

Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da cơ địa trẻ em tại Bệnh viện Da liễu Trung ương

Epidemiology, clinical and subclinical characteristics of children with atopic dermatitis at National Hospital of Dermatology and Venereology

Đỗ Thị Thu Hiền*,**

Lương Thị Minh Thúy***

*Bệnh viện Da liễu Trung ương,

**Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội,

***Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm dịch tễ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da cơ địa (VDCĐ) trẻ em từ 2 đến 12 tuổi tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 160 bệnh nhân viêm da cơ địa từ 2-12 tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023. **Kết quả:** 78 bệnh nhân là nam giới (chiếm 48,8%) và 82 bệnh nhân là nữ giới (chiếm 51,2%). Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$ tuổi) là $6,44 \pm 3,09$. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 2-5 tuổi (44,4%), sau đó là nhóm 6-9 tuổi (36,3%), và nhóm 10-12 tuổi (19,3%). Tỷ lệ khởi phát VDCĐ trước 5 tuổi là 65%, sau 5 tuổi là 35%. 47,5% bệnh nhân có mức độ bệnh trung bình, số bệnh nhân có mức độ bệnh nhẹ chiếm 28,7% và số bệnh nhân có mức độ bệnh nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất 23,8%. 12,5% bệnh nhân VDCĐ trẻ em ghi nhận có tiền sử dị ứng. Trong số 106 bệnh nhân được xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, có 34,9% bệnh nhân có chỉ số bạch cầu ái toan tăng. Có mối liên quan giữa mức độ bệnh VDCĐ và chỉ số bạch cầu ái toan trong máu. **Kết luận:** VDCĐ có xu hướng khởi phát sớm trước 5 tuổi, với tỷ lệ nam/nữ tương đương. Nhóm bệnh nhân có mức độ bệnh trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất. Chỉ số bạch cầu ái toan của trẻ VDCĐ có xu hướng tăng cao và có mối liên quan chặt chẽ với mức độ bệnh của trẻ VDCĐ.

Từ khóa: Viêm da cơ địa, dịch tễ, lâm sàng, bạch cầu ái toan.

Summary

Objective: This study aims to describe epidemiology, clinical, subclinical of 2- to 12-year-old children diagnosed with atopic dermatitis at National Hospital of Dermatology and Venereology. **Subject and method:** This descriptive cross-sectional study was conducted on 160 children aged 2 to 12 years diagnosed with atopic dermatitis at the National Hospital of Dermatology and Venereology from September 2022 to August 2023. **Result:** There were 78 males (48.8%) and 82 females (51.2%). Mean age ($\bar{X} \pm SD$ years) was 6.44 ± 3.09 . The age group with the largest proportion was 2-5 years old (44.4%), followed by the 6-9 year old group (36.3%), and the 10-12 year old group (19.3%). The rate of onset of atopic dermatitis before age 5 was 65%, after age 5 was 35%. 47.5% of patients had moderate disease,

Ngày nhận bài: 01/04/2024, ngày chấp nhận đăng: 06/04/2024

Người phản hồi: Đỗ Thu Hiền, Email: hienphuonglinh@yahoo.com - Bệnh viện Da liễu Trung ương

the number of patients with mild disease accounted for 28.7% and the number of patients with severe disease accounted for the lowest rate of 23.8%. 12.5% children with atopic dermatitis were noted to have a history of allergies. Among 106 patients tested for peripheral blood smear test, 34.9% of patients had an increased eosinophil index. There was a statistically significant association between the severity of atopic dermatitis and the blood eosinophil index. *Conclusion:* Atopic dermatitis tends to have an early onset before age 5, with an equal male/female ratio. The group of patients with moderate disease accounts for the highest proportion. The eosinophil index of children with atopic dermatitis tends to increase and is closely related to the severity of the disease in children with atopic dermatitis.

Keywords: Atopic dermatitis, epidemiology, clinical, eosinophils.

1. Đặt vấn đề

Viêm da cơ địa (VDCĐ) là một tình trạng viêm da mạn tính tái phát. Bệnh ảnh hưởng đến khoảng 15% đến 20% trẻ em và 1% đến 3% người lớn trên toàn thế giới, tỷ lệ mắc bệnh đã tăng gấp 2-3 lần ở các nước công nghiệp phát triển. Bệnh đặc trưng bởi biểu hiện lâm sàng ngứa nhiều và xuất hiện các thương tổn dạng chàm tái phát. 45% bệnh nhân VDCĐ khởi phát trong 6 tháng đầu sau khi sinh, 60% xuất hiện trong năm đầu tiên và 85% trước 5 tuổi [1]. Trong số những trẻ mắc VDCĐ sớm, 43,2% thuyên giảm hoàn toàn trước 3 tuổi, 38,3% có tái phát từng đợt và 18,7% có các triệu chứng dai dẳng [2]. Bệnh tiến triển mạn tính, dai dẳng, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống người bệnh, đặc biệt đối với trẻ em. Ở Việt Nam, có tương đối nhiều nghiên cứu về bệnh VDCĐ, tuy nhiên chúng tôi chưa tham khảo được tài liệu nào khảo sát về bệnh VDCĐ trên đối tượng trẻ em từ 2-12 tuổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm dịch tễ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da cơ địa trẻ em từ 2 đến 12 tuổi tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 160 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023 được chẩn đoán viêm da cơ địa dựa vào tiêu chuẩn Hanifin và Raika năm 1980, được người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu. Mức độ nặng của

bệnh được đánh giá dựa vào thang điểm SCORAD. Trong số đối tượng nghiên cứu được lựa chọn, 106 bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Giai đoạn bệnh và mức độ bệnh được phân loại như sau:

Giai đoạn bệnh: Giai đoạn cấp tính: Mụn nước chảy nước nhiều, phù nề nhiều, đỏ da nhiều. Giai đoạn bán cấp: Mụn nước chảy nước vừa, phù nề ít, đỏ da ít. Giai đoạn mạn tính: Dày da, không đỏ, không ướt, không phù nề, da thâm.

Mức độ bệnh: Mức độ nặng: SCORAD < 25, Mức độ trung bình: $25 \leq \text{SCORAD} \leq 50$, Mức độ nặng: SCORAD > 50.

Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy Dxh 600: Số lượng bạch cầu ái toan cao khi > 0,8G/l, Số lượng bạch cầu ái kiềm cao khi > 0,1G/l.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được mã hóa và xử lý theo thuật toán thống kê trên máy tính sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được thể hiện dưới dạng trung bình, độ lệch, trung vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất, tỷ lệ phần trăm, tần số.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Bệnh viện Da liễu Trung ương.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm dịch tễ

Trong số 160 bệnh nhân VDCĐ trẻ em, có 78 bệnh nhân là nam giới (chiếm 48,8%) và 82 bệnh nhân là nữ giới (chiếm 51,2%). Phân bố bệnh nhân theo giới và theo khu vực sống không có sự khác biệt giữa các nhóm ($p > 0,05$).

Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$ tuổi) là $6,44 \pm 3,09$, trong đó số lượng bệnh nhân 9 tuổi là nhiều nhất (22 bệnh nhân, 13,8%), số lượng bệnh nhân 12 tuổi là ít nhất (8 bệnh nhân, 5%). Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 2-5 tuổi (71 bệnh nhân, 44,4%), sau đó là nhóm 6-9 tuổi (58 bệnh nhân, 36,3%), nhóm tuổi 10-12 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (31 bệnh nhân, 19,3%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Tỷ lệ khởi phát VDCĐ cao nhất ở độ tuổi dưới 1 tuổi (21,3%), có xu hướng ngày càng giảm đi theo tuổi. Tỷ lệ khởi phát VDCĐ trước 5 tuổi là 65% (104 bệnh nhân), sau 5 tuổi là 35% (56 bệnh nhân). Thời gian mắc bệnh trung bình ($\bar{X} \pm SD$ năm) là $3,05 \pm 2,5$.

Số bệnh nhân ở giai đoạn bệnh bán cấp chiếm tỷ lệ cao nhất 47,5% (76 bệnh nhân), sau đó là giai đoạn mạn tính chiếm 35,6% (57 bệnh nhân), và giai đoạn cấp tính chiếm 16,9% (27 bệnh nhân).

Phân loại mức độ bệnh dựa vào thang điểm SCORAD cho thấy: Số bệnh nhân mức độ nhẹ, nặng, trung bình lần lượt là: 46 (28,7%), 76 (47,5%), 38 (23,8%).

Về triệu chứng cơ năng, 100% bệnh nhân có triệu chứng ngứa và 42,5% bệnh nhân nhận thấy có sự ảnh hưởng đến giấc ngủ.

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử dị ứng bản thân (n = 160)

Tiền sử dị ứng	n	Tỷ lệ %
Môi trường nhiều mạt bụi nhà	8	5
Thức ăn	11	6,9
Kháng sinh	1	0,6
Không	140	87,5
n	160	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 48,1% trẻ có tiền sử gia đình mắc bệnh lý dị ứng (bệnh lý dị ứng bao gồm: Hen phế quản, viêm mũi dị ứng, viêm da cơ địa). 12,5% trẻ ghi nhận có tiền sử dị ứng, trong đó tiền sử dị ứng thức ăn chiếm tỷ lệ cao nhất 6,9%, sau đó là tiền sử dị ứng với môi trường nhiều mạt bụi nhà chiếm 5%, và có 1 trường hợp ghi nhận dị ứng kháng sinh (0,6%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm bạch cầu ái toan và bạch cầu ái kiềm (n = 106)

	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình (G/l)
Bạch cầu ái toan	Cao (> 0,8G/l)	37	34,9	0,6 ± 0,6
	Bình thường (≤ 0,8G/l)	69	65,1	
Bạch cầu ái kiềm	Cao (> 0,1G/l)	1	1	0,03 ± 0,03
	Bình thường (≤ 0,1G/l)	104	99	
n		106		

Nhận xét: Có 34,9% bệnh nhân có chỉ số bạch cầu ái toan tăng, chỉ có 1/160 (1%) bệnh nhân có chỉ số bạch cầu ái kiềm tăng.

Bảng 3. Liên quan giữa chỉ số bạch cầu ái toan và đặc điểm lâm sàng (n = 106)

Đặc điểm lâm sàng		Bạch cầu ái toan		p
		Bình thường n (%)	Cao n (%)	
Mức độ bệnh theo SCORAD	Nhẹ	24 (82,8)	5 (17,2)	0,038
	Trung bình	35 (63,6)	20 (36,4)	
	Nặng	10 (42,5)	12 (57,5)	
Giai đoạn bệnh	Cấp tính	13 (76,5)	4 (23,5)	0,466
	Bán cấp	32 (60,4)	21 (39,6)	
	Mạn tính	24 (66,7)	12 (33,3)	
n	160			

Nhận xét: Có mối liên quan thuận giữa mức độ nặng của bệnh (theo SCORAD) với bạch cầu ái toan ($p < 0,05$) và không có mối liên quan giữa giai đoạn bệnh và bạch cầu ái toan ($p > 0,05$).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm dịch tễ

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong nhóm bệnh nhân VDCĐ trẻ em, tỷ lệ nam/nữ là 1/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Salava và CS trên 20.905 bệnh nhân VDCĐ, trong đó có 9.922 bệnh nhân từ 0-14 tuổi cho thấy không có sự khác biệt tỷ lệ nam/nữ [3].

Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 2-5 tuổi (44,4%), sau đó là nhóm 6-9 tuổi (36,3%), nhóm tuổi 10-12 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (19,4%), kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của VDCĐ trẻ em từ 2-12 tuổi trong nghiên cứu của Trịnh Thị Linh cho thấy nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 2-5 tuổi (47,8%), sau đó là nhóm 6-9 tuổi (32,2%) và thấp nhất là nhóm 10-12 tuổi (20%) [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Tỷ lệ khởi phát VDCĐ ở độ tuổi dưới 1 tuổi là 21,3%, trước 5 tuổi là 65%, sau 5 tuổi là 35%, mặc dù tỷ lệ khởi phát bệnh trước 5 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với nhóm sau 5 tuổi, tỷ lệ này vẫn thấp hơn đặc điểm dịch tễ chung của VDCĐ, với 90% bệnh nhân khởi phát bệnh trước

5 tuổi [5]. Sự khác biệt này có thể do giới hạn độ tuổi của bệnh nhân VDCĐ từ 2-12 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi. 75% trẻ VDCĐ khởi phát bệnh từ thời thơ ấu sẽ tự khỏi bệnh trước tuổi thiếu niên, do đó những trẻ 2-12 tuổi VDCĐ trong nghiên cứu của chúng tôi sẽ có xu hướng khởi phát bệnh muộn hơn.

VDCĐ có 3 giai đoạn bệnh: Cấp tính, bán cấp và mạn tính và có thể xuất hiện trên cùng 1 cá thể trong nhưng khoảng thời gian khác nhau của quá trình diễn biến bệnh, tuy nhiên trẻ 2-12 tuổi thường xuất hiện biểu hiện bệnh ở giai đoạn bán cấp và mạn tính [6]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân trong giai đoạn bán cấp là cao nhất với 47,5%, sau đó là giai đoạn mạn tính 35,6% và giai đoạn cấp tính chiếm tỷ lệ thấp nhất 16,9%, là phù hợp với y văn.

Chúng tôi nhận thấy 47,5% bệnh nhân có mức độ bệnh trung bình, số bệnh nhân có mức độ bệnh nhẹ chiếm 28,7% và số bệnh nhân có mức độ bệnh nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất 23,8% theo thang điểm SCORAD. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Thị Linh trên trẻ em VDCĐ, cho thấy nhóm bệnh nhân ở mức độ bệnh trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), sau đó là nhóm mức độ bệnh nhẹ với 37,78% số bệnh nhân và nhóm mức độ bệnh nặng chiếm 12,22% [4].

100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng ngứa và 42,5% bệnh nhân nhận thấy có sự ảnh hưởng đến giấc ngủ. Kết quả này tương đồng với tác giả Trương Tiểu Vi từng báo cáo

triệu chứng ngứa gặp ở 100% bệnh nhân VDCĐ, và có 54,9% bệnh nhân có mất ngủ [7].

Hai yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của VDCĐ là: Đột biến gen FLG và tiền sử gia đình mắc bệnh lý dị ứng bao gồm: VDCĐ, viêm mũi dị ứng, hen phế quản. 48,1% bệnh nhi trong nghiên cứu có tiền sử gia đình mắc bệnh lý dị ứng, tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Vaneckova cho thấy có 46% bệnh nhân VDCĐ có tiền sử gia đình có cơ địa dị ứng [8].

12,5% bệnh nhi VDCĐ có tiền sử dị ứng, trong đó có 6,9% trẻ được bố mẹ ghi nhận có dị ứng thức ăn. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ dị ứng thức ăn 20-80% bệnh nhân VDCĐ được báo cáo trong các nghiên cứu của Burks [9]. Sự khác biệt này là do tiền sử dị ứng mẫn cảm thức ăn trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu được khai thác qua bố mẹ - một phương pháp có giá trị thấp, trong khi các nghiên cứu trên thế giới sử dụng các xét nghiệm có giá trị cao để chẩn đoán như test lấy da, test thử thách thức ăn,... Có ba biểu hiện phản ứng ở da với thức ăn có thể xảy ra ở những bệnh nhân VDCĐ: Loại thứ nhất là biểu hiện mề đay, phù mạch - thường xảy ra ngay lập tức trong vài phút sau khi ăn mà không làm trầm trọng thêm tình trạng VDCĐ, loại thứ hai là bệnh nhân biểu hiện mề đay, phù mạch nhưng do ngứa gây làm trầm trọng thêm tình trạng VDCĐ, loại thứ ba là khởi phát đợt cấp của VDCĐ xảy ra muộn sau 6 - 48 giờ - "phản ứng muộn" này có thể xảy ra đơn độc hoặc xảy ra sau một phản ứng ngay lập tức. Vì thế, phụ huynh của trẻ khó có thể nhận biết được loại phản ứng thứ ba do thời gian xảy ra muộn kể từ thời điểm tiếp xúc, và biểu hiện không rõ ràng.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Theo Bảng 2 và 3, trong 106 bệnh nhân được xét nghiệm tổng phân tích máu ngoại vi: Có 34,9% bệnh nhân có chỉ số bạch cầu ái toan tăng trong máu ngoại vi, số lượng bạch cầu ái toan trung bình là $0,6 \pm 0,6G/l$ và có mối liên quan giữa lượng bạch cầu ái toan và mức độ bệnh: Bệnh nhân có mức độ bệnh càng nặng thì số lượng bạch cầu ái toan càng tăng. Gần đây một số nghiên cứu đã chứng minh còn có sự gia tăng của bạch cầu ái toan và các sản phẩm của chúng trong máu ngoại vi của bệnh nhân

VDCĐ. Năm 2020, nghiên cứu của Hu và CS cho thấy 20,7% bệnh nhân VDCĐ có chỉ số bạch cầu ái toan trong máu tăng và số lượng bạch cầu ái toan trung bình là 0,24G/l cao hơn nhóm chứng không mắc VDCĐ, nhưng thấp hơn các giá trị mà chúng tôi đưa ra [10]. Tuy nhiên, tác giả này cũng đã tìm thấy mối liên quan giữa chỉ số bạch cầu ái toan và mức độ bệnh VDCĐ.

Chỉ có 1/160 (1%) bệnh nhi có bạch cầu ái kiềm trong máu tăng, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Hu cho thấy 13,9% bệnh nhân VDCĐ có bạch cầu ái kiềm trong máu tăng [10].

5. Kết luận

Về dịch tễ, 48,8% bệnh nhân là nam giới và 51,2% bệnh nhân là nữ giới. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 2-5 tuổi (44,4%), sau đó là nhóm 6-9 tuổi (36,3%), và nhóm 10-12 tuổi (19,3%). Tỷ lệ khởi phát VDCĐ trước 5 tuổi là 65%, sau 5 tuổi là 35%. Về lâm sàng, 47,5% bệnh nhân có mức độ bệnh trung bình, số bệnh nhân có mức độ bệnh nhẹ chiếm 28,7% và số bệnh nhân có mức độ bệnh nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất 23,8%. Về cận lâm sàng, 34,9% bệnh nhân có chỉ số bạch cầu ái toan tăng và có mối liên quan giữa bạch cầu ái toan với mức độ bệnh viêm da cơ địa.

Tài liệu tham khảo

1. Pyun BY (2015) *Natural history and risk factors of atopic dermatitis in children*. Allergy Asthma Immunol Res 7(2): 101-105. doi:10.4168/aair.2015.7.2.101.
2. Illi S, von Mutius E, Lau S, Nickel R, Grüber C, Niggemann B, Wahn U; Multicenter Allergy Study Group (2004) *The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma*. J Allergy Clin Immunol 113(5): 925-931. doi: 10.1016/j.jaci.2004.01.778.
3. Salava A, Rieppo R, Lauerma A, Salo V (2022) *Age-dependent distribution of atopic dermatitis in primary care: A nationwide population-based study from finland*. Acta Derm Venereol 102: 00738-adv00738. doi:10.2340/actadv.v102.2287.

4. Trịnh Thị Linh (2018) *Nghiên cứu thay đổi nồng độ kẽm trong máu của bệnh nhân viêm da cơ địa trẻ em tại Bệnh viện Da liễu Trung ương*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Avena-Woods C (2017) *Overview of atopic dermatitis*. Am J Manag Care 23(8 Suppl): S115-S123. PMID: 28978208.
6. Goldsmith LA, Fitzpatrick TB (2012) *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 8th ed. McGraw-Hill Medical.
7. Trương Tiểu Vi, Nguyễn Tất Thắng, Văn Thế Trung (2018) *Nồng độ IgE huyết thanh toàn phần và đặc hiệu trên bệnh nhân viêm da cơ địa tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh*. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 22(4), tr. 125-129.
8. Vaneckova J, Bukač J (2016) *The severity of atopic dermatitis and the relation to the level of total IgE, onset of atopic dermatitis and family history about atopy*. Food Agric Immunol 27(5): 734-741. doi:10.1080/09540105.2016.1183598.
9. Burks AW, James JM, Hiegel A et al (1998) *Atopic dermatitis and food hypersensitivity reactions*. J Pediatr 132(1): 132-136. doi:10.1016/s0022-3476(98)70498-6.
10. Hu Y, Liu S, Liu P, Mu Z, Zhang J (2020) *Clinical relevance of eosinophils, basophils, serum total IgE level, allergen-specific IgE, and clinical features in atopic dermatitis*. J Clin Lab Anal 34(6):23214. doi:10.1002/jcla.23214.