

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ NẶNG CỦA CƠN HEN PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM TRÍ ĐÀ NẴNG

Hoàng Nguyễn Thanh Thủy¹, Đinh Thanh Mễ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của cơn hen phế quản cấp ở trẻ dưới 5 tuổi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 57 trẻ từ 12 tháng đến dưới 60 tháng tuổi được chẩn đoán cơn hen phế quản cấp và điều trị nội trú tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng từ tháng 4/2024 đến tháng 4/2025.

Kết quả: Ho, khó thở và ran rít/ran ngáy là các triệu chứng gặp ở 100% trường hợp. Các triệu chứng khác bao gồm co kéo cơ hô hấp phụ (82,5%), chảy mũi (28,1%), sốt (15,8%), khô khè (14,0%) và ran ẩm (14,0%). Tăng bạch cầu và tăng bạch cầu trung tính chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 78,9% và 64,9%; tăng bạch cầu ái toan ít gặp (5,3%). CRP tăng được ghi nhận ở 43,9% trường hợp và gặp nhiều hơn ở nhóm trẻ từ 2–5 tuổi so với nhóm dưới 2 tuổi (53,5% so với 14,3%; $p = 0,016$). Hình ảnh X-quang ngực chủ yếu ghi nhận tăng đậm nhánh phế quản với tỷ lệ 75,0%. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, tiền sử dị ứng, tăng bạch cầu, tăng bạch cầu trung tính hoặc tăng bạch cầu ái toan với mức độ nặng của cơn hen cấp. Điều trị dự phòng hen phế quản có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của cơn hen cấp; tỷ lệ cơn hen nặng thấp hơn ở nhóm trẻ có điều trị dự phòng.

Kết luận: Ho, khó thở và ran rít/ran ngáy là các biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất của cơn hen phế quản cấp ở trẻ dưới 5 tuổi. Tăng bạch cầu, tăng bạch cầu trung tính và tăng CRP là những bất thường cận lâm sàng thường gặp. Điều trị dự phòng hen phế quản là yếu tố duy nhất có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của cơn hen phế quản cấp.

Từ khóa: Hen phế quản cấp, trẻ dưới 5 tuổi, bạch cầu ái toan, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE SEVERITY OF ACUTE ASTHMA EXACERBATION IN CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE

Objectives: To describe clinical and laboratory characteristics and identify factors associated with

severity of acute asthma exacerbation in children under five years old.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 57 hospitalized children diagnosed with acute asthma exacerbation at Tam Tri Da Nang General Hospital from April 2024 to April 2025.

Results: Cough, dyspnea, and wheezing/rhonchi were observed in all patients (100%). Other common manifestations included use of accessory respiratory muscles (82.5%), rhinorrhea (28.1%), fever (15.8%), wheezing (14.0%), and crackles (14.0%). Leukocytosis and neutrophilia were frequently detected, accounting for 78.9% and 64.9% of cases, respectively, while eosinophilia was uncommon (5.3%). Elevated C-reactive protein (CRP) levels were found in 43.9% of patients and were significantly more common in children aged 2–5 years than in those under 2 years of age (53.5% vs. 14.3%, $p = 0,016$). Chest radiographs predominantly showed peribronchial thickening (75.0%). No statistically significant associations were found between age group, history of allergy, leukocytosis, neutrophilia, eosinophilia, and the severity of acute asthma exacerbation. Preventive asthma treatment was significantly associated with the severity of acute asthma exacerbations, with a lower proportion of severe exacerbations observed among children receiving preventive therapy.

Conclusions: Cough, dyspnea, and wheezing/rhonchi were the predominant clinical manifestations of acute asthma exacerbations in children under five years of age. Leukocytosis, neutrophilia, and elevated CRP levels were common laboratory findings. Preventive asthma therapy was the only factor significantly associated with the severity of acute asthma exacerbations.

Keywords: Acute asthma exacerbation, preschool children, eosinophils.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản là một trong những bệnh mạn tính phổ biến nhất ở trẻ em và là nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện do bệnh lý hô hấp. Theo Global Initiative for Asthma (GINA), hen phế quản ảnh hưởng đến hàng triệu trẻ em trên toàn cầu, trong đó các đợt kịch phát cấp là nguyên nhân chính làm gia tăng gánh nặng bệnh tật, giảm chất lượng cuộc sống và tăng chi phí chăm sóc y tế [6].

Theo các nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu, hen phế quản gây ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe cộng đồng, với gánh nặng bệnh tật thay đổi theo quốc gia và khu vực [3]. Tại Việt Nam, các

¹Trường Đại học Phan Châu Trinh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hoàng Nguyễn Thanh Thủy
Email: bsthuynhkoanhi@gmail.com

Mã bài: N872

Ngày nhận bài: 15/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 14/5/2026

Ngày duyệt bài: 25/6/2026

ngiên cứu về đặc điểm cơn hen cấp ở trẻ dưới 5 tuổi còn hạn chế, đặc biệt là các nghiên cứu đánh giá đồng thời đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của cơn hen.

Ở trẻ dưới 5 tuổi, việc chẩn đoán và đánh giá mức độ nặng của cơn hen phế quản cấp gặp nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng đa dạng, khả năng phối hợp của trẻ còn hạn chế và khó thực hiện các thăm dò chức năng hô hấp thường quy. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam và GINA, việc đánh giá chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu suy hô hấp [1], [6].

Hen phế quản là bệnh lý viêm mạn tính đường thở với sự tham gia của nhiều loại tế bào viêm. Một số chỉ số huyết học như bạch cầu trung tính và bạch cầu ái toan được cho là có liên quan đến cơ chế viêm, mức độ hoạt hóa đường thở và diễn biến của các đợt hen cấp [4], [6], [8]. Tuy nhiên, giá trị của các chỉ số này trong dự báo mức độ nặng của cơn hen cấp ở trẻ nhỏ vẫn chưa thống nhất giữa các nghiên cứu.

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ mắc hen phế quản, tuy nhiên các nghiên cứu đánh giá đồng thời đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của cơn hen cấp ở trẻ từ 12 tháng đến dưới 5 tuổi còn hạn chế [2], [10], [10]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm:

(1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của cơn hen phế quản cấp ở trẻ dưới 5 tuổi;

(2) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của cơn hen.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng từ tháng 04/2024 đến tháng 04/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: 57 trẻ từ 12 tháng đến dưới 60 tháng tuổi được chẩn đoán cơn hen phế quản cấp và điều trị nội trú tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ từ 12 tháng đến dưới 60 tháng tuổi, được chẩn đoán cơn hen phế quản cấp dựa trên theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam [1], điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Tâm

Trí Đà Nẵng trong thời gian nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần thiết phục vụ nghiên cứu.

2.5. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhi có cơn khó thở do nguyên nhân khác như hen tim, tràn dịch màng phổi, polyp thanh môn, viêm phổi, viêm tiểu phế quản cấp hoặc dị vật đường thở. Hồ sơ bệnh án thiếu dữ liệu cần thiết cho nghiên cứu.

2.6. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Lấy toàn bộ mẫu đủ điều kiện trong thời gian nghiên cứu.

2.7. Định nghĩa biến

- Tăng bạch cầu: $>10,0 \times 10^9/L$

- Tăng bạch cầu trung tính: $>7,5 \times 10^9/L$

- Tăng bạch cầu ái toan: $>0,7 \times 10^9/L$

- CRP tăng: $> 5 \text{ mg/l}$

Theo trị số tham chiếu được Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng.

- Điều trị dự phòng được xác định là trẻ đang sử dụng corticosteroid dạng hít (ICS)/ LABA hoặc montelukast theo chỉ định của bác sĩ trước khi xuất hiện cơn hen cấp

2.8. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm bằng kiểm định χ^2 hoặc Fisher's exact test khi phù hợp. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 2 tuổi	14	24,6
2 – 5 tuổi	43	75,4
Giới tính		
Nam	32	56,1
Nữ	25	43,9
Tổng	57	100

Trong 57 trẻ tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi từ 2–5 tuổi chiếm đa số với 75,4%, cao hơn nhóm dưới 2 tuổi (24,6%). Trẻ nam chiếm tỷ lệ 56,1%, cao hơn trẻ nữ (43,9%), với tỷ lệ nam/nữ là 1,28/1.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	<2 tuổi (n = 14)		2 - 5 tuổi (n = 43)		Tổng (n = 57)		p
	n	%	n	%	n	%	NA
Ho	14	100%	43	100%	57	100%	NA
Khó thở	14	100%	43	100%	57	100%	NA
Khò khè	5	35,7%	3	7%	8	14,0%	0,017
Chảy mũi	3	21,4%	13	30,2%	16	28,1%	0,735
Mạch nhanh	10	71,4%	29	67,4%	39	68,4%	1,000
Nhịp thở nhanh	11	78,6%	30	69,8%	41	71,9%	0,735
Sốt	1	7,1%	8	18,6%	9	15,8%	0,427
Co kéo hô hấp phụ	12	85,7%	35	81,4%	47	82,5%	1,000
Ran ẩm	2	14,3%	6	14,0%	8	14,0%	1,000
Ran rít, ran ngáy	14	100%	43	100%	57	100%	NA
Kích thích	0	0,0%	0	0,0%	0	%	NA
Tím môi	0	0,0%	0	0,0%	0	%	NA

NA: Không áp dụng

Chỉ có khò khè khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi ($p = 0,017$), gặp nhiều hơn ở trẻ dưới 2 tuổi. Các triệu chứng còn lại không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi ($p > 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	< 2 tuổi (n=14)	2-5 tuổi (n=43)	Tổng (n=57)	p
Tăng bạch cầu	9 (64,3%)	36 (83,7%)	45 (78,9%)	0,146
Tăng bạch cầu trung tính	7 (50,0%)	30 (69,8%)	37 (64,9%)	0,208
Tăng bạch cầu ái toan	0 (0%)	3 (7,0%)	3 (5,3%)	0,553
CRP tăng (>5 mg/L)	2 (14,3%)	23 (53,5%)	25 (43,9%)	0,016
Tăng đậm nhánh phế quản	4/4 (100%)	14/20 (70,0%)	18/24 (75,0%)	0,530
Mờ rải rác phế nang	0/4 (0%)	4/20 (20,0%)	4/24 (16,7%)	1,000

Có 24/57 bệnh nhân được chụp X-quang ngực. Các kết quả X-quang được phân tích trên số bệnh nhân thực hiện thăm dò này. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tăng bạch cầu, tăng bạch cầu trung tính, tăng bạch cầu ái toan và các bất thường trên X-quang ngực giữa hai nhóm tuổi ($p > 0,05$). Tỷ lệ CRP tăng ở nhóm trẻ từ 2-5 tuổi cao hơn đáng kể so với nhóm dưới 2 tuổi (53,5% so với 14,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,016$).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của cơn hen phế quản cấp

Yếu tố	Hen nặng (n=21)	Hen trung bình (n=36)	p
Nhóm tuổi < 2 tuổi	5 (23,8%)	9 (25,0%)	0,937
Tiền sử dị ứng	1 (4,8%)	5 (13,9%)	0,341
Tăng bạch cầu	19 (90,5%)	26 (72,2%)	0,119

Yếu tố	Hen nặng (n=21)	Hen trung bình (n=36)	p
Tăng bạch cầu trung tính	17 (81,0%)	20 (55,6%)	0,058
Tăng bạch cầu ái toan	1 (4,8%)	2 (5,6%)	0,913
Có điều trị dự phòng	7 (33,3%)	25 (69,4%)	<0,001

Trong số các yếu tố được khảo sát, chỉ có điều trị dự phòng hen phế quản liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của cơn hen phế quản cấp ($p < 0,001$). Tỷ lệ trẻ được điều trị dự phòng ở nhóm hen trung bình cao hơn đáng kể so với nhóm hen nặng (69,4% so với 33,3%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của cơn hen phế quản cấp ở trẻ dưới 5 tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ho, khó thở và ran rít/ran ngáy xuất hiện ở tất cả các trường hợp. Đây là các triệu chứng điển hình của cơn hen phế quản cấp và phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế Việt Nam (2016) cũng như hướng dẫn của GINA (2024) [1], [6]. Các triệu chứng này phản ánh tình trạng tắc nghẽn đường thở do co thắt phế quản, phù nề niêm mạc và tăng tiết dịch.

Kết quả nghiên cứu tương đồng với Bùi Kim Thuận (2018), khi tác giả ghi nhận ho, khó thở và ran rít là những biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất ở trẻ dưới 5 tuổi mắc hen phế quản [2]. Tương tự, nghiên cứu của Trần Anh Tuấn (2006) trên trẻ dưới 2 tuổi cũng cho thấy ho và khó thở là lý do chính khiến trẻ phải nhập viện trong các đợt kịch phát hen [5].

Tỷ lệ co kéo cơ hô hấp phụ trong nghiên cứu đạt 82,5%, phản ánh tình trạng tăng công hô hấp ở phần lớn bệnh nhân. Đây là dấu hiệu thường gặp trong các cơn hen cấp mức độ trung bình và nặng theo phân loại của GINA (2024) [6]. Nhịp thở nhanh cũng được ghi nhận ở 71,9% trường hợp, cho thấy đa số trẻ đến viện khi đã xuất hiện tình trạng suy giảm thông khí đáng kể.

Khi so sánh theo nhóm tuổi, triệu chứng khò khè gặp nhiều hơn ở trẻ dưới 2 tuổi và là triệu chứng duy nhất có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Kết quả này phù hợp với nhận định của Trần Anh Tuấn (2006), cho rằng đường thở của trẻ nhỏ có khẩu kính hẹp hơn nên dễ xuất hiện tiếng khò khè khi có viêm hoặc tăng tiết dịch đường hô hấp [5]. Tuy nhiên, các triệu chứng khác như khó thở, sốt, chảy mũi, co kéo cơ hô hấp phụ hay ran ẩm không có sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi, cho thấy biểu hiện lâm sàng của cơn hen cấp ở trẻ dưới 5 tuổi tương đối đồng nhất.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của cơn hen phế quản cấp

Tăng bạch cầu toàn phần được ghi nhận ở

78,9% bệnh nhân, trong khi tăng bạch cầu trung tính chiếm 64,9%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Thị Thu Hương (2017), trong đó tăng bạch cầu và tăng bạch cầu trung tính là những biến đổi huyết học thường gặp trong các đợt hen cấp [4]. Theo Rivela và cộng sự (2023), tăng bạch cầu trung tính ở trẻ em không chỉ phản ánh đáp ứng viêm mà còn có thể liên quan đến nhiễm virus hoặc các yếu tố kích phát khác của cơn hen [7].

Trong nghiên cứu của Yoshihara và cộng sự (2006), tình trạng huy động bạch cầu trung tính vào đường thở được ghi nhận rõ rệt trong các đợt hen cấp ở trẻ em. Phát hiện này có thể góp phần giải thích tỷ lệ tăng bạch cầu trung tính khá cao trong nghiên cứu của chúng tôi. Các tác giả cho rằng phản ứng viêm ưu thế bạch cầu trung tính có thể đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của các đợt kịch phát hen cấp [8].

Tỷ lệ tăng bạch cầu ái toan ngoại vi chỉ chiếm 5,3%, cho thấy không phải tất cả trẻ trong nghiên cứu đều có biểu hiện tăng bạch cầu ái toan ngoại vi. Kết quả này phù hợp với tính không đồng nhất về kiểu hình viêm của hen phế quản ở trẻ em. Kết quả này tương đồng với nhận xét của Lê Thị Thu Hương (2017), khi tác giả ghi nhận không phải tất cả bệnh nhi hen phế quản đều có tăng bạch cầu ái toan ngoại vi [4]. Điều này cho thấy tính không đồng nhất về kiểu hình viêm trong hen phế quản trẻ em.

CRP tăng được ghi nhận ở 43,9% bệnh nhân trong nghiên cứu. Đáng chú ý, tỷ lệ CRP tăng ở nhóm trẻ từ 2–5 tuổi cao hơn đáng kể so với nhóm dưới 2 tuổi (53,5% so với 14,3%; $p = 0,016$). Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn hạn chế và CRP là dấu ấn viêm không đặc hiệu, cần có thêm các nghiên cứu với quy mô lớn hơn để làm rõ ý nghĩa lâm sàng của sự khác biệt này.

Về hình ảnh học, tăng đậm nhánh phế quản là tổn thương thường gặp nhất trên X-quang ngực. Kết quả này phù hợp với mô tả của Bùi Kim Thuận (2018), cho thấy tình trạng dày thành phế quản là biểu hiện thường gặp ở trẻ mắc hen phế quản [2]. Các hình ảnh bất thường khác như mờ rải rác phế

nang hoặc ứ khí chỉ chiếm tỷ lệ thấp và không ghi nhận biến chứng nặng trên X-quang.

4.3. Các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của cơn hen phế quản cấp

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa nhóm tuổi và mức độ nặng của cơn hen cấp. Tỷ lệ cơn hen nặng ở nhóm trẻ dưới 2 tuổi và nhóm từ 2–5 tuổi tương đương nhau. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Anh Tuấn (2006). Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và mức độ nặng của cơn hen cấp [5].

Tiền sử dị ứng cũng không liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của cơn hen cấp. Mặc dù cơ địa dị ứng là một yếu tố quan trọng trong bệnh sinh hen phế quản, Kết quả của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử dị ứng và mức độ nặng của cơn hen cấp. Nhận định này phù hợp với quan điểm của GINA (2024), theo đó mức độ kiểm soát hen và sự tuân thủ điều trị có giá trị tiên lượng thực tiễn hơn so với các yếu tố cơ địa đơn thuần [6].

Nghiên cứu cũng không ghi nhận mối liên quan giữa tăng bạch cầu, tăng bạch cầu trung tính hoặc tăng bạch cầu ái toan với mức độ nặng của cơn hen cấp. Mặc dù nhóm hen nặng có xu hướng tăng các chỉ số viêm nhiều hơn nhóm hen trung bình, sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu này, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng bạch cầu, tăng bạch cầu trung tính hoặc tăng bạch cầu ái toan và mức độ nặng của cơn hen cấp. Do đó, các chỉ số huyết học ngoại vi này chưa cho thấy mối liên quan rõ ràng với mức độ nặng trong quần thể nghiên cứu. Nhận định này phù hợp với Rivela và cộng sự (2023), khi các tác giả cho rằng công thức máu có giá trị hỗ trợ đánh giá tình trạng viêm nhưng không nên được sử dụng đơn độc để tiên lượng diễn tiến bệnh [7].

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Thu Hương (2017), trong đó số lượng bạch cầu toàn phần cũng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của cơn hen. Như vậy, mặc dù tăng bạch cầu thường gặp trong các đợt hen cấp, chỉ số này chưa cho thấy giá trị rõ ràng trong phân biệt cơn hen trung bình và cơn hen nặng [4].

Đối với bạch cầu trung tính, kết quả của chúng tôi có một điểm khác biệt so với nghiên cứu của Lê Thị Thu Hương (2017). Trong nghiên cứu hiện tại, tỷ lệ tăng bạch cầu trung tính ở nhóm hen nặng cao hơn nhóm hen trung bình (81,0% so với 55,6%), nhưng sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,058$). Ngược lại, nghiên cứu của Lê Thị Thu Hương ghi

nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng bạch cầu trung tính và mức độ nặng của cơn hen [4]. Sự khác biệt giữa hai nghiên cứu có thể liên quan đến cỡ mẫu, đặc điểm quần thể nghiên cứu, phân bố tuổi, tiêu chuẩn xác định tăng bạch cầu trung tính và tiêu chuẩn phân loại mức độ nặng của cơn hen. Đáng chú ý, $p = 0,058$ trong nghiên cứu của chúng tôi khá gần ngưỡng ý nghĩa thống kê 0,05; do đó, không nên diễn giải rằng bạch cầu trung tính hoàn toàn không có liên quan, mà phù hợp hơn khi nhận định rằng nghiên cứu chưa chứng minh được mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

Trong các yếu tố được khảo sát, điều trị dự phòng là yếu tố duy nhất có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của cơn hen phế quản cấp. Tỷ lệ trẻ được điều trị dự phòng ở nhóm hen trung bình cao hơn đáng kể so với nhóm hen nặng. Kết quả này gợi ý rằng việc kiểm soát hen bằng điều trị dự phòng có thể góp phần làm giảm nguy cơ xuất hiện các đợt kịch phát nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị dự phòng là yếu tố duy nhất có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của cơn hen cấp. Tỷ lệ trẻ đang được điều trị dự phòng ở nhóm hen trung bình cao hơn nhóm hen nặng (69,4% so với 33,3%; $p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với định hướng quản lý hen hiện nay, trong đó điều trị kiểm soát được sử dụng nhằm giảm triệu chứng và nguy cơ xuất hiện các đợt kịch phát. Một số nghiên cứu trong nước và quốc tế cũng ghi nhận vai trò của kiểm soát hen và điều trị duy trì trong giảm nguy cơ các đợt cấp và nhập viện. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng cho thấy việc kiểm soát tốt tình trạng viêm đường thở giúp giảm số lần nhập viện, giảm tần suất cơn hen cấp và hạn chế nguy cơ xuất hiện các đợt hen nặng [6].

Tuy nhiên, do thiết kế nghiên cứu cắt ngang và cỡ mẫu còn hạn chế, nghiên cứu chưa đủ cơ sở để khẳng định mối quan hệ nhân quả giữa điều trị dự phòng và mức độ nặng của cơn hen phế quản cấp. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế theo dõi dọc cần được thực hiện để làm rõ hơn mối liên quan này.

Như vậy, kết quả nghiên cứu gợi ý vai trò quan trọng của điều trị dự phòng trong quản lý hen phế quản ở trẻ dưới 5 tuổi. Việc phát hiện sớm, theo dõi định kỳ và tăng cường tuân thủ điều trị cần được xem là các biện pháp trọng tâm nhằm giảm gánh nặng bệnh tật và cải thiện chất lượng cuộc sống cho trẻ mắc hen phế quản.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu cắt ngang với cỡ mẫu nhỏ tại một trung

tâm nên chưa thể suy rộng cho toàn bộ quần thể. Thứ hai, nghiên cứu chưa đánh giá được mức độ tuân thủ điều trị dự phòng cũng như căn nguyên virus của các đợt kịch phát. Vì vậy, cần có các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định các kết quả này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 57 trẻ dưới 5 tuổi mắc cơn hen phế quản cấp cho thấy ho, khó thở và ran rít/ran ngáy là các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất. Có kéo cơ hô hấp phụ và thở nhanh xuất hiện với tỷ lệ cao. Về cận lâm sàng, tăng bạch cầu và tăng bạch cầu trung tính là những bất thường thường gặp, trong khi tăng bạch cầu ái toan chiếm tỷ lệ thấp. Hình ảnh X-quang ngực chủ yếu là tăng đậm nhánh phế quản.

Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, tiền sử dị ứng, số lượng bạch cầu, bạch cầu trung tính hoặc bạch cầu ái toan với mức độ nặng của cơn hen phế quản cấp. Điều trị dự phòng hen phế quản là yếu tố duy nhất có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của cơn hen trong nghiên cứu này. Tỷ lệ trẻ được điều trị dự phòng cao hơn ở nhóm hen trung bình so với nhóm hen nặng, cho thấy vai trò tiềm năng của kiểm soát hen lâu dài trong hạn chế các đợt kịch phát nặng ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế Việt Nam** (2016), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen trẻ em dưới 5 tuổi, Quyết định số 4888/QĐ-BYT.
2. **Bùi Kim Thuận** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả kiểm soát hen ở trẻ dưới 5 tuổi theo các dạng phenotype, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
3. **Ebmeier S, Thayabaran D, Braithwaite I, Bénamara C, Weatherall M, Beasley R. Prevalence, deaths, and disability-adjusted life-years due to asthma and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019.** *Chest.* 2022;161(2):318-329. doi:10.1016/j.chest.2021.09.042.
4. **Lê Thị Thu Hương** (2017), Nghiên cứu biến đổi một số tế bào viêm và cytokine trong máu ngoại vi ở trẻ hen phế quản, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Anh Tuấn** (2006), “Đặc điểm của hen phế quản ở trẻ dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng I TP. Hồ Chí Minh”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 10(1), tr. 123-129.
6. **Global Initiative for Asthma** (2024), Global Strategy for Asthma Management and Prevention.
7. **Rivela S., Flores R., Jones M.** (2023), “The Complete Blood Count: A Practical Tool for the Pediatrician”, *Pediatrics in Review*, 44(7), pp. 363-382.
8. **Yoshihara S., Yamada Y., Abe T., et al.** (2006), “Association of epithelial damage and signs of neutrophil mobilization in the airways during acute exacerbations of paediatric asthma”, *Clinical and Experimental Immunology*, 144(2), pp. 212-216.