

Nồng độ immunoglobuline E toàn phần huyết thanh trên bệnh nhân mày đay mạn tính

Serum total immunoglobuline E level in patients with chronic urticaria

Phan Trần Hồng Hạnh*,
Nguyễn Thị Hồng Chuyên**

**Bệnh viện Da liễu Đà Nẵng,*
***Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định nồng độ IgE toàn phần huyết thanh và mối liên quan với các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng ở bệnh nhân mày đay mạn tính đến khám tại Bệnh viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 61 bệnh nhân mày đay mạn tính và 34 người khỏe mạnh tương đồng về tuổi, giới. *Kết quả:* Nồng độ IgE toàn phần huyết thanh của nhóm bệnh nhân mày đay mạn tính cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm người khỏe mạnh ($p < 0,001$). Nhóm bệnh nhân đáp ứng với điều trị thuốc kháng histamin có nồng độ IgE toàn phần cao hơn so với nhóm không đáp ứng ($p = 0,034$). *Kết luận:* Nồng độ IgE thấp có thể liên quan đến tình trạng kém đáp ứng điều trị với kháng histamine ở bệnh nhân mày đay mạn tính.

Từ khóa: Mày đay mạn tính, nồng độ IgE toàn phần huyết thanh.

Summary

Objective: Our research aimed to determine the level of serum total IgE and its association with the epidemiological and clinical features in chronic urticaria patients at HCMC Hospital of Dermato-Venereology. *Subject and method:* 61 patients and 34 healthy controls matched for age and sex were included in the study. *Result:* Serum total IgE levels of patients with chronic urticaria were statistically significantly higher than those of the healthy group ($p < 0.001$). Patients who had good response to antihistamine treatment showed higher total IgE levels as compared with those who had treatment resistance ($p = 0.034$). *Conclusion:* Low serum IgE levels may associated with poor response to treatment with antihistamine medicines in patients with chronic urticaria.

Keywords: Chronic urticaria, serum total IgE level.

1. Đặt vấn đề

Mày đay mạn tính (MĐMT) được định nghĩa là khi các triệu chứng mày đay kéo dài trên 6 tuần. Sinh bệnh học MĐMT rất phức tạp với tế bào mast đóng vai trò trung tâm. Phản ứng tự miễn dịch tít I và IIb đã được chứng minh có tham gia vào sinh bệnh học

của một nhóm các bệnh nhân MĐMT tự phát (CSU) [1]. Ở bệnh nhân CSU "tự dị ứng" nhóm I, các kháng nguyên hình thành liên kết chéo với tự kháng thể IgE gắn vào thụ thể FcεRI trên màng tế bào mast gây kích hoạt và phóng thích các chất trung gian tiền viêm. Đối với nhóm CSU "tự miễn dịch" tít IIb (aiCSU), các tự kháng thể IgG/IgM hình thành liên kết chéo trực tiếp với thụ thể FcεRI hoặc phức hợp IgE-FcεRI để hoạt hóa tế bào mast gây triệu chứng mày đay [1]. Bằng chứng trên cho thấy IgE đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh MĐMT. Nghiên cứu trước đây đã quan sát thấy nồng độ IgE

Ngày nhận bài: 10/3/2023, *ngày chấp nhận đăng:* 04/4/2023

Người phản hồi: Phan Trần Hồng Hạnh

Email: hanhdhyd3004@gmail.com

Bệnh viện Da liễu Đà Nẵng

toàn phần huyết thanh ở nhóm bệnh nhân MĐMT tăng cao hơn so với nhóm người khỏe mạnh [2]. Giảm nồng độ IgE huyết thanh được ghi nhận có liên quan đến thời gian mắc bệnh ngắn cũng như tình trạng kém đáp ứng với điều trị bằng thuốc kháng histamin H1 thế hệ 2 (sgAHs), omalizumab [2], [3], [4]. Nồng độ IgE huyết thanh giảm xuất hiện nhiều ở nhóm bệnh nhân aiCSU, là nhóm có mức độ hoạt động bệnh cao hơn, kém đáp ứng với điều trị hơn so với nhóm còn lại [5]. Những thông tin trên gợi ý chỉ số nồng độ IgE có thể góp phần tiên lượng thời gian mắc bệnh dài hay ngắn, khả năng đáp ứng với điều trị cũng như gián tiếp đánh giá mức độ hoạt động bệnh MĐMT. Sinh bệnh học của mày đay mạn tính cho đến nay vẫn còn nhiều vấn đề chưa sáng tỏ, tuy nhiên cơ chế chính trong sinh bệnh học của mày đay mạn tính vẫn là kích hoạt tế bào mast thông qua các thụ thể FcεRI có sự tham gia của IgE hoặc IgG/IgM, vì vậy nghiên cứu tiến hành đánh giá chung nồng độ IgE toàn phần huyết thanh trên tất cả bệnh nhân mày đay mạn tính nhằm mục tiêu: *Xác định nồng độ IgE toàn phần huyết thanh của bệnh nhân mày đay mạn tính và so sánh với nhóm người khỏe mạnh. Xác định mối liên quan giữa nồng độ IgE toàn phần huyết thanh và các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh nhân mày đay mạn tính.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân mắc mày đay mạn tính đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2020 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Nhóm bệnh nhân MĐMT: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định MĐMT dựa vào lâm sàng, đủ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia vào nghiên cứu [6].

Nhóm người khỏe mạnh: Người khỏe mạnh đủ 18 tuổi, không có tiền căn bản thân mắc MĐMT, viêm da cơ địa, hen suyễn, viêm mũi dị ứng, dị ứng thức ăn, dị ứng thuốc và các bệnh lý thuộc tiêu chuẩn loại trừ; đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Có bất kì ≥ 1 tiêu chuẩn sau đây:

Bệnh nhân suy giảm miễn dịch, mắc các bệnh nhiễm trùng cấp hay mạn tính, bệnh lý ác tính, bệnh lý nội ngoại khoa khác (mày đay viêm mạch, xơ gan, suy thận, thiếu máu cơ tim, loét đại tràng, Crohn, viêm ruột, bệnh lý về tâm thần, huyết học).

Bệnh nhân sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch hoặc liệu pháp kháng IgE (omalizumab) trong vòng 1 tháng trước đó.

Phụ nữ có thai và đang cho con bú.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca.

Dựa trên công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ của dân số

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

Với n: Cỡ mẫu cần tính; $Z_{1-\alpha/2}=1,96$ với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$); p: Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ IgE huyết thanh thấp; $d=0,05$ (với $0,1 \leq p \leq 0,3$).

Theo nghiên cứu của tác giả Nicole S và cộng sự (2019) [5], cỡ mẫu tính được cho nghiên cứu là 302 bệnh nhân

Vì tác giả thực hiện nghiên cứu trong thời điểm dịch COVID-19, khó có thể thu thập đủ số lượng mẫu tính trên, vì vậy tác giả lựa chọn thiết kế nghiên cứu loạt ca để thuận tiện cho việc lấy mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện.

Quá trình nghiên cứu: Bệnh nhân MĐMT đến khám tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2020 đến tháng 12/2021 thỏa tiêu chuẩn nhận bệnh và tiêu chuẩn loại trừ, nếu đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân sẽ kí tên vào phiếu đồng thuận.

Bệnh nhân sau đó được phỏng vấn, thăm khám và ghi nhận các thông tin về tiền sử, bệnh sử và lâm sàng. Đối tượng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được lấy 2ml máu tĩnh mạch, vận chuyển về Trung tâm Y khoa Medic - Hòa Hảo để định lượng nồng độ IgE toàn phần huyết thanh bằng phương pháp ELISA, với bộ kit thử Elecsys IgE II.

Các thông số lâm sàng và cận lâm sàng

Tiền căn gia đình mắc MĐMT: Cha, mẹ/anh, chị, em ruột/con cái mắc mày đay mạn tính.

Bệnh lý đồng mắc: Nhóm bệnh dị ứng gồm hen, viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc dị ứng, viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc dị ứng, dị ứng thức ăn. Nhóm bệnh tự miễn gồm bệnh tuyến giáp tự miễn, bạch biến, viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống và bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin.

Phù mạch: Sung phù mí mắt, môi, mặt, kéo dài từ 24-48 giờ. Thường căng tức, đau.

Nồng độ IgE huyết thanh: Chọn ngưỡng nồng độ IgE huyết thanh thấp khi chỉ số này bé hơn 40UI/mL, tương tự các nghiên cứu trước đây [5], [7]. Các nghiên cứu trước đây chỉ tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ IgE huyết thanh thấp với các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng. Do vậy, nghiên cứu chia bệnh nhân thành hai nhóm nồng độ IgE huyết thanh thấp và không thấp để tìm kiếm mối liên quan với các yếu tố dịch tễ, lâm sàng như các nghiên cứu trước đây.

Mức độ hoạt động bệnh MĐMT: Phân loại mức độ hoạt động dựa vào điểm số UAS7 [6]. Mức độ hoạt động bệnh thấp: UAS7 \leq 15; Mức độ hoạt động bệnh trung bình: UAS7 từ 16-27; Mức độ hoạt động bệnh cao: UAS7 từ 28-42.

Đáp ứng với thuốc kháng histamin H1 thế hệ 2 (sgAHs): Đánh giá đáp ứng với điều trị bằng thuốc sgAHs chỉ được thực hiện trên những bệnh nhân

đang điều trị theo toa thuốc bệnh viện Da Liễu và ngừng thuốc không quá 1 tuần trước thời điểm thu thập số liệu. Những bệnh nhân còn lại không thỏa mãn tiêu chuẩn trên sẽ không được đánh giá đáp ứng điều trị.

Có đáp ứng với điều trị: Nếu thời gian điều trị \geq 1 tháng: UCT \geq 12 hoặc UAS7 \leq 6; nếu thời gian điều trị < 1 tháng: UAS7 < 16 [6, 8].

Không đáp ứng với điều trị: Nếu thời gian điều trị \geq 1 tháng: UCT < 12 hoặc UAS7 \geq 7; nếu thời gian điều trị < 1 tháng: UAS7 \geq 16 [6, 8].

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập, mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc dạng trung vị và tứ trung vị. Sử dụng các phép kiểm phù hợp với tính chất phân phối của biến số. Sự khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số 668/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 12/10/2020.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. So sánh đặc điểm dịch tễ của hai nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Bệnh nhân MĐMT (n = 61)	Nhóm người khỏe mạnh (n = 34)	Giá trị p
Tuổi (năm) Trung bình (\pm độ lệch chuẩn)	36,4 \pm 13,4	37,8 \pm 11,7	0,6 ^(¶)
Giới tính			
Nam (n, %)	22 (36,1)	11 (32,4)	0,72 ^(†)
Nữ (n, %)	39 (63,9)	23 (67,6)	

(¶) Phép kiểm định Independent sample t test.

(†) Phép kiểm định Chi bình phương.

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân MĐMT là $36,4 \pm 13,4$ tuổi. Trong số 61 bệnh nhân, có 39 bệnh nhân nữ (63,9%) và 22 bệnh nhân nam (36,1%). Tuổi, giới tính giữa nhóm bệnh nhân và nhóm người khỏe mạnh khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân mày đay mạn tính

Đặc điểm	Tần số (n = 61)	Tỷ lệ %
Thời gian mắc bệnh		
<12 tháng	41	67,2
≥ 12 tháng	20	32,8
Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Bệnh lý đồng mắc		
Dị ứng	23	37,7
Không dị ứng	38	62,3
Phù mạch kết hợp		
Có	19	31,1
Không	42	68,9
Tiền căn gia đình mắc MĐMT		
Có	15	24,6
Không	46	75,4
Mức độ hoạt động bệnh theo UAS7 (n = 56)		
Thấp	29	51,8
Trung bình - Cao	27	48,2
Đáp ứng với điều trị (n = 26)		
Có	17	65,4
Không	9	34,6

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân của nghiên cứu mắc bệnh dưới 1 năm (67,2%), không có tiền căn gia đình mắc MĐMT (75,4%). Có 37,7% bệnh nhân đồng mắc bệnh dị ứng, 31,1% bệnh nhân từng có triệu chứng phù mạch và đến 48,2% bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh trung bình- cao. Trong số 61 bệnh nhân của nghiên cứu, chỉ có 26 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn để đánh giá đáp ứng với điều trị. Đa số bệnh nhân có đáp ứng với điều trị sgAHs (65,4%).

3.2. Nồng độ IgE toàn phần huyết thanh của nhóm bệnh nhân mày đay mạn tính và nhóm người khỏe mạnh

Bảng 3. Nồng độ IgE toàn phần huyết thanh của nhóm bệnh và nhóm người khỏe mạnh

Đặc điểm	Bệnh nhân MĐMT (n = 61)	Người khỏe mạnh (n = 34)	Giá trị p ^(†)
Nồng độ IgE toàn phần huyết thanh (UI/mL) (Trung vị và khoảng tứ phân vị)	164 (87,1-243)	49,9 (24,7-130,5)	<0,001

(§) *Phép kiểm định Mann-Whitney*

Nhận xét: Nồng độ IgE toàn phần huyết thanh của nhóm bệnh nhân mày đay mạn tính cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người khỏe mạnh ($p < 0,001$).

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân mày đay mạn tính có nồng độ IgE toàn phần huyết thanh thấp

Nồng độ IgE huyết thanh	Tần số	Tỷ lệ %
< 40UI/mL	8	13,1
≥ 40UI/mL	53	86,9

Nhận xét: 13,1% bệnh nhân mày đay mạn tính có nồng độ IgE toàn phần huyết thanh thấp.

3.3. Mối liên quan giữa nồng độ IgE toàn phần huyết thanh và các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh nhân mày đay mạn tính

Bảng 5. Mối liên quan giữa nồng độ IgE và các yếu tố liên quan của bệnh nhân MĐMT

Đặc điểm	Nồng độ IgE toàn phần huyết thanh (UI/mL) (Trung vị và khoảng tứ phân vị)	Giá trị p ^(§)
Thời gian mắc bệnh < 12 tháng (n = 41) ≥ 12 tháng (n = 20)	165,9 (98,3-236,9) 158 (66,3-334,5)	0,7
Bệnh dị ứng đồng mắc Có (n = 23) Không (n = 38)	175 (75,4-272) 157,5 (89,1-224,7)	0,73
Tiền căn gia đình Có (n = 23) Không (n = 38)	175 (75,4-272) 157,5 (89,1-224,7)	0,73

(§) Phép kiểm định Mann-Whitney

Nhận xét: Chưa tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ IgE toàn phần huyết thanh và các yếu tố liên quan của bệnh nhân mày đay mạn tính.

Bảng 6. Mối liên quan giữa nồng độ IgE và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân MĐMT

Đặc điểm	Nồng độ IgE toàn phần huyết thanh (UI/mL) (Trung vị và khoảng tứ phân vị)	Giá trị p
Phù mạch Có (n = 19) Không (n = 42)	218 (111-365) 142 (70,3-215,1)	0,034
Mức độ hoạt động bệnh Thấp (n = 29) Trung bình - Cao (n = 27)	207 (87,1-402) 144 (56,9-218)	0,3
Đáp ứng với điều trị Có (n = 17) Không (n = 9)	140 (79,2-304) 54,6 (23,6-132,5)	0,034

(§) Phép kiểm định Mann-Whitney

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có triệu chứng phù mạch có nồng độ IgE toàn phần huyết thanh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có triệu chứng này ($p < 0,05$). Nhóm không đáp ứng với điều trị bằng

thuốc kháng histamin H1 thế hệ 2 có nồng độ IgE toàn phần huyết thanh thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đáp ứng ($p < 0,05$).

Bảng 7. Đặc điểm lâm sàng và đáp ứng điều trị của nhóm bệnh nhân mày đay mạn tính có nồng độ IgE toàn phần huyết thanh thấp

Đặc điểm	IgE < 40UI/mL, n (%)	IgE ≥ 40UI/mL, n (%)	Giá trị p ^(t)
Mức độ hoạt động bệnh			
Thấp (n = 29)	3 (10,3)	26 (89,7)	0,38
Trung bình - Cao (n = 27)	5 (18,5)	22 (81,5)	
Đáp ứng với điều trị			
Có (n = 17)	2 (11,8)	15 (88,2)	0,06
Không (n = 9)	4 (44,5)	5 (55,6)	

(t) Phép kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có giảm nồng độ IgE toàn phần huyết thanh ở nhóm không đáp ứng với điều trị cao hơn nhóm có đáp ứng, tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,06$).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và một số đặc điểm liên quan đến bệnh mày đay mạn tính

Đã có bằng chứng cho thấy nồng độ IgE toàn phần huyết thanh ở nam giới cao hơn nữ giới, đồng thời chỉ số này tăng dần theo tuổi [9]. Do vậy, để hạn chế tối đa các yếu tố gây nhiễu, chúng tôi chọn nhóm so sánh là những người khỏe mạnh có đặc điểm tuổi và giới tương đồng với nhóm bệnh nhân mày đay mạn tính.

Để hạn chế tối đa các yếu tố gây nhiễu, chúng tôi chọn nhóm so sánh là những người khỏe mạnh có đặc điểm tuổi và giới tương đồng với nhóm bệnh nhân MĐMT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân MĐMT có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm (67,2%). Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện triệu chứng phù mạch ít nhất một lần trong suốt thời gian mắc bệnh là 31,1%.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm UAS7 để đánh giá mức độ hoạt động của nhóm bệnh nhân MĐMT tự phát (56 bệnh nhân), nhận thấy có 51,8% bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh thấp, 48,2% còn lại biểu hiện mức độ hoạt động bệnh từ trung bình đến cao. Nghiên cứu của

tác giả Kolkhir P (2019) cũng kết luận nhóm mức độ hoạt động bệnh thấp chiếm ưu thế hơn so với hai nhóm kia [10].

Chúng tôi tiến hành đánh giá đáp ứng điều trị của 26 bệnh nhân MĐMT đang dùng thuốc sgAHs theo đơn thuốc của Bệnh viện Da liễu, ngừng điều trị không quá 1 tuần trước thời điểm thu thập số liệu. Có 17 bệnh nhân có đáp ứng với liệu thuốc sgAHs hiện tại, chiếm 65,4% và 9 bệnh nhân không đáp ứng, chiếm 34,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng với sgAHs thường trên 50% [10].

4.2. Nồng độ IgE toàn phần huyết thanh của nhóm bệnh nhân mày đay mạn tính và người khỏe mạnh

Nồng độ IgE toàn phần huyết thanh tăng trong các bệnh lý dị ứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân MĐMT có sự gia tăng nồng độ IgE toàn phần huyết thanh so với nhóm người khỏe mạnh và khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả chúng tôi thu được tương đồng với nghiên cứu của Kessel A (2010) [2]. Mặc dù sinh bệnh học của mày đay mạn tính vẫn chưa được làm sáng tỏ, tế bào mast của một nhóm bệnh nhân mày đay mạn tính được kích hoạt bằng con đường cổ điển thông qua phản ứng miễn dịch tít I với sự tham gia của IgE. Điều này lý giải cho kết quả thu được ở nói trên.

Nghiên cứu khảo sát nồng độ IgE toàn phần huyết thanh nhận thấy những bệnh nhân có bệnh lý tự miễn có giá trị IgE thấp hơn so với nhóm người khỏe mạnh [12]. Tương tự, nồng độ IgE toàn phần

thấp được chứng minh có liên quan với nhóm MĐMT “tự miễn dịch”. Mặc dù chỉ chiếm 8% của CSU, nhưng đây lại là nhóm có mức độ hoạt động bệnh cao hơn và kém đáp ứng với điều trị hơn nhóm còn lại. Nghiên cứu của tác giả Nicole S ghi nhận 49/182 trường hợp (26,9%) có nồng độ IgE toàn phần thấp [5]. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ IgE toàn phần huyết thanh thấp (< 40UI/mL) trong nghiên cứu này là 13,1%. Sự khác biệt giữa hai nghiên cứu có thể do khác nhau về vùng địa lý, tiêu chuẩn chọn lựa đối tượng tham gia nghiên cứu cũng như kỹ thuật xét nghiệm.

4.3. Mối liên quan giữa nồng độ IgE huyết thanh và các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh nhân mày đay mạn tính

Nghiên cứu của chúng tôi không quan sát được mối liên quan giữa nồng độ IgE với thời gian mắc bệnh. Đồng thời, cũng không ghi nhận mối liên quan giữa bệnh dị ứng đồng mắc, tiền căn gia đình mắc MĐMT với nồng độ IgE toàn phần huyết thanh ($p>0,05$).

Chúng tôi ghi nhận nồng độ IgE toàn phần huyết thanh của nhóm có triệu chứng phù mạch cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại ($p<0,05$). Tác giả Kolkhir P nhận thấy nhóm bệnh nhân có nồng độ anti-TPO tăng và IgE giảm thường xuất hiện triệu chứng phù mạch hơn nhóm còn lại, ngược với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [7]. Mối liên quan giữa triệu chứng này và nồng độ IgE toàn phần huyết thanh rất ít được nhắc đến trong các nghiên cứu. Do vậy, cần thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nhằm đánh giá nồng độ IgE toàn phần có phải là chỉ số dự đoán triệu chứng phù mạch - một trong những triệu chứng gợi ý tình trạng nguy hiểm của bệnh mày đay hay không.

Chỉ vài báo cáo cho rằng mức độ hoạt động bệnh MĐMT có liên quan với nồng độ IgE toàn phần huyết thanh [3]. Nghiên cứu của Montjoye L. không tìm thấy mối tương quan giữa nồng độ IgE toàn phần huyết thanh so với điểm số UAS7 [11]. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nhóm mức độ hoạt động thấp có nồng độ IgE toàn phần không khác biệt so với nhóm mức độ hoạt động trung bình - cao

($p>0,05$). Đồng thời, chúng tôi cũng không quan sát được sự khác biệt về tỷ lệ nồng độ IgE thấp giữa nhóm mức độ hoạt động trung bình - cao và nhóm mức độ hoạt động thấp. Những bằng chứng nêu trên phần nào khẳng định nồng độ IgE toàn phần huyết thanh chưa phải là chỉ số đáng tin cậy nhằm đánh giá khách quan mức độ hoạt động bệnh mày đay mạn tính.

Chỉ số IgE toàn phần rất có tiềm năng trong việc tiên lượng đáp ứng với điều trị bằng omalizumab ở bệnh nhân mày đay mạn tính. Theo tác giả Kolkhir P, nồng độ IgE toàn phần cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân đáp ứng với điều trị thuốc sgAHs so với nhóm không đáp ứng ($p<0,05$) [4, 7]. Nghiên cứu của chúng tôi quan sát thấy nhóm đáp ứng với điều trị thuốc sgAHs có nồng độ IgE toàn phần cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại ($p=0,034$). Đồng thời, tỷ lệ nồng độ IgE toàn phần thấp ở nhóm kém đáp ứng điều trị cao hơn so với nhóm còn lại. Mặc dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,06$), tuy nhiên nguyên nhân có thể là do cỡ mẫu của nghiên cứu còn khá nhỏ. Vì vậy, cần thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để tăng tính giá trị của các kết luận.

Những kết quả trên bước đầu cho thấy nồng độ IgE toàn phần là chỉ số rất tiềm năng trong việc tiên lượng đáp ứng với điều trị bằng thuốc sgAHs ở bệnh nhân MĐMT.

5. Kết luận

Nồng độ IgE toàn phần huyết thanh ở nhóm bệnh nhân cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người khỏe mạnh và nồng độ IgE thấp có thể liên quan đến tình trạng kém đáp ứng điều trị với kháng histamine ở bệnh nhân MĐMT.

Tài liệu tham khảo

1. Kolkhir P, Church MK, Weller K, Metz M., Schmetzer O, Maurer M (2017) *Autoimmune chronic spontaneous urticaria: What we know and what we do not know*. Journal of Allergy and Clinical Immunology 139(6): 1772-1781.
2. Kessel A, Helou W, Bamberger E, Sabo E, Nusem D, Panassof J et al (2010) *Elevated serum total IgE - a*

- potential marker for severe chronic urticaria. International Archives of Allergy and Immunology* 153(3): 288-293.
3. Weller K, Ohanyan T, Hawro T, Ellrich A, Sussman G, Koplowitz J et al (2018) *Total Ige levels are linked to the response of chronic spontaneous urticaria patients to omalizumab. Allergy* 73(12): 2406-2408.
 4. Kolkhir P, Pogorelov D, Olisova O (2017) *CRP, D-Dimer, Fibrinogen and Esr as Predictive Markers of Response to Standard Doses of Levocetirizine in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria. European annals of allergy and clinical immunology* 49(4): 189-192.
 5. Schoepke N, Asero R, Ellrich A, Ferrer M, Gimenez-Arnau A, EH Grattan C et al (2019). *Biomarkers and clinical characteristics of autoimmune chronic spontaneous Urticaria: Results of the purist study. Allergy* 74(12): 2427-2436.
 6. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B et al (2018) *The Eaaci/Ga²len/Edf/Wao guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology* 73 (7): 1393-1414.
 7. Kolkhir P, Kovalkova E, Chernov A, Danilycheva I, Krause K, Sauer M et al (2021) *Autoimmune Chronic Spontaneous Urticaria Detection with Igg Anti-Tpo and Total Ige. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*: 4138-4146.
 8. Lima H, Gooderham M, Dutz J, Lynde C, Chapdelaine H, Ellis A et al (2017) *Management of chronic spontaneous urticaria (Csu): A treat to target approach using a patient reported outcome. Allergy, Asthma & Clinical Immunology*13(1): 1-7.
 9. Chang KL, Yang YH, Yu HH, Lee JH, Wang LC, Chiang BL (2013) *Analysis of Serum Total Ige, Specific Ige and Eosinophils in Children with Acute and Chronic Urticaria. Journal of Microbiology, Immunology and Infection* 46(1): 53-58.
 10. Kolkhir P, Church MK, Altrichter S, Skov PS, Hawro T, Frischbutter S et al (2019) *Eosinopenia, in Chronic Spontaneous Urticaria, Is associated with high disease activity, autoimmunity, and poor response to treatment. Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 8(1): 318-325..
 11. Montjoye L, Darrigade AS, Giménez-Arnau A, Herman A, Dumoutier L, Baeck M (2020) *Correlations between Disease Activity, Autoimmunity and Biological Parameters in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria. Eur Ann Allergy Clin Immunol* 53(2): 55-66.
 12. Magen E, Schlesinger M, David M, Ben-Zion I, Vardy D (2014) *Selective IgE deficiency, immune dysregulation, and autoimmunity. Allergy Asthma Proc* 35: 27-33.