

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MÀY ĐAY MẠN TÍNH BẰNG KHÁNG HISTAMIN H1 LIỀU TĂNG DẦN TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ Y TẾ TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ VINH

Nguyễn Thị Thu¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu trên 32 bệnh nhân mày đay mạn tính đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y khoa Vinh và bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An nhằm tìm hiểu thêm về hiệu quả của việc điều trị mày đay mạn tính bằng kháng histamin H1 liều tăng dần. Kết quả cho thấy điểm trung bình về hoạt động của bệnh, tần suất xuất hiện bệnh và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau điều trị liều thông thường và điều trị tăng liều giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ so với trước điều trị, đồng thời điểm trung bình về mức kiểm soát bệnh sau điều trị tăng liều tăng có ý nghĩa thống kê so với sau điều trị liều thông thường. Mức độ nặng của bệnh cũng được cải thiện tốt dần sau liệu trình điều trị liều thông thường và tăng liều. Không có tác dụng phụ nghiêm trọng nào xảy ra. Tỷ lệ tác dụng phụ của liều gấp đôi là 9,4%; không khác biệt so với liều thông thường, các tác dụng phụ là đau đầu (3,1%), khô miệng (6,3%).

Từ khóa: Mày đay mạn tính, kháng histamin H1.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF CHRONIC URTICARIA WITH UP-DOSED H1-ANTIHISTAMINES AT SELECTED HEALTHCARE FACILITIES IN VINH CITY

A prospective study was conducted on 32 patients with chronic urticaria who sought consultation and treatment at Vinh Medical University Hospital and Nghe An General Friendship Hospital. The aim was to further evaluate the efficacy of stepwise up-dosing of H1-antihistamines in the management of chronic urticaria. The results showed that the mean scores for disease activity, frequency of symptom occurrence, and patients' quality of life significantly improved after both standard-dose and up-dosed antihistamine treatment regimens, with p-values < 0.01 compared to baseline. Moreover, the mean disease control score significantly increased following the up-dosed regimen compared to the standard-dose treatment. The severity of the disease showed a progressive improvement after both standard and higher-dose treatment courses. No serious adverse events were reported. The incidence of adverse effects at the double-dose level was 9.4%, not significantly different from that at the standard dose. Reported adverse effects included headache (3.1%) and dry mouth (6.3%).

Keywords: Chronic urticaria, H1-antihistamines.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay mạn tính là bệnh tổn thương da, tái diễn liên tục trên 6 tuần, có thể kéo dài trong nhiều tháng, nhiều năm, 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].

Mày đay mạn tính là một bệnh dai dẳng, khó điều trị, ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống của người bệnh nên cần được theo dõi và điều trị [3]. Theo hướng dẫn của EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI và của Bộ y tế Việt Nam [1], [4], lựa chọn ban đầu để điều trị mày đay mạn tính là thuốc kháng histamine H₁ thế hệ hai liều thông thường, sau 2 – 4 tuần, nếu các triệu chứng không đỡ thì tăng liều thuốc đó lên 4 lần. Nghiên cứu của Cheng Zhi Huang cho rằng fexofenadin không gây an thần, sử dụng an toàn cho bệnh nhân mày đay mạn tính, tử liều thông thường cho tới liều cao hơn [5]. Tại Nghệ An, chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả điều trị mày đay mạn tính bằng kháng histamin. Vì vậy, nhằm tìm hiểu thêm hiệu quả của kháng histamin trong điều trị mày đay mạn tính, chúng tôi tiến hành nhận xét kết quả điều trị của 32 bệnh nhân mày đay mạn tính đến khám và điều trị tại khoa khám bệnh – Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An và bệnh viện Đại học Y khoa Vinh trong năm 2024 - 2025 có sử dụng kháng histamin liều tăng dần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** 32 bệnh nhân mày đay mạn tính ≥ 12 tuổi tới khám, điều trị tại Khoa khám bệnh - Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh và Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 10/2024 - 4/2025 được điều trị bằng fexofenadin liều tăng dần, 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 sẩn hay phù mạch diễn biến nhanh, thường biến mất hoàn toàn trong vòng

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu

Email: nguyenthuthu@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025

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 được điều trị mày đay bằng các thuốc phối hợp khác.

+ Bệnh nhân đang mắc các bệnh khác kèm theo: u ác tính, bệnh gan, thận, tâm thần, bệnh hệ thống nặng.

+ Phụ nữ có thai và cho con bú.

+ Bệnh nhân không tuân thủ quy trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chọn được 32 bệnh nhân mày đay mạn tính đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Vật liệu, các biến số, chỉ tiêu đánh giá biến và các bước tiến hành nghiên cứu

Vật liệu nghiên cứu: Viên nén fexofenadin hàm lượng 60mg, 180 mg.

Các bước tiến hành và các biến số nghiên cứu:

- 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.

- 32 bệnh nhân không kiểm soát được bệnh sau khi dùng fexofenadin liều thông thường và được điều trị tiếp với liều gấp đôi trong 2 tuần

+ Bệnh nhân được theo dõi đánh giá các triệu chứng lâm sàng như điểm hoạt động của bệnh được đánh giá 1 lần/ngày trong 7 ngày liên tục (USA7), điểm chất lượng cuộc sống (CU-Q2oL), tần suất xuất hiện bệnh trong tuần và điểm đánh giá mức kiểm soát của bệnh (UCT) cũng như các tác dụng không mong muốn của thuốc trong suốt quá trình điều trị.

Chỉ tiêu đánh giá các biến số:

- Đánh giá mức độ bệnh dựa trên tổng điểm USA7:

+ Hết triệu chứng: 0 điểm

+ Bệnh hoạt động nhẹ: ≤15 điểm

+ Bệnh hoạt động trung bình: 16-27 điểm

+ Bệnh hoạt động nặng: 28-42 điểm

- Mức độ kiểm soát bệnh mày đay được đánh giá dựa trên tổng điểm UCT như sau [1]:

+ Kiểm soát hoàn toàn: 16 điểm

+ Kiểm soát tốt: 12-15 điểm

+ Không kiểm soát: <12 điểm

2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: Theo bệnh án nghiên cứu, thông qua hỏi – thăm khám, hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

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 %.

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

Các test thống kê: T-test cho các biến định lượng, Chi-square (χ^2) hoặc Fisher exact test cho các biến định tính.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành sau khi được phê duyệt đề cương của hội đồng khoa học trường ĐHYK 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 đều được tôn trọng và giữ bí mật tuyệt đối. Số liệu trong nghiên cứu 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 điều trị.

- Trong thời gian nghiên cứu, bệnh nhân và nghiên cứu viên thường xuyên trao đổi thông tin về sự cải thiện triệu chứng hoặc những tác dụng phụ nếu có.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu quả điều trị mày đay mạn tính bằng kháng histamin H1 (fexofenadin) liều tăng dần. Sau 2 tuần điều trị bằng fexofenadin liều 180mg/ngày (uống 1 lần/ngày), có 32 bệnh nhân chưa kiểm soát được bệnh, được điều trị tiếp bằng fexofenadin liều 360mg/ngày ((uống 2 lần/ngày) trong 2 tuần tiếp theo. Kết quả thu được như sau:

Bảng 1. Điểm USA7, CU-Q2oL, UCT trước điều trị và sau điều trị tăng liều

Triệu chứng	Điểm trung bình trước điều trị (n=32)	Điểm trung bình sau điều trị 2 tuần tăng liều (n=32)	P
	X ± SD		
Điểm USA7	26,53 ± 3,72	3,16 ± 4,64	0,00
Điểm CU-Q2oL	55,53 ± 6,55	4,06 ± 5,72	0,00
Điểm UCT	3,31 ± 1,15	14,34 ± 2,15	0,00

Nhận xét: Sau 4 tuần điều trị, trong đó có 2 tuần tăng liều, điểm trung bình mức độ hoạt động của bệnh, điểm chất lượng cuộc sống và mức kiểm soát bệnh có sự cải thiện rõ rệt so với trước điều trị, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 2. Điểm UAS7, CU-Q2oL và UCT ngay trước và sau điều trị tăng liều

Triệu chứng	Điểm trung bình sau điều trị 2 tuần liều thông thường (n=32)	Điểm trung bình sau điều trị 2 tuần tăng liều (n=32)	P
	X ± SD		
Điểm UAS7	18,75 ± 2,91	3,16 ± 4,64	0,00
Điểm CU-Q2oL	19,41 ± 7,41	4,06 ± 5,72	0,00
Điểm UCT	8,00 ± 1,32	14,34 ± 2,15	0,00

Nhận xét: Sau 2 tuần điều trị tăng liều, điểm trung bình mức độ hoạt động của bệnh, điểm chất lượng cuộc sống và mức kiểm soát bệnh có sự cải thiện rõ rệt so với điều trị liều thông thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3. So sánh mức độ bệnh sau điều trị liều thông thường và sau điều trị tăng liều (n=32)

Thời điểm	Hết TC		Nhẹ		Trung bình		Nặng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trước điều trị	0	0,0	0	0,0	15	46,9	17	53,1
Sau 2 tuần	0	0,0	0	0,0	32	100,0	0	0,0
Sau 4 tuần	18	56,3	13	40,6	1	3,1	0	0,0

Bảng 3 cho thấy có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về mức độ triệu chứng của bệnh nhân tại ba thời điểm trước điều trị, sau 2 tuần và sau 4 tuần với $p < 0,01$.



Biểu đồ 1. Tần suất xuất hiện bệnh trong tuần trước và sau các liệu trình điều trị (n=32)

Nhận xét: Trước điều trị có 68,8% bệnh nhân xuất hiện bệnh hàng ngày, không có bệnh nhân nào xuất hiện 1-2 ngày/tuần. Sau 2 tuần điều trị liều thông thường, không còn bệnh nhân nào xuất hiện bệnh hàng ngày, nhưng chủ yếu có tần suất xuất hiện bệnh 5-6 ngày/tuần (chiếm 78,1%). Sau 2 tuần điều trị tăng liều phần lớn các bệnh nhân hết triệu chứng (chiếm 56,3%), và chỉ có 1 bệnh nhân vẫn còn xuất hiện bệnh với tần suất 5-6 ngày/tuần.

3.2. Tác dụng phụ của thuốc

Bảng 4. Tác dụng phụ của thuốc

Tác dụng phụ	Liều thông thường (n=32)		Liều gấp đôi (n=32)		
	N	%	N	%	
Có	Buồn ngủ	1	3,1	0	0
	Đau đầu	0	0	1	3,1
	Khô miệng	0	0	2	6,3
Không	31	96,9	29	90,6	
P	0,612				

Nhận xét: Chỉ có 1 bệnh nhân có tác dụng phụ là buồn ngủ khi điều trị bằng liều thông thường chiếm tỷ lệ 3,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có tác dụng phụ khi điều trị tăng liều là 9,4%, các tác dụng đó là khô miệng (6,3%), đau đầu (3,1%). Sự khác biệt giữa hai tỷ lệ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả điều trị bằng kháng histamin liều tăng dần. Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân chúng tôi cho thấy, điểm trung bình mức hoạt động của bệnh (USA7) sau điều trị liều thông thường và sau điều trị tăng liều đều thấp hơn so với trước điều trị, đồng thời điểm trung bình của các triệu chứng bệnh cũng cải thiện hơn sau điều trị tăng liều so với sau điều trị liều thông thường. Điểm trung bình mức kiểm soát bệnh sau điều trị tăng liều cao hơn so với sau điều trị liều thông thường. Sự khác biệt của các tiêu chí trên đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Tuy vậy, sau khi tăng liều gấp đôi, vẫn còn một tỷ lệ bệnh nhân chưa hết triệu chứng, nhưng chủ yếu là mức độ bệnh nhẹ, chỉ có 1 bệnh nhân ở mức trung bình không có mức độ nặng. Như đã đề cập ở phần trước, trong bệnh mày đay nói chung và MĐMT nói riêng, ngoài vai trò của histamin còn có các chất TGHH khác có thể góp phần gây ra các triệu chứng và hình ảnh mô bệnh học của bệnh như interleukin-4 và leukotrien [6]. Các chất TGHH này có thể gây ra sự xâm nhập quanh mạch của các tế bào viêm, hóa ứng động các tế bào về da. Sự xâm nhập này tạo ra hình ảnh mô học khác với mô thương tổn của mày đay cấp và mày đay vật lý. Do đó chỉ sử dụng mỗi thuốc kháng histamin có thể không kiểm soát hết các triệu chứng của bệnh.

Một vấn đề đặt ra là khi bệnh nhân đáp ứng với liều kháng histamin gấp đôi hoặc cao hơn thì duy trì liều đó như thế nào, có giảm liều xuống ngay không. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa theo dõi được diễn biến tiếp theo của bệnh nhân hoặc liều thuốc có tác dụng duy trì ổn định triệu chứng sau liều gấp đôi. Theo Kameyoshi, khi bệnh nhân giảm triệu chứng với liều cao thì cần duy trì liều đó trong một thời gian nữa, sau đó mới giảm dần liều vì nếu giảm một cách đột

ngột thì không đạt được sự lui bệnh. Tác giả quan sát 21 bệnh nhân MĐMT không đáp ứng với liều cetirizin 10 mg/ngày trong 1-2 tuần nhưng cải thiện bệnh với liều 20 mg/ngày trong 1-2 tuần. Sau đó các bệnh nhân này được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm, hoặc dùng tiếp liều 20 mg hoặc giảm xuống 10 mg trong 2 tuần tiếp theo. Cả hai nhóm đều cải thiện với liều 20 mg/ngày nhưng chỉ nhóm duy trì liều cao mới tiếp tục có hiệu quả [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng điểm chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân trước điều trị khá cao, hầu hết các bệnh nhân đều bị ảnh hưởng bởi bệnh trên nhiều khía cạnh khác nhau của cuộc sống. Chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi CU-Q2oL bao gồm 15 câu hỏi, chia thành ba nhóm: ảnh hưởng trực tiếp của các triệu chứng, ảnh hưởng của bệnh MĐMT tới các hoạt động hằng ngày và ảnh hưởng của bệnh tới tâm trạng của người bệnh. Sau khi điều trị bằng thuốc kháng histamin với liều thông thường và liều cao, tổng điểm CU-Q2oL ở các thời điểm 2 tuần và 4 tuần đều giảm đáng kể. Và như vậy, sử dụng kháng histamin ngoài làm giảm các triệu chứng còn cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống, giúp bệnh nhân bớt mặc cảm về bệnh, hòa nhập với công việc và xã hội hơn. Khi điều trị bệnh MĐMT, chúng ta cần chú ý, quan tâm tới chất lượng cuộc sống của người bệnh vì mối liên quan giữa bệnh và chất lượng cuộc sống có mối liên quan thuận với nhau. Một cuộc khảo sát gần đây cho thấy phần lớn các bác sĩ chuyên khoa dị ứng người Canada báo cáo rằng các thông số tâm lý xã hội đóng vai trò trong quá trình sinh bệnh của mày đay mạn. Ngược lại bệnh nặng làm cho người bệnh trở nên khó chịu hơn, hạn chế các mối quan hệ hơn [8].

Bên cạnh đó, nghiên cứu về tần suất xuất hiện bệnh trong tuần cũng thấy có sự cải thiện đáng kể giữa điều trị liều thông thường so với trước điều trị, giữa điều trị tăng liều so với trước và điều trị liều thông thường. Trước điều trị có 68,8% bệnh nhân xuất hiện bệnh hàng ngày, 28,1% xuất hiện cách ngày, không có bệnh nhân nào xuất hiện 1-2 ngày 1 tuần. Sau 2 tuần điều trị liều thông thường, không còn bệnh nhân nào xuất hiện bệnh hàng ngày, nhưng chủ yếu có tần suất xuất hiện bệnh cách ngày (chiếm 78,1%). Sau 2 tuần điều trị tăng liều phần lớn các bệnh nhân hết triệu chứng (chiếm 56,3%), 21,9% bệnh nhân xuất hiện bệnh 1-2 ngày/tuần và chỉ có 1 bệnh nhân vẫn còn xuất hiện bệnh cách ngày.

4.2. Tác dụng không mong muốn của kháng histamin. Như chúng tôi đã đề cập ở những phần trước, các thuốc kháng histamin thế

hệ hai như fexofenadin vừa có hiệu quả cao trong việc giảm các triệu chứng mày đay vừa ít tác dụng phụ hơn các thuốc thế hệ thứ nhất do tác dụng chọn lọc ngoại biên. Nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hà trên 31 bệnh nhân điều trị bằng fexofenadin cho thấy không có bệnh nhân nào có biểu hiện tác dụng phụ khi điều trị bằng liều thông thường, 180 mg/ngày [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đương, đồng thời không có sự khác biệt về tỷ lệ tác dụng phụ của liều thông thường và liều gấp đôi (bảng 4). Tỷ lệ bệnh nhân có tác dụng phụ buồn ngủ khi điều trị bằng liều thông thường là 3,1%, chúng tôi thiết nghĩ dấu hiệu buồn ngủ có thể do tình trạng bệnh chứ không phải do tác dụng phụ của thuốc. Khi điều trị bằng liều gấp đôi, tỷ lệ tác dụng phụ chung chiếm 9,4%, trong đó đau đầu 3,1%, khô miệng 6,3%.

Một nghiên cứu phân tích tổng hợp với quy mô lớn của nhiều thử nghiệm lâm sàng cho thấy fexofenadine vừa có hiệu quả lâm sàng vừa không có tác dụng an thần ngay cả khi dùng liều cao [10].

Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng, các thuốc kháng histamin H₁ thế hệ hai có hiệu quả trong việc giảm mức độ bệnh, giảm tần suất xuất hiện bệnh và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân MĐMT. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ mới dừng lại ở liều gấp đôi nhưng vẫn chứng minh được phần nào hiệu quả và tính an toàn của thuốc.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hiệu quả điều trị mày đay mạn tính bằng fexofenadine liều tăng dần trên 32 bệnh nhân chúng tôi thấy rằng. Thuốc kháng histamin H₁ thế hệ hai cụ thể là fexofenadin có hiệu quả trong việc giảm giảm các triệu chứng, giảm tần suất xuất hiện bệnh và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân mày đay mạn tính. Đồng thời tỷ lệ bệnh nhân đạt mức kiểm soát bệnh tăng lên khi tăng liều điều trị. Các sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng không mong muốn chỉ xuất hiện trên 3,1% bệnh nhân khi điều trị liều thông thường, 9,4% bệnh nhân khi điều trị tăng liều và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tác dụng giữa các liệu trình điều trị. Đặc biệt không có tác dụng phụ nghiêm trọng nào. Vì vậy, kháng histamin H₁ thế hệ hai nên là lựa chọn hàng đầu cho bệnh nhân MĐMT. Khi không đáp ứng với liều thông thường có thể sử dụng liều tăng dần, gấp 2-4 lần. Tuy nhiên, đây vẫn là biện pháp điều trị, cải thiện triệu chứng đơn thuần, chưa thể chữa khỏi bệnh vì thuốc chỉ tác dụng vào

mắt xích cuối cùng trong cơ chế bệnh sinh phức tạp của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuberbier T., Abdul Latiff A.H., Abuzakouk M. và cộng sự. (2022). The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*, 77(3), 734–766.
2. Li J., Mao D., Liu S. và cộng sự. (2022). Epidemiology of urticaria in China: a population-based study. *Chin Med J (Engl)*, 135(11), 1369–1375.
3. Gonçalo M., Gimenez-Arnau A., Al-Ahmad M. và cộng sự. (2021). The global burden of chronic urticaria for the patient and society. *Br J Dermatol*, 184(2), 226–236.
4. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn và điều trị các bệnh dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, 118–120.
5. Huang C., Jiang Z., Wang J. và cộng sự. (2019). Antihistamine effects and safety of fexofenadine: a systematic review and Meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Pharmacol Toxicol*, 20, 72.
6. Nguyễn Văn Đoàn (2022). Bài giảng dị ứng - miễn dịch lâm sàng - Nhà Xuất Bản Y Học,
7. Kameyoshi Y., Tanaka T., Mihara S. và cộng sự. (2007). Increasing the dose of cetirizine may lead to better control of chronic idiopathic urticaria: an open study of 21 patients. *Br J Dermatol*, 157(4), 803–804.
8. Shoshan M.B.-, Clarke A., và Raz A. (2012). Psychosocial Factors and the Pathogenesis of Chronic Hives: A Survey of Canadian Physicians. *J Allergy Ther*, 03(01).
9. Phạm Thị Thu Hà (2011). Nghiên cứu căn nguyên gây bệnh và hiệu quả điều trị mày đay mạn tính bằng phối hợp thuốc kháng histamine H1 và H2.
10. Ansotegui I.J., Bousquet, Jean, Canonica, Giorgio Walter và cộng sự. (2024). Why fexofenadine is considered as a truly non-sedating antihistamine with no brain penetration: a systematic review. *Curr Med Res Opin*, 40(8), 1297–1309.

SÀNG LỌC THIỂU CƠ Ở NGƯỜI SUY TIM MẠN

Trần Ngọc Việt¹, Trần Kim Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu cơ là tình trạng mất khối cơ vân, đi kèm với sự suy giảm sức mạnh cơ bắp và/hoặc giảm hoạt động thể chất. Thiếu cơ được chứng minh là một bệnh đồng mắc phổ biến ở bệnh nhân suy tim mạn, gây giảm chức năng thể chất và là yếu tố tiên lượng độc lập đối với khả năng gắng sức cũng như nguy cơ tử vong. SARC-CalF là công cụ gồm các thành tố đơn giản, dễ thực hiện, có thể đánh giá nhanh, phù hợp trong sàng lọc các trường hợp nguy cơ thiếu cơ để có biện pháp chẩn đoán và can thiệp kịp thời. Đây là công cụ sàng lọc được Hội Thiếu cơ Châu Á (AWGS) khuyến nghị sử dụng trong thực hành lâm sàng và có thể sử dụng trong chương trình quản lý suy tim ngoại trú. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ nguy cơ thiếu cơ, các mối liên quan đến nguy cơ thiếu cơ trên người suy tim mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 119 bệnh nhân suy tim mạn tính tại Phòng Khám suy tim, Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, cơ sở 1. Các bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá nguy cơ thiếu cơ bằng công cụ SARC-CalF. **Kết quả:** tuổi trung vị là 63 [49-69]. Nữ giới chiếm 35,3%. Tỉ lệ bệnh nhân suy tim có nguy cơ thiếu cơ là 20,2%. Chỉ số khối cơ thể, giới nữ, phần suất tổng máu thất trái và ung thư là những yếu tố liên quan nguy cơ thiếu cơ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Xem xét sàng lọc thiếu cơ là một phần của chương

trình quản lý suy tim ngoại trú.

Từ khóa: Nguy cơ thiếu cơ, công cụ sàng lọc thiếu cơ SARC-CalF, suy tim mạn.

SUMMARY

SARCOPENIA SCREENING IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Background: Sarcopenia is defined as a loss of skeletal muscle mass, accompanied by a decline in muscle strength and/or reduced physical performance. It is a common comorbidity in patients with chronic heart failure, leading to impaired physical function and serving as an independent predictor of exercise capacity and mortality. The SARC-CalF tool, recommended by the Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) for clinical practice, is a simple, easy-to-implement instrument for rapid screening of sarcopenia risk, enabling timely diagnosis and intervention. This tool is well-suited for outpatient heart failure management programs. **Objectives:** To determine the prevalence of sarcopenia risk and its associated factors in patients with chronic heart failure. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 119 patients with chronic heart failure attending the Heart Failure Clinic at the University Medical Center, Ho Chi Minh City (Campus 1). Clinical and laboratory data were collected, and sarcopenia risk was assessed using the SARC-CalF tool. **Results:** The median age of the cohort was 63 (IQR: 49-69) years, and 35.3% were female. The overall prevalence of sarcopenia risk was 20.2%. Body Mass Index (BMI), female sex, left ventricular ejection fraction (LVEF), and cancer were significantly associated with sarcopenia risk ($p < 0.05$). **Conclusion:** Screening for sarcopenia should be considered as part of an outpatient heart failure

¹Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Việt

Email: tngviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025