

Việc nghiên cứu kích thước và vị trí của các nhánh ĐMMC không chỉ giúp cải thiện khả năng chẩn đoán và điều trị các bệnh lý liên quan đến mạch máu, mà còn đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật, chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường, và phát triển các phương pháp điều trị mới. Điều này góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm tỷ lệ biến chứng cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Số nhánh của động mạch mu chân dao động từ 4 đến 8 nhánh, trung bình khoảng 6 nhánh. Tất cả các động mạch mu chân đều có phân nhánh là động mạch cổ chân trong, động mạch cổ chân ngoài, động mạch gan chân sâu và động mạch mu đốt bàn chân I. Riêng động mạch cung chỉ hiện diện ở 16,7% trường hợp. Các nhà phẫu thuật nên khảo sát động mạch mu chân bằng siêu âm mạch máu hay chụp động mạch trước phẫu thuật bởi những bất thường về nguyên ủy, đường đi, phân nhánh của động mạch mu chân là khá phổ biến và phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gupta C, Kumar R, Palimar V, Kalthur S. Morphometric Study of Dorsalis Pedis Artery and Variation in its Branching Pattern: A Cadaveric Study. International Medical Journal Malaysia. 2018; 17:19-22.
2. Pomposelli F.B, Marcaccio E.J, Gibbons G.W, et al. Dorsalis pedis arterial bypass: durable limb

- salvage for foot ischemia in patients with diabetes mellitus. Journal of vascular surgery. 1995; 21(3):375-384.
3. Raghunath G, Shenoy S. Anatomical study of Dorsalis pedis Artery and Its Clinical Correlations. JCDR. 2011; 5(2):287-290.
4. Kim J.W, Choi Y.J, Lee H.J, Yi K.H, Kim H.J, Hu K.S. natomic Study of the Dorsalis Pedis Artery, First Metatarsal Artery, and Second Metatarsal Bone for Mandibular Reconstruction. Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. 2015; 73(8):1627-1636.
5. Hemamalini S, Manjunatha H.N. Variations in the origin, course and branching pattern of dorsalis pedis artery with clinical significance. Scientific Reports. 2021; 11(1):1448.
6. Siriwat T, Mahakkanukrauh C, Meetham K, Charumporn T, Mahakkanukrauh P. Anatomical Variations of the Dorsalis Pedis Artery in a Thai Population. International Journal of Morphology. 2022; 40:137-142.
7. Ntuli S, Nalla S, Kiter A. Anatomical variation of the Dorsalis pedis artery in a South African population - A Cadaveric Study. Foot (Edinburgh, Scotland). 2018; 35:16-27.
8. Ajevan G, Chandan S. Anatomical study of dorsalis pedis artery. Journal of Chitwan Medical College. 2020; 10:24-26.
9. Lê Văn Cường. Giải Phẫu Học Sau Đại Học Tập 2. Nhà xuất bản Y Học; Thành phố Hồ Chí Minh; 2013.
10. Tubbs R.S, Shoja M.M, Loukas M. Bergman's Comprehensive Encyclopedia of Human Anatomic Variation. Wiley; 2016.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA CƠ GIẬT DO SỐT ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN NHI NAM ĐỊNH

Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}, Vũ Văn Xoa^{1,3,4},
Nguyễn Thị Thu Thảo¹, Đoàn Văn Tình⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng của cơ giật do sốt đơn thuần (CGDSĐT) ở trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi Nam Định từ tháng 9/2022 đến tháng 8/2023. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu toàn bộ gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. **Kết quả:** Hầu hết trẻ CGDSĐT ở

độ tuổi 6-<36 tháng tuổi (93,4%). Bệnh thường gặp ở trẻ nam hơn trẻ nữ (tỷ lệ nam/nữ ≈ 2,39/1). Có 18,1% trẻ bị CGDSĐT tái phát. Thời gian xuất hiện sốt trước cơ giật chủ yếu là <4 ngày. Nhiễm khuẩn hô hấp trên là nhóm nguyên nhân gây sốt thường gặp nhất ở trẻ CGDSĐT (70,5%). Đa số cơn giật kéo dài <2 phút với triệu chứng thường gặp trong cơn giật như trẻ trợn mắt, tím tái và có sùi bọt mép. Hầu hết trẻ chỉ có 1 cơn giật trong 24h đầu của bệnh với thân nhiệt lúc giật thường gặp là ≥39°C. Đa số trường hợp CGDSĐT có tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi (71,7%), đặc biệt là tăng tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính (83,7%). Chỉ số CRP tăng chiếm 72,3%. Một số biến đổi điện giải đồ chỉ gặp ở rất ít các trường hợp trẻ CGDSĐT. **Kết luận:** Độ tuổi thường mắc CGDSĐT là trẻ nhỏ dưới 36 tháng tuổi. Cần dự phòng CGDSĐT thông qua việc quản lý tốt trẻ bị sốt, đặc biệt là ở nhóm trẻ bị nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính.

Từ khóa: trẻ em, cơ giật do sốt đơn thuần, sốt, nhiễm khuẩn hô hấp

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

³Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

⁴Bệnh viện Nhi Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh
Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF SIMPLE FEBRILE SEIZURES AT NAM DINH CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: This study described the epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics of simple febrile seizures (SFS) in children from 6 months to 5 years old treated at Nam Dinh Children's Hospital from September 2022 to August 2023. **Subjects and Methods:** The study described a series of cases using the convenience sampling method with a total sample size of all patients who met the research criteria. **Results:** Most children with SFS were aged 6-<36 months (93.4%). The disease was more common in boys than in girls (male/female ratio $\approx$ 2.39/1). 18.1% of children had recurrent SFS. The time of fever before convulsions was mainly <4 days. Upper respiratory infections were the most common cause of fever in children with SFS (70.5%). Most seizures lasted <2 minutes, with common symptoms such as rolled eyes, cyanosis, and foaming at the mouth. Most children had only one seizure in the first 24 hours of the illness, with a common body temperature at the time of the seizure being $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Most cases of SFS had an increased white blood cell count in peripheral blood (71.7%), especially an increased neutrophil granulocyte ratio (83.7%). The CRP index increased by 72.3%. Some electrolyte changes were seen only in very few cases of SFS children. **Conclusion:** The age group most often affected by SFS was children under 36 months old. It was necessary to prevent SFS through good management of children with fever, especially in the group of children with acute respiratory infections.

Keywords: children, simple febrile convulsions, fever, respiratory infections

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co giật do sốt là co giật xảy ra ở trẻ em thường từ 6 tháng đến 5 tuổi, kết hợp với sốt cao trên 38°C , không liên quan đến các nguyên nhân nhiễm trùng thần kinh trung ương. Co giật do sốt được phân thành hai loại: co giật do sốt đơn thuần và co giật do sốt phức tạp. Trong đó, co giật do sốt đơn thuần (CGDSĐT) có các đặc điểm sau: độ dài của cơn co giật dưới 15 phút, co giật toàn thân, co giật không quá 1 lần trong 24 giờ và không có tiền sử các vấn đề bệnh lý thần kinh [1]. Đây là một tình trạng cấp cứu vì trẻ có thể tử vong trong cơn do ngạt thở, hoặc có thể bị các di chứng tâm thần kinh do thiếu oxy não nếu không được sơ cứu tốt [2]. Nguyên nhân gây co giật rất phong phú nhưng trên lâm sàng hay gặp nhất là co giật do sốt đơn thuần [1]. Việc phát hiện, chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa co giật do sốt không chỉ có vai trò quan trọng trong điều trị ở giai đoạn cấp, mà còn có ý nghĩa tiên lượng lâu dài đối với sự phát triển tâm

thần vận động của trẻ em [3].

Trong vài thập kỷ gần đây, co giật do sốt và mối liên quan đến động kinh và phát triển tâm thần kinh sau này đã thu hút sự chú ý của nhiều tác giả và vẫn hiện còn tranh cãi, mặc dù đây là một tình trạng cấp cứu vì trẻ có thể bị tử vong trong cơn ngạt thở hoặc có thể bị các di chứng tâm thần kinh do thiếu oxy não nếu không được sơ cứu tốt [1]. Trong những năm gần đây, tại Bệnh viện Nhi Nam Định, hàng năm có trên 200 lượt bệnh nhân co giật do sốt đơn thuần đến khám và điều trị. Với mục đích làm rõ hơn một số đặc điểm của bệnh lý này để góp phần vào việc chẩn đoán sớm, tiên lượng, điều trị và phòng bệnh co giật do sốt đơn thuần, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng của co giật do sốt đơn thuần ở trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi Nam Định từ tháng 9/2022 đến tháng 8/2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu toàn bộ bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 9/2022 đến tháng 8/2023. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhi tại khoa Cấp cứu-Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Nam Định được chẩn đoán là co giật do sốt đơn thuần dựa theo tiêu chuẩn của Viện hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ [4]: độ dài cơn giật dưới 15 phút, cơn co giật toàn thân, không có dấu hiệu thần kinh khu trú, chỉ xảy ra 1 cơn trong 24 giờ. Thông tin từ bệnh án được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn và được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 (IBM). Tất cả các thông tin thu thập được chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được Hội đồng phê duyệt đề cương luận văn Thạc sỹ - trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2022 và Bệnh viện Nhi Nam Định thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Có tất cả 166 trường hợp được chẩn đoán co giật do sốt đơn thuần trong thời gian nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Nam Định.

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ bị co giật do sốt đơn thuần

Đặc điểm chung của trẻ bị co giật do sốt		Số bệnh nhân (n=166)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (trung bình:	6 – <12 tháng	21	12,7
	12 – <24 tháng	91	54,8

22,79 ± 12,29 tháng)	24 – <36 tháng	28	16,9
	36 – <48 tháng	16	9,6
	48 – 60 tháng	10	6,0
Giới	Nam	117	70,5
	Nữ	49	29,5
Địa dư	Nội thành	69	41,6
	Ngoại thành	97	58,4
Số lần trẻ bị co giật do sốt	Lần đầu	136	81,9
	Lần thứ 2	26	15,7
	Lần thứ 3	3	1,8
	≥3 lần	1	0,6
Thời gian xuất hiện sốt trước khi trẻ bị co giật	<4 ngày	152	91,6
	3 – <7 ngày	9	5,4
	≥7 ngày	5	3,0

Nhận xét: Hầu hết trẻ CGDSĐT ở độ tuổi 6- <36 tháng tuổi (93,4%). Bệnh thường gặp ở trẻ nam hơn trẻ nữ. Có 30/166 (18,1%) trẻ bị CGDSĐT tái phát. Thời gian xuất hiện sốt trước co giật chủ yếu là <4 ngày.

Bảng 2: Bệnh lý nguyên nhân gây sốt

Bệnh lý nguyên nhân gây sốt	Số bệnh nhân (n=166)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn hô hấp trên (viêm mũi họng, viêm amidal, viêm tai giữa)	117	70,5
Nhiễm khuẩn hô hấp dưới (viêm thanh quản, viêm phế quản, viêm phổi)	16	9,6
Nhiễm khuẩn tiết niệu	12	7,2
Tiêu chảy cấp	12	7,2
Nguyên nhân khác	9	5,5

Nhận xét: Nhiễm khuẩn hô hấp trên là nhóm nguyên nhân gây sốt thường gặp nhất ở trẻ CGDSĐT.

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng của trẻ bị co giật do sốt đơn thuần

Đặc điểm lâm sàng của trẻ bị co giật do sốt	Số bệnh nhân (n=166)	Tỷ lệ (%)
Thời gian kéo dài cơn giật (phút)	<2 phút	150
	2 - <5 phút	16
	5 - <15 phút	0
Triệu chứng trong cơn co giật	Tím tái	71
	Trợn mắt	135
	Sùi bọt mép	62
Tình trạng ý thức trẻ sau cơn giật	Tỉnh, khóc to	166
	Mệt, li bì	0
Số cơn giật trong 24h đầu của bệnh (X±SD: 1,048 ±	1 lần	158
	2 lần	8
	≥3 lần	0

0,214 lần)			
Thân nhiệt lúc co giật	< 39°C	2	1,2
	39°C - <40°C	68	40,9
	≥40°C	106	63,9
Thân nhiệt lúc vào viện	<39°C	152	91,6
	39 °C - <40°C	8	4,8
	≥40°C	6	3,6

Nhận xét: Đa số cơn giật kéo dài <2 phút với triệu chứng thường gặp trong cơn giật như trẻ trợn mắt, tím tái và có sùi bọt mép. Hầu hết trẻ chỉ có 1 cơn giật trong 24h đầu của bệnh với thân nhiệt lúc giật thường gặp là ≥39°C.

Bảng 4: Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ bị co giật do sốt đơn thuần

Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ bị co giật do sốt	Số bệnh nhân (n=166)	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu (X±SD = 13,11±3,93 G/l)	Giảm	1
	Bình thường	46
	Tăng	119
Tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính	Tăng	139
	Bình thường	27
	Giảm	0
CRP	Bình thường	46
	Tăng	120
Na⁺ máu	Bình thường	156
	Giảm	0
	Tăng	10
K⁺ máu	Bình thường	165
	Giảm	1
	Tăng	0
Ca⁺⁺ máu	Bình thường	157
	Giảm	9
	Tăng	0

Nhận xét: Đa số trường hợp CGDSĐT có tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi, đặc biệt là tăng tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính. Chỉ số CRP tăng ở 72,3%. Một số biến đổi điện giải đồ chỉ gặp ở rất ít các trường hợp trẻ CGDSĐT.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 166 trẻ CGDSĐT. Hầu hết trẻ CGDSĐT ở độ tuổi 6- <36 tháng tuổi (93,4%) với độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 22,79±12,29 tháng tuổi. Bệnh thường gặp ở trẻ nam hơn trẻ nữ (tỷ lệ nam/nữ ≈ 2,39/1). Có 30/166 (18,1%) trẻ bị CGDSĐT tái phát. Thời gian xuất hiện sốt trước co giật chủ yếu là <4 ngày. Kết quả này của chúng tôi có sự tương đồng với một nghiên cứu gần đây tại Hải Phòng trên 76 trẻ bị CGDSĐT cho thấy tỷ lệ trẻ 6 tháng - < 36 tháng chiếm đa số (90,9%) với độ tuổi trung bình là 24,37±10,01 tháng và tỷ lệ nam/nữ là 2/1 [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng có điểm tương đồng với tác giả Nguyễn Văn Bắc tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho thấy nhóm tuổi 6-36 tháng cũng chiếm tỉ lệ cao nhất và bệnh thường gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ [6]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ trẻ CGDS lần đầu tiên chiếm tỷ lệ cao (81,9%), tỷ lệ tái phát là 18,1%. Kết quả nghiên cứu này có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sáng cho thấy số trẻ CGDS lần đầu là 72,0%, tái phát là 28,0% [7].

Theo một nghiên cứu của Leung A.K. và cộng sự, ở lứa tuổi 6-36 tháng là thời kỳ xảy ra quá trình myelin hóa dẫn các nơron thần kinh, lưu lượng tưới máu não nhiều hơn so với người lớn. Trong khi đó, miễn dịch từ mẹ truyền sang con đã giảm dần dần cho trẻ chưa sinh được miễn dịch tự thân đầy đủ nên dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn gây sốt hơn [8]. Chúng tôi nhận thấy bệnh lý nguyên nhân gây sốt của trẻ chủ yếu là các nhiễm khuẩn hô hấp trên. Một số nguyên nhân khác như nhiễm khuẩn hô hấp dưới, nhiễm khuẩn tiết niệu và tiêu chảy cấp chiếm tỉ lệ thấp hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Bắc cũng cho thấy nguyên nhân gây sốt thường gặp nhất cũng là nhiễm khuẩn hô hấp trên (62,5%) và nhiễm khuẩn hô hấp dưới (20,0%) [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian kéo dài cơn giật của trẻ CGDS chủ yếu dưới 2 phút, không có cơn giật nào kéo dài trên 5 phút. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Mai Phương cho thấy thời gian kéo dài cơn giật < 5 phút chỉ chiếm 81,8% [5]. Kết quả của chúng tôi có nét tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Mai Phương và Nguyễn Ngọc Sáng khi cho thấy triệu chứng thường gặp nhất trong cơn giật của trẻ là trợn mắt và tím tái, hầu hết các trẻ đều tỉnh, khóc to sau cơn giật và thân nhiệt đo lúc giật thường gặp nhất là ở mức $\geq 39^{\circ}\text{C}$ [5, 7].

Nghiên cứu này cho thấy đa số trẻ CGDS có tăng bạch cầu trong máu ngoại vi và tăng tỷ lệ bạch cầu hạt trung tính, có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Mai Phương (tỷ lệ tăng bạch cầu chiếm 66,7% và tỷ lệ tăng bạch cầu hạt trung tính chiếm 88,9%), cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sáng cho thấy có 58,3% trường hợp tăng bạch cầu [7]. Xét nghiệm CRP rất có giá trị để phát hiện sớm tình trạng viêm cấp và có ý nghĩa trong việc theo dõi đáp ứng điều trị sau khi sử dụng thuốc kháng sinh. Nghiên cứu này cho thấy có 72,3% số trẻ tăng CRP huyết thanh, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sáng (có 68% trường hợp

tăng CRP) [7] và cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mai Phương (tăng CRP chiếm 49,5%) [5].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy xét nghiệm điện giải đồ ít có sự biến đổi ở những trẻ CGDS. Điều này có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Mai Phương và của Nguyễn Ngọc Sáng cho thấy phần lớn nồng độ Na^+ , K^+ trong máu ở mức bình thường [5, 7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 166 trẻ CGDS tại Bệnh viện Nhi Nam Định cho thấy Hầu hết trẻ CGDS ở độ tuổi 6-<36 tháng tuổi (93,4%). Bệnh thường gặp ở trẻ nam hơn trẻ nữ. Có 18,1% trẻ bị CGDS tái phát. Thời gian xuất hiện sốt trước cơn giật chủ yếu là <4 ngày. Căn nguyên bệnh lý gây sốt thường gặp nhất là các nhiễm khuẩn đường hô hấp trên. Thời gian kéo dài cơn giật chủ yếu là <2 phút và không có trường hợp nào kéo dài trên 5 phút. Triệu chứng thường gặp nhất trong cơn giật của trẻ là trợn mắt và tím tái. Thân nhiệt đo lúc giật thường gặp nhất là ở mức $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Đa số trường hợp CGDS có tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi, đặc biệt là tăng tỷ lệ bạch cầu hạt trung tính. Chỉ số CRP tăng ở 72,3%. Chỉ một số ít trường hợp có thể phát hiện được biến đổi trên điện giải đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Smith, D.K., K.P. Sadler, and M. Benedum**, Febrile Seizures: Risks, Evaluation, and Prognosis. *Am Fam Physician*, 2019. 99(7): p. 445-450.
2. **Kavanagh, F.A., et al.**, Recognition and management of febrile convulsions in children. *Br J Nurs*, 2018. 27(20): p. 1156-1162.
3. **Laino, D., E. Mencaroni, and S. Esposito**, Management of Pediatric Febrile Seizures. 2018. 15(10).
4. **Subcommittee on Febrile Seizures and A.A.o.**, Pediatrics, Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*, 2011. 127(2): p. 389-94.
5. **Nguyễn Mai Phương, et al.**, Đặc điểm dịch tễ lâm sàng và kết quả điều trị cơn giật do sốt đơn thuần tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2021 - 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023. 526(2 (2023)): p. 30-34.
6. **Nguyễn Văn Bắc, et al.**, Đặc điểm và một số yếu tố nguy cơ cơn giật do sốt ở trẻ em tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 512(2).
7. **Nguyễn Ngọc Sáng, et al.**, Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng và một số nguyên nhân cơn giật do sốt đơn thuần tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2020. 488(2): p. 174-177.
8. **Leung, A.K., K.L. Hon, and T.N. Leung**, Febrile seizures: an overview. *Drugs Context*, 2018. 7: p. 212536.