

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH MÀY ĐAY MẠN TÍNH TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ Y TẾ TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ VINH

Nguyễn Thị Thu, Trần Thị Thùy Dương

Trường Đại học Y khoa Vinh

Nghiên cứu thực hiện phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang trên 82 bệnh nhân mày đay mạn tính đến khám, điều trị tại bệnh viện Đại học Y khoa Vinh và bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An; nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh mày đay mạn tính. Kết quả cho thấy, tuổi trung bình là $36,41 \pm 16,50$; phổ biến ở nhóm tuổi 20-39 (45,1%), bệnh nhân nữ chiếm 65,9%; thời gian mắc bệnh trung bình là $4,88 \pm 6,43$ năm; tiền sử mắc các bệnh dị ứng (36,6%). Phần lớn không rõ hoàn cảnh xuất hiện bệnh đợt này (84,1%), có 43,9% bệnh nhân có mắc các tác nhân viêm, 36,6% bệnh nhân có tiền sử khởi phát các triệu chứng mày đay do tác nhân vật lý/cơ học. Điểm trung bình các nốt sẩn và mức độ ngứa trong ngày là $2,5 \pm 0,5$ và $2,3 \pm 0,7$; 24,4% bệnh nhân có kèm theo phù mạch, tần suất xuất hiện bệnh chủ yếu là hàng ngày chiếm 51,2%.

Từ khóa: Mày đay mạn tính.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay mạn tính (MĐMT) là bệnh tổn thương da mạn tính, đặc trưng bởi các sẩn phù màu hồng tươi hoặc hồng nhạt, nổi gờ khỏi bề mặt da, kích thước khác nhau, có thể liên kết lại thành mảng lớn, bờ đa cung, ranh giới rõ với da lành, vị trí bất kỳ trên cơ thể. Các nốt sẩn hay phù mạch diễn biến nhanh, thường biến mất hoàn toàn trong vòng một đến vài giờ, tồn tại không quá 24 giờ. Có hoặc không kèm theo phù mạch. Ngứa nhiều hoặc ít tại vùng đang có thương tổn hoặc sắp có thương tổn. Bệnh thường tái diễn liên tục trên 6 tuần, chiếm khoảng 1-5% dân số toàn thế giới [1]. Một khảo sát quy mô quốc gia ở Trung Quốc năm 2022 cho thấy tỷ lệ bệnh mày đay trong dân số là 7,3%, trong đó 1,8% là mày đay mạn tính [2]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Năng An, tỷ lệ bệnh mày đay trong cộng đồng là 11,68%, trong đó 80-90% bệnh nhân không xác định được nguyên nhân [3].

Cơ chế bệnh sinh của bệnh mày đay mạn tính khá phức tạp, có nhiều nguyên nhân và yếu tố khởi phát bệnh khác nhau, hoàn cảnh xuất hiện

bệnh đa dạng. Việc xác định các căn nguyên còn khó khăn trong nhiều trường hợp. Bệnh thường tái diễn, có thể kéo dài trong nhiều tháng, nhiều năm, ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống của người bệnh [4].

Để tìm hiểu thêm về đặc điểm lâm sàng của bệnh mày đay mạn tính nhằm góp phần tốt hơn trong công tác quản lý, theo dõi bệnh nhân; chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của 82 bệnh nhân mày đay mạn tính đến khám, điều trị tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh và Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An trong năm 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: 82 bệnh nhân mày đay mạn tính ≥ 12 tuổi tới khám, điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh và Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 10/2024 - 4/2025, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Chủ yếu dựa vào các đặc điểm lâm sàng sau [1]:

Thương tổn cơ bản: sẩn phù màu hồng tươi hoặc hồng nhạt, nổi gờ khỏi bề mặt da, kích thước khác nhau, có thể liên kết lại thành mảng lớn, bờ đa cung, ranh giới rõ với da lành, vị trí bất kỳ trên cơ thể.

Các nốt sần hay phù mạch diễn biến nhanh, thường biến mất hoàn toàn trong vòng một đến vài giờ, tồn tại không quá 24 giờ, nhưng lại tái phát nhiều lần.

Ngứa nhiều hoặc ít tại vùng đang có thương tổn hoặc sắp có thương tổn.

Kéo dài trên 6 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang mắc các bệnh khác kèm theo: u ác tính, bệnh gan, thận, tâm thần. Phụ nữ có thai và cho con bú.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang trên một loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chọn được 82 bệnh nhân mày đay mạn tính đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

3. Biến số nghiên cứu

Điểm	Đánh giá mức độ bệnh	Số nốt mày đay	Mức độ ngứa
0	Không hoạt động	0	Không ngứa
1	Nhẹ	< 20 nốt/24h	Không khó chịu và không ảnh hưởng đến các hoạt động
2	Trung bình	20-50 nốt/24h	Ngứa khó chịu, nhưng vẫn hoạt động và ngủ bình thường
3	Nặng	> 50 nốt/24h hoặc thành mảng lớn	Rất ngứa, khó chịu, ảnh hưởng đến các hoạt động và giấc ngủ

Xét nghiệm tìm *Helicobacter pylori* được thực hiện bằng phương pháp test Urease mảnh sinh thiết qua nội soi dạ dày.

Xét nghiệm tìm ký sinh trùng được thực hiện bằng phương pháp ELISA trên máy miễn dịch tự động.

Xét nghiệm tìm dị nguyên được thực hiện bằng phương pháp ELISA trên máy Hitachi CLA-1.

4. Thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: Theo bệnh án nghiên cứu, thông qua hỏi - thăm khám, hồ sơ, các kết quả xét nghiệm.

Xử lý số liệu: Trước khi xử lý, các số liệu được làm sạch và mã hóa. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 26.0.

Các biến định tính được biểu hiện dưới dạng %.

Thu thập thông tin dựa trên bệnh án nghiên cứu theo các nội dung sau:

+ Họ tên, mã bệnh nhân, tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở, các chỉ số sinh tồn.

+ Các tác nhân và các bệnh lý liên quan đến bệnh mày đay mạn tính.

+ Tiền sử dị ứng cá nhân (như dị ứng thức ăn, dị ứng thuốc, viêm mũi dị ứng, hen phế quản, viêm kết mạc dị ứng, viêm da cơ địa, phản vệ).

+ Tiền sử dị ứng của gia đình: bao gồm ông bà, bố mẹ đẻ, anh chị em ruột mắc các bệnh lý dị ứng trên.

+ Triệu chứng ban mày đay.

+ Triệu chứng ngứa.

+ Triệu chứng phù mạch.

+ Tần suất xuất hiện bệnh.

+ Điểm các triệu chứng của bệnh (UAS), được đánh giá 1 lần/ngày như sau [1]:

Các biến định lượng được biểu hiện dưới dạng trung bình, độ lệch, phương sai.

5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được phê duyệt đề cương của hội đồng khoa học trường Đại học y khoa Vinh và được sự đồng ý của Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. Đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Mọi thông tin của bệnh nhân được tôn trọng và giữ bí mật tuyệt đối. Số liệu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu là cơ sở đưa ra các khuyến nghị có tính khả thi nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và quản lý bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung (n=82)

Đặc điểm	n	%
Tuổi		
≤19	13	15,9
20-39	37	45,1
40-59	24	29,3
≥60	8	9,8
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	36,41 ± 16,50	
Giới		
Nam	28	34,1
Nữ	54	65,9

Bệnh mày đay mạn tính phổ biến nhất ở nhóm tuổi 20-39 (45,1%), kế đến là nhóm tuổi 40-59 (29,3%), thấp nhất ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi (9,8%). Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 65,9%, gần gấp đôi so với bệnh nhân nam (34,1%).

Bảng 2. Thời gian mắc bệnh (n=82)

Thời gian	n	%
6 tuần-6 tháng	10	12,2
> 6 tháng-1 năm	19	23,2
> 1-5 năm	35	42,7
> 5 năm	18	21,9
Thời gian mắc bệnh bệnh trung bình (năm) ($\bar{X} \pm SD$)	4,88 ± 6,43	

Có 64,7% bệnh nhân bị bệnh trên 1 năm. Thời gian bệnh cao nhất là 1-5 năm (42,7%), thấp nhất là từ > 6 tuần tới 6 tháng chiếm 12,2%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 4,88 ± 6,43 năm.

Bảng 3. Đặc điểm về tiền sử cá nhân, gia đình và một số bệnh liên quan (n=82)

Đặc điểm		n	%
Tiền sử dị ứng của cá nhân		30	36,6
Tiền sử dị ứng của gia đình		19	23,2
Một số bệnh liên quan	Có	39	47,6
	Không	19	23,2
	Không rõ	24	29,3

Tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh dị ứng khác là 36,6%; mắc các bệnh liên quan như bệnh Basedow, viêm giáp tự miễn, một số bệnh tự miễn khác và nhiễm trùng là 47,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có người thân có tiền sử dị ứng là 23,2%.

Bảng 4. Các tác nhân có thể làm xuất hiện bệnh (n=82)

Tác nhân/hoàn cảnh		n	%
Mặt bọ nhà/nấm mốc/phấn hoa	Có	15	18,3
	Không	34	41,5
	Không rõ	33	40,2
Tác nhân viêm (HP/KST)	Có	36	43,9
	Không	21	25,6
	Không rõ	25	30,5

Tác nhân/hoàn cảnh		n	%
Tác nhân vật lý/cơ học		30	36,6
Thức ăn		8	9,8
Thay đổi tâm, sinh lý		5	6,1
Khác		13	15,9
Tác nhân/hoàn cảnh xuất hiện bệnh đợt này	Có	13	15,9
	Không rõ	69	84,1

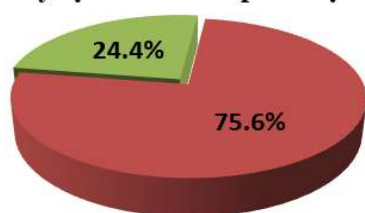
Có 43,9% bệnh nhân có nhiễm các tác nhân gây viêm, 36,6% bệnh nhân có tiền sử khởi phát các triệu chứng mày đay do tác nhân vật lý/cơ học, 18,3% bệnh nhân có dương tính với mạt bọ nhà/nấm mốc/phấn hoa; 9,8% bệnh nhân có tiền sử dị ứng thức ăn. Phần lớn các bệnh nhân không rõ hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng của bệnh mày đay đợt này (chiếm 84,1%).

Bảng 5. Điểm triệu chứng sẩn và ngứa (n=82)

Triệu chứng	$\bar{X} \pm SD$
Điểm số lượng sẩn	2,0±0,5
Điểm ngứa	2,3±0,7

Điểm trung bình hoạt động của các triệu chứng mày đay gồm số lượng các nốt sẩn và mức độ ngứa trong ngày lần lượt là $2,0 \pm 0,5$; $2,3 \pm 0,7$.

Tỷ lệ bệnh nhân phù mạch



■ Không ■ Có

Biểu đồ 1. Mày đay mạn tính có kèm theo phù mạch (n=82)

Tỷ lệ bệnh nhân mày đay mạn có kèm theo phù mạch (sưng môi, mí mắt, phù nề thanh môn) là 24,4%, không kèm theo phù mạch là 75,6%.

Bảng 6. Tần suất xuất hiện bệnh trong tuần qua (n=82)

Tần suất	n	%
2-3 lần/tuần	11	13,4
4-5 lần/tuần	29	35,4
Hàng ngày	42	51,2

Bệnh xuất hiện hàng ngày chiếm ưu thế (51,2%), tiếp đến là xuất hiện 4-5 lần/tuần (35,4%).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh dị ứng có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng sự phân bố ở các lứa tuổi có thể khác nhau vì liên quan tới hệ miễn dịch của cơ thể. Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi 20-39 chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,1%. Tuổi trung bình của 82 bệnh nhân là $36,41 \pm 16,50$; bệnh nhân nữ chiếm 65,9% gần gấp đôi so với nam (34,1%). Theo chúng tôi, bệnh gặp ở nữ nhiều hơn ở nam có thể được giải thích rằng: trong bệnh mày đay mạn tính, ngoài yếu tố dị ứng có thể còn có vai trò của yếu tố nội tiết, tự miễn [5]. Vì vậy, phân bố bệnh theo tuổi và giới phức tạp hơn.

Tính chất nổi bật của bệnh MĐMT là diễn biến mạn tính, có thể tái phát nhiều lần trong nhiều tháng, nhiều năm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trên 1 năm chiếm 64,7%; thời gian mắc bệnh trung bình là $4,88 \pm 6,43$ năm. Thời gian mắc bệnh kéo dài ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống của người bệnh và việc điều trị cho những bệnh nhân này khó khăn hơn so với những người mới mắc bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có kèm theo các bệnh dị ứng khác chiếm 36,6%, tương đương với nghiên cứu của Thomsen SF (36,1%) [6]. Cho tới nay khoa học chưa xác định được gen gây dị ứng, các nhà y học cho rằng tình trạng dị ứng ở người do một tổ hợp gen nhạy cảm gây dị ứng quy định dưới ảnh hưởng của ngoại cảnh [4]. Vì vậy, chẩn đoán xác

định mày đay dựa trên các thương tổn cơ bản và sự tiến triển của bệnh trên lâm sàng, ngoài ra, cần khai thác tiền sử dị ứng, qua đó có thể tìm được các yếu tố làm bệnh khởi phát hoặc nặng lên.

Về tiền sử gia đình, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có người thân (bao gồm ông, bà, bố, mẹ, anh chị em ruột) mắc các bệnh dị ứng là 23,2%. Nghiên cứu về quan hệ huyết thống ở những người mắc bệnh MĐMT vô căn cho thấy tần suất mắc bệnh thường cao hơn ở những người có quan hệ họ hàng thế hệ thứ nhất mắc các bệnh dị ứng và có mối liên quan của tình trạng này với hệ kháng nguyên bạch cầu DR4 (HLA-DR4) [4].

Qua kết quả điều tra, chúng tôi ghi nhận trường hợp bệnh nhân có mắc các bệnh liên quan đến bệnh MĐMT chiếm tỷ lệ 47,6%; có 43,9% bệnh nhân có mắc các tác nhân gây viêm như nhiễm ký sinh trùng, *Helicobacter pylori*. Mối liên quan giữa tình trạng nhiễm ký sinh trùng, *Helicobacter pylori* và bệnh mày đay; đặc biệt là mày đay mạn tính đã được đưa ra dựa trên cơ chế ký sinh trùng đã hoạt hóa tế bào mast và bạch cầu ái kiềm thông qua kháng thể IgE đặc hiệu, lệch hướng của cytokine Th2, tăng huy động bạch cầu ái toan vào da, hoạt hóa hệ thống đông máu và bổ thể [7]. Kết quả này cũng phù hợp với dịch tễ học về tình trạng nhiễm ký sinh trùng của người dân Việt Nam [8]. Vì vậy, việc tầm soát tình trạng nhiễm ký sinh trùng, *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân mày đay mạn tính cũng cần phải được quan tâm, nhất là những trường hợp chưa tìm thấy căn nguyên.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy bệnh MĐMT có thể liên quan với các bệnh lý hệ thống khác, nhất là nhóm bệnh tự miễn và nhiễm trùng. Trong nhóm bệnh tự miễn, bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto và bệnh Basedow được chứng minh có liên quan nhiều nhất với bệnh MĐMT tự phát, dựa trên sự có mặt của các tự kháng thể tuyến giáp xuất hiện song song với bệnh mày đay [9]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ

bệnh nhân mắc các bệnh tuyến giáp rất thấp (7,3%), nguyên nhân do nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu chưa được kiểm tra hết các cận lâm sàng (26,8%) để tầm soát các bệnh về tuyến giáp. Trong thực hành lâm sàng, chúng ta nên tiến hành các xét nghiệm về chức năng tuyến giáp, tự kháng thể của tuyến giáp cho bệnh nhân MĐMT để góp phần sàng lọc bệnh tuyến giáp cũng như tìm mối liên quan của chúng với bệnh MĐMT.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy phần lớn các bệnh nhân không xác định được hoàn cảnh xuất hiện đợt bệnh này (84,1%). Tuy nhiên, qua khảo sát cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử khởi phát bệnh do các yếu tố vật lý (thời tiết, nóng, lạnh), cơ học chiếm 36,6%; mệt mỏi, nắm cốc, phấn hoa (18,3%); thức ăn (9,8%); do căng thẳng, thay đổi tâm sinh lý (6,1%). Kết quả yếu tố khởi phát do yếu tố vật lý phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hà (năm 2011), nhưng yếu tố dị ứng với thức ăn thì thấp hơn. Theo nghiên cứu của tác giả này, tỷ lệ MĐMT do thay đổi thời tiết chiếm 30,6%; do thức ăn chiếm 19,3%. Sự khác nhau đó có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi, một số bệnh nhân không thực hiện xét nghiệm dị nguyên, còn nghiên cứu của tác giả kết hợp tất cả bệnh nhân được làm xét nghiệm 36 dị nguyên nên tỷ lệ phát hiện các dị nguyên thức ăn cao hơn.

Đáng chú ý, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 6,1% bệnh nhân khởi phát bệnh sau khi căng thẳng, thay đổi tâm lý. Điều này phù hợp với nhận định của Konstantinou khi cho rằng tình trạng stress hoặc những biến cố lớn trong cuộc sống có thể làm bùng phát hoặc làm nặng lên một số bệnh da như mày đay [10].

Điểm trung bình số sẩn mày đay và triệu chứng ngứa là $2,5 \pm 0,5$ và $2,3 \pm 0,7$. Trên thực tế, bệnh thường hoạt động càng mạnh, càng rầm rộ, các ban sẩn mọc lên và mức độ ngứa càng nhiều, càng ảnh hưởng rất nhiều đến giấc ngủ, khả năng làm việc và tâm lý bệnh nhân. Bên

cạnh đó, chúng ta thấy rằng trong đợt bệnh các triệu chứng nổi ban, ngứa của bệnh MĐMT có thể xuất hiện liên tục, có thể gián đoạn trong một thời gian ngắn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất xuất hiện các triệu chứng chủ yếu là hàng ngày chiếm 51,2%, xuất hiện 4-5 lần/tuần chiếm 35,4%. Các triệu chứng của bệnh càng xuất hiện dày, liên tục hàng ngày càng làm cho bệnh nhân khó chịu, ảnh hưởng nhiều đến năng suất học tập, lao động và giấc ngủ của bệnh nhân. Vì vậy, mặc dù MĐMT thường không gây tử vong nhưng cần được quan tâm, điều trị tốt, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Bệnh mày đay có thể chỉ có triệu chứng sẩn da đơn thuần hoặc phối hợp với phù mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có phù mạch chiếm 24,4%. Phù mạch là dấu hiệu nặng của bệnh mày đay nói chung và MĐMT nói riêng, trong đó phù thanh môn có thể đe dọa tính mạng của người bệnh. Vì vậy, chúng ta cũng cần theo dõi sát hơn ở những bệnh nhân mày đay có kèm theo phù mạch.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 82 bệnh nhân MĐMT. Chúng tôi có một số kết luận sau về đặc điểm lâm sàng của bệnh: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $36,41 \pm 16,50$; nhóm tuổi phổ biến nhất là 20-39 (45,1%). Tỷ lệ bệnh nhân nữ là 65,9%, gần gấp đôi so với bệnh nhân nam (34,1%). Bệnh MĐMT thường xuất hiện trên người có cơ địa dị ứng (tiền sử mắc các bệnh dị ứng khác là 36,6%), có thể có nhiều yếu tố gây khởi phát bệnh khác nhau (47,6% bệnh nhân mắc các bệnh liên quan như Basedow, viêm giáp tự miễn, một số bệnh tự miễn khác và nhiễm trùng; có 43,9% bệnh nhân có nhiễm ký sinh trùng và *Helicobacter pylori*; 36,6% bệnh nhân khởi phát các triệu chứng mày đay do tác nhân vật lý/cơ học, 18,3% bệnh nhân dương tính với mạt bọ nhà/nấm mốc/phấn hoa). Đáng chú ý có 6,1%

bệnh nhân xuất hiện MĐMT khi thay đổi tâm sinh lý, căng thẳng. Phần lớn các bệnh nhân không rõ hoàn cảnh xuất hiện bệnh (84,1%). Điểm số lượng sẩn trong ngày trung bình là $2,0 \pm 0,5$; điểm ngứa trong ngày trung bình là $2,3 \pm 0,7$. Có 24,4% bệnh nhân có kèm theo phù mạch. Tần suất xuất hiện bệnh của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là hàng ngày (51,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] T. Zuberbier et al., "The international EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria," *Allergy*, vol. 77, no. 3, pp. 734–766, Mar. 2022, doi: 10.1111/all.15090.
- [2] J. Li et al., "Epidemiology of urticaria in China: a population-based study," *Chin. Med. J. (Engl.)*, vol. 135, no. 11, pp. 1369–1375, Jun. 2022, doi: 10.1097/CM9.0000000000002172.
- [3] Nguyễn Năng An, *Mày đay và phù Quincke*, Bách khoa thư bệnh học (tập 3). Việt Nam: Nhà xuất bản từ điển bách khoa Hà Nội, 2000.
- [4] Nguyễn Văn Đoàn, "Bài giảng dị ứng - miễn dịch lâm sàng," Nhà xuất bản y học.
- [5] E. Jensen-Jarolim, "Gender effects in allergology – Secondary publications and update," *World Allergy Organ. J.*, vol. 10, Jan. 2017, doi: 10.1186/s40413-017-0178-8.
- [6] S. f. Thomsen et al., "Chronic urticaria in the real-life clinical practice setting in Sweden, Norway and Denmark: baseline results from the non-interventional multicentre AWARE study," *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, vol. 31, no. 6, pp. 1048–1055, 2017, doi: 10.1111/jdv.14210.
- [7] P. Kolkhir, G. Balakirski, H. F. Merk, O. Olisova, and M. Maurer, "Chronic spontaneous urticaria and internal parasites – a systematic review," *Allergy*, vol. 71, no. 3, pp. 308–322, 2016, doi: 10.1111/all.12818.
- [8] H. M. Nguyen et al., "An overview of human helminthoses in Vietnam: Their prevention, control and lessons learnt," *Acta Trop.*, vol. 238, p. 106753, Feb. 2023, doi: 10.1016/j.actatropica.2022.106753.

- [9] P. Kolkhir, M. Metz, S. Altrichter, and M. Maurer, "Comorbidity of chronic spontaneous urticaria and autoimmune thyroid diseases: A systematic review," *Allergy*, vol. 72, no. 10, pp. 1440–1460, 2017, doi: 10.1111/all.13182.
- [10] G. N. Konstantinou and G. N. Konstantinou, "Psychological Stress and Chronic Urticaria: A Neuro-immuno-cutaneous Crosstalk. A Systematic Review of the Existing Evidence," *Clin. Ther.*, vol. 42, no. 5, pp. 771–782, May 2020, doi: 10.1016/j.clinthera.2020.03.010.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC URTICARIA AT SELECTED HEALTHCARE FACILITIES IN VINH CITY

A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 82 patients diagnosed with chronic urticaria who sought examination and treatment at Vinh Medical University Hospital and Nghe An General Friendship Hospital. The objective was to describe the clinical characteristics of chronic urticaria. The results showed that the mean age of participants was 36.41 ± 16.50 years, with the 20–39 age group being the most prevalent (45.1%). Female patients accounted for 65.9%. The average disease duration was 4.88 ± 6.43 years, and 36.6% had a history of allergic conditions. In the majority of cases (84.1%), the triggering factors for the current episode were unknown. 43.9% patients had evidence of inflammatory triggers. A history of urticaria induced by physical or mechanical stimuli was reported in 36.6% of patients. The mean daily wheal and pruritus severity scores were 2.5 ± 0.5 and 2.3 ± 0.7 , respectively. Angioedema was present in 24.4% of cases. The condition occurred daily in 51.2% of patients.

Keywords: Chronic urticaria.