

kỳ là $5,09 \pm 1,38$ (cao hơn so với điểm cắt giới hạn của chỉ số HOMA-IR là 2,016). Giá trị trung bình của chỉ số QUICKI của các bệnh nhân này là $0,31 \pm 0,12$ (thấp hơn so với điểm cắt giới hạn của chỉ số QUICKI là 0,3425) (bảng 3.4). Như vậy cả ba bệnh nhân hủy chu kỳ đều có tình trạng đề kháng insulin. Điều này đặt ra giả thiết rằng liệu có phải chính tình trạng đề kháng insulin của các bệnh nhân này là nguyên nhân làm cho các nang noãn kém nhạy cảm khi KTBT. Vì vậy đối với các trường hợp có tiền sử đáp ứng kém khi KTBT cần điều trị bằng thuốc tăng nhạy cảm tế bào đối với insulin đối với những bệnh nhân này trước khi tiến hành KTBT.

V. KẾT LUẬN

Sự đề kháng insulin ở bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang thể hiện ở chỉ số HOMA-IR cao hơn và chỉ số QUICKI thấp hơn so với nhóm chứng. Tỷ lệ kháng insulin ở các bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang là 57,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Tiên.** Phân bố tỷ lệ mắc vô sinh và các yếu tố ảnh hưởng đến vô sinh tại Việt Nam năm 2009. Hội thảo Việt Pháp 2011:54-61.
2. **Asuncion M, Calvo RM, Sanmillan JL, et al.**

Aprospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected caucasian women from Spain. J Clin Endocrinol Metab 2000, 86:2434-2438.

3. **Hart R, Doherty DA.** The potential implications of a PCOS diagnosis on a woman's long-term health using data linkage. J Clin Endocrinol Metab 2015, 100(3):911-919.
4. **Rotterdam ESHRE/ASRM sponsored PCOS consensus workshop group.** Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. Fertility and Sterility 2004, 81(1):19-25.
5. **World Health Organization.** Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report, World Health Organization 1998.
6. **Nguyễn Khoa Diệu Vân, Đỗ Xuân Mạnh.** Đánh giá tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang. Y học thực hành 2010, 724(6):11-14.
7. **Ta-Chin L, Jui-Mei Y, Kum-Bing G, et al.** Abnormal glucose tolerance and insulin resistance in polycystic ovary syndrome amongst the Taiwanese population- not correlated with insulin receptor substrate-1 Gly972Arg/Ala513Pro polymorphism. BMC Medical Genetics 2006, 7:36-43.
8. **Enrico C, Rogerio AL.** Use of fasting blood to assess the prevalence of insulin resistance in women with polycystic ovary syndrome. Fertility and sterility 2004, 82(3):661-665.

MỨC ĐỘ PHỔ BIẾN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA HỘI CHỨNG DA NHẠY CẢM TỰ NHẬN ĐỊNH

Nguyễn Thị Hồng Nhung¹, Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2}, Vũ Nguyệt Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ hội chứng da nhạy cảm (SSS) tự nhận định và xác định các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 198 người tham gia đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương đã được lựa chọn. Sau khi được cung cấp định nghĩa về SSS, những người tham gia tự đánh giá tình trạng của mình và trả lời các câu hỏi về các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Trong số 198 người tham gia, tỷ lệ nữ trên nam là 1,82:1, tỷ lệ SSS tự nhận định là 60,6%. Tỷ lệ SSS không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với tuổi hoặc giới tính ($p > 0,05$). Đối tượng mắc SSS có nguy cơ cao hơn đáng kể trong việc phản ứng với nhiều yếu tố kích hoạt khác nhau ($p \leq 0,001$). Các yếu tố liên quan chặt chẽ nhất với SSS là tiếp xúc với gió ($OR=8,531$), tập thể dục ($OR=8,333$), căng thẳng tâm lý ($OR=7,967$) và sử dụng xà phòng/chất tẩy rửa

($OR=7,618$). Các yếu tố kích hoạt phổ biến khác bao gồm tiếp xúc không khí nóng/khô, tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, không khí lạnh/ẩm, sử dụng xà phòng/chất tẩy rửa, sử dụng mỹ phẩm, và tiếp xúc với khói bụi/ô nhiễm. Điểm số độ nhạy cảm tự nhận định (VAS) có giá trị trung vị là 5 (khoảng tứ phân vị: 3–6). Các triệu chứng cảm giác chính là ngứa (70,0%) và châm chích (33,3%); ban đỏ cũng là triệu chứng thực thể phổ biến (54,2%). Các triệu chứng thường trầm trọng hơn vào mùa đông (38,3%) và mùa hè (37,5%). **Kết luận:** Hội chứng da nhạy cảm là một tình trạng phổ biến, ảnh hưởng đến các cá nhân không phân biệt tuổi tác hay giới tính. Bệnh được đặc trưng bởi các triệu chứng cảm giác chủ quan và ban đỏ, bị kích hoạt đáng kể bởi nhiều yếu tố môi trường, hóa chất và nội sinh. Các triệu chứng thường có xu hướng nặng hơn vào mùa đông và mùa hè. **Từ khóa:** da nhạy cảm, cảm giác, ban đỏ, ngứa, yếu tố kích hoạt.

SUMMARY

OBSERVED RATE AND ASSOCIATED FACTORS OF SELF-REPORTED SENSITIVE SKIN SYNDROME

Objective: To assess the self-reported prevalence of Sensitive Skin Syndrome (SSS) and identify its associated factors. **Materials and**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hà Vinh

Email: nguyenhavinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

Methods: A total of 198 participants who presented to the National Hospital of Dermatology and Venereology were enrolled. After being provided with a formal definition of SSS, participants self-assessed their condition and answered questions about potential related factors. **Results:** Among the 198 participants, who exhibited a female-to-male ratio of 1.82:1, the self-reported prevalence of SSS was 60.6%. The SSS prevalence showed no statistically significant association with age or gender ($p>0.05$). Individuals with SSS were significantly more likely to react to various triggers ($p\leq 0.001$). The factors most strongly associated with SSS were exposure to wind ($OR=8.531$), physical exercise ($OR=8.333$), psychological stress ($OR=7.967$), and soaps/detergents ($OR=7.618$). Other common triggers included hot/dry air, sun exposure, cold/humid air, use of hygiene soaps/cleansers, use of cosmetics, exposure to smog/pollutants. The median self-perceived sensitivity score (VAS) was 5 (interquartile range: 3–6). The primary sensory symptoms were itching (70.0%) and stinging (33.3%), erythema was also a common physical sign (54.2%). Symptoms were most frequently exacerbated during winter (38.3%) and summer (37.5%). **Conclusion:** Sensitive skin syndrome is a common condition, affecting individuals regardless of age or gender. It is characterized by subjective sensory symptoms and objective erythema, significantly triggered by a wide range of environmental, chemical, and endogenous factors. Notably, symptoms tend to worsen during winter and summer. **Keywords:** sensitive skin, sensory symptoms, erythema, pruritus, trigger.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo diễn đàn nghiên cứu ngứa quốc tế (International Forum for the Study of Itch- IFSI), da nhạy cảm (sensitive skin syndrome-SSS) được định nghĩa là: một hội chứng được xác định bởi sự xuất hiện của các cảm giác khó chịu (cảm giác châm chích, nóng rát, đau, ngứa hoặc kiến bò) khi phản ứng với các kích thích thường không gây ra những cảm giác đó. Những cảm giác khó chịu này không thể được giải thích bằng các tổn thương do bất kỳ bệnh lý da nào. Da có thể bình thường hoặc kèm theo ban đỏ. Da nhạy cảm có thể ảnh hưởng đến tất cả các vị trí trên cơ thể, đặc biệt là mặt.¹

Một số nghiên cứu tại Pháp, Hoa Kỳ, Nga, Brazil, Hàn Quốc, Trung Quốc cho thấy hơn một nửa dân số tự nhận định mình có làn da nhạy cảm; hội chứng này cũng phổ biến ở cả 2 giới với tỷ lệ nữ giới 60-70% và nam giới 50-60%.²⁻⁴ Các nghiên cứu chẩn đoán hội chứng da nhạy cảm thường dựa vào khả năng tự nhận định dựa trên định nghĩa của IFSI, bảng câu hỏi hoặc các thử nghiệm ít xâm lấn.

Tại Việt Nam hiện vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hội chứng da nhạy cảm cũng như các yếu tố liên quan. Vì vậy chúng tôi tiến

hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá mức độ phổ biến và các yếu tố liên quan của hội chứng da nhạy cảm tự nhận định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các đối tượng đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong thời gian từ tháng 11/2024 đến tháng 5/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân hiện tại đang có các bệnh lý da liễu: trứng cá, trứng cá đỏ, viêm da dầu, viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc, vảy nến, bệnh da nhiễm khuẩn.
- Tiếp xúc thường xuyên với ánh nắng mặt trời hoặc sử dụng các thuốc bôi/ thuốc đường toàn thân trong vòng 3 tháng trở lại đây.
- Đang mang thai hoặc cho con bú.
- Không có khả năng hiểu và/hoặc trả lời bảng câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu để ước tính tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$$

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với độ tin cậy 95%)

α : mức ý nghĩa thống kê (95%)

$p = 0,71$ (tỷ lệ da nhạy cảm tự nhận định trong nghiên cứu tổng hợp của Chen năm 2020)²
 $\varepsilon = 0,1$; Thay vào công thức trên ta có cỡ mẫu tối thiểu $n=157$. Trên thực tế chúng tôi lấy vào nghiên cứu 198 đối tượng.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2024 đến tháng 5/2025.

Vật liệu nghiên cứu: bệnh án nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu. Sau khi đối tượng được chọn vào nghiên cứu. Nghiên cứu viên khai thác thông tin nhân trắc học, tiền sử, dịch tễ có liên quan của đối tượng nghiên cứu.

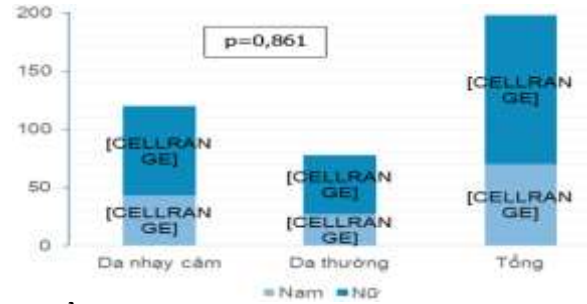
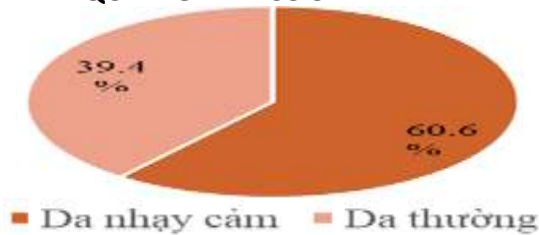
Tất cả các đối tượng được giải thích kỹ về định nghĩa da nhạy cảm, sau đó sẽ tự nhận định mình có thuộc nhóm da nhạy cảm hay da thường (da không nhạy cảm), sau đó trả lời các câu hỏi về các yếu tố liên quan theo bệnh án nghiên cứu.

Dựa vào các thuật toán thống kê, đánh giá tỷ lệ da nhạy cảm của đối tượng, mối liên quan với các yếu tố kích hoạt và các triệu chứng của đối tượng mắc hội chứng da nhạy cảm.

Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh, Bệnh viện Da liễu Trung ương theo quyết định số 56/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 20 tháng 11 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Tỷ lệ da nhạy cảm tự nhận định và mối liên quan với giới tính

Nhận xét: Trong 198 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ da nhạy cảm tự nhận định chiếm 39,4%, trong đó da thường chiếm 60,6%; tỷ lệ nữ:nam=1,82. Tỷ lệ nữ giới ở nhóm da nhạy cảm là 64,2%, tỷ lệ nữ giới ở nhóm da thường là 65,4%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 1. Mối liên quan giữa da nhạy cảm tự nhận định và tuổi ($n=198$)

Nhóm tuổi (18-65)	Da nhạy cảm ($n=120$)	Da thường ($n=78$)	Tổng ($n=198$)	p value
<35	69 (60,0%)	46 (40,0%)	115 (100%)	0,837
≥35	51 (61,4%)	32 (38,6%)	83 (100%)	
Tuổi trung bình	33,89±11,23	34,56±11,37	34,16±11,26	0,682

Nhận xét: Tỷ lệ da nhạy cảm ở nhóm tuổi <35 là 60,0%, tỷ lệ này ở nhóm tuổi ≥35 là 61,4%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ da nhạy cảm ở hai nhóm. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 34,16±11,26, ở nhóm da nhạy cảm là 33,89±11,23, ở nhóm da thường là 34,56±11,37. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình ở 2 nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa da nhạy cảm tự nhận định với các yếu tố kích hoạt ($n=198$)

Yếu tố	Da nhạy cảm ($n=120$)	Da thường ($n=78$)	Tổng ($n=198$)	p value	OR
Tiếp xúc ánh nắng mặt trời	68 (56,7%)	25 (32,1%)	93 (47,0%)	<0,001	2,772(1,526-5,037)
Tiếp xúc không khí nóng và/hoặc khô	82 (68,3%)	31 (39,7%)	113 (57,1%)	<0,001	3,272(1,805-5,929)
Tiếp xúc không khí lạnh và/hoặc ẩm	57 (47,5%)	14 (17,9%)	71 (35,9%)	<0,001	4,136(2,095-8,166)
Tiếp xúc với gió	22 (18,3%)	2 (2,6%)	24 (12,1%)	0,001	8,531(1,945-37,407)
Tiếp xúc với nước	11 (9,2%)	3 (3,8%)	14 (7,1%)	0,154	2,523(0,681-9,351)
Tập thể dục	30 (25,0%)	3 (3,8%)	33 (16,7%)	<0,001	8,333(2,446-28,389)
Sử dụng xà phòng/chất tẩy rửa	35 (29,2%)	4 (5,1%)	39 (19,7%)	<0,001	7,618(2,586-22,440)
Sử dụng mỹ phẩm	41 (34,2%)	8 (10,3%)	49 (24,7%)	<0,001	4,541(1,994-10,342)
Tiếp xúc khói bụi/ô nhiễm	57 (47,5%)	14 (17,9%)	71 (35,9%)	<0,001	4,136(2,095-8,166)
Căng thẳng	29 (24,2%)	3 (3,8%)	32 (16,2%)	<0,001	7,967(2,335-27,185)

Nhận xét: Khảo sát 10 yếu tố kích hoạt thường gặp, yếu tố khiến nhiều người khó chịu nhất là không khí nóng và/hoặc khô (57,1%), tiếp theo đến ánh nắng mặt trời (47%), không khí lạnh và/hoặc ẩm (35,9%), khói bụi (35,9%). Ít người thấy khó chịu nhất là yếu tố nước (7,1%). Nhóm da nhạy cảm dễ phản ứng với các yếu tố ánh nắng mặt trời, không khí nóng và/hoặc khô, không khí lạnh và/hoặc ẩm, gió, tập thể dục, sử dụng xà phòng/chất tẩy rửa, sử dụng mỹ phẩm, khói bụi, căng thẳng hơn nhóm da thường có ý nghĩa thống kê ($p \leq 0,001$). Không có sự khác biệt về phản ứng với nước ở hai nhóm ($p > 0,05$). Các yếu tố kích hoạt quan trọng nhất là gió (OR=8,531), tập thể dục (OR=8,333), căng thẳng (OR=7,967), sử dụng xà phòng/chất tẩy rửa (OR=7,618).

dùng mỹ phẩm, khói bụi, căng thẳng hơn nhóm da thường có ý nghĩa thống kê ($p \leq 0,001$). Không có sự khác biệt về phản ứng với nước ở hai nhóm ($p > 0,05$). Các yếu tố kích hoạt quan trọng nhất là gió (OR=8,531), tập thể dục (OR=8,333), căng thẳng (OR=7,967), sử dụng xà phòng/chất tẩy rửa (OR=7,618).

Bảng 3. Đặc điểm mức độ nhạy cảm theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale) ($n=120$)

Điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ tích lũy (%)	Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
10	1	0,8	0,8	5 (3-6)
9	1	0,8	1,6	
8	6	5	6,6	
7	13	10,8	17,4	
6	17	14,2	31,6	
5	24	20	51,6	
4	22	18,3	69,9	
3	20	16,7	86,6	
2	14	11,7	98,3	
1	2	1,7	100	
Tổng	120	100		

Nhận xét: Trong nhóm da nhạy cảm, số đối tượng đánh giá mức độ nhạy cảm 5 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (20%), sau đó đến 4 điểm, 3 điểm, 6 điểm với tỷ lệ tương ứng là 18,3%, 16,7%, 14,2%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là điểm 9, 10 với cùng tỷ lệ 0,8%. Điểm trung vị là 5 điểm, khoảng tứ phân vị là 3-6 điểm.

Bảng 4. Đặc điểm khởi phát của đối tượng (n=120)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Châm chích	40	33,3
	Bỏng rát	8	6,7
	Đau	7	5,8
	Ngứa	84	70,0
	Kiến bò	8	6,7
Triệu chứng ban đỏ		65	54,2
Tuổi khởi phát trung bình (Min-Max)		20,99±5,52 (10-40)	

Nhận xét: Trong nhóm da nhạy cảm, triệu chứng khởi phát chiếm tỷ lệ cao nhất là ngứa (70%), tiếp theo đến châm chích (33,3%). Triệu chứng đau chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,8%). Ban đỏ cũng xuất hiện phổ biến với tỷ lệ 54,2%. Tuổi khởi phát trung bình là 20,99±5,52 (10-40).

Bảng 5. Đặc điểm ảnh hưởng của mùa (n=120)

	Mùa	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có ảnh hưởng	Xuân	13	10,8
	Hạ	45	37,5
	Thu	7	5,8
	Đông	46	38,3
	Tổng	82	68,3
Không ảnh hưởng		38	31,7

Nhận xét: Trong nhóm da nhạy cảm, có 68,3% báo cáo bị ảnh hưởng bởi mùa. Mùa được báo cáo gây ảnh hưởng nhiều nhất là mùa đông chiếm tỷ lệ 38,3%, ngay sau đó là mùa hạ với tỷ lệ 37,5%. Có 38 đối tượng (31,7%) báo cáo không bị ảnh hưởng bởi mùa trong năm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 198

đối tượng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, tuổi trung bình 34,16±11,26, với tỷ lệ nữ/nam =1,82:1, cho thấy tỷ lệ SSS tự nhận định chiếm 60,4%, cao hơn so với da thường (39,6%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Chen và cộng sự năm 2020 đã tổng hợp 26 nghiên cứu ở 18 quốc gia với 51.783 đối tượng cho thấy: tỷ lệ da nhạy cảm tự nhận định là 71%.² Các nghiên cứu tại các nước châu Á cũng cho kết quả tương đồng: nghiên cứu của Kim tại Hàn Quốc năm 2018 cho kết quả 56,8% báo cáo có làn da nhạy cảm hoặc rất nhạy cảm; nghiên cứu của Li tại Trung Quốc năm 2022 ghi nhận tỷ lệ này trên 50%.^{3,4} Kết quả của chúng tôi góp phần khẳng định rằng hội chứng da nhạy cảm là một vấn đề phổ biến trong cộng đồng.

Về đặc điểm nhân trắc học, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới, tuổi trung bình cũng như lứa tuổi trẻ (<35 tuổi) giữa nhóm da nhạy cảm và nhóm da thường ($p>0,05$). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Kamide 2013 cho thấy không có sự khác biệt đáng kể ($p=0,22$) giữa hai giới.⁶ Nghiên cứu của Farage năm 2009 cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về giới tính, dân tộc hoặc độ tuổi.⁷ Tuy nhiên, kết quả này khác với nghiên cứu của Li năm 2023, tỷ lệ da nhạy cảm tự báo cáo ở nữ cao hơn nam ở mức có ý nghĩa thống kê ($p=9,98\times 10^{-19}$), độ tuổi của những cá nhân tự báo cáo SSS trẻ hơn một chút so với nhóm đối chứng ($p=0,04$).⁴ Nghiên cứu của Misery năm 2018 cho thấy SSS phổ biến hơn ở phụ nữ (66% so với 51,9%) và ở những người trẻ tuổi (<35 tuổi).⁵ Như vậy, mối liên quan của tuổi và giới với SSS vẫn còn có nhiều sự khác biệt giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt này có thể do yếu tố chủng tộc, tương tác của nhiều yếu tố khách quan khác và thời điểm thực hiện nghiên cứu.

Kết quả phân tích các yếu tố kích hoạt cho thấy các yếu tố gây cảm giác khó chịu thường gặp nhất là không khí nóng và/hoặc khô (57,1%), sau đó là ánh nắng mặt trời (47%), không khí lạnh và/hoặc ẩm (35,9%), khói bụi (35,9%). Ít người thấy khó chịu nhất là yếu tố nước (7,1%). Nhóm da nhạy cảm phản ứng nhiều hơn có ý nghĩa thống kê với hầu hết các yếu tố được khảo sát, bao gồm các yếu tố môi trường như gồm như ánh nắng mặt trời, không khí khô hoặc lạnh, khói bụi, cũng như các yếu tố hóa học như xà phòng, mỹ phẩm; các yếu tố nội sinh như căng thẳng, stress và hoạt động thể lực cũng được ghi nhận là các yếu tố khởi phát đáng

kể ($p \leq 0,001$). Các yếu tố kích hoạt quan trọng nhất là gió ($OR=8,531$), tập thể dục ($OR=8,333$), căng thẳng ($OR=7,967$), sử dụng xà phòng/chất tẩy rửa ($OR=7,618$). Không có sự khác biệt về phản ứng với nước ở hai nhóm ($p > 0,05$). Số lượng yếu tố gây cảm giác khó chịu ở nhóm da nhạy cảm cao hơn rõ rệt so với nhóm da thường ($p < 0,001$). Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Kim năm 2018 đánh giá cao vai trò của các yếu tố thay đổi nhiệt độ, không khí khô, điều hòa không khí, nước, ô nhiễm, mỹ phẩm.³ Nghiên cứu của Misery năm 2018 ghi nhận sự ảnh hưởng của các yếu tố lạnh, nóng, ánh nắng mặt trời, không khí khô, điều hòa không khí, nước, ô nhiễm, thay đổi nhiệt độ, mỹ phẩm, cảm xúc.⁵ Ở nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố nước do có ít đối tượng có phản ứng nên chưa có sự khác biệt đáng kể, cần nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác.

Một điểm nổi bật khác là mức độ nhạy cảm được tự đánh giá chủ yếu ở mức trung bình đến cao, với điểm VAS trung vị là 5/10. Điểm số từ mức 4 trở lên chiếm 69,9%. Tương đồng với nghiên cứu Kim tại Hàn Quốc năm 2018, tỷ lệ báo cáo có làn da nhạy cảm hoặc rất nhạy cảm là 56,8%.³ Nghiên cứu của Boonchai năm 2024 cũng cho kết quả tỷ lệ nhận định da nhạy cảm từ mức trung bình trở lên là 69%.⁸

Các triệu chứng cảm giác khởi phát thường gặp là ngứa (70%), châm chích (33,3%). Tỷ lệ xuất hiện ban đỏ cũng khá cao (54,2%). Điều này góp phần khẳng định hội chứng này không đơn thuần chỉ là cảm giác chủ quan mà có thể đi kèm biểu hiện lâm sàng cụ thể. Kết quả này tương đồng với báo cáo quốc tế của Misery năm 2017 nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá toàn diện cả về mặt chủ quan lẫn khách quan trong chẩn đoán.¹

Về ảnh hưởng theo mùa, kết quả cho thấy mùa đông và mùa hè là hai thời điểm tác động lớn đến SSS với tỷ lệ người chịu ảnh hưởng tương ứng là 38,3% và 37,5%. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đó: nghiên cứu của Richter năm 2017 cho thấy da nhạy cảm hơn vào mùa đông.⁹ Một nghiên cứu của Misery cho thấy tháng 7 (58,2%) và tháng 3 ảnh hưởng đến hơn một nửa số người có SSS (tỷ lệ lần lượt là 59,4% và 52,1%).¹⁰ Các nghiên cứu nhìn chung đều chỉ ra tác động lớn của mùa đông và mùa hạ đến SSS, mức độ ảnh hưởng của hai mùa này thay đổi có thể do đặc thù khí hậu của từng địa điểm nghiên cứu và yếu tố

chủng tộc.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng da nhạy cảm là một tình trạng phổ biến, ảnh hưởng đến các cá nhân không phân biệt tuổi tác hay giới tính. Bệnh được đặc trưng bởi các triệu chứng cảm giác chủ quan và ban đỏ, bị kích hoạt đáng kể bởi nhiều yếu tố môi trường, hóa chất và nội sinh. Các triệu chứng thường có xu hướng nặng hơn vào mùa đông và mùa hè.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Misery L, Ständer S, Szepletowski JC, et al.** Definition of Sensitive Skin: An Expert Position Paper from the Special Interest Group on Sensitive Skin of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol.* 2017;97(1):4-6. doi:10.2340/00015555-2397
2. **Chen W, Dai R, Li L.** The prevalence of self-declared sensitive skin: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2020;34(8):1779-1788. doi:10.1111/jdv.16166
3. **Kim YR, Cheon HI, Misery L, et al.** Sensitive skin in Korean population: An epidemiological approach. *Skin Res Technol.* 2018;24(2):229-234. doi:10.1111/srt.12418
4. **Li B, Cai X, Wang L, et al.** A GWAS Finds Variants at 2p21 Associated with Self-Reported Sensitive Skin in the Han Chinese Population. *J Invest Dermatol.* 2022;142(1):243-247.e9. doi:10.1016/j.jid.2021.04.021
5. **Misery L, Jourdan E, Huet F, et al.** Sensitive skin in France: a study on prevalence, relationship with age and skin type and impact on quality of life. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV.* 2018;32(5). doi:10.1111/jdv.14837
6. **Kamide R, Misery L, Perez-Cullell N, et al.** Sensitive skin evaluation in the Japanese population. *J Dermatol.* 2013;40(3):177-181. doi:10.1111/1346-8138.12027
7. **Farage MA.** How do perceptions of sensitive skin differ at different anatomical sites? An epidemiological study. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34(8): e521-530. doi:10.1111/j.1365-2230.2009.03487.x
8. **Boonchai W, Kanokrungrsee S, Prasertsook S, et al.** Sensitive skin in Thailand: Validity of Thai versions of the sensitive scale and the burden of sensitive skin questionnaires. *J Cosmet Dermatol.* 2024;23(11):3776-3778. doi:10.1111/jocd.16341
9. **Richters RJH, Uzunbajakava NE, Hendriks JCM, et al.** A model for perception-based identification of sensitive skin. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(2): 267-273. doi:10.1111/jdv.13829
10. **Misery L, Myon E, Martin N, et al.** Sensitive skin: psychological effects and seasonal changes. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21(5):620-628. doi:10.1111/j.1468-3083.2006.02027.x

SO SÁNH GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM MAP(ASH) VÀ CHỈ SỐ MELD Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

Triệu Thị Lan¹, Vũ Hải Hậu¹,
Nguyễn Công Long^{2,3}, Bùi Công Thép⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh giá trị tiên lượng tử vong và tái xuất huyết trong 90 ngày của thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD ở bệnh nhân (BN) xơ gan có xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 114 BN xơ gan có XHTH do vỡ giãn TMTQ tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2024 đến 05/2025. Thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD được đánh giá trong 24h đầu nhập viện và theo dõi tái xuất huyết, tử vong trong 90 ngày. **Kết quả:** Thang điểm MAP(ASH) và MELD có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong, với diện tích dưới đường cong ROC (AUROC) lần lượt là 0,842 (95% CI: 0,686 – 0,998; $p < 0,001$) và 0,869 (95% CI: 0,724 – 1,00; $p < 0,001$). Trong tiên lượng tái xuất huyết, MAP(ASH) và MELD có giá trị khá, với AUROC tương ứng 0,731 (95% CI: 0,612–0,850) và 0,712 (95% CI: 0,589 – 0,835), đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). **Kết luận:** Cả hai thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD đều có giá trị tiên lượng ở bệnh nhân xơ gan có XHTH do vỡ giãn TMTQ theo dõi trong 90 ngày. Trong đó, MELD có giá trị hơn trong tiên lượng tử vong, MAP(ASH) có giá trị hơn trong tiên lượng tái xuất huyết.

Từ khóa: Thang điểm MAP(ASH), MELD, xơ gan, vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

SUMMARY

COMPARISON OF THE PROGNOSTIC VALUE OF MAP(ASH) SCORE AND MELD SCORE IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO RUPTURED ESOPHAGEAL VARICES

Objective: Comparison of the prognostic value of 90-day mortality and rebleeding using the MAP(ASH) score and MELD index in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding (GIB) due to esophageal variceal rupture. **Methods:** A descriptive, prospective study was conducted on 114 cirrhotic patients with GIB caused by esophageal variceal rupture at the Gastroenterology and Hepatology Center, Bach Mai

Hospital, from October 2024 to May 2025. MAP(ASH) and MELD scores were assessed within the first 24 hours of admission. Patients were monitored for rebleeding and mortality over 90 days. **Results:** Both MAP(ASH) and MELD showed good predictive value for mortality, with areas under the ROC curve (AUROC) of 0.842 (95% CI: 0.686 – 0.998; $p < 0,001$) and 0.869 (95% CI: 0.724 – 1.00; $p < 0,001$), respectively. For rebleeding, MAP(ASH) and MELD demonstrated fair predictive value, with AUROCs of 0.731 (95% CI: 0.612 – 0.850) and 0.712 (95% CI: 0.589 – 0.835), respectively, both statistically significant ($p < 0,001$). **Conclusion:** Both MAP(ASH) and MELD scores have good prognostic value for 90-day mortality and rebleeding in cirrhotic patients with GIB due to esophageal varices. Among them, the MELD score was more valuable in predicting mortality, while the MAP(ASH) score was more useful in predicting rebleeding. **Keywords:** MAP(ASH) score, MELD, cirrhosis, esophageal variceal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh lý gan phổ biến, diễn biến và tiến triển mạn tính dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm gây tỉ lệ tử vong cao như: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, ung thư gan, hôn mê gan, hội chứng gan-thận. Trong đó, chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhân xơ gan, chiếm khoảng 60-65% các đợt chảy máu ở bệnh nhân xơ gan. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị, tỷ lệ tử vong trong 6 tuần đầu vẫn ở mức cao (15–20%) [1]. Do đó, tiên lượng nguy cơ tái xuất huyết và tử vong của bệnh nhân ở giai đoạn sớm là rất cần thiết để có kế hoạch theo dõi và can thiệp kịp thời. Trong thực hành lâm sàng, nhiều thang điểm đã được sử dụng như Child-Pugh, AIMS65, MELD đã được sử dụng để đánh giá. Chỉ số MELD (Model for End-stage Liver Disease) được sử dụng rộng rãi để đánh giá mức độ nặng và tiên lượng tử vong ngắn hạn. Gần đây, MAP(ASH) là một thang điểm mới, đơn giản, dựa trên 6 thông số lâm sàng và cận lâm sàng, có khả năng tiên lượng tử vong và tái xuất huyết trong chảy máu tiêu hóa trên. Theo Redondo-Cerezo E và cộng sự (2020), MAP(ASH) là thang điểm đánh giá rủi ro trước nội soi có độ chính xác dự đoán tốt cho can thiệp (AUROC = 0,83; khoảng tin cậy 95% [CI]: 0,79–0,88), dự đoán tỷ lệ tử vong ở mức trung bình (AUROC = 0,74;

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbmb@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025