

trong dự đoán xâm lấn mô bệnh học giai đoạn T3 ở bệnh nhân ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên. Các dấu hiệu như mất lớp mỡ quanh thận/niệu quản, dày thành không đều, và khối ngấm thuốc kèm xâm lấn mô mềm có mối liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với T3.

Việc nhận diện sớm các dấu hiệu hình ảnh này trên CLVT có thể giúp nâng cao hiệu quả đánh giá giai đoạn trước mổ, hỗ trợ định hướng điều trị phù hợp và cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rouprêt M, Babjuk M, Compérat E, et al. EAU Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma: 2023 Update. Eur Urol. 2023;83(1):1-15. doi:10.1016/j.eururo.2022.09.011
2. Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C. TNM Classification of Malignant Tumours. 8th ed. Wiley-Blackwell; 2017.
3. Janisch F, Shariat SF, Baltzer P, et al. Diagnostic accuracy of multidetector computed tomography for upper tract urothelial carcinoma: systematic review and meta-analysis. World J Urol. 2020;38(5):1165–1175. doi:10.1007/s00345-019-02875-8

SO SÁNH HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP TƯ VẤN PHÒNG TRÁNH DỊ NGUYÊN VỚI ĐIỀU TRỊ ĐƠN THUẦN Ở BỆNH NHÂN VIÊM MŨI DỊ ỨNG MÃN CẢM VỚI DỊ NGUYÊN ĐƯỜNG HÔ HẤP

Trần Thiên Tài^{1,2}, Hoàng Thị Lâm³, Lê Đình Tùng¹
Nguyễn Thị Mỹ Viện², Nguyễn Thị Như Huỳnh², Lê Thị Minh Thu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của điều trị kết hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên so với điều trị đơn thuần ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng đơn mẫn cảm. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu can thiệp trên 71 bệnh nhân viêm mũi dị ứng đơn mẫn cảm được chia thành nhóm can thiệp (n=30) nhận điều trị kết hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên và nhóm chứng (n=41) chỉ nhận điều trị chuẩn. Đánh giá hiệu quả qua triệu chứng lâm sàng, phân loại ARIA và điểm EQ-VAS tại ba thời điểm. **Kết quả:** Nhóm can thiệp có cải thiện vượt trội về nghẹt mũi (100% giảm xuống 20%, p<0,001), hắt hơi (90% xuống 13,33%, p<0,001), chảy mũi (93,33% xuống 46,67%, p<0,001), và ngứa mũi (93,33% xuống 26,67%, p<0,001). Tỷ lệ "nhẹ từng đợt" tăng từ 16,67% lên 60,00% (p=0,001), "vừa-nặng dai dẳng" giảm từ 46,67% xuống 16,67% (p=0,001). **Kết luận:** Kết hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên với điều trị chuẩn mang lại hiệu quả vượt trội và bền vững hơn so với điều trị đơn thuần ở bệnh nhân viêm mũi dị ứng đơn mẫn cảm.

Từ khóa: Viêm mũi dị ứng; Phòng tránh dị nguyên; Đơn mẫn cảm; Phân loại ARIA; EQ-VAS; Dị nguyên đường hô hấp

SUMMARY

COMPARISON OF COMBINED ALLERGEN AVOIDANCE COUNSELING WITH

STANDARD TREATMENT VERSUS STANDARD TREATMENT ALONE IN PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS SENSITIZED TO AIRBORNE ALLERGENS

Objective: To evaluate the efficacy of allergen avoidance counseling combined with standard treatment versus standard treatment alone in mono-sensitized allergic rhinitis patients. **Methods:** A prospective interventional study was conducted on 71 mono-sensitized allergic rhinitis patients divided into an intervention group (n=30) receiving treatment plus allergen avoidance counseling and a control group (n=41) receiving only standard treatment. Efficacy was assessed through clinical symptoms, ARIA classification, and EQ-VAS scores at three timepoints. **Results:** The intervention group showed superior improvement in nasal congestion (100% decreased to 20%, p<0.001), sneezing (90% to 13.33%, p<0.001), rhinorrhea (93.33% to 46.67%, p<0.001), and nasal itching (93.33% to 26.67%, p<0.001). The proportion of "mild intermittent" cases increased from 16.67% to 60.00% (p=0.001), while "moderate-severe persistent" cases decreased from 46.67% to 16.67% (p=0.001). **Conclusion:** Combining allergen avoidance counseling with standard treatment provides superior and more sustainable clinical improvement compared to treatment alone in mono-sensitized allergic rhinitis patients. **Keywords:** Allergic rhinitis; Allergen avoidance; Mono-sensitization; ARIA classification; EQ-VAS; Airborne allergens

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi dị ứng (VMDU) là bệnh lý đường hô hấp phổ biến, ảnh hưởng đến khoảng 10-30% dân số toàn cầu và đang có xu hướng gia tăng tại các nước đang phát triển.¹ Tại Việt Nam, các khảo sát cho thấy tỷ lệ VMDU ở trẻ em 5-11 tuổi chiếm 34,9%, cao hơn so với người lớn (10-

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

³Bệnh viện đa khoa Tâm Anh TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thiên Tài

Email: tai.tt1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 17.6.2025

29,6%). Đáng chú ý, VMDU chiếm khoảng 40% các trường hợp viêm mũi mạn tính.²

Bệnh được đặc trưng bởi bốn triệu chứng chính: chảy nước mũi, nghẹt mũi, hắt hơi và ngứa mũi, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống. Theo phân loại ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), VMDU được chia thành "gián đoạn" hay "dai dẳng" tùy thuộc thời gian kéo dài của triệu chứng, và "nhẹ" hay "trung bình-nặng" tùy theo mức độ ảnh hưởng.³ Tuy ít gây tử vong nhưng VMDU có thể cản trở các hoạt động xã hội, gây nên gánh nặng kinh tế cho cá nhân, gia đình và xã hội.⁴

Dị nguyên đường hô hấp, đặc biệt là mạt bụi nhà, gián, lông thú và phấn hoa, đóng vai trò chính trong cơ chế gây bệnh VMDU tại khu vực nhiệt đới như Việt Nam.⁵ Hiện nay, điều trị VMDU chủ yếu tập trung vào kiểm soát triệu chứng bằng thuốc kháng histamine, corticosteroid xịt mũi và các thuốc khác, nhưng ít chú trọng đến các biện pháp phòng tránh dị nguyên.

Mặc dù các hướng dẫn điều trị VMDU đều khuyến cáo áp dụng biện pháp phòng tránh dị nguyên ngay từ đầu, nhưng hiệu quả thực tế của việc kết hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên với điều trị chuẩn chưa được nghiên cứu đầy đủ tại Việt Nam. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị kết hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên so với điều trị đơn thuần ở bệnh nhân VMDU đơn mẫn cảm, cung cấp bằng chứng khoa học hỗ trợ cho việc phát triển chiến lược điều trị toàn diện và hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu, có can thiệp được thực hiện từ tháng 6/2022 đến tháng 12/2024 tại 3 bệnh viện: Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn vào

- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định viêm mũi dị ứng theo tiêu chuẩn ARIA 2019
- Có tình trạng đơn mẫn cảm (mono-sensitization), được xác định bằng test lấy da dương tính chỉ với một nhóm dị nguyên
- Cư trú tại Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian nghiên cứu
- Đồng ý tham gia nghiên cứu và ký phiếu chấp thuận tham gia

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang mang thai hoặc cho con bú
- Bệnh nhân có các bệnh lý nặng đi kèm:

bệnh lý tim mạch chưa kiểm soát, bệnh hô hấp mạn tính khác

- Đang được chỉ định dùng giảm mẫn cảm, thuốc ức chế miễn dịch, thuốc ức chế beta

- Có chống chỉ định làm test lấy da

2.2.3. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu so sánh hai tỷ lệ với $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,2$, $p_1 = 70\%$ (tỷ lệ cải thiện ở nhóm can thiệp), $p_2 = 40\%$ (tỷ lệ cải thiện ở nhóm chứng). Cỡ mẫu tính được là 30 bệnh nhân cho mỗi nhóm. Trên thực tế, nghiên cứu thu nhận được 71 bệnh nhân đơn mẫn cảm, phân bổ thành 30 bệnh nhân nhóm can thiệp và 41 bệnh nhân nhóm chứng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thu thập số liệu

- Thông tin hành chính: tuổi, giới, nơi cư trú, nghề nghiệp, tiền sử dị ứng
- Đặc điểm lâm sàng: bốn triệu chứng chính (chảy nước mũi, nghẹt mũi, hắt hơi, ngứa mũi), thời gian mắc bệnh
- Cận lâm sàng: bạch cầu ái toan máu ngoại vi, nồng độ IgE toàn phần, nội soi mũi
- Test lấy da: thực hiện với 12 loại dị nguyên đường hô hấp
- Phân loại mức độ viêm mũi dị ứng theo ARIA 2019: nhẹ từng đợt, nhẹ dai dẳng, vừa-nặng từng đợt, vừa-nặng dai dẳng
- Chất lượng cuộc sống: đánh giá bằng thang điểm EQ-VAS (0-10 điểm)

2.3.2. Phương pháp can thiệp

Nhóm 1: Điều trị đơn thuần (n=41)

- Điều trị theo phác đồ chuẩn của ARIA: kháng Histamine đường uống, kháng Leukotriene, corticosteroid xịt mũi, thuốc co mạch tại chỗ khi cần thiết

Nhóm 2: Điều trị kết hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên (n=30)

- Điều trị thuốc giống nhóm 1
- Tư vấn chi tiết về các biện pháp phòng tránh dị nguyên đặc hiệu:
 - Đối với mạt nhà: dùng drap chống mạt bọc nệm gối, diệt mạt nhà bằng thuốc xịt, lau chùi hút bụi mỗi ngày, giặt drap giường hàng tuần, giữ độ ẩm < 50%, lọc không khí bằng bộ lọc HEPA, loại bỏ ổ chứa dị nguyên mạt nhà (gấu bông, sofa bọc da...)
 - Đối với gián: sử dụng thuốc xịt diệt gián, bẫy dính, đập kín thức ăn, bịt các khe hở, máy hút bụi để hút trứng gián.
 - Đối với lông thú: loại bỏ vật nuôi hoặc hạn chế tiếp xúc, không cho thú vật vào phòng ngủ, tắm rửa thú nuôi thường xuyên 1-2 lần/tuần.
 - Đối với nấm mốc: duy trì độ ẩm < 50%,

sử dụng máy hút ẩm, lọc không khí bằng máy có bộ lọc HEPA, mở cửa sổ tăng lưu thông khí, sửa chữa chỗ rò rỉ nước, dung dịch tẩy rửa diệt nấm mốc.

○ Đối với phần hoa: hạn chế ra ngoài vào buổi sáng sớm, đeo khẩu trang, đóng cửa sổ trong mùa cao điểm, tắm gội ngay sau khi từ ngoài về, sử dụng máy lọc có bộ lọc HEPA.

2.3.3. Theo dõi và đánh giá. Bệnh nhân được theo dõi tại 3 thời điểm:

- Lần 1 (L1): Khám ban đầu, chẩn đoán, phân nhóm và bắt đầu can thiệp
- Lần 2 (L2): Sau 1 tháng điều trị
- Lần 3 (L3): Sau 3 tháng điều trị

Tại mỗi lần khám, đánh giá:

- Sự hiện diện và mức độ của 4 triệu chứng chính

- Phân loại mức độ ARIA
- Điểm chất lượng cuộc sống EQ-VAS
- Mức độ tuân thủ các biện pháp phòng tránh dị nguyên (nhóm 2)

2.3.4. Xử lý số liệu

Bảng 1. Đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm ban đầu

Đặc điểm	Nhóm điều trị + tư vấn (n=30)	Nhóm điều trị đơn thuần (n=41)	p
Tuổi trung bình (năm)	35,73 ± 10,76	34,87 ± 11,43	0,752
Giới tính, n (%)			
- Nam	13 (43,33%)	16 (39,02%)	0,713
- Nữ	17 (56,67%)	25 (60,98%)	
Thời gian mắc bệnh (năm)	6,52 ± 7,60	5,95 ± 6,43	0,726
Phân loại ARIA, n (%)			
- Nhẹ từng đợt	5 (16,67%)	15 (36,59%)	0,127
- Nhẹ dai dẳng	3 (10,00%)	8 (19,51%)	
- Vừa-nặng từng đợt	8 (26,67%)	4 (9,76%)	
- Vừa-nặng dai dẳng	14 (46,67%)	14 (34,15%)	
Dị nguyên mẫn cảm, n (%)			
- Mạt nhà	19 (63,33%)	25 (60,98%)	0,839
- Gián	6 (20,00%)	9 (21,95%)	0,841
- Lông thú	2 (6,67%)	3 (7,32%)	0,913
- Nấm mốc	2 (6,67%)	3 (7,32%)	0,913
- Cỏ bermuda	1 (3,33%)	1 (2,44%)	0,816
Điểm EQ-VAS	4,93 ± 1,39	4,85 ± 1,81	0,841

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm nhân khẩu học, thời gian mắc bệnh, phân loại ARIA, dị nguyên mẫn cảm và điểm EQ-VAS ban đầu giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

3.2. Hiệu quả trên triệu chứng lâm sàng

Bảng 2. So sánh cải thiện triệu chứng lâm sàng giữa hai nhóm qua ba lần khám

Triệu chứng	Nhóm điều trị + tư vấn (n=30)	Nhóm điều trị đơn thuần (n=41)	p (L1-L3)
	L1	L2	L3
Chảy mũi, n (%)	28 (93,33%)	19 (63,33%)	14 (46,67%)
Nghẹt mũi, n (%)	30 (100%)	15 (50,00%)	6 (20,00%)
Hắt hơi, n (%)	27 (90%)	10 (43,48%)	4 (13,33%)
Ngứa mũi, n (%)	28 (93,33%)	14 (46,15%)	8 (26,67%)

Nhóm điều trị kết hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên thể hiện sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ở

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được so sánh bằng phép kiểm Chi-square hoặc Fisher's exact test. Các biến định lượng được so sánh bằng t-test hoặc Mann-Whitney U test. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.3. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Hà Nội. Tất cả bệnh nhân được cung cấp thông tin đầy đủ về nghiên cứu và ký phiếu đồng thuận tham gia. Mọi thông tin cá nhân đều được bảo mật. Bệnh nhân có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tổng số 71 bệnh nhân viêm mũi dị ứng đơn mẫn cảm được phân thành hai nhóm: nhóm điều trị kết hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên (n=30) và nhóm điều trị đơn thuần (n=41).

tất cả các triệu chứng ($p < 0,001$), trong khi nhóm điều trị đơn thuần không cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ở triệu chứng nghẹt mũi ($p = 1,00$) và hắt hơi ($p = 0,403$).

3.3. Hiệu quả trên phân loại ARIA

Bảng 3. So sánh thay đổi phân loại ARIA giữa hai nhóm qua ba lần khám

Phân loại ARIA	Nhóm điều trị + tư vấn (n=30)	Nhóm điều trị đơn thuần (n=41)	p (L1-L3)
	L1	L2	L3
Nhẹ từng đợt, n (%)	5 (16,67%)	15 (50,00%)	18 (60,00%)
Nhẹ dai dẳng, n (%)	3 (10,00%)	4 (13,33%)	2 (6,67%)
Vừa-nặng từng đợt, n (%)	8 (26,67%)	5 (16,67%)	5 (16,67%)
Vừa-nặng dai dẳng, n (%)	14 (46,67%)	6 (20,00%)	5 (16,67%)

Nhóm điều trị kết hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên cho thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê rõ rệt hơn, với tỷ lệ bệnh nhân "nhẹ từng đợt" tăng từ 16,67% lên 60,00% ($p = 0,001$) và tỷ lệ "vừa-nặng dai dẳng" giảm từ 46,67% xuống 16,67% ($p = 0,001$).

3.4. Hiệu quả trên chất lượng cuộc sống. Điểm EQ-VAS trung bình của nhóm điều trị kết hợp tư vấn giảm từ $4,93 \pm 1,39$ (L1) xuống $4,00 \pm 2,98$ (L3), sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nhóm điều trị đơn thuần cũng có sự cải thiện từ $4,85 \pm 1,81$ (L1) xuống $2,42 \pm 1,71$ (L3), với $p = 0,001$. Nhóm điều trị kết hợp tư vấn duy trì sự cải thiện ổn định hơn giữa L2 và L3, gợi ý hiệu quả bền vững trong dài hạn.

3.5. Các biện pháp phòng tránh dị nguyên được áp dụng. Trong nhóm điều trị kết hợp tư vấn, các biện pháp phòng tránh dị nguyên được áp dụng nhiều nhất bao gồm: lau chùi và hút bụi thường xuyên (61/65, 93,85%), giặt ga trải giường hàng tuần (61/65, 93,85%), và loại bỏ ổ chứa dị nguyên như thú nhồi bông và thảm trải sàn (61/65, 93,85%). Mức độ tuân thủ cao nhất đối với các biện pháp này được duy trì tại thời điểm L3 (87% bệnh nhân).

Phân tích tương quan cho thấy bệnh nhân có mức độ tuân thủ cao các biện pháp phòng tránh dị nguyên ($\geq 80\%$ số biện pháp được khuyến cáo) đạt được sự cải thiện triệu chứng và phân loại ARIA tốt hơn đáng kể so với nhóm có mức độ tuân thủ thấp ($< 50\%$ số biện pháp) ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị kết hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên so với điều trị đơn thuần trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng đơn mắt cảm. Kết quả cho thấy phương pháp kết hợp mang lại cải thiện đáng kể về triệu chứng lâm sàng, mức độ ARIA và chất lượng cuộc sống.

4.1. Hiệu quả trên triệu chứng lâm

sàng. Cả hai nhóm đều ghi nhận sự cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng sau 3 tháng điều trị, tuy nhiên nhóm được tư vấn phòng tránh dị nguyên cho thấy hiệu quả vượt trội và bền vững hơn. Đặc biệt, triệu chứng nghẹt mũi và hắt hơi trong nhóm can thiệp có mức cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), trong khi nhóm chứng không đạt được sự cải thiện có ý nghĩa đối với triệu chứng nghẹt mũi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Sheikh và cộng sự, cho thấy việc áp dụng các biện pháp phòng tránh dị nguyên như bọc nệm gối chống mạt, sử dụng máy hút bụi HEPA mang lại lợi ích trong kiểm soát triệu chứng cho một số bệnh nhân viêm mũi dị ứng.⁶

Dịch chuyển đáng chú ý nhất là ở triệu chứng nghẹt mũi – triệu chứng khó kiểm soát nhất bằng điều trị thuốc. Sự cải thiện rõ rệt ở nhóm kết hợp tư vấn (từ 100% xuống 20%, $p < 0,001$) so với nhóm chỉ điều trị (từ 65,85% xuống 22,86%, $p = 1,00$) cho thấy tầm quan trọng của việc giảm phơi nhiễm dị nguyên, đặc biệt là mạt bụi nhà – dị nguyên chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (62,42%). Điều này phù hợp với khuyến cáo của Arlian và cộng sự về việc kiểm soát nồng độ dị nguyên Der p 1 và Der f 1 trong môi trường sống để giảm tỷ lệ và mức độ nặng của viêm mũi dị ứng.⁷

4.2. Cải thiện mức độ ARIA. Kết quả nghiên cứu cho thấy cả hai nhóm đều có xu hướng dịch chuyển từ mức độ nặng sang nhẹ theo phân loại ARIA, với tỷ lệ "nhẹ từng đợt" tăng và "vừa-nặng dai dẳng" giảm có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nhóm kết hợp tư vấn có sự dịch chuyển mạnh mẽ hơn, đặc biệt khi xét từ điểm xuất phát thấp hơn (16,67% so với 36,59% ở mức "nhẹ từng đợt" ban đầu). Sự dịch chuyển này phù hợp với nghiên cứu của Custovic và cộng sự (2002), chỉ ra rằng việc giảm tiếp xúc với dị nguyên trong môi trường sống giúp làm giảm đáng kể các triệu chứng dị ứng hô hấp và cải thiện mức độ phân loại bệnh ở những bệnh nhân có mắt cảm.⁸

Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh nhân "vừa-nặng dai dẳng" giảm từ 46,67% xuống 16,67% ($p=0,001$) ở nhóm can thiệp, cho thấy tiềm năng của các biện pháp phòng tránh dị nguyên trong việc chuyển đổi kiểu hình bệnh từ dai dẳng sang từng đợt. Điều này mang ý nghĩa lâm sàng quan trọng vì các trường hợp dai dẳng thường đòi hỏi điều trị thuốc kéo dài, tăng nguy cơ tác dụng phụ và chi phí điều trị.

4.3. Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Điểm EQ-VAS cải thiện ở cả hai nhóm nghiên cứu, tuy nhiên mức độ phân tán lớn hơn ở nhóm can thiệp cho thấy sự đa dạng trong cảm nhận của bệnh nhân về hiệu quả điều trị kết hợp tư vấn. Kết quả này phản ánh thực tế rằng, việc áp dụng các biện pháp phòng tránh dị nguyên đòi hỏi nỗ lực thực hiện từ bệnh nhân, có thể gây bất tiện trong cuộc sống hàng ngày nhưng mang lại hiệu quả lâu dài. Nghiên cứu của Morgan và cộng sự (2004) cũng đã ghi nhận hiện tượng tương tự khi đánh giá chất lượng cuộc sống trong các can thiệp môi trường ở bệnh nhân dị ứng.⁹

4.4. Tuân thủ các biện pháp phòng tránh dị nguyên. Tỷ lệ tuân thủ các biện pháp phòng tránh ở mức cao nhất với các can thiệp đơn giản, ít tốn kém như bọc gối chống mạt nhà (46,15%), lau chùi và hút bụi thường xuyên (46,92%). Ngược lại, các biện pháp đòi hỏi chi phí cao hơn như lọc không khí bằng bộ lọc HEPA (20%) có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Portnoy và cộng sự, cho thấy tính khả thi và chi phí là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tuân thủ các biện pháp kiểm soát môi trường.¹⁰

Mức độ tuân thủ có xu hướng giảm theo thời gian, nhưng vẫn được duy trì ở mức chấp nhận được sau 3 tháng, đặc biệt với các biện pháp đơn giản. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tư vấn chi tiết và theo dõi định kỳ để đảm bảo tính bền vững của can thiệp.

4.5. Phân tích theo loại dị nguyên. Bệnh nhân mẫn cảm với mạt nhà có đáp ứng tốt nhất với biện pháp kết hợp tư vấn phòng tránh. Điều này có thể giải thích do các biện pháp phòng tránh mạt nhà (bọc nệm gối, hút bụi thường xuyên, kiểm soát độ ẩm) tương đối dễ thực hiện và đã được nghiên cứu chứng minh hiệu quả. Ngược lại, các biện pháp phòng tránh dị nguyên từ gián và lông thú thường khó thực hiện hơn và đòi hỏi thay đổi lớn trong thói quen sống.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc kết hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên với

điều trị chuẩn mang lại hiệu quả vượt trội trong quản lý VMDU đơn mẫn cảm, đặc biệt đối với triệu chứng nghẹt mũi - triệu chứng thường khó kiểm soát bằng thuốc đơn thuần. Phương pháp này giúp giảm bớt sự phụ thuộc vào thuốc và có tiềm năng làm giảm chi phí điều trị lâu dài.

Dựa trên kết quả này, chúng tôi đề xuất bác sĩ lâm sàng nên tích hợp tư vấn phòng tránh dị nguyên đặc hiệu vào phác đồ điều trị VMDU, đặc biệt đối với bệnh nhân có tình trạng dai dẳng hoặc nặng. Việc tư vấn nên được cá thể hóa dựa trên kết quả test lấy da và tập trung vào các biện pháp đơn giản, dễ thực hiện như bọc nệm gối, giặt ga giường thường xuyên và kiểm soát độ ẩm trong nhà.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pawankar R, Canonica G, Holgate S, Lockey R. World Allergy Organization (WAO) white book on allergy. Wisconsin: World Allergy Organisation. 2011.
2. Lâm HT, Tường NV, Ekerljung L, Rönmark E, Lundbäck B. Allergic rhinitis in northern vietnam: increased risk of urban living according to a large population survey. *Clinical and Translational Allergy*. 2011;1(1):7.
3. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2019 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy*. 2019;63 Suppl 86:8-160.
4. Kryukov A, Bondareva G, Thao N. Prevalence and etiology of allergic rhinitis in the conditions of North Vietnam the countries of South-East Asia. *Rossiiskaya rinologiya*. 2019;27:15.
5. Chu HT, Godin I, Phuong NT, Nguyen LH, Hiep TTM, Michel O. Allergen sensitisation among chronic respiratory diseases in urban and rural areas of the south of Viet Nam. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2018;22(2):221-9.
6. Sheikh A, Hurwitz B, Nurmatov U, van Schayck CP. House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(7):CD001563.
7. Arlian LG, Neal JS, Morgan MS. Reducing relative humidity is a practical way to control dust mites and their allergens in homes in temperate climates. *J Allergy Clin Immunol*. 2003;111(3):437-439.
8. Custovic A, Simpson A, Chapman MD, Woodcock A. Allergen avoidance in the treatment of asthma and atopic disorders. *Thorax*. 2002;57(5):450-456.
9. Morgan WJ, Crain EF, Gruchalla RS, et al. Results of a home-based environmental intervention among urban children with asthma. *N Engl J Med*. 2004;351(11):1068-1080.
10. Portnoy J, Chew GL, Phipatanakul W, et al. Environmental assessment and exposure reduction of cockroaches: a practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2013;132(4):802-808.