

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

Trần Văn Bảo¹, Trần Vĩnh Phú¹, Tôn Nữ Vân Anh¹,
Nguyễn Thị Diễm Chi², Nguyễn Hữu Sơn²

1. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

2. Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và khảo sát một số yếu tố nguy cơ liên quan đến co giật do sốt (CGDS) ở trẻ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu bệnh chứng và mô tả cắt ngang. Trên 280 bệnh nhi có sốt nhập viện tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Huế từ 08/2021-05/2022. Được chia thành 2 nhóm: nhóm được chẩn đoán CGDS và nhóm có sốt nhưng không có co giật. **Kết quả:** CGDS xảy ra chủ yếu ở trẻ dưới 36 tháng (87,2%), cao nhất ở nhóm tuổi 12-24 tháng (50,9%), tuổi trung bình là $21,5 \pm 12,1$ tháng. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5. Phần lớn trẻ co giật ở nhiệt độ từ 39°C trở lên (85,0%), nhiệt độ trung bình là $39,4 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$. Hầu hết trẻ CGDS trong vòng 12 giờ từ khi có sốt (78,6%). Bệnh lý hô hấp là nguyên nhân hàng đầu gây CGDS ở trẻ (59,3%). CGDS đơn thuần chiếm 65,0%. Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa CGDS lần đầu và CGDS tái phát ($p > 0,05$). Có sự liên quan giữa tiền sử gia đình, tình trạng trẻ sau sinh, bệnh gây sốt và diễn tiến đợt sốt với tình trạng CGDS ($p < 0,05$). **Kết luận:** Co giật do sốt xảy ra chủ yếu ở trẻ dưới 36 tháng, ở nhiệt độ từ 39°C trở lên, phần lớn là co giật do sốt đơn thuần. Có sự liên quan giữa tiền sử gia đình, tình trạng trẻ sau sinh, bệnh gây sốt và diễn tiến đợt sốt với tình trạng co giật do sốt.

Từ khóa: Lâm sàng, yếu tố nguy cơ, co giật do sốt.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF FEBRILE SEIZURES IN CHILDREN AT PEDIATRIC CENTER - HUE CENTRAL HOSPITAL

Aim: To describe clinical characteristics and evaluate the risk factors associated with the febrile seizures (FS). **Methods:** A case-control and cross-sectional study on 280 children with fever treated at the Pediatric Center of Hue Central Hospital from 08/2021-05/2022. Patients were divided into two groups: group 1 with FS and group 2 with fever but without seizures. **Results:** FS were common in children under 36 months (87.2%) with the highest incidence in the age group 12-24 months (50.9%). The average age was 21.5 ± 12.1 months. The male/female ratio was 1.5. The majority of seizures occur when the child's body temperature was over 39°C (85.0%). The average body temperature was $39.4 \pm 0.7^{\circ}\text{C}$. Most of the patients had the seizure within 12 hours of fever onset (78.6%). Respiratory infection was the most common cause of FS (59.3%). Simple FS accounted for 65.0% of cases. There

Nhận bài: 20-8-2022; Chấp nhận: 15-9-2022

Người chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Bảo

Địa chỉ: Bộ môn Nhi, Đại học Y Dược Huế

was no significant difference between first FS and recurrent FS in clinical manifestations. There was a significant relationship between family history of FS, asphyxia at birth, etiology of fever, fever progression, and FS ($p < 0.05$). **Conclusions:** Febrile seizures were common in children under 36 months when the child's body temperature was over 39°C , mostly simple febrile seizures. There was a significant relationship between family history of febrile seizures, asphyxia at birth, etiology of fever, fever progression, and febrile seizures.

Keywords: Clinical characteristic, risk factor, febrile seizures.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co giật do sốt (CGDS) là bệnh lý thường gặp, chiếm khoảng 2/3 số trẻ nhập viện vì co giật. Có từ 2-5% trẻ từ 6 đến 60 tháng tuổi trải qua ít nhất một lần co giật do sốt [9]. Trong cơn co giật, trẻ có thể đối diện với các nguy cơ đe dọa tính mạng như ngạt thở, chấn thương hoặc để lại các di chứng tâm thần kinh do thiếu oxy não [5].

Đặc điểm lâm sàng đa dạng và liên quan đến tiên lượng của trẻ. Trẻ có cơn co giật lần đầu dưới 1 tuổi, co giật khi sốt dưới 39°C có nguy cơ tái phát cao hơn [9]. Nguy cơ phát triển bệnh động kinh ở những trẻ co giật do sốt phức tạp là 4-6% trong khi thể đơn thuần chỉ là 1,0%. Trẻ có số lần bị co giật do sốt trong tiền sử càng nhiều, nguy cơ tử vong tích lũy trong vòng 30 năm càng cao [5].

Một số yếu tố về di truyền và đặc điểm cơn sốt như: tiền sử gia đình co giật do sốt hoặc động kinh, sốt quá cao trên 39°C , ... được cho là yếu tố nguy cơ của co giật do sốt. Ngoài ra, một số đặc điểm về quá trình thai sản và xã hội học như: trình độ học vấn của bố mẹ, tình trạng hôn nhân cận huyết,... cũng cho thấy có liên quan với co giật do sốt ở trẻ [2]. Tuy nhiên các nghiên cứu chưa cho một kết quả thống nhất.

Tại Việt Nam, số công trình nghiên cứu về co giật do sốt, đặc biệt là các yếu tố nguy cơ liên quan đến co giật do sốt ở trẻ còn rất ít. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của trẻ co giật do sốt.*

2. *Khảo sát một số yếu tố nguy cơ liên quan đến co giật do sốt ở trẻ.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 280 trẻ từ 6 đến 60 tháng tuổi có sốt được nhập viện tại Trung

tâm Nhi khoa - Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ 08/2021-05/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn nhóm bệnh

- Trẻ có sốt
- Cơn co giật xảy ra khi có sốt mà không do nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương.
- Không có rối loạn chuyển hóa và rối loạn điện giải.
- Không có tiền sử co giật không do sốt trước đó.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn nhóm chứng

- Hiện tại có sốt nhưng không có cơn co giật
- Không có tiền sử co giật trước đó
- Bệnh nguyên gây sốt không phải là nhiễm trùng thần kinh.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ co giật thời kỳ sơ sinh
- Trẻ có tiền sử bất thường tâm thần vận động
- Mẹ (bố) không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng và mô tả cắt ngang.

2.2.2. **Mẫu nghiên cứu:** Gồm 140 bệnh nhi thỏa mãn tiêu chuẩn chọn nhóm bệnh và 140 bệnh nhi thỏa mãn tiêu chuẩn chọn nhóm chứng, không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. **Quy trình thực hiện:** Ghi nhận tiền sử, bệnh sử, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ trong thời gian nằm viện.

2.2.4. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm bệnh (N1=140)	Nhóm chứng (N2=140)	p
		n1 (%)	n2 (%)	
Tuổi (tháng)	6 - <12	26 (18,6)	47 (33,6)	p>0,05
	12 - <24	71 (50,7)	31 (22,1)	
	24 - <36	25 (17,9)	32 (22,9)	
	36 - <48	8 (5,7)	15 (10,7)	
	48 - 60	10 (7,1)	15 (10,7)	
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		21,5 ± 12,1	23,2 ± 14,9
Giới tính	Nam	85 (60,7)	77 (55,0)	p>0,05
	Nữ	55 (39,3)	63 (45,0)	
Địa dư	Thành thị	80 (57,1)	80 (57,1)	p>0,05
	Nông thôn	60 (42,9)	60 (42,9)	

Nhận xét: Hầu hết trẻ CGDS xảy ra ở độ tuổi dưới 36 tháng với tỷ lệ 87,2%, cao nhất ở nhóm tuổi 12-24 tháng với 50,9%. Tuổi trung bình ở trẻ CGDS là 21,5 ± 12,1 tháng, tỷ lệ nam/nữ là 1,5. Trẻ CGDS ở thành thị cao hơn ở nông thôn với tỷ lệ lần lượt là 57,1% và 42,9%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng co giật do sốt

Bảng 2. Đặc điểm đợt sốt

Đặc điểm		CGDS lần đầu (N1=95)	CGDS tái phát (N2=45)	Chung (N=140)	p
		n1 (%)	n2 (%)	n (%)	
Nhiệt độ lúc lên cơn co giật (°C)	< 38,5	5 (5,3)	2 (4,4)	7 (5,0)	p>0,05
	38,5 - <39	10 (10,5)	4 (8,9)	14 (10,0)	
	39 - <40	50 (52,6)	27 (60,0)	77 (55,0)	
	≥40	30 (31,6)	12 (26,7)	42 (30,0)	
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		39,4 ± 0,7	39,3 ± 0,6	39,4 ± 0,7
Thời gian từ lúc sốt đến khi co giật (giờ)	<1	11 (11,6)	5 (11,1)	16 (11,4)	p>0,05
	1 - <6	43 (45,3)	24 (53,3)	67 (47,9)	
	6 - <12	18 (18,9)	9 (20,0)	28 (19,3)	
	≥ 12	23 (24,2)	7 (15,6)	30 (21,4)	
Tính chất sốt	Từ từ	35 (36,8)	21 (46,7)	56 (40,0)	p>0,05
	Đột ngột	60 (63,2)	24 (53,3)	84 (60,0)	

Bệnh gây sốt	Bệnh hô hấp, tai mũi họng	56 (58,9)	27 (60,0)	83 (59,3)	p>0,05
	Bệnh tiêu hóa	18 (18,9)	3 (6,7)	21 (15,0)	
	Bệnh tiết niệu	5 (5,3)	6 (13,3)	11 (7,9)	
	Khác	16 (16,8)	9 (20,0)	25 (17,9)	

Nhận xét: Phần lớn trẻ CGDS ở nhiệt độ từ 39°C trở lên (85,0%). Nhiệt độ trung bình khi trẻ co giật là 39,4 ± 0,7°C. 78,6% trẻ CGDS trong vòng 12 giờ kể từ khi sốt. 60% trẻ CGDS khởi phát cơn sốt với tính chất sốt đột ngột. Bệnh lý hô hấp, tai mũi họng là nguyên nhân hàng đầu gây CGDS với tỷ lệ 59,3%.

Bảng 3. Đặc điểm cơn co giật

Đặc điểm		CGDS lần đầu (N1=95)	CGDS tái phát (N2=45)	Chung (N=140)	p
		n1 (%)	n2 (%)	n3 (%)	
Thể co giật	Thể đơn thuần	66 (69,5)	25 (55,6)	91 (65,0)	p>0,05
	Thể phức tạp	29 (30,5)	20 (44,4)	49 (35,0)	
Cơ co giật	Cơ cục bộ	5 (5,3)	9 (20,0)	14 (10,0)	p>0,05
	Cơ toàn thể	90 (94,7)	36 (80,0)	126 (90,0)	
Thời gian co giật (phút)	<2	30 (31,6)	16 (35,6)	46 (32,9)	p>0,05
	2 - <5	35 (36,8)	17 (37,8)	52 (37,1)	
	5 - <15	24 (25,3)	6 (13,3)	30 (21,4)	
	≥15	6 (6,3)	6 (13,3)	12 (8,6)	
	Trung vị (25 th - 75 th)	2,5 (1,0 - 5,0)	2,0 (1,0 - 5,0)	2,0 (1,0 - 5,0)	p>0,05
Số cơn trong 24 giờ (cơn)	1	77 (81,1)	33 (73,3)	110 (78,6)	p>0,05
	≥2	18 (18,9)	12 (26,7)	30 (21,4)	
Ý thức sau cơn	Bình thường	86 (90,5)	39 (86,7)	125 (89,3)	p>0,05
	Có rối loạn	9 (9,5)	6 (13,3)	15 (10,7)	

Nhận xét: CGDS thể đơn thuần chiếm tỷ lệ 65,0%. Hầu hết trẻ có cơn co giật toàn thể với 90,0%. Trung vị thời gian co giật là 2,0 phút. Đa số trẻ chỉ có 1 cơn co giật trong vòng 24 giờ với 78,6%. 10,7% trẻ có rối loạn ý thức sau cơn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về các đặc điểm lâm sàng giữa CGDS lần đầu và tái phát (p>0,05).

3.3. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến co giật do sốt

Bảng 4. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến co giật do sốt

Đặc điểm		Nhóm bệnh		Nhóm chứng		p	
		n	%	n	%		
Giới tính	Nam	85	60,7	77	55,0	p>0,05	
	Nữ	55	39,3	63	45,0		
Địa dư	Thành thị	80	57,1	80	57,1	p>0,05	
	Nông thôn	60	42,9	60	42,9		
Tiền sử gia đình CGDS	Có	11	7,9	0	0,0	p<0,05	
	Không	129	92,1	140	100,0		
Tiền sử gia đình động kinh	Có	2	1,4	1	0,7	p>0,05	
	Không	138	98,6	139	99,3		
Tình trạng sau sinh	Bình thường	128	91,4	136	97,1	p<0,05	
	Ngạt/NICU	12	8,6	4	2,9		
Cách sinh	Sinh thường	77	55,0	78	55,7	p>0,05	
	Sinh mổ	61	43,6	62	44,3		
	Giác hút/ forceps	2	1,4	0	0,0		
Tuổi thai	Đủ tháng	129	92,1	134	95,7	p>0,05	
	Thiếu tháng	11	7,9	6	4,3		
	Già tháng	0	0,0	0	0,0		
Bệnh gây sốt	Bệnh hô hấp, TMH	83	59,3	63	45,0	p<0,05	
	Bệnh tiêu hóa	21	15,0	49	35,0		
	Bệnh tiết niệu	11	7,9	7	5,0		
	Khác	25	17,9	21	15,0		
Diễn tiến đợt sốt	Đột ngột	84	60,0	55	39,3	p<0,05	
	Từ từ	56	40,0	85	60,7		
Công thức máu ($\bar{X} \pm SD$)	Nồng độ hemoglobin (g/dl)	11,6 \pm 1,0		11,5 \pm 1,2		p>0,05	
	MCV (fl)	77,7 \pm 6,8		79,4 \pm 5,7		p>0,05	
	MCH (pg)	25,5 \pm 2,6		25,5 \pm 2,4		p>0,05	
	RDW (%)	14,4 \pm 1,6		14,1 \pm 1,8		p>0,05	
Sinh hóa máu	Trung vị (25 th – 75 th)	CRP (mg/dl)	9,0 (3,5 – 23,4)		9,8 (3,0 – 39,0)		p>0,05
		Glucose (mmol/l)	5,6 \pm 1,3		4,9 \pm 0,9		p>0,05
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Natri (mmol/l)	134,5 \pm 2,2		134,7 \pm 4,5		p>0,05
		Kali (mmol/l)	3,9 \pm 0,4		4,2 \pm 0,9		p>0,05
		Chlor máu (mmol/l)	101,6 \pm 2,0		98,7 \pm 4,7		p>0,05
		Calci (mmol/l)	1,2 \pm 0,5		1,1 \pm 0,1		p>0,05

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa tiền sử gia đình CGDS, tình trạng trẻ sau sinh, bệnh gây sốt và diễn tiến đợt sốt với tình trạng CGDS ở trẻ (p<0,05).

Bảng 5. Các yếu tố nguy cơ theo mô hình hồi quy logistic đa biến

Yếu tố nguy cơ	OR	Khoảng tin cậy (CI 95%)	p
Tiền sử gia đình CGDS	9,6	1,8 - 51,5	p=0,01
Tình trạng ngạt/NICU sau sinh	3,9	1,003 - 15,02	p=0,05
Bệnh lý hô hấp, tai mũi họng gây sốt	1,8	1,1 - 2,9	p=0,017
Diễn tiến đợt sốt đợt ngạt	2,3	1,3 - 3,9	p=0,002

Nhận xét: Kết quả từ mô hình hồi quy logistic cho thấy tiền sử gia đình CGDS, tình trạng trẻ bị ngạt hoặc nằm tại NICU sau sinh, sốt do bệnh lý hô hấp, tai mũi họng và sốt diễn tiến đợt ngạt là các yếu tố liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê đến tình trạng CGDS ở trẻ với OR lần lượt là 9,6; 3,9; 1,8 và 2,3 ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

CGDS xảy ra chủ yếu ở độ tuổi dưới 36 tháng với tỷ lệ 87,2%, trong đó, cao nhất ở nhóm tuổi 12-24 tháng với 50,7%. Độ tuổi trung bình ở trẻ CGDS là $21,5 \pm 12,1$ tháng. Kết quả này tương tự Nguyễn Văn Bắc và cộng sự với tỷ lệ trẻ CGDS dưới 36 tháng là 83,3%, trung bình là $22,66 \pm 12,71$ tháng [1], của tác giả Pokhrel và cộng sự với độ tuổi trung bình là 22 tháng [6]. Kết quả trên phù hợp với sinh lý bệnh của CGDS bởi dưới 24 tháng, não bộ của trẻ chưa hoàn thiện, thành phần hóa học chứa nhiều nước và quá trình myelin hóa chưa hoàn toàn nên dễ bị tác động bởi các kích thích bên ngoài, đặc biệt là sốt. Mặt khác, đây là độ tuổi trẻ bắt đầu được đi nhà trẻ, mẫu giáo, là yếu tố thuận lợi để mắc các bệnh nhiễm trùng gây sốt.

Tỷ lệ nam/nữ ở các trẻ CGDS là 1,5/1. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Bắc và cộng sự, của Jain có tỷ lệ này là lần lượt là 1,8/1 và 1,24/1 [1], [3]. Như vậy, nhìn chung các nghiên cứu vẫn chưa cho kết quả đồng nhất mà theo chúng tôi là do khác biệt về cỡ mẫu, chủng tộc và địa dư. Tỷ lệ trẻ CGDS sống ở thành thị cao hơn nông thôn với tỷ lệ là 57,1%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Bắc và cộng sự lại thấy rằng phần lớn trẻ CGDS sống ở nông thôn [1]. Sự khác biệt này theo chúng tôi liên quan đến thời gian và địa điểm nghiên cứu với những khác biệt về đặc điểm kinh tế, xã hội.

4.2. Đặc điểm lâm sàng co giật do sốt

Phần lớn trẻ co giật ở nhiệt độ từ 39°C trở lên với 85,0%, nhiệt độ trung bình khi trẻ CGDS là $39,4 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$. Kết quả này tương tự Nguyễn Văn Bắc, Pokhrel và Sharawat [1], [6], [8]. Hầu hết trẻ CGDS trong vòng 12 giờ đầu kể từ khi sốt với 78,6%. Các tác giả Sharawat và Thebault-Dagher cũng thấy rằng, hầu hết trẻ CGDS trong vòng 24 giờ kể từ khi bị sốt [8],[10]. 60,0% trẻ CGDS có tình trạng khởi phát sốt đột ngột tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Bắc và cộng sự với 60,9% [2]. Không có sự khác biệt về phân bố nhiệt độ, nhiệt độ trung bình và thời gian từ lúc sốt đến lúc co giật giữa 2 nhóm CGDS lần đầu và tái phát ($p > 0,05$).

Nguyên nhân hàng đầu gây ra CGDS ở trẻ là bệnh lý hô hấp và tai mũi họng, chiếm 59,3%, bệnh lý tiêu hóa và tiết niệu chiếm tỷ lệ ít hơn, lần lượt là 15,0% và 7,9%. Kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Văn Bắc và cộng sự, 62,5% trẻ CGDS do bệnh lý đường hô hấp trên, Sharawat là 81,4% [1], [8]. Không có sự khác biệt về nguyên nhân CGDS giữa nhóm CGDS lần đầu và tái phát ($p > 0,05$). Lý giải cho kết quả này, theo chúng tôi, đường hô hấp, tai mũi họng là những vị trí tiếp xúc thường xuyên nhất với các tác nhân gây bệnh trong môi trường, đặc biệt là các virus được cho là thường gặp gây sốt cho trẻ như virus cúm A, Human herpes virus-6 hay Respiratory syncytial virus.

Đa số trẻ CGDS thể đơn thuần với tỷ lệ 65,0%.

Cơ co giật toàn thể chiếm phần lớn, chỉ 10,0% trẻ có cơn co giật cục bộ. Tỷ lệ này tương tự tác giả Jain với 70,59% [3]. Hầu hết trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 cơn co giật trong 24 giờ với 78,6%, tương tự nghiên cứu của Pokhrel [6]. Có 15 trên tổng số 140 trẻ (10,7%) có rối loạn ý thức sau cơn CGDS, tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Bắc và cộng sự là 11,2%. Không có sự khác biệt về số cơn co giật trong 24 giờ và ý thức sau cơn giữa 2 nhóm CGDS lần đầu và tái phát ($p>0,05$).

4.3. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến cơn co giật do sốt

Tiến hành phân tích bằng mô hình hồi quy logistic đa biến, chúng tôi nhận thấy các yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng CGDS ở trẻ là tiền sử gia đình CGDS (OR = 9,6; 95% CI: 1,8 - 51,5), tình trạng trẻ sau sinh (ngạt/NICU với OR = 3,9; 95% CI: 1,003 - 15,2), bệnh gây sốt (bệnh lý hô hấp, tai mũi họng với OR = 1,8; 95% CI: 1,1 - 2,9), diễn tiến đợt sốt (sốt đột ngột với OR = 2,3; 95% CI: 1,3 - 3,9) với $p < 0,05$.

Liên quan giữa tiền sử gia đình CGDS với tình trạng CGDS ở trẻ, các giả Sharawat, Heydarian cũng cho kết quả tương tự [2],[8]. Khả năng nhạy cảm với tình trạng CGDS liên quan đến một số locus di truyền trong các gia đình như FEB1, FEB2, FEB3, các đột biến trong các gen tổng hợp tiểu đơn vị α của kênh Na như SCN1A, SCN1B. Một số gen đã được xác định là yếu tố nguy cơ của hội chứng động kinh gia đình như GABGR2 cũng có thể làm tăng nguy cơ CGDS. Các rối loạn di truyền này có thể làm tăng tính nhạy cảm với các tác nhân kích thích từ môi trường [4]. Phân tích mối liên quan giữa tiền sử thai sản và bệnh lý CGDS, chúng tôi thấy rằng, có sự liên quan giữa tình trạng ngạt sau sinh với CGDS ở trẻ ($p<0,05$) tương tự với Nguyễn Văn Bắc và cộng sự, Heydarian [1],[2]. Về cơ chế, ngạt gây ra tình trạng thiếu oxy và các tổn thương não sinh động kinh, làm tăng cường tính kích thích và/ hoặc giảm khả năng ức chế của tế bào thần kinh. Từ đó, trẻ dễ bị cơn co giật khi nhận một kích thích thích hợp ví dụ như sốt. Chúng tôi cũng thấy rằng trẻ sốt do bệnh lý hô

hấp, tai mũi họng có nguy cơ bị CGDS cao hơn (OR= 1,8, 95% CI: 1,1 - 2,9). Nhiều tác giả khác như Sharawat, Heydarian cũng thấy rằng có sự liên quan giữa bệnh gây sốt với tình trạng CGDS ở trẻ [2],[8]. Chúng tôi cũng ghi nhận có sự liên quan giữa diễn tiến đợt sốt với tình trạng CGDS, trong đó, trẻ có cơn sốt khởi phát đột ngột có nguy cơ CGDS cao hơn so với nhóm chứng ($p<0,05$).

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, không có sự khác biệt về nồng độ hemoglobin, MCV, MCH, RDW giữa nhóm bệnh và nhóm chứng ($p>0,05$). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Jang và cộng sự [4]. Tuy nhiên, Sharawat và cộng sự lại thấy rằng có sự khác biệt nồng độ hemoglobin, MCV, MCH, RDW giữa nhóm trẻ CGDS so với nhóm chứng [8]. Trong đó, nồng độ hemoglobin, MCV, MCH ở nhóm trẻ CGDS thấp hơn, giá trị RDW cao hơn so với nhóm chứng ($p<0,001$) [8]. Chúng tôi cũng không thấy có sự khác biệt về nồng độ natri, kali, calci, chlor và glucose máu giữa nhóm trẻ CGDS so với nhóm chứng ($p>0,05$) tương tự tác giả Saket và cộng sự [7]. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Sharawat và cộng sự khi thấy rằng, nồng độ natri, calci và glucose máu ở nhóm trẻ CGDS thấp hơn so với nhóm chứng ($p<0,001$) [8]. Về sự khác biệt kết quả giữa các nghiên cứu, theo chúng tôi là do sự không thống nhất về các công cụ được chuẩn hóa để đo lường kết quả cũng như phụ thuộc vào việc lấy mẫu, bảo quản mẫu ở các cơ sở y tế. Ngoài ra, các yếu tố nhiễu khác ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm như tình trạng thiếu máu có sẵn trên bệnh nhi, rối loạn tiêu hóa như nôn mửa, tiêu chảy, ... mà chúng tôi chưa đề cập đến.

5. KẾT LUẬN

Cơn co giật do sốt xảy ra chủ yếu ở trẻ dưới 36 tháng (87,2%), ở nhiệt độ từ 39°C trở lên (85,0%), phần lớn là cơn co giật do sốt đơn thuần (65,0%) với nguyên nhân hàng đầu là các bệnh lý hô hấp (59,3%). Không có sự khác biệt về các đặc điểm lâm sàng giữa cơn co giật do sốt lần đầu và tái phát.

Tiền sử gia đình cơn co giật do sốt, tình trạng trẻ bị ngạt hoặc nằm tại hồi sức sơ sinh sau sinh, sốt do

bệnh lý hô hấp và tai mũi họng và sốt diễn tiến đột ngột là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng co giật do sốt ở trẻ với OR lần lượt là 9,6; 3,9; 1,8 và 2,3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Bắc, Nguyễn Thị Xuân Hương, Nguyễn Bích Hoàng và cs. Đặc điểm và một số yếu tố nguy cơ co giật do sốt ở trẻ em tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 512(2), tr. 137-141.
2. Heydarian F., Bakhtiari E., Yousefi S. et al. The first febrile seizure: an updated study for clinical risk factors. Iranian Journal of Pediatrics, 2018, 28(6).
3. Jain S., Santhosh A. Febrile Seizures: Evidence for Evolution of an Operational Strategy from an Armed Forces Referral Hospital. Pediatric Health Med Ther, 2021, (12), pp. 151-159.
4. Jang H. N., Yoon H. S., Lee E. H. Prospective case control study of iron deficiency and the risk of febrile seizures in children in South Korea. BMC pediatrics, 2019, 19(1), pp. 1-8.
5. Leung A. K., Hon K. L., Leung T. N. Febrile seizures: an overview. Drugs Context, 2018, 7, p. 212536.
6. Pokhrel R. P., Bhurtel R., Malla K. K., et al. Study of Febrile Seizure among Hospitalized Children of a Tertiary Centre of Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. JNMA J Nepal Med Assoc, 2021, 59(238), pp. 526-530.
7. Saket S., Nasehi M. M., Halimi Asl A. A., et al. Evaluation of serum Glucose, Sodium, Calcium, and Magnesium levels in Children with Febrile Seizures admitted to hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Armaghane Danesh, 2022, 27(1), pp. 0-0.
8. Sharawat I. K., Singh J., Dawman L., et al. Evaluation of Risk Factors Associated with First Episode Febrile Seizure. J Clin Diagn Res, 2016, 10(5), pp. SC10-13.
9. Stafstrom C. E. Febrile seizures research is really heating up!. Epilepsy Curr, 2011, 11(1), pp. 30-32.
10. Thebault-Dagher F., Lafontaine M. P., Knoth I. S., et al. Febrile seizures and increased stress sensitivity in children: How it relates to seizure characteristics. Epilepsy Behav, 2019, 95, pp. 154-160.