

buồn nôn, mệt mỏi, rối loạn cảm giác và phù ngoại vi cũng xuất hiện với tần suất đáng kể nhưng đa số là mức độ nhẹ. Tổng thể, phác đồ được dung nạp tốt trong thực hành tại Việt Nam. Tuy nhiên, cần chú trọng theo dõi các độc tính huyết học và hỗ trợ bệnh nhân để nâng cao chất lượng sống và hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74(2):229–263.
2. Fizazi K, Foulon S, Carles J et al. Abiraterone plus prednisone added to androgen deprivation therapy and docetaxel in de novo metastatic castration-sensitive prostate cancer (PEACE-1): a multicentre, open-label, randomized, phase 3 study with a 2x2 factorial design. *Lancet.* 2022; 399(10336):1695–1707.
3. Park K, Kim IY, Park I et al. Effectiveness of adding docetaxel to androgen deprivation therapy for metastatic hormone-sensitive prostate cancer in Korean real-world practice. *Yonsei Med J.* 2023;

- 64(2):86–93.
4. James ND, Sydes MR, Clarke NW et al. Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomized controlled trial. *Lancet.* 2016; 387(10024):1163–1177.
5. Lendorf ME, Petersen PM, Svendsen AS et al. Effectiveness of docetaxel for metastatic hormone-sensitive prostate cancer in clinical practice. *Eur Urol Open Sci.* 2021; 24:25–33.
6. Sweeney CJ, Chen Y-H, Carducci M et al. Chemohormonal therapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer. *N Engl J Med.* 2015; 373(8):737–746.
7. Kwon WA, Joung JY, Lee JE et al. Use of docetaxel plus androgen deprivation therapy for metastatic hormone-sensitive prostate cancer in Korean patients: a retrospective study. *Investig Clin Urol.* 2019; 60(3):195–201.
8. Đỗ AT, Nguyễn Đình L. Kết quả điều trị của docetaxel trên bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến di căn kháng cắt tinh hoàn sau thất bại điều trị bước một với abiraterone acetate. *VMJ.* 2024;537(1).

KHẢO SÁT CÁC CHỈ SỐ XÉT NGHIỆM HUYẾT HỌC Ở NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRẢNG AN NĂM 2024

Ngô Thị Thảo¹, Mạc Thị Luân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự thay đổi chỉ số huyết học và một số yếu tố liên quan ở người bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXHD) điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trảng An từ tháng 7 đến tháng 10 năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 69 người bệnh được bác sĩ chẩn đoán mắc vi rút SXHD, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trảng An (7-10/2024). **Kết quả:** Thay đổi chỉ số tế bào máu: 53,62% có bạch cầu bình thường và 46,38% giảm < 4 G/L; 75,36% có hematocrit trong khoảng bình thường, còn lại tăng; 91,3% có tiểu cầu < 100 G/L. Sự thay đổi các chỉ số không có mối liên quan với giới tính nhưng có liên quan với tuổi (≤ 60 và > 60 tuổi), liên quan với loại SXHD (có/không có dấu hiệu cảnh báo và liên quan với ngày nhập viện (rõ nhất ở ngày 5)). **Kết luận:** Tuổi trung bình là $39,59 \pm 15,1$, nữ 59,42%; nam 40,58%; SXHD nguyên phát 89,86%, NS1-Ag dương tính 78,3%. IgM và IgG dương tính lần lượt 20,3% và 21,7%. Ngày nhập viện trung bình $4,69 \pm 1,75$. Tỷ lệ bạch cầu < 4 G/L: 46,38%; hematocrit tăng: 34,64%;

tiểu cầu < 100 G/L: 91,3%. Các bất thường xét nghiệm không liên quan giới nhưng liên quan tuổi, loại SXHD và ngày nhập viện. **Từ khóa:** Sốt xuất huyết Dengue, tế bào máu, NS1-Ag

SUMMARY

INVESTIGATION OF HEMATOLOGICAL INDICES IN DENGUE FEVER PATIENTS AT TRANG AN GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: To describe changes in hematological indices and associated factors in Dengue fever patients treated at Trang An General Hospital from July to October 2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of 69 patients diagnosed with Dengue virus infection. The mean age was 39.59 ± 15.1 years; females accounted for 59.42% and males 40.58%. Patients resided in six districts of Hanoi. Primary Dengue infection accounted for 89.86%. NS1-Ag was positive in 78.3%; IgM and IgG were positive in 20.3% and 21.7%, respectively. The mean admission day was 4.69 ± 1.75 . Both non-warning and warning-sign forms were observed. **Regarding hematology,** 53.62% had normal WBC, 46.38% had leukopenia (<4 G/L); 34.64% had increased hematocrit; 91.3% had **platelet count** <100 G/L. Changes were not associated with gender but were associated with age, Dengue classification, and day of admission—most notably on day 5. **Keywords:** Dengue fever, hematological indices, NS1-Ag

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Đa khoa Trảng An

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thảo

Email: thaohh79@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm, nhiễm trùng cấp tính do vi rút Dengue, lây truyền qua muỗi Aedes aegypti [1], gặp ở cả trẻ em và người lớn. Bệnh đặc trưng bởi sốt, xuất huyết và thoát huyết tương có thể dẫn đến sốc, rối loạn đông máu, suy tạng; nếu không chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong [2]. Bệnh lưu hành ở vùng nhiệt đới, cận nhiệt đới; tại Việt Nam, tỷ lệ mắc cao trong khu vực Đông Nam Á [3]. Theo WHO, tính đến ngày 19 tháng 12 năm 2021 nước ta đã có tổng số 70.944 trường hợp mắc SXHD, trong đó có 22 trường hợp tử vong. Ở các quốc gia thuộc khu vực Đông Nam Á, sốt xuất huyết Dengue là 1 trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em từ 1 đến 14 tuổi. Bệnh sốt xuất huyết Dengue tại khu vực Hà Nội trong những năm qua diễn biến phức tạp, số mắc bệnh ngày càng tăng, tỷ lệ diễn biến nặng và tỷ lệ tử vong vẫn còn khá cao, mặc dù đã có nhiều biện pháp và phác đồ điều trị tích cực [4]. Bệnh viện Đa khoa Trảng An là bệnh viện đa khoa hạng III, tiếp nhận tỷ lệ đáng kể người bệnh SXHD. Nghiên cứu nhằm mô tả thay đổi các chỉ số tế bào máu, hỗ trợ chẩn đoán, điều trị và tiên lượng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 69 người bệnh chẩn đoán SXHD điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trảng An (7-10/2024).

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Theo Quyết định 2760/QĐ-BYT ngày 04/7/2023 [7]: test nhanh NS1 từ ngày 1-7 (ưu tiên 5 ngày đầu); ELISA/test nhanh IgM, IgG từ ngày ≥5 nếu NS1 âm tính.

Thời gian & địa điểm: 7-10/2024 tại Bệnh viện Đa khoa Trảng An.

2.2. Thiết kế: Mô tả cắt ngang; cỡ mẫu: toàn bộ; chọn mẫu: thuận tiện.

Biến số: Đặc điểm chung; kết quả xét nghiệm tế bào máu; các yếu tố liên quan.

Phân tích: Phiếu thu thập số liệu; Excel 2016; chỉ số n (%); so sánh t-test

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới

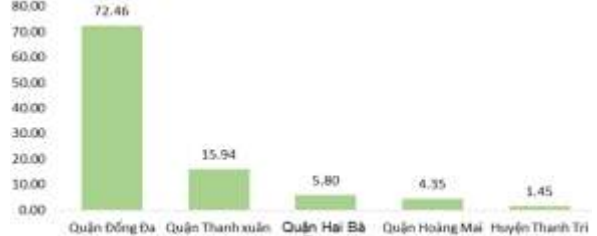
Bảng 3.1: Phân bố theo độ tuổi và giới ở bệnh nhân SXHD

Độ tuổi (tuổi)	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
<40	16	23,19	22	31,88	38	55,07
40-60	9	13,04	13	18,84	22	31,88

>60	3	4,35	6	8,7	9	13,05
Tổng số	28	40,58	41	59,42	69	100
Tuổi trung bình	38,62±15,6		42,11±15,9		39,59±15,1	

Nhận xét: Tuổi trung bình: 39,59 ± 15,1; nam 40,58%, nữ 59,42%.

3.1.2. Địa dư



Biểu đồ 3.1: Phân bố người bệnh theo địa dư

Nhận xét: Người bệnh đến chủ yếu từ quận Đống Đa (72,46%); thấp nhất Thanh Trì (1,45%)

3.1.3. Phân loại theo số lần mắc SXHD

Bảng 3.2: Phân bố theo số lần mắc ở bệnh nhân SXHD

Số lần mắc	n	Tỷ lệ
Nguyên phát	62	89,86
Thứ phát	7	10,14
Tổng	69	100%

Nhận xét: Người bệnh đến chủ yếu từ quận Đống Đa (72,46%); thấp nhất Thanh Trì (1,45%)

3.1.4. Tỷ lệ chẩn đoán bệnh SXHD dựa vào các xét nghiệm miễn dịch

Bảng 3.3: Tỷ lệ chẩn đoán bệnh SXHD dựa vào các xét nghiệm miễn dịch

	Tính chất	Số lượng (n=69)	Tỷ lệ
NS1-Ag	Dương tính	54	78,3
	Âm tính	6	8,7
	Không thực hiện	9	13,0
IgM	Dương tính	14	20,3
	Âm tính	29	42,0
	Không thực hiện	26	37,7
IgG	Dương tính	15	21,7
	Âm tính	28	40,6
	Không thực hiện	26	37,7

Nhận xét: Chẩn đoán miễn dịch: NS1-Ag (+) 78,3%; IgM (+) 20,3%; IgG (+) 21,7%.

3.1.5. Thời gian nhập viện

Bảng 3.4. Thời gian nhập viện, IgM, IgG dương nghiên cứu

Số ngày bị bệnh trước khi vào viện	Số lượng (n=69)	Tỷ lệ %
1-3	42	60,9
4-5	21	30,4
6-7	6	8,7
Trung bình	4,69±1,75	

Nhận xét: Thời gian nhập viện: trung bình 4,69 ± 1,75 ngày; 60,9% nhập viện <3 ngày

3.1.6. Phân loại SXHD



■ SXH không có dấu hiệu cảnh báo
 ■ XH có dấu hiệu cảnh báo

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ phân loại SXHD

Nhận xét: Có DHCB và không có DHCB (không ghi nhận SXHD nặng).

3.2. Thay đổi chỉ số huyết học tế bào máu ở bệnh nhân nhiễm vi rút sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Đa khoa Trảng An

Bảng 3.5: Thay đổi dòng tế bào máu ở bệnh nhân nhiễm vi rút Dengue

	Phân loại KQXN		Số lượng	Tỷ lệ	TB±SD (Min-Max)
WBC (G/L)	Giảm	<4	32	46,38	4,81±2,41 (1,20-11,8)
	Bình thường	4-12	37	53,62	
	Tăng	>12	0	0	
RBC (T/L)	Giảm	<4.0	8	11,59	4,57±0,80 (3,5-6,84)
	Bình thường	4.0-5.0	42	60,87	
	Tăng	>5,0	19	27,54	
Hct (L/L)	Giảm	<0.35	10	14,5	0,44±0,06 (0,17-0,55)
	Bình thường	0,35-0,47	52	75,36	
	Tăng đạt ngưỡng cảnh báo cô đặc máu	>0.47	7	10,14	
PLT (G/L)	Giảm rất nghiêm trọng	<20	5	7,25	61,03±60,6 (3,0-272,0)
	Giảm nghiêm trọng	20-50	13	18,84	
	Giảm	>50-<100	45	65,22	
	Bình thường	100-450	6	8,69	
	Cao	>450	0	0	

Nhận xét: WBC: 46,38% <4 G/L; 53,62% bình thường (4–12 G/L); RBC: TB 4,57 ± 0,80 T/L; 60,87% bình thường, 27,54% >5 T/L; Hct: TB 0,44 ± 0,06 L/L; 75,36% bình thường (0,35–0,47); 10,14% >0,47; PLT: TB 61,03 ± 60,6 G/L; 91,31% <100 G/L; 7,25% <20 G/L.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến các chỉ số huyết học

Bảng 3.6: Liên quan các chỉ số HH quan trọng với giới tính

Các chỉ số HH quan trọng	Nam (n=28)	Nữ (n=41)	p
SLBC <4 G/l	14(50%)	18(43,9%)	>0,05
Hct >0,47/l	3(10,71%)	4(9,76%)	>0,05
TC <100G/L	25(89,29%)	38(92,68%)	>0,05

Nhận xét: Giới: WBC <4; Hct >0,47; PLT <100 G/L không khác biệt có ý nghĩa (p>0,05).

Bảng 3.7: Liên quan các chỉ số HH quan trọng với tuổi

Bảng 3.9: Liên quan các chên quan công kê với với 3 thời điểm: ngày nhập viện, 5 ngày và khi ra viện

Các chỉ số HH quan trọng	Chung	%	Ngày nhập viện	%	Ngày 5	%	Ngày ra viện	%	p
SLBC <4 G/l	32	46,38	2	2,90	30	43,48	1	1,45	P<0,05
Hct >0,47/l	7	10,14	0	0,00	7	10,14	0	0,00	P<0,05
TC <100G/L	63	91,30	15	21,74	60	86,96	2	2,90	P<0,05

Các chỉ số HH quan trọng	Tuổi dưới 60	Tuổi trên 60	p
SLBC <4 G/l	30(50%)	2(22,22%)	<0,01
Hct >0,47/l	5(8,33%)	2(22,22%)	<0,05
TC <100G/L	59(98,33%)	4(44,44%)	<0,01

Nhận xét: Tuổi (<60 vs >60): khác biệt có ý nghĩa ở WBC <4, Hct >0,47, PLT <100 (p<0,05/0,01)

Bảng 3.8: Liên quan các chỉ số HH quan trọng với loại SXHD

Các chỉ số HH quan trọng	SXH không có dấu hiệu cảnh báo	SXH có dấu hiệu cảnh báo	p
SLBC <4 G/l	20(28,99%)	12(17,39%)	>0,05
Hct >0,47/l	2(2,9%)	5(7,25%)	>0,05
TC <100G/L	39(56,52%)	24(34,78%)	<0,05

Nhận xét: PLT <100 G/L khác biệt có ý nghĩa (p<0,05); WBC <4, Hct >0,47 không có ý nghĩa (p>0,05)

Nhận xét: PLT <100 G/L khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$); WBC <4, Hct >0,47 không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của người bệnh là $39,59 \pm 15,1$; nam là $38,62 \pm 15,6$ tuổi và nữ là $42,11 \pm 15,9$ tuổi, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm tuổi hay gặp nhất phân bố là < 40 tuổi chiếm 55,07%, đến 40-60 (31,88%), ít nhất là > 60 tuổi (13,05%). Bệnh viện Đa khoa Trảng An là bệnh viện phục vụ khám các đối tượng chủ yếu là người trưởng thành. Trước đây, nhóm tuổi mắc SXHD phần lớn từ 5 - 9 tuổi nhưng theo khảo sát dịch tễ trong khoảng 10 năm gần đây các tác giả nhận thấy tỷ lệ trẻ bị nhiễm SXHD có khuynh hướng chuyển sang các lứa tuổi lớn hơn. Do là lứa tuổi học đường, có thời gian hoạt động ngoài môi trường nhiều hơn, ít nhiều chưa tự ý thức bảo vệ phòng bệnh tốt cho bản thân. Trong khi đó tác nhân truyền vi rút Dengue là muỗi vằn *Aedes aegypti* cái hút máu vào ban ngày, cao điểm nhất vào sáng sớm và chiều tối nên tỷ lệ phơi nhiễm với bệnh sốt xuất huyết Dengue là rất cao. So sánh với một số nghiên cứu gần đây: tác giả Ngô Thị Đào nghiên cứu ở 1.000 bệnh nhân SXHD điều trị tại Bệnh viện Quân y 354, năm 2019 [7] cho kết quả tuổi trung bình của người bệnh là $39,99 \pm 16,1$; nam là $38,72 \pm 16,8$ tuổi và nữ là $41,21 \pm 16,9$ tuổi.

Về giới tính mắc SXHD, một số tác giả cho rằng đáp ứng miễn dịch ở phụ nữ nhạy cảm hơn với các cytokin, từ đó ảnh hưởng tới mức độ rò rỉ huyết tương lớn hơn cũng như biểu hiện các triệu chứng có thể nặng hơn ở nữ [7]. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ mắc sốt xuất huyết nhiều hơn nam cũng tương đồng với một số tác giả khác. Tác giả Ngô Thị Đào tại Bệnh viện Quân y 354, Đặng Thị Thúy và tác giả Lê Thị Thu (2023) nghiên cứu ở người bệnh SXHD khi nhập viện điều trị tại Trung tâm Y tế TP Nam Định, năm 2022, cho thấy SXHD gặp ở mọi lứa tuổi và ở cả hai giới nam và nữ.

Về phân bố người bệnh nhiễm SXHD theo địa dư đến khám và điều trị tại bệnh viện Đa khoa Trảng An qua biểu đồ 3.1 biểu thị các khu vực có bệnh SXHD Itoàn bộ tại Thành phố Hà Nội, trong đó bệnh nhân SXHD sống ở 5 quận và 1 huyện với nhiều nhất từ Quận Đống Đa chiếm 72,46%, sau đó đến quận Thanh Xuân chiếm 15,94%, quận Hai Bà Trưng và ít nhất huyện Thanh Trì có 1 bệnh nhân (1,45%). Đây là các quận có vị trí địa lý gần với bệnh viện đa khoa

Trảng An và các quận huyện này đều đang có SXHD lưu hành. Đây cũng là hạn chế của nghiên cứu vì trên địa bàn thành phố Hà Nội nhiều bệnh viện đang đóng trên địa bàn và đều là các viện lớn nên kết quả này chưa phản ánh được tỷ lệ mắc bệnh theo dịch tễ cũng như các ổ dịch.

Phân loại theo số lần mắc SXHD: chủ yếu bệnh nhân mắc SXHD nguyên phát 89,86 % và có 10,14% SXHD thứ phát. Tuy nhiên nghiên cứu này do hạn chế về thời gian và cỡ mẫu chúng tôi chưa nghiên cứu được mối liên quan giữa số lần mắc SXHD và mức độ biểu hiện bệnh, có thể do khai thác tiền sử mắc từ bệnh nhân nên kết quả này chưa thực sự chính xác.

Tỷ lệ chẩn đoán bệnh SXHD dựa vào các xét nghiệm miễn dịch: Theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT chẩn đoán xác định vi rút dựa vào tìm kháng nguyên NS1 từ ngày 1 đến ngày 7 hoặc xét nghiệm ELISA hoặc test nhanh tìm kháng thể IgM, IgG từ ngày 5 của bệnh. Bệnh viện Đa khoa Trảng An là bệnh viện hạng 3 vì vậy ở đây thực hiện chẩn đoán SXHD bằng 3 kỹ thuật xét nghiệm nhanh như trên. Tỷ lệ bệnh nhân có xét nghiệm NS1-Ag dương tính chiếm đa số với 62 trường hợp, tương đương với 78,3%. Các xét nghiệm kháng thể IgM, IgG dương tính lần lượt có tỷ lệ là 20,3 % và 21,7 %.

Thời gian nhập viện: Trung bình nhập viện theo ngày là $4,69 \pm 1,75$, trong đó 60,9% bệnh nhân vào viện khi biểu hiện bệnh <3 ngày, 30,4% người bệnh vào viện ở ngày thứ 4-5, có 6 trường hợp (8,7%) nhập viện ở ngày thứ 6-7. Đặc điểm về thời gian bị bệnh trước khi vào viện: 60,9% <3 ngày, 2 bệnh nhân >7 ngày chiếm 1,2%. Hầu hết bệnh nhân SXHD vào viện sớm với những dấu của bệnh.

Phân loại SXHD: Biểu đồ 3.2. biểu thị kết quả chỉ có 2 nhóm SXHD không có và SXHD có và không có DHCB, nhóm SXHD có DHCB chiếm tỉ lệ cao hơn là 59,42; Kết quả này khác với một số nghiên cứu tác giả. Có sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn.

4.2. Sự thay đổi chỉ số huyết học ở bệnh nhân nhiễm vi rút SXHD. Trong SXHD, kết quả các xét nghiệm tế bào máu vô cùng quan trọng giúp các bác sĩ giá trị theo dõi và tiên lượng bệnh. Theo WHO, bất thường xuất hiện sớm nhất trên công thức máu ở bệnh nhân SXHD là sự giảm bạch cầu. Bạch cầu giảm, theo sau đó là tiểu cầu giảm thường khởi đầu cho giai đoạn thất thoát huyết tương. Tiểu cầu có vai trò quan trọng trong việc duy trì tính ổn định nội mô mạch máu và ngăn ngừa chảy máu tự phát, tuy nhiên trong sốt xuất huyết thường gây giảm đáng kể số lượng tiểu cầu. Giảm tiểu cầu trong

SXHD có thể do quá trình chết theo chương trình, hình thành cục máu đông, tăng tiêu thụ, ức chế tùy xương và tăng sản xuất các cytokin gây viêm. Giảm tiểu cầu nặng đóng vai trò quan trọng trong bệnh sinh của SXHD, số lượng tiểu cầu thường bắt đầu giảm từ ngày thứ 2-3 đến ngày thứ 7-8 của bệnh, thường thấp nhất vào ngày thứ 5; sau đó tăng về bình thường. Nhiều nghiên cứu thấy mức độ giảm của tiểu cầu phụ thuộc vào thời gian mắc bệnh, mức độ bệnh, đối tượng bệnh nhân và khác nhau ở từng vụ dịch [7]. Máu cô đặc là triệu chứng thường gặp trong SXHD. Cơ chế chủ yếu của hiện tượng này là do tình trạng tăng tính thấm thành mạch làm cho dịch tử trong lòng mạch thoát ra khoang gian bào, hậu quả là giảm khối lượng máu lưu hành, gây cô máu. Trên lâm sàng bệnh nhân có triệu chứng tràn dịch các màng, sốc. Tăng hematocrit đi cùng với tiểu cầu giảm nhanh là dấu hiệu cảnh báo ở BN SXHD [1]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với cơ chế bệnh SXHD khi hematocrit nhóm CB cao hơn còn tiểu cầu nhóm CB lại thấp hơn so với nhóm SXHD.

Trong nghiên cứu này, số lượng bạch cầu trung bình $4,81 \pm 2,41$ G/L (1,20-11,8) trong đó 53,62% trường hợp có bình thường và 46,38% trường hợp có số lượng bạch cầu giảm dưới 4; số lượng hồng cầu trung bình $4,57 \pm 0,80$ T/L (3,5-6,84) trong đó 60,87% trường hợp có số lượng hồng cầu bình thường và 27,54% trường hợp có số lượng hồng cầu tăng trên 5 G/L; Hct trung bình $0,44 \pm 0,06$ L/L (0,17-0,55) trong đó có 75,36% trường hợp có số Hct bình thường và chỉ có 7 trường hợp chiếm (10,14%) có Hct tăng trên 0,47L/L, đây là dấu hiệu của cảnh báo nguy hiểm; số lượng tiểu cầu trung bình $61,03 \pm 60,6$ G/L (3,0-272,0) trong đó 91,31% trường hợp có số lượng tiểu cầu giảm dưới 100 G/L, còn lại là tình trạng tiểu cầu bình thường. Giảm nguy hiểm nghiêm trọng có 5/69 trường hợp. Riêng về số lượng tiểu cầu giảm là đặc trưng của người bệnh SXHD. Tỷ lệ người bệnh có số lượng tiểu cầu giảm ở các nghiên cứu trong và ngoài nước đều rất cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh SXHD khi vào điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trảng An giảm TC dưới 100 là 91,31%, còn lại 8,69% là tình trạng tiểu cầu bình thường trong đó giảm nguy hiểm nghiêm trọng có 5/69 trường hợp. Kết quả có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Quân (2018) tại Khoa Truyền nhiễm – Bệnh viện Bạch Mai.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến các chỉ số huyết học

Liên quan với giới tính: Theo bảng 3.6 cho thấy trong 69 người mắc bệnh, tỉ lệ bạch cầu <

4 G/l L ở người bệnh nam và nữ lần lượt là 14 (50%); 18 (43,9%). Hct >0,47/l L ở người bệnh nam và nữ lần lượt là 3 (10,715%); 4 (9,76%). TC <100G/L ở người bệnh nam và nữ lần lượt là 25 (89,29%); 38 (92,68%). Kết quả là tương đương nhau, khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Liên quan với tuổi: Theo bảng 3.7 cho thấy trong 69 người mắc bệnh, tỉ lệ bạch cầu < 4 G/L ở người bệnh dưới 60 tuổi và trên 60 tuổi lần lượt là 30 (50%), 2 (22,22%); Hct >0,47 l/l ở dưới 60 tuổi và trên 60 tuổi lần lượt là 5 (8,33), 2 (22,22%); TC <100 G/L ở người bệnh dưới 60 tuổi và trên 60 tuổi lần lượt là 59 (98,33), 4 (44,44%). Kết quả là đều có khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và 0,01; Vì tỷ lệ người bệnh khác biệt độ tuổi trên 60 và dưới 60 có sự chênh lệch nhiều.

Liên quan với loại SXHD: Khi phân chia các chỉ số huyết học quan trọng với phân loại SXHD của BYT, theo bảng 3.8 cho thấy trong 69 người mắc bệnh, tỉ lệ bạch cầu < 4 G/l L ở người bệnh SXHD không có DHCB và có DHCB lần lượt là 20 (28,99%), 12 (17,39%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; Hct >0,47/l L ở người ở người bệnh SXHD không và có dấu hiệu cảnh báo lần lượt là 2 (2,9%), 5 (7,25%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; TC <100G/L ở người bệnh nam và nữ lần lượt là 39 (56,52%), 24 (34,78%), kết quả là khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; Sở dĩ có kết quả như vậy là do giảm số lượng tiểu cầu chiếm tỷ nhiều ở nhóm có dấu hiệu cảnh báo hoàn toàn phù hợp lâm sàng.

Liên quan với ngày vào viện: Khi phân chia các chỉ số huyết học quan trọng với ngày nhập viện, theo bảng 3.9 cho thấy có 32 trường hợp giảm bạch cầu < 4 G/l L thì có đến 30 người bệnh SXHD ở ngày thứ 5 nhập viện, chỉ có 2 trường hợp ở ngày nhập viện và 1 trường hợp ngày ra viện, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương tự với kết quả Hct > 0,47 L/L: có 7 trường hợp thì đều ở người ở người bệnh SXHD ngày thứ 5, 0 trường hợp ngày nhập viện và ngày ra viện, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Về số lượng TC < 100G/L có 69 trường hợp thì có 63 người bệnh (91,30 %) SXHD nhập viện ngày thứ 5; có 15 người bệnh (25,74%) trường hợp ngày nhập viện và 02 người bệnh (2,90%) ngày ra viện, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sở dĩ có kết quả như vậy là do giảm số lượng tiểu cầu chiếm tỷ lệ nhiều ở nhóm có dấu hiệu cảnh báo hoàn toàn phù hợp lâm sàng. Sự thay đổi giá trị cận lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với những thay

đổi trong bệnh SXHD. Số lượng bạch cầu, tiểu cầu giảm nhiều nhất trong giai đoạn ngày 4 -7 tương ứng với giai đoạn nguy hiểm của bệnh và sau đó tăng dần ở pha phục hồi của bệnh.

Kết quả này cũng phù hợp kết quả của tác giả Ngô Thị Đào tại Bệnh viện Quân y 354, năm 2019 [8] cho kết quả về phân bố bệnh nhân theo giá trị tiểu cầu trong máu thấp nhất trong các ngày bệnh từ 1 đến 10. Trong đó, bệnh nhân có chỉ số tiểu cầu giảm 5-<50 chiếm tỉ lệ cao nhất 22/43 (51,2%), tiếp theo là 20/43 (46,5%) bệnh nhân có tiểu cầu giảm 50 - <150 G/l; không có bệnh nhân nào có tiểu cầu < 5 G/l. Bệnh nhân có chỉ số tiểu cầu thấp nhất là 7G/l. Tiểu cầu giảm thấp nhất trung bình trong nghiên cứu là $53 \pm 40,6$ G/l.

V. KẾT LUẬN

Tuổi TB $39,59 \pm 15,1$; nữ 59,42%, nam 40,58; SXHD nguyên phát 89,86%; NS1-Ag (+) 78,3%; IgM (+) 20,3%, IgG (+) 21,7%; nhập viện TB $4,69 \pm 1,75$ ngày. Bạch cầu <4 G/L: 46,38%;

Hct tăng 34,64%; tiểu cầu <100 G/L: 91,3%. Các bất thường không liên quan giới, nhưng liên quan tuổi, loại SXHD và ngày nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Truyền nhiễm – Đại học Y Hà Nội** (2016). Bài giảng Bệnh truyền nhiễm. NXB Y học, Hà Nội, tr. 248.
2. **Bùi Đại** (2013). Dengue xuất huyết. NXB Y học, tr. 137–192.
3. **Cục Y tế Dự phòng** (2020). Tình hình dịch bệnh Sốt xuất huyết và các biện pháp phòng chống trọng tâm (truy cập 10/10/2024).
4. **World Health Organization** (2023). Dengue and severe dengue. WHO, EMRO.
5. **Ngô Thị Đào, Lê Hữu Nhung** (2019). Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân SXHD tại Bệnh viện 345” Tạp chí Y học Quân sự, Số 350 (01–02/2021), tr. 16–21.
6. **Nguyễn Việt Bằng, Nguyễn Khánh Hội, Trần Ngọc Tuấn** (2010). “Một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân SXHD người lớn”...
7. **Hoàng Thị Hạnh** (2023). “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân SXHD tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình”. Tạp chí Y Dược học Thái Bình, số 8–9/2023, tr. 56–61.

XÁC ĐỊNH ĐA HÌNH RS1052133 TRÊN GEN OGG1 Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ

Vũ Thị Thu Trang¹, Nguyễn Thị Anh¹, Vũ Ngọc Bắc²,
Trần Nguyễn Thanh Hằng¹, Phạm Lê Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tần suất kiểu gen và alen của đa hình gen OGG1 rs1052133 (Ser326Cys) ở bệnh nhân ung thư vú người Việt, đồng thời đánh giá mối liên quan giữa biến thể này với nguy cơ mắc bệnh. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu bệnh-chứng được thực hiện trên 50 bệnh nhân ung thư vú nguyên phát và 50 người chứng khỏe mạnh tương đồng về tuổi. DNA được tách chiết từ mẫu máu ngoại vi; đa hình rs1052133 được xác định bằng kỹ thuật PCR-RFLP, và một số mẫu được giải trình tự Sanger để kiểm chứng. **Kết quả:** Phân bố kiểu gen khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm. Ở nhóm bệnh nhân, tỷ lệ các kiểu gen CC, CG, GG lần lượt là 22%, 54%, 24%, trong khi nhóm chứng tương ứng là 56%, 44%, 0%. Sự khác biệt về phân bố kiểu gen có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, kiểm định χ^2). Tương tự, tần suất alen G ở nhóm bệnh nhân (51%) cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (22%; $p < 0,001$). **Kết**

luận: Đa hình OGG1 Ser326Cys có mối liên quan đến nguy cơ ung thư vú, theo đó người mang alen biến thể (G, mã hóa 326Cys) có nguy cơ mắc ung thư vú cao hơn so với người mang alen thường (C, mã hóa 326Ser).

SUMMARY

IDENTIFICATION OF SNP rs1052133 OF OGG1 GENE IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Background: This study aimed to determine the genotype/allele frequencies of OGG1 Ser326Cys in Vietnamese breast cancer patients and evaluate its association with breast cancer susceptibility. **Methods:** We conducted a case-control study on 50 female breast cancer patients (primary, untreated) and 50 healthy female controls matched by age. Genomic DNA was extracted from peripheral blood. PCR-RFLP analysis was used to genotype rs1052133, and Sanger sequencing validated the genotyping results. **Results:** The OGG1 rs1052133 genotype frequencies differed significantly between cases and controls. Among patients, genotype frequencies of CC, CG, GG were 22%, 54%, 24%, compared to 56%, 44%, 0% in controls. The variant G allele (326Cys) was significantly more frequent in patients (51%) than in controls (22%), $p < 0.001$. This corresponds to an odds ratio of approximately 3.7 for breast cancer associated with the G allele (95% confidence interval

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Lê Anh Tuấn

Email: phamleanhtuan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025