

Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của trẻ viêm da cơ địa và mức độ tác động của bệnh lên gia đình cha, mẹ và người chăm sóc trực tiếp trẻ qua bảng điểm DFI

Epidemiological and clinical characteristics of children with atopic dermatitis and the impact of the disease on the family, father, mother and direct caregivers of the child through the DFI questionnaire

Nguyễn Thị Hồng Chuyên* và Trịnh Thị Tuyết Minh

Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của trẻ và người chăm sóc trực tiếp trẻ viêm da cơ địa. Xác định điểm số tác động gia đình của bệnh viêm da cơ địa thông qua bảng câu hỏi DFI (Dermatitis Family Impact Questionnaire) và mối liên quan giữa điểm DFI với độ nặng của bệnh theo SCORAD tại Bệnh viện Nhi đồng 2 và Bệnh viện Da Liễu Tp. Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 408 trẻ và người chăm sóc trực tiếp trẻ bị viêm da cơ địa tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 và Bệnh viện Da liễu TP. HCM, từ tháng 02/2023 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Tuổi trung vị của trẻ là 3,67 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1. Hầu hết mẹ là người chăm sóc trực tiếp cho trẻ chiếm 79,9% và nghề nội trợ chiếm tỷ lệ cao nhất 25,98%, 21,57% trẻ có tiền sử gia đình bị viêm da cơ địa. Tuổi khởi phát bệnh trung vị là 12 tháng, thời gian mắc bệnh trung vị là 8,25 tháng. Điểm SCORAD trung vị là 33,65 điểm. Điểm DFI trung bình là $9,45 \pm 4,32$ điểm, trung vị là 9 điểm, có mối tương quan thuận giữa điểm SCORAD và điểm DFI ($p=0,001$). **Kết luận:** Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của trẻ và gia đình trẻ VDCĐ rất đa dạng. Đa phần trẻ mắc bệnh mức độ vừa, với điểm SCORAD là 33,65 điểm. Bệnh có tác động vừa đến cha mẹ và người chăm sóc trẻ, thể hiện qua điểm DFI, có mối tương quan giữa điểm DFI và mức độ nặng của bệnh theo SCORAD.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, bảng câu hỏi DFI, viêm da cơ địa.

Summary

Objective: To describe the epidemiological and clinical characteristics of 408 children and direct caregivers of children with atopic dermatitis. To determine the family impact score of atopic dermatitis through the DFI (Dermatitis Family Impact Questionnaire) questionnaire and the relationship between DFI score and disease severity according to SCORAD at Children's Hospital 2 and Ho Chi Minh City Hospital of Dermato Venereology. **Subject and method:** Descriptive cross-sectional study on children and direct caregivers of children with atopic dermatitis at Children's Hospital 2 and Ho Chi Minh City Hospital of Dermato Venereology, from February 2023 to July 2023. **Result:** The median age of the children was 3.67 years old. The male/female ratio was 1.1/1. Most mothers were direct caregivers for children, accounting for 79.9%, and housewives account for the highest percentage was 25.98%. 21.57% of children had a family history of atopic dermatitis. Median age of disease onset was 12 months, median disease duration was 8.25 months. The median SCORAD score was 33.65 points. The median DFI score

Ngày nhận bài: 25/12/2023, ngày chấp nhận đăng: 01/4/2024

* Tác giả liên hệ: chuyennguyen@ump.edu.vn - Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

was 9 points, with a positive correlation between SCORAD score and DFI score ($p=0.0001$). *Conclusion:* Epidemiological and clinical characteristics of children and their families with atopic dermatitis are very diverse. Most children have moderate disease, with a SCORAD score of 33.65 points. The disease has a moderate impact on parents and caregivers, as shown by the DFI score, there is a correlation between the DFI score and the severity of the disease according to SCORAD.

Keywords: Quality of life, DFI questionnaire, atopic dermatitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ địa (VDCĐ) là bệnh da viêm, mạn tính và hay tái phát. Đây là bệnh da thường gặp, phổ biến ở trẻ em nhiều hơn người lớn. Bệnh ảnh hưởng khoảng 15% đến 20% ở trẻ em và 1% đến 3% ở người lớn, phổ biến nhất là ở trẻ dưới 5 tuổi¹. Các cá nhân bị bệnh, ngoài việc chịu ảnh hưởng của việc điều trị y tế, còn phải chịu tác động lớn về gánh nặng tâm lý, xã hội đáng kể. Hơn nữa, vì bệnh chủ yếu khởi phát ở thời thơ ấu nên các thành viên trong gia đình, đặc biệt là cha mẹ và người chăm sóc trực tiếp cho trẻ cũng bị ảnh hưởng bởi tình trạng này. Gánh nặng về thời gian điều trị bệnh, cũng như những thay đổi trong sinh hoạt, chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, các hoạt động của gia đình, giấc ngủ, tinh thần... đều bị ảnh hưởng². Một vài bảng câu hỏi đo lường tác động của bệnh da ảnh hưởng đến gia đình đã được thiết kế như: Dermatitis Family Impact (DFI)³ ra đời năm 1995, Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI)⁴ ra đời năm 2007... Các công cụ này đều đã được đánh giá và sử dụng trong một vài nghiên cứu lâm sàng. Trong số này, bảng câu hỏi của DFI là ra đời sớm nhất, được công bố trên toàn thế giới và đã được nhiều công trình nghiên cứu đánh giá có tính giá trị, độ tin cậy cao, được sử dụng rộng rãi trong nhiều nghiên cứu về viêm da cơ địa và các bệnh da khác. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu nhằm mục tiêu: *Xác định những đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của trẻ và gia đình trẻ VDCĐ, và đánh giá những ảnh hưởng của viêm da cơ địa lên gia đình và cha mẹ hoặc người chăm sóc trực tiếp cho trẻ thông qua bảng câu hỏi DFI.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

408 Trẻ viêm da cơ địa và cha, mẹ hoặc người chăm sóc trực tiếp cho trẻ đến khám tại bệnh viện

Nhi Đồng 2 và Bệnh viện Da liễu TP. HCM từ tháng 02/2023 đến tháng 07/2023.

Tiêu chuẩn nhận vào: Trẻ em ≤ 16 tuổi được chẩn đoán viêm da cơ địa theo tiêu chuẩn Hanifin và Raika năm 1980 bởi bác sĩ nhi khoa và/hoặc bác sĩ da liễu. Cha, mẹ hoặc người chăm sóc trực tiếp trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Cha, mẹ hoặc người chăm sóc trực tiếp trẻ không hoàn thành đầy đủ bảng câu hỏi DFI.

2.2. Phương pháp:

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Chọn mẫu: Thuận tiện và liên tục.

Ước lượng cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ của dân số

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

Với n: Cỡ mẫu tối thiểu cần tính; $Z_{1-\alpha/2}$ với độ tin cậy 95% ($\alpha=0,05$); $d=0,05$; p: Tỷ lệ cha/mẹ/người CSTT trẻ mắc VDCĐ. Ta tính được cỡ mẫu tối thiểu cần có $n = 385$ cha/mẹ/người chăm sóc trực tiếp. Trong thời gian từ tháng 02/2023 đến tháng 7/2023, chúng tôi đã đưa vào nghiên cứu 408 cha/mẹ/người chăm sóc trực tiếp.

Các bước thực hiện: Cha, mẹ, người chăm sóc trực tiếp trẻ VDCĐ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, sau khi được giải thích rõ về các mục tiêu nghiên cứu cũng như cách thức tiến hành nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu, sẽ ký tên vào phiếu đồng thuận và hoàn thành bảng DFI. Khuyến khích người tham gia nghiên cứu trả lời càng chi tiết càng tốt về từng câu hỏi. Mỗi câu trả lời có số điểm tương ứng: Không là 0 điểm, ít là 1 điểm, nhiều là 2 điểm, rất nhiều là 3 điểm.

Bảng câu hỏi tác động gia đình của bệnh viêm da cơ địa đã được dịch và giải thích một cách chi tiết (dựa trên bảng câu hỏi DFI)³:

Câu 1: Trong 1 tuần vừa qua, bệnh viêm da cơ địa (bệnh chàm) của trẻ đã ảnh hưởng đến công việc nhà (ví dụ như Anh/Chị phải giặt giũ, phải dọn dẹp nhà cửa nhiều hơn thường ngày, khối lượng công việc nhà tăng lên...) của Anh/Chị ở mức độ nào?

- ☐ Rất nhiều
☐ Nhiều
☐ Ít
☐ Không
☐ Diễn giải cụ thể:.....

Câu 2: Trong 1 tuần vừa qua, bệnh viêm da cơ địa (bệnh chàm) của trẻ đã ảnh hưởng đến việc lựa chọn thực phẩm, thức ăn (như Anh/Chị phải tránh mua một số loại thực phẩm có thể gây ra bệnh của trẻ hoặc làm bệnh của trẻ nặng hơn, mặc dù một số thành viên khác trong gia đình rất thích... hoặc Anh/Chị phải chuẩn bị thức ăn riêng cho trẻ) ở mức độ nào?

- ☐ Rất nhiều
☐ Nhiều
☐ Ít
☐ Không
☐ Diễn giải cụ thể:.....

Câu 3: Trong 1 tuần vừa qua, bệnh viêm da cơ địa (bệnh chàm) của trẻ đã ảnh hưởng đến giấc ngủ của những thành viên khác trong gia đình Anh/Chị ở mức độ nào (bị rối loạn giấc ngủ vào ban đêm do trẻ thường xuyên gãi, và ai bị ảnh hưởng nhiều nhất)?

- ☐ Rất nhiều
☐ Nhiều
☐ Ít
☐ Không
☐ Diễn giải cụ thể:.....

Câu 4: Trong 1 tuần vừa qua, bệnh viêm da cơ địa (bệnh chàm) của trẻ đã ảnh hưởng đến các hoạt động vui chơi giải trí của gia đình Anh/Chị ở mức độ nào? Ví dụ như đi bơi, đi các khu vui chơi, đi ăn...

- ☐ Rất nhiều
☐ Nhiều
☐ Ít
☐ Không
☐ Diễn giải cụ thể:.....

Câu 5: Trong 1 tuần vừa qua, bệnh viêm da cơ địa (bệnh chàm) của trẻ đã ảnh hưởng đến cuộc

sống xã hội như hạn chế việc đi chơi, đến thăm người thân, bạn bè, hoặc cách hoạt động cùng đồng nghiệp, giảm thời gian gặp gỡ người khác và duy trì các mối quan hệ bên ngoài, cũng như hạn chế các hoạt động thường ngày hằng ngày hoặc ảnh hưởng thời gian dành cho việc mua sắm của gia đình Anh/Chị ở mức độ nào?

- ☐ Rất nhiều
☐ Nhiều
☐ Ít
☐ Không
☐ Diễn giải cụ thể:.....

Câu 6: Trong 1 tuần vừa qua, bệnh viêm da cơ địa (bệnh chàm) của trẻ đã ảnh hưởng đến gánh nặng tài chính của gia đình Anh/Chị (ví dụ như chi phí cho điều trị thăm khám tại bệnh viện, việc di chuyển đi lại, hoặc mua quần áo, chăn mền và các sản phẩm đặc biệt cho trẻ như sữa tắm, kem dưỡng ẩm... hoặc Anh/Chị phải nhờ sự hỗ trợ tài chính từ gia đình, phải làm thêm giờ, tăng ca...) ở mức độ nào?

- ☐ Rất nhiều
☐ Nhiều
☐ Ít
☐ Không
☐ Diễn giải cụ thể:.....

Câu 7: Trong 1 tuần vừa qua, bệnh viêm da cơ địa (bệnh chàm) của trẻ đã ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất của Anh/Chị (như cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, bận rộn vì việc điều trị bệnh cho trẻ, chăm sóc cho trẻ...) ở mức độ nào?

- ☐ Rất nhiều
☐ Nhiều
☐ Ít
☐ Không
☐ Diễn giải cụ thể:.....

Câu 8: Trong 1 tuần vừa qua, bệnh viêm da cơ địa (bệnh chàm) của trẻ làm Anh/Chị cảm thấy đau buồn, thất vọng, lo lắng về bệnh tật, về vấn đề điều trị bệnh của trẻ, cảm thấy chán nản, căng thẳng về cảm xúc, cảm thấy xấu hổ, cảm thấy bất lực, cảm thấy có lỗi với trẻ ở mức độ nào?

- ☐ Rất nhiều
☐ Nhiều

- ☐ Ít
☐ Không
☐ Diễn giải cụ thể:.....

Câu 9: Trong 1 tuần vừa qua, bệnh viêm da cơ địa (bệnh chàm) của trẻ đã ảnh hưởng đến mối quan hệ giữa Anh/Chị với vợ/chồng (như chuyện sinh hoạt vợ chồng) hoặc mối quan hệ giữa Anh/Chị và những đứa con khác của Anh/Chị trong gia đình (như chúng cảm thấy Anh/Chị ít quan tâm chăm sóc chúng hơn đứa trẻ bị bệnh...) ở mức độ nào?

- ☐ Rất nhiều
☐ Nhiều
☐ Ít
☐ Không
☐ Diễn giải cụ thể:.....

Câu 10: Trong 1 tuần vừa qua, Anh/Chị thấy những hỗ trợ y tế cho việc điều trị bệnh (như

phương pháp điều trị cho trẻ, các thông tin về tình trạng bệnh của trẻ mà nhân viên y tế cung cấp...) có ảnh hưởng đến cuộc sống của mình ở mức độ nào? Anh/Chị có không hài lòng với những hỗ trợ này không? (Ví dụ cần nhiều thông tin về tình trạng bệnh của trẻ hơn, cảm thấy trẻ cần phải được điều trị thêm gì đó nhiều hơn...).

- ☐ Rất nhiều
☐ Nhiều
☐ Ít
☐ Không
☐ Diễn giải cụ thể:.....

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y dược TP. HCM, mã số 22631-ĐHYD, ngày 18/11/2022.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của trẻ và người chăm sóc trực tiếp trẻ VDCĐ (n = 408)

Biến số	n/%
Tuổi của trẻ (trung vị, khoảng tứ phân vị), (năm tuổi)	3,67 (1,08 - 7)
Giới tính của trẻ, nam, (%)	214/52,45
Nơi cư trú, (%)	
TP. Hồ Chí Minh	186/45,59
Tỉnh khác	222/54,41
Quan hệ người chăm sóc trực tiếp cho trẻ, (%)	
Cha	54/13,24
Mẹ	326/79,9
Khác	28/6,86
Nghề nghiệp, (%)	
Công nhân, nông dân	69/16,91
Buôn bán, kinh doanh	78/19,12
Nhân viên văn phòng	74/18,14
Nhân viên y tế	13/3,19
Viên chức	30/7,35
Nội trợ	106/25,98
Tự do	38/9,31
Tiền sử VDCĐ của gia đình, (%)	
Có	88/21,57
Không	320/78,43

Chúng tôi ghi nhận được: Tuổi trung vị của trẻ VDCĐ là 3,67 tuổi (nhỏ nhất là 1,5 tháng tuổi đến lớn nhất là 15 tuổi). Trẻ nam chiếm ưu thế (52,45%). Trẻ đến từ nhiều tỉnh thành khác nhau. Do chủ yếu là các trẻ nhỏ, nên mẹ sẽ là người chăm sóc trực tiếp trẻ nhiều hơn (79,9%) và nghề nghiệp chủ yếu là nội trợ (25,98%). Có đến 21,57% trẻ có tiền sử gia đình về VDCĐ.

Bảng 2. Đặc điểm về bệnh VDCĐ trẻ (n = 408)

Biến số	n/%
Tuổi khởi phát bệnh, (trung vị, khoảng tứ phân vị), (tháng tuổi)	12 (2-53,5)
Thời gian mắc bệnh, (trung vị, khoảng tứ phân vị), (tháng)	8,25 (2-26)
Bệnh đồng mắc (%)	
Hen phế quản	14/3,43
Viêm mũi dị ứng	28/6,86
Dị ứng thức ăn	366/13,73
Bội nhiễm, (%)	
Nhiễm vi khuẩn	60/14,71
Nhiễm HSV	5/1,23
Nhiễm nấm	9/2,21
Không	334/81,85
Điểm SCORAD, (trung vị, khoảng tứ phân vị)	33,65 (25,9-42,35)
Phân độ nặng theo SCORAD	
Nhẹ	90/22,05
Vừa	260/63,73
Nặng	58/14,22

Kết quả ghi nhận được: Trẻ khởi phát VDCĐ khoảng 12 tháng tuổi, thời gian mắc bệnh kéo dài khoảng 8,25 tháng. Tỷ lệ bệnh đồng mắc cao nhất là dị ứng thức ăn 13,73%. Trẻ cũng bị bội nhiễm, có cả nhiễm vi khuẩn, nhiễm HSV, nhiễm nấm. Điểm SCORAD là 33,65 điểm, với độ nặng của bệnh rơi vào mức độ vừa và nặng chiếm tỉ lệ cao nhất.

Bảng 3. Mức độ tác động của VDCĐ lên gia đình và người chăm sóc trực tiếp trẻ qua bảng điểm DFI (n = 408)

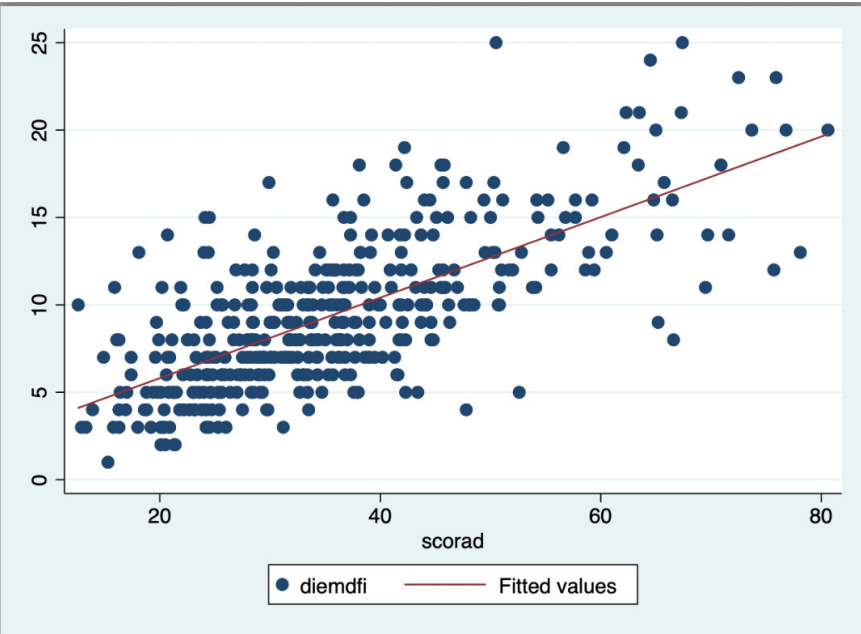
Biến số	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Điểm DFI câu 1	1,44 $\pm$ 0,69
Điểm DFI câu 2	1,01 $\pm$ 0,85
Điểm DFI câu 3	0,97 $\pm$ 0,86
Điểm DFI câu 4	0,62 $\pm$ 0,67
Điểm DFI câu 5	0,39 $\pm$ 0,61
Điểm DFI câu 6	1,21 $\pm$ 0,82
Điểm DFI câu 7	1,15 $\pm$ 0,70
Điểm DFI câu 8	1,76 $\pm$ 0,59
Điểm DFI câu 9	0,24 $\pm$ 0,47
Điểm DFI câu 10	0,63 $\pm$ 0,70
Tổng điểm DFI	9,45 $\pm$ 4,32

Điểm DFI trung bình là $9,45 \pm 4,32$ điểm, trung vị là 9 điểm, khoảng tứ phân vị 6 - 12, lớn nhất 25 điểm, nhỏ nhất 1 điểm.

Bảng 4. Mối liên quan giữa điểm DFI và độ nặng của bệnh (n = 408)

Biến số	r	p
Điểm DFI Điểm SCORAD	0,6738	0,0000

(Tương quan Spearman, $p < 0,05$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê)



Biểu đồ 1. Biểu đồ thể hiện tương quan giữa điểm DFI và điểm SCORAD

Nhận xét: Có mối tương quan thuận giữa điểm DFI và điểm SCORAD. Điểm DFI càng cao thì SCORAD càng lớn (bệnh càng nặng).

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ bệnh (theo SCORAD) và điểm DFI (n = 408)

Độ nặng SCORAD	Tỷ lệ %	Điểm DFI trung bình	p
Nhẹ	22,06	6,1	0,001
Vừa	63,73	9,3	
Nặng	14,22	15,2	

(Kiểm định Kruskal-Wallis, $p < 0,05$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê).

Nhận xét: Có mối liên quan giữa mức độ nặng của bệnh (theo SCORAD) với DFI, mức độ bệnh càng nặng thì điểm DFI càng cao với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 408 cha/mẹ/người chăm sóc trực tiếp trẻ bị VDCĐ chúng tôi ghi nhận

tuổi của trẻ viêm da cơ địa có giá trị trung vị là 3,67 tuổi, khoảng tứ phân vị 1,08-7 tuổi. Kết quả của chúng tôi nhỏ hơn so với nghiên cứu của tác giả Ngô Duy Đăng Khoa (2020)⁵ tuổi trung vị của trẻ viêm da cơ địa là 5 tuổi, khoảng tứ phân vị là 3-9 tuổi, nhưng nhìn chung nhóm tuổi nhỏ chiếm ưu thế hơn.

Tỉ lệ nam nữ trong nhóm nghiên cứu là 1,1/1, trẻ nam chiếm ưu thế hơn. Theo Hwang C và cộng sự thì bệnh viêm da cơ địa trước 8 tuổi tỷ lệ nữ ít hơn nam, sau 8 tuổi thì nam ít hơn nữ⁶.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự chênh lệch về nơi cư trú, 45,59% trẻ sống tại thành phố Hồ Chí Minh và 54,41% trẻ sống tại các tỉnh thành khác. Kết quả này khác với nghiên cứu của tác giả Ngô Duy Đăng Khoa (2020)⁵ bệnh nhân sống tại TP. Hồ Chí Minh chiếm 51,28%, các tỉnh thành khác là 48,72%. Điều này có thể giải thích, do địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 và Bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh, cả 2 bệnh viện này đều là bệnh viện chuyên khoa hàng đầu của khu vực phía Nam, nên bệnh nhân từ rất nhiều tỉnh thành khác nhau đến khám.

Chúng tôi ghi nhận được hầu hết mẹ là người chăm sóc trực tiếp cho trẻ, chiếm tỷ lệ ưu thế 79,90%, cha chiếm tỷ lệ ít hơn 13,24%, còn lại là quan hệ khác với trẻ như bà ngoại, bà nội, ông ngoại, chị gái... chiếm 6,86%. Điều này phù hợp với thực tế, vì đa phần mẹ sẽ là người chăm sóc trực tiếp cho trẻ trong gia đình, nhất là trẻ nhỏ.

Người chăm sóc trực tiếp cho trẻ có nghề nghiệp đa dạng. Cao nhất là nội trợ chiếm 25,98%, kế đến là buôn bán kinh doanh chiếm 19,12%, nhân viên văn phòng chiếm 18,14%, các nhóm nghề nghiệp còn lại là công nhân, nông dân, nhân viên y tế, viên chức... Kết quả này khác so với của tác giả Maksimovic và cộng sự (2019)⁷ 86,7% cha mẹ có việc làm, chỉ 13,3% là ở nhà làm nội trợ. Điều này có thể lý giải do hệ thống kinh tế xã hội và văn hoá của mỗi nước là khác nhau.

Kết quả phân tích cho thấy 21,57% gia đình của trẻ có tiền sử viêm da cơ địa, và 78,43% không có tiền sử này. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Ngô Duy Đăng Khoa (2020)⁵ chỉ có 1,28% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc viêm da cơ địa. Một số nghiên cứu nước ngoài đã khẳng định, khoảng 70% bệnh nhân viêm da cơ địa có tiền sử gia đình với bệnh này.

Kết quả phân tích thống kê cho thấy tuổi khởi phát bệnh trung vị là 12 tháng, khoảng tứ phân vị từ 2 - 53,5 tháng. Kết quả này giống với nghiên cứu của

tác giả Ngô Duy Đăng Khoa (2020)⁵ với trung vị tuổi khởi phát là 01 tuổi.

Nhìn chung thời gian mắc bệnh của trẻ khá dài, trung vị là 8,25 tháng, khoảng tứ phân vị 2 - 26 tháng, kéo dài nhất đến 155 tháng và thấp nhất 0,1 tháng. Hiện tại chưa có nghiên cứu nào ghi nhận thời gian mắc bệnh ở nhóm trẻ em viêm da cơ địa được công bố nên chúng tôi chưa thể so sánh được. Nhưng nhìn chung, kết quả này khá phù hợp với sinh bệnh học với các đợt tái phát dai dẳng từ khi khởi phát bệnh.

Chúng tôi ghi nhận bệnh đồng mắc ở trẻ thông qua hỏi bệnh sử, trẻ được chẩn đoán hen phế quản, viêm mũi dị ứng bởi bác sĩ nhi khoa trước đó, dị ứng thức ăn được cha mẹ ghi nhận trong quá trình chăm sóc trẻ. Nhìn chung trẻ có tỷ lệ bệnh đồng mắc tương đối thấp: 3,43% trẻ bị hen, 6,86% trẻ bị viêm mũi dị ứng, 13,73% trẻ có dị ứng thức ăn. Tỷ lệ trẻ có tiền căn viêm mũi dị ứng của chúng tôi thấp hơn của tác giả Ngô Duy Đăng Khoa, trẻ có tiền căn viêm mũi dị ứng là 16,15% và tỷ lệ trẻ có tiền căn hen phế quản của chúng tôi cũng thấp hơn, của tác giả Ngô Duy Đăng Khoa là 5,9%⁵.

Tình trạng bội nhiễm ở trẻ được chúng tôi ghi nhận dựa trên chẩn đoán lâm sàng của bác sĩ khi khám bệnh và dựa vào các đặc điểm lâm sàng của sang thương da. Kết quả ghi nhận 14,71% trẻ bị bội nhiễm vi khuẩn, trong đó ghi nhận lại đặc điểm sang thương rỉ dịch, chảy mủ, đóng mào vàng... 2,21% trẻ bị bội nhiễm nấm với đặc điểm sang thương hồng ban có giới hạn rõ, hoặc dạng vòng, tiến triển ly tâm... 1,23% trẻ bị nhiễm HSV và 81,85% trẻ không bị bội nhiễm.

Trên thế giới có nhiều thang đo để đánh giá độ nặng của viêm da cơ địa, tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều sử dụng thang điểm SCORAD và nghiên cứu của chúng tôi cũng vậy. Kết quả phân tích thống kê cho thấy điểm SCORAD có giá trị trung vị là 33,65 điểm, khoảng tứ phân vị 25,9-42,35, điểm SCORAD cao nhất là 80,6 và nhỏ nhất là 12,6 điểm. Kết quả của chúng tôi giống với nghiên cứu của tác giả Ngô Duy Đăng Khoa (2020)⁵ điểm SCORAD trung bình là $33,33 \pm 17,38$ điểm. Nhìn chung độ nặng SCORAD của trẻ viêm da

cơ địa ở mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 63,73%, 14,22% bệnh ở mức độ nặng, trung bình - nặng là 77,95% còn lại 22,05% bệnh mức độ nhẹ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm DFI có giá trị trung bình là $9,45 \pm 4,32$, điểm trung vị là 9 điểm (khoảng tứ phân vị 6-12 điểm), cao nhất là 25 điểm, thấp nhất là 1 điểm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu đa quốc gia của tác giả Sebastien Babarot và cộng sự (2022) với điểm DFI trung bình là 9,6 điểm⁸. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi lại thấp hơn nghiên cứu của Al Shobaili và cộng sự (2010) được thực hiện tại Ả Rập Saudi, điểm DFI trung bình là 13,9 điểm, cao nhất cũng là 26 điểm và thấp nhất 2 điểm⁹. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau của dân số nghiên cứu và đặc điểm của bệnh.

Chúng tôi ghi nhận có sự tương quan thuận giữa điểm DFI và điểm SCORAD, cũng như với mức độ nặng của bệnh. Bệnh càng nặng thì mức độ ảnh hưởng lên các khía cạnh của gia đình càng nhiều và điểm số DFI càng cao, và sự thay đổi của điểm SCORAD góp phần giải thích 49,8% cho sự thay đổi của điểm DFI. Kết quả này giống với hầu hết các nghiên cứu đã được thực hiện trên thế giới. Nghiên cứu của Sebastien Barbarot và cộng sự cho thấy mức độ nghiêm trọng của viêm da cơ địa được báo cáo là có liên quan đáng kể nhất với tác động gia đình ở tất cả các khu vực khác nhau trong nghiên cứu⁸. Trong nghiên cứu của Al Shobaili và cộng sự ghi nhận có mối tương quan tích cực rõ ràng, trong đó chất lượng cuộc sống của gia đình bị xáo trộn nghiêm trọng do mức độ nghiêm trọng ngày càng tăng của bệnh ($r=0,79$)⁹.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của trẻ viêm da cơ địa khá đa dạng. Chất lượng cuộc sống và tác động của bệnh VDCĐ lên gia đình, cha mẹ, người chăm sóc trẻ thể hiện qua điểm DFI và có tương quan thuận với mức độ bệnh, điểm DFI càng cao thì bệnh càng nặng, điểm SCORAD càng lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL et al (2014) *Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 1. Diagnosis and assessment of*

- atopic dermatitis*. J Am Acad Dermatol 70(2): 338-351. doi:10.1016/j.jaad.2013.10.010.
2. Yang EJ, Beck KM, Sekhon S, Bhutani T, Koo J (2019) *The impact of pediatric atopic dermatitis on families: A review*. Pediatr Dermatol 36(1): 66-71. doi:10.1111/pde.13727.
3. Lawson V, Lewis-Jones MS, Finlay AY, Reid P, Owens RG (1998) *The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact questionnaire*. Br J Dermatol 138(1): 107-113. doi:10.1046/j.1365-2133.1998.02034.x.
4. Basra MKA, Sue-Ho R, Finlay AY (2007) *The Family Dermatology Life Quality Index: Measuring the secondary impact of skin disease*. Br J Dermatol 156(3): 528-538. doi: 10.1111/j.1365-2133.2006.07617.x.
5. Ngô Duy Đăng Khoa (2020) *IgE đặc hiệu trên trẻ em Viêm da cơ địa tại bệnh viện da liễu TP.HCM*. Luận văn chuyên khoa II Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Published online.
6. Hwang CY, Chen YJ, Lin MW et al (2010) *Prevalence of atopic dermatitis, allergic rhinitis and asthma in Taiwan: A national study 2000 to 2007*. Acta Derm Venereol 90(6): 589-594. doi: 10.2340/00015555-0963.
7. Maksimovic N, Zaric M, Reljic V, Nikolic M, Gazibara T (2020) *Factors associated with improvement of quality of life among parents of children with atopic dermatitis: 1-year prospective cohort study*. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV 34(2): 325-332. doi:10.1111/jdv.15939.
8. Barbarot S, Silverberg JL, Gadkari A et al (2022) *The Family Impact of Atopic Dermatitis in the Pediatric Population: Results from an International Cross-sectional Study*. J Pediatr 246: 220-226.. doi:10.1016/j.jpeds.2022.04.027.
9. Al Shobaili HA (2010) *The impact of childhood atopic dermatitis on the patients' family*. Pediatr Dermatol 27(6): 618-623. doi: 10.1111/j.1525-1470.2010.01215.x.