

KẾT QUẢ PHÂN LOẠI ĐỘNG KINH TRẺ EM THEO ILAE 2017 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Đỗ Phương Thảo^{1,✉}, Lương Thu Hương², Phạm Hồng Nhung²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Nghiên cứu tiến hành phân loại bệnh nhi động kinh theo hướng dẫn của Liên hội Quốc tế Chống Động kinh ILAE 2017 thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 249 bệnh nhi trong thời gian từ tháng 9/2023 đến hết tháng 8/2024. Kết quả cho thấy 100% phân loại được các dạng khởi phát cơn động kinh. Cơn khởi phát cục bộ chiếm đa số (46,3%), dạng cơn phổ biến nhất là cơn cục bộ suy giảm ý thức chiếm 42,5%. Cơn khởi phát toàn thể và cơn khởi phát không rõ lần lượt là 29,7% và 23,9%. Động kinh cục bộ chiếm tỷ lệ cao nhất (51,8%), còn lại động kinh toàn thể và kết hợp cục bộ toàn thể chiếm tỷ lệ ít hơn lần lượt là 38,2% và 10%. 22,4% phân loại được hội chứng động kinh trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là động kinh lành tính Rolandic (7,2%). 31,3% tìm được nguyên nhân động kinh trong đó bất thường về cấu trúc não là hay gặp nhất (24,5%).

Từ khóa: Động kinh, trẻ em, phân loại, ILAE 2017.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một trong những bệnh lý thần kinh thường gặp ở trẻ em và có thể ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống.¹ Các nghiên cứu dịch tễ học của động kinh cho thấy tỉ lệ mắc bệnh rất thay đổi theo lứa tuổi và quần thể nghiên cứu, dao động từ 27 - 99/100.000 trẻ.²

Phân loại động kinh đóng một vai trò quan trọng trong việc quản lý và điều trị một bệnh nhân động kinh, góp phần hiểu về loại cơn, các dạng cơn có thể xảy ra, định hướng điều trị và tiên lượng bệnh nhân động kinh. Hiệp hội chống động kinh quốc tế (International League Against Epilepsy-ILAE) luôn nỗ lực trong việc phân loại cơn động kinh và đã đưa ra các phân loại bệnh động kinh và hội chứng động kinh năm 1981, 1989, và gần đây là phân loại 2017.^{3,4} Mặc dù, các khái niệm được đưa ra trong phân loại

1981 và 1989 vẫn còn giá trị trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân động kinh, nhưng những thành tựu nghiên cứu trong vài thập kỷ qua đã thay đổi đáng kể những hiểu biết về bệnh động kinh cũng như cách tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh nhân động kinh. Điều này khuyến khích ILAE đưa ra phân loại mới năm 2017, khuyến cáo việc phân loại động kinh theo đa mức độ trên lâm sàng đi kèm với việc tìm nguyên nhân gây ra động kinh.

Phân loại mới ILAE 2017 ứng dụng tốt trong môi trường lâm sàng do đưa ra các mức độ chẩn đoán tùy thuộc vào dữ kiện có sẵn. Nếu có thể nên đưa ra chẩn đoán ở cả 3 cấp độ (kiểu cơn động kinh, kiểu động kinh, hội chứng động kinh) cũng như nguyên nhân gây ra động kinh.⁴ Ngoài ra, phân loại ILAE 2017 đã đưa ra những thuật ngữ mới giúp mô tả chính xác bản chất cơn động kinh và thay thế cho những tên gọi dễ gây hiểu lầm trong những phân loại trước đó. Ở Việt Nam, có một số nghiên cứu về động kinh sử dụng cách phân loại cơn theo ILAE 1981 và phân loại hội chứng động kinh

Tác giả liên hệ: Đỗ Phương Thảo

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dophuongthao@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 24/03/2025

Ngày được chấp nhận: 11/05/2025

theo ILAE 1989, tuy nhiên chưa có nghiên cứu thống kê kết quả phân loại động kinh ở trẻ em theo hệ thống ILAE 2017.⁵ Câu hỏi nghiên cứu đặt ra là tỷ lệ và kết quả phân loại động kinh áp dụng hướng dẫn của ILAE 2017 ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn như thế nào? Vì vậy, chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả phân loại động kinh theo ILAE 2017 ở bệnh nhi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân dưới 16 tuổi, được chẩn đoán động kinh điều trị tại Khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ ngày 1/9/2023 đến 31/8/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán động kinh theo tiêu chuẩn của ILAE 2014.⁶

- Bệnh nhân được làm đầy đủ điện não đồ và chụp cộng hưởng từ não.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Gia đình trẻ từ chối tham gia nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cần thiết theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu

Từ 1/9/2023 đến hết 31/8/2024.

Địa điểm nghiên cứu

Khoa Nhi – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

Cỡ mẫu: thuận tiện.

Phương pháp chọn mẫu: chọn tất cả bệnh nhân được chẩn đoán động kinh đủ tiêu chuẩn lựa chọn, được điều trị tại Khoa Nhi - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời gian từ 1/9/2024 đến 31/8/2024.

Nội dung/chỉ số nghiên cứu:

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu:

tuổi, tuổi khởi phát, giới tính, phát triển tâm thần vận động. Đặc điểm cơn động kinh thu thập thông qua mô tả của gia đình khi hỏi bệnh sử, quan sát cơn khi bệnh nhân nhập viện, xem video do gia đình ghi được và hình ảnh EEG ghi ngoài cơn. Tiến hành phân loại theo cơn theo hướng dẫn của ILAE năm 2017.

- Xác định dạng cơn khởi phát:

+ Cơn khởi phát cục bộ: cơn cục bộ còn ý thức/mất ý thức; cơn vận động: cơn vận động tự động, cơn mất trương lực, cơn giật rung, cơn co thắt động kinh, cơn loạn vận động, cơn giật cơ, cơn tăng trương lực; cơn không vận động; cơn khởi phát cục bộ tiến triển thành giật cứng-giật rung hai bên.

+ Cơn khởi phát toàn thể: cơn toàn thể vận động: cơn tăng trương lực-giật rung, cơn tăng trương lực, cơn giật rung, cơn giật cơ, cơn giật cơ-mất trương lực, cơn mất trương lực, cơn co thắt động kinh. Cơn toàn thể không vận động (cơn vắng): điển hình, không điển hình, cơn vắng giật cơ, cơn vắng giật mí mắt.

+ Cơn khởi phát không rõ: cơn vận động: cơn tăng trương lực-giật rung, cơn co thắt động kinh. Cơn không vận động: Cơn ngừng hành vi, cơn không phân loại được.

- Phân loại động kinh:

+ Động kinh cục bộ: chẩn đoán chủ yếu dựa trên biểu hiện lâm sàng với các dạng cơn giật cục bộ nêu trên, có sự hỗ trợ từ EEG với các phóng điện động kinh khu trú.

+ Động kinh toàn thể: lâm sàng bao gồm các dạng cơn giật toàn thể nêu trên có sự hỗ trợ từ EEG với các hoạt động gai-sóng toàn thể trên EEG.

+ Động kinh kết hợp cục bộ và toàn thể: lâm sàng bệnh nhân vừa có cơn co giật toàn thể, vừa có cơn cục bộ. EEG giữa các cơn có thể cho thấy cả sóng nhọn - sóng chậm toàn thể và phóng điện động kinh khu trú. Tuy nhiên, không nhất thiết phải có hoạt động động kinh

trên EEG để đưa ra chẩn đoán.

- Phân loại hội chứng động kinh: HC West, HC Lennox Gastaut, HC Dravet, phức hợp xơ hóa củ, HC Sturge-Weber, động kinh cơn vắng, động kinh lành tính Rolandic.

- Tình trạng phát triển tâm thần-vận động được lượng hóa bằng chỉ số phát triển Developmental Quotient (DQ) với trẻ dưới 6 tuổi hoặc chỉ số trí tuệ Intelligence Quotient (IQ) cho các trẻ từ 6 tuổi. Chúng tôi sử dụng hai bộ trắc nghiệm Denver II để đánh giá cho trẻ dưới 6 tuổi và trắc nghiệm Raven để đánh giá cho trẻ từ 6 tuổi trở lên.

- Các thiếu sót thần kinh khu trú (có/không).

- Trạng thái động kinh (có/không).

Cận lâm sàng: điện não đồ (EEG), Cộng hưởng từ não protocol động kinh, xét nghiệm chuyển hóa cơ bản như đường, canxi, điện giải đồ, lactat..., xét nghiệm chuyển hóa (sàng lọc MSMS, acid hữu cơ máu, niệu), xét nghiệm gen-di truyền.

Phương pháp thu thập số liệu: Số liệu nghiên cứu được thu thập dựa trên bệnh án nghiên cứu đồng nhất. Nghiên cứu viên thu thập số liệu trên các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào bệnh án nghiên cứu, bao gồm: hồi bệnh, thăm khám trực tiếp và hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu thu thập được từ bệnh án nghiên cứu được làm sạch, mã hóa thống nhất, nhập và xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Phân tích thống kê mô tả được thực hiện thông qua tính tần số, tỉ lệ phần trăm. Các so sánh, thống kê được coi là có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu tiến hành sau khi thông qua hội đồng khoa học và y đức của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn số 1964/BVĐKXP-HĐĐĐ, cấp ngày 28/06/2024.

Thông báo rõ mục đích nghiên cứu với bệnh

nhân, gia đình bệnh nhân và chỉ đưa vào danh sách nghiên cứu khi được sự đồng ý của họ. Các thông tin cá nhân, hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được thu thập chỉ được dùng để phục vụ nghiên cứu, không có mục đích khác và đảm bảo bảo mật. Kết quả nghiên cứu được sử dụng vào mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc và bảo vệ sức khỏe trẻ em.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Từ 1/9/2023 đến 31/8/2024 chúng tôi đã thu thập được 249 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh theo dõi và điều trị tại Khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Nhóm tuổi gặp phổ biến nhất là từ 6 - 15 tuổi (79,5%), thứ 2 là nhóm 2 - 5 tuổi (chiếm 18,5%). Tuổi trung bình của đối tượng là $9,31 \pm 3,87$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 2 tháng và lớn tuổi nhất là 15 tuổi. Tỷ lệ trẻ nam gặp nhiều hơn trẻ nữ (nam chiếm 59,4%), nam/nữ = 1,46/1.

2. Phân loại cơn theo ILAE 2017

Tỷ lệ phân loại động kinh theo ILAE 2017 và 1981

Chúng tôi tiến hành phân loại tất cả 249 bệnh nhân. Kết quả cho thấy 100% số cơn động kinh được phân loại theo hệ thống ILAE 2017; trong khi đó, theo phân loại ILAE 1981 chỉ có 81,9% số cơn được phân loại (Bảng 1).

Phân loại cơn khởi phát

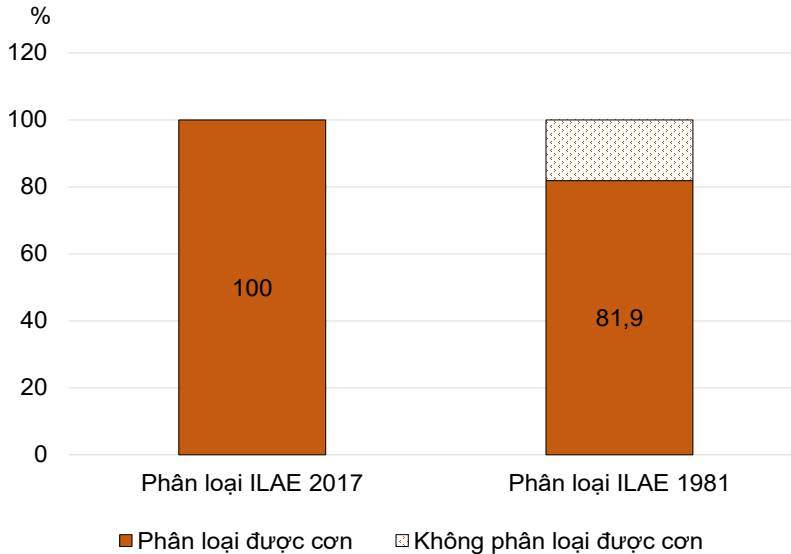
Trên tổng số 249 bệnh nhân chúng tôi ghi nhận 259 cơn động kinh được phân loại theo đặc điểm khởi phát. Cơn khởi phát cục bộ chiếm đa số (46,3%), tiếp theo là cơn khởi phát toàn thể và cơn khởi phát không rõ lần lượt là 29,7% và 23,9%. Trong số bệnh nhân có cơn khởi phát cục bộ, dạng phổ biến nhất là cơn cục bộ suy giảm ý thức chiếm 42,5% ($n = 110$), chủ yếu là dạng cơn vận động tăng trương lực cơ chiếm tỷ lệ cao nhất là 20,5%. Ngoài ra, cơn

cục bộ tiến triển thành cơ cứng – cơ giât hai bên chiếm 25,1%.

Trong cơ cơ giât khởi phát toàn thể, cơ vận động chiếm đa số (25,5%), phổ biến nhất là cơ cơ cứng – cơ giât (12,4%), Cơ không vận

động chiếm 4,4%, chủ yếu là cơ vắng điển hình (3,5%).

Cơ khởi phát không rõ chiếm 23,9%, tất cả đều thuộc nhóm cơ vận động cơ cứng – cơ giât (23,2%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân loại cơ động kinh theo ILAE 2017 và 1981

Bảng 1. Phân loại cơ khởi phát

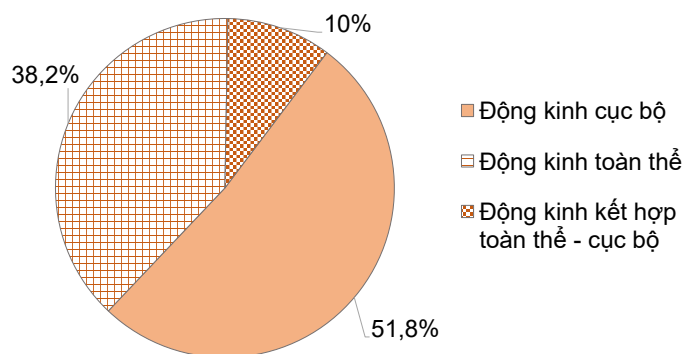
	n = 259	%
Cơ động kinh khởi phát toàn thể	77	29,7
<i>Cơ vận động</i>	66	25,5
Cơ cơ cứng – cơ giât	32	12,4
Cơ giât rung	4	1,5
Cơ tăng trương lực cơ	11	4,2
Cơ co thắt	9	3,5
Cơ giât cơ	5	1,9
Cơ mất trương lực cơ	5	1,9
<i>Cơ không vận động</i>	11	4,2
Cơ vắng điển hình	9	3,5
Cơ vắng không điển hình	1	0,4
Cơ vắng kèm giât mi mắt	1	0,4
Cơ động kinh khởi phát cục bộ	120	46,3
Cơ cục bộ suy giảm ý thức	110	42,5

	n = 259	%
Cơ động kinh khởi phát cục bộ	120	46,3
Cơ cục bộ còn ý thức	10	3,9
Cơ vận động	53	20,5
Cơ tăng trương lực cơ	36	13,9
Cơ co thắt	1	0,4
Cơ vận động tự động	1	0,4
Cơ giật rung	15	5,8
Cơ không vận động	2	0,8
Cơ rối loạn thần kinh thực vật	1	0,4
Cơ rối loạn cảm giác	1	0,4
Cơ cục bộ tiến triển thành co cứng-co giật hai bên	65	25,1
Cơ khởi phát không rõ	62	23,9
Cơ vận động	62	23,9
Cơ co cứng-co giật	60	23,2
Cơ co thắt	2	0,8
Cơ không vận động	0	0
Cơ không phân loại được	0	0

Phân loại thể động kinh

Động kinh cục bộ chiếm tỷ lệ cao nhất (51,8%), còn lại động kinh toàn thể và kết hợp

cục bộ toàn thể chiếm tỷ lệ ít hơn lần lượt là 38,2% và 10% (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. Phân loại thể động kinh

Phân loại hội chứng động kinh

56 bệnh nhân (chiếm 22,4%) đã được phân loại cụ thể thành các hội chứng động kinh khác

nhau. Hội chứng động kinh lành tính Rolandic chiếm tỷ lệ cao nhất với 7,2%. Hội chứng West chiếm 4,8%, và hội chứng động kinh cơn vắng

chiếm 4,4%. Các hội chứng ít gặp hơn bao gồm Lennox-Gastaut (1,6%), Dravet (1,6%), Xơ

cứng củ (1,6%) và Sturge-Weber (1,2%).

Bảng 2. Phân loại hội chứng động kinh

	Hội chứng động kinh	n	%
<i>Phân loại được</i>	Động kinh lành tính Rolandic	18	7,2
	HC West	12	4,8
	Động kinh cơn vắng	11	4,4
	HC Lennox Gastaut	4	1,6
	HC Dravet	4	1,6
	Xơ cứng củ	4	1,6
	HC Sturge – Weber	3	1,2
	Tổng	56	22,4
<i>Chưa phân loại được</i>		193	77,6

Chẩn đoán nguyên nhân động kinh

Bảng 3. Nguyên nhân động kinh

	Xác định được nguyên nhân	n	%
<i>Có</i>	Bất thường cấu trúc (n = 249)	61	24,5
	Nhiễm trùng (n = 249)	11	4,4
	Gen – di truyền (n = 30)	6	20
	Tổng (n = 249)	78	31,3
<i>Chưa tìm được nguyên nhân</i>		171	68,7

Xuyên suốt quá trình phân loại chúng tôi luôn chú ý tìm và cố gắng phân loại nguyên nhân gây động kinh theo 5 nhóm của ILAE. Động kinh có thể xác định được nguyên nhân có 78 bệnh nhân chiếm 31,3%, trong đó bất thường cấu trúc não chiếm 24,5%, nguyên nhân nhiễm trùng là 4,4%. Nguyên nhân di truyền có 6 trường hợp chiếm 20%, bao gồm 4 trường hợp tìm thấy bất thường gen *SCN1A* trong hội chứng Dravet và 2 trường hợp bất thường nhiễm sắc thể trong hội chứng West. Không có bệnh nhân nào có căn nguyên liên quan đến miễn dịch và chuyển hóa.

IV. BÀN LUẬN

Khi áp dụng bảng phân loại động kinh 2017 của ILAE chúng tôi phân loại được 100% các trường hợp, cao hơn phân loại 1981. Khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi nhận thấy sự tương đồng với một số tác giả khác. Aaberg và cộng sự áp dụng hệ thống phân loại ILAE 2017 ở đối tượng bệnh nhi và phân loại được cơn động kinh trong 94% trường hợp.⁷ Nghiên cứu của Hui Gao (2018) cũng cho kết quả tương tự khi tỷ lệ cơn động kinh phân loại được là 94,2% và tỷ lệ cơn không phân loại được là 5,8%, do thiếu những thông tin quan

trọng để phân loại cơn động kinh, thiếu người chứng kiến, hoặc một video quay cơn giật.⁸ Khi so sánh với việc sử dụng các phân loại cũ 1981 và 1989 cả hai tác giả trên đều ghi nhận bảng phân loại 2017 có khả năng phân loại hiệu quả hơn với tỷ lệ phân loại được dạng cơn giật cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê.

Ở nghiên cứu này chúng tôi đã phân loại được 100% bệnh nhân theo ILAE 2017. Có được kết quả này có thể do chúng tôi đã loại bỏ những bệnh nhân không đầy đủ dữ liệu để phân loại cơn động kinh ngay từ lúc thu thập số liệu; thứ hai, đa số dữ liệu từ nghiên cứu của chúng tôi là khai báo từ người trực tiếp chăm sóc trẻ và qua video người nhà cung cấp. Do đó, gần như chúng tôi nắm rõ được toàn bộ các dạng cơn giật của bệnh nhân. Hơn nữa, bệnh nhân tham gia tái khám khá đều đặn theo lịch hẹn và thông tin được ghi chép trong hồ sơ bệnh án ngoại trú do đó chúng tôi có thể thu được những thông tin đầy đủ và chính xác của đối tượng nghiên cứu. Đây cũng là một lợi thế trong nghiên cứu này của chúng tôi.

Khi phân loại dạng cơn khởi phát nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cơn khởi phát cục bộ chiếm đa số (46,3%), tiếp theo là cơn khởi phát toàn thể và cơn không rõ giai đoạn khởi phát lần lượt là 29,7% và 23,9%. Dạng cơn phổ biến nhất là cơn cục bộ suy giảm ý thức chiếm 42,5%, cơn cục bộ tiến triển thành co cứng – co giật hai bên chiếm 25,1%, cơn co cứng – co giật không rõ khởi phát chiếm 23,2%. Tác giả Aaberg và cộng sự (2017) cũng cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi cho rằng tỷ lệ cơn khởi phát cục bộ chiếm tỷ lệ cao nhất 59,2%, cơn toàn thể chiếm 21,4%, cơn không rõ khởi phát là 19,4%. Cơn động kinh cục bộ với nhận thức suy giảm chiếm tỷ lệ cao nhất là 61%, sau đó là cơn cục bộ tiến triển thành cơn toàn thể co cứng-co giật chiếm 31%. Tuy nhiên, nghiên cứu này không ghi nhận

tỷ lệ cơn co cứng co giật không rõ giai đoạn khởi phát không phải là dạng cơn phổ biến.⁷ Mặt khác, trong nghiên cứu được thực hiện tại Trung Quốc trên 200 bệnh nhân bị động kinh đã được phân loại theo hai hệ thống ILAE 1981 và ILAE 2017 cũng cho rằng cơn co cứng-co giật không rõ khởi phát là dạng phân loại gặp phổ biến chiếm 23%. Nghiên cứu này cũng ghi nhận dạng cơn cơn cục bộ tiến triển thành co cứng – co giật hai bên chiếm tỷ lệ cao nhất (34,1%) và dạng cơn cục bộ suy giảm ý thức chiếm 21,4%, đây cũng là những dạng cơn được phân loại với tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi.⁸

Thống kê trên bệnh nhân trong nghiên cứu này cho thấy động kinh cục bộ chiếm tỷ lệ cao nhất (51,8%), còn lại động kinh toàn thể và kết hợp cục bộ toàn thể chiếm tỷ lệ ít hơn lần lượt là 38,2% và 10%. Động kinh cục bộ chiếm ưu thế hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu sử dụng bảng phân loại ILAE 2017 của Aaberg và Gao.^{7,8} Động kinh kết hợp cục bộ và toàn thể là một điểm mới trong phân loại ILAE 2017 chiếm 10% tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu này. Tỷ lệ này khá thay đổi giữa các nghiên cứu dao động từ 0,5% - 18%.⁷⁻⁹ Đây là một tỷ lệ đáng kể và phản ánh sự tồn tại của dạng động kinh phức tạp, trong đó bệnh nhân có cả cơn động kinh cục bộ và cơn toàn thể. Điều này cho thấy sự cần thiết của việc xác định chính xác loại cơn co giật, giúp điều chỉnh kế hoạch điều trị phù hợp.

56 bệnh nhi (22,4%) trường hợp đã được phân loại cụ thể thành các hội chứng động kinh khác nhau. Hội chứng động kinh lành tính Rolandic chiếm tỷ lệ cao nhất với 7,2%. Hội chứng West chiếm 4,8%, và hội chứng động kinh cơn vắng chiếm 4,4%. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Aaberg và Gao với tỷ lệ phân loại được hội chứng động kinh lần lượt là 41% và 34,1%.^{7,8} Tỷ lệ này phản ánh thách thức trong việc phân

loại chính xác các hội chứng động kinh. Những khó khăn này thường gặp ở những khu vực có nguồn lực y tế hạn chế hoặc trong các trường hợp động kinh phức tạp không dễ chẩn đoán. Trong các hội chứng động kinh phân loại được, hội chứng động kinh lành tính Rolandic là phổ biến nhất với 7,2%, điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy hội chứng này thường gặp ở trẻ em và có tiên lượng tốt. Một số hội chứng động kinh nặng như hội chứng West và Lennox-Gastaut cũng được ghi nhận trong nghiên cứu. Những hội chứng này có tiên lượng xấu và thường liên quan đến các vấn đề về nhận thức và hành vi ở trẻ em. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm để có biện pháp can thiệp kịp thời.¹⁰ Hội chứng Dravet (1,6%) và xơ cứng củ (1,6%) cũng là những hội chứng động kinh nặng, thường liên quan đến nguyên nhân di truyền. Phân loại chính xác hội chứng động kinh đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị và quản lý bệnh nhân. Hệ thống phân loại ILAE 2017 giúp cung cấp một cách tiếp cận toàn diện hơn, giúp các bác sĩ có thể xác định chính xác loại động kinh và hội chứng đi kèm, từ đó điều chỉnh phương pháp điều trị phù hợp hơn.

Động kinh có thể xác định được nguyên nhân có 78 bệnh nhân chiếm 31,3%, trong đó bất thường cấu trúc não (24,5%) và 171 bệnh nhân không xác định được nguyên nhân chiếm 68,7%. Đa số các nghiên cứu đều đồng quan điểm cho rằng bất thường cấu trúc não là nguyên nhân hàng đầu của động kinh.¹¹ Nghiên cứu ở khu vực nông thôn Trung Quốc cũng ghi nhận tỷ lệ xác định nguyên nhân động kinh là 33%, với các nguyên nhân chủ yếu liên quan đến bất thường cấu trúc não và yếu tố di truyền.⁹ Nghiên cứu của Aaberg tại Na Uy cho thấy tỷ lệ xác định nguyên nhân là 41%, trong đó các bất thường cấu trúc và di truyền là những nguyên nhân phổ biến nhất.⁷ Trong số các nguyên nhân

xác định được, bất thường cấu trúc não chiếm tỷ lệ cao nhất với 24,5%. Điều này cho thấy mối liên hệ rõ ràng giữa các tổn thương cấu trúc và sự xuất hiện của cơn động kinh. Sự phổ biến của bất thường cấu trúc như một nguyên nhân động kinh nhấn mạnh vai trò của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong việc phát hiện và đánh giá mức độ tổn thương não. Nguyên nhân di truyền trong nghiên cứu này có 6 trường hợp chiếm 20%, tương tự với một số thống kê khác trên thế giới.¹² Theo Aaberg tỷ lệ bất thường gen chiếm 34% trong đó gen được cho là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến động kinh chiếm 10%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.⁷ Điều này có thể do hạn chế trong khả năng xét nghiệm gen và các yếu tố di truyền tại cơ sở nghiên cứu. Hiện nay, với sự phát triển của công nghệ gen-di truyền, tỷ lệ phát hiện nguyên nhân di truyền có thể sẽ tăng lên trong các nghiên cứu tương lai. Bên cạnh đó, nghiên cứu được thực hiện trên số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn và được thực hiện tại một bệnh viện (Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn), kết quả có thể không đại diện cho toàn bộ trẻ em mắc động kinh ở các khu vực khác hoặc các bệnh viện khác.

V. KẾT LUẬN

Hệ thống phân loại cơn động kinh theo ILAE 2017 cho thấy tính khả thi và hiệu quả trong thực hành lâm sàng, giúp xác định được 100% các cơn động kinh khởi phát. Kết quả nghiên cứu cho thấy động kinh cục bộ là thể phổ biến nhất, trong đó dạng cơn cục bộ suy giảm ý thức chiếm tỷ lệ cao nhất. Ngoài ra, bất thường cấu trúc được xác định là nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh lý này, giúp phân loại cơn trên lâm sàng phục vụ mục đích điều trị.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn cùng toàn thể bệnh nhân đã tạo điều kiện thuận lợi để chúng

tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Cam kết không xung đột lợi ích

Không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kang PB, Bale Jr JF, Mintz M, et al. The child neurology clinical workforce in 2015: report of the AAP/CNS Joint Taskforce. *Neurology*. 2016;87(13):1384-1392.
2. Lu VM, Vazquez S, Abou-Al-Shaar H, et al. The epidemiologic associations of food availability with national incidence and disability rates of idiopathic pediatric epilepsy. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2025;131:110955.
3. Roger J, Dreifuss F, Martinez-Lage M, et al. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*. 1989;30(4):389-399.
4. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):512-521.
5. Lê Đức Anh, Đào Thị Nguyệt, Nguyễn Thị Thanh Mai. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị động kinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;516:241-244.
6. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-482.
7. Aaberg KM, Surén P, Søråas CL, 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.
8. Gao H, Sander JW, Xiao Y, et al. A comparison between the 1981 and 2017 International League Against Epilepsy classification of seizure types based on an outpatient setting. *Epileptic Disorders*. 2018;20(4):257-264.
9. Wang F, Chen Z, Davagnanam I, et al. Comparing two classification schemes for seizures and epilepsy in rural China. *European journal of neurology*. 2019;26(3):422-427.
10. Warren AE, Patel AD, Helen Cross J, et al. Mobilizing a New Era in Lennox-Gastaut Syndrome Treatment and Prevention. *Epilepsy Currents*. 2025;15357597251321926.
11. Gauci MC, Gauci R, Ruggieri M, et al. Clinical, Genetic, EEG, Neuroimaging Insights and Conservative Treatment in Pediatric Focal Epilepsy: A Retrospective Observational Study. *Journal of Clinical Medicine*. 2025;14(7):2234.
12. Blazekovic A, Gotovac Jercic K, Meglaj S, et al. Genetics of pediatric epilepsy: next-generation sequencing in clinical practice. *Genes*. 2022;13(8):1466.

Summary

PEDIATRIC EPILEPSY CATEGORIZATION ACCORDING TO THE 2017 INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY CLASSIFICATION AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

This study applied the 2017 International League Against Epilepsy (ILAE) classification system to categorize pediatric epilepsy patients at Saint Paul General Hospital. A cross-sectional study was conducted on 249 pediatric patients from September 2023 to August 2024. The results demonstrated that 100% of seizure onset types were classified. Focal onset seizures were the most prevalent, representing 46.3%, with focal impaired awareness seizures being the most common subtype (42.5%). Generalized-onset and unknown-onset seizures accounted for 29.7% and 23.9%, respectively. Regarding epilepsy classification, focal epilepsy was the most common type (51.8%), while generalized epilepsy and combined focal and generalized epilepsy accounted for 38.2% and 10%, respectively. Epilepsy syndromes were identified in 22.4% of cases, with benign Rolandic epilepsy being the most frequently diagnosed syndrome (7.2%). An identifiable etiology was found in 31.3% of cases, with structural brain abnormalities being the most common cause (24.5%). These findings support the feasibility of the 2017 ILAE epilepsy classification system in accurately categorizing seizure onset, thereby facilitating effective treatment planning for pediatric epilepsy patients.

Keywords: Epilepsy, pediatric, classification, ILAE 2017.