



Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng co giật do sốt ở trẻ em tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

Trương Công Thành¹, Bé Hà Thành², Nguyễn Thị Xuân Hương^{2*}

Tổng Biên tập:

PGS. TS.
Nguyễn Phương Sinh

Ngày nhận bài:

30/07/2025

Ngày chấp nhận đăng bài:

15/06/2026

Ngày xuất bản:

30/06/2026

DOI:

10.66517/jstmp.2026.2.1

Bản quyền:

© 2026 Thuộc Tạp chí Khoa học và Công nghệ Y Dược

Xung đột quyền tác giả:

Tác giả tuyên bố không có bất kỳ xung đột nào về quyền tác giả

Địa chỉ liên hệ: Số 284,

đường Lương Ngọc Quyến,
Phường Phan Đình Phùng,
tỉnh Thái Nguyên

Email: tapchi@tmmc.edu.vn

1 Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

2 Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

* Tác giả liên hệ: nguyenthixuanhuong@tump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Co giật do sốt là rối loạn thần kinh thường gặp ở trẻ nhỏ, trong đó việc nhận diện sớm các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có ý nghĩa để xử trí kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng co giật do sốt ở trẻ điều trị tại Khoa cấp cứu, Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 139 trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán co giật do sốt và điều trị tại khoa cấp cứu, Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ 08/2024 đến 7/2025. Dữ liệu được thu thập trực tiếp khi trẻ nhập viện, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Trẻ mắc co giật do sốt có tuổi trung vị là 23 tháng, tỷ lệ nam chiếm 57,5%. Con co giật chủ yếu xảy ra khi sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (43,2%), trong vòng <12 giờ sau khởi phát sốt (89,9%), và đa phần là cơn co giật toàn thể (89,2%) với thời gian kéo dài <5 phút (76,3%). Khoảng 66,9% trẻ hồi phục ý thức về bình thường sau cơn. Bệnh lý hô hấp và tai mũi họng là nguyên nhân gây sốt chiếm ưu thế nhất (74,1%). Cận lâm sàng tăng bạch cầu (67,6%), tăng bạch cầu trung tính (68,4%), CRP tăng (56,1%), và thiếu máu nhẹ (48,9%). **Kết luận:** Co giật do sốt hay gặp ở trẻ 13–24 tháng, thường khởi phát sớm sau sốt cao, chủ yếu là co giật toàn thể, thời gian ngắn và hồi phục nhanh. Nguyên nhân chủ yếu liên quan đến nhiễm khuẩn hô hấp, kèm theo dấu hiệu viêm và thiếu máu.

Từ khóa: Co giật do sốt; Trẻ em; Lâm sàng; Cận lâm sàng; Ninh Bình

Clinical and paraclinical characteristics of febrile seizures in children at the emergency department of Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital

Truong Cong Thanh¹, Be Ha Thanh², Nguyen Thi Xuan Huong^{2*}

1 Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital

2 TNU - University of Medicine and Pharmacy

* Author contact: nguyenthixuanhuong@tump.edu.vn

ABSTRACT

Background: Febrile seizures are a common neurological disorder in young children, in which early recognition of clinical and paraclinical features is essential for timely management. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical features of febrile seizures in children treated at the Emergency Department, Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 139 children aged 6 months to 5 years, diagnosed with febrile seizures and treated at the Emergency Department from August 2024 to July 2025. Data were collected directly upon hospital admission and analyzed using SPSS version 20.0. **Results:** The median age of children with febrile seizures was 23 months, with boys accounting for 57.5%. Seizures mostly occurred at a fever $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (43.2%), within <12 hours of fever onset (89.9%), and were predominantly generalized (89.2%) with a duration of <5 minutes (76.3%). Approximately 66.9% of children recovered normal consciousness after the seizure. Respiratory and otorhinolaryngological infections were the leading causes of fever (74.1%). Laboratory findings showed leukocytosis (67.6%), neutrophilia (68.4%), elevated CRP (56.1%), and mild anemia (48.9%). **Conclusion:** Febrile seizures are most common among children aged 13–24 months, typically occurring early after high fever. They are mainly generalized, of short duration, and rapidly reversible. The leading causes are respiratory infections, accompanied by inflammatory markers and mild anemia.

Keywords: Febrile seizures; Children; Clinical features; Paraclinical findings; Ninh Binh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ giật do sốt (CGDS) là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây cơ giật cấp ở trẻ em, đặc biệt trong độ tuổi từ 6 tháng đến 5 tuổi. Theo Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ, CGDS được định nghĩa là cơn cơ giật xảy ra khi trẻ sốt $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$, không có

bằng chứng nhiễm trùng thần kinh, không có tiền sử động kinh hoặc rối loạn thần kinh trước đó [1]. Tỷ lệ mắc CGDS trên thế giới dao động từ 2–5%, thường gặp nhất ở nhóm 12–24 tháng tuổi [2, 3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu mới nhất tại Bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2023 ghi nhận tỷ lệ CGDS nhập viện là 60% [4].

Ba yếu tố cấu thành cơ bản của CGDS là tuổi, sốt và cơn co giật. Cơn co giật thường xuất hiện trong vòng 12 giờ đầu sau khi sốt, chủ yếu là cơn toàn thể, cơn ngắn (<5 phút), và thường xảy ra khi thân nhiệt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ [5]. Nguyên nhân sốt phổ biến nhất liên quan đến CGDS là nhiễm khuẩn hô hấp, tai mũi họng và một số bệnh do virus [6]. Về cận lâm sàng, nhiều trẻ có biểu hiện tăng bạch cầu, tăng CRP hoặc thiếu máu nhẹ, những yếu tố này có thể hỗ trợ định hướng chẩn đoán và loại trừ các bệnh lý nguy hiểm hơn [7].

CGDS nhìn chung lành tính, khoảng 30–40% trẻ có thể tái phát, đặc biệt khi có yếu tố nguy cơ như: khởi phát sớm, tiền sử gia đình, sinh non hoặc bất thường chu sinh [8]. Các nghiên cứu cho thấy trẻ bị tái phát nhiều lần có nguy cơ gặp rối loạn phát triển thần kinh, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, đồng thời làm gia tăng lo lắng và gánh nặng tâm lý cho gia đình. Do đó, việc nhận diện chính xác các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong bối cảnh địa phương là rất quan trọng để hướng dẫn theo dõi, xử trí và dự phòng tái phát.

Tại Việt Nam, đa số các nghiên cứu về CGDS tập trung ở các bệnh viện tuyến trung ương hoặc thành phố lớn, trong khi dữ liệu tại tuyến tỉnh còn rất hạn chế. Đặc biệt, tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình, cơ sở tiếp nhận hàng nghìn lượt trẻ khám cấp cứu mỗi năm trong đó, trẻ mắc CGDS chiếm một tỷ lệ đáng kể, chủ yếu ở độ tuổi 6 tháng - 5 tuổi và thường khởi phát sớm sau sốt cao. Tuy nhiên, cho đến nay nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc CGDS tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình còn hạn chế. Khoảng trống này đặt ra yêu cầu cấp thiết phải mô tả đặc điểm bệnh học CGDS trong thực tiễn địa phương, từ đó cung cấp bằng chứng lâm sàng phù hợp, đặc biệt trong bối cảnh bệnh viện tuyến tỉnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng CGDS ở trẻ điều trị tại Khoa cấp cứu, Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2024–2025.*

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán CGDS và điều trị tại Khoa cấp cứu, Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình trong thời gian từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 7 năm 2025.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi

- Được chẩn đoán CGDS dựa vào định nghĩa [1, 9]

+ Tất cả các cơn giật xảy ra khi nhiệt độ đo ở nách bệnh nhân $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ (tương đương nhiệt độ hậu môn là 38°C) [9]

+ Bệnh nhân có sốt nhưng không do nhiễm khuẩn thần kinh.

+ Không có bằng chứng của tình trạng rối loạn chuyển hóa cấp tính gây co giật.

- Gia đình trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ trước đó có co giật nhưng không kèm theo sốt.

- Co giật do độc tố (ngộ độc thuốc, hóa chất, chì,...).

- Co giật do rối loạn chuyển hóa, rối loạn điện giải, hạ đường huyết, ngộ độc, các thương tổn não, bệnh não cao huyết áp, hội chứng não cấp, co giật có sốt nhưng được chẩn đoán là động kinh dựa vào diễn biến lâm sàng và các xét nghiệm đặc hiệu khi cần thiết.

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 08/2024 đến 07/2025

Địa điểm nghiên cứu: Khoa cấp cứu - Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* *Cỡ mẫu:*

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:
$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Là cỡ mẫu tối thiểu cần có

$\alpha=0,05$: Mức ý nghĩa thống kê

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$: Hệ số giới hạn tin cậy

$d=0,05$: Độ chính xác mong muốn

$p=0,9$: tỉ lệ trẻ CGDS có cơn co giật toàn thể là 90% theo nghiên cứu của Trần Văn Bảo [5].

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là 138 trẻ cần điều tra. Nghiên cứu đã thu thập toàn bộ 139 trường hợp đủ tiêu chuẩn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Chỉ số và biến số nghiên cứu

* *Các chỉ số và biến số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:*

- Đặc điểm chung của trẻ: Tuổi, giới tính, nơi cư trú.

* *Các chỉ số và biến số về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:*

- CGDS lần đầu: Con CGDS xảy ra lần đầu tiên trong đời trẻ.
- Co giật do sốt đợt sau: Con CGDS tái phát sau lần đầu, có thể trong cùng một đợt sốt (≥ 24 giờ) hoặc trong các lần sốt tiếp theo.
- Thời gian cơn co giật: tính từ khi khởi phát đến khi kết thúc, chia 3 nhóm:
 - + < 5 phút: cơn CGDS đơn thuần, thường tự hết nhanh.
 - + $5 - < 15$ phút: nhóm có thể xếp vào CGDS đơn thuần nếu không tái phát.
 - + ≥ 15 phút: CGDS phức tạp, có nguy cơ tái phát và liên quan đến động kinh sau này.
- Tình trạng ý thức sau cơn được chia thành:
 - + Bình thường: trẻ hồi phục nhanh, đáp ứng phù hợp ngay sau cơn.
 - + Có rối loạn gồm: Lơ mơ: phản ứng chậm, ngủ gà hoặc chưa định hướng rõ, thời gian hồi phục > 5 phút. Mất ý thức: hôn mê cần theo dõi và xử trí tích cực.
- Đặc điểm lâm sàng CGDS: sốt, thời gian sốt trước khi co giật, tính chất sốt, tính chất cơn co giật, thời gian co giật, ý thức, bệnh lý hô hấp, tai mũi họng, tiêu hóa, tiết niệu,...
- Đặc điểm cận lâm sàng CGDS: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (WBC, HGB, tiểu cầu, bạch cầu trung tính), CRP

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Phương pháp thu thập số liệu

- Số liệu được thu thập bằng theo dõi trực tiếp từ khi trẻ vào viện và điều trị tại bệnh viện, bởi các nghiên cứu viên và các bác sĩ của khoa theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Nhiệt độ được ghi nhận tại thời điểm co giật, đo bằng nhiệt kế. Dạng co giật, thời gian và số lần trong 24h được ghi nhận bởi bác sĩ qua theo dõi diễn biến lâm sàng. Tình trạng ý thức sau cơn co giật được đánh giá trong vòng 30 phút sau cơn. Nguyên nhân gây sốt được xác định dựa trên chẩn đoán lâm sàng của bác sĩ điều trị. Các chỉ số xét nghiệm được thực hiện tại Khoa xét nghiệm Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình, sử dụng máy tự động và so sánh theo giá trị tham chiếu của Bộ Y tế.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các phép thống kê mô tả như tần suất, tỷ lệ, trung vị (min–max). Các phép kiểm định Chi bình phương (χ^2) được sử dụng để so sánh các tỷ lệ giữa các nhóm.

Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên (Số: 1337/ĐHYD-HĐĐĐ, năm 2024).

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Nhóm bệnh	
		n= 139	Tỷ lệ (%)
Tuổi	6 - 12 tháng	25	18
	13 - 24 tháng	51	36,7
	25 - 36 tháng	20	14,4
	> 36 tháng	43	30,9
	Trung vị (min – max) tháng	23(6- 59)	
Giới tính	Nam	80	57,5
	Nữ	59	42,5
Địa dư	Thành thị	53	38,1
	Nông thôn	86	61,9

Bảng 1 cho thấy nhóm tuổi 13–24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (36,7%), tuổi trung vị là 23 tháng (6–59 tháng). Tỷ lệ trẻ nam chiếm 57,5%, cao hơn nữ (42,5%). Đa số trẻ cư trú tại khu vực nông thôn (61,9%), còn lại 38,1% sống ở thành thị.

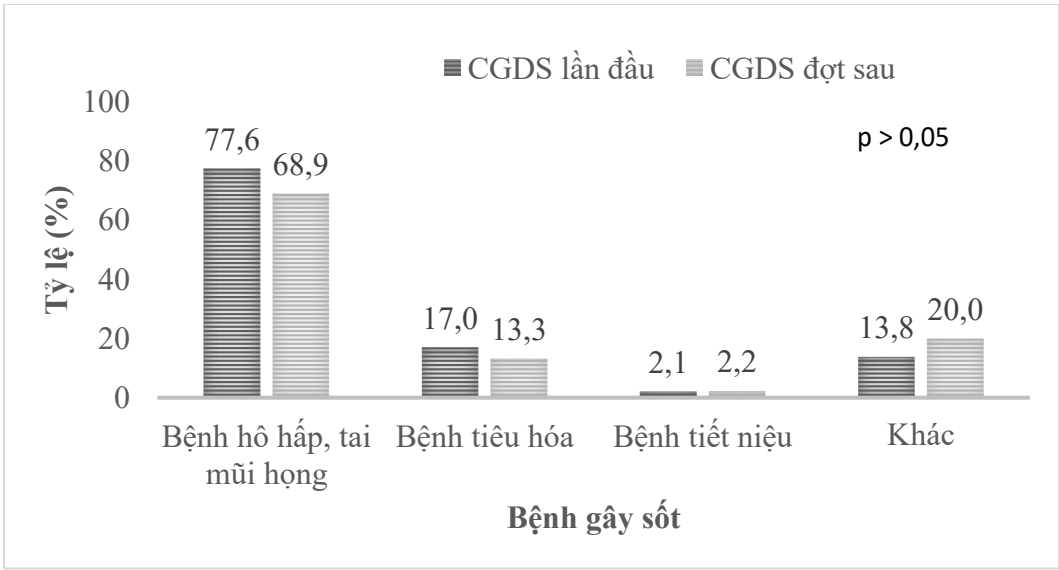
Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của trẻ co giật do sốt

Đặc điểm	CGDS lần đầu		CGDS đợt sau		Tổng		p
	n=94	%	n=45	%	n=139	%	
Thân nhiệt							
37,5 - < 38,5 °C	23	24,5	10	22,2	33	23,7	0,63
38,5 - < 39 °C	33	35,1	13	28,9	46	33,1	
≥ 39 °C	38	40,4	22	48,9	60	43,2	
Thời gian từ khi sốt đến khi co giật							
<12 giờ	85	90,4	40	88,9	125	89,9	0,778
≥ 12 giờ	9	9,6	5	11,1	14	10,1	

Tính chất cơn sốt						
Từ từ	58	61,7	23	51,1	81	58,3
Đột ngột	36	38,3	22	48,9	58	41,7
Tổng số	94	100	45	100	139	100

0,236

Bảng 2 cho thấy thân nhiệt khi co giật chủ yếu $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (43,2%), không có khác biệt giữa hai đợt ($p=0,63$). Thời gian từ sốt đến co giật chủ yếu <12 giờ (89,9%; $p=0,778$). Sốt khởi phát từ từ chiếm tỷ lệ cao hơn (58,3%) so với khởi phát đột ngột, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,236$).



Hình 1. Phân bố bệnh gây sốt ở trẻ khi xuất hiện co giật

Hình 1 cho thấy nguyên nhân gây sốt dẫn đến co giật chủ yếu là các bệnh lý hô hấp và tai mũi họng, chiếm 77,6% ở lần đầu và 68,9% ở đợt sau. Các nguyên nhân khác như bệnh tiêu hóa, tiết niệu và nhóm bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Đặc điểm cơn co giật do sốt của trẻ

Đặc điểm	CGDS lần đầu		CGDS đợt sau		Tổng		p
	n=94	%	n=45	%	n=139	%	
Dạng cơn co giật							

Toàn thể	85	90,4	39	86,7	124	89,2	0,504
Cục bộ	9	9,6	6	13,3	15	10,8	
Số cơn co giật trong 24h							
01 cơn	82	87,2	31	68,9	113	81,3	0,009
≥ 2 cơn	12	12,8	14	31,1	26	18,7	
Thời gian kéo dài cơn co giật							
<5 phút	71	75,5	35	77,8	106	76,3	0,430
5-<15 phút	13	13,8	8	17,8	21	15,1	
≥ 15 phút	10	10,7	2	4,4	12	8,6	
Trung vị (min- max)	2 (0,1 - 35)		2 (0,3 – 30)		2 (0,1-35)		
Ý thức sau cơn co giật							
Bình thường	64	68,1	29	64,4	93	66,9	0,67
Có rối loạn	30	31,9	16	35,6	46	33,1	
Tổng số	94	100	45	100	139	100	

Bảng 3 thấy trẻ có dạng co giật toàn thể chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm (89,2%). Số cơn co giật trong 24 giờ khác biệt rõ, nhóm CGDS đợt sau có tỷ lệ ≥2 cơn cao hơn so với lần đầu (31,1% so với 12,8%; $p=0,009$). Thời gian cơn co giật chủ yếu <5 phút, trung vị là 2 phút, không có khác biệt giữa hai nhóm ($p=0,430$). Sau co giật, khoảng 66,9% trẻ hồi phục ý thức về bình thường, không có khác biệt giữa hai nhóm ($p=0,670$).

Bảng 4: Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ CGDS khi nhập viện

Cận lâm sàng		CGDS lần đầu		CGDS đợt sau		Tổng	
		n=94	%	n=45	%	n=139	%
WBC	Tăng	63	67,0	31	68,9	94	67,6
	Bình thường	31	33,0	14	31,1	45	32,4
Bạch cầu trung tính	Tăng	64	68,1	31	68,9	95	68,4
	Bình thường	30	31,9	12	26,7	42	30,2
	Giảm	0	0	2	4,4	2	1,4
HGB	Bình thường	46	48,9	25	55,6	71	51,1
	Giảm	48	51,1	20	44,4	68	48,9
Tiểu cầu	Tăng	5	5,3	3	6,7	8	5,8
	Bình thường	86	91,5	41	91,1	127	91,4
	Giảm	3	3,2	1	2,2	4	2,9

CRP	Tăng	56	59,6	22	48,9	78	56,1
	Bình thường	38	40,4	23	51,1	61	43,9

Bảng 4 xét nghiệm cho thấy phần lớn trẻ CGDS có tăng bạch cầu và bạch cầu trung tính (trên 67%), tỉ lệ tương tự ở cả CGDS lần đầu và CGDS đợt sau. Thiếu máu gặp ở gần một nửa số trường hợp (48,9%). CRP tăng gặp ở hơn một nửa số trẻ chiếm 56,1%.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu tại Khoa cấp cứu, Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình trên 139 trẻ mắc CGDS cung cấp những bằng chứng cụ thể về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý trong bối cảnh tuyến tính.

Tuổi trung vị của trẻ mắc CGDS trong nghiên cứu phù hợp với các nghiên cứu như nghiên cứu của Trần Văn Bảo (21,5 tháng) [5], Nguyễn Mai Phương (24,37 tháng) [10], Nguyễn Võ Đăng Khoa (27 tháng) [11] và nghiên cứu của Poudel và cộng sự (27,2 tháng) [12]. Nhóm tuổi 13–24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (36,7%), phù hợp với đặc điểm sinh lý của trẻ giai đoạn này có hệ thần kinh chưa trưởng thành, dễ nhạy cảm với sốt [13]. Tỷ lệ trẻ nam mắc CGDS cao hơn nữ (57,5%), tương tự các nghiên cứu Xixis và cộng sự (nam/nữ = 1,6:1) [2] và Trần Văn Bảo (nam 60,7%) [5], gợi ý vai trò của yếu tố sinh học – di truyền, như sự khác biệt về ngưỡng kích thích thần kinh giữa hai giới, ảnh hưởng của hormon sinh dục nam đối với tính nhạy cảm của hệ thần kinh trung ương, hoặc sự hiện diện của một số biến thể gen liên quan đến dẫn truyền thần kinh và điều hòa thân nhiệt.

Về lâm sàng, CGDS chủ yếu xảy ra khi trẻ sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (43,2%) và trong vòng <12 giờ từ khi khởi phát sốt (89,9%). Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mai Phương (59,6% trẻ co giật khi sốt 39°C - 41°C , 95% xảy ra trong 3 ngày đầu 82,8%) [10], và nghiên cứu của Mikati và Hani [13], qua đó củng cố đặc điểm diễn hình của CGDS là khởi phát sớm và liên quan đến sốt cao. Tỷ lệ trẻ có cơn co giật toàn thể chiếm 89,2%, tương đồng với kết quả của Trần Văn Bảo (90,0%) [5]. Thời gian cơn co giật <5 phút ở 76,3% trường hợp, phản ánh tính chất lành tính thường gặp của CGDS [13]. Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ có ≥ 2 cơn trong 24 giờ (18,7%) ở nhóm CGDS tái phát cao hơn so với lần đầu (31,1% so với 12,8%; $p = 0,009$), và kết quả này giống với nghiên cứu của Trần Văn Bảo (26,7% CGDS tái phát và 18,9% CGDS lần đầu) [5]. Sự khác biệt này có thể do tiêu chí chọn mẫu của nghiên cứu hiện tại bao gồm cả đợt

CGDS tái phát. Đây là dấu hiệu gợi ý nguy cơ tái phát của trẻ cần theo dõi sát và tư vấn kỹ cho gia đình.

Về ý thức sau cơn, 66,9% trẻ hồi phục hoàn toàn, thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Bảo (89,3%) [5]. Tình trạng rối loạn ý thức sau cơn được ghi nhận ở 33,1% số trẻ – đây là một tỷ lệ tương đối cao so với một số nghiên cứu trước, song chưa phân tích sâu các yếu tố liên quan. Việc ghi nhận và phân tích mối liên quan này không chỉ giúp xác định nhóm trẻ có nguy cơ cao cần theo dõi thần kinh sau cơn, mà còn có giá trị trong tiên lượng lâu dài, đặc biệt ở những trường hợp dễ tiến triển thành co giật phức tạp hoặc động kinh. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu sâu hơn để đánh giá vai trò của rối loạn ý thức như một yếu tố nguy cơ độc lập trong CGDS. Nguyên nhân gây sốt chủ yếu là nhiễm khuẩn hô hấp và tai mũi họng chiếm 77,6%, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Mai Phương (72,8%) [10] và Carman và cộng sự (82%) [6]. Các virus đường hô hấp như cúm, RSV, adenovirus là nguyên nhân hàng đầu gây CGDS ở nhiều quốc gia [7]. Điều này cho thấy cần tăng cường phòng ngừa nhiễm khuẩn hô hấp trong mùa lạnh, thời điểm mà tỷ lệ CGDS thường tăng cao. Tỷ lệ tăng bạch cầu (67,6%), bạch cầu trung tính (68,4%) và CRP tăng (56,1%) phù hợp với nghiên cứu của Kumari và cộng sự cũng ghi nhận CRP tăng trong khoảng 60% trẻ CGDS [7], củng cố vai trò của nhiễm khuẩn trong bệnh sinh CGDS. Thiếu máu chiếm 48,9% có thể phản ánh tình trạng dinh dưỡng và thiếu vi chất còn phổ biến ở trẻ em, qua đó đặt ra nhu cầu thực hiện cần các nghiên cứu bổ sung nhằm phân tích nguyên nhân và yếu tố liên quan.

Tóm lại, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc CGDS tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình nhìn chung tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, đặc biệt về độ tuổi mắc bệnh, kiểu co giật và nguyên nhân gây sốt. Tuy nhiên, một số khác biệt như tỷ lệ tái phát cơn trong 24 giờ và mức độ rối loạn ý thức sau cơn gợi ý có thể tồn tại những yếu tố đặc thù tại địa phương hoặc tuyến điều trị cần được tiếp tục nghiên cứu sâu để xác định giá trị tiên lượng và định hướng can thiệp lâm sàng hiệu quả hơn. Những quan sát này mở ra nhu cầu tiếp tục nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố liên quan đến diễn biến và nguy cơ tái phát CGDS nhằm hỗ trợ tối ưu hoá công tác theo dõi, xử trí và tư vấn cho gia đình bệnh nhi.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 139 trẻ mắc CGDS cho thấy nhóm tuổi 13–24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (36,7%), tuổi trung vị 23 tháng. Trẻ nam mắc nhiều hơn nữ (57,5%). Hầu hết co giật xảy ra khi sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (43,2%) và trong vòng <12 giờ (89,9%). Kiểu co giật toàn thể chiếm 89,2%, đa số cơn ngắn <5 phút (76,3%), 18,7% có ≥ 2 cơn/24 giờ, cao hơn ở nhóm tái phát (31,1%). Sau cơn 33,1% trẻ còn rối loạn ý thức. Nguyên nhân chủ yếu là nhiễm khuẩn hô hấp (73,4%), kèm tăng bạch cầu (67,6%) và CRP (56,1%). Thiếu máu ghi nhận ở 48,9% trẻ. Cần tăng cường tư vấn phụ huynh về xử trí sốt, theo dõi sát trẻ CGDS đợt sau vì đây là nhóm nguy cơ cao, đồng thời nghiên cứu thêm mối liên quan giữa thiếu máu và CGDS để có can thiệp phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Febrile Seizures. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011;127(2):389-94.
2. Xixis KL, Samanta D, Smith T, Keenaghan M. Febrile Seizure. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
3. Heuser K, Nakken KO, Sandvig I, Taubøll E. What causes febrile convulsions? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2016;136(1):36-8.
4. Nguyễn Thị Uy, Ngô Anh Vinh, & Lê Ngọc Duy. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng co giật ở trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi tại khoa cấp cứu và chống độc Bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2023;48(9):75-85.
5. Trần Văn Bảo, Trần Vĩnh Phú, Tôn Nữ Vân Anh, Nguyễn Thị Diễm Chi, Nguyễn Hữu Sơn. Đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ của co giật do sốt ở trẻ em tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung Ương Huế. *Tạp chí Nhi khoa*. 2022;15,4:77-84.
6. Carman KB, Calik M, Karal Y, Isikay S, Kocak O, Ozcelik A, et al. Viral etiological causes of febrile seizures for respiratory pathogens (EFES Study). *Hum Vaccin Immunother*. 2019;15(2):496-502.
7. Kumari PL, Rajamohan K, Krishnan ASA. Risk Factors of First Episode Simple Febrile Seizures in Children Aged 6 Month to 5 Year: A Case Control Study. *Indian Pediatr*. 2022;59(11):871-4.
8. Gataullina S, Dulac O. From genotype to phenotype in Dravet disease. *Seizure*. 2017;44:58-64.

9. Nguyễn Thị Diệu Thúy. Co giật do sốt và Sốt ở trẻ em, Bài giảng Nhi khoa Tập 2, Nhà Xuất bản Y học. 2023:379-405.
10. Nguyễn Mai Phương, Nguyễn Thị Nhật Hòa, Phạm Văn Thúc, Đinh Dương Tùng Anh. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng và kết quả điều trị co giật do sốt đơn thuần tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2021 - 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;526(2).
11. Nguyễn Võ Đăng Khoa, Trần Đỗ Thanh Phong, Trang Kim Phụng. Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị co giật do sốt ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;540(2).
12. Poudel S, Adhikari S, Thapa R, Parajuli B, Regmi S, Kunwar P. Febrile Seizures among Children Admitted to the Department of Paediatrics of a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. JNMA J Nepal Med Assoc. 2022;60(248):348-51.
13. Mikati M.A. HAJ. Seizures in Childhood. In: Kliegman RM et al Nelson Textbook of Pediatrics, 21st ed Philadelphia: Elsevier. 2020.