

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Đa khoa Bình Thuận năm 2025

Huỳnh Phan Ngọc Bửu^{*}, Lê Huỳnh Phúc
Bệnh viện Đa khoa Bình Thuận

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việt Nam được xem là một trong những quốc gia có tỉ lệ mắc SXHD cao nhất trong khu vực Đông Nam Á. Các dữ liệu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như các yếu tố liên quan đến tình trạng Sốt xuất huyết nặng tại tỉnh Bình Thuận còn hạn chế, nghiên cứu này đóng vai trò then chốt nhằm tối ưu hóa chiến lược tầm soát và quản lý điều trị lâm sàng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân SXHD ở Bệnh viện đa khoa Bình Thuận (BVĐKBT) năm 2025 và các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 260 bệnh nhân SXHD tại BVĐKBT từ tháng 04 - 10/2025. **Kết quả:** Kết quả cho thấy tỷ lệ diễn tiến SXHD nặng là 9.6%; trình độ học vấn thấp (\leq Cấp 1) làm tăng khả năng mắc SXHD nặng gấp 4.61 lần (so với \geq Cấp 3); các triệu chứng buồn nôn (gấp 3.02 lần), xuất huyết niêm mạc (gấp 2.17 lần); tình trạng bạch cầu không giảm (≥ 4 g/L) liên quan đến diễn tiến nặng (gấp 2.77 lần). **Kết luận:** Cần tối ưu hóa giám sát lâm sàng các dấu hiệu cảnh báo sớm tại tuyến điều trị; tăng cường giám sát dịch tễ chủ động và nâng cao năng lực y tế cơ sở; đẩy mạnh truyền thông nguy cơ và huy động cộng đồng kiểm soát vector kết hợp giáo dục sức khỏe.

Từ khóa: sốt xuất huyết, Bệnh viện Đa khoa Bình Thuận, SXHD và Bình Thuận

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là một trong những bệnh nhiệt đới phổ biến nhất và là vấn đề sức khỏe toàn cầu. SXHD khởi phát do nhiễm virus Dengue (DENV), truyền qua vật trung gian là muỗi *Aedes aegypti* và *Aedes albopictus*. Virus này có 4 kiểu huyết thanh chính (DENV-1, DENV-2, DENV-3 và DENV-4) [1]. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) số ca mắc SXHD đã tăng từ 505,430 ca vào năm 2000 lên tới 14.6 triệu ca vào năm 2024, một con số kỷ lục trong lịch sử [2].

SXHD có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng từ không có triệu chứng cho tới những trường hợp có biểu hiện sốc, suy đa tạng và tử vong nếu không được đánh giá đúng và điều trị kịp thời.

Virus Dengue xuất huyết phổ biến ở Đông Nam Á và Thái Bình Dương, là những khu vực điểm nóng về các bệnh do muỗi truyền. Ở Việt Nam, virus Dengue phổ biến khắp ở các vùng nông thôn và thành thị trên cả nước, nhưng chủ yếu ở các thành phố nơi vector truyền bệnh dễ dàng tìm được nguồn nước sạch để sinh sống [3]. Việt Nam được xem là một trong những quốc gia có tỉ lệ mắc SXHD cao nhất trong khu vực Đông Nam Á [4].

Mặc dù đã có một số nghiên cứu trên cả nước, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như các yếu tố liên quan đến tình trạng Sốt xuất huyết nặng tại tỉnh Bình Thuận (cũ) còn hạn chế. Việc xác định các yếu tố nguy cơ đặc trưng cho quần thể bệnh nhân (BN) tại địa phương là rất cần thiết để tối ưu hóa công tác

sàng lọc và điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm cung cấp bộ dữ liệu cập nhật và đặc thù tại địa phương, xác định các yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng sớm diễn tiến nặng, từ đó hỗ trợ thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Bình Thuận.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân sốt xuất huyết điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Bình Thuận từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn vào

Bệnh nhân được chẩn đoán sốt xuất huyết theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế 2023 [5] và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra

Bệnh nhân đang có bệnh kèm theo nặng (như tim mạch, gan, thận mạn tính, tiểu đường không kiểm soát, ung thư, hoặc các nhiễm trùng nặng khác). Không thu thập đủ thông tin của bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước lượng một tỉ lệ của dân số với p: Chọn p = 0.797 (theo nghiên cứu của Lê Văn Minh và cộng sự (2023) [8]). Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 249 bệnh nhân. Để dự phòng các trường hợp mất mẫu và tăng độ mạnh cho nghiên

Tác giả liên hệ: Huỳnh Phan Ngọc Bửu
Email: huynhphanngocbuu@gmail.com

cứu nên quyết định tiến hành thu thập trên cỡ mẫu là 260 bệnh nhân.

2.3. Phương pháp lấy mẫu

Lấy mẫu thuận tiện, liên tục các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.4. Kiểm soát sai lệch

- Bộ câu hỏi được thiết kế đơn giản, ngôn ngữ dễ hiểu, rõ ràng, giải thích rõ những câu hỏi người tham gia nghiên cứu không rõ, không hiểu.
- Tập huấn kỹ cho cộng tác viên để thống nhất cách giải thích, kiểm tra bộ câu hỏi khi thu lại để hạn chế việc trả lời sót câu.
- Giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu, nhấn mạnh bảo mật thông tin cho người tham gia nghiên cứu.
- Kỹ thuật viên kiểm soát trong quá trình thực hiện, trả kết quả xét nghiệm để đảm bảo kết quả xét nghiệm chính xác.

2.5. Phân tích thống kê

- Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý số liệu bằng phần mềm Stata.
- Thống kê mô tả biến định tính: Xác định tần số và tỉ lệ phần trăm.
- Thống kê phân tích:
 - + So sánh giá trị hai tỉ lệ, dùng phép kiểm định Chi bình phương (χ^2) hoặc kiểm định chính xác Fisher (khi tần số lý thuyết nhỏ hơn 5 hay có > 20% số ô có vọng trị nhỏ hơn 5). Tất cả giá trị p là hai đuôi và $p < 0.05$ được xem có ý nghĩa thống kê.
 - + Xác định mức độ liên quan bằng giá trị PR (tỉ số tỉ lệ hiện mắc) và khoảng tin cậy 95%.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Đây chỉ là nghiên cứu quan sát, không can thiệp trên bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên cơ sở tự nguyện. Đối tượng tham gia nghiên cứu có quyền tham gia hay từ chối tham gia bất cứ lúc nào. Thông tin của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội của đối tượng nghiên cứu (n = 260)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	135	51.9
Nữ	125	48.1
Trình độ học vấn		
≤ cấp 1	49	18.8
Cấp 2	98	37.7
≥ Cấp 3	113	43.5

Tỉ lệ nam/nữ = 1.08. Học vấn ≥ cấp 3 chiếm tỉ lệ cao

nhất với 43.5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Các triệu chứng cơ năng (n = 260)

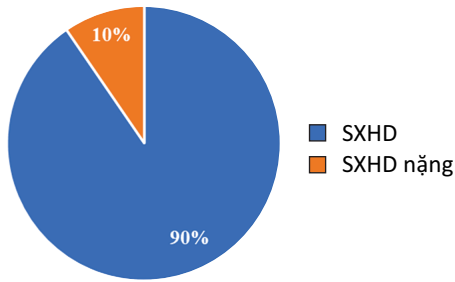
Triệu chứng cơ năng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Toàn thân		
- Sốt	255	98.1
- Mệt mỏi	242	93.1
- Nhức đầu	119	45.8
- Chán ăn	21	8.1
Triệu chứng nhiễm virus		
- Đau cơ	149	57.3
- Nhức hố mắt	23	8.8
- Đau nhức khớp	26	10.0
Tiêu hóa		
- Đau bụng	53	20.4
- Tiêu chảy	20	7.7
- Buồn nôn	47	18.1
- Nôn	47	18.1
Xuất huyết		
- Chảy máu cam	8	3.1
- Chảy máu chân răng	32	12.3
- Tiểu máu	2	0.8
- Đi ngoài phân đen	4	1.5
- Rong kinh, rong huyết, kinh nguyệt đến sớm	19	7.3

Sốt và mệt mỏi là hai triệu chứng cơ năng toàn thân phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ lần lượt là 98.1% và 93.1%. Đau cơ là triệu chứng nhiễm virus phổ biến với tỷ lệ là 57.3%. Các triệu chứng tiêu hóa và xuất huyết không chiếm tỷ lệ cao: Đau bụng (20.4%), nôn (18.1%), buồn nôn (18.1%), chảy máu chân răng (12.3%).

Bảng 3. Các triệu chứng thực thể (n = 260)

Triệu chứng thực thể	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Toàn thân		
- Tỉnh	259	99.6
- Lơ mơ, li bì	1	0.4
Mạch nhanh	7	2.7
Huyết áp tụt	3	1.2
Da xung huyết	132	50.8
Phát ban dát đỏ	10	3.8
Xuất huyết dưới da		
- Dạng chấm	72	27.7
- Dạng nốt	23	8.8
- Dạng mảng	1	0.4

Có 01 bệnh nhân nhập viện trong trạng thái li bì, chiếm 0.4%. 259 trường hợp còn lại tỉnh táo, tiếp xúc tốt. Triệu chứng về da là triệu chứng phổ biến nhất, với biểu hiện da xung huyết (chiếm 50.8%) và xuất huyết dưới da dạng chấm (chiếm 27.7%).



Hình 1. Phân loại mức độ bệnh (n = 260)

Nhóm SXHD chiếm đa số với 235 trường hợp, chiếm 90.4%. Nhóm SXHD nặng chỉ có 25 trường hợp, chiếm 9.6%.

Bảng 4. Xét nghiệm công thức máu (n = 260)

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng Hồng cầu ($10^{12}/L$)		
> 5.8	13	5.0
4.0 - 5.8	179	68.8
< 4.0	68	26.2
Huyết sắc tố (g/dL)		
> 16	6	2.3
12.5 - 16	179	68.8
< 12.5	75	28.9
Hematocrit (%)		
> 47	12	4.6
37 - 47	236	90.8

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 37	12	4.6
Số lượng Bạch cầu ($10^9/L$)		
> 10	0	0
4 - 10	65	25.0
< 4	195	75.0
Số lượng Tiểu cầu ($10^9/L$)		
> 400	20	7.7
150 - 400	58	22.3
< 150	182	70.0

BN có số lượng hồng cầu giảm chiếm tỉ lệ 26.2%, huyết sắc tố giảm chiếm tỷ lệ 28.9%. Hầu hết BN có chỉ số hematorit trong giới hạn bình thường (90.8%). Phần lớn BN có số lượng bạch cầu, tiểu cầu giảm, chiếm tỷ lệ lần lượt là 75% và 70%.

Bảng 5. Xét nghiệm men gan, huyết thanh chẩn đoán NS1-Ag (260)

Tính chất	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
AST (tăng)	196	75.4
ALT (tăng)	140	53.8
NS1-Ag (dương tính)	205	78.8

Có đến 75.4% bệnh nhân tăng AST và 53.8% bệnh nhân tăng ALT. Đa số BN có xét nghiệm NS1-Ag dương tính chiếm 78.8%.

3.3. Mối liên quan đến độ nặng của bệnh

Bảng 6. Đặc điểm dịch tễ của hai nhóm bệnh nhân (n = 260)

Đặc điểm dịch tễ	SXHD nặng	SXHD	$p \chi^2$	PR (KTC 95%)
	n (%)	n (%)		
Giới				
Nam	14 (10.4)	121 (89.6)	0.668	1.18 (0.56 - 2.50)
Nữ	11 (8.8)	114 (91.2)		1
Học vấn				
≤ Cấp 1	12 (24.5)	37 (75.5)	<0.05	4.61 (1.84 - 11.58)
Cấp 2	7 (7.1)	91 (92.9)		1.35 (0.47 - 3.87)
≥ Cấp 3	6 (5.3)	107 (94.7)		1

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ BN có học vấn ≤ cấp 1 mắc SXHD nặng cao gấp 4.61 lần (KTC 95%: 1.84 -

11.58) BN có học vấn ≥ cấp 3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Các biểu hiện đường tiêu hóa (n = 260)

Triệu chứng lâm sàng	SXHD nặng	SXHD	$p \chi^2$	PR (KTC 95%)
	n (%)	n (%)		
Nôn	8 (17.0)	39 (83.0)	0.057	2.13 (0.98 - 4.65)
Buồn nôn	10 (21.3)	37 (78.7)	0.003	3.02 (1.45 - 6.30)
Tiêu chảy	3 (15.0)	17 (85.0)	0.395	1.64 (0.54 - 4.99)
Đau bụng	5 (9.4)	48 (90.6)	0.96	0.97 (0.38 - 2.48)

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ BN có triệu chứng buồn nôn mắc SXHD nặng cao gấp 3.02 lần (KTC 95%:

1.45 - 6.30) BN không buồn nôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 8. Biểu hiện xuất huyết ở hai nhóm bệnh nhân (n = 260)

Biểu hiện xuất huyết	SXHD nặng	SXHD	p χ^2	PR (KTC 95%)
	n (%)	n (%)		
Chảy máu cam	1 (12.5)	7 (87.5)	0.779	1.31 (0.20 - 8.54)
Chảy máu chân răng	5 (15.6)	27 (84.4)	0.218	1.78 (0.72 - 4.41)
Tiểu máu	1 (50.0)	1 (50.0)	0.183*	5.38 (1.28 - 22.63)
Rong kinh, rong huyết	3 (15.8)	16 (84.2)	0.343	1.73 (0.57 - 5.26)
Xuất huyết niêm mạc	10 (16.4)	51 (83.6)	0.040	2.17 (1.03 - 4.59)

*Kiểm định Fisher

Nghiên cứu tìm thấy tỉ lệ BN xuất huyết niêm mạc mắc sốt huyết Dengue nặng cao gấp 2.17 lần

(1.03 - 4.59) BN không có các biểu hiện trên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 9. So sánh một số chỉ số bạch cầu (n = 260)

Số lượng Bạch cầu ($10^9/L$)	SXHD nặng	SXHD	p χ^2	PR (KTC 95%)
	n (%)	n (%)		
< 4 g/L	13 (7.2)	182 (92.8)	0.005	1
\geq 4 g/L	12 (15.2)	53 (84.8)		2.77 (1.33 - 5.76)

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ BN có số lượng bạch cầu \geq 4 g/L mắc SXHD nặng cao gấp 2.77 lần (KTC 95%: 1.33 - 5.76) so với nhóm BN có bạch cầu < 4 g/L, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Về giới tính, nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ mắc bệnh ở nam (51.9%) và nữ (48.1%), phù hợp với nhận định chung rằng nguy cơ phơi nhiễm với véc-tơ truyền bệnh là tương đương ở cả hai giới trong cùng một khu vực lưu hành dịch. Kết quả nghiên cứu tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hòa thực hiện tại huyện Long Thành, tỉnh Đồng Nai, từ năm 2008 đến 2012, tỷ suất về tỷ lệ mắc SXHD nam/nữ đều gần bằng 1 qua các năm, tỷ lệ nam giới mắc SXHD là 52%, cao hơn nữ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [6]. Tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Quân tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Bạch Mai năm 2017 cho thấy tỷ lệ nam giới mắc bệnh là 51.9%, nữ là 48.1%, với tỷ lệ nam/nữ là 1.08. Nhìn chung, tỷ lệ bệnh phân bố tương đối đều trên cả hai giới [7].

Về trình độ học vấn, nghiên cứu cho thấy nhóm học vấn có tỉ lệ khác nhau, các nghiên cứu y khoa trình độ học vấn có thể được xem là một biến đại diện cho tình trạng kinh tế - xã hội và khả năng tiếp cận, xử lý thông tin y khoa. Cơ chế tiềm tàng đằng sau mối liên quan này có thể bao gồm: (1) Hạn chế trong việc nhận diện các dấu hiệu cảnh báo sớm, dẫn đến sự chậm trễ trong việc tìm kiếm chăm sóc y tế; (2) Điều kiện sống và môi trường lao động có nguy cơ phơi nhiễm với véc-tơ cao hơn; (3) Tỷ lệ các bệnh lý đồng mắc và tình trạng dinh dưỡng không được đảm bảo có thể ảnh hưởng tiêu cực đến đáp ứng miễn dịch của cơ thể.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Các biểu hiện lâm sàng được ghi nhận trong nghiên cứu phản ánh phổ bệnh lý kinh điển của SXHD. Sốt là triệu chứng khởi phát và là lý do nhập viện phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ 98.1%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tại thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang giai đoạn năm 2021 - 2022 cũng ghi nhận 100% bệnh nhân có sốt, trong đó sốt cao ($\geq 39^\circ C$) chiếm tỷ lệ 89.2% [8], nghiên cứu của tác giả Lê Duy Cương thực hiện tại Khánh Hòa (2020) tỉ lệ sốt chiếm 92.2% [1].

Nghiên cứu khảo sát cho kết quả các triệu chứng toàn thân và nhiễm virus điển hình như mệt mỏi (93.1%), đau cơ (57.3%), và nhức đầu (45.8%). Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Duy Cương thực hiện tại Khánh Hòa đau cơ và đau khớp đều chiếm 34.3% [1].

Về triệu chứng thực thể, da xung huyết (50.8%) và xuất huyết dưới da dạng chấm (27.7%) là những biểu hiện trên da thường gặp nhất. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Vân Anh thực hiện tại Bệnh viện E (2021), xuất huyết niêm mạc (chảy máu chân răng, chảy máu cam, ra máu âm đạo ngoài kỳ kinh) là dấu hiệu cảnh báo hay gặp nhất (25%) [9].

Tỷ lệ SXHD nặng trong nghiên cứu của chúng tôi là 9.6%. Kết quả này tương đồng một cách đáng chú ý với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tại, thực hiện trên bệnh nhân SXHD người lớn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang, với tỷ lệ được ghi nhận là 9.2% [8]. Sự tương đồng này có thể được lý giải bởi một số yếu tố chung giữa hai nghiên cứu. Thứ nhất, cả hai đều được tiến hành tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, là nơi tập trung các ca bệnh có diễn tiến từ trung bình đến nặng được chuyển đến từ tuyến dưới. Điều này tạo ra một quần thể bệnh nhân có phổ lâm sàng tương đối đồng nhất. Thứ hai, việc áp dụng tiêu

chuẩn chẩn đoán SXHD nặng theo cùng một hướng dẫn của Bộ Y tế hoặc WHO giúp đảm bảo tính nhất quán trong việc phân loại ca bệnh. Cuối cùng, bối cảnh dịch tễ học tương tự tại hai tỉnh thuộc khu vực Nam Bộ, nơi SXHD là bệnh lưu hành cao, có thể dẫn đến sự tương đồng về các yếu tố nguy cơ như tuýp virus lưu hành và tình trạng miễn dịch của bệnh nhân.

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Giảm tiểu cầu là biểu hiện nổi bật nhất, được ghi nhận ở 70.0% bệnh nhân có số lượng tiểu cầu dưới 150 g/L. Giảm bạch cầu cũng là một phát hiện phổ biến với 75.0% bệnh nhân có số lượng bạch cầu < 4 g/L. Kết quả tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tại thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang cho thấy nhóm bệnh nhân giảm bạch cầu chiếm tỷ lệ cao nhất là 63.1% [8]. Đây là hệ quả của sự ức chế tủy xương do virus Dengue gây ra trong giai đoạn đầu của bệnh [10].

Kết quả của chúng tôi cho thấy 75.4% bệnh nhân tăng AST và 53.8% bệnh nhân tăng ALT. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của SXHD, trong đó virus có thể trực tiếp gây tổn thương tế bào gan hoặc gây tổn thương gan thứ phát do đáp ứng viêm hệ thống của cơ thể. Theo tác giả Lê Thị Kim Nhung (2011) men gan tăng từ ngày thứ 3 và sau 2 tuần mới trở về bình thường, tăng men gan phục hồi chậm hơn giảm tiểu cầu [11].

Trong số các bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm, kháng nguyên NS1-Ag dương tính chiếm tỷ lệ cao (78.8%), khẳng định giá trị của xét nghiệm này trong chẩn đoán sớm SXHD, đặc biệt trong 5 ngày đầu của bệnh. Tỷ lệ này có phần thấp hơn so với tỷ lệ dương tính chung (NS1, IgM, IgG) là 88.8% trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Quân tại Bệnh viện Bạch Mai, có thể do khác biệt về loại xét nghiệm và thời điểm lấy mẫu [7].

4.3. Mối liên quan đến độ nặng của bệnh sốt xuất huyết Dengue

Nghiên cứu ghi nhận một mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn thấp (\leq Cấp 1) và nguy cơ mắc SXHD nặng (PR = 4.61; $p < 0.05$). Kết quả cho thấy các yếu tố xã hội nói chung và trình độ học vấn nói riêng có tác động sâu sắc đến kết cục của một bệnh truyền nhiễm. Trình độ học vấn ảnh hưởng nhiều đến việc tiếp cận nguồn thông tin để bổ sung kiến thức về sức khỏe và khả năng tiếp cận y tế. Nghiên cứu của tác giả Trần Minh Hòa đã chứng minh cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn với kiến thức, thái độ, và thực hành phòng chống SXHD ($p < 0.001$) [6].

Triệu chứng buồn nôn được xác định là một yếu tố dự báo quan trọng cho diễn tiến nặng (PR = 3.02; $p = 0.003$). Theo đó nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Vân Anh cũng cho kết quả triệu chứng nôn và buồn nôn cũng gặp nhiều hơn đáng kể ở nhóm có

dấu hiệu cảnh báo so với nhóm không có dấu hiệu cảnh báo ($p = 0.013$) [9]. Về mặt sinh lý bệnh, buồn nôn và nôn ói nhiều trong SXHD không chỉ là một rối loạn tiêu hóa thông thường mà thường là biểu hiện của tình trạng thoát huyết tương vào khoang phúc mạc, gây kích ứng và phù nề thành ruột, hoặc là hệ quả của tổn thương gan cấp.

Xuất huyết niêm mạc (PR = 2.17; $p = 0.040$) là những yếu tố liên quan rất có giá trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều tác giả trong nước, như Nguyễn Minh Quân ghi nhận tỷ lệ xuất huyết niêm mạc ở nhóm SXHD nặng cao hơn đáng kể so với nhóm SXHD không nặng (40% so với 21.7%; $p < 0.05$) [7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng bạch cầu ≥ 4 g/L làm tăng nguy cơ diễn tiến nặng gấp 2.77 lần so với nhóm có giảm bạch cầu (< 4 g/L) ($p = 0.005$). Phát hiện này khác với quan niệm truyền thống rằng giảm bạch cầu thường gặp hơn trong sốt xuất huyết, song lại phù hợp với một số nghiên cứu gần đây ghi nhận bạch cầu tăng có thể là dấu hiệu cảnh báo diễn tiến nặng. Nghiên cứu của Yang và cộng sự (2025) trên bệnh nhân sốt xuất huyết nặng tại nhiều trung tâm cho thấy leukocytosis là yếu tố liên quan độc lập liên quan tới nguy cơ tử vong (PR = 2.50; KTC 95% : 1.12 - 5.57) [12].

Hạn chế của nghiên cứu: Thiết kế cắt ngang và phương pháp chọn mẫu thuận tiện trong nghiên cứu này còn hạn chế khả năng xác định mối quan hệ nhân quả, đồng thời tiềm ẩn sai số lựa chọn, làm giảm tính đại diện và khả năng khái quát hóa kết quả.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ diễn tiến SXHD nặng trong nghiên cứu là 9.6%. Phân tích các yếu tố liên quan chỉ ra rằng trình độ học vấn thấp (\leq Cấp 1) làm tăng khả năng mắc SXHD nặng gấp 4.61 lần (so với \geq Cấp 3). Về mặt lâm sàng, các triệu chứng buồn nôn (gấp 3.02 lần), xuất huyết niêm mạc (gấp 2.17 lần) là những yếu tố liên quan quan trọng. Về cận lâm sàng, tình trạng bạch cầu không giảm (≥ 4 g/L) liên quan đến diễn tiến nặng (gấp 2.77 lần so với nhóm bạch cầu giảm).

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi có một số kiến nghị sau: Thứ nhất, các cơ sở điều trị cần nâng cao năng lực giám sát lâm sàng, đặc biệt là theo dõi sát các dấu hiệu cảnh báo sớm như xuất huyết niêm mạc, kết hợp xét nghiệm công thức máu, men gan hàng ngày (nhất là từ ngày 3 - 5) để can thiệp kịp thời; Thứ hai, hệ thống y tế dự phòng cần củng cố giám sát dịch tễ chủ động theo mùa (tháng 4 - 10) và tăng cường năng lực cho y tế cơ sở trong việc phát hiện, phân loại, chuyển tuyến đúng thời điểm các ca bệnh có nguy cơ; Thứ ba, cần đẩy mạnh chiến lược truyền thông nguy cơ và huy động cộng đồng liên ngành, vừa triển khai vệ sinh môi trường diệt lăng quăng, vừa giáo dục người dân nhận biết dấu hiệu cảnh báo để chủ động tìm kiếm y tế sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] L. D. Cương, V. H. Trung, V. Giang và V. X. Nghĩa, "Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sốt xuất huyết đến khám tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa năm 2020," *Tạp chí y dược lâm sàng* 108, Tập 16, Số 7, 2021.
- [2] World Health Organization. (2024, 24/8/2025). *Dengue - Global situation*. Available: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON518>.
- [3] N. T. T, L. Á, and L. J, "Urban transmission of mosquito-borne flaviviruses a review of the risk for humans in Vietnam," (in eng), *Infect Ecol Epidemiol*, vol. 9, no. 1, 2019.
- [4] Cục Y tế dự phòng, "Tình hình dịch bệnh sốt xuất huyết và các biện pháp phòng chống trọng tâm, Bài trình bày hội nghị sốt xuất huyết 19/09/2020," 2020.
- [5] Bộ Y tế (2023). *Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04/7/2023 về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết dengue*.
- [6] T. M. Hòa, "Đặc điểm dịch tễ của bệnh sốt xuất huyết dengue tại huyện Long Thành, tỉnh Đồng Nai từ năm 2008 - 2012 và kết quả của một số giải pháp can thiệp," Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học y dược - Đại học Huế, 2020.
- [7] N. M. Quân, "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng của sốt xuất huyết dengue tại khoa truyền nhiễm - Bệnh viện Bạch Mai năm 2017," tốt nghiệp ngành y đa khoa, Khoa Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội, 2017.
- [8] N. V. Tại, "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 tỉnh Kiên Giang năm 2021-2022," Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, 2022.
- [9] N. T. V. Anh, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh sốt xuất huyết dengue tại Bệnh viện E năm 2021," Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội 2022.
- [10] S. Noisakran, N. Onlamoon, H.-M. Hsiao, K. B. Clark et al., "Infection of bone marrow cells by dengue virus in vivo," (in eng), *National Library of Medicine*, 2013.
- [11] L. T. K. Nhung, "Khảo sát lâm sàng bệnh sốt xuất huyết tại khoa nhiễm Bệnh viện Thống nhất năm 2008," *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 15, Số 2, tr 89-94, 2011.
- [12] C. H. Yang, I. K. Lee, Y. C. Chen, W. C. Huang et al., "Prognostic factors in severe dengue patients: A multi-center retrospective cohort study," (in eng), *PLoS Negl Trop Dis*, vol. 19, no. 1, p. e0012846, Jan 2025.

Clinical, subclinical characteristics and associated factors of Dengue hemorrhagic fever at Binh Thuan General Hospital in 2025

Huynh Phan Ngoc Buu, Le Huynh Phuc

ABSTRACT

Background: Vietnam is considered a high-burden country for Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in Southeast Asia. Since updated and site-specific data regarding clinical, subclinical characteristics and associated factors for severe Dengue in Binh Thuan Province remain limited, this research is crucial to enhance screening and clinical management strategies. **Objectives:** To determine the clinical and subclinical characteristics of DHF patients at Binh Thuan General Hospital (BTGH) in 2025 and to identify associated factors. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 260 DHF patients at BTGH from April to October 2025. **Results:** The results indicated that the rate of progression to severe DHF was 9.6%. Low educational level (\leq Primary school) increased the risk of severe DHF by 4.61 times (compared to \geq High school). Significant risk factors included nausea (odds ratio [OR]: 3.02), mucosal bleeding (OR: 2.17). The absence of leukopenia ($WBC \geq 4$ g/L) was associated with severe progression (OR: 2.77). **Conclusion:** It is necessary to optimize clinical monitoring of early warning signs at treatment facilities, strengthen active epidemiological surveillance, enhance grassroots healthcare capacity, and promote risk communication and community mobilization for vector control combined with health education.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, Binh Thuan General Hospital, DHF and Binh Thuan

Received: 25/12/2025

Revised: 27/2/2026

Accepted for publication: 26/4/2026