



2025
09 **HỘI NGHỊ**
Y HỌC LIÊN NGÀNH
Lần thứ 4



MÀY ĐAY CẤP Ở TRẺ EM

Tiếp cận chẩn đoán và điều trị

.....

BSCKII. NGUYỄN THỊ NGỌC

Khoa Nội tổng quát 2 – Hô hấp

Đơn vị dự ứng

Bệnh viện Nhi Đồng 1



Nội dung



01 Giới thiệu máy đay cấp

02 Sinh lý bệnh

03 Phân loại và nguyên nhân

04 Diễn tiến lâm sàng

05 Tiếp cận chẩn đoán

06 Điều trị

Giới thiệu mày đay cấp

**Sẩn phù xuất hiện
đột ngột, giới hạn rõ**

**Kích thước và hình
dạng thay đổi**

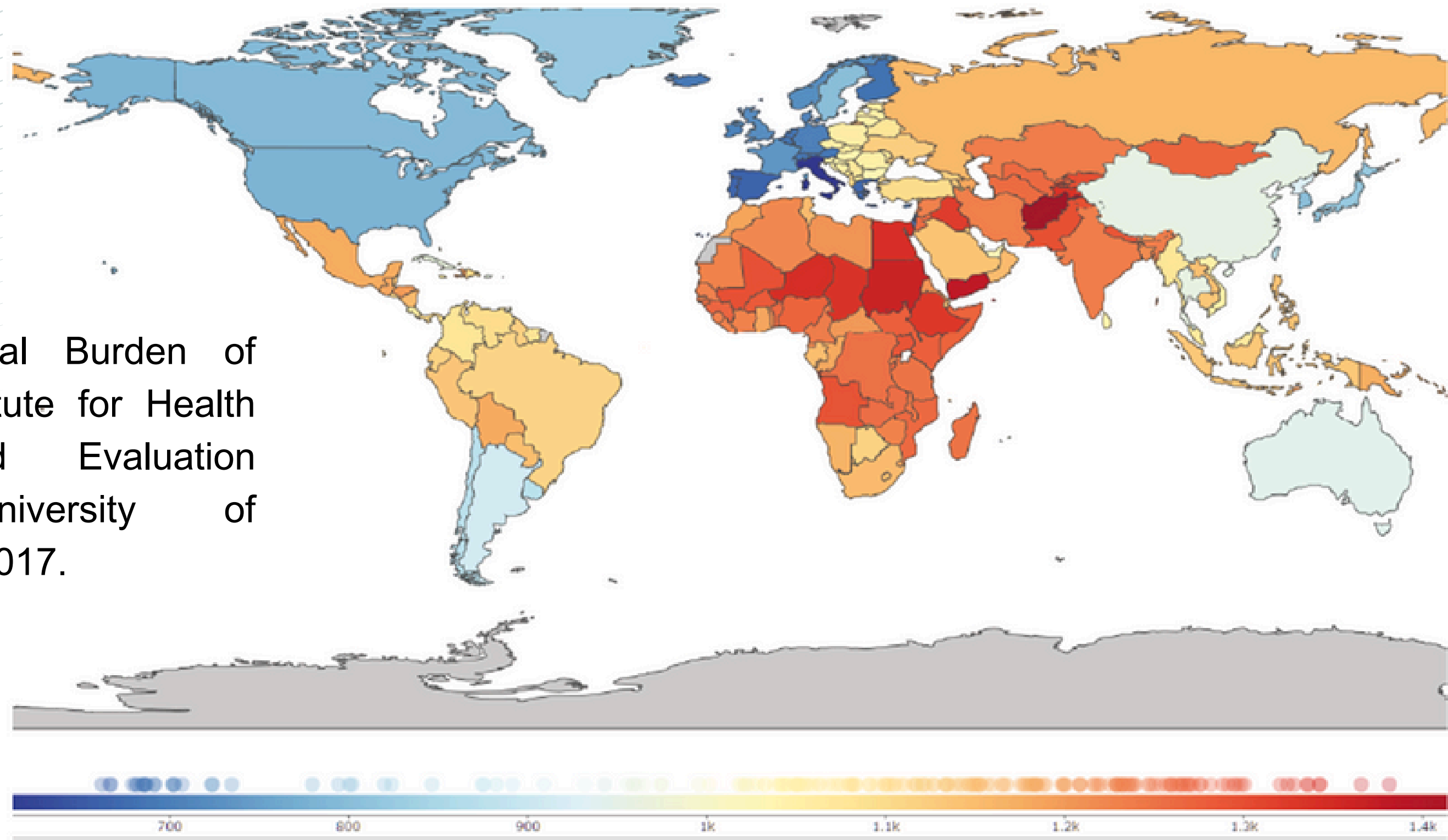


**Kèm theo ngứa, đôi
khi rất bỏng
Có thể kèm hay
không phù mạch**

**Các nốt tự lặn < 24
giờ, phù mạch < 72
giờ
Đợt cấp: có thể tới 6
tuần**

Tần suất mày đay cấp

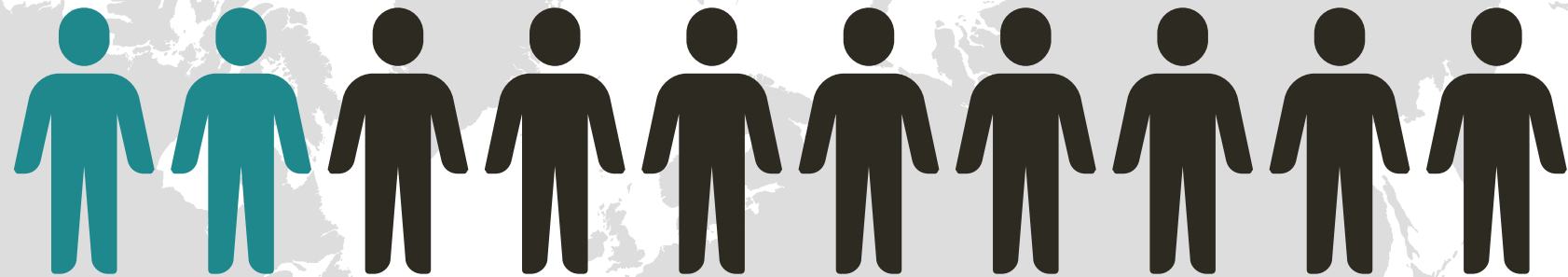
Source: Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington, 2017.



Tần suất mày đay cấp

15-20% dân số
tại ít nhất một thời điểm trong cuộc đời

Greaves and Tan 2007, Metz et al. 2008



Nghiên cứu đoàn hệ tại Đức ở trẻ em

Tỷ lệ mắc hàng năm: 1%/năm tuổi

Tỷ lệ mắc cộng dồn: 14,5% bé trai
và 16,2% bé gái đến 10 tuổi

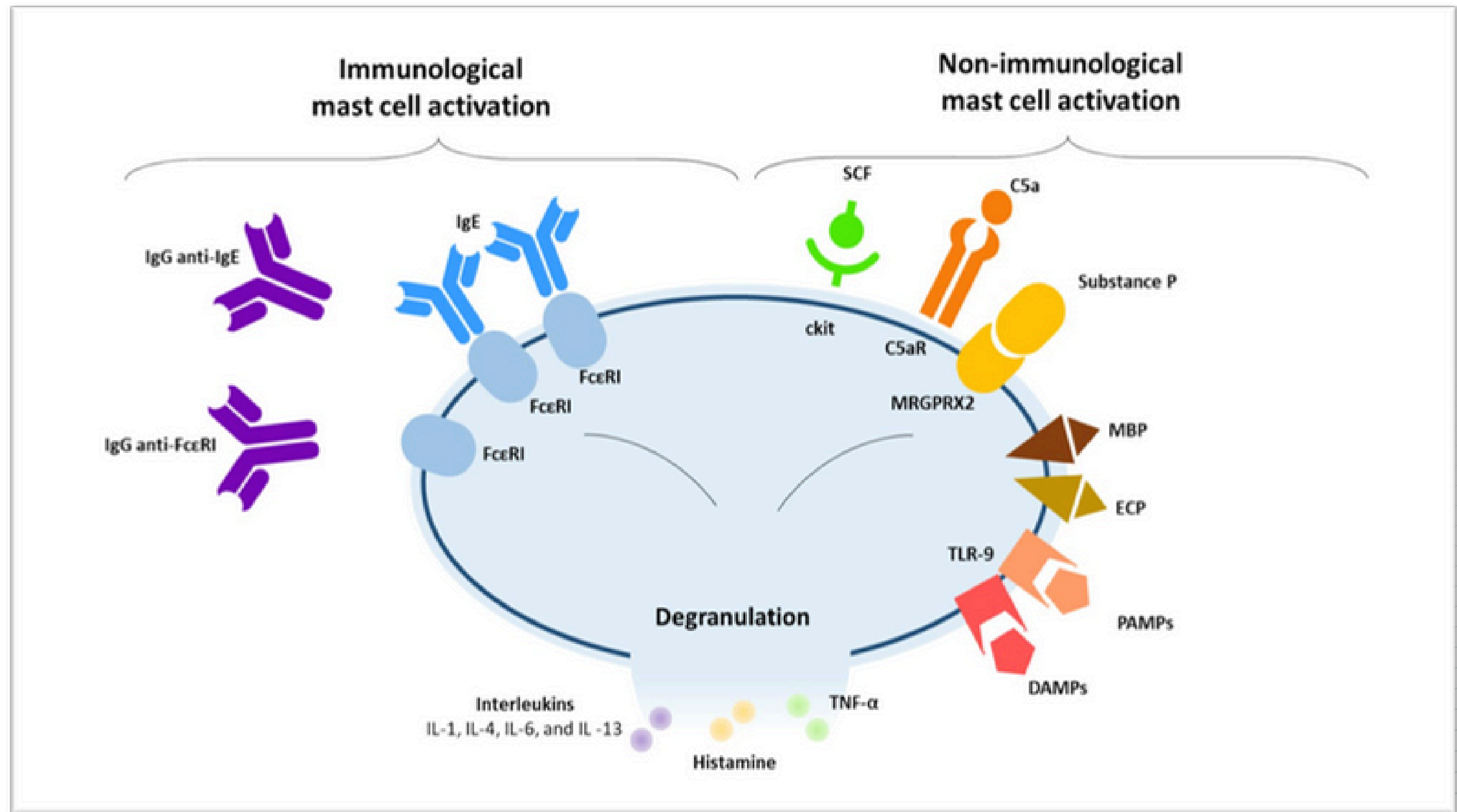
Brüske I, et al. Pediatr Allergy Immunol. 2014.

Nguyên nhân khám cấp cứu ở trẻ nhỏ

Tại nước Anh và xứ Wales: 8,4% các lượt
khám cấp cứu (Kerr et al. 2010)

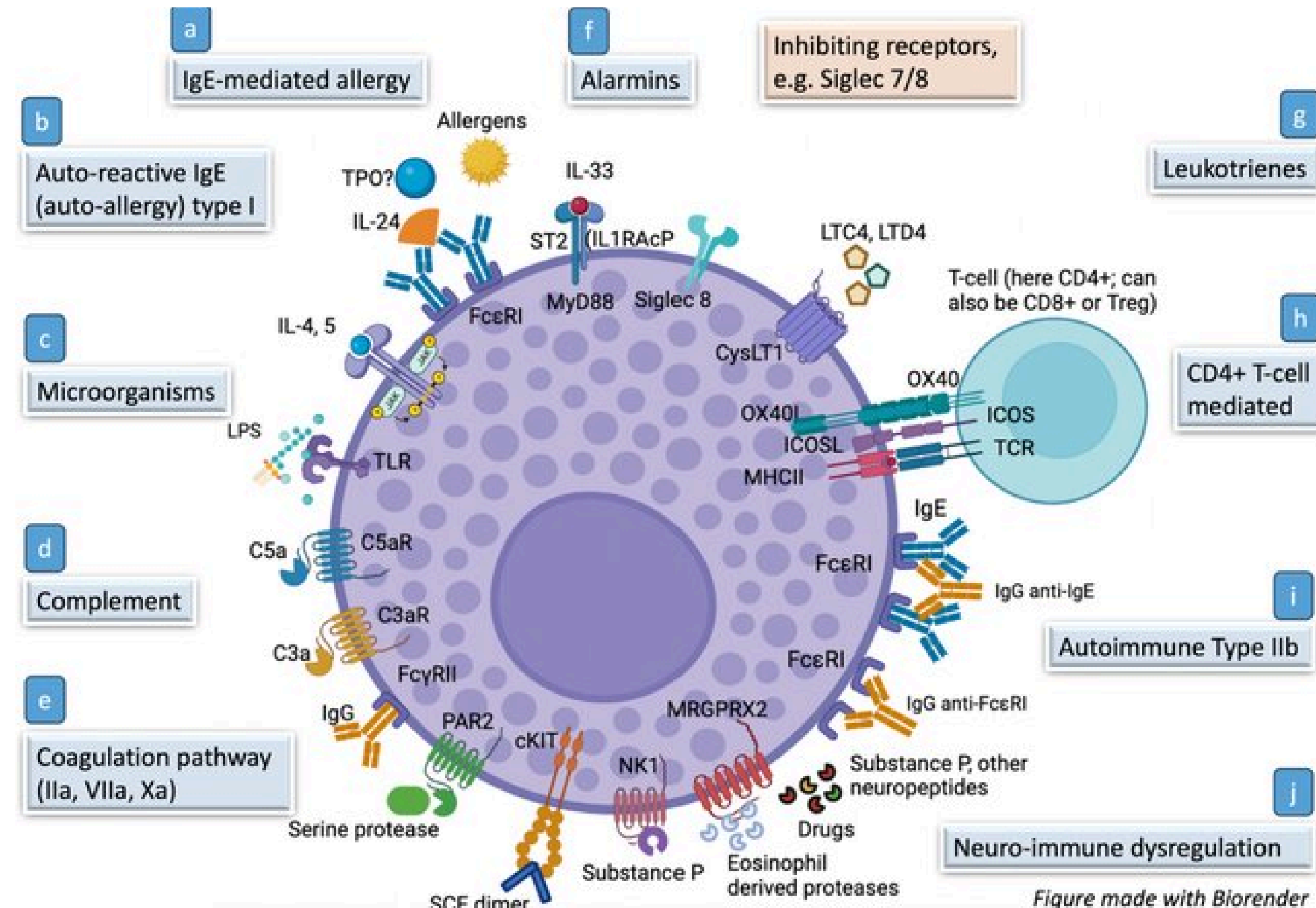
Tại Tây Ba Nha: 5,4% lượt khám liên quan
vấn đề da liễu (Alcántara et al. 2014)

Sinh lý bệnh



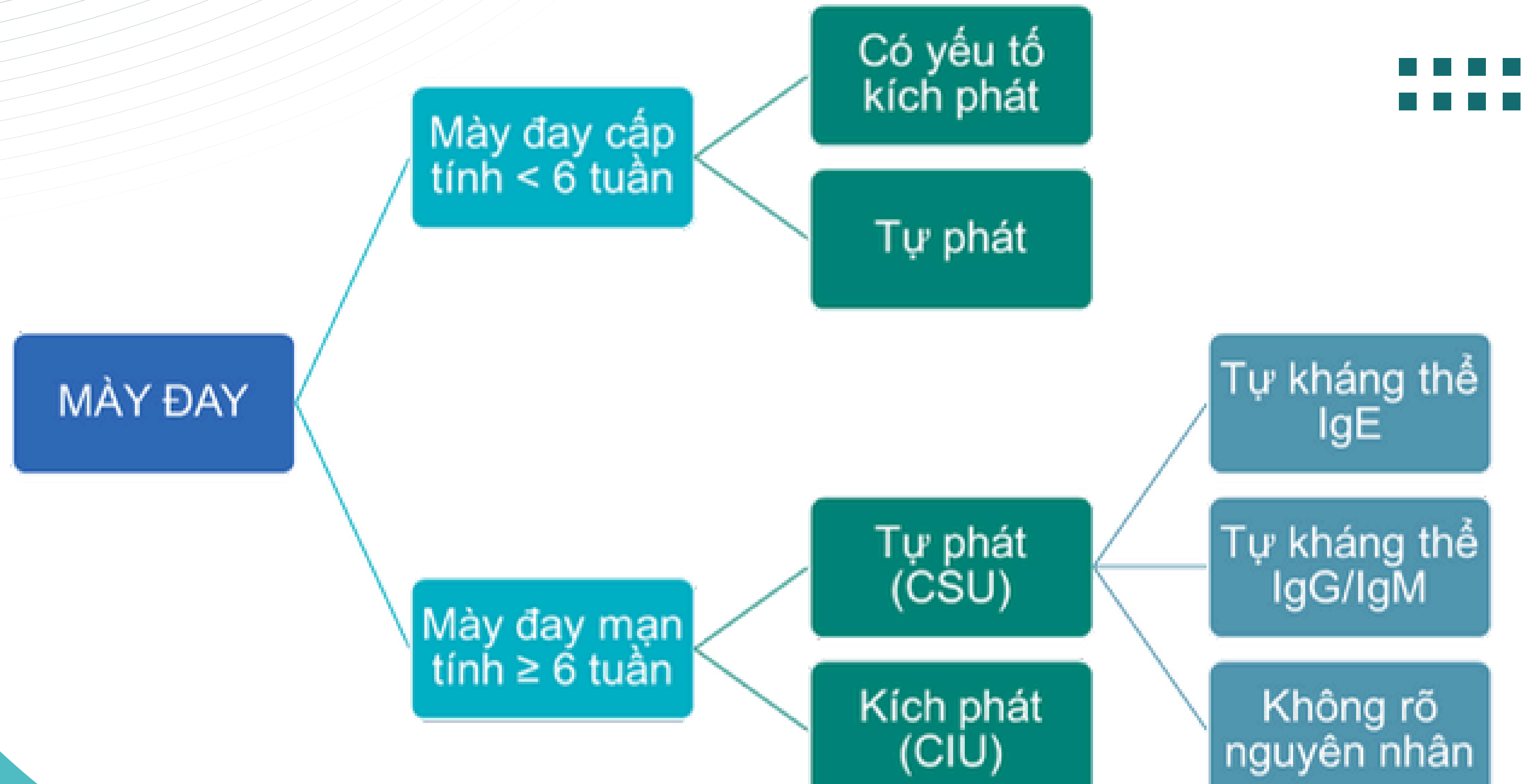
Ansotegui IJ, et al. Allergy Asthma Clin Immunol. 2022;18:41

Sinh lý bệnh



Larenas-Linnemann et al. Curr Allergy Asthma Rep 23, 655–664 (2023)

Phân loại và nguyên nhân



Nguyên nhân mày đay cấp

Nhiễm trùng

Nguyên nhân chính
43.9% TH (Talarico et al., 2021),
81% TH (Mortureux et al., 1998)

Dị ứng

Nghi ngờ trên lâm sàng

14% TH, sữa, trứng, đậu phộng
(Talarico et al., 2021). 11% TH
(Mortureux et al., 1998), 12% TH
(Santa, 2022)

Thuốc (3,5%), tiếp xúc (5,7%) (Talarico
et al., 2021), 8% (Santa 2022)

Chẩn đoán dị ứng

2,5% dị ứng thật sự (Santa, 20



Yếu tố vật lý

Lạnh
Áp lực
Ánh sáng mặt trời

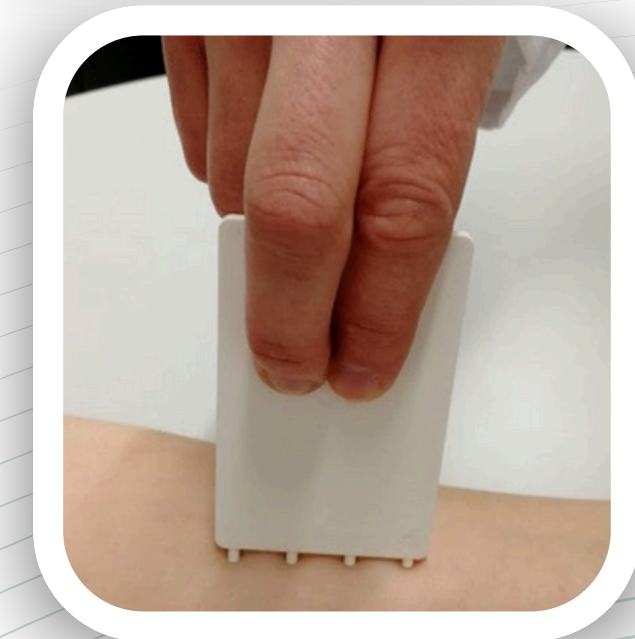
Vô căn

Không xác định được NN 32,4% TH
(Talarico et al., 2021).
50% các NC khác (Minasi, 2020)

Mày đay do yếu tố vật lý

Mày đay do áp lực

- Da vể nổi
- mày đay do áp lực chậm (delayed pressure urticaria): 30m - 12h (6-8h)



Magerl M, EAACI consensus, Allergy
2016;71:780–802

Maurer M, JACI Pract 2018;6:1119–30

Mày đay do yếu tố vật lý

Mày đay do lạnh

- Nổi mày đay khi gặp lạnh
- Test nước đá lạnh trên da

Magerl M, EAACI consensus, Allergy
2016;71:780–802

Maurer M, JACI Pract 2018;6:1119–30

POSITION PAPER

The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias – The EAACI/GA²LEN/EDF/UNEV consensus recommendations 2016 update and revision

M. Magerl¹, S. Altrichter¹, E. Borzova², A. Giménez-Arnau⁴, C. E. H. Grattan³, F. Lawlor³, P. Mathelier-Fusade⁵, R. Y. Meshkova⁶, T. Zuberbier¹, M. Metz¹ & M. Maurer¹



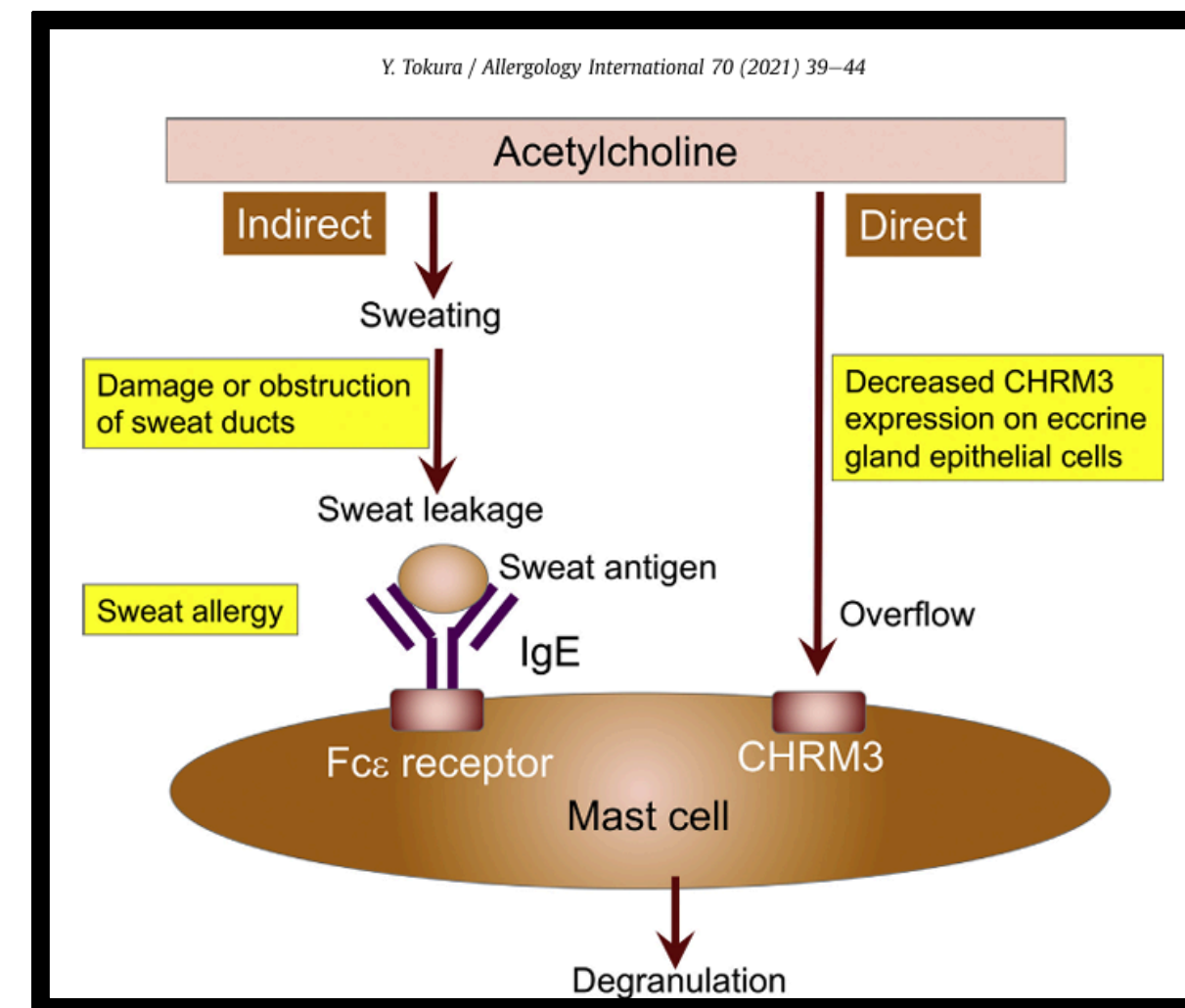
Mày đay cholinergic

Mày đay cholinergic

- Liên quan đến việc tăng hoạt động của hệ thần kinh cholinergic
- Tăng thân nhiệt/ gắng sức (vài phút - 2h), căng thẳng tâm lý, tắm nước nóng, ăn thức ăn nóng, cay...

Magerl M, EAACI consensus, Allergy
2016;71:780–802

Maurer M, JACI Pract 2018;6:1119–30



Mày đay liên quan nhiễm trùng

Nhiễm trùng hô hấp
Nhiễm trùng tiêu hóa
EBV CMV Mycoplasma
pneumonia Helicobacter pylori



Mày đay liên quan nhiễm trùng

Tác dụng trực tiếp

- Một số virus có thể lây nhiễm trực tiếp vào tế bào mast hoặc basophils

Kích thích miễn dịch

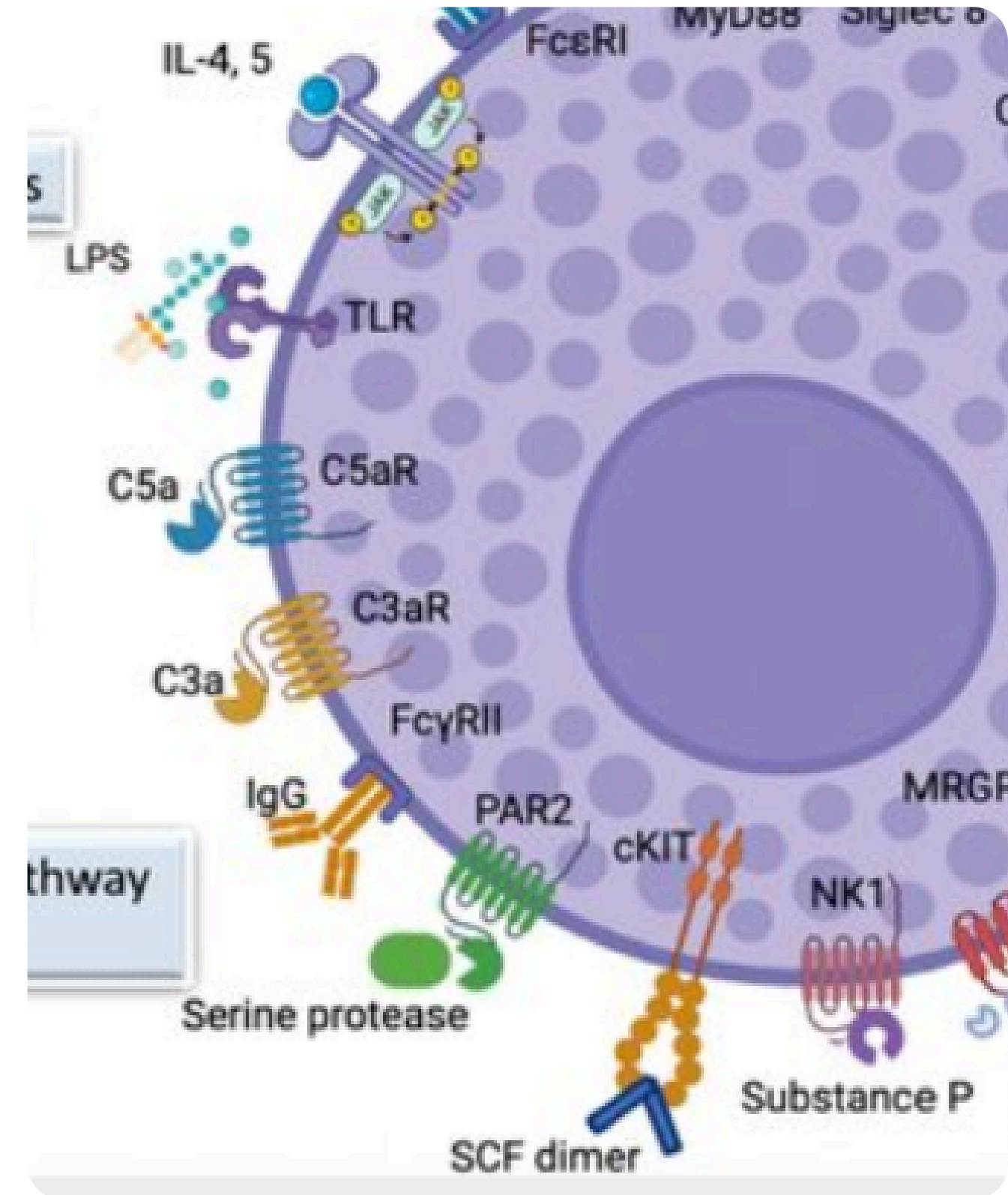
- Nhiễm virus thường dẫn đến phản ứng miễn dịch tăng cường, điều chỉnh miễn dịch và tế bào T, giải phóng cytokines hoặc gây cơn bão cytokines
- Các thành phần virus hoặc phức hợp miễn dịch hình thành trong quá trình nhiễm trùng có thể kích thích sự khử hạt tế bào mast.

Phản ứng tự miễn dịch

- Rối loạn điều hòa miễn dịch do nhiễm virus có thể kích hoạt sản xuất tự kháng thể chống lại các tế bào của chính vật chủ, bao gồm cả những tế bào liên quan đến phản ứng dị ứng.

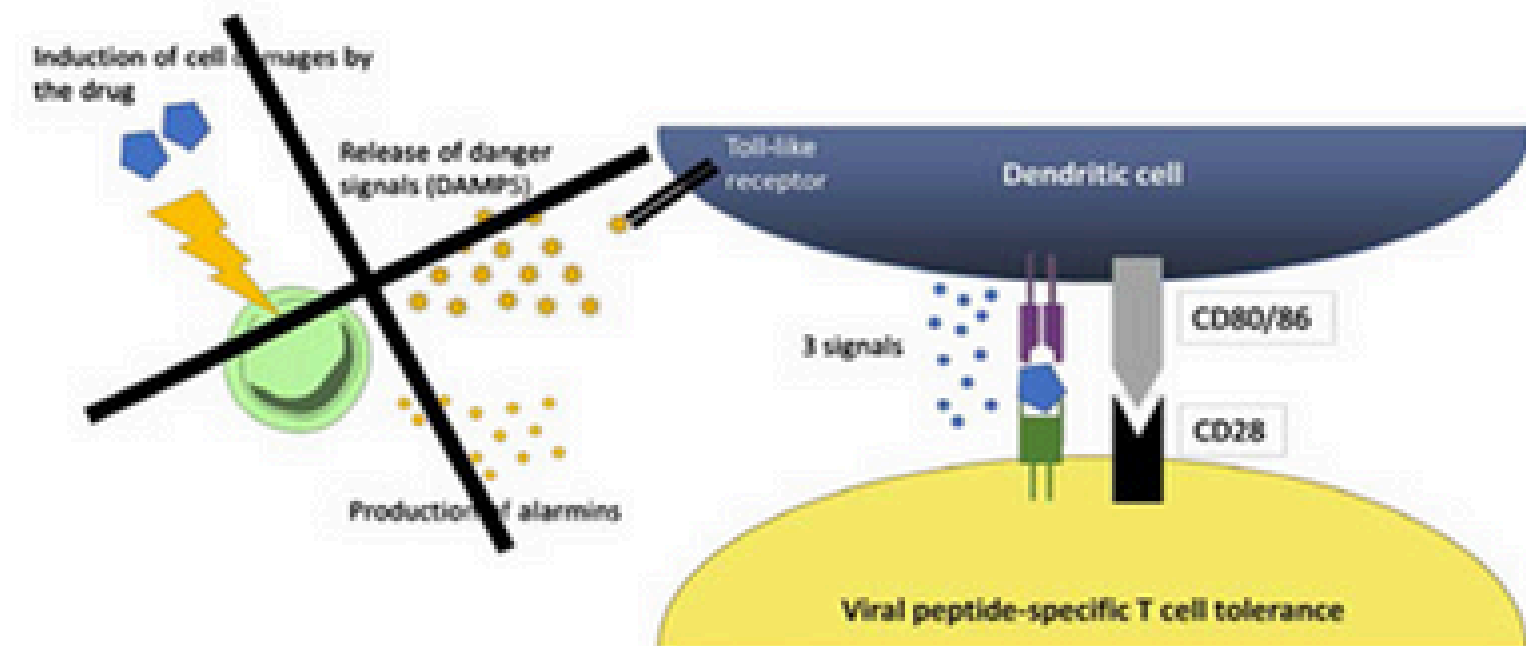
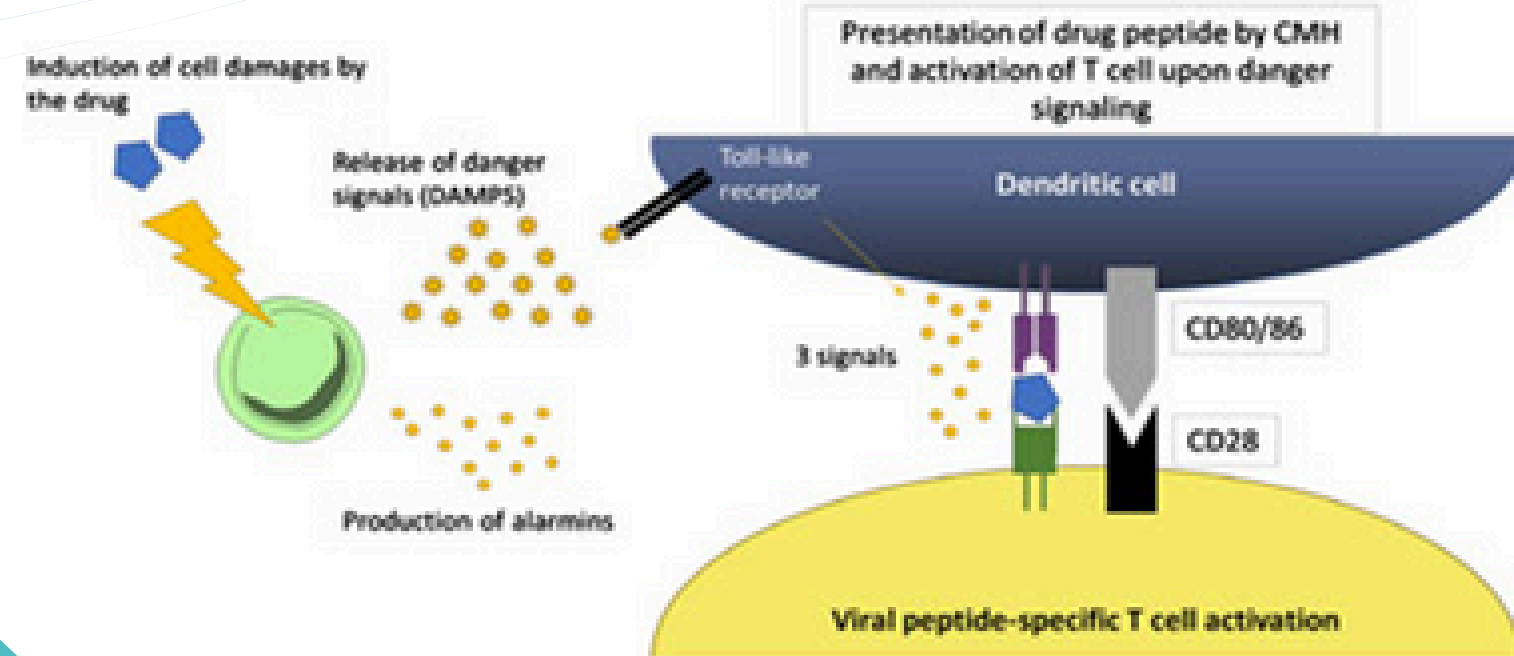
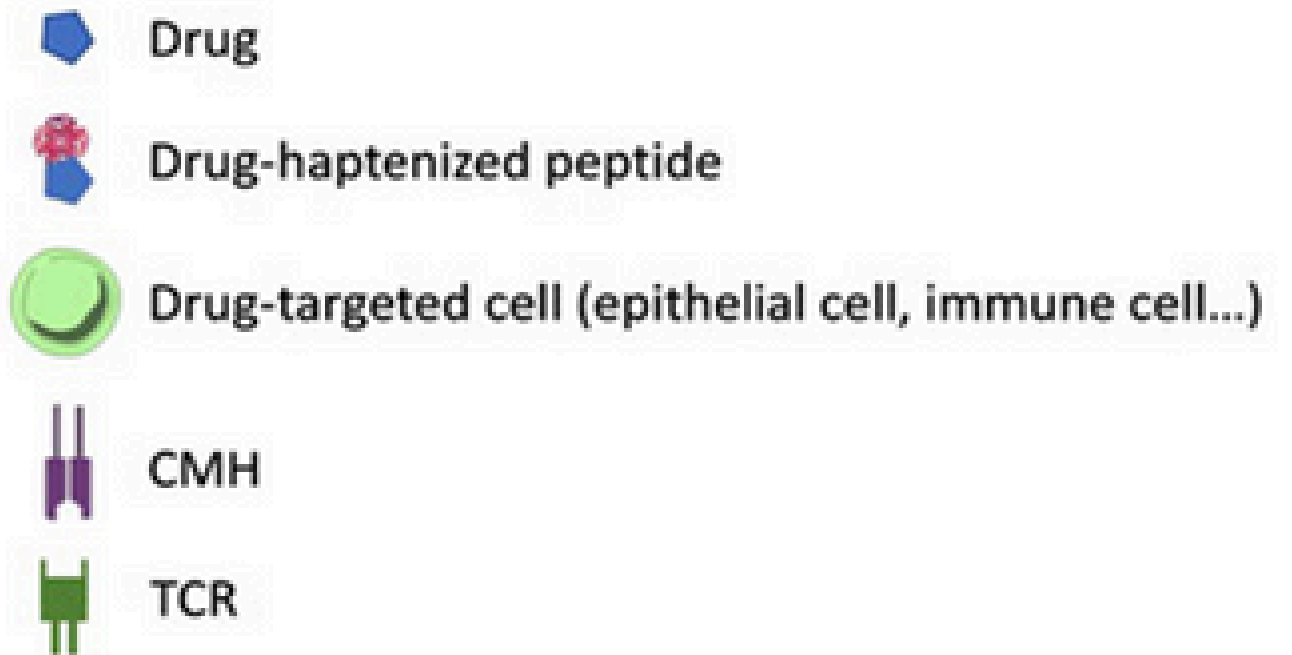
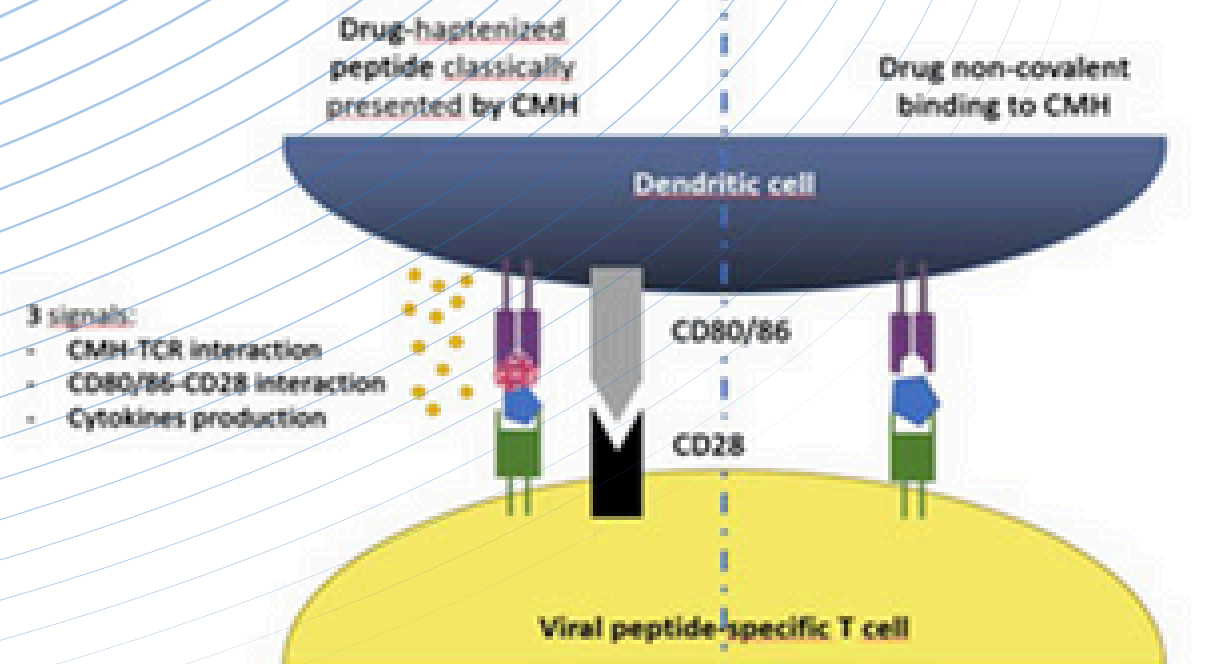
Phức hợp miễn dịch

- Hình thành và lắng đọng phức hợp miễn dịch, bao gồm cả phân tử thuốc



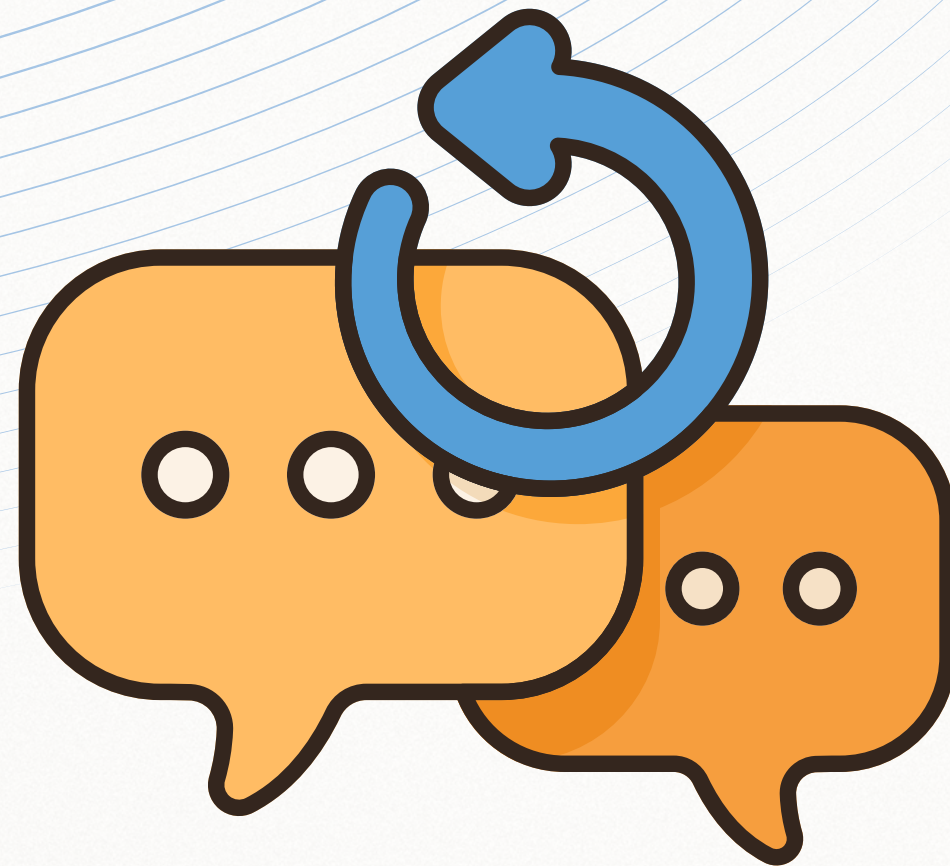
Nhiễm trùng - thuốc - mày đay cấp

1. Hapten hypothesis



3. Danger hypothesis

Diễn tiến mày đay cấp



01

10,8% tái phát lúc 1 tháng

11% lúc 3 tháng, 9,5% lúc 6 tháng
(Talarico và cộng sự, 2021).

02

30% mạn tính - tái phát/ 1-2 năm

Không liên quan mức độ nghiêm
trọng của mày đay cấp

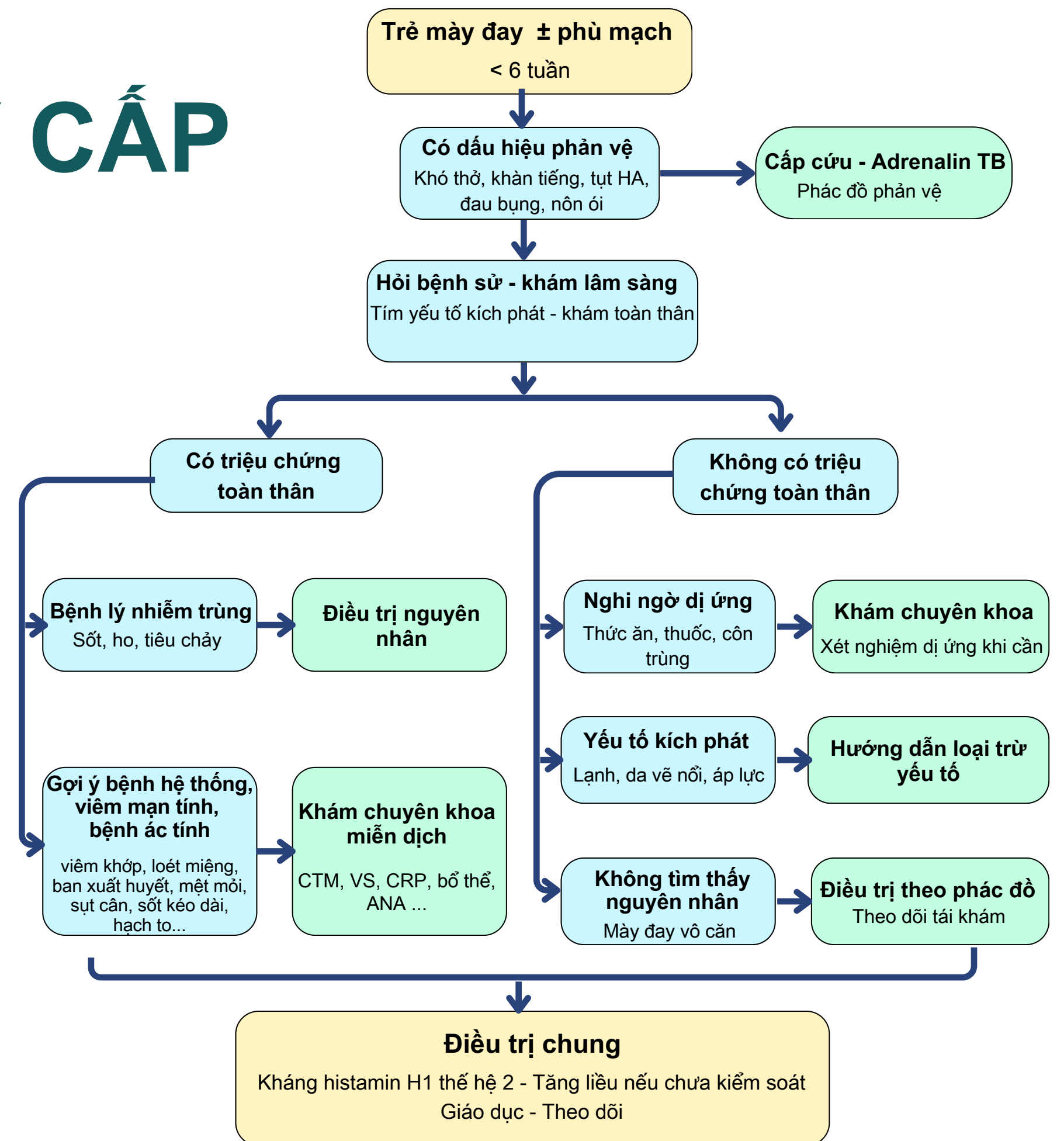
03

Nguy cơ

Tuổi: 5-10 tuổi, 10-15 tuổi
Liên quan yếu tố vật lý, vô căn

TIẾP CẬN MÀY ĐAY CẤP

- Tiếp cận hệ thống giúp chẩn đoán chính xác.
- Ưu tiên nhận diện diện phản vệ để xử trí kịp thời.
- Bệnh sử kỹ lưỡng định hướng nguyên nhân.
- Xét nghiệm không thường quy, chỉ định khi nghi ngờ trên lâm sàng
- Điều trị: kháng histamin thế hệ 2



TIẾP CẬN MÀY ĐAY CẤP

- Tiếp cận hệ thống giúp chẩn đoán chính xác.
- **Ưu tiên nhận diện phản vệ để xử trí kịp thời.**
- Bệnh sử kỹ lưỡng định hướng nguyên nhân.
- Xét nghiệm không thường quy, chỉ định khi nghi ngờ trên lâm sàng
- Điều trị: kháng histamin thế hệ 2

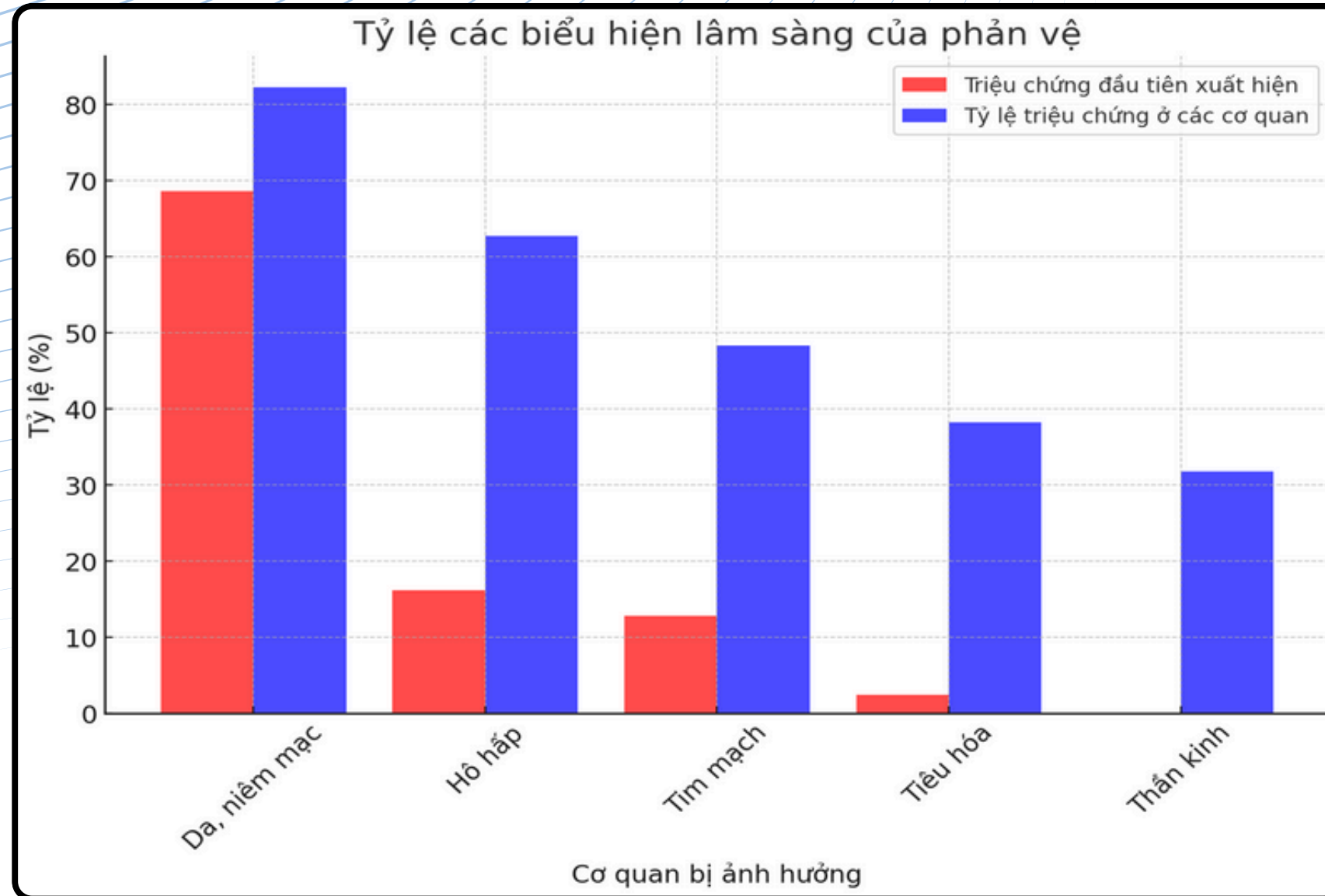


Trẻ mày đay ± phù mạch
< 6 tuần

Có dấu hiệu phản vệ
Khó thở, khàn tiếng, tụt
HA, đau bụng, nôn ói

Cấp cứu - Adrenalin TB
Phác đồ phản vệ

NHẬN DIỆN PHẢN VỆ



Anaphylaxis

Signs and symptoms



itching



breathing difficulty,
wheezing



red rash or raised areas
of the skin (hives)



abdominal pain,
vomiting, diarrhoea



swelling
(hands, feet, face, airway)



disorder of the consciousness,
sweating and other signs and
symptoms of the developing
anaphylactic shock

Tạ Anh Tuấn, Trần Quốc Đạt, Đậu Việt Dũng. Kết quả điều trị sốc phản vệ ở trẻ em tại Khoa Điều trị tích cực Nội khoa Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022; 521(S1): 58-61.

NHẬN DIỆN PHẢN VỆ



Khởi phát đột ngột, tiến triển nhanh

- Phản ứng tứ thì trong vòng 1-2 giờ
- Thức ăn, thuốc, côn trùng đốt
- Mề đay + dấu hiệu khác của phản vệ
- Tiền căn dị ứng thức ăn trước đó

Biểu hiện da/nhiêm đơn thuần chưa hẳn phản vệ

Những trường hợp giới thiệu đến
chuyên khoa dị ứng

- 71% nghi ngờ dị ứng thức ăn
- 9% dị ứng thức ăn qua IgE, đa phần có triệu chứng phản vệ

Anaphylaxis

The four **A**'s:

Awareness / **A**llergic signs &
symptoms / **A**drenaline / **A**ction

(*Pediatr Emer Care* 2018;00: 00–00)

Biểu hiện da có thể kín đáo hoặc không có

Trong 10-20% các TH chỉ có co thắt
phế quản hoặc tụt huyết áp

Yếu tố nguy cơ tử vong

Trì hoãn hoặc không dùng adrenaline
Chẩn đoán nhầm với cơn hen nặng

Biểu hiện không điển hình
Tư thế bệnh nhân

Yếu tố liên quan đến chẩn đoán phản vệ bị bỏ sót

- Tiền sử dị ứng thực ăn
- Tăng nhịp tim và sự hiện diện của các triệu chứng hô hấp hoặc đường tiêu hóa

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

Thông tư 51/2017/TT-BYT

**Khởi phát nhanh
(vài phút - vài giờ)
với:**

1. Biểu hiện **da/niêm mạc** (mày đay, phù mạch, ngứa, ban đỏ).
2. Kèm theo ít nhất một tiêu chuẩn sau:
 - **Hô hấp**: Khó thở, khò khè, phù thanh quản, giảm oxy máu.
 - **T tuần hoàn**: Tụt huyết áp, ngất

**Tối thiểu 2 trong 4
triệu chứng sau, xuất
hiện nhanh sau tiếp
xúc với dị nguyên:**

1. Biểu hiện da/niêm mạc.
2. Hô hấp: Khó thở, khò khè.
3. Tuần hoàn: Tụt huyết áp.
4. Tiêu hóa: Đau bụng, nôn, tiêu chảy

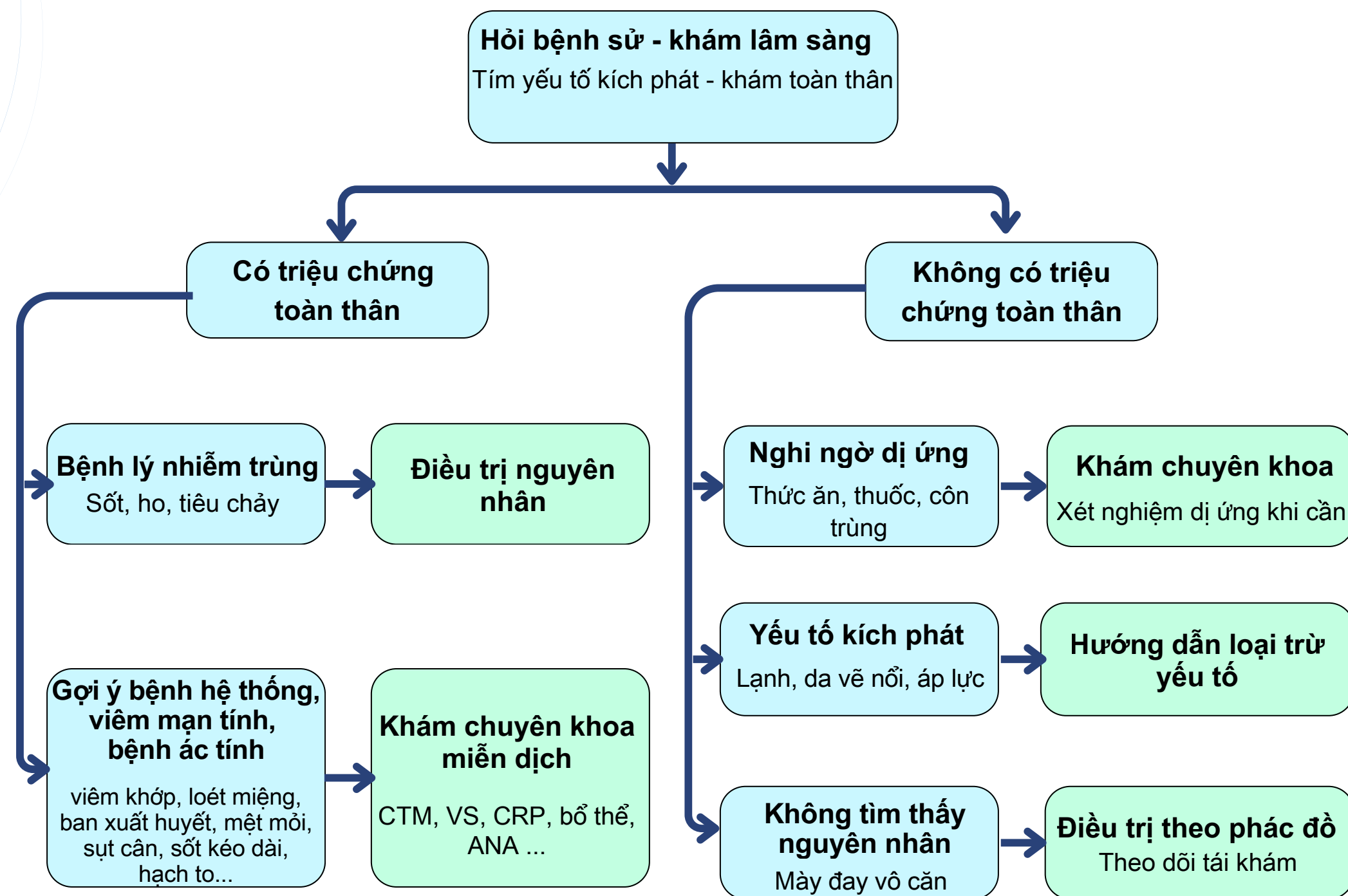
**Tụt huyết áp sau
tiếp xúc với dị
nguyên đã biết:**

1. Trẻ em: Huyết áp tâm thu giảm $\geq 30\%$ so với bình thường theo tuổi.
2. Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm $\geq 30\%$ so với mức cơ bản.

TIẾP CẬN MÀY ĐAY CẤP

- Tiếp cận hệ thống giúp chẩn đoán chính xác.
- Ưu tiên nhận diện phản vệ để xử trí kịp thời.
- **Bệnh sử kỹ lưỡng định hướng nguyên nhân**
- **Xét nghiệm không thường quy, chỉ định khi nghi ngờ trên lâm sàng**

- Điều trị: kháng histamin thế hệ 2



HỎI BỆNH SỬ

- **Detailed history and physical examination is crucial!**

- *Urticaria is characterized by the presence of wheals or angioedema*

- Individual lesions lasting longer than 24 hours
- Associated purpura, tender wheals
- Presence of systemic symptoms:
 - Wheals with fever, joint/bone pain

Need further work up;
skin biopsy specimen

Table V. Recommended history intake*

Pertinent questions

1. Time of onset of disease
2. Frequency/duration of and provoking factors for wheals
3. Diurnal variation
4. Occurrence in relation to weekends, holidays, and foreign travel
5. Shape, size, and distribution of wheals
6. Associated angioedema
7. Associated subjective symptoms of lesions, for example pruritus and pain
8. Family and personal history regarding urticaria or atopy
9. Previous or current allergies, infections, internal diseases, or other possible causes
10. Psychosomatic and psychiatric diseases
11. Surgical implantations and events during surgery, for example after local anesthesia
12. Gastric/intestinal problems
13. Induction by physical agents or exercise
14. Use of drugs (ie, nonsteroidal antiinflammatory drugs, immunizations, hormones, laxatives, ear and eye drops, and alternative remedies)
15. Observed correlation to food
16. Relationship to the menstrual cycle
17. Smoking habits (especially use of perfumed tobacco products or cannabis)
18. Type of work
19. Hobbies
20. Stress
21. Quality of life related to urticaria and emotional impact
22. Previous therapy and response to therapy

*Data from European Academy of Allergy and Clinical Immunology/Global Allergy and Asthma European Network/ European Dermatology Forum/World Allergy Organization 2013 urticaria guideline.¹³

Antia C. J Am Acad Dermatol. 2018 Oct;79(4):509-514.

HỎI BỆNH SỬ



Đặc điểm mày đay

1. Kích thước, hình dạng và sự phân bố của các nốt sẩn phù
2. Có phù mạch kèm theo
3. Các triệu chứng chủ quan kèm theo (ngứa, rát, đau, v.v.)

Thời gian xuất hiện

4. Thời gian lần đầu tiên xuất hiện mày đay
5. Tần suất triệu chứng và thời gian tồn tại của nốt sẩn phù

Yếu tố kích thích

6. Xuất hiện vào cuối tuần, ngày nghỉ hoặc khi đi du lịch nước ngoài (yếu tố kích thích, dị ứng)
7. Cấy ghép phẫu thuật hoặc sự cố trong quá trình phẫu thuật
8. Yếu tố kích hoạt tiềm ẩn (tập thể dục, gắng sức, tác nhân vật lý, thực phẩm, thuốc ngẫu nhiên, v.v.)
9. Dùng thuốc kèm theo (NSAIDs, vắc-xin, hormone, thuốc nhuận tràng, thuốc nhỏ tai hoặc mắt, thuốc đặt hậu môn, phương pháp tự nhiên, v.v.)
10. Sự liên quan rõ ràng với một số loại thực phẩm
11. Sự liên quan với chu kỳ kinh nguyệt, dậy thì, các tình huống căng thẳng tâm lý
12. Yếu tố môi trường hay thói quen, sở thích

Tiền căn dị ứng

13. Tiền sử bản thân và gia đình có bệnh mày đay và dị ứng
14. Bệnh trước đây hoặc đồng thời (dị ứng, nhiễm trùng, tiêu hóa, tâm thần)

Ảnh hưởng chất lượng cuộc sống

15. Chất lượng cuộc sống liên quan đến các triệu chứng hiện tại

Điều trị

16. Các phương pháp điều trị mày đay trước đây và hiệu quả của chúng

KHÁM LÂM SÀNG

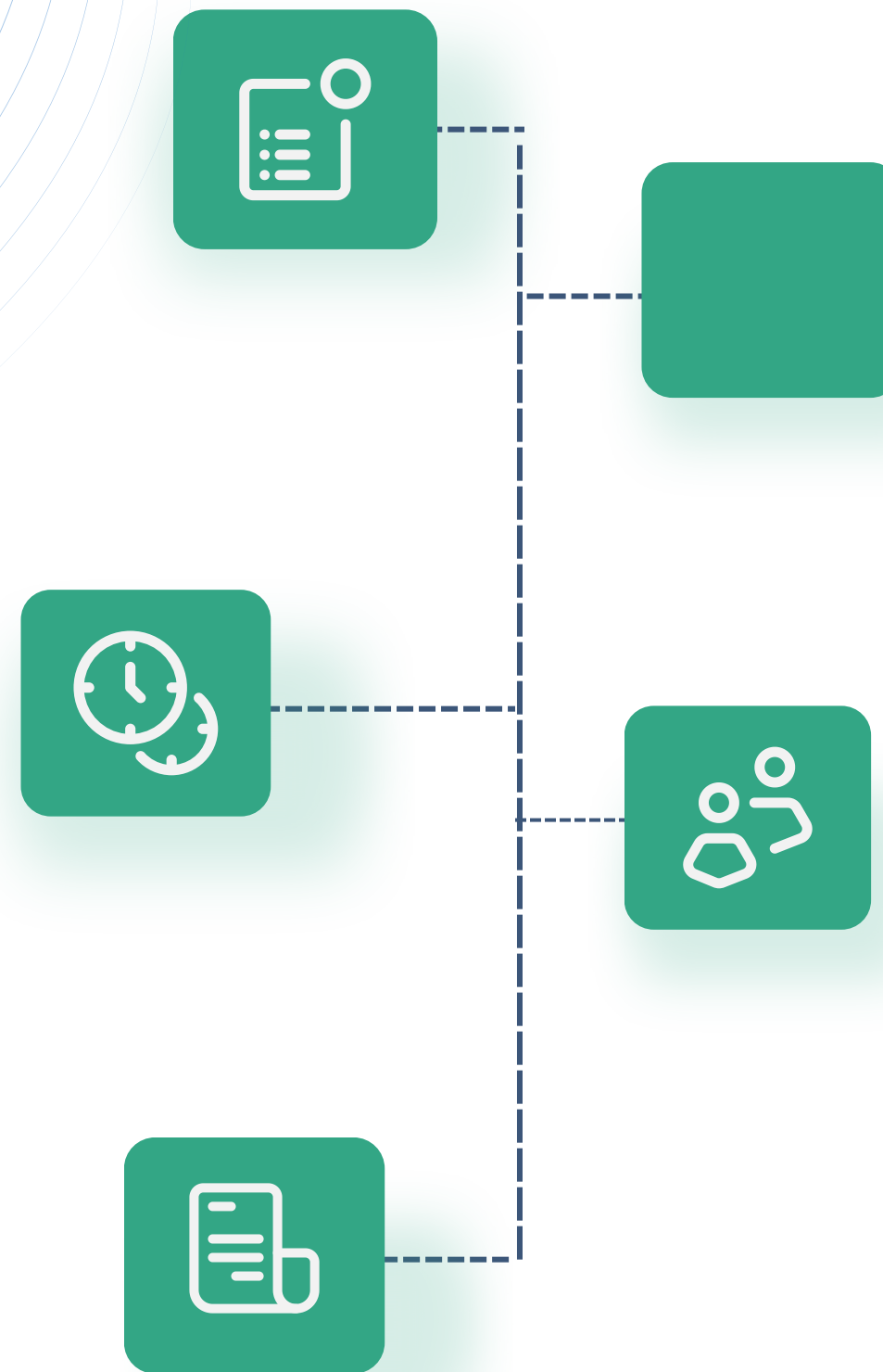
Nghi ngờ dị ứng

Mày đay - biểu hiện dị ứng IgE
Liên quan với tiếp xúc với “chất lạ” trong 1-2 giờ: thức ăn, thuốc, côn trùng

Yếu tố kích phát

Yếu tố vật lý: lạnh, áp lực, da vẽ nổi
Chollinergic: gắng sức, tâm lý, nóng....

Vô căn



Nhiễm trùng

Nguyên nhân thường gặp nhất ở trẻ em
Dễ lầm với dị ứng thuốc
Các nhiễm trùng: các bệnh sốt phát ban, nhiễm trùng hô hấp, nhiễm trùng tiêu hóa, EBV, Mycoplasma...

Bệnh hệ thống, viêm mạn tính, bệnh á tính

Viêm khớp, loét miệng, ban xuất huyết, mệt mỏi, sụt cân, sốt kéo dài, hạch to...

BỆNH PHÁT BAN Ở TRẺ EM

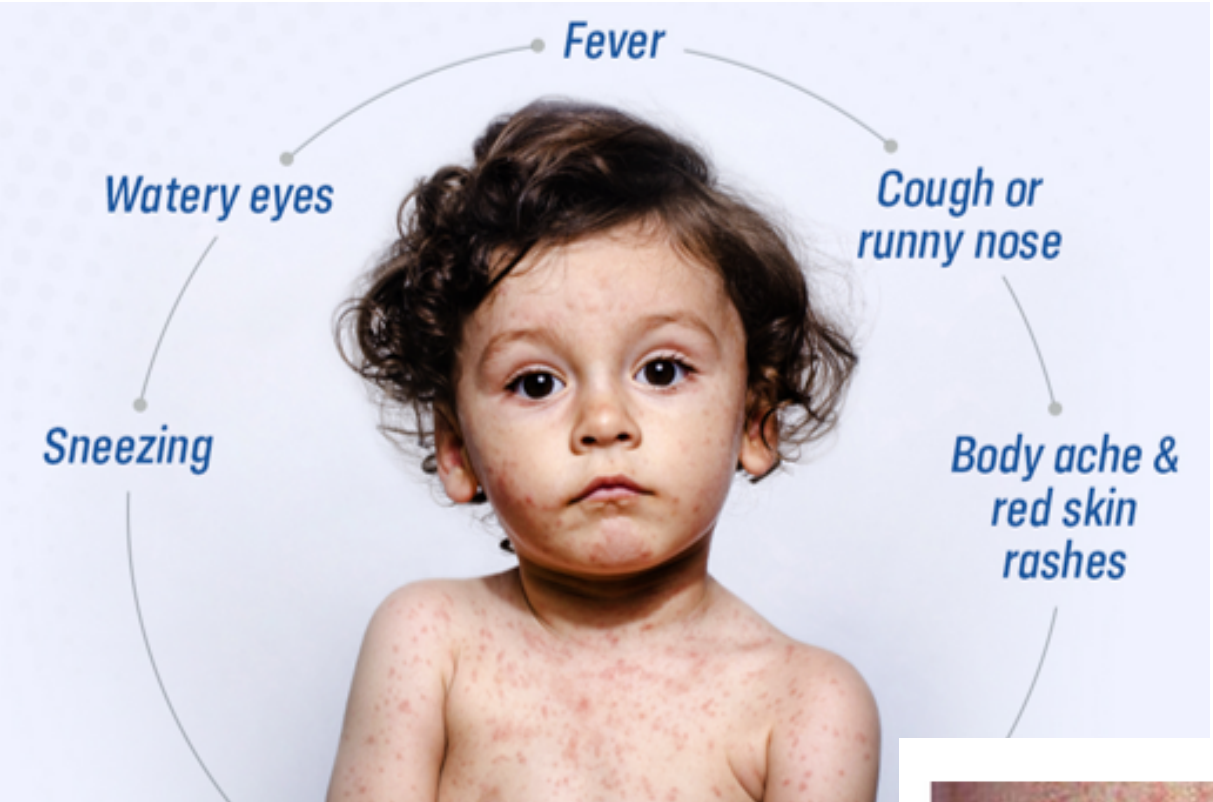
Historically, there were six childhood exanthems whose etiologies are now well-defined:

NUMBER	NAME	ETIOLOGY
First Disease	Measles (Rubeola)	Measles virus
Second Disease	Scarlet Fever	<i>Streptococcus pyogenes</i>
Third Disease	Rubella	Rubella virus
Fourth Disease	Duke's Disease	No longer accepted as a distinct disorder
Fifth Disease	Erythema Infectiosum	Parvovirus B19
Sixth Disease	Roseola Infantum	HHV-6 and HHV-7

6



American Academy of Dermatology
Excellence in Dermatology



Sởi



Rubella

BỆNH PHÁT BAN Ở TRẺ EM

Historically, there were six childhood exanthems whose etiologies are now well-defined:

NUMBER	NAME	ETIOLOGY
First Disease	Measles (Rubeola)	Measles virus
Second Disease	Scarlet Fever	<i>Streptococcus pyogenes</i>
Third Disease	Rubella	Rubella virus
Fourth Disease	Duke's Disease	No longer accepted as a distinct disorder
Fifth Disease	Erythema Infectiosum	Parvovirus B19
Sixth Disease	Roseola Infantum	HHV-6 and HHV-7

6



American Academy of Dermatology
Excellence in Dermatology



On white skin the **rash** looks pink or red. It may be harder to see on brown and black skin, but you can still feel it. It is typically bumpy.



A **white coating** also appears on the tongue. This peels, leaving the tongue red, swollen & covered in little bumps ("strawberry tongue").



The rash does not appear on the face, but the cheeks can look red. The **redness** may be harder to see on brown and black skin.

Sốt tinh hồng nhiệt

BỆNH PHÁT BAN Ở TRẺ EM

Historically, there were six childhood exanthems whose etiologies are now well-defined:

NUMBER	NAME	ETIOLOGY
First Disease	Measles (Rubeola)	Measles virus
Second Disease	Scarlet Fever	<i>Streptococcus pyogenes</i>
Third Disease	Rubella	Rubella virus
Fourth Disease	Duke's Disease	No longer accepted as a distinct disorder
Fifth Disease	Erythema Infectiosum	Parvovirus B19
Sixth Disease	Roseola Infantum	HHV-6 and HHV-7

6



ERYTHEMA INFECTIOSUM

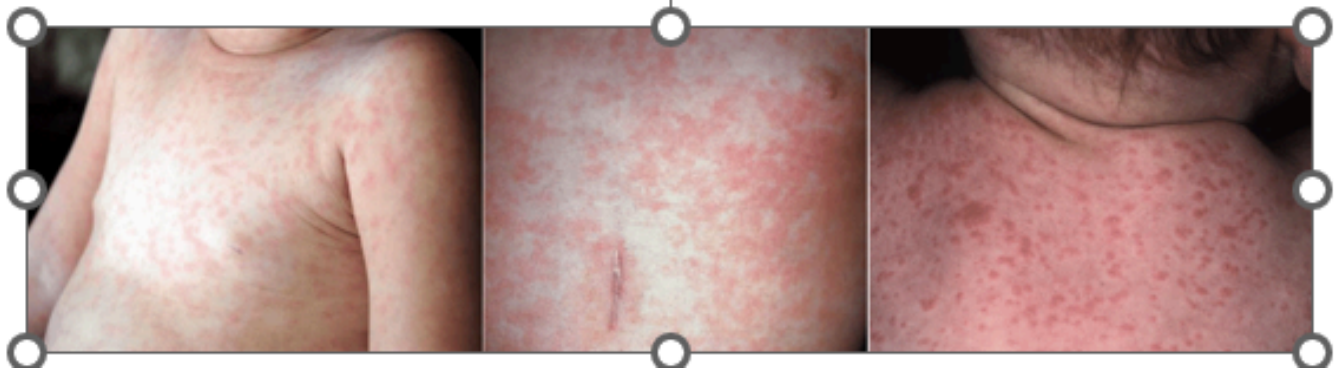
- Parvovirus B19
- Erythema of cheeks followed by reticulated pattern on extremities

Bệnh thứ 6 – Roseola infantum

Sixth disease, còn được gọi là *exanthem subitum* hoặc *roseola infantum* gây ra bởi *virus herpes 6* ở người (HHV-6) và đôi khi do HHV-7.

•Triệu chứng:

- **Sốt cao đột ngột:** Kéo dài từ 3 đến 5 ngày.
- **Phát ban:** Xuất hiện sau khi sốt giảm, ban màu hồng hoặc đỏ, không ngứa, chủ yếu ở thân (sản) đỏ lan ra tay chân.
- **Triệu chứng khác:** Khó chịu, tiêu chảy nhẹ, sưng hạch cổ.



MÀY ĐAY ĐA HÌNH - URTICARIA MULTIFORME

- Tổn thương da dạng vòng hoặc đa hình kèm theo vết bầm tím dưới da.
- Không có các triệu chứng ở niêm mạc và các triệu chứng toàn thân.
- Liên quan nhiễm siêu vi

Dermatology Reports 2021; volume 13:9159

Urticaria multiforme in a child
with SARS-CoV-2 infection



FIG. 2. An infant with polycyclic plaques with central duski-ness of urticaria multiforme.



aria multiforme lesions on the left thigh.

MÀY ĐAY VIÊM MẠCH MÁU

- Mảng mày đay, kéo dài > 24 giờ
- Đau nhiều hơn ngứa
- Kèm bầm hay tăng sắc tố
- Triệu chứng toàn thân: sốt, đau khớp...
- Sinh thiết da, bilan tự miễn, bổ thể ...



PHẢN ỨNG GIỐNG BỆNH HUYẾT THANH SERUM SICKNESS-LIKE REACTION

Dermatologic Therapy, Vol. 26, 2013, 467–475
Printed in the United States · All rights reserved

© 2013 Wiley Periodicals, Inc.
DERMATOLOGIC THERAPY
ISSN 1396-0296

INVITED ARTICLE

Urticaria mimickers in children

ANUBHAV N. MATHUR* & ERIN F. MATHES†

*Departments of *Dermatology and †Pediatrics, University of California, San*



CẬN LÂM SÀNG

Received: 24 June 2021 | Revised: 31 August 2021 | Accepted: 6 September 2021
DOI: 10.1111/all.15090

GUIDELINES

Allergy WILEY

The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria

Torsten Zuberbier¹ | Amir Hamzah Abdul Latiff² | Mohamed Abuzakouk³

Should routine diagnostic measures be performed in acute urticaria?

We recommend against any routine diagnostic measures in acute spontaneous urticaria.

¹≥90% agreement



Strong consensus¹

Expert consensus



- Xét nghiệm CLS một cách giới hạn
 - Để loại trừ các nguyên nhân tiềm ẩn.
 - Dựa trên nghi ngờ lâm sàng
- Xét nghiệm rộng rãi không hiệu quả về chi phí và không cải thiện kết quả lâm sàng.

Cận lâm sàng

Nguyên tắc chung

- Đa số trường hợp không cần xét nghiệm
- Chỉ định khi: triệu chứng không điển hình, kéo dài, nghi ngờ bệnh lý toàn thân hoặc phản vệ

Định lượng tryptase huyết thanh

- Giúp hỗ trợ chẩn đoán phản vệ, đặc biệt khi triệu chứng không rõ ràng
- Lấy mẫu trong vòng 30 phút – 2 giờ sau khởi phát + so sánh với mẫu nền (sau 24h)

Xét nghiệm tổng quát

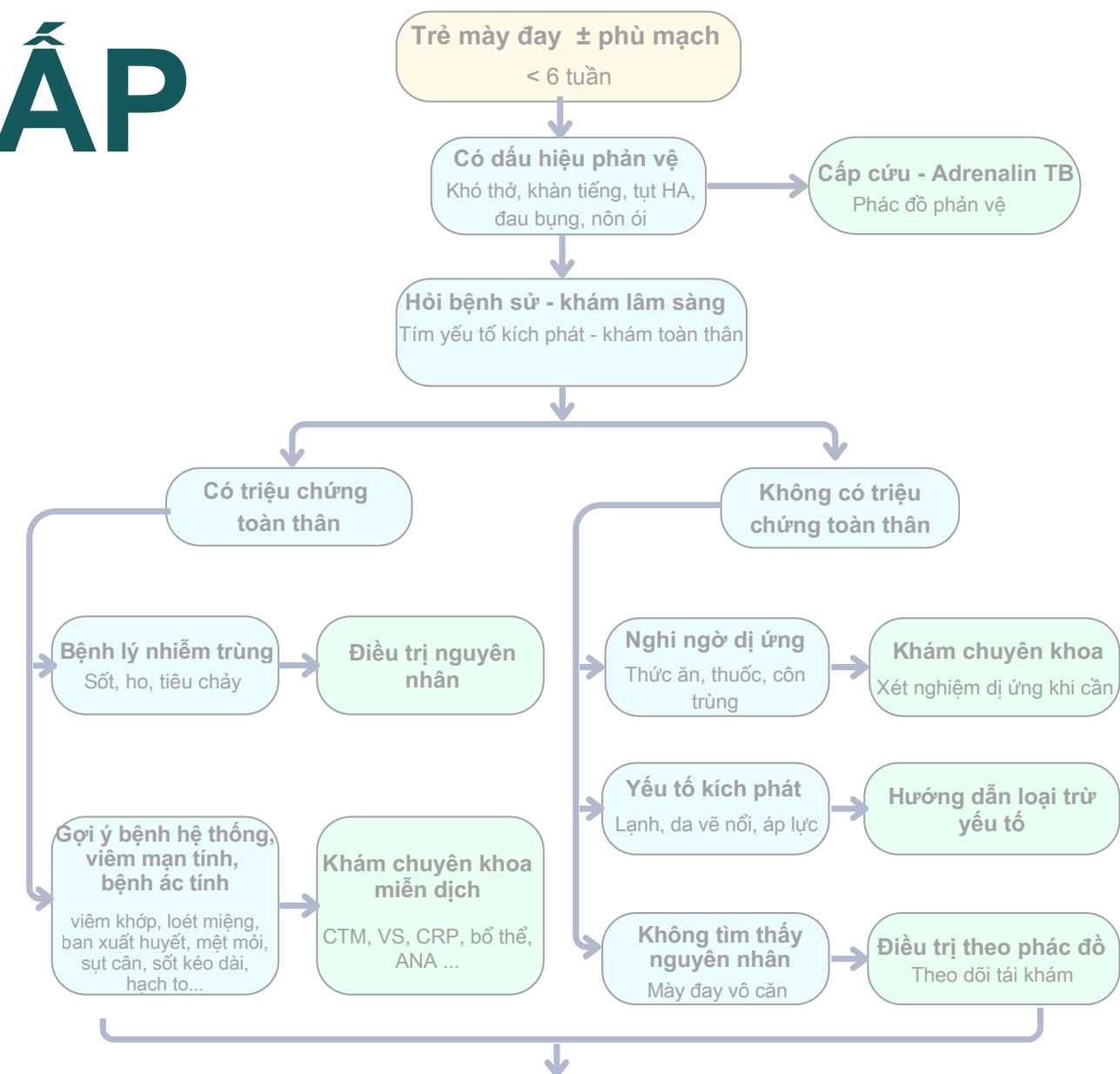
- CTM, CRP, tốc độ máu lắng: Ikhi cần oại trừ nhiễm trùng, viêm toàn thân
- Tăng bạch cầu ái toan → gợi ý dị ứng hoặc ký sinh trùng
- Xét nghiệm chuyên sâu (ANA, bổ thể, sinh thiết da...) chỉ khi nghi ngờ tự miễn/viêm mạch

Xét nghiệm dị ứng

- Thực hiện khi nghi ngờ dị nguyên cụ thể (thức ăn, thuốc, nọc côn trùng)
- Bao gồm: test lấy da, IgE đặc hiệu, nghiệm pháp thử thách
- Cần được chỉ định & thực hiện bởi chuyên khoa dị ứng → tránh lạm dụng

TIẾP CẬN MÀY ĐAY CẤP

- Tiếp cận hệ thống giúp chẩn đoán chính xác.
- Ưu tiên nhận diện diện phản vệ để xử trí kịp thời.
- Bệnh sử kỹ lưỡng định hướng nguyên nhân.
- Xét nghiệm không thường quy, chỉ định khi nghi ngờ trên lâm sàng
- **Điều trị: kháng histamin thế hệ 2**



Điều trị chung

Kháng histamin H1 thế hệ 2 - Tăng liều nếu chưa kiểm soát
Giáo dục - Theo dõi

ĐIỀU TRỊ MÀY ĐAY CẤP

DOI: 10.1111/all.15090

GUIDELINES

Allergy EUROPEAN JOURNAL OF ALLERGY
AND CLINICAL IMMUNOLOGY EAACI WILEY

The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria

Điều trị triệu chứng

↓
**Kháng histamin thế hệ
thứ 2**

Tránh yếu tố kích phát

↓
**Tác nhân dị ứng
Yếu tố vật lý
Yếu tố tâm lý**

Trấn an tâm lý và giáo dục

↓
**Nhu cầu tìm hiểu nguyên nhân
Nhận biết tình huống nguy hiểm
Nhận diện yếu tố kích phát
Tái khám định kỳ**

ĐIỀU TRỊ MÀY ĐAY CẤP

Điều trị triệu chứng



**Kháng histamin thế hệ
thứ 2**



ĐIỀU TRỊ MÀY ĐAY CẤP



Cấp tính thời gian điều trị tùy thuộc triệu chứng

Không đáp ứng

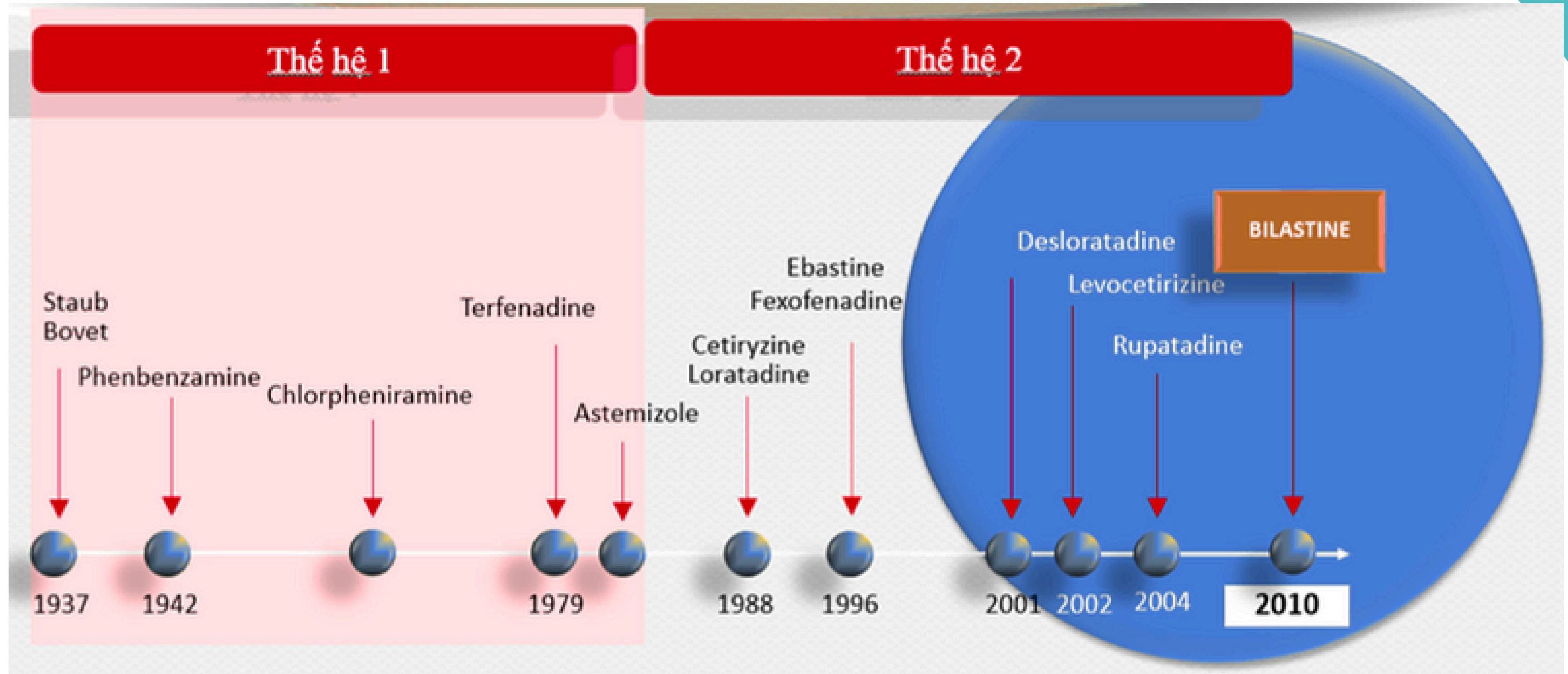
Kháng histamin H1
không an thần

Tăng liều tới 4 lần
(off-label)

Glucocorticosteroids
ngắn ngày (0,5-
1mg/kg/ngày)
Kháng histamin H1
an thần
Đường uống → tĩnh
mạch

Treudler, R., Zarnowski, J., & Wagner, N. (2023). Acute urticaria—what to do?. Allergo Journal International, 32(5), 303-308.
<https://doi.org/10.1007/s40629-023-00266->

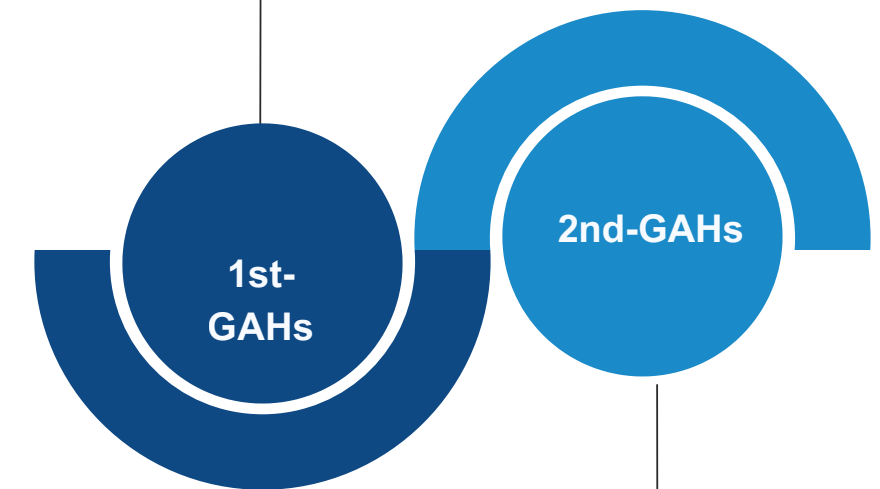
CÁC LOẠI THUỐC KHÁNG HISTAMIN H1



LỰA CHỌN THUỐC KHÁNG HISTAMIN

Hiệu quả ngắn hạn
Gây buồn ngủ, qua hàng rào máu-não
Có tác dụng phụ kháng cholinergic.
Nguy cơ tim mạch và tương tác thuốc
Chỉ dùng trong tình huống đặc biệt

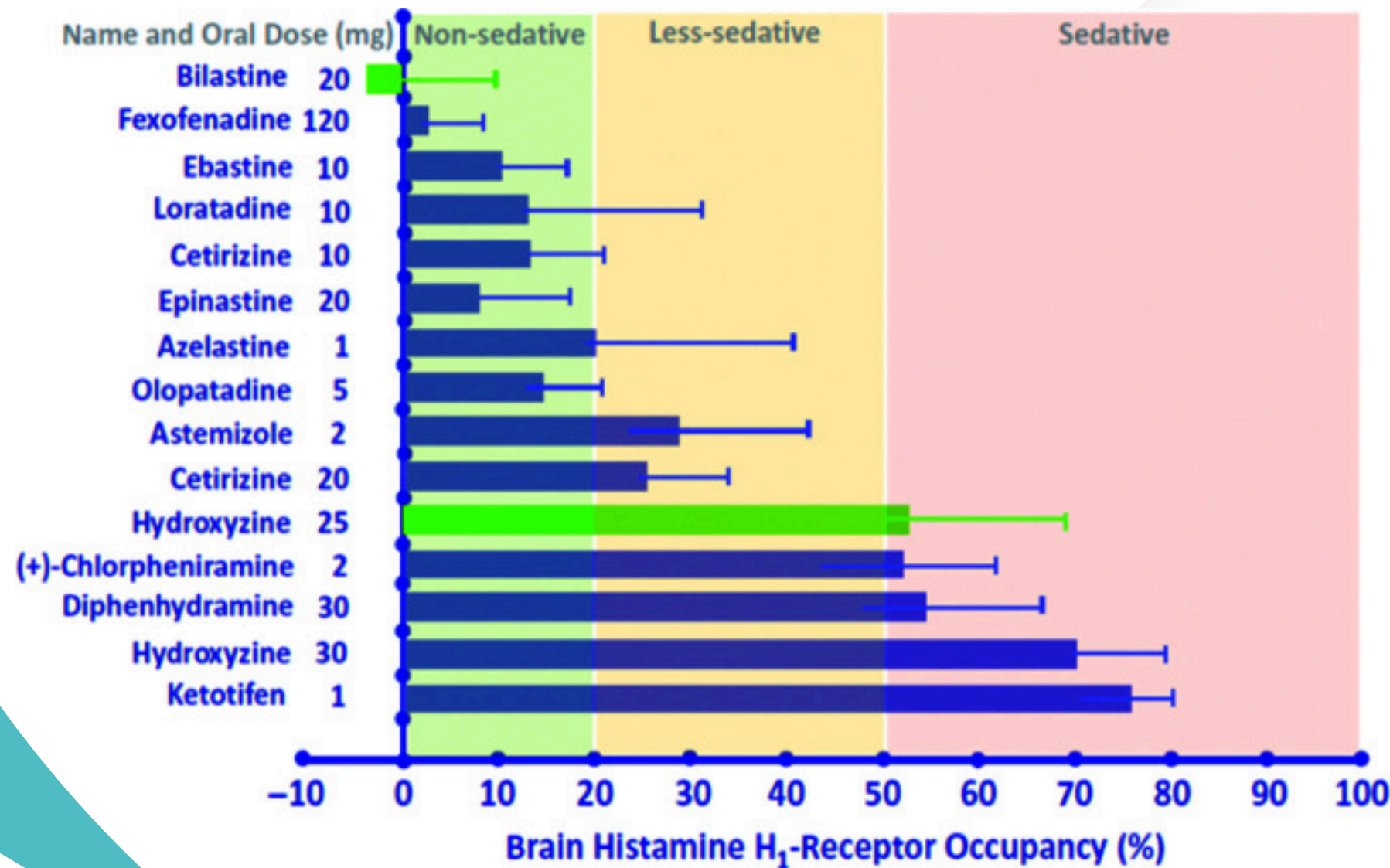
Lựa chọn thuốc kháng Histamin



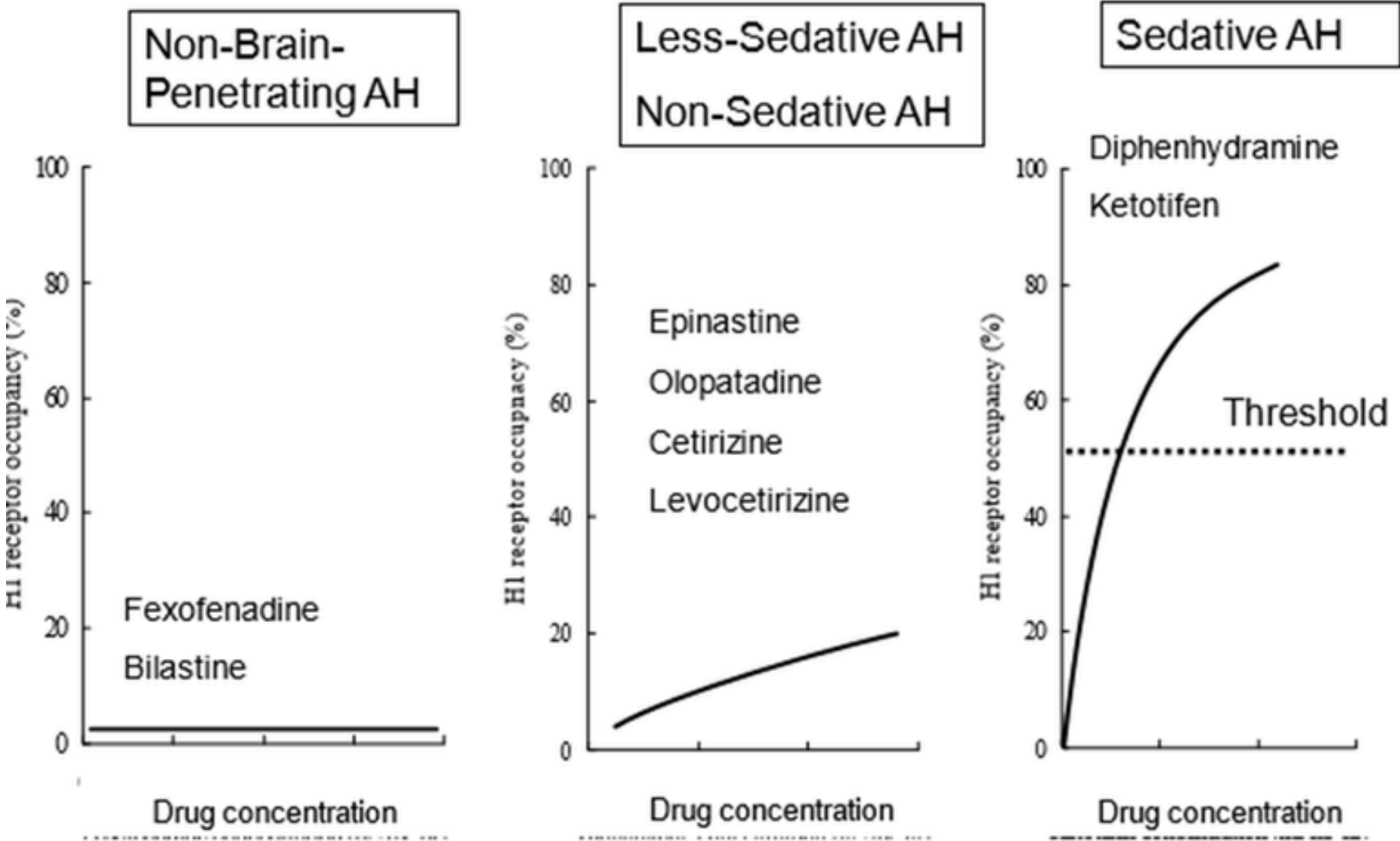
Hiệu quả, an toàn hơn
Ít/không an thần, không ảnh hưởng nhận thức
Ít tương tác, tăng liều an toàn (x4)
Giới hạn: không cho trẻ <6 tháng

TÁC DỤNG AN THẦN CỦA NHÓM THUỐC KHÁNG HISTAMIN H1

Mức độ chiếm thụ thể H1 trong não (H1RO) của các thuốc kháng histamin không xâm nhập não gần như bằng 0 và không liên quan đến nồng độ trong huyết tương.



Jauregui I, et al. Expert Opin Drug Saf. 2016;15:89–98.

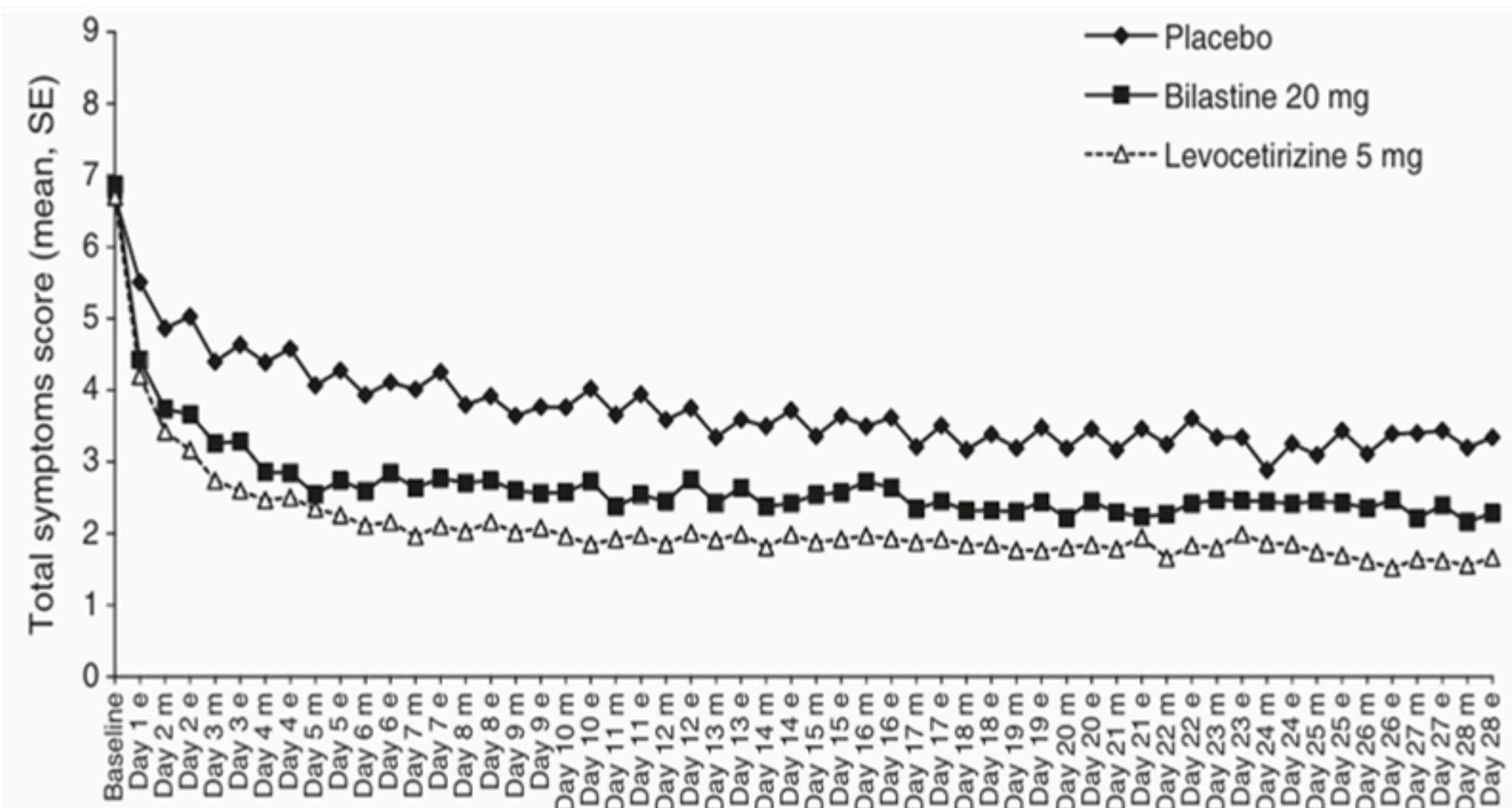


Bilastine có mức chiếm thụ thể H1 trong não thấp nhất so với các thuốc kháng histamin H1 thế hệ hai khác.

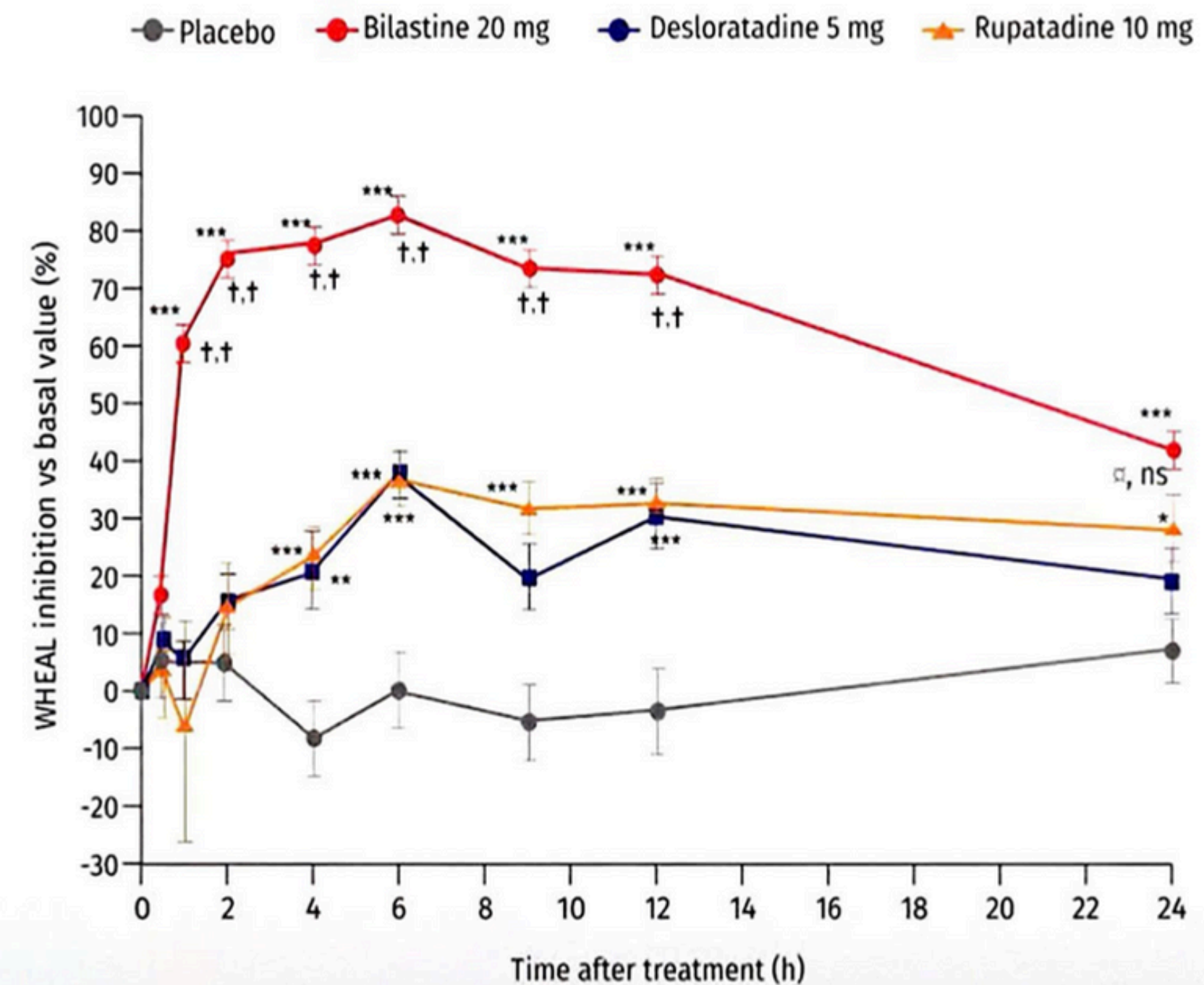
Kawauchi H et al. Int J Mol Sci. 2019;20(1):213.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ

- Bilastine 20 mg giảm triệu chứng rõ rệt so với placebo
- Hiệu quả levocetirizine 5 mg có vẻ trội hơn
- Cải thiện QOL, giấc ngủ, giảm khó chịu
- Không gây buồn ngủ, dung nạp tốt



Zuberbier, T. et al. Allergies, KNAJ, 2015; 53N: 536-538



- Bilastine 20 mg giảm ngứa & mề đay nhanh ($\leq 1h$) trong khi desloratadine cần 2–12 giờ và rupatadine 2–9 giờ..
- Hiệu quả duy trì tương đương.

Antonijon R, et al. Curr Med Res Opin. 2017;33(1):129-136

THUỐC KHÁNG HISTAMIN THỂ HỆ THỨ 2

Thuốc	Dạng bào chế	Chọn lọc thụ thể H1	Chuyển hóa	tmax (h)	t1/2 (h)	Điều chỉnh liều trong suy thận/gan	Tương tác thuốc	Tuổi được phê duyệt
Bilastine	Viên 10mg, 20 mg Dung dịch uống 2.5 mg/mL	+++	Không	1.3	14.5	✗	✗	≥6 tuổi (EU), ≥12 tuổi (một số nước)
Cetirizine	Viên nén 10 m Siro 1 mg/mL	+	±	1	10	✓ (suy thận vừa-nặng)	✗	≥6 tháng
Desloratadine	Viên nén 5 mg Siro 0.5 mg/mL	++	+++	3	27	Thận trọng (suy gan nặng)	✗	≥6 tháng
Ebastine	Viên nén 10 mg, 20 mg	++	+++	2.6–4.0	15–19	Thận trọng	Thận trọng	≥12 tuổi
Fexofenadine	Viên nén 30 mg, 60 mg, 120 mg, 180 mg Siro 6 mg/mL	+	±	1–3	11–15	✗	Có (antacid)	≥6 tháng
Levocetirizine	Viên nén 5 mg Siro 0.5 mg/mL	++	++	0.9	7.9	✓ (suy thận vừa-nặng)	Hiếm	≥6 tháng
Loratadine	Viên nén 10 mg Siro 1 mg/mL	+++	+++	1–1.5	8.4	✗	Có (CYP3A4, CYP2D6)	≥2 tuổi
Rupatadine	Viên nén 10 mg Dung dịch uống 1 mg/mL	+++	++	0.75	5.9	Thận trọng	Có (ketoconazole, erythromycin, statins)	≥2 tuổi

ĐIỀU TRỊ MÀY ĐAY CẤP

10.1111/all.15090

GUIDELINES

Allergy WILEY

The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria



Tránh yếu tố kích phát



Tác nhân dị ứng
Yếu tố vật lý
Yếu tố tâm lý

Trấn an tâm lý và giáo dục



Nhu cầu tìm hiểu nguyên nhân
Nhận biết tình huống nguy hiểm
Nhận diện yếu tố kích phát
Tái khám định kỳ

Kết luận



- ✓ **Mày đay cấp thường gặp: lifetime prevalence 20%**
- ✓ **Nhiều nguyên nhân khác nhau: miễn dịch hay không miễn dịch**
- ✓ **Trẻ em, nhiễm trùng là nguyên nhân thường gặp nhất**
- ✓ **Tiếp cận đầu tiên: loại trừ phản vệ**
- ✓ **Cận lâm sàng: tùy theo gợi ý lâm sàng**
- ✓ **Điều trị chủ yếu: kháng histamin H1 thế hệ thứ 2**
- ✓ **Corticoid không được khuyến cáo sử dụng thường quy**

Chân thành cảm ơn



0908876976



bsngocnguyen.nd1@gmail.com



Bệnh viện Nhi Đồng 1
Đơn vị Dị ứng - Khoa NTQ2-Hô hấp

