

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ĐỘNG KINH CƠN CO THẮT TRẺ NHỎ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Dung¹, Vũ Thị Duyên¹, Cao Vũ Hùng¹
và Đỗ Thanh Hương²

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Hội chứng động kinh cơn co thắt trẻ nhỏ là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây động kinh khởi phát sớm ở trẻ. Nghiên cứu của chúng tôi mô tả kết quả điều trị của 62 bệnh nhân mắc hội chứng động kinh cơn co thắt trẻ nhỏ bằng phác đồ có sử dụng prednisolon tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 10/2023 đến tháng 5/2025. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 2 tuần điều trị tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng đạt 82,3% bệnh nhân. Sau 6 tuần, khi đánh giá lâm sàng và điện não đồ cho thấy tỷ lệ đáp ứng chung đạt 76,5%. Có 22,6% bệnh nhân có tác dụng không mong muốn phải can thiệp tối thiểu, thường gặp nhất là hội chứng Cushing và nhiễm khuẩn, không có bệnh nhân nào tử vong. Phác đồ có sử dụng prednisolon mang lại hiệu quả khả quan và an toàn trong điều trị hội chứng động kinh cơn co thắt trẻ nhỏ.

Từ khóa: Động kinh, hội chứng động kinh cơn co thắt trẻ nhỏ, prednisolon.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng động kinh cơn co thắt trẻ nhỏ (Infantile epileptic spasms syndrome - IESS) là một thuật ngữ mới, được định nghĩa bởi Hiệp hội Chống động kinh Quốc tế (International League Against Epilepsy - ILAE) năm 2022.¹ IESS bao gồm những trẻ có biểu hiện cơn co thắt khởi phát dưới hai tuổi nhưng không đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn của hội chứng West. IESS là hội chứng phổ biến nhất gây động kinh khởi phát sớm ở trẻ nhỏ.^{2,3} Biểu hiện lâm sàng đặc trưng của bệnh là các cơn co thắt, là những cử động gấp hoặc duỗi đột ngột của thân mình và các chi, thường xảy ra liên tục thành từng chuỗi, hiếm khi xảy ra đơn lẻ. IESS thuộc nhóm bệnh não động kinh và phát triển, do đó bệnh có tiên lượng xấu, nếu không được điều trị đúng và kịp thời có thể

phát triển thành động kinh kháng thuốc, hội chứng Lennox - Gastaut, làm ảnh hưởng nặng nề đến chức năng nhận thức của trẻ.¹ Phác đồ điều trị đầu tay của IESS bao gồm liệu pháp hormone (ACTH, prednisolon) và vigabatrin, trong đó vigabatrin thường được chỉ định cho những trẻ có căn nguyên do xơ cứng củ, liệu pháp hormone được dùng đơn độc hoặc kết hợp với vigabatrin cho những trường hợp còn lại. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng prednisolon đường uống liều cao có hiệu quả điều trị tương đương với ACTH trong điều trị hội chứng động kinh cơn co thắt trẻ nhỏ (IESS), đồng thời có ưu điểm về chi phí thấp hơn và thuận tiện hơn nhờ đường dùng uống.⁴ Tại Việt Nam, do ACTH có chi phí đắt và không sẵn có ở phần lớn cơ sở y tế, prednisolon đã được sử dụng để điều trị hội chứng West từ lâu, tuy nhiên chủ yếu dựa trên kinh nghiệm. Phác đồ điều trị có sử dụng prednisolon liều cao 40 mg/ngày dùng trong 2 tuần sau đó giảm liều dần trong vòng 2 tuần theo khuyến cáo của Hiệp hội động kinh Nhi khoa PERC

Tác giả liên hệ: Đỗ Thanh Hương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dothanhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 23/01/2026

Ngày được chấp nhận: 23/02/2026

đã được đồng thuận sử dụng tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2022 và chưa được nghiên cứu một cách có hệ thống. Xuất phát từ thực trạng đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: Mô tả kết quả điều trị của hội chứng động kinh cơn co thất trẻ nhỏ bằng phác đồ có sử dụng prednisolon tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân từ 1 - 36 tháng tuổi được chẩn đoán xác định Hội chứng động kinh cơn co thất trẻ nhỏ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Chống động kinh Quốc tế (International League Against Epilepsy - ILAE) năm 2022.¹ Tất cả bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và đo điện não đồ tại thời điểm chẩn đoán.

- Bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ có sử dụng prednisolon và theo dõi tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong khoảng thời gian từ 1/10/2023 đến 31/05/2025.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Gia đình người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thông tin từ bệnh án và người chăm sóc không đầy đủ.

- Trẻ mắc IESS do căn nguyên xơ cứng củ.

- Loại trừ các bệnh nhân do căn nguyên xơ cứng củ vì phác đồ điều trị đầu tay cho những bệnh nhân này là vigabatrin.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Có 62 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.

Chỉ số nghiên cứu

Tình hình điều trị hội chứng động kinh cơn co thất trẻ nhỏ trước khi điều trị bằng phác đồ có sử dụng prednisolon

- Các thuốc kháng động kinh sử dụng trước khi điều trị prednisolon.

- Thời gian từ khi khởi phát cơn co thất đến khi điều trị prednisolon.

Kết quả điều trị: Đáp ứng lâm sàng được đánh giá bởi bác sĩ chuyên khoa Thần kinh - Nhi có chứng chỉ điện não đồ. Các tiêu chuẩn đáp ứng được đánh giá dựa trên tham khảo tài liệu "Tuyên bố đồng thuận của nhóm Delphi về hội chứng West: Định nghĩa ca bệnh và đo lường kết quả điều trị trong nghiên cứu".⁵

- Đáp ứng điều trị sau 2 tuần (T_1)

+ Đáp ứng trên lâm sàng được chia thành 3 mức độ:

Đáp ứng hoàn toàn: Trẻ không còn cơn co thất ít nhất 48 giờ tại thời điểm đánh giá.

Đáp ứng một phần: Khi trẻ vẫn còn cơn co thất nhưng giảm hơn 50% số cơn co thất mỗi ngày.

+ Không đáp ứng: Khi không thỏa mãn hai tiêu chuẩn có đáp ứng và đáp ứng một phần.

- Đáp ứng điều trị sau 6 tuần (T_2)

+ Đáp ứng trên lâm sàng được chia thành 3 mức độ:

Đáp ứng hoàn toàn: Trẻ cắt cơn co thất từ ngày 14 và duy trì cắt cơn 28 ngày liên tiếp sau đó.

Đáp ứng một phần: Giảm hơn 50% số cơn co thất mỗi ngày tại thời điểm đánh giá.

Không đáp ứng: Khi không thỏa mãn hai tiêu chuẩn có đáp ứng và đáp ứng một phần.

+ Đáp ứng trên điện não đồ: Được xác định bởi bác sĩ chuyên khoa Thần kinh - Nhi đã có chứng chỉ điện não đồ. Tiêu chuẩn đáp ứng: điện não đồ ghi tại thời điểm 2 - 4 tuần sau điều trị không còn hình ảnh loạn nhịp cao điện thế

(nếu trước điều trị có hình ảnh loạn nhịp cao điện thế) hoặc không còn các bất thường điện não ủng hộ chẩn đoán IESS.

+ Đáp ứng điều trị: Khi trẻ ghi nhận đáp ứng cả trên lâm sàng và trên điện não đồ.

Các tác dụng không mong muốn trong quá trình dùng thuốc

Các tác dụng không mong muốn của thuốc là những phản ứng bất lợi, xuất hiện ở liều thường dùng, liên quan đến đặc tính dược lý của thuốc. Các tác dụng không mong muốn được định nghĩa và phân mức độ theo hướng dẫn của Viện Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (National Cancer Institute - NCI) trong tài liệu **Tiêu chuẩn đánh giá các tác dụng không mong muốn** phiên bản thứ 5 (Common Terminology Criteria for Adverse Events 5.0 - CTCAE 5.0).

- *Mức độ 1:* Không có triệu chứng hoặc ở mức độ nhẹ, không cần can thiệp.

- *Mức độ 2:* Các triệu chứng ở mức độ vừa, ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt thường ngày, cần các can thiệp tối thiểu, tại chỗ, không xâm lấn.

- *Mức độ 3:* Các triệu chứng ở mức độ nặng, phải nhập viện điều trị hoặc kéo dài thời gian nằm viện nhưng không mang tính chất cấp cứu,

giới hạn hoạt động hằng ngày theo lứa tuổi.

- *Mức độ 4:* Các triệu chứng đe dọa tính mạng, cần can thiệp cấp cứu.

- *Mức độ 5:* Tử vong.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định tính được mô tả theo tần suất và tỉ lệ phần trăm (%), so sánh các tỉ lệ và phân tích tính độc lập bằng χ^2 test và Fisher's exact test. Biến định lượng được mô tả dưới dạng trung vị, khoảng tứ phân vị (biến phân bố không chuẩn).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được thông qua hội đồng đề cương trường Đại học Y Hà Nội và được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương, quyết định số 2429/BVNTW - HĐĐĐ ngày 23 tháng 09 năm 2024.

III. KẾT QUẢ

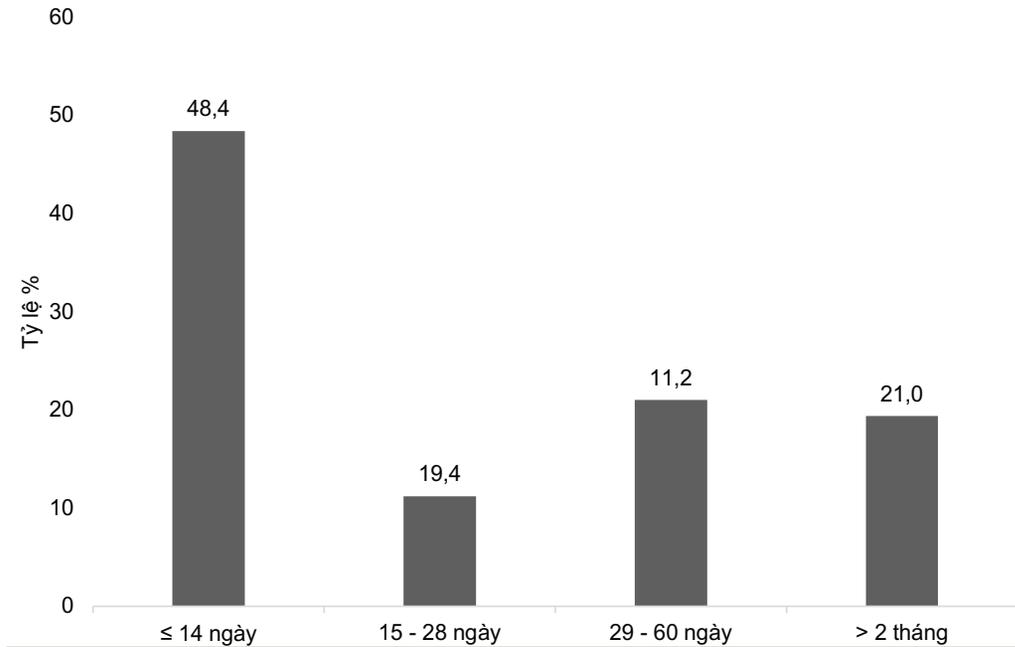
Trong thời gian nghiên cứu từ 1/10/2023 đến 31/5/2025, chúng tôi đã thu thập được số liệu của 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới đây.

Bảng 1. Các thuốc kháng động kinh sử dụng trước khi điều trị prednisolon

Các thuốc kháng động kinh được sử dụng	Số bệnh nhân (n = 62)	Tỷ lệ %
Vigabatrin	13	20,9
Vigabatrin và valproate sodium	6	9,7
Valproate sodium	4	6,5
Chưa sử dụng thuốc kháng động kinh	39	62,9

Có 62,9% bệnh nhân chưa được sử dụng thuốc kháng động kinh. Trong nhóm đã điều trị, vigabatrin là thuốc được dùng nhiều nhất

(20,9%), tiếp đến là phối hợp vigabatrin với valproate sodium (9,7%).



Biểu đồ 1. Thời gian từ khi khởi phát cơn co thắt đến khi điều trị prednisolon

Thời gian trung vị từ khi khởi phát cơn co thắt đến khi điều trị prednisolon là 17 ngày (IQR: 7 - 44), nhỏ nhất 1 ngày, lớn nhất 540 ngày.

Có 48,4% bệnh nhân được điều trị prednisolon trong vòng 14 ngày sau khởi phát cơn co thắt.

Bảng 2. Kết quả điều trị sau 2 tuần (T₁)

Đáp ứng lâm sàng tại thời điểm 2 tuần sau điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	50	82,3
Đáp ứng 1 phần	5	11,3
Không đáp ứng	2	6,4
Tổng ^a	57 (100%)	50 (82,3%)

(a) 5 bệnh nhân phải dừng thuốc hoặc giảm liều prednisolon do tác dụng không mong muốn của thuốc.

Khi đánh giá đáp ứng tại thời điểm 2 tuần sau điều trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 82,3%, đáp ứng một phần là 11,3%, trong khi không đáp ứng chỉ chiếm 6,4%.

Bảng 3. Kết quả điều trị sau 6 tuần (T₂)

Đáp ứng điều trị tại thời điểm sau 6 tuần	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đáp ứng lâm sàng*	n = 57	100
Đáp ứng hoàn toàn	45	78,9

Đáp ứng điều trị tại thời điểm sau 6 tuần	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đáp ứng một phần	9	15,8
Không đáp ứng	3	5,3
Đáp ứng trên điện não đồ**	n = 51	100
Có đáp ứng	43	84,3
Không đáp ứng	8	15,7
Đáp ứng điều trị	n = 51	100
Có đáp ứng	39	76,5
Không đáp ứng	12	23,5

(*) Giảm 5 bệnh nhân do 2 bệnh nhân phải dừng điều trị và 3 bệnh nhân phải giảm liều thuốc prednisolon do tác dụng không mong muốn

(**) Có 6 bệnh nhân không được ghi điện não đồ sau 2 - 4 tuần điều trị

Đánh giá tại thời điểm 6 tuần sau điều trị, trên lâm sàng đa số bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (78,9%), đáp ứng một phần chiếm 15,8%, và không đáp ứng chỉ 5,3%. Trên điện não đồ,

tỷ lệ đáp ứng đạt 84,3%. Khi kết hợp đánh giá lâm sàng và điện não đồ, tỷ lệ đáp ứng điều trị chung đạt 76,5%.

Bảng 4. Mức độ tác dụng không mong muốn của phác đồ có sử dụng prednisolon

Tác dụng không mong muốn	Mức độ				
	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4	Mức độ 5
Tăng cảm giác thèm ăn (n = 28)	28	0	0	0	0
Tăng cân (n = 26)	26	0	0	0	0
Rối loạn giấc ngủ (n = 14)	14	0	0	0	0
Kích thích (n = 12)	9	2 ^a	1 ^b	0	0
Hội chứng Cushing (n = 7)	0	7	0	0	0
Nhiễm khuẩn (n = 7)	0	6	1	0	0
Nôn (n = 5)	3	2 ^c	0	0	0

^a: 2 bệnh nhân phải giảm liều prednisolon do tác dụng không mong muốn của prednisolon

^b: 1 bệnh nhân phải dừng prednisolon do tác dụng không mong muốn của prednisolon

^c: 1 bệnh nhân phải dừng prednisolon và 1 bệnh nhân phải giảm liều prednisolon

Đa số tác dụng không mong muốn ở mức độ 1, không cần can thiệp. Một số tác dụng không mong muốn cần can thiệp tối thiểu, phổ biến

nhất là hội chứng Cushing và nhiễm khuẩn (có 2 bệnh nhân bị viêm phế quản phổi, có 1 bệnh nhân bị viêm tiểu phế quản, có 2 bệnh nhân bị

nấm miệng, có 1 bệnh nhân bị áp xe ngoài da và 1 bệnh nhân bị viêm phế quản phổi không suy hô hấp cần dùng kháng sinh đường tĩnh mạch. Kích thích và nôn trớ ít gặp nhưng thường là nguyên nhân phải giảm liều hoặc dùng thuốc prednisolon.

IV. BÀN LUẬN

Thực hành điều trị IESS có sự khác biệt trên toàn cầu. Các thuốc có hiệu quả đã được chứng minh và được sử dụng hàng đầu bao gồm liệu pháp hormone (ACTH, prednisolon đường uống) và vigabatrin. Trong đó, vigabatrin được ưu tiên sử dụng trong những trường hợp IESS do căn nguyên xơ cứng củ, liệu pháp hormone được áp dụng cho những trường hợp còn lại.⁶ Các bác sĩ Thần kinh - Nhi ở các quốc gia trong Hội đồng Hợp tác Vùng Vịnh (Gulf Cooperation Council - GCC) thường khởi đầu điều trị bằng vigabatrin đơn độc sau đó phối hợp thuốc nếu không đáp ứng sau hai tuần hoặc có thể phối hợp thuốc ngay từ ban đầu.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước khi điều trị bằng phác đồ có sử dụng prednisolon, 20,9% bệnh nhân đã được điều trị bằng vigabatrin đơn độc, 9,7% bệnh nhân được điều trị kết hợp vigabatrin và depakin nhưng không đáp ứng. Trong quá trình điều trị, prednisolon không dùng đơn độc mà kết hợp với các thuốc, trong đó 100% bệnh nhân được kết hợp với vigabatrin. Các thuốc khác, bao gồm levetiracetam, topiramate, clonazepam được bổ sung ở những trường hợp không kiểm soát được cơn co thắt trong quá trình điều trị hoặc dùng để điều trị các cơn động kinh khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ khi khởi phát cơn co thắt đến khi được điều trị bằng phác đồ có sử dụng prednisolon trung vị là 17 ngày (IQR: 7 - 44), dao động từ 1 ngày đến 540 ngày. Con số này cao hơn so với kết quả được báo cáo của Menderes và cộng sự, thực hiện trên 62 trẻ mắc IESS tại khoa Thần

kinh - Nhi, Bệnh viện Đại học Gazi, Thổ Nhĩ Kỳ, với thời gian chậm điều trị trung bình bằng phác đồ chuẩn là $9,2 \pm 5,7$ ngày. Tác giả cũng ghi nhận chỉ khoảng 50% phụ huynh nhận biết cơn co thắt là một dạng cơn động kinh.⁸ Trong khi đó, O'Callaghan và cộng sự nghiên cứu trên 77 trẻ cho thấy 57,1% bệnh nhân được điều trị muộn hơn 2 tuần, trong đó 27,3% bệnh nhân chậm điều trị trên 2 tháng, kết quả này tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.⁹ Một nghiên cứu phân tích gộp của tác giả Widjaja và cộng sự cho thấy việc điều trị sớm bằng phác đồ chuẩn trong khoảng thời gian 4 tuần kể từ khi khởi phát cơn co thắt giúp làm tăng khoảng 1,5 lần khả năng đạt được kết quả phát triển thần kinh tốt so với điều trị muộn.¹⁰ Nghiên cứu của O'Callaghan và cộng sự cũng cho thấy sự chậm trễ trong điều trị bằng phác đồ chuẩn có ảnh hưởng đến tình trạng chậm phát triển tâm thần - vận động ở trẻ.⁹ Nghiên cứu của Surana và cộng sự cho thấy điều trị càng muộn càng làm tăng nguy cơ kháng thuốc ở trẻ.¹¹

Kết quả từ bảng 2 cho thấy sau 2 tuần điều trị, có 82,3% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng, tỷ lệ này cao hơn so với báo cáo của Dozieres - Puyravel và cộng sự, trong nghiên cứu trên 58 trẻ mắc IESS, cho thấy tỷ lệ cắt cơn sau 14 ngày ở nhóm điều trị bằng liệu pháp kết hợp vigabatrin và prednisolon 40 - 60mg/ngày chỉ đạt 64,0%.¹² Trong nghiên cứu của Ara Ko và cộng sự thực hiện trên 66 bệnh nhi mắc hội chứng West, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về lâm sàng và điện não đồ đạt 59,1% ở nhóm được điều trị phối hợp vigabatrin và prednisolon 40 - 60mg/ngày, trong khi nhóm sử dụng đơn độc vigabatrin chỉ đạt 33,3%.¹³ Nghiên cứu của tác giả O'Callaghan và cộng sự cho thấy tỷ lệ đáp ứng lâm sàng sau hai tuần ở nhóm được điều trị kết hợp giữa liệu pháp hormone (ACTH hoặc prednisolon) với vigabatrin đạt 89,0%, cao hơn so với nhóm được điều trị bằng liệu pháp hormone đơn độc

(69,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.¹⁴ Nghiên cứu của Kuchenbuch và cộng sự trên 198 trẻ được chẩn đoán IESS cho thấy tỷ lệ kiểm soát cơn co thắt sau ba tuần điều trị vigabatrin đạt 32,3%.¹⁵ Công trình của Sharma và cộng sự thực hiện trên 107 trẻ mắc IESS được điều trị vigabatrin cho thấy tỷ lệ đáp ứng điều trị sau hai tuần đạt 30,0%.¹⁶ Dữ liệu tổng hợp từ nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên cho thấy phác đồ phối hợp prednisolon đường uống liều cao với vigabatrin đạt tỷ lệ đáp ứng lâm sàng sau hai tuần điều trị từ 59,1% đến 89,0%, phản ánh hiệu quả kiểm soát cơn co thắt ở mức cao. Mức đáp ứng này chỉ cao hơn nhẹ so với điều trị hormone đơn độc, song vượt trội đáng kể so với liệu pháp vigabatrin đơn thuần.

Khi đánh giá tại thời điểm 6 tuần sau điều trị, có 78,9% bệnh nhân ghi nhận đáp ứng trên lâm sàng hoàn toàn, tương đương so với nghiên cứu của Boonkrongsak và cộng sự (77,0%), cao hơn so với kết quả được báo cáo bởi Hahn và cộng sự (55,3%).^{17,18} Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng việc kết hợp giữa prednisolon đường uống liều cao và vigabatrin làm tăng tỷ lệ đáp ứng điều trị so với sử dụng vigabatrin đơn thuần.^{17,18} Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, đa trung tâm có đối chứng do O'Callaghan và cộng sự thực hiện trên 377 trẻ, cho thấy rằng sau 6 tuần điều trị, tỷ lệ đáp ứng lâm sàng ở nhóm được điều trị kết hợp vigabatrin với liệu pháp hormone (ACTH (28%) và prednisolon 40 - 60 mg/ngày (72%)) đạt 72%, cao hơn đáng kể so với nhóm chỉ sử dụng liệu pháp hormone đơn thuần (57%), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$).¹⁴

Khi kết hợp đánh giá lâm sàng và điện não đồ, kết quả từ bảng 3 cho thấy tỷ lệ đáp ứng điều trị chung đạt 76,5%, cao hơn so với công trình của Boonkrongsak và cộng sự (56,0%).¹⁸ Nghiên cứu của O'Callaghan và cộng sự cho thấy tỷ lệ đáp ứng toàn diện trên cả lâm sàng và

điện não đồ sau 6 tuần ở nhóm điều trị kết hợp vigabatrin với liệu pháp hormone [ACTH (28%) và prednisolon (72%)] đạt 66,5%, cao hơn so với nhóm điều trị liệu pháp hormone đơn độc (55,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0008$.¹⁴

Kết quả từ bảng 4 cho thấy đa số bệnh nhân có tác dụng không mong muốn ở mức độ nhẹ không cần can thiệp. Có 14 bệnh nhân (22,6%) ghi nhận có tác dụng không mong muốn phải điều trị đặc hiệu bao gồm hội chứng Cushing (7 bệnh nhân) và nhiễm khuẩn (7 bệnh nhân), đáng chú ý có 2 bệnh nhân phải dừng thuốc, 3 bệnh nhân phải giảm liều prednisolon do triệu chứng kích thích, nôn. Báo cáo của O'Callaghan và cộng sự cho thấy có 12 trong tổng số 135 bệnh nhân (8,9%) được điều trị phối hợp prednisolon và vigabatrin ghi nhận tác dụng phụ phải nhập viện, trong đó tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là nhiễm khuẩn (5 bệnh nhân), 7,5% bệnh nhân phải giảm liều prednisolon.¹⁴ Tuy nhiên, nghiên cứu của Ara Ko và cộng sự cho thấy đa số tác dụng không mong muốn ở mức độ nhẹ, không ghi nhận trường hợp nào phải giảm liều thuốc hay dừng điều trị do tác dụng phụ của thuốc.¹³ Không ghi nhận trường hợp nào tử vong trong các báo cáo.^{14,18} Dựa trên kết quả nghiên cứu của chúng tôi kết hợp với các công trình trước đó, liệu pháp phối hợp prednisolon đường uống liều cao cùng vigabatrin cho thấy tính an toàn tương đối cao. Phần lớn các tác dụng không mong muốn chỉ ở mức độ nhẹ và không cần can thiệp điều trị. Tuy nhiên, cần đặc biệt lưu ý đến các biến chứng như nhiễm khuẩn, hội chứng Cushing, kích thích và rối loạn tiêu hóa. Mặc dù ít gặp hơn, nhưng đây là những tác dụng phụ có thể đòi hỏi điều trị đặc hiệu, giảm liều, hoặc phải ngừng sử dụng prednisolon. Trong bối cảnh Việt Nam, việc tiếp cận ACTH còn chưa phổ biến, việc sử dụng predniolon được xem là liệu pháp đầu tay trong điều trị IESS.

V. KẾT LUẬN

Điều trị hội chứng động kinh cơn co thắt trẻ nhỏ bằng phác đồ có sử dụng prednisolon mang lại hiệu quả điều trị cao, sau 2 tuần điều trị, có 82,3% bệnh nhân cắt hoàn toàn cơn co thắt. Khi đánh giá ở thời điểm 6 tuần, có 76,5% bệnh nhân ghi nhận đáp ứng trên cả lâm sàng và điện não đồ. Trong quá trình điều trị, có 22,6% bệnh nhân ghi nhận tác dụng không mong muốn phải can thiệp tối thiểu, không có bệnh nhân nào tử vong.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Nên áp dụng phác đồ điều trị có sử dụng prednisolon để điều trị IESS trong điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam, có thể được xem như lựa chọn ưu tiên khi nguồn lực còn hạn chế với ACTH.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Nhi Trung ương và người nhà bệnh nhân đã hỗ trợ, giúp đỡ chúng tôi trong quá trình nghiên cứu đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuberi SM, Wirrell E, Yozawitz E, et al. ILAE classification and definition of epilepsy syndromes with onset in neonates and infants: Position statement by the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. *Epilepsia*. 2022; 63(6): 1349-1397.
2. Stödberg T, Tomson T, Barbaro M, et al. Epilepsy syndromes, etiologies, and the use of next-generation sequencing in epilepsy presenting in the first 2 years of life: A population-based study. *Epilepsia*. 2020; 61(11): 2486-2499.
3. Symonds JD, Elliott KS, Shetty J, et al. Early childhood epilepsies: epidemiology, classification, aetiology, and socio-economic determinants. *Brain*. 2021; 144(9): 2879-2891.

4. Kossoff EH, Hartman AL, Rubenstein JE, et al. High-dose oral prednisolone for infantile spasms: An effective and less expensive alternative to ACTH. *Epilepsy Behav*. 2009; 14(4): 674-676.

5. Lux AL, Osborne JP. A proposal for case definitions and outcome measures in studies of infantile spasms and West syndrome: consensus statement of the West Delphi group. *Epilepsia*. 2004; 45(11): 1416-1428.

6. Sharma S, Kaushik JS, Srivastava K, et al. Association of Child Neurology (AOCN) - Indian Epilepsy Society (IES) Consensus Guidelines for the Diagnosis and Management of West Syndrome. *Indian Pediatr*. 2021; 58(1): 54-66.

7. Bashiri FA, Hundallah K, Al-Baradie R, et al. Diagnosis and management of infantile epileptic spasms syndrome (IESS) in Gulf Cooperation Council (GCC) countries: Expert consensus statement. *Seizure - Eur J Epilepsy*. 2024; 117: 174-182.

8. Menderes D, Serdaroğlu E, Hırfanoğlu T, et al. What is the impact of etiology, lead time to treatment, and parental awareness on outcomes in infantile epileptic spasm syndrome? *Epilepsy Behav*. 2025; 163.

9. O'Callaghan FJK, Lux AL, Darke K, et al. The effect of lead time to treatment and of age of onset on developmental outcome at 4 years in infantile spasms: evidence from the United Kingdom Infantile Spasms Study. *Epilepsia*. 2011; 52(7): 1359-1364.

10. Widjaja E, Go C, McCoy B, et al. Neurodevelopmental outcome of infantile spasms: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsy Res*. 2015; 109: 155-162.

11. Surana P, Symonds JD, Srivastava P, et al. Infantile spasms: Etiology, lead time and treatment response in a resource limited setting. *Epilepsy Behav Rep*. 2020; 14: 100397.

12. Dozieres-Puyravel B, Nasser H, Mauvais FX, et al. Real-life data comparing the efficacy of vigabatrin and oral steroids given sequentially or combined for infantile epileptic spasms syndrome. *Eur J Paediatr Neurol*. 2024; 48: 61-66.
13. Ko A, Youn SE, Chung HJ, et al. Vigabatrin and high-dose prednisolone therapy for patients with West syndrome. *Epilepsy Res*. 2018; 145: 127-133.
14. O'Callaghan FJK, Edwards SW, Alber FD, et al. Safety and effectiveness of hormonal treatment versus hormonal treatment with vigabatrin for infantile spasms (ICISS): a randomised, multicentre, open-label trial. *Lancet Neurol*. 2017; 16(1): 33-42.
15. Kuchenbuch M, Lo Barco T, Chemaly N, et al. Fifteen years of real-world data on the use of vigabatrin in individuals with infantile epileptic spasms syndrome. *Epilepsia*. 2024; 65(2): 430-444.
16. Sharma S, Dhir P, Negi S, et al. Short-Term Effectiveness and Tolerability of Vigabatrin Therapy in Infantile Epileptic Spasms Syndrome. *Indian J Pediatr*. 2025; 92(4): 398-401.
17. Hahn J, Park G, Kang HC, et al. Optimized Treatment for Infantile Spasms: Vigabatrin versus Prednisolone versus Combination Therapy. *J Clin Med*. 2019; 8(10): 1591.
18. Boonkrongsak R, Trongkamolchai K, Suwannachote S, et al. Combination Therapy With Vigabatrin and Prednisolone Versus Vigabatrin Alone for Infantile Spasms. *Ann Clin Transl Neurol*. 2025; 12(5): 1012-1021.

Summary

TREATMENT OUTCOMES OF INFANTILE EPILEPTIC SPASMS SYNDROME AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Infantile epileptic spasms syndrome is one of the most common etiology of early-onset epilepsy in children. Our study describes treatment outcomes of 62 patients with infantile epileptic spasms syndrome treated with a prednisolone-based regimen at the VietNam National Children Hospital from October 2023 to May 2025. After two weeks of treatment, the rate of complete clinical response was 82.3%. At six weeks, the electroclinical response rate was 76.5%. Side effects of prednisolone were observed in 22.6% of patients, most common was Cushing syndrome and infections. No mortality was recorded. These findings indicate that a prednisolone-based regimen is both effective and safe for the treatment of infantile epileptic spasms syndrome.

Keywords: Epilepsy, Infantile Epileptic Spasms Syndrome, Prednisolone.