

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN HEN TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ BỆNH VIỆN MEDIC CÀ MAU

Trần Thanh Sang¹, Nguyễn Trọng Khuê¹, Nguyễn Đăng Khoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hen được chẩn đoán và điều trị tại phòng khám hen Bệnh viện Medic Cà Mau, đồng thời đánh giá những thuận lợi và khó khăn của mô hình quản lý hen tại tuyến y tế cơ sở. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả thực hiện tại phòng khám hen từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2024. Đối tượng bao gồm các bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán hen theo tiêu chuẩn GINA 2024 và Bộ Y tế, có đầy đủ dữ liệu lâm sàng, X-quang ngực và hô hấp ký, và được theo dõi ít nhất một lần sau điều trị. Mô hình phòng khám đảm bảo quy trình chuẩn hóa từ chẩn đoán đến theo dõi điều trị do bác sĩ chuyên khoa Hô Hấp thực hiện. **Kết quả:** Có 46 bệnh nhân hen được đưa vào phân tích với tuổi trung bình $49,6 \pm 16,8$. Các triệu chứng phổ biến nhất là ho (71,7%), khó thở (65,2%), khò khè (54,3%) và nặng ngực (37%). Phần lớn bệnh nhân có X-quang ngực bình thường (95,7%) và đáp ứng điều trị (93,5%). Hô hấp ký cho thấy 67,4% trường hợp có tắc nghẽn đường thở, trong đó 54,3% có đáp ứng với test giãn phế quản. Phác đồ điều trị chủ yếu là liệu trung bình ICS/LABA. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân hen tại tuyến y tế cơ sở được phát hiện ở giai đoạn sớm và có thể kiểm soát hiệu quả nếu được can thiệp kịp thời. Tỷ lệ đáp ứng điều trị cao cho thấy tiềm năng của tuyến cơ sở trong quản lý hen, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu nâng cao năng lực chuyên môn và quản lý y tế.

Từ khóa: hen, hô hấp ký, khò khè, viêm mũi dị ứng, corticoid dạng hít

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ASTHMA PATIENTS AT THE OUTPATIENT CLINIC OF MEDIC CA MAU HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of asthma patients treated at the Medic Ca Mau Hospital asthma clinic, and to assess the strengths and limitations of asthma management at the primary care level. **Subjects and methods:** A descriptive study was conducted from June to December 2024, including patients aged ≥ 18 years diagnosed with asthma based on GINA 2024 and Vietnam Ministry of Health criteria. Patients had clinical data, chest X-ray, spirometry, and at least one follow-up. The clinic followed a standardized care

model led by respiratory specialists. **Results:** Among 46 patients (mean age 49.6 ± 16.8), the most common symptoms were cough (71.7%), dyspnea (65.2%), wheezing (54.3%), and chest tightness (37%). Most had normal chest X-rays (95.7%) and responded to treatment (93.5%). Spirometry showed airflow obstruction in 67.4%, with 54.3% having a positive bronchodilator test. Medium-dose ICS/LABA was the most prescribed regimen. **Conclusion:** Early-stage asthma can be effectively managed at the primary care level with high treatment success. Strengthening diagnostic tools and clinical capacity is key to improving asthma care in the community.

Keywords: asthma, spirometry, wheezing, allergic rhinitis, inhaled corticosteroids

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen là một bệnh lý đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính đường hô hấp dưới, bao gồm các đặc điểm như tắc nghẽn đường dẫn khí có hồi phục, tăng đáp ứng đường thở đối với nhiều tác nhân kích thích, và sự dao động về cường độ triệu chứng theo thời gian. Bệnh ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống, khả năng lao động và làm tăng gánh nặng y tế, đặc biệt các trường hợp chưa được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Một nghiên cứu trên 2613 bệnh nhân được chẩn đoán hen tại Phần Lan cho thấy, hen chẩn đoán trễ sau 50 tuổi làm tăng nguy cơ rời bỏ công việc gấp 10,9 lần, cho thấy tầm quan trọng của việc phát hiện bệnh sớm để duy trì khả năng lao động¹. Ở trẻ em, nghiên cứu cho thấy nhóm chẩn đoán hen muộn (sau 30 ngày kể từ lúc khởi phát triệu chứng) có nguy cơ xảy ra đợt cấp tăng 53%, qua đó nhấn mạnh tầm quan trọng việc chẩn đoán sớm trong quản lý hen trẻ em². Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc hen trung bình khoảng 3,9% dân số, đồng thời bệnh gây ra khoảng 3000-4000 trường hợp tử vong mỗi năm³.

Mặc dù các hướng dẫn như GINA đã cung cấp các khuyến cáo về chẩn đoán, phân tầng mức độ kiểm soát bệnh, và chiến lược điều trị theo bậc, việc áp dụng trong thực hành lâm sàng vẫn còn nhiều hạn chế, nhất là ở tuyến cơ sở. Những thách thức thường gặp bao gồm: thiếu kiến thức về bệnh từ phía người bệnh, chẩn đoán chưa được tối ưu do thiếu cận lâm sàng hỗ trợ (hô hấp ký...), điều trị chưa đúng do thiếu thuốc (ICS), sử dụng thuốc không chính xác, và thiếu theo dõi định kỳ. Nhằm nâng cao hiệu quả kiểm soát hen tại địa phương, từ tháng 6 năm 2024, Bệnh viện Medic Cà Mau triển khai mô

¹Bệnh viện Medic Cà Mau

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Khoa

Email: nguyendangkhoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

hình phòng khám hen dựa trên khuyến cáo GINA và Bộ Y Tế. Bài viết này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân được chẩn đoán hen, đồng thời thảo luận về những thuận lợi, khó khăn và tiềm năng phát triển của mô hình này trong bối cảnh tại địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả các trường hợp được chẩn đoán hen tại phòng khám hen Bệnh viện Medic Cà Mau từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2024.

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thu nhận các bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán hen, có đầy đủ kết quả xét nghiệm bao gồm X-quang ngực và hô hấp kị, và được tái khám ít nhất một lần trong quá trình theo dõi (khám trực tiếp tại bệnh viện hoặc thông qua gọi điện thoại).

Chúng tôi chẩn đoán hen theo tiêu chuẩn GINA 2024 và của Bộ Y Tế Việt Nam năm 2021, được áp dụng theo điều kiện hiện có tại bệnh viện, bao gồm: a) Khai thác tiền sử có triệu chứng hô hấp (khò khè, khó thở, ho, nặng ngực) thay đổi theo thời gian và cường độ, có thể nặng hơn vào ban đêm hay lúc thức giấc hoặc khởi phát khi gắng sức, cười lớn, tiếp xúc dị nguyên, không khí lạnh, hoặc nặng hơn khi nhiễm siêu vi; b) Bằng chứng giới hạn luồng khí thở ra thay đổi: ít nhất một lần ghi nhận hô hấp kị có FEV₁ thấp và tỉ lệ FEV₁/FVC thấp hơn giá trị bình thường dưới; c) Đáp ứng test dẫn phế quản: FEV₁ tăng hơn 12% và 200 mL so với giá trị ban đầu. Đối với các bệnh nhân có đủ 3 tiêu chuẩn trên, chúng tôi chẩn đoán hen. Đối với các trường hợp khác, chúng tôi cân nhắc chẩn đoán "theo dõi" hen, điều trị với corticoid dạng hít, theo dõi đáp ứng lâm sàng và hô hấp kị sau 2 đến 4 tuần. Nếu bệnh nhân cải thiện triệu chứng hoặc chỉ số FEV₁ tăng hơn 12% và 200 mL so với giá trị ban đầu, chúng tôi chẩn đoán hen.

2.2. Các biến số trong nghiên cứu.

Chúng tôi ghi nhận tuổi, giới, số lần nhập viện trong năm qua vì khó thở, triệu chứng ho, khò khè, khó thở, nặng ngực, viêm mũi dị ứng, trào ngược dạ dày thực quản, rale tắc nghẽn tại phổi, X-quang ngực thẳng và hô hấp kị. Sau 2-4 tuần điều trị, chúng tôi ghi nhận đáp ứng lâm sàng (bệnh nhân đến khám trực tiếp hoặc thông qua gọi điện thoại). Các thông tin trên được ghi nhận dựa theo phiếu khảo sát hoặc bằng dữ liệu trên bệnh án điện tử.

Về kết quả hô hấp kị, chúng tôi phân loại mức độ bất thường dựa trên điểm z-score, trong đó: z-score > -1,645 là bình thường. từ -1,645 đến -2,5 là giảm nhẹ, từ -2,5 đến -4 là giảm

trung bình, và z-score < -4 là giảm nặng. Cách phân loại này được áp dụng theo khuyến cáo của sáng kiến chức năng hô hấp toàn cầu (GLI), Hội Hô hấp Châu Âu và Hội lồng ngực Hoa Kỳ⁴. Chỉ số FEV₁/(F)VC (trong đó chọn giá trị lớn hơn giữa FVC và VC) được sử dụng để đánh giá tắc nghẽn đường dẫn khí. Nếu z-score < -1,645, bệnh nhân được xác định có tắc nghẽn đường dẫn khí.

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 14. Quá trình thực hiện nghiên cứu không ảnh hưởng đến việc điều trị bệnh nhân, đồng thời mọi thông tin liên quan đến hồ sơ bệnh án được bảo mật tuyệt đối.

2.3. Mô hình phòng khám hen. Để đảm bảo tính chính xác trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân hen, chúng tôi đã triển khai các biện pháp sau: 1) Bác sĩ chuyên khoa Hô Hấp khám và trực tiếp theo dõi các bệnh nhân hen, 2) Các bệnh nhân đều được tư vấn, giáo dục sức khỏe và tự thực hiện được kỹ thuật sử dụng bình xịt ở mỗi lần khám, 3) Kỹ thuật viên đo hô hấp kị đều được đào tạo và được cấp chứng chỉ, 4) Các bệnh nhân được cung cấp kế hoạch hành động khi có đợt cấp hen, 5) Có đầy đủ các loại dụng cụ hít và tờ rơi hướng dẫn sử dụng chi tiết đính kèm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu. Từ 6/2024 đến 12/2024, chúng tôi ghi nhận 50 trường hợp được chẩn đoán hen. Trong đó, 1 bệnh nhân từ chối điều trị và 3 bệnh nhân mất liên lạc trong quá trình theo dõi. Do đó, tổng cộng 46 bệnh nhân được đưa vào phân tích. Bảng 1 trình bày đặc điểm của 46 bệnh nhân hen với tuổi trung bình là 49,6 ± 16,8, nam giới chiếm 45,7%. Các triệu chứng phổ biến gồm ho (71,7%) và khó thở (65,2%). Hầu hết bệnh nhân có X-quang ngực bình thường (95,7%) và đáp ứng tốt với điều trị (93,5%).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân hen (n=46)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi	49,6 ± 16,8
Nam	21 (45,7%)
Số lần nhập viện trong năm qua vì khó thở	
0	42 (91,3%)
1	4 (8,7%)
≥2	0 (0,0%)
Ho	33 (71,7%)
Khò khè	25 (54,3%)
Khó thở	30 (65,2%)
Nặng ngực	17 (37,0%)
Viêm mũi dị ứng	24 (52,2%)

Trào ngược dạ dày thực quản	10 (21,7%)
Ran tắc nghẽn tại phổi	23 (50,0%)
X-quang ngực: Bình thường	44 (95,7%)
Khí phế thũng	2 (4,3%)
Đáp ứng điều trị: Cải thiện	43 (93,5%)
Không cải thiện	3 (6,5%)

3.2. Đặc điểm hô hấp kị. Bảng 2 mô tả kết quả hô hấp kị của 46 bệnh nhân hen, trong đó 43,5% bệnh nhân có FEV₁ giảm mức độ nhẹ và 6,5% giảm ở mức độ trung bình đến nặng. Tỷ lệ bệnh nhân có tắc nghẽn đường thở là 67,4%. Đáp ứng với test dẫn phế quản ở 54,3% bệnh nhân.

Bảng 2. Đặc điểm hô hấp kị (n=46)

Chỉ số	Giá trị
VC	
Bình thường (z-score > -1,645)	37 (80,4%)
Nhẹ (-2,5 < z-score < -1,645)	5 (10,9%)
Trung bình đến nặng (z-score < -2,5)	4 (8,7%)
FVC	
Bình thường (z-score > -1,645)	41 (89,1%)
Nhẹ (-2,5 < z-score < -1,645)	4 (8,7%)
Trung bình đến nặng (z-score < -2,5)	1 (2,2%)
FEV₁	
Bình thường (z-score > -1,645)	23 (50,0%)
Nhẹ (-2,5 < z-score < -1,645)	20 (43,5%)
Trung bình đến nặng (z-score < -2,5)	3 (6,5%)
FEV₁/(F)VC	
Bình thường (z-score > -1,645)	15 (32,6%)
Tắc nghẽn (z-score < -1,645)	31 (67,4%)
Đáp ứng test dẫn phế quản	
Có	25 (54,3%)
Không	17 (37,0%)
Không thực hiện	4 (8,7%)

3.3. Đặc điểm thuốc điều trị. Bảng 3 mô tả đặc điểm thuốc đường hít được sử dụng, trong đó ICS/LABA được sử dụng đa dạng với Symbicort turbuhaler 160/4,5 mcg là loại được dùng nhiều nhất, chủ yếu ở liều ICS trung bình (2 nhát x 2 lần/ngày, với tỷ lệ 39,1% trường hợp). Có hai bệnh nhân được chẩn đoán hen tắc nghẽn cố định và hội chứng hen chồng lấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (ACO) nên được sử dụng phác đồ bộ ba là Breztri aerosphere 160/7,2/5 mcg hoặc phối hợp Seretide accuhaler 50/500 mcg với Spiriva respimat 2,5 mcg.

Bảng 3. Thuốc điều trị bệnh nhân hen (n=46)

Thuốc	Số bệnh nhân
Montelukast 10 mg/ngày	35(76,1%)
Seretide evohaler 25/250 mcg	
Liều trung bình ICS: 1 nhát x 2 lần/ngày	1(2,2%)
Liều cao ICS: 2 nhát x 2 lần/ngày	3(6,5%)
Seretide accuhaler 50/500 mcg	
Liều cao ICS: 1 nhát x 2 lần/ngày	4(8,7%)

Symbicort turbuhaler 160/4,5mcg	
Khi cần	3(6,5%)
Liều thấp ICS: 1 nhát/ngày	8(17,4%)
Liều thấp ICS: 1 nhát x 2 lần/ngày	7(15,2%)
Liều trung bình ICS: 2 nhát x 2 lần/ngày	18(39,1%)
Breztri aerosphere 160/7,2/5 mcg 2 nhát x 2 lần/ngày	1(2,2%)
Seretide accuhaler 50/500 mcg + Spiriva respimat 2,5 mcg	1(2,2%)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân tích đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 46 bệnh nhân hen được chẩn đoán và điều trị tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Medic Cà Mau, một tuyến y tế cơ sở, nơi tiếp nhận hầu hết các bệnh nhân đến khám lần đầu. Đây là báo cáo kết quả bước đầu, nhằm rà soát thực trạng quản lý hen tại tuyến y tế cơ sở, đồng thời xác định những thuận lợi và khó khăn trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân trong điều kiện thực hành lâm sàng tại địa phương.

Một phát hiện đáng chú ý trong nghiên cứu là có đến 91,3% bệnh nhân hen chưa từng nhập viện vì khó thở trong năm qua. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân đang ở giai đoạn sớm của bệnh, với nguy cơ đợt cấp và suy giảm chức năng phổi có thể ngăn chặn được nếu can thiệp kịp thời⁵. Nghiên cứu trước đây đã cho thấy người lớn mắc hen có tốc độ giảm thể tích khí thở ra trong 1 giây đầu (FEV₁) trung bình là 38 mL/năm, so với 22 mL/năm ở người bình thường, dẫn đến sự suy giảm chức năng phổi đáng kể và gia tăng tổn thương phổi mạn tính ở nhóm bệnh nhân hen⁶. Thực tế cũng cho thấy Bệnh viện Medic Cà Mau đã đóng vai trò tích cực trong điều trị và theo dõi bệnh nhân hen. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng điều trị đạt 93,5%, cho thấy hiệu quả của việc can thiệp đúng phác đồ và duy trì tái khám định kỳ. Hầu hết bệnh nhân không cần chuyển lên tuyến trên, cho thấy năng lực kiểm soát hen tại tuyến cơ sở đã được nâng cao đáng kể, phù hợp với khuyến cáo trong các chiến lược quốc gia về quản lý hen. Đây chính là nhóm đối tượng tiềm năng cho các chương trình quản lý hen tại cộng đồng, nhằm bảo tồn chức năng hô hấp, giảm chi phí y tế, và ngăn ngừa hiệu quả các đợt kịch phát cấp tính.

Mặc dù hen là bệnh lý hô hấp mạn tính phổ biến, việc chẩn đoán chính xác tại tuyến y tế cơ sở vẫn còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt trong bối cảnh hạn chế về phương tiện cận lâm sàng, độ dao động của triệu chứng cũng như nhận thức của người bệnh. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, các triệu chứng điển hình của hen như ho (71,7%), khó thở (65,2%), khò khè (54,3%) và nặng ngực (37,0%) không phải lúc nào cũng đồng thời xuất hiện. Ngoài ra, ran tắc nghẽn tại phổi chỉ được ghi nhận ở 50% bệnh nhân, và gần như mọi trường hợp đều có hình ảnh X-quang ngực bình thường, điều này càng làm hạn chế khả năng nhận diện bệnh hen trên lâm sàng. Thêm vào đó, chỉ 67,4% bệnh nhân có biểu hiện hội chứng tắc nghẽn trên hô hấp ký, trong khi 37,0% không đáp ứng với test giãn phế quản, đây là một tiêu chí then chốt trong chẩn đoán hen theo khuyến cáo của GINA. Đáng lưu ý, các xét nghiệm chuyên sâu hơn như test kích thích cây phế quản, đo nồng độ FeNO trong khí thở ra, xét nghiệm eosinophil trong đàm, hay test dị ứng nguyên, hiện chưa được triển khai tại các tuyến y tế cơ sở do hạn chế về trang thiết bị và nguồn nhân lực có trình độ. Điều này có thể được lý giải là do, hen là một bệnh lý viêm mạn tính đường thở, đặc trưng bởi tình trạng co thắt phế quản có khả năng hồi phục tự nhiên hoặc sau khi sử dụng thuốc giãn phế quản⁷. Chính vì vậy, không hiếm gặp những trường hợp bệnh nhân đến khám khi triệu chứng đã thuyên giảm, thăm khám phổi không ghi nhận bất thường rõ rệt, hoặc kết quả hô hấp ký không cho thấy hội chứng tắc nghẽn¹. Bên cạnh đó, test giãn phế quản cũng có thể cho kết quả âm tính, đặc biệt trong bối cảnh nhiễm siêu vi đường hô hấp trên hoặc khi đã sử dụng thuốc điều trị⁵. Những yếu tố này khiến cho việc chẩn đoán hen không thể dựa vào một dấu hiệu đơn lẻ, mà đòi hỏi sự phối hợp toàn diện giữa triệu chứng lâm sàng, tiền sử bệnh lý, kết quả cận lâm sàng, và đặc biệt là kinh nghiệm lâm sàng của người bác sĩ trong việc phân tích và đánh giá toàn diện từng bệnh nhân. Một nghiên cứu tại Hoa Kỳ đã cho thấy so với bệnh nhân được điều trị bởi bác sĩ đa khoa thông thường, bệnh nhân được theo dõi bởi bác sĩ đa khoa có kinh nghiệm về hen có nguy cơ phải nghỉ việc, nhập viện hoặc khám cấp cứu vì hen thấp hơn đáng kể⁸. Do đó, chiến lược đào tạo, nâng cao năng lực chẩn đoán của bác sĩ lâm sàng, cũng như từng bước trang bị thêm các công cụ cận lâm sàng thiết yếu để cải thiện hiệu quả phát hiện và điều trị hen tại cộng đồng là hết sức cấp bách.

Mặc dù nhóm hen nặng cần chuyển lên tuyến trên để can thiệp chuyên sâu và sử dụng thuốc điều trị đặc hiệu chỉ chiếm khoảng 5-10% tổng dân số hen, nhưng việc nhận diện đúng và kịp thời các trường hợp có chỉ định chuyển tuyến vẫn đóng vai trò then chốt trong quản lý bệnh hiệu quả. Những trường hợp cần xem xét chuyển

tuyến bao gồm: nghi ngờ hen hoặc có bệnh phổi khác; hen nghề nghiệp; hen kéo dài không kiểm soát; có hai đợt cấp trở lên trong một năm; tiền sử đợt cấp đe dọa tính mạng; hen kém kiểm soát do bệnh đồng mắc; hoặc có tình trạng bệnh lý nặng cần điều trị chuyên khoa sâu⁷. Mặc dù vậy, phần lớn hen vẫn có thể được quản lý hiệu quả tại tuyến y tế cơ sở, với điều kiện được phát hiện sớm, đánh giá đúng mức độ nặng và tuân thủ điều trị lâu dài. Những bệnh nhân hen nặng hoặc khó kiểm soát nên được chuyển đến bác sĩ chuyên khoa Hô Hấp hoặc Dị Ứng Miễn Dịch Lâm Sàng, nhằm đảm bảo chiến lược điều trị toàn diện và giảm thiểu nguy cơ đợt cấp nặng trong tương lai⁷.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân hen tại tuyến y tế cơ sở được phát hiện ở giai đoạn sớm và có thể kiểm soát hiệu quả, dù cho chẩn đoán còn nhiều khó khăn do triệu chứng không điển hình và hạn chế về cận lâm sàng. Tỷ lệ đáp ứng điều trị cao cho thấy tuyến y tế cơ sở hoàn toàn có khả năng đảm nhiệm vai trò quan trọng trong quản lý hen. Cần tăng cường năng lực lâm sàng và trang thiết bị để nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị hen cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Taponen S, Uitti J, Karvala K, Luukkonen R, Lehtimäki L.** Asthma diagnosed in late adulthood is linked to work disability and poor employment status. *Respir Med.* Feb 2019;147:76-78.
2. **Wi CI, Ryu E, King KS, et al.** Association of delayed asthma diagnosis with asthma exacerbations in children. *J Allergy Clin Immunol Glob.* May 2025;4(2):100409.
3. **Nguyễn NH, Nguyễn THT, Đỗ TTT.** Kết quả kiểm soát hen phế quản và một số yếu tố liên quan đến kiểm soát hen phế quản không hoàn toàn. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 05/27 2024(74):126-131.
4. **Bhatt SP, Bodduluri S, Nakhmani A.** ERS/ATS spirometry interpretation standards: a gap in grading severity of airflow obstruction. *Eur Respir J.* Feb 2024;63(2).
5. **Simpson AJ, Drake S, Healy L, et al.** Asthma diagnosis: a comparison of established diagnostic guidelines in adults with respiratory symptoms. *EClinicalMedicine.* Oct 2024;76:102813.
6. **Lange P, Parner J, Vestbo J, Schnohr P, Jensen G.** A 15-year follow-up study of ventilatory function in adults with asthma. *N Engl J Med.* Oct 22 1998;339(17):1194-1200.
7. **Wu TD, Brigham EP, McCormack MC.** Asthma in the Primary Care Setting. *Med Clin North Am.* May 2019;103(3):435-452.
8. **Wu AW, Young Y, Skinner EA, et al.** Quality of care and outcomes of adults with asthma treated by specialists and generalists in managed care. *Arch Intern Med.* Nov 26 2001;161(21):2554-2560.

ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG TIỀN ĐÌNH CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 BẰNG HỆ THỐNG GHI HÌNH KIỂM TRA LẮC ĐẦU (VIDEO HEAD IMPULSE TEST - VHIT)

Nguyễn Minh Đức¹, Hoàng Tiến Trọng Nghĩa², Đoàn Văn Anh Vũ²,
Huỳnh Đăng Lộc², Huỳnh Thị Như Ý²,
Phan Xuân Uy Hùng², Nguyễn Lê Trung Hiếu¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Các nghiên cứu trên động vật cho thấy đái tháo đường có thể gây suy giảm chức năng tiền đình. Tuy nhiên, kết quả từ các nghiên cứu ở người sử dụng video Head Impulse Test (vHIT) vẫn chưa rõ ràng. Nghiên cứu này nhằm so sánh chức năng tiền đình giữa bệnh nhân đái tháo đường type 2 (ĐTĐ2) và người khỏe mạnh, với giả thuyết rằng bệnh nhân ĐTĐ2 sẽ có h-gain thấp hơn. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang tại Bệnh viện Quân y 175 (04-08/2024), gồm bệnh nhân ĐTĐ2 không triệu chứng tiền đình và nhóm chứng khỏe mạnh. Tất cả được thực hiện vHITs, loại bỏ tín hiệu nhiễu. So sánh giữa hai nhóm gồm: (1) giá trị h-gain tuyệt đối sau lọc nhiễu và (2) tỷ lệ có h-gain bất thường ($<0,8$) trên dữ liệu thô. **Kết quả:** Tổng cộng 42 đối tượng (21 ĐTĐ2, 21 chứng). Nhóm ĐTĐ2 có h-gain trung bình thấp hơn (trái: 1,03 vs 1,08; phải: 1,02 vs 1,08), nhưng không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,14$). Có 2 bệnh nhân ĐTĐ2 giảm gain ($<0,8$), không có trường hợp nào ở nhóm chứng. **Kết luận:** Dù không có sự khác biệt đáng kể trên vHIT, vẫn có khả năng rối loạn tiền đình ở bệnh nhân ĐTĐ2, do vHIT có thể không phát hiện được các rối loạn ở tần số thấp hơn.

Từ khóa: vHIT, ĐTĐ, VOR, bệnh lý tiền đình

SUMMARY

ASSESSMENT OF VESTIBULAR FUNCTION IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS USING VIDEO HEAD IMPULSE TEST (VHIT)

Background: Animal studies suggest diabetes may impair vestibular function. However, human studies using the video Head Impulse Test (vHIT) have yielded inconclusive results. This study aimed to compare vestibular function between patients with type 2 diabetes (T2DM) and healthy controls, hypothesizing that T2DM patients would have lower horizontal vestibulo-ocular reflex gain (h-gain). **Methods:** A cross-sectional study was conducted at Military Hospital 175 (April–August 2024), enrolling T2DM patients without vestibular symptoms and healthy controls. All participants underwent vHIT. Noisy signals were excluded. Two comparisons were made: (1) absolute h-gain values after noise filtering

and (2) proportion of participants with abnormal h-gain ($<0,8$) using raw data. **Results:** 42 participants (21 T2DM, 21 controls) were included. T2DM patients had slightly lower average h-gain (left: 1.03 vs 1.08; right: 1.02 vs 1.08), but the differences were not statistically significant ($p = 0,14$). Two T2DM patients had reduced gain, while no such cases were observed in the control group. **Conclusion:** Although no statistically significant differences were found using vHIT, vestibular dysfunction in T2DM patients cannot be ruled out, as vHIT may not detect impairments at lower stimulation frequencies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản xạ tiền đình-mắt (vestibulo-ocular reflex (VOR)) đóng vai trò thiết yếu để ổn định tín hiệu thị giác trên hoàng điểm khi đầu di chuyển. Ở người khỏe mạnh, VOR đảm bảo chuyển động của mắt tương xứng với vận tốc chuyển động đầu. Tuy nhiên, ở bệnh nhân có bệnh lý tiền đình, VOR bị giảm, dẫn đến không tương xứng vận tốc đầu và mắt. Để bù trừ, các chuyển động mắt nhanh bắt kịp (catch-up saccades) được tạo ra để tái định thị - là cơ sở nền tảng của nghiệm pháp lắc đầu (Head Impulse Test - HIT). Dù hữu ích trên lâm sàng, HIT có một số hạn chế: không phát hiện được cử động mắt nhanh kín đáo ở pha sớm và chủ quan phụ thuộc người khám. Để khắc phục những nhược điểm này, Curthoys đã ứng dụng hệ thống vHIT để đánh giá khách quan hơn và tăng độ nhạy.(1)

Các nghiên cứu trên động vật gợi ý chức năng tiền đình suy giảm như một hệ quả của ĐTĐ dựa trên quan sát mô bệnh học hoặc đánh giá bằng điện thế của cơ nguồn gốc tiền đình (vestibular evoked myogenic potentials - VEMP). Ở người, Mahalingasivam (2024) (2) không thấy bất thường nào trên vHIT khi đánh giá 52 bệnh nhân đái tháo đường type 1 (ĐTĐ1), 52 bệnh nhân ĐTĐ2, và 11 người khỏe mạnh. Nourizadeh (2021) (3) báo cáo các bất thường trên vHIT khi so sánh 25 bệnh nhân ĐTĐ2 với 25 người nhóm chứng.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm so sánh chức năng tiền đình giữa bệnh nhân ĐTĐ và nhóm chứng khỏe mạnh bằng vHIT. Giả thuyết của chúng tôi là bệnh nhân đái tháo đường sẽ có giá trị gain thấp hơn so nhóm chứng

¹Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Trung Hiếu

Email: nguyennletrunghieu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025