

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT HEN Ở BỆNH NHI HEN KÈM VIÊM MŨI DỊ ỨNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Nguyễn Thanh Hải*, Phan Hữu Nguyệt Diễm**, Nhan Trưng Sơn***

* Bộ môn Nhi, ĐHYD Cần Thơ; ** Bộ môn Nhi, ĐHYD TP Hồ Chí Minh

*** Khoa TMH, Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Sự hiện diện của viêm mũi dị ứng (VMDU) thường làm cho bệnh hen nặng hơn, làm tăng nguy cơ xuất hiện cơn hen, khó kiểm soát hen. Để hạn chế bệnh tiến triển nặng, việc điều trị dự phòng hen cần thiết phải tiến hành nhằm giúp kiểm soát bệnh, tránh những biến chứng. Mục tiêu nghiên cứu: "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ và đánh giá hiệu quả kiểm soát hen ở bệnh nhi hen kèm VMDU tại Phòng khám Hen Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ."

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích-tiến cứu, theo dõi dọc. Lấy trọn mẫu **Nhóm can thiệp:** 57 trường hợp. **Nhóm chứng:** 50 trường hợp

Kết quả: Khảo sát 107 trẻ hen kèm VMDU: nam: 61,7%, thành thị: 60,7%. Nhóm tuổi mắc bệnh 6-7 tuổi: 32,6%, >7-9 tuổi: 30%. Yếu tố nguy cơ gây khởi phát cơn hen: viêm hô hấp: 40,2%, khí hậu lạnh: 23,4%. Các yếu tố liên quan: tuổi khởi bệnh >2 tuổi: 68%. Sau 3 tháng dự phòng: Kiểm soát tốt 57%, không kiểm soát: 25,2%. Sau 6 tháng: kiểm soát tốt 65,4%, không kiểm soát: 17,8%. Sau 9 tháng: KS tốt: 72,8%, không KS: 15,5%. Sau 12 tháng: KS tốt: 69,6%, không KS: 17,4%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hiệu quả dự phòng giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Kết luận: Hiệu quả kiểm soát hen sau 12 tháng, với nhóm được điều trị dự phòng cả hen và VMDU không có sự khác biệt so với nhóm chỉ điều trị hen đơn thuần.

ABSTRACT

RESEARCH OF EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND ASSESSMENT OF ASTHMA CONTROL EFFECT IN ASTHMATIC PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS AT CAN THO HOSPITAL OF PEDIATRICS

The presence of allergic rhinitis often makes asthma worse, increasing the risk of asthma attacks, and the difficulty in asthma control. To limit the progression of asthma, asthma management is needed to control asthma and avoid complications. **Objectives of the study:** "Study on epidemiological characteristics and assessment of asthma control effect in asthmatic patients with allergic rhinitis in Asthma management room of Can Tho Pediatrics Hospital. **Study Design:** Cross-sectional descriptive study and analysis - prospective, longitudinal study in 107 patients from 6 to 15 years old with diagnosis asthma with allergic rhinitis. Intervention group: 57 cases. Controlled group: 50 cases.

Results: Studying in 107 asthmatics with allergic rhinitis: male: 61.7%, urban: 60.7%. Age group 6-7 years old: 32.6% > 7-9 years old: 30%. Risk factors for asthma triggers: respiratory infections: 40.2%, cold: 23.4%. Relevant factors: wheezing > 2 years: 68%. After 3 months of management: control 57%, uncontrol: 25.2%. After 6 months: control 65.4%, uncontrol: 17.8%. After 9 months: control: 72.8%, uncontrol: 15.5%. After 12 months: control: 69.6%, uncontrol: 17.4%. There were no statistically significant differences between the intervention and control groups. **Conclusion:** After 12 months management, there was no significant differences in effect of control between 2 groups.

Key words: Allergic Rhinitis, Asthma.

Nhận bài: 23-6-2017; Thẩm định: 24-6-2017

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hải

Địa chỉ: Đại học Y Dược Cần Thơ

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ những năm 1990, qua nghiên cứu nhận thấy sự tác động qua lại giữa VMDU và HPQ trên cùng một cá thể làm cho diễn biến bệnh trở nên phức tạp hơn, khó kiểm soát hơn. Sự hiện diện của VMDU thường làm cho bệnh hen nặng hơn, làm tăng nguy cơ xuất hiện cơn hen, phải vào cấp cứu và nhập viện do bệnh lý của hen.

Tình trạng viêm mạn tính dẫn đến sự gia tăng đáp ứng đường thở với các đợt khò khè, ho và khó thở lặp đi lặp lại. Để hạn chế bệnh tiến triển nặng, việc điều trị dự phòng hen cần thiết phải tiến hành nhằm giúp kiểm soát bệnh, tránh những biến chứng. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ và đánh giá hiệu quả kiểm soát hen ở những bệnh nhi mắc bệnh hen kèm VMDU tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán hen kèm VMDU tuổi từ 6 – 15 tuổi đến khám, điều trị và được theo dõi định kỳ tại Phòng khám Hen, Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

có phân tích-tiến cứu theo dõi dọc.

Nhóm can thiệp: 57 trường hợp hen kèm VMDU: điều trị dự phòng hen và VMDU.

Nhóm chứng: 50 trường hợp hen kèm VMDU: điều trị dự phòng hen, điều trị đợt cấp của VMDU.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán hen kèm VMDU.

Chẩn đoán hen theo hướng dẫn của GINA 2009.

Chẩn đoán VMDU theo hướng dẫn của ARIA 2008

Điều trị dự phòng hen bằng corticoid MDI [dùng Flixotide (Fluticasone propionate (HFA)] 125 mcg; 1-2 nhát xịt/lần cho hen bậc II và Seretide (Salmeterol/ Fluticatione propionate: liều 25/50mcg hoặc 25/125 mcg) cho hen bậc III. Điều trị dự phòng VMDU bằng loratadin 0,2mg/kg/ngày x 4 tuần liên tục (có thể kéo dài tối đa 8 tuần). Điều trị đợt cấp VMDU bằng Loratadin 0,2mg/kg/ngày từ 5-7 ngày.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm dịch tễ

Chúng tôi ghi nhận có 107 bệnh nhi đến khám và điều trị dự phòng tại Phòng khám Hen của Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh.

Bảng 1. Một số đặc điểm dịch tễ của bệnh nhi hen kèm VMDU

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Giới	Nam	66	61,7
	Nữ	41	38,3
Nơi cư trú	Thành thị	65	60,7
	Nông thôn	42	39,3
Nhóm tuổi	6 – 7	35	32,6
	>7 – 9	32	30
	>9-11	30	28
	>11	10	9,4
Tuổi khởi phát khò khè	< 2 tuổi	34	32%
	>2 tuổi	73	68%

Nhận xét: Tỉ lệ trẻ mắc bệnh hen kèm VMDU trong nhóm 6-7 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 32,6%. Nam chiếm đa số: 61,7%, tỉ lệ nam/nữ: 1,6. Đa số sống tại thành thị: 60,7%. Tuổi khởi phát khò khè đa số sau 2 tuổi: 68%.

Bảng 2. Các yếu tố nghi gây khởi phát cơn hen của nhóm nghiên cứu

Yếu tố nghi gây khởi phát *	Tần suất (n= 107)	Tỉ lệ %
Viêm hô hấp	43	40,2
Khí hậu lạnh	25	23,4
Thức ăn	19	17,8
Khác	9	8,4

* Một bệnh nhân có thể có nhiều yếu tố nghi gây khởi phát cơn hen

Nhận xét: Viêm hô hấp (40,2%) và khí hậu lạnh (23,4%) là 2 nhóm yếu tố nghi gây khởi phát cơn hen chiếm đa số (63,6%).

3.2. Xác định tỉ lệ kiểm soát hen

3.2.1. Mức độ nặng bệnh hen bắt đầu can thiệp

Bảng 3. Mức độ nặng bệnh hen bắt đầu can thiệp

Mức độ nặng bệnh hen	Tần suất (n=107)	Tỉ lệ %
Hen bậc II	98	91,6
Hen bậc III	9	8,4

Nhận xét: Mức độ nặng bệnh hen bắt đầu can thiệp đa số là hen bậc II: 91,6%

3.2.2. Hiệu quả của việc kiểm soát hen

* Hiệu quả của việc kiểm soát hen sau 3 tháng điều trị dự phòng

Với nhóm nghiên cứu: Kiểm soát tốt: 57%, không kiểm soát: 25,2%

Bảng 4. Hiệu quả kiểm soát hen sau 3 tháng của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Hiệu quả kiểm soát hen sau 3 tháng	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		χ^2	p	OR
	Tần số N = 57	Tỉ lệ (%)	Tần số N = 50	Tỉ lệ (%)			
Kiểm soát tốt	34	55,7	27	44,3			
Kiểm soát 1 phần	6	31,6	13	68,4	3,38	0,06	2,72 (0,91-8,12)
Không kiểm soát	17	63	10	37	0,4	0,52	0,74 (0,29-1,88)

Nhận xét: Hiệu quả kiểm soát hen sau 3 tháng, kiểm soát tốt (55,7%) của nhóm can thiệp chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm chứng (44,3%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,09$.

* Hiệu quả của việc kiểm soát hen sau 6 tháng điều trị dự phòng

Sau 6 tháng điều trị dự phòng của nhóm nghiên cứu: kiểm soát tốt: 65,4%, không kiểm soát: 17,8%

Bảng 5. Hiệu quả kiểm soát hen sau 6 tháng của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Hiệu quả kiểm soát hen sau 6 tháng	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		χ^2	p	OR
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)			
Kiểm soát tốt	38	54,3	32	45,7			
Kiểm soát 1 phần	9	50	9	50	0,1	0,74	1,18 (0,42-3,34)
Không kiểm soát	10	52,6	9	47,4	0,07	0,89	1,06 (0,38-2,97)
Tổng	57	53,3	50	46,7	0,10	0,94	

Nhận xét: Hiệu quả kiểm soát hen sau 6 tháng, kiểm soát tốt (54,3%) của nhóm can thiệp chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm chứng (45,7%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,94$.

* Hiệu quả kiểm soát hen sau 9 tháng điều trị dự phòng

Hiệu quả kiểm soát hen sau 9 tháng của nhóm nghiên cứu với mức kiểm soát tốt là 72,8%, không kiểm soát: 15,5 %.

Bảng 6. Hiệu quả kiểm soát hen sau 9 tháng của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Hiệu quả kiểm soát hen sau 9 tháng	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		χ^2	p	OR
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)			
Kiểm soát tốt	45	60	30	40			
Kiểm soát 1 phần	5	41,7	7	58,3	1,42	0,23	2,1 (0,6-7,23)
Không kiểm soát	7	43,8	9	56,2	1,42	0,23	1,92 (0,64-5,73)
Tổng	57	53,3	50	46,7	2,4	0,29	

Nhận xét: Hiệu quả kiểm soát hen sau 9 tháng, kiểm soát tốt (60 %) của nhóm can thiệp chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm chứng (40 %). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,29$.

* Hiệu quả kiểm soát hen sau 12 tháng điều trị dự phòng

Hiệu quả kiểm soát hen sau 12 tháng của nhóm nghiên cứu: với mức kiểm soát tốt là 69,6%, không kiểm soát: 17,4 %.

Bảng 7. Hiệu quả kiểm soát hen sau 12 tháng của nhóm can thiệp và nhóm chứng

Hiệu quả kiểm soát hen sau 12 tháng	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		χ^2	p	OR
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)			
Kiểm soát tốt	38	59,4	26	40,6			
Kiểm soát 1 phần	6	50	6	50	0,36	0,54	1,46 (0,42-5,03)
Không kiểm soát	12	75	4	25	1,42	0,23	0,48 (0,14-1,67)
Tổng	56	60,9	36	39,1	1,99	0,36	

Nhận xét: Sau 12 tháng điều trị dự phòng hen, kiểm soát tốt (59,4%) của nhóm can thiệp chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm chứng (40,6%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,36$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dịch tễ

4.1.1. Về nhóm tuổi

Trong số 107 trẻ mắc bệnh hen kèm VMDU thuộc nhóm nghiên cứu, tỉ lệ phân bố theo nhóm tuổi chủ yếu từ 6 - 7 tuổi chiếm đa số (32,6%), nhóm tuổi >11 tuổi 9,4%.

Theo Lê Thanh Hải (2012), trong số 143 bệnh

nhân từ 6-15 tuổi mắc bệnh hen được khảo sát, nhóm tuổi 6-11 tuổi mắc bệnh hen kèm các bệnh dị ứng khác chiếm tỉ lệ cao nhất: 90% [1].

Theo ARIA (2008), tỉ lệ hen kèm các bệnh dị ứng ở nhóm trẻ 6 - 7 tuổi, thay đổi từ 0,8% - 14,9%; nhóm trẻ từ 13 - 14 tuổi tỉ lệ thay đổi từ 1,4 - 39,7% tùy thuộc vào từng trung tâm khảo sát.

4.1.2. Về phân bố theo giới

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm đa số (61,7%), tỉ lệ nam/nữ là 1,6/1.

Tác giả	Nam	Nữ
	Tỉ lệ	Tỉ lệ
Chúng tôi	61,7	38,3
Phùng Minh Thịnh [2]	45	55
Lê Thanh Hải [1]	70	30
Navarro A [7]	63	37

Theo GINA (2010), yếu tố nguy cơ gây hen ở trẻ nam cao hơn nữ. Trước 14 tuổi tỉ lệ hen ở trẻ trai gần gấp đôi trẻ gái, trẻ càng lớn khoảng cách này thu hẹp dần cho đến 14 – 17 tuổi. Phân bố theo giới trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tương tự như của GINA.

4.1.3. Về nơi cư trú

Dân số nghiên cứu của chúng tôi đa số sống khu vực thành thị: 60,7%

Theo Lê Thanh Hải (2012), trong số 143 bệnh nhân từ 6 - 15 tuổi mắc bệnh hen được khảo sát tại Bệnh viện Nhi Trung ương, số trẻ cư trú tại khu vực thành thị chiếm ưu thế với 55,24% [1].

Navarro A và cộng sự khảo sát trên 942 bệnh nhân hen kèm VMDU, tác giả nhận thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc VMDU kèm theo hen giữa vùng thành thị và nông thôn. [7]

Theo ARIA, tỉ lệ hen kèm VMDU ở cộng đồng nông thôn hoặc các nước có thu nhập thấp nói chung thấp hơn cộng đồng đô thị hóa, các nước phát triển.

4.1.4. Về các yếu tố nghi gây khởi phát cơn hen

Trong nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố nghi gây khởi phát cơn hen chiếm tỉ lệ cao là viêm hô hấp (40,2%), kế đến là không khí lạnh (23,4%).

Theo Phùng Minh Thịnh (2013), các dị nguyên hô hấp gây khởi phát cơn hen là mạt bụi nhà chiếm tỉ lệ cao nhất 67,2%, nấm mốc 30%, con gián 26,2%, lông thú 17,2% [2].

Phùng Chí Thiện và cộng sự ghi nhận yếu tố thay đổi thời tiết chiếm tỉ lệ cao nhất với 86,2%, kế đến là không khí lạnh: 61,6%; viêm hô hấp chiếm 42,7%. [4].

Theo GINA 2010, các yếu tố nguy cơ gây khởi phát cơn hen thường gặp nhất là các dị nguyên (bao gồm cả trong nhà và ngoài trời), kế tiếp là nhiễm siêu vi, đây là yếu tố kinh điển thường gặp.

4.2. Hiệu quả điều trị dự phòng

4.2.1. Về mức độ nặng của bệnh hen thời điểm bắt đầu can thiệp

Mức độ nặng bệnh hen bắt đầu can thiệp của nhóm nghiên cứu đa số là hen bậc II (91,6%), còn hen bậc III chiếm tỉ lệ thấp 8,4%.

Đào Minh Tuấn năm 2010, phân loại mức độ nặng của bệnh hen trước điều trị, trong đó chiếm đa số là hen bậc 2: 51%, bậc 3: 42,4% và bậc 4 ít nhất: 6,6% [5].

Theo Navarro và cộng sự nghiên cứu 942 trường hợp hen kèm VMDU, kết quả là bệnh nhân mắc bệnh hen bậc 1, tỉ lệ kết hợp với VMDU 92%; hen bậc II, tỉ lệ kết hợp là 90%; bậc III: 89%; bậc IV: 76% [7].

4.2.3. Về hiệu quả của việc kiểm soát hen

* Hiệu quả việc kiểm soát hen sau 3 tháng điều trị dự phòng

Kết quả ghi nhận được: kiểm soát tốt: 57%, kể đến là không kiểm soát: 25,2%. So sánh kết quả điều trị dự phòng hen giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng, tỉ lệ không kiểm soát của nhóm can thiệp là 63% cao hơn của nhóm chứng 37%. Tuy nhiên phân tích thống kê không có sự khác biệt. Tỉ lệ kiểm soát cũng có kết quả tương tự.

Bùi Thị Hương và cộng sự nghiên cứu ở nhóm bệnh nhân hen kèm VMDU, sau 3 tháng điều trị dự phòng: nhóm kiểm soát hoàn toàn: 18,2 %, nhóm kiểm soát 1 phần: 31,8% và nhóm không kiểm soát: 50%. [3]. Đào Minh Tuấn. Kết quả sau 3 tháng dự phòng, kiểm soát hoàn toàn đạt được 35,8%, không kiểm soát: 45,6%. Thấp hơn kết quả của chúng tôi [5].

Ohta K, Bousquet PJ qua nghiên cứu có kết luận: VMDU thường kết hợp với hen và làm giảm khả năng kiểm soát hen [6]. Với những trường hợp sau 3 tháng điều trị dự phòng nhưng không kiểm soát được, cần tăng bậc điều trị. Tuy nhiên, trước khi tăng bậc cần lưu ý các yếu tố làm hen không kiểm soát được.

* Hiệu quả việc kiểm soát hen sau 6 - 9 tháng điều trị dự phòng.

Trong nhóm nghiên cứu, hiệu quả kiểm soát hen sau 6 tháng điều trị dự phòng là: kiểm soát tốt chiếm tỉ lệ cao 65,4%, không kiểm soát chiếm tỉ lệ 17%. So sánh kết quả kiểm soát tốt hoặc không kiểm soát của 2 nhóm (can thiệp và nhóm chứng), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Phùng Chí Thiện và cộng sự theo dõi và điều trị

dự phòng hen trong 6 tháng: kết quả kiểm soát tốt chỉ chiếm 7%, đa số bệnh nhân chưa được kiểm soát hoặc kiểm soát 1 phần: 93%. Nguyên nhân là do sự hiểu biết về tình trạng bệnh hen của các bậc cha mẹ của trẻ còn kém. Số bệnh nhân khám theo định kỳ chỉ có 5%, 95% còn lại là khám điều trị theo đợt bệnh [4].

Đối với hầu hết các trường hợp tuân thủ điều trị với phác đồ thích hợp, cải thiện tình trạng lâm sàng rõ rệt sau 3-4 tháng điều trị. Trong trường hợp bệnh nặng và các triệu chứng mạn tính thì thời gian đạt được cải thiện sẽ kéo dài hơn.

* Về hiệu quả kiểm soát hen sau 12 tháng điều trị dự phòng

Trong số 93 trường hợp bệnh nhi mắc bệnh hen kèm VMDU, hiệu quả kiểm soát hen sau 12 tháng điều trị là: kiểm soát tốt chiếm tỉ lệ cao 69,6% và không kiểm soát 17,4%. Tỉ lệ bỏ điều trị dự phòng hen sau từ 10 - 12 tháng theo dõi là khoảng 23% (14 trường hợp).

Về mức độ kiểm soát hen giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng với các tỉ lệ khác nhau, nhóm can thiệp có tỉ lệ kiểm soát tốt, không kiểm soát chiếm đa số. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kiểm soát mức độ nặng của bệnh hen được đo lường trong một khoảng thời gian dài 6 – 12 tháng, việc đánh giá liên quan nhiều đến bệnh sử, tình trạng tăng phản ứng của phế quản và tái cấu trúc phế quản. Việc không kiểm soát được bệnh hen có liên quan đến một số yếu tố cần được xem xét như: trào ngược dạ dày-thực quản, béo phì, ô nhiễm môi trường, sự hiện diện của một tình trạng dị ứng (như VMDU).

Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn sau 12 tháng điều trị dự phòng được ghi nhận như sau: kiểm soát tốt đạt được 50%, không kiểm soát: 28,8%. Như vậy, sau 12 tháng điều trị kết quả của tác giả đạt ở nhóm kiểm soát tốt thấp hơn của chúng tôi [5].

Anne B.T và cộng sự nghiên cứu nhóm bệnh nhân hen kèm VMDU: Kết quả sau 12 tháng điều trị dự phòng: kiểm soát hoàn toàn chỉ chiếm 19%, kiểm soát 1 phần chiếm 27% và không kiểm soát chiếm 54%. [6]

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận: trẻ trai mắc bệnh nhiều hơn trẻ gái, đa số cư trú ở thành thị. Tuổi mắc bệnh 6 -7 tuổi chiếm tỉ lệ cao. Sau 6 tháng điều trị dự phòng, kiểm soát hen đạt hiệu quả cao nhất. So sánh hiệu quả kiểm soát hen giữa nhóm điều trị dự phòng cả hen và VMDU so với nhóm chỉ điều trị dự phòng hen đơn thuần, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thanh Hải, Lê Thị Minh Hương (2013), "Tìm hiểu liên quan giữa dị ứng, mẫn cảm với một số dị nguyên ở bệnh nhân hen phế quản tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2012", Tạp chí Y học thực hành, 870(5), tr. 178 – 180.
2. Lê Thị Minh Hương, Lê Thanh Hải (2013), "Mối liên quan giữa viêm mũi dị ứng và hen phế quản trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương", Tạp chí Y học thực hành, 866 (4), tr. 152–154.
3. Bùi Thị Hương, Bùi Văn Dân, Hoàng Thị Lâm (2016), "Đánh giá mức độ kiểm soát hen bằng ACT đối với bệnh nhân câu lạc bộ hen Bệnh viện Đại học Y Hà Nội", Tạp chí nghiên cứu y học, 99 (1)- 2016.
4. Phùng Chí Thiện và cộng sự (2013), "Nghiên cứu thực trạng mắc bệnh và kiểm soát hen phế quản ở học sinh tiểu học, trung học Lê Hồng Phong, Ngô Quyền, Hải Phòng", Y học thực hành (878)- số 8/2013.
5. Đào Minh Tuấn (2011), "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ lâm sàng và đánh giá hiệu quả kiểm soát hen phế quản trẻ em", Y học thực hành (760) - số 4/2011.
6. Anne B.T (2009), "Allergic rhinitis in patients with asthma: the Swiss LARA (Link Allergic Rhinitis in Asthma) survey", Journal , 5(25).
7. Navarro A, Valero A, Juliá B, Quirce S (2008) "Coexistence of asthma and allergic rhinitis in adult patients attending allergy clinics: ONEAIR study". J Investig Allergol Clin Immunol, 18(4), pp. 233-238.