

MÀY ĐAY MẠN TÍNH TỰ PHÁT VÀ CHỨNG DA VẾT NỔI: NHỮNG ĐIỂM KHÁC BIỆT

Hà Thị Thanh Ngoan¹, Lê Hữu Doanh^{1,2}, Phạm Thị Lan^{1,2}, Nguyễn Thị Kim Cúc²,
Nguyễn Thị Mai Hương², Nguyễn Thị Thanh Hoa¹ và Vũ Nguyệt Minh^{1,2,*}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: Vũ Nguyệt Minh; Email: vunguyetminh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 02/8/2026

Ngày phản biện: 30/8/2026

Ngày chấp nhận đăng: 04/9/2026

DOI: 10.56320/tcdllhvn.online.345

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị kháng histamin liều chuẩn giữa mày đay mạn tính tự phát (CSU) và chứng da vết nổi (SD).

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu thuần tập tiến cứu trên 407 bệnh nhân, gồm 303 bệnh nhân CSU và 104 bệnh nhân SD.

Kết quả: Nhóm CSU và SD có sự tương đồng về phân bố giới và tuổi khởi phát bệnh ($p > 0,05$). Nhóm SD có thời gian diễn biến đợt bệnh kéo dài hơn (25 [12; 52] tuần) và tỉ lệ mắc bệnh cơ địa (15,4%) cao hơn nhóm CSU (tương ứng là 12 [8; 24] tuần; $p < 0,001$; 8,6%; $p=0,037$). Nhóm CSU có tỉ lệ phù mạch (34%), tăng CRP (17,2%), tăng IgG kháng TPO (14,5%) cao hơn nhóm SD ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt giữa CSU và SD về nồng độ IgE tỉ lệ tăng IgE toàn phần và đáp ứng điều trị với liều chuẩn thuốc kháng histamin H1 ($p > 0,05$).

Kết luận: CSU có biểu hiện viêm và tự miễn rõ hơn với CRP tăng và tỷ lệ anti-TPO dương tính cao hơn, trong khi SD nổi bật với diễn biến kéo dài và liên quan nhiều hơn với các bệnh lý cơ địa. Những khác biệt này gợi ý sự tham gia của các cơ chế bệnh sinh phức tạp hơn ở CSU so với SD.

Từ khoá: Chứng da vết nổi; Đáp ứng điều trị; Mày đay mạn tính tự phát; Thuốc kháng histamine H1 thế hệ 2.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay mạn tính (CU: chronic urticaria) là bệnh lý đặc trưng bởi sẩn phù, phù mạch hoặc cả hai kéo dài trên 6 tuần. Dựa trên yếu tố khởi phát đặc hiệu, CU được chia thành mày đay mạn tính tự phát (CSU: chronic spontaneous urticaria) và mày đay mạn tính cảm ứng (CIndU: chronic inducible urticaria).¹ Các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam đều ghi nhận CSU chiếm ưu thế trong CU và chứng da vết nổi (SD) chiếm ưu thế chiếm 89,3% trong CIndU.^{2,3}



Mặc dù tế bào mast là tế bào hiệu ứng trung tâm của CSU và SD, tuy nhiên, cơ chế giải phóng hạt của tế bào này ở mỗi thể lại có sự khác biệt. Đối với CSU, cơ chế giải phóng hạt của tế bào mast đã được công nhận bao gồm tự miễn type 1 (tự dị ứng), tự miễn type 2b, cơ chế không phụ thuộc IgE (thụ thể MRGPRX2 đóng vai trò chính).^{4,5} Đối với SD, các nghiên cứu đều chỉ ra cơ chế tự dị ứng đóng vai trò chủ đạo.⁶

Cùng với sự khác biệt về cơ chế bệnh sinh và yếu tố khởi phát đặc hiệu, đáp ứng điều trị với thuốc kháng histamin H1 thế hệ 2 (sgAH1) giữa CSU và SD cũng không giống nhau. Một phân tích gộp cho thấy chỉ khoảng 39% bệnh nhân CSU đáp ứng với kháng histamin H1 liều chuẩn.⁷ Trong khi dữ liệu tổng hợp về đáp ứng điều trị ở SD còn hạn chế, một nghiên cứu quan sát so sánh trực tiếp hai thể bệnh cho thấy tỷ lệ đạt kiểm soát bệnh với sgAH1 liều chuẩn ở bệnh nhân SD cao hơn có ý nghĩa thống kê so với CSU (59,6% so với 47,4%; $p = 0,005$)⁸.

Tại Việt Nam hiện tại chưa có nghiên cứu so sánh giữa CSU và SD một cách toàn diện từ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như đáp ứng điều trị với sgAH1 liều chuẩn. Nghiên cứu gần nhất năm 2025 của Nguyễn Thị Kim Cúc và cs chủ yếu tập trung mô tả sự khác biệt về lâm sàng, cận lâm sàng giữa CSU, CIndU và CSU đồng mắc CIndU.² Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khắc họa rõ nét hơn sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị với sgAH1 liều chuẩn giữa CSU và SD.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 407 bệnh nhân, trong đó 303 bệnh nhân CSU và 104 bệnh nhân SD, được chẩn đoán theo hướng dẫn EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI năm 2022 bởi các bác sĩ chuyên khoa Da liễu tại Phòng khám chuyên đề Mày đay và Mày đay mạn tính, Bệnh viện Da liễu Trung ương, từ tháng 11/2025 đến tháng 06/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là CSU hoặc SD theo hướng dẫn EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI năm 2022.
- Ngừng thuốc kháng histamin H1 ít nhất 5 ngày và các thuốc ức chế miễn dịch (corticosteroid, cyclosporine,...) ít nhất 1 tháng trước khi thực hiện nghiệm pháp kích thích.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đồng mắc với các thể mày đay cảm ứng khác
- Bệnh nhân không tái khám hoặc mất theo dõi trong thời gian nghiên cứu
- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú

2.2. Phương pháp nghiên cứu

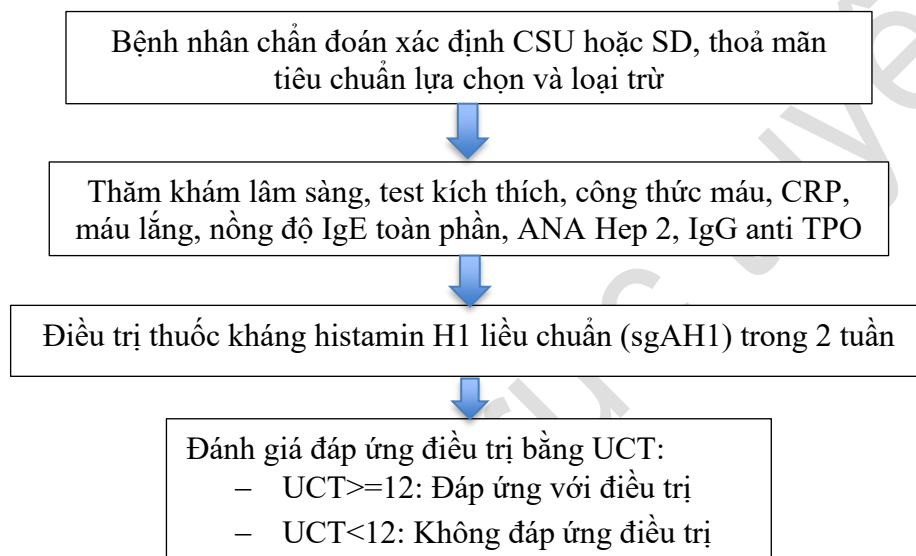
Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập tiến cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám chuyên đề mày đay và mày đay mạn tính - Khoa khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2025 đến tháng 06/2026.

Các bước tiến hành nghiên cứu:



Hình 1: Sơ đồ nghiên cứu

Xử lý số liệu:

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (phân bố chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (phân bố không chuẩn); so sánh bằng Independent-samples t-test hoặc Mann-Whitney U test. Mối liên quan giữa loại thuốc kháng histamine và đáp ứng điều trị trong nhóm SD được ước tính bằng OR và khoảng tin cậy 95%. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Da Liễu Trung ương phê duyệt theo quyết định số quyết định số 136/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 27/11/2025. Bệnh nhân được tư vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu, đảm bảo rằng việc từ chối tham gia nghiên cứu không ảnh hưởng đến điều trị. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân CSU và SD

Trong tổng số 407 bệnh nhân CU, có 303 bệnh nhân CSU và 104 bệnh nhân SD. Nữ giới chiếm ưu thế ở cả hai nhóm (62%). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới, tuổi khởi phát và phân bố nhóm tuổi khởi phát giữa CSU và SD ($p > 0,05$). Thời gian diễn biến đợt bệnh ở nhóm SD dài hơn nhóm CSU ($p < 0,001$). Phù mạch chỉ ghi nhận ở nhóm CSU với tỷ lệ 34,0% ($p < 0,001$). Đối với tiền sử bệnh: nhóm CSU có tiền sử điều trị thuốc cao hơn và tỉ lệ đồng mắc bệnh cơ địa thấp hơn nhóm SD ($p < 0,05$), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tiền sử gia đình và tỉ lệ đồng mắc bệnh lý tuyến giáp, bệnh dạ dày giữa hai nhóm ($p > 0,05$) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm CSU và SD

	Total N=407	CSU (n=303)	SD (n=104)	p
Giới (nữ, %)	254 (62,4%)	189 (62,4%)	65 (62,5%)	0,98**
Tuổi khởi phát (năm)	34,75 ± 15,09	35,38 ± 14,71	32,93 ± 16,09	0,15*
Độ tuổi khởi phát				
0-19 (n, %)	73 (17,9%)	52 (17,2%)	21 (20,2%)	0,69**
20-39 (n, %)	187 (45,9%)	137 (45,2%)	50 (48,1%)	
40-59 (n, %)	121 (29,8%)	93 (30,7%)	28 (26,9%)	
≥ 60 (n, %)	26 (6,4%)	21 (6,9%)	5 (4,8%)	
Thời gian diễn biến đợt bệnh (Me [IQR], tuần)	16 [8; 32]	12 [8; 24]	25 [12; 52]	<0,001**
Phù mạch (n, %)	103 (25,6%)	103 (34,0%)	0 (0%)	0,001**
Tiền sử gia đình				
Mày đay (n, %)	15 (3,7%)	14 (4,6%)	1 (1,0%)	0,088***
Bệnh lý cơ địa (n, %)	6 (1,5%)	3 (1,0%)	3 (2,9%)	
Không (n, %)	386 (94,8%)	286 (94,4%)	100 (96,2%)	
Điều trị trước đó				
Kháng histamin (n, %)	240 (59,0%)	187 (61,7%)	53 (51,0%)	0,008***
Corticoid (n, %)	3 (0,7%)	3 (1,0%)	0 (0,0%)	
Kháng histamin và Corticoid (n, %)	30 (7,4%)	27 (8,9%)	3 (2,9%)	
Không rõ điều trị (n, %)	99 (24,3%)	64 (21,1%)	35 (33,7%)	

Không điều trị (n, %)	35 (8,6%)	22 (7,3%)	13 (12,5%)	
Đồng mắc với bệnh lý dạ dày (n, %)	27 (6,68%)	20 (6,6%)	7 (6,7%)	0,96**
Bệnh lý cơ địa	42 (10,4%)	26 (8,6%)	16 (15,4%)	0,037***
Viêm da cơ địa (n, %)	24 (5,94%)	13 (4,3%)	11 (10,6%)	
Viêm mũi dị ứng (n, %)	15 (3,71%)	12 (4,0%)	3 (2,9%)	
Hen phế quản (n, %)	3 (0,74%)	1 (0,3%)	2 (1,9%)	
Bệnh lý tuyến giáp				1,0***
Suy giáp (n, %)	28 (6,88%)	14 (4,62%)	4 (3,86%)	
Cường giáp (n, %)	15 (3,69%)	10 (3,30%)	5 (4,81%)	
Bệnh lý ung thư	5 (1,24%)	4 (1,3%)	1 (1,0%)	1,0 ***
Ung thư tuyến giáp (n, %)	4 (0,98%)	3 (0,99%)	1 (0,96%)	
Ung thư phổi (n, %)	1 (0,25%)	1 (0,33%)	0 (0%)	

(* Test anova, ** Test Chi-Square, ***Test Fisher Exact)

Bảng 2. So sánh mức độ hoạt động bệnh của CSU và SD.

Mức độ hoạt động bệnh	CSU	SD	p
Nặng (n, %)	166 (54,8%)	50 (51,0%)	0,53 **
Trung bình và nhẹ (n, %)	137 (45,2%)	48 (49,0%)	

(** Test Chi-Square, phân loại SD nặng: Điểm Fric ≥ 3 điểm kèm ≥ 1 triệu chứng ngứa, đau hoặc rát > 5 điểm; CSU nặng: UAS7 = 28-42 điểm)

Bảng 3. Một số đặc điểm cận lâm sàng của nhóm CSU và SD

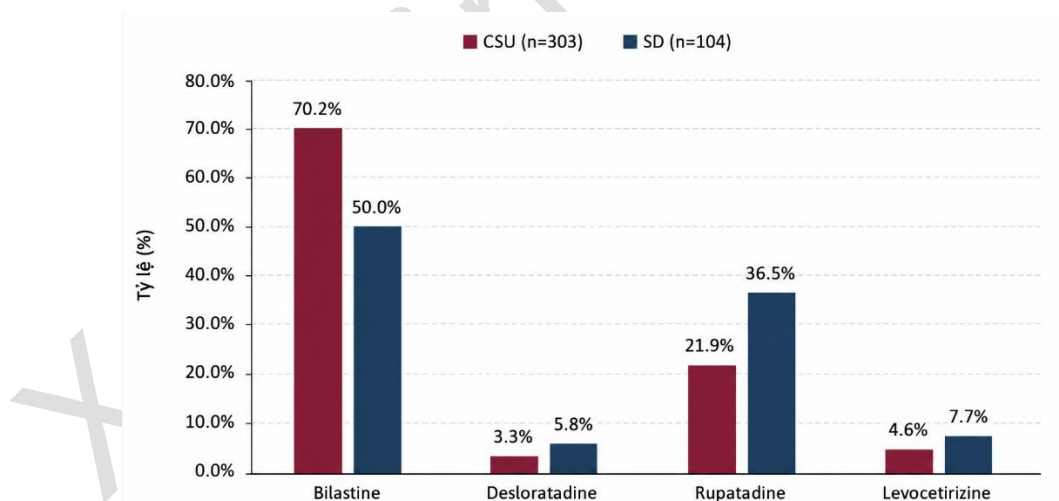
	CSU (n=303)	SD (n=104)	p
EO (Median, IQR)	0,11 [0,06-0,19]	0,14 [0,07-0,21]	0,019*****
EO giảm ($< 0,05 \times 10^9/L$) (n, %)	60 (19,8%)	15 (14,4%)	0,47**
BA (Median, IQR)	0,04 [0,02-0,05]	0,04 [0,03-0,06]	0,13*****
BA giảm ($< 0,01 \times 10^9/L$) (n, %)	9 (3%)	3 (2,9%)	1,00***
CRP (Me [IQR], mg/L)	1,21 [0,52-3,55]	0,89 [0,42-2,00]	0,01*****
CRP cao (≥ 5 mg/L) (n, %)	52 (17,2%)	6 (5,8%)	0,004**
Máu lắng giờ thứ 1	6,8 [3,0-10,0]	6,4 [3,0-10]	0,98*****
Median (Me [IQR], mm)			
Máu lắng giờ thứ 2	14 [8,9-32]	15 [8,65-31,5]	0,99*****
Median (Me [IQR], mm)			

Mức máu lắng cao giờ thứ 1 (>20mm/h) (n, %)	18 (5,9%)	3 (2,9%)	0,22**
Anti-TPO cao (≥ 34 IU/mL) (n, %)	44 (14,5%)	6 (5,8%)	0,019 **
ANA dương tính (n, %)	42 (13,9%)	12 (11,5%)	0,35**
IgE (Median, IQR)	185,0 [98,33-321,0]	148,9 [84,97-306,5]	0,26****
IgE cao⁺	222 (73,2%)	73 (70,2%)	0,55**

(* Test anova, ** Test Chi-Square, ***Test Fisscher Exact , **** Mann-Whitney U, ⁺: IgE cao hơn giới hạn bình thường theo độ tuổi: >15 tuổi: >100 UI/mL, 10-15 tuổi: >200 UI/mL, 6-9 tuổi: >90 UI/mL, 1-5 tuổi: >60 UI/mL)

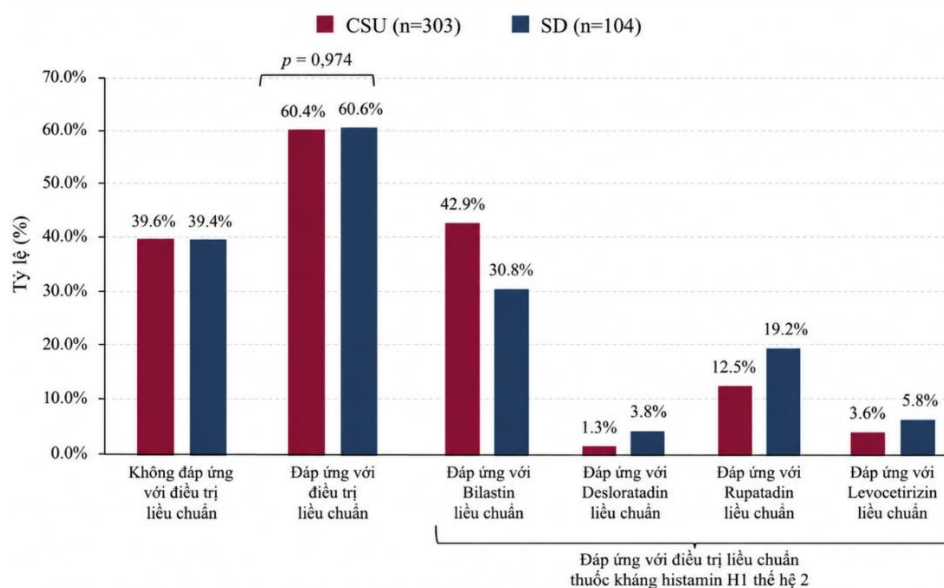
Nồng độ CRP ở nhóm CSU cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm SD (lần lượt $p < 0,001$ và $p = 0,010$). Trong khi đó, số lượng bạch cầu ái toan ở nhóm SD cao hơn nhóm CSU ($p = 0,019$). Tỷ lệ tăng CRP và anti-TPO gặp nhiều hơn ở nhóm CSU so với nhóm SD (17,2% so với 5,8%; $p = 0,004$ và 14,5% so với 5,8%; $p = 0,019$). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ giảm bạch cầu ái toan, bạch cầu ái kiềm, tốc độ máu lắng, ANA và IgE toàn phần giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

3.2 Đánh giá đáp ứng điều trị ở bệnh nhân CSU và SD



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ sử dụng các thuốc kháng histamin ở nhóm CSU và SD

Bilastin và Rupatadin là hai thuốc sgAH1 được sử dụng nhiều nhất trong cả hai nhóm CSU và SD. Tỷ lệ dùng desloratadin và levocetirizin chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (7,9% trong nhóm CSU và 12,5% ở nhóm SD)



(** Test Chi-Square)

Biểu đồ 2. So sánh đáp ứng điều trị liều chuẩn của các thuốc kháng histamin giữa nhóm CSU và SD.

Tỷ lệ đáp ứng với điều trị kháng histamin H1 thế hệ 2 liều chuẩn tương đương giữa nhóm CSU (60,4%) và SD (60,6%) ($p = 0,97$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số khác biệt về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm CSU và SD.

Về đặc điểm lâm sàng: nữ giới chiếm ưu thế ở cả hai nhóm với tỷ lệ chung khoảng 62,4%. Tuổi khởi phát bệnh ở cả hai nhóm chủ yếu tập trung trong độ tuổi lao động ; trong đó, nhóm bệnh nhân SD có xu hướng khởi phát sớm hơn với độ tuổi trung bình là $32,93 \pm 16,09$ tuổi, so với mức $35,38 \pm 14,71$ tuổi ở nhóm CSU mặc dù sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu đã báo cáo trước đây theo Nguyễn Thị Kim Cúc và cộng sự trên các thể mày đay mạn tính, trong đó tuổi khởi phát trung bình dao động từ 31,2 đến 32,1 tuổi ($p = 0,76$) và phân bố giới tính cũng không có sự khác biệt ($p = 0,11$).² Điểm cần chú ý là thời gian diễn biến của đợt bệnh ở nhóm SD dài hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm CSU ($p < 0,001$). Kết quả này gợi ý tính chất kéo dài và dai dẳng hơn của SD trong quần thể nghiên cứu. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận SD có thể kéo dài trong nhiều năm, với thời gian mắc bệnh trung bình khoảng 6,5 năm.⁹ Đặc điểm này có thể liên quan đến việc các triệu chứng của SD được khởi phát bởi các kích thích cơ học thường gặp trong sinh hoạt hằng ngày, như ma sát, cào gãi hoặc áp lực lên da. Việc thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố kích thích khó tránh khỏi này có thể duy trì hoặc làm tái phát triệu chứng, đồng thời hình

thành vòng xoắn “ngứa – gãi – nổi sẩn phù”, góp phần làm bệnh kéo dài và khó thuyên giảm. Một khác biệt lâm sàng đáng chú ý nữa giữa hai nhóm là triệu chứng phù mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phù mạch được ghi nhận ở 34,0% bệnh nhân CSU, trong khi không ghi nhận trường hợp nào ở nhóm SD ($p < 0,001$). Trong CSU, sự hoạt hóa tế bào mast ở trung bì sâu gây giải phóng các chất trung gian làm tăng tính thấm thành mạch và gây phù nề ở lớp bì sâu và mô dưới da, từ đó hình thành phù mạch. Ngược lại, tổn thương trong SD xuất hiện khi có kích thích cơ học như gãi, chà xát trên lớp da phía trên, tương ứng là kích hoạt tế bào mast ở lớp này nên chủ yếu triệu chứng là sẩn phù. Hiện tại, chỉ có một nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ phù mạch trong SD (khoảng 10,9%).¹⁰ Về tiền sử đồng mắc với các bệnh cơ địa, nhóm SD gặp nhiều hơn so với CSU (15,4% so với 8,6%, $p = 0,037$). Nghiên cứu của Can và Kocaturk 2024 cũng ghi nhận kết quả tương tự.⁸ Mối liên hệ này có thể ủng hộ giả thuyết rằng SD gắn liền với một nền tảng cơ địa và sự hoạt hóa tế bào mast qua trung gian tự dị ứng IgE dưới tác động vật lý, thay vì viêm tự miễn.

Về mức độ hoạt động bệnh, do đặc điểm khởi phát tổn thương khác nhau, CSU và SD được đánh giá bằng các công cụ riêng biệt. UAS7 được sử dụng để đánh giá mức độ hoạt động bệnh ở CSU, trong khi FricTest đánh giá ngưỡng kích thích cơ học gây sẩn phù ở SD. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh nặng tương đương giữa hai nhóm CSU và SD (54,8% so với 51,0%, $p = 0,53$).

Về đặc điểm cận lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự khác biệt về một số chỉ số viêm và tự miễn giữa hai nhóm CSU và SD. Với các chỉ số viêm, nồng độ CRP và tỷ lệ tăng CRP (≥ 5 mg/L) đều cao hơn ở bệnh nhân CSU so với SD, tương đồng với kết quả của Can và Kocaturk.⁸ Tuy nhiên, tốc độ máu lắng giờ thứ nhất và giờ thứ hai không khác biệt giữa hai nhóm ($p = 0,976$ và $p = 0,986$). Trong khi đó, Nguyễn Thị Kim Cúc và cộng sự ghi nhận tốc độ máu lắng ở nhóm CSU cao hơn nhóm SD ở cả giờ thứ nhất ($p = 0,003$) và giờ thứ hai ($p < 0,001$).² Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm quần thể như tuổi, giới, tình trạng béo phì và các yếu tố sinh học khác ảnh hưởng đến tốc độ máu lắng. Bên cạnh các chỉ số viêm, tỷ lệ anti-TPO dương tính cũng cao hơn ở bệnh nhân CSU so với SD, tương đồng với nghiên cứu của Can và Kocaturk.⁸ Kết quả này củng cố mối liên quan giữa CSU và yếu tố tự miễn. Đối với IgE toàn phần, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ IgE trong máu và tỉ lệ tăng IgE đều không có sự khác biệt giữa CSU và SD. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Can và Kocaturk, ghi nhận tỷ lệ tăng IgE ở bệnh nhân CSU và SD lần lượt là 79% và 77% ($p = 0,63$). Những kết quả này cho thấy tăng IgE toàn phần là đặc điểm thường gặp ở cả hai thể bệnh.



Về đáp ứng với kháng histamin H1 thế hệ 2 liều chuẩn, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng tương đương giữa nhóm CSU và SD ($p = 0,97$). Kết quả này khác với nghiên cứu của Can và Kocaturk, trong đó tỷ lệ đáp ứng ở nhóm SD cao hơn CSU (59,6% so với 47,4%; $p = 0,005$).⁸ Sự khác biệt giữa hai nghiên cứu chủ yếu nằm ở nhóm CSU, trong khi tỷ lệ đáp ứng của bệnh nhân SD gần tương đồng. Trong y văn, khoảng 39% bệnh nhân CSU đáp ứng với kháng histamin liều chuẩn, cho thấy tỷ lệ 60,4% trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao.⁷ Điều này có thể liên quan đến sự khác biệt về mức độ hoạt động bệnh ban đầu và đặc điểm miễn dịch của quần thể nghiên cứu, thể hiện qua phân bố UAS7 và tỷ lệ tăng IgE toàn phần cao có thể gợi ý tham gia của cơ chế tự dị ứng trong mày đay. Tuy nhiên, mối liên quan giữa các yếu tố này với đáp ứng điều trị cần được đánh giá thêm. Đối với SD, tỷ lệ đáp ứng 60,6% trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với Can và Kocaturk 59,6%, nhưng cao hơn một số nghiên cứu trước đây, trong đó tỷ lệ đáp ứng với kháng histamin liều chuẩn dao động từ 25,9% đến 44,4 %.^{8,11,12}

5. KẾT LUẬN

Nhóm SD có diễn biến bệnh kéo dài và tỷ lệ mắc bệnh cơ địa cao hơn, nhưng ít biểu hiện viêm hệ thống, hiếm gặp phù mạch và anti-TPO dương tính so với nhóm CSU. IgE toàn phần tăng cao ở cả hai nhóm, ít có giá trị phân biệt lâm sàng nhưng gợi ý cơ chế bệnh sinh chung qua trung gian IgE. Tỷ lệ đáp ứng với kháng histamin H1 thế hệ 2 liều chuẩn là tương đương giữa hai nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T Z, Ah AL, M A, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022;77(3). doi:10.1111/all.15090
2. 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/tencyh.v191i6.3505
3. Ornek Ozdemir S, Kuteyla Can P, Degirmentepe EN, Cure K, Singer R, Kocaturk E. A comparative analysis of chronic inducible urticaria in 423 patients: Clinical and laboratory features and comorbid conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2024;38(3):513-520. doi:10.1111/jdv.19637
4. Kolkhir P, Muñoz M, Asero R, et al. Autoimmune chronic spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. 2022;149(6):1819-1831. doi:10.1016/j.jaci.2022.04.010

5. Kim CNT. VAI TRÒ CỦA MRGPRX2 (MAS-RELATED G PROTEIN–COUPLED RECEPTOR X2) TRONG BỆNH MÀY ĐAY MẠN TÍNH TỰ PHÁT. *Tạp Chí Liễu Học Việt Nam*. 2024;(43). doi:10.56320/tcdlhvn.43.155
6. K K, Ja B, M R, et al. The Prevalence of Symptomatic Dermographism: Results of the International UCARE PREVALENCE-D Study. *Allergy*. 2026;81(2). doi:10.1111/all.70047
7. Guillén-Aguinaga S, Jáuregui Presa I, Aguinaga-Ontoso E, Guillén-Grima F, Ferrer M. Updosing nonsedating antihistamines in patients with chronic spontaneous urticaria: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2016;175(6):1153-1165. doi:10.1111/bjd.14768
8. Can PK, Kocaturk E. Symptomatic Dermographism Versus Chronic Spontaneous Urticaria; A Detailed Analysis of Clinical Features, Treatment Responses, and Comorbidities. *Asthma Allergy Immunol*. Published online December 16, 2024:277-284. doi:10.21911/aai.2024.618
9. N S, A M, K W, M K, M M. Symptomatic dermatographism: an inadequately described disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2015;29(4). doi:10.1111/jdv.12661
10. Akın Ö, Taşkapan MO, Cömert Erkılınc A, Tanrıöver Ö. Clinical Factors Associated with Disease Severity in Symptomatic Dermographism: A Cross-Sectional Study. *Medicina (Mex)*. 2026;62(5):862. doi:10.3390/medicina62050862
11. Can PK, Kocatürk E, Can PK, Kocatürk E. Evaluation of the treatment responses with the recommended tools in patients with symptomatic dermatographism. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol*. doi:10.4274/turkderm.galenos.2019.07348
12. MỐI LIÊN QUAN GIỮA YẾU TỔ HOẠT HÓA TIÊU CẦU (PAF) VỚI LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG KHÁNG THUỐC KHÁNG HISTAMIN H1 Ở BỆNH NHÂN CHỨNG DA VÊ NỔI. <https://vjdv.vn/index.php/vjdv/article/view/25/26>

SUMMARY

Original Research

CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA AND SYMPTOMATIC

DERMOGRAPHISM: THE DIFFERENTIAL KEYS

**Ha Thi Thanh Ngoan¹, Le Huu Doanh^{1,2}, Pham Thi Lan^{1,2}, Nguyen Thi Kim Cuc²,
Nguyen Thi Mai Huong², Nguyen Thi Thanh Hoa¹, and Vu Nguyet Minh^{1,2,*}**

¹Hanoi Medical University

²National Hospital of Dermatology and Venereology

**Correspondence: Vu Nguyet Minh; email: vunguyetminh@hmu.edu.vn*

ABSTRACT

Objective: To compare the clinical characteristics, laboratory findings, and treatment response between patients with chronic spontaneous urticaria (CSU) and symptomatic dermographism (SD).

Methods: This prospective cohort study included 407 patients, comprising 303 patients with CSU and 104 patients with SD.

Results: The CSU and SD groups were comparable in terms of sex distribution and age at disease onset ($p > 0.05$). Patients with SD had a significantly longer disease duration (25 [12–52] weeks vs. 12 [8–24] weeks; $p < 0.001$) and a higher prevalence of atopic comorbidities (15.4% vs. 8.6%; $p = 0.037$) than those with CSU. In contrast, patients with CSU had higher rates of angioedema (34.0%), elevated C-reactive protein (CRP) (17.2%), and elevated anti-thyroid peroxidase IgG (anti-TPO IgG) (14.5%) than those with SD ($p < 0.05$). No significant differences were observed between the two groups in total serum IgE levels, the prevalence of elevated total IgE, or response to standard-dose second-generation H1-antihistamines ($p > 0.05$).

Conclusion: CSU was associated with more autoimmune-related features than SD, suggesting a more complex underlying pathophysiology.

Keywords: *Chronic spontaneous urticaria; symptomatic dermographism; treatment response; second-generation H1-antihistamines.*