|  |
| --- |
| **HUMP PEDIATRIC CLUB** |
| CO GIẬT DO SỐT Ở TRẺ EM |
| (Febrile convulsions in children) |
| (Tài liệu lưu hành nội bộ) |
| **Nhóm thần kinh - tâm bệnh** |
| **3/14/2018** |

|  |
| --- |
| Hải Phòng 14/3/2018 |

**CO GIẬT DO SỐT**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

**1.1: Định nghĩa**

-Co giật là những con co kịch phát hoặc nhịp điệu và từng hồi, biểu hiện bằng những cơn co cứng hoặc những cơn co giật hay co cưng - co giật do nguyên nhân động kinh hoặc do các nguyên nhân khác.

-Co giật là một tình trạng nặng đòi hỏi phải được xử trí cấp cứu vì de dọa đến tính mạng trẻ nhi có thể để lại di chứng về sau nếu cơn co giật kéo dài.

-Các cơn co giật xuất hiện trong quá trình mắc một bệnh cấp tính có sốt, nhưng không phải do nhiễm trùng thần kinh hoặc có các cơn co giật không do sốt trước đó và các dấu hiệu bất thường hệ thần kinh.

**1.2:Dịch tễ**

-Co giật có tỷ lệ 2-5% trẻ từ 6 tháng -5 tuổi,trong đó 2/3 số trường co giật do sốt cao. Thường gặp nhất trong khoảng tuổi từ 18-24 tháng.

-Tiền sử gia đình bị co giật do sốt ghi nhận từ 25-40% trẻ co giật do sốt

-Tỷ lệ tái phát co giật do sốt khoảng 25-50%,khoảng 9% có 3 cơn hay nhiều hơn nữa

-50% cơn thứ 2 xảy ra trong 6 tháng sau cơn đầu, 75% xảy ra trong năm đầu sau cơn thứ nhất và 90% trong vòng 2 năm sau cơn thứ nhất.

-50% trẻ co giật do sốt dưới 1 tuổi bị tái phát.

-Trẻ co giật khi nhiệt độ càng cao thì khả năng tái phát thấp hơn.

-Những cơn co giật tái phát do sốt có thể xảy ra khi nhiệt độ khoảng 380C

1. **ĐẶC ĐIỂM SINH LÝ VÀ BỆNH LÝ HỆ THẦN KINH Ở TRẺ EM**

**2.1 Đặc điểm về sinh lý**

* Hộp sọ trẻ em có sự liên hợp khóa khéo giữa đặc tính hộp cứng nhằm bảo vệ bộ não và tính thích nghi với chuyển động của cơ thể.
* Giải phẫu chức năng của não có tác dụng bảo vệ não với sự tác động bên ngoài. Đó là sự ngăn ra chặt chẽ của não giữa với các xương. Lều tiểu não phân não ra làm 2 phần trên lều và dưới lều tiểu não. Vách giữa ngăn trên lều tiểu não thành 2 nửa bán cầu. Cấu trúc này giúp não cố định trong khung xương để đề phòng sự di lệch của sự cử động hàng ngày.
* Khả năng mềm dẻo của não được thể hiện khi não bị tổn thương có thể khỏi được. Não có khả năng tái tạo nơi khu vực thần kinh bị tổn thương, hơn nữa, não có phương thức phát triển luân phiên. Một bên bán cầu có đầu đủ khả năng phát triển chức năng cao cấp và phân loại hóa để ức chế bán cầu bên đối diện. Ở giai đoạn đầu của sự phát triển bộ phận luân phiên của não được áp dụng để hoàn thành chức năng khi não bị tổn thương.
* *Do các tế bào thần kinh chư biệt hóa nên phản ứng của vỏ não có xu hướng lan tỏa, bất kì một kích thích nào cũng có thể gây nên một phản ứng toàn thân (ví dụ ta kích thích trẻ sơ sinh thì cả tay và chân co lại).*
* Trong thời kì sơ sinh, do khả năng hưng phấn của vỏ não còn yếu, những kích thích ngoại cảnh thường là quá mức dẫn đến tình trạng ức chế bảo vệ, trẻ ngủ từ 20 – 22 giờ/ngày.
* Do vỏ não và thể vân mới chưa phát triển nên những hoạt động dưới vỏ chiếm ưu thế. Vì vậy, ở trẻ sơ sinh có thể có những vận động ngoại tháp (múa vờn, vận động tay chân).
* Ở trẻ sơ sinh, hành tủy, day thần kinh thị giác, dây thần kinh ngoại biên đá được myelin hóa. Chính vì vậy, trẻ sơ sinh có phản xạ bú, khóc, nhìn cố định một điểm, có phản xạ sơ khai. Những tháng tiếp theo hệ thính giác, hệ tiểu não, đường dẫn truyền não tủy được myelin theo hướng não – nhân xám trung ương làm sáng tỏ kĩ năng vận động tay xuất hiện sớm hơn bước đi; xuất hiện muộn hơn nữa là khả năng kiểm soát được tiểu tện và đại tiện. Thể trai là cầu nối gữa hai bãn cầu, các tổ chức nà ở người lớn mới hoàn hảo.

Tình trạng myelin hóa chưa hoàn toàn nên phản xạ Babinski một phản xạ quan trọng để đánh giá tổn thương bó tháp có thể dương tính sinh lý ở trẻ dưới 2 tuổi.

* Do nhu cầu tăng chuyển hóa và năm đầu não phát triển về trọng lượng và khối lượng nhanh, vì vậy tiêu thụ õi và tuần hoàn não tăng hơn người lớn.
* *Hình dạng, tần số và biên độ sóng điện não lứa tuổi sơ sinh: hoạt động điện tập trung tại vùng đỉnh và vùng trung tâm, sóng chậm delta 0,5 – 3 chu kì/giây, điện thế 20 – 50 microvon, sóng không đồng đều, không đồng thời.*
* *Từ 1 tháng đến 1 tuổi: Hoạt động điện não đa số là songa delta, vùng chẩm xuất hiện sóng delta 3 -7 chu kì/giây.*
* *Từ 1 đến 3 tuổi: Hoạt động điện não là sóng theta 3 – 7 chu kì/giây độ 30 – 50 microvon.*
* *Từ 4 tuổi trở lên: Sóng theta giảm dần, xuất hiện sóng alpha 8 – 12 giây, biên độ 30 – 50 microvon.*

*Trẻ em ở mỗi độ tuổi có sóng điện não đặc trưng theo tuổi. Có những biểu hiện gặp ở trẻ em là đặc điểm sinh lí, nhưng cũng có thể là bệnh lí nếu không phù hợp với lứa tuổi.*

**2.2 Những đặc điểm bệnh lý.**

* *Do các tế bào chưa biệt hóa, do thành phần hóa học có nhiều nước, não trẻ em dễ bị kích thích gây co giật (đặc biệt những bệnh của cơ quan khác cũng có thể gây co giật) gây ra phản ứng não - màng não.*
* Đồng thời, não trẻ em cũng có những phản ứng nặng nề người lớn khi bị trúng độc.
* Đặc điểm về hệ thống mao mạch của não là một trong những yếu tố thuận lợi gây xuất huyết não.
* *Do não nhỏ chứa nhiều nước, nằm trong hộp sọ không chắc chắn nên một chấn động như ngã ngồi, ngã từ tư thế đứng đều có thể gây liệt ½ người. Có thể do thoát vị hồi hải mã, vách ngăn giữa 2 bán cầu hoặc tổn thương trục thần kinh.*

**3. NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG CO GIẬT DO SỐT**

**3.1 .Di truyền**

Yếu tố di truyền có vai trò quan trọng về nguyên nhân co giật do sốt. Việc xác định tính trội hay lặn của nhiễm sắc thể và nhiều cơ chế di truyền khác. Ở những gia đình có người co giật do sốt thì nguy cơ co giật ở trẻ tăng gấp 2- 3 lần. Nếu cả bố lẫn mẹ có tiền sử co giật do sốt thì nguy cơ tăng lên nhiều, cả trai lẫn gái đều có thể bị, những thế hệ con cái cũng có thể bị. Tỷ lệ co giật do sốt cũng tùy theo vùng, theo Duchowny ở các nước Châu Á trẻ em bị nhiều hơn các nuớc phía Tây và Châu Âu.

**3.2.Tuổi**

Co giật do sốt thường xảy ra 3 năm đầu của trẻ em, 4% ca trước 6 tháng, 6 % ca sau 3 năm, 1/2 ca xảy ra năm thứ hai, các tác giả nhấn mạnh đến thời gian “18 -24 tháng” là tuổi thường có co giật do sốt.

**3.3. Sốt**

Co giật sốt xảy ra liên quan sớm bệnh lý nhiễm trùng, khi đang sốt đột ngột nhiệt độ tăng cao theo đường biểu diễn nhiệt độ hình cung, nhiệt độ lúc này khoảng 39.2 0C (lấy ở hậu môn), xấp xỉ 25% ca xảy ra khi nhiệt độ trên 40.2 độC. Theo dõi mối liên hệ giữa nhiệt độ và cơn co giật thì sự gia tăng hay giảm nhiệt độ không ảnh hưởng đến ngưỡng của cơn. Trong nhóm tuổi 6-18 tháng có nhiệt độ trên 40 độC, co giật tái phát gấp 7 lân trẻ em sốt nhiệt độ dưới 40 độC.

Co giật sốt thường liên quan đến nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm tai giữa, hệ thống tiêu hoá, mà virus là tác nhân chính, trong khi vi trùng có thể gây nhiễm trùng huyết, viêm phổi, viêm màng não thì hiếm hơn có co giật do sốt.

**3.4.Những yếu tố khác**

Những bé gái, tuổi càng nhỏ càng dễ bị co giật hơn so với các bé trai cùng nhóm tuổi. Những rối loạn điện giải, Vitamin B6 cũng là những yếu tố làm tăng nguy cơ co giật.

**4.PHÂN LOẠI**

-Người ta chia sốt cao co giật làm 2 loại:  
**4.1. *Sốt cao co giật đơn thuần*    
\*Đặc điểm:**  
- Tuổi: từ 6 tháng tới 5 tuổi  
- Sốt trên 39ºC   
- Cơn giật < 15 phút và thường là co giật phức hợp kiểu co giật co cứng toàn thể.  
- Không yếu liệt sau cơn. Không tiền căn bệnh thần kinh. Không dấu hiệu thần kinh khu trú.  
- Không cần làm điện não đồ( EEGs), CT scan, MRI, có thể chọc dò DNT.  
- Không cần phải điều trị phòng ngừa.

**4.2.*Sốt cao co giật phức tạp*:**  
**\*Đặc điểm**

- Tuổi: Nhỏ hơn 1 tuổi

- Cơn giật > 15 phút có thể kéo dài hơn nhưng không quá 30p. Co giật thường khu trú. Giật nửa người.

-Có yếu liệt sau cơn giật. Có thể tái lại sau 24 giờ.

-Có tiền căn bệnh thần kinh. Khám LS thần kinh bất thường

- Cần làm: EEGs, CT Scan, MRI.

- Điều trị: cần phải điều trị phòng ngừa (sodium valproate).

\****Conclusion****:*

The evaluation of children with simple febrile seizures should be directed toward determining the cause of the fever. Meningitis should be considered in any child with fever, and lumbar puncture should be performed if there are associated signs and symptoms. Based on physician judgment, lumbar puncture may be performed in children who have not received the recommended Hib or pneumococcal vaccines and in children who were pretreated with antibiotics. EEG, blood tests, and neuroimaging are generally not recommended in children with simple febrile seizures.

***Phân biệt giữa co giật do sốt đơn thuần do sốt đơn thuần, Co giật do sốt phức tạp.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tiêu chuẩn** | **Co giật do sốt đơn thuần** | **Co giật do sốt phức tạp** |
| **Tuổi** | Dưới 5 tuổi | Bất kì tuổi nào |
| **Nhiệt độ lúc giật** | ≥ 390C | <390C |
| **Kiểu co giật** | Lan tỏa | Lan tỏa hoặc cục bộ |
| **Thời gian giật** | Ngắn < 15 phút | Dài > 15 phút |
| **Số lần giật** | < 5 cơn / 24h | ≥ 5 cơn /24h |
| **Ngoài cơn giật** | Tỉnh  HCMN ( - ) | Li bì hoặc mê  HCMN (+) |
| **Tiền sử gia đình** | Bình thường | Có thể có người động kinh |
| **Dịch não tủy** | Bình thường | Biến đổi bệnh lý |
| **Điện não ngoài cơn** | Bình thường | Biến đổi bệnh lý |

**5.TIẾP CẬN TRẺ SỐT CAO CO GIẬT**

**5.1 Hỏi bệnh**

**a, Lý do vào viện :** Trẻ xuất hiện cơn co giật

\*Tiền sử :

+Tiền sử bản thân:

* Sản khoa: có can thiệp thủ thuật gì không, đẻ đủ tháng hay thiếu tháng , cân nặng lúc sinh, sau đẻ có bị ngạt hay không, có can thiệp bằng máy thở hay không, có co giật sơ sinh....
* Quá trình phát triển: đã từng bị sốt cao co giật, động kinh, rối loạn chuyển hóa, chấn thương đầu, tiếp xúc độc chất, phát triển tâm thần vận động không bình thường...

+ Tiền sử gia đình: có người thân nào bị sốt cao co giật động kinh..... đặc biệt anh chị

**c, Bệnh sử :**

+Đặc điểm cơn co giật:

* Xảy ra đột ngột hay từ từ?
* Hoàn cảnh xảy ra cơn
* Thời gian của cơn co giật.
* Khoảng cách giữa các cơn
* Số cơn co giật trong 24h.
* Cơn co giật khu trú hay lan tỏa?
* Biểu hiện của trẻ sau cơn co giật , nếu xuất hiện nhiều cơn thì các cơn có tính chất giống nhau không ?

+ Có kèm theo sốt hay không?, nếu sốt nhiệt độ đo được là bao nhiêu ( nhiệt độ gần thời điểm co giật)

+ Ngoài ra cần khai thác có triệu chứng thần kinh hay bệnh khác kèm theo như nôn, đau đầu, dấu hiệu màng não, liệt, ứ nước não thất, viêm cầu thận, viêm não, chậm phát triển tinh thần, bại não...

+ Triệu chứng nhiễm trùng cơ quan khác: hô hấp, tiêu hóa, tai mũi họng....

**5.2 Khám lâm sàng :**

- Tri giác của bệnh nhân

- Dấu hiệu sinh tồn : mạch, huyết áp,nhiệt độ, nhịp thở, tím tái,SaO2

- Dấu hiệu tổn thương ngoài da liên quan đến chấn thương

- Dấu hiệu thiếu máu

- Dấu hiệu màng não : cổ cứng, thóp phồng, nôn vọt, táo bón

- Dấu hiệu thần kinh khu trú

- Ngoài ra, khám các cơ quan định hướng nguyên nhân gây sốt

**5.3.Xét nghiệm :**

Tùy từng trường hợp cụ thể và tùy theo tuyến có thể phải làm các xét nghiệm sau đây :

- Xét nghiệm máu : công thức máu ,sinh hóa( glucose, điện giải,.....)

- Xét nghiệm tìm nguyên nhân: soi tai mũi họng, X- quang phổi, cấy phân....

- Xét nghiệm dịch não tủy:

Chọc dò tủy sống phải được thực hiện ở trẻ em bị co giật do sốt và các dấu hiệu và triệu chứng của viêm màng não (ví dụ như độ cứng cổ, dấu hiệu Kernig, dấu hiệu Brudzinski) hoặc nếu bệnh sử hoặc khám nghiệm cho thấy có sự xuất hiện của viêm màng não hoặc nhiễm trùng trong sọ.

Nếu trẻ có các biểu hiện của sốt cao co giật phức tạp( thời gian co giật > 15p, sau co giật hồi phục chậm hoặc xuất hiện dấu hiệu thần kinh khu trú....) hoặc dự hoàn cảnh xuất hiện cơn co giật thì ta se làm thêm các xét nghiệm như:

-Xét nghiệm

+ Chụp CLVT sọ não, MRI

+Ghi điện não đồ ( tuyến huyện, tỉnh hoặc trung ương)

+ Soi đáy mắt ( tuyến huyện, tỉnh hoặc trung ương)

+ Siêu âm qua thoi nếu trẻ còn thóp trước

+ Chụp não thất, chụp động mạch não

**6.PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CO GIẬT DO SỐT Ở TRẺ EM**

**6.1 Điều trị trong đợt sốt**

-Xử trí cơn co giật tại bệnh viện:

* Để trẻ nằm yên, tránh kích thích.
* Đặt đầu trẻ nghiêng 1 bên đề phòng tắc đờm dãi.
* Nới rộng quần áo, tã lót.
* Thở ô xy nếu cơn giật kéo dài trên 5 phút hoặc có tình trạng thiếu oxy.
* Nhanh chóng lấy nhiệt độ và các chỉ số sinh tồn.
* Trong một số trường hợp có thể đặt vật mềm hay đè lưỡi giữa 2 hàm răng để trẻ không cắn vào lưỡi.
* Cắt cơn co giật được chỉ định khi có giật kéo dài > 5 phút ( Các cơn giật kéo dài 2-3 phút thường tự hết và không đòi hỏi dùng thuốc.
* Diazepam 0,2mg/kg TMC. Thuốc có thể gây ngưng thở dù đường tĩnh mạch hay hậu môn, vì thế luôn chuẩn bị bóng và mask nhất là khi tiêm tĩnh mạch. Trong trường hợp không tiêm được có thể bơm qua đường hậu môn, liều 0,5mg/kg. Nếu không hiệu quả sau liều Diazepam đầu tiên lập lại liều thứ 2 sau10’, tối đa 3 liều.

Liều tối đa: trẻ < 5 tuổi: 5 mg; trẻ > 5 tuổi: 10 mg

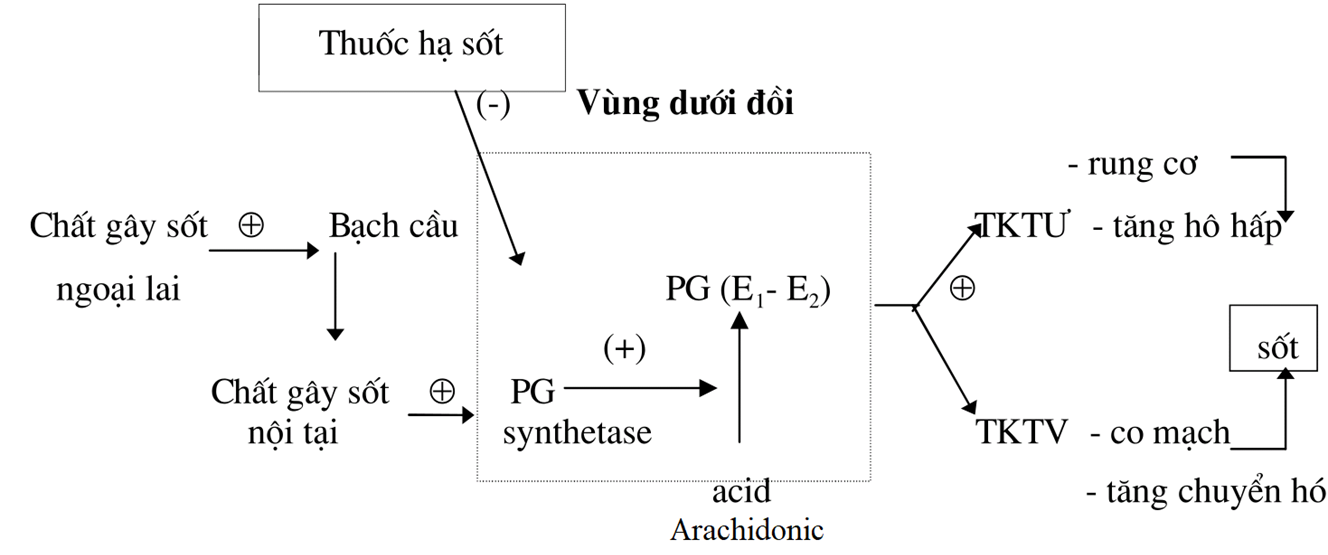
**Bảng liều bắt đầu Diazepam**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tuổi** | **TMC: 0,2 mg/kg** | **Bơm hậu môn: 0,5 mg/kg** |
| < 1 tuổi  1-5 tuổi  5-10 tuổi  >10 tuổi | 1-2 mg  3 mg  5 mg  5-10 mg | 2,5-5 mg  7.5 mg  10 mg  10-15mg |

Chuyển hồi sức ngay nếu dùng Diazepam tổng liều 1mg/kg mà không cắt cơn giật

* Hoặc Midazolam 0,2mg/kg TM chậm. Nếu không đáp ứng có thể lặp lại liều đầu. liều duy trì: 1µg/kg/ phút tăng dần đến khi có đáp ứng, không quá 18µg/kg/phút
* Trẻ sơ sinh ưu tiên chọn Phenobacbital 15-20 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 30’. Nếu sau 30’ mà còn giật thì lặp lại liều thứ hai 10mg/kg.

- ***Kiểm soát thân nhiệt***



-Khi sốt trên 380C , hạ sốt bằng Paracetamol 15 mg/kg/1 lần, uống hoặc đặt hậu môn, nhắc lại sau 4 - 6 giờ (nếu vẫn sốt), nhưng không được quá 60 mg/kg/24 h (hoặc Ibuprofen 10mg/kg/lần, 6 giờ/lần)

-Paracetamol và Ibuprofen có hiệu quả hạ sốt tương đương nhau. Chưa có bằng chứng cho thấy hiệu quả tốt hơn khi kết hợp 2 thuốc này

-Kết hợp các biện pháp vật lý như: chườm trán, nách, bẹn cho bệnh nhân bằng nước ấm 32 – 35 0C, nới bỏ quần áo.

-Điều trị bệnh cơ bản gây sốt tùy theo từng bệnh nhân.

-Ngoài ra, Trong đợt sốt có thể sử dụng Depakin 20mg/kg/ngày (uống chia 2 lần), hoặc Gardenal (phenobacbital) 5mg/kg/ngày.

**6.2.Điều trị dự phòng ngoài đợt sốt**

-Kiểm soát tốt tình trạng tăng thân nhiệt.

-Thuốc kháng động kinh, an thần kinh dùng dài hạn thường không được chỉ định. Một số ít trẻ bị tái phát các cơn co giật thường xuyên hoặc có các yếu tố nguy cơ co giật cao có thể cân nhắc sử dụng.

-Hướng dẫn, tư vấn cho cha mẹ trẻ cách điều trị và hẹn khám lại định kỳ.

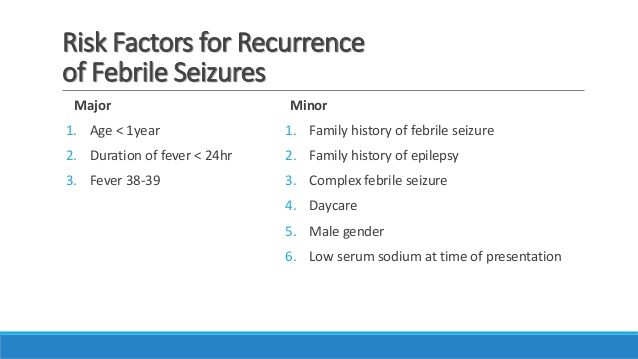
**6.3.Tiến triển và tiên lượng**

- Tỷ lệ tái phát phụ thuộc vào tuổi của trẻ, cơn giật xuất hiện ở trẻ càng nhỏ nguy cơ tái phát co giật do sốt càng cao (1 tuổi là 50 %; 2 tuổi là 30%) .

Trẻ em có nguy cơ tái phát cao nhất là những trẻ có:

* Co giật do sốt lần đầu tiên ở trẻ nhỏ (dưới 18 tháng tuổi)
* Tiền sử gia đình co người bị cơn co giật sốt
* Co giật là dấu hiệu đầu tiên của bệnh
* Co giật xảy ra sốt không cao ở lần đầu tiên.

# \* Khoảng 30% trẻ em co giật do sốt sẽ có nguy co giật lần 2, tuy nhiên chỉ 1 - 2% co giật do sốt đơn thuần và khoảng 10% co giật do sốt phức hợp có nguy cơ bị động kinh .



- Mặc dù khoảng 15% trẻ bị động kinh từng có co giật do sốt, nhưng chỉ 2-7% trẻ từng trải qua cơn sốt cao co giật có thể phát triển thành động kinh. Có một số yếu tố nguy cơ sau đây trong đó:

* Không có yếu tố nguy cơ nào: 12%
* Một yếu tố nguy cơ: 25-50%
* 2 yếu tố nguy cơ: 50%-59%
* 3 và nhiều hơn: 73-100%

Nguy cơ mắc động kinh tăng lên nếu gia đình có tiền sử động kinh, chậm phát triển thần kinh, co giật kéo dài hoặc giật cục bộ.

Nguy cơ mắc động kinh: nếu không có yếu tố nguy cơ khoảng 1%, nếu có 1 yếu tố nguy cơ khoảng 2%, nếu hơn 1 yếu tố nguy cơ khoảng 10%.

**7.HƯỚNG DẪN TƯ VẤN CHO CHA MẸ TRẺ KHI TRẺ BỊ CO GIẬT DO SỐT**

* Không có gì bạn có thể làm để làm cho co giật ngừng lại
* Điều quan trọng nhất là giữ bình tĩnh đừng hoảng sợ
* Đặt con bạn lên 1 bề mặt mềm mại, cố gắng xem chính xác những gì xảy ra để bạn có thể mô tả nó với bác sĩ.
* Không nên tìm cách chống lại những cơn co giật của trẻ bằng cách ghì trẻ thật chặt vì có thể gây tổn thương 1 số bộ phận cơ thể, hoặc có thể làm gãy xương trẻ.
* Không được cho trẻ ăn uống bất cứ một thứ gì vì có thể gây sặc
* Không được dùng vật cứng để ngáng miệng trẻ để tránh làm tổn thương niêm mạc miệng, gãy răng, sứt lợi trẻ.
* Không ủ ấm, hoặc thêm quần áo cho trẻ mặc dù trong cơn sốt cao có thể bị rét run mà phải tìm cách hạ nhiệt nhanh chóng bằng cách làm mát cơ thể và môi trường xung quanh

**Tài liệu tham khảo**:

**Tiếng Việt:**

1. Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2016), “*Phác đồ điều trị Nhi khoa 2016*”.Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ môn Nhi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng (2013), “*Bài giảng Nhi khoa tập 2*”, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. Bộ Y tế, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em”,Hà Nội 2015.
4. Nguyễn Công Khanh (2013), “*Tiếp cận chẩn đoán và điều trị Nhi khoa*”.Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
5. Nguyễn Ngọc Sáng (2016), “*Nhi khoa lâm sàng tập 2*”.Nhà xuất bản Y học Hà Nội.

**Tiếng Anh:**

1. Nelson textbook of Pediatrics 20th Edition, Chapter 591, P.2823
2. Pediatric First Seizure (<https://emedicine.medscape.com/article/1179097-overview>)
3. Verity CM, Golding J. Risk of epilepsy after febrile convulsions: a national cohort study. BMJ. 1991 Nov 30. 303(6814):1373-6. [[Medline]](http://reference.medscape.com/medline/abstract/1760604).
4. Rosman NP, Colton T, Labazzo J, et al. A controlled trial of diazepam administered during febrile illnesses to prevent recurrence of febrile seizures. N Engl J Med. 1993 Jul 8. 329(2):79-84. [[Medline]](http://reference.medscape.com/medline/abstract/8510706).
5. Hesdorffer DC, Shinnar S, Lax DN et al. Risk factors for subsequent febrile seizures in the FEBSTAT study. Epilepsia. 2016 July. 57(7):1042-1047. [[Medline]](http://reference.medscape.com/medline/abstract/27265870).
6. Baumann RJ. Technical report: treatment of the child with simple febrile seizures. Pediatrics. 1999 Jun. 103(6):e86. [[Medline]](http://reference.medscape.com/medline/abstract/10353983)