

Cần chú ý phân tích lớp tế bào hạch võng mạc- đám rối trong vùng hoàng điểm, đặc biệt góc thái dương dưới là vị trí tổn thương thường gặp trong glôcôm. Việc sử dụng thị trường 24 - 2C có thể sẽ giúp tránh bỏ sót những tổn thương vùng thị trường 10° trung tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weinreb RN, Leung CK, Crowston JG, et al. Primary open-angle glaucoma. Nat Rev Dis Primers. Sep 22 2016;2:16067.
2. Harwerth RS, Carter-Dawson L, Shen F, Smith EL, 3rd, Crawford ML. Ganglion cell losses underlying visual field defects from experimental glaucoma. Invest Ophthalmol Vis Sci. Sep 1999;40(10):2242-50.
3. De Moraes CG, Hood DC, Thenappan A, et al. 24-2 Visual Fields Miss Central Defects Shown on 10-2 Tests in Glaucoma Suspects, Ocular Hypertensives, and Early Glaucoma. Ophthalmology. Oct 2017;124(10):1449-1456.
4. Gedde SJ, Vinod K, Wright MM, et al. Primary Open-Angle Glaucoma Preferred Practice Pattern®. Ophthalmology. Jan 2021;128(1):P71-p150.
5. Hong JW, Baek MS, Lee JY, Song MK, Shin JW, Kook MS. Comparison of the 24-2 and 24-2C Visual Field Grids in Determining the Macular Structure-Function Relationship in Glaucoma. J Glaucoma. Oct 1 2021;30(10):887-894.
6. Mwanza JC, Oakley JD, Budenz DL, Chang RT, Knight OJ, Feuer WJ. Macular ganglion cell-inner plexiform layer: automated detection and thickness reproducibility with spectral domain-optical coherence tomography in glaucoma. Invest Ophthalmol Vis Sci. Oct 21 2011;52(11):8323-9.
7. Wang DL, Raza AS, de Moraes CG, et al. Central Glaucomatous Damage of the Macula Can Be Overlooked by Conventional OCT Retinal Nerve Fiber Layer Thickness Analyses. Transl Vis Sci Technol. Nov 2015;4(6):4.
8. Kim S, Lee JY, Kim SO, Kook MS. Macular structure-function relationship at various spatial locations in glaucoma. Br J Ophthalmol. Oct 2015;99(10):1412-8.
9. Lee JW, Morales E, Sharifipour F, et al. The relationship between central visual field sensitivity and macular ganglion cell/inner plexiform layer thickness in glaucoma. Br J Ophthalmol. Aug 2017;101(8):1052-1058.
10. Park SC, Kiumehr S, Teng CC, Tello C, Liebmann JM, Ritch R. Horizontal central ridge of the lamina cribrosa and regional differences in laminar insertion in healthy subjects. Invest Ophthalmol Vis Sci. Mar 21 2012;53(3):1610-6.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIỂM SOÁT HEN Ở TRẺ ĐANG QUẢN LÝ HEN NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Trần Công Lý, Bùi Quang Nghĩa¹, Trương Cẩm Trinh²,
Lê Hoàng Mỹ¹, Lê Hoàng Thắng¹, Phún Duy Long¹,
Nguyễn Đình Nguyên Chương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hen là bệnh lý hô hấp mạn tính thường gặp nhất ở trẻ em. Việc kiểm soát hen ở trẻ em là một thách thức đối với bệnh nhân và bác sĩ điều trị. Do đó, nắm được các yếu tố liên quan đến kiểm soát hen sẽ góp phần quan trọng vào việc đánh giá và nâng cao hiệu quả điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả tình trạng kiểm soát bệnh hen cũng như các yếu tố liên quan đến kiểm soát hen ở trẻ điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 339 trẻ mắc hen đang được quản lý ngoại trú tại phòng khám hen Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận trẻ nam chiếm 56,3%, nhóm trẻ 6 – 11 tuổi

chiếm tỷ lệ 60,2%, tỷ lệ hen chưa kiểm soát chiếm 50,4%. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến cho thấy có mối liên quan giữa tiền sử nhập viện vì cơn hen cấp trong năm qua cũng như cha và mẹ mắc hen với tình trạng hen chưa kiểm soát ở trẻ. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy việc điều trị dự phòng hen hiệu quả giúp giảm thiểu việc xuất hiện cơn hen cấp đồng thời cho thấy vai trò của cha mẹ trong quá trình quản lý hen ở trẻ, qua đó làm giảm khả năng hen không kiểm soát ở trẻ điều trị ngoại trú.

Từ khóa: hen, chưa kiểm soát, yếu tố, trẻ em, quản lý.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH ASTHMA CONTROL IN CHILDREN RECEIVING OUTPATIENT ASTHMA MANAGEMENT AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Asthma is the most common chronic respiratory disease in children. The management of asthma in children presents a challenge for both patients and healthcare providers. Accordingly, understanding the factors associated with asthma control plays an essential role in evaluating and improving management effectiveness.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Quang Nghĩa

Email: bqngia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025

Objectives: To describes the asthma control status and the factors associated with asthma control in children receiving outpatient treatment at Can Tho Children's Hospital. **Material and methods:** An analytical cross-sectional design was employed in this study, with data collected from children with asthma who were treated and managed at the asthma clinic of Can Tho Children's Hospital from June 2024 to December 2024. **Results:** The study showed that 56.3% of the children were male, 60.2% were in the 6–11 age group, and 50.4% had uncontrolled asthma. Univariable and multivariable logistic regression analyses showed that a history of hospitalization for asthma exacerbation in the past year and parental asthma were associated with uncontrolled asthma in children. **Conclusion:** The study findings suggest that effective asthma prevention and management can reduce the frequency of acute exacerbations and highlight the critical role of parental involvement in asthma care. Enhancing parental engagement in asthma management may help lower the risk of uncontrolled asthma in children receiving outpatient management. **Keywords:** asthma, uncontrolled, factors, children, management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen là bệnh lý mạn tính phổ biến nhất ở trẻ em, với tỷ lệ mắc trên toàn cầu khoảng 10% ở trẻ em và thanh thiếu niên. Chương trình Giáo dục và Phòng ngừa Hen Quốc gia (NAEPP) của Viện Quốc gia về Sức khỏe (NIH) yêu cầu cần đánh giá cẩn thận về mức độ kiểm soát hen như một yếu tố vô cùng quan trọng trong việc quản lý bệnh hen ở trẻ em. Theo các hướng dẫn của NAEPP, việc đánh giá kiểm soát hen được thực hiện thông qua các báo cáo của bệnh nhân về triệu chứng ban ngày và ban đêm, sự hạn chế hoạt động do bệnh hen, nhu cầu sử dụng thuốc cắt cơn và các thông số đánh giá chức năng hô hấp. Mục tiêu chính trong quản lý hen là đạt được sự kiểm soát bệnh tối ưu, điều này không chỉ cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ và người chăm sóc mà còn giảm thiểu tần suất nhập viện và số lần phải đến khoa cấp cứu, đồng thời nâng cao hiệu quả học tập của trẻ và năng suất làm việc của cha mẹ/người chăm sóc [3].

Tuy nhiên, thực tế cho thấy việc kiểm soát hen ở trẻ em là một thách thức lớn đối với cả bệnh nhân và bác sĩ điều trị. Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị hen, tỷ lệ kiểm soát bệnh vẫn còn dao động ở các vùng khác nhau [1],[7]. Một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến mức độ kiểm soát hen bao gồm tuân thủ điều trị, sự hiểu biết của phụ huynh về bệnh, các yếu tố môi trường và tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ là một trong những cơ sở y tế chuyên khoa Nhi hàng đầu tại Đồng bằng Sông Cửu Long, tiếp

nhận và điều trị số lượng lớn trẻ em mắc hen trong vùng và các tỉnh lân cận. Những hiểu biết về tình trạng kiểm soát hen và các yếu tố liên quan rất quan trọng, không chỉ giúp đánh giá hiệu quả điều trị mà còn góp phần xây dựng kế hoạch hành động phù hợp, nâng cao chất lượng quản lý hen ngoại trú. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm cung cấp cái nhìn sâu sắc về những yếu tố ảnh hưởng đến mức độ kiểm soát hen, từ đó đề xuất các giải pháp cải thiện hiệu quả điều trị và giúp kiểm soát bệnh hen ở trẻ ngoại trú một cách tối ưu hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ hen và người trực tiếp chăm sóc trẻ đang được điều trị dự phòng và quản lý hen ngoại trú tại phòng khám hen Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Trẻ hen từ 4-16 tuổi.
- Gia đình và/hoặc trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ không hợp tác hoặc không thể đưa ra được câu trả lời liên quan đến đánh giá kiểm soát hen.
- Cha, mẹ hoặc người trực tiếp chăm sóc trẻ không thể hoàn thành bảng câu hỏi liên quan đến đánh giá kiểm soát hen.
- Thời gian trẻ được quản lý hen dưới 01 tháng.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám hen, Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ, từ tháng 06/2024 đến tháng 12/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang có phân tích.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu kiểm định một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu. α : mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha=0,05$ (khoảng tin cậy 95%). β : sai lầm loại II, chọn $\beta = 0,15$ (lực mẫu là 85%).

Z: hệ số tin cậy, do đó $Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ và $Z_{\beta} = 1,04$. d = 0,08 (sai số mong muốn).

p: tỷ lệ trẻ hen chưa kiểm soát. Theo nghiên cứu của tác giả Kansen và cộng sự, tỷ lệ hen chưa kiểm soát là 39% [4], tính ra n = 335. Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 335 mẫu. Thực tế, chúng tôi ghi nhận được 339 trẻ.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn

mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Các biến số chung: nhóm tuổi, giới tính, tình trạng dinh dưỡng.

- Kiểm soát hen: được xác định bởi thang điểm C-ACT (trẻ 4-11 tuổi) hoặc ACT (trẻ từ 12 tuổi trở lên). Hen chưa kiểm soát khi điểm số C-ACT hoặc ACT < 20 điểm.

- Các biến số khác: Nhẹ cân (cân nặng lúc sinh <2.500g), sinh non (tuổi thai <37 tuần), thời gian mắc hen, cơn hen cấp nhập viện trong vòng 12 tháng qua, cơ địa dị ứng; cha hoặc mẹ có cơ địa dị ứng, cha hoặc mẹ mắc hen.

2.6. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả bệnh nhi hen có đủ tiêu chuẩn chọn mẫu đang điều trị dự phòng và được quản lý tại phòng khám hen Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu được mời tham gia nghiên cứu. Thông tin được ghi nhận trên phiếu thu thập thống nhất. Nhà nghiên cứu, đồng thời là bác sĩ chuyên khoa nhi, trực tiếp đánh giá tình trạng kiểm soát hen của trẻ theo thang điểm C-ACT/ACT (gọi chung là ACT) thông qua thăm khám và phỏng vấn trực tiếp trẻ và/hoặc cha mẹ trẻ (đối với trẻ 4-11 tuổi). Các biến số khác được ghi nhận thông qua phỏng vấn hoặc ghi nhận từ hồ sơ bệnh án quản lý của trẻ tại phòng khám.

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ (%), biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh các biến định tính dùng kiểm định Chi bình phương. Mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để tìm mối liên quan của một số yếu tố đối với tình trạng hen chưa kiểm soát, kết quả được trình bày với tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%). Các yếu tố có ý nghĩa trong phân tích đơn biến được lựa chọn và hiệu chỉnh với tuổi, giới, thời gian mắc hen trong phân tích đa biến. Phép kiểm được xem là có ý

nghĩa khi $p < 0,05$. Số liệu trong nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu. Các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu đã được thông qua và cho phép bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (số 24.021.GV/PCT-HĐĐĐ) và chấp thuận của Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 339 trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào phân tích.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=339)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	4 – 5 tuổi	108	31,9
	6 – 11 tuổi	204	60,2
	12 – 16 tuổi	27	8,0
Giới tính	Nam	191	56,3
	Nữ	148	43,7
Tình trạng dinh dưỡng	Thừa cân, béo phì	171	50,4
	Bình thường	157	46,3
	Gầy còm	11	3,2
Tình trạng kiểm soát hen	Có kiểm soát	171	50,4
	Chưa kiểm soát	168	49,6

Đối tượng nghiên cứu phân bố chủ yếu ở nhóm tuổi từ 6–11 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất (60,2%), tiếp theo là nhóm 4–5 tuổi với 31,9%. Nhóm 12–16 tuổi chỉ chiếm tỷ lệ 8,0%. Điều này cho thấy hen ở trẻ em tập trung chủ yếu ở lứa tuổi tiểu học, trong khi tỷ lệ mắc giảm đáng kể ở nhóm tuổi lớn hơn. Về giới tính, tỷ lệ trẻ nam (56,3%) cao hơn trẻ nữ (43,7%). Trong số các trẻ được khảo sát, nhóm thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất (50,4%). Tỷ lệ trẻ có kiểm soát hen là 50,4%, trong khi tỷ lệ chưa kiểm soát hen là 49,6%.

Bảng 2. Phân bố một số yếu tố chung theo tình trạng kiểm soát hen (n=339)

Yếu tố		Tình trạng kiểm soát hen		p
		Có kiểm soát	Chưa kiểm soát	
Nhóm tuổi	4 – 5 tuổi	53 (49,1%)	55 (50,9%)	0,213
	6 – 11 tuổi	100 (49,0%)	104 (51,0%)	
	12 – 16 tuổi	18 (66,7%)	9 (33,3%)	
Giới tính	Nam	98 (51,3%)	93 (48,7%)	0,717
	Nữ	73 (49,3%)	75 (50,7%)	
Tình trạng dinh dưỡng	Thừa cân, béo phì	84 (49,1%)	87 (50,9%)	0,871
	Bình thường	81 (51,6%)	76 (48,4%)	
	Gầy còm	6 (54,5%)	5 (45,5%)	

Nhóm tuổi 12–16 tuổi có tỷ lệ kiểm soát hen cao nhất (66,7%) so với các nhóm tuổi còn lại. Trẻ nam có tỷ lệ hen có kiểm soát cao hơn so với trẻ nữ. Tuy nhiên đối với các yếu tố này, chúng tôi ghi

nhận chưa sự khác biệt ý nghĩa có thống kê giữa các nhóm, với $p > 0,05$.

Bảng 3. Phân bố một số yếu tố về tiền sử bản thân theo tình trạng kiểm soát hen ($n=339$)

Yếu tố		Tình trạng kiểm soát hen		p
		Có kiểm soát	Chưa kiểm soát	
Nhẹ cân	Có	12 (44,4%)	15 (55,6%)	0,516
	Không	159 (51,0%)	153 (49,0%)	
Sinh non	Có	14 (41,2%)	20 (58,8%)	0,255
	Không	157 (51,5%)	148 (48,5%)	
Thời gian mắc hen	< 1 năm	81 (49,4%)	83 (50,6%)	0,234
	1 – 5 năm	71 (48,6%)	75 (51,4%)	
	> 5 năm	19 (65,5%)	10 (34,5%)	
Cơ hen cấp nhập viện trong 12 tháng qua	Có	49 (38,6%)	78 (61,4%)	<0,001
	Không	122 (57,5%)	90 (42,5%)	
Cơ địa dị ứng	Có	80 (46,2%)	93 (53,8%)	0,114
	Không	91 (54,8%)	75 (45,2%)	

Tỷ lệ nhập viện vì cơn hen cấp trong năm vừa qua ở nhóm trẻ hen chưa kiểm soát cao hơn ở nhóm hen có kiểm soát có ý nghĩa thống kê, với tỷ lệ tương ứng lần lượt 61,4% và 42,5%. Ngoài ra, chúng tôi chưa ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố nhẹ cân, sinh non, thời gian mắc hen cũng như cơ địa dị ứng khi so sánh tình trạng kiểm soát hen ở trẻ.

Bảng 4. Phân bố một số yếu tố về tiền sử gia đình theo tình trạng kiểm soát hen ($n=339$)

Yếu tố		Tình trạng kiểm soát hen		p
		Có kiểm soát	Chưa kiểm soát	
Cha hoặc mẹ có cơ địa dị ứng	Có	54 (52,4%)	49 (47,6%)	0,629
	Không	117 (49,6%)	119 (50,4%)	
Cha hoặc mẹ mắc hen	Có	27 (65,9%)	14 (34,1%)	0,035
	Không	144 (48,3%)	154 (51,7%)	

Trẻ có cha hoặc mẹ mắc hen có tỷ lệ kiểm soát hen cao hơn nhóm trẻ có cha mẹ không mắc hen, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,035$.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến hen chưa kiểm soát trong phân tích hồi quy logistic ($n=339$)

Yếu tố		Đơn biến		Đa biến	
		cOR (KTC 95%)	p	aOR (KTC 95%)	p
Cơ hen cấp nhập viện trong 12 tháng qua	Có	2,16 (1,38 – 3,38)	<0,001	2,24 (1,4 – 3,56)	<0,001
	Không	1		1	
Cha mẹ mắc hen	Có	0,49 (0,25 – 0,96)	0,038	0,47 (0,23 – 0,95)	0,034
	Không	1		1	

Tiến hành phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến tìm mối liên quan của một số yếu tố đối với tình trạng hen chưa kiểm soát, chúng tôi ghi nhận trẻ có cơn hen cấp nhập viện trong năm qua làm tăng khả năng hen chưa kiểm soát ở trẻ với cOR và aOR lần lượt là 2,16 và 2,24 ($p < 0,001$). Trong khi đó, trẻ có cha mẹ mắc hen làm giảm khả năng hen chưa kiểm soát ở trẻ với cOR và aOR lần lượt là 0,49 và 0,47 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn trẻ mắc hen thuộc nhóm từ 6–11 tuổi (chiếm 60,2%), tỷ lệ nam (56,3%) cao hơn so với nữ (43,7%). Ngoài ra, khoảng 50% trẻ tham gia nghiên cứu có tình trạng thừa cân, béo phì.

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ hen chưa kiểm soát xấp xỉ 50%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Tran và cộng sự (2024) ghi nhận tỷ lệ trẻ nam mắc hen là 66%, trong đó 86% thuộc nhóm 6–11 tuổi [8]. Tương tự, nghiên cứu của Aschalew và cộng sự (2022) trên 105 trẻ tại Ethiopia cho thấy tỷ lệ trẻ nam là 56,2% và tỷ lệ hen chưa kiểm soát của nhóm tác giả là 31%, thấp hơn nhiều so với kết quả của chúng tôi [1]. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về dân số nghiên cứu, cỡ mẫu nghiên cứu, tiêu chí đánh giá, yếu tố môi trường và kinh tế - xã hội. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc áp dụng các biện pháp kiểm soát hen phù hợp với từng bối cảnh địa phương để tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

Chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi xem xét nhóm tuổi, giới tính và tình trạng dinh dưỡng ở các mức độ kiểm soát hen của trẻ. Tuy nhiên, nghiên cứu của Stridsman và cộng sự (2024) trên 1690 trẻ em ở Thụy Sĩ ghi nhận trẻ nữ làm tăng 1,29 lần và béo phì làm tăng 1,43 lần nguy cơ hen không kiểm soát [7]. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và Stridsman có thể đến từ sự khác nhau về chủng tộc, tỷ lệ và mức độ béo phì của đối tượng tham gia nghiên cứu, cũng như kích thước cỡ mẫu chưa đủ lớn để đại diện cho quần thể.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt giữa các mức độ kiểm soát hen của trẻ về cơ địa dị ứng ở trẻ, thời gian mắc hen, cũng như tiền sử sinh non và nhẹ cân. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận được mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát hen của trẻ với bệnh hen của cha mẹ. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Aschalew và cộng sự (2022) cho thấy không có mối liên hệ giữa viêm mũi dị ứng, viêm da cơ địa ở trẻ với tình trạng kiểm soát hen của trẻ [1]. Trẻ có cha hoặc mẹ mắc hen thì tỷ lệ kiểm soát hen cao hơn nhóm trẻ có cha mẹ không mắc hen. Điều này có thể được giải thích do cha mẹ đã từng trải qua điều trị và kiểm soát bệnh hen, họ có kiến thức về bệnh hen cũng như hiểu rõ về các yếu tố kích phát cơn hen và các biện pháp phòng ngừa, từ đó giúp cho quá trình kiểm soát bệnh hen ở trẻ hiệu quả hơn. Shao và cộng sự (2024) đã chỉ ra rằng sự hỗ trợ của gia đình trong việc chăm sóc sức khỏe trẻ có cải thiện đáng kể chức năng phổi ở trẻ em bị hen. Chính vì thế, kiểm soát hen và chất lượng cuộc sống của trẻ em mắc hen cũng đã được cải thiện rõ rệt [6].

Khi phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến, chúng tôi đã ghi nhận trẻ có tiền sử với cơn hen cấp nhập viện trong năm qua làm tăng khả năng hen chưa kiểm soát so với trẻ không có cơn cấp nhập viện trong năm qua với cOR = 2,16 (KTC 95%: 1,38 – 3,38) và aOR = 2,24 (KTC 95%: 1,4 – 3,56) với $p < 0,001$. Điều này có thể được giải thích do hậu quả của các cơn hen cấp là sự suy giảm chức năng phổi nghiêm trọng. Tình trạng viêm cấp và mạn tính đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá mức độ nặng của hen, nguy cơ xuất hiện các cơn hen cấp, cũng như tần suất các triệu chứng trong tương lai [2]. Matsunaga và cộng sự (2015) thực hiện nghiên cứu theo dõi và đánh giá kéo dài 3 năm trên 128 bệnh nhân cho thấy việc xuất hiện các cơn hen cấp có liên quan mật thiết đến tiến triển không thể phục hồi của giới hạn luồng khí theo thời gian. Điều này gợi ý rằng các cơn hen cấp

có thể có hậu quả lâu dài tiêu cực làm thay đổi cấu trúc và chức năng của đường dẫn khí [5]. Từ đó, dẫn đến sự sụt giảm chức năng hô hấp theo thời gian, góp phần kiểm soát hen trở nên khó khăn hơn. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy cha mẹ mắc hen là yếu tố làm giảm khả năng hen chưa kiểm soát ở trẻ với cOR và aOR lần lượt là 0,49 và 0,47 ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Shao và cộng sự (2024) cho thấy nồng độ các cytokine gây viêm (IL-17 và IL-6) cũng như sự xuất hiện đợt cấp giảm rõ rệt ở nhóm có cha mẹ can thiệp hỗ trợ trong quá trình quản lý hen [6]. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của cha mẹ, nhất là cha mẹ có tiền sử mắc hen, trong việc chăm sóc và hỗ trợ trẻ trong quá trình điều trị và kiểm soát hen. Qua đó, góp phần làm giảm nguy cơ hen chưa kiểm soát, cũng như mức độ nặng bệnh hen ở trẻ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hen chưa kiểm soát ở trẻ có liên quan chặt chẽ với nhiều yếu tố, đặc biệt là tiền sử nhập viện vì hen cấp trong năm qua và tình trạng mắc hen của cha hoặc mẹ. Trẻ từng nhập viện vì cơn hen cấp có nguy cơ cao không đạt được kiểm soát hen tối ưu, phản ánh sự cần thiết phải tăng cường theo dõi và điều trị dự phòng hiệu quả cho nhóm trẻ này. Bên cạnh đó, nghiên cứu nhấn mạnh vai trò quan trọng của cha mẹ trong việc quản lý hen, góp phần giảm nguy cơ xuất hiện các đợt cấp và cải thiện khả năng kiểm soát bệnh ở trẻ.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã hỗ trợ kinh phí thực hiện đề tài theo Quyết định giao thực hiện số 1482/QĐ-ĐHYDCT ngày 29/5/2024 của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aschalew A, Kebed RA, Demie TG, et al.** Assessment of level of asthma control and related factors in children attending pediatric respiratory clinics in Addis Ababa, Ethiopia. BMC Pulmonary Medicine. 2022;22(1):70. doi:10.1186/s12890-022-01865-8.
2. **Busse WW.** Consequences of severe asthma exacerbations. Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology. 2023;23(1):44-50. doi:10.1097/ACI.0000000000000870.
3. **Expert Panel Working Group of the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) administered and coordinated National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee (NAEPCC), Cloutier MM, Baptist AP, et al.** 2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines: A Report from the National Asthma Education and

- Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group. The Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2020;146(6): 1217-1270. doi:10.1016/j.jaci.2020.10.003.
4. **Kansen H, Le T, Uiterwaal C, et al.** Prevalence and Predictors of Uncontrolled Asthma in Children Referred for Asthma and Other Atopic Diseases. Journal of Asthma and Allergy. 2020;13:67-75. doi:10.2147/JAA.S231907.
 5. **Matsunaga K, Hirano T, Oka A, et al.** Progression of Irreversible Airflow Limitation in Asthma: Correlation with Severe Exacerbations. The Journal of Allergy and Clinical Immunology In Practice. 2015;3(5): 759-764.e1. doi:10.1016/j.jaip.2015.05.005.
 6. **Shao M, Liu Z, Liu T.** Effects of Family-Supported Healthcare on Children with Asthma. Therapeutics and Clinical Risk Management. 2024;20:427-436. doi:10.2147/TCRM.S464826.
 7. **Stridsman C, Martinsen Ø, Selberg S, et al.** Uncontrolled asthma in school-aged children—a nationwide specialist care study. Journal of Allergy and Clinical Immunology: Global. 2024;3(2). doi:10.1016/j.jacig.2024.100227.
 8. **Tran LC, Phan HV, Vo-Pham-Minh T, et al.** Predictor of recurrent exacerbations in pediatric asthma. Medical Journal of Indonesia. 2024; 33(1):42-48. doi:10.13181/mji.oa.247309.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TỔN THƯƠNG MI MẮT DO CHẤN THƯƠNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN

Phan Thị Bảo Vi¹, Nguyễn Thị Thu Tâm², Đỗ Quốc Hiệp³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị tổn thương mi mắt do chấn thương tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát mô tả tiến cứu, gồm 86 mắt của 85 bệnh nhân bị chấn thương mi mắt nhập viện tại bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024, và được theo dõi hậu phẫu 3 tháng. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu có tuổi trung bình là: $34,5 \pm 18,2$ tuổi. Nguyên nhân chấn thương: Tai nạn giao thông 43%, tai nạn sinh hoạt 18,6%, ấu dâm, đánh nhau 17,4%, tai nạn lao động 15,2% và chó cắn 5,8%. Chấn thương cả 2 mắt 1,2%, một mắt 98,8%. Thời gian phẫu thuật trước 24 giờ 74,2%, từ 24 giờ đến 48 giờ 16,1%, 72 giờ đến 7 ngày chiếm 6,5%, sau 7 ngày là 3,2%. Chấn thương đụng dập mi chiếm 27,9%, vết thương mi chiếm 72,1%. Vết thương mi đơn thuần 48,4%, vết thương mi có đứt lệ quản 35,5%, vết thương mi có đứt bờ tự do 16,1%. Các tổn thương phối hợp gồm: sọ não- hàm mắt chiếm 20,9%, nhãn cầu-hốc mắt 34,9%. Chấn thương lệ quản trên 18,2%, lệ quản dưới 81,8%. Điều trị nội khoa 25,6%, ngoại khoa 74,4%. Sau 3 tháng phẫu thuật, 87% bệnh nhân phục hồi tốt về giải phẫu mi mắt, 88,7% bệnh nhân đạt chức năng mi mắt tốt, 88,3% bệnh nhân đạt giải phẫu lệ quản tốt, 72,2% bệnh nhân đạt chức năng lệ quản tốt. 17,7% bệnh nhân có biến chứng, trong đó nhiễm trùng 1,6%, hở mi-lật mi 4,8%, sẹo xấu phì đại 4,8% và lật điểm lệ-mắt ống silicon 6,5%. **Kết luận:** Chấn thương mi mắt

gặp đa số ở nam giới trong độ tuổi lao động và do tai nạn giao thông. Nguyên nhân chính ở trẻ em nhập viện là do chó cắn. Chấn thương mi mắt thường kèm theo tổn thương sọ não, nhãn cầu. Các biến chứng vết thương mi mắt thường gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ, ảnh hưởng đến cuộc sống bệnh nhân như sẹo xấu, lật mi, hở mi, lật điểm lệ; các biến chứng này không liên quan đến thời gian phẫu thuật và nguyên nhân chấn thương. **Từ khóa:** Chấn thương mi, dịch tế vết thương mi, bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF TRAUMATIC EYELID AND RESULTS OF TREATMENT AT TAY NGUYEN GENERAL HOSPITAL

Purpose: Describe the clinical characteristics and evaluate the results of treatment of traumatic eyelid damage at Tay Nguyen General Hospital. **Methods:** A prospective observational describing study with 86 eyes of 85 patients diagnosed eyelid injuries at Tay Nguyen General Hospital from October 2023 to May 2024 followed for 3 months. **Results:** 86 eyes of 85 patients (63 males and 22 females) were analyzed. An average age was 34.5 ± 18.2 . Causes included traffic accidents 43%, domestic accidents 18.6%, fights 17.4%, occupational accidents 15.2%, dog bites 5.8%. Injury to both eyes 1.2%, one eye 98.8%. Rate of patients with surgery time before 24 hours was 74.2%, from 24 hours to 48 hours 16.1%, 72 hours to 7 days 6.5%, and after 7 days 3.2%. Eyelid contusion injuries accounted for 27.9%, eyelid lacerations 72.1%. Considering eyelid lacerations types, the incidence of simple lacerations, lacrimal passage-involving eyelid lacerations and crossing the eyelid margin lacerations represented 48.4%, 35.5% and 16.1% of cases. Combined injuries with skull were 20.9% and eyeball-orbit 34.9%. Superior and inferior lacrimal canaliculus lacerations included 18.2% and 81.8%. Medical treatment in 25.6%, surgical treatment 74.4%. After 3 months, 87% of patients had good eyelid anatomy, 88.7% of patients achieved

¹Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Bảo Vi

Email: phanbaovi191bmt@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 19.5.2025