

- Chronic Obstructive Pulmonary Disease - 2020 REPORT access date available at <[https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19\\_WMV.pdf](https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf)>.
- BỘ Y TẾ** (2020). Thông tin Y tế 28 - 30/9/2020, [https://moh.gov.vn/diem-tin-y-te/-/asset\\_publisher/sqTagDPp4aRX/content/thong-tin-y-te-28-30-9-2020?inheritRedirect=false](https://moh.gov.vn/diem-tin-y-te/-/asset_publisher/sqTagDPp4aRX/content/thong-tin-y-te-28-30-9-2020?inheritRedirect=false).
  - Halpin D.M., Miravittles M., Metzdorf N., et al.** (2017). Impact and prevention of severe exacerbations of BPTNMT: a review of the evidence. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 12, 2891–2908.
  - Phan Thanh Thuý, Vũ Văn Giáp, Lê Thị Tuyết Lan, Nguyễn Việt Nhung và CS.** Đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người bệnh tại một số đơn vị quản lý ngoại trú. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 2022; 160(12V1): 228-236. <https://doi.org/10.52852/tcnyh.v160i12V1.1218>.
  - Schellack N, Schellack G, Omoding R.** Chronic obstructive pulmonary disease: An update. *SA Pharm J*. 2015;82 (6):24 - 29.
  - Nguyễn Văn Tâm, Trần Thị Quỳnh Chi, Đoàn Thị Phương.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chức năng thông khí phổi của bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại viên Y học biển. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2018; 509 (12): 98-103.
  - Bùi Mỹ Hạnh, Khương Quỳnh Long.** Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính - Một phần tích thời gian phục hồi. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2020; 134(10): 133-141.
  - Nguyễn Thị Lý.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Kiến An. *Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*. 2018.
  - Nguyễn Thị Thanh Huyền, Chu Thị Hạnh.** Tỷ lệ tái nhập viện vì đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2021; 137(1): 158-168.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ VITAMIN D, CALCI, PHOSPHO HUYẾT THANH VỚI CƠ GIẬT DO SỐT ĐƠN THUẦN Ở TRẺ EM

Nguyễn Ngọc Sáng<sup>1</sup>, Trần Huy Duy<sup>1</sup>, Bùi Mẫn Nguyên<sup>2</sup>,  
Lê Ngọc Anh<sup>2</sup>, Nguyễn Bích Vân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và phân tích mối liên quan giữa nồng độ vitamin D, calci, phospho huyết thanh với cơ giật do sốt (CGDS) đơn thuần ở trẻ em. **Đối tượng:** Gồm 472 bệnh nhi có giật do sốt cao đơn thuần và 80 bệnh nhi có sốt cao nhưng không có giật điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng từ ngày 01/09/2023 đến ngày 31/08/2025. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang và nghiên cứu bệnh chứng. **Kết quả:** Cơ giật do sốt đơn thuần thường gặp ở trẻ từ 6 tháng đến 3 tuổi, với tuổi trung bình là 24,35 ± 12,12 tháng. Tỷ lệ nam/nữ là 1,59/1. Khi xảy ra cơn cơ giật, phần lớn bệnh nhi có thân nhiệt từ 39 đến 40°C. Cơn cơ giật thường xuất hiện sớm, thời gian cơ giật thường ngắn. Nguyên nhân chủ yếu là nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp. Phần lớn bệnh nhi có tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi, bạch cầu trung tính và nồng độ CRP huyết thanh. Nồng độ vitamin D huyết thanh ở nhóm CGDS thấp hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhi có sốt nhưng không có giật. Bệnh nhi nồng độ vitamin D huyết thanh thấp có nguy cơ bị CGDS cao gấp 9,02 lần. Nồng độ calci huyết thanh trung bình thấp hơn có ý nghĩa thống kê

ở nhóm bệnh nhi CGDS nhưng chưa có mối liên quan giữa mức độ thiếu hụt calci và CGDS. Nồng độ phospho huyết thanh trung bình thấp hơn ở nhóm bệnh nhi mắc CGDS nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** CGDS đơn thuần thường gặp ở trẻ nam, lứa tuổi nhỏ, với nguyên nhân sốt chủ yếu do nhiễm khuẩn đường hô hấp. Thiếu hụt vitamin D huyết thanh là yếu tố nguy cơ quan trọng của CGDS.

**Từ khóa:** Cơ giật do sốt, trẻ em, vitamin D, calci, phospho huyết thanh.

### SUMMARY

#### CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND THE RELATIONSHIP BETWEEN SERUM LEVELS OF VITAMIN D, CALCIUM, AND PHOSPHORUS WITH SIMPLE FEBRILE SEIZURES IN CHILDREN

**Objective:** To describe the clinical epidemiological characteristics and analyze the association between serum levels of vitamin D, calcium, and phosphate with simple febrile seizures (SFS) in children. **Subject:** The study included 472 pediatric patients with simple febrile seizures and 80 febrile children without seizures, all hospitalized at Hai Phong Children's Hospital from September 1, 2023, to August 31, 2025. **Methods:** A cross-sectional descriptive study combined with a case-control design. **Results:** Simple febrile seizures were most commonly observed in children aged 6 months to 3 years, with a mean age of 24.35 ± 12.12 months. The male-to-female ratio was 1.59:1. At the time of seizure onset, most patients had a body temperature between 39°C

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sáng

Email: nnsang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

and 40°C. Seizures typically occurred early and were brief in duration. The predominant cause of fever was acute respiratory tract infection. Most patients exhibited elevated peripheral white blood cell counts, neutrophils, and serum C-reactive protein (CRP) levels. Serum vitamin D levels in the SFS group were significantly lower than in the febrile non-seizure group. Children with low serum vitamin D levels had a 9.02-fold increased risk of experiencing SFS. The mean serum calcium level was significantly lower in the SFS group; however, no clear association was found between the degree of calcium deficiency and SFS. Mean serum phosphate levels were also lower in the SFS group, but the difference was not statistically significant. **Conclusion:** Simple febrile seizures are more common in male infants and toddlers, primarily triggered by respiratory infections. Vitamin D deficiency is a significant risk factor for SFS.

**Keywords:** Febrile seizures, children, vitamin D, calcium, serum phosphate.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ giật do sốt đơn thuần (CGDS) là tình trạng cấp cứu thường gặp, chiếm khoảng 2/3 các trường hợp cơ giật ở trẻ và là nguyên nhân khiến nhiều trẻ phải nhập viện. Theo thống kê quốc tế, khoảng 3–5% trẻ dưới 5 tuổi từng bị CGDS, đặc biệt phổ biến trong độ tuổi từ 10 tháng đến 2 tuổi. Tỷ lệ mắc tại Ấn Độ là 5–10%, tại Nhật Bản là 8,8% [1]. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Mai Phương và cộng sự cho thấy CGDS chiếm đến 90,9% ở trẻ từ 6–36 tháng tuổi, xảy ra ở trẻ nam nhiều gấp đôi so với nữ, và phổ biến hơn ở khu vực ngoại thành [2].

Mặc dù cơ chế bệnh sinh của CGDS chưa rõ ràng, nhưng nhiều nghiên cứu đã ghi nhận vai trò của rối loạn nồng độ vi chất trong huyết thanh như vitamin D, calci, phospho, kẽm, đồng... trong việc khởi phát hoặc làm tái phát cơ giật [3]. Theo Kalueff và cộng sự, chuột được bổ sung vitamin D vào vùng hải mã có ngưỡng cơ giật cao hơn, trong khi chuột mất thụ thể VDR có ngưỡng cơ giật thấp và dễ bị kích thích hơn [4]. Ngoài ra, tình trạng hạ calci hoặc phospho huyết thanh cũng có thể gây cơ giật và trạng thái động kinh [5].

Tuy đã có nhiều nghiên cứu về vai trò của vitamin D, calci và phospho trong bệnh lý trẻ em, nhưng rất ít đề cập cụ thể đến mối liên hệ giữa các yếu tố này với CGDS. Vậy đặc điểm dịch tễ học lâm sàng ở trẻ CGDS đơn thuần tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng như thế nào? Sự biến đổi nồng độ vitamin D, calci, phospho huyết thanh và mối liên quan của chúng trong huyết thanh với CGDS đơn thuần là gì? Đó là những câu hỏi rất cần lời giải đáp, vì vậy chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng ở trẻ từ 6 đến 60 tháng tuổi bị CGDS tại Bệnh viện Nhi

Hải Phòng từ ngày 01/09/2023 đến ngày 31/08/2025.

2. Xác định nồng độ vitamin D, calci, phospho huyết thanh và mối liên quan của chúng với CGDS ở nhóm trẻ trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Mục tiêu 1: gồm 472 bệnh nhi được chẩn đoán CGDS đơn thuần điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng từ ngày 01/09/2023 đến ngày 31/08/2025.

Mục tiêu 2: gồm 80 bệnh nhi nhóm bệnh (CGDS đơn thuần) và 80 bệnh nhi nhóm chứng (sốt cao không co giật). Cả hai nhóm được làm xét nghiệm vitamin D, calci, phospho huyết thanh.

Tiêu chuẩn loại trừ: CGDS phức tạp do nhiễm khuẩn thần kinh như: viêm não, viêm màng não; tiền sử co giật trước đó mà không do sốt, tiền sử động kinh; cơ giật do rối loạn chuyển hoá, điện giải, hạ đường huyết, ngộ độc...; đang dùng bất kỳ loại thuốc nào có thể ảnh hưởng đến chuyển hóa vitamin D, calci, phosphor.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang cho mục tiêu 1 và nghiên cứu bệnh chứng cho mục tiêu 2.

- Cỡ mẫu: Mục tiêu 1: 472 bệnh nhi CGDS đơn thuần. Mục tiêu 2: 80 bệnh nhi nhóm bệnh (CGDS đơn thuần), 80 bệnh nhi nhóm chứng (sốt cao không co giật).

- Cách chọn mẫu: Mục tiêu 1: Chọn mẫu là tất cả bệnh nhi CGDS.

Mục tiêu 2: chọn mẫu ngẫu nhiên đơn (lấy 80 bệnh nhi CGDS đơn thuần đưa vào nhóm bệnh; nhóm chứng lấy ngẫu nhiên 80 bệnh nhi có sốt cao nhưng không co giật tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng tương đồng về độ tuổi, giới tính và nhiệt độ lúc sốt cao nhất).

- Nội dung nghiên cứu:

+ Mục tiêu 1: Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng CGDS đơn thuần: tuổi, giới, thời gian nhập viện theo tháng trong năm, địa dư, phương thức sinh, tiền sử đẻ non, tiền sử đẻ ngạt, số lần co giật trước đó, tiền sử CGDS và động kinh trong gia đình; lâm sàng: nhiệt độ lúc co giật, thời gian kéo dài cơn co giật, tinh thần sau khi co giật, nguyên nhân gây co giật. Xét nghiệm công thức máu, CRP huyết thanh.

+ Mục tiêu 2: Xét nghiệm vitamin D, calci, phospho huyết thanh và mối liên quan của chúng với cơ giật do sốt đơn thuần

- Phương pháp thu thập số liệu: Bộ câu hỏi cấu trúc "Phiếu thu thập số liệu cơ giật do sốt và mối liên quan giữa cơ giật do sốt và nồng độ

Vitamin D, calci, phospho huyết thanh" được thiết kế sẵn.

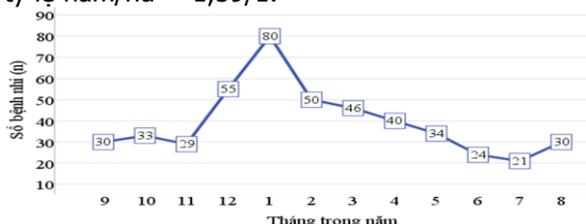
- Các xét nghiệm được làm tại khoa Xét nghiệm Bệnh viện Nhi Hải Phòng.

- **Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 22.0, tính tỷ lệ phần trăm (%), so sánh 2 tỷ lệ phần trăm bằng test  $\chi^2$ , tính độ trung bình và độ lệch chuẩn, so sánh 2 trung bình sử dụng T-test, tính OR, 95% CI của OR để so sánh các mối liên quan, tính p. Các kiểm định thống kê với khoảng tin cậy 95%.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng ở trẻ co giật do sốt đơn thuần.** Trong 472 trẻ CGDS đơn thuần, tuổi trung bình là  $24,35 \pm 12,12$  tháng, phần lớn là nhóm trẻ dưới 36 tháng tuổi (81,6%). Về giới tính: có 290 nam, 182 nữ, tỷ lệ nam/nữ = 1,59/1.



**Hình 1: Phân bố thời gian vào viện theo tháng trong năm**

Qua hình 1 cho thấy: Bệnh xuất hiện rải rác quanh năm, trong đó nhiều nhất vào mùa đông xuân từ tháng 12 năm trước đến tháng 2 năm sau.

Tỉ lệ sinh non, đẻ can thiệp, ngạt chu sinh, đẻ nhẹ cân chiếm tỷ lệ lần lượt là 10,2%, 42,4%, 11,7% và 5,7%. Trẻ bị CGDS đơn thuần lần đầu tiên vào viện chiếm tỉ lệ cao nhất với tỷ lệ 69,3% tương đương 327 bệnh nhi. Tỉ lệ bệnh nhi tái phát CGDS đơn thuần là 30,7% và chủ yếu là tái phát 1 lần với 18,4%.

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng ở trẻ co giật do sốt đơn thuần (n=472)**

Đặc điểm lâm sàng		Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Thân nhiệt lúc co giật	<39°C	132	28,0
	39-<40°C	265	56,1
	≥40°C	75	15,9
Thời gian từ khi sốt đến khi co giật	<6 giờ	105	22,2
	6-<12 giờ	211	44,7
	12-<24 giờ	73	15,5
	≥24 giờ	83	17,6
Thời gian cơn co giật	<2 phút	242	51,3
	2-<5 phút	163	34,5
	5-<15 phút	67	14,2

Tình trạng ý thức của bệnh nhi sau cơn co giật	Tỉnh táo	441	93,4
	Ngủ, mệt, li bì	31	6,6
Nguyên nhân gây sốt	Viêm mũi họng, amidan cấp	267	56,6
	Viêm phổi, viêm phế quản	105	22,2
	Viêm tai giữa cấp	39	8,3
	Nhiễm khuẩn tiết niệu	26	5,5
	Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa	25	5,3
	Chưa rõ nguyên nhân sốt	10	2,1

Bảng 1 cho thấy phần lớn trẻ CGDS đơn thuần khi thân nhiệt của trẻ ở mức 39-40°C. Cơn co giật thường xuất hiện sớm sau khi trẻ bị sốt, chủ yếu xuất hiện sau khi sốt dưới 12 giờ. Cơn co giật thường ngắn, chủ yếu là cơn co giật dưới 5 phút. Phần lớn trẻ tỉnh sau cơn co giật khi vào viện. Hầu hết nguyên nhân gây sốt là nhiễm khuẩn đường hô hấp (viêm mũi họng, amidan cấp, viêm phế quản, viêm phổi).

**Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng ở trẻ co giật do sốt đơn thuần (n=472)**

Xét nghiệm máu		Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Số lượng BC	Giảm	3	0,6
	Bình thường	144	30,5
	Tăng	325	68,9
Tỉ lệ BC trung tính	Giảm	10	2,1
	Bình thường	32	6,8
	Tăng	430	91,1
CRP huyết thanh	Bình thường	230	48,7
	Tăng	242	51,3

Bảng 2 cho thấy đa số trường hợp CGDS đơn thuần có tăng số lượng BC trong máu ngoại vi, tỷ lệ BC trung tính tăng và CRP huyết thanh tăng.

**3.2. Nồng độ vitamin D, calci, phospho huyết thanh và mối liên quan với co giật do sốt đơn thuần.** Tiến hành nghiên cứu trên 80 bệnh nhi nhóm bệnh (CGDS đơn thuần) và 80 bệnh nhi nhóm chứng (sốt cao không co giật) thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

**Bảng 3. So sánh nồng độ vitamin D, calci, phospho trung bình ở hai nhóm**

Nồng độ trung bình trong huyết thanh	Nhóm CGDS đơn thuần (n=80)	Nhóm sốt không co giật (n=80)	p
Vitamin D (ng/ml)	26,88 ± 6,78	36,13 ± 11,69	<0,001
Calci (mmol/L)	2,31 ± 0,09	2,39 ± 0,13	<0,001
Phospho (mmol/L)	1,39 ± 0,23	1,41 ± 0,29	0,619

Bảng 3 cho thấy trẻ CGDS đơn thuần có nồng độ vitamin D và Calci huyết thanh trung bình thấp hơn rõ so với nhóm trẻ chỉ có sốt không co giật, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 4. Môi liên quan giữa nồng độ vitamin D, calci, phospho huyết thanh và CGDS**

Vitamin D, Calci, Phospho huyết thanh		Nhóm		OR (95%CI)	p
		Nhóm bệnh	Nhóm chứng		
Vitamin D	Giảm	61	21	9,02 (4,40 - 18,464)	<0,001
	Bình thường	19	59		
Calci	Giảm	5	6	0,82 (0,24 - 2,8)	>0,05
	Bình thường	75	74		
Phospho	Giảm	2	1	2,02 (0,18 - 22,79)	>0,05
	Bình thường	78	79		

Bảng 4 cho thấy bệnh nhi bị giảm vitamin D huyết thanh có nguy cơ bị CGDS gấp 9,02 lần so với nhóm bệnh nhi có nồng độ vitamin D bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Chưa thấy mối liên quan giữa nồng độ calci, phospho với CGDS đơn thuần.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng ở trẻ co giật do sốt đơn thuần

###### 4.1.1. Dịch tễ học

- Tuổi: Tuổi trung bình trẻ CGDS đơn thuần là  $24,35 \pm 12,12$  tháng, phần lớn trẻ CGDS đơn thuần gặp ở nhóm trẻ dưới 36 tháng tuổi với tỷ lệ 81,6%. Kết quả này phù hợp với Nguyễn Mai Phương và cộng sự: CGDS đơn thuần chủ yếu xảy ra ở nhóm trẻ từ 6 đến dưới 36 tháng tuổi với độ tuổi trung bình  $24,37 \pm 10,01$  tháng [2].

- Giới tính: Tỷ lệ nam/nữ = 1,59/1.

- Địa dư: Trong 472 bệnh nhi có 242 trường hợp sống ở nội thành chiếm 51,3% và 230 trường hợp sống ở ngoại thành, chiếm 48,7%, trong khi nghiên cứu của Nguyễn Mai Phương và cộng sự chỉ ra tỉ lệ bệnh nhi sống ở ngoại thành nhiều hơn nội thành (57,6% và 42,4%) [2].

- Thời gian mắc bệnh theo tháng trong năm: Bệnh nhi CGDS đơn thuần vào viện rải rác quanh năm, trong đó nhiều nhất vào những tháng mùa đông xuân từ tháng 12 năm trước đến tháng 2 năm sau. Có thể những tháng mùa đông xuân thời tiết lạnh nên trẻ dễ sốt do nhiễm khuẩn đường hô hấp.

- Tiền sử sản khoa và chu sinh: bệnh nhi CGDS đơn thuần có tỉ lệ sinh non, đẻ can thiệp, ngạt chu sinh, đẻ nhẹ cân lần lượt là 10,2%,

42,4%, 11,7% và 5,7%.

- Tiền sử CGDS: chúng tôi nhận thấy tỉ lệ CGDS lần đầu tiên chiếm tỉ lệ cao (69,3%), tỉ lệ tái phát là 30,7% và chủ yếu là tái phát một lần với 18,3%. Theo nghiên cứu Nguyễn Mai Phương và cộng sự, số trẻ lần đầu bị CGDS nhập viện cũng chiếm ưu thế với 74,7%, tái phát một lần là 17,3% [2].

###### 4.1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, thân nhiệt khi xảy ra CGDS chủ yếu ở mức 39 đến 40°C (chiếm 56,1%), nhiệt độ trung bình  $39,2 \pm 0,7^\circ\text{C}$ . Kết quả này tương đồng với Nguyễn Văn Bắc và cộng sự cho thấy tỷ lệ 69,3% bệnh nhi có nhiệt độ ở mức 39 đến 40°C [6]. Thời gian từ khi sốt đến khi co giật chủ yếu là dưới 12 giờ với tỷ lệ 66,9%, trong đó có 44,7% bệnh nhi xuất hiện co giật sau khi sốt từ 6 đến 12 giờ, phù hợp với nhận xét của Bùi Thu Phương, Phạm Thị Thuận và cộng sự [7].

- Thời gian co giật thường ngắn, 85,8% bệnh nhi có cơn co giật kéo dài dưới 5 phút, trong đó đến 51,3% trường hợp cơn co giật kéo dài chỉ dưới 2 phút. Sau cơn, đa số trẻ tỉnh nhanh (93,4%), chỉ 6,6% còn mê. Nguyên nhân gây sốt chủ yếu là nhiễm khuẩn hô hấp (viêm mũi họng, viêm amidan, viêm phổi, viêm phế quản và viêm tai giữa). Nhận xét này phù hợp với kết quả của Lê Văn Minh, Lê Hoàng Mỹ và cộng sự: 81,2% co giật do sốt do viêm đường hô hấp trên [8].

- Về cận lâm sàng: Đa số bệnh nhi có tăng số lượng bạch cầu, bạch cầu trung tính và CRP huyết thanh. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận xét của các tác giả khác [6] [7] [8].

**4.2. Về nồng độ vitamin D, calci, phospho huyết thanh và mối liên quan với CGDS đơn thuần.** Nồng độ vitamin D ở nhóm CGDS đơn thuần thấp hơn rõ rệt so với nhóm chứng ( $26,88 \pm 6,78$  ng/mL so với  $36,13 \pm 11,69$  ng/mL;  $p < 0,001$ ), thiếu vitamin D làm tăng nguy cơ CGDS 9,02 lần (OR=9,02; 95%CI: 4,406–18,464). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bhat và cộng sự (74,4% trẻ CGDS thiếu vitamin D) [3]. Trong khi đó, nồng độ calci huyết thanh trung bình thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhi CGDS nhưng chưa có mối liên quan giữa mức độ thiếu hụt calci và CGDS. Còn nồng độ phospho huyết thanh trung bình thấp hơn ở nhóm bệnh nhi mắc CGDS nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### V. KẾT LUẬN

##### 5.1. Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng ở trẻ co giật do sốt đơn thuần

- Co giật do sốt đơn thuần thường gặp ở trẻ từ 6 tháng đến 3 tuổi, tuổi trung bình là  $24,35 \pm$

12,12 tháng. Tỷ lệ nam/nữ = 1,59/1. Bệnh nhi nhập viện rải rác quanh năm, nhiều nhất vào các tháng 12 năm trước đến tháng 2 năm sau.

- Khi xảy ra cơn co giật, phần lớn bệnh nhi có thân nhiệt từ 39 đến 40°C. Cơn co giật thường xuất hiện sớm, trong vòng 12 giờ sau khi khởi phát sốt. Thời gian co giật thường ngắn, dưới 5 phút. Nguyên nhân gây sốt chủ yếu là nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp.

- Phần lớn bệnh nhi có tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi, tăng bạch cầu trung tính, nồng độ CRP huyết thanh tăng.

### 5.2. Về nồng độ vitamin D, calci, phospho huyết thanh và mối liên quan với cơn co giật do sốt.

- Nồng độ vitamin D huyết thanh ở nhóm CGDS thấp hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhi có sốt nhưng không co giật.

- Bệnh nhi có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp có nguy cơ bị CGDS gấp 9,02 lần so với nhóm bệnh nhi có nồng độ vitamin D bình thường.

- Nồng độ calci huyết thanh trung bình thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhi CGDS nhưng chưa có mối liên quan giữa mức độ thiếu hụt calci và CGDS.

- Chưa thấy sự khác biệt về nồng độ phospho huyết thanh trung bình ở nhóm bệnh nhi mắc CGDS và nhóm bệnh nhi sốt không co giật.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

- Cơn co giật do sốt thường khởi phát sớm, đột ngột nên cần giáo dục cha mẹ cách theo dõi và xử trí khi trẻ sốt cao.

- Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời

khẩn hô hấp cấp, vì đó là nguyên nhân hàng đầu gây sốt, co giật ở trẻ em.

- Thiếu hụt vitamin D là một yếu tố nguy cơ của cơn co giật do sốt cao đơn thuần; vì vậy, cần xét nghiệm nồng độ vitamin D ở tất cả bệnh nhi có cơn co giật do sốt và bổ sung kịp thời khi phát hiện thiếu hụt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gellis SS** (2007). The yearbook of Paediatrics. Yearbook medical publishers. 302–307.
2. **Nguyễn Mai Phương, Nguyễn Thị Nhật Hoà, Phạm Văn Thức và cộng sự.** (2023). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và kết quả điều trị cơn co giật do sốt đơn thuần tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2021-2022. Tạp chí y học Việt Nam, 526(2).
3. **Bhat J.A., Bhat T.A., Sheikh S.A. et al.** (2020). Status of 25-hydroxy vitamin D level in simple febrile seizures and its correlation with recurrence of seizures. Avicenna J Med, 10(1), 6–9.
4. **Kalueff A.V., Minasyan A., and Tuohimaa P.** (2005). Anticonvulsant effects of 1,25-dihydroxyvitamin D in chemically induced seizures in mice. Brain Res Bull, 67(1–2), 156–160.
5. **Chen R., Li S., Wang X. et al.** (2020). Analysis of cytokines and trace elements in children with febrile seizures. Transl Pediatr, 9(6), 809–817.
6. **Nguyễn Văn Bắc, Nguyễn Thị Xuân Hương, Nguyễn Bích Hoàng, và cộng sự.** (2022). Đặc điểm và một số yếu tố nguy cơ cơn co giật do sốt ở trẻ em tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, 512(2), 139–140.
7. **Bùi Thu Phương và Phạm Thị Thuận** (2022). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và nguyên nhân cơn co giật do sốt ở trẻ em tại Bệnh viện Trung Ương Quán đội 108, 15(5), 96–98.
8. **Lê Văn Minh, Lê Hoàng Mỹ và Nguyễn Minh Phương** (2024). Một số yếu tố liên quan đến cơn co giật do sốt phức tạp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 73, 82–87

## NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TẠI MŨI HỌNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VŨNG TÀU NĂM 2020-2024

Phạm Thế Hiền<sup>1</sup>, Đoàn Thái Hòa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định cơ cấu bệnh Tai Mũi Họng và mô tả hướng xử trí bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu trong giai đoạn 2020–2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân tới khám tại phòng khám Tai – Mũi – Họng, thuộc bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu và được chẩn đoán có bệnh lý Tai mũi họng (Kể cả các bệnh nhân điều trị nội trú, điều trị

ngoại trú và điều trị vượt tuyến), trong năm 2020 đến hết năm 2024. **Kết quả:** 94.091 lượt bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý Tai mũi họng, cơ cấu bệnh cho thấy sự ưu thế tuyệt đối của bệnh lý hô hấp trên cấp tính và mũi xoang. Điều trị ngoại trú: 98,04% tổng số bệnh nhân được xử trí ngoại trú, cho thấy bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu có khả năng quản lý hiệu quả hầu hết các ca bệnh Tai mũi họng thông thường. Chuyển viện: Tỷ lệ chuyển viện là 1,61% (cao hơn tỷ lệ nội trú 0,34%), tập trung vào các bệnh lý phức tạp như viêm xoang mạn tính, các bệnh lý ác tính và rối loạn thính giác. **Kết luận:** Mô hình bệnh Tai mũi họng tại bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu mang đặc thù của thành phố ven biển: gánh nặng bệnh tật chính là viêm đường hô hấp trên cấp tính và bệnh lý mạn tính/ác tính tập trung ở người cao tuổi, cần được chuyển tuyến để

<sup>1</sup>Bệnh viện Vũng Tàu

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: phamthehienvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025