

NGHIÊN CỨU GÓC

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh động kinh tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ năm 2019 tới 2022

Đặng Văn Chức^{1,*}, Nguyễn Bích Vân², Nguyễn Việt Anh², Đặng Việt Linh², Nguyễn Thu Hương², Hoàng Sông Thao³

¹ Trường đại học Y Dược Hải Phòng

² Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

³ Trung tâm giám định Y khoa tỉnh Lạng Sơn

Tác giả liên hệ

Đặng Văn Chức

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Điện thoại: 0904 124 587

Email: dvchuc@hpmu.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 02/11/2022

Ngày phản biện: 09/11/2022

Ngày đăng bài: 30/11/2022

TÓM TẮT. Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả lâm sàng, cận lâm sàng bệnh động kinh ở trẻ em tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 2019 tới 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng gồm 202 bệnh nhân động kinh được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của The International League Against Epilepsy. Phương pháp nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả:** Động kinh gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái (trai/gái là 1,62/1), chủ yếu từ 5 đến dưới 10 tuổi với tuổi trung bình là $5,22 \pm 3,93$ tuổi. Động kinh toàn thể gặp nhiều hơn động kinh cục bộ (50,5% và 48% theo thứ tự). Ở nhóm toàn thể, cơn khởi phát vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 95%, trong đó cơn co cứng co giật (62,8%), tất cả là cơn vắng điển hình. Trong nhóm cục bộ, cơn cục bộ rối loạn nhận thức chiếm 92,8%, trong đó cơn cục bộ khởi phát vận động chiếm 94,85%, cơn cục bộ tiến triển co cứng co giật hai bên là 32,1%. Điện não đồ có biểu hiện sóng động kinh điển hình ở 35,1%, 22,8% trường hợp chẩn đoán hình ảnh bất thường. Có 34 trường hợp có chụp MRI (16,8%), 6 trường hợp có bất thường. **Kết luận.** Bệnh động kinh phổ biến ở trẻ 5 đến 10 tuổi, thể hiện cơn điển hình và cục bộ. Chẩn đoán động kinh dựa vào điện não đồ nhưng phát hiện nguyên nhân phải dựa vào chẩn đoán hình ảnh nhất là MRI.

Từ khóa. Động kinh, điện não đồ, chẩn đoán hình ảnh, triệu chứng lâm sàng.

Clinical and workup features of epilepsy at Haiphong children's hospital from 2019 to 2022

ABSTRACT. Objective: The study was done to describe the clinical and subclinical features of epilepsy in children at Haiphong Children's Hospital from 2019 to 2022. **Subjects and Method:** Subjects included 202 patients with epilepsy diagnosed by the International League Against Epilepsy (ILAE). The method was a series case report. **Results:** Epilepsy was common in boys (boys/girls ratio was 1.62/1), mainly in children from 5 to less than 10 years old and average age was 5.22 ± 3.93 years old. Generalized seizures were more common than partial seizures (50.5% and 48%, respectively). In the generalized epilepsy, motor-onset crisis was in the highest rate 95%, of which myotonic crisis presented 62.8%, all absents were typical crisis. In the partial group, cognitive disorder accounted for 92.8%, in which partial motor onset was 94.85%, partial onset with progressive and bilateral myoclonic crisis was 32.1% Electroencephalography showed typical epileptic waves in 35.1% of patients and 22.8% of cases had abnormal diagnosis.

Thirty-four patients had MRI (16.8 %), 6 cases had abnormal MRI. Conclusions: Epilepsy was common in children from 5 to 10 years old, displayed by generalized and partial seizure. The epileptic diagnosis was based on Electroencephalography but the detection of its causes must be based on imaging diagnosis particularly MRI.

Keywords: *Epilepsy, Electroencephalography, Imaging Diagnosis, Clinical Sign.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh (ĐK) là một bệnh lý thần kinh phổ biến nhất trên toàn cầu, theo Tổ chức Y Tế Thế Giới, trên toàn cầu có khoảng 50 triệu người mắc bệnh ĐK. Tỷ lệ mắc và lưu hành bệnh ĐK hàng năm trên toàn thế giới tương ứng là 50/100.000 và 700/100.000 trẻ. Ước tính mỗi năm có khoảng 2,4 triệu người được chẩn đoán mắc bệnh ĐK. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhất ở trẻ em và người cao tuổi [1]. Ở Việt Nam, tỉ số mới mắc của ĐK là 44,8 trên 100.000 dân, trong đó tỉ suất cao nhất ở nhóm < 16 tuổi là 96,8 trên 100.000 dân [2]. Trong báo cáo ở Châu Á theo phân loại của Liên đoàn quốc tế chống ĐK (International League Against Epilepsy – ILAE), ĐK khu trú chiếm từ 31% đến 50%, toàn thể chiếm từ 50% đến 69% [3]. Tỷ lệ mắc ĐK ở Việt Nam khoảng 4,4-14/1000 dân [4]. Các trường hợp ĐK mới khởi phát thường gặp ở trẻ nhỏ, đặc biệt là trong năm đầu đời. Theo nghiên cứu của Lê Đức Hình, ĐK trẻ em chiếm 64,5% trong tổng số ĐK nói chung [5].

Bệnh nhân ĐK thường mắc các bệnh lý tâm thần và thể chất đi kèm gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [6]. Suy giảm nhận thức như mất trí nhớ, tinh thần chậm chạp và thiếu chú ý thường liên quan đến chứng ĐK [7]. Một nghiên cứu của Thụy Điển cho thấy những khó khăn trong học tập là phổ biến ở học sinh mắc ĐK [8]. Ngay cả khi đã được chẩn đoán và kê đơn thuốc, người bệnh có thể ngừng điều trị do tâm lý gia đình (người giám hộ của trẻ) không thừa nhận hoặc không biết về hiệu quả của việc tuân thủ điều trị.

Gần đây các thăm dò chuyên sâu như điện não đồ (ĐNĐ) video, và chụp cộng hưởng từ sọ não đã được đưa vào sử dụng thường quy, càng ngày càng có nhiều bệnh nhân được tiếp cận các phương tiện này, góp phần định

hướng nguyên nhân ĐK thông qua kết hợp phân tích đặc điểm lâm sàng và các bất thường về điện não đồ và chụp cộng hưởng từ sọ não.

Ở Hải Phòng đã có một số nghiên cứu về ĐK nhưng nhìn chung bệnh ĐK chưa được quan tâm một cách thỏa đáng. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu: **“Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh động kinh ở trẻ em tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019-2022”** nhằm mục tiêu sau đây:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh động kinh ở trẻ em tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ năm 2019 đến năm 2022.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán là ĐK ở trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi mới vào điều trị nội trú tại khoa Thần kinh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong 3 năm (từ 1/6/2019 đến tháng 31/5/2022).

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán ĐK theo định nghĩa ĐK của Liên đoàn quốc tế chống ĐK năm 2014 đã nêu ở trên [9].

Lâm sàng: Có ít nhất hai cơn ĐK không có yếu tố khởi phát (hoặc phản xạ) xảy ra cách nhau > 24 giờ. Một cơn ĐK không có yếu tố khởi phát (hoặc phản xạ) và xác suất các cơn ĐK sau đó tương đương với nguy cơ tái phát chung (ít nhất 60%) sau hai cơn co giật không có yếu tố khởi phát, diễn ra trong 10 năm tới. Điện não đồ (ĐNĐ) ghi giữa các cơn.

Tiêu chuẩn loại trừ: là những bệnh nhân thiếu ít nhất một trong các tiêu chuẩn nói trên, các cơn không phải ĐK (co giật do hạ canxi, co giật do hạ glucose máu, co giật do rối loạn điện giải...), bệnh nhân chỉ có một cơn ĐK hay nhiều cơn ĐK cách xa nhau 24 giờ, những bệnh nhân mà gia đình không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn phân loại: Khung phân loại mở rộng các cơn ĐK năm 2017 của Liên đoàn Quốc tế chống ĐK [10].

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Thần kinh – Tâm bệnh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 01 tháng 06 năm 2019 đến ngày 31 tháng 05 năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu toàn bộ

Chọn mẫu theo phương pháp tiện ích không xác suất trẻ mắc ĐK từ 2 tháng đến 15 tuổi vào điều trị tại khoa Thần kinh Tâm bệnh Bệnh viện trẻ em Hải Phòng từ 01/06/2019 đến tháng 31/05/2022, được chẩn đoán lần đầu tiên là ĐK.

Chỉ số và biến số

Giới

Tuổi:

- ≤ 12 tháng,
- 1 tuổi – < 5 tuổi,
- 5 tuổi – < 10 tuổi,
- 10 tuổi – < 15 tuổi

Tuổi khởi phát cơn co giật đầu tiên:

- ≤ 12 tháng,
- 1 – < 5 tuổi,
- 5 – < 10 tuổi,
- 10 – < 15 tuổi

Kiểu khởi phát theo nhóm tuổi khởi phát động kinh

Phân bố các cơn động kinh toàn thể theo bảng phân loại của Liên đoàn Quốc tế chống động kinh 2017

Phân loại các cơn động kinh cục bộ và động kinh không rõ khởi phát theo phân loại của Liên đoàn Quốc tế chống động kinh 2017

Kết quả điện não đồ theo kiểu khởi phát cơn động kinh

Đối chiếu giữa chẩn đoán hình ảnh và loại cơn động kinh

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh và điện não đồ theo kiểu khởi phát cơn động kinh

Thu thập thông tin:

Tiền sử và bệnh sử;

Phỏng vấn mẹ hoặc người chứng kiến cơn giật;

Quan sát video quay lại cơn giật của trẻ;

Người nghiên cứu trực tiếp quan sát cơn giật

Các bác sỹ chuyên khoa nhi và tác giả trực tiếp khám bệnh toàn diện sau khi đã hồi bệnh.

Đặc biệt lưu ý đến khám thần kinh theo mẫu bệnh án đã được thiết kế từ trước.

Thu thập kết quả xét nghiệm cận lâm sàng:

Các xét nghiệm được thực hiện tại trung tâm

xét nghiệm của Hải Phòng và được các

chuyên gia có uy tín đọc kết quả.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý nhờ phần mềm thống kê SPSS 20.0. Tính tỷ lệ phần trăm (%), so sánh 2 tỷ lệ phần trăm bằng test “ χ^2 ”, tính giá trị trung bình bằng T-test, có sự khác biệt khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới

| Nhóm tuổi | Nam | Nữ | Tổng |
|----------------------------|------------|-----------|-----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| Dưới 1 tuổi | 20 (54,1) | 17 (45,9) | 37 (100) |
| Từ 1 tuổi đến dưới 5 tuổi | 37 (58,7) | 26(41,3) | 63 (100) |
| Từ 5 tuổi đến dưới 10 tuổi | 52 (65,0) | 28 (35,0) | 80 (100) |
| Từ 10 tuổi trở lên | 16 (72,7) | 6 (27,3) | 22 (100) |
| Tổng | 125 (61,9) | 77 (38,1) | 202 (100) |

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ nam/nữ: 1,62/1. Trẻ nam chiếm 61,9%, trẻ nữ chiếm 38,1%. Nhóm tuổi 5 tuổi đến 10 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất là 39,6%, nhóm tuổi dưới 1 tuổi chiếm 18,3%, nhóm từ 1 đến dưới 5 tuổi chiếm 31,2%, nhóm trên 10 tuổi chiếm 10,9%. Tuổi nhỏ nhất trong nhóm nghiên cứu được ghi nhận là 2 tháng, cao nhất là 15 tuổi, tuổi trung bình là $5,22 \pm 3,93$ tuổi.

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Tuổi khởi phát cơn động kinh đầu tiên (n = 202)

| Tuổi | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|--------------|-----------|
| Dưới 1 tuổi | 40 | 20,8 |
| Từ 1 tuổi đến dưới 5 tuổi | 79 | 39,1 |
| Từ 5 tuổi đến dưới 10 tuổi | 66 | 32,7 |
| Từ 10 tuổi trở lên | 15 | 7,4 |
| TB ± độ lệch (tuổi) | 4,49 ± 3, 62 | |
| Tổng | 202 | 100,0 |

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ khởi phát cao nhất ở nhóm từ 1 tuổi đến dưới 5 tuổi là 39,1%. Tỷ lệ khởi phát thấp nhất là 7,4% ở nhóm tuổi từ 10 đến dưới 15 tuổi. Tuổi khởi phát nhỏ nhất trong nhóm nghiên cứu là 2 tháng tuổi, lớn nhất là 15 tuổi, tuổi khởi phát trung bình là $4,49 \pm 3, 62$ tuổi.

Bảng 3. Phân bố kiểu khởi phát theo nhóm tuổi khởi phát động kinh

| Kiểu khởi phát | Tuổi khởi phát | | | | Tổng n (%) |
|----------------|----------------|------------------|-------------------|------------------|------------|
| | < 1 tuổi n (%) | Từ 1 - < 5 n (%) | Từ 5 - < 10 n (%) | Từ 10 - 15 n (%) | |
| Cục bộ | 17(17,5) | 30(30,9) | 41(42,3) | 9(9,3) | 97(50,5) |
| Toàn thể | 24(23,5) | 49(48,0) | 24(23,5) | 5(4,9) | 102(48,0) |
| Không rõ | 1(33,3) | 0(0,0) | 1(33,3) | 1(33,3) | 3(1,5) |
| Tổng | 42(20,8) | 79(39,1) | 66(32,7) | 15(7,4) | 202 (100) |

Bảng 3 cho thấy trong nhóm bệnh nhi khởi phát ĐK cục bộ, chủ yếu là trẻ ở nhóm 5- dưới 10 tuổi. Trong nhóm bệnh nhi khởi phát ĐK toàn thể phát hiện ở nhóm 1- dưới 5 tuổi có tỉ lệ cao nhất.

Bảng 4. Phân bố các cơn động kinh toàn thể theo bảng phân loại của Liên đoàn quốc tế chống động kinh 2017

| Động kinh toàn thể | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) từng loại | Tỷ lệ (%) tổng số n=202 | |
|---------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------|------|
| Biểu hiện vận động n = 97 | Co cứng co giật | 64 | 62,8 | 31,7 |
| | Co cứng | 12 | 11,7 | 5,9 |
| | Co giật | 9 | 8,8 | 4,5 |
| | Giật cơ | 1 | 1,0 | 0,5 |
| | Mất trương lực | 4 | 3,9 | 2,0 |
| | Cơn co thắt | 7 | 6,8 | 3,5 |
| Biểu hiện không vận động (n= 5) | Cơn vắng điển hình | 5 | 5 | 2,4 |
| Tổng | 102 | 100 | 50,5 | |

Bảng 4 cho thấy nhóm ĐK toàn thể khởi phát vận động chiếm đa số 95%, trong đó cơn ĐK co cứng- co giật chiếm tỷ lệ cao nhất 62,8%, nhóm cơn ĐK co thắt gấp chiếm 6,8 %. Động kinh toàn thể với khởi phát không vận động chiếm 5%, trong đó tất cả là cơn vắng điển hình.

Bảng 5. Phân loại các cơn động kinh cục bộ và động kinh không rõ khởi phát theo phân loại của Liên đoàn quốc tế chống động kinh 2017

| Động kinh | | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) từng loại | Tỷ lệ (%) tổng số n=202 |
|----------------------------------|---|------------------|---------------------|-------------------------|
| Động kinh cục bộ n =97 | Có rối loạn nhận thức | 25 | 25,7 | 12,4 |
| | Vận động | 21 | 21,6 | 10,4 |
| | Cơn co giật | 17 | 17,5 | 8,4 |
| | Cơn co cứng | 4 | 4,1 | 2 |
| | Các biểu hiện không vận động | 4 | 4,1 | 2 |
| | Cơn thực vật | 4 | 4,1 | 2 |
| | Không rối loạn nhận thức | 7 | 7,3 | 3,5 |
| | Vận động | 6 | 6,2 | 3 |
| | Cơn co giật | 5 | 5,1 | 2,5 |
| | Cơn giật cơ | 1 | 1,1 | 0,5 |
| | Các biểu hiện không vận động | 1 | 1,1 | 0,5 |
| | Cơn cảm xúc | 1 | 1,1 | 0,5 |
| | Khởi phát cục bộ rồi tiến triển thành co cứng – co giật hai bên | 65 | 67 | 32,1 |
| | Tổng | 97 | 100 | 48 |
| Các cơn không rõ khởi phát n = 3 | | 3 | 100 | 1,5 |

Bảng 5 cho thấy ĐK cục bộ - khởi phát vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 94,85% sau đó là ĐK cục bộ - rối loạn nhận thức chiếm 92,8%, ĐK cục bộ – không rối loạn nhận thức chiếm 7,2%, ĐK cục bộ - không khởi phát vận động chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,15%. Có 1,5% trường hợp trong nhóm nghiên cứu không rõ khởi phát, tất cả đều có biểu hiện vận động. Không có cơn ĐK không phân loại được trong nhóm nghiên cứu.

Đặc điểm cận lâm sàng của động kinh ở trẻ em

Tất cả các bệnh nhân đều được làm ĐNĐ tại thời điểm vào viện. Có 35,1% các trường hợp ghi nhận sóng ĐK điển hình, 61,4% các trường hợp ghi nhận sóng bất thường không phải dạng ĐK và có 7 trường hợp chiếm 3,5% có ĐNĐ bình thường

Bảng 6. Kết quả điện não đồ theo kiểu khởi phát cơn động kinh

| Loại sóng | Cục bộ n (%) | Toàn thể n (%) | Không rõ khởi phát n (%) |
|--------------------------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| Sóng động kinh điển hình | 55 (56,7) | 15 (14,7) | 1 |
| Cục bộ | | 2 | 0 |
| Hai bên – đa ổ | 7 | 1 | 0 |
| Toàn thể | 1 | 9 | 1 |
| Toàn thể hoá | 9 | 3 | 0 |
| Sóng bất thường không phải ĐK | 42 (43,3) | 81(79,4) | 1 |
| Cục bộ | 25 | 29 | 1 |
| Hai bên, không đồng bộ | 4 | 0 | 0 |
| Toàn thể | 6 | 50 | 0 |
| Toàn thể hoá | 7 | 2 | 0 |

| | | | |
|--------------------|--------------|----------------|----------|
| Bình thường | 0 (0) | 6 (5,9) | 1 |
| Tổng | 97 | 102 | 3 |

Bảng 6 cho thấy trong nhóm con ĐK khởi phát cục bộ, sóng ĐK điển hình trên chiếm 56,7%. Có 63 trường hợp ghi nhận sóng bất thường ở vị trí ưu thế cục bộ chiếm tỷ lệ cao nhất 64,9%. Trong nhóm ĐK toàn thể, sóng ĐK điển hình chiếm 14,7%. Có 59 trường hợp có sóng bất thường ở vị trí lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất 57,8%. Tỷ lệ sóng ĐK điển hình ở nhóm khởi phát cục bộ lớn hơn ở nhóm khởi phát toàn thể, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Chẩn đoán hình ảnh

Trong số 202 bệnh nhân, có 34 bệnh nhân được làm MRI sọ não, có 6 trường hợp bất thường, và 189 trường hợp được làm CT scanner sọ não và thấy 40 trường hợp bất thường. Như vậy có 46 trường hợp bất thường trên chẩn đoán hình ảnh chiếm 22,8%. Trong số 46 trường hợp bất thường thì 20/202 trường hợp là tổn thương cục bộ chiếm 9,9% và 26/202 trường hợp tổn thương 2 bên lan tỏa chiếm 12,9%.

Bảng 7. Đối chiếu giữa chẩn đoán hình ảnh và loại cơn động kinh

| Kết quả chẩn đoán hình ảnh | Cục bộ n (%) | Toàn thể n (%) | Không rõ khởi phát n (%) |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Bất thường | 22 (22,7) | 24 (23,5) | 0 |
| Cục bộ | 14 (14,4) | 6 (5,9) | 0 |
| Lan tỏa | 8 (9,3) | 18 (17,6) | 0 |
| Bình thường | 75 (77,3) | 78 (76,5) | 3 (100) |
| Tổng | 97 (100) | 102 (100) | 3 (100) |

Bảng 7 cho thấy trong nhóm ĐK toàn thể, 23,5% các trường hợp có chẩn đoán hình ảnh bất thường, chủ yếu là bất thường lan tỏa. Trong nhóm ĐK cục bộ, 22,7% các trường hợp có bất thường, trong đó đa số là bất thường cục bộ. Tất cả các trường hợp ĐK không rõ khởi phát đều có chẩn đoán hình ảnh bình thường. Tỷ lệ bất thường trên chẩn đoán hình ảnh vị trí cục bộ ở nhóm khởi phát cục bộ lớn hơn ở nhóm khởi phát toàn thể, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,07$

Bảng 8. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh và điện não đồ theo kiểu khởi phát cơn động kinh

| Chẩn đoán hình ảnh | Điện não đồ | Kiểu khởi phát | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | Cục bộ n (%) | Toàn thể n (%) | Không rõ n (%) |
| Bình thường | Sóng ĐK điển hình | 46 (47,4) | 14 (13,7) | 1 |
| | Bất thường không phải ĐK | 29 (29,9) | 60 (58,8) | 1 |
| | Bình thường | 0 | 4 (3,9) | 1 |
| Bất thường | Sóng ĐK điển hình | 9 (9,3) | 1 (1,0) | 0 |
| | Bất thường không phải ĐK | 13 (13,4) | 21 (20,6) | 0 |
| | Bình thường | 0 | 2 (2,0) | 0 |

Bảng 8 cho thấy 9,3% trường hợp ĐK cục bộ có chẩn đoán hình ảnh bất thường, và sóng ĐK điển hình trên EEG. Chỉ có 1% trường hợp ĐK toàn thể có chẩn đoán hình ảnh bất thường và sóng ĐK điển hình trên EEG.

BÀN LUẬN

Từ bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ giới tính nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,62/1. Trẻ nam chiếm ưu thế 61,9%. Nhiều nghiên cứu về ĐK trẻ em cũng cho thấy tỷ lệ nam cao hơn nữ. Nghiên cứu của Aaberg và CS (2017) cho kết quả tỷ lệ nam giới là 54% [11]. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Ngọc Hồng (2017) tại Bệnh viện Trung Ương Huế, tỷ lệ nam/nữ là 2,7/1 [12]. Gần đây, nghiên cứu năm 2018 của Đặng Anh Tuấn trên 76 bệnh nhân ĐK cục bộ kháng thuốc tại bệnh viện Nhi Trung Ương, kết quả cho thấy tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,11/1 [13]. Nghiên cứu của Unver Olcay và CS, nghiên cứu trên 533 trẻ em từ 2 tháng đến 16 tuổi cho thấy tỷ lệ nam nữ lần lượt là 52,5% và 47,5% [14]. Vậy kết nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 202 bệnh nhân mắc bệnh ĐK trong thời gian từ ngày 1 tháng 6 năm 2019 đến ngày 31 tháng 5 năm 2022. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 2 tháng tuổi, cao nhất là 15 tuổi, tuổi trung bình là $5,22 \pm 3,93$ tuổi. Phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thuộc nhóm từ 5 tuổi đến dưới 10 tuổi, chiếm tỷ lệ 39,6%, tiếp theo là nhóm tuổi từ 1 tuổi đến 5 tuổi, chiếm tỷ lệ 31,2%. Một nghiên cứu tại bệnh viện Trung ương Huế cũng cho kết quả phân bố tỷ lệ trẻ ĐK cao ở nhóm từ 5 tuổi đến dưới 10 tuổi với tỷ lệ 40,4% [12]. Tác giả Đặng Anh Tuấn thấy rằng, bệnh nhân thuộc nhóm trên 6 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 56,6% [13].

Bảng 2 cho thấy đa số trường hợp trong nghiên cứu khởi phát cơn ĐK đầu tiên trong độ tuổi từ 1 đến dưới 5 tuổi, chiếm 39,1%. Có 20,8% khởi phát bệnh trước 12 tháng tuổi. Một nghiên cứu tại bệnh viện Nhi đồng 2 thấy rằng, ĐK khởi phát trong độ tuổi 1-5 tuổi chiếm 41% [15]. Nghiên cứu của

Nguyễn Ngọc Sáng, cho thấy có 56,1% tuổi khởi phát trước 5 tuổi hay gặp nhất từ 2 đến 5 tuổi (30,6%) [16]. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của nhóm tác giả Aaberg và CS (2017) cho thấy tỷ lệ khởi phát bệnh cao nhất trong độ tuổi 1-4 tuổi là 45% [11].

Nhiều luận điểm cho rằng, đối với trẻ dưới 5 tuổi, các tế bào thần kinh của trẻ còn chưa phát triển đầy đủ, rất dễ bị kích thích bởi các tác động nhỏ nên dễ gây nên các cơn co giật. Do đó các cơn co giật thường xuất hiện trong những năm đầu của cuộc sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3) cơn ĐK khởi phát toàn thể chiếm ưu thế với 50,5%, cơn ĐK khởi phát cục bộ chiếm 48%, cơn ĐK không rõ khởi phát chiếm 1,5%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Ngọc Hồng (2017), ghi nhận ĐK toàn thể chiếm 55,7%, ĐK cục bộ chiếm 44,2% [12]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đức, ghi nhận tỷ lệ ĐK toàn thể chiếm 68,4%, ĐK cục bộ chiếm 23,7% và ĐK không rõ loại chiếm 7,9% [17]. Theo Lê Đức Anh, ở nhóm trẻ dưới 6 tuổi, ĐK toàn thể gặp nhiều nhất chiếm 62,6%, và ĐK cục bộ chiếm 34,8% [18].

Việc phân loại cơn ĐK là một tiếp cận mang tính thực hành, việc này còn gặp phải nhiều khó khăn. Cơn ĐK toàn thể biểu hiện rõ ràng, dễ nhận biết trên lâm sàng, gia đình bệnh nhi có tâm lý lo lắng hơn khi trẻ có cơn co giật toàn thể nên đưa trẻ đến viện khám sớm hơn. Mặt khác, một số loại cơn ĐK có thể khởi phát toàn thể hay cục bộ: cơn co thắt, cơn mất trương lực. Việc phân loại cần dựa vào EEG và chẩn đoán hình ảnh [9]. Ngoài ra một cơn ĐK với kiểu khởi phát toàn thể không loại trừ khả năng có một ổ sinh ĐK cục bộ kín đáo mà chưa thể phát hiện trên cận lâm sàng. Cơn ĐK cục bộ cũng có thể nhanh chóng lan rộng ra mạng lưới hai bên bán cầu [9]. Trên lâm sàng, nhiều trường hợp trẻ khởi phát từ cục bộ sau

chuyển sang toàn thể hóa nhưng gia đình không chứng kiến hoặc không nhận ra khiến việc khai thác trở nên khó khăn.

Bảng 4 cho thấy trong nhóm cơn ĐK toàn thể, cơn co cứng – co giật thường gặp nhất chiếm 31,7%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Ngọc Hồng (2017), cơn co cứng – co giật chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm toàn thể với 40,4% [12]. Trong một nghiên cứu thống kê tại bệnh viện Nhi đồng 2, cơn ĐK co cứng - co giật toàn thể cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là 22,5% [15]. Nghiên cứu của Aaberg và CS (2017) tỉ lệ cơn ĐK co cứng – co giật toàn thể là 19% [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cơn co cứng toàn thể chiếm 5,9%, cơn co giật toàn thể chiếm 4,5%, cơn mất trương lực chiếm 2%, cơn co thắt chiếm 3,5%.

Trong bảng phân loại 2017, cơn co thắt ĐK có thể xếp vào nhóm cơn khởi phát cục bộ, toàn thể hoặc không xác định. Biểu hiện của cơn co thắt thường là hai bên nên cần có thêm ĐNĐ và chẩn đoán hình ảnh để phân loại cơn. Bảng 5 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận các cơn co thắt chiếm 3,5%, tất cả các cơn đều có chẩn đoán hình ảnh hoặc EEG bất thường lan tỏa nên xếp vào nhóm toàn thể. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Châu Bảo Đỉnh cơn co thắt toàn thể chiếm 6,7% [15].

Tỷ lệ cơn vắng trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,5%, tất cả là cơn vắng điển hình. Chúng tôi xếp các cơn vắng này vào nhóm cơn vắng điển hình vì các nguyên nhân sau: cơn xảy ra đột ngột, thời gian kéo dài mỗi cơn ngắn, có ghi nhận sóng ĐK 3 chu kì / s trên EEG. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Châu Bảo Đỉnh với tỷ lệ cơn vắng là 3,3% [15]. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả của một nghiên cứu năm 2017, cơn vắng điển hình chiếm 10%, cơn vắng không điển hình 3%, cơn vắng khác (cơn vắng giật cơ, và cơn vắng giật cơ mí mắt) là 6% [11].

Cơn ĐK cục bộ (bảng 5) có rối loạn nhận thức chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi 92,8%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu năm 2018 với 90% cơn ĐK cục bộ có rối loạn

nhận thức [14], nghiên cứu của Bounyasith Lavantikoun cũng cho kết quả là 87,5% [19]. Trong nghiên cứu của Aaberg và CS tỉ lệ trẻ xuất hiện cơn ĐK cục bộ có rối loạn nhận thức là 61% [11].

Cơn ĐK cục bộ khởi phát vận động chiếm ưu thế trong nhóm ĐK cục bộ là 94,85%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Châu Bảo Đỉnh là 93,3% [15].

Từ các nhóm kể trên, cơn ĐK lại được phân loại tiếp tục theo bảng phân loại mở rộng của LĐQTCĐK 2017. Trong nghiên cứu của chúng tôi có cơn thực vật chiếm 4,1%, cơn cảm xúc chiếm 1,05%, cơn khởi phát cục bộ rồi tiến triển co cứng – co giật hai bên chiếm 67%. Không có cơn cục bộ tự động hay cơn tăng vận động nào được ghi nhận.

Có 4 trường hợp trong nghiên cứu được phân loại ĐK cục bộ thần kinh thực vật chiếm tỷ lệ 4,1%, tất cả các cơn có biểu hiện rối loạn nhận thức, các cơn có biểu hiện tím tái, gọi hỏi không đáp ứng.

Cơn ĐK khởi phát cục bộ rồi tiến triển thành co cứng – co giật hai bên chiếm tỉ lệ cao nhất trong các cơn ĐK cục bộ trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Châu Bảo Đỉnh là 55% [15]. Trong nhóm này thường gặp nhất là cơn khởi phát co giật sau tiến triển thành co cứng co giật hai bên.

Trong bảng phân loại 2017, cơn ĐK không phân loại là một điểm mới. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 1,5% trường hợp cơn ĐK không rõ khởi phát trong nghiên cứu, toàn bộ đều là cơn vận động. Thông tin về đặc điểm khởi phát cơn ĐK thu thập qua lời kể của người chứng kiến không đủ để phân loại kiểu khởi phát cơn. EEG và chẩn đoán hình ảnh cũng không đủ để xác định. Tỷ lệ cơn ĐK không rõ khởi phát theo nghiên cứu của Hoàng Châu Bảo Đỉnh là 8,3% [15].

Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu này đều được làm EEG tại thời điểm vào viện, tất cả là ĐNĐ ngoài cơn. Trong đó, 35,1% trường hợp ghi nhận sóng ĐK điển hình trên ĐNĐ. Nghiên cứu của Hoàng Châu Bảo Đỉnh và Lê Thị Khánh Vân cho kết quả cao hơn với tỷ lệ sóng ĐK điển hình trong 2 nghiên cứu lần lượt là 58,4% và 68% [15,

20], Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Aaberg khá cao, lên đến 80,3% [15]. Có sự khác biệt này có thể do kỹ thuật và thời gian đo EEG, việc sử dụng các nghiệm pháp kích thích trong quá trình đo ở mỗi nghiên cứu khác nhau. Sự xuất hiện của hoạt động dạng ĐK ngoài cơn trên EEG phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau: thời gian đo, vị trí ổ sinh ĐK, các thuốc đang sử dụng có thể làm giảm ngưỡng ĐK.

Bảng 6 cho thấy có 61,4 % trường hợp ghi nhận bất thường không phải ĐK trên EEG và 3,5% trường hợp có EEG bình thường. Các trường hợp này không có giá trị hỗ trợ cho chẩn đoán loại cơn ĐK hay tiên lượng bệnh tuy nhiên không thể loại trừ chẩn đoán ĐK.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 56,7% trường hợp cơn ĐK cục bộ có sóng ĐK điển hình trên EEG, trong đó sóng ĐK vị trí cục bộ chiếm tỷ lệ cao nhất với 69,1%, cục bộ đa ổ chiếm 12,7%, cục bộ toàn thể hóa chiếm 16,4%, chỉ có 1,8% trường hợp có EEG toàn thể.

Trong nhóm ĐK khởi phát toàn thể, chỉ có 14,7% trường hợp ghi nhận sóng ĐK điển hình trên EEG. Trong đó, sóng ĐK vị trí toàn thể chiếm 60%, 20% trường hợp ghi nhận sóng ĐK cục bộ toàn thể hóa. Kết quả này phù hợp với lâm sàng, một số loại cơn ĐK cục bộ xuất phát từ một ổ sinh ĐK rồi nhanh chóng lan ra hai bên bán cầu, do vậy trên lâm sàng không phải lúc nào cũng quan sát được kiểu khởi phát cục bộ ban đầu. Tỷ lệ sóng ĐK điển hình ở nhóm khởi phát cục bộ lớn hơn ở nhóm khởi phát toàn thể, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều có kết quả chẩn đoán hình ảnh, trong đó MRI sọ não chiếm 16,8%, CT sọ não chiếm 93,6% (bảng 7). MRI là kỹ thuật được ưu tiên chọn để đánh giá bệnh nhân ĐK vì khả năng khảo sát các tổn thương nhỏ và ở vị trí kín đáo tốt hơn, kỹ thuật và chuỗi xung đa dạng hơn. Tuy nhiên, do điều kiện hạn chế về cơ sở vật chất, chúng tôi không thể tiến hành chụp MRI ở tất cả các bệnh nhân nghiên cứu. Tỷ lệ bất thường trên chẩn đoán hình ảnh nói chung là 22,8%. Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Khánh Vân và Hoàng Châu Bảo Đính lần lượt là 28,5% và 36,2% [15, 20].

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có tỷ lệ bất thường trên MRI sọ não là 17,6%, thấp hơn so với nghiên cứu tại bệnh viện Nhi đồng 2 là 25,9% [15]. Tất cả tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều có khả năng giải thích cho biểu hiện lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 63,6% cơn ĐK cục bộ có tổn thương chẩn đoán hình ảnh kiểu cục bộ; 75% cơn ĐK toàn thể có tổn thương hình ảnh học lan tỏa. Theo nghiên cứu của Hoàng Đình Bảo Đính ghi nhận có 92,9% cơn ĐK cục bộ có tổn thương hình ảnh học kiểu cục bộ; 57,1% cơn ĐK toàn thể có hình ảnh học phân bố hai bên – lan tỏa. Tỷ lệ bất thường trên chẩn đoán hình ảnh ở vị trí cục bộ ở nhóm khởi phát cục bộ lớn hơn ở nhóm khởi phát toàn thể, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,076$.

KẾT LUẬN

Động kinh gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái (nam/nữ là 1,62/1), chủ yếu từ 5 đến dưới 10 tuổi với tuổi trung bình là $5,22 \pm 3,93$ tuổi. Động kinh toàn thể gặp nhiều hơn động kinh cục bộ (50,5% và 48% theo thứ tự). Ở nhóm toàn thể, cơn khởi phát vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 95%, trong đó cơn co cứng co giật (62,8%), tất cả là cơn vắng điện hình. Trong nhóm cục bộ, cơn cục bộ rối loạn nhận thức chiếm 92,8%, trong đó cơn cục bộ khởi phát vận động chiếm 94,85%, cơn cục bộ tiến triển co cứng co giật hai bên là 32,1%. Điện não đồ có biểu hiện sóng động kinh điển hình ở 35,1%, 22,8% trường hợp chẩn đoán hình ảnh bất thường. Có 34 trường hợp có chụp MRI (16,8 %), 6 trường hợp có bất thường.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin cảm ơn các bệnh nhân và gia đình bệnh nhân đã tích cực tham gia vào nghiên cứu, nhóm cũng xin chân thành cảm ơn tới Ban giám đốc bệnh viện Trẻ em Hải Phòng đã tạo điều kiện thuận lợi để nghiên cứu được thực hiện có kết quả tốt đẹp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Epilepsy. 2012; Fact sheet.

Bản quyền © 2023 Tạp chí Khoa học sức khỏe

2. Tuan N.A., Cuong L.Q., Allebeck P. et al. The incidence of epilepsy in a rural district of Vietnam: A community-based epidemiologic study. *Epilepsia*, 2010; 51(12), 2377-2383
3. Mac T.L., Tran D.-S., Quet F. et al. Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia: a systematic review. *The Lancet Neurology*, 2007; 6(6), 533–543
4. Trinka E., Kwan P., Lee B. et al. Epilepsy in Asia: Disease burden, management barriers, and challenges. *Epilepsia*, 2019; 60(S1), 7–21.
6. Lê Đức Hinh. Động kinh. Hội thảo về động kinh, Bệnh viện Bạch Mai, khoa thần kinh. 2000; 89–966. Đoàn Hữu Trí (2016), Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân động kinh nhi, [Luận văn Thạc sĩ y học], Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2016
7. Kim E.-H. và Ko T.-S Cognitive impairment in childhood onset epilepsy: up-to-date information about its causes. *Korean J Pediatr*, 2016; 59(4), 155–164
8. Reilly C., Atkinson P., Das K.B. et al. Academic achievement in school-aged children with active epilepsy: A population-based study. *Epilepsia*, 2014; 55(12), 1910-1917.
9. Fisher R.S., Cross J.H., French J.A. et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 2017; 58(4), 522–530.
10. Lê Văn Tuấn (2009), Nghiên cứu ứng dụng phân loại các cơn động kinh theo triệu chứng và hội chứng động kinh, [Luận văn Tiến sĩ y học], Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2009
11. Aaberg K.M., Surén P., Søråas C.L. et al. Seizures, syndromes, and etiologies in childhood epilepsy: The International League Against Epilepsy 1981, 1989, and 2017 classifications used in a population-based cohort. *Epilepsia*, 2017; 58(11), 1880–1891
12. Phạm Ngọc Hồng, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ sọ não ở trẻ động kinh tại bệnh viện trung ương Huế, [Luận văn Thạc sĩ y học], Trường Đại học Y Dược Huế; 2017
13. Đặng Anh Tuấn. Nghiên cứu lâm sàng, tổn thương não và các yếu tố liên quan đến động kinh cục bộ kháng thuốc ở trẻ em. [Luận văn Tiến sĩ y học], Trường Đại học Y Hà Nội; 2018
14. Ünver O., Keskin S.P., Uysal S. et al. The Epidemiology of Epilepsy in Children: A Report from a Turkish Pediatric Neurology Clinic. *J Child Neurol*. 2015; 30(6), 698702
15. Hoàng Châu Bảo Đình. Tỷ lệ các cơn động kinh ở bệnh nhân trẻ em theo phân loại cơn động kinh 2017 của Liên hội Quốc tế chống động kinh. [Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú]. Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2018
16. Nguyễn Ngọc Sáng. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ĐKCB phức hợp ở trẻ em tại BV Trẻ em Hải Phòng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2009; 356(2), 58–62
17. Nguyễn Thị Hồng Đức. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng nhiễm toxoplasma gondii ở trẻ động kinh tại khoa Nhi bệnh viện trung ương Huế. [Luận văn Thạc sĩ y học]. Trường Đại học Y Dược Huế; 2014
18. Lê Đức Anh., Đặng Thị Nguyệt., và Nguyễn Thị Thanh Mai. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa. *VMJ*. 2022; 516(2)
19. Bounyasith Lavantikoun (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh động kinh ở trẻ em. [Luận văn Thạc sĩ y học]. Trường Đại học Y Dược Huế; 2019
20. Lê Thị Khánh Vân. Phân loại và điều trị động kinh trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 thành phố Hồ Chí Minh. [Luận văn Tiến sĩ y học]. Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2011

