

3. **Kamath, P. S., et al.** "A model to predict survival in patients with end-stage liver disease." *Hepatology*, 2021.
4. **Moreau, R., et al.** "Acute-on-chronic liver failure: a distinct syndrome that predicts mortality in patients with acute decompensation of cirrhosis." *Gastroenterology*, 2013.
5. **Nguyễn Văn Tuấn và Tạ Thị Diệu Ngân**, "Giá trị của thang điểm Child Pugh, MELD và MELD-Na trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 531 (1B), 2023, tr 361-365.
6. **Nguyễn Thị Thu Hải và Bùi Hữu Hoàng**, "Giá trị của thang điểm MELD và mô hình AE trong dự đoán suy gan cấp trên nền mạn ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn đợt bùng phát nặng". *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 545 (2), 2024, tr157-160.
7. **Biggins, S. W., et al.** "Evidence-based incorporation of serum sodium concentration into MELD." *Gastroenterology*, 2006.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA MÀY ĐAY MẠN TÍNH TỰ PHÁT CÓ PHÙ MẠCH

Bùi Thị Trang¹, Lê Huyền My^{1,2}, Lê Hữu Doanh^{1,2},
Nguyễn Thị Kim Cúc^{1,2}, Trần Sơn Tùng¹, Vũ Nguyệt Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mày đay mạn tính tự phát (CSU) là bệnh da thường gặp, trong đó phù mạch là một dấu hiệu lâm sàng đáng chú ý, có thể ảnh hưởng đến mức độ nặng và tiên lượng bệnh. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 900 bệnh nhân CSU đến khám tại Phòng khám Mày đay – Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 10/2024 đến 05/2025 nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm CSU có phù mạch và so sánh với nhóm không phù mạch. Kết quả cho thấy, tỷ lệ phù mạch là 36,2%, vị trí hay gặp nhất là môi (89%) và mí mắt (51,8%), đa số tự phát và mức độ nhẹ. So với nhóm không phù mạch, nhóm có phù mạch khởi phát bệnh sớm hơn (29,23 so với 33,82 tuổi; $p < 0,001$), thời gian bệnh ngắn hơn (28,3 so với 29,6 tuần; $p = 0,03$), điểm hoạt động sẵn phù cao hơn (71,5% so với 59,4%; $p < 0,001$), nồng độ IgE toàn phần (214,5 so với 153,8 IU/mL; $p < 0,001$) và CRP (1,3 so với 0,89 mg/L; $p = 0,041$) cao hơn, với tỷ lệ tăng IgE (83,1% so với 68,0%; $p < 0,001$), tăng CRP (16,9% so với 10,2%; $p = 0,016$) và ASST dương tính (72,8% so với 60,8%; $p = 0,047$) đều cao hơn. Mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy tăng IgE (OR=2,2) và tăng UAS7 (OR=1,04) là yếu tố dự báo độc lập nguy cơ phù mạch. Kết quả gợi ý cơ chế bệnh sinh kết hợp tip 1 và tip 2b ở CSU có phù mạch.

Từ khóa: Mày đay mạn tính tự phát, phù mạch, UAS7, IgE, CRP, ASST dương tính.

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS OF CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA WITH ANGIOEDEMA

Chronic spontaneous urticaria (CSU) is a common

skin disease, with angioedema as a notable clinical manifestation that can influence disease severity and prognosis. We conducted a cross-sectional, prospective study of 900 CSU patients attending the Urticaria Clinic of the National Hospital of Dermatology and Venereology from October 2024 to May 2025 to describe the clinical and laboratory characteristics of patients with angioedema and compare them with those without angioedema. The prevalence of angioedema was 36.2%, most commonly affecting the lips (89%) and eyelids (51.8%), and was generally spontaneous and mild. Compared with the non-angioedema group, patients with angioedema had higher total IgE levels (214.5 vs. 153.8 IU/mL; $p < 0.001$), higher CRP levels (1.3 vs. 0.89 mg/L; $p = 0.041$), and higher rates of elevated IgE (83.1% vs. 68.0%; $p < 0.001$), elevated CRP (16.9% vs. 10.2%; $p = 0.016$), and positive ASST (72.8% vs. 60.8%; $p = 0.047$). Multivariate logistic regression identified elevated IgE (OR=2.19) and elevated UAS7 (OR=1.04) as independent predictors of angioedema. These findings suggest a combined type 1 and type 2b pathogenic mechanism in CSU with angioedema.

Keywords: Chronic spontaneous urticaria, angioedema, UAS7, IgE, CRP, positive ASST.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay mạn tính tự phát (CSU) là một bệnh da phổ biến, chiếm 80% trong tổng số các trường hợp mày đay mạn tính, được đặc trưng bởi sự xuất hiện của các sẩn phù và/hoặc phù mạch, kéo dài ≥ 6 tuần mà không xác định được yếu tố khởi phát đặc hiệu.¹ So với sẩn phù, phù mạch mang tính chất nặng nề hơn với biểu hiện sưng phù sâu đột ngột, rõ rệt ở lớp hạ bì và mô dưới da hoặc niêm mạc, triệu chứng cơ năng là nóng rát, căng tức và đôi khi đau thay vì ngứa, thường kéo dài hơn so với sẩn phù (có thể mất tới 72 giờ). Nghiên cứu dịch tễ trên thế giới cho thấy 33% bệnh nhân CSU có đồng thời sẩn phù và phù mạch, và 6% bệnh nhân chỉ có biểu hiện phù mạch.^{1,2,3}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Nguyệt Minh

Email: vunguyetminh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

Một số nghiên cứu còn thấy rằng, sự hiện diện của phù mạch trong CSU có thể liên quan đến thời gian bệnh kéo dài hơn, đáp ứng điều trị kém hơn và mức độ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống nhiều hơn so với nhóm không có phù mạch.⁴

Ở Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về CSU có phù mạch còn hạn chế, chủ yếu dừng ở mô tả tổng quát và chưa phân tích cụ thể sự khác biệt so với nhóm không phù mạch. Nghiên cứu của Cao Thị Hương Giang (2023) chỉ mô tả tỷ lệ phù mạch trong CSU, trong khi nghiên cứu của Phan Thị Hồng Hạnh (2023) dừng ở khảo sát nồng độ IgE trên bệnh nhân mày đay mạn tính có phù mạch.^{5,6} Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của triệu chứng phù mạch trong CSU, đồng thời so sánh sự khác biệt giữa nhóm CSU có phù mạch với nhóm CSU không có phù mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 900 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là CSU theo đồng thuận EAACI/ GA2LEN/ EuroGuiDerm/ APAAACI 2022 đến khám tại Phòng khám chuyên đề Mày đay - Bệnh viện Da liễu Trung Ương từ 10/2024 đến 05/2025.

Tiêu chuẩn chọn lựa: Bệnh nhân CSU phù hợp tiêu chuẩn chẩn đoán và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu, thời gian, địa điểm nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán CSU đến khám tại Phòng khám chuyên đề Mày đay - bệnh viện Da liễu Trung Ương từ tháng 10/2024 đến tháng 5/2025 phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn.

Quy trình nghiên cứu bao gồm: khám lâm sàng, đánh giá tình trạng sẵn phù theo thang điểm UAS7, ghi nhận sự có hiện diện hoặc không của phù mạch, đánh giá tình trạng phù mạch theo thang điểm AAS7, thử nghiệm da bằng test huyết thanh tự thân (ASST), các xét nghiệm cận lâm sàng được thực hiện theo khuyến cáo của EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI 2022 gồm: công thức máu (bạch cầu ái toan (BCAT), bạch cầu ái kiềm (BCAK)), CRP, IgE toàn phần, tốc độ máu lắng và IgG anti-TPO.¹

Xử lý, phân tích số liệu: Dữ liệu được thu thập và nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel, sau đó xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$ đối với phân bố chuẩn) hoặc trung vị [khoảng tứ phân vị] (M [IQR] đối với phân bố

không chuẩn). Kiểm định phân phối chuẩn bằng test Kolmogorov-Smirnov khi cỡ mẫu lớn hơn 50. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số (tỷ lệ phần trăm). So sánh sự khác biệt giữa hai nhóm: CSU có phù mạch và CSU không có phù mạch về các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng được kiểm định bằng Mann Whitney U test, T test, và Chi-square test hoặc Fisher's exact test. Khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Da liễu Trung Ương thông qua theo Quyết định số 50/HĐĐĐ-BVDLTW cấp ngày 20/11/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 900 bệnh nhân CSU. Trong đó, triệu chứng phù mạch gặp ở 326 người bệnh, chiếm tỷ lệ 36,2%.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của triệu chứng phù mạch trong CSU (n=326)

Biến số		n hoặc M[IQR]	%
Số lần phù mạch trong đợt bệnh		3 [2-5]	
Số bệnh nhân có phù mạch nặng: sưng nề đường hô hấp, tiêu hoá gây khó thở, đau bụng, cần can thiệp y tế khẩn cấp		17	5,2
Vị trí phù mạch	Môi	290	89,0
	Mi mắt	169	51,8
	Lưỡi	5	1,5
	Sinh dục	6	1,8
	Bàn tay, bàn chân	37	11,2
	Thanh quản	9	2,8
	Tiêu hoá	1	0,3
Yếu tố làm xuất hiện phù mạch	Tự phát	319	97,8
	Có yếu tố khởi phát	7	2,2
Bệnh nhân có phù mạch trong 1 tuần trước khi đến khám		76	23,3
Phân độ nặng AAS7 (n=76)	Nhẹ (AAS7=1-24)	72	94,7
	Trung bình (AAS7=25-59)	4	5,3

Nghiên cứu thực hiện trên 326 bệnh nhân CSU có phù mạch cho thấy 50% bệnh nhân có số lần phù mạch là 2-5 lần. Trong đó, có 17 ca (5,2%) từng xuất hiện phù mạch nặng (khó thở, đau bụng cần can thiệp y tế ngay). Vị trí phù mạch hay gặp nhất là môi và mí mắt (89% và 51,8%). Phù mạch ở đường tiêu hóa và sinh dục ít gặp nhất. Đa số phù mạch xuất hiện một cách tự phát (97,8%), số còn lại liên quan đến yếu tố thời tiết hoặc thức ăn. ¼ số bệnh nhân có biểu

hiện phù mạch trong 1 tuần trước khi đến khám bệnh, chủ yếu là mức độ nhẹ (94,7%).

Bảng 2: So sánh một số đặc điểm lâm sàng giữa nhóm CSU có phù mạch và không phù mạch

Đặc điểm	CSU Phù mạch (n=326)	Không phù mạch (n=574)	p
Giới (nữ, %)	211(64,7)	354(61,7)	0,363*
Tuổi hiện tại (tuổi)	30,4	34,7	<0,001**
Tuổi khởi phát (tuổi)	29,23	33,82	<0,001**
Thời gian diễn biến đợt bệnh (tuần)	28,3	29,6	0,03**
Tiền sử bệnh cơ địa (n, %)	32 (9,8)	46 (8,0)	0,84*
Tiền sử bệnh tự miễn (n, %)	1 (0,3)	1 (0,2)	1,0 ⁺

*Chi-square test; **Independent Samples t-test;

⁺ Fisher's Exact Test

Nữ giới chiếm tỷ lệ ưu thế ở cả hai nhóm CSU có phù mạch và không phù mạch ($p>0,05$). Tuổi hiện tại của người bệnh và tuổi khởi phát bệnh ở nhóm CSU có phù mạch trẻ hơn so với nhóm CSU không phù mạch ($p<0,05$); thời gian diễn biến đợt bệnh trong nhóm CSU có phù mạch cũng ngắn hơn ($p<0,05$). Tiền sử bệnh lý cơ địa và bệnh lý tự miễn ở nhóm CSU có phù mạch cao hơn ở nhóm không phù mạch nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 4: Sự khác biệt về một số đặc điểm cận lâm sàng giữa nhóm CSU có phù mạch và không phù mạch

Xét nghiệm	CSU Phù mạch n=242	Không phù mạch n=353	p
BCAT máu ngoại vi (M [IQR]) (G/L)	0,107 [0,07-0,17]	0,11 [0,06-0,18]	0,989***
BCAK máu ngoại vi (M [IQR]) (G/L)	0,034 [0,02-0,05]	0,036 [0,03-0,05]	0,150***
Tỷ lệ giảm BCAT (<0,05G/L) (n, %)	35 (14,5)	62 (17,6)	0,314*
Tỷ lệ giảm BCAK (<0,01G/L) (n, %)	6 (2,5)	8 (2,3)	0,866*
Tốc độ máu lắng giờ thứ 1 (M [IQR]) (mm)	8,1 [5,7-13]	8,3 [6-13]	0,896***
Tốc độ máu lắng giờ thứ 2 (M [IQR]) (mm)	22 [11-34]	21 [11-35]	0,859***
Tăng tốc độ máu lắng (n, %)	131 (54,1)	179 (50,7)	0,411*
Nồng độ CRP (M [IQR]) (mg/L)	1,3 [0,4-3,3]	0,89 [0,4-2,2]	0,041***
Tỷ lệ tăng CRP (n/N, %)	41 (16,9)	36 (10,2)	0,016*
Nồng độ IgE toàn phần (M [IQR]) (IU/mL)	214,5 [122,3-318,5]	153,8 [83,9-268,7]	<0,001***
Tăng IgE (n, %)	201 (83,1)	240 (68,0)	<0,001*
IgG anti-TPO (M [IQR]) (U/mL)	8,1 [5,2-11,2]	7,2 [0,6-10,7]	0,115***
Tăng IgG anti-TPO (n/N, %)	5/103 (4,9)	7/127 (5,5)	0,824*

*Chi-square test; ***Mann-Whitney U test; * Fisher's Exact Test

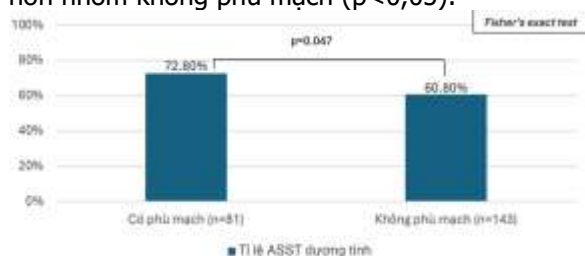
Hai nhóm CSU có phù mạch và không phù mạch không có sự khác biệt về các chỉ số BCAT, BCAK, tốc độ máu lắng và IgG anti-TPO ($p>0,05$). Trong khi đó, nhóm CSU có phù mạch

Bảng 3: Sự khác biệt về mức độ hoạt động của sản phù theo thang điểm UAS7 giữa nhóm CSU có phù mạch và không phù mạch

CSU	Phù mạch (n=326)	Không phù mạch (n=574)	p
UAS7			
Trung vị [khoảng tứ phân vị]	28 [21-35]	21 [20-28]	<0,001***
Không nặng (n, %)	93 (28,5)	298 (51,8)	<0,001*
Nặng (n, %)	233 (71,5)	276 (48,2)	<0,001*

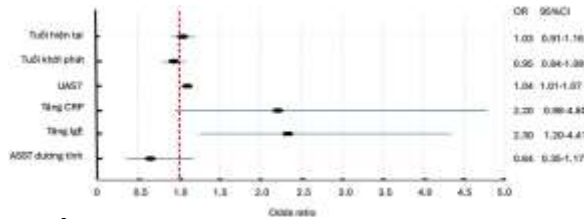
*Chi-square test; ***Mann-Whitney U test

Điểm UAS7 ở nhóm CSU có phù mạch cao hơn nhóm không phù mạch ($p<0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ hoạt động sản phù cao ($UAS7\geq 28$) ở nhóm CSU có phù mạch cũng cao hơn nhóm không phù mạch ($p<0,05$).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ ASST dương tính ở bệnh nhân CSU có phù mạch và không phù mạch

Tỷ lệ bệnh nhân có ASST dương tính ở nhóm CSU có phù mạch (72,8%) cao hơn nhóm không phù mạch (60,8%) với $p<0,05$.



Biểu đồ 2: Mô hình hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố nguy cơ của CSU có phù mạch

Mô hình hồi quy logistic cho thấy tăng IgE và điểm UAS7 là các yếu tố nguy cơ của phù mạch trong CSU. Độ chênh của kết cục phù mạch của bệnh nhân có tăng IgE toàn phần gấp 2,2 lần so với bệnh nhân không tăng IgE, trong khi đó đối với tăng UAS7 là gấp 1,04 lần.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân trải qua số lần phù mạch từ ít đến vừa trong một đợt bệnh, hầu hết xuất hiện tự phát, phù hợp với mô tả của hướng dẫn EAACI/GA²LEN/EDF/WAO.¹ Môi và mi mắt là vị trí thường gặp phù mạch nhất, sau đó đến các chi và chủ yếu các đợt phù mạch ở mức độ nhẹ (94,7%). Tuy nhiên, sự tồn tại của 5,3% các trường hợp ở mức độ trung bình cho thấy một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có thể trải qua các triệu chứng đáng lo ngại như khó thở, đau bụng, cần can thiệp y tế khẩn cấp. Nghiên cứu của Rodríguez-Garijo (2022) ghi nhận tỷ lệ phù mạch nhẹ thấp hơn (42,3%) và các ca trung bình, nặng cao hơn, sự khác biệt này do khác nhau về đặc điểm của quần thể nghiên cứu, phương pháp đánh giá thang điểm hoặc cơ chế bệnh sinh của thể bệnh.⁵

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nữ giới chiếm ưu thế ở cả hai nhóm bệnh nhân. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước kia, có thể liên quan đến yếu tố nội tiết và miễn dịch.^{2,4,7,9}

Tuổi hiện tại và tuổi khởi phát của nhóm bệnh nhân CSU có phù mạch trẻ hơn rõ rệt so với nhóm không phù mạch, tương tự nghiên cứu trên thế giới.⁴ Thời gian diễn biến đợt bệnh ở nhóm CSU có phù mạch ngắn hơn, có thể do phù mạch là biểu hiện lâm sàng nặng hơn hoặc gây lo lắng nhiều hơn, thúc đẩy bệnh nhân đến khám và điều trị sớm hơn.

Bệnh nhân CSU có phù mạch ghi nhận tỷ lệ mức độ hoạt động sẵn phù là "nặng" cao hơn rõ so với nhóm không phù mạch, gợi ý phù mạch liên quan mức độ bệnh nặng hơn. Mô hình hồi quy logistic cũng khẳng định tăng UAS7 là yếu tố nguy cơ độc lập của phù mạch. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của G. Susman và Rodríguez-Garijo, cho thấy ở bệnh nhân phù

mạch có tăng nặng mức độ hoạt động bệnh, gánh nặng bệnh tật và ảnh hưởng chất lượng sống, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện và theo dõi phù mạch trong đánh giá mức độ nghiêm trọng của CSU.^{8,9}

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng CRP ở nhóm CSU có phù mạch cao hơn rõ rệt với nhóm không phù mạch. Nghiên cứu của Sinem ORNEK (2022) ghi nhận kết quả tương tự.⁴ Điều này cho thấy phù mạch không chỉ là phản ứng tại chỗ mà còn liên quan đến viêm toàn thân, cho thấy CRP vừa là dấu ấn viêm vừa là yếu tố nguy cơ phù mạch trong CSU.

Nghiên cứu gần đây cho rằng CSU có 2 cơ chế tự miễn chính, CSU tự miễn tip 1 với sự hiện diện của tự kháng thể IgE kháng lại TPO, IL-24, DsDNA, mà biểu hiện trên xét nghiệm thường là nồng độ IgE toàn phần tăng; CSU tự miễn tip 2b có tự kháng thể IgG nhắm vào FcεR1α hoặc IgE, với biểu hiện ASST dương tính, IgG anti-TPO tăng, giảm BCAA, giảm BCAT. Sự tồn tại đồng thời hai cơ chế này giải thích tính đa dạng lâm sàng của CSU và khác biệt trong đáp ứng điều trị giữa các nhóm bệnh nhân.⁷

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ASST dương tính cao hơn có ý nghĩa ở nhóm CSU có phù mạch so với nhóm không phù mạch, củng cố giả thuyết về vai trò của cơ chế tự miễn tip 2b trong nhóm bệnh nhân này. Sinem ORNEK (2022) cũng chỉ ra kết quả tương tự.⁴ Tuy nhiên, chúng tôi lại thấy nồng độ IgE toàn phần cao hơn rõ rệt ở nhóm CSU có phù mạch cùng với tỷ lệ tăng IgE cũng cao hơn, mô hình hồi quy logistic đa biến cũng khẳng định tăng IgE là yếu tố nguy cơ phù mạch trong CSU, ủng hộ vai trò của cơ chế tự miễn tip 1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phan Thị Hồng Hạnh.⁶

Việc tồn tại song song hai cơ chế bệnh sinh này không mâu thuẫn, mà phù hợp với nhận định CSU là một bệnh mà trong đó một số bệnh nhân có thể biểu hiện sự chồng lấp cơ chế.¹¹ Trong nghiên cứu của Sella (2023) có 74,8% bệnh nhân CSU kèm phù mạch, trong đó 51% bệnh nhân thuộc nhóm chồng lấp tip 1/tip 2b, khẳng định rằng phù mạch không chỉ là biểu hiện lâm sàng đơn lẻ mà phản ánh trạng thái "mixed endotype" phức tạp ở nhiều bệnh nhân CSU.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn tồn tại một số hạn chế. Hầu hết bệnh nhân CSU có phù mạch đến khám và làm xét nghiệm trong tình trạng không có triệu chứng phù mạch ngay tại thời điểm khám; phần lớn bệnh nhân không xuất hiện phù mạch trong 1 tuần gần nhất thời điểm này nên có thể có sai số nhớ lại. Ngoài ra, nghiên cứu thực hiện đơn trung tâm nên chưa

phản ánh toàn diện về tình trạng phù mạch trên đối tượng CSU Việt Nam. Ngoài ra, nghiên cứu cũng chưa tìm hiểu được về nhóm CSU chỉ có biểu hiện phù mạch. Do đó, cần có các nghiên cứu đa trung tâm với quy mô toàn quốc để đánh giá toàn diện hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy 1/3 số bệnh nhân CSU có triệu chứng phù mạch với vị trí hay gặp nhất là môi và mi mắt, đa số tự phát với mức độ nhẹ. Nhóm CSU có phù mạch có tuổi hiện tại trẻ, tuổi khởi phát bệnh sớm, thời gian diễn biến bệnh ngắn, tỷ lệ ASST dương tính, nồng độ CRP, IgE toàn phần cao hơn nhóm CSU không phù mạch. Tăng IgE và tăng UAS7 là các yếu tố nguy cơ của phù mạch trong CSU. Kết quả cho thấy sự phối hợp giữa đáp ứng miễn dịch típ 1, típ 2b và viêm toàn thân trong cơ chế bệnh sinh của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022;77(3): 734-766. doi:10.1111/all.15090
2. Weerasubpong P, Jiamton S, Phumariyapong P, Ungprasert P, Kulthanan K. Prevalence of concomitant angioedema in chronic spontaneous urticaria: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pac Allergy Immunol*. 2023;41(1):12-19. doi:10.12932/AP-180522-1394
3. Kaplan AP. Angioedema. *World Allergy Organ J*. 2008;1(6): 103-113. doi:10.1097/WOX.0b013e31817c3e06
4. Ornek S, Kocaturk E. Angioedema indicates a different endotype of chronic spontaneous urticaria. *Asthma Allergy Immunol*. 2022;20(2): 65-70. doi:10.21911/aai.722
5. Giang CTH, Hong HNT, Le Huyen M, Mai HNT, Le Huu D, Nguyen MV. Đặc điểm hình thái, chức năng tuyến giáp và kháng thể kháng thyroid peroxidase ở bệnh nhân mày đay mạn tính tự phát. *Tạp Chí Da Liễu Học Việt Nam*. 2023;40(1):[26-34].
6. Hanh PTH, Chuyen NTH. Nồng độ immunoglobulin E toàn phần huyết thanh trên bệnh nhân mày đay mạn tính. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108. 2023;[18(3/2023)]:[69-76].
7. Sabaté-Brescó M, Rodríguez-Garijo N, Azofra J, et al. A comparative study of sex distribution, autoimmunity, blood, and inflammatory parameters in chronic spontaneous urticaria with angioedema and chronic histaminergic angioedema. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021;9(6): 2284-2292. doi:10.1016/j.jaip.2020.12.044
8. Rodríguez-Garijo N, Sabaté-Brescó M, Azofra J, et al. Angioedema severity and impact on quality of life: Chronic histaminergic angioedema versus chronic spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2022;10(11):3039-3043. doi:10.1016/j.jaip.2022.07.017
9. Sussman G, Abuzakouk M, Bérard F, et al. Angioedema in chronic spontaneous urticaria is underdiagnosed and has a substantial impact: Analyses from ASSURE-CSU. *Allergy*. 2018;73(8): 1724-1734. doi:10.1111/all.13405
10. Vikramkumar AG, Kuruvila S, Ganguly S. Autologous serum skin test as an indicator of chronic autoimmune urticaria in a tertiary care hospital in South India. *Indian Dermatol Online J*. 2014; 5(Suppl 2):S87-S91. doi:10.4103/2229-5178.146173

HỘI CHỨNG TIM MẠCH - CHUYỂN HOÁ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Trần Hà Uyên^{1,2}, Trần Văn Thi^{1,2},
Nguyễn Thị Nhung¹, Đoàn Lê Minh Hạnh¹

TÓM TẮT

Tổng quát: Hội chứng tim mạch - chuyển hoá (HCTMCH) là một trong các bệnh đồng mắc quan trọng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) với tỷ lệ lên đến 50%. Sự đồng mắc này ảnh hưởng đáng

kể đến diễn tiến tự nhiên của BPTNMT và làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm ước tính tỷ lệ mắc HCTMCH và đánh giá ảnh hưởng của hội chứng này đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân BPTNMT. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang thu thập thông tin từ 128 bệnh nhân BPTNMT điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương bằng bộ câu hỏi đánh giá triệu chứng hô hấp Saint George dành cho bệnh nhân BPTNMT (SGRQ-C). **Kết quả:** Tuổi trung vị của nghiên cứu là 66 tuổi (61-71), đa số là nam giới (82%) và hầu hết có bệnh đồng mắc (94,5%). Phần lớn bệnh nhân có mức độ tắc nghẽn trung bình đến nặng (82,1%) và phân nhóm E (53,1%). Điểm SGRQ-C trung bình là 39,41±20,62, trong đó điểm theo ba cấu phần triệu

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hà Uyên

Email: uyentranha98@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 13.10.2025