

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CO GIẬT DO SỐT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2024-2025

Phạm Kiều Anh Thơ, Nguyễn Gia Lập, Kiều Cơ Vĩ
Huỳnh Đức Khang, Nguyễn Huỳnh Khánh Linh, Lưu Chí Phong
và Trần Quang Khải✉

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Co giật do sốt là rối loạn thần kinh thường gặp nhất ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi, gồm hai thể: đơn thuần và phức hợp. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 104 trẻ co giật do sốt tại khoa Nhiễm và khoa Sốt xuất huyết, Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025. Kết quả ghi nhận tuổi trung bình $26,52 \pm 14,27$ tháng; nam chiếm 54,8%; co giật do sốt đơn thuần chiếm 51%, phức hợp chiếm 49%. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy, nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật, cân nặng lúc sinh thực sự là những yếu tố liên quan đến thể co giật do sốt ở trẻ với OR lần lượt là $OR = 4,056$ (95% CI: 1,338 - 14,548; $p = 0,019$), $OR = 8,678$ (95% CI: 1,700 - 73,829; $p = 0,019$). Trẻ co giật do sốt đơn thuần có nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật thường $\geq 40^\circ\text{C}$ và xảy ra chủ yếu ở trẻ đủ cân; trong khi thể phức hợp thường có nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật $< 40^\circ\text{C}$ và xảy ra ở trẻ nhẹ cân. Do đó, cần lưu ý các đặc điểm này khi tiếp cận để định hướng xử trí sớm, phù hợp.

Từ khóa: Co giật do sốt, đơn thuần, phức hợp, yếu tố liên quan, Cần Thơ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co giật do sốt là rối loạn thần kinh thường gặp nhất ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi, ảnh hưởng đến 2% - 10% trẻ em ở Mỹ và châu Á.^{1,2} Bệnh được phân loại thành hai thể: đơn thuần và phức hợp. Việc phân loại co giật do sốt hầu hết chỉ dựa trên các triệu chứng lâm sàng bao gồm thời gian co giật, tính chất và mức độ tái phát cơn co giật.³ Tuy nhiên, các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng như mức độ sốt, công thức máu, hóa sinh máu... được xem là có vai trò trong dự đoán khả năng co giật do sốt phức hợp. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến co giật do sốt phức hợp ở trẻ không chỉ giúp định hướng xử trí mà còn có ý nghĩa tiên lượng, do thể phức hợp liên quan nhiều hơn đến nguy cơ tái phát và tiến triển thành động kinh sau này.^{4,5}

Tác giả liên hệ: Trần Quang Khải

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: tqkhai@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 23/06/2025

Ngày được chấp nhận: 16/07/2025

Tại Cần Thơ, thành phố trung tâm khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá toàn diện các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong mối quan hệ với thể co giật, các nghiên cứu đã có để đánh giá về vấn đề này còn hạn chế, thiếu tính cập nhật. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với các mục tiêu:

1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ co giật do sốt tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2024 - 2025.
2. Phân tích các yếu tố liên quan đến các thể co giật do sốt ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán co giật do sốt điều trị tại Khoa Nhiễm và khoa Sốt xuất huyết, Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ được chẩn đoán và phân loại các thể co giật do sốt theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Quốc tế về Chống Động kinh ILAE.⁶

- Cha mẹ hoặc người giám hộ của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ co giật do sốt trên nền mắc các bệnh lý mạn tính như bạch cầu cấp, thalassemia, hội chứng thận hư, suy giảm miễn dịch.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Theo tiêu chuẩn và phân loại của Hiệp hội Quốc tế về Chống Động kinh ILAE⁶:

Trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi, cơn co giật khi sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$, không có nhiễm trùng thần kinh trung ương (viêm màng não, viêm não...), không có rối loạn chuyển hóa cấp tính gây co giật, không có tiền sử động kinh trước đó.

Tiêu chuẩn phân loại: co giật do sốt được phân loại thành 2 thể:

+ Co giật do sốt đơn thuần: thỏa mãn tất cả các yếu tố: các cơn co giật toàn thể, thời gian co giật dưới 15 phút, không tái phát trong 24 giờ và không có triệu chứng thần kinh khu trú sau cơn.

+ Co giật do sốt phức hợp: có ít nhất một trong các yếu tố sau: các cơn co giật cục bộ, thời gian co giật trên 15 phút, tái phát trong 24 giờ, có triệu chứng thần kinh khu trú sau cơn.

2. Phương pháp**Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Được tính sử dụng công thức:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times \frac{p \times (1 - p)}{d^2}$$

Với $\alpha = 0,05$; $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; $d = 0,05$; $p = 7\%$ với p là tỷ lệ trẻ nhập viện trong tình trạng co

giật do sốt theo tỷ lệ ghi nhận được ở Bùi Thu Phương tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.⁷ Cỡ mẫu ước lượng là 101. Thực tế nhóm nghiên cứu thu thập được 104 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (bao gồm: giới tính, tuổi, địa dư, tiền sử co giật do sốt, phương pháp sinh, tuổi thai và cân nặng lúc sinh), đặc điểm về lâm sàng (ghi nhận nhiệt độ hậu môn lúc xuất hiện cơn co giật và thời gian co giật), đặc điểm về cận lâm sàng (huyết sắc tố, số lượng bạch cầu, bạch cầu hạt trung tính, số lượng tiểu cầu). Các đặc điểm cận lâm sàng được phân nhóm (giảm, bình thường, tăng) dựa trên so sánh với giá trị nồng độ trong máu ở trẻ cùng độ tuổi, cùng giới của quần thể tham chiếu theo Nelson Textbook of Pediatrics 22nd.⁸

Xử lý số liệu

Xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Số liệu được tóm tắt và trình bày dưới dạng tỷ lệ (đối với biến số rời rạc hoặc biến số định tính), giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (đối với các biến số liên tục có phân phối chuẩn), giá trị trung vị và khoảng tứ phân vị (đối với các biến số liên tục không có phân phối chuẩn). Sử dụng test kiểm định χ^2 và hiệu chỉnh theo Fisher's exact test (tần suất kỳ vọng trong bất kỳ ô nào < 5) đánh giá mối tương quan giữa các biến định tính với phân độ bệnh. Các yếu tố trong phân tích đơn biến có $p < 0,1$ được lựa chọn vào phân tích hồi quy logistic đa biến. Giá trị $p < 0,05$ được đánh giá có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 24.028.SV/PCT-HĐĐĐ ngày 24 tháng 5 năm 2024.

III. KẾT QUẢ

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025, nhóm nghiên cứu thu thập được 104 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn

bệnh, mời tham gia nghiên cứu và thu được kết quả như sau:

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 104)

Đặc điểm chung của trẻ		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	57	54,8
	Nữ	47	45,2
Tuổi (tháng)	6 - 11	10	9,7
	12 - 23	43	41,8
	24 - 60	51	48,5
	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	26,52 $\pm$ 14,27	
Địa dư	Nội thành	27	26
	Ngoại thành	77	74
Tiền sử có co giật do sốt	Có	3	2,9
	Không	99	97,1
Phương pháp sinh	Sinh mổ	54	53,5
	Sinh thường	47	46,5
Tuổi thai lúc sinh (tuần)	Thiếu tháng	14	13,5
	Đủ tháng	90	86,5
	Trung vị, khoảng tứ phân vị	38 (37 - 38)	
Cân nặng lúc sinh (kg)	Nhẹ cân	12	11,5
	Đủ cân	91	87,5
	Thừa cân	1	1,0
	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	3,09 $\pm$ 0,46	

Nhận xét: Trẻ co giật do sốt có độ tuổi trung bình là 26,52 $\pm$ 14,27 tháng; bệnh nhi nam chiếm 54,8%; hầu hết bệnh nhi không có tiền sử co giật do sốt trước đó (97,1%) và sống ở khu vực ngoại thành (74%). Bệnh nhi sinh

thường (46,5%), sinh mổ (53,5%). Hầu hết bệnh nhi sinh đủ tháng và đủ cân với tỷ lệ lần lượt là 86,5% và 87,5%.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ co giật do sốt

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của trẻ co giật do sốt (n = 104)

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật (°C)	< 39	39	37,5
	39 - <40	41	39,4
	≥ 40	24	23,1
	Trung vị, khoảng tứ phân vị	39 (38,43 - 39,5)	
Thời gian co giật (phút)	< 2	27	26,7
	2 - <5	21	20,8
	5 - <15	41	40,6
	≥ 15	12	11,9
Phân loại co giật do sốt	Co giật do sốt đơn thuần	53	51
	Co giật do sốt phức hợp	51	49

Nhận xét: Trung vị nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật là 39°C; đa số bệnh nhi co giật từ 5 - <15 phút (40,6%). Trẻ co giật do sốt đơn thuần chiếm 51%, phức hợp chiếm 49%.

Bảng 3. Đặc điểm về cận lâm sàng của trẻ co giật do sốt (n = 104)

Đặc điểm về cận lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Huyết sắc tố (g/L)	Giảm	24	23,1
	Bình thường	79	76
	Tăng	1	0,9
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	116,29 ± 12	
Số lượng bạch cầu (x10 ⁹ /L)	Giảm	5	4,8
	Bình thường	50	48,1
	Tăng	49	47,1
	Trung vị, khoảng tứ phân vị	12,31 (8,6 - 18,19)	
Bạch cầu hạt trung tính (x10 ⁹ /L)	Giảm	6	5,7
	Bình thường	27	26
	Tăng	71	68,3
	Trung vị, khoảng tứ phân vị	8,11 (5,58 - 11,76)	
Số lượng tiểu cầu (x10 ⁹ /L)	Giảm	7	6,7
	Bình thường	70	67,3
	Tăng	27	26
	Trung vị, khoảng tứ phân vị	305 (250 - 401,75)	

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhi không có bất thường về hồng cầu và tiểu cầu với tỷ lệ huyết sắc tố bình thường là 76% và số lượng tiểu cầu bình thường là 67,3%. Trong khi đó đa số bệnh

nhi có bất thường về bạch cầu với tỷ lệ cao bạch cầu hạt trung tính tăng (68,3%).

3. Các yếu tố liên quan đến các thể co giật do sốt ở trẻ em

Bảng 4. Mối liên quan giữa các đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng và các thể co giật do sốt

Đặc điểm		Co giật do sốt đơn thuần n (%) (n = 53)	Co giật do sốt phức hợp n (%) (n = 51)	p
Giới tính	Nam	29 (54,7%)	28 (54,9%)	0,985
	Nữ	24 (45,3%)	23 (45,1%)	
Tuổi (tháng)	6 - 11	3 (5,7%)	7 (13,7%)	0,077*
	12 - 23	27 (50,9%)	16 (31,4%)	
	24 - 60	23 (43,4%)	28 (54,9%)	
Địa chỉ	Nội thành	16 (30,2%)	11 (21,6%)	0,316
	Ngoại thành	37 (69,8%)	40 (78,4%)	
Tiền sử co giật do sốt	Có	2 (3,8%)	1 (2%)	1*
	Không	50 (96,2%)	49 (98%)	
Phương pháp sinh	Sinh thường	22 (42,3%)	25 (51%)	0,38
	Sinh mổ	30 (57,7%)	24 (49%)	
Nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật (°C)	< 39	17 (32%)	22 (43,1%)	0,027
	39 - <40	18 (34%)	23 (45,1%)	
	≥ 40	18 (34%)	6 (11,8%)	
Tuổi thai lúc sinh (tuần)	Thiếu tháng	6 (11,3%)	8 (15,7%)	0,514
	Đủ tháng	47 (88,7%)	43 (84,3%)	
Cân nặng lúc sinh	Nhẹ cân	2 (3,8%)	10 (19,6%)	0,014*
	Đủ cân	50 (94,3%)	41 (80,4%)	
	Thừa cân	1 (1,9%)	0 (0%)	
Huyết sắc tố (g/L)	Giảm	11 (20,7%)	13 (25,5%)	0,645*
	Bình thường	41 (77,4%)	38 (74,5%)	
	Tăng	1 (1,9%)	0 (0%)	

Đặc điểm		Co giật do sốt đơn thuần	Co giật do sốt phức hợp	p
		n (%)	n (%)	
		(n = 53)	(n = 51)	
Số lượng bạch cầu (x10 ⁹ /L)	Giảm	3 (5,7%)	2 (3,9%)	0,635*
	Bình thường	23 (43,4%)	27 (52,9%)	
	Tăng	27 (50,9%)	22 (43,2%)	
Bạch cầu trung tính (x10 ⁹ /L)	Giảm	5 (9,4%)	1 (2%)	0,052*
	Bình thường	9 (17%)	18 (35,3%)	
	Tăng	39 (73,6%)	32 (62,7%)	
Số lượng tiểu cầu (x10 ⁹ /L)	Giảm	4 (7,5%)	3 (5,9%)	0,277*
	Bình thường	32 (60,4%)	38 (74,5%)	
	Tăng	17 (32,1%)	10 (19,6%)	
* Fisher's Exact Test				

Nhận xét: Trẻ co giật do sốt đơn thuần có nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật thường $\geq 40^\circ C$ và xảy ra chủ yếu ở trẻ đủ cân; trong khi thể phức hợp thường có nhiệt độ lúc xuất hiện

cơn co giật $< 40^\circ C$ và xảy ra ở trẻ nhẹ cân; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là $p = 0,027$ và $p = 0,014$.

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến các thể co giật do sốt

Biến số	p	OR (95% CI)
Tuổi	0,890	1,125 (0,216 - 6,659)
Nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật	0,019	4,056 (1,338 - 14,548)
Cân nặng lúc sinh	0,019	8,678 (1,700 - 73,829)
Số lượng bạch cầu trung tính	0,214	1,892 (0,702 - 5,333)

Nhận xét: Nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật, cân nặng lúc sinh thực sự là những yếu tố liên quan đến thể co giật do sốt ở trẻ với OR lần lượt là $OR = 4,056$ (95% CI: 1,338 - 14,548; $p = 0,019$), $OR = 8,678$ (95% CI: 1,700 - 73,829; $p = 0,019$).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, 104 bệnh nhi thỏa mãn tiêu chuẩn được thu thập và đưa vào

nghiên cứu. Trong đó, giới tính bệnh nhi tương đương nhau với tỷ lệ nam, nữ lần lượt là 54,8% và 45,2%. Độ tuổi trung bình $26,52 \pm 14,27$, trong đó nhóm tuổi 24 - 60 tháng tuổi chiếm ưu thế (48,5%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Võ Đăng Khoa, nhóm tuổi 24 - 60 tháng chiếm đa số (57,7%), độ tuổi trung bình $27 \pm 13,69$ tháng, tuy nhiên nghiên cứu cho thấy trẻ nam chiếm phần lớn (60,8%).⁹

Phân tích đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi

cho thấy hầu hết cơn co giật kéo dài 5 - <15 phút (40,6%), và tỷ lệ chẩn đoán co giật do sốt đơn thuần và phức hợp gần như tương đương, lần lượt là 51% và 49%. Tuy nhiên, kết quả này khác biệt đáng kể so với nghiên cứu của Bùi Thu Phương, trong đó 98,6% các cơn co giật diễn ra < 5 phút và 88,9% được phân loại là co giật do sốt đơn thuần.⁷ Sự chênh lệch này có thể do khác biệt về đặc điểm địa lý của cơ sở điều trị, cũng như yếu tố dịch tễ học đặc trưng của từng khu vực, đặc biệt là tỉ lệ lưu hành của các bệnh nhiễm trùng, bao gồm nhiễm trùng đường hô hấp và tiêu hóa, vốn là những nguyên nhân khởi phát sốt thường gặp ở trẻ nhỏ.

Về cận lâm sàng, hầu hết xét nghiệm về huyết sắc tố (76%), tiểu cầu (67,3%) không cho thấy bất thường trên bệnh nhi. Một nghiên cứu của Nguyễn Thị Uy, cũng đưa ra kết luận tương tự với tỷ lệ cao bệnh nhi có hemoglobin, số lượng tiểu cầu nằm trong khoảng bình thường lần lượt là 72%, 97%.¹⁰

Qua so sánh hai thể co giật do sốt đơn thuần và phức hợp ghi nhận, co giật do sốt đơn thuần thường xảy ra ở trẻ có nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật $\geq 40^{\circ}\text{C}$ và ở trẻ đủ cân; trong khi thể phức hợp thường có nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật $< 40^{\circ}\text{C}$ và xảy ra ở trẻ nhẹ cân; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là p = 0,027 và p = 0,014. Và khi phân tích hồi quy logistic đa biến cũng cho thấy nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật và cân nặng lúc sinh là những yếu tố liên quan thực sự đến thể co giật do sốt ở trẻ với OR lần lượt là OR = 4,056 (95% CI: 1,338 - 14,548; p = 0,019), OR = 8,678 (95% CI: 1,700 - 73,829; p = 0,019). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Annemarie M. Visser và cộng sự khi cho thấy mối liên quan giữa thể bệnh với tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung. Nghiên cứu này chưa ghi nhận mối liên quan giữa nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật với các thể co giật do sốt; tuy nhiên, một số

tổng quan gần đây đề cập đến vai trò của viêm trong cơ chế bệnh sinh co giật do sốt.¹² Cụ thể, Ionela Maniu và cộng sự đã chỉ ra mối liên quan giữa co giật do sốt với các chỉ điểm viêm như cytokine và các yếu tố tiền viêm, cũng như ảnh hưởng của chúng đến hàng rào máu não và số lượng bạch cầu trung tính.¹³

Một hạn chế khác của nghiên cứu này là chỉ thực hiện tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ nên tính đại diện chưa cao. Đồng thời, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang nên hạn chế trong việc xác định các yếu tố nguy cơ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trẻ co giật do sốt đơn thuần có nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật thường $\geq 40^{\circ}\text{C}$ và xảy ra chủ yếu ở trẻ đủ cân; trong khi thể phức hợp thường có nhiệt độ lúc xuất hiện cơn co giật $< 40^{\circ}\text{C}$ và xảy ra ở trẻ nhẹ cân. Do đó, cần lưu ý các đặc điểm này khi tiếp cận để định hướng xử trí sớm, phù hợp.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu chân thành cảm ơn Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã hỗ trợ kinh phí thực hiện đề tài. Chúng tôi cảm ơn lãnh đạo, tập thể khoa Nhiễm và khoa Sốt xuất huyết Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ đã hỗ trợ lấy mẫu. Chúng tôi vô cùng biết ơn phụ huynh và trẻ đã đồng ý tham gia nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Corsello A, Marangoni MB, Macchi M, Cozzi L, Agostoni C, Milani GP, Dilena R. Febrile Seizures: A Systematic Review of Different Guidelines. *Pediatr Neurol*. Jun 2024; 155: 141-148. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2024.03.024.
2. Eilbert W, Chan C. Febrile seizures: A review. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. Aug 2022; 3(4): e12769. doi:10.1002/emp2.12769.
3. National Institutes of Health. Febrile

seizures. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Accessed June 17th, 2025. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/febrile-seizures>.

4. Civan AB, Ekici A, Havali C, Kiliç N, Bostanci M. Evaluation of the risk factors for recurrence and the development of epilepsy in patients with febrile seizure. *Arq Neuropsiquiatr*. Aug 2022; 80(8): 779-785. Avaliação de fatores de risco para recorrência e desenvolvimento de epilepsia em pacientes com convulsões febris. doi:10.1055/s-0042-1755202.

5. Jongruk P, Wiwattanadittakul N, Katanyuwong K, Sanguansermisri C. Risk factors of epilepsy in children with complex febrile seizures: A retrospective cohort study. *Pediatr Int*. Jan 2022; 64(1): e14926. doi:10.1111/ped.14926.

6. Fisher RS, Cross JH, French JA, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. Apr 2017; 58(4): 522-530. doi:10.1111/epi.13670.

7. Bùi Thu Phương, Phạm Thị Thuận. Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và nguyên nhân co giật do sốt ở trẻ em tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí Nhi khoa*. 2022; 15(5): 96-101. doi:10.52724/tcnk.v15i5.160.

8. Kliegman RM SGJI, Blum NJ, Shah SS,

Tasker RC, Wilson KM. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 22 ed. Elsevier; 2023.

9. Nguyễn Võ Đăng Khoa, Trần Đỗ Thanh Phong, Trang Kim Phụng. Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị co giật do sốt ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 540(2): 38-42. doi:10.51298/vmj.v540i2.10338.

10. Nguyễn Thị Uy, Hoàng Thị Huế, Ngô Anh Vinh, Lê Ngọc Duy. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng co giật ở trẻ từ 2 đến 60 tháng tuổi tại Khoa Cấp cứu và Chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2023; 48(9): 75-85. doi:10.56535/jmpm.v48i9.510.

11. Visser AM, Jaddoe VVW, Hofman A, et al. Fetal Growth Retardation and Risk of Febrile Seizures. *Pediatrics*. 2010; 126(4): e919-e925. doi:10.1542/peds.2010-0518.

12. Mosili P, Maikoo S, Mabandla MV, Qulu L. The Pathogenesis of Fever-Induced Febrile Seizures and Its Current State. *Neurosci Insights*. 2020; 15: 2633105520956973. doi:10.1177/2633105520956973.

13. Maniu I, Costea R, Maniu G, Neamtu BM. Inflammatory Biomarkers in Febrile Seizure: A Comprehensive Bibliometric, Review and Visualization Analysis. *Brain Sci*. Aug 17 2021; 11(8)doi:10.3390/brainsci11081077.

Summary

FACTORS ASSOCIATED WITH FEBRILE SEIZURES IN CHILDREN AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL IN 2024-2025

Febrile seizures are the most common neurological disorder in children from 6 months to 5 years old, including two types: simple and complex. A cross-sectional descriptive study analyzed 104 children with febrile seizures at the Department of Infectious Diseases and the Department of Dengue Fever, Can Tho Children's Hospital from June 2024 to June 2025. The results showed that the average age was 26.52 ± 14.27 months old; males accounted for 54.8%; simple febrile seizures accounted for 51%, complex seizures accounted for 49%. Multivariate regression analysis showed that temperature at the time of seizure and birth weight were indeed factors related to febrile seizures in children with ORs of 4.056 (95% CI: 1.338 - 14.548; $p = 0.019$), OR=8.678 (95% CI: 1.700 - 73.829; $p = 0.019$), respectively. Children with simple febrile seizures typically exhibit a temperature of $\geq 40^{\circ}\text{C}$ at seizure onset and occur primarily in children with normal birth weight; whereas complex febrile seizures are generally associated with a temperature of $< 40^{\circ}\text{C}$ at seizure onset and are more common in low birth weight infants. Therefore, it is necessary to focus on these characteristics for an early and accurate diagnosis and to select appropriate treatment.

Keywords: Febrile seizures, simple, complex, associated factors, Can Tho.