HỘI CHỨNG TĂNG VIÊM NẶNG LIÊN QUAN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM: BÁO CÁO 10 TRƯỜNG HỢP

Thông tin về tác giả: Nguyễn Minh Tiến, Nguyễn Hữu Nhân, Nguyễn Thị Gia Hạnh, Hồ Thị Thanh Phương và cộng sự
Đơn vị công tác: Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố – số 15, đường Võ Trần Chí, xã Tân Nhựt, Thành phố Hồ Chí Minh
Thông tin liên hệ: Email: tiennd1@yahoo.com – Điện thoại: 0902 486 835

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: hội chứng tăng viêm liên quan sốt xuất huyết Dengue (DHIS) là biến chứng hiếm nhưng có thể diễn tiến nặng, hiện chưa có định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán quốc tế thống nhất. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, điều trị và kết quả điều trị ở trẻ sốt xuất huyết Dengue (SXHD) kèm hội chứng tăng viêm nặng. **Phương pháp:** mô tả tiến cứu loạt trường hợp trẻ < 16 tuổi điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố, từ tháng 01 đến tháng 09/2026. **Kết quả:** 10 trẻ, tuổi trung vị 7 (0,75–15,5), nam/nữ 5/5; 10/10 sốt, 7/10 có sốc SXHD. Ferritin trung vị 8.705 ng/mL (2.356–22.150), fibrinogen trung vị 0,94 g/L (6/10 ca < 1 g/L), AST trung vị 1.365 U/L, LDH trung vị 1.745 U/L, triglyceride trung vị 3,34 mmol/L. Tất cả được điều trị dexamethasone, 6/10 dùng NAC, 1/10 lọc máu liên tục; 10/10 trẻ sống. Lâm sàng và xét nghiệm cải thiện sau khoảng 1 tuần, trở về bình thường sau 2–3 tuần. **Kết luận:** ở trẻ SXHD diễn tiến nặng hoặc kéo dài, cần nghĩ đến kiểu hình tăng viêm và đánh giá có hệ thống ferritin, fibrinogen, triglyceride, men gan/LDH cùng diễn tiến suy cơ quan để xử trí thích hợp.

Từ khóa: *sốt xuất huyết Dengue; hội chứng tăng viêm; HLH; ferritin; trẻ em.*

ĐẶT VẤN ĐỀ / MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- SXHD là một trong những bệnh do arbovirus có gánh nặng lớn trên toàn cầu, với phổ lâm sàng từ SXHD không biến chứng đến sốc, xuất huyết nặng và tổn thương đa cơ quan [1,2]. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy **đáp ứng miễn dịch quá mức** đóng vai trò quan trọng trong bệnh sinh SXHD nặng [3]
- Một số bệnh nhân biểu hiện tăng viêm nổi bật, có thể tiến triển đến hội chứng hoạt hóa đại thực bào (MAS) hoặc hội chứng thực bào máu (HLH) [4,5]. Tuy nhiên, **hội chứng tăng viêm liên quan SXHD (DHIS)** hiện chưa có định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán quốc tế thống nhất
- DHIS có thể xem như một phổ rối loạn điều hòa miễn dịch: hoạt hóa quá mức miễn dịch bẩm sinh và thích nghi, rối loạn chức năng tế bào NK/T, hoạt hóa đại thực bào và khuếch đại cytokine dẫn đến tăng ferritin máu và tổn thương cơ quan [3,8]
- Biểu hiện gợi ý: sốt kéo dài hoặc tái sốt, giảm các dòng tế bào máu, tăng ferritin, triglyceride, AST/ALT và LDH, giảm fibrinogen, gan lách to và suy đa cơ quan [6,7]. Ferritin là biomarker thực hành quan trọng nhưng thiếu đặc hiệu khi dùng đơn độc; sCD25, IL-1β, IL-6, IL-18, IFN-γ, CXCL9 có tiềm năng giúp xác định phenotype tăng viêm
- Đây là biến chứng hiếm nhưng có thể diễn tiến nặng, với đáp ứng viêm toàn thân, rối loạn đông máu, tổn thương đa cơ quan và nguy cơ tử vong cao – nhận diện sớm có ý nghĩa quan trọng trong quyết định điều trị

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, điều trị và kết quả điều trị các trường hợp SXHD kèm hội chứng tăng viêm nặng ở trẻ em, nhằm đưa ra nhận xét thực tiễn cho bác sĩ lâm sàng trong điều trị và chăm sóc bệnh nhân SXHD.

ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thiết kế:** mô tả tiến cứu loạt trường hợp
- **Dân số nghiên cứu:** bệnh nhân < 16 tuổi, chẩn đoán SXHD xác định dựa vào lâm sàng và NS1 dương tính, điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố. **Dân số chọn mẫu:** tất cả bệnh nhân SXHD kèm hội chứng tăng viêm nặng, từ tháng 01–09/2026

TIÊU CHÍ CHỌN BỆNH

Trẻ < 16 tuổi, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển; **sốt cao ≥ 38,5 °C kéo dài ≥ 7 ngày**, kèm **≥ 4/6 tiêu chuẩn**:

① Ferritin ≥ 5.000 µg/L hoặc LDH ≥ 1.000 UI/L
② Tổn thương gan nặng: men gan ≥ 1.000 UI/L
③ Giảm ≥ 2/3 dòng tế bào máu ngoại vi: Hb < 9 g/dL, neutrophil < 1.000/mm³, tiểu cầu < 100.000/mm³
④ Fibrinogen < 1,5 g/L
⑤ C-reactive protein ≥ 30 mg/L
⑥ Triglyceride lúc đói ≥ 265 mg/dL (≥ 3 mmol/L)

- **Tiêu chí loại trừ:** bệnh nhân chuyển từ tuyến trước không ghi rõ dữ kiện cần cho nghiên cứu; gia đình không đồng ý tham gia
- **Thu thập số liệu:** tuổi, giới, sốc SXHD, huyết học, AST/ALT, CRP/PCT, fibrinogen, ferritin, LDH, triglyceride và điều trị; theo dõi đáp ứng lâm sàng và cận lâm sàng
- **Xử lý số liệu:** SPSS 26.0 for Windows

KẾT QUẢ

10/10 sốt | **7/10** sốc SXHD | **2.356–22.150** ferritin (ng/mL) | **10/10** dexamethasone | **100%** phục hồi

Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Kết quả (n = 10)
Tuổi, trung vị (khoảng)	7 (0,75–15,5)
Giới nam / nữ	5 / 5
Dư cân	5/10
Sốt lại ngày 7 / ngày 8	4/10 / 6/10
Sốc / sốc nặng	5/10 / 5/10

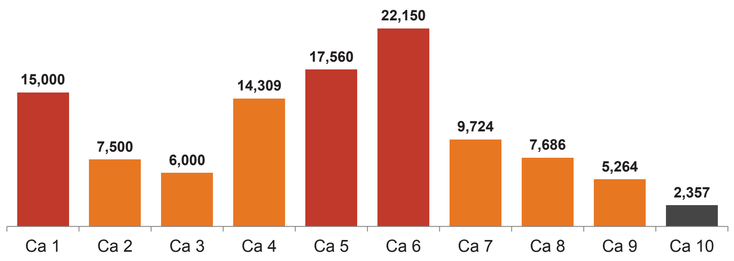
Đặc điểm xét nghiệm nổi bật

Xét nghiệm	Trung vị	Cao nhất
Ferritin (ng/mL)	8.705	22.150
AST (U/L)	1.365	6.004
ALT (U/L)	446	1.917
LDH (U/L)	1.745	5.133
CRP (mg/L)	29,6	94
Triglyceride (mmol/L)	3,34	8,60
Fibrinogen (g/L)	0,94	6/10 ca < 1 g/L

- Tăng ferritin, AST, LDH, triglyceride và **giảm fibrinogen** là đặc điểm nổi bật của kiểu hình tăng viêm

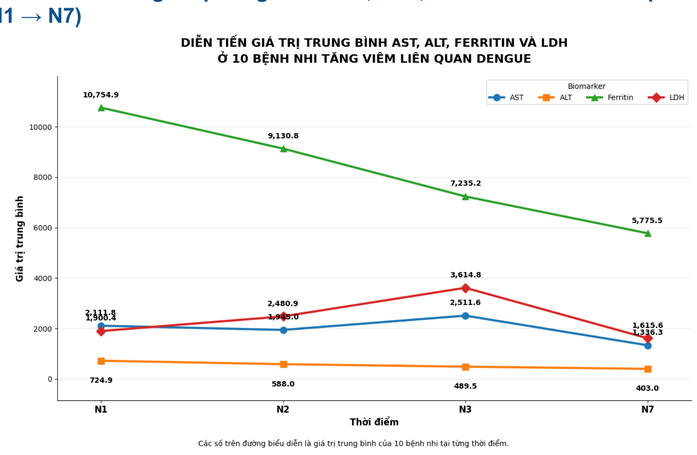
Ferritin và diễn tiến xét nghiệm

Hình 1. Ferritin (ng/mL) theo từng trường hợp



Ferritin trung vị 8.705 ng/mL; 9/10 ca ≥ 5.000 ng/mL

Hình 2. Diễn tiến giá trị trung bình AST, ALT, ferritin và LDH ở 10 bệnh nhi (N1 → N7)



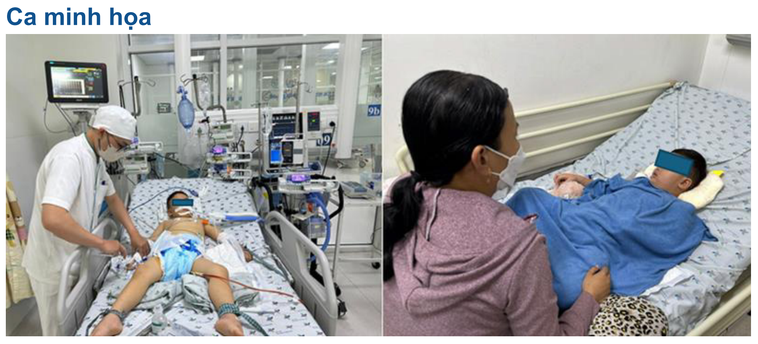
- Ferritin trung bình giảm dần **10.754,9 → 5.775,5** từ N1 đến N7; AST, ALT, LDH giảm về cuối đợt theo dõi

Điều trị và kết quả điều trị

10/10 dexamethasone | **6/10** NAC | **1/10** lọc máu liên tục

Sống: 10/10 (100%)
lâm sàng, xét nghiệm cải thiện sau ~1 tuần, bình thường sau 2–3 tuần

Ca minh họa



Trẻ nam, 5 tuổi, dư cân (CN 24 kg, CNHC 20 kg). SXHD nặng, N8 tổn thương gan, sốt 39,5 °C; AST/ALT 15.000 U/L, fibrinogen 0,91 g/L, LDH 930 U/L, ferritin > 26.000 ng/mL, triglyceride 6,3 mmol/L
Điều trị: kháng sinh, dexamethasone 0,3 mg/kg/ngày × 5 ngày → 0,15 → 0,1 → 0,05 mg/kg/ngày, mỗi mức 5 ngày

KẾT LUẬN & ĐỀ XUẤT

KẾT LUẬN

- Trong chuỗi 10 trẻ SXHD, kiểu hình tăng viêm nặng xuất hiện với **ferritin tăng rõ, giảm fibrinogen và tổn thương gan**; 7/10 bệnh nhi có sốc SXHD
- Tất cả được điều trị **dexamethasone**; 6/10 sử dụng NAC
- Lâm sàng và xét nghiệm cải thiện dần sau **khoảng 1 tuần**, trở về bình thường sau **2–3 tuần**

KHUYẾN CÁO LÂM SÀNG

- Trẻ SXHD **diễn tiến nặng hoặc kéo dài** cần nghĩ đến kiểu hình tăng viêm
- Đánh giá có hệ thống **ferritin, fibrinogen, triglyceride, men gan/LDH** cùng diễn tiến suy cơ quan để ra quyết định xử trí thích hợp

HƯỚNG NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế phù hợp nhằm mô tả đầy đủ biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng tăng viêm liên quan SXHD
- Làm rõ vai trò của thuốc điều hòa miễn dịch và các biện pháp lọc máu, thay huyết tương trong điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue. 2026. [2] World Health Organization. WHO guidelines for clinical management of arboviral diseases: dengue, chikungunya, Zika and yellow fever. Geneva: WHO; 2025. [3] Vuong NL, Cheung KW, Periaswamy B, et al. Hyperinflammatory syndrome, natural killer cell function, and genetic polymorphisms in the pathogenesis of severe dengue. J Infect Dis. 2022;226(8):1338–1347. doi:10.1093/infdis/jiac093. [4] Ong LT, Balasubramaniam R. Prevalence and mortality of haemophagocytic lymphohistiocytosis in dengue fever: a systematic review and meta-analysis. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2024;118(11):711–719. doi:10.1093/trstmh/trae032. [5] See KC. Dengue-associated hemophagocytic lymphohistiocytosis: a narrative review of its identification and treatment. Pathogens. 2024;13(4):332. doi:10.3390/pathogens13040332. [6] Henter JI, Horne A, Aricó M, et al. HLH-2004: diagnostic and therapeutic guidelines for hemophagocytic lymphohistiocytosis. Pediatr Blood Cancer. 2007;48(2):124–131. doi:10.1002/pbc.21039. [7] Fardet L, Galicier L, Lambotte O, et al. Development and validation of the HScore, a score for the diagnosis of reactive hemophagocytic syndrome. Arthritis Rheumatol. 2014;66(9):2613–2620. doi:10.1002/art.38690. [8] Hemophagocytic lymphohistiocytosis triggered by dengue: a narrative review and individual patient data meta-analysis. 2025.