

ngiên cứu gần đây, như của Marchetti et al. (2018), đã gợi ý rằng tỉ lệ bạch cầu trung tính/lympho (NLR) hoặc tỉ lệ monocyte/lympho (MLR) kết hợp với fibrinogen có thể nâng cao độ chính xác tiên lượng, đặc biệt trong ung thư biểu mô buồng trứng.⁵ Tuy nhiên, dữ liệu nghiên cứu hiện tại chưa khai thác sâu các chỉ số này, là một hướng mở cho nghiên cứu trong tương lai.

Nhìn chung, nghiên cứu đã đóng góp quan trọng vào bằng chứng y học tại Việt Nam về đặc điểm sinh học của u buồng trứng lành tính, đồng thời khẳng định lại vai trò của các chỉ dấu truyền thống như CA-125, ROMA test, và mở rộng thêm tiềm năng của các chỉ số huyết học như fibrinogen. Bên cạnh đó, mối liên quan giữa tuổi, tình trạng mãn kinh và nguy cơ ung thư buồng trứng cũng được thể hiện rõ ràng, góp phần định hướng sàng lọc trong nhóm nguy cơ cao. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn có một số hạn chế như: thiết kế cắt ngang không cho phép đánh giá mối liên hệ nhân quả, số lượng bệnh nhân ung thư còn hạn chế (chủ yếu là nhóm lành tính), và chưa phân tích sâu theo loại mô bệnh học. Việc kết hợp với dữ liệu mô học và theo dõi sau mổ trong nghiên cứu đoàn hệ tương lai sẽ giúp nâng cao giá trị ứng dụng của các chỉ số đã đề xuất.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy các chỉ số xét nghiệm huyết học CA-125, ROMA test, fibrinogen và tuổi có giá trị tiên lượng cao trong phân biệt u buồng trứng lành tính và ác tính. Trong đó, CA-125 và ROMA test có khả năng phân biệt rõ rệt với AUC cao và OR vượt trội. Fibrinogen, dù là chỉ số viêm, cũng cho thấy tiềm năng hỗ trợ chẩn đoán ung thư buồng trứng. Việc kết hợp các chỉ dấu sinh học này có thể nâng cao hiệu quả sàng lọc

và định hướng can thiệp sớm trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cviič D, Jagarlamudi K, Meglič L, et al.** A Dual Biomarker TK1 Protein and CA125 or HE4-Based Algorithm as a Better Diagnostic Tool than ROMA Index in Early Detection of Ovarian Cancer. *Cancers (Basel)*. Mar 3 2023;15(5)doi: 10.3390/cancers15051593
2. **Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A.** Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin*. Jan-Feb 2024;74(1):12-49. doi:10.3322/caac.21820
3. **Wu J, Zhang Y, Liu G, Ge L.** New use of preoperative fibrinogen in ovarian cancer management. *Transl Cancer Res*. Nov 30 2023;12(11):3105-3112. doi:10.21037/tcr-23-908
4. **Seebacher V, Aust S, D'Andrea D, et al.** Development of a tool for prediction of ovarian cancer in patients with adnexal masses: Value of plasma fibrinogen. *PLoS One*. 2017;12(8):e0182383. doi:10.1371/journal.pone.0182383
5. **Marchetti C, Romito A, Musella A, et al.** Combined Plasma Fibrinogen and Neutrophil Lymphocyte Ratio in Ovarian Cancer Prognosis May Play a Role? *Int J Gynecol Cancer*. Jun 2018;28(5): 939-944. doi:10.1097/igc.0000000000001233
6. **Cao Y, Ni X, Wang Y, et al.** Clinical and prognostic significance of combined plasma fibrinogen concentrations and the monocyte-to-lymphocyte ratio in patients with ovarian cancer. *Ann Transl Med*. Jun 2019;7(11):242. doi:10.21037/atm.2019.04.78
7. **Fournier A, Cairat M, Severi G, Gunter MJ, Rinaldi S, Dossus L.** Use of menopausal hormone therapy and ovarian cancer risk in a French cohort study. *J Natl Cancer Inst*. Jun 8 2023;115(6):671-679. doi:10.1093/jnci/djad035
8. **Polterauer S, Grimm C, Seebacher V, et al.** Plasma fibrinogen levels and prognosis in patients with ovarian cancer: a multicenter study. *Oncologist*. Oct 2009;14(10):979-85. doi:10.1634/theoncologist.2009-0079

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHÂN THỨC Ở BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH SAU ĐỘT QUY

Nguyễn Hồng Quân¹, Phạm Cẩm Diệu Linh¹, Nguyễn Văn Hướng²,
Lê Đình Uy¹, Vũ Nguyên Bình¹, Trần Thị Hương¹, Nguyễn Thị Phương Nguyệt¹,
Tống Huyền Trang¹, Dương Thị Huyền Trang¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Diệu Linh

Email: pcdl.1123@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm rối loạn nhân thức và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân động kinh sau đột quy. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định động kinh sau đột quy, được quản lý và điều trị ngoại trú, nội trú tại khoa Nội Thần Kinh-Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 07/2025. Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Trong vòng 08/2024 đến

07/2025, có 52 bệnh nhân bị động kinh sau đột quỵ trong đó nam giới chiếm 69,2%, tuổi trung bình $63,6 \pm 16,4$ (16-86), đột quỵ nhồi máu 63,5%. Bệnh nhân có rối loạn nhận thức chiếm 67,3% trong đó rối loạn thần kinh nhận thức nhẹ 46,2% và rối loạn thần kinh nhận thức chủ yếu 21,1%. Có 59,6% bị rối loạn trí nhớ từ, 57,7% bị rối loạn trí nhớ thị giác – không gian và rối loạn trí nhớ hình chiếm 44,2%. Bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ chiếm tỷ lệ 34,6%, tỷ lệ có rối loạn chú ý và rối loạn chức năng điều hành là 26,9%, 19,2%. Tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, đột quỵ chảy máu, tổn thương vị trí thùy trán, thùy thái dương và ≥ 2 vùng tổn thương với tình trạng rối loạn nhận thức.

Kết luận: Rối loạn nhận thức ở bệnh nhân động kinh sau đột quỵ chiếm tỷ lệ cao (67,3%), chiếm tỷ lệ cao nhất là rối loạn trí nhớ từ (59,6%) và rối loạn trí nhớ thị giác không gian – thời gian (57,7%). Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, bệnh nhân đột quỵ chảy máu, có tổn thương thùy trán, thùy thái dương và ≥ 2 vùng tổn thương có nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn những bệnh nhân khác do đó cần lưu ý đánh giá tình trạng rối loạn nhận thức trên những đối tượng này. **Từ khóa:** Động kinh sau đột quỵ, rối loạn nhận thức.

SUMMARY

COGNITIVE IMPAIRMENT CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH POST STROKE EPILEPSY

Objective: To evaluate cognitive impairment characteristics and associated factors in patients with post-stroke epilepsy (PSE). **Subjects and Methods:** The study included patients diagnosed with post-stroke epilepsy who were managed and treated at the Department of Neurology, 108 Military Central Hospital, and the Neurology Center, Bach Mai Hospital, from August 2024 to July 2025. This was a prospective, cross-sectional descriptive study with convenience sampling. **Results:** From August 2024 to July 2025, 52 patients with post-stroke epilepsy were included, of whom 69.2% were male. The mean age was 63.6 ± 16.4 years (range: 16–86 years), and ischemic stroke accounted for 63.5% of cases. Cognitive impairment was observed in 67.3% of patients, with mild neurocognitive disorder in 46.2% and major neurocognitive disorder in 21.1%. Verbal memory impairment was present in 59.6% of patients, visuospatial memory impairment in 57.7%, and visual memory impairment in 44.2%. Language deficits were found in 34.6%, attention deficits in 26.9%, and executive dysfunction in 19.2%. Cognitive impairment was significantly associated with older age, hemorrhagic stroke, frontal and temporal lobe lesions, and involvement of two or more brain regions. **Conclusion:** Cognitive impairment is common in patients with post-stroke epilepsy (67.3%), with the highest prevalence observed in verbal memory impairment (59.6%) and visuospatial-temporal memory impairment (57.7%). Patients aged ≥ 60 years, those with hemorrhagic stroke, frontal and temporal lobe involvement, or ≥ 2 affected brain regions are at higher risk and should be carefully assessed for cognitive dysfunction. **Keywords:** Post-stroke epilepsy, cognitive impairment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một trong những rối loạn thần kinh nghiêm trọng phổ biến ảnh hưởng đến khoảng 50 triệu người trên thế giới tính đến năm 2020¹. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc động kinh dao động trong khoảng 0,45% đến 0,75%². Động kinh có thể có tác động xấu đến sức khỏe xã hội, chi phí y tế và tâm lý cho người bệnh.

Trong đó, đột quỵ (nhồi máu hoặc chảy máu) là nguyên nhân quan trọng gây ra bệnh động kinh ở người trưởng thành, đặc biệt là ở người cao tuổi. Động kinh sau đột quỵ là bệnh lý xuất phát từ tổn thương não nên ngoài các ảnh hưởng do cơn động kinh gây nên, bệnh nhân còn có thể tổn thương các chức năng cao cấp khác của vỏ não, trong đó có chức năng nhận thức. Van Tulji và cộng sự báo cáo rằng: bệnh nhân mắc động kinh sau đột quỵ có điểm kiểm tra trạng thái tâm thần tối thiểu thấp hơn so với bệnh nhân chỉ bị đột quỵ não³, đặc biệt tại các vị trí liên quan đến chức năng nhận thức. Đây là chức năng rất quan trọng đối với mỗi người. Các ảnh hưởng của rối loạn nhận thức đến cuộc sống hàng ngày tiến triển nặng dần, tùy theo mức độ trầm trọng của bệnh làm người bệnh bị phụ thuộc một phần hay toàn bộ vào người thân.

Ở nước ta trước kia, rối loạn nhận thức chưa được quan tâm đúng mức. Trong cộng đồng, đa số người dân cho rằng đây là bệnh của tuổi già và không chữa được, còn với bệnh nhân động kinh sau đột quỵ thì việc dự phòng tái phát cơn động kinh và tái phát đột quỵ thường được quan tâm chú trọng hơn, nhưng chức năng nhận thức chưa được chú ý nhiều. Ngày nay nhờ sự phát triển của kinh tế, xã hội và y học, chất lượng cuộc sống của con người ngày càng được nâng cao. Việc phục hồi chức năng nhận thức cho bệnh nhân động kinh sau đột quỵ đã trở thành một mục tiêu lớn, không chỉ nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh mà còn làm giảm gánh nặng cho gia đình, cộng đồng, xã hội và tiết kiệm ngân sách quốc gia. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "*Một số đặc điểm rối loạn nhận thức ở bệnh nhân động kinh sau đột quỵ*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ddoongj kinh sau đột quy, được quản lý và điều trị ngoại trú, nội trú tại khoa Nội Thần Kinh-viện Thần Kinh-Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 07/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Những bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đã được chẩn đoán xác định là động kinh sau đột quy bởi các bác sĩ chuyên khoa Thần kinh.

- Có bằng chứng xác định tổn thương do đột quy qua chẩn đoán lâm sàng kết hợp phim chụp CLVT hoặc CHT sọ não.

- Thời gian xảy ra đột quy ≥ 3 tháng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tiền sử bệnh lý thần kinh trung ương tiến triển (ví dụ: bệnh Parkinson, Alzheimer và sa sút trí tuệ khác, bệnh lý thoái hóa myelin).

- Tiền sử chấn thương sọ não.

- Tiền sử lạm dụng chất gây nghiện.

- Tiền sử suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ trước đó (xác định thông qua bệnh nhân và người nhà bệnh nhân thời kỳ trước khi bị đột quy).

- Bệnh nhân bị câm, khiếm thị hoặc khiếm thính (không hợp tác khám bệnh).

- Bệnh lý tâm thần nghiêm trọng (ví dụ: tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực).

- Bệnh nhân đang bị bệnh cấp tính, hoặc đợt cấp của bệnh mạn tính, khối u, bệnh ung thư.

- Bệnh nhân có tái phát đột quy trong vòng 3 tháng.

- Các trường hợp không hợp tác khám và làm trắc nghiệm đánh giá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu:

* Bước 1: Chẩn đoán xác định động kinh sau đột quy:

- Chẩn đoán cơn động kinh: phân loại theo hướng dẫn phân loại 2017 của Liên hội Chống Động kinh Quốc tế.

- Khám lâm sàng tâm-thần kinh và nội chung để loại trừ những trường hợp không phù hợp với nghiên cứu (đã nêu ở mục tiêu chuẩn loại trừ).

* Bước 2: Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được khám lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất. Để tránh được những tác động có thể xảy ra của cơn động kinh đối với chức năng nhận thức, bệnh nhân được lên kế hoạch cho buổi đánh giá ít nhất 72h sau cơn động kinh cuối cùng.

* Bước 3: Các xét nghiệm cận lâm sàng và Test tâm lý thần kinh.

- Xét nghiệm thường qui: Công thức máu, sinh hoá máu, điện tim, điện não đồ và/hoặc điện não đồ video, chụp X quang tim phổi

- Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh: Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não và /mạch não hoặc cộng hưởng từ (CHT) não và /mạch não: đánh giá vị trí, số lượng tổn thương.

- Làm các trắc nghiệm thần kinh- tâm lý: Người bệnh sẽ được làm một lần tại phòng khám Đánh giá nhận thức Thần kinh, Bệnh viện TƯQĐ 108 và Bệnh viện Bạch Mai, làm ít nhất 72 giờ sau cơn động kinh xảy ra. Bộ trắc nghiệm thần kinh – tâm lý bao gồm:

a) Đánh giá nhận thức tổng quát: sử dụng trắc nghiệm kiểm tra trạng thái tâm trí thu nhỏ của Folstein (Mini Mental state Examination/ MMSE)⁴

b) Đánh giá rối loạn trí nhớ⁴

c) Đánh giá tình trạng ngôn ngữ⁴

e) Đánh giá chức năng điều hành⁴

f) Chức năng thị giác – không gian⁴

g) Tốc độ vận động thị giác⁴

h) Đánh giá hoạt động đời sống hàng ngày bằng dụng cụ⁴

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các biến số về đặc điểm chung của đối tượng: Tuổi, giới, trình độ văn hóa, nghề nghiệp

- Các biến số về đặc điểm liên quan bệnh động kinh sau đột quy: Kiểu đột quy, thời gian mắc động kinh sau đột quy, tần suất cơn, loại cơn động kinh, vị trí tổn thương, vị trí tổn thương theo động mạch (nhồi máu não).

- Các biến số về đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức: Rối loạn nhận thức chung, loại rối loạn nhận thức

2.2.4. Xử lý số liệu: Nhập số liệu phần mềm excel 2016, xử lý số liệu phần mềm SPSS 22. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng mean $\pm$ SD, các biến định tính được trình bày bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm: các biến định lượng, nếu phân phối chuẩn, sử dụng kiểm định t độc lập (Independent Samples t-test) để so sánh trung bình giữa hai nhóm. Nếu dữ liệu không phân phối chuẩn, sử dụng kiểm định Mann–Whitney U. Với các biến định tính, so sánh tỷ lệ giữa các nhóm bằng kiểm định Chi-square (χ^2). Trường hợp số quan sát quá nhỏ (tần suất <5), sử dụng kiểm định chính xác Fisher (Fisher's Exact Test). Mức ý nghĩa thống kê được thiết lập là $p < 0,05$. Để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tình trạng rối loạn nhận thức, tính odds ratio (OR) kèm theo khoảng tin cậy 95% (95%CI).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		(n=52)	
		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi	<60	17	32,7
	≥60	35	67,3
	Tuổi trung bình	63,6±16,4 (16-86)	
Giới	Nam	36	69,2
	Nữ	16	30,8
Kiểu đột quy	Nhồi máu	19	36,5
	Chảy máu	33	63,5

Nhận xét: Trong 52 bệnh nhân nghiên cứu có 35 bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ 67,3%. 17 bệnh nhân < 60 tuổi chiếm tỷ lệ 32,7%. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 63,6±16,4 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân đột quy nhồi máu não và đột quy chảy máu não tương ứng là 36,5% (19 bệnh nhân) và 63,5% (33 bệnh nhân).

Bảng 3.2. Đặc điểm cơn động kinh và vị trí tổn thương

Đặc điểm cơn động kinh		(n=52)	
		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Loại cơn động kinh	Khởi phát cục bộ không suy giảm ý thức	22	42,3
	Khởi phát cục bộ có suy giảm ý thức	29	55,8
	Cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên	20	38,5
	Không rõ kiểu khởi phát	5	9,6
	≥ 2 loại cơn động kinh	20	38,5
Vị trí	Thùy trán	35	67,3
	Thùy đỉnh	28	53,8
	Thùy chẩm	9	17,3
	Thùy thái dương	31	59,6
	Thân và tiểu não	2	3,8
	≥ 2 vùng tổn thương	35	67,3

Nhận xét: Cơn khởi phát cục bộ có suy giảm ý thức có tỷ lệ cao nhất 55,8%, cơn khởi phát cục bộ không suy giảm ý thức 42,3%. Cơn cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên và ≥ 2 loại cơn động kinh cùng chiếm tỷ lệ 38,5%. Không rõ kiểu khởi phát chiếm tỷ lệ thấp nhất 9,6%. Bệnh nhân có tần suất cơn thưa chiếm tỷ

lệ 61,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có tần suất cơn trung bình và dày lần lượt là 28,8% và 9,6%.

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức

Đặc điểm rối loạn nhận thức		(n= 52)	
		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rối loạn nhận thức	Không rối loạn nhận thức	17	37,7
	Rối loạn thần kinh nhận thức nhẹ	24	46,2
	Rối loạn thần kinh nhận thức chủ yếu	11	21,1
Rối loạn trí nhớ	Rối loạn trí nhớ từ	31	59,6
	Rối loạn trí nhớ hình	23	44,2
	Rối loạn trí nhớ thị giác-không gian	30	57,7
Rối loạn không phải trí nhớ	Rối loạn ngôn ngữ	18	34,6
	Rối loạn chú ý	14	26,9
	Rối loạn chức năng điều hành	10	19,2

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có rối loạn thần kinh nhận thức nhẹ 46,2%. Có 17 bệnh nhân không rối loạn nhận thức chiếm 37,7%. Rối loạn thần kinh nhận thức chủ yếu chiếm tỷ lệ ít nhất 21,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn trí nhớ từ và rối loạn trí nhớ thị giác – không gian lần lượt là 59,6% và 57,7%. Bệnh nhân bị rối loạn trí nhớ hình chiếm tỷ lệ cao nhất 44,2%. Trong các rối loạn không phải trí nhớ rối loạn ngôn ngữ chiếm tỷ lệ 34,6%, rối loạn chú ý và rối loạn chức năng điều hành chiếm tỷ lệ ít hơn tương ứng 26,9% và 19,2%.

Bảng 3.4. Liên quan nhóm tuổi với rối loạn nhận thức

Nhóm tuổi	Rối loạn nhận thức			
	Không rối loạn nhận thức		Rối loạn ít nhất 1 chức năng nhận thức	
	n	%	n	%
< 60	11	67,4	6	35,6
≥ 60	6	17,1	29	82,9

p < 0,05 (0,01)

Nhận xét: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi có 82,9% rối loạn ít nhất một chức năng nhận thức chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm bệnh nhân < 60 tuổi (35,6%) với p<0,05.

Bảng 3.5. Liên quan kiểu đột quy và tần suất cơn với rối loạn nhận thức

Đặc điểm		Rối loạn nhận thức			
		Không rối loạn nhận thức		Rối loạn ít nhất 1 chức năng nhận thức	
		n	%	n	%
Kiểu đột quy	Nhồi máu não	15	45,5	18	54,5
	Chảy máu não	2	10,5	17	89,5
	OR:7,083	p< 0,05(0,01). 95%CI (1,41-35,7)			

Tần suất cơn	Thừa (1)	16	50	16	50
	Trung bình (2)	1	23,5	14	76,5
	Dày (3)	0	0	5	100
	OR ^{2,1} :14	p ^{2,1} < 0,05. p ^{3,1} > 0,05			

Nhận xét: Bệnh nhân đột quỵ chảy máu não có tỷ lệ rối loạn ít nhất một chức năng nhận thức cao hơn 7,083 lần so với bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não OR:7,083, 95%CI (1,41-35,7) với p < 0,05. Bệnh nhân tần suất cơn trung bình và

dày có tỷ lệ rối loạn nhận thức cao hơn so với bệnh nhân có tần suất cơn thừa. Tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tần suất cơn trung bình so với nhóm tần suất cơn thừa. Với p < 0,05 và OR^{2,1}:14

Bảng 3.6. Liên quan loại cơn động kinh với rối loạn nhận thức

Loại cơn động kinh	Rối loạn nhận thức				p
	Không rối loạn nhận thức		Rối loạn ít nhất một chức năng nhận thức		
	n	%	n	%	
Khởi phát cục bộ không suy giảm ý thức	11	50%	11	50%	>0,05
Khởi phát cục bộ có suy giảm ý thức	5	17,2%	24	82,8%	<0,05; OR: 5,24
Cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên	4	20%	16	80%	>0,05
Không rõ kiểu khởi phát	2	40%	3	60%	>0,05; *Fisher's- Exact Test
≥ 2 loại cơn động kinh	3	15%	15	85%	< 0.05 OR:4.41

Nhận xét: có mối liên quan giữa cơn khởi phát cục bộ có suy giảm ý thức với tình trạng rối loạn nhận thức với p < 0,05 và OR: 5,24. Bệnh nhân ≥ 2 loại cơn động kinh có nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn với OR:4,41 và p < 0,05.

Bảng 3.7. Liên quan vị trí tổn thương với rối loạn nhận thức

Vị trí tổn thương	Rối loạn nhận thức				P
	Không rối loạn nhận thức		Rối loạn ít nhất một chức năng nhận thức		
	n	%	n	%	
Thùy trán	8	22,9%	27	77,1%	<0,05, OR:3,80
Thùy đỉnh	9	32,1%	19	67,9%	>0,05
Thùy chẩm	3	33,3%	6	66,7%	>0,05; *Fisher's- Exact Test
Thùy thái dương	5	16,1	26	83,9	<0,05, OR: 5,63
Thân – tiểu não	1	50%	1	50%	>0,05; *Fisher's- Exact Test
≥ 2 vùng tổn thương	8	22,2%	28	77,8%	<0,05, OR: 4,5

Nhận xét: Bệnh nhân tổn thương thùy trán, thùy thái dương và có ≥ 2 vùng tổn thương có nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn với OR tương ứng là 3,8, 5,63 và 4,5 (p < 0,05)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 63,6±16,4 (16-86) tuổi, tuổi thấp nhất là 16 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 86 tuổi, phần lớn các bệnh nhân trên 60 tuổi (67,3%). Lê Đình An, Nguyễn Hồng Quân, Ngô Tiến Tuấn (2023) nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến cơn động kinh sớm sau đột quỵ trên lều, nghiên cứu tiến hành trên 1061 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 61,5 ± 12,3 tuổi⁵. Một nghiên cứu khác của J.H. van Tuijl, E.P.M.

van Raak và cộng sự (2020) nghiên cứu về nhận thức và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân động kinh sau đột quỵ, bệnh nhân động kinh sau đột quỵ có tuổi trung bình là 63,4 ± 13,1 tuổi³, kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Các kết quả này phản ánh thực tế rằng động kinh sau đột quỵ thường gặp ở người cao tuổi, do nguy cơ đột quỵ tăng lên theo tuổi.

Trên 52 bệnh nhân nghiên cứu bị động kinh sau đột quỵ trong đó đột quỵ nhồi máu chiếm đa số với tỷ lệ 63,5% (33/52), chảy máu não chiếm tỷ lệ thấp hơn với 36,5% (19/52). Nghiên cứu của Lê Đình An và cộng sự (2023) trên nhóm có cơn động kinh sau đột quỵ thấy nhồi máu não chiếm 82%, chảy máu não 13,1%, chuyển dạng chảy máu não 4,9%⁵. Nghiên cứu của J.H. van

Tuijl và cộng sự (2020) thì tỷ lệ đột quy nhồi máu não chiếm đa số % (31/36)³.

Cơ khởi phát cục bộ chiếm 98,1% (42,3% không suy giảm ý thức + 55,8% có suy giảm ý thức). Điều này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, nơi cơn khởi phát cục bộ thường chiếm ưu thế trong động kinh sau đột quy do tổn thương não khu trú ví dụ: sau đột quy vỏ não. Theo Bladin et al. (2000) khoảng 80-90% cơn động kinh sau đột quy là khởi phát cục bộ⁶. Cơ cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên chiếm 38,5%, số lượng nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với mức trung bình quốc tế, thường dao động từ 20-30%. Điều này có thể phản ánh đặc điểm nhóm bệnh nhân có tổn thương nghiêm trọng hơn hoặc liên quan đến đột quy chảy máu, vốn thường gây tỷ lệ co giật toàn thể hóa cao hơn. Trường hợp có ≥ 2 loại cơn động kinh trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ khá cao 38,5%, cho thấy sự phức tạp của động kinh sau đột quy trong nhóm này, có thể liên quan đến tổn thương đa dạng hoặc tái phát đột quy. Đối với cơn động kinh không rõ kiểu khởi phát trong nghiên cứu chúng tôi chiếm tỷ lệ 9,6%. Về đặc điểm tần suất cơn động kinh nghiên cứu của chúng tôi có cơn thưa (<1 cơn/tháng) chiếm đa số với tỷ lệ 61,5% cho thấy phần lớn bệnh nhân nghiên cứu có tần suất cơn thấp.

4.2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức ở bệnh nhân động kinh sau đột quy. Bệnh nhân có rối loạn nhận thức (bao gồm nhẹ và chủ yếu) chiếm 67,3% (35/52), trong đó rối loạn nhận thức nhẹ là phổ biến nhất (46,2%), tiếp theo là rối loạn nhận thức chủ yếu (21,1%), và 37,7% không có rối loạn nhận thức. Tỷ lệ cao của rối loạn nhận thức trong nhóm này phản ánh ảnh hưởng đáng kể của động kinh sau đột quy lên chức năng nhận thức, có thể do tổn thương não từ đột quy kết hợp với tác động của các cơn co giật tái phát. So sánh với nghiên cứu của Arntz và cộng sự (2015) tỷ lệ rối loạn nhận thức ở bệnh nhân động kinh sau đột quy đạt khoảng 70%, gần tương đồng với 67,3% trong nghiên cứu này⁷. Sự tương đồng về tỷ lệ tổng thể cho thấy động kinh sau đột quy là yếu tố nguy cơ quan trọng gây suy giảm nhận thức, bất kể thời gian theo dõi.

Rối loạn trí nhớ là đặc điểm lâm sàng nổi bật ở bệnh nhân động kinh sau đột quy, với tỷ lệ rối loạn trí nhớ từ cao nhất (59,6%), tiếp theo là rối loạn trí nhớ thị giác-không gian (57,7%), và rối loạn trí nhớ hình thấp nhất (44,2%). Các tỷ lệ này không loại trừ lẫn nhau, cho thấy nhiều bệnh nhân có thể đồng thời gặp nhiều loại rối

loạn trí nhớ. Điều này phản ánh tổn thương nhận thức lan tỏa, có thể do tác động kép của tổn thương cấu trúc từ đột quy và ảnh hưởng của các cơn động kinh tái phát. Nghiên cứu của Sun và cộng sự (2014) báo cáo tỷ lệ rối loạn trí nhớ từ ở bệnh nhân sau đột quy là 48%, rối loạn trí nhớ thị giác-không gian khoảng 40%, và trí nhớ hình khoảng 35%⁸. Các con số này thấp hơn so với nghiên cứu, có thể do nhóm của Sun không tập trung riêng vào bệnh nhân động kinh sau đột quy, mà bao gồm cả những người không có cơn co giật. Tỷ lệ cao của rối loạn trí nhớ từ (59,6%) và thị giác-không gian (57,7%) cho thấy bệnh nhân gặp khó khăn trong giao tiếp và định hướng, ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt hàng ngày. Rối loạn trí nhớ hình (44,2%) tuy thấp hơn nhưng vẫn quan trọng, vì nó liên quan đến khả năng ghi nhớ sự kiện, làm tăng nguy cơ sa sút trí tuệ. Kết quả này nhấn mạnh nhu cầu đánh giá chi tiết chức năng trí nhớ và can thiệp sớm qua phục hồi nhận thức hoặc điều chỉnh thuốc.

Các rối loạn nhận thức không phải trí nhớ xảy ra với tỷ lệ đáng kể ở bệnh nhân động kinh sau đột quy, với rối loạn ngôn ngữ cao nhất (34,6%), tiếp theo là rối loạn chú ý (26,9%), rối loạn chức năng điều hành thấp nhất (19,2%). Các rối loạn này có thể chồng lấp ở một số bệnh nhân, phản ánh tổn thương nhận thức đa dạng do tác động kép của đột quy và động kinh. Nghiên cứu của Sun và cộng sự (2014) ghi nhận rối loạn ngôn ngữ ở 28%, rối loạn chú ý 22%, và rối loạn chức năng điều hành 18% ở bệnh nhân sau đột quy⁸. Các tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu hiện tại, nhấn mạnh vai trò của động kinh trong việc làm trầm trọng thêm suy giảm nhận thức. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của đánh giá toàn diện và điều trị cá nhân hóa.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhận thức ở bệnh nhân động kinh sau đột quy. Có mối liên quan giữa tuổi tác và rối loạn nhận thức ở bệnh nhân động kinh sau đột quy. Nhóm dưới 60 tuổi có tỷ lệ không rối loạn nhận thức cao (67,4%) và tỷ lệ rối loạn thấp (35,6%), trong khi nhóm từ 60 tuổi trở lên có tỷ lệ rối loạn nhận thức cao hơn đáng kể (82,9%) và tỷ lệ không rối loạn thấp (17,1%). Giá trị $p < 0,05$ (cụ thể là 0,01) xác nhận rằng tuổi tác là yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến mức độ rối loạn nhận thức. Kết quả này cho thấy người cao tuổi (≥ 60) có nguy cơ suy giảm nhận thức cao hơn khi mắc động kinh sau đột quy, có thể do sự suy giảm dự trữ nhận thức và tổn thương não tích lũy theo tuổi. Nghiên cứu của Sun và cộng sự (2014) ở bệnh nhân sau đột quy,

tỷ lệ rối loạn nhận thức ở nhóm ≥ 60 tuổi là 65%⁸. Tỷ lệ rối loạn nhận thức cao ở nhóm ≥ 60 tuổi (82,9%) cho thấy người cao tuổi là nhóm nguy cơ cần ưu tiên sàng lọc và can thiệp.

Trong nhóm nhồi máu não (ischemic stroke) có 18 bệnh nhân (54,5%) có rối loạn ít nhất một chức năng nhận thức thấp hơn so với nhóm chảy máu não (89,5% có rối loạn ít nhất một chức năng nhận thức), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0,01$ và Odds Ratio – (OR) là 7,083. Kết quả này phù hợp với một số bằng chứng trong y văn cho rằng chảy máu não thường dẫn đến mức độ tổn thương não nghiêm trọng hơn so với nhồi máu não, do các yếu tố như áp lực nội sọ tăng, tổn thương mô lan rộng từ khối máu tụ, và viêm thần kinh sau xuất huyết. Nghiên cứu của Rost et al. (2022) chỉ ra rằng chảy máu não có nguy cơ gây suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ sau đột quỵ cao hơn so với nhồi máu não⁹.

Tần suất cơn động kinh sau đột quỵ có liên quan đến rối loạn nhận thức. Bệnh nhân tần suất cơn động kinh “trung bình” có tỷ lệ rối loạn nhận thức 76,5% cao hơn ở nhóm tần số cơn động kinh thưa (50%) với $OR_{2,1} = 14$ và $p_{2,1} < 0,05$. Ở nhóm tần suất cơn “dày”, 100% bệnh nhân có rối loạn nhận thức, nhưng $p_{3,1} > 0,05$, điều này có thể lý giải do cỡ mẫu nhỏ ($n = 5$). Arntz et al. (2013) chỉ ra rằng động kinh sau đột quỵ tái phát thường xuyên có thể làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh lâu dài, bao gồm cả suy giảm nhận thức⁷. Một số nguyên nhân khiến tần suất cơn động kinh cao liên quan đến rối loạn nhận thức: Tổn thương thần kinh tích lũy: Các cơn co giật lặp lại gây stress oxy hóa và mất neuron, đặc biệt ở hồi hải mã. Rối loạn mạng lưới thần kinh: Co giật thường xuyên làm gián đoạn kết nối chức năng giữa các vùng não, dẫn đến suy giảm nhận thức. Viêm thần kinh: Tần suất cơn cao có thể kích hoạt phản ứng viêm kéo dài, làm trầm trọng thêm tổn thương não sau đột quỵ.

Cơ khởi phát cục bộ có suy giảm ý thức có tỷ lệ rối loạn nhận thức (82,8%), $OR = 5,24$, $p < 0,05$, cho thấy nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn 5,24 lần so với nhóm không suy giảm ý thức điều này do cơn có suy giảm ý thức có thể liên quan đến tổn thương lan tỏa hoặc ảnh hưởng đến các vùng não điều khiển ý thức (như đồi thị, vỏ não trước trán), gây rối loạn nhận thức. Bệnh nhân có ≥ 2 loại cơn động kinh: Tỷ lệ rối loạn nhận thức là 85%, $OR = 4,41$, $p < 0,05$, nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn 4,41 lần so với nhóm có một loại cơn động kinh điều này có thể lý do sự xuất hiện của nhiều loại cơn có thể

phản ánh tổn thương đa ổ hoặc mạng lưới thần kinh bất ổn, làm tăng nguy cơ suy giảm nhận thức. Các loại cơn khác (khởi phát cục bộ không suy giảm ý thức, cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên, không rõ kiểu khởi phát) có tỷ lệ rối loạn nhận thức từ 50-80%, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này cũng tương đồng một số nghiên cứu khác: Ferro & Pinto (2004) các cơn động kinh phức tạp (như có suy giảm ý thức hoặc toàn thể hóa) thường liên quan đến tổn thương thần kinh nghiêm trọng hơn, bao gồm suy giảm nhận thức¹⁰.

Bệnh nhân tổn thương thùy thái dương có tỷ lệ rối loạn nhận thức cao nhất (83,9%), $OR = 5,63$, $p < 0,05$, thùy trán có tỷ lệ rối loạn nhận thức 77,1%, $OR = 3,80$, $p < 0,05$. Bệnh nhân có ≥ 2 vùng tổn thương tỷ lệ rối loạn nhận thức 77,8%, $OR = 4,50$, $p < 0,05$. Các vùng khác (thùy đỉnh, thùy chẩm, thân – tiểu não) có tỷ lệ rối loạn nhận thức từ 50-67,9%, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), có thể do cỡ mẫu nhỏ hoặc ảnh hưởng ít hơn đến nhận thức. Điều này có thể giải thích tổn thương thùy thái dương, đặc biệt là hồi hải mã, có thể làm gián đoạn trí nhớ và học tập. Thùy trán có liên quan đến chức năng điều hành và ra quyết định, tổn thương gây rối loạn nhận thức phức tạp. Bệnh nhân ≥ 2 vùng tổn thương tổn thương đa vùng có thể phá vỡ mạng lưới thần kinh toàn cục, làm tăng nguy cơ suy giảm nhận thức. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu Arntz et al (2013) ghi nhận rằng tổn thương thùy trán và thái dương có liên quan đến động kinh sau đột quỵ tái phát, có thể làm trầm trọng thêm rối loạn nhận thức⁷. Sun et al. (2014) trong nghiên cứu về động kinh sau đột quỵ cho thấy tổn thương thùy thái dương và đa vùng có tỷ lệ động kinh cao hơn, đồng thời liên quan đến suy giảm nhận thức⁸.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn nhận thức ở bệnh nhân động kinh sau đột quỵ chiếm tỷ lệ cao (67,3%), cao nhất là rối loạn trí nhớ từ (59,6%) và rối loạn trí nhớ thị giác không gian – thời gian (57,7%). Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, đột quỵ chảy máu, có tổn thương thùy trán, thùy thái dương và từ 2 vùng tổn thương trở lên có nguy cơ rối loạn nhận thức cao hơn những bệnh nhân khác do đó cần lưu ý đánh giá tình trạng rối loạn nhận thức trên những đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ghosh S, Sinha JK, Khan T, et al. Pharmacological and Therapeutic Approaches in

- the Treatment of Epilepsy. *Biomedicines*. Apr 25 2021;9(5)doi:10.3390/biomedicines9050470
2. **Tuan NA, Cuong le Q, Allebeck P, Chuc NT, Persson HE, Tomson T.** The incidence of epilepsy in a rural district of Vietnam: a community-based epidemiologic study. *Epilepsia*. Dec 2010;51(12): 2377-83. doi:10.1111/j.1528-1167.2010.02699.x
 3. **van Tuijl JH, van Raak EPM, van Oostenbrugge RJ, Aldenkamp AP, Rouhl RPW.** Cognition and quality of life in patients with poststroke epilepsy: A case-control study. *Epilepsy Behav*. Mar 2020;104(Pt B):106444. doi:10.1016/j.yebeh.2019.106444
 4. **Harvey PD.** Domains of cognition and their assessment *Dialogues Clin Neurosci*. Sep 2019;21(3): 227-237. doi:10.31887/DCNS.2019.21.3/pharvey
 5. **Lê Đình An NHQ.** 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. *Tạp chí y dược lâm sàng* 108. 2023;7/2023(18):7-14.
 6. **Bladin CF, Alexandrov AV, Bellavance A, et al.** Seizures after stroke: a prospective multicenter study. *Arch Neurol*. Nov 2000;57(11): 1617-22. doi:10.1001/archneur.57.11.1617
 7. **Arntz R, Rutten-Jacobs L, Maaijwee N, et al.** Post-stroke epilepsy in young adults: a long-term follow-up study. *PLoS One*. 2013;8(2):e55498. doi:10.1371/journal.pone.0055498
 8. **Sun JH, Tan L, Yu JT.** Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management. 2014;(2305-5839 (Print))
 9. **Rost NA-O, Brodtmann AA-O, Pase MP, et al.** Post-Stroke Cognitive Impairment and Dementia. (1524-4571 (Electronic))
 10. **Ferro JM, Pinto F.** Poststroke epilepsy: epidemiology, pathophysiology and management. 2004;(1170-229X (Print))