
CO GIẬT DO SỐT: PHÂN TÍCH TỔNG HỢP CÁC KHUYẾN CÁO

Lược dịch: NT HN

Tổng quan

Co giật do sốt (FS) là loại co giật thường gặp ở bệnh nhân không mắc các bệnh lý thần kinh mạn tính trước đó, đồng thời là rối loạn thần kinh chính trong nhi khoa. Tỷ lệ mắc FS ở trẻ em dao động từ 2% đến 5% ở các nước phương Tây và 12% ở một số khu vực châu Á. FS thường gặp ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi, trong trường hợp không có nhiễm trùng thần kinh trung ương, các rối loạn chuyển hóa, hoặc tiền sử động kinh.

Nguyên nhân của FS có vẻ là đa yếu tố, bao gồm các yếu tố di truyền và môi trường. Những bệnh nhân này thường có tiền sử gia đình có người bị co giật do sốt. Các yếu tố di truyền có thể liên quan đến các gen ảnh hưởng đến tính hưng phấn hệ thần kinh, như kênh ion, đặc biệt là kênh natri, cũng như các gen liên quan đến phản ứng miễn dịch. Tăng nồng độ các chất gây viêm, như cytokine liên quan đến tăng nguy cơ phát triển tình trạng FS. Các yếu tố điều hòa phản ứng viêm bao gồm sự biến đổi di truyền trong các gen cytokine và ảnh hưởng từ môi trường chủ yếu liên quan đến các tác nhân nhiễm trùng cụ thể.

Việc quản lý tối ưu FS và sử dụng thuốc chống co giật (ASMs) không chỉ góp phần vào tính hiệu quả chi phí mà còn đảm bảo phân bổ tài nguyên y tế một cách hiệu quả.

Định nghĩa và phân loại theo các khuyến cáo

Chỉ 3 hướng dẫn (50%) cho định nghĩa chi tiết về co giật do sốt, trong khi tất cả các hướng dẫn đều phân biệt co giật do sốt đơn thuần (SFS) và co giật do sốt phức tạp (CFS). Hướng dẫn quản lý FS được công bố năm 1991 bởi Royal College of Physicians and the British Paediatric Association phân biệt giữa “co giật với sốt hay convulsions with fever” và “co giật do sốt hay febrile convulsions”. Thuật ngữ “co giật với sốt” bao gồm bất kỳ cơn co giật nào ở trẻ em bất kỳ độ tuổi nào với sốt do bất kỳ nguyên nhân nào, trong khi thuật ngữ “co giật do sốt” chỉ nên giới hạn là co giật xảy ra ở trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi, do sốt từ nguyên nhân nhiễm trùng ngoài hệ thần kinh trung ương ở trẻ em bình thường về mặt thần kinh. Các hướng dẫn này cũng phân biệt giữa SFS và CFS, trong đó CFS được định nghĩa là cơn co giật kéo dài hơn 20 phút hoặc có đặc điểm khu trú, hoặc tái cơn trong cùng một đợt bệnh, hoặc không phục hồi đầy đủ sau 1 giờ.

Hướng dẫn của AAP định nghĩa FS là các cơn co giật kèm theo sốt (nhiệt độ $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$) ở trẻ khỏe mạnh về mặt thần kinh từ 6 tháng đến 60 tháng, không có nhiễm trùng CNS, rối loạn chuyển hóa hoặc tiền sử co giật không sốt. Hướng dẫn của AAP định nghĩa SFS là các cơn giật toàn thân nguyên phát kéo dài dưới 15 phút và không tái cơn trong vòng 24 giờ, trong khi CFS được định nghĩa là các cơn giật khu trú, kéo dài (hơn 15 phút), và/hoặc tái cơn trong vòng 24 giờ và/hoặc liên quan đến các bất thường thần kinh sau cơn co giật, thường gặp là liệt sau cơn, hoặc xảy ra ở trẻ em có các bệnh lý thần kinh trước đây. Hướng dẫn của ILAE phê duyệt năm 2009 cũng phân biệt giữa SFS và CFS, như hướng dẫn của AAP 1996 và các hướng dẫn từ năm 2008 đến 2011.

Các hướng dẫn của Mexio đưa ra định nghĩa cơ bản về FS, mô tả chúng là các sự kiện co giật xảy ra trong bệnh lý gây sốt mà không có điều kiện cụ thể. Những hướng dẫn này phân biệt giữa SFS và CFS, SFS là cơn giật toàn thân kéo theo sốt ở trẻ từ 3 tháng đến 5 tuổi mà không có điều kiện cụ thể, trong khi CFS được đặc trưng bởi các tiêu chí cụ thể bao gồm thời gian co giật, tái cơn, đáp ứng với thuốc chống co giật, và sự hiện diện của các bất thường thần kinh trước đó.

Hướng dẫn của AOCN công bố vào năm 2021 định nghĩa FS là các cơn giật kèm theo sốt (nhiệt độ > 38.4°C) mà không có nhiễm trùng CNS hoặc rối loạn chuyển hóa hoặc tiền sử co giật không sốt hoặc bất kỳ tổn thương thần kinh cấp tính nào (rối loạn điện giải, viêm màng não, chấn thương) ở trẻ em từ 6 tháng đến 6 tuổi. SFS được định nghĩa là FS không khu trú, kéo dài dưới 15 phút và không tái cơn trong vòng 24 giờ, trong khi CFS được định nghĩa là FS khu trú và/hoặc kéo dài hơn 15 phút và/hoặc tái cơn trong vòng 24 giờ.

Chỉ có 3 hướng dẫn đề cập đến các tiêu chí gợi ý cho trẻ cao giật do sốt nhập viện. Theo hướng dẫn của Anh, các yếu tố hỗ trợ cho nhập viện sau cơn co giật do sốt lần đầu bao gồm co giật do sốt phức tạp, tuổi dưới 18 tháng, hoặc thường gặp hơn là bố mẹ lo lắng. Mặt khác, ILAE khuyến nghị xem xét nhập viện cho trẻ nếu trẻ dưới 18 tháng, vì các dấu màng não có thể mơ hồ; trong trường hợp có co giật do sốt phức tạp. Tương tự, hướng dẫn của Mexico đề xuất nhập viện sau cơn co giật do sốt lần đầu đối với tất cả các trẻ dưới 18 tháng. Trong mọi trường hợp, việc giáo dục gia đình đầy đủ được khuyến cáo. Thời gian quan sát sau cơn giật do sốt lần đầu không được đề cập trong bất kỳ hướng dẫn nào.

Đánh giá co giật do sốt

Tất cả các hướng dẫn đã công bố đều đồng ý rằng không cần phải xét nghiệm thêm đối với trẻ có một lần co giật do sốt đơn độc. Hướng dẫn của Anh đề xuất test đường máu nếu trẻ vẫn co giật hoặc không thể tỉnh lại khi được thăm khám, dù có hay không có sốt, và nên xem xét chụp hình ảnh học sọ não trước khi thực hiện chọc dò thắt lưng nếu trẻ bị hôn mê. Theo hướng dẫn của ILAE, khuyến nghị tìm nguyên nhân sốt trong trường hợp có co giật do sốt phức tạp. Thêm vào đó, chụp hình ảnh học sọ não được khuyến nghị để kiểm tra các tổn thương não tiềm ẩn. Các xét nghiệm sinh hóa máu được đề xuất liên quan đến các tình trạng lâm sàng cụ thể. AAP nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá nguyên nhân cơ bản của sốt nhưng không khuyến nghị làm xét nghiệm máu một cách thường quy chỉ để xác định nguyên nhân gây trong co giật do sốt đơn thuần, vì không có bằng chứng cho thấy các xét nghiệm máu thường quy có lợi trong việc đánh giá trẻ có co giật do sốt đơn thuần và có thể gây hại nhiều hơn lợi.

Hướng dẫn của Nhật Bản đề xuất xét nghiệm máu nên được xem xét dựa vào toàn trạng đứa trẻ, trong những trường hợp ý thức thay đổi kéo dài, hoặc có dấu hiệu mất nước. Các hướng dẫn này cũng khuyến nghị chụp hình ảnh học sọ não trước khi thực hiện chọc dò thắt lưng, do nguy cơ thoát vị não. Ngược lại, hướng dẫn của Mexico khuyến nghị chụp hình ảnh học sọ não đối với những bệnh nhân co giật do sốt không phục hồi ý thức hoàn toàn trong vài giờ, có liệt Todd kéo dài, hoặc có các dấu hiệu thần kinh khu trú khác. Theo hướng dẫn của AOCN, xét nghiệm nước tiểu nên được xem xét ở trẻ dưới 18 tháng tuổi, vì hầu hết trẻ em không có ổ nhiễm trùng, và chụp

MRI nên được xem xét đối với trẻ co giật do sốt lần đầu với đặc điểm kéo dài hoặc khu trú (trong vòng 72 giờ).

Vai trò của điện não đồ (EEG)

Trong tất cả các hướng dẫn hiện có, điện não đồ (EEG) không được khuyến nghị trong trường hợp co giật do sốt đơn thuần lần đầu, vì giá trị chẩn đoán hạn chế của nó.

Hướng dẫn của ILAE khuyến nghị làm điện não đồ trong trường hợp co giật do sốt phức tạp, vì giá trị chẩn đoán cao mà nó có thể mang lại đối với viêm não do virus. Tương tự, theo hướng dẫn của Nhật Bản, EEG có thể có vai trò trong việc phân biệt giữa bệnh não cấp tính và co giật do sốt phức tạp, một vài báo cáo đã chứng minh tính hữu ích của EEG trong việc phân biệt điều này. Mặc dù các hướng dẫn của Nhật Bản kết luận rằng không nên thực hiện điện não đồ ở trẻ có co giật do sốt đơn thuần, các tác giả vẫn nhấn mạnh mối tương quan có thể giữa các cơn phóng điện giống động kinh trên EEG và sự phát triển của bệnh động kinh, cũng như tính hữu ích của nó trong chẩn đoán bệnh não cấp tính. Hơn nữa, các hướng dẫn của Mexico khuyến nghị EEG trong trường hợp co giật khu trú và/hoặc kéo dài, hoặc trong co giật do sốt phức tạp nếu kết quả khám thần kinh có phát hiện bất thường. Theo hướng dẫn của AOCN, EEG nên được xem xét đối với trẻ co giật do sốt phức tạp hoặc trẻ có các phát hiện bất thường khu trú trên hình ảnh học. Trong trường hợp thay đổi tri giác kéo dài, EEG không hữu ích trong dự đoán sự tái phát của co giật do sốt hoặc động kinh trong tương lai. Hơn nữa, điều quan trọng cần lưu ý là nếu EEG có ích trong việc xác định viêm não do virus, điều đó sẽ thiết lập một chẩn đoán thay thế là viêm não do virus, gây ra cả sốt và co giật. AOCN đề xuất rằng EEG không được khuyến nghị làm ở trẻ phát triển bình thường có co giật do sốt đơn thuần vì nó không dự đoán sự tái phát của co giật do sốt hoặc động kinh sau này.

Vai trò của chọc dò thắt lưng (LP)

Tất cả các hướng dẫn đã công bố đều khuyến nghị thực hiện chọc dò thắt lưng nếu có dấu màng não hoặc nếu nghi ngờ nhiễm trùng thần kinh trung ương. Theo hướng dẫn của Anh, LP cũng nên được thực hiện sau một cơn co giật do sốt phức tạp hoặc nếu trẻ lơ mơ, kích thích hoặc bệnh lý toàn thân. Các hướng dẫn này cũng chỉ ra rằng LP có thể cần thực hiện đối với trẻ dưới 18 tháng tuổi và gần như chắc chắn đối với trẻ dưới 12 tháng tuổi, bất kể có dấu màng não hay không. Họ chỉ ra rằng lý tưởng nhất là quyết định này nên được đưa ra bởi một bác sĩ có kinh nghiệm, người có thể quyết định dựa trên cơ sở lâm sàng rằng LP là không cần thiết ngay cả đối với trẻ nhỏ hơn, nhưng khi có sự nghi ngờ thì cần làm để khảo sát. Tương tự, hướng dẫn của AOCN cho rằng LP nên được xem xét đối với trẻ dưới 12 tháng tuổi có sốt co giật lần đầu và đối với trẻ trên 12 tháng tuổi đã được điều trị kháng sinh trước đó.

Ngưỡng tuổi để thực hiện LP trong các hướng dẫn cũ khác với hướng dẫn gần đây. Cụ thể, AAP cho rằng LP là một lựa chọn đối với bất kỳ trẻ sơ sinh nào từ 6 tháng đến 12 tháng tuổi chưa được tiêm phòng đầy đủ vaccin HI type B hoặc phế cầu, hoặc khi không thể xác định được tình trạng tiêm phòng của trẻ. Thêm vào đó, LP có thể được xem xét khi trẻ vừa được điều trị kháng sinh,

như được gợi ý từ kinh nghiệm lâm sàng và chuỗi ca bệnh. LP có thể là một lựa chọn đối với trẻ đã được điều trị kháng sinh trước đó, vì điều trị kháng sinh có thể che giấu các dấu hiệu và triệu chứng của viêm màng não.

Tương tự, các hướng dẫn của Mexico cho rằng LP được chỉ định đối với trẻ dưới 12 tháng tuổi chưa hoàn thành tiêm chủng hoặc đã được điều trị kháng sinh trước đó, hoặc đối với trẻ dưới 6 tháng tuổi có sốt co giật, trừ khi một bác sĩ nhi khoa có kinh nghiệm đã đánh giá bệnh nhân trước 2 giờ.

Hướng dẫn của ILAE không đưa ra chỉ định bắt buộc về việc có nên thực hiện LP thường quy đối với bệnh nhân nhỏ tuổi hay không, nhưng khuyến nghị theo dõi sát ở trẻ dưới 18 tháng tuổi trong ít nhất 24 giờ, vì ở độ tuổi này các dấu hiệu và triệu chứng của viêm màng não có thể rất nhẹ và LP phải được thực hiện khi có dấu hiệu kích thích màng não. Hơn nữa, họ gợi ý xem xét chọc dò thắt lưng ở bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh trong những ngày trước khi xảy ra sốt co giật.

Điều trị dự phòng

Hầu hết các hướng dẫn đã công bố đều cho rằng không nên sử dụng thuốc dự phòng co giật, dù là ngắt quãng hay liên tục, trong trường hợp co giật do sốt đơn thuần (SFS), ngoại trừ một số trường hợp chọn lọc. Khuyến nghị chống lại việc sử dụng thuốc điều trị dự phòng xuất phát từ việc những loại thuốc này có tác dụng phụ đáng kể và không ngăn ngừa được sự phát triển động kinh. Theo ILAE, phòng ngừa ngắt quãng có thể được xem xét trong trường hợp có nguy cơ tái phát cao, được định nghĩa là ít nhất 3 cơn trong 6 tháng hoặc ít nhất 4 cơn trong 1 năm, hoặc cơn sốt co giật phức tạp do thời gian kéo dài trên 15 phút hoặc cần thuốc để cắt giật. Phòng ngừa ngắt quãng cho sốt co giật bao gồm việc dùng diazepam qua đường hậu môn (lựa chọn đầu tiên) hoặc đường uống khi bắt đầu sốt, và có thể lặp lại nếu sốt kéo dài sau 8 giờ.

Trong trường hợp phòng ngừa gián đoạn không thành công và khi bố mẹ trẻ không thể kịp thời nhận ra sự khởi phát của cơn sốt, hướng dẫn của ILAE chỉ ra rằng có thể sử dụng thuốc chống co giật liên tục với phenobarbital hoặc acid valproic như đã nêu trong các hướng dẫn của Nhật Bản công bố năm 1996. AAP cho rằng không nên sử dụng thuốc dự phòng giật liên tục hoặc gián đoạn đối với trẻ có một hoặc nhiều cơn sốt co giật đơn thuần, dựa trên các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên và các nghiên cứu chẩn đoán với một số hạn chế nhỏ. Tuy nhiên, theo hướng dẫn của AAP, có thể xem xét sử dụng diazepam đường uống ngắt quãng khi bắt đầu sốt, và nó có thể hiệu quả trong ngăn ngừa tái phát trong các trường hợp người nhà lo lắng về sốt co giật.

Hướng dẫn của Nhật Bản gợi ý xem xét việc sử dụng thuốc chống co giật dự phòng trong các trường hợp người nhà lo lắng nhiều. Hướng dẫn của Nhật Bản cũng khuyến nghị sử dụng diazepam phòng ngừa trong các cơn sốt ở trẻ em có nguy cơ tái phát cơn sốt co giật cao. Như đã được gợi ý trong nghiên cứu của Berg và cs và Pavlidou và cs, những người đã nghiên cứu ở trẻ có cơn sốt co giật lần đầu, các yếu tố nguy cơ tái phát bao gồm độ tuổi khởi phát của trẻ, tiền sử co giật do sốt trong gia đình, tiền sử sản khoa bất thường, sốt nhẹ ở phòng cấp cứu, khoảng thời gian ngắn giữa khởi phát cơn sốt và xuất hiện co giật, tái phát trong cùng một bệnh, co giật khởi đầu khu trú hoặc

có các đặc điểm khu trú là những yếu tố nguy cơ. Theo một số nghiên cứu, việc sử dụng diazepam phòng ngừa sốt co giật được chỉ định cho trẻ có tiền sử sốt co giật kéo dài (trên 15 phút) và đối với trẻ có sốt co giật tái phát và hai trong số các yếu tố nguy cơ sau: co giật khu trú hoặc tái phát trong vòng 24 giờ, có bệnh nền thần kinh hoặc chậm phát triển, gia đình có tiền sử sốt co giật hoặc động kinh, trẻ dưới 12 tháng, co giật trong vòng 1 giờ sau khi bắt đầu sốt, hoặc co giật xảy ra khi nhiệt độ cơ thể dưới 38°C.

Theo hướng dẫn của Anh, việc sử dụng thuốc chống co giật dự phòng lâu dài như acid valproic, phenobarbital không được khuyến nghị, dựa trên các nghiên cứu trước đây. Hướng dẫn của Mexico cho rằng cần xem xét điều trị bằng thuốc chống co giật đối với bệnh nhân có sốt co giật kéo dài hoặc tái phát mặc dù đã sử dụng diazepam phòng ngừa.

Hướng dẫn của AOCN khuyến nghị xem xét việc phòng ngừa ngắt quãng cho trẻ có sốt co giật tái phát thường xuyên, gia đình lo lắng, xa cơ sở y tế, và ở những trẻ có sốt co giật phức tạp mà chưa được bắt đầu điều trị dự phòng liên tục. Mặt khác, phòng ngừa liên tục nên được xem xét ở trẻ có trạng thái động kinh do sốt, trẻ có chậm phát triển tinh thần vận động, và trẻ có cơn sốt co giật phức tạp thường xuyên.

Điều trị tại nhà cho sốt co giật được khuyến nghị trong 4 hướng dẫn (Anh, ILAE, Mexico, AOCN). Một loại thuốc chống co giật như diazepam đường hậu môn hoặc midazolam qua đường mũi nên được sử dụng nếu sốt co giật kéo dài hơn 3 phút (ILAE), 5 phút (Anh, Mexico), hoặc 3 đến 5 phút (AOCN). Cụ thể, ILAE khuyến nghị chỉ sử dụng diazepam qua đường hậu môn nếu sốt co giật kéo dài hơn 3 phút.

Trong hướng dẫn của Anh, không có sự đồng thuận về thời điểm sử dụng diazepam qua đường hậu môn: một số thành viên trong nhóm làm việc (mặc dù không có số liệu về tỉ lệ thành viên hay các nghiên cứu mà các phát biểu này dựa vào) đề xuất sử dụng ngay khi cơn co giật bắt đầu, trong khi những người khác khuyên đợi đến 5 phút, khi đó hầu hết các cơn giật sẽ dừng lại và không cần dùng thuốc chống co giật. Thực tế, việc sử dụng thuốc dự phòng động kinh sau này không được khuyến cáo. Các hướng dẫn của Anh, Mexico và AOCN nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giáo dục phụ huynh và khuyến nghị cung cấp thông tin đầy đủ cho phụ huynh, cả bằng lời nói và có thể bằng văn bản. Giáo dục sức khỏe nên bao gồm mô tả các đặc điểm co giật do sốt và hướng dẫn các quản lý các cơn tái phát có thể xảy ra.

Thảo luận

Đây là nghiên cứu tổng hợp đầu tiên về các hướng dẫn điều trị sốt co giật. Nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được 7 hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị sốt co giật ở trẻ em. Mặc dù có một số sự khác biệt giữa các hướng dẫn, nhưng định nghĩa về sốt co giật là cơn co giật kèm theo sốt mà không do nhiễm trùng CNS ở trẻ em từ 6 tháng đến 6 tuổi. Co giật do sốt đơn thuần (CFS) được định nghĩa là cơn co giật toàn thân kéo dài dưới 15 phút và không tái phát trong vòng 24 giờ, trong khi co giật do sốt phức tạp là những cơn co giật khu trú, kéo dài (> 15 phút) hoặc tái cơn trong

vòng 24 giờ. Thời gian theo dõi trong bệnh viện không cụ thể, trong khi các tiêu chí nhập viện bao gồm trẻ nhỏ (< 18 tháng) và co giật do sốt phức tạp.

Việc đánh giá co giật do sốt, tất cả các hướng dẫn đã công bố đều đồng ý rằng không cần làm xét nghiệm (xét nghiệm máu, EEG hoặc hình ảnh học sọ não) một cách thường quy đối với trẻ co giật do sốt đơn thuần.

Thật vậy, điều quan trọng cần nhấn mạnh là mặc dù các xét nghiệm có thể phục vụ hai mục đích, không chỉ trong đánh giá FS mà còn trong việc tìm ra nguyên nhân gây sốt, tất cả các hướng dẫn đều đồng loạt khuyến cáo không thực hiện chúng một cách thường quy, đặc biệt là trong bệnh cảnh sốt co giật đơn thuần, trừ khi toàn trạng không ổn.

Các thăm dò hình ảnh học (CT và MRI) có khả năng phát hiện các dấu hiệu bệnh lý trong CFS thấp nếu như không có các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng khác. Kimia và cs đã tiến hành nghiên cứu hồi cứu 526 trường hợp CFS lần đầu được đánh giá tại một phòng cấp cứu nhi ở trẻ từ 6 tháng đến 60 tháng tuổi. Các tác giả phát hiện chỉ có 4 bệnh nhân trong số 526 trẻ có bất thường, với tỉ lệ phát hiện bất thường trên hình ảnh học là 0.8%. Hơn nữa, 3 trong số 4 bệnh nhân có bất thường có biểu hiện các triệu chứng thần kinh khác. Trong hầu hết các trường hợp, sau khi thực hiện đánh giá lâm sàng và loại trừ các dấu hiệu cảnh báo và/hoặc EEG (ví dụ: bệnh nhân rối loạn tri giác kéo dài, dấu thần kinh khu trú, dấu màng não), các xét nghiệm hình ảnh học ít có giá trị thêm. Do đó, tác giả đề xuất phương pháp tiếp cận “bảo tồn” là phù hợp. Họ kết luận rằng khả năng phát hiện các dấu hiệu bệnh lý trong hình ảnh học khi không có triệu chứng thần kinh là rất thấp, vì vậy họ khuyến nghị thực hiện hình ảnh học khẩn cấp dựa vào sự nghi ngờ trên lâm sàng và các dấu hiệu và triệu chứng khác gợi ý về xuất huyết hoặc khối u.

Hướng dẫn trước của AAP chỉ ra rằng EEG có vai trò chẩn đoán hạn chế trong SFS. Nghiên cứu của Dunlop và cs hồi cứu bệnh án của trẻ FS đến phòng cấp cứu và ra viện với chẩn đoán SFS trong khoảng thời gian 3 năm (2001 đến 2003). Mặc dù 84% bệnh nhân được ra viện trực tiếp từ phòng cấp cứu mà không cần thăm dò thêm, trong số 28 bệnh nhân nhập viện, có 4 bệnh nhân được làm EEG và không có trẻ nào có kết quả bất thường. Hơn nữa, EEG có vai trò hạn chế trong quản lý khẩn cấp CFS và thường là thăm dò sau đó. Olson và cs đã hồi cứu một nhóm 183 trẻ em từ 6 tháng đến 60 tháng tuổi nhập viện lần đầu với CFS để xác định là liệu EEG sớm có ảnh hưởng đến quản lý cấp tính trong quần thể này hay không. EEG được thực hiện ở 57% trẻ và làm thay đổi trong quản lý ở 1% trẻ. Trong số trẻ có cơn động kinh trong quá trình nhập viện và sau đó có EEG, kết quả EEG bình thường ở 3 bệnh nhân và kết quả của 2 bệnh nhân còn lại không dự đoán được các cơn động kinh tiếp theo trong quá trình nhập viện. Các tác giả kết luận rằng EEG có tác động hạn chế đối với quản lý cấp tính trong trường hợp CFS lần đầu và không nên là chỉ định để nhập viện. Trong trường hợp CFS, thật sự vai trò của EEG chưa rõ ràng. Một đánh giá của Cochrane kết luận rằng không có thử nghiệm ngẫu nhiên nào ủng hộ hoặc bác bỏ việc dùng EEG và thời điểm phù hợp của nó ở trẻ CFS. EEG có thể cho thấy những bất thường không đặc hiệu, chẳng hạn như sóng chậm hoặc bất thường sóng động kinh. Tuy nhiên, liệu những bất thường này

có dự đoán được sự phát triển động kinh trong tương lai hay không thì vẫn chưa rõ ràng. Ngược lại, EEG bình thường không loại trừ sự phát triển của động kinh trong tương lai.

Các hướng dẫn khuyến nghị thực hiện LP khi nghi ngờ viêm màng não. Nghiên cứu của Kimia và cs đóng góp những hiểu biết quan trọng khi chỉ ra rằng nguy cơ viêm màng não nhiễm khuẩn biểu hiện như lần đầu của SFS ở những trẻ có vẻ ngoài khỏe mạnh từ 6 tháng đến 18 tháng tuổi là rất thấp. Cụ thể, họ không phát hiện được tác nhân gây bệnh trong các mẫu cấy dịch não tủy trong nhóm nghiên cứu của họ (260 mẫu) và không chẩn đoán được trường hợp viêm màng não nhiễm khuẩn nào trong nhóm nghiên cứu của họ (704 bệnh nhân). Kết quả này nhấn mạnh sự thay đổi về quan điểm LP, thách thức quan niệm rằng nó chỉ nên được thực hiện dựa trên độ tuổi (ví dụ, < 12 tháng). Khi các chương trình tiêm chủng đã thay đổi qua các năm, khuyến nghị chung về LP cũng thay đổi; tuy nhiên, đề xuất theo hướng dẫn AAP năm 1996 về việc xem xét dấu màng não và rủi ro tương đương ở những bệnh nhân từ 12 tháng đến 18 tháng đã biến mất, và hiện nay, tỷ lệ viêm màng não vi khuẩn là thấp sau năm đầu đời.

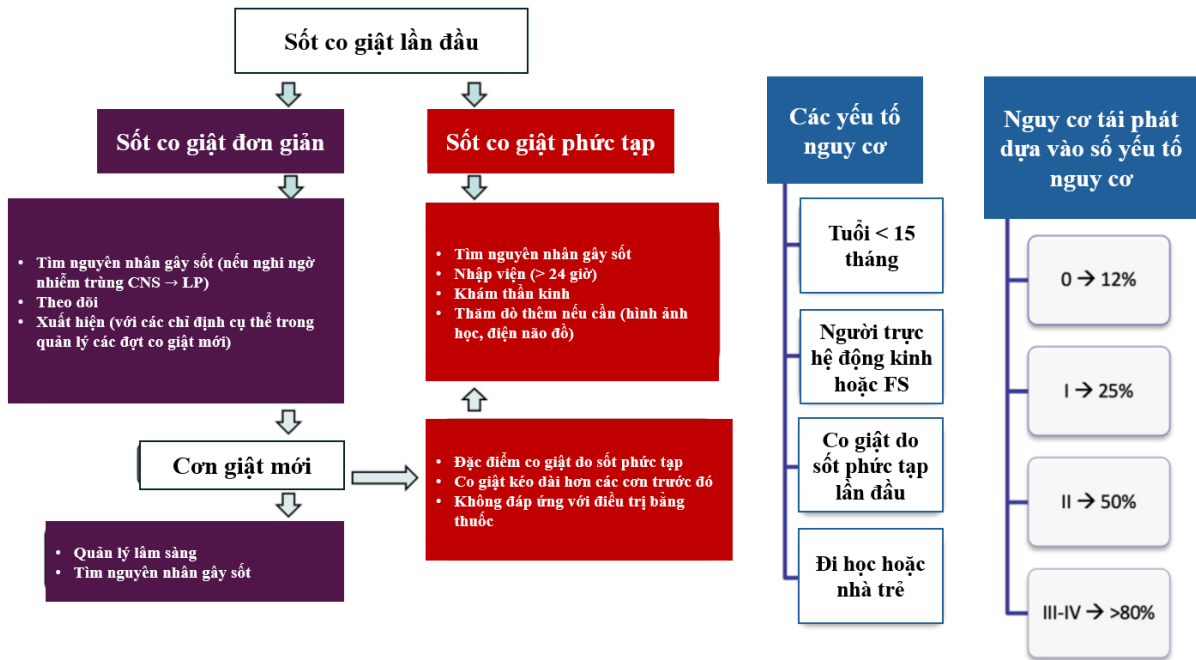
Hầu hết các hướng dẫn công bố đều khẳng định rằng không nên sử dụng biện pháp phòng ngừa co giật gián đoạn hoặc liên tục trong SFS, ngoại trừ một số trường hợp đặc biệt như gia đình lo lắng và sốt co giật tái phát. Ngược lại, điều trị tại nhà cho SFS được khuyến nghị trong hầu hết các hướng dẫn, sử dụng thuốc chống động kinh như diazepam qua đường trực tràng hoặc midazolam qua đường mũi nếu FS kéo dài hơn 3 hoặc 5 phút.

Phòng ngừa động kinh bằng thuốc trong trường hợp FS là một chủ đề gây tranh cãi, do tiên lượng lành tính của SFS và các tác dụng phụ tiềm tàng của thuốc. Cả việc sử dụng diazepam qua đường uống hoặc trực tràng khi sốt và việc sử dụng liên tục các loại thuốc chống co giật (chẳng hạn như valproic acid và phenobarbital) đã được chứng minh là hiệu quả trong việc ngăn ngừa tái phát FS. Tuy nhiên, điều quan trọng là phải nhận thức rằng, trong phần lớn các trường hợp, tác dụng phụ tiềm tàng của thuốc thường nhiều hơn so với lợi ích của chúng.

Một phân tích tổng hợp được công bố bởi Rantala và cs đã phân tích tất cả các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng giả dược về điều trị dự phòng FS. Các tác giả nhận thấy rằng thuốc chống co giật có hiệu quả trong ngăn ngừa tái phát FS, nhưng chúng cũng có những tác dụng phụ đã biết, do đó không khuyến cáo phòng ngừa FS bằng thuốc. Một nghiên cứu tiềm năng do Verrotti và cs thực hiện đã đánh giá hiệu quả của việc sử dụng diazepam đường uống dự phòng ngắt quãng trong 2 nhóm nghiên cứu: nhóm đầu tiên nhận thuốc khi sốt, và nhóm thứ hai nhận giả dược. Trong nhóm dùng diazepam đường uống, tần suất tái phát FS thấp hơn đáng kể, qua đó chứng minh rằng dự phòng ngắt quãng hiệu quả trong việc giảm tái phát FS. Hơn nữa, không có bằng chứng về các liệu pháp ngăn ngừa cơn cơn co giật tiếp theo.

Một đánh giá tổng hợp gần đây về CFS cũng có tầm quan trọng của việc xem xét vai trò của LP, hình ảnh học và EEG trong CFS. Đánh giá này xem xét các tiêu chí tiềm năng để nhập viện, nguy cơ thực tế của tái phát và tiến triển thành động kinh. Các tác giả kết luận rằng không có hướng dẫn cụ thể cho CFS và việc cung cấp các khuyến nghị đầy đủ để thực hiện xét nghiệm cụ thể cho tất cả bệnh nhân là rất khó khăn, mặc dù MRI được chỉ định cho những bệnh nhân có khiếm khuyết

thần kinh. Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc chống co giật dự phòng không được khuyến cáo, mặc dù có từ 6% đến 7% nguy cơ phát triển thành động kinh.



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.* 2024 Jun; 155:141-148. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2024.03.024. Epub 2024 Apr 3. PMID: 38653182.