

CLCS, kết luận này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước. Điểm hạn chế trong nghiên cứu chúng tôi là vì nghiên cứu cắt ngang nên chúng tôi không thể xác định được sự tác động lâu dài của các yếu tố này đến CLCS. Một hạn chế khác của nghiên cứu là cỡ mẫu nhỏ và 91% người tham gia là dân thành thị vì vậy kết quả nghiên cứu chúng tôi không thể đại diện cho dân số chung. Khả năng chi trả, bệnh lý đi kèm, thị lực nhìn xa, thị lực tương phản liên quan đến CLCS.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh lý đục thủy tinh thể gây ảnh hưởng đến thị lực và làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Khả năng chi trả, bệnh lý đi kèm, thị lực nhìn xa, thị lực tương phản là các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh đục thủy tinh thể.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kovac B và các cộng sự. (2015)**, "Validation and cross-cultural adaptation of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI VFQ-25) in Serbian patients", Health Qual Life Outcomes. 13, tr. 142.
2. **To K. G và các cộng sự. (2014)**, "Assessing the test-retest repeatability of the Vietnamese version of the National Eye Institute 25-item Visual Function Questionnaire among bilateral cataract

patients for a Vietnamese population", Australas J Ageing. 33(2), tr. E7-10.

3. **Zhu M và các cộng sự. (2015)**, "Evaluating vision-related quality of life in preoperative age-related cataract patients and analyzing its influencing factors in China: a cross-sectional study", BMC Ophthalmol. 15, tr. 160.
4. **Đàm Viết Cường và các cộng sự. (2007)**, Một số phát hiện chính của nghiên cứu đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam truy cập ngày truy cập ngày 19/6/2021, tại trang web <http://www.hspl.org.vn/vcl/danh-gia-tinh-hinh-cham-soc-suc-khoe-cho-nguoi-cao-tuoi-o-viet-NAM-t113-1116.html>.
5. **Lê Thị Mỹ Hạnh (2019)**, Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở người đục thủy tinh thể tại Bệnh viện Trưng Vương thành phố Hồ Chí Minh, Khóa luận Tốt nghiệp Bác sỹ Y học Dự phòng, Khoa y tế công cộng, Đại học y dược Tp.HCM, Tp.HCM.
6. **Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh (2010)**, Bài giảng Nhân khoa, Nhà xuất bản y học, 64 - 70.
7. **Bộ Y Tế (10/12/2018)**, Số: 7328/QĐ-BYT, Quyết định ban hành hướng dẫn chuẩn chất lượng về chẩn đoán và điều trị đục thể thủy tinh., BỘ Y TẾ, chủ biên.
8. **Đỗ Quốc Vũ (2017)**, Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến té ngã ở người đục thủy tinh thể tuổi già được chỉ định phẫu thuật Phaco tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh năm 2018, Khóa luận Tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Khoa y tế công cộng, Đại học y dược Tp.HCM.

## ĐẶC ĐIỂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CO GIẬT DO SỐT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Văn Bắc<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Xuân Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Bích Hoàng<sup>2</sup>,  
Dương Quốc Trường<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Phụng<sup>1</sup>, Bé Hà Thành<sup>1</sup>, Trần Nhân Duật<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm và xác định một số yếu tố nguy cơ co giật do sốt ở trẻ em tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng:** Tất cả bệnh nhân nhập trung tâm Nhi khoa bệnh viện trung ương Thái nguyên được chẩn đoán co giật do sốt. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Co giật do sốt gặp nhiều ở trẻ 6-36 tháng chiếm 81,5%. Tuổi trung bình lúc nhập viện là 22,66 ± 12,71 tháng. Cơ co giật xuất hiện khi thân nhiệt trẻ ở mức 39-40<sup>0</sup>C có tỉ lệ cao nhất 69,3%. Co giật do sốt đơn thuần chiếm ưu thế 82,5% số trường hợp, co giật do sốt phức hợp chiếm 16,6%,

trạng thái CGDS chiếm 0,9%. Nguyên nhân gây sốt trong CGDS chủ yếu là bệnh lý ở đường hô hấp trên 62,5%. Tỷ lệ ngạt chu sinh trong nhóm CGDS phức hợp là 21,1 % cao hơn so với nhóm CGDS đơn thuần là 2,1%. **Kết luận:** Co giật do sốt chủ yếu xảy ra ở trẻ 6-36 tháng đa số là cơn giật đơn thuần, nguy cơ cao xuất hiện cơn giật khi thân nhiệt trẻ ở mức trên 39<sup>0</sup>C, nhiễm trùng đường hô hấp trên, tình trạng ngạt lúc sinh là yếu tố nguy cơ gây co giật do sốt.

**Từ khóa:** Co giật, sốt trẻ em.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS AND SOME RISK FACTORS FOR FEBRILE SEIZURES IN CHILDREN AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the characteristics and identify some risk factors for febrile seizures in children at Thai Nguyen Central Hospital. **Subjects:** All patients admitted to the Pediatric Center of Thai Nguyen Central Hospital were diagnosed with febrile convulsions. **Methods:** Descriptive study. **Results:**

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bắc

Email: nguyenvanbacvp.tnu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 9.3.2022

Febrile seizures were common in children 6-36 months, accounting for 81,5%. The mean age at admission was 22,66 ± 12,71 months. Seizures occur when the child's body temperature is at 39-40<sup>o</sup> C with the highest rate of 69,3%. Simple febrile seizures accounted for 82,5% of cases, complex febrile seizures accounted for 16,6%, febrile seizures status accounted for 0,9%. The cause of fever in FS is mainly upper respiratory tract disease 62,5%. The rate of perinatal asphyxia in the CFS group was 21.1% higher than that in the SFS group which was 2.1%.

**Conclusions:** Febrile convulsions mainly occur in children 6-36 months, mostly simple seizures, high risk of seizures when the child's body temperature is above 39<sup>o</sup> C, upper respiratory tract infection. Asphyxia at birth is a risk factor for febrile seizures.

**Keywords:** Convulsions, fever in children.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ giật do sốt là cơn co giật xảy ra ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi kèm theo sốt mà không có nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, không có bằng chứng của rối loạn chuyển hóa cấp tính [7]. Cơ giật do sốt được phân loại là cơ giật do sốt đơn thuần hoặc cơ giật do sốt phức hợp. Cơ giật do sốt đơn thuần là cơn giật toàn thể, cơn giật kéo dài dưới 15 phút, chỉ có 1 cơn giật trong 24 giờ. Cơ giật do sốt phức hợp kéo dài từ 15 phút trở lên, có liên quan đến các dấu hiệu thần kinh khu trú, hoặc tái phát trong vòng 24 giờ. Trẻ bị cơ giật do sốt đơn giản và có biểu hiện tốt không cần ghi điện não đồ, chụp CTscanner sọ não hoặc MRI sọ não, trừ trường hợp được chỉ định để xác định nguyên nhân gây sốt. Đối với những trẻ có cơn co giật do sốt phức hợp cần chuyên khoa thần kinh kết hợp với các thăm dò cận lâm sàng chuyên sâu.

Các yếu tố liên quan đến cơ giật do sốt gồm nhiều yếu tố: Bệnh do vi-rút, các vi rút phổ biến nhất liên quan đến cơ giật do sốt bao gồm herpesvirus 6 ở người, cúm, adenovirus và parainfluenza. Một số loại vắc-xin nhất định như vắc xin sởi-quai bị-rubella có liên quan đến tăng nguy cơ cơ giật do sốt. Một số gen nhất định đã được xác định là yếu tố nguy cơ của hội chứng động kinh gia đình cũng có thể làm tăng nguy cơ cơ giật do sốt. Nguy cơ cơ giật do sốt liên quan đến mức độ của nhiệt độ, không phải tốc độ tăng nhiệt độ và ngưỡng cơ giật thay đổi theo độ tuổi và tính nhạy cảm của từng cá nhân [7]. Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm nhiễm trùng sơ sinh sớm, mẹ hút thuốc lá, căng thẳng khi mang thai, sau sinh trẻ phải điều trị tại đơn vị hồi sức sơ sinh (ICU), trẻ chậm phát triển tinh thần vận động, bố hoặc mẹ có tiền sử cơ giật do sốt, và đi gửi nhà trẻ. Cơ giật là một tình trạng nặng đòi hỏi phải xử trí cấp cứu vì đe dọa tính mạng bệnh

nhi hoặc để lại nhiều di chứng về sau nếu cơn co giật kéo dài và không được kiểm soát [3],[8]. Việc điều trị cơ giật do sốt cần dựa vào đặc điểm lâm sàng là cơ giật do sốt đơn thuần hay cơ giật do sốt phức hợp, nguyên nhân gây sốt cơ giật. Các yếu tố liên quan đến cơ giật do sốt rất quan trọng giúp thầy thuốc định hướng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng cho bệnh nhi cơ giật do sốt.

Xuất phát từ thực tiễn trên đề tài "*Đặc điểm và một số yếu tố nguy cơ cơ giật do sốt ở trẻ em tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*" được tiến hành với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm và xác định một số yếu tố nguy cơ cơ giật do sốt ở trẻ em tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu:

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả trẻ nhập trung tâm Nhi khoa bệnh viện trung ương Thái nguyên được chẩn đoán cơ giật do sốt.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Không thu thập đủ thông tin (bệnh nhân tử vong, xin về, chuyển viện), gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cách chọn mẫu: Hồi cứu kết hợp tiến cứu. Lấy toàn bộ trẻ cơ giật do sốt thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn để đưa vào nghiên cứu

### 2.2. Chỉ số và biến số nghiên cứu

#### Mục tiêu 1:

+ Giới: Chia 2 nhóm, giới nam và nữ

+ Tuổi được chia 3 nhóm: Nhóm dưới 6 tháng, nhóm từ 6 tháng đến dưới 36 tháng, nhóm từ 36 tháng đến 60 tháng

+ Nhiệt độ: Dùng nhiệt độ thủy ngân, kẹp nách trẻ. Nhiệt độ chia làm 4 nhóm: Nhóm 37,5 - 38<sup>o</sup>C, nhóm 38- 39<sup>o</sup>C, nhóm 39- 40<sup>o</sup>C, trên 40<sup>o</sup>C.

+ Đặc điểm cơn co giật:

Dạng cơn giật chia 2 loại: Cơ giật toàn thể, cơn giật cục bộ

Thời gian kéo dài cơn: Dưới 15 phút, trên 15 phút

Số cơn giật trong 24 giờ

Phân loại cơn giật: cơ giật do sốt đơn thuần, cơ giật do sốt phức hợp, trạng thái cơ giật do sốt

- Cơ giật do sốt đơn thuần: Cơn co giật toàn thể, thời gian co giật ngắn dưới 15 phút, xảy ra ở các trẻ bình thường, không có dấu hiệu thần kinh khu trú, không có thiếu sót về thần kinh sau cơn, không có cơn thứ hai trong 24 giờ.

- Cơ giật do sốt phức hợp là CGDS có kèm theo một trong các dấu hiệu sau: Cơn co giật cục bộ, thời gian co giật kéo dài trên 15 phút đến dưới 30 phút, có trên một cơn trong vòng 24 giờ.

- Trạng thái co giật do sốt là cơn CGDS kéo dài trên 30 phút

**Mục tiêu 2:** Tìm các yếu tố liên quan với Tiền sử sinh non, già tháng, ngạt chu sinh, cách

thức sinh của trẻ, bệnh lý gây sốt ở trẻ.

**3. Xử lý số liệu.** Nhập số liệu: phần mềm EXCEL  
Phân tích: dùng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

**Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới**

Nhóm tuổi	Giới		Tổng số		p
	Nam	Nữ	n	%	
Dưới 6 tháng	1	1	2	1,8	> 0,05
6- 36 tháng	60	33	93	81,5	< 0,05
36 – 60 tháng	12	7	19	16,7	> 0,05
<b>Tổng số</b>	<b>73</b>	<b>41</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Lứa tuổi bị co giật do sốt gặp nhiều nhất là 6-36 tháng. Sự khác biệt so với các nhóm tuổi khác có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Tuổi trung bình lúc nhập viện là  $22,66 \pm 12,71$  tháng. Tỷ lệ trẻ nam cao hơn nữ:  $73/41 = 1.8/1$ . Sự khác biệt có ý nghĩa giữa nam và nữ ( $p < 0,05$ ).

#### 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhiệt độ khi co giật

**Bảng 2: Phân bố trẻ CGDS theo nhiệt độ lúc co giật**

Thân nhiệt	Cơn CGDS		Tổng	%	p
	Cơn đầu tiên	Cơn tái phát			
37,5 - 38 <sup>0</sup> C	1	5	6	5,3	> 0,05
38- 39 <sup>0</sup> C	2	15	17	14,9	> 0,05
39- 40 <sup>0</sup> C	70	8	79	69,3	< 0,05
≥ 40 <sup>0</sup> C	11	1	12	10,5	> 0,05
<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>29</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Cơn co giật xuất hiện nhiều khi thân nhiệt trẻ ở mức 39-40<sup>0</sup>C chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 69,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

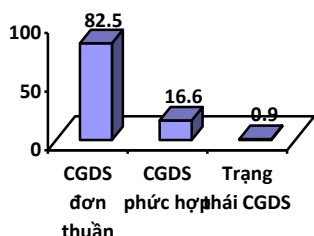
#### 3. Co giật do sốt liên quan đến tiền sử sản khoa và chu sinh

**Bảng 3. Co giật do sốt liên quan đến tiền sử sản khoa và chu sinh**

Tiền sử sản khoa	CGDS phức hợp		CGDS đơn thuần		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Sinh non	3	15,8	7	7,4	10	8,8	>0,05
Già tháng	1	5,3	5	5,3	6	5,3	>0,05
Can thiệp	1	5,3	14	14,9	15	13,3	>0,05
Ngạt chu sinh	4	21,1	2	2,1	6	5,3	< 0,05
Bình thường	10	52,5	66	70,3	76	67,3	>0,05

**Nhận xét:** CGDS có bất thường trong tiền sử sản khoa và chu sinh chiếm 32,7%. Tỷ lệ ngạt chu sinh trong nhóm CGDS phức hợp là 21,1% cao hơn so với nhóm CGDS đơn thuần là 2,1% ( $p < 0,05$ ).

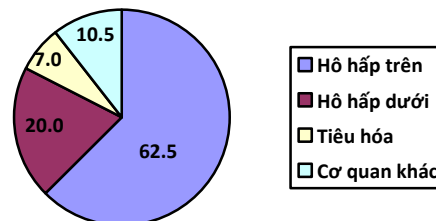
#### 4. Phân loại co giật do sốt



**Biểu đồ 1. Phân loại co giật do sốt**

**Nhận xét:** Co giật do sốt đơn thuần chiếm ưu thế 82,5% số trường hợp, Co giật do sốt phức hợp chiếm 16,6%, trạng thái CGDS chiếm 0,9%

#### 5. Co giật do sốt liên quan đến nguyên nhân gây bệnh



**Biểu đồ 2. Nguyên nhân gây co giật do sốt**

**Nhận xét:** Nguyên nhân gây sốt trong CGDS chủ yếu là bệnh lý ở đường hô hấp trên chiếm 62,5%.

#### IV. BÀN LUẬN

Có 114 bệnh nhân co giật do sốt (CGDS) đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tỷ lệ cao nhất ở nhóm 6-36 tháng chiếm 81,5%, tuổi trung bình lúc nhập viện là  $22,66 \pm 12,71$  tháng. Một số nghiên cứu trong nước và nước ngoài cũng cho kết quả tương tự. Theo tác giả Nguyễn Thị Thu nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Trung ương trên 200 bệnh nhân CGDS có 94% khởi phát ở trẻ dưới 36 tháng [2]. Tỷ lệ cao nhất ở nhóm 12- 24 tháng chiếm 41,5%, khởi phát trước 6 tháng là 7% và sau 36 tháng là 6%. Theo tác giả Ram Prasad Pokhrel nghiên cứu trên 214 bệnh nhi CGDS tại Nepal tỷ lệ nhóm tuổi 12 -24 tháng cao nhất (97/214) chiếm 45%, tuổi trung bình lúc nhập viện là 22 tháng [8]. Kết quả nghiên cứu trên có thể được giải thích, ở trẻ nhỏ dưới 3 tuổi đặc biệt lứa tuổi 6-36 tháng là thời kỳ xảy ra quá trình myelin hóa dần các nơron thần kinh, lưu lượng tưới máu não nhiều hơn so với người lớn. Ngoài ra ở lứa tuổi này, miễn dịch từ mẹ truyền sang đã giảm dần, trong khi trẻ chưa sinh được miễn dịch tự thân đầy đủ nên dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn hơn. Về giới tính, trong tổng số 114 bệnh nhân CGDS có 73 trẻ nam và 41 trẻ nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,8/1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này tương đương với một số tác giả trong nước và trên thế giới [2], [3]. Tuy nhiên 1 số tác giả khác cho rằng tỷ lệ nam/nữ tương đương nhau [5], [6]. Theo tác giả Sunil Jain nghiên cứu trên 85 bệnh nhi CGDS tại Ấn Độ tỷ lệ nam/nữ là tương đương 1.24/1 [6].

Về thời điểm sốt xảy ra co giật, kết quả cho thấy cơn giật xuất hiện nhiều nhất khi thân nhiệt ở mức  $39-40^{\circ}\text{C}$  (69,3%) và rất ít ở mức dưới  $38^{\circ}\text{C}$  (5,3%). Kết quả này cũng phù hợp với một số tác giả trong nước cũng như trên thế giới [1], [2], [8]. Có 29/114 bệnh nhi xuất hiện cơn CGDS tái phát chiếm 25,4%. Tỷ lệ CGDS tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự trong 1 số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài [8], nhưng thấp hơn tỷ lệ trong nghiên cứu của một số tác giả trong nước. Theo Cao Xuân Đỉnh (2007) tại bệnh viện Nhi Trung ương tỷ lệ tái phát chiếm 63,41% [1], theo Nguyễn Thị Thu (2013) là 46,5% [2]. Phải chăng do nghiên cứu của các tác giả trên là nghiên cứu cắt ngang tại bệnh viện Nhi Trung ương là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối cho nên phần lớn là những bệnh nhân nặng đã bị CGDS tái phát hoặc là do tuyến cơ sở gửi tới. Có 15/29 trẻ co giật do sốt tái phát xuất hiện cơn giật khi nhiệt độ của trẻ thấp từ  $38 - 39^{\circ}\text{C}$  (Bảng 2). Vì vậy đối với những bệnh nhân đã có tiền sử CGDS cha mẹ cần phải theo dõi sát

thân nhiệt khi trẻ bị bệnh có kèm theo sốt tránh để thân nhiệt tăng quá đột ngột, phải hạ sốt kịp thời và nếu được có thể điều trị dự phòng co giật sớm hơn.

Nhận xét về tỷ lệ trẻ mắc CGDS đơn thuần và phức hợp theo biểu đồ 1 cho thấy, CGDS đơn thuần gặp ở 94 trẻ (82,5%), CGDS phức hợp 19 trẻ (16,6%). Như vậy số trẻ CGDS đơn thuần nhiều hơn gần năm lần số trẻ CGDS phức hợp. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Sunil Jain đánh giá trên 85 trẻ CGDS tại Ấn Độ từ 2 năm, tỷ lệ CGDS đơn thuần là 70,59 %, CGDS phức hợp là 24,71% và trạng thái CGDS là 4,71% trường hợp [6]. Theo tác giả Mikati (2020), tỷ lệ trẻ mắc CGDS phức hợp thay đổi từ 9- 35% [7]. Tuy nhiên tỷ lệ CGDS phức hợp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số tác giả trong nước và trên thế giới. Theo Nguyễn Thị Thu (2013) tại bệnh viện Nhi Trung ương CGDS phức hợp 68 trẻ (34%) [2], theo tác giả Aslan (2021) tại Viện đào tạo và nghiên cứu Nhi khoa Thổ Nhĩ Kỳ tỷ lệ CGDS phức hợp là 53,7 % [3]. Có thể do đặc thù các tác giả trên nghiên cứu tại các bệnh viện chuyên khoa Nhi tuyến cuối (ở Việt Nam là bệnh viện Nhi Trung ương) nên thường những trẻ nào bị co giật nặng và tái phát nhiều lần mới được nhập viện và điều trị hoặc bệnh nhân CGDS phức hợp từ tuyến dưới chuyển lên.

Nhận xét về tiền sử sản khoa và chu sinh (bảng 3) CGDS có bất thường trong tiền sử sản khoa và chu sinh chiếm 32,7%, trong đó tỷ lệ sinh can thiệp 13,3%. So sánh với tác giả Nguyễn Thị Thu, tỷ lệ về tiền sử sản khoa và chu sinh của chúng tôi tương tự [2]. Nhưng cao hơn Cao Xuân Đỉnh chỉ có 18,16% trẻ CGDS có bất thường trong tiền sử sản khoa và chu sinh [1]. Tỷ lệ ngạt chu sinh trong nhóm CGDS phức hợp là 21,1% cao hơn so với nhóm CGDS đơn thuần 2,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới [1],[2]. Theo Husodo và Heydarian trong các yếu tố trước sinh và chu sinh, ngạt là yếu tố nguy cơ nhất gây CGDS [4], [5]. Ngạt khi sinh có thể gây thiếu oxy não dẫn đến tổn thương não, từ đó tạo tổn thương gây co giật. Vấn đề đặt ra cho các bác sĩ Sản khoa là tiền lượng cuộc đẻ tốt, tiến hành hồi sức sơ sinh kịp thời để tránh biến chứng ngạt.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ dừng lại ở chẩn đoán bệnh lý cơ quan gây cơn sốt dẫn đến cơn co giật dựa vào thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng thường qui. Nguyên nhân gây sốt

trong CGDS (biểu đồ 2) cho thấy 62,5% trường hợp là bệnh lý của đường hô hấp trên, 20% bệnh lý của đường hô hấp dưới như viêm tiểu phế quản, viêm phế quản cấp và viêm phổi; 12,5% bệnh lý ở đường tiêu hóa như: ỉa chảy cấp, hội chứng lỵ cấp, viêm dạ dày ruột cấp... Còn bệnh lý ở các cơ quan khác chúng tôi rất ít gặp là viêm đường tiết niệu, viêm da, viêm khớp... Kết quả của chúng tôi phù hợp với hầu hết nghiên cứu của các tác giả nước ngoài và trong nước [6],[8]. Cao Xuân Đỉnh (2007) 86,59% bệnh lý ở đường hô hấp trên và tai mũi họng [1] Nguyễn Thị Thu 76% trường hợp là bệnh lý nhiễm trùng hô hấp [2]. Theo tác giả Aslan (2021) tỉ lệ CGDS do nhiễm trùng hô hấp chiếm 56,2%, do nhiễm trùng đường tiêu hóa chiếm 21,9% [3].

## V. KẾT LUẬN

Cơ giết do sốt chủ yếu xảy ra ở trẻ 6-36 tháng đa số là cơn giết đơn thuần, nguy cơ cao xuất hiện cơn giết khi thân nhiệt trẻ ở mức trên 39°C, nhiễm trùng đường hô hấp trên, tình trạng nặng lúc sinh là yếu tố nguy cơ gây cơ giết do sốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Xuân Đỉnh, (2007). Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả dự phòng cơ giết do sốt ở trẻ em, Luận văn Bác Sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Thu, (2013). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của cơ giết do sốt và hình ảnh điện não đồ của cơ giết do sốt tái phát ở trẻ em, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Aslan MA (2021). Evaluation of Patients Presenting With First Febrile Seizure. Cureus, 13(7), e16151.
4. Heydarian F., Bakhtiari E., Yousefi S (2018). The first febrile seizure: An updated study for clinical risk factors. Iranian Journal of Pediatrics, 28(6).
5. Husodo F.A., Radhiah S (2021). Risk Factors for Febrile Seizures in Children Aged 6 – 59 Months in Surabaya, East Java. Althea Medical Journal, 8(3), 144–148.
6. Jain S. và Santhosh A. (2021). Febrile Seizures: Evidence for Evolution of an Operational Strategy from an Armed Forces Referral Hospital. Pediatric Health Med Ther, 12, 151–159.
7. Mikati MA, Tchapyjnikov D. Febrile Seizures. In: Kliegman RM, Geme JWS, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, editors. Nelson Text Book of Pediatrics. 21. Elsevier Inc; 2020. pp. 3092–4.
8. Pokhrel R.P., Bhurtel R., Malla K.K. (2021). Study of Febrile Seizure among Hospitalized Children of a Tertiary Centre of Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. JNMA J Nepal Med Assoc, 59(238), 526–530.

## KẾT QUẢ SỚM SAU ĐIỀU TRỊ U XƠ TUYẾN VÚ BẰNG THIẾT BỊ SINH THIẾT CÓ HỖ TRỢ HÚT CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

Nguyễn Duy Trinh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hoa<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Minh<sup>3</sup>,  
Luu Hồng Nhung<sup>3</sup>, Lại Thu Hương<sup>3</sup>, Nguyễn Thanh Thủy<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm sau điều trị hút bỏ u xơ tuyến vú bằng thiết bị sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn của siêu âm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu gồm 121 bệnh nhân với 163 tổn thương được thực hiện tại Trung tâm điện quang – Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2018 đến 8/2021. **Kết quả:** Sau thủ thuật 99.4% các u xơ tuyến vú được lấy bỏ hoàn toàn. Các biến chứng hay gặp nhất là đau chiếm 94.5%, mức độ đau vừa và nhẹ, biến chứng máu tụ chiếm 87.1% số ca. Có mối tương quan tuyến tính thuận giữa kích thước máu tụ với kích thước u, số mảnh cắt và thời

gian hút. Trong nghiên cứu, các u có kích thước > 25mm có nguy cơ tăng kích thước máu tụ > 15mm gấp 3.2 lần các u < 25mm, các u giàu mạch có nguy cơ tăng kích thước máu tụ > 15mm gấp 5.8 lần u không giàu mạch, các u xơ cách da ≤ 2mm có nguy cơ bám dính gấp 3.4 lần các u có khoảng cách da > 2mm, các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0.05. **Kết luận:** Điều trị loại bỏ u xơ tuyến vú bằng thiết bị sinh thiết có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp an toàn, hiệu quả và có tính thẩm mỹ cao. Kết quả sớm theo dõi sau thủ thuật cho thấy hầu hết các u xơ được hút bỏ hoàn toàn, rất ít biến chứng.

**Từ khóa:** u xơ tuyến vú, thiết bị sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm, VABBD

**Các chữ viết tắt:** VABB: sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không, FA: fibroadenoma (u xơ tuyến vú)

### SUMMARY

#### EARLY RESULTS AFTER EXCISION OF BREAST FIBROADENOMA BY ULTRASOUND-GUIDED VACUUM ASSISTED BIOPSY DEVICE

**Aim:** To evaluate early results after excision of

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa

Email: drhoa.radiology@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 10.3.2022