

5. **Wu C, Yang S, Zheng G, et al. (2022).** A systematic review and meta-analysis of the efficacy and complication rates of augmentation rhinoplasty with autologous cartilage and silicone prosthesis. *Ann Palliat Med*, 11(3):993-1000.
6. **Layliev J, Gupta V, Kaoutzanis C, et al. (2017).** Incidence and preoperative risk factors for major complications in aesthetic rhinoplasty: analysis of 4978 patients. *Aesthet Surg J*, 37(7):757-767.
7. **Chuangsuwanich A, Lohsiriwat V. (2013).** Augmentation rhinoplasty with custom-made S-shape silicone implant in Asians: a 15-year experience. *Indian J Plast Surg*, 46(3):533-537.
8. **Wang H, Fan F, You J, Wang S. (2013).** Combined silicone implant and cartilage grafts for augmentation rhinoplasty. *J Craniofac Surg*, 24(2):494-496.
9. **Esteves SS, Ferreira MG, Almeida JC, et al. (2017).** Evaluation of aesthetic and functional outcomes in rhinoplasty surgery: a prospective study. *Braz J Otorhinolaryngol*, 83(5):552-557.
10. **Varadharajan K, Sethukumar P, Anwar M, Patel K. (2015).** Complications associated with the use of autologous costal cartilage in rhinoplasty: a systematic review. *Aesthet Surg J*, 35(6):644-652.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CO GIẬT Ở TRẺ TỪ 2 ĐẾN 60 THÁNG TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIỀN GIANG

Nguyễn Thành Nam¹, Nguyễn Hoàng Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và điều trị co giật ở trẻ từ 2 đến 60 tháng tuổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 180 trẻ từ 2–60 tháng tuổi được chẩn đoán co giật và điều trị tại Khoa Nhi và Hồi sức Nhi từ tháng 01/2024–12/2024. Số liệu được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án và phân tích bằng các phương pháp thống kê mô tả.

Kết quả: Nhóm tuổi trên 6–36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (76,7%), tuổi trung vị 21 tháng; trẻ nam chiếm 60,0%. Co giật có sốt chiếm 93,3%, đa số xảy ra tại nhà và chỉ có một cơn trong mỗi đợt. Hạ Natri máu là bất thường cận lâm sàng thường gặp nhất (45,6%). Nguyên nhân chủ yếu là sốt co giật (86,1%), tiếp theo là động kinh (11,7%). Phần lớn bệnh nhi đáp ứng tốt với điều trị, với 99,4% trường hợp được xuất viện.

Kết luận: Co giật ở trẻ từ 2 đến 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang chủ yếu liên quan đến sốt, có tiên lượng thuận lợi và tỷ lệ nguyên nhân nặng thấp.

Từ khóa: Co giật; sốt co giật; trẻ em; điện giải; điều trị.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS, CAUSES, AND TREATMENT OUTCOMES OF SEIZURES IN CHILDREN AGED 2 TO 60 MONTHS AT TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Objectives: To describe epidemiological, clinical, laboratory characteristics, causes, and treatment of seizures in children aged 2 to 60 months treated at Tien Giang General Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 180 children aged 2–60 months diagnosed with seizures and treated at the Pediatric and Pediatric Intensive Care Departments from January to December 2024. Data were retrospectively collected from medical records and analyzed using descriptive statistics.

Results: Children aged >6–36 months accounted for 76.7%, with a median age of 21 months; males represented 60.0%. Febrile seizures were predominant (93.3%), most occurred at home, and the majority had a single seizure per episode. Hyponatremia was the most common laboratory abnormality (45.6%). The main cause was febrile seizures (86.1%), followed by epilepsy (11.7%). Most patients had favorable outcomes, with 99.4% discharged.

Conclusions: Seizures in children aged 2–60 months at Tien Giang General Hospital were mainly febrile in origin and associated with good treatment outcomes.

Keywords: Seizures; Febrile seizures; Children; Electrolytes; Treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co giật là một trong những tình trạng cấp cứu thần kinh thường gặp ở trẻ em, đặc biệt ở nhóm trẻ

¹Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Nam
Email: ntnam@tvu.edu.vn
Mã bài: NĐ1 - 31
Ngày nhận bài: 3/2/2026
Ngày phản biện khoa học: 3/2/2026
Ngày duyệt bài: 3/5/2026

nhỏ từ 6 đến 60 tháng tuổi. Trong đó, co giật do sốt chiếm tỷ lệ cao nhất và thường liên quan đến các bệnh nhiễm trùng thường gặp ở cộng đồng. Mặc dù đa số các trường hợp co giật do sốt có tiên lượng lành tính, biểu hiện khởi phát đột ngột vẫn gây lo lắng lớn cho gia đình và đặt ra thách thức trong chẩn đoán, xử trí ban đầu. Các khuyến cáo hiện nay nhấn mạnh tiếp cận dựa trên lâm sàng, kết hợp xét nghiệm chọn lọc nhằm phát hiện kịp thời các nguyên nhân nặng như viêm hệ thần kinh trung ương, đồng thời tránh lạm dụng thăm dò ở các trường hợp co giật do sốt đơn thuần [4,5,8].

Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy phần lớn các trường hợp co giật ở trẻ nhỏ là do sốt, tiếp theo là động kinh và một tỷ lệ rất nhỏ do các bệnh lý thần kinh trung ương [1,2,6]. Tuy nhiên, đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và thực hành điều trị có sự khác biệt giữa các cơ sở y tế và từng địa phương. Tại Việt Nam, số liệu mô tả toàn diện về trẻ co giật tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm nói trên ở trẻ từ 2 đến 60 tháng tuổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang, qua đó cung cấp cơ sở thực tiễn cho công tác chẩn đoán và xử trí trẻ co giật trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên các bệnh nhi co giật điều trị tại Khoa Nhi và Hồi sức Nhi, Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là trẻ từ 2 đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán co giật và điều trị nội trú tại Khoa Nhi và Hồi sức Nhi trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Trẻ từ 2–60 tháng tuổi; có biểu hiện co giật được ghi nhận trên lâm sàng và được chẩn đoán co giật bởi bác sĩ điều trị; có hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh án không đầy đủ dữ liệu cần thiết; trẻ được chuyển viện ngay sau nhập viện mà không có đủ thông tin theo dõi.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01/2024–12/2024 tại Khoa Nhi và Hồi sức Nhi, Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể với tỷ lệ co giật ước đoán

từ các nghiên cứu trước, sai số cho phép 5% [1] Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 150 trẻ. Trong thời gian nghiên cứu, 180 bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào phân tích.

Phương pháp chọn mẫu là chọn mẫu toàn bộ, bao gồm tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án nội trú thông qua phiếu thu thập số liệu thiết kế sẵn. Các thông tin được khai thác bao gồm: Đặc điểm dịch tễ (tuổi, giới, nơi cư trú, hình thức nhập viện). Đặc điểm lâm sàng và cơ co giật (triệu chứng kèm theo, co giật có sốt/không sốt, số cơn trong một đợt). Cận lâm sàng chọn lọc (công thức máu, điện giải đồ, đường huyết, dịch não tủy khi có chỉ định). Nguyên nhân co giật. Các biện pháp điều trị và kết cục điều trị.

2.6. Định nghĩa và biến số nghiên cứu

Bạch cầu tăng: số lượng bạch cầu $>16.000/\text{mm}^3$. Hạ Natri máu: nồng độ Natri $<135 \text{ mmol/L}$. Hạ canxi máu: nồng độ canxi toàn phần $<2,0 \text{ mmol/L}$. Đường huyết bất thường: $<60 \text{ mg/dL}$ hoặc $>200 \text{ mg/dL}$. Sốt co giật: co giật xảy ra kèm sốt ($\geq 38^\circ\text{C}$) ở trẻ từ 6–60 tháng, không có bằng chứng nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương hoặc rối loạn chuyển hóa cấp tính. Động kinh: được xác định theo định nghĩa thực hành của ILAE[6].

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê y học. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được trình bày bằng trung vị và tứ phân vị. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học và Đạo đức của Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang, số 232/BVĐKTG-HĐĐĐ, ngày 21/3/2025. Thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình chẩn đoán và điều trị của bệnh nhi.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024, nghiên cứu thu thập và phân tích 180 trẻ từ 2 đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán co giật và điều trị tại Khoa Nhi và Hồi sức Nhi, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang. Các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng chung của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng chung của trẻ co giật (n = 180)

Đặc điểm	n	%
Nhóm tuổi (tháng)		
< 6	1	0,6
> 6 – 36	138	76,7
> 36 – 60	41	22,8
Tuổi trung vị (tháng); tứ phân vị (25th–75th)	21	15,25–33,75
Giới tính		
Nam	108	60,0
Nữ	72	40,0
Nơi cư trú		
Trong tỉnh Tiền Giang	167	92,8
Ngoài tỉnh	13	7,2
Hình thức nhập viện		
Tự đến	160	88,9
Chuyển tuyến	20	11,1
Tiền sử bệnh lý		
Không ghi nhận	132	73,3
Có bệnh lý nền	48	26,7
Sốt co giật	30	16,7
Động kinh	12	6,7
Khác	6	3,3

Nhóm tuổi >6–36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (76,7%), tuổi trung vị 21 tháng (tứ phân vị 15,25–33,75). Trẻ nam chiếm 60,0%. Phần lớn bệnh nhi cư trú trong tỉnh và nhập viện theo hình thức tự đến. Đa số không ghi nhận tiền sử bệnh lý, trong đó tiền sử sốt co giật là thường gặp nhất.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cơn co giật ở trẻ nghiên cứu (n = 180)

Đặc điểm	n	%
Triệu chứng lâm sàng kèm theo		
Sốt	173	96,1
Ho, sổ mũi	87	48,3
Họng đỏ	45	25,0
Nôn	27	15,0

Đặc điểm	n	%
Tiêu chảy	22	12,2
Đặc điểm cơn co giật		
Co giật có sốt	168	93,3
Co giật không sốt	12	6,7
Nơi xảy ra cơn co giật		
Tại nhà	137	76,1
Tại bệnh viện	7	3,9
Cả ở nhà và bệnh viện	36	20,0
Số cơn co giật trong một đợt		
1 cơn	143	79,4
2 cơn	30	16,7
≥3 cơn	7	3,9

Hầu hết trẻ nhập viện có triệu chứng sốt kèm theo, thường phối hợp với các biểu hiện nhiễm trùng hô hấp trên. Phần lớn các cơn co giật xảy ra tại nhà và chỉ xuất hiện một cơn trong mỗi đợt bệnh. Co giật có sốt chiếm tỷ lệ áp đảo trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng và nguyên nhân co giật ở trẻ nghiên cứu (n = 180)

Nội dung	n	%
A. Cận lâm sàng bất thường		
Bạch cầu tăng (> 16.000/mm ³)	49	27,2
Hạ Natri máu (< 135 mmol/L)	82	45,6
Hạ Canxi máu (< 2,0 mmol/L)	7	3,9
Đường huyết bất thường	3	1,7
Dịch não tủy bất thường	2	1,1
B. Nguyên nhân co giật		
Sốt co giật	155	86,1
Động kinh	21	11,7
Viêm hệ thần kinh trung ương	2	1,1
Nguyên nhân khác	2	1,1

Trong các bất thường cận lâm sàng, hạ Natri máu là tình trạng gặp nhiều nhất. Đường huyết và dịch não tủy bất thường chiếm tỷ lệ thấp. Nguyên nhân co giật chủ yếu là sốt co giật, tiếp theo là động kinh.

Bảng 4. Điều trị và kết cục điều trị ở trẻ co giật (n = 180)

Nội dung	n	%
Can thiệp điều trị		
Sử dụng thuốc hạ sốt	172	95,6
Paracetamol (uống/nhét)	157	87,2
Ibuprofen	57	31,7
Sử dụng kháng sinh	133	73,9
Thuốc cắt cơn co giật	40	22,2
Midazolam	39	21,7
Thuốc dự phòng co giật	107	59,4
Phenobarbital	98	54,4
Hỗ trợ hô hấp	29	16,1
Truyền dịch tĩnh mạch	112	62,2
Hội chẩn Nội Thần kinh	14	7,8
Kết cục điều trị		
Xuất viện	179	99,4
Chuyển tuyến	1	0,6

Phần lớn bệnh nhi được điều trị bằng thuốc hạ sốt và kháng sinh. Khoảng một phần năm trường hợp cần sử dụng thuốc cắt cơn co giật và hơn một nửa được chỉ định thuốc dự phòng. Hầu hết trẻ có kết cục thuận lợi và được xuất viện sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học

Nghiên cứu trên 180 trẻ 2–60 tháng tuổi cho thấy nhóm tuổi >6–36 tháng chiếm ưu thế (76,7%), tuổi trung vị 21 tháng (tứ phân vị 15,25–33,75). Phân bố này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của co giật do sốt, vốn tập trung chủ yếu ở trẻ nhỏ, đặc biệt trong giai đoạn 6–36 tháng. Kết quả tương đồng với một số nghiên cứu trong nước tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện Nhi Nam Định, đều ghi nhận nhóm 6–36 tháng là nhóm thường gặp nhất [1,2].

Về giới tính, trẻ nam chiếm 60,0% (tỷ lệ nam/nữ 1,5). Xu hướng nam gặp nhiều hơn cũng được ghi nhận trong nhiều báo cáo về co giật do sốt và nhóm co giật liên quan sốt [1,3].

Đa số bệnh nhi cư trú trong tỉnh (92,8%) và nhập viện theo hình thức tự đến (88,9%). Hai đặc điểm này gợi ý rằng phần lớn trường hợp được tiếp cận điều trị trực tiếp tại tuyến tỉnh, đồng thời cho thấy nhu cầu tăng cường tư vấn, hướng dẫn xử trí ban đầu

cho phụ huynh khi trẻ co giật tại cộng đồng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và đặc điểm cơn co giật

Trong nghiên cứu này, sốt là biểu hiện nổi bật (96,1%), kèm theo các triệu chứng gợi ý nhiễm trùng hô hấp trên như ho/sổ mũi (48,3%) và họng đỏ (25,0%). Điều này phù hợp với mô hình nguyên nhân thường gặp dẫn đến co giật do sốt ở trẻ nhỏ, trong đó nhiễm trùng hô hấp là nhóm khởi phát phổ biến [1,2].

Về đặc điểm cơn, co giật có sốt chiếm 93,3%, cơn xảy ra tại nhà 76,1%, và 79,4% chỉ có 1 cơn trong một đợt. Mô hình này gợi ý đa số trường hợp phù hợp với đặc tính thường gặp của co giật do sốt (đa phần xảy ra ngoài bệnh viện và không tái diễn nhiều lần trong cùng đợt), đồng thời nhấn mạnh vai trò của giáo dục sức khỏe cho gia đình về xử trí an toàn khi trẻ lên cơn, cũng như chỉ điểm cần đưa trẻ đến cơ sở y tế.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Các bất thường cận lâm sàng đáng chú ý gồm bạch cầu tăng ($>16.000/\text{mm}^3$) 27,2% và rối loạn điện giải, nổi bật là hạ Natri máu ($<135 \text{ mmol/L}$) 45,6%; hạ canxi máu ($<2,0 \text{ mmol/L}$) 3,9%. Rối loạn điện giải có thể liên quan mất nước/giảm ăn uống trong bối cảnh sốt, nôn, tiêu chảy hoặc chiến lược bù dịch trước nhập viện, đồng thời cũng là yếu tố cần được sàng lọc trong tiếp cận trẻ co giật nhằm loại trừ/điều chỉnh các nguyên nhân thúc đẩy cơn.

Đường huyết bất thường gặp với tỷ lệ thấp (1,7%), phù hợp với nhận định rằng rối loạn glucose không phải là nhóm nguyên nhân chính trong đa số trường hợp co giật liên quan sốt; tuy nhiên vẫn cần được kiểm tra sớm ở trẻ co giật để không bỏ sót hạ đường huyết. Các hướng dẫn/khuyến cáo và tổng quan gần đây đều nhấn mạnh tiếp cận dựa trên bệnh sử–khám lâm sàng, xét nghiệm chọn lọc theo bối cảnh, tránh lạm dụng thăm dò ở trẻ co giật do sốt đơn thuần [5,8].

Dịch não tủy bất thường 1,1% phản ánh tỷ lệ thấp các trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng thần kinh trung ương trong quần thể nghiên cứu. Theo khuyến cáo của AAP, chọc dò dịch não tủy nên được cân nhắc khi có dấu hiệu gợi ý viêm màng não/viêm não hoặc hoàn cảnh nguy cơ (ví dụ: trẻ đã dùng kháng sinh trước đó làm che lấp triệu chứng) [7,8].

4.4. Nguyên nhân co giật

Sốt co giật chiếm 86,1%, tiếp theo là động kinh 11,7%, trong khi viêm hệ thần kinh trung ương 1,1% và các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ rất thấp. Phân bố này nhìn chung phù hợp với đặc điểm bệnh tật tại nhi khoa tuyến tỉnh, nơi phần lớn trẻ đến viện trong

bối cảnh sốt và nhiễm trùng thường gặp. Kết quả cũng tương đồng với một số báo cáo trong nước về co giật do sốt, ghi nhận tỷ trọng lớn thuộc nhóm sốt co giật ở trẻ 6–36 tháng [1,2].

Đối với nhóm động kinh, việc áp dụng định nghĩa thực hành của ILAE giúp chuẩn hóa chẩn đoán (đặc biệt trong các trường hợp có nguy cơ tái phát cao sau một cơn không do sốt) [6].

4.5. Can thiệp điều trị và kết cục

Về điều trị, 95,6% trẻ được dùng thuốc hạ sốt, 73,9% dùng kháng sinh, 22,2% cần thuốc cắt cơn, và 59,4% được chỉ định thuốc dự phòng co giật. Tỷ lệ sử dụng can thiệp cắt cơn tương đối phù hợp với đặc điểm phần lớn chỉ một cơn/đợt; trong khi đó, tỷ lệ dùng thuốc dự phòng tương đối cao gợi ý thực hành lâm sàng có xu hướng dự phòng ở nhóm nguy cơ/nhóm co giật do sốt tái diễn hoặc nhóm có tiền sử liên quan. Các tổng quan gần đây nhấn mạnh tính “thường lành tính” của co giật do sốt, đồng thời khuyến nghị điều trị cá thể hóa theo phân loại cơn và nguy cơ tái phát, kết hợp tư vấn cho gia đình để giảm lo lắng và hạn chế can thiệp không cần thiết.

Kết cục điều trị ghi nhận 99,4% xuất viện và 0,6% chuyển tuyến, cho thấy đa số trường hợp đáp ứng điều trị tốt tại tuyến tỉnh, phù hợp với cơ cấu nguyên nhân chủ yếu là sốt co giật và tỷ lệ thấp các nguyên nhân nặng [5].

Hạn chế nghiên cứu và hàm ý thực hành

Nghiên cứu mang tính mô tả tại một trung tâm nên khả năng khái quát có thể bị hạn chế. Một số xét nghiệm (điện giải, đường huyết, dịch não tủy) không thực hiện đồng nhất cho toàn bộ mẫu có thể tạo sai lệch do chọn lọc; do đó việc diễn giải các tỷ lệ bất thường cận lâm sàng cần đặt trong bối cảnh chỉ định lâm sàng. Dù vậy, bộ số liệu cung cấp bức tranh thực hành có giá trị tại tuyến tỉnh và gợi ý nhu cầu chuẩn hóa quy trình tiếp cận trẻ co giật (ưu tiên sàng lọc đường huyết–điện giải, cân nhắc DNT theo chỉ định, và tăng cường tư vấn cho gia đình).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 180 trẻ từ 2 đến 60 tháng tuổi bị co giật điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang cho thấy phần lớn bệnh nhi thuộc nhóm tuổi trên 6 đến 36 tháng, với tuổi trung vị 21 tháng và tỷ lệ trẻ nam cao hơn trẻ nữ. Co giật có sốt là hình thái lâm sàng chủ yếu, đa số cơn xảy ra tại nhà và chỉ xuất hiện một cơn trong mỗi đợt bệnh. Về cận lâm sàng, hạ Natri máu là bất thường thường gặp nhất, trong khi các rối loạn chuyển hóa khác và bất thường dịch não tủy chiếm tỷ lệ thấp. Nguyên nhân co giật chủ yếu là sốt co giật, tiếp theo là động kinh; các nguyên

nhân nặng như viêm hệ thần kinh trung ương hiếm gặp. Hầu hết bệnh nhi đáp ứng tốt với điều trị, với tỷ lệ xuất viện rất cao và số trường hợp phải chuyển tuyến chiếm tỷ lệ rất thấp.

VI. KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, cần tăng cường chuẩn hóa quy trình tiếp cận và xử trí trẻ co giật tại tuyến tỉnh, trong đó chú trọng khai thác kỹ bệnh sử, đánh giá đặc điểm cơn và thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng một cách chọn lọc, đặc biệt là đường huyết và điện giải đồ. Đồng thời, cần đẩy mạnh công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho phụ huynh về xử trí ban đầu khi trẻ co giật tại nhà và các dấu hiệu cần đưa trẻ đến cơ sở y tế. Các nghiên cứu tiếp theo với thiết kế phân tích hoặc đa trung tâm nên được thực hiện nhằm làm rõ hơn các yếu tố liên quan đến tái phát co giật và chỉ định điều trị dự phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đinh Dương Tùng Anh, Vũ Văn Xoa, Nguyễn Thị Thu Thảo, Đoàn Văn Tinh. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của co giật do sốt đơn thuần tại Bệnh viện nhi Nam Định. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;549(2):83-6. doi: 10.51298/vmj.v549i2.13764.
- Nguyễn Văn Bắc, Nguyễn Thị Xuân Hương, Nguyễn Bích Hoàng, Dương Quốc Trường, Nguyễn Thị Phượng, Bế Hà Thành. 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):137-41. doi: 10.51298/vmj.v512i2.2292.
- Phạm Tô Trường Vy, Lê Thị Khánh Vân, Lê Huy Thạch, Lê Quốc Thắng. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan co giật tái phát ở trẻ sốt co giật tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;547(3):372-7. doi: 10.51298/vmj.v547i3.13262.
- Corsetto A, Marangoni MB, Macchi M, Cozzi L, Agostoni C, Milani GP, et al. Febrile Seizures: A Systematic Review of Different Guidelines. *Pediatric Neurology*. 2024;155:141-8. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2024.03.024.
- Ferretti A, Riva A, Fabrizio A, Bruni O, Capovilla G, Foidelli T, et al. Best practices for the management of febrile seizures in children. *Ital J Pediatr*. 2024;50(1):95. doi: 10.1186/s13052-024-01666-1.
- Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82. doi: 10.1111/epi.12550.
- Seizures SoF. Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure. *Pediatrics*. 2011;127(2):389-94. doi: 10.1542/peds.2010-3318 %J Pediatrics.
- Subcommittee on Febrile Seizures, American Academy of Pediatrics. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011;127(2):389-94. doi: 10.1542/peds.2010-3318.