

- SO, Li Y-H (2021). Modified Docetaxel, Cisplatin, and Fluorouracil (mDCF) as a Neoadjuvant Chemotherapy for Non-metastatic Esophageal Cancer (nMEC). Clin Med Res 19:64–71
5. Shah MA, Shibata S, Stoller RG, Kemeny M, Ritch PS, Krishnamurthi SS, Su YB, Janjigian YY, Capanu M, Kelsen DP (2010). Random assignment multicenter phase II study of modified docetaxel, cisplatin, fluorouracil (mDCF) versus DCF with growth factor support (GCSF) in metastatic gastroesophageal adenocarcinoma (GE). JCO 28:4014–4014
 6. Nguyễn Xuân Hòa (2018). Nghiên Cứu Ứng Dụng Nội Soi Cắt Thực Quản và Nạo Vết Hạch Rộng Hai Vùng (Ngực- Bụng) Trong Điều Trị Ung Thư Thực Quản. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội
 7. Morgan H, Soerjomataram I, Rumgay H, Coleman HG, Thrift AP, Vignat J, Laversanne M, Ferlay J, Arnold M (2022). The Global Landscape of Esophageal Squamous Cell Carcinoma and Esophageal Adenocarcinoma Incidence and Mortality in 2020 and Projections to 2040: New Estimates From GLOBOCAN 2020. Gastroenterology 163:649-658.e2
 8. Javeri H, Arora R, Correa AM, et al (2008). Influence of induction chemotherapy and class of cytotoxics on pathologic response and survival after preoperative chemoradiation in patients with carcinoma of the esophagus. Cancer 113:1302–1308
 9. Luo L-L, Xi M, Yang Y-D, Li Q-Q, Zhao L, Zhang P, Liu S-L, Liu M-Z (2017). Comparative Outcomes of Induction Chemotherapy Followed By Definitive Chemoradiotherapy versus Chemoradiotherapy Alone In Esophageal Squamous Cell Carcinoma. J Cancer 8:3441–3447
 10. Liu S, Luo L, Zhao L, et al (2021). Induction chemotherapy followed by definitive chemoradiotherapy versus chemoradiotherapy alone in esophageal squamous cell carcinoma: a randomized phase II trial. Nat Commun 12:4014

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU LIÊN QUAN CỦA MÀY ĐAY MẠN TÍNH Ở TRẺ EM

Tạ Mỹ Linh¹, Nguyễn Thị Kim Cúc^{1,2}, Nguyễn Thị Mai Hương^{1,2},
Vũ Thái Hà^{1,2}, Lê Hữu Doanh^{1,2}, Vũ Nguyệt Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và so sánh sự khác biệt giữa mày đay mạn tính (CU) ở trẻ em và người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 364 bệnh nhân được chẩn đoán mày đay mạn tính (CU) trẻ em và 1210 bệnh nhân CU người trưởng thành (từ 16 đến 60 tuổi) tại phòng khám chuyên đề mày đay và mày đay mạn tính, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 2/2023 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ CSU đơn thuần (isCSU) cao nhất trong các thể CU lâm sàng ở cả hai nhóm, chiếm 93,41% ở trẻ em và 75,54% ở người trưởng thành; $p < 0,001$. Nhóm CU trẻ em có tỷ lệ mắc bệnh ở nam/nữ gần tương đương, thời gian mắc bệnh ngắn hơn, điểm UAS7 thấp hơn và mức độ bệnh nhẹ cao hơn ($p < 0,05$). Phù mạch gặp nhiều hơn ở trẻ em (44,23% so với 30,33%; $p < 0,001$). Người trưởng thành có tỷ lệ bệnh lý tuyến giáp, bệnh lý tự miễn, nồng độ CRP, nồng độ anti-TPO cao hơn tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân tăng CRP và anti-TPO cao hơn ở trẻ em. Trẻ em có số lượng bạch cầu ái toan và nồng độ IgE cao hơn nhưng tỷ lệ tăng IgE thấp hơn so với người trưởng thành ($p < 0,05$). Stress được ghi nhận là yếu tố làm nặng bệnh ở người trưởng thành nhưng không ở trẻ em. **Kết luận:** CU ở trẻ em và người trưởng thành có sự khác biệt rõ rệt

về dịch tễ, biểu hiện lâm sàng và đặc điểm cận lâm sàng. Điều này gợi ý sự khác biệt về cơ chế bệnh sinh và có thể định hướng chiến lược điều trị cá thể hóa.

Từ khóa: Mày đay mạn tính, trẻ em, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES AND ASSOCIATED FACTORS IN PEDIATRIC CHRONIC URTICARIA

Objective: Describe and compare clinical and laboratory characteristics of chronic urticaria between children and adults. **Subjects and method:** A cross-sectional study was conducted on 364 children and 1210 adults (aged 16 to 60) diagnosed and classified according to the EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI 2022 guidelines at the Urticaria and Chronic Urticaria Clinic, Central Dermatology Hospital from February 2023 to July 2025. **Results:** Isolated chronic spontaneous Urticarial (isCSU) was the predominant phenotype in both groups and significantly higher than in children (93.41% vs. 75.54%, $p < 0.001$). Children had a nearly equal male-to-female ratio, shorter disease duration, lower UAS7 scores, and milder disease severity than adults. The rate of angioedema in children was higher than in adults (44.23% vs. 30.33%, $p < 0.001$). Adults had higher rates of thyroid disease, autoimmune disease, CRP levels, and anti-TPO levels, but the number of patients with increased CRP and anti-TPO was much higher than in children. Children had higher eosinophil counts and IgE levels, but the number of patients with increased IgE was lower. Psychological stress was identified as an aggravating factor only in adults. **Conclusion:** CU in children and adults differs significantly in

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Mỹ Linh

Email: linhlinh199830@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

epidemiology, clinical presentation, and laboratory features, reflecting underlying pathophysiological distinctions and necessitating age-specific diagnostic and therapeutic approaches.

Keywords: Chronic Urticaria, children, clinical and paraclinical characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay đặc trưng bởi tình trạng sẩn phù hay phù mạch hoặc cả hai.¹ Mày đay mạn tính (chronic urticarial: CU) là tình trạng xuất hiện tổn thương hàng ngày hoặc gần như hàng ngày trong thời gian trên 6 tuần.² Dựa vào yếu tố khởi phát đặc hiệu CU được chia thành mày đay mạn tính tự phát (chronic spontaneous urticaria - CSU) và mày đay mạn tính cảm ứng (chronic inducible urticarial - CIndU). Hai cơ chế bệnh sinh chính trong CSU là cơ chế tự miễn típ I và cơ chế tự miễn típ IIb.³

Ở trẻ em, do đặc điểm hệ miễn dịch chưa trưởng thành, ít bệnh nền và bệnh tự miễn nên CU ở trẻ em có sự khác biệt nhất định về nguyên nhân và diễn biến bệnh so với người trưởng thành. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ mắc CU ở trẻ em là 0,1– 0,3% thấp hơn so với người trưởng thành là 0,5 - 1%.⁴ Cơ chế bệnh sinh của CU trẻ em tương tự như người trưởng thành nhưng khác biệt về sự phân bố các thể lâm sàng. Ở trẻ em, tỷ lệ CSU theo cơ chế tự miễn típ I cao hơn so với người trưởng thành.⁵

Tại Việt Nam, hiện chưa có các nghiên cứu nào mô tả sự khác biệt về đặc điểm CU của trẻ em và người trưởng thành. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Cúc năm 2025 cho thấy trẻ em chiếm tới 30% bệnh nhân CU nhưng chưa làm nổi bật sự khác biệt những đặc điểm của CU của nhóm đối tượng này so với các nhóm tuổi khác.⁶ Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này cung cấp cái nhìn tổng quan về đặc điểm CU trẻ em so sánh với người trưởng thành từ đó đề xuất hướng tiếp cận chẩn đoán và có biện pháp quản lý điều trị phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 1574 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là CU theo tiêu chuẩn chẩn đoán của EAACI/ GA²LEN/ EuroGuiDerm/APAAACI năm 2022 bởi ít nhất 2 bác sĩ chuyên khoa da liễu làm việc tại phòng khám chuyên đề mày đay và mày đay mạn tính, Bệnh viện Da liễu trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: đồng ý tham gia nghiên cứu và được làm đầy đủ các xét nghiệm/ test kích thích để phân loại chính xác thể CU theo EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI năm 2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang phân tích,

hồi cứu và tiền cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2023 đến tháng 7/2025

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám chuyên đề Mày đay và mày đay mạn tính - Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Các bệnh nhân được thu thập đầy đủ thông tin lâm sàng và cận lâm sàng:

- Lâm sàng: Giới, tuổi khởi phát, thời gian diễn biến CU đợt hiện tại, các yếu tố làm nặng bệnh, tiền sử bản thân và gia đình liên quan (bệnh cơ địa, bệnh tự miễn), triệu chứng phù mạch, điểm hoạt động bệnh (urticaria activity score over 7 days: UAS7) đối với CSU đơn thuần (isCSU), CSU+CIndU.

Các test kích thích: Frict test (chẩn đoán da vẽ nổi), test xe đạp lực kế (chẩn đoán mày đay do cholin), test cục đá/ temptest (chẩn đoán mày đay do lạnh - do nóng). Đối với các thể CIndU chưa làm được test kích thích, khai thác kỹ bệnh sử để chẩn đoán mày đay áp lực chậm, mày đay ánh sáng, phù mạch do rung, mày đay tiếp xúc, mày đay do nước.

- Cận lâm sàng: Công thức máu, máu lắng, nồng độ IgE toàn phần, CRP, IgG kháng TPO.

Xử lý số liệu: Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\pm$ SD đối với phân bố chuẩn) hoặc trung vị [khoảng tứ phân vị] (Me [IQR] đối với phân bố không chuẩn). Kiểm định phân phối chuẩn bằng test Kolmogorov-Smirnov khi cỡ mẫu lớn hơn 50 hoặc test Shapiro-Wilk khi cỡ mẫu nhỏ hơn 50. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số (tỉ lệ phần trăm).

So sánh sự khác biệt giữa nhóm trẻ em và người trưởng thành về các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng được kiểm định bằng T-test cho các biến định lượng có phân bố chuẩn, test phi tham số (Mann-Whitney U) cho các biến định lượng không có phân bố chuẩn và Chi-bình phương hoặc Fisher's exact test với biến định tính.

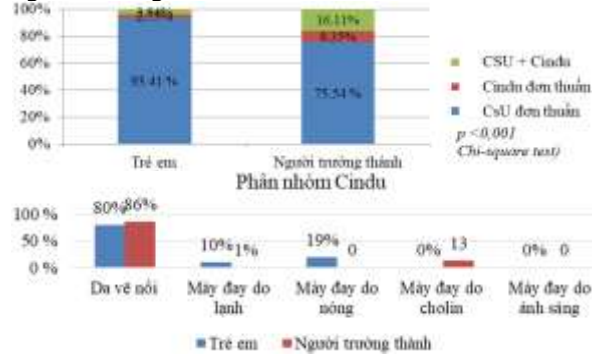
Sự khác biệt được coi có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

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

3.1. Phân bố thể lâm sàng. Nghiên cứu được tiến hành trên 1574 bệnh nhân CU, trong đó 364 trẻ em (23,1%), 1210 người trưởng

thành (76,9%). isCSU chiếm tỷ lệ cao nhất trong các thể lâm sàng của CU trong cả hai nhóm CU trẻ em và người trưởng thành. Tỷ lệ CSU+CIIndU ở người trưởng thành (16,11%) cao hơn ở trẻ em (3,84 %). Trong các thể CIIndU thì đa vệ nổi chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả CU trẻ em và người trưởng thành.



Biểu đồ 1. Sự phân bố các thể lâm sàng của CU ở trẻ em và người trưởng thành

3.2. Sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng

Trong nhóm CU trẻ em, tỷ lệ nam:nữ là 1,1 :1 trái ngược với tỉ lệ nữ chiếm ưu thế ở người trưởng thành (63,72%) với $p < 0,05$. Thời gian diễn biến đợt bệnh, điểm hoạt động UAS7 và mức độ bệnh nặng ở CU trẻ em đều thấp hơn người trưởng thành $p < 0,05$. Tỷ lệ phù mạch ở trẻ em cao hơn người trưởng thành (44,23% và 30,33%, $p < 0,05$).

Stress được ghi nhận là yếu tố làm nặng bệnh ở 1,2 % bệnh nhân trưởng thành không gặp ở nhóm trẻ em ($p = 0,029$). Các yếu tố khác như thức ăn, thuốc kháng sinh/giảm đau hoặc nguyên nhân khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 1. Sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng giữa CU trẻ em và người trưởng thành

	CU Trẻ em (n=364)	CU Người trưởng thành (n=1210)	p
Giới			
Nam (n,%)	192 (52,75)	439 (36,28)	$p < 0,001^*$
Nữ (n,%)	172 (47,25)	711 (63,72)	
Tuổi Median [IQR]	10 [6-13]	33 [24 - 43]	
Thời gian bị bệnh Median [IQR], tuần	23,55 [3 - 25]	40,34 [6 - 520]	$p < 0,001^{**}$
Các yếu tố làm nặng bệnh			
Stress (n,%)	0	15 (1,2)	0,029*
Thức ăn (n,%)	52(3)	64(4,3)	0,292
Thuốc kháng sinh (n,%)	0	1 (0,1)	0,769
Thuốc giảm đau (n,%)	0	1 (0,1)	0,769
Khác (n,%)	7 (1,9)	25 (2,1)	0,582
Phù mạch kèm theo (n,%)	161 (44,23)	367 (30,33)	$p < 0,001^*$
UAS7 Median [IQR]	25 [14 - 33,5]	28 [20 - 35]	$p < 0,001^*$
CSU Trẻ em (n=352) CSU Người trưởng thành (n=1109)			
Rất nhẹ, nhẹ (n,%)	112 (31,8)	223 (20,11)	$p < 0,001^*$
Trung bình, nặng (n,%)	240 (68,2)	886 (79,89)	

* Chi square test; ** Mann-Whitney test

Tỉ lệ CU trẻ em đã điều trị trước khi đến khám bệnh cao hơn so với CU người trưởng thành (66,76% so với 59,09%, $p < 0,001$). Bệnh lý tuyến giáp chỉ gặp ở nhóm người trưởng thành (4,96%, $p < 0,001$). Các bệnh lý kèm khác cũng phổ biến hơn ở người trưởng thành (20,45% so

với 4,94%; $p < 0,001$). Ngược lại tiền sử gia đình có cơ địa dị ứng ghi nhận nhiều hơn ở trẻ em (5,77% so với 2,28%; $p < 0,001$). Tiền sử bị các bệnh cơ địa, dị ứng, thuốc thức ăn, bệnh tự miễn và tiền sử phản vệ không khác biệt giữa CU trẻ em và người trưởng thành ($p > 0,05$).

Bảng 2. Sự khác biệt về tiền sử bệnh giữa bệnh nhân CU trẻ em và người trưởng thành

Yếu tố liên quan	CU Trẻ em (n=364)	CU Người trưởng thành (n=1210)	p
Tiền sử điều trị			p<0,001 ^a
Chưa điều trị (n,%)	17 (4,67)	171 (14,13)	
Điều trị rõ thuốc (n,%)	243 (66,76)	715 (59,09)	
Điều trị không rõ thuốc (n,%)	104 (28,57)	324 (26,78)	
Tiền sử bản thân			

Khỏe mạnh (n,%)	288 (79,12)	758 (62,65)	p<0,001*
Bệnh lý cơ địa (n,%)	38 (10,44)	116 (9,59)	0,6161*
Dị ứng thuốc, thức ăn (n,%)	30 (8,24)	120 (9,92)	0,3615*
Bệnh lý tuyến giáp (n,%)	0 (0,00)	60 (4,96)	p<0,001*
Bệnh lý tự miễn (n,%)	3 (0,82)	6 (0,49)	0,4399*
Phản vệ (n,%)	1 (0,27)	10 (0,83)	0,4737*
Bệnh lý khác (n,%)	18 (4,94)	245 (20,45)	p<0,001*
Tiền sử gia đình có cơ địa dị ứng (n,%)	21 (5,77)	33 (2,28)	0,008*

* Chi square test

3.3. Sự khác biệt về các chỉ số xét nghiệm lâm sàng. Trẻ em có số lượng bạch cầu ái toan (BCAT) cao hơn người trưởng thành là 0,16 khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Số lượng bạch cầu ái kiềm (BACK) ở trẻ em và người trưởng thành không có sự khác biệt nhưng phân bố các mức BACK có sự khác biệt đáng kể, tỷ lệ người trưởng thành có BACK thấp và trung bình cao hơn ($p < 0,001$). Nồng độ CRP

ở trẻ em thấp hơn đáng kể so với người trưởng thành tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân có CRP tăng > 5mg/L lại cao hơn ở trẻ em (19,8% so với 11,3%; $p < 0,001$). Nồng độ IgE toàn phần ở trẻ em cao hơn đáng kể tuy nhiên tỷ lệ CU trẻ em có IgE lại thấp hơn người trưởng thành. Tỷ lệ tăng anti TPO ở trẻ em cao hơn ở trẻ em (12,11% so với 7,5%, $p = 0,018$).

Bảng 3. Sự khác biệt về một số chỉ số xét nghiệm giữa CU trẻ em và người trưởng thành

	Trẻ em (n=364)	Người trưởng thành (n=1210)	p
BCAT (Me[IOR],G/L)	0,16 [0,08 - 0,26]	0,11 [0,065 - 0,183]	p<0,001**
BCAT Thấp ($0 - 0,049 \times 10^9/L$) (n,%)	73(20,1)	202(16,7)	0,156*
BCAT Trung bình ($0,05-0,69 \times 10^9/L$) (n,%)	16(4,4)	126(10,4)	p<0,001*
BCAT Cao ($\geq 0,7 \times 10^9/L$) (n,%)	275(75,5)	882 (72,9)	0,343*
BCAK (Me[IOR],G/L)	0,04 [0,02 - 0,06]	0,035 [0,024 - 0,052]	0,2502**
BACK Thấp ($< 0,01 \times 10^9/L$) (n,%)	50(13,7)	39(3,2)	p<0,001*
BACK Trung bình ($0,01-0,199 \times 10^9/L$) (n,%)	305(83,8)	1157(95,6)	p<0,001*
BACK Cao ($\geq 0,2 \times 10^9/L$) (n, %)	9(2,5)	14(1,2)	0,08*
Máu lắng 1h (Me[IOR], mm)	8 [6 - 11]	8,7 [5,6 - 13]	0,8151**
Nồng độ CRP (Me[IOR], mg/L)	0,5 [0,2 - 1,38]	1 [0,4 - 2,4]	p<0,001**
Tăng CRP (> 5 mg/L) (n,%)	72(19,8)	137(11,3)	P<0.001*
Nồng độ IgE (Me[IOR], IU/mL)	220,55 [126,1 - 351,15]	179,2 [98,79 - 323,58]	0,0047**
Tăng IgE (IU/mL) (n,%)	249 (68,4)	903 (74,6)	0,022*
Nồng độ antiTPO (Me [IOR], U/mL)	0,32 [0,16; 0,62]	0,77 [0,32 - 5]	p<0,001**
Tăng IgG anti-TPO (≥ 34 U/mL) (n,%)	44(12,1)	54(7,5)	0,018*
ANA dương tính (n, %)	57(24,15)	160(18,85)	0,0805*

* Chi square test; ** Mann-Whitney test

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số đặc điểm dịch tễ và lâm sàng khác biệt rõ rệt giữa CU ở trẻ em và người trưởng thành tương đồng với các nghiên cứu ở nhiều quốc gia trên thế giới. isCSU là thể lâm sàng hay gặp nhất trong CU ở cả 2 nhóm nhưng ở trẻ em chiếm tỷ lệ cao hơn rõ rệt so với người trưởng thành. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Altrichter S và cộng sự năm 2024, isCSU chiếm 86% trong CU trẻ em.⁷ CU trẻ em có tỷ lệ nam nữ tương đương trong khi ở người trưởng thành nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn. Theo Zuberbiar và cộng sự thay đổi nội tiết tố và miễn dịch đóng vai trò quan trọng trong CU ở nữ giới.² Kết quả trên cũng tương

đồng với một số nghiên cứu khác của Việt Nam về CU nói chung như nghiên cứu của Huỳnh Thị Như Huyền và Nguyễn Hoàng Vân.⁸

CU trẻ em thời gian diễn biến bệnh ngắn hơn, điểm UAS7 thấp hơn và tỷ lệ bệnh nhẹ cao hơn phản ánh đáp ứng điều trị tốt hơn hoặc tiến triển bệnh tự giới hạn hoặc do mối quan tâm của bố mẹ nên đưa đi khám bệnh sớm hơn. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Lee và cộng sự tại Hàn Quốc.⁹

Theo nghiên cứu của Zekeri et al và cộng sự năm 2023, tỉ lệ phù mạch ở trẻ em thấp hơn và CSU trở nên nặng và khó trị hơn ở lứa tuổi thiếu niên và người trưởng thành.¹⁰ Khác biệt với tỉ lệ phù mạch ở trẻ em cao hơn được ghi nhận, có

thể do khác biệt về cách ghi nhận phù mạch hoặc tuyển chọn bệnh nhân (tuyển chuyên khoa da liễu có thể thu hút các ca phù mạch).

Stress ghi nhận ở người trưởng thành, là yếu tố làm nặng bệnh phù hợp với vai trò của trục hạ - tuyến yên - tuyến thượng thận và phản ứng viêm mạn tính dưới tác động của stress tâm lý.¹¹

Số lượng BCAT và nồng độ IgE cao hơn ở trẻ em ủng hộ vai trò của phản ứng dị ứng tip I.¹² Nhưng tỷ lệ tăng IgE ở trẻ em mắc CU thấp hơn do chưa trải qua quá trình điều hòa miễn dịch cân bằng Th1/Th2 nên có xu hướng lệch đáp ứng miễn dịch về Th2 sản xuất nhiều IL4, IL5, IL13 kích thích tế bào B tạo IgE nhiều. Nghiên cứu tại Hàn Quốc cũng ghi nhận xu hướng tương tự ở trẻ em.⁹

Người trưởng thành có tỷ lệ bệnh lý tuyến giáp và các bệnh lý tự miễn cao hơn cùng với số lượng bạch cầu ái kiềm thấp và trung bình cao hơn ($p < 0,05$), isCSU người trưởng thành theo cơ chế tự miễn type IIb nhiều hơn. CRP tăng liên quan hoạt tính bệnh và đáp ứng điều trị kém với kháng histamin trong CU.² Nồng độ CRP ở người trưởng thành cao hơn đáng kể nhưng tỷ lệ tăng CRP ($> 5\text{mg/L}$) nhiều hơn ở trẻ em, gợi ý các phản ứng viêm cấp tính trong một số đợt bệnh ở trẻ em còn ở người trưởng thành có xu hướng viêm nền kéo dài hơn phản ánh sự không đồng nhất về phân bố CRP và nhấn mạnh nhu cầu đánh giá động học theo thời gian, không chỉ dựa vào một lần xét nghiệm.

Sự khác biệt giữa hai nhóm đối tượng gợi ý cách tiếp cận quản lý điều trị khác nhau. Ở trẻ em ưu tiên kiểm soát yếu tố dị ứng, theo dõi sát biểu hiện phù mạch và các chỉ số viêm (CRP, BCAT, IgE) hạn chế lạm dụng xét nghiệm tự miễn, điều trị kháng histamin kịp thời. Ở người trưởng thành nên chú trọng sàng lọc các bệnh lý tuyến giáp, bệnh lý tự miễn, đánh giá tình trạng viêm hệ thống.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Đây là nghiên cứu thiết kế quan sát, đơn trung tâm nên khó suy luận quan hệ nhân - quả và hạn chế khả năng khái quát sang quần thể khác, chưa đề cập đến đáp ứng điều trị và tỉ lệ tái phát. Vì vậy, cần thêm các nghiên cứu đa trung tâm hoặc theo dõi đáp ứng điều trị, tỉ lệ tái phát giữa các nhóm tuổi CU để cung cấp dữ liệu toàn diện hơn trên đối tượng CU người Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Tại Việt Nam, CU ở trẻ em và người trưởng thành có sự khác biệt rõ rệt về dịch tễ, đặc điểm

lâm sàng và một số chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp với sự khác biệt về cơ chế bệnh sinh.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn quý đồng nghiệp, các cán bộ của Bệnh viện Da liễu Trung ương đã hỗ trợ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gonçalo M, Giménez-Arnau A, Al-Ahmad M, et al.** The global burden of chronic urticaria for the patient and society. *Br J Dermatol*. 2021;184(2):226-236. doi:10.1111/bjd.19561
2. **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
3. **Pozderac I, Lugović-Mihic L, Artuković M, Stipić-Marković A, Kuna M, Ferček I.** Chronic inducible urticaria: classification and prominent features of physical and non-physical types. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2020;29(3):141-148.
4. **Fricke J, Ávila G, Keller T, et al.** Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. *Allergy*. 2020;75(2):423-432. doi:10.1111/all.14037
5. **Kolkhir P, Balakirski G, Merk HF, Olisova O, Maurer M.** Chronic spontaneous urticaria and internal parasites--a systematic review. *Allergy*. 2016;71(3):308-322. doi:10.1111/all.12818
6. **Cúc NTK, My LH, Uyên CN, Doanh LH, Minh VN.** Sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm giữa các thể mày đay mạn tính tại Việt Nam. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*. 2025;191(6):209-216. doi:10.52852/tcncyh.v191i6.3505
7. **Buono EV, Gianni G, Scavone S, Caffarelli C.** Clinical Characteristics, Investigations and Treatment in Children with Chronic Urticaria: An Observational Study. *Medicina (Mex)*. 2024;60(5):704. doi:10.3390/medicina60050704
8. **Huyền HTN, Tâm HTX.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh mày đay mạn tính. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;545(2). doi:10.51298/vmj.v545i2.12246
9. **Clinical characteristics and treatment response of chronic spontaneous urticaria according to age: A single-center Korean study.** *Asian Pac J Allergy Immunol*. Published online December 2022. doi:10.12932/AP-050719-0594
10. **Özçeker D, Can PK, Terzi Ö, et al.** Differences between adult and pediatric chronic spontaneous urticaria from a cohort of 751 patients: Clinical features, associated conditions and indicators of treatment response. *Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol*. 2023;34(2):e13925. doi:10.1111/pai.13925

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC VÀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC GIỒNG TRÔM, TỈNH VINH LONG

Nguyễn Thành Trâm¹, Nguyễn Cao Minh², Trần Công Luận¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là bệnh mạn tính phổ biến, gây nhiều biến chứng nếu không được điều trị đúng và đầy đủ. Tuân thủ điều trị có vai trò quan trọng trong kiểm soát huyết áp và phòng ngừa biến chứng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp điều trị thuốc ngoại trú tại Trung tâm Y tế khu vực Giồng Trôm, tỉnh Vĩnh Long năm 2023-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu số liệu trên 400 người bệnh trên 18 tuổi, đang điều trị ngoại trú tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế khu vực Giồng Trôm, tỉnh Vĩnh Long. Chọn mẫu bằng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống. Phân tích mối liên quan bằng hồi quy logistic. **Kết quả:** Tỷ lệ không tuân thủ điều trị là 93,0%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị và các yếu tố: ăn đủ rau củ, trái cây (OR = 3,89; p = 0,040), không hút thuốc lá (OR = 12,3; p = 0,005), tuân thủ tái khám định kỳ (OR = 1,11; p = 0,016). Nhóm tuổi 40-59 và giới tính nam có nguy cơ tuân thủ kém hơn (p < 0,05). **Kết luận:** Tuân thủ điều trị dùng thuốc ở người bệnh tăng huyết áp còn thấp. Cần tăng cường tư vấn thay đổi hành vi và lối sống, đặc biệt ở nam giới và nhóm tuổi trung niên, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, tăng huyết áp.

SUMMARY

A SURVEY ON MEDICATION USE AND TREATMENT ADHERENCE AMONG OUTPATIENTS WITH HYPERTENSION AT GIONG TROM DISTRICT HEALTH AREA, VINH LONG PROVINCE

Background: Hypertension is a common chronic condition that can lead to serious complications if not properly and adequately treated. Medication adherence plays a crucial role in blood pressure control and the prevention of complications. **Objectives:** To determine the rate of medication adherence and its associated factors among hypertensive outpatients at Giong Trom District Medical Area, Vinh Long province, during 2023-2025. **Materials and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted using retrospective data from 400 outpatients aged over 18 years receiving

antihypertensive treatment. Systematic random sampling was applied. Logistic regression was used to analyze associated factors. **Results:** The non-adherence rate was 93.0%. Statistically significant associations were found between medication adherence and the following factors: adequate intake of vegetables and fruits (OR = 3.89; p = 0.040), non-smoking status (OR = 12.3; p = 0.005), and adherence to regular follow-up visits (OR = 1.11; p = 0.016). Patients aged 40-59 and male patients were more likely to have poor adherence (p < 0.05). **Conclusion:** The rate of medication adherence among hypertensive patients was low. Behavioral and lifestyle interventions, especially for men and middle-aged individuals, are essential to improve treatment effectiveness. **Keywords:** Adherence to treatment, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh lý mạn tính phổ biến, có nguy cơ gây đột quỵ, suy tim và tử vong nếu không được điều trị đúng và đầy đủ [1]. Theo Đại sứ Toàn cầu của Tổ chức y tế thế giới về các bệnh không lây nhiễm và thương tích đã cho thấy rằng: "Điều trị tăng huyết áp thông qua chăm sóc sức khỏe ban đầu sẽ cứu được nhiều mạng sống, đồng thời tiết kiệm hàng tỷ đô la mỗi năm". Dù có nhiều tiến bộ trong điều trị, tỷ lệ kiểm soát huyết áp tại Việt Nam vẫn còn thấp, chủ yếu do người bệnh không tuân thủ điều trị. Tại tỉnh Vĩnh Long, đặc biệt ở vùng nông thôn như khu vực Giồng Trôm, người bệnh còn hạn chế về kiến thức sức khỏe, điều kiện kinh tế và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế. Thực tế cho thấy nhiều bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú chưa dùng thuốc đều đặn, ảnh hưởng đến hiệu quả kiểm soát bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế khu vực Giồng Trôm, tỉnh Vĩnh Long năm 2023- 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người bệnh được chẩn đoán mắc bệnh tăng huyết áp và có đơn thuốc điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế khu vực Giồng Trôm, tỉnh Vĩnh Long từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 5 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán tăng huyết áp và đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế khu

¹Trường Đại học Tây Đô

²Trung tâm Y tế khu vực Giồng Trôm

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Cao Minh

Email: nguyennaominh.1309@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025