại khi đối tượng đọc sai hai lần liên tiếp hoặc không thực hiện được. Mỗi dãy số nhắc lại đúng cho 1 điểm. Tổng điểm tối đa của trắc nghiệm này là 12 điểm. Biểu hiện rối loạn khi số điểm dưới 3 điểm.

Đánh giá các yếu tố liên quan như: Tuổi khởi phát cơn, tần suất cơn động kinh, thể động kinh, thời gian mắc bệnh và thuốc kháng động kinh đến tình trạng rối loạn chú ý.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu thu thập được nhập thông tin vào máy tính, sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 15.0 và phần mềm STATA 8.0. So sánh các tỷ lệ dụng trắc nghiệm χ^2 , trong trường hợp số lượng

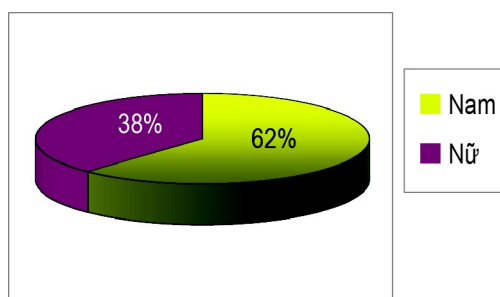
trong từng ô nhỏ hơn 5, trắc nghiệm Fisher được sử dụng thay thế.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Đối tượng tham gia được giải thích về mục đích, nội dung, phương pháp nghiên cứu, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu... Thông tin cá nhân sẽ được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu (phân bố giới và tuổi)



Biểu đồ 1. Phân bố theo giới của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
18 - 40	109	54,5
41 - 60	50	25
> 60	41	20,5
Tuổi trung bình (năm)	41,4 ± 17,22	

Nhận xét: Nam giới chiếm 62%, nữ giới chiếm 38%. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 18 đến 40 tuổi (54,5%). Tuổi trung bình là 41,4 ± 17,22 năm.

3.2. Các yếu tố liên quan đến rối loạn chú ý

Bảng 2. Liên quan giữa thể động kinh với rối loạn chú ý (n = 200)

Loại cơn	Động kinh toàn bộ (1)		Động kinh cục phức tạp (2)		Cục bộ đơn giản (3)		Động kinh cục toàn thể hóa (4)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Rối loạn chú ý	28	25,93	9	47,37	3	5,17	5	33,33
Không rối loạn chú ý	80	74,07	10	52,63	55	94,83	10	66,66
Tổng	108	100	19	100	58	100	15	100
$p_{1,2} = 0,43, p_{1,3} = 0,058, p_{2,4} = 0,9, p_{1,4} = 0,18$								

Nhận xét: Nhóm cục bộ đơn giản có tỷ lệ rối loạn chú ý thấp nhất và có sự khác biệt với các nhóm khác có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Giữa các nhóm còn lại không có sự khác biệt về rối loạn chú ý (với $p > 0,05$).

Bảng 3. Liên quan tuổi khởi phát cơn và tần suất cơn động kinh đến rối loạn sự chú ý (n = 200)

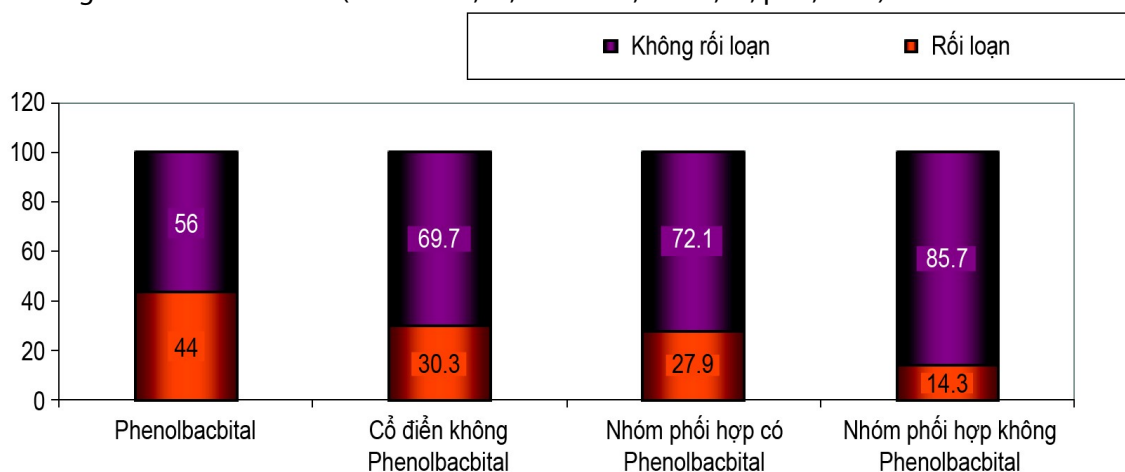
Tần suất cơn	Cơn dày			Cơn trung bình			Cơn thưa		
Tuổi khởi phát	< 6 n = 12	6 - 17 n = 10	≥ 18 n = 17	< 6 n = 5	6 - 17 n = 8	≥ 18 n = 30	< 6 n = 5	6 - 17 n = 19	≥ 18 n = 94
Rối loạn chú ý	10	6	1	4	2	4	4	6	6
Không rối loạn chú ý	2	4	16	1	6	26	1	13	88

Nhận xét: Nhóm khởi phát < 6 tuổi có nguy cơ rối loạn chú ý cao gấp 6,27 lần so với nhóm 6 – 17 tuổi với OR = 6,27, 95% CI: 2,04 ÷ 19,6, $p = 0,0002$ và cao gấp 91,5 lần so với nhóm 18 tuổi trở lên với OR = 91,5, 95% CI: 21,25 ÷ 404,21, $p = 0,0000$. Nhóm khởi phát 6 – 17 tuổi có nguy cơ cao gấp 14,5 lần so với nhóm khởi phát 18 tuổi trở lên với OR = 14,58, 95% CI: 3,81 ÷ 66,65, $p = 0,0000$. Rối loạn chú ý nhóm tần suất cơn dày cao gấp 4,43 lần nhóm cơn thưa với OR = 4,434, 95% CI: 1,77 ÷ 10,9, $p = 0,0002$. Rối loạn chú ý nhóm cơn trung bình có nguy cơ cao gấp 3,19 lần nhóm cơn thưa với OR = 3,19, 95% CI: 1,25 ÷ 7,93, $p = 0,0048$.

Bảng 4. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh với rối loạn chú ý (n = 200)

Thời gian mắc bệnh	Dưới 1 năm		Đến 5 năm		Trên 5 năm	
	n = 59	Tỷ lệ %	n = 52	Tỷ lệ %	n = 89	Tỷ lệ %
Rối loạn chú ý	8	13,56	8	15,38	29	32,58
Không rối loạn chú ý	51	86,44	44	84,62	60	67,42

Nhận xét: Rối loạn chú ý ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao hơn gấp 2,65 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1 - 5 năm (với OR = 2,658, 95% CI: 1,04 ÷ 7,34, $p = 0,0215$) và cao gấp 3,08 lần so với nhóm có thời gian mắc dưới 1 năm (với OR = 3,08, 95% CI: 1,22 ÷ 8,45, $p = 0,0089$).



Biểu đồ 2. Liên quan giữa thuốc kháng động kinh với rối loạn chú ý

Nhận xét: Không có sự khác biệt về rối loạn chú ý giữa các nhóm thuốc kháng động kinh ($OR_1 = 1,8$, 95% CI: 0,65 ÷ 5,15, $p_1 = 0,2096$, $OR_2 = 2,32$, 95% CI: 0,236 ÷ 115,5, $p_2 = 0,4461$).

4. Bàn luận

Nghiên cứu ảnh hưởng của động kinh thái dương đến lĩnh vực nhận thức các tác giả [4], [6] cho thấy ảnh hưởng đáng kể đến khả năng tính toán và sự chú ý. Ở nhóm động kinh cục bộ phức hợp Dodril và cộng sự nhận thấy chủ yếu sự chú ý bị rối loạn

cao gấp 4,8 lần so với nhóm động kinh cục bộ đơn giản [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi rối loạn chức năng chú ý nhóm động kinh cục bộ đơn giản có tỷ lệ rối loạn chú ý thấp nhất so với các thể động kinh khác. Nghiên cứu của Helmstaedter C và cộng sự [8] trên bệnh nhân động kinh người trưởng thành, tác giả nhận thấy động kinh thái dương (động kinh cục bộ phức hợp) tỷ lệ rối loạn chú ý cao hơn nhóm động kinh toàn thể đến 3,2 lần. Trong khi đó, động kinh cục bộ đơn giản tỷ lệ về rối loạn sự chú ý ít gặp nhất trong các thể động kinh. Kết quả này phù hợp với kết quả của chúng tôi. Dodril và cộng sự (2004) [7] cho rằng ảnh hưởng của cơn động kinh đến rối loạn chú ý và khả năng tính toán bị ảnh hưởng đáng kể bởi sự lên cơn động kinh, bởi vì tác giả nhận thấy ở nhóm bệnh nhân có cơn hàng tuần tỷ lệ rối loạn các chức năng nói trên cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm hàng năm chỉ xuất hiện một vài cơn. Đánh giá về sự liên quan tuổi khởi phát động kinh đến các chức năng sự chú ý, Jokeit H và cộng sự [3] cho thấy biểu hiện rõ nhất về rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận và sự chú ý ở nhóm đối tượng có tuổi khởi phát dưới 6 tuổi cao gấp 7,2 lần so với nhóm khởi phát từ 6 tuổi trở lên. Từ đó, làm khả năng học tập của những trẻ này sẽ kém hơn so với những trẻ em bình thường. Nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3) nhóm khởi phát < 6 tuổi có nguy cơ rối loạn chú ý cao gấp 6,27 lần so với nhóm 6 - 17 tuổi và cao gấp 91,5 lần so với nhóm 18 tuổi trở lên. Nhóm khởi phát 6 - 17 có nguy cơ cao gấp 14,5 lần so với nhóm khởi phát 18 tuổi trở lên. Helmstaedter C (2007) và cộng sự [2] khi nghiên cứu trên đối tượng vị thành niên và người trưởng thành lại cho thấy đối với những bệnh nhân động kinh cục bộ phức hợp với cơn khởi phát thời ấu thơ và thời gian kéo dài trên 10 năm mắc bệnh thì rối loạn sự chú ý và khả năng tính toán tỷ lệ rối loạn cao hơn gấp 13,5 lần so với nhóm đối chứng. Lý giải vấn đề này, tác giả cho rằng các chức năng nhận thức nói chung và ngôn ngữ, khả năng tính toán hay sự chú ý, định hướng đều phải là sự hoàn thiện dần theo thời gian và sự hoàn thiện này kéo dài vài năm, vài chục năm thậm chí suốt cuộc đời con người. Về liên quan đến thời gian mắc bệnh, theo nhiều tác giả cho thấy thời gian

mắc bệnh càng dài nguy cơ rối loạn sự chú ý càng cao [3], [5], [11]. Nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4) cho thấy rối loạn chú ý ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao hơn gấp 2,65 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1 - 5 năm và cao gấp 3,08 lần so với nhóm có thời gian mắc dưới 1 năm. Theo nhiều tác giả [1], [2], [4], [7] việc lên cơn động kinh lặp lại trong một thời gian dài làm tổn thương dần các cấu trúc của não bộ theo thời gian là nền tảng cho sự ức chế và hạn chế sự hoàn thiện về các chức năng nói trên. Đánh giá ảnh hưởng của thuốc kháng động kinh đến sự chú ý tác giả Meador KJ (2011) [4] khi so sánh sự chú ý thông qua các trắc nghiệm, đọc xuôi dãy số, đọc ngược dãy số tác giả nhận thấy nhóm sử dụng phenobarbital có điểm trung bình thấp hơn so với nhóm bệnh nhân động kinh sử dụng các nhóm thuốc khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt về rối loạn sự chú ý giữa các nhóm thuốc kháng động kinh.

5. Kết luận

Rối loạn chú ý gặp thấp nhất ở nhóm động kinh cục bộ đơn giản. Rối loạn chú ý ở nhóm bệnh nhân có tuổi khởi phát động kinh dưới 6 tuổi cao gấp 91,7 lần so với nhóm khởi phát trên 18 tuổi. Ở nhóm thời gian mắc bệnh trên 5 năm cao gấp 3,08 lần so với nhóm dưới 1 năm.

Tài liệu tham khảo

1. Rausch R, Kraemer S, Pietras CJ et al (2003) *Early and late cognitive changes following temporal lobe surgery for epilepsy*. Neurology 60: 951-959.
2. Helmstaedter C (2007) *Cognitive outcome of epileptic in adults*. Epilepsia 48(8): 85-90.
3. Jokeit H, Ebner A (2002) *Effects of chronic epilepsy on intellectual functions*. Prog Brain Res 135: 455-463.
4. Meador KJ, Loring DW, Huh K et al (2011) *Comparative cognitive effects of anticonvulsants*. Neurology 40: 391-394.
5. Shehata GA, Bateh AEM (2009) *Cognitive function, mood, behavioral aspects, and personality traits of adult males with idiopathic epilepsy*. Epilepsy & Behavior 14: 121-124.

6. Aldenkamp AP, Arends J (2004) *Effects of epileptiform EEG discharges on cognitive function: Is the concept of "transient cognitive impairment" still valid*. *Epilepsy Behav* 5(1): 25-34.
7. Dodrill CB (2004) *Neuropsychological effects of seizures*. *Epilepsy Behav* 5(1): 21.
8. Helmstaedter C (2002) *Effects of chronic epilepsy on declarative memory systems*. *Prog Brain Res* 135(8): 439-453.
9. American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders. Fourth Ed. (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
10. International League Against Epilepsy (1993) *Guideline for epidemiological study on epilepsy*. *Epilepsia* 13(2): 96-592.
11. Risse GL (2006) *Cognitive outcomes in patients with frontal lobe epilepsy*. *Epilepsia* 47(2): 87-89.