

# SỰ KHÁC BIỆT VỀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM GIỮA CÁC THỂ MÀY ĐAY MẠN TÍNH TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Thị Kim Cúc<sup>1,2</sup>, Lê Huyền My<sup>1,2</sup>, Chu Nhật Uyên<sup>1</sup>  
Lê Hữu Doanh<sup>1,2</sup> và Vũ Nguyệt Minh<sup>1,2,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

Nghiên cứu cắt ngang trên 1340 bệnh nhân được chẩn đoán mày đay mạn tính (CU) tại phòng khám chuyên đề mày đay và mày đay mạn tính, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 2/2023 đến tháng 7/2024 nhằm mô tả sự phân bố và phân tích sự khác biệt giữa các thể lâm sàng CU tại Việt Nam. Kết quả cho thấy mày đay mạn tính tự phát đơn thuần (CSU) là thể CU chiếm ưu thế (81,8%). Chứng da về nổi là thể mày đay mạn tính cảm ứng (CIndU) hay gặp nhất (89,3%). Cả hai thể CU đều có tỉ lệ nữ giới chiếm ưu thế. Thời gian diễn biến đợt bệnh của CSU ngắn hơn với CIndU ( $p < 0,001$ ). Tỉ lệ giảm bạch cầu ái toan, giảm nồng độ IgE toàn phần, tăng máu lắng, tăng IgG kháng TPO và test huyết thanh tự thân dương tính ở nhóm CSU đơn thuần cao hơn so với nhóm CSU đồng mắc CIndU và nhóm CIndU đơn thuần ( $p < 0,05$ ). Không có sự khác biệt về độ tuổi khởi phát, tiền sử bệnh cơ địa giữa các thể CU. Như vậy, sự phân bố các thể CU tại Việt Nam cũng tương tự như trên thế giới với CSU và chứng da về nổi chiếm ưu thế. CIndU đơn thuần và CIndU đồng mắc CSU mang nhiều đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tương tự nhau.

**Từ khóa:** Mày đay mạn tính, mày đay mạn tính tự phát, mày đay mạn tính cảm ứng, sự khác biệt.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay mạn tính (Chronic urticaria: CU) là bệnh lý phổ biến, chiếm tới hơn 4% dân số thế giới, đặc biệt ở các quốc gia châu Á như Hàn Quốc, Trung Quốc.<sup>1</sup> Bệnh ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và là một thách thức trong điều trị y khoa với diễn biến bệnh kéo dài và hiện chưa có thuốc điều trị khỏi. Tổn thương đặc trưng của CU trên lâm sàng là sẩn phù kèm ngứa và hoặc phù mạch với diễn biến bệnh trên 6 tuần. Dựa trên yếu tố khởi phát đặc hiệu, CU được chia thành 2 nhóm chính là mày đay mạn tính tự phát (Chronic spontaneous urticaria: CSU) và mày đay mạn tính cảm ứng (Chronic inducible

urticaria: CIndU). Một bệnh nhân có thể bị một hoặc nhiều thể lâm sàng của CU.<sup>2,3</sup>

Không chỉ có sự khác biệt về yếu tố khởi phát đặc hiệu, một số nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận CSU đơn thuần (isolated CSU: isCSU), CIndU đơn thuần (isolated CIndU: isCIndU) và CSU đồng mắc CIndU (CSU+CIndU) còn có sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm. Nghiên cứu của Curto-Barredo cho thấy nhóm isCSU có tỉ lệ đồng mắc bệnh lý tuyến giáp cao hơn nhưng tỉ lệ đồng mắc bệnh cơ địa thấp hơn so với nhóm CSU+CIndU.<sup>4</sup> Nghiên cứu của Bizjak và cs lại ghi nhận các thể CIndU như chứng da về nổi, mày đay do lạnh, mày đay do cholin có tuổi khởi phát trẻ hơn, diễn biến bệnh kéo dài, nồng độ IgE toàn phần cao hơn nhưng nồng độ CRP lại thấp hơn so với nhóm isCSU.<sup>5</sup> Mao và cs tập trung mô tả sự khác biệt của CSU+CIndU với các thể isCSU và isCIndU. Tác giả nhận

Tác giả liên hệ: Vũ Nguyệt Minh

Trường đại học Y Hà Nội

Email: minhnguyet93@yahoo.com

Ngày nhận: 07/04/2025

Ngày được chấp nhận: 16/04/2025

thấy CSU+CIndU chiếm hơn 30% trong CU và thường có mức độ hoạt động bệnh nặng hơn và đáp ứng điều trị với thuốc kháng histamin kém hơn so với hai thể còn lại của CU.<sup>6</sup>

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về CU còn hạn chế về cỡ mẫu và chưa phân loại được chính xác các thể CU dẫn đến chưa làm nổi bật được sự khác biệt giữa các thể lâm sàng của CU. Nghiên cứu của Huỳnh Thị Như Huyền và cs chỉ được tiến hành trên hơn 100 bệnh nhân CU nói chung, không phân loại cụ thể các thể lâm sàng của CU.<sup>7</sup> Nghiên cứu khác của Ngô Thị Hồng Hạnh và cs chỉ tập trung mô tả đơn thuần các thể CIndU.<sup>8</sup> Nguyễn Hồng Vân và cs chủ yếu mô tả một số đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan về tiền sử bệnh trên nhóm bệnh nhân isCSU.<sup>9</sup> Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu mô tả sự phân bố các thể lâm sàng của mày đay mạn tính ở Việt Nam và so sánh một số đặc điểm lâm sàng và chỉ số xét nghiệm giữa các thể mày đay mạn tính này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

1340 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là CU theo tiêu chuẩn chẩn đoán của EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/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.<sup>3</sup>

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/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI năm 2022.<sup>3</sup>

### 2. Phương pháp

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Cắt ngang phân tích, hồi cứu và tiến cứu.

#### **Thời gian nghiên cứu**

Từ tháng 2/2023 đến tháng 7/2024.

#### **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 CU, số đợt CU trước đó, thời gian diễn biến CU đợt hiện tại, 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 isCSU và CSU+CIndU, test huyết thanh tự thân (autologous serum skin test: ASST).

**Các test kích thích:** Frict test (chẩn đoán da vễ 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 ba nhóm: isCSU, isCIndU và CSU+CIndU về các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng được kiểm định bằng Kruskal-Wallis test và tiến hành phân tích hậu định bằng

Dunn's test (biến định lượng phân bố không chuẩn) và Chi-bình phương hoặc Fisher's exact test (biến định tính).

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

**3. Đạo đức nghiên cứu**

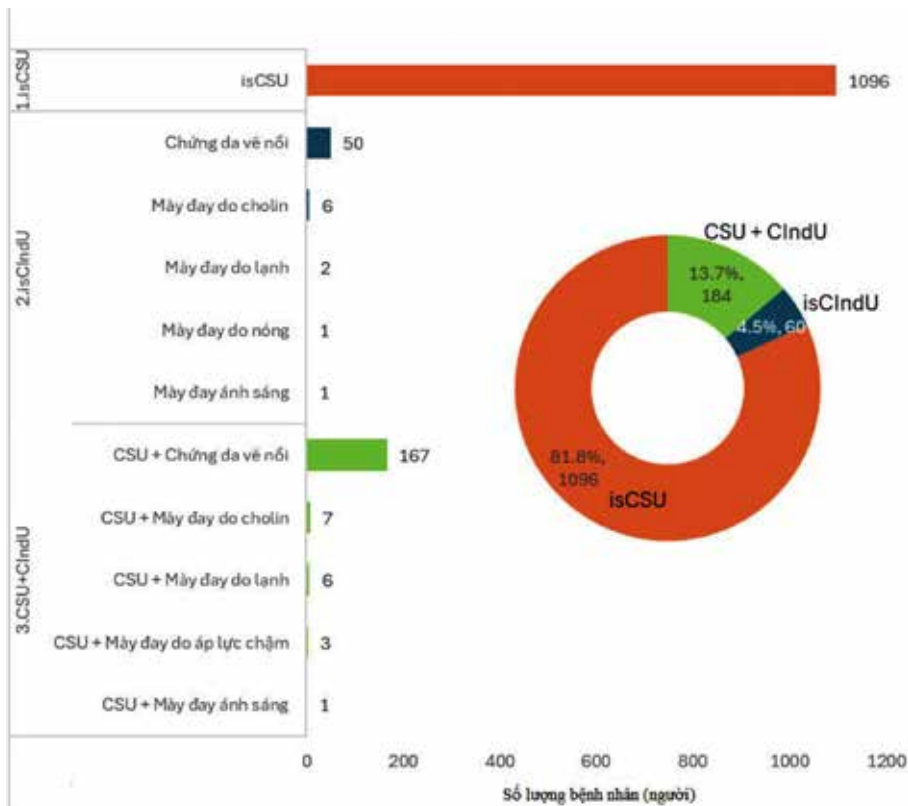
Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh - Bệnh viện Da liễu Trung ương theo quyết định số 54/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 13 tháng 11 năm 2023. Bệnh nhân được thông báo rõ mục đích nghiên

cứu, tham gia trên tinh thần tự nguyện. Các thông tin cá nhân được mã hoá khi nhập vào máy tính và được giữ bí mật.

**III. KẾT QUẢ**

**1. Phân bố các thể CU**

Nghiên cứu được tiến hành trên 1340 bệnh nhân CU. Trong đó, isCSU là thể CU hay gặp nhất (81,8%). Chứng da vẩy nổi là thể CIndU hay gặp nhất trong cả nhóm isCIndU và nhóm CSU+CIndU (biểu đồ 1).



**Biểu đồ 1. Sự phân bố các thể lâm sàng của CU**

**2. Sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng giữa các thể CU**

Nữ giới chiếm ưu thế ở tất cả các thể CU, đặc biệt là isCSU (61,3%). Độ tuổi khởi phát tương tự giữa ba nhóm CU với nhóm tuổi 20 - 39 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (isCSU: 39,7%; isCIndU: 56,6% và CSU+CIndU: 52,2%). isCSU

có tỉ lệ phù mạch và ASST dương tính cao hơn nhưng diễn biến bệnh thấp hơn so với nhóm isCIndU và CSU+CIndU ( $p < 0,05$ ). Không ghi nhận sự khác biệt về tỉ lệ đồng mắc bệnh cơ địa, bệnh tuyến giáp, dị ứng thuốc/ thức ăn, tiền sử gia đình bệnh cơ địa/ bệnh tự miễn giữa ba thể CU ( $p > 0,05$ ) (bảng 1).

Bảng 1. Sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng giữa các thể CU

Đặc điểm lâm sàng	isCSU (n = 1096)	isCIndU (n = 60)	CSU+CIndU (n = 184)	P value	
Giới (nữ, %)	61,3	53,3	54,3	0,11**	
Tuổi khởi phát (± SD, năm)	31,2 ± 17,1	31,8 ± 14,8	32,1 ± 14,2	0,76*	
Độ tuổi khởi phát (%)	0 - 19 tuổi	28,5	28,4	18,5	0,76**
	20 - 39 tuổi	39,7	56,6	52,2	
	40 - 59 tuổi	25,2	15	26,6	
	≥ 60 tuổi	6,6	10	2,7	
Thời gian diễn biến bệnh đợt này (M <sub>e</sub> [IQR], tuần)	12 [8; 20]	16 [8; 51,5]	16 [8; 36]	< 0,001*** (p1: 0,007; p2: 0,007; p3: 0,86)	
Số đợt CU trước đó (M <sub>e</sub> [IQR], đợt)	0 [0; 1]	0 [0; 1,9]	0 [0; 1]	0,38***	
Phù mạch (%)	28,7	0	14,7	< 0,001**	
UAS7 (M <sub>e</sub> [IQR])	28 [14; 28]	Không áp dụng	21 [14; 28]	0,02***	
ASST + (%)	41,5	10	20,5	< 0,001 <sup>+</sup>	
Tiền sử bản thân (%)	Khỏe mạnh	72,2	76,7	66,8	0,23**
	Bệnh cơ địa	6,8	3,3	7,6	0,57 <sup>+</sup>
	Bệnh tuyến giáp	3,8	0	2,7	0,32 <sup>+</sup>
	Dị ứng thuốc/ thức ăn	7,3	5,0	6,5	0,90 <sup>+</sup>
	Phản vệ	0,6	0	0,5	1,00 <sup>+</sup>
	Bệnh tự miễn	0,5	0	0,5	1,00 <sup>+</sup>
Tiền sử gia đình (%)	Bệnh CU	6,7	3,3	4,3	0,41 <sup>+</sup>
	Bệnh cơ địa	3,5	1,7	1,1	0,18 <sup>+</sup>
	Bệnh tự miễn	0,5	0	0	0,70 <sup>+</sup>

\* Test anova, \*\* Test Chi-Square, \*\*\*Test Kruskal-Wallis (hậu kiểm Dunn's test với p1: giữa isCSU với isCIndU, p2: giữa isCSU với CSU+CindU, p3: giữa isCIndU với CSU+CindU), <sup>+</sup>Test Fisher Exact.

### 3. Sự khác biệt về một số đặc điểm cận lâm sàng giữa các thể CU

Số lượng BCAT trong máu ngoại vi ở nhóm isCSU thấp hơn so với isCIndU và CSU+CIndU, tương ứng tỉ lệ giảm BCAT ở nhóm isCSU cũng cao hơn so với hai thể CU còn lại (p < 0,05). Tuy nhiên, không ghi nhận sự khác biệt về số lượng BCAK và tỉ lệ giảm BCAK ở máu ngoại vi giữa ba thể CU. Nồng độ IgE toàn phần tương

tự giữa ba thể CU nhưng tỉ lệ giảm IgE toàn phần ở nhóm isCSU (4,2%) cao hơn so với isCIndU (3,3%) và CSU+CIndU (2,7%) với  $p < 0,05$ . Có sự không thống nhất về nồng độ CRP và máu lắng giữa ba thể CU: tỉ lệ tăng CRP ở isCSU thấp hơn hai nhóm còn lại ( $p = 0,03$ )

nhưng tốc độ máu lắng và tỉ lệ tăng máu lắng ở isCSU cao hơn so với isCIndU ( $p < 0,05$ ). Nồng độ IgG kháng TPO tương tự giữa ba thể CU nhưng tỉ lệ tăng IgG kháng TPO ở nhóm CSU+CIndU cao hơn so với hai nhóm còn lại ( $p = 0,001$ ) (bảng 2).

**Bảng 2. Sự khác biệt về một số chỉ số xét nghiệm giữa các thể CU**

Đặc điểm cận lâm sàng	isCSU (n = 1096)	isCIndU (n = 60)	CSU+CIndU (n = 184)	p value
BCAT máu ngoại vi ( $M_e$ [IQR], G/L)	0,11 [0,06; 0,19]	0,138 [0,07; 0,28]	0,122 [0,07; 0,2]	0,043*** (p1: 0,03; p2: 0,47; p3: 0,71)
Giảm BCAT ( $< 0,05$ G/L) (%)	18,4	10	10,3	0,01**
BCAK máu ngoại vi ( $M_e$ [IQR], G/L)	0,037 [0,03; 0,05]	0,036 [0,02; 0,05]	0,04 [0,03; 0,05]	0,94***
Giảm BCAK ( $< 0,01 \times 10^9/L$ ) (%)	1,5	0	2,2	0,80 <sup>+</sup>
Nồng độ IgE toàn phần ( $M_e$ [IQR], IU/mL)	170,2 [98,9; 307,6]	123,5 [85,2; 109,2]	215,2 [81,3; 464,9]	0,24***
Giảm IgE toàn phần $< 40$ IU/ mL (%)	4,2	3,3	2,7	0,01 <sup>+</sup>
Nồng độ CRP ( $M_e$ [IQR], mg/L)	0,91 [0,4; 2,4]	0,63 [0,31; 2,6]	0,8 [0,4; 1,7]	0,09***
Tỉ lệ tăng CRP ( $> 5$ mg/L) (%)	34,7	43,3	44	0,03**
Máu lắng giờ thứ 1 ( $M_e$ [IQR], mm)	8,5 [5,6; 13]	5,1 [2,7; 7]	9 [5; 11,5]	0,003*** (p1: 0,007; p2: 0,21; p3: 0,23)
Máu lắng h thứ 2 ( $M_e$ [IQR], mm)	21 [12; 33]	10,5 [7,5; 18,5]	20 [11; 29,5]	$< 0,001$ *** (p1: 0,003; p2: 0,1; p3: 0,2)
Tăng máu lắng (%)	55,5	31,7	48,4	0,001 <sup>+</sup>
IgG anti-TPO ( $M_e$ [IQR], U/mL)	0,5 [0,2; 1,1]	0,5 [0,3; 0,8]	0,3 [0,3; 0,5]	0,14 <sup>*</sup>
Tăng IgG anti-TPO ( $\geq 34$ U/mL) (%)	13,5	13,3	23,9	0,001**

\* Test anova, \*\* Test Chi-Square, \*\*\*Test Kruskal-Wallis (hậu kiểm Dunn's test với p1: giữa isCSU với isCIndU, p2: giữa isCSU với CSU+CindU, p3: giữa isCIndU với CSU+CindU), <sup>+</sup>Test Fisher Exact

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự phân bố các thể CU tại Việt Nam tương đồng với nhiều quốc gia khác trên thế giới: isCSU chiếm tỉ lệ cao hơn so với isCIndU và CSU+CIndU, chứng da vẩy nổi là thể CIndU hay gặp nhất.<sup>5,6,10</sup> Một số thể CIndU không được ghi nhận ở nghiên cứu của chúng tôi như mày đay tiếp xúc, mày đay do nước và phù mạch do rung liên quan đến tính hiếm gặp của các thể CU này.<sup>11</sup>

Nữ giới chiếm ưu thế trong toàn bộ các thể của CU, đặc biệt là isCSU (61,3%). Kết quả này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Bizjak với tỉ lệ nữ trong nhóm isCSU lên tới 66%, trong chứng da vẩy nổi và mày đay do lạnh là 65%, nghiên cứu của Mao và cs với tỉ lệ nữ hơn 61% trong isCSU, isCIndU và CSU+CIndU, hoặc một số nghiên cứu khác tại Việt Nam như nghiên cứu của Ngô Thị Hồng Hạnh và Huỳnh Thị Như Huyền.<sup>5-8</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về độ tuổi khởi phát giữa các thể CU. Kết quả này không có sự tương đồng với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu của Bizjak và cs cho thấy isCSU khởi phát ở độ tuổi muộn hơn so với isCIndU. Độ tuổi khởi phát của isCSU chiếm tỉ lệ cao nhất là 40 - 59 tuổi, trong khi đó isCIndU là 18 - 39 tuổi. Tổng quan hệ thống của Kolkhir và cs cũng ghi nhận isCSU thường khởi phát ở độ tuổi 30-50 tuổi, cao hơn so với isCIndU (20 - 35 tuổi).<sup>12</sup> Xét về diễn biến bệnh, isCSU lại ngắn hơn so với isCIndU và CSU+CIndU. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới.<sup>4,5,12</sup> Dữ liệu về độ tuổi khởi phát và diễn biến đợt bệnh phụ thuộc nhiều vào sự nhớ lại của người bệnh nên không thể đảm bảo tính chính xác.

CSU tự miễn típ 1 và típ 2b là hai endotype đã được công nhận trong CSU. Sự phân loại này được đặt tên dựa trên cơ sở phân loại của

Gell và Coombs về phản ứng quá mẫn. CSU tự miễn típ 1 (CSU tự dị ứng) với sự có mặt của tự kháng thể IgE kháng lại các tự kháng nguyên như TPO, IL-24, DsDNA. CSU tự miễn típ 2 với sự có mặt của tự kháng thể IgG kháng FcεRI và hoặc kháng IgE. Về lâm sàng, CSU tự miễn típ 2b thường có các đặc điểm như ASST dương tính, đồng mắc với bệnh tự miễn khác, nồng độ IgE toàn phần thấp, IgG kháng TPO cao, giảm BCAT, giảm BCAF...<sup>13</sup> Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy isCSU mang nhiều đặc điểm của CSU tự miễn típ 2b hơn là CSU+CIndU. Trong khi đó, isCIndU và CSU+CIndU lại có nhiều đặc điểm lâm sàng và chỉ số xét nghiệm tương tự nhau. Mặc dù cơ chế bệnh sinh của CIndU chưa được hiểu rõ hoàn toàn nhưng các nhà nghiên cứu đặt giả thuyết rằng tự kháng nguyên ở da được giải phóng bởi các kích thích đặc hiệu như gãi, chà xát, tiếp xúc lạnh... kết hợp với tự kháng nguyên IgE tương ứng gây giáng hạt tế bào mast theo con đường phụ thuộc IgE. Giả thuyết này được chứng minh bởi truyền thụ động tự kháng thể IgE và hiệu quả của Omalizumab trong điều trị CIndU.<sup>14</sup> Như vậy, có thể suy rộng ra cơ chế bệnh sinh của isCIndU và CSU+CIndU liên quan đến mày đay tự dị ứng chứ không phải là mày đay tự miễn típ 2b. Điều này cũng được ghi nhận bởi nghiên cứu của Kovalkova và cs.<sup>15</sup> Sự hiểu biết về cơ chế bệnh sinh của các thể bệnh CU sẽ giúp cho các nhà lâm sàng đưa ra chiến lược điều trị hiệu quả hơn với từng thể bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi có một vài điểm hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu đơn trung tâm nên chưa phản ánh đầy đủ, chính xác sự phân bố các thể CU trên toàn bộ bệnh nhân Việt Nam. Thứ hai, nghiên cứu chưa so sánh sự đáp ứng điều trị giữa các thể CU. Do vậy, cần thêm các nghiên cứu đa trung tâm hoặc theo dõi dọc đánh giá sự khác biệt về đáp ứng



điều trị giữa các thể CU để cung cấp dữ liệu một cách toàn diện hơn trên đối tượng người bệnh CU tại Việt Nam.

## V. KẾT LUẬN

Tại Việt Nam, mày đay mạn tính tự phát và chứng da vẩy nổi là hai thể CU hay gặp nhất. Nữ giới chiếm ưu thế trong toàn bộ các thể CU. Mày đay mạn tính tự phát đơn thuần có diễn biến bệnh ngắn hơn mày đay mạn tính cảm ứng đơn thuần và thể kết hợp. Mày đay mạn tính tự phát đồng mắc mày đay mạn tính cảm ứng có nhiều đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tương tự như mày đay mạn tính cảm ứng đơn thuần.

## LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Ban Lãnh đạo Bệnh viện Da liễu Trung ương, TS.BS Phạm Thị Minh Phương Trưởng khoa Khám bệnh cùng toàn thể nhân viên của khoa về sự hợp tác và giúp đỡ trong nghiên cứu này.

**Cam kết không xung đột lợi ích:** Nhóm tác giả cam kết không xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fricke J, Avila G, Keller T, Weller K, Lau S, Maurer M, et al. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. *Allergy*. 2020; 75(2): 423-32.
2. Sanchez-Borges M, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein J, Canonica GW, Ebisawa M, et al. The challenges of chronic urticaria part 1: Epidemiology, immunopathogenesis, comorbidities, quality of life, and management. *World Allergy Organ J*. 2021; 14(6): 100533.
3. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, et al. The international EAACI/GA(2)LEN/EuroGuiDerm/

APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022; 77(3): 734-66.

4. Curto-Barredo L, Pujol RM, Roura-Vives G, Gimenez-Arnau AM. Chronic urticaria phenotypes: clinical differences regarding triggers, activity, prognosis and therapeutic response. *Eur J Dermatol*. 2019; 29(6): 627-35.
5. Bizjak M, Košnik M. Key differences between chronic inducible and spontaneous urticaria. *Front Allergy*. 2024; 5: 1487831.
6. Mao M, Yuan Y, Xiao Y, Peng C, Chen X, Li J. Clinical difference between single subtype and mixed subtype chronic urticaria: A retrospective study. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology*. 2022; 88(2): 171-6.
7. Huỳnh Thị Như Huyền, Huỳnh Thị Xuân Tâm. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh mày đay mạn tính. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 545(2).
8. Ngô Thị Hồng Hạnh, Lê Văn Đức, Lê Huyền My, và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh mày đay mạn tính cảm ứng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;527(1B).
9. Nguyễn Hoàng Vân, Nguyễn Phú Cường, Bùi Thị Vân. Một số đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân mày đay mạn tính tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2021 - 2022. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2022; 47(7): 91-100.
10. 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*. 2024; 38(3):513-20.
11. Maurer M, Fluhr JW, Khan DA. How to Approach Chronic Inducible Urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018; 6(4): 1119-30.
12. Kolkhir P, Giménez-Arnau AM, Kulthanan

K, Peter J, Metz M, Maurer M. Urticaria. *Nature Reviews Disease Primers*. 2022; 8(1): 61.

13. Kolkhir P, Munoz M, Asero R, Ferrer M, Kocaturk E, Metz M, et al. Autoimmune chronic spontaneous urticaria. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2022; 149(6): 1819-31.

14. Munoz M, Kiefer LA, Pereira MP, Bizjak M, Maurer M. New insights into chronic inducible

urticaria. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2024; 24(8): 457-69.

15. Kovalkova E, Fomina D, Borzova E, Maltseva N, Chernov A, Serdoteckova S, et al. Comorbid Inducible Urticaria Is Linked to Non-Autoimmune Chronic Spontaneous Urticaria: CURE Insights. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024; 12(2): 482-90 e1.

## Summary

### DIFFERENCES IN CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS BETWEEN CHRONIC URTICARIA SUBTYPES IN VIETNAM

This cross-sectional study was conducted on 1340 patients diagnosed with chronic urticaria (CU) at the Urticaria and Chronic Urticaria Clinic, National Hospital of Dermatology and Venereology, Hanoi, from February 2023 to July 2024, to describe the distribution and analyze the differences between CU subtypes in Vietnam. The findings indicated that chronic spontaneous urticaria (CSU) was the most prevalent subtype, accounting for 81.8% of cases. Among patients with chronic inducible urticaria (CIndU), dermatographism was the predominant subtype (89.3%). A female predominance was observed across both CU subtypes. The duration of CSU was significantly shorter than CIndU ( $p < 0.001$ ). Patients with isolated CSU exhibited eosinopenia, reduced total IgE levels, elevated erythrocyte sedimentation rate, increased anti-TPO IgG, and positive autologous serum skin test in results compared to those with isolated CIndU group or CSU with concomitant CIndU ( $p < 0.05$ ). No significant differences between CU subtypes regarding age of onset or atopic history were found. In conclusion, the distribution of CU subtypes in Vietnam is aligned globally, with CSU and dermatographia being the most common subtypes. Isolated CIndU and CSU with concomitant CIndU demonstrate comparable clinical and paraclinical characteristics.

**Keywords:** Chronic induced urticaria, chronic spontaneous urticaria, chronic urticaria, differentiation.