

- income settings around the world. *Kidney international supplements*. 2020;10(1):e86-e94.
- Nguyễn VT, Nguyễn TTL.** Hiệu quả lọc máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2021;501(2)
 - Ngô HTT, Nguyễn MT, Nguyễn TD, et al.** Đánh giá hiệu quả chạy thận nhân tạo thông qua Kt/v trên bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ tại khoa thận nhân tạo bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;519(2)
 - Lê Việt T.** Khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ bằng thang điểm sf36. 2012;
 - Giang H, Sơn TH, Lê Thị Kim Nhung NT, et al.** Nghiên cứu đặc điểm người bệnh chạy thận nhân tạo tại 26 bệnh viện của Hà Nội năm 2020. *Bản B của Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*. 2021;63(5)
 - Hồng NT, Vân PTA, Cúc LTK.** Đánh giá hiệu quả lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Thống Nhất Đồng Nai năm 2023. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2024;65 (CD1-Liên chi hội Phẫu thuật bàn tay)

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH ĐỘNG KINH TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2023-2024

Lê Văn Minh¹, Lê Hoàng Mỹ¹, Trần Trung Hậu¹, Nguyễn Văn Trinh¹, Võ Văn Thi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh là một trong những bệnh thần kinh mạn tính nghiêm trọng phổ biến nhất ảnh hưởng đến khoảng 65 triệu người trên toàn thế giới. Bệnh ảnh hưởng nhiều đến trẻ về vấn đề sức khỏe tâm thần, nguy cơ chậm phát triển tâm thần vận động. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định một số yếu tố liên quan đến bệnh động kinh trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi được nhập viện vì co giật và điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Với Nhóm bệnh: được chẩn đoán, phân loại động kinh theo International League Against Epilepsy (ILAE) năm 2017. Nhóm chứng: vào viện vì co giật do sốt và không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán động kinh. **Kết quả:** Tổng số 201 trường hợp (67 ca bệnh và 134 ca chứng). Theo phân tích đơn biến, các yếu tố nguy cơ liên quan đến động kinh trẻ em như: tuổi của trẻ ≥ 24 tháng; giới tính trẻ là nam; tiền sử sinh non; tiền sử sinh ngạt; tiền căn gia đình co giật do sốt hoặc động kinh; hình thái cơn co giật cục bộ; không có cơn tái phát trong 24 giờ; thời gian co giật ≥ 5 phút. Theo phân tích hồi qui Logistic, yếu tố nguy cơ quan trọng nhất là hình thái cơn co giật cục bộ (OR=20,24), kế đến là tiền sử sinh ngạt (OR=5,37); tuổi của trẻ ≥ 24 tháng (OR=3,20); giới tính trẻ là nam (OR=2,23). **Kết luận:** Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất là hình thái cơn co giật cục bộ, kế đến là tiền sử sinh ngạt, tuổi của trẻ ≥ 24 tháng; giới tính trẻ là nam. **Từ khoá:** yếu tố liên quan, động kinh, trẻ em, tiền căn.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO PEDIATRIC

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Thi

Email: vvthi@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

EPILEPSY AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL 2023-2024

Background: Epilepsy is one of the most common serious chronic neurological diseases affecting approximately 65 million people worldwide. The disease greatly affects children in terms of mental health, the risk of delayed psychomotor development. **Research objective:** Identify some factors related to pediatric epilepsy at Can Tho Children's Hospital in 2023-2024. **Research subjects and methods:** Children from 2 months to 15 years old were hospitalized for seizures and treated at Can Tho Children's Hospital. With the disease group: diagnosed and classified as epilepsy according to the International League Against Epilepsy (ILAE) 2017. Control group: admitted to the hospital because of febrile seizures and did not meet the criteria for diagnosing epilepsy. **Results:** Total 201 cases (67 cases and 134 controls). According to univariate analysis, risk factors related to childhood epilepsy include: child age ≥ 24 months; The child's gender is male; history of premature birth; history of birth asphyxia; family history of febrile seizures or epilepsy; form of partial seizures; no recurrence within 24 hours; Seizure duration ≥ 5 minutes. According to Logistic regression analysis, the most important risk factor is partial seizure morphology (OR=20.24), followed by history of birth asphyxia (OR=5.37); Child's age ≥ 24 months (OR=3.20); Child's gender is male (OR=2.23). **Conclusion:** The most important risk factor is the form of partial seizures, followed by a history of birth asphyxia, and the child's age ≥ 24 months; The child's gender is male. **Keywords:** related factors, epilepsy, children, medical history.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một trong những bệnh thần kinh mạn tính nghiêm trọng phổ biến nhất ảnh hưởng đến khoảng 65 triệu người trên toàn thế giới [2]. Động kinh trẻ em có tầm quan trọng đặc biệt do tỷ lệ mắc cao. Hằng năm có khoảng 1,12 triệu trẻ em mới mắc động kinh ở những

nước đang phát triển. Trẻ em bị động kinh khác với người lớn ở nhiều điểm quan trọng, chủ yếu liên quan đến biểu hiện của các hội chứng động kinh cụ thể liên quan đến tuổi tác [8]. Bệnh ảnh hưởng nhiều đến trẻ về vấn đề sức khỏe tâm thần, nguy cơ chậm phát triển tâm thần vận động, nguy cơ mắc kèm bệnh mạn tính khác, những vấn đề ở trường học như khó lên cấp học cao hơn, kỹ năng xã hội thấp hơn so với trẻ cùng tuổi khỏe mạnh [7].

Đã có rất nhiều các nghiên cứu dịch tễ học trên thế giới nhằm xác định thêm các yếu tố nguy cơ có liên quan đến động kinh trẻ em. Mặc dù kết quả giữa các nghiên cứu còn khác nhau và có nhiều bàn cãi xung quanh một vấn đề nhưng đã cho thấy được toàn cảnh chung của các yếu tố nguy cơ liên quan đến động kinh trẻ em. Tại Việt Nam có nhiều công trình nghiên cứu về động kinh trẻ em. Tuy nhiên vẫn còn khá ít ở khu vực Đồng bằng sông Cửu Long nói chung và Cần Thơ nói riêng. Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi tiến hành Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến bệnh động kinh trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi được nhập viện vì co giật và điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Nhóm bệnh: Toàn bộ trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi vào viện vì co giật và được chẩn đoán, phân loại động kinh theo International League Against Epilepsy (ILAE) năm 2017 nhập viện tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.

Nhóm chứng: Toàn bộ trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi vào viện vì co giật do sốt và không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại động kinh theo International League Against Epilepsy (ILAE) năm 2017 nhập viện tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ dưới 1 tháng tuổi hoặc trên 15 tuổi.
- Bệnh nhân mắc một số bệnh nặng khác phối hợp, nhất là các bệnh rối loạn chuyển hóa tiến triển gây co giật-động kinh.
- Người chăm sóc từ chối không tham gia vào nhóm nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 03 năm 2023 đến tháng 03 năm 2024.

Cỡ mẫu: Tính theo công thức

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2P_2(1-P_2)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Với $\alpha=0,05$ thì $Z_{0,975}=1,96$, $\beta=0,2$ thì $Z_{0,8}=0,84$. Theo tác giả Lê Văn Tuấn, yếu tố nguy cơ vàng da sơ sinh trong nhóm bệnh và chứng lẫn lượt là 23,8% và 6,4%, chúng tôi ước tính cỡ mẫu nhóm bệnh của nghiên cứu là 67, tỷ số nhóm bệnh:chứng được lựa chọn là 1:2.

Phương pháp chọn mẫu: ngẫu nhiên thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu: đánh giá một số yếu tố liên quan đến bệnh động kinh trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023-2024.

Quy trình tiến hành nghiên cứu: Các thông tin về hành chánh và đặc điểm chung như tuổi giới, tiền sử như tiền sử sinh non, sinh ngạt, sinh can thiệp, tiền sử sốt cao co giật, tiền căn gia đình co giật do sốt hoặc động kinh, lâm sàng như hình thái cơn co giật, tái phát cơn trong 24 giờ và thời gian co giật, được thu thập bằng cách thăm khám lâm sàng trực tiếp, theo dõi chặt chẽ trong quá trình điều trị tại bệnh viện.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phương pháp chủ yếu là phân tích mô tả tần số và tỷ lệ phần trăm; xác định mối liên quan dưới dạng tần số, tỷ lệ %, tỷ số chênh (OR), khoảng tin cậy (KTC) 95% OR, kiểm định χ^2 hoặc Fisher's Exact Test với mức ý nghĩa $\alpha=0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Liên quan giữa bệnh động kinh và đặc điểm chung của trẻ

Bảng 3.1. Liên quan giữa đặc điểm chung với bệnh động kinh

Yếu tố nguy cơ	% bệnh n=67	% chứng n=134	OR 95% CI	p	
Tuổi	≥24 tháng	50 (74,6)	67 (50,0)	2,94 (1,54-5,61)	0,001
	<24 tháng	17 (25,4)	67 (50,0)		
Giới	Nam	33 (49,3)	84 (62,7)	0,58 (0,32-1,05)	0,069
	Nữ	34 (50,7)	50 (37,3)		

Nhận xét: Chênh lệch giữa trẻ ≥ 24 tháng và trẻ < 24 tháng trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 2,94 so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chênh lệch giữa trẻ nam và trẻ nữ trong nhóm bệnh với tỷ số chênh chỉ bằng 0,58 so với nhóm chứng.

3.2. Liên quan giữa bệnh động kinh và đặc điểm tiền sử trẻ

Bảng 3.2. Liên quan giữa đặc điểm tiền

sử trong lúc sinh với bệnh động kinh

Yếu tố nguy cơ		% bệnh n=67	% chứng n=134	OR 95% CI	p
Sinh non	Có	10 (14,9)	8 (6,0)	2,76 (1,04-7,37)	0,036
	Không	57 (85,1)	126(94,0)		
Sinh ngạt	Có	14 (20,9)	8 (6,0)	4,16 (1,65-10,50)	0,001
	Không	53 (79,1)	126(94,0)		
Sinh can thiệp	Có	18 (26,9)	43 (32,1)	0,78 (0,41-1,49)	0,448
	Không	49 (73,1)	91 (67,9)		

Nhận xét: Chênh lệch giữa trẻ có sinh non và không sinh non trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 2,76 so với nhóm chứng. Chênh lệch giữa sinh ngạt và không sinh ngạt trong nhóm bệnh với tỷ số chênh chỉ bằng 4,16 so với nhóm chứng, sự khác biệt hai biến trên có ý nghĩa thống kê. Chênh lệch giữa trẻ có sinh can thiệp và không sinh can thiệp trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 0,78 so với nhóm chứng.

Bảng 3.3. Liên quan giữa đặc điểm tiền sử trẻ và gia đình với bệnh động kinh

Yếu tố nguy cơ		% bệnh n=67	% chứng n=134	OR 95% CI	p
Tiền sử sốt co giật	Có	21 (31,3)	38 (28,4)	1,15 (0,61-2,18)	0,661
	Không	46 (68,7)	96 (71,6)		
Tiền căn gia đình do sốt hoặc động kinh	Có	14 (20,9)	18 (13,4)	1,70 (0,79-3,68)	0,173
	Không	53 (79,1)	116 (86,6)		

Nhận xét: Chênh lệch giữa trẻ có tiền sử sốt co giật và không tiền sử sốt co giật trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 1,15 so với nhóm chứng. Chênh lệch giữa trẻ có tiền căn gia đình co giật do sốt hoặc động kinh và không tiền căn gia đình co giật do sốt hoặc động kinh trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 1,7 so với nhóm chứng. Tuy nhiên, 2 biến trên không có ý nghĩa thống kê.

3.3. Liên quan giữa bệnh động kinh và đặc điểm lâm sàng cơn co giật trẻ

Bảng 3.4. Liên quan giữa tính chất cơn co giật với bệnh động kinh

Yếu tố nguy cơ		% bệnh n=67	% chứng n=134	OR 95% CI	p
Hình thái cơn	Cục bộ	15 (22,4)	3 (2,2)	12,60 (3,50-45,33)	<0,001
	Toàn	52 (77,6)	131		

	thể		(97,8)		
Cơ tái phát trong 24 giờ	Không	60 (89,6)	109(81,3)	1,97 (0,80-4,81)	0,134
	Có	7 (10,4)	25 (18,7)		
Thời gian co giật	≥ 5 phút	46 (68,7)	67 (50,0)	2,19 (1,18-4,06)	0,012
	< 5 phút	21 (31,3)	67 (50,0)		

Nhận xét: Chênh lệch giữa trẻ có hình thái cơn co giật cục bộ và hình thái cơn co giật toàn thể trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 12,6 so với nhóm chứng. Chênh lệch giữa trẻ có thời gian co giật từ 5 phút trở lên và trẻ có thời gian co giật nhỏ hơn 5 phút trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 2,19 so với nhóm chứng. Hai biến trên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chênh lệch giữa trẻ không có cơn tái phát trong 24 giờ và trẻ có cơn tái phát trong 24 giờ trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 1,97 so với nhóm chứng.

3.4. Hồi quy đa biến Logistic các yếu tố nguy cơ với động kinh

Bảng 3.5. Phân tích hồi quy đa biến

Biến Số	Hệ số hồi quy	p	OR	95% CI
Tuổi của trẻ ≥ 24 tháng	1,16	0,003	3,20	1,50-6,82
Giới tính của trẻ (Nam)	0,80	0,026	2,23	1,10-4,53
Trẻ sinh non	0,60	0,319	1,82	0,56-5,86
Trẻ sinh ngạt	1,68	0,006	5,37	1,60-18,02
Tiền căn gia đình co giật do sốt hoặc động kinh	0,18	0,71	1,20	0,46-3,13
Hình thái cơn co giật cục bộ	3,01	<0,001	20,24	4,85-32,12
Không có cơn tái phát trong 24 giờ	1,01	0,073	2,75	0,91-8,32
Thời gian co giật ≥ 5 phút	0,56	0,138	1,74	0,84-3,63

Nhận xét: Trong mô hình phân tích đơn biến vào mô hình hồi quy Logistic ghi nhận: Chênh lệch giữa trẻ ≥ 24 tháng và trẻ < 24 tháng trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 3,20 so với nhóm chứng, trong khi đó kết quả phân tích đơn biến thì chênh lệch này là 2,76. Chênh lệch giữa trẻ nam và trẻ nữ trong nhóm bệnh với tỷ số chênh chỉ bằng 0,80 so với nhóm chứng, trong khi đó kết quả phân tích đơn biến thì chênh lệch này là 2,58 và không có ý nghĩa thống kê. Chênh lệch giữa sinh ngạt và không sinh ngạt trong nhóm bệnh với tỷ số chênh chỉ

bằng 1,68 so với nhóm chứng, trong khi đó kết quả phân tích đơn biến thì chênh lệch này là 4,16. Chênh lệch giữa trẻ có hình thái cơ co giật cục bộ và hình thái cơ co giật toàn thể trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 3,01 so với nhóm chứng, trong khi đó kết quả phân tích đơn biến thì chênh lệch này là 12,60.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Liên quan giữa bệnh động kinh và đặc điểm chung của trẻ. Về đặc điểm chung, trẻ ≥ 24 tháng trong nhóm bệnh chiếm 74,6%, nhóm chứng là 50%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR=2,94$. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của M.B. Hunter tỷ lệ trẻ động kinh có tuổi ≥ 24 tháng là 77,1% [3]. Nhóm ≥ 24 tháng tuổi cao có thể được giải thích là vì cấu trúc và chức năng não từ 24 tháng tuổi đã tương đối hoàn thiện, do đó các vấn đề về cấu trúc hoặc hoạt động của não có thể trở nên rõ ràng hơn sau giai đoạn này, giúp cho biểu hiện rõ triệu chứng động kinh.

Tỷ lệ trẻ nam trong nhóm bệnh (49,3%) thấp hơn so với nhóm chứng (62,7%). Tuy nhiên vẫn chưa thể kết luận giới tính có liên quan đáng kể đến bệnh lý động kinh. Theo Đặng Văn Chúc ghi nhận trẻ nam chiếm 61,9%, trẻ nữ chiếm 38,1% trong số những trẻ được chẩn đoán động kinh [1]. Để giải thích sự khác biệt này có thể do phương pháp chọn mẫu nhóm bệnh và nhóm chứng của tôi có bao gồm cả nhóm co giật do sốt.

4.2. Liên quan giữa bệnh động kinh và đặc điểm tiền sử trẻ. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trẻ sinh non trong nhóm chứng là 14,9%, trong nhóm bệnh là 6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR=2,76$. Có 20,9% trẻ sinh ngạt trong nhóm bệnh cao hơn so với 6% trong nhóm chứng. Các kết quả này của chúng tôi tương đồng với H.B.J. Mohammed trong đó trẻ sinh non hoặc sinh ngạt có nguy cơ mắc động kinh cao với OR lần lượt là 45,40 và 9,83 [4]. Đối với trẻ sinh non hoặc sinh ngạt, sự phát triển của não bộ bị ảnh hưởng do thiếu máu não và không đủ dưỡng chất nuôi các tế bào não, từ đó gây bất thường về mặt cấu trúc cũng như chức năng não bộ dẫn đến động kinh.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trẻ có tiền sử sốt co giật trong nhóm bệnh chiếm tỷ lệ 31,3%, trong nhóm chứng là 28,4% và tiền sử sốt co giật và không có tiền sử sốt co giật trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 2,94 so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này khá tương đồng với nghiên cứu của H.B.J. Mohammed ghi nhận tỷ số chênh là 127,87 và có

ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê có thể do nhóm chứng của chúng tôi là nhóm trẻ sốt cao co giật đơn thuần nên sẽ có một tỉ lệ trẻ giật nhiều lần không phải lần đầu [4]. Về tiền căn gia đình co giật do sốt hoặc động kinh chênh lệch giữa trẻ có tiền căn gia đình co giật do sốt hoặc động kinh và không tiền căn gia đình co giật do sốt hoặc động kinh trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 1,7 so với nhóm chứng. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của S. Sartori cũng cho kết quả lớn chỉ số chênh lớn hơn 1 [6]. Từ các nghiên cứu trên cho thấy có một tỉ lệ trẻ bị động kinh có tiền sử co giật trước đó và hoặc có tiền căn gia đình co giật do sốt hoặc động kinh nên cần được thăm hỏi kỹ càng trong lúc khám.

4.3. Liên quan giữa bệnh động kinh và đặc điểm lâm sàng cơn co giật của trẻ. Về hình thái cơ co giật nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hình thái cục bộ trên nhóm bệnh là 22,4%, trong nhóm chứng là 2,2% và chênh lệch giữa trẻ có hình thái cơ co giật cục bộ và hình thái cơ co giật toàn thể trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 12,6 so với nhóm chứng, có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu Z.U. Rehman cũng ghi nhận hình thái cơ toàn thể chiếm tỉ lệ cao nhất và tỉ số chênh lớn hơn 1 và có ý nghĩa thống kê [5]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận về cơn tái phát trong 24 giờ nhóm bệnh chiếm 10,4%, nhóm chứng chiếm 18,7% và chênh lệch giữa trẻ có thời gian co giật từ 5 phút trở lên và trẻ có thời gian co giật nhỏ hơn 5 phút trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 2,19 so với nhóm chứng, có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của S. Sartori cũng cho kết quả cơn tái phát trong 24 giờ trên nhóm động kinh thấp hơn nhiều so với nhóm co giật không phải động kinh [6]. Qua đó cho thấy cơn co giật tái phát trong 24 giờ cũng là một yếu tố để dự đoán nguyên nhân co giật có do động kinh trên trẻ. Tuy nhiên cần nhiều nghiên cứu rộng hơn để đánh giá. Về thời gian co giật ≥ 5 phút nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trên nhóm bệnh là 68,7%, nhóm chứng 50% và chênh lệch giữa trẻ không có cơn tái phát trong 24 giờ và trẻ có cơn tái phát trong 24 giờ trong nhóm bệnh với tỷ số chênh là 1,97 so với nhóm chứng. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của S. Sartori cũng cho kết quả tỷ số chênh lớn bằng 2,53 [6]. Điều này cho thấy thời gian của cơn co giật có thể giúp gợi ý nguyên nhân của co giật.

4.5. Hồi quy đa biến Logistic các yếu tố

nguy cơ với động kinh. Đánh giá các yếu tố liên quan đến trẻ rối loạn phổ tự kỷ nghiên cứu của chúng tôi so sánh với nghiên cứu của tác giả S. Sartori dựa vào 10 yếu tố nghi ngờ là yếu tố liên quan đến động kinh trong mô hình phân tích đơn biến vào mô hình hồi quy Logistic để dự đoán các yếu tố liên quan đến động kinh thì nhận thấy xác suất một trẻ có: (1) tuổi của trẻ ≥ 24 tháng, (2) Giới tính của trẻ là nam, (3) trẻ sinh ngạt, (4) hình thái cơ cơ giật cục bộ cao hơn trẻ khác không có yếu tố nguy cơ này ($p < 0,05$) khá tương đồng với chúng tôi [6]. Kết quả của tác giả nghiên cứu Z.U. Rehman cũng khá tương đồng với kết quả của chúng tôi [5]. Tóm lại, có nhiều yếu tố cùng ảnh hưởng đến động kinh ở trẻ. Một vấn đề quan trọng là nhân viên y tế cần hỏi bệnh và thăm khám một cách cẩn thận mục đích tránh bỏ sót các yếu tố nguy cơ gợi ý động kinh ở trẻ hướng đến chẩn đoán chính xác điều trị sớm nhằm giảm tỷ lệ biến chứng nguy hiểm do động kinh ở trẻ em nước ta.

V. KẾT LUẬN

Trẻ cơ giật có các yếu tố nguy cơ gồm: Tuổi của trẻ ≥ 24 tháng, giới tính của trẻ là nam, tiền sử trẻ sinh ngạt và hình thái cơ cơ giật là cục bộ các yếu tố này làm tăng nguy cơ động kinh ở trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Văn Chức.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm

- sàng bệnh động kinh tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ năm 2019 tới 2022. Tạp chí Khoa học sức khỏe. 2023. 1(1), 43-53, doi: 10.59070/jhs010123001.
2. **Fine A., Wirrell E.C.** Seizures in children. Pediatrics in review. 2020. 41(7), 321-347, doi: 10.1542/pir.2019-0134.
3. **Hunter M.B., Yoong M., Sumpter R.E., et al.** Incidence of early-onset epilepsy: A prospective population-based study. Seizure. 2020. 75, 49-54, doi:10.1016/j.seizure.2019.12.020.
4. **Mohammed H.B.J., Al-Ogaili S.S.C.** Risk Factors Associated with epilepsy among Children in Al-Najaf Province: A Case Control Study. Scopus IJPHRD citation score. 2019. 10(1), 877-882, doi:10.5958/0976-5506.2019.00170.0.
5. **Rehman Z.U.** Clinical Characteristics and Etiology of Epilepsy in Children Aged Below Two Years: Perspective From a Tertiary Childcare Hospital in South Punjab, Pakistan. Cureus. 2022. 14(4), doi:10.7759/cureus.23854.
6. **Sartori S., Nosadini M., Tessarin G., et al.** First-ever convulsive seizures in children presenting to the emergency department: risk factors for seizure recurrence and diagnosis of epilepsy. Developmental Medicine & Child Neurology. 2019. 61(1), 82-90, doi:10.1111/dmcn.14015.
7. **Specchio N., Wirrell E.C., Scheffer I.E., et al.** International League Against Epilepsy classification and definition of epilepsy syndromes with onset in childhood: Position paper by the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. Epilepsia. 2022. 63(6), 1398-1442, doi:10.1111/epi.17241.
8. **Tenney J.R.** Epilepsy-Work-Up and Management in Children. Semin Neurol. 2020. 40(6), 638-646, doi:10.1055/s-0040-1718720.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT POLYP DÂY THANH BẰNG ỐNG MỀM TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG NĂM 2021

Mai Ý Thơ¹, Nguyễn Thanh Thảo², Nguyễn Cảnh Huy¹, Phạm Thị Hiền¹, Nguyễn Khắc Hoà¹, Nguyễn Tấn Quang¹, Nguyễn Thị Thuỳ Dương³

TÓM TẮT

Polyp dây thanh là bệnh khá phổ biến trong số các bệnh lý lành tính thanh quản, chiếm khoảng 19% - 31% gặp nhiều ở người có sử dụng giọng chuyên nghiệp. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương trên 36 người bệnh phẫu thuật polyp dây thanh bằng ống mềm. Kết quả: Khàn tiếng là triệu chứng chính, gặp ở 100% bệnh nhân. Cảm giác hụt hơi, nói mệt gặp 80,6%. Polyp dây thanh làm

tăng độ nhiễu loạn về tần số và biên độ. Chỉ số Jitter, Shimmer đều cao hơn nhóm chứng (Jitter nhóm bệnh 0,996%, chứng 0,206. Shimmer nhóm bệnh 7,125%, chứng 1,401%). Polyp dây thanh làm giảm độ hài thanh HNR (HNR nhóm bệnh 14,264 dB, chứng 23,938 dB). Cần chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời để cải thiện giọng nói, phòng ngừa biến chứng cho người bệnh.

Từ khóa: Người bệnh, polyp dây thanh, triệu chứng lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WHO HAVE VOCAL CORD POLYP SURGERY WITH SOFT TUBE AT THE CENTRAL ENT HOSPITAL IN 2021

Vocal cord polyps are quite common among benign laryngeal diseases, accounting for about 19% - 31% of people who use voice professionally. The

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trung tâm Y tế Yên Phong

Chịu trách nhiệm chính: Mai Ý Thơ
Email: nguyenthanhthao@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024