BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ
**ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

**LÊ VIẾT THẮNG**

# ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT ĐỘNG KINH THÙY THÁI DƯƠNG

Chuyên ngành: Ngoại Thần kinh - Sọ não
Mã số: 62720127

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

Người hướng dẫn khoa học:
**1. TS.BS. NGUYỄN MINH ANH**
**2. TS.BS. NGUYỄN PHONG**

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH – NĂM 2021

Công trình được hoàn thành tại:

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

1. TS.BS. NGUYỄN MINH ANH
2. TS.BS. NGUYỄN PHONG

Phản biện 1: ……

Phản biện 2 ……

Phản biện 3: ……

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Trường họp tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP.HCM
- Thư viện Đại học Y Dược TP.HCM

# DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Lê Viết Thắng (2021), "Vai trò cộng hưởng từ 3 Tesla trong động kinh thùy thái dương", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2, tr.125-128
2. Lê Viết Thắng (2021), "Phẫu thuật điều trị động kinh thùy thái dương", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2, tr.182-184.

# GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

## 1. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Động kinh (ĐK) là một trong những bệnh lý thần kinh mạn tính thường gặp nhất. Động kinh ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi, chủng tộc và mọi tầng lớp kinh tế xã hội. Mục tiêu của điều trị động kinh là kiểm soát hoàn toàn và lâu dài động kinh mà không có bất kì tác dụng phụ nghiêm trọng. Mặc dù với sự phát triển không ngừng các thuốc chống động kinh thế hệ mới nhưng có khoảng 30% bệnh nhân động kinh vẫn tiếp tục còn động kinh. Động kinh thùy thái dương (ĐKTTD) là động kinh cục bộ thường gặp nhất ở người trưởng thành, có tỉ lệ kháng thuốc cao.

Để thực hiện thành công nghiên cứu này, chúng tôi đưa ra một số câu hỏi nghiên cứu mà chưa có những báo cáo chính thức trong nước đề cập: phẫu thuật động kinh thùy thái dương hiệu quả như thế nào? Phẫu thuật này có độ an toàn bao nhiêu? Yếu tố nào quan trọng giúp kiểm soát cơn động kinh sau phẫu thuật? Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài*: "Điều trị phẫu thuật động kinh thùy thái dương"*, nhằm giải quyết các vấn đề trên.

## 2. Mục tiêu nghiên cứu:

- Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ĐKTTD theo phân loại Engel.

- Xác định mối liên quan các yếu tố trước phẫu thuật: lâm sàng, cộng hưởng từ, điện não đồ của ĐKTTD và kết quả điều trị sau phẫu thuật.

## 3. Những đóng góp mới của luận án

Đề tài góp phần làm sáng tỏ các đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ và điện não đồ của ĐKTTD, kết quả điều trị sau phẫu thuật kiểm

soát cơn động kinh theo phân loại của Engel. Đề tài tìm mối liên quan giữa những biến số trước mổ và biến số kết cục sau phẫu thuật.

**4. Bố cục luận án:**

Luận án gồm 126 trang với phần đặt vấn đề 2 trang, tổng quan tài liệu 35 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 26 trang, kết quả nghiên cứu 25 trang, bàn luận 34 trang, kết luận 2 trang, hạn chế 1 trang, kiến nghị 1 trang. Số lượng các bảng là 36, biểu đồ 12 và 27 hình. Luận án có 184 tài liệu tham khảo với 19 tài liệu tiếng Việt và 165 tài liệu tiếng Anh.

# CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## 1.1. Định nghĩa và phân loại động kinh

Cơn động kinh là tình trạng rối loạn tạm thời về ý thức, vận động, cảm giác, thần kinh tự động do sự phóng điện đột ngột quá mức nhất thời của một số tế bào thần kinh.

Hình 1.1: Bảng phân loại ILAE 2017 các kiểu động kinh phiên bản đơn giản

## 1.2. Động kinh kháng thuốc

Liên hội chống động kinh quốc tế (ILAE) định nghĩa động kinh kháng thuốc là thất bại điều trị khi sử dụng hai loại thuốc chống động kinh (AED) đúng phác đồ, đủ liều lượng, và có thể dung nạp được nhưng không duy trì được tình trạng không cơn động kinh kéo dài.

Tình trạng không cơn động kinh kéo dài khi bệnh nhân không có cơn động kinh ít hơn 12 tháng hay thời gian không có cơn động kinh nào lớn hơn 3 lần thời gian dài nhất trong cơn trong quá khứ.

### 1.3. Đánh giá trước phẫu thuật động kinh thùy thái dương

#### 1.3.1. Cộng hưởng từ (CHT)

Mục đích chủ yếu của cộng hưởng từ ở bệnh nhân động kinh là xác định tổn thương cấu trúc bất thường. Những tổn thương này cần đòi hỏi điều trị đặc biệt, CHT độ phân giải cao (1,5 Tesla và 3 Tesla) sử dụng đánh giá trong bệnh nhân động kinh cần phải có phác đồ riêng để phát hiện những tổn thương liên quan đến động kinh như xơ hóa hải mã, u mạch máu dạng hang, u não độ ác thấp, dị dạng mạch máu não, loạn sản vỏ não khu trú.

#### 1.3.2. Điện não đồ

Điện não có thể giúp xác định vùng vỏ não kích thích ngoài cơn và vùng khởi phát cơn động kinh thùy thái dương. Điện não liên tục có ghi hình giúp mô tả tính chất cơn động kinh. Cơn động kinh có thể khởi phát bằng việc giảm liều thuốc chống động kinh và gây mất ngủ.

## CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca, có so sánh trước và sau can thiệp. Biến cố kết cục là kiểm soát cơn động kinh, tính an toàn (tỉ lệ tử vong, tai biến trong mổ, biến chứng sớm sau mổ) và biến cố độc lập (các đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ, điện não đồ trước mổ) ảnh hưởng biến cố kết cục.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán động kinh thùy thái dương có sang thương trên cộng hưởng từ sọ não phù hợp điện não đồ ngoài da

(lâm sàng – hình ảnh học – điện sinh lý) tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ 01/01/2016 đến 31/12/2020.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh**
  - Lâm sàng có động kinh thùy thái dương
  - Tổn thương não sinh động kinh (EL) thùy thái dương trên cộng hưởng từ.
  - Sóng chậm và/hay hoạt động phóng điện dạng động kinh ngoài cơn (IED) trên điện não đồ ngoài da (EEG và/hay vEEG) phù hợp với triệu chứng lâm sàng và cùng vị trí tổn thương não trên cộng hưởng từ.
- **Tiêu chuẩn loại trừ**
  - Bệnh về tâm thần kinh nặng
  - Nhiều vùng EZ rải rác hai bán cầu
  - Bệnh thần kinh tiến triển

**2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Thời gian bắt đầu và kết thúc thu thập số liệu: từ 01/01/2016 đến 31/12/2020, khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, bệnh viện Nguyễn Tri Phương và bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

**2.4. Cỡ mẫu**

$$N = 2C\frac{(1-r)}{(ES)^2}$$

Trong đó:

$C = (Z\alpha/2 + Z\beta)^2$: với sai sót $\alpha = 0.01$, $\beta = 0.20$ thì $C = 13,33$.

r là hệ số tương quan giữa hai lần đánh giá là 0,7.

Chọn hệ số ảnh hưởng theo tác giả Jorgwellmer (2012) là 0,5.

Cỡ mẫu tính được $n = [2 \times 13,33 \times (1 - 0,7)]/(0,5)2 = 32$

Với tỉ lệ mất dấu ước tính là 10%, chọn tối thiểu là 32/0,9 = 35 bệnh nhân.

**2.5. Qui trình chụp cộng hưởng từ sọ não**

Tất cả bệnh nhân chụp CHT theo qui trình bệnh động kinh tại khoa chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh và bệnh viện Nguyễn Tri Phương. CHT thường quy ở bệnh nhân động kinh phát hiện các bất thường cấu trúc, tham số hình ảnh tối ưu (hướng cắt, độ dày lát cắt và chuỗi xung), mặt cắt vuông góc trục dài thùy thái dương. Chuỗi xung: T1W, T2W, FLAIR_FS, GRE trên mặt phẳng ngang, chuỗi xung T2W mặt phẳng trán và đứng dọc nhằm đánh giá bất thường tín hiệu. Chuỗi xung FLAIR mặt phẳng trán 3mm theo trục thùy thái dương trong xơ hóa hải mã; chuỗi xung T1W-IR (các lát cắt cách 1-3 mm) và kỹ thuật đo bề dầy chất xám vỏ não trong loạn sản vỏ não khu trú.

**2.6. Qui trình đo điện não đồ (EEG và vEEG)**

Tất cả bệnh nhân được đo điện não đồ theo qui trình khuyến cáo của bệnh viện lấy mẫu, dùng 21 điện cực và hệ thống 10-20. Điện cực thái dương T1/T2. ECG. Phương pháp đo hệ thống 10-20.

Tất cả người bệnh trong nghiên cứu được đo điện não đồ thường qui và vEEG theo qui trình chuẩn được bác sĩ thần kinh chuyên về động kinh và điện não đồ đề nghị và đọc kết quả.

**2.7. Phương pháp phân tích dữ liệu**

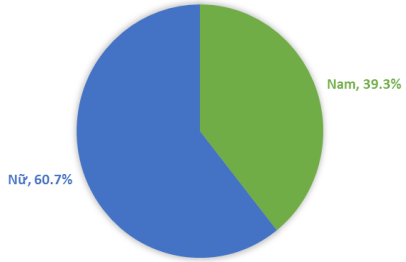
Từng bảng thu thập số liệu được kiểm tra mức độ hoàn tất, hợp lí và mức độ chính xác của số liệu. Tiến hành mã hóa dữ liệu theo qui ước cho từng biến số và toàn bộ số liệu thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

# CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

## 3.1. PHÂN BỐ THEO NHÓM TUỔI VÀ GIỚI

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

| Nhóm tuổi | Số bệnh nhân (n) | Tỉ lệ (%) |
|---|---|---|
| < 20 tuổi | 7 | 12,1 |
| 20 – 29 | 11 | 19,0 |
| 30 – 39 | 16 | 27,6 |
| 40 – 49 | 12 | 20,7 |
| 50 – 59 | 4 | 6,8 |
| > 60 tuổi | 8 | 13,8 |
| **Tổng cộng** | 58 | 100% |




Biểu đồ 3.1: Phân bố theo giới tính

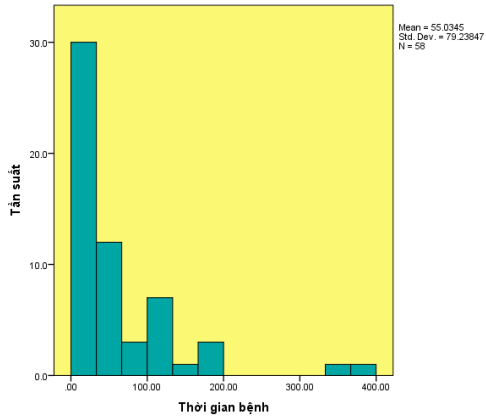
### 3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

#### 3.1.2.1. Tuổi khởi phát cơn động kinh đầu tiên

Bảng 3.2: Tuổi khởi phát cơn động kinh

| Nhóm tuổi | Tuổi khởi phát | Tỉ lệ (%) |
|---|---|---|
| < 20 tuổi | 18 | 31,0 |
| 20 – 29 | 9 | 15,5 |
| 30 – 39 | 10 | 17,2 |
| 40 – 49 | 9 | 15,5 |
| 50 – 59 | 5 | 8,6 |
| > 60 tuổi | 7 | 12,1 |
| **Tổng cộng** | 58 | 100% |

### 3.1.2.2. Thời gian bệnh




Biểu đồ 3.2: Thời gian bệnh

Thời gian bệnh trung bình từ khi khởi phát bệnh đến khi phẫu thuật là 55 tháng, SD = 79,2. Thời gian động kinh dưới 12 tháng, 22/58 trường hợp, chiếm tỉ lệ 37,9%. Đa số thời gian khởi phát đến lúc nhập viện từ 1 năm trở lên (62,1%).

### 3.1.2.3. Phân loại cơn động kinh

Bảng 3.3: Phân loại cơn động kinh

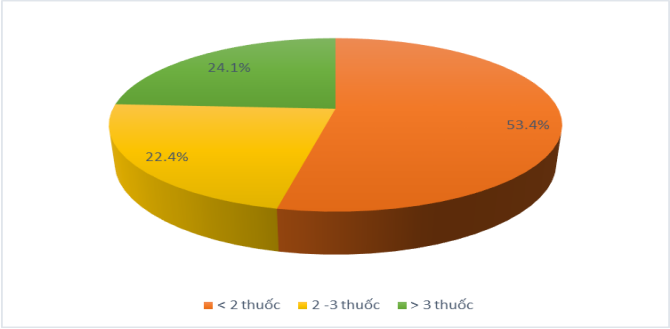
| Đặc điểm | Số bệnh nhân (n) | Tỉ lệ (%) |
|---|---|---|
| Cục bộ còn ý thức | 15 | 25,9 |
| CBSGYT khởi phát không vận động | 23 | 39,7 |
| CBSGYT chuyển thành CCCG 2 bên | 20 | 34,4 |
| Khởi phát toàn thể | 0 | 0 |
| Khởi phát có tiền triệu | 27 | 46,6 |
| Khởi phát không tiền triệu | 31 | 53,4 |
| **Tổng cộng** | 58 | 100% |

### 3.1.2.4. Tần suất cơn động kinh

Bảng 3.4: Tần suất cơn động kinh

| Đặc điểm | Số bệnh nhân (n) | Tỉ lệ (%) |
|---|---|---|
| Cơn hàng ngày (> 30 | 12 | 20,7 |
| cơn/tháng) | 21 | 36,2 |
| Cơn hàng tuần (5-30 cơn/tháng) | 25 | 43,1 |
| Cơn hàng tháng (1-4 cơn/tháng) | | |
| **Tổng cộng** | 58 | 100% |

### 3.1.2.5. Số thuốc chống động kinh trước phẫu thuật




Biểu đồ 3.4: Phân bố số thuốc AED trước phẫu thuật

### 3.1.2.6. Tình trạng trước phẫu thuật

Bảng 3.5: Tình trạng trước phẫu thuật của nhóm nghiên cứu.

| Thang điểm Karnofsky | Số bệnh nhân (n) | Tỉ lệ (%) |
|---|---|---|
| 50 – 70 | 8 | 13,8 |
| 80 – 100 | 50 | 86,2 |
| Rối loạn tri giác | 4 | 6,9 |
| Yếu nửa người | 3 | 5,2 |

## 3.2. ĐẶC ĐIỂM ĐỘNG KINH THÙY THÁI DƯƠNG TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ VÀ ĐIỆN NÃO ĐỒ

### 3.2.1. Tổn thương não trên cộng hưởng từ (CHT)

Bảng 3.6: Tổn thương não trên cộng hưởng từ

| Tổn thương não trên CHT | Số bệnh nhân (n) | Tỉ lệ (%) |
|---|---|---|
| Tổn thương não tân sinh | 31 | 53,5 |
| Tổn thương dạng mạch máu | 13 | 22,4 |
| Xơ hóa hải mã | 12 | 20,7 |
| Loạn sản vỏ não khu trú | 2 | 3,4 |
| Phù não | 16 | 27,6 |
| Xuất huyết | 13 | 22,4 |
| Bắt thuốc tương phản từ | 14 | 24,1 |
| Thái dương trong | 32 | 55,2 |
| Vỏ não thái dương | 26 | 44,8 |

### 3.2.2. Các biến đổi trên điện não (EEG)

Bảng 3.7: Các biến đổi trên điện não đồ

| Bất thường trên EEG | Số bệnh nhân | Tỉ lệ (%) |
|---|---|---|
| Khu trú thùy thái dương | 47 | 81,1 |
| Khu trú một bán cầu | 10 | 17,2 |
| Lan tỏa hai bên, ưu thế một bên | 1 | 1,7 |
| EEG | 39 | 67,2 |
| vEEG | 19 | 32,8 |
| IED (+) | 27 | 46,6 |
| IED (-) | 31 | 53,4 |
| **Tổng cộng** | 58 | 100% |

Bảng 3.8: Liên quan giữa IED và tần suất cơn

| Đặc điểm | IED (+) | IED (-) |
|---|---|---|
| Cơn hàng ngày (> 30 cơn/tháng) | 9 | 3 |
| Cơn hàng tuần (5-30 cơn/tháng) | 10 | 11 |
| Cơn hàng tháng (1-4 cơn/tháng) | 8 | 17 |
| **Tổng cộng** | 27 | 31 |

## 3.3. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Bảng 3.9: Đặc điểm điều trị phẫu thuật.

| Điều trị phẫu thuật | Số trường hợp | Tỉ lệ (%) |
|---|---|---|
| **Đường mổ:** | | |
| Trán thái dương | 58 | 100 |
| **Kỹ thuật mổ:** | | |
| Cắt thùy thái dương trước – ATL | 32 | 55,2 |
| Cắt thương tổn thùy thái dương | 26 | 44,8 |
| **Lượng máu truyền trong mổ** | | |
| 0 đơn vị | 56 | 96,5 |
| 1 – 2 đơn vị | 2 | 3,5 |
| **Thời gian phẫu thuật** | | |
| < 4 giờ | 56 | 96,5 |
| 4 – 6 giờ | 2 | 3,5 |
| **Biến chứng của phẫu thuật** | | |
| Máu tụ sau mổ | 0 | 0 |
| Tổn thương mạch máu | 0 | 0 |
| Phù não sau mổ | 3 | 5,2 |
| Viêm màng não sau mổ | 2 | 3,4 |
| Nhiễm trùng vết mổ | 2 | 3,4 |
| Khiếm khuyết thần kinh | 2 | 1,7 |
| Liệt dây thần kinh số III | 2 | 3,4 |
| Tử vong | 0 | 0 |

Không ghi nhận trường tổn thương động mạch lớn và tử vong.

### 3.4. KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH (GPB)

Bảng 3.10: Kết quả giải phẫu bệnh.

| Giải phẫu bệnh | Số trường hợp | Tỉ lệ (%) |
|---|---|---|
| Xơ hóa hải mã | 12 | 20,7 |
| Loạn sản vỏ não khu trú | 2 | 3,4 |
| U mạch máu dạng hang | 10 | 17,2 |
| Dị dạng động tĩnh mạch não | 3 | 5,2 |
| U màng não | 7 | 12,1 |
| U sao bào | 15 | 25,9 |
| U thần kinh đệm độ ác thấp | 6 | 10,3 |
| U quái thượng bì | 3 | 5,2 |
| **Tổng cộng** | 58 | 100% |

Bảng 3.11: Liên quan giữa giải phẫu bệnh và bất thường điện não đồ

| Đặc điểm | Khu trú thùy thái dương | Khu trú một bán cầu | Lan tỏa hai bên, ưu thế một bên | Fisher's |
|---|---|---|---|---|
| U thần kinh đệm độ ác thấp | 9 | 4 | 0 | p = 0,046 |
| Tổn thương dạng mạch máu | 6 | 0 | 1 | |
| U màng não | 5 | 3 | 0 | |
| U sao bào | 13 | 3 | 0 | |
| HS và FCD | 14 | 0 | 0 | |
| **Tổng cộng** | 47 | 10 | 1 | |

Bảng 3.12: Liên quan giữa kết quả giải phẫu bệnh và IED

| Đặc điểm | IED (+) | IED (-) | Fisher's | ANOVA |
|---|---|---|---|---|
| U thần kinh đệm độ ác thấp | 4 | 9 | p = 0,009 | p = 0,008 |
| Tổn thương dạng mạch máu | 3 | 4 | | |
| U màng não | 2 | 6 | | |
| U sao bào | 6 | 10 | | |
| HS và FCD | 12 | 2 | | |
| **Tổng cộng** | 27 | 31 | | |

## 3.5. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

### 3.5.1. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.13: Kết quả phẫu thuật phân loại cơn động kinh sau phẫu thuật

| Phân loại theo Engel | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
|---|---|---|
| Hết cơn động kinh (Class I) | 51 | 87,9 |
| Ít cơn động kinh (Class II) | 4 | 6,9 |
| Cải thiện cơn động kinh (Class III) | 3 | 5,2 |
| Không cải thiện (Class IV) | 0 | 0 |
| **Tổng cộng** | 58 | 100% |

### 3.5.2. Kết quả phẫu thuật theo phân loại của Engel và các yếu tố liên quan

#### 3.5.2.1. Liên quan giữa tuổi phẫu thuật và kết quả phẫu thuật

Bảng 3.14: Liên quan giữa các nhóm tuổi và kết quả phẫu thuật.

| Nhóm tuổi | Class I | Class II | Class III | Class IV | Fisher's | ANOVA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| < 20 tuổi | 7 | 0 | 0 | 0 | p=0,024 | p=0,013 |
| 20 – 29 | 10 | 1 | 0 | 0 | | |
| 30 – 39 | 15 | 0 | 1 | 0 | | |
| 40 – 49 | 12 | 0 | 0 | 0 | | |
| 50 – 59 | 3 | 1 | 0 | 0 | | |
| > 60 tuổi | 4 | 2 | 2 | 0 | | |
| **Tổng cộng** | 51 | 4 | 3 | 0 | | |

**3.5.2.2. Liên quan giữa thời gian động kinh và kết quả phẫu thuật**

Bảng 3.15: Liên quan giữa thời gian động kinh và kết quả phẫu thuật

| Thời gian động kinh | Class I | Class II | Class III | Class IV | Fisher's |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 – 10 năm | 33 | 3 | 3 | 0 | p = 0,68 |
| ≥ 10 năm | 18 | 1 | 0 | 0 | |
| **Tổng cộng** | 51 | 4 | 3 | 0 | |

**3.5.2.3. Liên quan giữa tuổi khởi phát và kết quả phẫu thuật**

Bảng 3.16: Liên quan giữa tuổi khởi phát và kết quả phẫu thuật.

| Nhóm tuổi | Class I | Class II | Class III | Class IV | Fisher's | ANOVA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| < 20 tuổi | 17 | 1 | 0 | 0 | p=0,014 | p = 0,003 |
| 20 – 29 | 9 | 0 | 0 | 0 | | |
| 30 – 39 | 9 | 0 | 1 | 0 | | |
| 40 – 49 | 9 | 0 | 0 | 0 | | |
| 50 – 59 | 4 | 1 | 0 | 0 | | |
| > 60 tuổi | 3 | 2 | 2 | 0 | | |
| **Tổng cộng** | 51 | 4 | 3 | 0 | | |

**3.5.2.4. Mối liên quan giữa tuổi khởi phát và tuổi phẫu thuật**

Bảng 3.17: Liên quan giữa tuổi khởi phát và tuổi phẫu thuật

| Nhóm tuổi | Tuổi khởi phát | Tuổi phẫu thuật | T-test | ANOVA |
|---|---|---|---|---|
| < 20 tuổi | 18 | 7 | p = 0,0001 | p = 0,0001 |
| 20 – 29 | 9 | 11 | | |
| 30 – 39 | 10 | 16 | | |
| 40 – 49 | 9 | 12 | | |
| 50 – 59 | 5 | 4 | | |
| > 60 tuổi | 7 | 8 | | |
| **Tổng cộng** | 58 | 58 | | |

### 3.5.2.5. Liên quan giữa loại cơn động kinh và kết quả phẫu thuật

Bảng 3.18: Liên quan loại cơn động kinh và kết quả phẫu thuật.

| Phân loại cơn | Class I | Class II | Class III | Class IV | Fisher's | ANOVA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CB còn ý thức | 11 | 4 | 0 | 0 | p=0,007 | p=0,63 |
| CBSGYT khởi phát không vận động | 21 | 0 | 2 | 0 | | |
| CBSGYT chuyển thành CCCG 2 bên | 19 | 0 | 1 | 0 | | |
| Khởi phát có tiền triệu | 25 | 1 | 1 | 0 | p=0,715 | |
| Khởi phát không tiền triệu | 26 | 3 | 2 | 0 | | |
| **Tổng cộng** | 51 | 4 | 3 | 0 | | |

### 3.5.2.6. Liên quan giữa tần suất cơn động kinh và kết quả phẫu thuật

Bảng 3.19: Liên quan tần suất cơn động kinh và kết quả phẫu thuật.

| Tần suất cơn | Class I | Class II | Class III | Class IV | Fisher's |
|---|---|---|---|---|---|
| Cơn hàng ngày (> 30 cơn/tháng) | 10 | 1 | 1 | 0 | p = 1 |
| Cơn hàng tuần (5-30 cơn/tháng) | 19 | 1 | 1 | 0 | |
| Cơn hàng tháng (1-4 cơn/tháng) | 22 | 2 | 1 | 0 | |
| **Tổng cộng** | 51 | 4 | 3 | 0 | |

**3.5.2.7. Liên quan giữa biến đổi trên điện não đồ và kết quả**

Bảng 3.20: Liên quan biến đổi trên điện não đồ và kết quả phẫu thuật.

| Biến đổi trên EEG | Class I | Class II | Class III | Class IV | Fisher's |
|---|---|---|---|---|---|
| Khu trú thùy thái dương | 43 | 3 | 1 | 0 | p = 0,17 |
| Khu trú 1 bán cầu | 7 | 1 | 2 | 0 | |
| Lan tỏa 2 bán cầu, ưu thế 1 bên | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| **Tổng cộng** | 51 | 4 | 3 | 0 | |

**3.5.2.8. Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện theo thang điểm Karnofsky và kết quả sau phẫu thuật**

Bảng 3.21: Liên quan về tình trạng lúc nhập viện và kết quả.

| Karnofsky trước mổ | Class I | Class II | Class III | Class IV | Fisher's |
|---|---|---|---|---|---|
| 50 – 70 | 3 | 2 | 3 | 0 | p = 0,001 |
| 80 – 100 | 47 | 2 | 0 | 0 | |
| **Tổng cộng** | 51 | 4 | 3 | 0 | |

**3.5.2.9. Liên quan giữa phân loại tổn thương theo giải phẫu bệnh và kết quả sau phẫu thuật**

Bảng 3.22: Liên quan giải phẫu bệnh và kết quả phẫu thuật.

| Đặc điểm | Class I | Class II | Class III | Class IV | Fisher's |
|---|---|---|---|---|---|
| U thần kinh đệm độ | 7 | 0 | 0 | 0 | p = 0,27 |
| ác thấp | 13 | 0 | 0 | 0 | |
| Tổn thương dạng | 7 | 1 | 0 | 0 | |
| mạch máu | 11 | 2 | 3 | 0 | |
| U màng não | 13 | 1 | 0 | 0 | |
| U sao bào | | | | | |
| HS và FCD | | | | | |
| **Tổng cộng** | 51 | 4 | 3 | 0 | |

### 3.5.2.10. Liên quan các yếu tố trước mổ và kết quả phẫu thuật

Bảng 3.23: Sự liên quan giữa các yếu tố và kết quả sau phẫu thuật

| Các yếu tố | F | P < 0,05 |
|---|---|---|
| Tuổi phẫu thuật | 4,5 | 0,015 |
| Tuổi khởi phát | 4,9 | 0,011 |
| Karnofsky | 22,1 | 0,0001 |

Bảng 3.24: Tương quan giữa các yếu tố và kết quả phẫu thuật

| Các yếu tố | Tương quan Pearson | P (2-tailed) |
|---|---|---|
| Tuổi phẫu thuật | 0,361 | 0,005 |
| Tuổi khởi phát | 0,380 | 0,003 |
| Karnofsky | 0,667 | 0,0001 |

Phương trình hồi quy: Kết quả theo Engel = 0,601*F_Karnofsky + 0,358*F_Tuổi khởi phát + 0,219*F_Tần suất cơn động kinh.

## 3.6. Theo dõi sau mổ

### 3.6.1. Giai đoạn trước khi ra viện

Bảng 3.25: So sánh kết quả phẫu thuật trước và sau mổ.

| Karnofsky | Tốt | Vừa | Xấu | Tổng số |
|---|---|---|---|---|
| Trước mổ | 86,2% | 13,8% | 0% | 58 |
| Sau mổ | 96,6% | 3,4% | 0% | 58 |

### 3.6.2. Giai đoạn sau khi ra viện

Bảng 3.26: Số thuốc chống động kinh trước và sau phẫu thuật

| Số thuốc chống động kinh | Trước phẫu thuật | Sau phẫu thuật | T-test |
|---|---|---|---|
| Không thuốc | 0 | 14 | p = 0,0001 |
| < 2 thuốc | 31 | 33 | |
| 2 – 3 thuốc | 13 | 10 | |
| > 3 thuốc | 14 | 1 | |

# CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

## 4.1. Đặc điểm dịch tễ học

Tần suất lưu hành động kinh tại Việt Nam là 6-10 người trên 1.000 dân. Nam giới thường gặp nhiều hơn nữ giới, và 60% bệnh nhân khởi phát dưới 10 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi có 58 bệnh nhân được phẫu thuật, có 35 nữ và 23 nam, tỉ lệ nữ/nam là 1,5/1 phù hợp với nhiều tác giả nghiên cứu về phẫu thuật động kinh thùy thái dương.

Tuổi của bệnh nhân là một trong những yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật và tiên lượng sau mổ. Chúng tôi ghi nhận tuổi khởi phát cơn động kinh đầu tiên sớm nhất là 2 tuổi và muộn nhất là 67 tuổi. Tuổi khởi phát trung bình là 33,7 ± 17,3 tháng. Tuổi khởi phát cơn động kinh có thể ảnh hưởng đến triệu chứng của cơn động kinh thùy thái dương. Bệnh động kinh thứ phát sau loạn sản vỏ não khu trú ở độ tuổi trung bình là 7 tuổi (1–26 tuổi). U não và bệnh mạch máu não phổ biến nhất lứa tuổi trung niên.

## 4.2. Đặc điểm lâm sàng

### 4.2.1. Cơn động kinh

Cơn động kinh khởi phát cục bộ xảy ra ở 100% bệnh nhân của chúng tôi, như những nghiên cứu khác đã ghi nhận. Cơn cục bộ suy giảm ý thức chuyển thành co cứng co giật hai bên được thấy ở 34,4% bệnh nhân của chúng tôi. Tiền triệu là một hiện tượng chủ quan và khách quan xảy ra trước các cơn động kinh có thể quan sát được. Nghiên cứu này cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa những bệnh nhân có hoặc không có tiền triệu về kết quả sau phẫu thuật qua kiểm định Fisher’s, $p > 0,05$.

### 4.2.2. Tần suất cơn

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tần suất cơn động kinh hàng ngày, hàng tuần, và hàng tháng chiếm tỉ lệ lần lượt là 20,7%, 36,2% và 43,1%. Trong nhóm bệnh nhân có cơn động kinh hàng ngày, hàng tuần, và hàng tháng xuất hiện của IED chiếm tỉ lệ lần lượt là 72%, 47,6% và 32%. Chúng tôi cũng chưa ghi nhận mối liên quan giữa tần suất cơn động kinh và kết quả sau phẫu thuật theo kiểm định Fisher's, p = 0,96, phù hợp với đa số tác giả.

### 4.2.3. Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện

Thang điểm Karnofsky (KPS) là thang điểm được sử dụng thường xuyên đánh giá bệnh nhân trên cơ sở mức độ suy giảm chức năng của họ, chẳng hạn như khả năng làm việc hoặc chăm sóc bản thân. Các yếu tố nguy cơ chính đối với các chức năng nhận thức thần kinh kém hơn được xác định trong nhóm nghiên cứu này là tuổi cao hơn và giảm KPS.

## 4.3. Cộng hưởng từ trong ĐKTTD

CHT não được coi là một kỹ thuật không xâm lấn chính xác để nhận biết các nguyên nhân về cấu trúc khác nhau gây ra các cơn động kinh khó kiểm soát. Thông thường, động kinh thùy thái dương có liên quan đến tổn thương cấu trúc não có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau. Có bằng chứng mạnh mẽ rằng CHT trước phẫu thuật xác định HS phù hợp với nguồn gốc động kinh ở thùy thái dương là một yếu tố quan trọng liên quan đến kết quả phẫu thuật động kinh thuận lợi. Các phát hiện bệnh lý phổ biến khác bao gồm dị dạng mạch máu, khối u thần kinh đệm độ ác thấp và dị dạng phát triển vỏ não. Độ nhạy và độ chuyên của CHT trong việc xác định các tổn thương thùy thái dương đã được báo cáo là hơn 80%.

### 4.4. Điện não đồ

Các bất thường về điện não đồ trước phẫu thuật thường thấy ở động kinh thùy thái dương là sóng chậm (theta và/hoặc delta) và IED thường khu trú ở thái dương trước. Trong động kinh thùy thái dương, điện não đồ cho thấy mối tương quan chặt chẽ của các bất thường với các vùng phẫu thuật cắt bỏ và kết quả sau phẫu thuật (90% đối với IED và 82% đối với sóng chậm delta có nhịp ở thái dương). Trong nghiên cứu của chúng tôi, sóng chậm delta có nhịp và IED khu trú thùy thái dương là 81,1% và 1/58 trường hợp ghi nhận IED hai bên. IED tìm thấy trong mTLE là 18/30 trường hợp (60%) và trong nTLE là 7/27 trường hợp (29,6%). Có liên quan đến kết quả sau phẫu thuật phù hợp với các tác giả khác.

### 4.5. Điều trị vi phẫu thuật

#### 4.5.1. Phương pháp phẫu thuật

Những tiến bộ trong hình ảnh thần kinh và sinh lý thần kinh đã cho phép xác định vị trí chính xác hơn của vùng sinh động kinh (EZ), giúp lập kế hoạch phẫu thuật. Hai thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đã khẳng định tính ưu việt của phẫu thuật động kinh so với điều trị nội khoa cho bệnh nhân TLE. Các phân tích tổng hợp trước đây cho thấy những phát hiện trái ngược nhau, ATL được báo cáo là đạt được kết quả động kinh tốt hơn khi so sánh với SAH.

#### 4.5.2. Kết quả sau phẫu thuật

Chúng tôi ghi nhận 51/58 bệnh nhân (87,9%) hết cơn động kinh. Có 4 bệnh nhân ít cơn động kinh sau mổ, chiếm tỉ lệ 6,9% và 3 bệnh nhân cải thiện cơn động kinh sau mổ, chiếm 5,2% theo phân loại của Engel. Không ghi nhận trường hợp nào không cải thiện cơn sau phẫu thuật.

### 4.5.3. Biến chứng phẫu thuật và tử vong

#### 4.5.3.1. Biến chứng phẫu thuật

Mặc dù các phương thức phẫu thuật đã được cải thiện, vẫn có những biến chứng không thể khắc phục trong quá trình phẫu thuật. Các biến chứng phẫu thuật không phổ biến sau khi ATL (1-2%) bao gồm máu tụ sau phẫu thuật, rò dịch não tủy, nhiễm trùng vết mổ. Mặc dù những biến chứng này rất hiếm, nhưng việc chứng minh kỹ thuật phẫu thuật và lựa chọn bệnh nhân thích hợp làm giảm tỉ lệ tai biến.

#### 4.5.3.2. Tử vong

Tỉ lệ tử vong, bệnh tật nói chung và tình trạng xuất viện bất lợi lần lượt là 0%, 8% và 4%. Chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp tử vong sau phẫu thuật nhờ vào kỹ thuật mổ và phương tiện hiện đại, gây mê hồi sức hiệu quả, theo dõi sau mổ tích cực tại đơn vị hồi sức Ngoại Thần Kinh, chụp CLVT sau mổ nhằm phát hiện sớm máu tụ sau mổ.

### 4.6. Kết quả giải phẫu bệnh

Blumcke và cộng sự thống kê kết quả giải phẫu bệnh 20 trung tâm báo cáo kết quả động kinh sau phẫu thuật cho 85,2 đến 100%. Thông tin về kết quả động kinh cung cấp cho 5248 bệnh nhân sau phẫu thuật 1 năm và thêm 1920 bệnh nhân sau 24 tháng. Kết quả của chúng tôi cho thấy bệnh nhân ĐKTTD có sang thương hết cơn động kinh sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ đáng kể (87,9%). Xơ hóa hải mã đã được xác định là nguyên nhân gây ra bệnh động kinh hơn 100 năm trước và là một yếu tố tiên đoán dương về kết quả tốt.

### 4.7. Kết quả phẫu thuật và các yếu tố liên quan

#### 4.7.1. Tình trạng lúc nhập viện và kết quả sau phẫu thuật

Tất cả bệnh nhân đều được đánh giá theo thang điểm Karnofsky trước phẫu thuật và phân nhóm tốt, vừa và xấu tại thời điểm ra viện. Bệnh nhân ra viện với kết quả tốt chiếm 94,7% (Karnofsky: 80-100 điểm), vừa chiếm 5,3% (Karnofsky: 50-70 điểm).

#### 4.7.2. Liên quan giữa tuổi khởi phát, tuổi phẫu thuật, thời gian động kinh và kết quả sau phẫu thuật

Chúng tôi có 8/57 (14%) trên 60 tuổi có kết quả tốt Class I và Class II, 2/57 trên 60 tuổi Class III (3,5%). Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa tuổi và kết quả phẫu thuật theo kiểm định Fisher's, p = 0,022. Chúng tôi cũng tìm thấy sự liên quan giữa tuổi khởi phát và tuổi phẫu thuật với kết quả sau phẫu thuật. Chúng tôi chưa nhận thấy vai trò của thời gian động kinh trên 10 năm sẽ ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, kiểm định Fisher's, p = 1.

#### 4.7.3. Liên quan giữa triệu chứng cơn động kinh, tần suất cơn và kết quả sau phẫu thuật

Schwartz và cộng sự đã xác định sự vắng mặt của GTCS là một yếu tố dự báo kết quả quan trọng cho những bệnh nhân TLE, dự báo tái phát muộn sau ít nhất 1 năm không động kinh liên kết GTCS với kết cục xấu chỉ ở những bệnh nhân nTLE, một lần nữa làm tăng gấp đôi nguy cơ tái phát. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa cơn khởi phát cục bộ và GTCS với kết quả sau phẫu thuật (Kiểm định Fisher's, p = 0,006), phù hợp với các nghiên cứu trên.

Tần suất cơn động kinh cao có thể là yếu tố tiêu cực đến kết quả phẫu thuật. Dữ liệu liên quan đến vai trò của tần số động kinh không

nhất quán trong tài liệu. Nghiên cứu này, chúng tôi chưa ghi nhận tần suất động kinh cao sẽ ảnh hưởng đến kết quả sau phẫu thuật (p>0,05).

**4.7.4. Liên quan giữa điện não, CHT sọ não và kết quả sau phẫu thuật**

Chẩn đoán trước phẫu thuật bằng CHT có tương quan với kết quả động kinh sau phẫu thuật. Chúng tôi cũng nhận thấy sự khởi phát cơn động kinh trước phẫu thuật sóng điện não bất thường chỉ giới hạn ở thùy thái dương là 81,1% và đối với IED là 46,6%. Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo IED hai bên độc lập ở 40-60% bệnh nhân TLE, thường xuyên được tìm thấy ở TLE thần kinh.

**4.7.5. Liên quan giữa giải phẫu bệnh và kết quả sau phẫu thuật**

Trong nghiên cứu thuần tập lớn, đa trung tâm của Lamberink H. J. và cộng sự phân tích mối liên quan giữa mô bệnh học và kết quả phẫu thuật. Chúng tôi cũng nhận thấy có sự liên quan giữa kết quả giải phẫu bệnh và sóng điện não bất thường trên điện não đồ trước phẫu thuật theo kiểm định Fisher's, p = 0,046.

**4.7.6. Liên quan giữa các yếu tố trước phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật trong phương trình hồi quy đa biến**

Phương trình hồi quy: Kết quả phẫu thuật theo Engel = 0,605*F_Karnofsky + 0,347*F_Tuổi khởi phát + 0,217*F_Tần suất cơn động kinh. Đây là kết quả quan trọng mà nghiên cứu này ghi nhận được.

**4.8. Theo dõi sau mổ**

**4.8.1. Thời gian hậu phẫu:** Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu này là 8,1 ngày. Có 38/58 trường hợp xuất viện trong vòng 7 ngày, chiếm tỉ lệ 65,5%. Chúng tôi quan sát có 3/58 (5,2%)

động kinh sớm sau phẫu thuật, xuất viện với tình trạng không cơn động kinh Engel I và thang điểm KPS tốt.

**4.8.2. Theo dõi sau xuất viện:** Trong nghiên cứu, 58 bệnh nhân tái khám sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng chiếm tỉ lệ 100%. Có 21/58 tái khám dưới 12 tháng (36,2%) và 37/58 tái khám sau 12 tháng (63,8%), 23/58 theo dõi hơn 24 tháng (39,7%). Chúng tôi báo cáo lượng AED giảm đáng kể trong giai đoạn hậu phẫu. Chúng tôi quan sát 14/58 (24,1%) bệnh nhân ngưng thuốc, 33/58 (56,9%) bệnh nhân tiếp tục dùng 1 loại thuốc chống động kinh ($p < 0,05$).

## KẾT LUẬN

**1. Đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ và điện não đồ**

- Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam, tỉ lệ nữ/nam là 1,5/1, tuổi thường gặp 30 - 39 và tuổi trung bình 37,5 tuổi. Cơn động kinh khởi phát cục bộ (100%), thời gian bệnh thường trên 12 tháng (62,1%). Tần suất cơn hàng tháng (43,1%) và thường sử dụng ít nhất 2 thuốc (47,5%).

- Trên cộng hưởng từ, tổn thương não tân sinh (53,5%), tổn thương dạng mạch máu (22,4%) và xơ hóa hải mã (20,7%) thường gặp nhất. Điện não đồ bất thường khu trú thùy thái dương trước cùng bên (81,1%), hoạt động sóng động kinh ngoài cơn (46,6%).

**2. Kết quả điều trị phẫu thuật:**

- Bệnh nhân ra viện theo Karnofsky: 96,6% tốt, 3,4% vừa. Kiểm soát cơn động kinh sau phẫu thuật theo Engel: Class I: 87,9%, Class II: 6,9%, Class III: 5,2%. Không ghi nhận tử vong sau mổ (0%).

- Về giải phẫu bệnh: 22,4% u sao bào, 20,7% xơ hóa hải mã, 18,9% u mạch máu dạng hang.

**3. Các yếu tố liên quan đến kết quả sau phẫu thuật:**

Trên phân tích đơn biến, yếu tố dự đoán kết cục tốt bao gồm tuổi phẫu thuật < 60 tuổi, tuổi khởi phát < 60 tuổi, loại cơn động kinh cục bộ suy giảm ý thức không chuyển thành co cứng co giật hai bên và thang điểm Karnofsky > 80. Phương trình hồi quy: Kết quả phẫu thuật theo Engel = 0,605*F_Karnofsky + 0,347*F_Tuổi khởi phát + 0,217*F_Tần suất cơn động kinh.

## KIẾN NGHỊ

Phẫu thuật động kinh là phương pháp điều trị thay thế cho những bệnh nhân động kinh kháng thuốc, giúp kiểm soát hoàn toàn cơn động kinh và giảm số lượng thuốc chống động kinh, giảm tác dụng phụ, ngăn ngừa suy giảm nhận thức của bệnh nhân khi động kinh trầm trọng và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Bệnh nhân cần phải giới thiệu sớm đến những trung tâm đánh giá phẫu thuật để được những bác sĩ chuyên khoa động kinh đánh giá giúp kiểm soát cơn động kinh và giảm tác dụng phụ của AED.

Vai trò phẫu thuật động kinh mang lại hiệu quả cao, ít biến chứng, tỉ lệ tử vong thấp. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật 1 năm, 5 năm, 10 năm. Do đó, đề tài cần tiếp tục với số lượng bệnh nhân và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá thêm sự tái phát cơn động kinh, ảnh hưởng nhận thức, trí nhớ và chất lượng sống của bệnh nhân.