

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER PATIENTS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT, CHILDREN'S HOSPITAL 2 FROM 2021 TO 2023

Ngo Thi Thanh Thuy^{1,2*}, Truong Thanh Toan¹, Mai Chiem Dat¹,
Tran Thi Thao Suong¹, Le Thi Hong Diep¹, Vu Hiep Phat¹

¹Children's Hospital 2 -14 Ly Tu Trong, Sai Gon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City - 217 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 11/08/2025

Revised: 27/08/2025; Accepted: 23/09/2025

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to investigate the clinical characteristics, investigations, treatment, and outcomes of pediatrics with DHF admitted to the Emergency Department, Children's Hospital 2 during the 2022 epidemic season.

Methods: A descriptive retrospective and prospective analytical study of pediatrics with DHF admitted to the Emergency Department, Children's Hospital 2 from September 2021 to October 2023.

Results: There were 89 patients with DHF. At discharge, the diagnoses included 15.7% Dengue with warning signs, 50.6% Dengue shock syndrome, 30.3% severe Dengue shock, and 3.4% severe Dengue (including two cases with severe hepatic injury characterized by SGOT/SGPT > 1000 U/L, and one case of Dengue encephalopathy). Most patients entered shock on day 5 of illness (36%). Shocks occurred on day 3 in 7.9% of patients and on day 7 in 2.2%. Among patients with severe Dengue shock, 26.7% had a hematocrit (Hct) > 50% at the onset of shock. The overall mortality rate was 7.9%.

Conclusion: The mortality rate for severe head injuries is 33.3%. The overall mortality rate among pediatrics with DHF admitted to the emergency department was 7.9%. Most patients developed shock on the fifth day of illness. A high proportion had elevated hematocrit levels (>50%) at the onset of shock. DHF patients may enter shock as early as day 3 (7.9%) or as late as day 7 (2.2%) of illness.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, severe Dengue hemorrhagic fever, multi-organ dysfunction.

*Corresponding author

Email: ngothithanhthuy@ump.edu.vn Phone: (+84) 904775736 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3342>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NHẬP KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 TỪ 2021-2023

Ngô Thị Thanh Thủy^{1,2*}, Trương Thanh Toàn¹, Mai Chiêm Đạt¹,
Trần Thị Thảo Sương¹, Lê Thị Hồng Điệp¹, Vũ Hiệp Phát¹

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2 -14 Lý Tự Trọng, P. Sài Gòn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 27/08/2025; Ngày duyệt đăng: 23/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kết cục bệnh nhi SXHD nhập khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong mùa dịch 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả có phân tích bệnh nhi SXHD nhập khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng 2, từ 09/2021 đến 10/2023.

Kết quả: Có 89 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu, với chẩn đoán lúc xuất viện gồm 15,7% SXHD có dấu hiệu cảnh báo, 50,6% sốc SXHD, 30,3% SXHD sốc nặng và 3,4% SXHD nặng (2 trường hợp tổn thương gan nặng với SGOT/SGPT > 1000 UI/L, 1 trường hợp SXHD thể não). Đa số SXHD vào sốc ngày thứ 5 (36%). 7,9% bệnh nhi vào sốc ngày thứ 3 và 2,2% vào sốc ngày thứ 7. Bệnh nhi SXHD nặng có Hct > 50% lúc vào sốc có tỷ lệ 26,7%. Tỷ lệ tử vong chung là 7,9%.

Kết luận: Tỷ lệ tử vong chung trẻ SXHD nhập cấp cứu là 7,9%. Bệnh nhi SXHD vào sốc chủ yếu ở ngày bệnh thứ 5. Hct tăng cao > 50% lúc vào sốc có tỷ lệ cao. Bệnh nhi SXHD có thể vào sốc sớm ở ngày bệnh thứ 3 (7,9%) hoặc vào sốc muộn ở ngày bệnh thứ 7 (2,2%).

Từ khóa: Sốt xuất huyết Dengue, sốt xuất huyết Dengue nặng, suy đa tạng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh nhiễm virus toàn thân có tầm quan trọng ngày càng tăng và là một thách thức lớn lên hệ thống y tế chăm sóc sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu. Đây là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong, đặc biệt ở trẻ em và thanh thiếu niên. Tại Việt Nam, SXHD có tần suất mắc cao, là một trong các vấn đề y tế quốc gia quan trọng, nhất là các tỉnh thành thuộc khu vực Miền Nam. Bệnh SXHD biểu hiện từ không triệu chứng hoặc tự giới hạn đến SXHD nặng đặc trưng bởi tình trạng rò rỉ mao mạch gây hội chứng sốc và tổn thương đa tạng có thể gây tử vong. Ngày bệnh thứ 3 đến ngày thứ 5 là giai đoạn bệnh diễn tiến nặng.

Từ sau đại dịch COVID-19, năm 2022 ghi nhận có sự tăng đột biến tần suất ca mắc (345.234 trường hợp nhiễm vi-rút Dengue so với 69.114 trường hợp năm 2021). Tỷ lệ SXHD nặng là 3,5% và tỷ lệ tử vong cao gấp 5 lần so với năm 2021[2]. Tỷ lệ tử vong trong SXHD thay đổi từ dưới 1% đến trên 10% tùy thuộc

vào rất nhiều yếu tố như độc lực của vi-rút, yếu tố vật chủ (tuổi, giới, tình trạng dinh dưỡng, khả năng miễn dịch), yếu tố xã hội (sự biến động sau đại dịch COVID-19, tuân thủ phác đồ điều trị Bộ Y tế, vấn đề tuyên truyền y tế cộng đồng...). Đặc biệt, sau đại dịch COVID-19, tại các tỉnh khu vực phía Nam, Việt Nam cũng như tại Thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ mới mắc ngày càng gia tăng, cũng như tỷ lệ tử vong tăng. [6] Xuất phát từ thực trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích khảo sát đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị tất cả những trường hợp SXHD nhập Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong mùa dịch 2022.

Câu hỏi nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng, mức độ nặng và kết quả điều trị bệnh nhi SXHD nhập Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong mùa dịch 2022 là như thế nào?

*Tác giả liên hệ

Email: ngothithanhthuy@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 904775736 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3342>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Mục tiêu nghiên cứu

Xác định các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, suy đa tạng, tử vong.

Xác định các yếu tố liên quan SXHD nặng (sốc SXHD, sốc SXHD nặng, SXHD suy tạng).

Đánh giá mức độ cô đặc máu trong nhóm SXHD nặng.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả có phân tích.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi SXHD nhập Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng 2, từ tháng 09/2021 đến tháng 10/2023.

2.4. Kỹ thuật chọn mẫu

Cỡ mẫu:

Để đảm bảo tính đại diện cho khảo sát yếu tố dịch tễ, và đảm bảo lực mẫu cho phân tích mục tiêu 2 và 3, chúng tôi dự tính lấy 1/8 tổng số bệnh nhân nhập viện trong năm. Cách thức chọn mẫu theo hệ thống. Tất cả 857 bệnh nhân được ghi vào danh sách theo thứ tự thời gian nhập viện trong năm từ 1/09/2021. Khoảng cách mẫu là k=8. Chọn ngẫu nhiên bệnh nhân đầu tiên thứ tự i trong 10 người đầu trong danh sách. Sau đó, các bệnh nhân có số thứ tự i + nk (n=1, 2, 3, ...) sẽ được chọn cho đến khi hết danh sách.

Xác định tỷ lệ SXHD nặng:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

+ $\alpha=0.05$;

+ $Z_{1-\alpha/2}=1,96$;

+ $p = 17\%$;

+ $d = 0,1$.

Kết quả cỡ mẫu 55 bệnh nhi SXHD nặng.

- *Tiêu chí chọn mẫu*: Tất cả các bệnh nhi SXHD nhập Khoa Cấp cứu thỏa các tiêu chí sau:

+ Tuổi > 1 tháng đến < 16 tuổi và

+ Được chẩn đoán SXHD có dấu hiệu cảnh báo hoặc SXHD nặng theo tiêu chuẩn của BYT Việt Nam năm 2023:

++ Sốt liên tục ≤ 7 ngày và

++ NS1Ag dương tính hoặc $\pm$ Elisa dengue IgM dương tính.

+ Gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia.

- *Tiêu chí loại trừ*: Hồ sơ bệnh án không ghi nhận đầy đủ các thông tin cần thiết trong bệnh án mẫu.

2.5. Thu thập và xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.6. Ý đức

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Đồng 2, quyết định số 367/QĐ-BVND2 ngày 10/03/2023.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 89 trường hợp SXHD thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

Phân nhóm mức độ nặng bệnh nhi SXHD được trình bày ở Bảng 1.

Bảng 1. Phân nhóm mức độ nặng bệnh nhi SXHD nhập Khoa Cấp cứu

Đặc điểm	Số trường hợp (N=89)	Tỷ lệ (%)
SXHD có dấu hiệu cảnh báo	14	15,7
Sốc SXHD	45	50,6
Sốc SXHD nặng	27	30,3
SXHD nặng	3	3,4

Đặc điểm dịch tễ học được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm dịch tễ học bệnh nhi SXHD nhập Khoa Cấp cứu

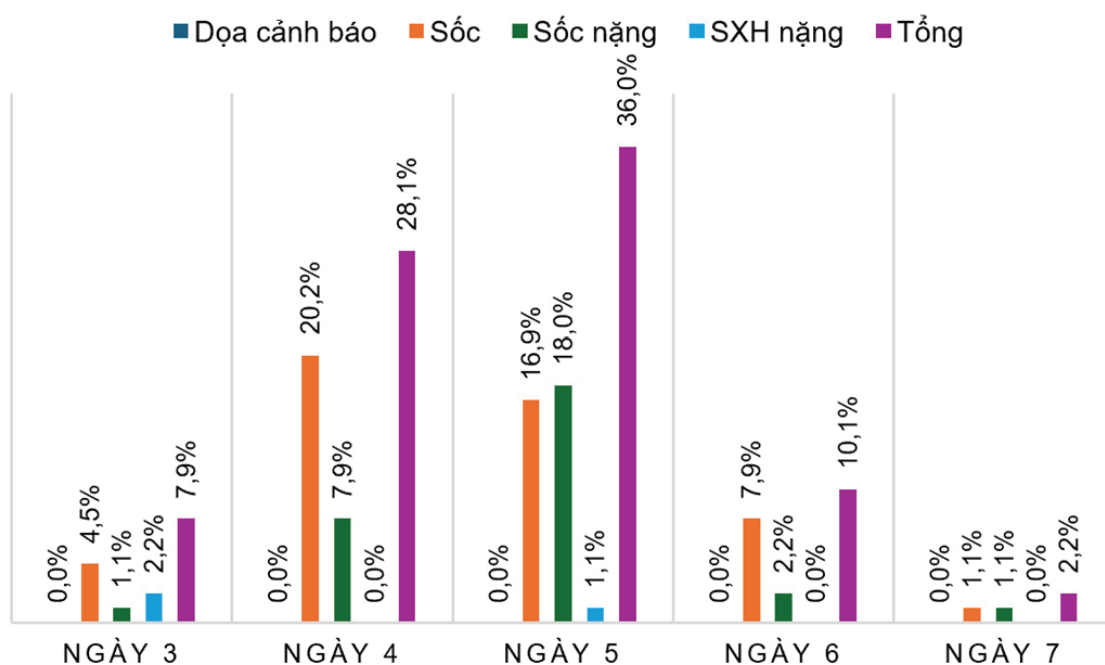
Đặc điểm	Số trường hợp (N=89)	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nam (n, %)	58	65,2
Nữ (n, %)	31	34,8
Tuổi		
≤ 12 tháng	4	4,5
12 tháng - < 13 tuổi	9	10,1
≥ 13 tuổi	76	85,4
Dinh dưỡng		
Bình thường	49	55,1
Béo phì	26	29,2
Dư cân	14	15,7
Cư trú		
TP. HCM	40	44,9
Tỉnh khác	49	52,8

Các đặc điểm lâm sàng bệnh nhi SXHD được trình bày trong Bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhi SXHD nhập Khoa Cấp cứu

Đặc điểm	SXHD cảnh báo (n=14)	Sốc SXHD (n=45)	Sốc SXHD nặng (n=27)	SXHD nặng (n=3)	Tổng (n=89)	p
Sốt lúc nhập viện (n, %)	3 (21,4)	9 (20,0)	13 (48,1)	2 (66,7)	27 (30,3)	0,03 ^a
Ói (n, %)	9 (64,3)	35 (77,8)	23 (85,2)	1 (33,3)	68 (76,4)	0.182 ^a
Đau vùng gan (n, %)	6 (42,9)	35 (77,8)	20 (74,1)	1 (33,3)	62 (69,7)	0,038 ^a
Tiêu chảy (n, %)	2 (14,3)	7 (15,6)	4 (14,8)	0 (0)	13 (14,6)	0,946 ^a
Ho đàm (n, %)	3 (21,4)	3 (6,7)	3 (11,1)	0	9 (10,1)	0,183 ^a
Bệnh nền (n, %)	1 (7,1)	4 (8,9)	1 (3,7)	0	6 (6,7)	0,88 ^a
Triệu chứng xuất huyết (n, %)						
Petechie	4 (28,6)	12 (26,7)	13 (48,1)	1 (33,3)	29 (32,6)	-
Bầm da, vết chích	2 (14,3)	2 (4,4)	3 (11,1)	1 (33,3)	8 (8,9)	-
Hematoma	2 (14,3)	-	2 (7,4)	-	4 (4,5)	-
Xuất huyết tại mũi họng	2 (14,3)	3 (6,7)	-	-	5 (5,6)	-
Xuất huyết tiêu hoá	-	-	5 (18,5)	-	5 (5,6)	-

Đặc điểm phân bố ngày bệnh nhi SXHD nặng nhập cấp cứu được trình bày ở hình 1.



Hình 1. Phân bố ngày bệnh nhi SXHD nặng nhập cấp cứu

Mức độ tổn thương gan theo độ nặng SXHD được trình bày ở Bảng 4.

Bảng 4. Tổn thương gan theo độ nặng SXHD

Đặc điểm			
SXHD cảnh báo (n=14)	Sốc SXHD (n=45)	Sốc SXHD nặng (n=27)	SXHD nặng (n=3)
Tổn thương gan nhẹ (n, %)			
2 (14,3)	19 (42,2)	5 (18,5)	-
Tổn thương gan trung bình (n, %)			
4 (26,8)	4 (8,9)	2 (7,4)	-
Tổn thương gan nặng (n, %)			
1 (7,1)	-	9 (33,3)	3 (100)

Mức độ tăng chỉ số Hct theo độ nặng SXHD được trình bày ở Bảng 5.

Bảng 5. Giá trị chỉ số Hct theo mức độ nặng SXHD

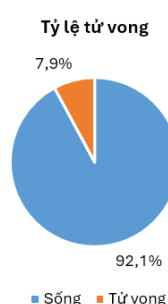
Đặc điểm			
SXHD cảnh báo (n=14)	Sốc SXHD (n=45)	Sốc SXHD nặng (n=27)	SXHD nặng (n=3)
Lúc nhập viện (% TB ± ĐLC)			
43,3±5,4	45,9±4,7	44,4±7,3	44,7±8,4
Sau 1 giờ (% TB ± ĐLC)			
41,7±3,9	42,6±3,7	41,2±6,6	42±7,9
Sau 3 giờ (% TB ± ĐLC)			
40,1±4,9	41,4±3,8	38,9±7,6	40,7±6,1

Đặc điểm điều trị hồi sức dịch truyền cho bệnh nhi SXHD được trình bày ở Bảng 6.

Bảng 6. Đặc điểm hồi sức dịch truyền ở bệnh nhi SXHD

Đặc điểm	SXHD cảnh báo (n=14)	Sốc SXHD (n=45)	Sốc SXHD nặng (n=27)	SXHD nặng (n=3)	Chung (N=89)
Tổng dịch tinh thể trong 6 giờ đầu (mL/kg, TB±ĐLC)	31,3±22,2	54,4±12,9	49,9±18,2	30,0±26,5	48,5±18,6
Tổng dịch tinh thể trong 24 giờ đầu (mL/kg, TB±ĐLC)	53,1±43,9	83,6±33,4	73,1±49,4	30,0±26,5	73,7±42,1
Tổng CPT trong 24 giờ đầu (mL/kg, TB±ĐLC)	-	27,0±40,9	87,2±59,6	20,0±34,6	40,1±54,2

Kết cục điều trị bệnh nhi SXHD được mô tả ở Biểu đồ 1



Biểu đồ 1. Kết cục điều trị bệnh nhi SXHD

Đặc điểm thời gian nằm viện được trình bày ở Bảng 7.

Bảng 7. Thời gian nằm viện bệnh nhi SXHD

Kết quả	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thời gian nằm ICU (ngày)	1,7	3,4
Thời gian nằm viện (ngày)	5,1	4,9

Đánh giá các yếu tố liên quan SXHD nặng được trình bày ở Bảng 8

Bảng 8. Các yếu tố liên quan SXHD nặng

Đặc điểm	SXHD có dấu hiệu cảnh báo (n=14)	SXHD nặng (n=75)	p
Sốt lúc vào sốc (n, %)	3 (21,4)	24 (32)	0,429 ^a
Sốc sớm (n, %)	-	7 (9,3)	0,023 ^b
Hct ≥ 45% lúc vào sốc (n, %)	5 (35,7)	44 (58,7)	0,112 ^b
Hct ≥ 50% lúc vào sốc (n, %)	3 (21,4)	20 (26,7)	0,937 ^a

a: Fisher; b: Chi-Square

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

4.1.1. Giới tính

Tỷ lệ trẻ nam mắc SXHD cao hơn trẻ nữ. Tuy nhiên, sự phân bố SXHD theo giới tính có sự khác nhau giữa các nghiên cứu.[4]

4.1.2. Nhóm tuổi

Trẻ thuộc nhóm trên 13 tuổi có tỷ lệ mắc SXHD cao nhất (85,4%). Nhũ nhi mắc SXHD có tỷ lệ thấp nhất (4,5%). Như vậy, bệnh SXHD không phải là bệnh lý thường gặp ở trẻ nhũ nhi.

4.1.3. Tình trạng dinh dưỡng

Tỷ lệ trẻ SXHD béo phì là 29,2% và dư cân là 15,7%. Tỷ lệ dư cân/béo phì là 35.1% trong nghiên cứu của Văn Thị Cẩm Thanh.[3] Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Tiến là 22,4%.[4] So với các nghiên cứu trước, tỷ lệ trẻ béo phì và dư cân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này có thể giải thích là do cỡ mẫu của chúng tôi, bệnh nhi đều nhập vào Khoa Cấp cứu. Trong SXHD, béo phì là một yếu tố liên quan đến diễn tiến nặng.

4.1.4. Nơi cư trú

Tỷ lệ trẻ SXHD nhập cấp cứu ở các tỉnh ngoài thành phố Hồ Chí Minh (52,8%) cao hơn trẻ ở nội ô thành phố (44,9%). Điều này cho thấy cần tăng cường huấn luyện chẩn đoán, xử trí SXHD sớm tại y tế cơ sở.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Phân nhóm mức độ nặng SXHD

Trong tổng số 89 trường hợp SXHD nhập Khoa Cấp cứu, tỷ lệ SXHD có dấu hiệu cảnh báo là 15,7%, sốc SXHD là 50,6%, sốc SXHD nặng là 30,3% và SXHD nặng là 3,4%. Như vậy, tỷ lệ bệnh nhi SXHD nhập cấp cứu đa phần trong bệnh cảnh nặng (sốc, tổn thương tạng nặng). Nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Ngọc Bích năm 2021[1] trong tổng số 250 bệnh nhân SXHD nhập Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới TP. HCM, tỷ lệ SXHD có dấu hiệu cảnh báo là 63,6%; sốc SXHD là 27,6%; sốc SXHD nặng là 8% và SXHD nặng thể tổn thương tạng là 0,8%.

4.2.2. Ngày bệnh SXHD diễn tiến nặng

Bệnh nhi SXHD diễn tiến nặng vào ngày bệnh thứ 5 có tỷ lệ cao nhất (36%). Tuy nhiên, khoảng 7,9% trẻ SXHD nặng xuất hiện sớm ở ngày bệnh thứ 3 và 2,2% trẻ SXHD nặng xảy ra trễ ở ngày bệnh thứ 7.

4.2.3. Các triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong SXHD nặng là ói (76,4%), đau vùng gan (69,7%). Tỷ lệ triệu chứng đau vùng gan ở nhóm SXHD nặng (sốc SXHD, sốc SXHD nặng và SXHD nặng) cao hơn nhóm SXHD có dấu hiệu cảnh báo ($p < 0,05$). Nguyên nhân đau

bụng trong SXHD liên quan đến nhiều yếu tố do gan to và vỏ Glisson bị dẫn, do xuất huyết dạ dày ruột hoặc hiếm hơn do tràn dịch màng bụng, ổ xuất huyết ở mạc treo, sưng hạch lympho trong ổ bụng. Đau bụng là triệu chứng nổi bật trong hội chứng tiêu hóa, tương đối phổ biến hơn ở trẻ em so với người lớn, đau bụng thường âm ỉ khu trú ở thượng vị hoặc hạ sườn phải có khi đau quanh rốn.[5]

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

4.3.1. Tổn thương gan

Tỷ lệ tổn thương gan ở bệnh nhân SXHD là 55,1%. Nhóm SXHD có dấu cảnh báo có 26,8% tổn thương gan mức độ trung bình và 7,1% tổn thương gan mức độ nặng. Nhóm sốc SXHD nặng có 33,3% tổn thương gan mức độ nặng. 100% trẻ SXHD nặng có tổn thương gan nặng. Nghiên cứu năm 2017 tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 ghi nhận, trên trẻ sốc SXHD, 12,5% trẻ tổn thương gan nặng và 61.9% tổn thương gan. [3, 7, 8]

4.3.2. Mức độ tăng giá trị chỉ số Hct

Bệnh nhi SXHD nặng có chỉ số Hct tăng $> 50\%$ lúc vào sốc có tỷ lệ 26,7%. Tuy nhiên, giá trị trung bình Hct lúc vào sốc ở cả 3 nhóm SXHD gần như nhau ($44,7 \pm 8,4\%$). Trong sinh lý bệnh sốc SXHD, tình trạng thất thoát huyết tương khỏi lòng mạch trong giai đoạn nặng, làm tăng Hct lên từ 20% so với mức cơ bản của bệnh nhân. Mức Hct cơ bản của người lớn cao hơn trẻ em, nên Hct khi vào sốc SXHD ở trẻ em cũng cao hơn người lớn.

4.3.2. Điều trị

Tổng lượng dịch điện giải hồi sức trong 24 giờ cho trẻ SXHD là $73,7 \pm 42,1$ mL/kg thể trọng, cao phân tử là $40,1 \pm 54,2$ mL/kg thể trọng. So với nghiên cứu Phùng Nguyễn Thế Nguyên, tổng dịch cao phân tử trong 24 giờ cho trẻ SXHD nặng nhập khoa Hồi sức tích cực là $111,8 \pm 49,8$ mL/kg thể trọng.

4.3.3. Các yếu tố liên quan mức độ nặng

Triệu chứng sốt lúc vào viện, đau vùng gan ở nhóm sốc SXHD và SXHD nặng có tỷ lệ cao hơn nhóm SXHD có dấu hiệu cảnh báo ($p < 0,05$). Về triệu chứng sốt lúc nhập viện, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Văn Thị Cẩm Thanh là 28%, nghiên cứu của Phùng Nguyễn Thế Nguyên là 10,4%. Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ bệnh nhân SXHD nặng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

4.3.4. Tử vong

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 7.9% (7 trường hợp). Trong 7 trường hợp tử vong, có 3 trường hợp tử vong do diễn tiến vào sốc nhiễm trùng tổn thương đa cơ quan; 4 trường hợp tử vong do SXHD nặng tổn thương đa cơ quan.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tỷ lệ trẻ nam mắc SXHD cao hơn trẻ nữ. Nhóm tuổi > 13 tuổi bị SXHD chiếm tỷ lệ cao nhất (85,4%). Tỷ lệ SXHD ở trẻ nữ chỉ là 4.5%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở trẻ SXHD nhập cấp cứu là ói (76,4%), đau vùng gan (69,7%) và sốt lúc nhập viện (30,3%). Sốt lúc nhập viện và đau vùng gan ở nhóm SXHD nặng (sốc SXHD, sốc SXHD nặng và SXHD nặng) cao hơn nhóm SXHD có dấu hiệu cảnh báo ($p < 0,05$).

Bệnh nhi SXHD thường vào sốc ở ngày bệnh thứ 5. Tuy nhiên, trẻ có thể vào sốc sớm ở ngày thứ 3 hoặc ngày bệnh thứ 7. Các triệu chứng tổn thương gan, ói và đau vùng gan liên quan đến mức độ nặng của bệnh. Trên bệnh nhi SXHD cần theo dõi sát các triệu chứng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Ngọc Bích (2021), Đặc điểm tổn thương các cơ quan và điều trị bệnh nhi sốt xuất huyết dengue có dấu hiệu cảnh báo và Sốt Xuất Huyết Dengue nặng tại Bệnh viện bệnh nhiệt đới, Khoa Y, Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
- [2] Bộ Y Tế (2023), về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Sốt xuất huyết Dengue, Editors.
- [3] Văn Thị Cẩm Thanh (2017), Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết dengue nặng có sốc tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 1/1/2015 - 31/12/2016, Khoa Y, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- [4] Nguyễn Minh Tiến (2018), "Điều trị sốc Sốt Xuất Huyết Dengue kéo dài, biến chứng nặng tại khoa Cấp Cứu – Hồi Sức Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố", Tạp Chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh. 22(5), pp. 89-96.
- [5] Laoprasopwattana, K., et al. (2016), "Outcome of Severe Dengue Viral Infection-caused Acute Liver Failure in Thai Children", J Trop Pediatr. 62(3), pp. 200-5.
- [6] World Health Organisation (2024), Dengue and severe dengue, accessed-2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>.
- [7] Priyangika, D. K. D., et al. (2021), "Predictive value of hepatic transaminases during febrile phase as a predictor of a severe form of Dengue: analysis of adult Dengue patients from a tertiary care setting of Sri Lanka", BMC Res Notes. 14(1), p. 251.
- [8] Prasad, D. and Bharguvanshi, A. (2020), "Clinical Profile, Liver Dysfunction and Outcome of Dengue Infection in Children: A Prospective Observational Study", Pediatr Infect Dis J. 39(2), pp. 97-101.

