

thương cơ tim càng rộng, triệu chứng càng nặng nề và tiên lượng càng xấu. Động mạch liên thất cấp máu cho 50% cơ thất trái, khi động mạch này bị tắc, đặc biệt là đoạn gần thì tổn thương cơ tim thất trái càng lớn, khả năng suy tim và tiên lượng càng xấu. Động mạch vành phải thường là ưu năng, cung cấp máu chủ yếu cho thất phải, thành dưới thất trái và đặc biệt là nút xoang và đường dẫn truyền nên ĐMV phải tắc thường gây rối loạn nhịp, suy tim phải tụt huyết áp, làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $67,53 \pm 11,93$ tuổi, tỷ lệ bệnh nhân nam (60,3%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (39,7%). Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp có triệu chứng khó thở cao nhất (75,9%), tiếp đó là và mồ hôi (60,3%), đau ngực điển hình (43,1%). Các giá trị trung bình của men tim tăng cao, đặc biệt là Troponin T ($4513,55 \pm 10160,47$ ng/l). Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp có giảm vận động vùng chiếm tỷ lệ cao nhất 29 BN (64,4%) và tỷ lệ tổn thương cả 3 thân ĐMV là cao nhất (51,7%). Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp can thiệp động mạch liên thất trước là cao nhất (63,8%), tiếp theo là ĐMV phải (32,8%), động mạch mũ (20,7%), ĐM thân chung (15,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **European Society of Cardiology** (2000) "American College of Cardiology Myocardial infarction redefined—a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction". Eur Heart J, 21, 1502-1513.

2. **Scalone G, Brugaletta S, Gómez-Monterrosas O. et al** (2015) "ST-Segment Elevation Myocardial Infarction". Circulation Journal, 79 (2), 263-270.
3. **Thạch Nguyễn, Michael Gibson, Borce Petrovski. et al** (2007) "Nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên". Một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch., NXB Y Học, tr.31-70.
4. **Vũ Đình Huy, Richard CP** (2000) "Nhồi máu cơ tim cấp". Các Nguyên Lý Y Học Nội Khoa Harrison, tập 3 (NXB Y Học), tr. 1952-1971.
5. **Yasuda S and Shimokawa H** (2009) "Acute myocardial infarction". Circulation Journal, 73 (11), 2000-2008.
6. **Nguyễn Lâm Việt** (2014) "Nhồi máu cơ tim cấp". Thực hành bệnh tim mạch, 20-34.
7. **Nguyễn Huy Lợi, Phạm Mạnh Hùng, Dương Đình Chính** (2023), "Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 162 (1), tr. 237-246.
8. **Ngô Đức Kỳ, Nguyễn Huy Lợi, Trần Thị Anh Thơ, và CS** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp động mạch vành qua da thì đầu ở Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An", Tạp chí Y học Việt Nam, 503 (2), tr. 243-246.
9. **Phạm Mạnh Hùng, Đào Trọng Thành, Nguyễn Ngọc Quang** (2010) "Nghiên cứu tính khả thi và hiệu quả của can thiệp động mạch vành qua đường động mạch quay ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp". Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, số 52, 36-44.
10. **Đặng Văn Minh, Vũ Điện Biên, Nguyễn Ngọc Quang, Nguyễn Tiến Dũng, Lê Thị Lan Hương** (2023) "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên". Tạp chí Y học Việt Nam, 539 (1b), tr. 233-237.

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI TÌNH TRẠNG MỆT MỎI Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2}, Hoàng Thị Xuân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan với tình trạng mệt mỏi ở các

bệnh nhân sốt xuất huyết dengue điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, sử dụng bảng điểm CFQ-11 (Chalder Fatigue scale) để đánh giá tình trạng mệt mỏi thực sự của các bệnh nhân sốt xuất huyết dengue. **Kết quả:** Trong 102 bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue (SXHD), có 74,5% bệnh nhân SXHD cảnh báo và 25,5% SXHD thường. Các biểu hiện lâm sàng chính của SXHD là sốt, đau đầu, đau mỏi người, có 35,3% bệnh nhân có biểu hiện ngứa và 42,2% có phát ban. Có 74,5% bệnh nhân có tiểu cầu dưới $50G/l$; 55,9% bệnh nhân có Hct $> 50\%$ lúc nhập viện.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm bài báo: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

Giá trị tiểu cầu thấp nhất tại ngày thứ 5 sau khi bắt đầu có triệu chứng (trung vị là 48 G/L). Có 56 bệnh nhân (54,9%) có mệt mỏi thực sự dựa theo thang điểm CFQ-11. Tỷ lệ mệt mỏi cao nhất ở ngày 3, ngày 4 và ngày 5 sau khi có biểu hiện sốt, lần lượt là 17,9%; 30,4% và 26,8%. Không có mối liên quan giữa tình trạng mệt mỏi với mức độ bệnh sốt xuất huyết và mức độ thay đổi tiểu cầu lúc ra viện.

Từ khóa: Sốt xuất huyết dengue, biểu hiện lâm sàng, mệt mỏi, CFQ-11.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL MANIFESTATIONS AND THE ASSOCIATION WITH FATIGUE IN DENGUE FEVER PATIENTS TREATED AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe clinical and paraclinical manifestations and the association with fatigue in dengue fever patients treated at Hanoi Medical University Hospital. **Method:** Descriptive study, using CFQ-11 score (Chalder Fatigue scale) to evaluate the real fatigue status of dengue fever patients. **Results:** Of 102 patients, 74.5% had warning signs and 25.5% had no warning signs. The most common clinical manifestations of dengue fever are fever, headache, body aches. Of them, 35.3% had itching and 42.2% had rashes. There were 74.5% of patients with platelets below 50G/l and 55.9% of patients had Hct > 50% at admission. Platelet values were lowest at day 5 after symptom onset (median 48 G/L). There were 56 patients (54.9%) with real fatigue based on the CFQ-11 scale. The highest rate of fatigue was on days 3, 4 and 5 after fever appeared, 17.9%; 30.4% and 26.8% respectively. There was no association between fatigue and the severity of dengue fever and the level of platelet changes at discharge. **Keywords:** Dengue fever, clinical manifestation, fatigue, CFQ-11

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút dengue gây nên. Dịch sốt xuất huyết dengue thường xảy ra hàng năm, với khoảng 390 triệu ca nhiễm dengue hàng năm với khoảng 96 triệu có biểu hiện lâm sàng ở 129 quốc gia trên Thế giới.¹ Bệnh được cho là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong ở một số nước Châu Á và Châu Mỹ Latin.²

Mệt mỏi là triệu chứng thường gặp trong các bệnh lý nội khoa mạn tính với tỷ lệ dao động từ 20-60%.³ Trong các nghiên cứu này, mệt mỏi được định nghĩa là tình trạng tồn tại dai dẳng cảm giác kiệt sức và giảm khả năng hoạt động về tinh thần và thể chất, với các triệu chứng thường gặp thay đổi ở các mức độ khác nhau. Trong SXHD, dấu hiệu mệt mỏi thường biểu hiện rõ rệt ngay trong giai đoạn có triệu chứng và thường kéo dài đến cả sau giai đoạn hồi phục, dấu hiệu này thường được bệnh nhân phản nản

khi đến viện. Một số nghiên cứu trên Thế giới cho thấy tình trạng mệt mỏi kéo dài sau giai đoạn nhiễm virus dengue cấp tính, trong đó có sử dụng một số thuật ngữ khác nhau như suy nhược cơ thể (asthenia), khó chịu (malaise) hay yếu mệt (weakness) để đánh giá một hiện tượng chung là “mệt mỏi” tồn tại vài tháng sau nhiễm dengue cấp tính và tình trạng mệt mỏi này được cho là có liên quan với các rối loạn miễn dịch trong khi nhiễm dengue.^{4,5}

Tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu đánh giá tình trạng mệt mỏi trong bệnh SXHD, các nghiên cứu này mới chỉ dừng ở việc xác định tỷ lệ xuất hiện mệt mỏi chung ở các bệnh nhân SXHD và là dấu hiệu “cảm tính” do bệnh nhân thông báo. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tại (2022) tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang có 32,3% bệnh nhân SXHD có mệt mỏi.⁶ Câu hỏi đặt ra là trong giai đoạn nhiễm virus dengue cấp tính, mức độ mệt mỏi của bệnh nhân như thế nào và liệu tình trạng mệt mỏi có liên quan với mức độ của sốt xuất huyết dengue hay không, cho đến hiện tại chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả biểu hiện lâm sàng và mối liên quan giữa tình trạng mệt mỏi thực sự với mức độ bệnh ở các bệnh nhân SXHD điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là các bệnh nhân được chẩn đoán SXHD, theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2011,⁷ điều trị nội trú tại Khoa Bệnh nhiệt đới và Can thiệp giảm hại, bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 10/2022 đến tháng 1/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán SXHD đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được thu thập thông tin bao gồm: tuổi, giới, ngày nhập viện, triệu chứng lâm sàng, công thức máu lúc nhập viện, các thay đổi công thức máu trong quá trình điều trị. Bệnh nhân được phỏng vấn tại thời điểm xuất viện bằng bộ câu hỏi liên quan đến đánh giá tình trạng mệt mỏi. Cán bộ nghiên cứu sẽ gặp bệnh nhân giới thiệu, giải thích mục đích, ý nghĩa của khảo sát, lấy chấp thuận tham gia nghiên cứu, giới thiệu bộ câu hỏi và hướng dẫn cách trả lời để đánh giá tình trạng mệt mỏi thực sự khi mắc SXHD.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tình trạng mệt mỏi dựa vào bộ câu hỏi CFQ 11 (The Chalder Fatigue scale - CFQ 11). Thang câu hỏi đánh giá mức độ mệt mỏi gồm 11 câu hỏi

liên quan với các triệu chứng bao gồm các yếu tố về thể chất và tinh thần: (1) Bạn có vấn đề với sự mệt mỏi không? (2) Bạn cần nghỉ ngơi nhiều hơn không? (3) Bạn có cảm thấy buồn ngủ hoặc ngủ gật không? (4) Bạn có thấy có vấn đề khi bắt đầu một việc gì không? (5) Bạn có cảm thấy thiếu hụt năng lượng không? (6) Bạn có thấy bắt đầu mọi việc dễ dàng, sau đó dần dần yếu đi không? (7) Bạn có cảm thấy cơ bắp của mình bị yếu đi không? (8) Bạn có cảm thấy yếu không? (9) Bạn có cảm thấy khó tập trung không? (10) Bạn có bị mắc lỗi khi nói (nói nhịu) không? (11) Bạn có khó khăn khi tìm các từ đúng để diễn đạt không? Với mỗi câu hỏi, đáp án trả lời được tính theo hệ thống điểm Linkert, sẽ bao gồm 4 mức độ (0= ít hơn bình thường; 1= không nhiều hơn bình thường; 2=nhiều hơn bình thường; 3=rất nhiều hơn bình thường). Tổng điểm sẽ dao động từ 0-33 điểm, điểm càng cao chứng tỏ càng mệt nhiều. Một mối thực sự được xác định khi điểm CFQ>4.^{8,9,10}

Bệnh nhân được chẩn đoán mức độ SXHD theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam: SXHD nhẹ, có dấu hiệu cảnh báo và SXHD nặng.⁷

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các số liệu phân bố không chuẩn sẽ biểu diễn bằng trung vị, giá trị nhỏ nhất và lớn nhất. Các biến phân loại được biểu diễn dưới dạng tần số và tỉ lệ %.

Bệnh nhân sau khi trả lời bộ câu hỏi đánh giá mệt mỏi sẽ được tính tổng điểm và được chia làm hai nhóm mệt mỏi thực sự và không mệt mỏi, so sánh tỷ lệ trong từng nhóm mức độ bệnh và tỷ lệ giảm tiểu cầu theo 2 nhóm này để tìm ra sự khác biệt, sử dụng test Khi bình phương. Giá trị $p < 0,05$ được cho là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Các đối tượng tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu trước khi tiến hành hỏi bệnh và thăm khám. Bệnh nhân có quyền tham gia hoặc không tham gia vào nghiên cứu, và được giải thích về việc bảo mật các thông tin cá nhân của mình, các thông tin này chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

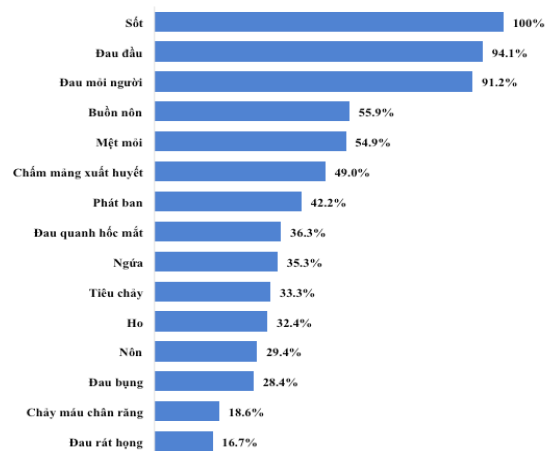
Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2022 đến tháng 1/2023, có 102 bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $37,8 \pm 15,4$ tuổi, 50 nam (49%). Có 33 bệnh nhân (32,4%) có tiền sử bệnh lý nền. Có 25,5% SXH dengue thường và 74,5% SXHD dengue có dấu hiệu cảnh báo, không có bệnh nhân SXH dengue nặng. Thời gian điều trị trung bình của SXH dengue là $3,6 \pm 2,4$ ngày.

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Tuổi		
Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	$37,8 \pm 15,4$	
GTNN-GTLN	15-75	
Giới		
Nam	50	49
Nữ	52	51
Số ngày trung bình bị bệnh trước khi đến khám		
< 3 ngày	11	10,8
3 – 5 ngày	71	69,6
> 5 ngày	20	19,6
Ngày nằm viện		
Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	$3,62 \pm 2,41$	
GTNN-GTLN	1-17	
≤ 3 ngày	63	61,8
4-6 ngày	34	33,3
≥ 7 ngày	5	4,9
Có mắc bệnh lý nền	33	32,4

*GTNN-GTLN: Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất

Nhận xét: Tuổi trung bình mắc SXH là $37,8 \pm 15,4$ tuổi. Tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau. Đa số bệnh nhân nhập viện sau khi có triệu chứng, từ ngày thứ 3 trở đi (91,2%). Có 32,4% bệnh nhân có mắc bệnh lý nền.



Biểu đồ 3.1: Các triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện

Nhận xét: Sốt, đau đầu, đau mỏi người vẫn là các dấu hiệu chính của SXHD, có 35,3% bệnh nhân có biểu hiện ngứa và 42,2% có phát ban. Biểu hiện chấm xuất huyết trên da gặp ở 49% bệnh nhân, ngoài ra có 18,6% có chảy máu chân răng.

Bảng 3.2. Thay đổi công thức máu tại thời điểm nhập viện

Công thức máu	Ngày nhập viện		Ngày ra viện	
	n	%	n	%

HCT (%)				
< 42%	35	34,3	60	58,8
42-50%	10	9,8	42	41,2
> 50%	57	55,9		
Tiểu cầu (G/l)				
< 50 G/l	76	74,5	8	7,8
50-100 G/l	23	22,5	63	61,8
>100 – 150 G/l	1	1,0	20	19,6
> 150 G/l	2	2,0	11	10,8
Bạch cầu (G/l)				
< 4 G/l	53	52,0	19	18,6
4 – 9 G/l	41	40,2	80	78,4
> 9 G/l	8	7,8	3	2,9

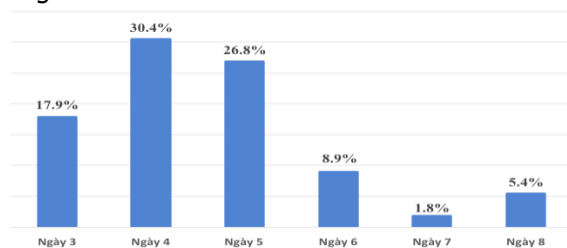
Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân lúc nhập viện có tiểu cầu dưới 100G/l (97%), có 55,9% bệnh nhân có tình trạng cô đặc máu nhiều (Hct > 50%). Khi ra viện, hầu hết bệnh nhân đã có tiểu cầu trên 50 G/L và Hct giảm về mức gần bình thường.

Bảng 3.3. Thay đổi tiểu cầu tính theo ngày bị bệnh tại thời điểm nhập viện

Ngày bị bệnh	Tiểu cầu Trung vị (GTNN-GTLN)	Hematocrit Trung vị (GTNN-GTLN)
Ngày 2 (n=1)	116,0	0,35
Ngày 3 (n=6)	95,5 (26-164)	0,43 (0,37-0,47)
Ngày 4 (n=17)	71,0 (6-198)	0,45 (0,34-0,52)
Ngày 5 (n=31)	48,0 (9-266)	0,44 (0,28-0,53)
Ngày 6 (n=26)	75,5 (13-293)	0,44 (0,3-0,51)
Ngày 7 (n=14)	78,5 (16-177)	0,41 (0,39-0,54)
Ngày 8 (n=4)	135,5 (87-283)	0,43 (0,36-0,52)
Ngày 9 (n=3)	76,0 (5-126)	0,48 (0,33-0,54)

GTNN: Giá trị nhỏ nhất; GTLN: Giá trị lớn nhất

Nhận xét: Giá trị tiểu cầu thấp nhất tại ngày thứ 5 sau khi bắt đầu có triệu chứng (trung vị là 48 G/L), ở ngày 6 và ngày 7 tiểu cầu vẫn còn thấp và phần lớn sẽ tăng trở lại từ ngày thứ 8. Tuy nhiên có 3 bệnh nhân ở ngày thứ 9 vẫn có giảm tiểu cầu.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ mất mồi theo ngày bị bệnh (n=56)

Nhận xét: Trong 56 bệnh nhân có biểu hiện mất mồi, tỷ lệ mất mồi cao nhất là ở ngày thứ 4 và thứ 5 sau khi bắt đầu có triệu chứng (30,4% và 26,8%), từ ngày thứ 6 và thứ 7 tỷ lệ mất mồi giảm dần.

Bảng 3.4. Mức độ mất mồi theo thang điểm CFQ-11

Mức độ mất mồi	n (%)
Không mất mồi	46 (45,1)
Mất mồi thực sự	56 (54,9)

Nhận xét: Đánh giá mức độ mất mồi của bệnh nhân theo thang điểm CFQ-11 thấy có 56 bệnh nhân (54,9%) mất mồi thực sự.

Bảng 3.5. Liên quan giữa mất mồi với mức độ bệnh và số lượng tiểu cầu

Đặc điểm		Không mất mồi n (%)	Có mất mồi n (%)	p
SXHD cảnh báo	Có	32 (69,6)	44 (78,6)	0,363
	Không	14 (30,4)	12 (21,4)	
Tiểu cầu lúc ra viện	<50G/l	5 (10,9)	3 (5,3)	0,104
	50-100 G/l	29 (63,1)	34 (60,7)	
	101-150 G/l	10 (21,7)	10 (17,9)	
	>150 G/l	2 (4,3)	9 (16,1)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tình trạng mất mồi và không mất mồi trong nhóm dengue xuất huyết có dấu hiệu cảnh báo và trong các nhóm giảm tiểu cầu ở các mức độ khác nhau.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 102 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam và nữ mắc bệnh là tương đương nhau (51% nữ và 49% nam). Hầu hết bệnh nhân nhập viện vì hạ tiểu cầu dưới 50 G/l (74,5%) hoặc do có hematocrit tăng cao trên 50% (55,9%). Đánh giá các triệu chứng lâm sàng của SXHD chúng tôi nhận thấy, sốt, đau đầu, đau mồi người vẫn là những triệu chứng thường gặp nhất trong SXH dengue. Ngoài ra, chúng tôi cũng gặp một tỷ lệ bệnh nhân sốt phát ban (42,2%), ngứa (35,3%) và tiêu chảy (33,3%), đây là những triệu chứng trong y văn có đề cập tới nhưng thường với tỷ lệ thấp. Trong thực hành lâm sàng các triệu chứng này có thể giống với một số bệnh do virus khác nên có thể chẩn đoán nhầm giữa sốt xuất huyết với một số bệnh lý khác. Gần một nửa số bệnh nhân (49%) khi nhập viện đã có biểu hiện xuất huyết trên da. Tỷ lệ SXH dengue có dấu hiệu cảnh báo trong nghiên cứu này cũng khá cao, chủ yếu do tiểu cầu giảm nhanh (74,5%) cũng là lý do giải thích cho các thay đổi về lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân trong nghiên cứu này. Giá trị trung vị của tiểu cầu giảm thấp nhất ở ngày thứ 5 của bệnh (48G/L)

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 54,9% bệnh nhân có triệu chứng mất mồi thực sự theo thang điểm đánh giá CFQ11, với ngưỡng cut off là từ 4

điểm trở lên. Các nghiên cứu ở Việt Nam thường đánh giá tình trạng mệt mỏi tại thời điểm có triệu chứng lâm sàng của SXH dengue, ngược lại các nghiên cứu nước ngoài lại tập trung đánh giá mệt mỏi kéo dài sau giai đoạn nhiễm cấp virus dengue. Năm 2006, Raymond Seet và cộng sự tiến hành nghiên cứu đánh giá biểu hiện mệt mỏi sau nhiễm vi rút dengue. Tổng số 127 bệnh nhân SXHD được khảo sát bằng bộ câu hỏi sau khi xuất viện, và theo dõi sau 2 tháng. Tỷ lệ trường hợp than phiền mệt mỏi trong nghiên cứu là 80,3%, trong đó chỉ có 24,4% là thực sự mệt mỏi.¹¹ Nghiên cứu thuần tập của Ponsuge trên 158 bệnh nhân mắc sốt xuất huyết dengue ở bệnh viện quốc gia Sri Lanka cũng sử dụng thang đo mệt mỏi cho kết quả 32% bệnh nhân có tình trạng mệt mỏi sau 2 tháng, bệnh nhân nữ có tình trạng mệt mỏi cao hơn 2,45 lần so với bệnh nhân nam. Nghiên cứu của chúng tôi có điểm khác biệt là đánh giá tình trạng mệt mỏi theo ngày bị bệnh kể từ khi bệnh nhân có triệu chứng sốt và đánh giá mệt mỏi thực sự theo thang điểm đánh giá CFQ11. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mệt mỏi thường hay gặp nhất từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 5 của bệnh, cao nhất là ngày thứ tư với tỷ lệ 30,4%, tiếp theo đến ngày thứ 5 là 26,8%. Trên lâm sàng thường từ ngày thứ 3 trở đi bệnh nhân SXH vẫn còn sốt cao và đây là thời điểm bắt đầu vào giai đoạn nguy hiểm của bệnh, các biến chứng có thể xảy ra ở giai đoạn này bao gồm cô đặc máu do thoát huyết tương và từ ngày thứ 5 có thể có xuất huyết do giảm tiểu cầu. Tình trạng sốt cao liên tục, cô đặc máu và giảm tiểu cầu có thể là nguyên nhân gây nên mệt mỏi. Tuy nhiên khi so sánh tỷ lệ mệt mỏi thực sự giữa nhóm SXH dengue có dấu hiệu cảnh báo và SXH dengue thường chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt. Tại thời điểm ra viện, so sánh tỷ lệ các mức giảm tiểu cầu giữa nhóm mệt mỏi thực sự và không mệt mỏi, cũng không thấy có sự khác biệt.

Sinh bệnh học của triệu chứng mệt mỏi do nhiều yếu tố gây nên và có thể là kết quả của tương tác giữa vi rút với hệ thống miễn dịch của cơ thể. Trong nhiễm vi rút dengue, do đáp ứng hệ miễn dịch, cơ thể sản sinh nhiều cytokine dẫn tới làm tổn thương các tế bào nội mô qua cơ chế trung gian miễn dịch. Sự tương tác phức tạp giữa hệ miễn dịch, nội tiết, cơ xương khớp và hệ thần kinh, thông qua trục vùng dưới đồi - tuyến yên - thượng thận và hệ thống thần kinh tự chủ dẫn đến hiện tượng mệt mỏi trên lâm sàng ở bệnh nhân SXHD. Như vậy tình trạng mệt mỏi có thể liên quan đến đáp ứng miễn dịch của cơ thể.

Khi sự tương tác này tiếp tục xảy ra sau giai đoạn cấp thì mệt mỏi vẫn còn kéo dài tiếp tục. Nghiên cứu đa trung tâm ở Peru trên 3.659 bệnh nhân sốt xuất huyết và 5.408 bệnh sốt không do SXHD ghi lại sự tồn tại của sáu loại triệu chứng (hô hấp, tiêu hóa, phát ban, mệt mỏi, nhức đầu và đau cơ thể) cho đến 2 tháng sau khi nhiễm sốt xuất huyết cấp tính.

Với số lượng cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, chưa bao gồm tất cả các mức độ SXHD theo hướng dẫn của Bộ Y tế nhưng nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên nhằm đánh giá sơ bộ về tỷ lệ mệt mỏi thực sự ở bệnh nhân mắc SXHD theo ngày bị bệnh trong giai đoạn cấp tính. Cần có nhiều nghiên cứu với số lượng lớn hơn và đánh giá theo dõi lâu dài sau mắc SXH dengue để có thể đưa ra các kết quả có ý nghĩa hơn.

V. KẾT LUẬN

Mệt mỏi là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân sốt xuất huyết, thường hay gặp nhất ở ngày thứ 3 đến ngày thứ 5 của bệnh và không liên quan tới mức độ nặng của bệnh SXH dengue và mức thay đổi tiểu cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhatt S, Gething PW, Brady OJ et al.** The global distribution and burden of dengue. *Nature*. 2013;496 (7446):504–7.
2. **Castaneda-Orjuela C, Díaz H, Alvis-Guzman N, et al.,** Burden of disease and economic impact of dengue and severe dengue in Colombia, 2011. *Value in health regional issues*, 2012; 1(2): p. 123-128.
3. **M G Swain.** Fatigue in chronic disease. *Clinical science*, 2000. 99(1): p. 1-8.
4. **Halsey ES, Williams M, Laguna-Torres VA et al.** Occurrence and correlates of symptom persistence following acute dengue fever in Peru. *Am J Trop Med Hyg*. 2014;90(3):449–56.
5. **García G, González N, Pérez AB et al.** Long-term persistence of clinical symptoms in dengue-infected persons and its association with immunological disorders. *Int J Infect Dis*. 2011;15(1):e38–43.
6. **Nguyễn Văn Tại,** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 519 (2), tháng 10/2022: 60-64.
7. **Bộ Y tế,** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết dengue 2011. Quyết định 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 2 năm 2011.
8. **Craig Jackson. The Chalder Fatigue scale (CFQ 11).** *Occupational Medicine*. 2015; 65:86. [goodmedicine.org.uk. Chalder Fatigue Scale. http://www.goodmedicine.org.uk/files/assessment_t.chalder fatigue scale.pdf](http://www.goodmedicine.org.uk/files/assessment_t.chalder%20fatigue%20scale.pdf). Access 19 September 2022.
9. **Cella M, Chalder T.** Measuring fatigue in clinical and community settings. *J Psychosom Res*. 2010 Jul;69(1):17-22..