

Xác định mối liên quan giữa một số đặc điểm cận lâm sàng và mức độ nặng của bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Hải Phòng năm 2023

Phạm Minh Khánh^{1*}, Nguyễn Hải Yến¹, Vũ Xuân Tuấn¹, Phạm Thị Thu Trang^{1,2}

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

² Bệnh viện Da liễu Trung Ương

*Tác giả liên hệ

Phạm Minh Khánh
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Điện thoại: 0766458647
Email: pmkhanh@hpmu.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 15/05/2025
Ngày phản biện: 18/05/2025
Ngày duyệt bài: 30/06/2025

TÓM TẮT

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm gây tổn thương gan và xuất huyết, việc phát hiện sớm các yếu tố liên quan đến tiên lượng nặng SXHD có giá trị trong chẩn đoán và điều trị bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** mô tả một số đặc điểm cận lâm sàng và xác định mối liên quan với mức độ bệnh của bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Hải Phòng năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án của 278 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị SXHD tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 9/2023 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** các chỉ số AST, ALT, số lượng hồng cầu, hematocrit, số lượng bạch cầu và số lượng tiểu cầu chênh lệch đáng kể giữa các mức độ bệnh ($p < 0,01$). Giá trị tiên lượng mức độ SXHD của chỉ số AST ở điểm cắt 101,45 U/L (độ nhạy 80%; độ đặc hiệu 89,4%) và ALT ở điểm cắt 68,65 U/L (độ nhạy 80%; độ đặc hiệu 83,4%) có độ tin cậy cao. **Kết luận:** chỉ số AST và ALT là một công cụ đơn giản có ý nghĩa trong dự đoán mức độ bệnh SXHD. Các bác sĩ có thể cân nhắc phối hợp giữa các chỉ số này với triệu chứng lâm sàng để đưa ra hướng điều trị hợp lý và giảm nguy cơ biến chứng, tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân.

Từ khóa: dengue, AST, ALT

Association between subclinical characteristics and severity of Dengue fever patients in Hai Phong in 2023

ABSTRACT: Dengue fever is an infectious disease that causes liver damage and hemorrhage, and early detection of factors related to severe prognosis of dengue fever is valuable in the diagnosis and treatment of the disease. **Objective:** to describe subclinical characteristics and determine the association with the severity of dengue fever patients in Hai Phong in 2023. **Subjects and methods:** collected information from the medical records of 278 patients diagnosed and treated for dengue fever at Viet Tiep Hospital from September 2023 to December 2023. **Results:** AST, ALT, red blood cell count, hematocrit, white blood cell count, and platelet count significantly differed between disease severity ($p < 0.01$). The prognostic value for dengue fever severity of AST at the cut-off point of 101.45 U/L (sensitivity 80%; specificity 89.4%) and ALT at the cut-off point of 68.65 U/L (sensitivity 80%; specificity 83.4%) were highly reliable. **Conclusion:** AST and ALT levels are simple but meaningful tools for predicting the severity of dengue fever. Doctors can consider using these indicators in combination with clinical symptoms to provide treatment and reduce the risk of complications and mortality for patients.

Keywords: dengue, AST, ALT

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm gây dịch do virus Dengue gây nên. Virus truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Bệnh có đặc điểm là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn tới rối loạn đông máu, sốc giảm thể tích tuần hoàn và tử vong nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO - World Health Organization), tỷ lệ mắc sốt xuất huyết đã tăng đáng kể trên toàn thế giới trong những thập kỷ gần đây, với các trường hợp được báo cáo tăng từ 505.430 trường hợp năm 2000 lên 5,2 triệu trường hợp vào năm 2019 [2]. Tại Việt Nam, trong năm 2023, Hà Nội đã có 37.441 số ca mắc sốt xuất huyết và 4 ca tử vong, riêng trong tuần 48 có 1.715 trường hợp mắc mới [3].

Tổn thương gan với các mức độ khác nhau là một biểu hiện của SXHD. Tổn thương gan gây nên rối loạn đông máu là một trong những cơ chế gây nên xuất huyết trong SXHD và sốc do SXHD. Tăng cao các men gan là những dấu hiệu của tổn thương gan cũng như suy giảm chức năng gan [4]. Theo Bộ Y tế, tổn thương gan nặng với biểu hiện AST hoặc ALT ≥ 1000 U/L đã được Bộ Y tế xếp vào phân loại suy tạng nặng – một thể của SXHD nặng [1]. Bệnh nhân tổn thương gan có nguy cơ xuất hiện các biến chứng như sốc, xuất huyết, đông máu nội mạch lan tỏa [5]. Điều trị SXHD chủ yếu là điều trị triệu chứng và biến chứng, vì vậy việc phát hiện sớm các yếu tố liên quan đến tiên lượng nặng SXHD có giá trị lớn, giúp đưa ra hướng điều trị hợp lý cũng như giảm nguy cơ biến chứng, giảm tỷ lệ tử vong. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “*Xác định mối liên quan giữa một số đặc điểm cận lâm sàng và mức độ nặng của bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Hải Phòng năm 2023*” với mục tiêu: “*Mô tả một số đặc điểm cận lâm sàng và mối liên quan*

với mức độ bệnh của bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Hải Phòng năm 2023.”

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết Dengue (SXHD) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 9/2023 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán SXHD theo Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Sốt xuất huyết Dengue ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 4 tháng 7 năm 2023 [1]. Xét nghiệm đặc hiệu test Dengue NS1 Ag dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có tiền sử viêm gan virus B hoặc C và các bệnh gan mật khác; có tiền sử dùng thuốc ảnh hưởng đến chức năng gan. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin của bệnh nhân.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 06/2024 đến tháng 06/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có sử dụng dữ liệu hồi cứu.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chuẩn lựa chọn; thu thập được 278 bệnh án từ tháng 09/2023 đến tháng 12/2023; mẫu chủ đích vào giai đoạn cuối năm 2023 là thời điểm tăng mạnh số ca mắc tại Hà Nội [3].

Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin sẽ được thu thập theo dữ liệu trong bệnh án của đối tượng nghiên cứu và thông qua mã số quản lý bệnh nhân trên cơ sở dữ liệu có sẵn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

Chỉ số, biến số nghiên cứu

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (năm); giới tính (nam/nữ); phân độ SXHD: SXHD, SXHD có dấu hiệu cảnh báo (DHCB) và SXHD nặng; chỉ số AST (U/L),

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

ALT (U/L), protein (g/L), albumin (g/L), số lượng hồng cầu (T/L), hematocrit (L/L), số lượng bạch cầu (G/L), số lượng tiểu cầu (G/L), chỉ số APRI.

Số liệu sau khi thu thập sẽ được nhập và làm sạch bằng phần mềm Microsoft Excel. Các phân tích số liệu sẽ được thực hiện bằng phần mềm SPSS.

Xử lý và phân tích số liệu

KẾT QUẢ

Một số đặc điểm cận lâm sàng của ĐTNC

Bảng 1. Phân bố giới tính và tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=278)

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	145	52,2
Nữ	133	47,8
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	Thấp nhất – Cao nhất
	43,36 ± 18,65	17 – 97

Trong số 278 ĐTNC có 145 nam giới (52,2%) và 133 nữ giới (47,8%) với tuổi trung bình là 43,36 ± 18,65.

Bảng 2. Mối liên quan giữa giới tính và tuổi với mức độ SXHD của ĐTNC (n=278)

Các đặc điểm	SXHD	SXHD có DHCB	p	
	(n=188)	(n=90)		
Giới tính	Nam	100 (53,2)	> 0,05	
	Nữ	88 (46,8)		
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	42,38 ± 18,61	45,41 ± 18,65	> 0,05
Nhóm tuổi (năm)	16 – 29	61 (32,4)	23 (25,6)	> 0,05
	30 – 39	30 (16,0)	12 (13,3)	
	40 – 49	25 (13,3)	19 (21,1)	
	50 – 59	28 (14,9)	8 (8,9)	
	≥ 60	44 (23,4)	28 (31,1)	

Phân bố mức độ bệnh ở ĐTNC là 188 (67,6%) bệnh nhân SXHD và 90 (32,4%) bệnh nhân SXHD có DHCB; không có bệnh nhân SXHD nặng. Tỷ lệ nam và nữ ở hai nhóm này là không có sự khác biệt đáng kể (p > 0,05). Tuổi trung bình của nhóm SXHD là 42,38 ± 18,61 và của nhóm SXHD có DHCB là 45,41 ± 18,65 (p > 0,05). SXHD gặp nhiều ở nhóm 16 – 29 tuổi (32,4%) và SXHD có DHCB gặp nhiều ở nhóm ≥ 60 tuổi (31,1%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa một số chỉ số cận lâm sàng và mức độ SXHD

Các chỉ số ($\bar{X} \pm SD$)	SXHD (n=188)	SXHD có DHCB (n=90)	p
AST (U/L)	59,47 ± 30,44	233,42 ± 256,19	<0,01
ALT (U/L)	40,48 ± 20,42	130,02 ± 105,98	<0,01
Số lượng hồng cầu (T/L)	4,78 ± 0,46	4,94 ± 0,56	<0,05
Hematocrit (L/L)	0,43 ± 0,04	0,44 ± 0,05	<0,05
Số lượng bạch cầu (G/L)	2,96 ± 1,33	3,69 ± 2,05	<0,01
Số lượng tiểu cầu (G/L)	70,61 ± 52,38	27,36 ± 33,75	<0,01

Protein (g/L)	67,46 ± 5,65	65 ± 6,74	<0,05
Albumin (g/L)	39,02 ± 3,5	36,44 ± 3,74	<0,01

Hoạt độ AST và ALT có sự khác biệt giữa các mức độ bệnh, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tương tự, số lượng hồng cầu và hematocrit có sự khác biệt giữa các mức độ của bệnh, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu, chỉ số protein huyết thanh và albumin huyết thanh thay đổi đáng kể theo mức độ của bệnh ($p < 0,05$).

Mối liên quan giữa một số chỉ số cận lâm sàng và mức độ SXHD của ĐTNC

Bảng 4. Giá trị tiên lượng của AST và ALT trong phân biệt mức độ SXHD ($n=278$)

Chỉ số	AUROC (95% CI)	p	Điểm cắt tối ưu	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
AST (U/L)	0,944 (0,920 – 0,969)	<0,01	101,45 U/L	80%	89,4%
ALT (U/L)	0,920 (0,890 – 0,950)	<0,01	68,65 U/L	80%	83%

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của AST là 0,944 ($p < 0,0001$) và diện tích dưới đường cong ROC của ALT là 0,92 ($p < 0,0001$), như vậy AST và ALT có khả năng phân biệt tốt giữa hai nhóm SXHD và SXHD có DHCB. Đồng thời, điểm cắt tối ưu của hoạt độ AST là 101,45 U/L có độ tin cậy cao nhất với độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 89,4%; hoạt độ ALT là 68,65 U/L có độ tin cậy cao nhất với độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 83% để dự đoán mức độ bệnh SXHD.

Bảng 5. Giá trị tiên lượng của APRI trong phân biệt mức độ SXHD ($n=278$)

Chỉ số APRI $\left(\frac{\text{AST/AST (ULN)} \times 100}{\text{Số lượng tiểu cầu}}\right)$	AUROC (95% CI)	p	Điểm cắt tối ưu	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
	0,883 (0,843 - 0,922)	< 0,0001	8	81,1%	79,3%

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong của APRI là 0,883 ($p < 0,0001$), như vậy APRI có khả năng phân biệt tốt giữa hai nhóm SXHD và SXHD có DHCB. Điểm cắt tối ưu của APRI là 8 có giá trị tiên lượng mức độ của bệnh SXHD với độ tin cậy cao nhất (độ nhạy 81,1% và độ đặc hiệu 79,3%).

BÀN LUẬN

Đặc điểm cận lâm sàng của ĐTNC

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 278 đối tượng nghiên cứu với 145 nam giới (52,2%) và 133 nữ giới (47,8%); tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 43,36 ± 18,65 tuổi. Theo Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Sốt xuất huyết Dengue ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 4 tháng 7 năm 2023, SXHD được chia làm ba mức độ là: SXHD, SXHD có DHCB và SXHD nặng [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 188 bệnh nhân

SXHD chiếm 67,6%; 90 bệnh nhân SXHD có DHCB chiếm 32,4% và không có bệnh nhân SXHD nặng. Tuổi trung bình của nhóm SXHD là 42,38 ± 18,61 và của nhóm SXHD có DHCB là 45,41 ± 18,65; sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này có sự tương đồng với báo cáo của tác giả Đỗ Tuấn Anh và Lê Văn Nam (2014) trên 166 bệnh nhân SXHD điều trị tại Khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Quân y 103, tuổi trung bình của nhóm SXHD là 35,45 ± 15,31 và của nhóm SXHD nặng là 34,73 ± 15,48 ($p > 0,05$) [6].

Giá trị hoạt độ AST và ALT tăng theo mức độ bệnh, với hoạt độ AST là $59,47 \pm 30,44$ U/L ở nhóm SXHD và $233,42 \pm 256,19$ U/L ở nhóm SXHD có DHCb; và hoạt độ ALT là $40,48 \pm 20,42$ U/L ở nhóm SXHD và $130,02 \pm 105,98$ U/L ở nhóm SXHD có DHCb. Sự khác biệt giữa hoạt độ AST và ALT với mức độ bệnh có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Theo tác giả Zhang Hao và cộng sự (2018), hoạt độ AST ở nhóm SXHD và SXHD nặng là 75 U/L và 125 U/L ($p < 0,001$), hoạt độ ALT lần lượt là 47,5 U/L và 102 U/L ($p < 0,001$) [7]. Tác giả Ajith K. Jayachandran và cộng sự (2024), hoạt độ AST là 81,25 IU/L trong SXHD và 480,46 IU/L trong SXHD nặng ($p < 0,05$), hoạt độ ALT là 59,85 IU/L trong SXHD và 214,75 trong SXHD nặng ($p < 0,05$) [8]. Tác giả Hoàng Văn Tổng và cộng sự (2023) cho thấy hoạt độ AST và ALT ở nhóm SXHD cao hơn rõ rệt so với nhóm SXHD có DHCb, lần lượt là 51,5 IU/ml so với 112 IU/ml ($p < 0,001$) và 37 IU/ml so với 65,72 IU/ml ($p < 0,001$) [9]. Số lượng hồng cầu ở hai nhóm SXHD và SXHD có lần lượt là $4,78 \pm 0,46$ T/L và $4,94 \pm 0,56$ T/L, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu khác. Theo tác giả Percy Priyanka và cộng sự (2023), giá trị số lượng hồng cầu trung bình ở nhóm SXHD không có DHCb là $3,968 \pm 0,47$ T/L, ở nhóm SXHD có DHCb là $3,987 \pm 0,59$ T/L, ở nhóm SXHD nặng là $4,015 \pm 0,49$ T/L [10]. Theo nghiên cứu Hoàng Văn Tổng và cộng sự (2023), số lượng hồng cầu trung bình ở nhóm SXHD là 4,92 T/L, ở nhóm SXHD có DHCb là 5,03 T/L [9]. Tăng tính thấm thành mạch gây thoát huyết tương dẫn đến cô đặc máu, đây là hiện tượng đặc trưng trong SXHD được định nghĩa là khi hematocrit tăng trên 20% so với giá trị ban đầu của người bệnh hoặc so với giá trị trung bình của dân số ở cùng lứa tuổi [1]. Giá trị hematocrit trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm SXHD là $0,43 \pm 0,04$

L/L, ở nhóm SXHD có DHCb là $0,44 \pm 0,05$ L/L có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng so với các nghiên cứu khác. Theo tác giả Ajith K. Jayachandran và cộng sự (2024), giá trị hematocrit ở nhóm SXHD không nặng là $0,419 \pm 0,060$ L/L, ở nhóm SXHD nặng là $0,443 \pm 0,062$ L/L có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014$ [8]. Theo tác giả Đỗ Tuấn Anh và Lê Văn Nam (2014), giá trị hematocrit trung bình ở nhóm SXHD là $0,413 \pm 0,050$ T/L, ở nhóm SXHD nặng là $0,457 \pm 0,051$ T/L ($p < 0,001$) [6].

Gan là cơ quan chính tổng hợp hầu hết các loại protein huyết thanh và là nơi duy nhất tạo ra albumin cho cơ thể. Vì vậy nếu gan bị tổn thương sẽ ảnh hưởng đến nồng độ protein và albumin trong máu [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ protein ở nhóm SXHD là $67,46 \pm 5,65$ g/L có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nồng độ protein ở nhóm SXHD có là $65 \pm 6,74$ g/L ($p < 0,05$). Nồng độ albumin ở hai nhóm SXHD và SXHD có DHCb lần lượt là $39,02 \pm 3,5$ g/L và $36,44 \pm 3,74$ g/L, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với các tác giả Zhang Hao và cộng sự (2018): nồng độ albumin trung bình ở nhóm SXHD và SXHD nặng là $37,4 \pm 3,3$ g/L và $35,4 \pm 4,2$ g/L ($p < 0,01$) [7].

Mối liên quan giữa một số chỉ số cận lâm sàng và mức độ SXHD

Hầu hết bệnh nhân mắc SXHD đều có hoạt độ AST và ALT tăng cao, đặc biệt là AST. Theo Bộ Y tế, AST hoặc ALT ≥ 1000 U/L được xếp vào dấu hiệu phân độ SXHD nặng [1]. Tuy nhiên, giá trị này không dễ thấy ở bệnh nhân sốt xuất huyết. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 2 bệnh nhân có AST > 1000 U/L và không có bệnh nhân nào có ALT > 1000 U/L. Chúng tôi đã sử dụng đường cong ROC cho độ tin cậy của AST và ALT trong dự đoán mức độ nghiêm trọng của SXHD. Diện tích dưới đường cong ROC của

AST là 0,944 (95% CI: 0,920 – 0,969; $p < 0,0001$) và diện tích dưới đường cong ROC của ALT là 0,92 (95%CI: 0,890 – 0,950; $p < 0,0001$). Như vậy AST và ALT có khả năng phân biệt rất tốt giữa hai nhóm SXHD và SXHD có DHCB. Đồng thời, điểm cắt phân biệt tối ưu của hoạt độ AST là 101,45 U/L với độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 89,4%; hoạt độ ALT là 68,65 U/L có độ tin cậy cao nhất với độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 83% để dự đoán mức độ bệnh SXHD. Theo nghiên cứu của tác giả Zhang Hao và cộng sự (2018) tại Quảng Châu, tại điểm cắt của AST là 86 U/L; AUROC là 0,669 (95% CI: 0,632 – 0,760; $p < 0,01$), độ nhạy là 73,68% và độ đặc hiệu là 62,64%. Tại điểm cắt của ALT là 48 U/L; AUROC là 0,727 (95% CI 0,662 – 0,786; $p < 0,01$), độ nhạy là 84,84% và độ đặc hiệu là 51,15% [7]. Theo nghiên cứu của tác giả Ajith K. Jayachandran và cộng sự (2024), giá trị AST $> 160,5$ IU/L có độ nhạy 42,3% và độ đặc hiệu 93,7% để dự đoán SXHD nặng, AUROC là 0,747 (95% CI: 0,665 – 0,829; $p = 0,001$). Giá trị của ALT $> 64,5$ IU/L có độ nhạy 59,6% và độ đặc hiệu 76,3% để dự đoán SXHD nặng, AUC là 0,696 (95% CI: 0,606 – 0,786; $p = 0,01$) [8]. Rang N. Nguyen và cộng sự (2023) đưa ra tại điểm cắt 120 U/L độ nhạy và độ đặc hiệu của AST lần lượt là 82,5% và 87,3% và điểm cắt 80 U/L với độ nhạy và độ đặc hiệu của ALT lần lượt là 87,5% và 85,2% để dự đoán sốt xuất huyết nặng [12]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu tương tự về độ tin cậy của hoạt độ AST và ALT trong tiên lượng mức độ SXHD.

Diện tích dưới đường cong của chỉ số APRI là 0,883 (95% CI: 0,843 – 0,922; $p < 0,0001$), có khả năng phân biệt tốt giữa hai nhóm SXHD và SXHD có DHCB. Đồng thời, điểm cắt tối ưu của APRI là 8 có giá trị tiên lượng mức độ của bệnh SXHD với độ nhạy 81,1% và độ đặc hiệu 79,3%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự tương đồng nghiên cứu của tác

giả Zhang Hao và cộng sự (2018) báo cáo tại điểm cắt 6,98; chỉ số APRI có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 60,53% và 79,89% [7].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 278 bệnh nhân SXHD tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, chúng tôi thấy được có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số AST, ALT, số lượng hồng cầu, hematocrit, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu, protein huyết thanh và albumin huyết thanh với mức độ nghiêm trọng của SXHD. Hoạt độ AST và ALT có khả năng dự đoán phân biệt tốt mức độ SXHD với điểm cắt của hoạt độ AST là 101,45 U/L; điểm cắt của hoạt độ ALT là 68,65 U/L. Điều này cho thấy chỉ số AST và ALT là một công cụ đơn giản có ý nghĩa trong tiên lượng mức độ bệnh SXHD. Các bác sĩ có thể cân nhắc phối hợp giữa các chỉ số này với triệu chứng lâm sàng để đưa ra hướng điều trị hợp lý và giảm nguy cơ biến chứng, tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Sốt xuất huyết Dengue. 2760/QĐ-BYT Apr 7, 2023.
2. Dengue and severe dengue [Internet]. [cited 2024 Oct 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
3. Một tuần hơn 1.700 ca mắc sốt xuất huyết, Bộ Y tế đề nghị Hà Nội giám sát chặt, phát hiện sớm ổ dịch - Hoạt động của địa phương - Công thông tin Bộ Y tế [Internet]. [cited 2024 Oct 26]. Available from: https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset_publisher/gHbla8vOQDuS/content/mot-tuan-hon-1-700-ca-mac-sot-xuat-huyet-bo-y-te-e-nghi-ha-noi-giam-sat-chat-phat-hien-som-o-dich
4. Lin CF, Wan SW, Chen MC, Lin SC, Cheng CC, Chiu SC, et al. Liver injury caused by antibodies against dengue virus nonstructural protein 1 in a murine model. *Laboratory investigation*. 2008;88(10):1079–89.
5. Huệ LT, Rạng NN, Hưng PV. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng ở trẻ

- em mắc sốt xuất huyết dengue có tổn thương gan tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2020;(29):89–95.
6. Anh ĐT, Nam LV. Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân sốt xuất huyết dengue điều trị tại khoa truyền nhiễm bệnh viện 103 (năm 2011-2012). Tạp Chí Y Học Thực Hành. 2014;4(914):29–32.
 7. Zhang H, Xie Z, Xie X, Ou Y, Zeng W, Zhou Y. A novel predictor of severe dengue: the aspartate aminotransferase/platelet count ratio index (APRI). Journal of medical virology. 2018;90(5):803–9.
 8. Jayachandran AK, Nelson V, Anisha K. APRI as a predictor of severe dengue fever. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2024;13(2):613–8.
 9. Tông HV, Giang NT, Toàn NL, Điệp NT. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM HUYẾT HỌC, CHỨC NĂNG GAN VÀ ANTI-DENV-IGM/-IGG Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;530(1).
 10. T. P, Harika R, Faujdar D, Nagarjuna P. The aspartate aminotransferase platelet counts ratio index as an ideal predictor of dengue severity. Int J Adv Med. 2022;10:49.
 11. Đại học Y Hà Nội. Hóa sinh lâm sàng. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2013.
 12. Nguyen RN, Lam HT, Phan HV, LAM HT, PHAN HV. Liver impairment and elevated aminotransferase levels predict severe dengue in Vietnamese children. Cureus. 2023;15(10).