

MÀY ĐAY CẤP Ở TRẺ EM - TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Thị Ngọc^{1*}, Trần Anh Tuấn¹, Nguyễn Anh Tuấn², Phan Hữu Nguyệt Diễm²

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mày đay cấp ở trẻ em là một bệnh lý da liễu phổ biến, với đặc điểm chính là sự xuất hiện đột ngột của các sẩn phù và ngứa dữ dội, có thể đi kèm theo phù mạch. Tình trạng này thường tự giới hạn trong 24 giờ, nhưng có thể kéo dài đến 6 tuần. Nguyên nhân gây mày đay cấp bao gồm nhiễm trùng, dị ứng thức ăn hoặc thuốc, kích hoạt bởi các yếu tố vật lý, nhưng phần lớn các trường hợp không xác định được nguyên nhân. Chẩn đoán dựa vào khai thác bệnh sử và khám lâm sàng, trong khi xét nghiệm chỉ thực hiện khi nghi ngờ các nguyên nhân tiềm ẩn nghiêm trọng như dị ứng hay bệnh lý toàn thân. Điều trị tập trung vào kiểm soát triệu chứng, với kháng histamin H1 thế hệ thứ hai là lựa chọn ưu tiên. Corticosteroid chỉ được dùng trong các trường hợp nặng hoặc không đáp ứng với điều trị thông thường. Việc giáo dục bệnh nhân và gia đình về cách phòng tránh các yếu tố kích thích đóng vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa tái phát và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Mày đay cấp, trẻ em, chẩn đoán và điều trị.

ACUTE URTICARIA IN CHILDREN - APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT

Nguyễn Thị Ngọc^{1*}, Trần Anh Tuấn¹, Nguyễn Anh Tuấn², Phan Hữu Nguyệt Diễm²

¹Children's Hospital 1

²University of Medicine and Pharmacy

Acute urticaria in children is a common dermatological condition, primarily characterized by the sudden onset of wheals and intense pruritus, which may be accompanied by angioedema. The condition typically resolves within 24 hours but may persist for up to 6 weeks. Causes of acute urticaria include infections, food or drug allergies, and physical triggers; however, the majority of cases have no identifiable etiology. Diagnosis is based on a detailed medical history and clinical examination, with further testing warranted only when serious underlying causes, such as allergies or systemic diseases, are suspected. Treatment focuses on symptom management, with second-generation H1 antihistamines being the preferred first-line therapy. Corticosteroids are reserved for severe cases or those unresponsive to standard treatment. Patient and family education on avoiding potential triggers is essential for preventing recurrences and improving quality of life.

Keywords: Acute urticaria, children, diagnosis and treatment.

Nhận bài: 01-11-2024; Phản biện: 20-4-2025; Chấp nhận: 25-6-2025

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Ngọc

Email: bsngocnguyen.nd1@gmail.com.

Địa chỉ: Bệnh viện Nhi Đồng 1

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay cấp, hay còn gọi là mề đay cấp, là bệnh lý da liễu khá phổ biến ở trẻ em, đặc trưng bởi sự xuất hiện đột ngột của các sẩn phù trên da, thường kèm theo ngứa dữ dội. Trong một số trường hợp, phù mạch có thể xuất hiện đồng thời hoặc riêng lẻ, gây sưng khu trú ở lớp mô sâu hơn, diễn tiến chậm và ít ngứa hơn [1].

Tỷ lệ mắc mày đay trong suốt cuộc đời ước tính khoảng 15-20% [1]. Một nghiên cứu đoàn hệ tại Đức theo dõi trẻ từ sơ sinh đến 10 tuổi ghi nhận tỷ lệ hiện mắc tích lũy là 14,5% ở trẻ nam và 16,2% ở trẻ nữ [2]. Mày đay cấp cũng là lý do phổ biến khiến trẻ đến khám cấp cứu hoặc nhập viện, chiếm từ 0,6 - 8,4% tổng số lượt [3-5]. Nguyên nhân thường gặp bao gồm nhiễm trùng, dị ứng thức ăn hoặc thuốc, tuy nhiên trong 45-80% trường hợp không xác định được căn nguyên rõ ràng [6,7], khiến việc chẩn đoán xử trí trở nên thách thức hơn.

Việc nhận diện đúng yếu tố khởi phát và có chiến lược điều trị hợp lý đóng vai trò quan trọng nhằm kiểm soát triệu chứng, giảm tái phát và cải thiện chất lượng cuộc sống cho trẻ.

II. NỘI DUNG

2.1. Sinh lý bệnh

Mày đay cấp là kết quả của sự hoạt hóa tế bào mast và basophil, gây phóng thích các chất trung gian như histamin, tryptase, cytokine, dẫn đến giãn mạch, tăng tính thấm thành mạch và hình thành các sẩn phù đặc trưng [1].

Quá trình hoạt hóa này có thể diễn ra qua hai cơ chế chính:

- *Qua trung gian IgE*: khi dị nguyên gắn vào thụ thể IgE đặc hiệu (FcεRI), khởi phát phản ứng dị ứng type I, thường gặp trong mày đay do thức ăn, thuốc, côn trùng cắn.

- *Không qua trung gian IgE*: bao gồm nhiều cơ chế hoạt hóa độc lập, không thông qua dị nguyên hay thụ thể IgE. Trong đó, đáng chú ý là thụ thể MRGPRX2, hiện được xem là một đích điều trị tiềm năng khi tham gia vào các phản ứng giả dị ứng qua trung gian peptide nội sinh (như substance P) hoặc một số thuốc [8,9,10]. Ngoài ra, các con đường khác như bổ thể (C3a, C5a),

TLR, hay kênh ion cảm ứng vật lý (TRPV1, TRPA1) cũng được ghi nhận có vai trò trong kích hoạt mast cell không đặc hiệu, nhất là trong mày đay do nhiễm trùng hay yếu tố vật lý.

Một thể đặc biệt là phù mạch, xảy ra khi dịch thoát ra mô sâu dưới da. Phù do histamin thường thoáng qua trong 24-48 giờ, trong khi phù mạch do bradykinin (như trong phù mạch di truyền) tiến triển chậm hơn, cần phân biệt rõ để xử trí phù hợp [8].

2.2. Phân loại - nguyên nhân

Về mặt thời gian, mày đay được phân loại thành mày đay cấp (dưới 6 tuần) và mày đay mạn tính (trên 6 tuần). Ở trẻ em, thể cấp tính là dạng phổ biến hơn và thường liên quan đến các yếu tố như nhiễm trùng, dị ứng, kích thích vật lý hoặc không rõ nguyên nhân. Trong đó, nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao nhất, đặc biệt là các nhiễm siêu vi hô hấp hoặc tiêu hóa, chiếm khoảng 40-60% trường hợp [1,3,7,8,11].

Dị ứng với thức ăn, thuốc hoặc nọc côn trùng cũng là nguyên nhân quan trọng, song chiếm tỷ lệ thấp hơn. Việc phân biệt rõ với phản vệ có ý nghĩa thực hành nhằm tránh xử trí quá mức hoặc chỉ định xét nghiệm không cần thiết [1].

Các yếu tố vật lý như nhiệt độ, áp lực hay tiếp xúc môi trường có thể gây mày đay cấp không qua trung gian IgE. Đáng chú ý, phần lớn các trường hợp mày đay cấp không xác định được nguyên nhân gây khó khăn trong định hướng điều trị [1,8].

Mặc dù hiếm gặp hơn ở trẻ em, mày đay mạn tính - gồm thể tự phát (CSU) và thể do kích thích (CIndU) - cần được nghĩ đến khi tổn thương kéo dài hoặc đáp ứng kém với điều trị thường quy [1].

2.3. Diễn tiến mày đay cấp

Mày đay cấp thường khởi phát đột ngột với các sẩn phù kèm ngứa dữ dội, xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào và tự biến mất trong vòng 24 giờ mà không để lại dấu vết. Tuy nhiên, ở một số trẻ, ban tổn thương có thể tái diễn nhiều lần trong ngày và kéo dài đến 6 tuần [1,4].

Một số trường hợp có thể kèm theo phù mạch - có thể kéo dài lâu hơn so với sẩn phù. Phù mạch xuất hiện ở mô lỏng lẻo như môi, mí mắt, hay

cơ quan sinh dục... thường ít nguy hiểm, nhưng nếu liên quan đến niêm mạc đường hô hấp trên như lưỡi, hầu họng hoặc thanh quản, có thể gây tắc nghẽn đường thở và đe dọa tính mạng nếu không được xử trí kịp thời.

Mặc dù phần lớn mày đay cấp tự lui, một số trẻ có thể tái phát hoặc tiến triển thành mày đay mạn tính [1,12]. Một nghiên cứu tiền cứu trên 155 trẻ cho thấy cho thấy khoảng 9% tiến triển thành mày đay mạn tự phát khi được theo dõi trong vòng 12 tháng [12]. Trong khi đó, một nghiên cứu trước đó theo dõi trẻ dưới 3 tuổi trong 18-24 tháng ghi nhận tỷ lệ tái phát từng đợt lên đến 30% [3]. Các yếu tố làm tăng nguy cơ này bao gồm mày đay liên quan đến yếu tố vật lý hoặc mày đay vô căn [9].

2.4. Tiếp cận chẩn đoán mày đay cấp

Tiếp cận mày đay cấp cần phương pháp có hệ thống từ hỏi bệnh, thăm khám, đến chỉ định cận lâm sàng phù hợp. Mục tiêu là xác định nguyên

nhân khả dĩ, loại trừ các tình trạng nguy hiểm như phản vệ, từ đó hướng dẫn xử trí và theo dõi đúng đắn [1,6,13].

2.4.1. Hỏi bệnh sử

Khai thác tiền sử chi tiết là bước đầu tiên và quan trọng nhất trong việc chẩn đoán mày đay cấp tính. Các yếu tố cần xem xét bao gồm:

- Thời gian và diễn tiến triệu chứng: Thời điểm xuất hiện và biến mất, tái phát.
- Mối liên quan với các yếu tố kích thích: thức ăn, thuốc, côn trùng, nhiễm trùng, yếu tố vật lý (nhiệt độ, áp lực), gắng sức, căng thẳng, chu kỳ kinh.
- Tiền sử dị ứng bản thân - gia đình, tiền sử mày đay, phù mạch gia đình, sử dụng thuốc, môi trường sống.
- Triệu chứng toàn thân đi kèm: sốt, rối loạn tiêu hóa, khó thở, đau khớp ...
- Các đợt tương tự trước đây, đáp ứng điều trị cũ.

Bảng 1. Những câu hỏi trong quá trình hỏi bệnh sử ở bệnh nhân mày đay cấp

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

2.4.2. Khám lâm sàng

Tiếp cận chẩn đoán mày đay cấp cần ưu tiên loại trừ phản vệ, một tình huống có thể đe dọa tính mạng nếu chậm xử trí. Phản vệ cần được nghĩ đến khi mày đay đi kèm khó thở, thở rít, tụt huyết áp, nôn ói hoặc đau bụng dữ dội - đặc biệt nếu khởi phát trong vòng vài phút đến 1-2 giờ sau tiếp xúc với dị nguyên như thức ăn, thuốc hay côn trùng [1,4,8,14]. Phù mạch ở môi, lưỡi, hầu họng hoặc thanh quản là dấu hiệu cảnh báo nguy cơ tắc nghẽn đường thở, cần xử trí khẩn cấp. Bảng 3 trình bày các tiêu chuẩn chẩn đoán phản vệ trong thực hành lâm sàng [14].

Các dấu hiệu gợi ý phản vệ trong bệnh cảnh mày đay cấp gồm [1,4,8,14]:

- Khởi phát nhanh sau tiếp xúc với dị nguyên.
- Tiền sử dị ứng cá nhân hoặc gia đình.
- Mày đay kèm phù mạch ở vùng mặt, cổ, hoặc đường thở.
- Triệu chứng toàn thân: khó thở, đau bụng, nôn, tụt huyết áp, chóng mặt.

- Yếu tố khởi phát đặc hiệu: thức ăn/thuốc mới, tập thể dục sau ăn, lạnh, rượu.

Sau khi loại trừ phản vệ, cần khám kỹ da và toàn thân để phát hiện những biểu hiện không điển hình gợi ý nguyên nhân nghiêm trọng. Các ban tồn tại >24 giờ, đau nhiều, để lại vết hoặc kèm xuất huyết có thể là viêm mạch mày đay; trong khi tổn thương vòng, bong vảy, loét niêm mạc có thể gợi ý bệnh hệ thống như lupus ban đỏ hoặc nhiễm trùng huyết. Khám toàn thân còn giúp phát hiện các dấu hiệu viêm khớp, loét miệng, sốt kéo dài hoặc ban xuất huyết - gợi ý bệnh tự miễn hoặc viêm mạch [1,8]. Trong khi đó, viêm hô hấp trên hoặc tiêu chảy thường gặp trong mày đay cấp do siêu vi - nguyên nhân phổ biến nhất ở trẻ em [1,3,8].

Kết hợp khám lâm sàng kỹ lưỡng với đánh giá toàn thân giúp định hướng xét nghiệm cần thiết, tránh bỏ sót nguyên nhân nguy hiểm cũng như hạn chế lạm dụng cận lâm sàng không cần thiết [1,7,8].

Bảng 2. Định nghĩa phản vệ trong bệnh cảnh mày đay và/hoặc phù mạch

• Khởi phát đột ngột các sẩn phù có hoặc không kèm theo phù mạch VÀ suy hô hấp cấp (co thắt phế quản cấp) VÀ sốc (hạ huyết áp, ngất, ngã quy, mất ý thức có hoặc không kèm theo tiểu không kiểm soát)
Hoặc:
• Bất kỳ HAI triệu chứng nào sau đây: - Khởi phát đột ngột các sẩn phù có hoặc không kèm theo phù mạch - Và/hoặc suy hô hấp - Và/hoặc hạ huyết áp kèm theo các triệu chứng liên quan - Và/hoặc nôn mửa cấp tính hoặc đau bụng quặn thắt nghiêm trọng có hoặc không kèm theo tiêu chảy - Và/hoặc hạ huyết áp sau khi tiếp xúc với dị nguyên đã biết.

2.4.3. Cận lâm sàng

Theo khuyến cáo hiện nay, xét nghiệm cận lâm sàng không bắt buộc trong phần lớn các trường hợp mày đay cấp, do đa số lành tính và tự giới hạn. Điều này cần được giải thích rõ ràng cho bệnh nhi và gia đình, vì nhiều người thường kỳ vọng thực hiện xét nghiệm để tìm ra “nguyên nhân” cho các triệu chứng khó chịu của trẻ. Tuy nhiên, chỉ định xét nghiệm nên được cân nhắc trong các tình huống đặc biệt: nghi ngờ phản vệ, biểu hiện toàn thân kéo dài, tổn thương da

không điển hình, nghi ngờ bệnh hệ thống, hoặc khi mày đay dai dẳng vượt quá vài ngày [1,8].

Định lượng tryptase huyết thanh

Xét nghiệm này hỗ trợ chẩn đoán phản vệ, đặc biệt hữu ích khi triệu chứng không điển hình. Tăng nồng độ tryptase phản ánh sự hoạt hóa tế bào mast toàn thân - một đặc điểm điển hình của phản vệ. Mẫu máu nên được lấy trong vòng 30 phút đến 2 giờ sau khởi phát triệu chứng cấp, và so sánh với giá trị nền (sau 24 giờ) để tăng độ chính xác [4,14].

Xét nghiệm tổng quát

Công thức máu, CRP và tốc độ máu lắng có thể hỗ trợ phát hiện tình trạng nhiễm trùng, viêm hoặc bệnh lý toàn thân tiềm ẩn. Trong một số trường hợp, tăng bạch cầu ái toan gợi ý nguyên nhân dị ứng, ký sinh trùng hoặc hội chứng tăng bạch cầu ái toan. Khi nghi ngờ bệnh tự miễn hoặc viêm mạch, có thể cân nhắc xét nghiệm chuyên sâu như định lượng bổ thể, ANA hoặc sinh thiết da - tuy nhiên chỉ nên thực hiện khi có chỉ định rõ ràng để tránh lạm dụng [1,4,8,13].

Xét nghiệm dị ứng

Trong các trường hợp nghi ngờ mề đay do dị ứng với thức ăn hoặc thuốc, bệnh nhân nên được chuyển khám chuyên khoa dị ứng để thực hiện các xét nghiệm chuyên biệt như test lấy da, định lượng IgE đặc hiệu, hoặc nghiệm pháp thử thách nếu cần thiết. Tuy nhiên, việc chỉ định cần được cân nhắc kỹ lưỡng để tránh lạm dụng - đặc biệt trong bối cảnh mề đay cấp tự giới hạn và không rõ yếu tố kích phát cụ thể [1].

2.5. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt mề đay cấp chủ yếu nhằm loại trừ các bệnh lý có biểu hiện tương tự nhưng cần xử trí khác biệt, như phản vệ, phát ban do siêu vi, viêm da tiếp xúc, hay mề đay sắc tố. Đặc biệt, cần lưu ý các trường hợp tổn thương da không điển hình như kéo dài >24 giờ, đau nhiều, để lại vết, hoặc kèm xuất huyết - có thể gợi ý viêm mạch mề đay hoặc bệnh hệ thống như lupus ban đỏ, viêm mạch, bệnh tự miễn.

Trong những tình huống này, việc kết hợp đánh giá toàn thân và cận lâm sàng sẽ giúp định hướng nguyên nhân rõ ràng hơn, đồng thời tránh bỏ sót các bệnh lý nghiêm trọng tiềm ẩn [1].

2.6. Điều trị mề đay cấp

Điều trị mề đay cấp tập trung vào kiểm soát triệu chứng và trấn an tâm lý cho bệnh nhi cùng gia đình, bằng cách giải thích rõ tính chất lành tính, tự giới hạn của bệnh nhằm giảm lo lắng và tránh kỳ vọng không cần thiết vào xét nghiệm hay điều trị tích cực [1,6,8,13],

Theo khuyến cáo mới nhất của EAACI/GA²LEN/EDF/WAO (2022), kháng histamin H1 thế hệ hai là lựa chọn điều trị đầu tay cho tất cả bệnh nhân mề đay cấp. Các thuốc như cetirizine, loratadine, fexofenadine, và desloratadine có hiệu quả tốt, ít tác dụng phụ thần kinh trung ương do không vượt qua hàng rào máu não, không gây buồn ngủ và an toàn khi sử dụng ở trẻ nhỏ. Trong các trường hợp triệu chứng chưa được kiểm soát hoàn toàn, có thể tăng liều tối đa gấp bốn lần liều thông thường mà vẫn đảm bảo tính an toàn [1,4,8,10,13].

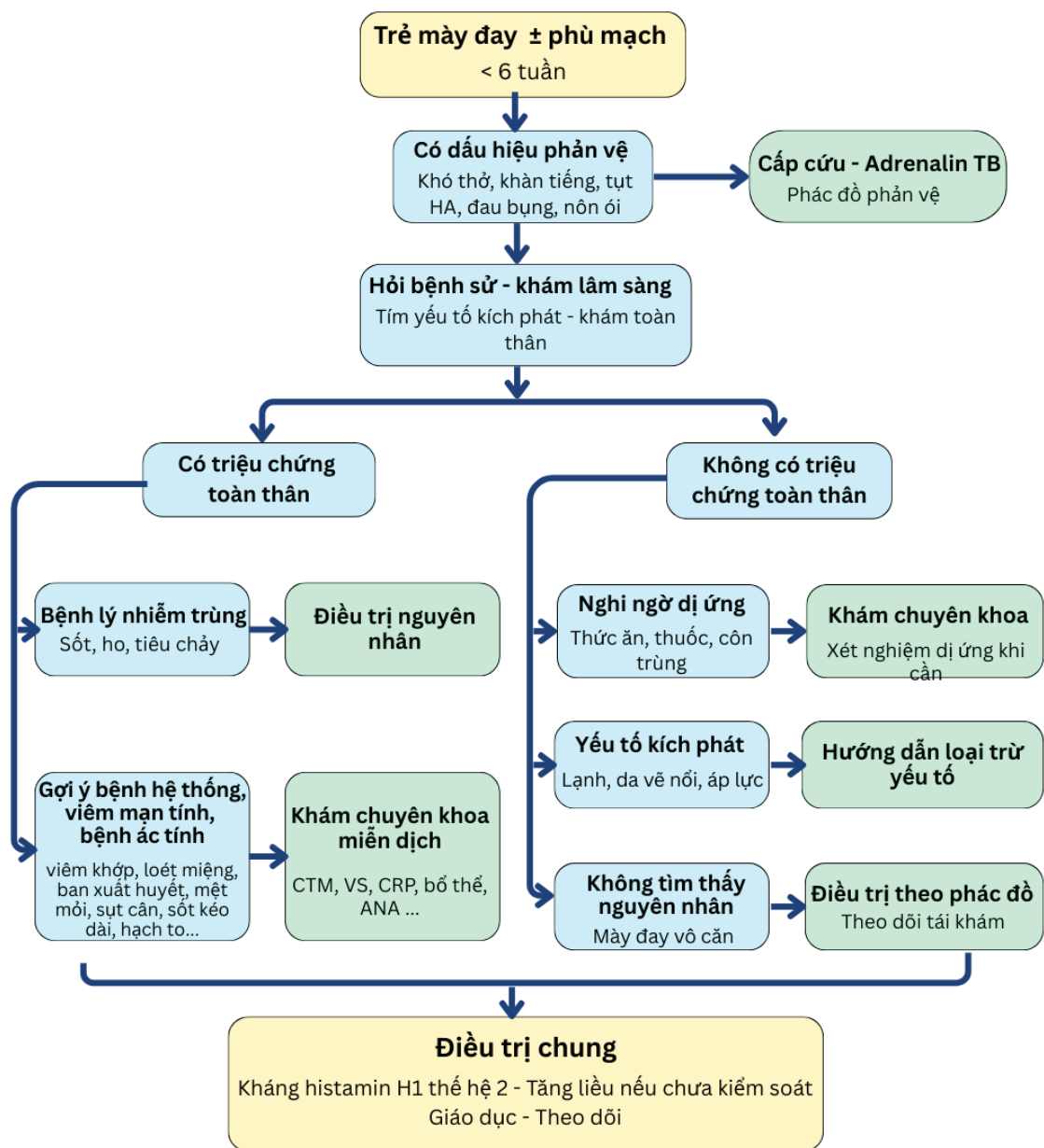
Kháng histamin H1 thế hệ thứ nhất (như diphenhydramine) không còn được khuyến cáo trong điều trị mề đay cấp do nguy cơ gây buồn ngủ, khô miệng, ảnh hưởng nhận thức và tương tác thuốc. Tuy nhiên, chúng vẫn có thể được sử dụng trong các tình huống cần kiểm soát nhanh triệu chứng hoặc hỗ trợ xử trí phản vệ [4].

Trong các trường hợp nặng hoặc không đáp ứng với kháng histamin đơn thuần, có thể cân nhắc sử dụng corticosteroid toàn thân ngắn ngày như prednisone (1 mg/kg/ngày ở trẻ em hoặc 40-60 mg/ngày ở người lớn, trong 3-5 ngày) nhằm giảm viêm và cải thiện triệu chứng. Tuy nhiên, do nguy cơ tác dụng phụ khi sử dụng kéo dài, corticosteroid không được khuyến cáo sử dụng thường quy và chỉ nên áp dụng trong những tình huống đặc biệt, dưới sự giám sát chặt chẽ của bác sĩ [1,4,8,13].

2.7. Quản lý và theo dõi

Bên cạnh điều trị triệu chứng, việc giáo dục bệnh nhân và gia đình cách nhận biết và tránh các yếu tố khởi phát là cần thiết nhằm ngăn ngừa tái phát và phản ứng nặng. Nếu đã xác định được dị nguyên, nên hướng dẫn cụ thể biện pháp tránh tiếp xúc và xây dựng kế hoạch xử trí, đặc biệt khi có nguy cơ phản vệ [1,4,8].

Việc theo dõi nhằm phát hiện các trường hợp kéo dài hoặc diễn tiến không điển hình để đánh giá lại chẩn đoán và điều chỉnh điều trị nếu cần. Những trường hợp có triệu chứng dai dẳng hoặc tái phát thường xuyên cần được xem xét chuyển khám chuyên khoa để loại trừ mề đay mạn tính hoặc bệnh lý nền khác.



Sơ đồ 1. Sơ đồ tiếp cận chẩn đoán và xử trí mề đay

III. KẾT LUẬN

Mề đay cấp là một tình trạng phổ biến ở trẻ em, đa phần là lành tính và tự giới hạn. Tuy nhiên, tiếp cận có hệ thống giúp nhận diện kịp thời các trường hợp nguy cơ cao, đặc biệt là phản vệ. Điều trị chủ yếu là kháng histamin H1

thế hệ thứ hai, có thể tăng liều nếu cần, trong khi corticosteroid chỉ nên dùng ngắn hạn và có chỉ định rõ ràng. Việc giáo dục, theo dõi sát và cá thể hóa điều trị theo hướng dẫn hiện hành đóng vai trò then chốt trong quản lý hiệu quả tình trạng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zuberbier T, Aberer W, Asero R et al.** The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy* 2022;77(2):734-764. <https://doi.org/10.1111/all.13397>
2. **Buske I, Standl M, Weidinger S et al.** Epidemiology of urticaria in infants and young children in Germany-Results from the German LISApplus and GINIplus Birth Cohort Studies. *Pediatr Allergy Immunol* 2014;25(1):36-42. <https://doi.org/10.1111/pai.12146>
3. **Mortureux P, Léauté-Labrèze C, Legrain-Lifermann V et al.** Acute urticaria in infancy and early childhood: a prospective study. *Arch Dermatol.* 1998;134(3):319-323. <https://doi.org/10.1001/archderm.134.3.319>
4. **Santa C, Valente CL, Mesquita M et al.** Acute urticaria in children: from pediatric Emergency Department to allergology consultation at a Central Hospital. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2022;54(4):168-174. <https://doi.org/10.23822/eurannaci.1764-1489.204>
5. **Ricci G, Giannetti A, Belotti T et al.** Allergy is not the main trigger of urticaria in children referred to the emergency room. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24(11):1347-1348. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03634.x>
6. **Ryan D, Tanno LK, Angier E et al.** Clinical review: The suggested management pathway for urticaria in primary care. *Clin Transl Allergy* 2022;12(10):e12195. <https://doi.org/10.1002/clt2.12195>
7. **Talarico V, Cavallucci E, Viola P et al.** New insights in acute and chronic urticaria: what's new about it?. *Acta Biomed* 2021;92(S2):1-27.
8. **Mathelier-Fusade P.** Place du bilan allergologique dans l'urticaire [Interest of allergy tests in urticaria]. *Ann Dermatol Venereol* 2014;141(Suppl 3):S565-S569. [https://doi.org/10.1016/S0151-9638\(14\)70159-0](https://doi.org/10.1016/S0151-9638(14)70159-0)
9. **Wollam J, Solomon M, Villescaz C et al.** Inhibition of mast cell degranulation by novel small molecule MRGPRX2 antagonists. *J Allergy Clin Immunol* 2024;154(4):1033-1043. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2024.07.002>
10. **Roy S, Chompunud Na Ayudhya C, Thapaliya M et al.** Multifaceted MRGPRX2: New insight into the role of mast cells in health and disease. *J Allergy Clin Immunol* 2021;148(2):293-308. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2021.03.049>
11. **Minasi D, Manti S, Chiera F et al.** Acute urticaria in the infant. *Pediatr Allergy Immunol* 2020;31(Suppl 26):49-51. <https://doi.org/10.1111/pai.13350>
12. **Yıldırım G, Ozceker D, Kaçar A et al.** Can urticaria severity be used as a biomarker for transition from acute to chronic urticaria?. *Pediatr Allergy Immunol* 2025;36(3):e70053. <https://doi.org/10.1111/pai.70053>
13. **Nettis E, Foti C, Ambrifi M et al.** Urticaria: recommendations from the Italian Society of Allergology Asthma and Clinical Immunology and the Italian Society of Allergological Occupational and Environmental Dermatology. *Clin Mol Allergy* 2020;18:8. <https://doi.org/10.1186/s12948-020-00123-8>
14. **Muraro A, Worm M, Alviani C et al.** EAACI guidelines: anaphylaxis (2021 update). *Allergy* 2022;77(2):357-377. <https://doi.org/10.1111/all.15032>