

DOI: 10.58490/ctjump.2026i100.4955

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ TRÊN BỆNH NHÂN MÀY ĐAY MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2025*Trần Quang Nhân*, Nguyễn Văn Thống, Nguyễn Thị Thu Thảo, Huỳnh Như,**Lý Kim Bích, Nguyễn Huy Lộc**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ***Email: quangnhanbt1999@gmail.com**Ngày nhận bài: 31/3/2026**Ngày phản biện: 16/6/2026**Ngày duyệt đăng: 25/7/2026***TÓM TẮT**

Đặt vấn đề: Mày đay mạn tính là bệnh da liễu thường gặp, với sản phù tái diễn trên 6 tuần. Ngứa tăng về đêm gây rối loạn giấc ngủ và giảm chất lượng cuộc sống, nhưng dữ liệu trong nước hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ, đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ trên bệnh nhân mày đay mạn tính tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 133 bệnh nhân bị mày đay mạn tính. **Kết quả:** Nhóm tuổi 36–60 chiếm 48,9%; nữ chiếm 52,6%. Bệnh nhân sống ở thành thị chiếm 54,1% và lao động tay chân chiếm 64,7%. Phần lớn mắc bệnh từ 6 tuần đến 6 tháng (83,5%) và không có tiền sử gia đình (82%). Theo UAS7, bệnh chủ yếu ở mức trung bình (42,9%) và nặng (30,8%); kiểm soát bệnh kém theo UCT chiếm 98,5%. Chất lượng giấc ngủ kém theo PSQI ghi nhận ở 72,9% bệnh nhân. Dù nhiều bệnh nhân tự đánh giá giấc ngủ khá tốt hoặc rất tốt, các rối loạn như thức giấc giữa đêm, sử dụng thuốc ngủ và rối loạn chức năng ban ngày vẫn phổ biến. Mức độ nặng của bệnh theo UAS7 liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng giấc ngủ kém ($p < 0,001$), trong khi các yếu tố dịch tễ và thời gian mắc bệnh chưa ghi nhận liên quan có ý nghĩa. **Kết luận:** Rối loạn giấc ngủ là gánh nặng đáng kể ở bệnh nhân mày đay mạn tính, thể hiện qua chất lượng ngủ kém, thức giấc về đêm và suy giảm chức năng ban ngày. Mối liên quan giữa UAS7 và PSQI cho thấy kiểm soát bệnh, nhất là ngứa về đêm, có vai trò quan trọng trong cải thiện giấc ngủ. Cần đưa đánh giá giấc ngủ vào quản lý thường quy nhằm tối ưu hóa điều trị, nâng cao chất lượng sống.

Từ khóa: Rối loạn giấc ngủ, PSQI, mày đay mạn tính, UAS7.

ABSTRACT

SLEEP DISTURBANCES AMONG PATIENTS WITH CHRONIC URTICARIA AT CAN THO DERMATO-VENEREOLOGY HOSPITAL IN 2025

Tran Quang Nhan, Nguyen Van Thong, Nguyen Thi Thu Thao, Huynh Nhu,**Ly Thi Kim Bich, Nguyen Huy Loc**Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

Background: Chronic urticaria is a common dermatological disorder characterized by recurrent wheals lasting for more than six weeks. Nocturnal pruritus may lead to sleep disturbances and impaired quality of life; however, domestic data on this issue remain limited. **Objectives:** To determine the prevalence, characteristics, and several factors associated with sleep disturbances in patients with chronic urticaria at Can Tho Dermato-Venereology Hospital in 2025. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 133 patients with chronic urticaria. **Results:** The 36–60 age group accounted for 48.9%; females comprised 52.6%. Urban residents represented 54.1% and manual laborers 64.7%. The majority of patients had a disease duration of 6 weeks–6 months (83.5%) and a negative family history (82%). Disease severity according to UAS7

was predominantly moderate (42.9%) and severe (30.8%), while poor disease control according to UCT was recorded in 98.5%. Poor sleep quality (PSQI > 5) affected 72.9%, although 39.8% and 34.6% self-rated their sleep as "fairly good" and "very good," respectively. Specific sleep indices included sleep latency <30 minutes (69.9%), sleep duration >6 hours/night (66.2%), and sleep efficiency $\geq 75\%$ (69.7%). Additionally, 60.9% of patients used sleep medication and 55.6% experienced daytime dysfunction. Notably, disease severity (UAS7) was significantly associated with poor sleep quality ($p < 0.001$), whereas epidemiological factors and disease duration showed no statistically significant differences ($p > 0.05$). **Conclusion:** Sleep disturbances represent a substantial burden among patients with chronic urticaria, manifested by poor sleep quality, nocturnal awakenings, and impaired daytime functioning. The association between UAS7 and PSQI suggests that disease control, particularly control of nocturnal pruritus, plays an important role in improving sleep quality. Sleep assessment should therefore be incorporated into routine management to optimize treatment outcomes and improve patients' quality of life.

Keywords: Sleep disturbance, PSQI, chronic urticaria, UAS7.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay mạn tính (MĐMT) là một bệnh lý da liễu phức tạp, ảnh hưởng đến khoảng 0,5 - 1% dân số toàn cầu [1]. Theo các báo cáo cập nhật về Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu (Global Burden of Disease - GBD), MĐMT không chỉ gây tổn thương da mà còn ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống, hiệu suất lao động và sức khỏe tâm thần người bệnh [1], [2]. Ngứa là triệu chứng chủ đạo của MĐMT, thường tăng nặng vào ban đêm theo nhịp sinh học của histamine, tạo nên vòng xoắn “ngứa – gãi – thức giấc”. Sự gián đoạn này phá vỡ cấu trúc giấc ngủ sinh lý, làm giảm thời gian ngủ sâu và gây thức giấc nhiều lần trong đêm, từ đó dẫn đến rối loạn giấc ngủ kéo dài [3]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) có mối tương quan thuận với mức độ hoạt động bệnh (UAS7) và là yếu tố tiên lượng độc lập đối với lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân MĐMT. Điều này cho thấy rối loạn giấc ngủ không chỉ là hệ quả mà còn có thể góp phần duy trì và làm nặng thêm vòng xoắn bệnh lý [3]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về khía cạnh này còn rất hạn chế. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về MĐMT chủ yếu tập trung vào đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị thuốc. Khía cạnh rối loạn giấc ngủ – một yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng sống và sức khỏe tâm thần – vẫn chưa được khảo sát một cách hệ thống bằng các công cụ định lượng chuẩn hóa như PSQI, đặc biệt tại các cơ sở chuyên khoa da liễu tuyến tỉnh/thành phố. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Xác định tỷ lệ, đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ trên bệnh nhân mày đay mạn tính tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán bệnh mày đay mạn tính tại khoa Khám bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ từ 06/2025 đến 12/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

+ Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh mày đay mạn tính theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu của Bộ Y tế năm 2023, dựa vào triệu chứng lâm sàng với tổn thương cơ bản điển hình: dát đỏ, sẩn phù kèm ngứa thường xuất hiện và biến mất trong vòng 24 giờ, có hoặc không kèm phù mạch; các triệu chứng sẩn phù hoặc phù mạch hoặc cả hai xuất hiện hằng ngày hoặc gần như hằng ngày trong thời gian trên 6 tuần [4].

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có tiền sử hoặc chẩn đoán rối loạn giấc ngủ nguyên phát (theo ICD-11 hoặc DSM-5) trước khi mắc MDMT.

+ Bệnh nhân mắc các bệnh lý nội khoa, thần kinh hoặc rối loạn tâm thần nặng không kiểm soát được có thể ảnh hưởng trực tiếp đến giấc ngủ như suy tim, suy thận, bệnh Parkinson, Alzheimer, tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực hoặc các rối loạn tâm thần đang điều trị không ổn định.

+ Bệnh nhân nghiện rượu, ma túy hoặc lạm dụng caffeine, thuốc lá, chất kích thích.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: Dựa trên công thức tính ước lượng cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

Z là hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% ($\alpha=0,05$) tương ứng với $Z=1,96$.

p là xác suất lưu hành tại bệnh viện. Theo nghiên cứu của Lý Thị Mỹ Nhung và cộng sự ghi nhận tỷ lệ rối loạn giấc ngủ (RLGN) được là 78,45% [5]. Chọn $p=0,7845$.

d là sai số cho phép trong nghiên cứu. Chúng tôi chọn $d=0,07$.

Vậy $n=132,5$. Thực tế chúng tôi thu được 133 bệnh nhân.

- Các biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, nơi cư trú, nghề nghiệp,

+ Đặc điểm lâm sàng: thời gian mắc bệnh, điều trị trước đó, tiền sử gia đình, UAS7 và UCT; trong đó UAS7 đánh giá hoạt động bệnh theo sản phù và ngứa trong 7 ngày, UCT đánh giá kiểm soát bệnh trong 4 tuần [6], [7].

+ Đặc điểm rối loạn giấc ngủ: PSQI đánh giá chất lượng giấc ngủ trong 1 tháng gần nhất qua 7 thành phần. Tổng điểm >5 được xem là chất lượng giấc ngủ kém, ≤ 5 là chất lượng giấc ngủ tốt [8].

- Phương pháp thu thập thông tin: Chọn mẫu thuận tiện. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, khám tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ từ 6/2025 đến 12/2025, được giải thích nghiên cứu và ký đồng ý tham gia. Nghiên cứu viên phỏng vấn, thăm khám và ghi nhận thông tin theo phiếu thiết kế sẵn.

- Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng SPSS 26.0. Thống kê mô tả trình bày tần số, tỷ lệ, trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định Chi-square được dùng để đánh giá mối liên quan; $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 24.067.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/06/2024. Thông tin người tham gia được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

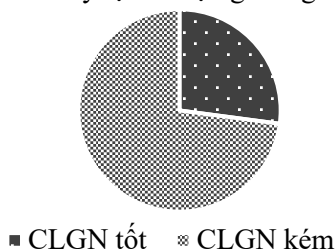
Đặc điểm chung		n (%)
Tuổi	18-35	54 (40,6)
	36-60	65 (48,9)
	>60	14 (10,5)

Đặc điểm chung		n (%)
Giới tính	Nam	63 (47,4)
	Nữ	70 (52,6)
Nơi cư trú	Thành thị	72 (54,1)
	Nông thôn	61 (45,9)
Nghề nghiệp	Trí óc	47 (35,3)
	Tay chân	86 (64,7)
Thời gian mắc bệnh/năm	6 tuần – 6 tháng	111 (83,5)
	≥6 tháng	22 (16,5)
Tiền sử gia đình (bệnh hen, viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc dị ứng, viêm da tiếp xúc dị ứng,...)	Âm tính	109 (82)
	Dương tính	24 (18)
UAS7	Bệnh rất nhẹ	1 (0,8)
	Bệnh nhẹ	34 (25,6)
	Bệnh trung bình	57 (42,9)
	Bệnh nặng	41 (30,8)
UCT	Kiểm soát tốt	2 (1,5)
	Kiểm soát kém	131 (98,5)

Nhận xét: Nhóm 36–60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (48,9%); nữ chiếm 52,6%. Bệnh nhân sống tại thành thị chiếm 54,1%, lao động tay chân 64,7%. Đa số mắc bệnh 6 tuần – 6 tháng (83,5%) và không có tiền sử gia đình (82%). Theo UAS7, bệnh chủ yếu ở mức trung bình (42,9%) và nặng (30,8%); theo UCT, kiểm soát bệnh kém chiếm 98,5%.

3.2. Rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân mày đay mạn tính

Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Chất lượng giấc ngủ kém chiếm tỷ lệ cao hơn (72,9%), trong khi chất lượng giấc ngủ tốt chiếm 27,1%.

Bảng 2. Phân bố các biến thành phần của thang điểm PSQI của đối tượng nghiên cứu

Biến thành phần PSQI		n (%)
Chất lượng giấc ngủ chủ quan	Rất tốt	46 (34,6)
	Khá tốt	53 (39,8)
	Kém	24 (18)
	Rất kém	10 (7,5)
Độ trễ vào giấc ngủ	< 15 phút	47 (35,3)
	15–30 phút	46 (34,6)
	31–60 phút	25 (18,8)
	> 60 phút	15 (11,3)
Thời lượng giấc ngủ	> 7 giờ	46 (34,6)
	6–7 giờ	42 (31,6)
	5–6 giờ	27 (20,3)

Biến thành phần PSQI		n (%)
Hiệu suất giấc ngủ	< 5 giờ	18 (13,5)
	≥ 85%	53 (38,9)
	75–84%	41 (30,8)
	65–74%	22 (16,5)
	< 65%	17 (12,8)
Sử dụng thuốc ngủ	Không sử dụng thuốc ngủ	52 (39,1)
	Có sử dụng thuốc ngủ	81 (60,9)
Rối loạn chức năng ban ngày	Không RLCN	59 (44,4)
	Có RLCN	74 (55,6)

Nhận xét: Về PSQI, 39,8% tự đánh giá giấc ngủ khá tốt và 34,6% rất tốt, nhưng 60,9% có sử dụng thuốc ngủ và 55,6% có rối loạn chức năng ban ngày. Đa số có độ trễ vào giấc ≤30 phút, thời lượng ngủ ≥6 giờ và hiệu suất ngủ ≥75%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ

Bảng 3. Liên quan giữa đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng với chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		CLGN kém n (%)	CLGN tốt n (%)	p
Tuổi	18-35	38 (70,4)	16 (29,6)	0,821
	36-60	49 (75,4)	16 (24,6)	
	>60	10 (71,4)	4 (28,6)	
Giới tính	Nam	43 (68,3)	20 (31,7)	0,249
	Nữ	54 (77,1)	16 (22,9)	
Nơi cư trú	Thành thị	55 (76,4)	17 (23,6)	0,33
	Nông thôn	42 (68,9)	19 (31,1)	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	33 (70,2)	14 (29,8)	0,602
	Lao động tay chân	64 (74,4)	22 (25,6)	
Thời gian mắc bệnh	6 tuần – 6 tháng	81 (73)	30 (27)	0,981
	≥6 tháng	16 (72,7)	6 (27,3)	
Tiền sử gia đình	Âm tính	79 (72,5)	30 (27,5)	0,801
	Dương tính	18 (75)	6 (25)	
Mức độ ngứa (UAS7)	Không có bệnh	0 (0)	1 (100)	<0.001
	Nhẹ	12 (38,7)	19 (61,3)	
	Trung bình	48 (80,0)	12 (20)	
	Nặng	37 (90,2)	4 (9,8%)	
Kiểm soát bệnh (UCT)	Kiểm soát tốt	2 (100)	0 (0)	1
	Kiểm soát kém	95 (72,5)	36 (27,5)	

Nhận xét: Tỷ lệ CLGN kém không khác biệt có ý nghĩa theo tuổi, giới, nơi cư trú, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và tiền sử gia đình ($p > 0,05$). Theo UAS7, CLGN kém tăng từ nhóm nhẹ (38,7%) lên trung bình (80,0%) và nặng (90,2%), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kiểm soát bệnh theo UCT chưa ghi nhận liên quan có ý nghĩa ($p = 1$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, nhóm tuổi 36–60 chiếm tỷ lệ cao nhất (48,9%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của mày đay mạn tính (MĐMT) thường gặp ở người trưởng thành trong

độ tuổi lao động [1], [2]. Nữ giới chiếm ưu thế nhẹ (52,6%), tương đồng với các báo cáo quốc tế cho thấy bệnh có xu hướng gặp nhiều hơn ở nữ, có thể liên quan đến yếu tố nội tiết và đáp ứng miễn dịch [1]. Tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị (54,1%) cao hơn nông thôn (45,9%), có thể phản ánh khả năng tiếp cận cơ sở y tế chuyên khoa thuận lợi hơn. Lao động tay chân chiếm tỷ lệ cao (64,7%), phù hợp với đặc điểm dân số khu vực nghiên cứu. Về đặc điểm bệnh, phần lớn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 6 tuần đến 6 tháng (83,5%). Mức độ hoạt động bệnh theo UAS7 chủ yếu ở mức trung bình (42,9%) và nặng (30,8%), đồng thời đa số bệnh nhân kiểm soát bệnh kém theo UCT (98,5%). Những kết quả này cho thấy bệnh nhân đến khám chủ yếu khi bệnh còn hoạt động rõ rệt và chưa được kiểm soát tốt, tương đồng với các báo cáo trước đây [9].

4.2. Rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân mày đay mạn tính

Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ (RLGN) ghi nhận được là 72,9%, một con số có sự tương đồng mật thiết với kết quả của Lý Thị Mỹ Nhung và cộng sự (2025) khi khảo sát tại Việt Nam (78,48%) [5]. Sự nhất quán này khẳng định RLGN là một gánh nặng phổ biến và mang tính hệ thống, phù hợp với các báo cáo về gánh nặng toàn cầu của Gonçalo M. (2021) và Abdel-Meguid (2024) [2], [9]. Tuy nhiên, một điểm khác biệt đáng chú ý trong nghiên cứu này là dù có tỷ lệ RLGN cao, vẫn có hơn 70% bệnh nhân tự đánh giá chất lượng ngủ ở mức "khá tốt" và "rất tốt". Điều này có thể phản ánh sự khác biệt giữa cảm nhận chủ quan của người bệnh và kết quả đánh giá tổng hợp bằng PSQI, trong đó các thành phần như sử dụng thuốc ngủ, thức giấc về đêm và rối loạn chức năng ban ngày góp phần làm tăng tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ

Về tác động đến giấc ngủ, mối tương quan thuận giữa mức độ hoạt động bệnh (UAS7) và chất lượng ngủ (PSQI) với $p < 0,001$ đã củng cố phát hiện của Gulhan Gurel (2024) và Abdel-Meguid (2024), cơn ngứa và sẩn phù không chỉ làm gián đoạn thời gian ngủ mà còn làm thay đổi cấu trúc giấc ngủ, dẫn đến tình trạng rối loạn chức năng ban ngày ở 55,6% đối tượng [1], [9]. Đặc biệt, theo tác giả Sánchez-Díaz (2023), chất lượng giấc ngủ kém chính là yếu tố dự báo hàng đầu cho sự suy sụp trạng thái cảm xúc và chất lượng cuộc sống [3]. Tỷ lệ sử dụng thuốc hỗ trợ giấc ngủ là 60,9%, đây là một phát hiện đáng chú ý. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa ghi nhận cụ thể loại thuốc, nguồn kê đơn hay khả năng sử dụng kháng histamine thế hệ 1 có tác dụng gây buồn ngủ. Vì vậy, kết quả này chỉ nên được xem là dấu hiệu gợi ý gánh nặng giấc ngủ và nhu cầu kiểm soát triệu chứng về đêm, cần được khảo sát sâu hơn trong các nghiên cứu tiếp theo.

RLGN là vấn đề lâm sàng cần được đánh giá thường quy ở bệnh nhân MĐMT; đồng thời, nên cân nhắc tầm soát lo âu và trầm cảm do các rối loạn cảm xúc này thường gặp ở bệnh nhân da liễu và có thể làm nặng thêm chất lượng giấc ngủ.

Ý nghĩa đối với hiệu quả điều trị là vô cùng cấp thiết khi có tới 98,5% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đang ở tình trạng kiểm soát bệnh kém (UCT). Sự kết hợp giữa tỷ lệ kiểm soát bệnh thấp và tỷ lệ RLGN cao đặt ra yêu cầu thay đổi chiến lược quản lý lâm sàng. Như Gonçalo M. (2021) và Sánchez-Díaz (2023) đã đề xuất, mục tiêu điều trị tối ưu không chỉ là làm giảm sẩn phù mà phải hướng tới việc phục hồi giấc ngủ để cải thiện sức khỏe tâm thần [2], [3]. Kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy, nếu không kiểm soát tốt các triệu chứng về đêm, vòng xoắn bệnh lý "ngứa - mất ngủ - lo âu" sẽ làm giảm hiệu quả của các phác đồ kháng histamine thông thường, đòi hỏi một cách tiếp cận đa mô thức để giải quyết triệt để gánh nặng mà bệnh nhân MĐMT đang phải đối mặt.

Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế cắt ngang chưa xác định được quan hệ nhân quả; PSQI dựa trên tự báo cáo, chưa kết hợp đánh giá khách quan; chưa sàng lọc lo âu, trầm cảm, chưa phân tích chi tiết thuốc hỗ trợ giấc ngủ và chưa thực hiện hồi quy logistic đa biến do giới hạn số trang. Các nghiên cứu tiếp theo cần bổ sung các nội dung này để đánh giá toàn diện hơn rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân mày đay mạn tính.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân MĐMT chủ yếu thuộc nhóm tuổi lao động và có xu hướng gặp nhiều hơn ở nữ giới. Phần lớn bệnh nhân đến khám khi bệnh còn đang hoạt động rõ rệt và chưa được kiểm soát tốt theo các thang điểm đánh giá lâm sàng. Rối loạn giấc ngủ là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân mày đay mạn tính. Các biểu hiện thường gặp bao gồm giấc ngủ kém chất lượng, thức giấc giữa đêm hoặc sáng sớm, rối loạn chức năng ban ngày và các triệu chứng làm gián đoạn giấc ngủ. Dù thời lượng ngủ có thể vẫn đảm bảo ở một số trường hợp, chất lượng giấc ngủ nhìn chung vẫn bị ảnh hưởng đáng kể. Mức độ hoạt động bệnh có mối liên quan với chất lượng giấc ngủ, trong khi các đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố dịch tễ cơ bản chưa ghi nhận sự liên quan rõ ràng. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá rối loạn giấc ngủ như một thành phần trong quản lý toàn diện bệnh nhân mày đay mạn tính, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuberbier T., Abdul Latiff A.H., Abuzakouk M., Aquilina S., Asero R., *et al.* The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022. 77(3), 734-766, doi: 10.1111/all.15090.
 2. Gonçalo M., Giménez-Arnau A.M., Al-Ahmad M., Ben-Shoshan M., Bernstein J.A., *et al.* The global burden of chronic urticaria for the patient and society. *British Journal of Dermatology*. 2021. 184(2), 226-236, doi: 10.1111/bjd.19561.
 3. Sánchez-Díaz M., Rodríguez-Pozo J.A., Latorre-Fuentes J.M., Salazar-Nievas M.C., Molina-Leyva A., *et al.* Sleep quality as a predictor of quality-of-life and emotional status impairment in patients with chronic spontaneous urticaria: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. 20(4), 3508, doi: 10.3390/ijerph20043508.
 4. Bộ Y tế. Bệnh mày đay. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu*. Nhà xuất bản Y học. 2023. 212-217.
 5. Lý Thị Mỹ Nhung, Đoàn Thanh Thuỷ Tiên, Văn Thế Trung. Khảo sát chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân mày đay mạn tính thông qua chỉ số Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2025. 28(8), 103-109, DOI: 10.32895/hcjm.m.2025.08.13.
 6. Shah S., Gupta M., Bishnoi A., Parsad D., Kumaran M.S. Outcome measures in chronic urticaria: A comprehensive review. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*. 2025. 91(4), 455-461, doi: 10.25259/IJDVL_523_2024.
 7. Buttgereit T., Salameh P., Sydorenko O., Zuberbier T., Metz M., *et al.* The 7-day recall period version of the Urticaria Control Test-UCT7. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2023. 152(5), 1210-1217.e14, doi: 10.1016/j.jaci.2023.03.034.
 8. Smyth C. The Pittsburgh sleep quality index (PSQI). *Journal of Gerontological Nursing*. 1999. 25(12), 10-11, doi: 10.3928/0098-9134-19991201-10.
 9. Abdel-Meguid A.M., Awad S.M., Noaman M., Abdel Gawad A.M., Abou-Taleb D.A.E. Does chronic urticaria affect quality of sleep and quality of life? *Journal of Public Health Research*. 2024. 13(2), 22799036241243268, doi: 10.1177/22799036241243268.
-