

6. **American Gastroenterological Association (AGA).** Peptic ulcer disease. Updated 2024. Accessed December 23, 2024.
7. **Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF.** ACG clinical guideline: Treatment of

- Helicobacter pylori infection. Am J Gastroenterol. 2017;112(2):212–239. doi:10.1038/ajg.2016.563
8. **David Y. Graham.** Peptic disease of the stomach and duodenum. In: Sivak MV, ed. Gastrointestinal Endoscopy. Elsevier. 1987:431–451.

DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP 2024

Trần Thị Liên¹, Đinh Mạnh Cường¹, Nguyễn Thị Bích¹,
Nguyễn Văn Phương¹, Hoàng Thị Thảo¹,
Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Nguyễn Mai Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân mắc sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh sử dụng số liệu hồi cứu trên 316 bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình là $46,04 \pm 0,84$ (16-91 tuổi), không có sự khác biệt đáng kể giữa 2 giới nam/nữ (0,83). Số ca bệnh tăng mạnh trong mùa mưa, đặc biệt từ tháng 6 đến tháng 11 (97,2%). Xuất huyết niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất là 77,2% gồm chảy máu cam 11,4%, xuất huyết âm đạo 16,7%. Ngoài ra còn đau hạ sườn phải (31,6%), nôn nhiều (36,7%), rối loạn tri giác (3,2%), gan to $>2\text{cm}$ (1,3%) và thiếu niệu (0,3%). Tiểu cầu giảm dần và tăng trở lại vào ngày 7-10. Hct tăng cao nhất và ngày thứ 5 sau đó trở lại bình thường vào ngày 10. AST và ALT tăng đỉnh vào ngày 5-6 kéo dài đến ngày 8-11.

Từ khóa: Sốt xuất huyết Dengue, Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo, xuất huyết niêm mạc

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF PATIENT WITH DENGUE FEVER WITH WARNING SIGNS AT VIET-TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2024

Objectives: The study was conducted to describe clinical and paraclinical epidemiology features of patients with Dengue fever with warning signs at Viettiệp Friendship hospital in 2024. **Subjects and Methods:** A series case study was performed on 316 patients with Dengue fever having warning signs. **Results and conclusions:** Average age was 46.04 ± 0.84 (16-91 years old), the disease affected both sex

(male/female ratio was 0.83). The number of patients strongly increased in raining season particularly from June to November (97.2%). Mucosal bleeding accounted for the highest rate of 77.2 including nose bleeding 11.4%, vaginal bleeding 16.7. In addition, right hypochondriac pain was 31.6%, vomiting 36.7%, impaired perception 3.2%, enlarged liver $>2\text{ cm}$ 1.3% and oliguria 0.3%. Platelet degreased gradually and increased again on day 7-10. Hct peaked on day 5 and then returned to normal on day 10. AST and ALT peaked on day 5-6 and lasted to day 8-10.

Keywords: Dengue fever, Dengue fever with warning signs, mucosal bleeding

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây với biểu hiện: sốt, xuất huyết, hiện tượng thoát huyết tương gây cô đặc máu dẫn đến sốc do giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu và suy đa tạng và có thể tử vong nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời [1].

Theo Tổ chức Giám sát Sốt xuất huyết Toàn cầu của Tổ chức y tế thế giới (WHO), từ tháng 1 đến tháng 11 năm 2024, tổng số ca SXHD là 13.860.025, với tổng số ca tử vong là 9990. Phần lớn các trường hợp này đến từ châu Mỹ, nơi báo cáo với 12.669.716 trường hợp và 7713 ca tử vong. Khu vực bị ảnh hưởng nặng nề thứ 2 là Đông Nam Á, với tổng số 693.596 trường hợp và 2002 trường hợp tử vong [2]. Theo thống kê của Bộ Y tế, tích lũy từ đầu năm đến 23/11/2024, cả nước ghi nhận 114.906 trường hợp mắc SXHD, 18 ca tử vong. So với cùng kỳ năm 2023, số mắc giảm 20,2%, số tử vong giảm 22 ca [3]. Tại Hải Phòng, trước đây SXHD được coi là dịch ngoại lai, tuy nhiên từ vài năm trở lại đây, dịch có xu hướng trở thành dịch lưu hành với số ca mắc có xu hướng tăng dần. Chỉ trong 10 tháng đầu năm 2024, Hải Phòng ghi nhận 19.812 ca mắc SXHD, tăng gấp 23,5 lần so với cùng kỳ năm 2023 (808 ca) [4], đồng thời cũng

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Liên
Email: ttlien@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 25.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025

ghi nhận có sự gia tăng về số ca Dengue có DHCB và Dengue nặng. Trước đây đã có một số nghiên cứu về sốt xuất huyết Dengue tại Hải Phòng ở những năm 2012, 2017, 2022, tuy nhiên, các nghiên cứu này thực hiện trên nhóm bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue nói chung mà chưa có nghiên cứu nào tiến hành trên nhóm bệnh nhân SXHD có dấu hiệu cảnh báo nói riêng. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài "*Dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp 2024*" với 2 mục tiêu:

1. Mô tả các đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ 01/01/2024 - 31/12/2024.

2. Mô tả lâm sàng, cận lâm sàng các bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. BN được chẩn đoán và điều trị SXHD tại khoa Bệnh Nhiệt đới Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2024 - 12/2024

a. Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán SXHD có DHCB theo hướng dẫn của BHYT Quyết định số 2760 ngày 4/7/2023.

BN sống/đi đến vùng có dịch.

Sốt ≤ 7 ngày và có 2 trong các dấu hiệu sau:

- Buồn nôn, nôn.
- Phát ban.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Xuất huyết da hoặc dấu hiệu dây thắt (+)
- HCT bình thường hoặc tăng.
- Bạch cầu bình thường hoặc giảm.
- Tiểu cầu bình thường hoặc giảm.

Kèm theo có ít nhất 1 trong các DHCB:

- Vật vã, lừ đừ, li bì.

- Đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau vùng gan.

- Nôn ói nhiều ≥ 3 lần/1 giờ hoặc ≥ 4 lần/6 giờ.

- XHNM niêm mạc: chảy máu chân răng, mũi, nôn ra máu, đại tiện phân đen hoặc có máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu.

- Gan to > 2 cm dưới bờ sườn.

- Tiểu ít.

- HCT tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh.

- AST/ALT ≥ 400 U/L.

- Tràn dịch màng phổi, màng bụng trên siêu âm hoặc X- quang

BN được làm xét nghiệm huyết thanh:

- Xét nghiệm nhanh: tìm kháng nguyên NS1 từ ngày 1 đến ngày 7 của bệnh (ưu tiên trong 5

ngày đầu).

- Xét nghiệm ELISA hoặc test nhanh tìm kháng thể IgM, IgG từ ngày thứ 5 của bệnh nếu NS1 âm tính.

b. Tiêu chuẩn loại trừ: - BN sốt, phát ban, đau đầu, tiểu cầu giảm nhẹ (>100 G/l) nhưng kết quả NS1Ag(-) hoặc IgM(-)

- Có các bệnh liên quan đến tình trạng xuất huyết như: thiếu máu liên quan bệnh nền có tiền sử các bệnh về máu, bệnh máu ác tính; bệnh xuất huyết do giảm tiểu cầu, bệnh Hemophilia.

- SXHD kèm 1 số bệnh cấp tính kèm theo (cúm, XHTH, Nhiễm khuẩn huyết,...)

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: 01/01/2024 - 31/12/2024.

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Bệnh Nhiệt đới Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả một loạt ca bệnh, sử dụng số liệu hồi cứu.

- Cỡ mẫu: toàn bộ bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

- Chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, thực tế thu được 316 bệnh nhân có dấu hiệu cảnh báo vào nghiên cứu.

2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu

2.3.1. Một số thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, yếu tố dịch tễ

2.3.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu. Dấu hiệu cảnh báo:

- Vật vã, lừ đừ, li bì.

- Đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau vùng gan.

- Nôn ói nhiều ≥ 3 lần/1 giờ hoặc ≥ 4 lần/6 giờ.

- XHNM niêm mạc: chảy máu chân răng, mũi, nôn ra máu, đại tiện phân đen hoặc có máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu.

- Gan to > 2 cm dưới bờ sườn.

- Tiểu ít.

- HCT tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh.

- AST/ALT ≥ 400 U/L.

- Tràn dịch màng phổi, màng bụng trên siêu âm hoặc X- quang

2.3.3. Cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu: Số lượng tiểu cầu, Hct, AST và ALT lúc vào và lúc ra viện

2.3.4. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu kỹ hồ sơ bệnh án bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo, thu thập thông tin cần thiết cho nghiên cứu và mẫu bệnh án đã được thiết kế từ trước.

2.3.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và phân tích nhờ phần mềm thống kê SPSS 20.0.

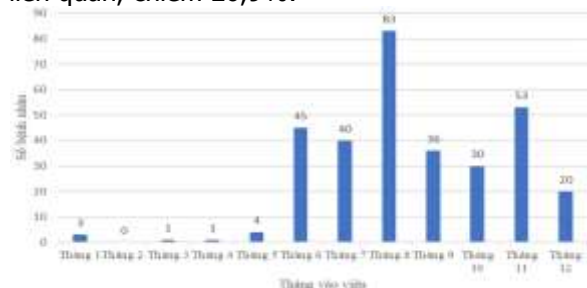
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học của bệnh nhân trong nghiên cứu

- Trong 316 bệnh nhân, có 143 BN là nam (45,3%) và 173 BN là nữ (54,7%). Nữ mắc nhiều hơn nam.

- Tuổi trung bình là $46,04 \pm 0,84$, dao động từ 16 đến 95 tuổi, độ tuổi dưới 30 là 44 BN chiếm 13,9%; từ 30 đến 50 tuổi là 147 chiếm 46,5%; từ 50 đến 64 tuổi là 85 BN chiếm 26,9%; trên 64 là 40 BN chiếm 12,7%.

- Có 231 BN có yếu tố dịch tễ (sinh sống hoặc từng di chuyển trong vùng có dịch), chiếm 73,1%, trong khi 85 BN không có yếu tố dịch tễ liên quan, chiếm 26,9%.



Hình 3.1. Phân bố đối tượng theo tháng vào viện (n=316)

Nhận xét: Số lượng BN vào viện thay đổi rõ rệt theo tháng trong năm. Số ca vào viện tăng cao từ tháng 6 đến tháng 11 (97,2%), cao nhất là tháng 8 có 83 BN (26,2%). Các tháng đầu năm (1-5) có rất ít BN, có tháng không có BN, nhiều nhất là tháng 5 có 4 BN (1,3%).

3.2. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

3.2.1. Thời điểm nhập viện. Thời điểm trung bình BN nhập viện là vào ngày thứ 4,72 $\pm$ 0,08 kể từ ngày khởi phát, trong đó BN nhập viện từ ngày 1 đến ngày 3 của bệnh là 20,9%, từ ngày 4 đến ngày 6 là 68,3%, từ ngày 6 trở đi là 10,8%.

3.2.2. Các dấu hiệu cảnh báo trên lâm sàng

Bảng 3.1. Các dấu hiệu cảnh báo trên lâm sàng

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn tri giác		10	3,2
Đau vùng gan		100	31,6
Nôn (>3 lần/h hoặc >4 lần/6h)		116	36,7
Xuất huyết	Chảy máu chân răng	135	42,7
	Chảy máu cam	36	11,4
	Xuất huyết âm đạo	53	16,7
	Nôn máu	1	0,3
	Tiểu đỏ	7	2,2

	Đại tiện phân đen	12	3,8
Gan to trên 2cm dưới bờ sườn		4	1,3
Thiếu niệu		1	0,3

Nhận xét: Chảy máu chân răng chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,7% và nôn và thiếu niệu chiếm tỷ lệ thấp nhất đều là 0,3%.

3.3. Đặc điểm xét nghiệm của bệnh nhân trong nghiên cứu

3.3.1. Đặc điểm về sự biến đổi của tiểu cầu

Bảng 3.2. So sánh số lượng tiểu cầu lúc vào và ra viện

Số lượng tiểu cầu (G/L)			Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trung bình: 53,03 ± 3,2	Vào viện	<50	196	62
		50-100	59	18,7
		>100	61	19,3
Trung bình: 95,27 ± 2,87	Ra viện	<50	44	13,92
		50-100	147	46,51
		>100	125	39,57

Nhận xét: PLT trung bình lúc nhập viện là $53,03 \pm 3,2$ G/L, trong đó PLT <50G/L có 196 BN (62%), PLT từ 50 G/L đến 100G/L có 59 BN (18,7%), PLT >100 G/L có 61 BN (19,3%).

PLT trung bình lúc ra viện là $95,27 \pm 2,87$ G/L, trong đó PLT <50G/L có 44 BN (13,92%), PLT từ 50 G/L đến 100 G/L có 147 BN (46,51%), PLT >100 G/L có 125 BN (39,57%).

3.3.2. Đặc điểm về sự biến đổi của HCT

Bảng 3.3. So sánh HCT trung bình lúc vào viện và ra viện

HCT (%)			Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trung bình: 41,44 ± 0,44	Vào viện	<40	117	37,02
		40-48	152	48,01
		>48	47	14,88
Trung bình: 38,82 ± 0,32	Ra viện	<40	180	57
		40-48	128	40,5
		>48	8	2,5

Nhận xét: Chỉ số HCT trung bình lúc vào viện là $41,44 \pm 0,44\%$, trong đó chỉ số HCT <40% có 117 BN (37,02%), chỉ số HCT 40-48 % có 152 BN (48,1%), chỉ số HCT >48% có 47 BN (14,88%).

Chỉ số HCT trung bình lúc ra viện là $38,82 \pm 0,32\%$, trong đó chỉ số HCT <40% có 180 BN (57%) , chỉ số HCT 40-48 % có 128 BN (40,5%), chỉ số HCT >48% có 8 BN (2,5%).

3.3.3. Đặc điểm về sự biến đổi AST, ALT

Bảng 3.4. Giá trị trung bình và phân loại chỉ số AST, ALT

Đặc điểm	Giá trị trung bình	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
AST	$158,6 \pm 8,3$	<40	12	3,8

(U/L)		40-400	268	74,7
		>400	36	21,5
ALT (U/L)	94,3 ± 4,8	<40	92	29,1
		40-400	220	69,6
		>400	4	1,3

Nhận xét: Giá trị trung bình AST là 158,6 ± 8,3 U/L, cao hơn so với ALT (94,3 ± 4,8 U/L). Tăng AST gặp ở 96,2% BN, trong đó 21,5% có AST >400 U/L. ALT tăng ở 70,9% trường hợp, nhưng chỉ 1,3% có ALT >400 U/L. AST tăng nhiều và phổ biến hơn ALT, phản ánh đặc điểm tổn thương gan đặc hiệu trong SXHD, thường nhẹ đến trung bình và chủ yếu là tăng AST đơn độc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng của nhóm bệnh nhân. Tuổi trung bình ĐTNC là 46,04 ± 0,84 (16- 95) tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 30–50 tuổi (46,5%), tiếp đến là 50–64 tuổi (26,9%), nhóm tuổi dưới 30 tuổi chiếm 13,9% và trên 64 tuổi chiếm 12,7%. Kết quả này cho thấy SXHD có DHCB gặp chủ yếu ở người trưởng thành và trung niên. Nhóm tuổi từ 30 đến 64 tuổi chiếm tới 73,4%, phản ánh nguy cơ bệnh nặng ở nhóm có hoạt động xã hội và nghề nghiệp cao, có thể do sự tiếp xúc nhiều hơn với muỗi truyền bệnh. So sánh với nghiên cứu của Đỗ Tuấn Anh và cộng sự (2012) tại Viện Quân Y 13 Quy Nhơn [5], tác giả ghi nhận độ tuổi gặp nhiều ở nhóm người trẻ, cụ thể độ tuổi từ 18–35 chiếm tỷ lệ cao nhất (thường gặp trong các nghiên cứu từ viện Quân y 13). Trong khi đó, nghiên cứu của Đoàn Văn Quyền [6] lại cho thấy SXHD có DHCB tập trung vào nhóm tuổi 26–35 và 36–45. Điều này khá tương đồng với kết quả của chúng tôi ở nhóm 30–50 tuổi (46,5%).

Tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 0,83. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Văn Minh và cộng sự [7] qua nghiên cứu 120 BN, tỉ lệ nam/ nữ là 0,81 nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Minh Hùng [8] với tỉ lệ nam/nữ là 1,26. Điều này có thể bị ảnh hưởng bởi cỡ mẫu và phân bố dân cư khu vực nghiên cứu (chủ yếu là tỉnh Lâm Đồng).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 122 BN (38,6%) có yếu tố dịch tễ rõ ràng, như sinh sống hoặc từng di chuyển trong vùng có dịch. Tuy nhiên, có đến 194 BN (61,4%) không ghi nhận yếu tố dịch tễ đặc hiệu. Ngoài ra, 231 BN (73,1%) có người xung quanh mắc SXHD, cho thấy yếu tố tiếp xúc gần là một đặc điểm đáng chú ý. Chỉ 85 BN (26,9%) không ghi nhận tiếp xúc với người bệnh. Điều này đã khẳng định năm 2024, SXHD vẫn tiếp tục là dịch lưu hành tại thành phố Hải Phòng. Các nghiên cứu đều nhấn mạnh vai trò

của yếu tố tiếp xúc gần, khi BN có người xung quanh mắc SXHD thường chiếm tỷ lệ cao, chứng tỏ chuỗi lây truyền tại cộng đồng là một phần quan trọng của dịch tễ SXHD.

Hình 3.1. cho thấy phân bố BN mắc SXHD có DHCB theo tháng cho thấy sự khác biệt rõ rệt về số ca nhập viện trong năm. Số lượng BN bắt đầu gia tăng đáng kể từ tháng 6 và đạt đỉnh vào tháng 8 với 83 trường hợp (chiếm 26,2%), sau đó vẫn duy trì ở mức cao đến tháng 11. Điều này phù hợp với mùa mưa tại nhiều khu vực ở Việt Nam, là thời điểm thuận lợi cho muỗi Aedes – vật trung gian truyền bệnh SXHD – phát triển mạnh. Ngược lại, trong giai đoạn từ tháng 1 đến tháng 5, số ca nhập viện rất thấp, thậm chí có tháng không ghi nhận trường hợp nào. Tháng có số ca cao nhất trong nhóm này là tháng 5 với chỉ 4 BN (1,3%). Đây là thời điểm mùa khô, điều kiện sinh sôi của muỗi bị hạn chế, góp phần làm giảm số ca mắc. Kết quả này phản ánh đặc điểm dịch tễ học đặc trưng của bệnh SXHD tại Việt Nam, cho thấy yếu tố thời tiết – khí hậu đóng vai trò quan trọng trong sự bùng phát dịch. Do đó, các biện pháp phòng bệnh cần được tăng cường trước và trong mùa mưa, đặc biệt từ đầu tháng 6 đến tháng 11 hằng năm, nhằm giảm số ca mắc và nhập viện.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Về đặc điểm các DHCB trên lâm sàng

Bảng 3.1. cho thấy:

- Rối loạn tri giác: có 10 ca (3,2%) Tỷ lệ này thấp nhưng vẫn là DHCB nghiêm trọng, cần theo dõi sát để kịp thời xử trí khi bệnh tiến triển nặng.
- Đau bụng vùng hạ sườn phải: Trong nghiên cứu này, 31,6% BN mắc SXHD có DHCB có biểu hiện đau bụng vùng hạ sườn phải. Đây là một trong những DHCB quan trọng được nhấn mạnh trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị SXHD của WHO (2009) và Bộ Y tế Việt Nam (2023), đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm BN có nguy cơ chuyển nặng.

Tỷ lệ đau bụng vùng gan trong nghiên cứu này (31,6%) thấp hơn một số nghiên cứu trước đó như Nguyễn Văn Tại (49,2%) [9] hay Nguyễn Văn Minh (47,6%) [7], sự khác biệt có thể do thời điểm ghi nhận triệu chứng, ngưỡng chịu đau của BN hoặc mức độ tổn thương gan khác nhau giữa các nghiên cứu.

- Nôn: Triệu chứng nôn xuất hiện ở 116 BN (36,7%), với tần suất từ ba lần trở lên trong một giờ hoặc từ bốn lần trở lên trong vòng sáu giờ. Đây là dấu hiệu phổ biến thứ hai sau XHNM. So

sánh với nghiên cứu của Nguyễn Minh Hùng (2020-2021) tại Bệnh viện Hồng Đức [8], tỷ lệ BN bị SXHD có DHCB bị nôn được ghi nhận là 44,3%, cao hơn so với kết quả của chúng tôi.

- Gan to trên 2cm dưới bờ sườn: Ghi nhận 4 trường hợp (1,3%) có gan to, sờ thấy vượt quá 2cm dưới bờ sườn khi thăm khám. Tỷ lệ này cũng khác nhau tùy theo nhóm nghiên cứu như Đỗ Tuấn Anh [5]. Chúng tôi cho rằng gan to là một triệu chứng có thể gặp ở nhiều bệnh khác nên tỷ lệ chỉ mang tính chất phản ánh mức độ nặng của SXHD.

- Thiếu niệu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thiếu niệu được ghi nhận ở 0,3% BN mắc SXHD có DHCB. Tỷ lệ này tương đối thấp, cho thấy đa số BN được phát hiện và điều trị kịp thời, giúp duy trì huyết động ổn định và hạn chế tổn thương thận cấp.

- *Xuất huyết niêm mạc*: Trong nghiên cứu của chúng tôi, XHNM được ghi nhận ở 244 trường hợp, chiếm tỷ lệ 77,2% tổng số BN mắc SXHD có DHCB. Đây là một trong những biểu hiện lâm sàng quan trọng, phản ánh tình trạng RLDM và tổn thương thành mạch, đặc trưng cho pha nguy hiểm của bệnh. Các hình thái XHNM đa dạng bao gồm: chảy máu chân răng (42,7%), chảy máu cam (11,4%), xuất huyết âm đạo (16,7%), đại tiện phân đen (3,8%), nôn máu (0,3%) và tiểu đỏ (2,2%).

Tỷ lệ chảy máu chân răng trong nghiên cứu của chúng tôi (42,7%), cao hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Hạnh (34,5%) [10] nhưng tương đương với Đỗ Tuấn Anh (44,4%) [5].

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm về sự biến đổi tiểu cầu. Trong nghiên cứu này Bảng 3.2), kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng tiểu cầu trung bình lúc nhập viện là $53,03 \pm 3,2$ G/L, với 62% BN có tiểu cầu <50 G/L – ngưỡng cảnh báo nguy cơ xuất huyết cao theo khuyến cáo của WHO (2009) và Bộ Y tế Việt Nam (2023). Khi ra viện, tiểu cầu trung bình tăng lên rõ rệt ($95,27 \pm 2,87$ G/L), sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), phản ánh hiệu quả điều trị và giai đoạn phục hồi của bệnh. Sự tăng tiểu cầu từ ngày thứ 7 trở đi được xem là dấu hiệu tích cực, cho thấy chức năng tạo máu dần hồi phục và tình trạng RLDM được cải thiện.

Đặc điểm về sự biến đổi HCT. Chỉ số HCT là một trong những chỉ dấu cận lâm sàng quan trọng trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi SXHD, đặc biệt là ở giai đoạn có DHCB. Theo kết quả nghiên cứu, HCT trung bình lúc vào viện là $41,44 \pm 0,44\%$, tăng dần từ ngày 1 (38,9%) đến đỉnh điểm vào ngày 5 (43%), sau đó giảm dần từ ngày 6 đến ngày 12 (còn 38%). Mức HCT cao

nhất rơi vào khoảng thời gian từ ngày 4 đến 6 của bệnh – đây chính là giai đoạn nguy hiểm với nguy cơ cao xảy ra thoát huyết tương dẫn đến cô đặc máu, phù hợp với sinh lý bệnh đã được WHO mô tả trong hướng dẫn 2009.

Tại thời điểm xuất viện, HCT trung bình giảm còn $38,82 \pm 0,32\%$, tỷ lệ BN có HCT $>48\%$ giảm mạnh còn 2,5%. Điều này phản ánh hiệu quả của can thiệp điều trị, đặc biệt là việc bù dịch đúng chỉ định và kịp thời. Đồng thời, sự chuyển biến này cũng minh chứng cho việc BN đã qua giai đoạn nguy hiểm, thể tích tuần hoàn được phục hồi. Tuy nhiên, vẫn cần lưu ý rằng 8 BN (2,5%) còn giữ HCT $>48\%$ tại thời điểm ra viện, điều này có thể phản ánh hiện tượng bù dịch chưa hoàn toàn hoặc khả năng có biến chứng tiềm ẩn, đòi hỏi tiếp tục theo dõi sau xuất viện.

Đặc điểm về sự biến đổi AST, ALT. Bảng 3.4. cho thấy giá trị trung bình của AST là $158,6 \pm 8,3$ U/L, cao hơn đáng kể so với ALT ($94,3 \pm 4,8$ U/L). AST tăng ở 96,2% BN, trong đó 21,5% có mức AST >400 U/L. Trong khi đó, ALT tăng ở 70,9% BN, nhưng chỉ có 1,3% có ALT >400 U/L. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, trong đó AST thường tăng mạnh và phổ biến hơn ALT ở BN mắc SXHD, phản ánh đặc điểm tổn thương gan đặc hiệu, thường khu trú tại tế bào gan, cơ vân, và mô tim – nơi AST cũng hiện diện.

Kết quả cho thấy AST tăng dần và đạt đỉnh vào ngày thứ 5 (gần 175 U/L), sau đó giảm dần, trong khi ALT cũng có xu hướng tương tự nhưng thấp hơn và tăng muộn hơn một chút, đỉnh vào khoảng ngày 8–9. Sự tăng cao của men gan vào giữa giai đoạn bệnh (ngày 4–7) trùng khớp với giai đoạn thoát huyết tương và tổn thương nội tạng theo cơ chế bệnh sinh của SXHD.

V. KẾT LUẬN

5.1. Về đặc điểm dịch tễ lâm sàng

- Tuổi trung bình của BN là $46,04 \pm 0,84$ (16-91 tuổi), không có sự khác biệt đáng kể giữa 2 giới nam/nữ (0,83).

- Số ca bệnh tăng mạnh trong mùa mưa, đặc biệt từ tháng 6 đến tháng 11 (97,2%), phù hợp với điều kiện phát triển của muỗi truyền bệnh.

5.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- XHNM là DHCB thường gặp nhất (77,2%), gồm các dạng chảy máu chân răng (42,7%), chảy máu cam (11,4%), xuất huyết âm đạo (16,7%)...

- Các DHCB khác như đau hạ sườn phải (31,6%), nôn nhiều (36,7%), rối loạn tri giác (3,2%), gan to >2 cm (1,3%) và thiếu niệu (0,3%) được ghi nhận với tần suất thấp hơn nhưng mang ý nghĩa tiên lượng bệnh nặng.

- Tiểu cầu giảm dần từ 152,1G/L, đạt mức thấp nhất là 38,4 G/L – trùng với thời điểm được xem là pha nguy hiểm – sau đó tăng trở lại từ ngày 7 đến ngày 10.

- Chỉ số HCT trung bình lúc vào viện là 41,44 ± 0,44%, tăng cao nhất ở ngày thứ 5 (43%), sau đó giảm dần đến ngày 10 (còn 39,03%).

- AST và ALT đều tăng rõ rệt, trong đó AST tăng nhanh, đạt đỉnh vào ngày 5–6 (trung bình 158,6 ± 8,3 U/L), còn ALT tăng muộn hơn và kéo dài đến ngày 8–11.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường phát hiện sớm và theo dõi sát các DHCB của SXHD như chảy máu cam, xuất huyết âm đạo, đau hạ sườn, nôn nhiều, rối loạn tri giác, gan to, thiếu niệu để xử trí kịp thời, giảm nguy cơ chuyển nặng và biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quyết định số: 2760/QĐ-BYT ngày 04/07/2023 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue. 2023.

2. WHO, Global dengue surveillance. 02 tháng 1 năm 2025.
3. Báo sức khỏe và đời sống, Hải Phòng ghi nhận tăng số ca mắc sốt xuất huyết. 01 Tháng 11 năm 2024.
4. Đoàn Văn Quyền, N.V.T., Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và yếu tố tiên lượng bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn. Tạp chí Y Học Thực Hành, 902, 1, 2014.
5. Nguyễn Văn Minh, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang Luận văn chuyên khoa II, Trường đại học Y dược Cần Thơ, 2019.
6. Nguyễn Minh Hùng, P.T.D.H., Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue và sốt xuất huyết Dengue có cảnh báo ở người lớn tại bệnh viện Hồng Đức (2020- 2021). Tạp chí Y học Việt Nam, 520, 2022; p. 594-600.
7. Nguyễn Văn Tại, H.V.P., 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, 519, 2022; p. 5.
8. Hoàng Thị Hạnh, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 5/2019 đến 5/2021. Tạp chí Y dược Thái Bình, số 8, T9, 2023; p. 56-62.

TẠO HÌNH VÙNG NÁCH BẰNG VẬT DA CẠNH XƯƠNG BÀ VAI ĐIỀU TRỊ VIÊM MỦ TUYẾN MỒ HÔI GIAI ĐOẠN NẶNG

Lê Văn Dương¹, Trần Văn Vương²

HIDRADENITIS SUPPURATIVA

Severe hidradenitis suppurativa in the axillary region typically requires wide excision of tissue, creating large defects that are difficult to reconstruct. The scapular flap, with its reliable vascular supply, represents an appropriate choice for axillary reconstruction. In this article, we report the clinical case of a 20-year-old female patient with severe hidradenitis suppurativa of the right axilla, who had undergone multiple unsuccessful incision and drainage procedures and developed shoulder joint movement restriction. The patient underwent wide excision of the lesion, shoulder joint contracture release, and defect coverage using a scapular flap. Through this clinical case, we evaluate the functional and aesthetic outcomes, aiming to contribute to the treatment experience of this pathology in Vietnam.

Keywords: Hidradenitis suppurativa, Axillary reconstruction, Parascapular flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VMTMH là một bệnh da mạn tính, đặc trưng bởi tình trạng viêm đơn vị nang lông-tuyến bã, dẫn đến hình thành các ổ áp xe tái phát, đường rò và sẹo co rút, chủ yếu tại các vùng nách, bẹn, tầng sinh môn và dưới vú.¹ Bệnh ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống của bệnh nhân do đau, hạn chế vận động và tác động tâm

TÓM TẮT

Viêm mủ tuyến mồ hôi (VMTMH) giai đoạn nặng vùng nách thường đòi hỏi cắt rộng tổ chức, tạo khuyết hổng lớn khó tái tạo. Vật da cạnh xương bả vai có mạch nuôi ổn định, là lựa chọn phù hợp cho tái tạo vùng nách. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo ca lâm sàng bệnh nhân nữ 20 tuổi, viêm mủ tuyến mồ hôi giai đoạn nặng vùng nách phải, đã rách dẫn lưu nhiều lần không thành công và hạn chế vận động khớp vai. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt rộng tổn thương, giải phóng khớp vai và che phủ khuyết hổng bằng vật da cạnh xương bả vai. Qua ca lâm sàng, chúng tôi đánh giá kết quả chức năng và thẩm mỹ, nhằm góp phần vào kinh nghiệm điều trị bệnh lý này tại Việt Nam. **Từ khóa:** Viêm mủ tuyến mồ hôi, Khuyết hổng vùng nách, Vật da cạnh xương bả vai.

SUMMARY

PARASCAPULAR FLAP RECONSTRUCTION FOR AXILLARY DEFECTS IN SEVERE

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Dương

Email: duonglv.yds@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025