KẾT QUẢ KIỂM SOÁT HEN PHẾ QUẢN Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC CẨM KHÊ, TỈNH PHÚ THỌ

Trần Kim Sơn[1], Phạm Kim Liên[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết quả kiểm soát hen phế quản theo thang điểm ACT sau 1 tháng ra viện và một số yếu tố liên quan đến kết quả kiểm soát chưa tốt.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc trên 90 bệnh nhân được chẩn đoán hen phế quản theo tiêu chuẩn GINA 2024, điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ từ tháng 6/2025 đến tháng 6/2026, chọn mẫu toàn bộ/thuận tiện, đánh giá kiểm soát hen bằng bộ câu hỏi ACT sau 1 tháng ra viện.

Kết quả: Tuổi trung bình 56,5 ± 15,8 (16–83 tuổi), nam giới chiếm 56,7%. Hen bậc 3 chiếm 20,0%; thể khó thở chiếm 90,0%. Sau 1 tháng điều trị, tỷ lệ kiểm soát tốt đạt 77,8% (điểm ACT trung bình 21,3 ± 1,9). Số đợt cấp > 2 lần/năm (72,6% so với 100,0% kiểm soát tốt ở nhóm ≤ 2 đợt; p = 0,010), hen bậc 3 (50,0% so với 15,3% kiểm soát chưa tốt; p = 0,002) và đợt cấp mức độ nặng (53,3% so với 16,0%; p = 0,004) liên quan có ý nghĩa thống kê với kiểm soát chưa tốt. Phân tích hồi quy đa biến (hồi quy Firth) xác định hen bậc 3 (OR = 6,65; 95%CI: 2,00–22,06; p = 0,002) và số đợt cấp/năm (OR = 1,83; 95%CI: 1,02–3,28; p = 0,043) là hai yếu tố nguy cơ độc lập. Số lượng bạch cầu ái toan tuyệt đối không có giá trị dự báo (AUC đường cong ROC = 0,446; 95%CI: 0,313–0,580).

Kết luận: Kiểm soát hen phế quản sau 1 tháng đạt tỷ lệ khá tại tuyến y tế khu vực. Bậc hen nặng là yếu tố dự báo độc lập quan trọng nhất cho kiểm soát chưa tốt, trong khi bạch cầu ái toan tuyệt đối chưa cho thấy giá trị tiên lượng trong mẫu nghiên cứu này.

Từ khóa: Hen phế quản, kiểm soát hen, ACT, bậc hen, tuyến y tế cơ sở.

SUMMARY

ASTHMA CONTROL OUTCOMES AMONG INPATIENTS AT CAM KHE REGIONAL MEDICAL CENTER, PHU THO PROVINCE

Objective: To analyze asthma control outcomes based on the Asthma Control Test (ACT) one month after hospital discharge, and to identify factors associated with poor control.

Subjects and methods: A cross-sectional study with longitudinal follow-up was conducted on 90 patients diagnosed with asthma according to GINA 2024 criteria, hospitalized at Cam Khe Regional Medical Center, Phu Tho Province, from June 2025 to June 2026, using a total/convenience sampling method. Asthma control was assessed using the ACT questionnaire one month after discharge.

Results: Mean age was 56.5 ± 15.8 years (range 16–83); males accounted for 56.7%. GINA step 3 accounted for 20.0% of patients; the dyspnea-predominant phenotype accounted for 90.0%. After 1 month of treatment, the rate of good control reached 77.8% (mean ACT score 21.3 ± 1.9). More than 2 exacerbations/year (72.6% vs. 100.0% good control in the group with ≤ 2 exacerbations/year; p = 0.010), GINA step 3 (50.0% vs. 15.3% poor control; p = 0.002), and severe exacerbation (53.3% vs. 16.0%; p = 0.004) were significantly associated with poor control. Multivariable analysis (Firth logistic regression) identified GINA step 3 (OR = 6.65; 95%CI: 2.00–22.06; p = 0.002) and number of exacerbations/year (OR = 1.83; 95%CI: 1.02–3.28; p = 0.043) as two independent risk factors. Absolute eosinophil count showed no predictive value (ROC curve AUC = 0.446; 95%CI: 0.313–0.580).

Conclusion: Asthma control one month after hospitalization reached a fairly good rate at this regional healthcare facility. Severe asthma (GINA step) was the most important independent predictor of poor control, whereas absolute blood eosinophil count showed no prognostic value in this study sample.

Keywords: Asthma, asthma control, ACT, GINA step, primary/regional healthcare.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản là bệnh hô hấp mạn tính phổ biến hàng đầu thế giới, ước tính ảnh hưởng đến 1-18% dân số tùy quốc gia và là nguyên nhân của gánh nặng bệnh tật, chi phí y tế cũng như tử vong có thể phòng tránh được nếu bệnh được kiểm soát tốt[1]. Mục tiêu quản lý hen hiện đại, theo Chiến lược toàn cầu về xử trí hen (GINA), không còn dừng ở kiểm

[1]*Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê*
[2]*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Kim Sơn
Email: sontk144@gmail.com
Mã bài: N955
Ngày nhận bài: 10/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 8/7/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

soát triệu chứng đơn thuần mà hướng tới quản lý dựa trên mức độ kiểm soát nhằm giảm nguy cơ đợt cấp, bảo tồn chức năng hô hấp và hạn chế tác dụng phụ của thuốc về lâu dài[2].

Bộ câu hỏi đánh giá kiểm soát hen (Asthma Control Test – ACT) là công cụ đơn giản, đã được chuẩn hóa và sử dụng rộng rãi trong thực hành để lượng hóa mức độ kiểm soát hen dựa trên cảm nhận của người bệnh, không đòi hỏi trang thiết bị đo chức năng hô hấp[3], đặc điểm phù hợp với điều kiện của các cơ sở y tế tuyến huyện, khu vực, nơi nguồn lực chẩn đoán cận lâm sàng còn hạn chế.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về kết quả kiểm soát hen và yếu tố liên quan đã được thực hiện tại một số bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh, thành phố lớn[4], tuy nhiên dữ liệu từ tuyến y tế khu vực miền núi phía Bắc, nơi đặc điểm bệnh nhân, khả năng tiếp cận thuốc kiểm soát hen và điều kiện theo dõi ngoại trú có thể khác biệt đáng kể còn khá hạn chế. Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ tiếp nhận điều trị nội trú một số lượng đáng kể bệnh nhân hen phế quản có đợt cấp, nhưng chưa có nghiên cứu hệ thống nào mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như đánh giá kết quả kiểm soát hen sau điều trị tại đây.

Về gánh nặng dịch tễ, hen phế quản tại Việt Nam ước tính ảnh hưởng đến khoảng 3,9% dân số, tương đương khoảng 4 triệu người mắc, gây tử vong cho khoảng 3.000-4.000 người mỗi năm[4]. Việc xác định kịp thời các yếu tố liên quan đến kiểm soát chưa tốt ngay tại tuyến điều trị ban đầu có ý nghĩa thiết thực, giúp nhân viên y tế tuyến khu vực ưu tiên nguồn lực theo dõi cho nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao dựa trên các đặc điểm lâm sàng đơn giản, sẵn có.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân hen phế quản điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ; (2) Phân tích kết quả kiểm soát hen phế quản theo thang điểm ACT sau 1 tháng ra viện và một số yếu tố liên quan đến kết quả kiểm soát chưa tốt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán hen phế quản, điều trị nội trú và được theo dõi kết quả cắt cơn sau 1 tháng tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán hen phế quản theo tiêu chuẩn GINA 2024, dựa trên bệnh sử triệu chứng hô hấp dao động (khò khè, khó thở, nặng ngực, ho) kết hợp bằng chứng giới hạn luồng khí thở ra dao động (test hồi phục phế quản dương tính, dao động PEF, hoặc đáp ứng với điều trị kháng viêm).

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân nhiễm khuẩn hô hấp dưới có chồng lấp COPD; có hình ảnh khí phế thũng trên X-quang hoặc CT phổi; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian, địa điểm và thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6/2025 đến tháng 6/2026 tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu được đưa vào phân tích. Trên thực tế, nghiên cứu thu thập được 90 bệnh nhân.

2.4. Biến số và công cụ đánh giá

Các biến số thu thập gồm: tuổi, giới, nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể (BMI); thời gian mắc bệnh, số đợt cấp trong 12 tháng qua, bệnh đồng mắc, tiền sử hút thuốc lá; triệu chứng cơ năng lúc nhập viện; công thức máu (bạch cầu, bạch cầu ái toan); bậc hen và thể hen phân loại theo hướng dẫn của Bộ Y tế dựa trên chiến lược GINA; mức độ nặng đợt cấp lúc nhập viện; thuốc điều trị cắt cơn và thuốc kiểm soát duy trì sau ra viện. Mức độ kiểm soát hen tại thời điểm 1 tháng sau ra viện được đánh giá bằng bộ câu hỏi ACT gồm 5 câu, tổng điểm từ 5–25; kiểm soát tốt khi ACT ≥ 20 điểm.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 25.0. Biến định tính trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm, so sánh bằng kiểm định χ^2 hoặc Fisher's exact test khi tần số kỳ vọng < 5. Biến định lượng trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn. Các yếu tố liên quan đến kiểm soát hen chưa tốt được phân tích

đơn biến, sau đó đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến (giới hạn số biến độc lập theo quy tắc tối thiểu 10 sự kiện/biến số phù hợp với cỡ mẫu 20 trường hợp kiểm soát chưa tốt); giá trị dự báo của bạch cầu ái toan tuyệt đối được đánh giá bằng đường cong ROC. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê p < 0,05.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tự nguyện; bệnh nhân được giải thích rõ mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, 90 bệnh nhân hen phế quản đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 90)

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	51	56,7
	Nữ	39	43,3
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	15	16,7
	40–49 tuổi	4	4,4
	50–59 tuổi	30	33,3
	60–69 tuổi	25	27,8
	≥ 70 tuổi	16	17,8
Tuổi trung bình (min–max)	56,5 ± 15,8 (16–83)		
Thể trạng (BMI)	Gầy	3	3,3
	Bình thường	74	82,2
	Thừa cân, béo phì	13	14,4

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 56,5 ± 15,8 tuổi (16–83 tuổi); tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,3/1. Nhóm 50–59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%); phần lớn bệnh nhân có thể trạng bình thường (82,2%).

Bảng 2. Phân bố bậc hen và thể hen phế quản (n = 90)

Đặc điểm		n	%
Bậc hen	Bậc 2	72	80,0
	Bậc 3	18	20,0
Thể hen	Thể khó thở	81	90,0
	Thể dị ứng	6	6,7
	Hen có giới hạn thông khí dai dẳng	3	3,3
	Hen liên quan nghề nghiệp	0	0,0

Nhận xét: Hen bậc 2 chiếm đa số (80,0%); không ghi nhận bệnh nhân hen bậc 4–5, phản ánh đặc điểm bệnh nhân hen nặng thường được chuyển tuyến trên. Thể khó thở là kiểu hình lâm sàng chiếm ưu thế (90,0%).

Bảng 3. Kết quả kiểm soát hen theo ACT sau 1 tháng ra viện (n = 90)

Mức độ kiểm soát	n	%
Kiểm soát tốt (ACT ≥ 20)	70	77,8
Kiểm soát chưa tốt (ACT < 20)	20	22,2
Tổng	90	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát tốt sau 1 tháng đạt 77,8%. Điểm ACT trung bình toàn mẫu là 21,3 ± 1,9 (trung vị 22; khoảng tứ phân vị 20–23; thấp nhất–cao nhất: 16–24).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm hen phế quản với kết quả kiểm soát sau 1 tháng (đơn biến)

Đặc điểm		Kiểm soát tốt n (%)	Kiểm soát chưa tốt n (%)	p
Số đợt cấp/năm	≤ 2 đợt	17 (100,0)	0 (0,0)	0,010
	> 2 đợt	53 (72,6)	20 (27,4)	
Bậc hen	Bậc 2	61 (84,7)	11 (15,3)	0,002
	Bậc 3	9 (50,0)	9 (50,0)	
Mức độ nặng đợt cấp	Trung bình	63 (84,0)	12 (16,0)	0,004
	Nặng	7 (46,7)	8 (53,3)	

Nhận xét: Số đợt cấp > 2 lần/năm, hen bậc 3 và đợt cấp mức độ nặng lúc nhập viện đều liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả kiểm soát chưa tốt sau 1 tháng (p < 0,05 cho cả ba đặc điểm). Đáng chú ý, toàn bộ 17 bệnh nhân có ≤ 2 đợt cấp/năm đều đạt kiểm soát tốt (100%).

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến (hồi quy Firth)

Yếu tố	OR	95% CI	p
Hen bậc 3 (so với bậc 2)	6,65	2,00 – 22,06	0,002
Số đợt cấp/năm (mỗi 1 độ lệch chuẩn ≈ 3,17 đợt)	1,83	1,02 – 3,28	0,043

Nhận xét: Do cỡ mẫu chỉ có 20 trường hợp kiểm soát chưa tốt, mô hình đa biến giới hạn ở 2 biến số theo quy tắc tối thiểu sự kiện/biến số. Biến số đợt cấp/năm, khi mã hóa nhị phân (≤2/>2), gây hiện tượng phân tách hoàn toàn; chúng tôi khắc phục bằng cách giữ biến này ở dạng liên tục (chuẩn hóa) kết hợp hồi quy Firth, phương pháp hồi quy hiệu chỉnh sai lệch cỡ mẫu nhỏ. Sau hiệu chỉnh lẫn nhau, cả hen bậc 3 (OR = 6,65; 95%CI: 2,00–22,06; p = 0,002) và số đợt cấp/năm (OR = 1,83; 95%CI: 1,02–3,28; p = 0,043) đều là yếu tố dự báo độc lập có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Giá trị của bạch cầu ái toan tuyệt đối trong dự báo kiểm soát hen chưa tốt (đường cong ROC)

Chỉ số	Giá trị
Diện tích dưới đường cong (AUC)	0,446
95% CI (bootstrap 2000 lần lặp)	0,313 – 0,580
Điểm cắt tối ưu có giá trị lâm sàng	Không xác định được

Nhận xét: AUC = 0,446 với khoảng tin cậy 95% bao trùm giá trị 0,5, cho thấy bạch cầu ái toan tuyệt đối không có giá trị phân biệt tốt hơn phỏng đoán ngẫu nhiên trong dự báo kết quả kiểm soát hen chưa tốt ở mẫu nghiên cứu này; do đó không xác định điểm cắt có giá trị ứng dụng lâm sàng.

IV. BÀN LUẬN

Trong mẫu nghiên cứu, hen bậc 2 chiếm đa số (80,0%) và không ghi nhận trường hợp hen bậc 4–5. Đặc điểm này phản ánh thực tế tổ chức mạng lưới y tế: bệnh nhân hen nặng, khó kiểm soát tại tuyến khu vực thường được chuyển lên tuyến trên, làm thu hẹp phổ mức độ nặng quan sát được tại một trung tâm y tế khu vực đơn lẻ như trong nghiên cứu này. Thể khó thở chiếm ưu thế (90,0%) cho thấy triệu chứng khó thở là biểu hiện lâm sàng chủ đạo khiến bệnh nhân hen phải nhập viện tại tuyến cơ sở.

Tỷ lệ kiểm soát tốt theo ACT trong nghiên cứu của chúng tôi (77,8%) cao hơn tỷ lệ kiểm soát hoàn toàn 72,5% (đánh giá theo GINA 2022) trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hân và cộng sự sau 3 tháng điều trị[4], dù công cụ và thời điểm đánh giá không hoàn toàn tương đồng. Kết quả này cho thấy việc quản lý chặt sau xuất viện, kể cả trong thời gian ngắn 1 tháng, có thể mang lại tỷ lệ kiểm soát khá tại tuyến y tế khu vực nếu bệnh nhân được kê đơn thuốc kiểm soát duy trì phù hợp và được hướng dẫn sử dụng đúng cách. Tuy nhiên, tỷ lệ 22,2% còn kiểm soát chưa tốt sau 1 tháng vẫn là con số đáng lưu tâm, đòi hỏi các biện pháp theo dõi sát hơn ở nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ.

Đáng lưu ý, mẫu bệnh án nghiên cứu ghi nhận có tới 75,6% bệnh nhân trước đợt nhập viện này chưa từng được lập hồ sơ quản lý hen ngoại trú một cách hệ thống. Điều này gợi ý rằng tỷ lệ kiểm soát tốt 77,8% quan sát được sau 1 tháng, dù khả quan, có thể một phần là hiệu ứng ngắn hạn của đợt điều trị nội trú tích cực (bao gồm corticoid toàn thân, giãn phế quản và khởi trị/tối ưu hóa thuốc kiểm soát duy trì khi ra viện) hơn là phản ánh một hệ thống quản lý hen ngoại trú bền vững đã vận hành ổn định tại địa phương. Việc duy trì được tỷ lệ kiểm soát này về lâu dài phụ thuộc rất nhiều vào việc thiết lập cơ chế theo dõi, tái khám định kỳ sau khi bệnh nhân ra viện.

Phân tích đơn biến ghi nhận ba yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với kiểm soát chưa tốt: số đợt cấp > 2 lần/năm, hen bậc 3 và mức độ nặng đợt cấp lúc nhập viện. Biến số "số đợt cấp/năm", khi mã hóa nhị phân theo đúng ngưỡng phân tích đơn biến (≤2/>2 đợt/năm), gây hiện tượng phân tách hoàn toàn (toàn bộ 17/17 bệnh nhân có ≤2 đợt cấp/năm đều kiểm soát tốt) khiến hồi quy logistic thông thường không hội tụ nếu đưa trực tiếp vào cùng bậc hen. Chúng tôi khắc phục bằng cách giữ biến này ở dạng liên tục (chuẩn hóa) kết hợp hồi quy Firth – phương pháp hồi quy hiệu chỉnh sai lệch cỡ mẫu nhỏ, phù hợp khi có hiện tượng phân tách (quasi-)hoàn toàn. Qua phân tích đa biến này, hen bậc 3 (OR = 6,65; 95%CI: 2,00–22,06; p = 0,002) và số đợt cấp/năm (OR = 1,83; 95%CI: 1,02–3,28; p = 0,043) đều là yếu tố dự báo độc lập có ý nghĩa thống kê, phù hợp với nhận định của GINA rằng mức độ nặng hen và tiền sử đợt cấp – hai chỉ dấu phản ánh gánh nặng bệnh khác nhau – đều có giá trị tiên lượng cho kết quả kiểm soát về sau[2].

Kết quả này tương đồng về hướng với y văn quốc tế: nghiên cứu của Eriksson và cộng sự trên 298 bệnh nhân hen mức độ nhẹ xác định tuổi ≥ 60, béo phì, viêm mũi dị ứng và kiến thức tự quản lý hạn chế là các yếu tố liên quan độc lập với kiểm soát kém[5]; nghiên cứu của Torchyan tại Ả Rập Xê Út trên quần thể lớn xác định các yếu tố nguy cơ khác nhau theo giới với OR dao động từ 3,1 đến 5,8[6] – cùng bậc độ lớn với OR ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Việc nghiên cứu của chúng tôi chỉ xác định được hai yếu tố độc lập, ít hơn so với các nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, phản ánh hạn chế về cỡ mẫu (90 bệnh nhân, 20 trường hợp kiểm soát chưa tốt) chứ không phải bằng chứng phủ nhận vai trò của các yếu tố khác như tuổi, giới, hút thuốc hay bệnh đồng mắc.

Trái với giả thuyết ban đầu, số lượng bạch cầu ái toan tuyệt đối không cho thấy giá trị dự báo có ý nghĩa thống kê đối với kết quả kiểm soát hen chưa tốt trong nghiên cứu này, cả khi kiểm định riêng ở phân tích đơn biến, khi thử đưa vào một mô hình đa biến cùng bậc hen (thay cho số đợt cấp/năm), lẫn ở phân tích đường cong ROC (AUC = 0,446; Bảng 6). Kết quả này cần được nhìn nhận trong bối cảnh so sánh với các dấu ấn sinh học khác đã được chứng minh giá trị trong y văn: nghiên cứu của Nguyễn Như Vinh và cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trên 278 bệnh nhân cho thấy nồng độ NO trong khí thở ra (FeNO) có AUC = 0,730 trong phát hiện hen không kiểm soát (điểm cắt tối ưu > 50 ppb), và khi phối hợp FeNO với thang điểm ACT thì AUC tăng lên 0,89[7]. Sự khác biệt này gợi ý rằng bạch cầu ái toan máu ngoại vi – một chỉ số viêm toàn thân, chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nhiễu như ký sinh trùng đường ruột hay dị ứng thuốc – có thể kém đặc hiệu hơn các dấu ấn viêm đường thở tại chỗ như FeNO trong việc phản ánh tình trạng viêm type 2 liên quan đến kiểm soát hen.

Nghiên cứu có cỡ mẫu còn hạn chế (90 bệnh nhân, 20 trường hợp kiểm soát chưa tốt), chọn mẫu thuận tiện tại một trung tâm y tế khu vực nên không đại diện cho toàn bộ bệnh nhân hen trong cộng đồng; mẫu nghiên cứu không bao gồm hen bậc 4–5 do đặc điểm chuyển tuyến, làm hẹp phổ mức độ nặng quan sát được. Thời gian theo dõi kết quả kiểm soát giới hạn ở 1 tháng nên chưa phản ánh được tính bền vững lâu dài của kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Ở 90 bệnh nhân hen phế quản điều trị tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ, tỷ lệ kiểm soát tốt theo ACT sau 1 tháng đạt 77,8%. Hen bậc 3, số đợt cấp > 2 lần/năm và mức độ nặng đợt cấp lúc nhập viện liên quan có ý nghĩa với kiểm soát chưa tốt; qua phân tích hồi quy đa biến (hồi quy Firth), hen bậc 3 (OR = 6,65; 95%CI: 2,00–22,06; p = 0,002) và số đợt cấp/năm (OR = 1,83; 95%CI: 1,02–3,28; p = 0,043) là hai yếu tố nguy cơ độc lập. Bạch cầu ái toan tuyệt đối chưa cho thấy giá trị dự báo có ý nghĩa thống kê trong mẫu nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Asthma fact sheet. Truy cập tại: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma (2023).
2. **Global Initiative for Asthma** (GINA). Asthma Management and Prevention for Adults, Adolescents and Children 6–11 Years: A Summary Guide for Health Professionals. Fontana, WI: GINA (2025).
3. **Nathan, R. A., Sorkness, C. A., Kosinski, M. et al.** Development of the Asthma Control Test: A Survey for Assessing Asthma Control. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 113, 59-65 (2004).
4. **Nguyễn Ngọc Hân, Nguyễn Thị Hồng Trân & Đỗ Thị Thanh Trà.** 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, số 74, 126-131 (2024).
5. **Eriksson, S. et al.** Risk Factors Associated with Asthma Control and Quality of Life in Patients with Mild Asthma Without Preventer Treatment, a Cross-Sectional Study. Journal of Asthma and Allergy, 17, 621-632 (2024).
6. **Torchyan, A. A.** Asthma control in Saudi Arabia: Gender implications. Allergy and Asthma Proceedings, 38, 47-53 (2017).
7. **Nguyen Nhu, V., Le An, P. & Chavannes, N. H.** Combination of Fractional Exhaled Nitric Oxide (FeNO) Level and Asthma Control Test (ACT) in Detecting GINA-Defined Asthma Control in Treated Asthmatic Patients in Vietnam. Canadian Respiratory Journal, 2020, 5735128 (2020).
8. **Bosnic-Anticevich, S., Bender, B. G., Shuler, M. T., Hess, M. & Kocks, J. W. H.** Recognizing and Tackling Inhaler Technique Decay in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Clinical Practice. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 11, 2355-2364 (2023).