

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở TRẺ EM BỊ HEN PHẾ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN

TÓM TẮT

Huỳnh Hiếu Kiên^{1*}, Nguyễn Bích Vân¹

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống và xác định một số yếu tố liên quan ở trẻ em bị hen phế quản.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích thực hiện trên 41 bệnh nhân tại Khoa Nhi Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên từ 03/2024-06/2024. Chỉ số PedsQL được sử dụng để kiểm tra CLCS.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân có CLCS bị ảnh hưởng là 51,2%. CLCS của trẻ em mắc hen phế quản có mối liên quan tới mức độ nặng của bệnh OR = 8,17 (p=0,047); hen không kiểm soát OR = 11,61 (p=0,005); không tuân thủ điều trị OR = 7,20 (p=0,043); số yếu tố kích phát cơn hen OR = 4,33 (p=0,047).

Kết luận: CLCS ở trẻ em bị hen phế quản có mối liên quan tới mức độ nặng, mức độ kiểm soát, tuân thủ điều trị, số yếu tố kích phát cơn hen và tiền sử mắc hen trước đó.

Từ khóa: Hen phế quản, chất lượng cuộc sống, trẻ em, PedsQL.

QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA AT THE CENTRAL HIGHLANDS REGIONAL GENERAL HOSPITAL AND SOME INFLUENCING FACTORS

ABSTRACT

Objective: To describe the quality of life (QoL) status and identify some related factors in children with bronchial asthma.

Method: A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted on 41 patients in the General Pediatrics Department, Central Highlands Regional General Hospital from March 2024 to June 2024. The PedsQL index was used to assess the QoL.

Results: The proportion of patients with affected QoL was 51.2%. The QoL of children with bronchial asthma was related to the severity of the disease (OR = 8.17, p = 0.047); uncontrolled asthma (OR

= 11.61, p = 0.005); non-compliance with treatment (OR = 7.20, p = 0.043); number of triggering factors for asthma attacks (OR = 4.33, p = 0.047).

Conclusion: The QoL in children with bronchial asthma is associated with the severity of the disease, the level of control, treatment compliance, the number of triggering factors for asthma attacks, and a history of previous asthma.

Keywords: Bronchial asthma, quality of life, children, PedsQL.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là một bệnh lý viêm đường hô hấp mãn tính, ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi, đặc biệt là trẻ em. Hen phế quản làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) của trẻ em, hạn chế các hoạt động hàng ngày, rối loạn giấc ngủ, tăng tỷ lệ nghỉ học và giảm thành tích học tập. Nếu HPQ không được kiểm soát tốt, nó có thể làm tăng chi phí y tế [1]. Theo y văn, tỷ lệ suy giảm CLCS ở bệnh nhân hen tương đối cao (26,8–35%), trong đó nhóm hen được kiểm soát một phần và không kiểm soát trở thành yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn đến CLCS thấp [2]. Việc kiểm soát các triệu chứng hen, việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe quyết định CLCS của trẻ [3]. Tại Việt Nam, theo Bùi Thị Hương và cs khi nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương (2021), tỷ lệ tuân thủ điều trị Hen ở trẻ em 12-18 tuổi là 67,4% với 70,8% đạt được kiểm soát hen. Tỷ lệ bệnh nhân bị ảnh hưởng CLCS mức độ nặng là 8,3%, mức độ trung bình là 43,8%. Bên cạnh đó, theo Trịnh Thị Hậu và cs, có tới 60,2% bệnh nhân hen trẻ em có CLCS bị ảnh hưởng [4]. Các yếu tố ảnh hưởng CLCS ở bệnh nhân hen trẻ em bao gồm giới, mức độ mức độ nặng của bệnh, tuân thủ điều trị và kiểm soát hen, hoặc môi trường làm việc có khói thuốc [5].

Đắk Lắk là một tỉnh miền núi, vùng sâu vùng xa, có khí hậu đặc thù và nhiều dân tộc khác nhau cùng sinh sống với những phong tục, tập quán đa dạng. Đặc biệt, trình độ dân trí của một số bộ phận người dân ở đây chưa cao. Do vậy, tình hình bệnh tật có xu hướng gia tăng, trong đó có HPQ. Hiện nay, chưa có tác giả nào đề cập đến vấn đề CLCS ở trẻ HPQ. Nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Chất lượng cuộc sống ở trẻ em bị Hen phế quản tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên và một số

1. Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên

* Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Hiếu Kiên

Email: dr.hieukien@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/8/2024

Ngày phản biện: 16/9/2024

Ngày duyệt bài: 23/9/2024

yếu tố ảnh hưởng” với hai mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống ở trẻ em bị hen phế quản tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên; (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở trẻ em bị hen phế quản tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên.

II. NỘI DUNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh nhi hen phế quản được điều trị tại khoa Nhi Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên từ tháng 03/2024 đến tháng 06/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định HPQ tại khoa Nhi tổng hợp của BVĐKVTN.

Chẩn đoán HPQ dựa vào kết hợp hai yếu tố là (1) triệu chứng gợi ý hen (có > 1 triệu chứng (khó thở, ho, khò khè, đau tức ngực) và triệu chứng tái phát thường xuyên (≥ 2 lần), thay đổi theo thời gian và cường độ, nặng lên về đêm và gần sáng, xảy ra khi gắng sức, cảm xúc quá mức hoặc tiếp xúc với dị nguyên hô hấp, xảy ra khi không có bằng chứng về nhiễm khuẩn hô hấp cấp, có tiền căn dị ứng, tiền căn gia đình có bố/mẹ/anh chị em ruột bị hen dị ứng, có ran rít/ngáy hoặc thì thở ra kéo dài khi thăm khám, và (2) sự tắc nghẽn luồng khí thở ra không cố định được xác định bằng hô hấp ký (ở trẻ > 5 tuổi) hoặc dao động xung ký (ở trẻ > 3 tuổi). Tuy nhiên, trẻ < 5 tuổi khó hợp tác thực hiện xét nghiệm và sự giới hạn về địa điểm thực hiện dao động xung ký nên trong thực hành lâm sàng, sự tắc nghẽn luồng khí thở ra không cố định có thể xác định bằng sự cải thiện triệu chứng với thuốc dẫn phế quản khí dung (khí dung salbutamol 2,5 mg $\times$ 3 lần cách 20 phút); hoặc cải thiện sau 2-3 tháng điều trị thử với corticoid hít liều thấp (hen đa yếu tố khởi phát) hay 4 tuần dùng leukotrien modifiers (hen khởi phát do siêu vi/hen khởi phát do gắng sức) và đồng vận beta tác dụng ngắn (SABA – short acting beta agonist) khi cần [6].

Bệnh nhân và bố mẹ bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân HPQ có các bệnh phối hợp nặng khác (Cường giáp, tim bẩm sinh, thiếu máu, bệnh gan - thận, suy giảm miễn dịch...), (2) Bệnh nhân hen có suy giảm chức năng nhận thức, vận động, rối loạn cảm xúc hành vi đã được bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hoặc không có khả năng giao tiếp (câm điếc).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 41 bệnh nhân.

Nghiên cứu thực hiện trong khuôn khổ một Khoá luận tốt nghiệp (quy định thời gian 03 tháng), chúng tôi lấy tất cả bệnh nhân theo phương pháp lấy mẫu toàn bộ song cỡ mẫu còn hạn chế. Đây là hạn chế của nghiên cứu, do đó trong tương lai cần nghiên cứu tiếp theo, tăng cỡ mẫu và theo cỡ mẫu nghiên cứu đại diện để tăng độ tin cậy.

Phương pháp thu thập số liệu: sử dụng bộ câu hỏi dựa theo các biến số trong nghiên cứu. Đối tượng có đủ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được mời đến địa điểm thích hợp để phỏng vấn, thăm khám. Bệnh nhân được yêu cầu nhớ lại trải nghiệm về bệnh hen của trẻ trong vòng 4 tuần trước và đánh giá điểm cho từng câu, mỗi câu hỏi được cho từ 0 đến 4 điểm, với mức độ ảnh hưởng tăng dần, 0 điểm là nặng nề nhất, 4 điểm là không bị ảnh hưởng. Đối với nhóm trẻ > 5 tuổi, chúng tôi phỏng vấn trực tiếp và có sự hỗ trợ của bố/mẹ/người giám hộ; đối với nhóm ≤ 5 tuổi, phỏng vấn bố/mẹ/người giám hộ.

Các biến số trong nghiên cứu:

Chất lượng cuộc sống: đây là biến số định lượng, tính theo Thang điểm PedsQL™ 4.0 [7] (Pediatric Quality of Life Inventory TM), đây là bảng câu hỏi phổ quát xác định CLCS trong Nhi khoa (J.Vrnieta. USA). Thang điểm này áp dụng đối với trẻ em từ 02-18 tuổi, bộ câu hỏi gồm 23 câu thuộc 4 lĩnh vực về chức năng thể chất (8 thành tố), cảm xúc (5 thành tố), xã hội (5 thành tố) và cuộc sống ở trường (5 thành tố). Tổng số điểm ghi được (sau khi thực hiện mã hóa lại) được tính theo thang điểm 100: kém <70, khá 70–79, tốt 80–89, rất tốt 90 -100. Trong đó, chúng tôi chia thành < 80 điểm là có ảnh hưởng, ≥ 80 điểm là CLCS tốt.

Yếu tố nhân khẩu học: Tuổi, giới, dân tộc, địa dư, cân nặng, chiều cao, BMI.

Yếu tố thông tin về bệnh hen phế quản: Tiền sử mắc hen phế quản trước đó, độ nặng của cơn hen cấp, tuân thủ điều trị, số lượng yếu tố khởi phát, điều trị dự phòng hen, kiểm soát hen.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm thống kê STATA 15.0. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần

trăm. Trong khi các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Khi phân tích mối liên quan, các biến số về nhân khẩu học (giới tính, dân tộc, nhóm tuổi), tiền sử bệnh, thông tin về trình trạng bệnh (bậc hen, mức độ kiểm soát và mức độ tuân thủ) được xem là các biến số độc lập và CCLS được xem là biến số phụ thuộc. Mối liên quan giữa CLCS và một số yếu tố được phân tích bằng mô hình hồi quy logistic đơn biến (dùng phép kiểm Chi bình phương, trong đó chúng tôi có tính giá trị OR và khoảng tin cậy 95% tương ứng. Giá trị p có ý nghĩa cho mọi trường hợp là $< 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

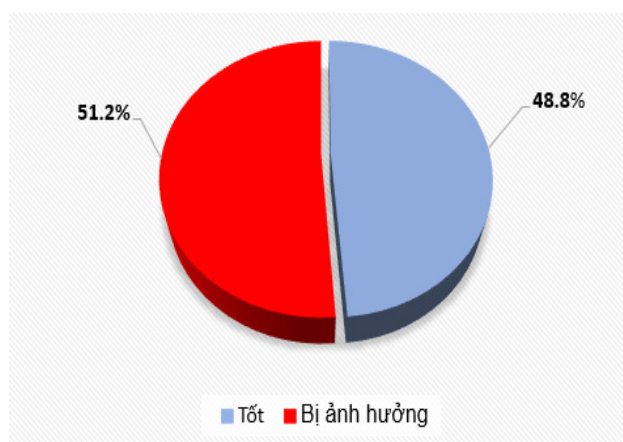
Bảng 1. Một số đặc điểm về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (41)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 5	28	68,3
	> 5	13	31,7
Giới	Nam	32	78,1
	Nữ	9	21,9
Dân tộc	Kinh	36	87,8
	Dân tộc thiểu số	5	22,2
Địa dư	Thành thị	18	43,9
	Nông thôn	23	56,1

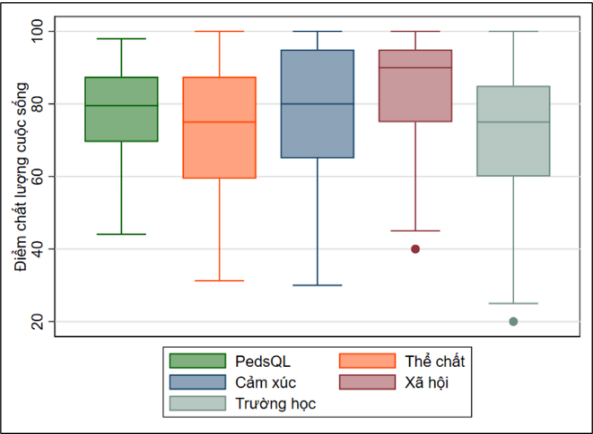
Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi ≤ 5 chiếm hơn 2/3 số trẻ em bị Hen phế quản, trong đó nam giới chiếm hơn ¾ số trường hợp. Tỉ lệ bệnh nhân hen phế quản là dân tộc thiểu số khá thấp khoảng 20%. Bên cạnh đó, tỉ lệ bệnh nhân đến từ khu vực nông thôn cao hơn thành thị.

3.2. Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân hen phế quản

Hình 1. Phân bố mức độ ảnh hưởng chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân hen



Chất lượng cuộc sống được tính theo thang điểm 100: kém < 70 , khá 70–79, tốt 80–89, rất tốt 90–100. Trong đó, chúng tôi chia thành < 80 điểm là có ảnh hưởng, ≥ 80 điểm là CLCS tốt. Kết quả từ hình 1 cho thấy có hơn một nửa số bệnh nhân hen phế quản có CLCS bị ảnh hưởng.



Hình 2. Điểm trung bình theo lĩnh vực chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân hen

Kết quả từ hình 2 cho thấy điểm CLCS ở trẻ HPQ khu vực cảm xúc và xã hội cao hơn các nhóm còn lại với 75% số trẻ đạt từ 90 điểm hoặc thấp hơn. Tại lĩnh vực thể chất và trường học, có tới 25% số trẻ đạt điểm CLCS 60 hoặc thấp hơn. Với điểm CLCS chung thì có gần 50% số trẻ đạt mức điểm từ khá trở xuống (80 điểm).

3.3. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và các yếu tố

Bảng 2. . Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và các yếu tố về nhân khẩu học (n=41)

Các yếu tố		Chất lượng cuộc sống		OR	KTC 95%	Giá trị p
		Tốt	Bị ảnh hưởng			
Nhóm tuổi	≤ 5	15	13	1	0,48-7,06	(tham chiếu)
	>5	5	8	1,85		0,37
Giới tính	Nam	17	15	1	0,09-2,07	(tham chiếu)
	Nữ	3	6	0,44		0,301
Dân tộc	Kinh	18	18	1	0,22-10,67	(tham chiếu)
	Dân tộc thiểu số	2	3	1,50		0,677
Địa dư	Thành thị	9	9	1	0,31-7,34	(tham chiếu)
	Nông thôn	11	12	1,09		0,89

Ghi chú: OR: tỷ số chênh, KTC: khoảng tin cậy

Kết quả từ bảng 2 cho thấy nhóm tuổi ≤5 chiếm hơn 2/3 số trẻ em bị Hen phế quản, trong đó nam giới chiếm hơn ¾ số trường hợp.

Bảng 3. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và các yếu tố về đặc điểm bệnh hen qua phân tích đơn biến (n=41)

Các yếu tố		Chất lượng cuộc sống		OR	KTC 95%	Giá trị p
		Tốt	Bị ảnh hưởng			
Mức độ nặng của hen	Nhẹ	7	3	1	0,47-11,45	(tham chiếu)
	Trung bình	11	11	2,33		0,296
	Nặng	2	7	8,17		0,047
Kiểm soát hen	Kiểm soát	11	2	1	2,72-63,11	(tham chiếu)
	Không kiểm soát	9	19	11,61		0,005
Tuân thủ điều trị (n=25)*	Tuân thủ tốt	6	2	1	1,07-48,63	(tham chiếu)
	Không tuân thủ	5	12	7,20		0,043

Các yếu tố		Chất lượng cuộc sống		OR	KTC 95%	Giá trị p
		Tốt	Bị ảnh hưởng			
Số yếu tố	1-2 yếu tố	13	6	1		(tham chiếu)
kích phát	3-4 yếu tố	5	10	4,33	1,02-18,38	0,047
gây hen	≥5 yếu tố	2	5	5,42	0,81-36,35	0,082
Điều trị dự phòng	Có	11	14	1		(tham chiếu)
	Chưa	9	7	0,61	0,17-2,16	0,445

Ghi chú: OR: tỷ số chênh, KTC: khoảng tin cậy; *: chỉ xét nhóm bệnh nhân có điều trị dự phòng

Kết quả từ bảng 3 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa giữa CLCS với các yếu tố: tiền sử mắc HPQ trước đó, mức độ nặng của bệnh, tuân thủ điều trị, số lượng yếu tố khởi phát và kiểm soát hen.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, có hơn một nửa (51,2%) trẻ em mắc hen bị ảnh hưởng CLCS, trong đó 24,4% bị ảnh hưởng ở mức khá và 26,8% mức kém. Bên cạnh đó, điểm CLCS ở trẻ HPQ khu vực cảm xúc và xã hội ở mức cao hơn các nhóm còn lại với 75% số trẻ đạt từ 90 điểm hoặc thấp hơn. Tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Thị Hậu, có 60,9% trẻ hen bị ảnh hưởng CLCS với 54,3% ở mức trung bình và 6,6% nặng nề [4]. Theo Bùi Thị Hương, có hơn một nửa (52,1%) thanh thiếu niên mắc hen bị ảnh hưởng CLCS, trong đó 43,8% bị ảnh hưởng ở mức trung bình và 8,3% bị ảnh hưởng nặng nề [5]. Có thể thấy CLCS ở bệnh nhân hen là một vấn đề đáng được quan tâm để cải thiện.

Giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm CLCS của nữ đều thấp hơn nam trên các lĩnh vực như triệu chứng, giới hạn hoạt động, tình cảm, chức năng môi trường và điểm tổng thể chung. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CLCS bị ảnh hưởng hay không và giới tính. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới [8], [9]. Điều này có thể giải thích vì nữ thường có tình trạng lo lắng hơn về bệnh tật hơn so với nam. Ở độ tuổi dậy thì, hen ở nam có xu hướng thoái lui, trong khi ở nữ mức độ nghiêm trọng của hen tăng lên [10].

Độ tuổi: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, giữa nhóm ≤ 5 tuổi và nhóm > 5 tuổi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ảnh hưởng của Hen lên CLCS. Kết quả này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Bùi Thị Hương và cs [5]. Hen là bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Tuy nhiên, đến tuổi dậy thì khoảng 60% bệnh tự thoái triển. Điều này phần nào lý giải tại sao tỷ lệ trẻ hen phải nhập viện ở trẻ nhóm trẻ nhỏ cao hơn nhóm trẻ lớn [11].

Môi trường sống: Trong nghiên cứu này, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CLCS

và khu vực sống là thành thị hay nông thôn. Kết quả này cũng tương tự theo Đoàn Thị Thanh Bình và cs [12]. Điều này có thể cho thấy theo thời gian điều kiện kinh tế phát triển, nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao, không chỉ trẻ em ở thành thị mà việc quan tâm đến sức khỏe và tiếp cận y tế chuyên sâu với trẻ em nông thôn cũng được tăng dần lên.

Dân tộc: Trong nghiên cứu này, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CLCS và nhóm dân tộc Kinh và dân tộc thiểu số khác. Điều này có thể cho thấy theo thời gian điều kiện kinh tế phát triển, nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao, trẻ em ở các nhóm dân tộc thiểu số được quan tâm đến sức khỏe và tiếp cận y tế chuyên sâu hơn, do vậy không có sự chênh lệch về CLCS giữa trẻ em dân tộc Kinh và dân tộc thiểu số. Theo Dellen và cs, nhóm trẻ không nhập cư có điểm số CLCS cao nhất, điều này hàm ý CLCS tốt hơn [13].

Mức độ nặng của hen: Bệnh hen nặng là nguyên nhân gây ra phần lớn chi phí điều trị bệnh HPQ và các kết quả bất lợi, thường không ổn định và có nguy cơ trầm trọng cao hơn [14], [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu gặp các bệnh nhân hen mức độ nhẹ và trung bình với 75,6%. Có tới 24,4% hen nặng. Nhóm bệnh nhân có cơn hen cấp mức độ nặng có CLCS bị ảnh hưởng gấp 8,17 lần so với nhóm nhẹ ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng nhiều nghiên cứu [5], [16]. Trẻ bị hen phế quản ở mức độ nhẹ đến trung bình, so với trẻ khỏe mạnh, gặp nhiều hạn chế trong các hoạt động mạnh hoặc vừa phải, thiếu năng lượng và gặp nhiều hạn chế trong hoạt động xã hội [17]. Do vậy, đối với nhóm bệnh HPQ nặng thì khuyến cáo nên thăm khám thường xuyên hơn và kéo dài hơn so với bệnh hen nhẹ/trung bình nhằm cải thiện CLCS.

Tuân thủ điều trị: Các nghiên cứu đã chỉ ra việc tuân thủ điều trị giúp làm giảm tần suất xảy ra các đợt cấp. Hậu quả của không tuân thủ điều trị hen là giảm khả năng kiểm soát hen, dẫn đến kiểm soát triệu chứng kém, tỷ lệ cơn hen cấp cao hơn và giảm CLCS [18]. Trong nghiên cứu này, nhóm trẻ em mắc HPQ không tuân thủ điều trị bị ảnh hưởng CLCS cao gấp 7,2 lần so với nhóm tuân thủ điều trị, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Trịnh Thị Hậu [4]. Nghiên cứu của Kosse và cs trên đối tượng thanh thiếu niên cho thấy CLCS tốt hơn trong nhóm tuân thủ điều trị với điểm CLCS cao hơn [18]. Một số nguyên nhân phổ biến là phụ huynh chưa hiểu rõ về tầm quan trọng của bệnh, của việc điều trị cần lâu dài trong kiểm soát hen [19].

Các yếu tố khởi phát: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm trẻ có từ 3-4 YTKP có CLCS bị ảnh hưởng cao gấp 4,33 lần so với nhóm chỉ có 1-2 YTKP, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Hương và cs [5]. Theo Luskin và cs, có mối liên quan giữa loại YTKP cụ thể và số lượng YTKP với việc giảm CLCS ($p < 0,001$), trong đó thay đổi cảm xúc là YTKP có dự đoán mạnh nhất [20]. Do vậy, việc xác định các YTKP ở bệnh nhân hen rất quan trọng. Các bác sĩ lâm sàng nên chú ý đến việc xác định YTKP cơn hen cấp và hướng dẫn trẻ và cha mẹ về các chiến lược phòng tránh hoặc điều trị các tác nhân đã được xác định.

Mức độ kiểm soát hen: Khi xếp loại kiểm soát hen, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tới 68,3% bệnh nhân không kiểm soát. Nhóm trẻ có hen không kiểm soát có CLCS bị ảnh hưởng kém gấp 11,61 lần so với nhóm kiểm soát tốt ($p = 0,005$). Kết quả này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Trịnh Thị Hậu và cs [4], [21]. Kiểm soát hen kém có thể biểu hiện bằng các triệu chứng khó chịu bao gồm ho, nặng ngực, khò khè dai dẳng, khó thở, ảnh hưởng tới giấc ngủ và khó thực hiện các hoạt động hàng ngày, nguy cơ xảy ra các cơn hen kịch phát và chức năng phổi xấu đi. Điều này sẽ dẫn đến tăng số lần nhập viện, tăng số ngày nghỉ học và do đó CLCS thấp hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ em bị HPQ có CLCS bị ảnh hưởng khá cao, chiếm 51,2% ($n = 41$). Có mối liên quan giữa CLCS với một số yếu tố: mức độ nặng của bệnh, tuân thủ điều trị, số lượng yếu tố khởi phát và kiểm soát hen.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Noenoeng R, Kartasasmita C, Supriyatno B, et al.** Pedoman Nasional Asma Anak. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2016.
2. **Wigoeno Y, Sekartini R, Setyanto DB, et al.** Assessing the quality of life of asthmatic children using the PedQLa „¢. Paediatrica Indonesiana. 2011;51(5):245-51.
3. **Dardouri M, Sahli J, Ajmi T, et al.** Quality of life determinants in children and adolescents with mild to moderate asthma in Tunisia. Comprehensive Child and Adolescent Nursing. 2021;44(4):266-76.
4. **Trịnh Thị Hậu, Lê Huyền Trang, Lê Thị Thu Hương.** Chất lượng cuộc sống của trẻ Hen phế quản. Tạp Chí Nghiên Cứu Và Thực Hành Nhi Khoa. 2018;6(66):66-72.
5. **Bùi Thị Hương.** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân hen phế quản từ 12 tuổi trở lên theo thang điểm AQLQ12+. Luận văn Thạc sĩ Nhi khoa, Đại học Y Hà Nội. 2021.
6. **Trần Diệp Tuấn, Phạm Thị Minh Hồng.** Giáo trình Nhi khoa. Bộ Môn Nhi, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh. 2020;tập 1:180.
7. **Varni JW, Seid M, Kurtin PS.** PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. Medical care. 2001;39(8):800-12.
8. **Nordlund B, Konradsen J, Pedroletti C, et al.** The clinical benefit of evaluating health-related quality-of-life in children with problematic severe asthma. Acta Paediatrica. 2011;100(11):1454-60.
9. **Burkhart PV, Svavarsdottir EK, Rayens MK, et al.** Adolescents with asthma: predictors of quality of life. Journal of Advanced Nursing. 2009;65(4):860-6.
10. **Shah R, Newcomb DC.** Sex bias in asthma prevalence and pathogenesis. Frontiers in immunology. 2018;9:422523.
11. **Withers AL, Green R.** Transition for adolescents and young adults with asthma. Frontiers in pediatrics. 2019;7:301.
12. **Đoàn Thị Thanh Bình.** Nghiên cứu chất lượng cuộc sống của hen phế quản và một số yếu tố ảnh hưởng. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2012.
13. **Van Dellen Q, Stronks K, Bindels P, et al.**

Health-related quality of life in children with asthma from different ethnic origins. *Journal of Asthma*. 2007;44(2):125-31.

14. **Fleming L, Murray C, Bansal AT, et al.** The burden of severe asthma in childhood and adolescence: results from the paediatric U-BIO-PRED cohorts. *European Respiratory Journal*. 2015;46(5):1322-33.
15. **Pamuk G, Le Bourgeois M, Abou Taam R, et al.** The economic burden of severe asthma in children: a comprehensive study. *Journal of Asthma*. 2021;58(11):1467-77.
16. **Garina LA, Grahadinta MR, Mansoer F, et al.** The quality of life on asthmatic adolescent and its correlation with the severity and control of asthma. *Global Medical and Health Communication*. 2020;8(1):53-8.
17. **Cibirkaitė A, Bubnaitienė V, Hansted E, et al.** Quality-of-Life Assessment in Children with Mild to Moderate Bronchial Asthma. *Medicina*. 2024;60(5):771.

18. **Kosse RC, Koster ES, Kaptein AA, et al.** Asthma control and quality of life in adolescents: the role of illness perceptions, medication beliefs, and adherence. *Journal of Asthma*. 2020;57(10):1145-54.

19. **Liu W-Y, Jiesisibieke ZL, Tung T-H.** Effect of asthma education on health outcomes in children: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 2022;107(12):1100-5.

20. **Luskin AT, Chipps BE, Rasouliyan L, et al.** Impact of asthma exacerbations and asthma triggers on asthma-related quality of life in patients with severe or difficult-to-treat asthma. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2014;2(5):544-52. e2.

21. **Gazzotti MR, Nascimento OA, Montealegre F, et al.** Level of asthma control and its impact on activities of daily living in asthma patients in Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2013;39:532-8.