

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến cơn động kinh sớm sau đột quỵ não trên lều

Clinical, subclinical characteristics and factors related to early seizure supratentorial post-stroke

Lê Đình An, Nguyễn Hồng Quân, Ngô Tiến Tuấn

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến cơn động kinh sớm của đột quỵ não trên lều. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 1061 bệnh nhân đột quỵ não trên lều tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 2018 đến 2022. Khám lâm sàng, cận lâm sàng và theo dõi đến khi bệnh nhân ra viện. **Kết quả:** Có 61/1061 bệnh nhân đột quỵ não trên lều khởi phát cơn vận động và 68,9% là cơn toàn thể. Có 73,7% cơn cục bộ không giảm ý thức. Tuổi trung bình là $61,5 \pm 12,3$ tuổi và nam giới chiếm 77,0%. Điểm Glasgow trung bình là $14,2 \pm 1,6$ và NIHSS là $8,2 \pm 1,6$. CT-MRI ghi nhận 57,1% là bên trái, tổn thương vùng vỏ não và dưới vỏ là 32,1%, nhiều nhất là thùy đỉnh và thùy trán. 81,7% là thể nhồi máu và 1 vùng động mạch não chiếm 75%. Yếu tố liên quan đến cơn động kinh sớm là tuổi cao, nam giới, đột quỵ não cũ, điểm Glasgow thấp, điểm NIHSS cao, vùng tổn thương hỗn hợp, tổn thương thùy trán. **Kết luận:** Cơn động kinh sớm sau đột quỵ có khởi phát vận động, kiểu toàn thể. Yếu tố liên quan là: Tuổi cao, nam giới, điểm Glasgow thấp, điểm NIHSS cao, tổn thương 2 bên, vùng tổn thương hỗn hợp, tổn thương thùy trán.

Từ khóa: Động kinh, đột quỵ não, động kinh sau đột quỵ não, cơn động kinh sớm.

Summary

Objective: To determine the clinical, subclinical characteristics and factors related to early supratentorial post-stroke epilepsy patients. **Subject and method:** A prospective descriptive study on 1061 supratentorial post-stroke hospitalized at 108 Military Central Hospital and Phu Tho Provincial General Hospital from 2018 to 2022. All patients was clinical and subclinical examination, and follow-up until the patient is discharged. **Result:** There were 61/1061 stroke patients developing early onset seizures with motor-type and 68.9% had a generalized. There were 73.7% local seizure without loss of consciousness. The mean age was 61.5 ± 12.3 years old and male accounted for 77.0%. The mean Glasgow score was 14.2 ± 1.6 and the NIHSS score was 8.2 ± 1.6 . CT-MRI recorded 57.1% left side, both cortical and subcortical areas were 32.1%, most were parietal and frontal lobes. 81.7% was infarct and one area of cerebral artery accounted for 75%. Factors related to early onset epilepsy were older age, male, previous cerebral stroke, lower Glasgow score, higher NIHSS score, mixed lesion area, frontal lobe lesion. **Conclusion:** Early seizures after stroke have motor and generalized pattern. Related factors were: Higher age, male, lower Glasgow score, higher NIHSS score, bilateral lesions, mixed lesion area, frontal lobe lesion.

Keywords: Epilepsy, stroke, post-stroke epilepsy, early seizure.

Ngày nhận bài: 18/8/2023, ngày chấp nhận đăng: 30/8/2023

Người phản hồi: Lê Đình An, Email: bsandinhle@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Đột quy được xem là nguyên nhân chính gây động kinh ở người cao tuổi và tỷ lệ cơn động kinh sớm (CĐKS) sau đột quy não (ĐQN) thay đổi khá lớn tùy theo các nghiên cứu, 3-30% bệnh nhân (BN) đột quy sẽ phát triển động kinh và ĐKSĐQ có tiên lượng xấu hơn cũng như giảm chất lượng cuộc sống của BN [2].

Theo Liên đoàn Động kinh thế giới (ILAE) thì cơn động kinh sớm sau đột quy não (early seizure post-stroke) có thể xảy ra ngay trước thời điểm đột quy, hay trong vòng 7 ngày đầu tiên của đột quy [1]. Bệnh nhân có cơn động kinh sớm có tiên lượng xấu hơn. Các nghiên cứu về nguy cơ của CĐKS cho thấy nhiều yếu tố nguy cơ như tuổi, giới, mức độ nặng trên lâm sàng, tổn thương vỏ não [3, 4]. Tuy nhiên, kết quả là không thống nhất. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá các yếu tố nguy cơ gây CĐKS sau đột quy. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: (1) *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.* (2) *Đánh giá một số yếu tố nguy cơ CĐKS sau đột quy não trên lều.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả BN đã được chẩn đoán xác định đột quy não dựa trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh theo tiêu chuẩn của WHO.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tiền sử bản thân có co giật hoặc động kinh trước đó, có tiền sử chấn thương sọ não, viêm não, u não, dị dạng mạch não, nghiện rượu hoặc mắc các bệnh toàn trạng khác như nhiễm khuẩn huyết, ung thư, suy thận, các rối loạn chuyển hóa trầm trọng.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, thu thập bệnh nhân điều trị tại Khoa Nội Thần kinh và Khoa Đột quy não, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Trung tâm Đột quy não, Bệnh viện đa khoa Phú Thọ theo tiêu chuẩn chẩn đoán và theo dõi trong suốt quá trình điều trị tại bệnh viện từ 2018 đến 2022.

2.3. Quy trình tiến hành

Thăm khám tại thời điểm nhập viện

Thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng và khai thác thông tin trực tiếp Phiếu điều tra bệnh nhân: Tuổi, giới và khai thác tiền sử về các yếu tố liên quan đến đột quy. Đánh giá lâm sàng tại thời điểm nhập viện: Thang điểm Glasgow, thang điểm đột quy NIHSS. Cận lâm sàng: Xét nghiệm máu về huyết học, sinh hóa, ghi điện não, chụp MRI sọ não hoặc CT scan sọ não.

Theo dõi trong quá trình điều trị

Theo dõi BN và điền vào phiếu điều tra bệnh nhân trong thời gian điều trị nội trú ở bệnh viện.

Chẩn đoán cơn động kinh trước khi đột quy hoặc trong quá trình điều trị dựa vào khai thác cơn lâm sàng, được xác định bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Cho ghi điện não đồ thường quy tại Khoa Nội thần kinh, Khoa Đột quy não, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Trung tâm Đột quy não, Bệnh viện đa khoa Phú Thọ.

Số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS. Phân tích mối liên quan của CĐKS với các biến số độc lập bằng mô hình hồi quy logistics.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm CĐKS sau đột quy trên lều

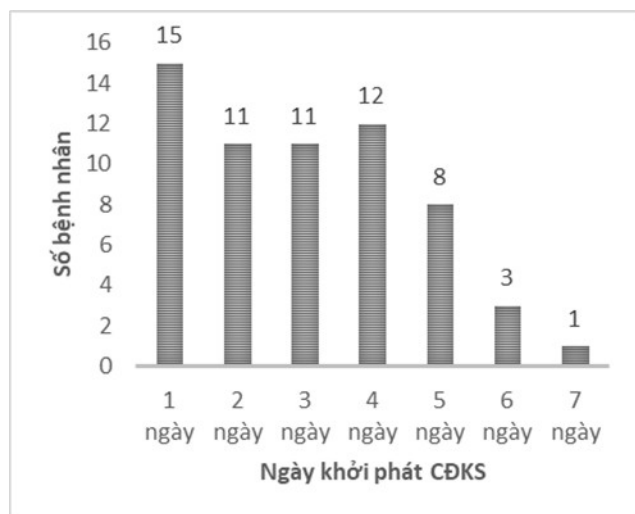
3.1.1. Đặc điểm loại cơn và tính chất khởi phát CĐKS

Bảng 1. Phân bố CĐKS theo loại cơn và tính chất khởi phát

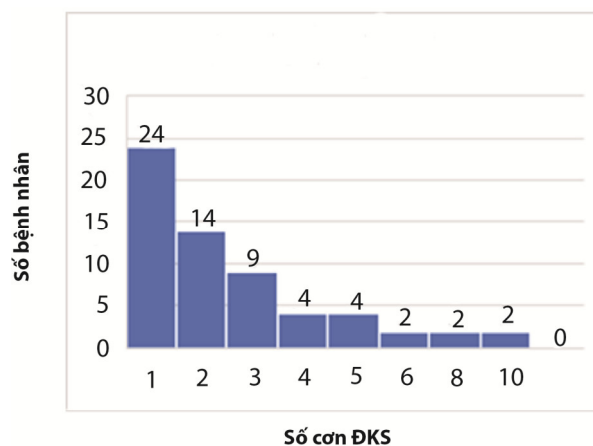
Loại cơn		n (%)
Toàn thể		42
Cục bộ	Không giảm ý thức	14 (73,7%)
	Giảm ý thức	5 (26,3%)
Tổng		61

Trong thời gian nghiên cứu, ghi nhận 1061 BN ĐQN nhập viện. Trong đó, có 61 (5,7%) BN có ĐK sớm sau đột quy đều là cơn khởi phát vận động.

3.1.2. Đặc điểm thời gian khởi phát và số CĐKS



Biểu đồ 1. Ngày khởi phát CĐKS



Biểu đồ 2. Số lượng CĐKS

Trong số 1061 BN nhập viện, ghi nhận 61 BN khởi phát ĐK sớm và thời gian khởi phát cơn ĐKS giảm dần theo tuần đầu. Có đến 57 (93,4%) khởi phát trong 4 ngày đầu. Số cơn khởi phát ĐKS ghi nhận 47 (77,0%) BN có 3 cơn.

3.2. Đặc điểm và yếu tố liên quan của CĐKS sau đột quỵ trên lều theo nhân khẩu học và bệnh kèm

Bảng 2. Phân bố CĐKS theo nhân khẩu học và bệnh kèm

Đặc điểm		CĐKS n (%)		OR (KTC 95%); p
		Có 61 BN	Không 1000 BN	
Tuổi và giới				
Tuổi	≥ 64 tuổi	30 (49,2%)	285 (28,5%)	2,43 (1,44-4,09) p<0,001
	$\bar{X} \pm SD$	61,5 ± 12,3	57 ± 10,65	p>0,05
Giới	Nam	47 (77%)	661 (66,1%)	1,72 (0,93-3,17) p>0,05
Bệnh kèm				
Tăng huyết áp		42 (68,9%)	664 (66,4%)	1,12 (0,64-1,96) p>0,05
Đái tháo đường		8 (13,1%)	139 (13,9%)	0,94 (0,44-2,01) p>0,05
Rối loạn chuyển hóa lipid máu		3 (4,9%)	33 (3,3%)	1,52 (0,45-5,09) p>0,05
Bệnh lý van tim		1 (1,6%)	17 (1,7%)	0,96 (0,13-7,36) p>0,05
Rối loạn nhịp tim		6 (9,8%)	33 (3,3%)	3,20 (1,28-7,95) p<0,05
Đột quỵ não cũ		49 (80,3%)	144 (14,4%)	24,3 (12,6-46,7) p<0,0001

Đặc điểm		CĐKS n (%)		OR (KTC 95%); p
		Có 61 BN	Không 1000 BN	
Thể đột quy cũ	Chảy máu	9 (37,5%)	15 (62,5%)	$\chi^2 = 21,5$ $p < 0,0001$
	Nhồi máu	32 (37,6%)	53 (62,4%)	
	Chuyển thể	1 (50%)	1 (50%)	
	Không xác định	7 (8,5%)	75 (91,5%)	
Glasgow	≤ 12 điểm	13 (21,3%)	126 (12,6%)	$\chi^2 = 18,6$ $p < 0,0001$
	> 12 điểm	48 (78,7%)	874 (87,4%)	
NIHSS	>15 điểm	7 (11,5%)	94 (9,4%)	$\chi^2 = 3,9$ $p > 0,05$
	≤ 15 điểm	54 (88,5%)	906 (90,6%)	

Tỷ lệ ĐK sớm ở nhóm ≥ 64 tuổi (9,5%) cao hơn nhóm < 64 tuổi (4,2%) với OR = 2,43 (1,44-4,09) khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

CĐKS thường gặp hơn ở nhóm có tiền sử đột quy não cũ (25,4%) cao hơn nhóm không có đột quy não cũ (1,3%) với OR = 24,3 (12,6-46,7) khác biệt có ý

nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Sự khác biệt của các bệnh kèm khác không có ý nghĩa thống kê.

Kiểm định Khi bình phương mỗi liên quan của ĐK sớm với điểm Glasgow và NIHSS lúc nhập viện ghi nhận sự khác biệt với điểm Glasgow có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 18,6$, $p < 0,0001$). Còn sự khác biệt với điểm NIHSS không có ý nghĩa thống kê.

3.3. Kết quả các xét nghiệm máu và mối liên quan với CĐKS

Bảng 3. Kết quả các xét nghiệm máu và mối liên quan với CĐKS

Đặc điểm		CĐKS		p
		Có (61 BN)	Không (1000 BN)	
Công thức máu	Hồng cầu ($10^{12}/l$)	$4,80 \pm 0,81$	$4,85 \pm 0,61$	$>0,05$
	Bạch cầu ($10^9/l$)	$11,56 \pm 4,77$	$9,6 \pm 4,0$	$<0,005$
	Tiểu cầu (G/l)	275 ± 103	267 ± 76	$>0,05$
Xét nghiệm sinh hóa	Glucose	$7,57 \pm 3,54$	$7,30 \pm 3,02$	$>0,05$
	Ure	$6,01 \pm 2,13$	$5,67 \pm 2,67$	$>0,05$
	Creatinin	$84,3 \pm 26,3$	$74,6 \pm 41,9$	$<0,005$
	Cholesterol toàn phần	$4,70 \pm 1,57$	$5,62 \pm 1,67$	$<0,05$
	Triglycerid	$2,37 \pm 1,83$	$2,40 \pm 3,2$	$>0,05$
	HDL-cholesterol	$1,25 \pm 0,41$	$1,21 \pm 0,49$	$>0,05$
	LDL-cholesterol	$2,30 \pm 1,04$	$3,15 \pm 0,97$	$<0,0005$
	Na ⁺	$136,7 \pm 3,6$	$138,4 \pm 4,6$	$<0,001$
	K ⁺	$3,7 \pm 0,4$	$3,7 \pm 0,4$	$<0,0005$

Phân tích đa biến CĐKS theo công thức máu ghi nhận số lượng hồng cầu, số lượng tiểu cầu và các chỉ số sinh hóa máu khác nhau giữa 2 nhóm có và không có CĐKS không có ý nghĩa thống kê. Còn số

lượng bạch cầu của nhóm có CĐKS cao hơn BN không có CĐKS. khi số lượng BC tăng 1 T/l thì nguy cơ tăng 1,07 (1,02-1,13) lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.5. Đặc điểm và mối liên quan của CĐKS sau đột quỵ não trên lều với CT-MRI**Bảng 5. Mối liên quan của CĐKS sau đột quỵ não trên lều với CT-MRI**

Đặc điểm			CĐKS		χ^2 , p, OR
			Có	Không	
			n = 61	n = 1000	
Bên tổn thương	1 bên	Phải	19 (31,1%)	497 (49,7%)	p<0,0005
		Trái	35 (57,4%)	471 (47,1%)	
	2 bên		7 (11,5%)	32 (3,2%)	
Vùng tổn thương	1 vùng	Vỏ não	1 (1,6%)	1 (0,1%)	p>0,05
		Dưới vỏ	42 (68,9%)	779 (77,9%)	
	Hỗn hợp		18 (29,5%)	220 (22%)	
Thùy tổn thương	Trán		15 (24,6%)	108 (10,8%)	p<0,0005
	Đỉnh		45 (73,8%)	827(82,7%)	p<0,05
	Thái dương		19 (31,1%)	267 (26,7%)	p>0,05
	Chẩm		6 (9,8%)	59 (5,9%)	p>0,05
Thể đột quỵ	Nhồi máu não		50 (82,0%)	68,2 (68,2%)	p<0,05
	Chảy máu não		8 (13,1%)	314 (31,4%)	
	Chuyển dạng CMN		3 (4,9%)	4 (4%)	
Chảy máu não			n = 8	n = 314	
Kích thước khối máu tụ ($\bar{X} \pm SD$)			33,1± 37,3	40,6 ± 41,7	p>0,05
Nhồi máu não			n = 53	n = 686	
Vùng động mạch tổn thương	1 vùng		41 (77,3%)	608 (88,6%)	p<0,05
	2 vùng		11 (20,8%)	76(11,1%)	
	3 vùng		1 (1,9%)	2 (0,3%)	
Thang điểm ASPECT ($\bar{X} \pm SD$)			8,8 ± 1,7	8,7 ± 1,4	
Phân loại NMN theo TOAST	Mạch lớn		9 (16,9%)	180 (26,2%)	p<0,05
	Mạch nhỏ		35 (66,1%)	458 (66,8%)	
	Thuyên tắc từ tim		7 (13,2%)	23 (3,4%)	
	Không rõ		2 (3,8%)	25 (3,6%)	

Tỷ lệ ĐK sớm ở BN có tổn thương 2 bên cao hơn 1 bên 4,00 (KTC 95%: 1,67-9,52) lần với p<0,0005. Theo thùy tổn thương ghi nhận tổn thương thùy trán có tỷ lệ ĐKS cao hơn không có tổn thương với OR = 3,04 (1,62-5,69) lần với p<0,0005. Thùy đỉnh thì có tỷ lệ ĐKS thấp hơn không có tổn thương với OR = 0,54 (0,30-0,99) lần với p<0,05. Theo vùng động mạch tổn thương và đánh giá phân loại NMN theo TOAST thì sự khác biệt về tỷ lệ ĐKS khác nhau có ý nghĩa thống kê với χ^2 lần lượt là 6,8 và 12,5 với p<0,05.

4. Bàn luận

Động kinh sau đột quỵ trên lâm sàng có 2 loại là ĐKS và động kinh muộn. CĐKS là cơn động kinh cấp tính, gần sát với thời điểm bị đột quỵ hay trong tuần lễ đầu tiên của đột quỵ [1]. CĐKS hay là cơn động kinh kích thích nên thường liên quan đến mức độ nặng và có vai trò quan trọng đối với điều trị và tiên lượng, đặc biệt là nguy cơ xuất hiện động kinh muộn sau này. Do đó, việc xác định đặc điểm trên

lâm sàng, cận lâm sàng cũng như mối liên quan với các yếu tố nguy cơ là rất cần thiết trong việc xác định thái độ điều trị phù hợp và tiên lượng đúng cho người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 1061 BN ĐQN, ghi nhận khởi phát ĐKS ở 61 BN (chiếm 5,7%). Kết quả trong nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Aiwansoba là 9,96%, Agrawal là 12,7% [5], [6]. Tuy nhiên, các phân tích gộp cho thấy tỷ lệ ĐKS thấp hơn, Wang 3,3%, Zhang là từ 3,2-6,3% [14], [15]. Sự dao động của tỷ lệ mắc ĐKS sau ĐQN từ các nghiên cứu là do khác biệt về các yếu tố tuổi, giới, địa dư, tỷ lệ nhồi máu não/xuất huyết não..., từ đó phần nào phản ánh sự ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố liên quan đến sự xuất hiện của ĐKS sau ĐQN.

Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng

Xét về lâm sàng, tất cả các bệnh nhân (61 trường hợp) được chẩn đoán cơn ĐKS trong nghiên cứu của chúng tôi đều dựa trên biểu hiện lâm sàng và chưa ghi nhận trường hợp nào có dấu hiệu bất thường gợi ý động kinh trên EEG. Về đặc điểm cơn, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là cơn toàn thể với 68,9% trường hợp. Trong nhóm bệnh nhân biểu hiện ĐKS cục bộ, 73,7% bệnh nhân không có suy giảm ý thức và 26,3% có suy giảm ý thức kèm theo. Tỷ lệ cơn cục bộ/toàn thể thường không đồng nhất giữa các nghiên cứu. Waafi ghi nhận tỷ lệ cơn cục bộ chiếm 56% và toàn thể là 36% [13], trong khi đó Mohamed và cộng sự ghi nhận tỷ lệ cục bộ thứ phát toàn thể 2 bên là 43,3%; tiếp đến là 33,3% cơn cục bộ [11]. Do sự không đồng nhất về tiêu chuẩn chẩn đoán, tình trạng tổn thương não liên quan đến các thùy, thể tích tổn thương... nên có sự dao động lớn về đặc điểm cơn ĐKS trên lâm sàng giữa các nghiên cứu. Về thời điểm khởi phát, cơn ĐKS trong 24 giờ đầu chiếm tỷ lệ cao nhất với 24,6% trường hợp. Tỷ lệ này có xu hướng giảm dần trong các ngày sau đó và thấp nhất ở ngày thứ 7 với 1,6% trường hợp. Lý giải cho tỷ lệ ĐKS ở thời điểm ngay sau ĐQN chiếm tỷ lệ cao, có thể do các tổn thương não ở mức độ tối đa trong giai đoạn ĐQN cấp tính dẫn đến sự phá hủy các bơm ion trên màng tế bào thần kinh, mất cân bằng các chất dẫn

truyền... dẫn đến gia tăng nguy cơ xuất hiện các cơn động kinh trên lâm sàng [7].

Về đặc điểm chung, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $61,5 \pm 12,3$, trong đó bệnh nhân cao tuổi nhất 81 tuổi, thấp nhất 30 tuổi. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu khác như Mohamed, Goswami [11], [8]. Bên cạnh đó, Agarwal lại ghi nhận độ tuổi trung bình thấp hơn (nhóm ĐKS là 49 ± 15) [5]. Nhìn chung, do đối tượng đều là bệnh nhân ĐQN, nên độ tuổi trung bình thường có xu hướng phân bố nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, do nguy cơ xuất hiện ĐQN cao hơn. Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nam giới chiếm ưu thế với 77% trường hợp bệnh nhân. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu khác như Goswami là 56,92%, Aiwansoba còn cao hơn với 76% nam giới (nhóm có ĐKS) [6], [8]. Tuy vậy, theo Mohamed tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế với 60% trường hợp [11]. Nhìn chung, do mối liên quan đến bệnh kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường... nam giới có xu hướng có nguy cơ cao hơn mắc ĐQN nói chung và ĐKS sau ĐQN nói riêng. Về bệnh đồng mắc, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân có THA kèm theo (68,9% trường hợp). Các yếu tố khác như: ĐTĐ, rối loạn lipid máu, bệnh tim mạch khác... chiếm tỷ lệ thấp hơn. Kết quả tương tự cũng ghi nhận như Goswami với 60,76% và Hundozi với 68,9% trường hợp THA [8], [10].

Về mức độ nặng của ĐQN, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận mức độ bệnh nhẹ-vừa chiếm đa số, với 78,7% bệnh nhân có GCS > 12 điểm, 88,5% bệnh nhân có điểm NIHSS < 15.

Về tổn thương trên phim CT-MRI, vị trí tổn thương ở 1 bên bán cầu chiếm đa số với 87,5% trường hợp, trong đó ưu thế ở bán cầu não trái (65,3%). Về vùng tổn thương, vùng dưới vỏ chiếm đa số với 66,1% trường hợp, tiếp đến là vùng hỗn hợp với 32,1%. Tổn thương vỏ não đơn độc chỉ chiếm 1 trường hợp. Điều này góp phần giải thích cho sự hạn chế trong việc phát hiện sóng bất thường liên quan đến động kinh trên EEG, khi mà các tổn thương ở sâu dưới vỏ rất khó quan sát thấy sự thay đổi điện thế ghi nhận từ các điện cực bề mặt ngoài sọ, hơn nữa các bệnh nhân được đo EEG đều là

những bệnh nhân có ĐKS trên lâm sàng (52/54), do vậy có thể bỏ qua những trường hợp bệnh nhân tổn thương vùng vỏ não có động kinh trên EEG mà không biểu hiện trên lâm sàng. Tổn thương nhồi máu não trong nghiên cứu chúng tôi chiếm ưu thế hơn với 81,7% trường hợp. Kết quả này cũng tương đồng với mức độ bệnh vừa-nhẹ chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi.

Hạn chế của nghiên cứu là chỉ có 54 BN được ghi điện não đồ thường quy, vì một số lý do khách quan, BN quá nặng, đang thở máy, nên không ghi được điện não toàn bộ BN, mặt khác vì ghi điện não thường quy, ngoài cơn, số lượng BN ít nên chưa ghi nhận được các sóng điện não bất thường trong và ngoài cơn động kinh. Bên cạnh các yếu tố trên, như đã nêu ở phần cận lâm sàng, do các BN được đo điện não chủ yếu có tổn thương ở sâu nhu mô não vùng dưới vỏ, do đó điện não đồ thường quy với các điện cực ở bề mặt rất khó quan sát được những thay đổi giữa các cơn như các phóng lực chu kỳ (PLED)-vốn đã có tỷ lệ rất thấp. Điều này có thể khắc phục được nếu được ghi điện não video hoặc điện não đồ kéo dài, sẽ tăng khả năng bắt được các sóng bất thường, giúp ích cho việc chẩn đoán và điều trị cơn ĐKS.

Yếu tố nguy cơ

Về mối liên quan giữa đặc điểm chung và nguy cơ ĐKS, phân tích từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi cao là yếu tố làm gia tăng có ý nghĩa nguy cơ ĐKS sau ĐQN. Phân tích cho thấy nhóm tuổi cao (≥ 65 tuổi) có nguy cơ xuất hiện CĐKS cao gấp 1,03 lần nhóm ≤ 55 tuổi ($p < 0,01$). Điều này có thể do nguy cơ bệnh nhân có động kinh ở người già tăng theo lứa tuổi, họ đã có những tổn thương não trước đó. Người ta ước tính rằng tỷ lệ mắc mới hàng năm là 85/100.000 đối với những người từ 65–69 tuổi, 159/100.000 đối với những người trên 80 tuổi và 80,8/100.000 người ở tất cả các nhóm tuổi [6]. Về giới tính, bệnh động mắc chưa cho thấy ảnh hưởng có ý nghĩa đến tần suất CĐKS. Các nghiên cứu trên thế giới đều chưa có sự đồng thuận về ảnh hưởng của các yếu tố đặc điểm chung này đến nguy cơ CĐKS sau ĐQN.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ CĐKS gia tăng ở những bệnh nhân có mức độ ĐQN

càng nặng (điểm GCS thấp, NIHSS cao). Điều này phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới. Tác giả Xin-Guo trong phân tích gộp của dựa trên dữ liệu từ 32,162 bệnh nhân ĐQN, điểm GCS thấp/NIHSS cao hơn làm tăng nguy cơ xuất hiện ĐKS, với hệ số bất đồng nhất cao (xét trên 10 nghiên cứu có đề cập yếu tố GCS/NIHSS) cho thấy sự ảnh hưởng của độ nặng ĐQN đến tỷ lệ ĐKS quan sát thấy ở các độ tuổi, tỷ lệ giới khác nhau qua các nghiên cứu [9]. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Goswami (2012) và Aiwansoba (2014) [8], [6].

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận có sự tăng có ý nghĩa thống kê về số lượng bạch cầu trung bình ở nhóm có CĐKS so với nhóm không CĐKS. Tăng bạch cầu là một triệu chứng không đặc hiệu cho một bệnh lý cụ thể, thông thường tình trạng tăng bạch cầu là biểu hiện của có sự xâm nhập của tác nhân nhiễm trùng (như vi khuẩn, vi sinh vật...). Trong bệnh cảnh ĐQN, nguyên nhân hướng đến nhiều nhất là nhiễm trùng. Tình trạng nhiễm trùng sẽ làm tăng các rối loạn khác, do đó gia tăng nguy cơ xuất hiện các cơn động kinh.

Về mối liên quan đến tổn thương dựa trên CT-MRI, nhiều nghiên cứu cho thấy tổn thương liên quan vỏ não là yếu tố ảnh hưởng mạnh đến nguy cơ CĐKS. Tỷ lệ CĐKS tăng cao hơn ở nhóm có tổn thương liên quan vỏ não cũng được chứng minh qua phân tích tổng hợp của Joshep Phan [12] và phân tích gộp của Zhang [15], Guo [9]. Tuy vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi chưa ghi nhận sự ảnh hưởng rõ ràng của yếu tố tổn thương liên quan đến vỏ não đối với tỷ lệ ĐKS sau ĐQN với những lý do đã đề cập ở trên. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự gia tăng nguy cơ ĐKS có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân có tổn thương 2 bên bán cầu so với tổn thương 1 bên và nhóm tổn thương thùy trán so với các vị trí khác. Có thể sự liên quan đến nhiều vùng não hơn ở bệnh nhân tổn thương 2 bên bán cầu so với chỉ tổn thương 1 bên, dẫn đến tăng nguy cơ xuất hiện các kích thích dẫn đến động kinh và tăng tần suất ĐKS ở nhóm này. Theo Joshep Phan, tổn thương thùy trán thường đi kèm với vị trí vỏ não hơn dưới vỏ và do đó gián tiếp gia tăng nguy cơ động

kinh [12], điều này cũng được chứng minh trong nghiên cứu của chúng tôi.

5. Kết luận

Nghiên cứu 1061 bệnh nhân đột quỵ não, ghi nhận có 5,7% bệnh nhân có cơn động kinh sớm. Tất cả bệnh nhân có cơn động kinh sớm đều có khởi phát vận động trong đó 68,9% là cơn toàn thể và 31,1% là cơn cục bộ. Cơn cục bộ thì 73,7% không giảm ý thức và 26,3% bệnh nhân là có giảm ý thức. Tuổi trung bình là $61,5 \pm 12,3$ tuổi, nam giới chiếm 77% (47 bệnh nhân) và nữ giới chiếm 33% (14 bệnh nhân). Các bệnh đi kèm thường gặp là tăng huyết áp chiếm 68,9%, đái tháo đường (13,1%). Tổn thương trên phim CT-MRI thường là hỗn hợp cả vỏ não và dưới vỏ, thường gặp thùy trán, đỉnh, tổn thương 2 bên.

Các yếu tố liên quan là tuổi cao, nam giới, mức độ nặng của ĐQN (thang điểm Glasgow thấp), tình trạng tăng bạch cầu, tổn thương hỗn hợp 2 bên, tổn thương thùy trán, thùy đỉnh là những yếu tố nguy cơ gây ĐKS khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Tài liệu tham khảo

- Phan Lê Bích Hường (2023) *Các cơn động kinh sau đột quỵ*. Hội Thần kinh học Việt Nam.
- Waafi AK, Husna M, Damayanti R, Setijowati N (2023) *Clinical risk factors related to post-stroke epilepsy patients in Indonesia: a hospital-based study*. The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 59(39).
- Ma S, Fan X, Zhao X, Wang K, Wang H, Yang Y (2021) *Risk factors for early-onset seizures after stroke: A systematic review and meta-analysis of 18 observational studies*. J Brain Behavior 11(6): 02142.
- Zhang C, Wang X, Wang Y, Zhang JG, Hu W, Ge M, Zhang K, Shao X (2014) *Risk factors for post-stroke seizures: A systematic review and meta-analysis*. J Epilepsy research 108(10): 1806-1816.
- Agarwal A, Sharma J, Padma Srivastava MV, Bhatia R, Singh MB, Gupta A, Pandit AK, Singh R, Rajan R, Dwivedi S, Upadhyay A, Garg A, Vishnu VY (2021) *Early post stroke seizures in acute ischemic stroke: A prospective cohort study (1752)*. AAN Enterprises.
- Aiwansoba IF, Chukwuyem OW (2014) *Early post-acute stroke seizures: Clinical profile and outcome in a Nigerian stroke unit*. Annals of African Medicine 13(1): 11-15.
- Chen J, Ye H, Zhang J, Li A & Ni Y (2022) *Pathogenesis of seizures and epilepsy after stroke*. Acta Epileptologica 4: 1-6.
- Goswami RP, Karmakar PS, Ghosh A (2012) *Early seizures in first-ever acute stroke patients in India: Incidence, predictive factors and impact on early outcome*. European Journal of Neurology 19(10): 1361-1366.
- Guo X, Zhong R, Han Y, Zhang H, Zhang X, Lin W (2022) *Incidence and relevant factors for seizures after spontaneous intracerebral hemorrhage: A systematic review and meta-analysis*. Seizure 101: 30-38.
- Hundozi Z, Shala A, Boshnjaku D, Bytyqi S, Rrustemi J, Rama M, Jashari F (2016) *Hypertension on admission is associated with a lower risk of early seizures after stroke*. Seizure 36: 40-43.
- Mohamed C, Kissani N (2015) *Early seizures in acute stroke*. Pan African Medical Journal 20(1).
- Phan J, Ramos M, Soares T, Parmar MS (2022) *Poststroke Seizure and Epilepsy: A Review of Incidence, Risk Factors, Diagnosis, Pathophysiology, and Pharmacological Therapies*. Oxidative Medicine and Cellular Longevity.
- Waafi AK, Husna M, Damayanti R & Setijowati N (2023) *Clinical risk factors related to post-stroke epilepsy patients in Indonesia: A hospital-based study*. The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 59(1): 1-9.
- Wang JZ, Vyas MV, Saposnik G, Burneo JG (2017) *Incidence and management of seizures after ischemic stroke: systematic review and meta-analysis*. Neurology 89(12): 1220-1228.
- Zhang C, Wang X, Wang Y, Zhang JG, Hu W, Ge M, Zhang K, Shao X (2014) *Risk factors for post-stroke seizures: A systematic review and meta-analysis*. Epilepsy research 108(10): 1806-1816.