

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN MÀY ĐAY MẠN TÍNH TỰ PHÁT CÓ THỬ NGHIỆM DA BẰNG HUYẾT THANH TỰ THÂN DƯƠNG TÍNH (ASST+)

Nguyễn Thị Trà My¹, Lê Huyền My², Vũ Nguyệt Minh^{2,3}, Nguyễn Thị Mai Hương², Hoàng Thị Ái Liên², Nguyễn Thị Kim Cúc², Nguyễn Thị Huyền Thương², Trần Thu Hà Phương², Võ Tường Thảo Vy¹, Lê Hữu Doanh^{2,3}

¹Bộ môn Da Liễu, trường Đại Học Y - Dược, Đại Học Huế, Huế, Việt Nam

²Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, Hà Nội, Việt Nam

³Bộ môn Da Liễu, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mày đay mạn tính tự phát (MĐMTTP) là một bệnh lý phổ biến. Tự miễn được xem là nguyên nhân cho phần lớn MĐMTTP. Thử nghiệm da bằng huyết thanh tự thân (Autologous Serum Skin Test - ASST) chứng minh hiện tượng tự phản ứng, là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán của mày đay mạn tính tự miễn. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu xác định tỉ lệ bệnh nhân MĐMTTP có test ASST dương tính, mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân này.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 388 bệnh nhân từ 16 tuổi được chẩn đoán MĐMTTP tại Bệnh viện Da Liễu Trung Ương từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024. Các bệnh nhân được thu thập dữ liệu về nhân khẩu học, tiền sử bệnh lý và điều trị, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân MĐMTTP có ASST dương tính là 57,2%. Nữ có khả năng ASST(+) cao gấp 1,74 lần so với nam (OR = 1,74; 95%CI = 1,05 - 2,89, p = 0,03). Bệnh nhân MĐMTTP đơn thuần có khả năng ASST(+) cao gấp 6,06 lần so với bệnh nhân có mày đay mạn tính cảm ứng kèm theo (OR = 6,06; 95%CI = 2,88-12,76; p < 0,01). Bệnh nhân có SGOT tăng có khả năng ASST(+) chỉ bằng 0,30 lần so với bệnh nhân SGOT bình thường (OR = 0,30; 95%CI = 0,12 - 0,75; p = 0,01).

Kết luận: ASST là một công cụ hỗ trợ quan trọng trong việc đánh giá mức độ tự miễn của bệnh mày đay mạn tính và nên được sử dụng rộng rãi hơn để định hướng chiến lược điều trị hiệu quả.

Từ khóa: Mày đay, Mày đay mạn tính tự phát, Mày đay mạn tính tự miễn, ASST.

ABSTRACT

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA PATIENTS WITH POSITIVE AUTOLOGOUS SERUM SKIN TEST (ASST+)

Nguyen Thi Tra My¹, Le Huyen My², Vu Nguyet Minh^{2,3}, Nguyen Thi Mai Huong², Hoang Thi Ai Lien², Nguyen Thi Kim Cuc², Nguyen Thi Huyen Thuong², Tran Thu Ha Phuong², Vo Tuong Thao Vy¹, Le Huu Doanh^{2,3}

Background: Chronic Spontaneous Urticaria (CSU) is a common condition. Autoimmunity is considered the underlying cause for the majority of CSU cases. The Autologous Serum Skin Test (ASST) demonstrates an

Ngày nhận bài: 10/8/2024. Ngày chỉnh sửa: 07/10/2024. Chấp thuận đăng: 20/10/2024

Tác giả liên hệ: Lê Hữu Doanh. Email: lehuudoanh@gmail.com. ĐT: 0913075356

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mày đay mạn tính...

autoreactive phenomenon and is one of the diagnostic criteria for autoimmune chronic urticaria. This study aimed to determine the prevalence of ASST positivity among CSU patients and to describe the clinical and laboratory characteristics of these patients.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 388 patients aged 16 and above, diagnosed with CSU at the National Hospital of Dermatology and Venereology from June 2023 to March 2024. Data on demographics, medical history, treatment history, clinical symptoms, and laboratory findings were collected.

Results: The proportion of CSU patients with a positive ASST was 57.2%. Female patients were 1.74 times more likely to have a positive ASST than male patients (OR = 1.74; 95%CI = 1.05 - 2.89, $p = 0.03$). Patients with isolated CSU were 6.06 times more likely to have a positive ASST compared to those with concurrent chronic inducible urticaria (OR = 6.06; 95%CI = 2.88 - 12.76; $p < 0.01$). Patients with elevated SGOT levels were 0.30 times more likely to have a positive ASST compared to those with normal SGOT levels (OR = 0.30; 95%CI = 0.12 - 0.75; $p = 0.01$).

Conclusion: ASST is an important supplementary tool in assessing the autoimmune aspect of chronic urticaria and should be more widely utilized to guide effective treatment strategies.

Keywords: Urticaria, Chronic spontaneous urticaria, Autoimmune chronic urticaria, ASST.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay là bệnh da thường gặp, ước tính 1,1% dân số toàn cầu gặp phải tình trạng này [1]. Đặc trưng của bệnh là sự xuất hiện thoáng qua của sẩn phù hoặc phù mạch hoặc cả hai ở da và hoặc niêm mạc. Trong đó, mày đay mạn tính được xác định khi triệu chứng kéo dài trên sáu tuần [2]. Dựa vào yếu tố khởi phát, mày đay mạn tính được phân loại thành mày đay mạn tính tự phát (chiếm đa số với khoảng 60-90%), mày đay mạn tính cảm ứng, và đồng mắc cả 2 thể [3].

Mày đay mạn tính tự phát (MĐMTTP) được định nghĩa là sự xuất hiện tự phát của tổn thương mày đay trong hơn 6 tuần mà không tìm thấy yếu tố khởi phát [2]. Các bằng chứng đến thời điểm hiện tại ủng hộ cho tự miễn là nguyên nhân của phần lớn MĐMTTP. Theo EAACI 2013, chẩn đoán mày đay mãn tính tự miễn (MĐMTTM) gồm 3 tiêu chuẩn: 1-thử nghiệm hoạt hóa bạch cầu ái kiềm; 2 - thử nghiệm da với huyết thanh tự thân; 3 - hiện diện tự kháng thể IgG kháng thụ thể của IgE (FcεRI) hoặc IgE trên màng tế bào mast và bạch cầu ái kiềm (phương pháp Wessten Blot hoặc ELISA) [4]. Trong đó thử nghiệm hoạt hóa bạch cầu ái kiềm được xem là xét nghiệm đơn độc có giá trị cao nhất trong chẩn đoán MĐMTTM với khả năng dự báo là 69 - 88% [5]. Tuy nhiên cho đến nay, thử nghiệm này vẫn chưa được khuyến cáo cho áp dụng thực hành thường quy vì lí do khó chuẩn hóa.

Thử nghiệm da với huyết thanh tự thân (Autologous Serum Skin Test - ASST) là tiêm trong da bằng huyết thanh của chính người bệnh, tạo ra hiện tượng “tự phản ứng” biểu hiện bởi sẩn phù đỏ tại vị trí tiêm. Trong số những bệnh nhân bị MĐMTTP, một tỷ lệ đáng kể có ASST dương tính, chỉ ra sự hiện diện của các yếu tố tự miễn, bao gồm các tự kháng thể có khả năng kích thích tế bào mast và bạch cầu ái kiềm, gây ra hiện tượng giải phóng histamin và các chất trung gian gây viêm khác [6,7,8]. ASST là một phương pháp đơn giản và hiệu quả giúp gợi ý rằng mày đay của bệnh nhân có liên quan đến cơ chế tự miễn, và từ đó ảnh hưởng đến cách tiếp cận điều trị và quản lý bệnh.

Hiểu rõ đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân MĐMTTP có ASST dương tính là rất quan trọng để có thể phát triển các phương pháp điều trị tối ưu và hiệu quả. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng bệnh nhân có ASST dương tính thường có triệu chứng nặng hơn và kéo dài hơn so với những người có ASST âm tính [9]. Tuy nhiên, các nghiên cứu cụ thể về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân này tại Việt Nam vẫn còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm hai mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ bệnh nhân MĐMTTP có ASST dương tính tại Bệnh Viện Da Liễu Trung Ương
2. Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân MĐMTTP có ASST dương tính

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mày đay mạn tính...

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: tháng 6 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024.

Địa điểm: Phòng khám chuyên đề mày đay và mày đay mạn tính, Bệnh viện Da Liễu Trung Ương

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán MĐMTTP khi xuất hiện sẩn phù, phù mạch hoặc cả hai, kéo dài trên 6 tuần, không tìm thấy yếu tố khởi phát.

- Bệnh nhân không sử dụng thuốc kháng histamin ít nhất ba ngày và corticosteroid hệ thống ít nhất một tháng; ngừng các thuốc không cần thiết như NSAIDs trước khi thực hiện ASST 1 tuần.

- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh nặng cấp tính khác kèm theo, phụ nữ có thai và cho con bú.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu được tính trên công thức ước lượng mẫu theo tỉ lệ:

$$n = Z^2 \times \frac{p \times (1-p)}{e^2}$$

Nghiên cứu trước có $p = 55,2\%$ [10]

Từ đó ta có $N = 381$ bệnh nhân. Thực tế thu nhận được 388 bệnh nhân.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Bệnh nhân thỏa mãn điều kiện chọn mẫu được thực hiện ASST theo hướng dẫn của EAACI 2009 [11]. Máu tĩnh mạch của bệnh nhân được thu thập và quay ly tâm để trích lấy huyết thanh cho vào ống nghiệm không chứa thành phần gì. Tiêm trong da 0,05ml huyết thanh của bệnh nhân, 0,05ml nước muối sinh lý làm chứng âm, và lấy da bằng dung dịch histamin 10mg/ml làm chứng dương. Các vị trí tiêm cách nhau 3-5 cm và đọc kết quả sau 30 phút. Kết quả dương tính được xác định khi đường kính sẩn phù đỏ ở vị trí huyết thanh $\geq 1,5$ mm so với đường kính sẩn đỏ ở vị trí nước muối (cần đảm bảo sự hiện diện sẩn phù ở vị trí histamin).

Nội dung nghiên cứu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và thăm khám trực tiếp. Các dữ liệu thu thập gồm:

- Thông tin nhân khẩu học: tuổi, giới tính.

- Tiền sử: tiền sử bản thân và gia đình về bệnh dị ứng, bệnh tự miễn, bệnh mày đay; tiền sử điều trị.

- Đặc điểm lâm sàng: thời gian mắc bệnh hiện tại, mức độ ngứa, số lượng sẩn phù, thời gian tồn tại của sẩn phù, phù mạch kèm theo, đồng mắc mày đay mạn tính cảm ứng (MĐMTTCU), mức độ hoạt động của bệnh được đánh giá bằng UAS7 gồm rất nhẹ và nhẹ (0-15), trung bình (16-27), nặng (28 - 42) [2].

- Đặc điểm cận lâm sàng: công thức máu, CRP, men gan (SGOT, SGPT), hormon giáp (FT3, FT4), kháng thể tuyến giáp (TSH, IgG anti-TPO), kháng thể kháng nhân (ANA), IgE toàn phần trong máu.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 25.0. Các dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân được so sánh bằng phép thử Mann-Whitney U cho các biến liên tục và phép thử Chi-square (hoặc Fisher's exact test) cho các biến phân loại. Mô hình hồi quy logistic đa biến, kết hợp với chiến lược lựa chọn từng bước (stepwise selection strategy) được áp dụng, đưa các biến số có giá trị $p < 0,2$ vào mô hình hồi quy. Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê khi giá trị p nhỏ hơn 0,05.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức của Đại học Y Hà Nội (số 865/GCN-HDDDDNCYSH-DHYHN). Quá trình nghiên cứu tuân thủ theo Thực hành Lâm sàng Tốt và các quy định của bệnh viện. Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đã ký đồng thuận tham gia sau khi được giải thích rõ ràng về mục đích và quy trình nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu nhận được 388 bệnh nhân MĐMTTP thỏa mãn điều kiện chọn mẫu. Tỉ lệ bệnh nhân MĐMTTP có ASST (+) là 57,2%. Tỷ lệ bệnh nhân nữ trong nhóm ASST (+) cao hơn nhóm ASST (-) (68,9% so với 52,4%, $p < 0,01$). Không có sự khác biệt về tuổi trung bình, tiền sử bản thân và gia đình, và tiền sử điều trị giữa hai nhóm (bảng 1).

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mày đay mạn tính...

Bảng 1: Đặc điểm ASST theo nhân khẩu, tiền sử bệnh lý và điều trị

Đặc điểm		ASST (-)	ASST (+)	Tổng	p
		N (%)	N (%)	N (%)	
Tổng		166 (42,8)	222 (57,2)	388 (100,0)	
Tuổi (năm)	TB±SD	35,9 ± 13,4	39,0 ± 15,0	37,7 ± 14,4	0,06
Giới	Nữ	87 (52,4)	153 (68,9)	240 (61,9)	< 0,01
	Nam	79 (47,6)	69 (31,1)	148 (38,1)	
Tiền sử bản thân	Mày đay cấp	21 (12,7)	27 (12,2)	48 (12,4)	0,99
	Mày đay mạn	21 (12,7)	29 (13,1)	50 (12,9)	
	Bệnh dị ứng	44 (26,5)	45 (20,3)	89 (22,9)	0,15
	Bệnh tự miễn	11 (6,6)	22 (9,9)	33 (8,5)	0,25
Tiền sử gia đình	Mày đay	19 (11,5)	32 (14,4)	51 (13,1)	0,39
	Bệnh dị ứng	8 (4,8)	13 (5,9)	21 (5,4)	0,66
	Bệnh tự miễn	1 (0,6)	4 (1,8)	5 (1,3)	0,30
Tiền sử điều trị	Không	10 (6,0)	16 (7,2)	26 (6,7)	0,77
	Không rõ	34 (20,5)	50 (22,5)	84 (21,7)	
	Có	122 (73,5)	156 (70,3)	278 (71,7)	
Phương pháp điều trị (n=278)	Kháng H1 thế hệ 1	7 (5,7)	9 (5,8)	16 (5,8)	0,99
	Kháng H1 thế hệ 2	109 (89,3)	146 (93,6)	255 (91,7)	0,20
	Kháng H2	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,4)	0,38
	Corticoid	19 (15,6)	28 (18,0)	47 (16,9)	0,60
	Montelukast	7 (5,7)	14 (9,0)	21 (7,6)	0,31
	Thuốc nam/bắc	5 (4,1)	5 (3,2)	10 (3,6)	0,69

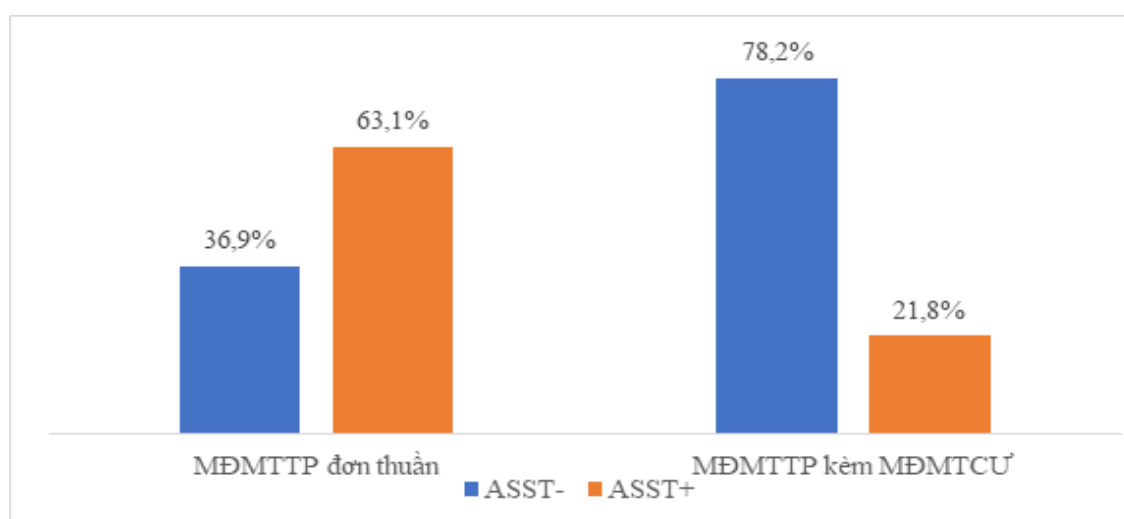
Bảng 2 cho thấy thời gian mắc bệnh đợt hiện tại trung bình của nhóm ASST(+) dài hơn so với nhóm ASST(-) ($29,43 \pm 61,54$ tuần so với $39,20 \pm 56,65$ tuần, $p < 0,01$). Thời gian tồn tại sản phù trong ngày của nhóm ASST(+) chủ yếu từ 1-6 giờ (54,1%) và nhóm ASST(-) cũng tương tự (57,2%), tuy nhiên thời gian tồn tại sản phù dưới 1 giờ trong nhóm ASST(-) cao hơn nhóm ASST(+) (19,9% so với 7,7%, $p < 0,01$). Không có sự khác biệt về mức độ ngứa, số lượng sản phù, tình trạng phù mạch và mức độ hoạt động của bệnh giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mày đay mạn tính...

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng giữa 2 nhóm ASST(-) và ASST(+)

Đặc điểm		ASST (-)	ASST (+)	Tổng	p
		N(%)	N(%)	N(%)	
Thời gian mắc bệnh đợt hiện tại (tuần)	TB ± SD	39,20 ± 56,65	29,43 ± 61,54	33,61 ± 59,62	< 0,01
Mức độ ngứa	Nhẹ	37 (22,3)	40 (18,0)	77 (19,9)	0,58
	Trung bình	88 (53,0)	124 (55,9)	212 (54,6)	
	Nặng	41 (24,7)	58 (26,1)	99 (25,5)	
Số lượng sẩn phù trong 24 giờ	< 20	52 (31,3)	64 (28,8)	116 (29,9)	0,36
	20 - 50	87 (52,4)	109 (49,1)	196 (50,5)	
	> 50	27 (16,3)	49 (22,1)	76 (19,6)	
Thời gian tồn tại sẩn phù trong ngày	< 1 giờ	33 (19,9)	17 (7,7)	50 (12,9)	< 0,01
	1-6 giờ	95 (57,2)	120 (54,1)	215 (55,4)	
	6 - 12 giờ	26 (15,7)	52 (23,4)	78 (20,1)	
	12 - 24 giờ	12 (7,2)	33 (14,9)	45 (11,6)	
Phù mạch kèm theo	Không	117 (70,5)	139 (62,6)	256 (66,0)	0,11
	Có	49 (29,5)	83 (37,4)	132 (34,0)	
Mức độ hoạt động của bệnh	Rất nhẹ và nhẹ	43 (26,1)	47 (21,2)	90 (23,3)	0,49
	Vừa	31 (18,8)	41 (18,5)	72 (18,6)	
	Nặng	91 (55,2)	134 (60,4)	225 (58,1)	
	TB ± SD	24,9 ± 9,7	26,3 ± 9,5	25,7 ± 9,6	0,21

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có đồng mắc MĐMTCU có tỷ lệ ASST(+) thấp hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân có MĐMTTP đơn thuần (21,8% so với 63,1%, $p < 0,001$).



Biểu đồ 1: Phân bố ASST theo tình trạng đồng mắc mày đay mạn tính cảm ứng

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mày đay mạn tính...

Tỷ lệ ANA dương tính ở nhóm ASST(+) cao hơn đáng kể so với nhóm ASST (-) (35,3% so với 24,1%, $p = 0,03$). Tỷ lệ SGOT và SGPT bất thường ở nhóm ASST(+) thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm ASST(-) ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tổng bạch cầu bất thường, giảm bạch cầu ái toan, giảm bạch cầu ái kiềm, tăng CRP, xét nghiệm tuyến giáp (FT3, FT4, TSH, IgG anti-TPO) và IgE toàn phần giữa hai nhóm ($p > 0,05$) (Bảng 3).

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng giữa 2 nhóm ASST(-) và ASST(+)

Đặc điểm	Ngưỡng đánh giá	ASST (-)	ASST (+)	Tổng	P
		N(%)	N(%)	N(%)	
Tổng bạch cầu bất thường	< 4 tế bào/L > 10 tế bào/L	22 (13,3)	19 (8,6)	41 (10,6)	0,15
Giảm bạch cầu ái toan	< 50 tế bào/mL	19 (11,5)	33 (15,0)	52 (13,5)	0,31
Giảm bạch cầu ái kiềm	< 10 tế bào/mL	1 (0,6)	6 (2,7)	7 (1,8)	0,12
CRP tăng	> 5 UI/ml	18 (11,2)	25 (11,5)	43 (11,4)	0,92
SGOT tăng	> 40 UI/ml	16 (9,9)	8 (3,7)	24 (6,4)	0,01
SGPT tăng	> 40 UI/ml	29 (18,0)	19 (8,8)	48 (12,7)	< 0,01
FT3 bất thường	< 3,1 pmol/L > 6,8 pmol/L	11 (7,0)	6 (2,8)	17 (4,6)	0,06
FT4 bất thường	< 12 pmol/L > 22 pmol/L	15 (9,4)	10 (4,7)	25 (6,7)	0,07
TSH bất thường	< 0,27 mUI/L > 4,2 mUI/L	6 (3,8)	15 (7,0)	21 (5,6)	0,18
IgG anti-TPO dương tính	> 5,61 UL/mL	14 (8,4)	27 (12,2)	41 (10,6)	0,24
ANA dương tính		35 (24,1)	72 (35,0)	107 (30,5)	0,03
IgE toàn phần, TB (SD)		383,0 (492,9)	260,2 (262,1)	312,8 (382,8)	0,16
Thấp, n (%)	< 40 UI/ml	12 (7,2)	11 (5,0)	23 (5,9)	0,64
Bình thường, n (%)	40 - 100 UI/mL	26 (15,7)	37 (16,7)	63 (16,2)	
Cao, n (%)	> 100UI/ml	128 (77,1)	174 (78,4)	302 (77,8)	

Mô hình hồi quy logistic đa biến ở bảng 4 cho thấy, nữ có khả năng ASST(+) cao gấp 1,74 lần so với nam ($OR = 1,74$; $95\%CI = 1,05 - 2,89$, $p = 0,03$). Bệnh nhân MĐMTTP đơn thuần có khả năng ASST(+) cao gấp 6,06 lần so với bệnh nhân có MĐMTTCU kèm theo ($OR = 6,06$; $95\%CI = 2,88 - 12,76$; $p < 0,01$). Bệnh nhân có SGOT tăng có khả năng ASST(+) chỉ bằng 0,30 lần so với bệnh nhân SGOT bình thường ($OR = 0,30$; $95\%CI = 0,12-0,75$; $p = 0,01$). Không có mối liên quan giữa FT3 bất thường, ANA dương tính và giảm bạch cầu ái kiềm với ASST(+) ($p > 0,05$).

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mày đay mạn tính...

Bảng 4: Yếu tố liên quan đến tình trạng ASST(+)

Yếu tố	OR	p-value	95%CI	
Giới tính (Nữ so với Nam ^a)	1,74	0,03	1,05	2,89
Mày đay mạn tính cảm ứng kèm theo (Không so với Có ^a)	6,06	< 0,01	2,88	12,76
SGOT (Tăng so với Bình thường ^a)	0,30	0,01	0,12	0,75
FT3 (Bình thường so với Bất thường ^a)	2,60	0,08	0,89	7,62
ANA (Dương tính so với Âm tính ^a)	1,50	0,16	0,85	2,62
Bạch cầu ái kiềm (Giảm so với Không giảm ^a)	5,45	0,15	0,54	55,10

^a Nhóm tham chiếu

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân MĐMTTP có ASST dương tính. Kết quả cho thấy nam giới, đồng mắc MĐMTCU kèm theo, SGOT bất thường ít có khả năng ASST(+).

ASST là một phương pháp hữu ích để đánh giá mức độ tự phản ứng trong bệnh MĐMTTP. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ASST(+) là 57,2%, cao hơn so với nghiên cứu trước đây ở Ấn Độ (41,6%) [6]. Trước năm 2009, ASST dương tính có tỉ lệ dao động lớn từ 4 - 76% tùy nghiên cứu do chưa có sự thống nhất trong quy trình [11]. Sau khi hướng dẫn của EAACI ra đời thì các nghiên cứu sau thường cho tỉ lệ quanh 50%, nên kết quả của chúng tôi là phù hợp [12].

Nghiên cứu này cho thấy nữ giới có khả năng ASST(+) cao hơn nam giới và không có sự khác biệt đáng kể về độ tuổi giữa nhóm ASST(+) và ASST(-), kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó [6,13,14]. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian mắc bệnh ở nhóm ASST(+) thấp hơn so với ASST(-), khác so với các nghiên cứu trên thế giới. Một nghiên cứu tại Ấn Độ cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa các bệnh nhân ASST(+) và ASST(-) về tổng thời gian mắc bệnh và tần suất xuất hiện của bệnh [6]. Điều này có thể được giải thích do nghiên cứu của chúng tôi thấy nhóm ASST(-) có tỉ lệ đồng mắc MĐMTCU cao hơn nhóm ASST(+), và MĐMTCU đã được ghi nhận là có thời gian bệnh thường dài hơn MĐMTTP đơn thuần. Chúng tôi cũng nhận thấy thời gian tồn tại của sẩn phù lâu hơn ở nhóm ASST(+) so với ASST(-), phù hợp với nghiên cứu của George và CS [8]. Tuy nhiên, không

có sự khác biệt về thời gian tổng thể và tần suất của bệnh giữa hai nhóm. Một số nghiên cứu khác cũng không tìm thấy sự khác biệt về thời gian tồn tại sẩn phù giữa các nhóm ASST(+) và ASST(-) [6,13,14].

Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cho thấy điểm số UAS7 giữa nhóm ASST(+) và ASST(-) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy mức độ hoạt động của bệnh không bị ảnh hưởng trực tiếp bởi kết quả ASST, tương tự nghiên cứu trước đây tại Indonesia [15]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng bệnh nhân có ASST dương tính thường có triệu chứng lâm sàng nặng hơn và kéo dài hơn [16]. Điều này có thể được lý giải bởi sự hiện diện của các yếu tố tự miễn trong nhóm bệnh nhân ASST dương tính, dẫn đến phản ứng viêm mạnh mẽ hơn. Mặc dù UAS7 là một công cụ đánh giá mức độ hoạt động của bệnh mày đay, sự khác biệt trong kết quả giữa các nghiên cứu có thể phụ thuộc vào quy mô mẫu, tiêu chí lựa chọn bệnh nhân, và thời điểm đánh giá.

Về cận lâm sàng, nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt đáng kể về các chỉ số bạch cầu, CRP, IgG anti-TPO, và các chỉ số hormone tuyến giáp giữa hai nhóm. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy không có mối liên hệ rõ ràng giữa các chỉ số cận lâm sàng và tình trạng ASST [6,13,14]. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân có ANA dương tính ở nhóm ASST(+) cao hơn, gợi ý khả năng có liên quan đến cơ chế tự miễn trong nhóm này.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Mẫu nghiên cứu được chọn từ một bệnh viện duy nhất, có thể dẫn đến thiên lệch và hạn chế khả năng tổng quát hóa kết quả. Nghiên cứu không theo dõi lâu dài bệnh nhân sau khi tham gia, do đó không đánh giá được tác động

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mày đay mạn tính...

dài hạn của các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng. Chỉ số hormon tuyến giáp và kháng thể tuyến giáp chỉ được đo khi có chỉ định, nên không thể kết luận về tầm quan trọng của các phát hiện này. Cần thêm các nghiên cứu đa trung tâm với quy mô lớn hơn để xác nhận và mở rộng kết quả của nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân MĐMTTP có ASST dương tính là 57,2%.

- Nữ có khả năng ASST(+) cao gấp 1,74 lần so với nam (OR = 1,74; 95%CI = 1,05 - 2,89, p = 0,03).

- Bệnh nhân MĐMTTP đơn thuần có khả năng ASST(+) cao gấp 6,06 lần so với bệnh nhân có mày đay mạn tính cảm ứng kèm theo (OR = 6,06; 95%CI = 2,88 - 12,76; p < 0,01).

- Bệnh nhân có SGOT tăng có khả năng ASST(+) chỉ bằng 0,30 lần so với bệnh nhân SGOT bình thường (OR = 0,30; 95%CI = 0,12 - 0,75; p = 0,01).

Xung đột lợi ích

Tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gonçalo M, Giménez-Arnau A, Al-Ahmad M, Ben-Shoshan M, Bernstein JA, Ensina LF, et al. The global burden of chronic urticaria for the patient and society. *Br J Dermatol*. 2021 Feb;184(2):226-36.
2. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, et al. The international EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022;77(3):734-66.
3. Kolkhir P, Giménez-Arnau AM, Kulthanan K, Peter J, Metz M, Maurer M. Urticaria. *Nat Rev Dis Primer*. 2022 Sep 15;8(1):61.
4. Konstantinou GN, Asero R, Ferrer M, Knol EF, Maurer M, Raap U, et al. EAACI taskforce position paper: evidence for autoimmune urticaria and proposal for defining diagnostic criteria. *Allergy*. 2013 Jan;68(1):27-36.
5. Schoepke N, Asero R, Ellrich A, Ferrer M, Gimenez-Arnau A, E H Grattan C, et al. Biomarkers and clinical characteristics of autoimmune chronic spontaneous urticaria: Results of the PURIST Study. *Allergy*. 2019 Dec;74(12):2427-36.
6. Vikramkumar AG, Kuruvila S, Ganguly S. Autologous serum skin test as an indicator of chronic autoimmune urticaria in a tertiary care hospital in South India. *Indian Dermatol Online J*. 2014 Dec;5(Suppl 2):S87-91.
7. Xiang YK, Guloglu S, Elich-Ali-Komi D, Kocatürk E. Chronic spontaneous urticaria: new evidences on the role of autoimmunity. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2023 Oct 1;23(5):438-45.
8. George M, Balachandran C, Prabhu S. Chronic idiopathic urticaria: comparison of clinical features with positive autologous serum skin test. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74(2):105-8.
9. Kaplan A, Lebwohl M, Giménez-Arnau AM, Hide M, Armstrong AW, Maurer M. Chronic spontaneous urticaria: Focus on pathophysiology to unlock treatment advances. *Allergy*. 2023 Feb;78(2):389-401.
10. Nguyễn Như Nguyệt. Nghiên cứu giá trị của test da với huyết thanh tự thân trong bệnh mày đay mạn tính [Luận văn bác sĩ nội trú]. [Việt Nam]: Trường Đại Học Y Hà Nội; 2015.
11. Konstantinou GN, Asero R, Maurer M, Sabroe RA, Schmid-Grendelmeier P, Grattan CEH. EAACI/GA2LEN task force consensus report: the autologous serum skin test in urticaria. *Allergy*. 2009;64(9):1256-68.
12. Asero R, Pinter E, Tedeschi A. 35 years of autologous serum skin test in chronic spontaneous urticaria: what we know and what we do not know. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 2023 Jan;55(1):4-8.
13. Hoàng Danh Tân, Lê Đình Tùng và Bùi Văn Dân. Mối liên quan của một số chỉ số viêm với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh mày đay mạn tính. *Tạp chí Sinh lý học Việt Nam*. 27(4).
14. Kulthanan K, Jiamton S, Gorvanich T, Pinkaew S. Autologous serum skin test in chronic idiopathic urticaria: prevalence, correlation and clinical implications. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2006 Dec;24(4):201-6.
15. Adil MCLH, Nopriyati, Oktariana D, Kurniawati Y, Prasasty GD. Disease Severity Based on Autologous Serum Skin Test Result in Chronic Spontaneous Urticaria Patients at Dermatology and Venereology Outpatient Clinic of Dr. Mohammad Hoesin General Hospital Palembang. *J RSMH Plb*. 2021 Mar 30;2(1):86-91.
16. Vohra S, Sharma NL, Mahajan VK, Shanker V. Clinicoepidemiologic features of chronic urticaria in patients having positive versus negative autologous serum skin test: A study of 100 Indian patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2011 Mar 1;77:156.