1. **Imbesi Bellantoni M, Picciolo G, Pirrotta I, et al.** Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma: An Update of the Pharmacological Treatment. Biomedicines. Apr 7 2023;11(4)doi:10.3390/ biomedicines11041112
2. **Duong HT, Huynh NC-N, Nguyen CT-K, et al.** Identify characteristics of Vietnamese oral squamous cell carcinoma patients by machine learning on transcriptome and clinical-histopathological analysis. Journal of Dental Sciences. 2024/12/01/ 2024;19:S81-S90. doi: https://doi.org/10.1016/j.jds.2024.08.013
3. **Kosti I, Jain N, Aran D, Butte AJ, Sirota M.** Cross-tissue Analysis of Gene and Protein Expression in Normal and Cancer Tissues. Scientific reports. May 4 2016;6:24799. doi:10. 1038/ srep24799
4. **Zhu S, Xu Z, Zeng Y, et al.** ADNP Upregulation Promotes Bladder Cancer Cell Proliferation via the AKT Pathway. Front Oncol. 2020;10:491129. doi:10.3389/fonc.2020.491129
5. **Wang K, Hong RL, Lu JB, Wang DL.** Ste20-like kinase is upregulated in glioma and induces glioma invasion. Neoplasma. 2018;65(2):185-191. doi:10.4149/neo_2018_170318N193
6. **Manai M, I EL-D, Finetti P, et al.** MARCKS as a Potential Therapeutic Target in Inflammatory Breast Cancer. Cells. Sep 19 2022;11(18) doi:10.3390/cells11182926
7. **Chen CH, Chiu CL, Adler KB, Wu R.** A novel predictor of cancer malignancy: up-regulation of myristoylated alanine-rich C kinase substrate phosphorylation in lung cancer. Am J Respir Crit Care Med. Apr 15 2014;189(8):1002-4. doi:10.1164/rccm.201401-0053LE
8. **Chen CH, Fong LWR, Yu E, Wu R, Trott JF, Weiss RH.** Upregulation of MARCKS in kidney cancer and its potential as a therapeutic target. Oncogene. Jun 22 2017;36(25):3588-3598. doi:10.1038/onc.2016.510
9. **Chen CH, Cheng CT, Yuan Y, et al.** Elevated MARCKS phosphorylation contributes to unresponsiveness of breast cancer to paclitaxel treatment. Oncotarget. Jun 20 2015;6(17):15194-208. doi:10.18632/oncotarget.3827

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI HÌNH THỂ MŨI SAU PHẪU THUẬT ĐẨY LÙI TIỀN HÀM

Nguyễn Thị Như Trang[1], Phạm Như Hải[2], Phạm Như Châu Phương[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi hình thể mũi sau phẫu thuật đẩy lùi tiền hàm ở bệnh nhân Việt Nam góp phần hoàn thiện kế hoạch điều trị phẫu thuật tạo hình xương hàm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 30 bệnh nhân nữ (18–45 tuổi). Các chỉ số hình thể mũi gồm sn-prn, n-sn, n-prn, góc mũi – môi và góc trán – mũi được đo trước và sau phẫu thuật 6 tháng. **Kết quả:** Chiều cao mũi giảm trung bình 3.75 mm, chiều dài mũi giảm 2 mm. Góc mũi – môi tăng 11°, góc trán – mũi tăng 4.5°. Độ nhô đầu mũi giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Phẫu thuật đẩy lùi tiền hàm làm thay đổi đáng kể hình thể vùng mũi, đặc biệt là chiều cao, chiều dài và các góc mũi – môi, trán – mũi. ***Từ khóa:*** Phẫu thuật đẩy lùi tiền hàm, Góc mũi – môi, Góc trán – mũi, Độ nhô đầu mũi

SUMMARY

EVALUATION OF NASAL MORPHOLOGICAL CHANGES AFTER ANTERIOR SEGMENTAL OSTEOTOMY

Objective: To evaluate changes in nasal morphology following anterior segmental osteotomy in Vietnamese patients, aiming to provide clinical data for improving orthognathic surgical planning. **Subjects and Methods:** A non-controlled clinical intervention study was conducted on 30 female patients aged 18–45. Nasal parameters including sn-prn, n-sn, n-prn, nasolabial angle, and nasofrontal angle were measured before and six months after surgery. **Results:** Nasal height decreased by an average of 3.75 mm, nasal length decreased by 2 mm. The nasolabial angle increased by 11°, and the nasofrontal angle increased by 4.5°. The decrease in nasal tip projection was not statistically significant. **Conclusion:** Anterior segmental osteotomy has a significant impact on nasal morphology, especially in terms of nasal height, nasal length, and the nasolabial and nasofrontal angles. ***Keywords:*** anterior segmental osteotomy, Nasolabial angle, Forehead-nose angle, Nasal tip projection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương tiền hàm (Premaxilla), là phần xương phía trước của xương hàm, có chức năng nâng đỡ các răng cửa, quan trọng trong việc ăn nhai, phát âm và thẩm mỹ khuôn mặt. Cắt đẩy lùi tiền hàm là phẫu thuật đẩy lùi phần nền xương ổ răng trước, giúp điều chỉnh tình trạng vẩu răng và xương quá mức, nhằm cải thiện tình trạng môi khép không kín, khó phát âm, khó nhai do vẩu xương ổ răng quá mức [1]. Đồng thời làm cho khuôn mặt hài hòa hơn. Tuy nhiên, do sự kết nối chặt chẽ giữa xương hàm trên, nền mũi

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như Trang
Email: nhutrang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025
Ngày duyệt bài: 23.5.2025

và các mô mềm vùng mũi, sự di chuyển của xương ổ răng hàm trên thường dẫn đến những thay đổi không kiểm soát được về hình dáng và chức năng của mũi. Các biến đổi này bao gồm: sự thay đổi vị trí nền mũi (nâng lên, xoay, đẩy ra trước hoặc tụt xuống), giãn rộng nền cánh mũi, thay đổi góc mũi - môi và giảm độ nhô của đầu mũi [2]. Bên cạnh đó, thể tích khoang mũi và cấu trúc đường thở có thể bị ảnh hưởng, làm thay đổi sức cản hô hấp và chức năng thở mũi. Những biến đổi này, nếu không được kiểm soát tốt, có thể làm giảm sự hài lòng về thẩm mỹ của bệnh nhân sau phẫu thuật chỉnh hàm, thậm chí dẫn đến nhu cầu phẫu thuật tạo hình mũi (rhinoplasty) thứ phát để khắc phục.

Chính vì vậy, đánh giá và dự đoán các thay đổi của mũi sau phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt, đặc biệt là sau phẫu thuật đẩy lùi xương tiền hàm trên, đóng vai trò quan trọng trong quy trình lập kế hoạch điều trị tổng thể nhằm đảm bảo kết quả tối ưu về chức năng và thẩm mỹ khuôn mặt.

Hiện nay, hầu hết các nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của phẫu thuật tạo hình xương đến hình thể và chức năng mũi chủ yếu tập trung ở bệnh nhân phương Tây, trong khi đặc điểm giải phẫu vùng mũi - mặt của người châu Á có sự khác biệt rõ rệt. Do đó, cần có các nghiên cứu chuyên sâu, phù hợp với bệnh nhân châu Á nhằm dự đoán, kiểm soát và tối ưu hóa kết quả thẩm mỹ vùng mũi sau phẫu thuật lùi xương ổ răng.

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá sự thay đổi hình thái mũi sau phẫu thuật cắt đẩy lùi tiền hàm ở nhóm bệnh nhân Việt Nam, có ý nghĩa quan trọng trong việc lập kế hoạch điều trị tổng thể, đồng thời góp phần nâng cao hiệu quả thẩm mỹ và chức năng sau phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có vẩu xương ổ răng hàm trên nặng có độ nhô của môi trên > 6 mm không thể chỉnh hết vẩu bằng các phương pháp nắn chỉnh răng không phẫu thuật.
- Bệnh nhân có vẩu xương ổ răng ≤ 6mm nhưng muốn rút ngắn thời gian điều trị
- ≥ 18 tuổi
- Bệnh nhân có tình trạng sức khỏe toàn thân tốt, đủ điều kiện phẫu thuật.
- Không mắc các bệnh mãn tính ảnh hưởng đến quá trình lành thương như tiểu đường kiểm soát kém, loãng xương nặng, bệnh lý về máu...
- Bệnh nhân chấp thuận phẫu thuật, đồng ý tham gia nghiên cứu, ký cam kết đồng thuận sau khi được giải thích rõ ràng về quy trình, lợi ích và nguy cơ.
- Cam kết tuân thủ lịch tái khám và chăm sóc sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đủ điều kiện sức khỏe phẫu thuật toàn thân hoặc có bệnh lý làm tăng nguy cơ biến chứng phẫu thuật (bệnh tim, rối loạn đông máu...).
- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần, không hợp tác điều trị.
- Dị dạng phức tạp vùng sọ mặt cần các phẫu thuật phối hợp khác
- Viêm, nhiễm trùng răng miệng cấp tính chưa được điều trị triệt
- Bệnh nhân đang mang thai hoặc cho con bú

Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân nữ, độ tuổi từ 18 đến 45, trung bình 29 ± 4 tuổi, được chỉ định phẫu thuật đẩy lùi tiền hàm xương hàm trên kèm đánh lún hoặc không. Đánh giá các thông số hình dạng mũi được thực hiện trước và sau 6 tháng phẫu thuật tại nha khoa Như Hải, 1 Hàng Tre, Hà Nội

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng

Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện: tất cả bệnh nhân đến điều trị tại nha khoa Như Hải, sở y tế Hà Nội đáp ứng được tiêu chuẩn chọn mẫu

Qui trình phẫu thuật đẩy lùi tiền hàm

Chuẩn bị trước phẫu thuật:

Chẩn đoán và lập kế hoạch: kiểm tra lâm sàng bao gồm khám trọng miệng, ngoài mặt, ảnh chụp mặt các tư thế và phim X-quang. Sử dụng phần mềm kỹ thuật số để lập kế hoạch di chuyển mong muốn của đoạn xương ổ răng.

Chuẩn bị chỉnh nha nếu cần

Bệnh nhân ký đồng thuận: Thảo luận về quy trình, rủi ro, lợi ích và kết quả mong đợi với bệnh nhân. Xin sự đồng ý bằng văn bản.

Các bước phẫu thuật:

Mở đường vào: Rạch ngang ở niêm mạc tiền đình 1,5 cm phía trên ranh giới lợi dính, bóc tách bộc lộ xương tiền hàm.

Cắt mở xương: Đường cắt dọc giữa các răng hàm nhỏ hoặc qua huyệt ổ răng 4. Sau đó thực hiện đường cắt ngang trên các chân răng hàm nhỏ > 5mm, đục chẻ để giải phóng đoạn xương ổ răng trước khỏi xương hàm trên.

Đoạn xương ổ răng cắt ra được xếp lại theo kế hoạch điều trị. Cố định đoạn xương tiền hàm

cắt ra bằng máng hướng dẫn phẫu thuật

Kết hợp 2 đầu xương bằng nẹp vít 2.0.

Tháo máng cố định và Kiểm tra khớp cắn để đảm bảo đã xếp xương ổ răng đúng cách.

khâu đóng vết mổ bằng Vicryl 3.0

Chăm sóc hậu phẫu:

Theo dõi bệnh nhân chảy máu, sưng, đau

Dùng thuốc kháng sinh và thuốc giảm đau.

Chườm nước đá để giảm sưng và đau

Súc miệng nhẹ nhàng bằng nước muối sinh lý hoặc dung dịch theo chỉ định.

Tránh chải răng vùng phẫu thuật trong 7 ngày đầu.

Lịch hẹn theo dõi định kỳ để kiểm tra lành thương và khớp cắn (sau 2 ngày phẫu thuật).

Tiếp tục chỉnh nha sau 4–6 tuần để điều chỉnh khớp cắn tinh tế hơn.

Các thông số đánh giá trước và sau phẫu thuật:

Đánh giá kết quả bằng dùng phần mềm chồng ảnh chụp nghiêng tiêu chuẩn kết hợp kiểm tra lại trên phim Cephalometric mặt nghiêng (hình 2) để đánh giá sự thay đổi của hình thể mũi.

Đánh giá bằng đo trực tiếp các chỉ số theo Serrati và cs, Suhk và cs[3, 4] (hình 1):

· Nasal tip protrution (sn-prn): Độ nhô đầu mũi

· Nasal height (n-sn): chiều cao mũi

· Nasal length (n-prn): Chiều dài mũi

· Nasolabial angle (NLA): Góc mũi – môi

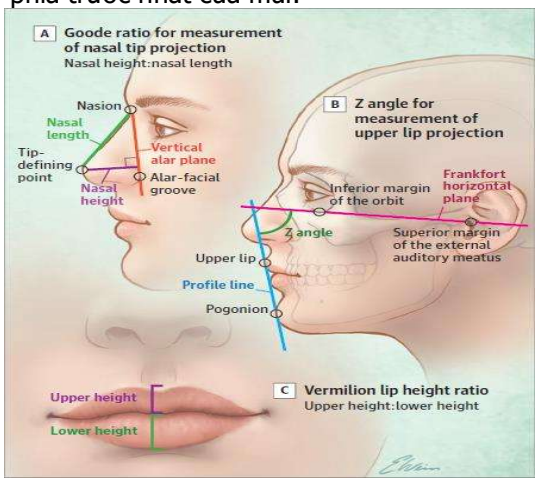
· Nasofrontal angle (NFA): Góc trán – mũi

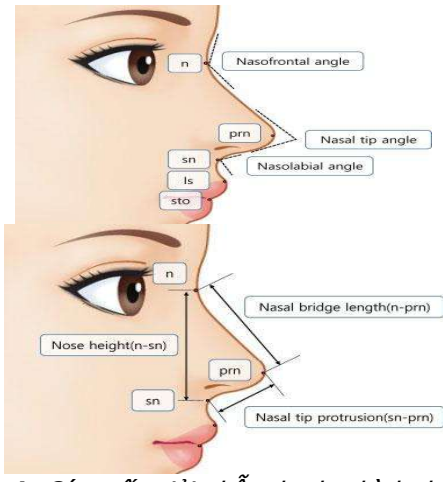
• Các điểm mốc giải phẫu cần xác định[3, 4]:

○ Nasion (N): Điểm lõm nhất ở rãnh giữa trán và mũi.

○ Subnasale (Sn): Điểm giao giữa nền mũi và môi trên.

○ Pronasale (Prn): Đỉnh chóp mũi, điểm nhô ra phía trước nhất của mũi.





Hình 1: *Các mốc giải phẫu đo đạc hình thái mũi*

Phân tích số liệu. Phân tích số liệu bằng phần mềm R, So sánh giá trị trước và sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hình thể mũi trước phẫu thuật

Chỉ số	Trung bình	SD	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Nasal tip protrution (sn-prn): Độ nhô đầu mũi	16.98	2.93	20.59	12.46
Nasal height (n-sn): chiều cao mũi	27.22	0.89	28.53	26.02
Nasal length (n-prn): Chiều dài mũi	41.37	1.86	44.20	39.00
Nasolabial angle (NLA): Góc mũi – môi	85.0	68.0	86.0	79.67
Nasofrontal angle (NFA): Góc trán – mũi	134.0	3.40	138.0	132

Hình thái mũi khác nhau nhiều giữa các bệnh nhân nghiên cứu. Độ nhô đầu mũi trung bình là 16.98mm, góc mũi - môi trung bình là 85^0, chiều cao mũi trung bình là 27.22mm, chiều dài mũi trung bình 41.37mm, góc trán - mũi trung bình 134^0

Chỉ số	Trung bình	SD	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Nasal tip protrution (sn-prn): Độ nhô đầu mũi	16.49	2.77	20.59	12.79
Nasal height (n-sn): chiều cao mũi	23.47	0.96	24.34	21.91
Nasal length (n-prn): Chiều dài mũi	39.37	2.48	42.34	35.51
Nasolabial angle (NLA): Góc mũi – môi	96.00	8.83	110.00	86.00
Nasofrontal angle (NFA): Góc trán – mũi	138.50	6.21	148.50	132.00

Sau phẫu thuật, vẫn có sự khác biệt rõ rệt về cấu trúc vùng trán - mũi giữa các cá thể. Độ nhô đầu mũi trung bình là 16.49 mm**.** Chiều cao mũi trung bình đạt 23.47 mm**.** Chiều dài mũi

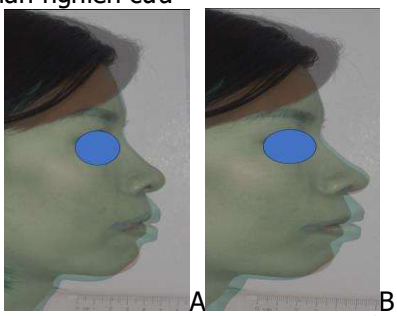
trung bình là 39.37 mm**.** Góc mũi - môi trung bình là 96^0. Góc trán - mũi trung bình là 138.5^0.

Mức độ thay đổi hình thể mũi sau phẫu thuật

Chỉ số	Trung bình	SD	Lớn nhất	Nhỏ nhất	P
Nasal tip protrution (sn-prn): Độ nhô đầu mũi	0.49	0.25	1.81	-0.34	0.07
Nasal height (n-sn): chiều cao mũi	3.75	3.60	5.19	1.86	0.001
Nasal length (n-prn): Chiều dài mũi	2	2.04	3.50	0.61	0.02
Nasolabial angle (NLA): Góc mũi – môi	-11	-13.44	-6.00	-25.00	0.01
Nasofrontal angle (NFA): Góc trán – mũi	-4.5	-1.61	1.00	-14.50	0.0015

Các chỉ số về hình thể mũi thay đổi ở các mức độ khác nhau và khác biệt trên mỗi bệnh nhân. Độ nhô đầu mũi giảm trung bình 0.49mm, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0.07). Chiều cao mũi giảm rõ, trung bình 3.75mm, chiều dài mũi giảm ít 2mm, góc mũi - môi mở rộng, tăng trung bình 11°. Góc trán - mũi tăng ít, trung bình 4.5°, những khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Chồng ảnh. Kết quả chồng ảnh theo 2 tư thế: sn-prn tại điểm sn và mặt phẳng trán (hình 2) cho thấy sự thay đổi không đáng kể độ nhô đầu mũi nhưng khi chồng theo mặt phẳng trán cho thấy hình thể mũi thay đổi rõ trên các ảnh bệnh nhân nghiên cứu



Hình 2: Chồng theo sn-prn tại điểm cn để đánh giá sự thay đổi của độ nhô đầu mũi (A). Chồng theo mặt phẳng trán để đánh giá sự thay đổi hình dạng mũi (B)

IV. BÀN LUẬN

Sự khác biệt về chỉ số hình thể mũi trước phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi so với các tài liệu khác có thể liên quan đến đặc điểm chủng tộc và hình thái vùng mặt. JeongHoon Suhk và cộng sự [5, 6] nhận định chiều dài mũi trung bình của người châu Á ngắn hơn so với người da trắng, khoảng 45-50 mm, trong khi chiều dài mũi trung bình trước phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 41.37 mm, phù hợp với đặc điểm nhân trắc học của người Việt Nam.

So sánh với nghiên cứu của Atakan và Ozcirpici [7], các tác giả ghi nhận giảm độ nhô đầu mũi trung bình 0.44 mm và thay đổi góc mũi trán, tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi (giảm 0.49 mm và tăng 4.5°). Ngoài ra, Worasakwutiphong và cs [8]cũng báo cáo sự tăng đáng kể góc mũi - môi sau phẫu thuật Le Fort I, dao động từ 10° đến 15°, trong nghiên cứu của chúng tôi tăng 11°. Tuy nhiên, nghiên cứu này không ghi nhận sự thay đổi đáng kể về chiều cao và chiều dài mũi như nghiên cứu của chúng tôi.

Dantas và cộng sự [9] ghi nhận 85% bệnh nhân có đầu mũi cao hơn sau phẫu thuật Le Fort I. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy góc mũi – môi tăng, cho thấy cảm nhận tăng độ cao của mũi.

Nhìn chung, khi so sánh với các kết quả nghiên cứu trên thế giới càng khẳng định phẫu thuật đẩy lùi tiền hàm nói riêng và phẫu thuật tạo hình xương hàm nói chung tác động rõ rệt đến hình thể mũi. Các thay đổi này cần được đánh giá kỹ lưỡng trong lập kế hoạch điều trị để đảm bảo kết quả tối ưu về mặt thẩm mỹ và chức năng cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân nữ được phẫu thuật đẩy lùi tiền hàm cho thấy phẫu thuật đẩy lùi tiền hàm có ảnh hưởng rõ rệt đến hình thể mũi, đặc biệt là các chỉ số chiều cao mũi, chiều dài mũi và các góc mũi - môi, trán - mũi. Cụ thể, chiều cao mũi trung bình giảm 3.75 mm, chiều dài mũi giảm 2 mm. Góc mũi - môi tăng 11^0 và góc trán - mũi tăng 4.5^0. Riêng độ nhô đầu mũi có giảm không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tahmasbi, S., et al.,** Cephalometric changes in nasopharyngeal area after anterior maxillary segmental distraction versus Le Fort I osteotomy in patients with cleft lip and palate. Eur J Dent, 2018. 12(3): p. 393-397.
2. **Li, K., et al.,** Comparison of Effects between Total Maxillary Setback Osteotomy and Anterior Maxillary Segmental Osteotomy on Nasolabial Morphology. Plast Reconstr Surg, 2023. 152(6): p. 1076e-1087e.

3. **Cerrati, E.W. and S.H. Dayan,** Association of Increasing Nasal Tip Projection With Lip Position in Primary Rhinoplasty. JAMA Facial Plast Surg, 2017. 19(4): p. 323-326.
4. **Suhk, J., J. Park, and A.H. Nguyen,** Nasal Analysis and Anatomy: Anthropometric Proportional Assessment in Asians-Aesthetic Balance from Forehead to Chin, Part I. Semin Plast Surg, 2015. 29(4): p. 219-25.
5. **Koc, O., et al.,** Comprehensive analysis of alar base inclination and lip line cant following orthognathic correction of maxillomandibular asymmetry: A retrospective study. J Craniomaxillofac Surg, 2024. 52(11): p. 1293-1298.
6. **Jin, L., et al.,** An Innovative method for intraoperative guidance of nasal shape in rhinoplasty: Application of a convenient, sterilizable, patient-specific film model. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2023. 84: p. 634-641.
7. **Atakan, A. and A.A. Ozcirpici,** Correlation between cephalometric nasal changes and patients' perception after orthognathic surgery. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2021. 159(6): p. e449-e460.
8. **Worasakwutiphong, S., et al.,** Nasal changes after orthognathic surgery for patients with prognathism and Class III malocclusion: analysis using three-dimensional photogrammetry. J Formos Med Assoc, 2015. 114(2): p. 112-23.
9. **Dantas, W.R., et al.,** Evaluation of the nasal shape after orthognathic surgery. Braz J Otorhinolaryngol, 2015. 81(1): p. 19-23.

VAI TRÒ CỦA ĐỘ PHÂN BỐ KÍCH THƯỚC BẠCH CẦU ĐƠN NHÂN Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Phan Văn Mạnh[1,2], Nguyễn Quang Trung[2], Thân Mạnh Hùng[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu; lấy mẫu thuận tiện. Bệnh nhân được phân thành các nhóm theo phân độ sốt xuất huyết Dengue của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009. **Kết quả:** 97 bệnh nhân trong đó nam chiếm tỷ lệ 61,9%, tuổi trung bình là 38,8 ± 12,5. Độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân có sự khác biệt giữa ba nhóm sốt xuất huyết Dengue, sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo và sốt xuất huyết Dengue nặng vào các ngày thứ 4, thứ 5 và thứ 6 của bệnh. Độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân ngày thứ 4 lớn hơn 27,65 (có độ nhạy 91,7% và độ đặc hiệu 61,5%) có ý nghĩa dự đoán bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo và nặng. **Kết luận:** Độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân là một yếu tố tiên lượng, dự đoán nguy cơ mắc sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo và sốt xuất huyết Dengue nặng.

Từ khóa: sốt xuất huyết Dengue, độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân, MDW

SUMMARY

ROLE OF MONOCYTE DISTRIBUTION WIDTH IN PATIENTS WITH DENGUE FEVER ADMITTED TO THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Objectives: To evaluate the role of monocyte distribution width in patients with Dengue fever. **Subjects and methods:** retrospective descriptive study; convenience sampling. Patients were divided into groups according to the 2009 WHO Dengue fever classification. **Results:** Of 97 patients, 61.9% were male, with an average age of 38.8 ± 12.5. Monocyte distribution width differed among the three groups of dengue without warning signs, dengue with warning signs, and severe dengue on days 4, 5, and 6 of the illness. Monocyte distribution width on day 4 was greater than 27.65 (with a sensitivity of 91.7% and a specificity of 61.5%), which was significant in predicting patients with dengue with warning signs and severe dengue. **Conclusion:** Monocyte distribution width is a prognostic factor, predicting the risk of dengue with warning signs and severe dengue.

Keywords: Dengue fever, monocyte distribution width, MDW

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết (SXH) Dengue là một bệnh truyền nhiễm nguy hiểm do virus Dengue (với bốn type huyết thanh từ DENV 1 đến 4) gây ra, lây truyền chủ yếu qua trung gian muỗi Aedes aegypti (và ít hơn là Ae. albopictus). Tỷ lệ mắc bệnh, phạm vi lưu hành và gánh nặng bệnh tật của SXH Dengue đã gia tăng đáng kể trong nhiều năm qua trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, SXH Dengue ảnh hưởng đến hầu hết các tỉnh thành trong cả nước và sau một vài năm lại có một đợt bùng phát nghiêm trọng.[1]

Tế bào đơn nhân (tế bào mono) gần đây đã được xác định là một trong các tế bào đích chính của virus Dengue khi xâm nhập cơ thể người

[1]*Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương*
[2]*Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung,
Email: quangtrung58md@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025
Ngày duyệt bài: 22.5.2025