

quan chiếm nhiều nhất 53,5%, thể Kawasaki và thể đơn thuần tỉ lệ gần bằng nhau. Kết quả thể sốt của chúng tôi cao hơn hẳn so với các nghiên cứu trên thế giới và của Ninh Quốc Đạt ở Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn<sup>6-8</sup> có thể là vì nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại khoa Điều trị tích cực. Ngoài ra số lượng bệnh nhân chủ yếu trùng với giai đoạn sau đại dịch chủng Delta. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng MIS-C trong đợt Delta nghiêm trọng hơn trong đợt Omicron<sup>1,3</sup>

Tỷ lệ tử vong: Hầu hết bệnh nhân khỏi bệnh xuất viện, chỉ có 2 trường hợp tử vong chiếm tỉ lệ 0,8%. Hai bệnh nhi tử vong đều là trẻ lớn hơn 10 tuổi thuộc dân tộc H'mông khi vào viện đã là giai đoạn muộn có biến chứng viêm cơ tim hoặc suy thận cấp. Tỉ lệ tử của nghiên cứu tương tự với các nghiên cứu đã được công bố trước đó trên thế giới.<sup>1</sup>

**Hạn chế của nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu đơn trung tâm, do đó cần một nghiên cứu tại nhiều trung tâm nhi khoa trên cả nước, để đưa ra được bức tranh lâm sàng cận lâm sàng tổng quát chung cho trẻ em mắc hội chứng MIS-C tại Việt Nam.

## V. KẾT LUẬN

Hội chứng viêm đa cơ quan liên quan SARS-CoV-2 ở trẻ em (MIS-C) chủ yếu gặp ở trẻ từ 2-10 tuổi. Bệnh xuất hiện 1-3 tháng sau khi trẻ nhiễm vi rút SARS-CoV-2. Triệu chứng lâm sàng nổi trội: Sốt cao, tổn thương da, niêm mạc, và triệu chứng tiêu hóa. Dấu hiệu cận lâm sàng nổi trội bao gồm: Tăng các chỉ số viêm, tăng đông, giảm albumin máu và giảm bạch cầu lympho.

Thể lâm sàng có sốt chiếm chủ yếu. Tỷ lệ tử vong của bệnh thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dufort EM, Koumans EH, Chow EJ, et al.** Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in New York State. *N Engl J Med.* 2020;383(4):347-358. doi:10.1056/NEJMoa2021756
2. **Payne AB, Gilani Z, Godfred-Cato S, et al.** Incidence of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Among US Persons Infected With SARS-CoV-2. *JAMA Netw Open.* 2021;4(6):e2116420. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.16420
3. **Son MBF, Murray N, Friedman K, et al.** Multisystem Inflammatory Syndrome in Children — Initial Therapy and Outcomes. *N Engl J Med.* 2021;385(1):23-34. doi:10.1056/NEJMoa2102605
4. **Sacco K, Castagnoli R, Vakkilainen S, et al.** Immunopathological signatures multisystem inflammatory syndrome in children and pediatric COVID-19. *Nat Med.* 2022;28(5):1050-1062. doi:10.1038/s41591-022-01724-3
5. **Mônica O. Santosa.** Multisystem inflammatory syndrome (MIS-C): a systematic review and meta-analysis of clinical characteristics, treatment, and outcomes. It was accessed on December 25, 2023. <https://www.jpmed.com.br/en-pdf-S0021755721001480>
6. **Belay ED, Abrams J, Oster ME, et al.** Trends in Geographic and Temporal Distribution of US Children With Multisystem Inflammatory Syndrome During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Pediatr.* 2021;175(8):837-845. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.0630
7. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ở trẻ em (2022).**
8. **Ninh Quốc Đạt, Trần Văn Trung (2023)** Đặc điểm hội chứng viêm đa cơ quan liên quan COVID-19 ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. *Tạp chí Nghiên cứu y học* 167(6) 204-211.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN CÓ ĐỢT CẤP THƯỜNG XUYÊN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG

Phạm Đắc Thế<sup>1</sup>, Nguyễn Huy Lực<sup>2</sup>, Đào Ngọc Bằng<sup>2</sup>, Tạ Bá Thăng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân hen phế quản có đợt cấp thường xuyên điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hải

Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, theo dõi dọc trên 60 bệnh nhân hen phế quản ngoài đợt cấp được xác định có đợt cấp thường xuyên theo tiêu chuẩn GINA (2019) và 60 bệnh nhân hen ít đợt cấp, điều trị ngoại trú tại Phòng quản lý bệnh hen phế quản - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2023. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, Xquang ngực, đo thông khí phổi. **Kết quả:** Nhóm hen phế quản có đợt cấp thường xuyên gặp ở nữ giới nhiều hơn (71,7% so với 56,7%), có tuổi khởi phát muộn hơn (43,33% so với 33,33%), thời gian mắc bệnh ngắn hơn (26,57 so với 29,55 năm), tiền sử dị ứng bản thân cao hơn (73,3% so với 36,7%) khi so sánh với nhóm hen phế quản ít

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đắc Thế

Email: dr.dacthebmh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024

đợt cấp. Tỷ lệ bệnh đồng mắc như viêm mũi xoang mạn tính, viêm trào ngược dạ dày – thực quản (GERD), ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn (OSA) ở nhóm HPQ có đợt cấp thường xuyên cao hơn so với nhóm hen phế quản ít đợt cấp (tỷ lệ lần lượt 70% so với 45%; 38,33% so với 18,33% và 33,33% so với 13,33%). Điểm kiểm soát hen (ACT) trung bình thấp hơn so với nhóm ít đợt cấp (21,02 so với 22,27 điểm).

**Kết luận:** Có sự khác biệt về giới, tiền sử dị ứng, bệnh đồng mắc, tình trạng kiểm soát ở nhóm hen phế quản có đợt cấp thường xuyên so với nhóm hen phế quản ít đợt cấp.

**Từ khóa:** Hen phế quản có đợt cấp thường xuyên; Đặc điểm lâm sàng của hen phế quản có đợt cấp thường xuyên

## SUMMARY

### CLINICAL FEATURES OF ASTHMA PATIENTS WITH FREQUENT EXACERBATIONS TREATED AS OUTPATIENT CLINIC AT HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL

**Objective:** To describe some clinical characteristics in asthma patients with frequent exacerbations treated as outpatients at Hai Phong International Hospital. **Subjects and methods:** A descriptive, prospective, longitudinal study was conducted on 60 patients outside of exacerbations who were identified as having frequent exacerbations according to GINA standards (2019) and 60 asthma patients with few exacerbations, treated as outpatients at the Asthma Management Department - Hai Phong International Hospital from January 2020 to May 2023. Patients underwent clinical examination, chest X-ray, spirometry test. **Results:** The asthma group with frequent exacerbations is more common in women (71.7% compared to 56.7%), later age of onset (43.33% compared to 33.33%), and shorter duration of asthma (26.57 vs. 29.55 years), higher rate of allergy history (73.3% vs. 36.7%) when compared with the asthma group with few exacerbations. The proportions of comorbidities such as chronic rhinosinusitis, GERD, and OSA in the asthma group with frequent exacerbations are higher than in the asthma group with few exacerbations (70% vs. 45%; 38.33% vs. 18.33% and 33.33% vs. 13.33%). The average of ACT score is lower in the frequent exacerbation group than in the control group (21.02 vs 22.27 points). **Conclusions:** There are differences in gender, allergy history, comorbidities, and control status in the asthma group with frequent exacerbations compared to the asthma group with few exacerbations.

**Key words:** Frequent exacerbation asthma, Clinical characteristics of frequent exacerbation asthma

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là bệnh không đồng nhất với sự tác động của nhiều yếu tố nguy cơ và có cơ chế bệnh sinh rất phức tạp. HPQ có đợt cấp thường xuyên (Frequent exacerbations) là tình trạng bệnh được đặc trưng bởi đợt cấp  $\geq 2$

lần/năm và thường kèm theo các triệu chứng dai dẳng, giảm chức năng phổi hoặc có sự kết hợp của các yếu tố này. Bản chất của hen có đợt cấp thường xuyên liên quan đến quá trình viêm của đường thở bao gồm các kiểu hình viêm như viêm kiểu Th2 dai dẳng, viêm tăng bạch cầu trung tính, viêm không tăng bạch cầu hạt hoặc kiểu hình viêm kết hợp. Hen có đợt cấp thường xuyên thường đồng hành với hen không kiểm soát, hen nặng và hen khó điều trị. Các kiểu hình này của HPQ thường có ảnh hưởng lớn đến bệnh nhân: giảm chất lượng cuộc sống, giảm chức năng phổi, tăng chi phí điều trị...[1]. Các nghiên cứu cho thấy có nhiều khác biệt về đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân HPQ có đợt cấp thường xuyên. Đánh giá các đặc điểm khác biệt trong kiểu hình này của bệnh góp phần tiếp cận điều trị thích hợp và hiệu quả hơn. Hiện tại ở nước ta còn ít các nghiên cứu về vấn đề này, do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân hen phế quản có đợt cấp thường xuyên điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng từ năm 2020 đến năm 2023.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 120 bệnh nhân HPQ ngoài đợt cấp, điều trị ngoại trú tại Phòng quản lý hen phế quản ngoại trú, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2023, chia thành 2 nhóm:

- Nhóm 1 (nhóm nghiên cứu): gồm 60 bệnh nhân HPQ có đợt cấp thường xuyên.

- Nhóm 2 (nhóm chứng): gồm 60 bệnh nhân HPQ ít đợt cấp.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** các bệnh nhân được chẩn đoán xác định HPQ theo tiêu chuẩn GINA (2019); bệnh nhân được điều trị kiểm soát và quản lý ngoại trú tại Phòng quản lý HPQ ngoại trú; hiện tại ngoài đợt cấp; tiêu chuẩn xác định có đợt cấp thường xuyên theo tiêu chuẩn GINA (2019); tiêu chuẩn bệnh nhân ít đợt cấp khi có  $< 2$  đợt cấp trong 1 năm gần nhất. Loại trừ những bệnh nhân đang đợt cấp, bệnh nhân không tuân thủ điều trị, bỏ trị trong một năm nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, tiến cứu, theo dõi dọc. Các bệnh nhân sau khi được chẩn đoán xác định HPQ sẽ được thu nhận vào nghiên cứu. Điều trị kiểm soát HPQ theo hướng dẫn của Bộ y tế (2020) và tái khám định kỳ hàng tháng. Bệnh nhân được khám lâm sàng ghi nhận các biến số như tuổi, giới, bệnh đồng mắc, tuổi

khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh, tiền sử dị ứng bản thân và gia đình, các triệu chứng cơ năng, thực thể hô hấp, tính BMI và làm các xét nghiệm (công thức máu, chụp Xquang ngực, thông khí phổi...). Xác định số đợt cấp căn cứ vào số lần bệnh nhân nhập viện hoặc đi khám được thầy thuốc chẩn đoán là đợt cấp HPQ. Đánh giá kết quả kiểm soát HPQ thông qua

thang điểm kiểm soát hen (Asthma control test - ACT).

Nhập liệu, quản lý và xử lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 theo các thuật toán thống kê y học.

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Học viện Quân y và bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Nhóm 1 (N <sub>1</sub> = 60)	Nhóm 2 (N <sub>2</sub> = 60)	p
Tuổi trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )		50,73 ± 15,05	50,43 ± 16,56	0,92**
Giới	Nữ [n (%)]	43 (71,7)	34 (56,7)	0,09*
	Nam [n (%)]	17(28,3)	26 (43,3)	
Tuổi khởi phát hen	≤ 12 [n (%)]	34 (56,67)	40 (66,67)	0,26*
	> 12 [n (%)]	26 (43,33)	20 (33,33)	
Thời gian mắc bệnh ( $\bar{X} \pm SD$ )		26,57 ± 18,32	29,55 ± 17,62	0,37**
Tiền sử dị ứng	Gia đình (n = 29) [n (%)]	14 (23,3)	15 (25,0)	0,83*
	Bản thân (n = 66) [n (%)]	44 (73,3)	22 (36,7)	< 0,001*
BMI ( $\bar{X} \pm SD$ )		22,59 ± 2,86	22,46 ± 2,45	0,79**

\*: Chi-Square Test; \*\*: t-test

Nhận xét: Nhóm HPQ có đợt cấp thường xuyên gặp tỷ lệ nữ giới là 71,7%, khởi phát bệnh sau 12 tuổi là 43,33%, đều cao hơn so với nhóm HPQ ít đợt cấp; thời gian mắc bệnh trung bình là 26,57 năm, ngắn hơn so với nhóm HPQ ít đợt cấp nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa (p > 0,05); Tiền sử dị ứng bản thân là 73,3%, cao hơn rõ rệt so với nhóm ít đợt cấp (p < 0,001); Không có sự khác biệt về tuổi trung bình, BMI trung bình giữa 2 nhóm (p > 0,05).

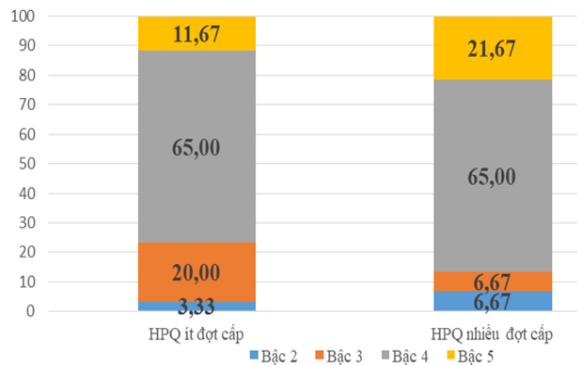
**Bảng 3.2. Phân bố bệnh đồng mắc**

Bệnh đồng mắc	Nhóm bệnh	Nhóm 1 (N <sub>1</sub> = 60)	Nhóm 2 (N <sub>2</sub> = 60)	p*
		n <sub>1</sub> (%)	n <sub>2</sub> (%)	
Viêm mũi xoang mạn tính	Có	42 (70,0)	27 (45,0)	0,006
	Không	18 (30,0)	33 (55,0)	
Trào ngược dạ dày thực quản	Có	23 (38,33)	11 (18,33)	0,02
	Không	37 (61,67)	49 (81,67)	
Ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn	Có	20 (33,33)	8 (13,33)	0,01
	Không	40 (66,67)	52 (86,67)	
Đái tháo đường	Có	6 (10,0)	6 (10,0)	1
	Không	54 (90,0)	54 (90,0)	
Tăng huyết áp	Có	9 (15,0)	6 (10,0)	0,41
	Không	51 (85,0)	54 (90,0)	

\*: Chi-Square Test

**Nhận xét:** Nhóm hen có đợt cấp thường xuyên đồng mắc viêm mũi xoang mạn tính, trào ngược dạ dày - thực quản, ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn với tỷ lệ tương ứng là 70%; 38,33% và 33,33%, đều cao hơn rõ rệt so với nhóm HPQ ít đợt cấp (p < 0,05). Tỷ lệ đồng mắc đái tháo đường, tăng huyết áp không có sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân (p > 0,05).

**Biểu đồ 3.1. Phân bố bậc phê quản đang điều trị tại thời điểm nghiên cứu ở 2 nhóm bệnh nhân**



**Nhận xét:** Ở nhóm bệnh nhân nhóm HPQ nhiều đợt cấp có tỷ lệ hen bậc 5 là 21,67%, cao hơn so với nhóm HPQ ít đợt cấp, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.3. Mức độ kiểm soát hen tại thời điểm nghiên cứu**

Mức độ kiểm soát	Nhóm 1 (N <sub>1</sub> = 60)		Nhóm 2 (N <sub>2</sub> = 60)		p
	n	%	n	%	
Hoàn toàn	18	30,00	27	45,00	0.16*
Một phần	16	26,67	16	26,67	
Không kiểm soát	26	43,33	17	28,33	
Điểm ACT trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )	21,02 ± 3,36		22,27 ± 3,10		0,04**

\*: Chi-Square Test; \*\*: t-test

**Nhận xét:** Bệnh nhân HPQ có đợt cấp thường xuyên điểm ACT trung bình là 21,02 ± 3,36 điểm, thấp hơn so với nhóm HPQ ít đợt cấp ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ bệnh nhân không kiểm soát ở nhóm có đợt cấp thường xuyên là 43,33%, cao hơn so với nhóm HPQ ít đợt cấp, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

- **Đặc điểm tuổi, giới:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nữ giới trong nhóm HPQ có đợt cấp thường xuyên là cao hơn so với nhóm ít đợt cấp (71,7% so với 56,7%), nhưng không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa 2 nhóm đợt cấp. Kết quả phân bố giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Schatz M. (2014) trên bệnh nhân HPQ nặng ở HPQ trẻ em gặp 2/3 trường hợp là trẻ nam, trong khi HPQ ở người trưởng thành 2/3 nữ [2]. Tuy nhiên có sự khác biệt độ tuổi với kết quả nghiên cứu của Ten Brinke A.(2005), ở bệnh nhân HPQ khó trị, tuổi trung bình thấp hơn nhóm bệnh nhân trẻ tuổi (38 tuổi so với 47 tuổi) và có nguy cơ mắc đợt cấp nhiều hơn.

- **Đặc điểm tuổi khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh, tiền sử dị ứng, bệnh đồng mắc, bậc hen phế quản đang điều trị:** Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm HPQ có nhiều đợt cấp khởi phát bệnh muộn hơn, thời gian mắc bệnh ngắn hơn nhóm HPQ ít đợt cấp. Bệnh nhân HPQ có đợt cấp thường xuyên có tiền sử dị ứng bản thân nhiều hơn đáng kể so với nhóm HPQ ít đợt cấp, nhưng không có sự khác biệt về tiền sử dị ứng gia đình và BMI giữa 2 nhóm bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Schatz M. (2014) trên bệnh nhân HPQ nặng: tỷ lệ HPQ khởi phát sau

12 tuổi là 57,8% [2]. Kết quả nghiên cứu của Ten Brinke A.(2005) cho thấy nhóm bệnh nhân nhiều đợt cấp có thời gian bị bệnh ngắn hơn (12 năm so với 24,5 năm), có nguy cơ mắc đợt cấp nhiều hơn và có tiền sử gia đình mắc hen và có cơ địa dị ứng nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân ít đợt cấp. Các tác giả cũng nhận thấy bệnh nhân có cơ địa dị ứng dễ mắc đợt cấp gấp 10,7 lần so với nhóm không có cơ địa dị ứng. Trong nghiên cứu chàm của Kim M.A. (2017), chỉ ra bệnh nhân HPQ không dị ứng khởi phát muộn, chức năng phổi kém và bệnh nhân HPQ dị ứng khởi phát sớm với chức năng phổi kém có nguy cơ cao mắc cơn hen cấp hơn so với các nhóm bệnh nhân HPQ dị ứng khởi phát sớm chức năng phổi bảo tồn và nhóm bệnh nhân HPQ không dị ứng khởi phát muộn với chức năng phổi bảo tồn. Nghiên cứu của Peters M.C.(2020) cho thấy tỷ lệ đợt cấp tăng ở nhóm bệnh nhân tuổi cao, giới nữ, BMI cao, HPQ nhiều triệu chứng, chức năng hô hấp kém, sử dụng ICS liều cao, trào ngược dạ dày thực quản, polyp mũi, đái tháo đường, tăng huyết áp, có bệnh lý tâm thần và sử dụng corticoid uống [3]. Như vậy nhiều kết quả nghiên cứu chỉ ra giới nữ, tiền sử dị ứng, HPQ khởi phát muộn là yếu tố nguy cơ nhiều đợt cấp. Tuy nhiên có sự khác biệt trong việc xem tuổi là yếu tố nguy cơ đợt cấp của HPQ.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy nhóm HPQ có đợt cấp thường xuyên có nhiều bệnh đồng mắc cao hơn so với nhóm HPQ ít đợt cấp, trừ đái tháo đường. Trong đó tỷ lệ mắc viêm mũi xoang mạn tính, trào ngược dạ dày thực quản, và ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn ở nhóm bệnh nhân có đợt cấp thường xuyên cao hơn nhóm ít đợt cấp. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Ten Brinke A.(2005) thấy ở bệnh nhân có đợt cấp thường xuyên phối hợp với rối loạn chức năng thần kinh (OR = 10,8), nhiễm trùng đường hô hấp tái diễn (OR = 6,9), trào ngược dạ dày thực quản (OR = 4,9), viêm mũi xoang nặng (OR = 3,7) và ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn (OR = 3,4). Nhiều nghiên cứu đã xác định chỉ số khối cơ thể cao, bệnh trào ngược dạ dày thực quản, viêm mũi xoang, hút thuốc và các vấn đề tâm lý là các yếu tố nguy cơ gây ra đợt cấp [4]. Ở nhóm HPQ có đợt cấp thường xuyên thường có BMI cao, cao tuổi và tăng đáp ứng viêm hệ thống bao gồm tăng IL-6 và bạch cầu, do vậy thường có tần suất mắc các bệnh chuyển hóa phối hợp bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường nhiều hơn. Béo phì, rối loạn chuyển hóa là yếu tố nguy cơ quan trọng gây nhiễm vi rút đường hô hấp - là nguyên nhân gây

ra đợt cấp HPQ. Do vậy, ở bệnh nhân HPQ khó trị nói chung và hen nhiều đợt cấp nói riêng cần được đánh giá bệnh đồng mắc bên cạnh việc xem xét sự tuân thủ điều trị để đạt hiệu quả kiểm soát bệnh tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân có đợt cấp thường xuyên, mức độ hen nặng hơn (hen bậc 4 và 5 chiếm tỷ lệ là 86,67%), đặc biệt hen bậc 5 cao hơn so với nhóm HPQ ít đợt cấp (21,67% so với 11,67%) ( $p > 0,05$ ). Nghiên cứu của Peters M.C. (2020) cho thấy tỷ lệ đợt cấp tăng ở nhóm bệnh nhân tuổi cao, giới nữ, BMI cao, HPQ nhiều triệu chứng, chức năng hô hấp kém, sử dụng ICS liều cao, trào ngược dạ dày thực quản, polyp mũi, đái tháo đường, tăng huyết áp, có bệnh lý tâm thần và sử dụng corticoid uống [5]. Nghiên cứu của Kim M.A. (2017) thấy tỷ lệ đợt cấp hàng năm ở bệnh nhân HPQ tương quan có ý nghĩa với liều ICS. Denlinger L.C. (2017) thấy tần suất đợt cấp của bệnh nhân HPQ liên quan trực tiếp đến tình mức độ bệnh ( $p < 0,001$ ) [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nhận xét của các tác giả trên. Tuy nhiên ảnh hưởng về tác động của mức độ bệnh lên đợt cấp không đồng nhất giữa các nghiên cứu và đợt cấp HPQ vẫn có thể xuất hiện ở người có mức độ bệnh không nặng, do vậy hướng dẫn của GINA từ năm 2019 là dùng ICS trong điều trị kiểm soát ngay cho bệnh nhân HPQ nhẹ.

- **Mức độ kiểm soát hen phế quản:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân HPQ có đợt cấp thường xuyên có điểm ACT trung bình thấp hơn và tỷ lệ bệnh nhân không kiểm soát cao hơn so với nhóm HPQ ít đợt cấp. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Denlinger L.C. (2017): Nhóm HPQ có đợt cấp thường xuyên có điểm ACT thấp nhất [6]. Nghiên cứu của Alghamdi M. (2022) cho thấy số cơn cấp tương quan có ý nghĩa với điểm ACT [7]. Nghiên cứu của Chipps B.E. (2012) nhận thấy bệnh nhân HPQ kiểm soát kém làm tăng nguy cơ khám bệnh (RR = 2,8; 95% CI: 2,4 - 3,2), cần dùng thêm corticoid uống (RR = 2,9; 95% CI: 2,5 - 3,3), tăng khám cấp cứu (RR = 4,1; 95%CI: 2,7 - 6,2) và nhập viện (RR = 13,6; 95%CI: 7,4 - 24,9). Yan B. (2016) thấy điểm ACT tương quan nghịch với tần suất đợt cấp nặng của HPQ: ACT  $\leq 15$  được xác định là yếu tố nguy cơ quan trọng của đợt cấp (OR = 4,49;  $p < 0,001$ ) [8]. Theo khuyến cáo GINA (2023),

việc đánh giá mức độ kiểm soát HPQ cần được tiến hành ở bất kỳ lần thăm khám nào để thực hiện việc tăng, giảm bậc điều trị cho phù hợp giúp ngăn ngừa những đợt cấp của bệnh một cách hiệu quả.

## V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Bệnh nhân HPQ có đợt cấp thường xuyên thường gặp ở nhiều ở giới nữ, khởi phát muộn hơn, thời gian mắc bệnh ngắn hơn và tỷ lệ tiền sử dị ứng cao hơn.

- HPQ nhiều đợt cấp có tình trạng kiểm soát kém hơn và có tỷ lệ mắc viêm mũi xoang, trào ngược dạ dày - thực quản, ngừng thở khi ngủ tắc nghẽn cao hơn nhóm HPQ ít đợt cấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Price D., Wilson A.M., Chisholm A., et al. (2016). Predicting frequent asthma exacerbations using blood eosinophil count and other patient data routinely available in clinical practice. *J Asthma Allergy*, **9**, 1–12.
2. Schatz M., Hsu J.-W.Y., Zeiger R.S., et al. (2014). Phenotypes determined by cluster analysis in severe or difficult-to-treat asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, **133**(6), 1549–1556.
3. Peters M.C., Mauger D., Ross K.R., et al. (2020). Evidence for Exacerbation-Prone Asthma and Predictive Biomarkers of Exacerbation Frequency. *Am J Respir Crit Care Med*, **202**(7), 973–982.
4. Forno E., Zhang P., Nouriae M., et al. (2019). The impact of bariatric surgery on asthma control differs among obese individuals with reported prior or current asthma, with or without metabolic syndrome. *PLoS ONE*, **14**(4), e0214730.
5. Peters M.C., Mauger D., Ross K.R., et al. (2020). Evidence for Exacerbation-Prone Asthma and Predictive Biomarkers of Exacerbation Frequency. *Am J Respir Crit Care Med*, **202**(7), 973–982.
6. Denlinger L.C., Phillips B.R., Ramratnam S., et al. (2017). Inflammatory and Comorbid Features of Patients with Severe Asthma and Frequent Exacerbations. *Am J Respir Crit Care Med*, **195**(3), 302–313.
7. Alghamdi M., Aljaafri Z.A., Alhadlaq K.H., et al. (2022). Association Between Asthmatic Patients' Asthma Control Test Score and the Number of Exacerbations per Year in King Abdulaziz Medical City, Riyadh. *Cureus*, **14**(4), e24001.
8. Yan B., Meng S., Ren J., et al. (2016). Asthma control and severe exacerbations in patients with moderate or severe asthma in Jilin Province, China: a multicenter cross-sectional survey. *BMC Pulmonary Medicine*, **16**(1), 130.