

# HEN Ở TRẺ NHỮ NHI

*Trần Anh Tuấn\**

## TÓM TẮT:

Hen là bệnh hô hấp mạn tính thường gặp nhất ở trẻ em và là một vấn đề quan trọng của sức khỏe cộng đồng. Khò khè cũng là triệu chứng thường gặp ở trẻ dưới 2 tuổi. Hen trẻ em cũng thường bắt đầu từ sớm nhưng chẩn đoán hen có ở lứa tuổi nữ nhi vẫn là thách thức. Hiện nay chưa có đồng thuận thống nhất về định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán hen ở trẻ nữ nhi.

Chẩn đoán hen nữ nhi chủ yếu là lâm sàng kết hợp việc phân tích các biểu hiện lâm sàng và đánh giá cẩn thận tiền sử gia đình. Không có xét nghiệm chẩn đoán chuyên biệt hay dấu hiệu chỉ điểm để chẩn đoán hen nữ nhi. Chúng tôi điểm lại những quan niệm khác nhau về hen ở trẻ nữ nhi trong y văn và các hướng dẫn điều trị hiện nay để từ đó giới thiệu tiếp cận chẩn đoán phù hợp.

Cần xem xét chẩn đoán hen khi trẻ có ít nhất 3 đợt ho và khò khè được xác nhận. Điều đặc biệt quan trọng là cần xem xét đến các chẩn đoán phân biệt khác trước khi khẳng định là hen. Đáp ứng với điều trị thử trong ít nhất 2-3 tháng với SABA (khi cần) và ICS sẽ giúp củng cố chẩn đoán hen.

## ABSTRACT

### INFANTILE ASTHMA

Asthma is the most common chronic respiratory disease in childhood and is an important issue of public health. Wheezing is the common symptom in children under 2 years old. Asthma often begins in early childhood but the definite diagnosis of asthma in this young age group remains a challenge. There are no recent international consensus on definition and diagnostic criteria for infantile asthma.

We review the different opinions of infantile asthma in literature and current asthma guidelines to present an appropriate clinical approach.

A diagnosis of asthma in young children is based largely on symptom patterns combined with a careful clinical assessment of family history and physical findings. There are no specific diagnostic tests or surrogate markers to diagnose asthma in infants. Consider a diagnosis of asthma if  $\geq 3$  episodes of wheezing and cough have been documented. It is particularly important in this age group to consider and exclude alternative causes before confirming an asthma diagnosis.

A trial of treatment for at least 2–3 months with as-needed short-acting beta2-agonist (SABA) and regular inhaled corticosteroids (ICS) may provide some guidance about the diagnosis of asthma.

Keywords: Wheezing, Asthma, Infants, Diagnosis.

## 1. MỞ ĐẦU:

Hen là bệnh hô hấp mạn tính thường gặp nhất ở trẻ em và là một vấn đề quan trọng của sức khỏe cộng đồng. Thông thường, người ta gọi là hen trẻ em khi hen xảy ra ở trẻ từ 3 tuổi trở lên. Và khi bệnh xảy ra ở trẻ dưới 3 tuổi, người ta gọi là hen nữ nhi. Bệnh hen có hiện diện ở lứa tuổi nữ nhi hay không? Đây là điều vẫn còn nhiều bàn cãi và chưa thống nhất. Trước đây, người ta vẫn thường sử dụng những thuật ngữ mơ hồ như viêm phế quản dạng hen, viêm phế quản dị ứng, viêm phế quản co thắt,... Điều này đã dẫn đến chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị vốn khá phổ biến trước đây trong những năm 1970-1990. Thế nhưng, việc điều trị sớm và đúng có lẽ là chìa khóa cho một tương lai tốt về phương diện chức năng hô hấp sau này. Theo Levy N, Bell L.,<sup>1</sup> trong số 470 trẻ hen từ 18 tháng – 11 tuổi ở London, 45 trẻ đã khởi phát trước 24 tháng tuổi nhưng chỉ 36% trường hợp được chẩn đoán hen.

Ở Việt Nam, khi nghiên cứu về hen ở trẻ dưới 5 tuổi tại Sóc Sơn (Hà Nội) và Quảng Xương (Thanh Hoá), Nguyễn Việt Cồ (2002) ghi nhận 78,9% trẻ bắt đầu có triệu chứng hen ở lứa tuổi dưới 12 tháng và 14,8% từ 12 đến 24 tháng.

Hiện nay, chưa có đồng thuận thống nhất về định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán hen ở trẻ nữ nhi, ngay cả trong một số hướng dẫn điều trị phổ biến trên thế giới (GINA, BTS, EPR-3). Vậy, nên có cái nhìn về hen ở lứa tuổi nữ nhi này như thế nào?

Quan niệm về hen ở trẻ nữ nhi bắt đầu có từ cuối những năm 1970 đến đầu những năm 1980.

Hiện chưa rõ tần suất của hen ở trẻ nữ nhi (dưới 24 tháng tuổi) trong cộng đồng. Tuy nhiên, theo Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), tần suất này vào khoảng 20%, nghĩa là gấp đôi trẻ em (10%), gấp 4 lần người lớn (5%). Lứa tuổi dưới 24 tháng tuổi cũng có nguy cơ nhập viện, tử vong cao nhất vì hen so với các lứa tuổi khác. Theo Lasmar, 62,2% trẻ hen phải nhập viện trong 12 tháng đầu, 18% phải nhập viện trong năm thứ hai sau sinh.

Theo Khaldi E (1999): 17% trẻ nữ nhi có cơn hen nặng ngay từ cơn đầu tiên.

\*TS BS Khoa Hô hấp – BV Nhi Đồng 1

Bảng 1. Định nghĩa hen nhũ nhi theo các khuyến cáo quốc tế

Tác giả	Định nghĩa
Tabachnik E, Levison H (1981)	Ho + khò khè $\geq 3$ lần/ <2 tuổi Không kể: tuổi khởi phát, cơ địa dị ứng, yếu tố khởi phát
Kaiser Permanente (2006)	3 cơn khò khè /năm, cơn > 1 ngày và ảnh hưởng giấc ngủ VÀ: 1 trong 2 tiêu chuẩn: chàm hay hen cha/mẹ Hoặc 2 trong 3 tiêu chuẩn: Viêm mũi dị ứng, Eosinophile > 4%, Khò khè ngoài lúc nhiễm virus
PRACTALL (2008)	Xem xét chẩn đoán hen nếu có bằng chứng >3 đợt tắc nghẽn phế quản có hồi phục trong vòng 6 tháng trước
Hội hô hấp và dị ứng nhi Pháp (SP2A) (2009)	Chẩn đoán theo định nghĩa của Tabachnik & Levison

## 2. ĐỊNH NGHĨA:

Hiện nay chưa có đồng thuận thống nhất về định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán hen ở trẻ nhũ nhi.

Tabachnik E và Levison H (1981)<sup>20</sup> là những người đầu tiên đề nghị định nghĩa hen nhũ nhi được nhiều người đồng thuận: Một trường hợp được xem là hen ở trẻ nhũ nhi khi trẻ có những đợt khó thở kèm khò khè xảy ra ít nhất 3 lần trong 2 năm đầu đời, không kể tuổi khởi phát, có hay không yếu tố khởi phát, có hay không cơ địa dị ứng bản thân và gia đình.

Hội nghị 27 chuyên gia hô hấp nhi từ 19 quốc gia tại London (3-4/12/1988) đã đồng thuận sử dụng định nghĩa về hen nhũ nhi này. Định nghĩa này cho phép giúp ta có được một chẩn đoán sớm để từ đó có được một biện pháp điều trị thích hợp.

Tuy nhiên, định nghĩa này có phần hơi rộng, bao hàm cả trẻ hen thật sự và cả những trẻ chỉ khò khè thoáng qua liên quan với nhiễm virus đường hô hấp và/hoặc hít khói thuốc lá thụ động.

Từ định nghĩa ban đầu của Tabachnik và Levison, nhiều tác giả đã có những thay đổi, thậm chí chỉ còn giữ lại tiêu chuẩn “khò khè” (thay vì “khó thở kèm khò khè”). Thế nhưng “khò khè” lại là triệu chứng dễ bị nhầm lẫn, khiến cho định nghĩa hen nhũ nhi trở nên thiếu độ đặc hiệu và tin cậy. Một số định nghĩa hen nhũ nhi với một số khác biệt được trình bày trong bảng 1.

Theo nghiên cứu đoàn hệ của nhóm nghiên cứu hô hấp Tucson, kiểu hình lâm sàng thường gặp nhất ở trẻ dưới 3 tuổi là khò khè thoáng qua có kết hợp với nhiễm virus đường hô hấp mà đa số sẽ không còn triệu chứng ở tuổi học đường. Một số ít trẻ khò khè kết hợp với nhiễm virus trong giai đoạn đầu nhưng sau đó cũng có biểu hiện khò khè liên quan với các yếu tố khởi phát khác tương tự như

hen dị ứng ở trẻ lớn hơn.

Các yếu tố tăng khả năng khò khè dai dẳng hay hen trẻ em thật sự là:

- Tuổi lúc khởi phát: khò khè bắt đầu sớm có tiên lượng tốt hơn.

- Giới: trẻ trai là yếu tố nguy cơ của hen ở tuổi tiền dậy thì, nhưng giới nữ là yếu tố nguy cơ hen dai dẳng từ tuổi thiếu niên đến tuổi người lớn.

- Độ nặng và tần suất của các đợt khò khè: trẻ có các đợt khò khè nặng hay thường xuyên có nguy cơ hen dai dẳng ở tuổi vị thành niên.

- Cơ địa dị ứng gia đình, nhất là ở mẹ: là yếu tố nguy cơ hen dai dẳng ở trẻ em.

Do vậy, có quan niệm cho rằng chỉ nên dùng thuật ngữ “khò khè” hơn là “hen” khi trẻ ở lứa tuổi nhũ nhi do thiếu tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán hen ở lứa tuổi này và nhiều trẻ nhỏ chỉ khò khè thoáng qua sau nhiễm virus đường hô hấp mà không còn biểu hiện triệu chứng hen sau này.

Tuy nhiên, về phương diện học thuật, một chẩn đoán bằng tên bệnh cụ thể có lẽ phù hợp hơn là chẩn đoán bằng cách dùng tên một triệu chứng mà thôi.

## 3. CHẨN ĐOÁN:

### 3.1. Chẩn đoán hen nhũ nhi:

Do không có tiêu chuẩn chẩn đoán đặc hiệu cũng như dấu hiệu chỉ điểm chuyên biệt để phát hiện hen ở trẻ nhũ nhi nên cần nghi ngờ hen ở mọi trẻ có những đợt ho và khò khè tái phát. Thông thường, chẩn đoán có thể có được qua một giai đoạn theo dõi lâu dài, đánh giá các chẩn đoán phân biệt và đánh giá đáp ứng với điều trị giãn phế quản và/hoặc kháng viêm. Chủ yếu là chẩn đoán lâm sàng. Chẩn đoán gợi ý bởi tiền sử. Không có xét nghiệm chẩn đoán thường quy chuyên biệt.

**Nhiều khả năng là hen khi:**

- Có ít nhất 3 đợt ho và khò khè, thường do nhiễm virus, chất kích thích (đặc biệt là khói thuốc lá), gắng sức hay xúc cảm mạnh.

- Các triệu chứng nổi bật về đêm.
- Khám lâm sàng bình thường giữa các cơn.

Sự hiện diện của cơ địa dị ứng bản thân hay gia đình trẻ cũng có thể thêm chẩn đoán hen. Tuy nhiên, nếu không có cơ địa dị ứng cũng không loại trừ hen.

Cần xem xét đến các chẩn đoán phân biệt khác.

Đáp ứng với điều trị (SABA và/ hoặc ICS) sẽ củng cố chẩn đoán hen.

Trên thực hành lâm sàng, cần chuẩn hóa kỹ thuật thực hiện thử nghiệm điều trị cũng như xây dựng tiêu chí đánh giá đáp ứng thật chặt chẽ.

**Nghiệm pháp giãn phế quản:**

Salbutamol phun khí dung (0,15 mg/kg/ lần, tối thiểu: 2,5 mg / lần) hoặc bình hít định liều (4-6 nhất MDI 100mcg với buồng đệm). Có thể lặp lại lần 2 sau 20 phút. Cần đánh giá đáp ứng sau 1 giờ.

Điều lưu ý là phải được đánh giá bởi cùng một người ở các thời điểm trước – trong – sau khi thực hiện test (30ph – 60ph).

Tiêu chí đánh giá đáp ứng ở trẻ nữ nhi:

- Tổng trạng, tri giác cải thiện
- Sinh hiệu cải thiện (nhịp thở, nhịp tim)
- Giảm sử dụng cơ hô hấp phụ
- Cải thiện âm phế bào
- Giảm khò khè
- Cải thiện SpO<sub>2</sub> và/hoặc khí máu động mạch.

**3.2. Chẩn đoán phân biệt:**

Điều đặc biệt quan trọng là cần phải loại trừ các bệnh lý ở trẻ nhỏ (bẩm sinh, mắc phải) cũng gây biểu hiện ho, khò khè tương tự như hen trước khi xác nhận là hen.

Xem bảng 2 (Các chẩn đoán phân biệt với hen nữ nhi).

**3.3. Lưu đồ chẩn đoán:**

Ở trẻ nữ nhi, do không thể thực hiện được hô hấp ký nên thường không có đủ bằng chứng để chẩn đoán hen chắc chắn ở lần thăm khám đầu tiên. Có một số cách tiếp cận chẩn đoán tùy thuộc tần suất và mức độ nặng của các triệu chứng.

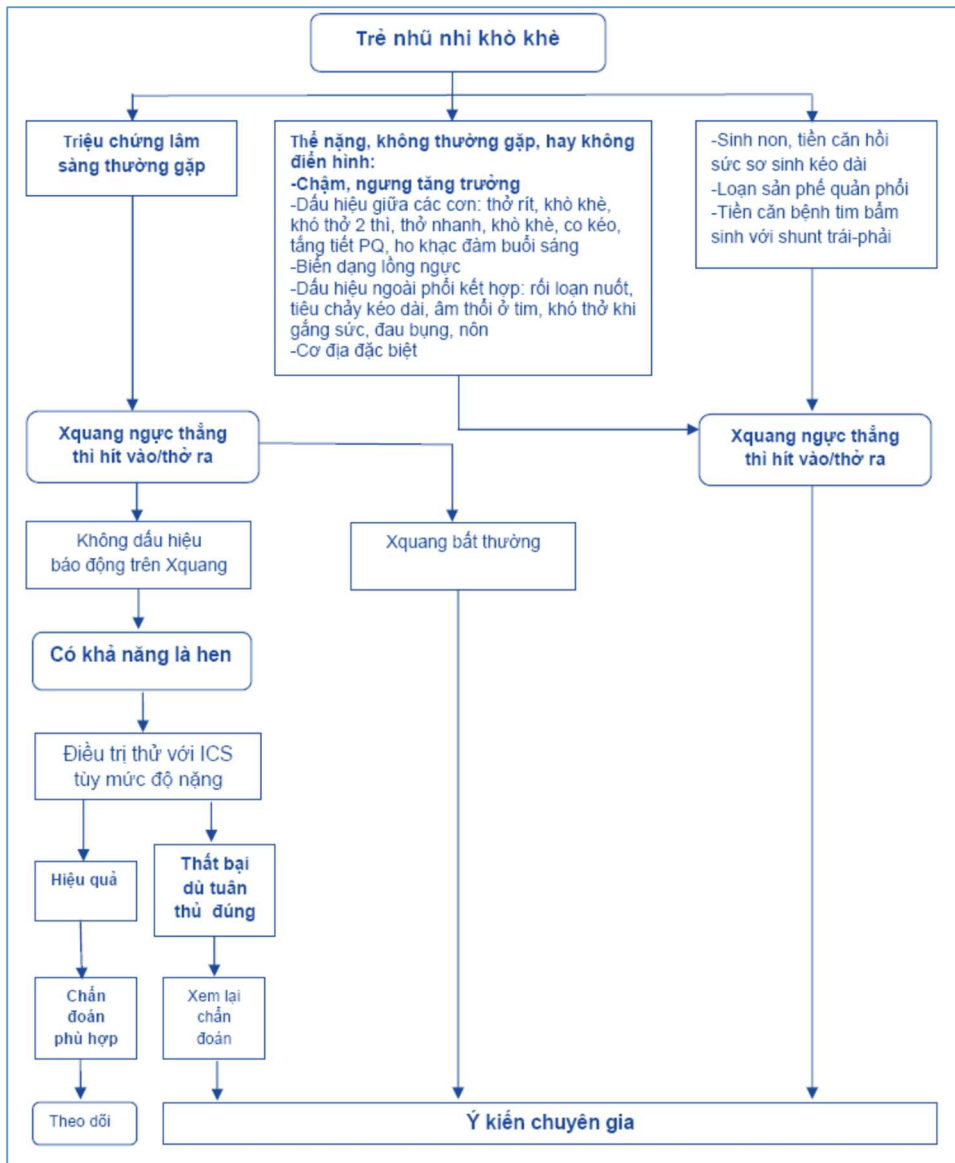
- Chờ đợi và theo dõi: khi trẻ chỉ có triệu chứng gián đoạn, nhẹ và các triệu chứng hô hấp chỉ xảy ra khi trẻ bị nhiễm virus đường hô hấp trên. Có thể cho trẻ điều trị duy trì và có kế hoạch theo dõi sau

**Bảng 2. Các chẩn đoán phân biệt với hen nữ nhi**

Dấu hiệu	Định hướng chẩn đoán
<b>Bệnh sử chu sinh và gia đình</b>	
Sinh non, giúp thở	Loạn sản phế quản phổi
Các triệu chứng có từ sau sinh hay có vấn đề về phổi trong giai đoạn chu sinh	Bệnh xơ nang Loạn sản phế quản phổi Rối loạn vận động lông chuyển tiên phát Bất thường phát triển phổi: bệnh lý surfactant
Tiền căn gia đình có các bệnh lý lồng ngực không thường gặp	Bệnh xơ nang Bất thường phát triển phổi Bệnh lý thần kinh cơ Rối loạn vận động lông chuyển tiên phát
Nhiễm trùng nặng đường hô hấp trên và/hoặc dưới	Suy giảm miễn dịch
<b>Dấu hiệu và triệu chứng</b>	
Ho đàm dai dẳng	Bệnh xơ nang Bệnh lý hít sặc Suy giảm miễn dịch
Nôn nhiều	Trào ngược dạ dày thực quản ± hít sặc
Khó nuốt	Rối loạn nuốt ± hít sặc
Giọng nói, giọng khóc bất thường	Bệnh lý thanh quản
Dấu hiệu lồng ngực khu trú	Dị dạng phổi bẩm sinh Di chứng sau nhiễm virus Dãn phế quản Lao
Thở rít, khò khè	Bệnh lý thanh quản hay khí quản Chèn ép từ bên ngoài hay dị dạng
Khó thở khi gắng sức, âm thổi ở tim	Bệnh tim
Chậm tăng trưởng	Bệnh xơ nang Trào ngược dạ dày thực quản Suy giảm miễn dịch Bệnh tim
<b>Xét nghiệm thăm dò</b>	
Bất thường Xquang khu trú hay dai dẳng	Dị dạng phổi Bệnh lý sau nhiễm khuẩn Hít sặc tái phát Dị vật đường thở Dãn phế quản Lao
Đảo lộn phủ tạng	Bệnh tim Rối loạn vận động lông chuyển tiên phát

một thời gian với sự đồng ý của cha mẹ bệnh nhi.

- Bắt đầu ngay điều trị duy trì và theo dõi: việc chọn lựa biện pháp điều trị (chẳng hạn ICS hay montelukast) tùy thuộc vào tần suất và độ nặng của triệu chứng. Theo dõi điều trị trong 6–8 tuần, và



Hình 1. Lưu đồ chẩn đoán hen nhũ nhi

nếu có bằng chứng cải thiện lâm sàng rõ ràng, điều trị duy trì này cần được tiếp tục và trẻ được xem là có bệnh hen. Nếu việc điều trị duy trì không có lợi ích, cần chuyển chuyên khoa và xem xét các chẩn đoán phân biệt khác.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Levy M, Bell L. General practice audit of asthma in childhood. Br Med J (Clin Res Ed). 1984 Oct 27;289(6452):1115-6.
2. Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH (2008). Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. Allergy; 63:5-34.
3. Brand PL, Baraldi E, Bisgaard H et al. (2008). Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence based approach. Eur Respir J; 32(4):1096-110.
4. Brand PL, Caudri D, Eber E et al (2014). Classification and pharmacological treatment of preschool wheezing: changes since 2008. Eur Respir J; 43: 1172–1177 | DOI: 10.1183/09031936.00199913.
5. BTS/SIGN British Guideline on the Management of Asthma, September

2016. Available from: <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/asthma/btssign-asthma-guideline-2016/>.
6. Castro-Rodriguez JA, Rodriguez- Martinez CE, Custovic A (2012). Infantile and preschool asthma. In: Pediatric Asthma. Eur Respir Mon; 56: DOI: 10.1183/1025448x.10014112, 10-21.
7. Castro-Rodriguez JA, Custovic A, Ducharme FM (2016). Treatment of asthma in young children: evidence-based recommendations. Asthma Research and Practice. 2:5 DOI 10.1186/s40733-016-0020-z
8. Ducharme FM, Dell SD, Radhakrishnan D (2015). Diagnosis and management of asthma in preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Paediatric Society position paper. Can Respir J; 22(3):135-143.
9. ERS Task Force (2008). Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence-based approach. Eur Respir J;32:1096-1110.
10. Global Initiative for Asthma (GINA) (2015). Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. Updated 2015.
11. Guilbert T, Lemanske RF, Jackson DJ (2014). Diagnosis of asthma in infants and children. Approach to Infants and Children with Asthma. In: Middleton's Allergy Principles and Practice, Elsevier-Mosby, 8th ed.,861-875.
12. Jackson DJ (2014). Emerging Issues in Pediatric Asthma: Gaps in EPR-3 Guidelines for Infants and Children. Curr Allergy Asthma Rep; 14(12): 477. doi:10.1007/s11882-014-0477-x.

13. Just J, Gouvis-Echraghi R, Couderc R (2012). Novel severe wheezy young children phenotypes: Boys atopic multiple-trigger and girls nonatopic uncontrolled wheeze. J Allergy Clin Immunol ;130:103-10.
14. Liu AH, Covar RA (2008). Clinical Features, Outcomes and Prognosis. In: Taussig, Landau: Pediatric Respiratory Medicine, 2nd ed., Mosby Elsevier, 805-827
15. Miller KE, Avila PC, Khan YW et al (2014). J Allergy Clin Immunol Pract.; 2(5): 537–543. doi:10.1016/j.jaip.2014.06.024.
16. NICE guidelines. Bronchiolitis in children. Published:31 May 2015 nice.org.uk/guidance/ng9
17. Nishimuta T, Kondo N, Hamasaki Y et al (2015). Japanese Guideline for Childhood Asthma. Allergology International.;60:147-169
18. Papadopoulos NG, Arakawa H, Carlsen KH et al (2012). International Consensus on Pediatric Asthma. Allergy; DOI: 10.1111/j.1398-9995.2012.02865.x (epub June 15, 2012)
19. Société Pédiatrique de Pneumologie et Allergologie (2009). Asthme de l'enfant de moins de 36 mois: diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus.
20. Tabachnik E, Levison H (1981). Infantile bronchial asthma. J Allergy Clin Immunol, 67(5):339-347.