MONTELUKAST TREATMENT IN PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS AND ASTHMA: A NARRATIVE REVIEW

Le Thi Thu[1], Dao Trung Dung[2,3], Do Ba Hung[1,2], Tran Thi Thu Hang[1,2]*

[1]*Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*Department of Otolaryngology, Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*
[3]*Department of Otolaryngology, Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 02/06/2026
Reviced: 22/07/2026; Accepted: 20/08/2026

ABSTRACT

Objective: Summarize the treatment outcomes of Montelukast in patients with allergic rhinitis and concomitant asthma.

Methods: A narrative review of studies on Montelukast treatment in patients with allergic rhinitis and concomitant asthma published between January 2000 and December 2025.

Results: A total of 16 studies involving 11,174 patients were included in the analysis. Study designs included randomized controlled trials and cohort observational studies. In studies evaluating allergic rhinitis symptoms, 11 of 13 studies reported post-treatment improvement, with 8 studies demonstrating statistically significant results. Asthma-related outcomes, including asthma symptoms, pulmonary function, and rescue medication use, also showed improvement trends, with 9 of 10 studies reporting improvement in asthma symptoms and 8 of 11 studies showing improvement in pulmonary function. Quality of life improved in all 4 studies assessing this outcome. Among the 11 studies evaluating safety, Montelukast was generally well tolerated, and most adverse events were mild in severity.

Conclusion: Montelukast demonstrated a role in improving allergic rhinitis and asthma symptoms in patients with both conditions, particularly when used as part of combination treatment strategies.

Keywords: Allergic rhinitis with asthma, Montelukast.

*Corresponding author
Email: tranthuhang@hmu.edu.vn **Phone**: (+84) 91 2138808 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6262

NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN LUẬN ĐIỂM VỀ ĐIỀU TRỊ MONTELUKAST TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM MŨI DỊ ỨNG CÓ HEN PHẾ QUẢN

Lê Thị Thu[1], Đào Trung Dũng[2,3], Đỗ Bá Hưng[1,2], Trần Thị Thu Hằng[1,2]*

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*
[3]*Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 02/06/2026
Ngày chỉnh sửa: 22/07/2026; Ngày duyệt đăng: 20/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng hợp kết quả điều trị của Montelukast trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng có kèm hen phế quản.

Phương pháp nghiên cứu: Tổng quan luận điểm các nghiên cứu về điều trị Montelukast trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng kèm hen phế quản được công bố từ tháng 1/2000 đến tháng 12/2025.

Kết quả: Có 16 nghiên cứu được đưa vào phân tích với tổng số 11.174 bệnh nhân. Thiết kế nghiên cứu bao gồm thử nghiệm lâm sàng và nghiên cứu quan sát thuần tập. Trong nhóm đánh giá triệu chứng viêm mũi dị ứng, 11/13 nghiên cứu ghi nhận cải thiện sau điều trị và 8 nghiên cứu có ý nghĩa thống kê. Các kết quả liên quan hen phế quản như triệu chứng hen, chức năng hô hấp và nhu cầu sử dụng thuốc cắt cơn cũng có xu hướng cải thiện, với 9/10 nghiên cứu ghi nhận cải thiện triệu chứng hen và 8/11 nghiên cứu ghi nhận cải thiện chức năng hô hấp. Chất lượng cuộc sống được cải thiện ở cả 4 nghiên cứu đánh giá kết quả này. Trong 11 nghiên cứu đánh giá tính an toàn, đa số ghi nhận Montelukast dung nạp tốt và các tác dụng phụ chủ yếu ở mức độ nhẹ.

Kết luận: Montelukast cho thấy vai trò trong cải thiện triệu chứng viêm mũi dị ứng và hen phế quản ở bệnh nhân đồng mắc hai bệnh lý, đặc biệt khi sử dụng phối hợp trong chiến lược điều trị.

Từ khóa: Viêm mũi dị ứng có hen phế quản, Montelukast.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi dị ứng và hen phế quản là hai bệnh lý viêm mạn tính đường hô hấp thường gặp [1]. Theo ARIA (2024), khoảng 20-30% dân số thế giới mắc viêm mũi dị ứng (VMDƯ) [2], trong khi hen phế quản (HPQ) ảnh hưởng đến khoảng 300 triệu người trên toàn cầu [3]. Hai bệnh lý này ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống và tạo gánh nặng cho hệ thống y tế.

VMDƯ và HPQ có mối liên hệ chặt chẽ về dịch tễ và cơ chế bệnh sinh; khoảng 80% bệnh nhân HPQ có đồng mắc VMDƯ, trong khi 20-40% bệnh nhân VMDƯ có thể tiến triển thành HPQ theo thời gian [4]. Mối liên hệ này là cơ sở của khái niệm "một đường thở - một bệnh lý" (united airway disease) [4].

Leukotrienes, đặc biệt là cysteinyl leukotrienes, đóng vai trò quan trọng trong phản ứng viêm dị ứng ở cả đường hô hấp trên và dưới [5]. Montelukast là thuốc kháng thụ thể leukotriene đường uống đã được khuyến cáo trong điều trị HPQ và có vai trò nhất định trong kiểm soát VMDƯ [2-3]. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị của Montelukast trên bệnh nhân đồng mắc VMDƯ và HPQ vẫn chưa được tổng hợp đầy đủ.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu tổng hợp kết quả điều trị của Montelukast trên nhóm bệnh nhân này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các nghiên cứu về điều trị Montelukast trên bệnh nhân VMDƯ kèm HPQ.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: các nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị bằng Montelukast đơn trị hoặc phối hợp trên nhóm bệnh nhân trên xuất bản trên các tạp chí được bình duyệt; bài báo toàn văn được công bố trên các tạp chí khoa học; mọi ngôn ngữ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: những báo cáo tóm tắt không lấy được toàn văn; nghiên cứu trên động vật hoặc phòng thí nghiệm; các nghiên cứu ca bệnh, tổng quan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tổng quan luận điểm.

Các nghiên cứu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu y học trực tuyến như: PubMed, Google Scholar, SciSpace, thư viện Trường Đại học Y Hà Nội và các nguồn liên quan.

Câu lệnh tìm kiếm được xây dựng bằng quy tắc PCC: [(ALLERGIC RHINITIS AND ASTHMA) AND (MONTELUKAST)].

Tài liệu được quản lý bằng Zotero 7.0, dữ liệu được trích xuất và lưu trữ trên Excel.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Bài báo là một phần kết quả nghiên cứu trong luận văn thạc sĩ của Lê Thị Thu. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 16 nghiên cứu đủ điều kiện đưa vào phân tích.

*Tác giả liên hệ
Email: tranthuhang@hmu.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 91 2138808 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6262

3.1. Đặc điểm chung của các nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm thiết kế nghiên cứu (n = 16)

Loại thiết kế nghiên cứu		Số nghiên cứu		Số bệnh nhân	
		n	%	n	%
Can thiệp	Ngẫu nhiên có đối chứng	7	43,75	3704	33,1
	Không ngẫu nhiên	1	6,25	40	3,5
	Ngẫu nhiên không đối chứng	3	18,75	346	
Quan sát thuần tập		5	31,25	7084	63,4
Tổng		16	100	11.174	100

3.2. Đặc điểm về điều trị Montelukast trên bệnh nhân VMDƯ có HPQ

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng Montelukast trong các nghiên cứu

Tác giả	Hình thức sử dụng Montelukast	Thời gian	Phương pháp đánh giá chính
Kim M.K và cộng sự [6]	MON đơn trị; MON + Levocetirizine	4 tuần	MDNSS, ACT, FEV1, tác dụng phụ
Guo S và cộng sự [7]	MON + Budesonide khí dung	1 tháng	Đánh giá cải thiện VMDƯ, FEV1, PEF, IgE, bạch cầu ái toan, tái phát sau 3 tháng, tác dụng phụ
Ciebiada M và cộng sự [8]	Fexofenadine + MON; Fexofenadine + Fluticasone dạng hít	6 tuần	D-TNSS, nội soi mũi, ASS, SABA, sICAM-1, FEV1, tác dụng phụ
Katial R.K và cộng sự [9]	MON; MON + FSC; FSC + FPANS	4 tuần	D-TNSS, N-TNSS, AM-PEF, SABA, tác dụng phụ
Li H và cộng sự [10]	MON + Budesonide khí dung	4 tuần	Điểm triệu chứng VMDƯ/ HPQ, hiệu quả tổng thể, IL-6, TNF-alpha, FEV1, PEF, tác dụng phụ
Keith P.K và cộng sự [11]	MON + ICS hoặc ICS/ LABA	8 tuần	Kiểm soát HPQ (Canada), ACQ, MiniRQLQ, điểm triệu chứng mắt, hài lòng bệnh nhân/bác sĩ, tác dụng phụ
Baena-Cagnani C.E và cộng sự [12]	MON; Desloratadine; giả dược	4 tuần	TASS, đánh giá triệu chứngHPQ, FEV1, PEFR, SABA, tác dụng phụ
Okhotnikova O.M [13]	MON; Fluticasone hít	6 tháng	Cơn hen, triệu chứng đêm, SABA, ngày không triệu chứng, FEV1, ΔFEV1, PEF, MOSH50/75, bạch cầu ái toan
Bux M.A.L và cộng sự [14]	MON + Budesonide xịt mũi	2 tuần	VAS, số lượng bạch cầu ái toan tuyệt đối
Zuberi F.F và cộng sự [15]	MON đơn trị	4 tuần	Cải thiện VMDƯ, đánh giá triệu chứng HPQ, QoL, tác dụng phụ
Sultan K.M [16]	MON + điều trị nền: Salbutamol khi cần hoặc Beclomethasone	4 tuần	Cải thiện VMDƯ, đánh giá triệu chứng HPQ, FEV1, FEF25-75%
Virchow J.C và cộng sự [17]	MON đơn trị	4-6 tuần	Cải thiện VMDƯ, giảm thuốc VMDƯ, đánh giá triệu chứng HPQ, SABA, ICS, QoL, muốn tiếp tục điều trị, tác dụng phụ
Borderias L và cộng sự [18]	MON + ICS hoặc ICS/ LABA	12 tháng	Tỉ lệ đợt cấp cần sử dụng dịch vụ y tế; sử dụng các thuốc Corticoids uống, SABA, LABA, giảm sử dụng thuốc hen/dị ứng khác
Philip G và cộng sự [19]	MON; giả dược	2 tuần	Điểm triệu chứng VMDƯ, điểm triệu chứng mắt, RQLQ, đánh giá tổng thể của bác sĩ/bệnh nhân, SABA, tác dụng phụ
Jindal A và cộng sự [20]	MON + FSC; FPANS + FSC	3 tháng	Điểm triệu chứng VMDƯ, đánh giá triệu chứng HPQ, PEFR, tỉ lệ đợt cấp cần sử dụng dịch vụ y tế; tác dụng phụ
Wilson A.M và cộng sự [21]	MON; Budesonide hít/xịt mũi; giả dược	2 tuần	Điểm VMDƯ, đánh giá triệu chứng HPQ, PEF, PC20 AMP, eNO

Chú thích: MON: Montelukast; MDNSS: điểm triệu chứng mũi ban ngày trung bình; ACT: thang điểm kiểm soát HPQ; FEV1: thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên; PEF: lưu lượng đỉnh thở ra; IgE: immunoglobulin E; D-TNSS: tổng điểm triệu chứng mũi ban ngày; TASS: tổng điểm triệu chứng HPQ; SABA: thuốc cường β2 tác dụng ngắn; sICAM-1: phân tử kết dính nội bào hòa tan-1; FSC: phối hợp Fluticasone/Salmeterol; FPANS: Fluticasone propionate dạng xịt mũi; IL-6: interleukin-6; TNF-α: yếu tố hoại tử u alpha; ICS: Corticoid dạng hít; LABA: thuốc cường β2 tác dụng kéo dài; ACQ: bộ câu hỏi kiểm soát HPQ; MiniRQLQ: bộ câu hỏi rút gọn đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân viêm mũi kết mạc dị ứng; PEFR: lưu lượng đỉnh thở ra; MOSH50/75: lưu lượng thở ra tối đa tại 50-75% dung tích sống gắng sức; VAS: thang điểm nhìn tương tự; QoL: chất lượng cuộc sống; FEF25-75%: lưu lượng thở ra gắng sức từ 25-75% dung tích sống; PC20 AMP: nồng độ AMP gây giảm 20% FEV1; eNO: nitric oxide khí thở ra.

3.3. Đặc điểm về kết quả điều trị Montelukast trên bệnh nhân VMDƯ có HPQ

Bảng 3. Tổng hợp kết quả điều trị theo nhóm chỉ số đánh giá

Nhóm chỉ số	Số nghiên cứu đánh giá	Có cải thiện sau điều trị	Có ý nghĩa thống kê (p < 0,05; 95% CI)	Tốt hơn nhóm đối chứng/ so sánh	Không khác biệt giữa các nhóm
Triệu chứng VMDƯ	13	11	8	5	2
Triệu chứng mắt	3	3	2	1	1
Đánh giá thực thể VMDƯ	1	1	1	0	0
Giảm sử dụng thuốc VMDƯ	2	2	1	0	0
Kiểm soát hen	2	2	2	0	1
Triệu chứng hen	10	9	7	4	1
Chức năng hô hấp	11	8	7	5	3
Nhu cầu thuốc hen	8	5	4	2	4

Nhóm chỉ số	Số nghiên cứu đánh giá	Có cải thiện sau điều trị	Có ý nghĩa thống kê (p < 0,05; 95% CI)	Tốt hơn nhóm đối chứng/ so sánh	Không khác biệt giữa các nhóm
Đợt cấp/dịch vụ y tế	3	2	2	0	1
Marker viêm đường thở	1	1	0	0	1
Chất lượng cuộc sống	4	4	3	1	0
Đánh giá tổng thể của bệnh nhân và bác sĩ	4	4	3	2	0
Tái phát sau 3 tháng	1	1	0	1	0
Cận lâm sàng viêm	6	6	5	4	1
An toàn điều trị	11	7 nghiên cứu ghi nhận tác dụng phụ nhẹ hoặc không khác biệt			

Chú thích: Các chỉ số và thang điểm đánh giá tương đồng được gộp vào cùng một nhóm chỉ số để thuận tiện cho việc tổng hợp và đánh giá kết quả điều trị. Có ý nghĩa thống kê: có thể dựa trên so sánh trước-sau điều trị trong cùng nhóm nghiên cứu hoặc so sánh giữa Montelukast với giả dược, thuốc đối chứng hoặc các phác đồ điều trị khác. "Tốt hơn nhóm đối chứng/so sánh" phản ánh Montelukast cho hiệu quả vượt trội hơn nhóm đối chứng hoặc so sánh; "Không khác biệt giữa các nhóm" phản ánh sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của các nghiên cứu

Có 16/393 bài báo được lựa chọn với 11.174 bệnh nhân VMDƯ có kèm HPQ. Các nghiên cứu được thực hiện ở nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó châu Á chiếm tỷ lệ cao nhất với 7 nghiên cứu, tiếp theo là châu Âu với 5 nghiên cứu và châu Mỹ với 4 nghiên cứu. Việc các nghiên cứu được thực hiện tại nhiều khu vực địa lý khác nhau cho thấy mối quan tâm rộng rãi đối với vai trò của Montelukast ở bệnh nhân đồng mắc VMDƯ và HPQ. Thiết kế nghiên cứu có 7 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) chiếm 43,75%, 5 nghiên cứu thuần tập chiếm 31,25%, cùng các nghiên cứu can thiệp không ngẫu nhiên hoặc không đối chứng. Mặc dù số lượng nghiên cứu thuần tập ít hơn, nhóm này đóng góp phần lớn số bệnh nhân được phân tích do một số nghiên cứu có cỡ mẫu rất lớn. Điều này cho thấy bằng chứng được tổng hợp từ nhiều thiết kế nghiên cứu khác nhau với quy mô mẫu không đồng đều. Sự hiện diện đồng thời của các nghiên cứu RCT và nghiên cứu thực hành lâm sàng phản ánh cả hiệu quả trong điều kiện nghiên cứu và tính ứng dụng trong thực tế.

Bên cạnh đó, phần lớn bằng chứng hiện có được thực hiện trên đối tượng người trưởng thành chiếm 81,25%, trong khi số nghiên cứu ở trẻ em còn tương đối hạn chế chiếm 18,75%.

Thời gian điều trị Montelukast trong các nghiên cứu dao động từ 2 tuần đến 12 tháng. Phần lớn thời gian điều trị ngắn hạn từ 4-6 tuần (9 nghiên cứu) bao gồm 9373 bệnh nhân (80,8%). Các nghiên cứu điều trị trong 2 tuần chiếm 18,75% với 1047 bệnh nhân. Điều này cho thấy phần lớn bằng chứng hiện nay tập trung đánh giá hiệu quả ngắn hạn của Montelukast, trong khi dữ liệu về hiệu quả và tính an toàn dài hạn còn tương đối hạn chế. Các nghiên cứu đánh giá hiệu quả từ 3-12 tháng chiếm tỉ lệ thấp hơn và có cỡ mẫu nhỏ, ngoại trừ 1 nghiên cứu kéo dài 12 tháng với 696 bệnh nhân.

4.2. Đặc điểm sử dụng Montelukast trong các nghiên cứu

Montelukast được sử dụng dưới nhiều hình thức, bao gồm đơn trị và phối hợp. Có 3 nghiên cứu kết hợp với thuốc điều trị VMDƯ như Levocetirizine, Fexofenadine hoặc Corticosteroid xịt mũi và 6 nghiên cứu phối hợp với ICS và/hoặc ICS/LABA, cùng 1 nghiên cứu sử dụng thêm SABA khi cần. Việc Montelukast thường được sử dụng phối hợp với ICS hoặc ICS/LABA cho thấy vai trò chủ yếu của thuốc như liệu pháp bổ trợ hơn là thay thế Corticosteroid trong kiểm soát đồng thời VMDƯ và HPQ. Điều này phù hợp với cơ chế tác động của Montelukast lên hệ leukotriene, một yếu tố tham gia vào quá trình viêm dị ứng ở cả đường hô hấp trên và dưới. Tổng hợp kết quả cho thấy vai trò của Montelukast trong thực hành lâm sàng vừa là một lựa chọn điều trị riêng lẻ vừa là liệu pháp hỗ trợ nhằm tối ưu kiểm soát triệu chứng ở bệnh nhân đồng mắc hai bệnh lý.

4.3. Kết qủa điều trị

4.3.1. Hiệu quả điều trị VMDƯ

Montelukast có xu hướng cải thiện hiệu quả triệu chứng VMDƯ trên nhiều chỉ số đánh giá khác nhau. Ở nhóm đánh giá triệu chứng VMDƯ, Philip G và cộng sự [19] ghi nhận Montelukast cải thiện có ý nghĩa điểm triệu chứng mũi hàng ngày, ban ngày, ban đêm so với giả dược lần lượt là (-0,12; 95% CI: -0,18 đến -0,06; p ≤ 0,001), (-0,14; p ≤ 0,001) và (-0,10; p ≤ 0,001). Virchow J.C và cộng sự [17] nghiên cứu trên 5855 bệnh nhân ghi nhận tỷ lệ cải thiện cao đối với các triệu chứng hắt hơi/ngứa mũi (84%), chảy mũi (81,7%) và nghẹt mũi (79,3%). Nghiên cứu của Zuberi F.F và cộng sự [15] cũng ghi nhận 70,1% bệnh nhân cải thiện triệu chứng VMDƯ tổng thể sau điều trị.

Tuy nhiên, hiệu quả của Montelukast chưa hoàn toàn vượt trội trong các nghiên cứu có nhóm so sánh. Kim M.K và cộng sự [6] cho thấy phối hợp Mon-Levocetirizine cải thiện MDNSS tốt hơn Montelukast đơn trị (-0,98 so với -0,81; p = 0,045), trong khi Katial R.K và cộng sự [9] ghi nhận Corticosteroid xịt mũi kiểm soát triệu chứng mũi tốt hơn Montelukast (p < 0,001); kết quả này tương đồng với nhận định của Nayak A [22], khi tác giả ghi nhận Montelukast có hiệu quả cải thiện triệu chứng VMDƯ nhưng nhìn chung vẫn kém hơn Corticosteroid xịt mũi trong kiểm soát triệu chứng mũi. Điều này cho thấy Montelukast có thể phù hợp hơn như một liệu pháp hỗ trợ hoặc phối hợp hơn là thay thế hoàn toàn Corticosteroid xịt mũi trong điều trị VMDƯ.

4.3.2. Hiệu quả điều trị trên HPQ

Montelukast có xu hướng cải thiện kiểm soát HPQ như cải thiện triệu chứng hen, kiểm soát bệnh, chức năng hô hấp và giảm nhu cầu sử dụng thuốc cắt cơn SABA. Các chỉ số như TASS/ACT/ACQ, FEV1 và PEF ghi nhận cải thiện ở nhiều nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của Baena-Cagnani C.E và cộng sự [12] trên 924 bệnh nhân, thấy Montelukast giúp giảm có ý nghĩa TASS so với giả dược (p < 0,022), cải thiện các triệu chứng hen riêng lẻ (p < 0,05) và giảm nhu cầu sử dụng SABA (p < 0,001). Nghiên cứu của Philip G và cộng sự [19] ghi nhận cải thiện đánh giá toàn thể về hen của bệnh nhân (p = 0,008) và bác sĩ (p = 0,037), đồng thời giảm nhu cầu

sử dụng SABA (p ≤ 0,005). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Katial R.K và cộng sự [9], phác đồ FSC cho hiệu quả kiểm soát hen tốt hơn Montelukast đơn trị.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mayoral K và cộng sự [23], khi Montelukast cải thiện triệu chứng hen so với giả dược, đặc biệt ở các triệu chứng ban ngày và ban đêm, nhưng Corticosteroid dạng hít vẫn cho hiệu quả kiểm soát triệu chứng tốt hơn, nhất là triệu chứng đêm. Montelukast có vai trò cải thiện triệu chứng hen và giảm nhu cầu thuốc cắt cơn, tuy nhiên hiệu quả rõ rệt hơn khi được sử dụng phối hợp với ICS hoặc ICS/LABA.

Một số nghiên cứu cũng ghi nhận xu hướng giảm đợt cấp hen, giảm sử dụng dịch vụ y tế và giảm nhu cầu thuốc cắt cơn ở nhóm sử dụng Montelukast. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu đánh giá chỉ số này còn ít và chưa đủ để đưa ra kết luận chắc chắn về hiệu quả dự phòng đợt cấp lâu dài.

4.3.3. Chất lượng cuộc sống

Các nghiên cứu cho thấy Montelukast có xu hướng cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân VMDƯ kèm HPQ. Cả 4 nghiên cứu đánh giá chỉ số này đều ghi nhận cải thiện, trong đó đa số có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Keith P.K và cộng sự [11] ghi nhận điểm MiniRQLQ giảm từ 2,57 ± 1,2 xuống 1,12 ± 1,0, mức cải thiện trung bình 1,45 ± 1,35 điểm (p < 0,001). Trong khi đó, Philip G và cộng sự [19] cho thấy Montelukast cải thiện điểm RQLQ tốt hơn giả dược với hiệu số -0,22 (95% CI: -0,36 đến -0,08; p = 0,002). Như vậy, ngoài tác động lên triệu chứng lâm sàng, Montelukast còn có thể cải thiện hoạt động hằng ngày, giấc ngủ và mức độ hài lòng của người bệnh.

4.3.4. Tác dụng phụ

Kết quả tổng hợp cho thấy Montelukast có tính an toàn tương đối tốt. Trong 11 nghiên cứu có thống kê tác dụng phụ, chủ yếu ở mức độ nhẹ, thường gặp nhất là đau đầu và rối loạn tiêu hóa như đau bụng hoặc khó chịu đường tiêu hóa. Một số nghiên cứu ghi nhận thêm buồn ngủ, phát ban hoặc nhiễm trùng hô hấp, trong khi tác dụng phụ thần kinh-tâm thần chỉ xuất hiện rải rác. Đa số nghiên cứu không ghi nhận biến cố bất lợi nghiêm trọng.

4.3.5. Hạn chế của nghiên cứu

Các nghiên cứu được đưa vào có sự khác biệt về thiết kế, cỡ mẫu, thời gian điều trị và chỉ số đánh giá, gây khó khăn trong đối chiếu trực tiếp. Nhiều nghiên cứu sử dụng các thang điểm đánh giá khác nhau cho cùng một tiêu chí đánh giá, dẫn đến tính không đồng nhất cao và hạn chế khả năng thực hiện phân tích tổng hợp định lượng. Ngoài ra, việc báo cáo tác dụng phụ và tiêu chí đánh giá chưa đồng nhất giữa các nghiên cứu, có thể ảnh hưởng đến khả năng tổng hợp bằng chứng.

5. KẾT LUẬN

Montelukast có thể được xem là một lựa chọn hỗ trợ trong điều trị bệnh nhân VMDƯ có HPQ. Việc lựa chọn sử dụng thuốc cần được cá thể hóa dựa trên đặc điểm người bệnh, mức độ bệnh và phác đồ điều trị phối hợp. Đồng thời, cần có thêm các nghiên cứu với thiết kế chuẩn hóa, cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài hơn nhằm đánh giá đầy đủ hiệu quả và tính an toàn lâu dài của Montelukast.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Kelly G et al. The impact of climate change on asthma and allergic-immunologic disease. Curr Allergy Asthma Rep, 2023, 23: 453-461.

[2] Bousquet J et al. Next-generation allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on grading of recommendations assessment, development and evaluation (GRADE) and real-world evidence. J Allergy Clin Immunol, 2020, 145: 70-80.e3.

[3] 2024 GINA Main Report. Global Initiative for Asthma - GINA. https://ginasthma.org/2024-report/ (accessed 18 May 2026).

[4] Brozek J.L et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. J Allergy Clin Immunol, 2010, 126: 466-476.

[5] Peters-Golden M et al. Leukotrienes. N Engl J Med, 2007, 357: 1841-1854.

[6] Kim M.K et al. A randomized, multicenter, double-blind, phase III study to evaluate the efficacy on allergic rhinitis and safety of a combination therapy of Montelukast and Levocetirizine in patients with asthma and allergic rhinitis. Clin Ther, 2018, 40: 1096-1107.e1. doi: 10.1016/j.clinthera.2018.04.021

[7] Guo S et al. Effects of Montelukast sodium combined with budesonide on pulmonary function, serum IgE levels, and EOS percentage in children with comorbid allergic rhinitis and asthma. Am J Transl Res, 2023, 15: 6823-6831. PMID: 38186993.

[8] Ciebiada M et al. Fexofenadine with either Montelukast or a low-dose inhaled corticosteroid (fluticasone) in the treatment of patients with persistent allergic rhinitis and newly diagnosed asthma. Arch Med Sci, 2009, 5: 564-569. doi: 10.5114/aoms.2010.14468

[9] Katial R.K et al. Adding Montelukast to fluticasone propionate/salmeterol for control of asthma and seasonal allergic rhinitis. Allergy Asthma Proc, 2010, 31: 68-75. doi: 10.2500/aap.2010.31.3306

[10] Li H et al. Effect of Montelukast and Budesonide aerosol inhalation in the treatment of allergic rhinitis and asthma in children and its effect on the inflammatory response of children. Iran J Allergy Asthma Immunol, 2025, 24: 268-276. doi: 10.18502/ijaai.v24i3.18677

[11] Keith P.K et al. Montelukast as add-on therapy with inhaled corticosteroids alone or inhaled corticosteroids and long-acting beta-2-agonists in the management of patients diagnosed with asthma and concurrent allergic rhinitis (the RADAR trial). Can Respir J, 2009, 16 Suppl A: 17A-31A. doi: 10.1155/2009/145071

[12] Baena-Cagnani C.E et al. Comparative effects of desloratadine versus Montelukast on asthma symptoms and use of beta 2-agonists in patients with seasonal allergic rhinitis and asthma. Int Arch Allergy Immunol, 2003, 130: 307-313. doi: 10.1159/000070218

[13] Okhotnikova O.M. Ефективність застосування протизапального препарату антилейкотрієнової дії - монтелукасту натрію як засобу контролюючої терапії бронхіальної астми та алергічного риніту у дітей. Child's Health, 2016, 19-28. doi: 10.22141/2224-0551.4.72.2016.76585

[14] Bux M.A.L et al. Impact of Montelukast on allergic rhinitis and asthma as emerging new treatment option. Pakistan Journal of Medical & Health Sciences, 2023, 17: 44-44. doi: 10.53350/pjmhs02023171144

[15] Zuberi F.F et al. Role of Montelukast in asthma and allergic rhinitis patients. Pak J Med Sci, 2020, 36: 1517-1522. doi: 10.12669/pjms.36.7.2657

[16] Sultan K.M. Montelukast as an add on therapy in asthma as compared to its use in asthma associated with concomitant rhinitis symptoms. Journal of the Faculty of Medicine Baghdad, 2011, 53: 111-114. doi: 10.32007/jfacmedbagdad.532847

[17] Virchow J.C et al. Efficacy and safety of Montelukast in adults with asthma and allergic rhinitis. Respir Med, 2006, 100: 1952-1959. doi:10.1016/j.rmed.2006.02.026

[18] Borderias L et al. Asthma control in patients with asthma and allergic rhinitis receiving add-on Montelukast therapy for 12 months: a retrospective observational study. Curr Med Res Opin, 2007, 23: 721-730. doi: 10.1185/030079906x167606

[19] Philip G et al. The effect of Montelukast on rhinitis symptoms in patients with asthma and seasonal allergic rhinitis. Curr Med Res Opin, 2004, 20: 1549-1558. doi: 10.1185/030079904x3348

[20] Jindal A et al. Comparison of oral Montelukast and intranasal Fluticasone in patients with asthma and allergic rhinitis. J Clin Diagn Res, 2016, 10: OC06-OC10. doi: 10.7860/JCDR/2016/20741.8268

[21] Wilson A.M et al. A comparison of topical budesonide and oral Montelukast in seasonal allergic rhinitis and asthma. Clin Exp Allergy, 2001, 31: 616-624. doi: 10.1046/j.1365-2222.2001.01088.x

[22] Nayak A. A review of Montelukast in the treatment of asthma and allergic rhinitis. Expert Opin Pharmacother, 2004, 5: 679-686.

[23] Mayoral K et al. Montelukast in paediatric asthma and allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir Rev, 2023, 32: 230124.