

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG BẢNG PHÂN LOẠI CƠN ĐỘNG KINH THEO ILAE 2017

Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types

¹ Robert S. Fisher, ² J. Helen Cross, ³ Carol D'Souza, ⁴ Jacqueline A. French, ⁵ Sheryl R. Haut, ⁶ Norimichi Higurashi, ⁷ Edouard Hirsch, ⁸ Floor E. Jansen, ⁹ Lieven Lagae, ¹⁰ Solomon L. Moshe, ¹¹ Jukka Peltola, ¹² Eliane Roulet Perez, ¹³ Ingrid E. Scheffer, ¹⁴ Andreas Schulze-Bonhage, ¹⁵ Ernest Somerville, ¹⁶ Michael Sperling, ¹⁷ Elza Marcia Yacubian, and ^{18,19} Sameer M. Zuberi on behalf of the ILAE Commission for Classification and Terminology

Epilepsia, 58(4):531–542, 2017 doi: 10.1111/epi.13671

¹Stanford Department of Neurology & Neurological Sciences, Stanford, California, U.S.A.; ² UCL-Institute of Child Health, Great Ormond Street Hospital for Children, London, United Kingdom; ³ Bombay Epilepsy Society, Mumbai, India; ⁴ Department of Neurology, NYU Langone School of Medicine, New York, New York, U.S.A.; ⁵ Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York, New York, U.S.A.; ⁶ Department of Pediatrics, Jikei University School of Medicine, Tokyo, Japan; ⁷ Unite Francis Rohmer, Strasbourg, France; ⁸ Department of Pediatric Neurology, Brain Center Rudolf Magnus, University Medical Center, Utrecht, The Netherlands; ⁹ Pediatric Neurology, University Hospitals KU Leuven, Leuven, Belgium; ¹⁰ Saul R. Korey Department of Neurology, Department of Pediatrics and Dominick P. Purpura Department Neuroscience, Montefiore Medical Center, Bronx, New York, U.S.A.; ¹¹ Department of Neurology, Tampere University Hospital, Tampere, Finland; ¹² Pediatric Neurorehabilitation Unit, CHUV, Lausanne, Switzerland; ¹³ Florey Institute and University of Melbourne, Austin Health and Royal Children's Hospital, Melbourne, Victoria, Australia; ¹⁴ Epilepsy Center, University Medical Center Freiburg, Freiburg, Germany; ¹⁵ Faculty of Medicine, Prince of Wales Clinical School, University of New South Wales, Sydney, New South Wales, Australia; ¹⁶ Department of Neurology, Jefferson Comprehensive Epilepsy Center, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A.; ¹⁷ Department of Neurology and Neurosurgery, Epilepsy Research and Treatment Unit, São Paulo, Brazil; ¹⁸ The Paediatric Neurosciences Research Group, Royal Hospital for Children, Glasgow, United Kingdom; and ¹⁹ College of Medicine, Veterinary & Life Sciences, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom.

TÓM TẮT:

Mục đích của tài liệu này là giới thiệu bảng phân loại động kinh 2017 của ILAE đồng thời hướng dẫn cách sử dụng bảng phân loại, được minh họa bởi các bảng tóm tắt, chú giải những thuật ngữ quan trọng, lí giải lí do dùng những tên mới thay vì dùng các danh từ cũ, đề nghị thêm các từ viết tắt cho ngắn gọn, và đưa ra một số ví dụ. Bảng phân loại có phiên bản cơ bản và phiên bản mở rộng (tuỳ theo mức độ chi tiết chúng ta muốn phân loại). Triệu chứng học là nền tảng của việc phân loại cơn động kinh, phân ra theo kiểu khởi phát là cục bộ (focal onset), toàn thể (generalized onset) hay không rõ khởi phát (unknown onset). Sau đó nếu là cơn khởi phát cục bộ thì có thể phân loại tiếp dựa vào mức độ ý thức còn hay giảm (sự giảm ý thức này có thể xuất hiện ở bất kỳ

thời điểm nào của cơn động kinh). Các cơn khởi phát cục bộ còn được chia thành nhóm biểu hiện vận động (motor) hay không vận động (nonmotor), biểu hiện vận động như mất trương lực (atonic), vận động tự động (automatisms), co giật (clonic), co thắt (epileptic spasms), hoặc tăng vận động (hyperkinetic), giật cơ (myoclonic), hoặc co cứng (tonic). Các cơn khởi phát với biểu hiện không vận động (nonmotor onset) có thể là triệu chứng thần kinh tự chủ (autonomic), ngưng hành vi (behavior arrest), rối loạn nhận thức (cognitive), cảm xúc (emotional), hoặc cảm giác (sensory). Những triệu chứng xuất hiện đầu tiên là chìa khoá để phân loại cơn (phân loại kiểu khởi phát, cũng là bước đầu tiên để phân loại cơn), vì sau đó có thể tiến triển thành những triệu chứng khác. Cơn cục bộ có thể diễn tiến thành co cứng co giật hai bên. Cơn toàn thể là cơn kết nối hai bán cầu từ lúc khởi phát, và được phân loại thành cơn mất trương lực (atonic), co giật (clonic), co thắt (epileptic spasms), giật cơ (myoclonic), giật cơ-mất trương lực (myoclonic-atonic), giật cơ-co cứng-co giật (myoclonic-tonic-clonic), co cứng (tonic), hoặc co cứng-co giật (tonic-clonic). Cơn không vận động (hay vắng ý thức) có thể điển hình hoặc không điển hình, hay cơn biểu hiện chủ yếu là giật cơ hoặc giật cơ mi mắt. Và cơn dù không rõ khởi phát vẫn có thể phân loại tiếp thành nhóm vận động (motor), không vận động (nonmotor), co cứng- co giật (tonic-clonic), co thắt (epileptic spasms), hoặc ngưng hành vi (behavior arrest).

Tài liệu này giúp hỗ trợ người đọc trong việc tiếp cận với bảng phân loại cơn động kinh theo hệ thống mới.

CÁC ĐIỂM CHÍNH:

- ILAE đưa ra 2 phiên bản cơ bản và mở rộng cho bảng phân loại mới, và việc phân loại cơn bắt đầu từ phân loại kiểu khởi phát: khởi phát cục bộ, khởi phát toàn thể, hay không rõ khởi phát.
- Cơn khởi phát cục bộ, nếu có thể, được phân nhỏ hơn thành cơn không ảnh hưởng ý thức hay cơn ảnh hưởng ý thức. Ngoài ra có thể phân thành kiểu triệu chứng vận động hay không vận động.
- Cơn khởi phát toàn thể cũng có thể chia thành kiểu triệu chứng vận động hay không vận động:
 - Biểu hiện vận động có thể là co cứng- co giật, co giật, co cứng, giật cơ, giật cơ-co cứng-co giật, giật cơ-mất trương lực, mất trương lực (atonic), cơn co thắt dạng động kinh.
 - Biểu hiện không vận động có thể là: cơn vắng ý thức điển hình, cơn vắng ý thức không điển hình, giật cơ vắng ý thức, hoặc vắng ý thức với giật mi mắt.
- Khuyến khích người phân loại thêm các mô tả chi tiết cơn động kinh. Việc kết nối các thuật ngữ cũ với thuật ngữ mới có thể giúp làm quen với các thuật ngữ mới.

Liên hội chống động kinh quốc tế (ILAE) vừa xuất bản bảng phân loại cơn động kinh 2017. Việc sửa đổi bảng phân loại cũ 1981 có một số lí do thúc đẩy. Có những loại cơn có thể thuộc dạng khởi phát cục bộ hoặc toàn thể, ví dụ cơn co cứng hay cơn co thắt. Ở bảng phân loại cũ, nếu

không có thông tin về kiểu khởi phát thì không phân loại được cơn. Một số khái niệm trong bảng phân loại cũ thiếu tính đại chúng (không được đồng thuận chung hoặc gây khó hiểu cho cộng đồng) ví dụ “rối loạn nhận thức” (dyscognitive), “tâm thần” (psychic), “một phần” (partial), “một phần đơn giản” (simple partial) và “một phần phức tạp” (complex partial). Việc xác định một bệnh nhân trong cơn động kinh có giảm sự thức tỉnh hay không có thể gây khó khăn cho người chứng kiến không phải là bác sĩ lâm sàng. Một số loại cơn quan trọng không đề cập trong bảng phân loại 1981. Bảng phân loại mới giải quyết những vấn đề trên. Phần sau của bài sẽ giải thích cách áp dụng bảng phân loại mới này.

PHƯƠNG PHÁP:

Phân loại một cơn động kinh bắt đầu với khai thác bệnh sử hay quan sát những triệu chứng/dấu hiệu thường gặp trong một cơn động kinh. Mỗi triệu chứng có thể có trong nhiều loại cơn do đó không thể lấy một triệu chứng riêng biệt nào để khẳng định cơn của bệnh nhân là thuộc một loại cơn xác định nào đó. Ví dụ triệu chứng ngưng hành vi có thể xuất hiện trong cả cơn động kinh cục bộ có suy giảm ý thức và cơn vắng ý thức. Triệu chứng co cứng- co giật có thể xuất hiện trong cơn toàn thể hoặc là diễn tiến của một cơn khởi phát cục bộ. Ngược lại, một loại cơn thường là một phức hợp của nhiều triệu chứng. Gọi là “cơn động kinh tự động” sẽ không thể phân biệt giữa cơn cục bộ có suy giảm ý thức và cơn vắng ý thức. Bởi vì 2 loại cơn này điều trị và tiên lượng khác nhau, phân ra làm 2 sẽ hữu ích hơn, dù ta sẽ phải cần nhiều thông tin hơn là việc chứng kiến được trực tiếp cơn. Việc phân loại cơn thường có thể thực hiện được bằng cách nhận diện được trình tự xảy ra triệu chứng và những thông tin khác trên lâm sàng. Ví dụ, trong cơn vắng ý thức điển hình (typical absence seizures) bệnh nhân sẽ hồi phục nhanh hơn cơn cục bộ có suy giảm ý thức (focal impaired awareness seizures). Một số trường hợp, thông tin từ điện não, hình ảnh học và xét nghiệm giúp phân loại chính xác hơn cơn động kinh. Trong những trường hợp này, việc phân loại cơn động kinh là bước đầu trong chẩn đoán hội chứng động kinh. Bởi vì chúng ta thiếu sự hiểu biết về nguồn gốc sinh bệnh học về biểu hiện của các cơn động kinh khác nhau, do đó gộp các triệu chứng lại để phân thành những loại cơn khác nhau có lẽ là một cách hợp lý để xác định nhóm nào là riêng biệt và thường gặp để có thể thành một phân loại riêng. Bảng phân loại này phục vụ cho thực hành lâm sàng, nhưng cũng có thể sử dụng trong nghiên cứu hoặc mục đích khác.

KẾT QUẢ:

Bảng phân loại cơn động kinh theo ILAE 2017 bao gồm 2 phiên bản cơ bản và mở rộng. Phiên bản mở rộng cũng giống như phiên bản cơ bản, nhưng các loại cơn trong bảng cơ bản còn được phân nhỏ thành nhiều nhóm nhỏ hơn.

Bảng phân loại cơ bản:



Hình 1. Bảng thực hành phân loại cơ bản ILAE 2017 các kiểu động kinh. ¹Theo định nghĩa, những dạng động kinh khác và mô tả được liệt kê trong tài liệu đính kèm và chú thích của thuật ngữ. ²Do thiếu thông tin nên không thể xếp vào phân loại khác.

Hình 1 là bảng phân loại cơ bản. Theo đó, bước đầu tiên của việc phân loại là xác định kiểu khởi phát. Cơ khởi phát cục bộ được định nghĩa là “khởi đầu từ một vị trí giới hạn ở một bên bán cầu. Nó có thể rất khu trú hoặc phân bố rộng. Cơ cục bộ có thể khởi phát từ cấu trúc dưới vỏ”. Cơ khởi phát toàn thể được định nghĩa “khởi phát từ một số điểm bên trong, nhanh chóng lan rộng toàn bộ hai bán cầu”. Một cơ không rõ khởi phát cũng vẫn phân loại tiếp được theo kiểu triệu chứng vận động, như cơ co cứng- co giật hoặc kiểu triệu chứng không vận động (nonmotor), như cơ ngưng hành vi. Nếu có thêm một số thông tin hoặc nhìn thấy được những cơ khác của bệnh nhân, có thể tái phân loại một cơ không rõ khởi phát thành cơ khởi phát cục bộ hay toàn thể. Do đó, “không rõ khởi phát” không phải là một đặc điểm xác định của cơ, mà chỉ là một tên tạm gọi. Khi tên một loại cơ được khởi đầu bằng từ “cục bộ” hay “toàn thể”, thì các từ này được hiểu là kiểu khởi phát của cơ (khởi phát cục bộ/ khởi phát toàn thể).

Phân loại chi tiết hơn có thể tùy chọn. Tiếp theo của phân loại cơ cục bộ là mức độ ý thức. Tình (còn ý thức) được định nghĩa là nhận biết bản thân và môi trường xung quanh. Mức độ ý thức là thang đo mức độ tỉnh táo của bệnh nhân. Trong cơ động kinh cục bộ còn ý thức, bệnh nhân vẫn còn tỉnh táo. “Còn ý thức” tức “còn ý thức trong quá trình xảy ra cơn động kinh”, không phải ngoài cơn. Nếu có suy giảm ý thức trong bất kỳ thời điểm nào trong cơn, thì cơn được xếp vào “cơ cục bộ có suy giảm ý thức”. Để thuận tiện cho thực hành, ta xem là còn ý thức khi bệnh nhân có khả năng cho thấy mình còn tỉnh trong cơn. Đôi khi triệu chứng của cơn động kinh là mất trí nhớ thoáng qua tuy bệnh nhân vẫn còn tỉnh táo, nhưng muốn phân loại những cơn này thì cần ghi nhận rất cẩn thận, rõ ràng từ người chứng kiến. Một số người có thể gọi tắt là “focal unaware” (cục bộ mất ý thức), nhưng cần phải hiểu trong trường hợp này bệnh nhân chỉ giảm ý thức chứ không mất ý thức hoàn toàn. Thứ tự các chữ không quan trọng, nên “cơ cục bộ còn tỉnh” (focal aware seizure) cũng giống như “cơ cục bộ ảnh hưởng ý thức” (focal seizure with retained awareness).

Đáp ứng với kích thích là một vấn đề lâm sàng riêng có thể do cơn động kinh có hay không có ảnh hưởng ý thức. Mặc dù đáp ứng này quan trọng trong mô tả một cơn động kinh, nhưng nó lại không dùng trong bảng phân loại cơn theo ILAE 2017. Bước tiếp theo là phân loại kiểu triệu chứng của cơn là vận động hay không vận động (ví dụ, cảm giác). Phân loại cụ thể hơn sử dụng bảng phân loại mở rộng, được đề cập bên dưới.

Loại cơn “cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên” (focal to bilateral tonic-clonic) là một nhóm được xếp riêng vì thường gặp và quan trọng trong thực hành động kinh, mặc dù điều đó phản ánh sự lan rộng của hoạt động động kinh hơn là một loại cơn riêng biệt. Cụm từ “cục bộ thành co cứng co giật hai bên” thay thế cho cụm từ cũ “toàn thể hoá thứ phát” (secondarily generalized tonic clonic). Trong phân loại mới, “hai bên” chỉ sự lan truyền của cơn động kinh, và “toàn thể” chỉ kiểu khởi phát của cơn.

Các cơn khởi phát toàn thể được chia làm kiểu cơn vận động hay không vận động (vắng ý thức). Mức độ ý thức không phải là một đặc điểm để phân loại trong nhóm này, vì đa số (không phải toàn bộ) các cơn khởi phát toàn thể thì ý thức bệnh nhân đều bị suy giảm. Theo định nghĩa, cơn khởi phát toàn thể phải có triệu chứng vận động ở hai bên ngay từ đầu cơn, nhưng trong bảng phân loại cơ bản, không cần xác định cụ thể loại triệu chứng vận động. Trong những trường hợp khởi phát vận động hai bên nhưng không đối xứng, thì trên lâm sàng khó để xác định cơn này khởi phát cục bộ hay toàn thể.

Cơn vắng ý thức (được hiểu là “khởi phát toàn thể”) biểu hiện bằng sự ngưng đột ngột hoạt động đang làm và ý thức của bệnh nhân. Cơn vắng ý thức thường xảy ra ở nhóm tuổi trẻ, bắt đầu và kết thúc cơn đột ngột, và bệnh nhân thường có ít cử động tự động phức tạp hơn là những bệnh nhân có cơn khởi phát cục bộ có suy giảm ý thức, tuy nhiên những điểm khác nhau này không tuyệt đối. Thông tin về EEG có thể cần thiết để phân loại chính xác những cơn này. Hoạt động động kinh cục bộ trên điện não hướng tới cơn cục bộ và hoạt động gai sóng lan toả hai bên hướng tới cơn vắng ý thức.

Cơn động kinh không rõ khởi phát có thể phân loại thành kiểu vận động, bao gồm co cứng co giật, kiểu không vận động, hay không phân loại được. Nhóm không phân loại được là tập hợp những cơn có đặc điểm không phù hợp hai loại kia hay thiếu thông tin để phân loại.

Bảng phân loại mở rộng



Hình 2 Bảng thực hành phân loại mở rộng của ILAE 2017 về các loại cơn động kinh. Sự làm rõ dưới đây giúp hướng dẫn việc lựa chọn loại cơn động kinh. Với động kinh cục bộ, sự ghi nhận rõ mức độ ý thức là không bắt buộc. Còn ý thức nghĩa là bệnh nhân nhận thức về bản thân và môi trường xung quanh trong cơn động kinh, kể cả khi BN bất động. Cơn động kinh cục bộ còn ý thức tương ứng với thuật ngữ trước đó là cơn động kinh từng phần đơn giản. Cơn động kinh cục bộ suy giảm ý thức tương ứng với thuật ngữ trước đó là cơn động kinh từng phần phức tạp, và sự suy giảm ý thức trong bất kì giai đoạn nào của cơn động kinh làm cho nó trở thành cơn động kinh cục bộ suy giảm ý thức. Những cơn động kinh cục bộ còn ý thức hay suy giảm ý thức có thể được đặc trưng thêm bởi một trong các triệu chứng vận động và không vận động bên dưới, phản ánh dấu hiệu hay triệu chứng nổi bật đầu tiên của cơn động kinh. Những cơn động kinh nên được phân loại bởi đặc điểm nổi bật đầu tiên, trừ trường hợp cơn ngưng hành vi bệnh nhân ngừng hoạt động chính trong suốt thời gian cơn động kinh diễn ra. Định danh cơn động kinh khu trú có thể loại bỏ sự đề cập đến mức độ ý thức khi sự ý thức không phù hợp hay không rõ và do đó phân loại cơn động kinh trực tiếp bởi đặc điểm khởi phát vận động hay không vận động. Cơ mất trương lực và cơ co thắt thường không có ý thức rõ ràng. Cơ nhận thức bao gồm sự suy giảm chức năng ngôn ngữ hay các lĩnh vực nhận thức khác hay các triệu chứng dương tính déjà vu, ảo giác, hoang tưởng, sự sai lệch giác quan. Cơn động kinh xúc cảm bao gồm sự lo lắng, sợ hãi, sự vui thích, các cảm xúc khác, hay sự xuất hiện của biểu hiện xúc cảm không có cảm xúc chủ quan. Cơ vắng không điển hình do sóng chậm khởi phát hay kết thúc hay sự thay đổi có ý nghĩa trong trương lực, hỗ trợ thêm bởi hình ảnh gai và sóng không điển hình, chậm, toàn thể trên EEG. Cơn động kinh có thể xếp vào nhóm không phân loại do thông tin không đầy đủ hay không thể xếp

vào dạng nào đó trong bảng phân loại. ¹Theo định nghĩa, các dạng động kinh khác và sự mô tả chúng được liệt kê trong tài liệu đính kèm và bảng chú giải thuật ngữ. ²Mức độ ý thức thường không rõ ràng. ³Do thông tin không đầy đủ hay không thể xếp vào các phân loại khác.

Bảng phân loại mở rộng là bảng phân loại chi tiết hơn, được xây dựng dựa trên khung sườn của bảng phân loại cơ bản. Các mục của bảng phân loại xếp thứ tự theo chiều đi xuống không đồng nghĩa là phân cấp độ, vì việc xác định mức độ ý thức là không bắt buộc. Một cơn “cục bộ” có thể phân thành cơn “cục bộ còn ý thức” (tương đương “cơn cục bộ đơn giản” theo bảng 1981) hoặc “cục bộ ảnh hưởng ý thức” (tương đương cơn “cục bộ phức tạp”). Cơn cục bộ còn ý thức hay ảnh hưởng ý thức có thể tùy chọn phân loại thành kiểu khởi phát vận động hay không vận động, phản ánh những triệu chứng sớm nhất của cơn. Ngoài ra, một cơn cục bộ có thể không rõ mức độ ý thức (không phân mức độ ý thức) mà chỉ phân theo kiểu triệu chứng vận động hay không vận động.

Đối với cơn cục bộ, bác sĩ nên phân loại được mức độ ý thức đã mô tả trong bảng đơn giản. Hỏi bệnh nhân trong cơn có biết hay không, ngay cả khi trong cơn đã chứng kiến bệnh nhân không phản ứng với kích thích bên ngoài hay không hiểu lời. Nếu có một người bước vào phòng trong lúc bệnh nhân đang có cơn, sau cơn bệnh nhân có nhớ được người đó không? Hỏi người chứng kiến kiểu hành vi của người bệnh trong quá trình xảy ra cơn. Phân biệt triệu chứng trong cơn và sau cơn là quan trọng, bởi sau cơn bệnh nhân sẽ hồi phục ý thức. Nếu mức độ ý thức là không rõ, ví, ví dụ cơn mất trương lực hay cơn co thắt, cơn được xếp vào cơn cục bộ, nhưng mức độ ý thức là không đặc hiệu. Chỉ xác định mức độ nhận thức khi có đủ thông tin. Cơn cục bộ còn ý thức tương đương cơn cục bộ đơn giản trong phân loại cũ và cơn cục bộ suy giảm ý thức tương đương cơn cục bộ phức tạp. Sau khi phân loại được cơn là cục bộ có thể phân loại sâu hơn theo kiểu còn ý thức hay giảm. Ngoài ra, mức độ ý thức có thể không phân loại và chỉ phân loại kiểu triệu chứng khởi phát là vận động hay không vận động theo danh sách trong hình 2.

Động kinh cục bộ với triệu chứng vận động bao gồm các kiểu sau: mất trương lực (mất trương lực cục bộ), co cứng (cứng cơ cục bộ liên tục), co giật (co giật cục bộ), giật cơ (giật cơ từng nhịp ngắn, không đều, cục bộ), co thắt (gập hoặc duỗi cục bộ chi trên và gập thân). Phân biệt giữa co giật và giật cơ có chút chủ quan, nhưng co giật thì liên tục, đều và các cử động giật đồng dạng với nhau, trong khi giật cơ không đều với từng cử động giật ngắn. Những biểu hiện vận động ít rõ ràng hơn bao gồm các vận động tăng động (hyperkinetic, như đạp xe, giãy mạnh) và các vận động tự động (automatisms). Vận động tự động là những cử động có tổ chức hoặc không, lặp đi lặp lại, không có mục đích. Nên hỏi người chứng kiến bệnh nhân có những hành động lặp đi lặp lại không mục đích (trong hoàn cảnh của cơn) tuy có thể là phù hợp trong hoàn cảnh khác. Một số vận động tự động trùng lấp các triệu chứng khác, ví dụ đạp xe hay vận động tăng động, khiến cho việc phân loại trở nên mơ hồ. Phân loại ILAE 2017 xếp cử động đạp xe (pedaling) là thuộc cơn tăng động, hơn là cơn tự động. Vận động tự động có thể thấy trong cơn động kinh cục bộ hoặc cơn vắng ý thức.

Một cơn cục bộ vận động với ngưng hành vi biểu hiện bệnh nhân ngưng các hoạt động đang làm và mất phản ứng với xung quanh. Bởi vì ngưng hành vi trong một khoảng rất ngắn là một triệu

chúng khởi đầu rất thường gặp của các cơn động kinh và khó để nhận ra, cơn chỉ nên được xếp thành động kinh cục bộ ngưng hành vi khi ngưng hành vi là triệu chứng chủ đạo của toàn bộ quá trình xảy ra cơn. Cơn cục bộ thần kinh tự chủ (focal autonomic seizures) biểu hiện bằng cảm giác dạ dày ruột, cảm giác nóng hay lạnh, đỏ bừng mặt (flushing), cảm giác dựng lông/“nổi da gà” (piloerection/ goosebumps), đánh trống ngực (palpitations), cảm giác ham muốn tình dục (sexual arousal), thay đổi hô hấp (respiratory changes), hoặc những biểu hiện khác của thần kinh tự chủ. Cơn cục bộ nhận thức (focal cognitive seizures) có thể nhận ra được do bệnh nhân kể lại hoặc biểu hiện rối loạn ngôn ngữ, suy nghĩ hay những rối loạn chức năng vỏ não cao cấp trong cơn và khi những triệu chứng này nổi bật so với những triệu chứng khác trong cơn. Deja vu (cảm giác quen thuộc chuyện vừa xảy ra cũng đã từng xảy ra, đã từng đến nơi vừa đến, dù ta biết rõ là chuyện thật sự chưa từng xảy ra trước đây), jamais vu (cảm giác chuyện này chưa từng xảy ra, chưa từng trải nghiệm trước đây, nhưng ta biết chắc ta đã từng trải qua rồi), ảo giác, và những suy nghĩ cưỡng chế (forced thinking) là các ví dụ của hiện tượng rối loạn nhận thức. Nói đúng hơn, mặc dù không thuận tai, cơn phải gọi là “cơn cục bộ ảnh hưởng nhận thức” (focal impaired cognition seizure) nhưng “suy giảm nhận thức” có thể ngầm hiểu, vì cơn động kinh không bao giờ tăng chức năng nhận thức. Các cơn động kinh cục bộ cảm xúc biểu hiện những thay đổi về cảm xúc bao gồm sợ hãi, lo lắng, kích động, giận dữ, hoang tưởng (paranoia), phấn khích, thích thú, sung sướng (ecstasy), cười lớn (laughing/ gelastic), hoặc khóc (dacrystic). Các biểu hiện này là chủ quan và được bệnh nhân hay người chăm sóc nhớ hay kể lại. Các triệu chứng cảm xúc bao gồm triệu chứng chủ quan, trong khi đó, những triệu chứng biểu hiện ra có thể hoặc không kèm với cảm xúc thật sự của bệnh nhân. Suy giảm ý thức không làm cho cơn được xếp vào cơn cục bộ nhận thức, bởi vì suy giảm ý thức có thể xuất hiện ở bất kỳ cơn cục bộ nào. Một cơn cục bộ cảm giác có thể biểu hiện cảm giác bản thể (somatosensory), khứu giác, thị giác, thính giác, vị giác, cảm giác nóng-lạnh, hoặc cảm giác tiền đình.

Người bác sĩ lâm sàng phải nhận định một trường hợp là một cơn động kinh duy nhất, với những triệu chứng sau đó là do sóng động kinh lan ra xung quanh, hay đó là 2 cơn động kinh khác nhau. Việc phân biệt này đôi khi gây khó khăn. Có thể nhận định đó là một cơn động kinh duy nhất khi cơn xuất hiện với một chuỗi các triệu chứng liên tục và diễn tiến phù hợp kèm đặc điểm EEG (nếu có). Và nhất là khi chuỗi triệu chứng này lặp lại một cách định hình trong những cơn tiếp theo của bệnh nhân. Cơn động kinh cục bộ được phân loại dựa theo (1) biểu hiện đầu tiên và (2) sự bảo tồn hay suy giảm ý thức vào bất kỳ thời điểm nào của cơn. Ngược lại, nếu các triệu chứng ngắt quãng không liên tục và không có tính định hình (sự lặp lại cùng một kiểu trình tự) thì ta cần phân loại nhiều hơn một loại cơn. Xét một “cơn” khởi đầu với deja vu, lặp lại hành động chép môi (lip-smacking) một cách vô thức, mất nhận thức, liếc mắt cố định sang phải, và đơ cứng tay phải. Kiểu diễn tiến triệu chứng như vậy chỉ ra đây là một cơn duy nhất, phân loại là cơn “cục bộ nhận thức ảnh hưởng ý thức” (focal impaired awareness cognitive seizure). Việc chú thích thêm thông tin về tiến triển của triệu chứng vận động tự động và co cứng rất hữu ích (chỉ là mô tả, không phải là loại cơn). Trong một trường hợp khác, bác sĩ có thể gặp cơn động kinh với cảm giác sợ và có mất ý thức. Bệnh nhân hồi phục và 30 phút sau có một cơn tê tay phải nhưng tỉnh hoàn toàn. Trường hợp này gợi ý bệnh nhân có 2 cơn động kinh riêng biệt, cơn đầu tiên là cơn cục bộ

cảm xúc có ảnh hưởng ý thức (focal impaired awareness emotional seizure) và cơn thứ hai là cơn cục bộ cảm giác còn ý thức (focal aware sensory seizure).

Các kiểu cơn cục bộ khác có thể có, ví dụ cơn cục bộ co cứng co giật, nhưng không đủ phổ biến để đặt tên thành một loại cơn riêng biệt. Khi chi tiết không rõ hay cơn động kinh không phân loại được thành loại cơn đặc hiệu, sẽ dùng phân loại thành nhóm lớn hơn, như khởi phát vận động hay không vận động hơn là dùng thuật ngữ “khác” trong mỗi nhóm.

Phân loại cơn khởi phát toàn thể cũng giống bảng phân loại 1981, nhưng thêm một số loại cơn mới. Ý thức hầu như luôn suy giảm trong cơn khởi phát toàn thể, nên ý thức còn hay không không phải là một yếu tố để phân loại kiểu cơn này. Yếu tố chính để phân loại là kiểu triệu chứng vận động hay không vận động (vắng ý thức). Từ “vận động” hay không vận động/cơn vắng ý thức được sử dụng nhằm phân biệt 2 nhóm lớn của cơn (khởi phát) toàn thể, là biểu hiện triệu chứng vận động, hay không vận động, khi tên của cơn khi đọc lên còn chưa giúp phân biệt hai nhóm này, tuy nhiên đối với những loại cơn đủ để phân biệt ví dụ cơn “toàn thể co cứng” (“generalized tonic seizure”), ta hoàn toàn có thể lược bớt từ “vận động” (“motor”) bởi vì từ “co cứng” (“tonic”) đã đủ bao hàm nó. Từ “toàn thể” (“generalized”) cũng có thể lược bớt trong một số cơn ví dụ cơn vắng (absence, thay vì “generalized absence seizure”) vì cơn vắng chỉ nằm trong nhóm cơn toàn thể.

Cụm từ “co cứng co giật” vẫn thay thế cho cụm từ “cơn lớn” quen thuộc, mặc dù vẫn sẽ có một số sử dụng thuật ngữ cũ này. Bởi vì có một loại cơn mới biểu hiện bởi các cử động giật cơ (myoclonic) trước cử động co cứng và co giật, nên việc ghi nhận những cử động đầu tiên trong cơn có phải là co cứng hay không rất quan trọng. Trong giai đoạn co giật (clonic) của cơn co cứng co giật (tonic clonic seizure), diễn hình bệnh nhân thường biểu hiện giảm dần tần số giật trong diễn tiến cơn. Trong một cơn co cứng co giật, ý thức mất đi trước hoặc cùng lúc với thời điểm xuất hiện co cứng và co giật của bệnh nhân. Một số cơn co cứng co giật có thể gây ra cảm giác chuẩn bị có cơn (bệnh nhân biết trước) hoặc cử động đầu hoặc chi thoáng qua, những triệu chứng này cũng không thể loại bỏ kiểu khởi phát toàn thể, bởi vì quá trình sinh lý không bao giờ tạo ra một sự đồng bộ tuyệt đối. Trường hợp này người bác sĩ phải xác định đó có thực sự là một cơn khởi phát cục bộ không.

Cơn co giật toàn thể biểu hiện khởi đầu, tiếp diễn và kết thúc bằng các cử động giật có nhịp của các chi ở hai bên cơ thể và có thể liên quan đầu, cổ, mặt và thân. Cơn co giật toàn thể ít gặp hơn nhiều so với cơn co cứng co giật, thường xảy ra ở trẻ nữ nhi, và nên được phân biệt với cơn giật mình (jitteriness) hay cơn rùng mình (shuddering attacks).

Cơn co cứng toàn thể (generalized tonic) biểu hiện co cứng cơ hai bên hay giơ cao (elevation), thường kèm co cứng cổ. Phân loại cơn này khi theo sau co cứng không có cử động co giật. Bệnh nhân có thể duy trì co cứng trong một tư thế, có thể gập hay duỗi, thường đi kèm run các chi. Co cứng có thể khó phân biệt với loạn trương lực, định nghĩa là sự duy trì cơ của cơ đồng vận và cơ đối vận gây ra cử động múa vờn hay xoắn vặn, khi kéo dài, có thể tạo thành một tư thế bất thường.

Cơ giật cơ toàn thể (generalized myoclonic) có thể xuất hiện riêng biệt hay có co cứng hay mất trương lực. Giật cơ phân biệt với co giật bằng đặc điểm ngắn hơn và lặp lại không đều. Giật cơ là một triệu chứng và có thể có nguyên nhân động kinh hoặc không phải động kinh.

Cơ giật cơ-co cứng-co giật toàn thể (generalized myoclonic-tonic-clonic) bắt đầu với những cử động giật cơ theo sau là triệu chứng co cứng co giật. Những cơn này hay gặp ở bệnh nhân bị hội chứng động kinh giật cơ thiếu niên (Juvenile myoclonic epilepsy) và có thể các động kinh toàn thể khác. Còn ý kiến tranh cãi rằng những cử động giật cơ đầu tiên có thể là co giật hay giật cơ, nhưng chúng thường không kéo dài đủ lâu để xem là co giật.

Cơ giật cơ-mất trương lực (myoclonic-atonic) biểu hiện những cử động giật cơ ngắn của chi và thân, theo sau là mất trương lực chi. Những cơn kiểu này, trước đây được gọi là giật cơ-mất đứng, thường gặp nhất trong hội chứng Doose, nhưng cũng có thể có trong hội chứng Lennox Gastaut và các hội chứng khác.

Atonic có nghĩa là mất trương lực cơ. Khi chân mất trương lực trong cơn mất trương lực toàn thể, bệnh nhân sẽ té đập mông xuống hoặc thỉnh thoảng té ra trước đập gối và mặt xuống sàn. Hồi phục chỉ trong vài giây. Ngược lại, cơn co cứng hay co cứng co giật điển hình với bệnh nhân té ra sau.

Cơn động kinh co thắt (epileptic spasms) trước đây được cho là cơn co thắt của trẻ nhũ nhi (infantile spasms), và cụm từ “co thắt nhũ nhi” vẫn thích hợp khi kiểu cơn này xuất hiện ở tuổi này. Biểu hiện của cơn là đột ngột gập, duỗi, hoặc gập duỗi của cơ trực và gốc chi là chủ yếu. Chúng thường xuất hiện thành cụm cơn và hay gặp nhất ở trẻ nhũ nhi.

Cơn động kinh toàn thể không vận động (generalized nonmotor seizure, cũng chính là cơn absence-vắng ý thức) bao gồm những biến thể khác nhau của cơn vắng ý thức. The Task Force giữ lại phân biệt cơn vắng điển hình và không điển hình, bởi vì sự khác biệt giữa hai loại cơn này liên quan đặc điểm EEG, hội chứng động kinh, phương pháp điều trị và tiên lượng. Theo bảng phân loại 1981 (bảng này đã được xây dựng dựa trên phân tích từ rất nhiều điện não video), cơn động kinh vắng ý thức (absence) được gọi là không điển hình khi cơn có thay đổi trương lực rõ ràng hơn so với một cơn vắng điển hình hoặc khi cơn bắt đầu hay kết thúc không đột ngột. Cần đo điện não để chắc chắn phân biệt cơn vắng điển hình và không điển hình.

Cơn cơn vắng ý thức giật cơ là một loại cơn vắng với các cử động giật cơ đều đặn 3 chu kì/giây, gây ra cử động dạng nhịp nhàng của chi trên khiến cho cánh tay nâng lên từ từ, và kèm với sóng gai sóng 3 chu kì/giây toàn thể. Độ dài cơn thường 10-60s. Suy giảm ý thức có thể không rõ ràng trong cơn này. Cơn vắng giật cơ có thể liên quan đến gen hoặc không.

Giật cơ mi mắt (eyelid myoclonia) biểu hiện giật cơ của mi mắt và nhìn lên của nhãn cầu, thường bị kích phát khi bệnh nhân nhắm mắt hoặc bởi ánh sáng. Loại cơn này có thể liên quan đến cơn vắng ý thức, nhưng cũng có thể là một cơn cục bộ vận động, điều này làm cho kiểu cơn này khó phân loại. Tuy vậy bảng phân loại 2017 đã gộp loại cơn này vào nhóm cơn không vận động (cũng là cơn vắng ý thức), nghe có vẻ ngược, nhưng cơn giật cơ (myoclonia) ở đây được hiểu liên quan

đến cơn vắng ý thức hơn là vận động. Cơn vắng ý thức kèm giật cơ mi mắt, cơn động kinh hay hoạt động kích phát EEG gây ra do nhắm mắt hay nhạy cảm ánh sáng là tam chứng của hội chứng Jeavons.

Cơn động kinh không rõ khởi phát có thể có biểu hiện vận động hoặc không vận động. Ưu điểm lớn nhất của nhóm này là giúp chúng ta có thể xếp vào bảng phân loại mới nhóm bệnh nhân có cơn toàn thể nhưng không rõ khởi đầu của cơn. Thông tin tiếp theo có thể giúp tái phân loại thành cơn cục bộ hay toàn thể. Cơn co thắt và cơn ngưng hành vi cũng có thể không rõ khởi phát và được xếp vào nhóm này. Cơn co thắt có thể cần thông tin điện não video để làm rõ bản chất của khởi phát, điều này quan trọng vì một khởi phát cục bộ có thể liên quan đến một tổn thương cục bộ có thể chữa lành. Một cơn ngưng hành vi không rõ khởi phát có thể là cơn cục bộ ngưng hành vi có suy giảm ý thức hoặc là một cơn vắng. Hoặc có thể xếp vào nhóm “không phân loại được” (unclassified) do thiếu thông tin hoặc không thể xếp vào nhóm khác. Nếu không chắc tình huống của bệnh nhân là một cơn động kinh, thì cũng không nên xếp vào nhóm “không phân loại được”, vì nhóm này là để dành cho những tình huống có lẽ là cơn động kinh, nhưng những đặc điểm của chúng chưa đủ rõ để phân vào nhóm nào khác.

Mỗi một phân loại cơn động kinh đều có một mức độ thiếu chắc chắn nào đó. The Task Force cho phép mức độ chắc chắn về kiểu khởi phát chỉ 80%, nhưng nếu dưới mức này, thì nên xếp vào nhóm không rõ khởi phát (unknown onset). Con số 80% được chọn là để phù hợp với mức ngưỡng âm tính giả 80% trong các phân tích thống kê.

Các mô tả thường gặp:

Các cơn cục bộ có thể sinh ra rất nhiều loại cảm giác và hành vi khác nhau rất khó để sáp nhập tất cả vào bảng phân loại. Để dễ dàng hơn trong việc đặt tên những thuật ngữ thông dụng cho các cơn động kinh, Task Force đưa ra danh sách các kiểu hành vi thường gặp có thể được mô tả trong một cơn động kinh (Bảng 1), nhưng các triệu chứng này có thể không có tên trong bảng phân loại. Nói cách khác, các mô tả trên có thể đi kèm với phân loại cơn để làm rõ hơn biểu hiện cụ thể của từng cơn nói riêng, nhưng bản thân chúng không được dùng để xác định loại cơn theo như bảng phân loại. Các mô tả ấy có “giá trị thấp hơn” các triệu chứng chính, như co cứng, là một triệu chứng giúp phân loại cơn động kinh. Triệu chứng định bên (laterality) là một mô tả đặc biệt, nhưng quan trọng trong thực hành lâm sàng. Task Force công nhận tầm quan trọng của việc mô tả cụ thể về cơn, bên cạnh việc phân loại cơn.

Bảng 1. Các mô tả thường gặp về các hành vi trong và sau cơn động kinh

<i>Nhận thức</i>	<i>Vận động tự động</i>
Mất khả năng tính toán	Kích động
Mất ngôn ngữ	Chớp mắt
Giảm tập trung chú ý	Gật đầu
Déjà vu hay jamais vu	Vận động tay
Sự phân ly	Miệng-mặt
Loạn phối hợp từ	Đạp xe
Ảo giác	Ưỡn hông
Ảo tưởng	Kiên trì
Giảm trí nhớ	Chạy
Thờ ơ	Tình dục
Suy nghĩ cưỡng chế	Cởi quần áo
Giảm phản ứng	Phát âm/Lời nói
	Đi bộ
<i>Tình cảm hay cảm xúc</i>	<i>Vận động</i>
Xúc động	Nói đớ
Giận dữ	Loạn trương lực
Lo âu	Tư thế đấu kiếm (figure-of-4)
Khóc	Mất phối hợp
Sợ	Đạo trình Jackson
Cười	Liệt
Hoang tưởng	Yếu
Thích thú	Xoay
<i>Thần kinh tự chủ</i>	<i>Cảm giác</i>
Vô tâm thu	Thính giác
Nhịp tim chậm	Vị giác
Cương dương	Cảm giác nóng lạnh
Đổ bừa	Khứu giác

Dạ dày ruột	Cảm giác thân thể
Tăng/Giảm thông khí	Tiền đình
Buồn nôn, nôn	Thị giác
Tím tái	
Đánh trống ngực	<i>Định bên</i>
Dựng lông	Trái
Thay đổi hô hấp	Phải
Nhịp tim nhanh	Hai bên

Chú thích:

Bảng 2 đưa ra chú giải về những từ được sử dụng trong tài liệu này và tài liệu đi kèm. Các định nghĩa được đưa ra không phải phổ biến (trong ngôn ngữ giao tiếp hằng ngày), thay vào đó tập trung vào khía cạnh động kinh. Ví dụ, từ cảm giác được dùng trong bối cảnh cơn động kinh cảm giác, không phải tất cả các loại cảm giác. Bất cứ khi nào có thể, các định nghĩa trước đây đã được chấp nhận trong bảng chú thích năm 2001 của ILAE đều được giữ lại dùng, ủng hộ cho việc tiếp tục sử dụng các từ này, nhưng ngoài ra cũng có một số thuật ngữ mới được đưa ra.

Bảng 2. Thuật ngữ	
Từ	Định nghĩa
Cơn vắng ý thức điển hình	Một khởi phát đột ngột, gián đoạn của các hoạt động đang diễn ra, nhìn trống rỗng, có thể có lệch mắt lên trên rất nhanh. Thông thường nói chuyện bệnh nhân sẽ không phản ứng. Cơn kéo dài vài giây đến nửa phút và hồi phục rất nhanh. EEG biểu hiện phóng điện dạng động kinh toàn thể. Cơn vắng ý thức được định nghĩa một cơn động kinh khởi phát toàn thể. Từ này không đồng nghĩa với nhìn trống rỗng, nhìn trống rỗng cũng có thể gặp trong những cơn khởi phát cục bộ.
Cơn vắng ý thức không điển hình	Cơn vắng ý thức với những thay đổi tư thế rõ rệt hơn trong cơn vắng ý thức điển hình hoặc khởi phát và/hoặc chấm dứt không đột ngột, thường kết hợp với hoạt động gai sóng toàn thể, chậm, không đều.
Ngừng hoạt động	Xem cơn ngừng hoạt động
Cơn mất trương lực	Mất hoặc giảm trương lực cơ đột ngột mà không có biểu hiện co giật hay co cứng kéo dài ~ 1–2 s trước đó, liên quan đến đầu, thân, hàm hoặc chi.

Vận động tự động	Một hoạt động vận động phối hợp thêm hoặc bớt thường xảy ra khi có sự giảm nhận thức và bệnh nhân thường không nhớ sau đó (nhưng không phải luôn luôn như thế). Điều này giống như một cử động tự ý và có thể bao gồm sự tiếp tục hoạt động trước cơn một cách không phù hợp
Cơ thần kinh tự chủ	Một sự thay đổi rõ rệt của chức năng hệ thần kinh tự chủ liên quan đến tim mạch, đồng tử, đường tiêu hóa, tiết mồ hôi, vận mạch và điều chỉnh nhiệt độ.
Aura	Một hiện tượng chủ quan trong cơn, có thể có trước một cơn động kinh quan sát được ở một bệnh nhân nhất định (sử dụng phổ biến)
Ý thức	Nhận biết về bản thân hoặc môi trường
Hai bên	Cả hai bên trái và phải, mặc dù biểu hiện co giật hai bên có thể đối xứng hoặc không đối xứng
Co giật	Giật, đối xứng hoặc không đối xứng, lặp lại thường xuyên và liên quan đến những nhóm cơ giống nhau
Nhận thức	Liên quan đến suy nghĩ và các chức năng vỏ não cao cấp, ví dụ như ngôn ngữ, nhận thức về không gian, trí nhớ, và thói quen. Thuật ngữ sử dụng trước đây là loại co giật tâm linh
Ý thức	Một trạng thái của ý nghĩ với cả hai khía cạnh chủ quan và khách quan, bao gồm ý thức bản thân như một thực thể duy nhất, ý thức, phản hồi và bộ nhớ
Cơn khóc	Bật khóc, có thể có hoặc không liên quan đến nỗi buồn
Loạn trương lực	Các cơn co thắt kéo dài của cả hai cơ đồng vận và đối vận tạo ra múa vờn hoặc vận xoắn, có thể tạo ra những tư thế bất thường
Cơn cảm xúc	Cơn biểu hiện bằng cảm xúc hoặc cảm xúc là một đặc điểm nổi bật, như sợ hãi, niềm vui tự phát hay hưng phấn, cười, hoặc khóc
Co thắt dạng động kinh	Một sự uốn cong, duỗi ra, hoặc uốn duỗi kết hợp của các cơ chủ yếu cơ trục thân và đoạn gần thường kéo dài hơn so với cơn co giật cơ nhưng không dài như cơn co cứng. Các dạng hạn chế có thể xảy ra: Nhấn mặt, gật đầu hoặc chuyển động mắt nhanh. Co thắt động kinh thường xảy ra thành cụm. Co thắt trẻ sơ sinh là cơn được mô tả nhiều nhất, nhưng co thắt có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi
Bệnh động kinh	Một bệnh của não được xác định bởi bất kỳ tiêu chuẩn nào sau đây: (1) Có ít nhất hai cơn tự phát xảy ra cách nhau >24 giờ; (2) một cơn tự phát và khả năng tái phát các cơn tương tự (ít nhất 60%) xảy ra trong 10 năm tới; (3) chẩn đoán hội chứng động kinh. Chẩn đoán bệnh động kinh nên được xem xét lại với những người có hội chứng động kinh phụ thuộc vào tuổi nhưng đã qua tuổi áp dụng hoặc những người không cơn động kinh trong 10 năm qua mà không sử dụng thuốc chống co giật trong 5 năm qua

Co giật mí mắt	Giật mí mắt ít nhất 3 lần/giây, với mắt lệch hướng lên, thường kéo dài <10 s, kết thúc BN nhắm mắt. Có thể có hoặc không mất ý thức ngắn
Tư thế đấu kiếm (fencer)	Một loại cơn cục bộ vận động với duỗi một cánh tay và gấp ở khuỷu tay và cổ tay đối bên, giống như đấu kiếm. Đây còn được gọi là cơn động kinh vùng vận động phụ.
Co giật hình số 4	Duỗi ra của cánh tay (thường đối bên với vùng sinh động kinh) và gấp lại khuỷu tay bên kia, tạo thành hình số 4
Cục bộ	Có nguồn gốc giới hạn ở một bán cầu. Chúng có thể khu trú rời rạc hoặc phân bố lan rộng. Cơn cục bộ có thể bắt nguồn từ cấu trúc dưới vỏ
Cơn cục bộ lan co cứng co giật hai bên	Một loại cơn với sự khởi phát cục bộ, còn hoặc suy giảm ý thức, vận động hay không vận động, diễn tiến thành co cứng co giật hai bên. Thuật ngữ trước đây là động kinh với khởi phát một phần toàn thể hóa thứ phát
Cơn cười	Bật cười hoặc cười khúc khích, thường không có âm điệu phù hợp
Toàn thể	Có nguồn gốc từ một số điểm và nhanh chóng lan ra mạng lưới phân bố hai bên
Co cứng co giật toàn thể	Cơn co cứng đối xứng hai bên hoặc đôi khi không đối xứng và sau đó co giật hai bên các cơ vân, thường có hiện tượng tự động và mất nhận thức. Những cơn này tạo thành mạng lưới ở cả hai bán cầu khi bắt đầu cơn co giật
Ảo giác	Sự tạo ra những cảm nhận kết hợp mà không có các kích thích bên ngoài tương ứng gồm ảo thị, ảo thính, cảm giác thân thể, ảo khứu, và / hoặc ảo vị. Ví dụ: “Nghe” và “nhìn thấy” mọi người nói
Ngưng hoạt động	Tạm dừng các hoạt động, đóng băng, cố định, như trong cơn ngưng hoạt động
Bất động	Xem ngưng hoạt động
Giảm ý thức	Xem ý thức. Giảm hoặc mất ý thức là một đặc điểm của cơn cục bộ có suy giảm ý thức, trước đây được gọi là cơn từng phần phức tạp
Suy giảm ý thức	Xem giảm nhận thức
Đạo trình Jackson	Thuật ngữ truyền thống chỉ sự lan truyền của cơn co giật qua các bộ phận tiếp giáp của cơ thể ở một bên
Vận động	Liên quan đến cơ. Vận động có thể bao gồm tăng hoặc giảm co cơ để tạo ra chuyển động

Giật cơ	Đột ngột, ngắn gọn (<100 msec), co một hoặc nhiều cơ hoặc nhóm cơ một cách không tự chủ (cơ trực, phần gần, xa của chi). Giật cơ ít lặp đi lặp lại và ít kéo dài hơn so với co giật
Giật cơ – mất trương lực	Một loại cơn toàn thể với cơn giật cơ dẫn đến cơn mất trương lực. Loại này trước đây được gọi là động kinh giật cơ-mất đứng
Giật cơ – co cứng – co giật	Một hoặc vài động tác giật chi hai bên, theo sau là một cơn co cứng co giật. Các động tác giật chi ban đầu có thể là co giật hoặc giật cơ ngắn. Động kinh với đặc điểm này thường phổ biến trong động kinh giật cơ tuổi thiếu niên
Không vận động	Những loại cơn cục bộ hay toàn thể trong đó hoạt động vận động không nổi bật
Lan truyền	Lan truyền của hoạt động động kinh từ một nơi trong não đến nơi khác, hoặc kết nối thành mạng lưới trong não
Đáp ứng	Khả năng phản ứng thích hợp bằng chuyển động hoặc lời nói với một kích thích
Cơn động kinh	Một sự xuất hiện thoáng qua của các dấu hiệu và / hoặc triệu chứng do hoạt động thần kinh đồng bộ hoặc quá mức một cách bất thường trong não
Cơn cảm giác	Một trải nghiệm giác quan không do kích thích phù hợp từ thế giới bên ngoài
Cơn co thắt	Xem co thắt động kinh
Cơn co cứng	Sự tăng co cơ liên tục kéo dài từ vài giây đến vài phút
Co cứng-co giật	Một chuỗi bao gồm một cơn co cứng theo sau bởi giai đoạn co giật
Không nhận thức	Thuật ngữ không nhận thức có thể sử dụng như viết tắt của nhận thức bị suy giảm
Chưa phân loại	Đề cập đến một loại co giật không được mô tả bởi phân loại ILAE 2017 vì thông tin không đầy đủ hoặc các đặc điểm lâm sàng ít gặp. Nếu cơn động kinh không được phân loại vì khởi phát không xác định, phân loại giới hạn vẫn có thể suy ra từ các đặc điểm quan sát được
Không đáp ứng	Không thể đáp ứng thích hợp bằng chuyển động hoặc lời nói với kích thích
Cơn xoay	Xoay đầu, mắt và / hoặc thân mình liên tục hoặc lệch sang bên từ đường giữa

Sắp xếp thuật ngữ cũ thành mới:

Bảng 3 cung cấp bản đồ các thuật ngữ chính thức và phổ biến cũ cho phân loại cơn động kinh 2017.

Bảng 3. Sắp xếp thuật ngữ cũ thành mới	
Thuật ngữ cũ	Thuật ngữ mới [chọn lựa] (tùy chọn)
Cơ vắng ý thức	Cơ vắng ý thức (toàn thể)
Cơ vắng ý thức, không điển hình	Cơ vắng ý thức (toàn thể), không điển hình
Cơ vắng ý thức, điển hình	Cơ vắng ý thức (toàn thể), điển hình
Không vận động	Cơ ngưng hoạt động cục bộ, vắng ý thức toàn thể
Mất định hướng	Cơ mất trương lực [cục bộ/toàn thể]
Mất trương lực	Cơ mất trương lực [cục bộ/toàn thể]
Aura	Cục bộ còn ý thức
Co giật	Co giật [cục bộ/toàn thể]
Cục bộ phức tạp	Cục bộ có suy giảm ý thức
Co giật	[Co cứng co giật, co cứng, co giật] vận động [cục bộ/toàn thể], cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên
Cơ khóc	Cảm xúc (khóc) cục bộ [còn nhận thức hoặc giảm nhận thức]
Thay đổi ý thức	Cục bộ giảm ý thức
Té ngã	Mất trương lực [cục bộ/toàn thể], co cứng [cục bộ/toàn thể]
Tư thế dấu kiếm (co cứng không đối xứng)	Co cứng vận động cục bộ [còn ý thức hoặc giảm ý thức]
Tư thế số 4	Co cứng vận động cục bộ [còn ý thức hoặc giảm ý thức]
Cứng người	Ngưng hoạt động cục bộ [còn ý thức hoặc giảm ý thức]
Cơ thùy trán	Cục bộ

Cơ cười	Cảm xúc (cười) cục bộ [còn ý thức hoặc giảm ý thức]
Động kinh cơn lớn	Co cứng co giật toàn thể, cục bộ thành co cứng co giật hai bên, co cứng- co giật không rõ khởi phát
Cơ vị giác	Cảm giác cục bộ (vị giác) [còn ý thức hoặc giảm ý thức]
Cơ co thắt nữ nhi	Cơ co thắt dạng động kinh khởi phát [cục bộ/ toàn thể/ không rõ]
Đạo trình Jackson	Vận động cục bộ còn ý thức (Jacksonian)
Cơ hệ viền	Giảm ý thức cục bộ
Vận động chủ yếu	Co cứng co giật toàn thể, khởi phát cục bộ chuyển thành co cứng co giật
Vận động nhỏ	Vận động cục bộ, giật cơ toàn thể
Giật cơ	Giật cơ [cục bộ/ toàn thể]
Vỏ não mới	Cục bộ còn ý thức hoặc cục bộ giảm ý thức
Thùy chẩm	Cục bộ
Thùy đỉnh	Cục bộ
Cục bộ	Cục bộ
Động kinh cơn nhỏ	Vắng ý thức
Tâm thần vận động	Cục bộ giảm ý thức
Rolandic	Vận động cục bộ còn ý thức, cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên
Salaam	Cơ co thắt động kinh [cục bộ/toàn thể/không rõ khởi phát]
Cơ co cứng co giật toàn thể thứ phát	Cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên
Cục bộ đơn giản	Cục bộ còn ý thức
Vận động thứ cấp	Co cứng vận động cục bộ
Sylvian	Vận động cục bộ
Thùy thái dương	Cục bộ còn/giảm ý thức
Co cứng	Co cứng [cục bộ/toàn thể]

Co cứng co giật	Co cứng co giật khởi phát [cục bộ/toàn thể] cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên
Cơ khứu giác	Cảm giác cục bộ (khứu giác) [còn hoặc giảm nhận thức]
<p>Lưu ý rằng không có sự tương ứng một-một, chỉ cho thấy sự sắp xếp lại cũng như đổi tên. Các thuật ngữ quan trọng nhất được in đậm. Phân loại giải phẫu vẫn có thể hữu ích cho một số mục đích, ví dụ, để đánh giá phẫu thuật động kinh.</p>	

Từ viết tắt:

Bảng 4 cung cấp các từ viết tắt gợi ý cho các loại cơn động kinh chính.

Bảng 4. Viết tắt của một số loại cơn động kinh quan trọng	
<i>Loại cơn động kinh</i>	<i>Viết tắt</i>
Cơn cục bộ còn nhận thức	FAS
Cơn cục bộ giảm nhận thức	FIAS
Cơn cục bộ vận động	FMS
Cơn cục bộ không vận động	FNMS
Cơn cục bộ co thắt dạng động kinh	FES
Cơn cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên	FBTCS
Cơn co cứng co giật toàn thể	GTCS
Cơn vắng ý thức toàn thể	GAS
Cơn vận động toàn thể	GMS
Cơn toàn thể co thắt dạng động kinh	GES
Cơn co cứng co giật không rõ khởi phát	UTCS

Tóm tắt các quy tắc phân loại cơn giật

1. Khởi đầu: Quyết định khởi phát của cơn co giật là cục bộ hay toàn thể, sử dụng 80% độ tin cậy. Nếu không, khởi phát là không xác định.
2. Ý thức: Đối với các cơn cục bộ, quyết định xem có nên phân loại theo mức độ ý thức hay bỏ qua ý thức như một tiêu chí phân loại. Cơn động kinh cục bộ còn ý thức tương ứng với các cơn động kinh cục bộ đơn giản và cơn cục bộ suy giảm ý thức tương ứng cơn cục bộ phức tạp trong

phân loại cũ.

3. Giảm ý thức bất cứ lúc nào: Một cơn cục bộ là một cơn cục bộ giảm ý thức nếu ý thức bị giảm tại bất kỳ thời điểm nào trong cơn.
4. Khởi đầu nổi bật: Phân loại một cơn cục bộ bằng dấu hiệu hoặc triệu chứng nổi bật đầu tiên của nó. Đừng tính ngưng hoạt động thoáng qua.
5. Ngưng hoạt động: Một cơn ngưng hoạt động cục bộ biểu hiện ngưng hoạt động như đặc điểm nổi bật của toàn bộ cơn động kinh.
6. Vận động/ Không vận động: Một cơn cục bộ không hoặc có giảm ý thức có thể được phân loại thêm bởi các đặc điểm vận động hoặc không vận động. Ngoài ra, một cơn cục bộ có thể được đặc trưng bởi đặc tính vận động hoặc không vận động, mà không kèm mức độ của ý thức. Ví dụ, một cơn co giật cục bộ.
7. Thuật ngữ tùy chọn: Các thuật ngữ như vận động hoặc không vận động có thể bỏ qua khi loại cơn rõ ràng.
8. Mô tả bổ sung: Sau khi phân loại cơn dựa trên các biểu hiện ban đầu, người ta khuyến khích mô tả thêm các dấu hiệu và triệu chứng khác, mô tả gợi ý. Những điều này không làm thay đổi loại co giật. Ví dụ: cơn cảm xúc cục bộ với co giật tay phải và tăng thông khí.
9. Hai bên với toàn thể: Sử dụng thuật ngữ “hai bên” cho các cơn co cứng co giật lan cả hai bán cầu và “toàn thể” cho các cơn co giật xuất hiện đồng thời ở cả hai bán cầu.
10. Vắng ý thức không điển hình: Vắng ý thức không điển hình nếu có khởi phát và kết thúc chậm, thay đổi trương lực cơ rõ rệt, hoặc gai-sóng trên EEG <3 chu kỳ/ giây.
11. Co giật với giật cơ: Co giật có nhịp còn giật cơ thường giật không nhịp nhàng.
12. Giật cơ mi mắt: Vắng ý thức với giật cơ mi mắt biểu hiện mi mắt giật lên trên trong cơn vắng ý thức.

Ví dụ

1. Co cứng-co giật: Một người phụ nữ thức giấc phát hiện chông mình co giật trên giường. Sự khởi đầu không được xác định, nhưng cô ấy mô tả cơn co cứng hai bên sau đó là lắc hai bên. EEG và cộng hưởng từ (MRI) bình thường. Cơn co giật được phân loại là cơn co cứng co giật không rõ khởi phát. Không có thông tin bổ sung để xác định xem khởi phát là cục bộ hay toàn thể. Trong phân loại cũ, cơn động kinh này sẽ không thể phân loại được nếu không có thêm đặc tính nào.
2. Khởi phát cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên: Trong một tình huống thay thế của trường hợp 1, EEG cho thấy rõ sóng chậm vùng đỉnh phải. MRI cho thấy loạn sản vỏ não vùng đỉnh phải. Trong trường hợp này, cơn động kinh có thể được phân loại là cơn cục bộ chuyển thành co cứng co giật hai bên, mặc dù không quan sát được khởi phát, bởi vì nguyên nhân cục bộ đã được xác định, và khả năng lớn là cơn co giật có khởi phát cục bộ. Phân loại cũ sẽ phân loại cơn động kinh này là khởi phát một phần, toàn thể hóa thứ phát.
3. Vắng ý thức: Trẻ được chẩn đoán hội chứng Lennox-Gastaut không rõ nguyên nhân. EEG cho thấy các đợt gai sóng chậm. Các loại cơn bao gồm cơn vắng ý thức, co cứng và cơn cục bộ vận động. Cơn vắng ý thức kéo dài, có khởi phát và kết thúc không rõ ràng, và đôi khi dẫn đến té ngã. Trong trường hợp này, cơn vắng ý thức được phân loại là cơn vắng

không điển hình do đặc điểm, EEG và hội chứng không rõ. Các cơn động kinh vắng ý thức sẽ có cùng phân loại trong phân loại cũ.

4. Co cứng: Một đứa trẻ có cơn cứng tay chân phải ngắn, trong cơn vẫn còn đáp ứng và nhận thức. Cơn này là cơn co cứng cục bộ còn ý thức (có thể gọi là “khởi phát vận động”). Trong hệ thống cũ, cơn này được gọi là cơn co cứng, và có lẽ cho rằng khởi phát toàn thể là không chính xác.
5. Cục bộ có suy giảm ý thức: Một người phụ nữ 25 tuổi mô tả cơn động kinh bắt đầu khi cô nghe những “âm nhạc quen thuộc” trong 30 giây. Cô có thể nghe tiếng người nói, nhưng sau đó nhận ra rằng cô không thể xác định được họ đang nói gì. Sau đó, cô hơi lú lẫn và phải “định hướng lại bản thân mình”. Cơn động kinh được phân loại là cơn cục bộ có suy giảm nhận thức. Mặc dù bệnh nhân có thể tương tác với môi trường của mình nhưng cô ấy không thể giải thích được, và có hơi lú lẫn. Phân loại trước đây là cơn cục bộ phức tạp.
6. Thần kinh tự chủ: Một bệnh nhân nam 22 tuổi bị động kinh, trong cơn anh ta vẫn nhận thức được, cảm thấy dựng tóc gáy và đỏ mặt. Cơn được phân loại là cơn cục bộ không vận động loại thần kinh tự chủ còn ý thức, hoặc ngắn gọn là cơn cục bộ thần kinh tự chủ còn ý thức. Phân loại cũ gọi là cơn cục bộ tự động đơn giản.
7. Co giật cục bộ: Một cậu bé 1 tháng tuổi co giật có nhịp tay trái, không giảm khi đổi tư thế tay. EEG tương ứng cho thấy phóng điện có nhịp ở trán phải. Đây là cơn vận động cục bộ co giật, hoặc chi tiết hơn là cơn co giật cục bộ. Do mức độ nhận thức không thể chắc chắn được nên ý thức không tham gia vào việc phân loại cơn. Phân loại cũ không phân loại cho cơn này.
8. Biểu hiện cơn theo trình tự: Một cơn động kinh bắt đầu với ngứa ran ở tay phải ở một người đàn ông 75 tuổi. Bệnh nhân kể rằng sau đó cơn diễn tiến thành giật có nhịp ở tay phải kéo dài khoảng 30s. Ông vẫn còn nhận thức và nhớ trong cơn. Đây là cơn cục bộ cảm giác (khởi phát không vận động). Mô tả thêm sẽ có ích, gọi là cơn cảm giác cục bộ với các đặc điểm cảm giác thân thể tiến triển thành co giật ở tay phải. Nếu cảm giác và vận động không liên tục hoặc lâm sàng có lý do để coi đây này là hai cơn riêng biệt (hai ổ hoặc đa ổ), thì mỗi cơn sẽ phân loại là một loại riêng biệt. Phân loại cũ gọi đây là cơn cục bộ cảm giác vận động đơn giản. Một lợi thế của phân loại 2017 là có phân loại khởi phát cảm giác, rất quan trọng trong lâm sàng.
9. Giật cơ-mất trương lực: Một cậu bé 4 tuổi bị hội chứng Doose có vài cú giật tay kèm ngã mất trương lực ngay lập tức. Phân loại hiện nay là cơn giật cơ mất đứng. Thuật ngữ không chính thức trước đây là cơn giật cơ-mất đứng.
10. Cơn giật cơ-co cứng-co giật: Một đứa trẻ 13 tuổi bị bệnh động kinh giật cơ thể thiếu niên có cơn bắt đầu với vài cơn giật cơ, sau đó co cứng các chi và giật thành nhịp ở các chi. Cơn được phân loại là cơn giật cơ-co cứng-co giật. Không có loại cơn tương ứng nào trong bảng phân loại cũ, nhưng chúng có thể gọi là cơn giật cơ hoặc cơn co giật diễn tiến thành cơn co cứng co giật.
11. Cơn co thắt cục bộ dạng động kinh: Một bé gái 14 tháng tuổi đột ngột duỗi cả hai tay và gập thân người khoảng 2 giây. Những cơn này lặp lại thành cụm. EEG cho thấy gai nhọn hai bên, trội nhất ở vùng đỉnh trái. MRI cho thấy loạn sản thùy đỉnh trái. Cắt bỏ vùng loạn sản đã cắt được cơn động kinh. Những thông tin phụ giúp phân loại cơn là cơn co thắt cục bộ dạng động kinh (có thể xếp vào “khởi phát vận động”). Phân loại cũ gọi là cơn co thắt

nhũ nhi, không bao gồm rõ khởi phát cục bộ. Thuật ngữ “nhũ nhi” vẫn có thể sử dụng khi co thắt xảy ra trong giai đoạn nhũ nhi.

12. Không phân loại: Một người đàn ông 75 tuổi có động kinh khai có cảm giác run toàn thân và có lú lẫn. Không có thông tin nào khác. EEG và MRI bình thường. Đây là cơn không phân loại.

THẢO LUẬN

Phân loại động kinh ILAE 2017 đã đưa ra sổ tay hướng dẫn sử dụng để phân loại. Tuy nhiên, không thể hoàn toàn rõ ràng khi ứng dụng trên lâm sàng. Ví dụ, cơn co cứng co giật khởi phát toàn thể có thể hơi bất đối xứng với triệu chứng khởi phát là xoay đầu. Vậy làm thế nào để biết khởi phát bất đối xứng đó là khởi phát cục bộ? Câu trả lời dựa trên quyết định cá nhân cho từng cơn động kinh. Bản chất của khởi phát phải không chắc chắn như thế nào để bác sĩ lâm sàng phân loại một cơn động kinh là không rõ khởi phát? Nhóm đã đưa ra một hướng dẫn để độ tự tin “80%” khi phân loại một cơn động kinh là cục bộ hay toàn thể, nhưng chắc chắn nó sẽ giảm trong thực tế.

Sự nhập nhằng phát sinh khi một cơn động kinh biểu hiện nhiều dấu hiệu và triệu chứng sớm, ví dụ như co cứng cánh tay và động tác tự động. Người phân loại nên chọn triệu chứng nổi bật sớm nhất, nhưng những người quan sát khác nhau có thể gọi tên của cơn động kinh khác nhau tùy thuộc vào việc diễn giải các triệu chứng và dấu hiệu. Những sự nhập nhằng này có thể cải thiện một phần bằng cách biết các kiểu điển hình của các cơn động kinh thường gặp. Một cơn ngưng hoạt động, theo sau là chớp mắt và gật đầu trong 5 giây, và sau đó phục hồi ngay, có thể là một cơn vắng ý thức điển hình, mặc dù mỗi triệu chứng riêng lẻ có thể xảy ra trong nhiều loại co giật. Việc thêm các mô tả vào sau phân loại cơn có thể giúp hiểu tốt hơn bản chất của cơn động kinh, ví dụ, thêm “cười” vào sau “cơn cục bộ cảm xúc có suy giảm ý thức”.

Nhiều dấu hiệu vận động xuất hiện hiện nay kết hợp cùng với động kinh cục bộ hoặc toàn thể, nhưng không thể giả thiết sinh lý bệnh là như nhau cho cả hai loại. Một cơn co cứng cục bộ có cơ chế khác với cơn co cứng toàn thể, và mỗi loại cơn có tiên lượng, đáp ứng với điều trị, đối tượng dễ mắc bệnh và liên quan với hội chứng động kinh khác nhau. Ngay cả trong nhóm cục bộ, cơn co cứng cục bộ như là một phần của cơn động kinh cục bộ có suy giảm ý thức (biểu hiện thường gặp như cử động xoắn vặn trong cơn cục bộ phức tạp phức tạp) có thể khác với cơn co cứng cục bộ ở trẻ mắc hội chứng Lennox-Gastaut. Việc xác định loại cơn mới này sẽ tạo thuận lợi cho việc tìm hiểu thêm về chúng và các hội chứng có liên quan đến chúng.

Đường cong học tập và thống nhất sẽ xuất hiện trong cộng đồng động kinh là những ai sử dụng phân loại năm 2017. Theo thời gian, sự đồng thuận sẽ rõ ràng hơn đối với các loại cơn động kinh đại diện cho những nhóm triệu chứng quan trọng. Kinh nghiệm trong quá khứ dự báo việc áp dụng dần dần phân loại mới, cùng với việc sử dụng tạm thời các thuật ngữ từ nhiều thể hệ phân loại trước đó. Việc sử dụng phân loại năm 2017 trong thực tế có khả năng sẽ thúc đẩy các bản sửa đổi kế tiếp. Mong muốn của bảng phân loại ILAE 2017 là dễ dàng hơn trong việc tiếp cận các loại cơn động kinh giữa bác sĩ lâm sàng, cộng đồng đại chúng và các nhà nghiên cứu. Các phân

loại thực nghiệm trong tương lai sẽ được phát triển cho đến khi kiến thức đủ để xây dựng một phân loại dựa trên những kiến thức cơ bản để có những phân loại động kinh khác nhau.

Translated by:

Lê Quỳnh Ngân, MD

Trần Hồng Anh, MD

Nguyen Tri Phuong Hospital, Ho Chi Minh city, Viet Nam

Lê Thụy Minh An, Neurologist

Lê Văn Tuấn, PhD, Neurologist

University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh city, Viet Nam