

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA MÀY ĐAY MẠN TÍNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI VÀ NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Thu Nga¹, Vũ Huy Lượng^{1,2}, Lê Hữu Doanh^{1,2}
Nguyễn Thị Kim Cúc^{1,2}, Phạm Thị Thảo^{1,2} và Vũ Nguyệt Minh^{1,2}✉

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Nghiên cứu cắt ngang trên 210 bệnh nhân được chẩn đoán mày đay mạn tính (CU) - người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) 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 07/2025 nhằm mô tả, phân tích sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của CU người cao tuổi với người trưởng thành. Kết quả cho thấy: Trong nhóm người cao tuổi, tỉ lệ CU tự phát đơn thuần là 84,8% cao hơn nhóm người trưởng thành là 75,5% nhưng tỉ lệ CU cảm ứng thấp hơn (4,3% và 8,3%; $p = 0,012$). Nữ giới chiếm ưu thế trong cả hai nhóm CU người cao tuổi và trưởng thành ($p < 0,05$). Tỉ lệ phù mạch trong CU người cao tuổi chỉ chiếm 23,3%; thấp hơn nhóm người trưởng thành 30,3% ($p < 0,05$). Nhóm người cao tuổi có tỷ lệ bệnh lý kèm theo cao hơn rõ rệt, đặc biệt là rối loạn chuyển hóa (29,5% và 2,4%; $p < 0,001$), tim mạch (22,4% và 2,1%; $p < 0,001$), cơ xương khớp (5,7% và 1,2%; $p < 0,001$), tuyến giáp (8,6% và 5,1%; $p = 0,045$) và bệnh tự miễn (2,4% và 0,5%; $p = 0,015$). Về xét nghiệm, nhóm người cao tuổi có tốc độ máu lắng 1h đầu, nồng độ CRP, anti-TPO và ANA dương tính cao hơn ($p < 0,05$); trong khi nồng độ IgE toàn phần và tỷ lệ test huyết thanh tự thân dương tính không có sự khác biệt. Như vậy, CU ở người cao tuổi mang một số nét riêng biệt về tỉ lệ thể CU, tỉ lệ phù mạch, các bệnh lý đồng mắc về rối loạn chuyển hóa, biểu hiện viêm và tự miễn.

Từ khóa: Mày đay mạn tính, người cao tuổi, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay mạn tính (Chronic urticaria: CU) là bệnh lý phổ biến, chiếm tới 4% dân số thế giới, đặc biệt là ở các quốc gia Châu Á như Hàn Quốc, Trung Quốc.¹ Đặc trưng của CU là tổn thương sẩn phù hoặc phù mạch hoặc cả hai, xuất hiện hàng ngày hoặc gần như hàng ngày, kéo dài từ 6 tuần trở lên. Dựa trên yếu tố khởi phát đặc hiệu, CU lại được chia thành mày đay mạn tính tự phát (Chronic spontaneous urticaria-CSU) và mày đay mạn tính cảm ứng (Chronic inducible urticaria-CIndU).² CU có nguyên nhân

và cơ chế bệnh sinh phức tạp, thời gian bị bệnh kéo dài, cùng với đó là chi phí chăm sóc sức khỏe cao, ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống và tâm lý người bệnh.³

Gần đây, dân số ngày càng già hóa nhờ sự tiến bộ của công nghệ và y học hiện đại. Theo Luật người cao tuổi Việt Nam, người cao tuổi là từ 60 tuổi trở lên.⁴ Tất cả các hệ cơ quan đều bị ảnh hưởng bởi quá trình lão hóa và bệnh nhân cao tuổi phản ứng khác nhau với các kích thích môi trường. Hơn nữa, người cao tuổi là một trong số những đối tượng đặc biệt, thường mắc các bệnh kèm theo và tỷ lệ sử dụng thuốc nhiều hơn; vì vậy, việc xác định những đặc điểm cụ thể của các bệnh mạn tính ở người cao tuổi là điều cần thiết. Một số nghiên cứu trên thế

Tác giả liên hệ: Vũ Nguyệt Minh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: vunguyetminh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 13/08/2025

Ngày được chấp nhận: 30/08/2025

giới đã so sánh các đặc điểm CU ở người cao tuổi với các đối tượng khác như người trưởng thành, các nghiên cứu này cho thấy có sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa 2 nhóm.⁵⁻⁷ Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào chỉ ra được sự khác biệt của CU ở người cao tuổi. Do đó, để cung cấp thêm dữ liệu về CU trên đối tượng người cao tuổi tại Việt Nam, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu so sánh một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của mày đay mạn tính ở người cao tuổi với người trưởng thành tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2023 - 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

1124 hồ sơ bệnh án CU hồi cứu và 296 bệnh nhân tiến cứu được chẩn đoán xác định CU (210 bệnh nhân người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên và 1210 bệnh nhân người trưởng thành từ 16 đến 60 tuổi) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI năm 2022 tại phòng khám chuyên đề mày đay và mày đay mạn tính, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

+ Sẩn phù màu hồng tươi hoặc hồng nhạt, kích thước khác nhau, có thể liên kết với nhau thành mảng lớn, bờ đa cung, ranh giới rõ với da lành.

+ Sẩn phù xuất hiện nhanh và mất đi nhanh chóng trong vòng 24 giờ, ngứa, có thể kèm theo phù mạch hoặc không.

+ Kéo dài ít nhất 6 tuần.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và được làm đầy đủ các xét nghiệm (công thức máu, máu lắng giờ đầu, nồng độ IgE toàn phần, CRP, IgG kháng TPO), test kích thích.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Cắt ngang phân tích, 1124 hồ sơ bệnh án hồi cứu và 296 bệnh nhân tiến cứu.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 02/2023 đến tháng 07/2025.

Địa điểm nghiên cứu

Phòng khám Chuyên đề mày đay và mày đay mạn tính - Khoa khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ hồ sơ bệnh án và bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Hồi cứu: thu thập các hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán CU có đầy đủ các thông tin lâm sàng và chỉ số cận lâm sàng.

Tiến cứu: các bệnh nhân được thu thập đầy đủ thông tin lâm sàng và cận lâm sàng.

Lâm sàng: giới, tuổi hiện tại, tuổi khởi phát bệnh, thời gian diễn biến CU đợt hiện tại, triệu chứng phù mạch, điểm hoạt động bệnh (urticaria activity score 7: UAS7), tiền sử bản thân, tiền sử gia đình liên quan bệnh lý cơ địa, test huyết thanh tự thân (autologous serum skin test: ASST).

Các test kích thích: frict test (chẩn đoán da vẽ nổi), test xe đạp áp 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 do 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 giờ đầu, 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 ($X \pm SD$ 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 người cao tuổi 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

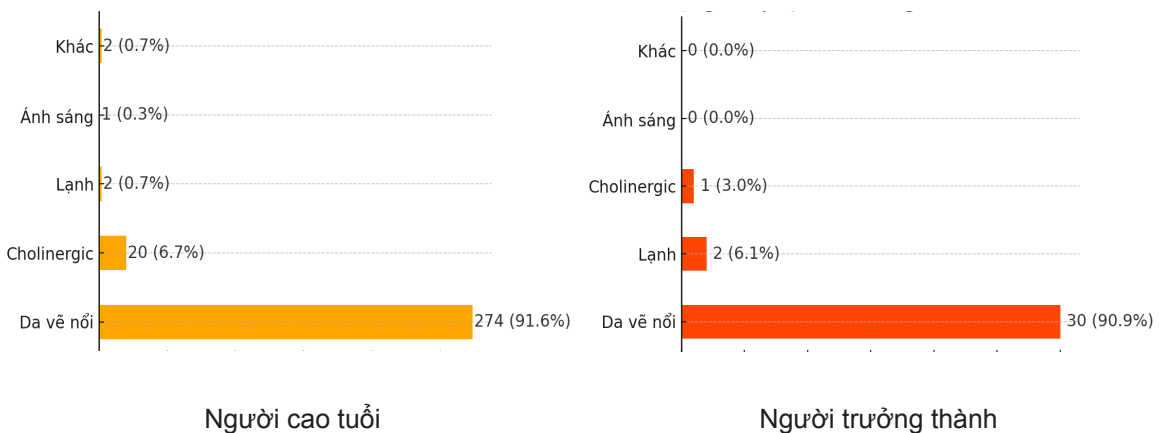
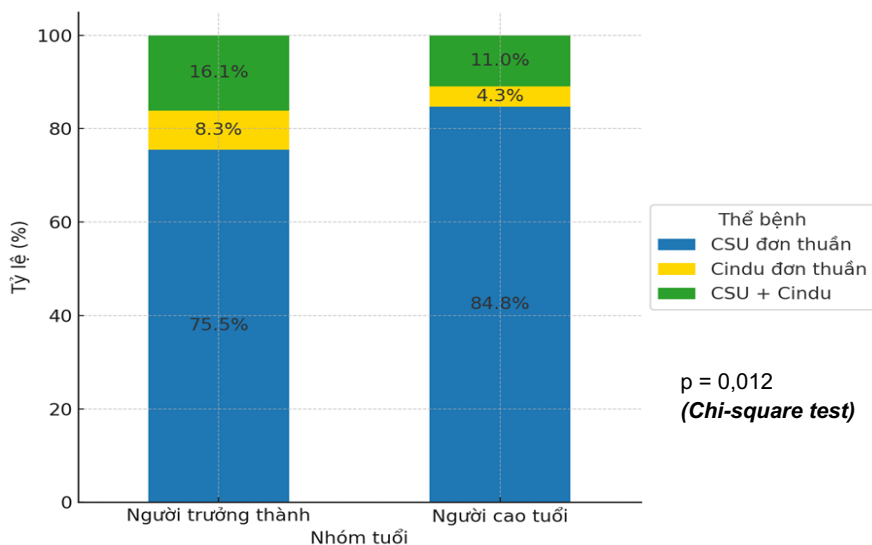
định tính.

Sự khác biệt được coi 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 Đa liễu Trung ương quyết định số 57/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 20 tháng 11 năm 2024. Bệnh nhân được thông báo rõ mục đích nghiên cứu, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân được mã hóa khi nhập vào máy tính và được giữ bảo mật.

III. KẾT QUẢ



Biểu đồ 1. Sự phân bố thể mào đay mạn tính ở người cao tuổi và người trưởng thành

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân bố các thể bệnh CU khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa nhóm người cao tuổi và nhóm người trưởng thành ($p = 0,012$). Ở nhóm người cao tuổi, thể CSU đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (84,8%), cao hơn so với nhóm người trưởng

thành (75,5%). Ngược lại, tỷ lệ CIndU đơn thuần và CSU phối hợp CIndU ở người cao tuổi lần lượt là 4,3% và 11,0%, thấp hơn so với nhóm người trưởng thành (8,3% và 16,1%). Trong thể CIndU, da vết nổi chiếm tỉ lệ cao nhất.

Bảng 1. Sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng giữa bệnh nhân mày đay mạn tính người cao tuổi và người trưởng thành

Đặc điểm lâm sàng		Người cao tuổi (n = 210)	Người trưởng thành (n = 1210)	p value
Giới Nữ n (%)		139 (66,2)	771 (63,7)	0,491*
Tuổi khởi phát CU (Median [IQR], năm)		64 [61 - 68]	31 [22 - 42]	
Thời gian diễn biến bệnh đợt này (Median [IQR], tuần)		16 [8 - 32]	16 [8 - 32]	0,780**
Phù mạch kèm theo n (%)		49 (23,3)	367 (30,3)	0,040*
UAS7 ngừng thuốc (Median [IQR])		28 [20 - 35]	28 [20 - 35]	0,972**
Tiền sử bản thân	Bệnh lý cơ địa n (%)	17 (8,1)	116 (9,6)	0,493*
	Dị ứng thuốc, thức ăn n (%)	14 (6,7)	120 (9,9)	0,137*
	Bệnh lý tuyến giáp n (%)	16 (7,6)	60 (5,0)	0,114*
	Bệnh lý tự miễn n (%)	2 (1)	6 (0,5)	0,336*
	Phản vệ n (%)	2 (1)	10 (0,8)	0,694*
Tiền sử gia đình có cơ địa dị ứng n (%)		12 (6,2)	125 (10,3)	0,062*
ASST dương tính n (%)		51/105 (48,6)	466/853 (54,6)	0,240*

* *Chi - square test* ** *Mann - Whitney test*

Nữ giới chiếm ưu thế và không có sự chênh lệch đáng kể ở cả 2 nhóm (66,2% ở người cao tuổi và 63,7% ở người trưởng thành). 50% số bệnh nhân CU người cao tuổi khởi phát bệnh trong độ tuổi 61 - 68 tuổi, còn người trưởng thành là 22 - 42 tuổi. Tỷ lệ phù mạch ở bệnh nhân CU người cao tuổi (23,3%) thấp hơn người trưởng

thành (30,3%) ($p < 0,05$). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian diễn biến bệnh đợt này; điểm hoạt động bệnh UAS7; tỉ lệ test huyết thanh tự thân dương tính; tiền sử bản thân mắc các bệnh lý cơ địa, dị ứng thuốc/ thức ăn, bệnh lý tuyến giáp; tiền sử gia đình mắc bệnh dị ứng ($p > 0,05$).

Bảng 2. Sự khác biệt về một số bệnh lý kèm theo giữa bệnh nhân mày đay mạn tính người cao tuổi và người trưởng thành

Bệnh lý	Người cao tuổi (n = 210)	Người trưởng thành (n = 1210)	p value
Rối loạn chuyển hóa n (%)	38 (29,5)	16 (2,4)	< 0,001*
Đái tháo đường n (%)	31 (14,8)	8 (0,7)	< 0,001*
Rối loạn mỡ máu n (%)	11 (5,2)	3 (0,2)	< 0,001*
Bệnh lý tiêu hóa n (%)	32 (15,2)	151 (12,5)	0,271*
Bệnh dạ dày n (%)	28 (13,3)	122 (10,1)	< 0,001*
Bệnh lý tim mạch n (%)	47 (22,4)	26 (2,1)	< 0,001*
Tăng huyết áp n (%)	40 (19)	15 (1,2)	< 0,001*
Bệnh lý hô hấp n (%)	2 (1)	6 (0,5)	0,336***
Bệnh lý tiết niệu n (%)	3 (1,4)	13 (1,1)	0,719***
Bệnh lý cơ xương khớp n (%)	12 (5,7)	14 (1,2)	< 0,001***
Bệnh lý tâm thần kinh n (%)	4 (1,9)	2 (0,2)	0,005***
Bệnh lý tuyến giáp n (%)	18 (8,6)	62 (5,1)	0,045*
Bệnh lý tự miễn n (%)	5 (2,4)	6 (0,5)	0,015***
Bệnh lý ung thư n (%)	5 (2,4)	11 (0,9)	0,074***

* *Chi - square test* *** *Fisher's Exact test*

Trong số bệnh nhân CU đồng mắc các bệnh lý khác thì nhóm người cao tuổi chiếm ưu thế. Nhóm người cao tuổi có tỷ lệ bệnh rối loạn chuyển hóa (đái tháo đường, rối loạn mỡ máu), bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp) cao hơn đáng kể so với nhóm người trưởng thành; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (tất cả $p < 0,001$). Mặc dù tỷ lệ bệnh lý tiêu hóa không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (15,2% so với 12,5%, $p = 0,271$), nhưng bệnh dạ dày gặp

nhiều hơn ở người cao tuổi ($p < 0,001$). Một số bệnh lý khác cũng có tỷ lệ cao hơn ở người cao tuổi có ý nghĩa thống kê gồm: bệnh cơ xương khớp (5,7% so với 1,2%, $p < 0,001$), bệnh tâm thần kinh (1,9% so với 0,2%, $p = 0,005$), bệnh tuyến giáp (8,6% so với 5,1%, $p = 0,045$) và bệnh tự miễn (2,4% so với 0,5%, $p = 0,015$). Các bệnh lý hô hấp, tiết niệu, ung thư và nhóm bệnh lý khác không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 3. Sự khác biệt về một số chỉ số xét nghiệm giữa bệnh nhân mày đay mạn tính người cao tuổi và người trưởng thành

Chỉ số xét nghiệm	Người cao tuổi (n = 210)	Người trưởng thành (n = 1210)	p value
BCAT (Median [IQR], G/L)	0,110 [0,049 - 0,174]	0,109 [0,065 - 0,183]	0,201**
Giảm BCAT (< 0,05 G/L) n (%)	54 (25,7)	202 (16,7)	0,002*
BCAK (Median [IQR], G/L)	0,038 [0,024 - 0,053]	0,035 [0,024 - 0,052]	0,321**
Giảm BCAK (< 0,01 G/L) n (%)	6 (2,9)	39 (3,2)	0,780*
Tốc độ máu lắng 1h đầu (Median [IQR], mm)	12,50 [8,00 - 19,00]	8,70 [5,60 - 13,00]	< 0,001**
Tăng máu lắng 1h đầu (> 10mm) n (%)	156 (74,3)	615 (50,8)	< 0,001*
Nồng độ CRP (Median [IQR], mg/L)	1,60 [0,80 - 3,40]	1,00 [0,40 - 2,40]	< 0,001**
Tăng CRP (> 5 mg/L) n (%)	29 (13,8)	137 (11,3)	0,3*
Nồng độ IgE toàn phần (Median [IQR], IU/mL)	190,20 [100,10 - 349,00]	179,20 [99,14 - 323,40]	0,665**
Tăng IgE toàn phần (> 100 IU/mL) n (%)	158 (75,2)	903 (74,6)	0,057*
IgG anti-TPO (Median [IQR], U/mL)	1,11 [0,49 - 9,11]	0,77 [0,32 - 5,0]	0,014**
Tăng IgG anti-TPO (≥ 34 U/mL) n (%)	7/84 (8,3)	54/716 (7,5)	0,796*
ANA dương tính n (%)	27/92 (29,3)	160/849 (18,8)	0,016*

* *Chi - square test* ** *Mann - Whitney test*

Về chỉ số xét nghiệm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ở giá trị số lượng bạch cầu ái toan (BCAT), bạch cầu ái kiềm (BCAK), tỉ lệ tăng CRP, nồng độ IgE ($p > 0,05$). Ngược lại, người cao tuổi có nhiều chỉ số xét nghiệm bất thường hơn người trưởng thành, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ như tỉ lệ giảm BCAT, tốc độ máu lắng, tỉ lệ tăng tốc độ máu lắng, nồng độ CRP, nồng độ anti-TPO và tỉ lệ ANA dương tính.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhiều đặc điểm lâm sàng, bệnh lý kèm theo và chỉ số xét nghiệm ở bệnh nhân mày đay mạn tính có sự khác biệt rõ rệt giữa nhóm người cao tuổi và nhóm người trưởng thành.

Sự phân bố các thể CU trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều báo cáo quốc tế - tỉ lệ CSU đơn thuần ở người cao tuổi

cao hơn có ý nghĩa, trong khi đó tỷ lệ CIndU ở người cao tuổi lại thấp hơn có ý nghĩa thống kê so nhóm bệnh nhân trưởng thành, trong đó chứng da vẩy nổi là thể CIndU gặp nhiều nhất.⁵⁻⁷ Tổng quan hệ thống của Kulthanan và cộng sự (2022) cho thấy tỷ lệ CIndU ở người cao tuổi chỉ dao động từ 3,1% đến 17%, trong khi ở người trưởng thành là 5,2% - 34%.⁶ Nghiên cứu tại Ý năm 2021 cũng ghi nhận tỷ lệ mắc CIndU ở nhóm ≥ 65 tuổi và < 65 tuổi lần lượt là 16,99% và 23,9%, mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.⁵ Cơ chế để giải thích điều này chưa rõ, có thể liên quan đến những nguyên nhân sau: Thứ nhất, tuổi cao có liên quan đến những thay đổi về cấu trúc và sinh lý của da, giảm độ dày của da, giảm mạch máu và tế bào da, và giảm phản ứng của da với histamin.⁵ Hơn nữa, chức năng miễn dịch được tái cấu trúc ở tuổi già (lão hóa miễn dịch). Sự lão hóa của các tế bào miễn dịch dẫn đến sự suy giảm tổng số tế bào B và tế bào B ngây thơ, giảm hiệu quả của phản ứng kháng thể, do đó can thiệp đáng kể vào phản ứng quá mức thường thấy ở bệnh mày đay.⁸ Vì đặc điểm chính của cơ chế sinh bệnh CU là sự giải phóng hạt của tế bào mast, dẫn đến giải phóng histamin và các chất trung gian hóa học khác, nên có thể suy đoán rằng tỷ lệ mắc CIndU giảm ở người cao tuổi có thể liên quan đến số lượng và hoạt động của tế bào mast thấp hơn. Phản ứng của tế bào mast giảm này có thể dẫn đến giảm khả năng đáp ứng với các yếu tố kích hoạt.⁵ Thứ hai, có khả năng là trong số những đối tượng cao tuổi bị ngứa dữ dội, có thể bị chẩn đoán nhầm ở tuyến dưới thành bệnh ngứa do các nguyên nhân khác mà không chú ý đến CIndU (đặc biệt chứng da vẩy nổi). Do đó, bác sĩ nên đặc biệt chú ý đến mọi trường hợp ngứa ở người cao tuổi và thậm chí nên nghi ngờ khả năng mắc CIndU.^{5,9}

Nữ giới chiếm ưu thế và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm CU người cao tuổi và người trưởng thành. Kết quả này cũng được ghi nhận

trong một số nghiên cứu khác của Việt Nam về CU nói chung như nghiên cứu của Huỳnh Thị Như Huyền và Nguyễn Hoàng Vân.^{10,11} Nghiên cứu của Chuamnochan.M cũng ghi nhận tỉ lệ nữ trong nhóm CU người cao tuổi là 67,2% và người trưởng thành là 77,6%.¹²

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng tỉ lệ phù mạch ở người cao tuổi là 23,3% thấp hơn đáng kể so với người trưởng thành là 30,3% ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Chuamnochan.M với tỉ lệ phù mạch ở người cao tuổi là 23,9% và người trưởng thành là 28%.¹² 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).² Đến thời điểm hiện tại, y văn vẫn chưa tìm được câu trả lời chính xác về sự khác biệt trong cơ chế bệnh sinh giữa CU có phù mạch và không phù mạch. Các nhà nghiên cứu đưa ra giả thuyết rằng sự hoạt hóa tế bào mast ở trung bì nông gây sẩn phù và ở trung bì sâu hoặc niêm mạc đường hô hấp/ tiêu hóa gây phù mạch. Tỉ lệ phù mạch trong CU ở người cao tuổi thấp hơn người trưởng thành có thể do tế bào mast tại trung bì sâu hoặc hạ bì giảm số lượng và hoặc chức năng.^{6,13,14}

Về bệnh lý kèm theo, nhóm người cao tuổi có tỷ lệ bệnh chuyển hóa, tim mạch, cơ xương khớp, tuyến giáp và bệnh tự miễn cao hơn rõ rệt so với nhóm trưởng thành ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy bệnh đồng mắc ở người cao tuổi phổ biến và liên quan đến tình trạng viêm mạn tính mức độ thấp đặc trưng của quá trình lão hóa, kết hợp với sự tích lũy tổn thương tế bào và mô theo thời gian, làm tăng nguy cơ xuất hiện nhiều bệnh mạn tính. Bên cạnh đó, tác động qua lại giữa các bệnh mạn tính và việc điều trị kéo dài cũng góp phần gia tăng số lượng bệnh

lý kèm theo ở nhóm tuổi này.^{6,15,16} Ngược lại, các bệnh lý đi kèm cũng là một trong số những nguyên nhân làm tăng nguy cơ mắc các bệnh dị ứng như mày đay mạn tính.² So với một số nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu tại Đức ở bệnh nhân CU, tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể (19% so với 43,5%) nhưng tỉ lệ rối loạn chuyển hóa tương đương nhau (29,5% và 32,1%).¹⁷ Trong khi đó, tổng quan hệ thống của Kulthanan và cộng sự (2022), tỷ lệ đái tháo đường 12,6% và tăng huyết áp 18,6% gần tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.⁶ Sự khác biệt này có thể phản ánh đặc điểm quần thể, yếu tố di truyền, lối sống và mô hình chăm sóc y tế đặc thù tại Việt Nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có nhiều sự khác biệt về chỉ số xét nghiệm giữa 2 nhóm CU cao tuổi và CU trưởng thành. Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Kulthanan K rằng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về các chỉ số như tốc độ máu lắng, CRP, IgE, anti TPO, ANA...⁶ Nồng độ Anti-TPO ở nhóm người cao tuổi cao hơn so với nhóm trưởng thành (1,11 [0,49 - 9,11] so với 0,77 [0,32 - 5,0] U/mL, $p = 0,014$), tuy nhiên tỷ lệ Anti-TPO dương tính lại tương đương nhau (8,3% so với 7,5%, $p = 0,796$). Con số này nhìn chung thấp hơn so với báo cáo của một số nghiên cứu quốc tế, trong đó tổng quan ghi nhận tỷ lệ Anti-TPO dương tính ở bệnh nhân CU cao tuổi dao động từ 12,5% đến 33,3%.⁶ Nghiên cứu của Chuamanochan M cho thấy ở nhóm CU cao tuổi, tỷ lệ Anti-TPO dương tính đạt tới 22,2%, trong khi ANA dương tính là 21,7% (thấp hơn so với tỷ lệ 29,3% trong nghiên cứu của chúng tôi). Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm quần thể, tiêu chí chọn mẫu, kỹ thuật xét nghiệm hoặc ngưỡng xác định dương tính. Trong cả nghiên cứu của Chuamanochan ($p > 0,05$) và nghiên cứu của chúng tôi ($p < 0,05$), tỷ lệ ANA và Anti-TPO dương tính ở nhóm CU

cao tuổi đều cao hơn so với nhóm CU trưởng thành. Điều này phù hợp với cơ chế lão hóa miễn dịch - trong đó giảm chức năng tế bào T điều hòa và tăng hoạt hóa tế bào B tự phản ứng dẫn đến tăng sản xuất tự kháng thể.^{15,18} Những kết quả này gợi ý rằng các tự kháng thể, đặc biệt là ANA, có thể đóng vai trò nổi bật hơn ở bệnh nhân cao tuổi, phản ánh xu hướng gia tăng hiện tượng tự miễn theo tuổi và có khả năng liên quan đến cơ chế bệnh sinh của CU trong nhóm đối tượng này.

Nghiên cứu của chúng tôi có một vài điểm còn hạn chế. Thứ nhất, 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. Thứ hai, nghiên cứu chưa đề cập đến đáp ứng điều trị, 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

Mày đay mạn tính ở người cao tuổi chiếm ưu thế ở phụ nữ (66,2%) với thể mày đay mạn tính tự phát là phổ biến nhất (84,8%). So với mày đay mạn tính ở người trưởng thành, người cao tuổi có tỉ lệ CIndU đơn thuần và phù mạch thấp hơn, lần lượt là 4,3% so với 8,3% và 23,3% so với 30,3%. Người cao tuổi mắc mày đay mạn tính có gánh nặng bệnh đồng mắc và biểu hiện viêm - tự miễn nổi bật hơn so với người trưởng thành, gợi ý sự khác biệt về cơ chế bệnh sinh và định hướng chiến lược quản lý cá thể hóa cho nhóm tuổi này.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn quý đồng nghiệp, 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. 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.
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. Antia C, Baquerizo K, Korman A, Bernstein JA, Alikhan A. Urticaria: A comprehensive review: Epidemiology, diagnosis, and work-up. *J Am Acad Dermatol*. 2018; 79(4): 599-614. doi:10.1016/j.jaad.2018.01.020.
4. Văn bản hợp nhất 16/VBHN-VPQH 2024 Luật Người cao tuổi.
5. Napolitano M, Fabbrocini G, Stingeni L, Patruno C. Prevalence of Chronic Inducible Urticaria in Elderly Patients. *J Clin Med*. 2021; 10(2): 247. doi:10.3390/jcm10020247.
6. Kulthanan K, Rujitharanawong C, Munprom K, et al. Prevalence, Clinical Manifestations, Treatment, and Clinical Course of Chronic Urticaria in Elderly: A Systematic Review. *J Asthma Allergy*. 2022; 15: 1455-1490. doi:10.2147/JAA.S379912.
7. Khaliliya R, Confino-Cohen R, Lachover-Roth I, Meir-Shafir K, Cohen-Engler A, Rosman Y. Chronic Urticaria in Elderly-New Insights. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2023; 11(4): 1290-1294. doi:10.1016/j.jaip.2022.12.041.
8. Xu W, Wong G, Hwang YY, Larbi A. The untwining of immunosenescence and aging. *Semin Immunopathol*. 2020; 42(5): 559-572. doi:10.1007/s00281-020-00824-x.
9. Mazan P, Lesiak A, Narbutt J. Pruritus in elderly patients: review of literature. *Forum Dermatol*. 2024; 10(1): 1-9. doi:10.5603/fd.93718.
10. 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). doi:10.51298/vmj.v545i2.12246.
11. 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. doi:10.56535/jmpm.v47i7.78.
12. Chuamanochan M, Kulthanan K, Tuchinda P, Chularojanamontri L, Nuchkull P. Clinical features of chronic urticaria in aging population. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2016; 34(3): 201-205. doi:10.12932/AP0708.
13. Pilkington SM, Barron MJ, Watson REB, Griffiths CEM, Bulfone-Paus S. Aged human skin accumulates mast cells with altered functionality that localize to macrophages and vasoactive intestinal peptide-positive nerve fibres. *Br J Dermatol*. 2019; 180(4): 849-858. doi:10.1111/bjd.17268.
14. Zhang M, Huang X, Zhou S, Wang S, Zhou Y, Han X. Exploring mechanisms of skin aging: insights for clinical treatment. *Front Immunol*. 2024;15. doi:10.3389/fimmu.2024.1421858.
15. Franceschi C, Garagnani P, Parini P, Giuliani C, Santoro A. Inflammaging: a new immune-metabolic viewpoint for age-related diseases. *Nat Rev Endocrinol*. 2018; 14(10): 576-590. doi:10.1038/s41574-018-0059-4.
16. Papapostolou N, Xepapadaki P, Katoulis A, Makris M. Comorbidities of Chronic Urticaria: A glimpse into a complex relationship. *Front Allergy*. 2022; 3. doi:10.3389/falgy.2022.1008145.

17. Weller K, Maurer M, Bauer A, et al. Epidemiology, comorbidities, and healthcare utilization of patients with chronic urticaria in Germany. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2022; 36(1): 91-99. doi:10.1111/jdv.17724.
18. Goronzy JJ, Weyand CM. Mechanisms underlying T cell ageing. *Nat Rev Immunol*. 2019; 19(9): 573-583. doi:10.1038/s41577-019-0180-1.

Summary

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF CHRONIC URTICARIA IN THE ELDERLY AND ADULTS

This cross-sectional, observational study was conducted on 210 elderly patients (aged 60 years and older) diagnosed with chronic urticaria (CU) and 1210 CU adult patients (aged 16 to 60 years old) at the Urticaria Clinic, National Hospital of Dermatology and Venereology, Hanoi, from February 2023 to July 2025 to describe and analyze the differences in clinical and laboratory characteristics of CU in the elderly and adults. the frequency of CU in the elderly group was 84.8%, higher than the adult group at 75.5%; but the rate of induced CU was lower (4.3% and 8.3%; $p = 0.012$). Female were predominant in both the elderly and adult CU groups ($p < 0.05$). Angioedema was observed in 23.3% of the elderly CU patients, significantly lower than the adult group (30.3%) ($p < 0.05$). The elderly group had a significantly higher rate of comorbidities, especially metabolic (29.5% and 2.4%; $p < 0.001$), cardiovascular (22.4% and 2.1%; $p < 0.001$), musculoskeletal (5.7% and 1.2%; $p < 0.001$), thyroid (8.6% and 5.1%; $p = 0.045$) and autoimmune disorders (2.4% and 0.5%; $p = 0.015$). Regarding laboratory investigations, the elderly group had a higher 1-hour erythrocyte sedimentation rate, higher CRP, anti-TPO and ANA concentrations (all $p < 0.05$), while total IgE concentrations and the rate of positive autologous serum tests revealed comparable. In conclusion, CU in the elderly has some unique characteristics in terms of CU body ratio, angioedema ratio, comorbidities in metabolic disorders, inflammatory and autoimmune manifestations.

Keywords: Chronic urticaria, elderly, clinical and laboratory characteristics.