

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG ĐỘNG KINH DO CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

Nguyễn Hồng Thanh; Nguyễn Văn Chương**

TÓM TẮT

Nghiên cứu 35 bệnh nhân (BN) động kinh (ĐK) do chấn thương, vết thương sọ não điều trị tại Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện 103 từ tháng 9 - 2009 đến 9 - 2010 cho thấy: tuổi trung bình $49,34 \pm 5,12$, trong đó 20 - 60 tuổi chiếm 71,4%. Nam mắc nhiều hơn nữ (97,1% và 2,9%). Vị trí chấn thương chủ yếu gặp ở vùng đỉnh và thái dương (62,9%), bên trái gặp nhiều hơn bên phải (68,6%). Thời gian trung bình từ khi bị chấn thương đến khi xuất hiện cơn 2,46 năm, 54,3% BN xuất hiện cơn ngay trong năm đầu tiên. 68,6% BN xuất hiện cơn ĐK liên quan đến mùa, cơn thường xuất hiện vào mùa hè. Cơn toàn thể co cứng co giật chiếm chủ yếu (71,4%), cơn cục bộ toàn thể hóa 20%, cơn vắng 8,6%. Triệu chứng trong cơn gặp nhiều nhất là trợn mắt (91,2%), sùi bọt mép (88,6%), hai triệu chứng cắn lưỡi, tiểu dầm gặp ít hơn. Sau cơn thường gặp đau đầu, mệt mỏi (100%), chóng mặt (97,1%), đau cơ (94,1%), các triệu chứng khác ít gặp hơn là tê chân tay (42,9%), lú lẫn (25,7%), chưa gặp trường hợp nào có liệt Todd.

* Từ khóa: Động kinh; Chấn thương; Vết thương sọ não.

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF POST-TRAUMATIC EPILEPSY

SUMMARY

Clinical characteristics of epilepsy after traumatic brain injury in 35 patients treated at Department of Neurological disease, Hospital 103 from Sept 2009 to Sept 2010 were analyzed. Patients (males 34, females 1) had the mean age of 49.34 ± 5.12 , of which 20 - 60 years old accounted for 71.4%. The positions of injuries were mainly at top and temporal regions (62.9%), 68.6% of the left. The average time of epilepsy onset from injury was 2.46 years, 54.3% appeared in the first year. 68.6% of patients appeared seizures related to season and the attacks usually occurred in summer. Seizures were generalized tonic-clonic in 71.4% of patients, generalized focal in 20% and absence (8.6%). The most common symptoms were forced eye deviation (91.2%), salivation (88.6%), tongue biting and sub-beams were less. After the attack, patients usually suffered from headache, fatigue (100%), dizziness (97.1%), myalgia (94.1%) and less common symptoms such as limb numbness (42.9%), confusion (25.7%). There were no cases with Todd paralysis.

* Key words: Epilepsy; Trauma; Traumatic brain injury.

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: PGS. TS. Cao Tiến Đức

ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một bệnh lý phổ biến trên thế giới và Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế thế giới, tỷ lệ mắc ĐK khoảng 0,5 - 1% dân số, ở các nước đang phát triển, tỷ lệ này gấp 2 - 5 lần. ĐK có thể gặp ở mọi lứa tuổi và do nhiều nguyên nhân gây ra. Phần lớn bệnh khởi phát ở người lớn là ĐK triệu chứng, một trong những nguyên nhân hay gặp là tổn thương thực thể sọ não do chấn thương, vết thương. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu *Xác định một số đặc điểm lâm sàng của BN ĐK do chấn thương, vết thương sọ não điều trị tại Bệnh viện 103.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**1. Đối tượng nghiên cứu.**

BN được chẩn đoán ĐK theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐK (lâm sàng + điện não đồ); điều trị nội trú tại Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện 103.

Chẩn đoán nguyên nhân chấn thương, vết thương: chấn thương sọ não đủ nặng (có mất ý thức > 3 giờ), BN xuất hiện cơn ĐK trong vòng 10 năm kể từ khi bị chấn thương, vết thương sọ não.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Tiến cứu, mô tả, cắt ngang. BN được hỏi, khám và làm các xét nghiệm chẩn đoán theo bệnh án nghiên cứu. Phân loại theo Liên hội Quốc tế chống Động kinh (1981).

Thời gian nghiên cứu: 9 - 2009 đến 9 - 2010.

Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 13.0,

phần mềm Epi.info 6.0 tại Bộ môn Nội Thần kinh, Bệnh viện 103.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới của nhóm BN nghiên cứu.

CHỈ TIÊU	NHÓM TUỔI	n	
Tuổi	< 20	0	0
	20 - 29	6	15,2
	30 - 39	3	8,6
	40 - 49	5	14,3
	50 - 59	11	31,4
	60 - 69	8	22,9
	70 - 79	2	5,7
	> 80	0	0
	Trung bình	49,34 ± 5,121	
Giới	Nam	34	97,1
	Nữ	1	2,9

35 BN, tuổi trung bình 49,34, nhóm tuổi từ 20 - 60 có 25 trường hợp (71,4%), đây là nhóm BN trong độ tuổi lao động, chiến đấu, có yếu tố nguy cơ bị chấn thương, vết thương sọ não dẫn đến ĐK, điều này phù hợp với đa số các thống kê trong nước và trên thế giới [3, 4, 6, 10]. Chấn thương, vết thương sọ não gặp ở mọi nơi, trong thời chiến cũng như thời bình. Theo thống kê, 5% BN đến bệnh viện với chấn thương vùng đầu sẽ tiến triển ĐK muộn do chấn thương [9], khoảng 5% trường hợp ĐK ở người lớn là ĐK sau chấn thương [6]. Theo Amit Agrawal

và CS (2006), tỷ lệ ĐK sau chấn thương sọ não cao nhất ở người trẻ tuổi, vì nguy cơ chấn thương đầu cao hơn [8].

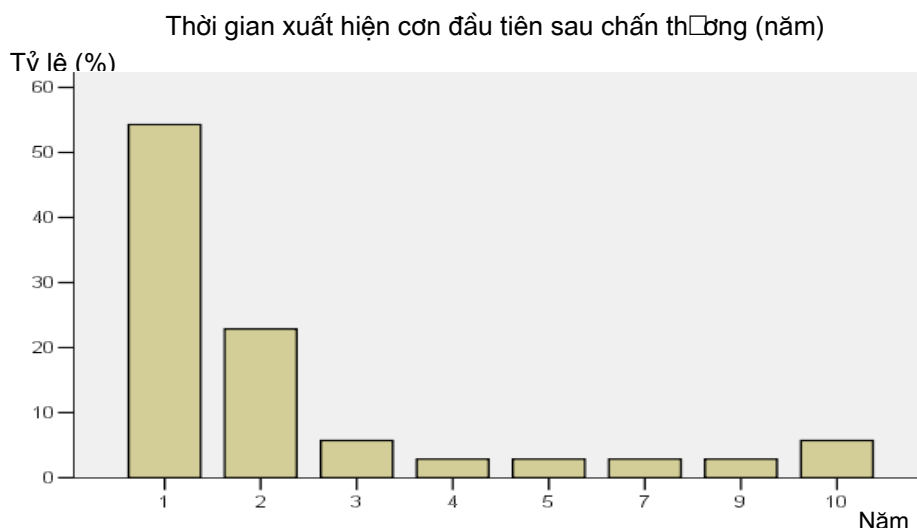
Tỷ lệ bị chấn thương, vết thương sọ não ở nam cao hơn nữ (97,1%), vì đối tượng tham gia chiến đấu trong chiến tranh chủ yếu là nam, do đó hầu hết BN ĐK do vết thương sọ não là nam giới. Trong thời bình, tỷ lệ gặp chấn thương sọ não ở nam giới cũng thường cao hơn, đặc biệt là chấn thương nặng, có thể gây ra di chứng ĐK. Thống kê ở Bệnh viện Thanh Nhàn của Hoàng Minh Đỗ và CS (2006) thấy: nam giới chiếm chủ yếu (87%) [3]. Thống kê tại Bệnh viện Việt Đức của Đỗ Ngọc Hiếu trong số tai nạn gây thương tích, nam chiếm 76,3% [4]. Nghiên cứu của Yu Rui-tong, Zhang Sai (2007) ở Trung Quốc cho thấy

83,85% trường hợp chấn thương sọ não nặng là nam [10].

Bảng 2: Vị trí và bên chạm thương.

VỊ TRÍ BÊN	TRÁN	ĐỈNH, THÁI DƯƠNG	CHĂM	TỔNG	
				n	Tỷ lệ (%)
Trái	8	13	3	24	68,6
Phải	1	9	1	11	31,4
Tổng	n	9	22	4	35
	%	25,7	62,9	11,4	100

Vị trí chạm thương chủ yếu gặp ở vùng đỉnh và thái dương (62,9%), gặp nhiều bên trái (68,6%). Theo một số tác giả, tổn thương thùy trán và vùng trung tâm do chấn thương hay gây ĐK nhất [6, 8]. Ở Việt Nam, thống kê của Trần Văn Việt, Nguyễn Quang Hạnh, Phạm Minh Thông (2007) trên 133 BN chấn thương sọ não thấy tỷ lệ máu tụ hay gặp nhất là vùng thái dương (37,8%), sau đó là vùng trán (27,9%) và vùng chẩm (26,1%) [7].

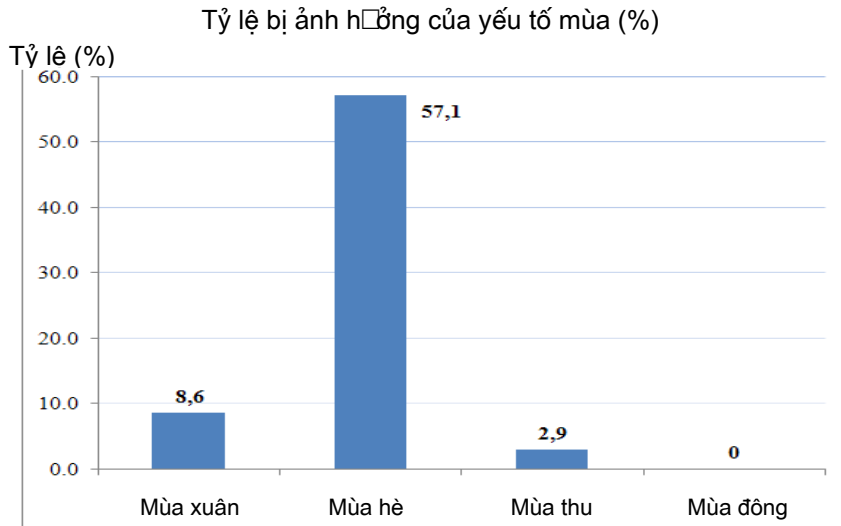


Biểu đồ 1: Thời gian xuất hiện cơn ĐK đầu tiên sau chấn thương (năm).

Thời gian trung bình từ khi bị chấn thương đến khi xuất hiện cơn là 2,46 năm, muộn nhất sau 10 năm, 54,3% xuất hiện cơn ngay trong

năm đầu tiên 77,1% xuất hiện trong 2 năm đầu. Theo một số tác giả, ĐK sau chấn thương sọ não thường xuất hiện sớm. Appleton R (1995)

gặp 50% trường hợp ĐK xuất hiện trong năm đầu, 70% sau chấn thương 2 năm, còn lại có thể từ 5 -10 năm [9]. Theo Amit Agrawal và CS (2006), 80% ĐK sau chấn thương xuất hiện co giật trong vòng 12 tháng, > 90% trong 2 năm đầu [8].



Biểu đồ 2: Tần suất gặp cơn theo mùa (%).

11 BN (31,4%) xuất hiện cơn ĐK không liên quan đến thời tiết, cơn thường xuất hiện vào mùa hè 20 BN (57,1%). Trong ĐK có hơn 40 yếu tố kích thích gây cơn đã được mô tả và trên một BN có thể có nhiều yếu tố cùng tác động, đôi khi không thể xác định được yếu tố nào là quyết định. Theo Hoàng Đình Đán (1997), thay đổi thời tiết là yếu tố gợi cơn hay gặp [2] với 24/35 BN (68,6%) cơn xuất hiện thay đổi theo mùa, chủ yếu là vào mùa hè, mùa đông không thấy xuất hiện cơn.

Bảng 3: Thể bệnh và lý do vào viện.

THỂ BỆNH	LÝ DO VÀO VIỆN			TỔNG	
	CO GIẬT	ĐAU ĐẦU	MÁT Ý THỨC	n	%
Cơn lớn	17	8	0	25	71,4
Cơn cục bộ toàn thể hóa	6	1	0	7	20
Cơn vắng	0	0	3	3	8,6
Tổng	n	23	9	3	35
	%	65,7	25,7	8,6	100

Thể ĐK cơn lớn chiếm đa số (71,4%), còn lại là cơn cục bộ toàn thể hóa và cơn vắng. Theo Amit Agrawal và CS (2006), 2/3 số BN co giật sau chấn thương là toàn thể

hay cục bộ, sau đó toàn thể hóa, thông thường cả hai loại cùng tồn tại [8]. Vũ Quang Bích, Nguyễn Xuân Thản (1994) cho rằng khu trú của ổ ĐK nguyên phát và mức

** Tần suất các triệu chứng kèm theo trong cơn.*

Trợn mắt: 32 BN (91,4%); sùi bọt mép: 31BN (88,6%); cắn lưỡi: 21 BN (60,0%); tiểu dầm: 19 BN (54,3%). Triệu chứng gặp nhiều nhất là trợn mắt (91,2%). Trong ĐK, ngoài rối loạn vận động, còn gặp các rối loạn khác như rối loạn tâm thần, thần kinh thực vật. Nghiên cứu trên BN trẻ em bị ĐK của Nguyễn Ngọc Sáng, Nguyễn Thị Hảo (2008) cho thấy triệu chứng vận động (co giật, tăng trương lực cơ) chiếm tỷ lệ rất cao (85,6%), ngoài ra còn gặp rối loạn thần kinh thực vật (63,3%), động tác tự động (30,6%), rối loạn tâm thần (24,5%), rối loạn cảm giác (18,4%), rối loạn thị giác (6,1%), các cơn ĐK chủ yếu xảy ra trong thời gian ngắn (71,4% kéo dài 1 - 5 phút) [5].

** Tần suất xuất hiện các triệu chứng sau cơn:*

Có hai triệu chứng sau cơn thường xuyên gặp là đau đầu, mệt mỏi (đều 100%), các triệu chứng khác là chóng mặt (34 BN = 97,1%), đau cơ (32 BN = 94,1%), các triệu chứng khác ít gặp hơn là tê chân tay (15 BN = 42,9%), lú lẫn (9 BN = 25,7%), các triệu chứng này làm BN lo lắng, sợ hãi, mất khả năng lao động, do đó cần phải chú ý. Mặt khác, các triệu chứng này được chứng kiến sau khi khai thác ít được kể lại, vì khi thức tỉnh, BN thường không nhớ sự việc xảy ra. Không gặp trường hợp nào liệt Todd. Tỷ lệ gặp triệu chứng sau cơn của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sáng,

độ lây truyền thứ phát sẽ dẫn đến các dạng khác nhau trên lâm sàng [1]. BN vào viện chủ yếu do co giật (25 BN = 65,7%) và đau đầu (9 BN, 25,7%).

Nguyễn Thị Hảo (2008), mệt mỏi 38,8%, rối loạn trí nhớ 8,2%, ngủ 8,2%, liệt khu trú 6,1%, có lẽ do BN của chúng tôi là người lớn, các triệu chứng thể hiện rõ và được kể lại chính xác hơn so với trẻ em [5].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 35 BN ĐK do chấn thương, vết thương sọ não điều trị tại Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện 103, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tuổi của BN từ 20 - 76, trung bình $49,34 \pm 5,12$, 71,4% từ 20 - 60 tuổi. Nam mắc nhiều hơn nữ (97,1% và 2,9%).

- Vị trí chạm thương chủ yếu gặp ở vùng đỉnh và thái dương (62,9%), bên trái gặp nhiều hơn bên phải (68,6%).

- Thời gian trung bình từ khi bị chấn thương đến khi xuất hiện cơn 2,46 năm, muộn nhất sau 10 năm, 54,3% xuất hiện cơn ngay trong năm đầu tiên, 77,1% xuất hiện trong 2 năm đầu.

- 68,6% BN xuất hiện cơn ĐK liên quan đến mùa, cơn thường xuất hiện vào mùa hè.

- Thể bệnh: cơn toàn thể co cứng, co giật chiếm tỷ lệ chủ yếu (71,4%), cơn cục bộ toàn thể hóa 20%, cơn vắng 8,6%.

- Triệu chứng trong cơn gặp nhiều nhất là trợn mắt (91,2%), sùi bọt mép (88,6%), hai triệu chứng cắn lưỡi, tiểu dầm gặp ít hơn.

- Sau cơn thường gặp đau đầu, mệt mỏi (100%), chóng mặt (97,1%), đau cơ (94,1%),

các triệu chứng khác ít gặp hơn là tê chân tay (42,9%), lú lẫn (25,7%), chưa gặp trường hợp nào có liệt Todd.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Vũ Quang Bích, Lê Đức Hình, Nguyễn Mạnh Hùng, Lương Văn Chất, Nguyễn Văn Ngân.* Chẩn đoán và điều trị các loại ĐK và co giật. Nhà xuất bản Y học. 1994.
2. *Hoàng Đình Đán.* Vấn đề lâm sàng, điện não đồ, X quang trên BN ĐK do vết thương sọ não. Luận án Tiến sỹ Y dược. Học viện Quân y. 1997.
3. *Hoàng Minh Đỗ, Đặng Văn Chính, Đặng Hữu Anh, Phan Minh Trung, Phạm Quang Phúc.* Đánh giá kết quả điều trị chấn thương sọ não tại Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội. Ngoại khoa. 2006, 6, tr.18-20
4. *Đỗ Ngọc Hiếu, Nguyễn Hữu Tú.* Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ thương tích do tai nạn của BN khi vào viện, liên quan độ nặng chấn thương. Nghiên cứu Y học. 2005, Phụ trương, 39 (6), tr.71-77.
5. *Nguyễn Ngọc Sáng, Nguyễn Thị Hào.* Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 49 trường hợp ĐK cục bộ phức hợp ở trẻ em tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng. Nghiên cứu Y học. 2008, phụ trương 57 (4), tr.254-258.
6. *Thomas P, Genton P.* Bệnh động kinh. (bản dịch: Nguyễn Vi Hương). Nhà xuất bản Y học. 1998.
7. *Trần Văn Việt, Nguyễn Quang Hạnh, Phạm Minh Thông .* Nhận xét 133 trường hợp chấn thương sọ não có chụp cắt lớp vi tính. Y học Việt Nam. 2007. 3, tr.18-24
8. *Amit Agrawal, Jake Timothy, Lekha Pandit, Murali Manju.* Post-traumatic epilepsy: An overview. Clinical Neurology and Neurosurgery. 2006, 108, pp.433-439.
9. *Appleton R., Baker G., Chatwick D.* Epilepsy. Third edition - Martin Dunitz. 1995.
10. *Yu Rui-tong, Zhang Sai.* Violent head trauma next term in China: report of 2254 cases. Surgical Neurology, 2007, Vol 68, Supplement 2, pp.S2-S5.

