KHẢO SÁT TỈ LỆ VIÊM DA CƠ ĐỊA VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH Ở TRẺ EM TỪ 2 THÁNG ĐẾN DƯỚI 5 TUỔI TẠI QUẬN I THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Hồng Huyên*, Phạm Thị Minh Hồng*

TÓM TẮT

***Đặt vấn đề**: Viêm da cơ địa (VDCĐ) là một bệnh lý về da phổ biến ở trẻ em. Việc chẩn đoán sớm và nhận biết các yếu tố liên quan đến tỉ lệ mắc và độ nặng của VDCĐ có thể giúp trẻ tránh các yếu tố làm nặng hơn tình trạng bệnh và cải thiện chất lượng cuộc sống.*

***Mục tiêu**: Xác định tỉ lệ VDCĐ của trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại quận 1 thành phố Hồ Chí Minh, đặc điểm lâm sàng và phân loại độ nặng của VDCĐ ở trẻ dưới 5 tuổi và mối liên quan giữa các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng với tỉ lệ mắc và độ nặng của VDCĐ.*

***Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu (NC) cắt ngang.*

***Kết quả**: Tổng số 662 trẻ, tuổi trung bình 21,5±18,36 tháng; trẻ gái/trai 325/337. Tỉ lệ mắc VDCĐ là 15,3%. Tổn thương chủ yếu là mặt (81,2%), tay (35,6%), chân (28,7%), thân mình (16,8%); cả 2 vị trí: 33/101(32,6%), 3 vị trí (9%), 4 vị trí (3%). Đa số trẻ có biểu hiện đỏ da (77,23%), sưng và sần sùi (64%), rỉ nước (8,9%), trầy xước do gãi (29,7%), vết lằn da (21,8%) và khô da (63,4%). 22% trẻ bị mất ngủ, 86% ngứa da đáng kể. Giá trị SCORAD trung bình để đánh giá độ nặng là 18,21±8,16. Đa số VDCĐ nhẹ (77,2%), trung bình (22,8%), không có trường hợp nặng. Thuốc dưỡng ẩm da dùng trong 16,8% , Corticoid tại chỗ (10%), cả 2 (3%). Tiền căn bệnh dị ứng bản thân và gia đình, tiếp xúc khói thuốc lá, nuôi thú cưng trong nhà có khả năng làm tăng tỉ lệ mắc VDCĐ. Bú mẹ có thể làm giảm tỉ lệ bệnh. Tổn thương trên 2 vị trí, sang thương da ở tay, chân có liên quan đến VDCĐ nặng.*

***Kết luận**: Tỉ lệ mắc VDCĐ ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi tại quận I thành phố Hồ Chí Minh là 15,3%. Hầu hết trẻ không được điều trị tối ưu. Tiền căn dị ứng của bản thân và gia đình; các yếu tố môi trường (khói thuốc lá, nuôi thú cưng) có thể là yếu tố nguy cơ của VDCĐ. Bú mẹ có hiệu quả bảo vệ trong VDCĐ. Tổn thương trên 2 vị trí, sang thương da ở tay, chân, và dạng đỏ da tương quan có ý nghĩa đến độ nặng của VDCĐ.*

***Từ khóa:** Viêm da cơ địa, thang điểm SCORAD, yếu tố nguy cơ.*

ABSTRACT

TO INVESTIGATE THE PREVALENCE OF ATOPIC DERMATITIS (AD) AND FACTORS RELATED TO SEVERITY OF AD IN CHILDREN FROM 2 MONTHS TO 5 YEARS IN DISTRICT I, HO CHI MINH CITY

Nguyen Thi Hong Huyen, Pham Thi Minh Hong*Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 20 - No 1 - 2016: 18 – 24

***Background:** Atopic dermatitis (AD) is a common skin condition in children. The early diagnosis in infancy and identifying factors related to the prevalence and severity of AD can help children to avoid factors that make their condition worse and to improve their quality of life.*

***Objective:** To determine the prevalence of AD in children from 2 months to 5 years old in District 1, Ho Chi Minh City, clinical characteristics, classify severity of AD and the relationship between clinical characteristics and*

* Bộ môn Nhi, Đại học Y Dược TP.HCM

Tác giả liên lạc: BS. Nguyễn Thị Hồng Huyên *ĐT*: 0975455091 *Email*: ghonghuyen@gmailcom

the prevalence and severity of AD.

Materials and methods: *Cross-sectional study.*

Results: *There were 662 children with average age 21.5 (18.6) months enrolled in the study. The prevalence of AD was 15.3%. Lesions on face, hands, legs and trunk were 81.2%, 35.6%, 28.7%, and 16.8%, respectively. At the same time, lesions on 2 positions 3 positions and 4 positions of the body were 32.6%, 9% and 3%, respectively. The clinical characteristics of AD were redness (77.23%), swelling and crusting (64%), dryness (63.4%), lichenification (29.7%), scratch marks (21.8%) and oozing (8.9%). Itching was the most common symptom of children with AD (86%), and the result was insomnia (22%). The average SCORAD was 18.2 (8.2). There was 77.2% and 22.8% of children with mild and moderate AD, respectively. There was not any severe case. The skin moisturizer, topical steroids and both were used in 16.8%, 10%, and 3%, respectively. The family and personal history of other atopic diseases, secondhand smoking and raising pets were related to the higher prevalence of AD in children. On the contrary, breastfeeding was associated with the lower. The lesions on more than 2 positions, on hands, on legs were related to the severe AD.*

Conclusion: *The prevalence of AD in children from 2 months to 5 years old in District 1, Ho Chi Minh City was 15.3%. Most children did not get optimal treatment for AD. The history of other atopic diseases, secondhand smoking and raising pets were risks factors for AD. Breastfeeding was a protective factor against the development of AD.*

Keywords: *atopic dermatitis, objective SCORAD, risk factor.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ địa (VDCĐ) là một bệnh lý về da phổ biến ở trẻ em, chiếm tỉ lệ 8,7 đến 18,1 % trẻ em trên toàn thế giới [12]. Bệnh thường khởi phát trước 5 tuổi, 60% trong năm đầu, 30% trong 5 năm đầu và chỉ 10% khởi bệnh từ 6 đến 20 tuổi. VDCĐ là một chẩn đoán dựa vào lâm sàng nên nếu được chẩn đoán sớm có thể giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho trẻ cũng như cha mẹ trẻ, đồng thời còn giúp tiên lượng sớm những trẻ có nguy cơ biểu hiện bệnh sau này. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm xác định tỉ lệ mắc, đặc điểm lâm sàng; các yếu tố liên quan đến tỉ lệ mắc và mức độ nặng của VDCĐ ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu

Trẻ dưới 5 tuổi cư trú tại quận I thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Trẻ < 12 tháng: lấy tất cả các trẻ đến khám và chích ngừa tại 10 trạm y tế của 10 phường ở quận 1. Trẻ từ 12 tháng đến 5 tuổi: chia thành 4 nhóm theo 4 độ tuổi khác nhau: 12 tháng đến dưới 24 tháng; 24 tháng đến dưới 36 tháng; từ 36 tháng đến dưới 48 tháng; và từ 48 tháng đến dưới 60 tháng. Thu thập danh sách 100 trẻ ở mỗi nhóm tuổi. Chia đều 100 trẻ trong mỗi nhóm cho 10 trường mầm non. Tại mỗi trường mầm non, lập danh sách số trẻ thuộc từng nhóm tuổi. Lấy tổng số trẻ có được chia cho 10 để có khoảng cách mẫu. Tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên đơn theo khoảng cách đã tính ở trên theo từng nhóm tuổi.

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu cắt ngang mô tả:

$$N=Z^2_{1-a/2}.p.(1-p)/d^2$$

Với: a = 0,05 xác xuất sai lầm loại I; d = 0,05 sai số;; $Z_{1-a/2}$ = 1,96, ở mức chọn a= 0,05; p =0,3 [12].

Vậy cỡ mẫu N = 323. Vì đây là nghiên cứu cộng đồng nên cỡ mẫu được chọn là 323 x 2 = 646.

Xử lý và phân tích số liệu

Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm

SPSS 17.0 và EXCEL 2010.

KẾT QUẢ

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tổng số 662 trẻ. Tuổi trung bình là 21,5±18,36 tháng. Tỉ lệ bé trai/gái tương đương nhau. 88,2% trẻ được bú mẹ.

Tiền căn dị ứng

1,2% trẻ bị viêm mũi dị ứng; 16% trẻ khò khè chưa được chẩn đoán hen; 1,7% trẻ được chẩn đoán hen, 7,5% trẻ dị ứng thức ăn (1,3% dị ứng trứng, 1,8% dị ứng sữa, các thức ăn khác như hải sản.. chiếm 4,4%). Tiền căn dị ứng gia đình (ba mẹ hay chị em ruột) chiếm 26,9% trẻ được nghiên cứu.

Đặc điểm môi trường sống

30,8% trẻ hít khói thuốc lá thụ động, 10,9% trẻ có tiếp xúc trực tiếp với vật nuôi như chó, mèo... trong nhà; 6,8% trẻ gia đình có trồng các loại cây có hoa theo mùa.

Đặc điểm VDCĐ

Có tổng cộng 101 trẻ mắc VDCĐ, chiếm tỉ lệ là 15,3%. Đa số trẻ chỉ biểu hiện tổn thương ở 1 vị trí trên cơ thể. Trong đó, sang thương chủ yếu ở mặt, cổ chiếm 81,2%. Một vài trẻ, sang thương biểu hiện ở nhiều vị trí khác nhau, rải rác toàn thân.

Tính chất tổn thương VDCĐ

Bảng 1: *Đặc điểm tính chất tổn thương da (n=101)*

Tổn thương	Số trẻ	Tỉ lệ (%)
Đỏ da	78	77,23%
Sưng tấy/ sần sùi	64	63,4%
Rỉ nước/ vảy tiết	9	8,9%
Cào xước do gãi	30	29,7
Dày da và nếp lằn da (lichen hóa)	22	21,78%
Khô da vùng không có tổn thương	64	63,4%

22% trẻ mất ngủ và 86% trẻ có triệu chứng ngứa đáng kể được ghi nhận.

Độ nặng VDCĐ

Giá trị trung bình của thang điểm SCORAD đánh giá mức độ nặng là 18,21±8,16; giá trị lớn nhất là 46 và thấp nhất là 6. VDCĐ nhẹ (SCORAD < 25) 78/101 trường hợp (77,2%), 23/101 trường hợp VDCĐ trung bình (SCORAD 25 – 50) (22,8%), và không có trường hợp nặng (SCORAD > 50).

Tình hình điều trị VDCĐ

Bảng 2: *Tình hình điều trị VDCĐ (n=101)*

Phương thức điều trị	Tần số	Tỉ lệ (%)
Corticoid thoa da	10	10%
Kem dưỡng ẩm	17	16,8%
Phối hợp 2 thuốc	3	3%
Điều trị khác	7	7%
Không điều trị	54	53%
Không rõ điều trị	10	10%

Liên quan giữa đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng đến tỉ lệ mắc VDCĐ

Tỉ lệ mắc VDCĐ cao nhất ở nhóm từ 24 – 36 tháng 19%, và thấp nhất ở nhóm 12 – 24 tháng 12%, khác nhau không ý nghĩa thống kê. Khả năng mắc bệnh ở nhóm trẻ được bú mẹ thấp hơn nhóm không bú mẹ với tỉ số chênh (OR) là 0,27 (p=0,001).

Liên quan giữa tiền căn dị ứng và tỉ lệ mắc VDCĐ

Bệnh lý dị ứng của trẻ (viêm mũi dị ứng, khò khè, hen, hay dị ứng thức ăn) liên quan có ý nghĩa đến tỉ lệ mắc VDCĐ. Trẻ bị viêm mũi dị ứng có khả năng VDCĐ cao gấp 9,6 lần so với trẻ không bệnh. Trẻ khò khè, hen lần lượt có khả năng VDCĐ cao gấp 9,3 lần; 7 lần so với nhóm còn lại. Nhóm trẻ có dị ứng thức ăn khả năng mắc VDCĐ cao hơn 6,23 lần bình thường. Khả năng VDCĐ cao gấp 6,1 lần ở nhóm ghi nhận tiền căn bệnh dị ứng gia đình (p<0,05).

Liên quan giữa môi trường sống và tỉ lệ mắc VDCĐ

Tiếp xúc khói thuốc lá; vật nuôi làm tăng khả năng mắc VDCĐ lần lượt gấp 4,4 lần; 3,9 lần so với nhóm không tiếp xúc. Trồng cây có hoa trong nhà làm tăng khả năng mắc VDCĐ gấp 2 lần. (p<0,05).

Bảng 3: Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố nguy cơ của VDCĐ

Đặc điểm	OR	KTC 95%	P
Tiền căn gia đình	6,97	4,02–12,15	<0,001
Tiếp xúc khói thuốc lá	3,4	1,95 – 5,92	0,001
Tiếp xúc vật nuôi	2,51	1,23 – 5,15	0,012
Tiếp xúc cây có hoa	1,8	0,73 – 4,48	0,202
Bú mẹ	0,37	0,18 – 0,73	0,004
Viêm mũi dị ứng	3,407	0,54 – 21,7	0,19
Hen	4,78	2,67 – 8,54	<0,001
Khò khè	3,56	0,72–17,72	0,12
Dị ứng thức ăn	3,013	1,33 – 6,8	0,008

Phân tích hồi qui Logistic đa biến cho thấy: tiền căn bệnh dị ứng gia đình; tiếp xúc khói thuốc lá, vật nuôi; mắc hen, và dị ứng thức ăn tương quan có ý nghĩa thống kê làm tăng tỉ lệ VDCĐ. Bú mẹ làm giảm nguy cơ VDCĐ.

Liên quan đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng đến độ nặng VDCĐ

Không có sự khác nhau về mức độ nặng giữa các nhóm tuổi, giới tính. Sữa mẹ không liên quan có ý nghĩa thống kê lên mức độ nặng của VDCĐ. (p=0,64).

Liên quan giữa tiền căn dị ứng và độ nặng VDCĐ

Mắc đồng thời các bệnh lý dị ứng khác ở trẻ (viêm mũi dị ứng; khò khè; hen; dị ứng thức ăn) và tiền căn bệnh dị ứng gia đình không liên quan có ý nghĩa đến độ nặng của VDCĐ.

Liên quan giữa môi trường sống và độ nặng VDCĐ

Môi trường sống của trẻ từ ngay sau sanh không liên quan có ý nghĩa đến độ nặng VDCĐ, giá trị SCORAD trung bình cũng khác nhau không ý nghĩa giữa các nhóm.

Liên quan giữa đặc điểm tổn thương và độ nặng VDCĐ

Liên quan giữa vị trí tổn thương và độ nặng VDCĐ

Tổn thương da trên 2 vị trí có khả năng nặng hơn nhóm chỉ ở 1 vị trí, giá trị SCORAD trung bình của 2 nhóm này khác nhau có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Giá trị SCORAD trung bình giữa 2 nhóm tổn thương 1 và nhiều vị trí

Vị trí tổn thương	Giá trị SCORAD trung bình	p*
1 vị trí	14,53±5,1	
≥ 2 vị trí	22,8±8,9	< 0,001

** Phép kiểm T*

Liên quan giữa vị trí tổn thương và độ nặng VDCĐ

Bảng 5: Giá trị SCORAD trung bình của các vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Giá trị SCORAD trung bình	p*
Mặt	17,67±7,8	0,168
Tay	21,82±9,64	< 0,001
Chân	24,96±9,05	< 0,001
Thân mình	23,34±8,64	0,008

** Phép kiểm T*

Tổn thương ở tay (thường ở khuỷu tay), và chân (thường ở gối) làm tăng nguy cơ VDCĐ nặng so với nhóm không có sang thương vị trí này, tương quan này có ý nghĩa thống kê.

Liên quan giữa tính chất tổn thương da và độ nặng của VDCĐ

Bảng 6: Giá trị SCORAD trung bình của các vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Giá trị SCORAD trung bình	p*
Đỏ da	18,58±8,04	0,167
Sưng	19,41±8,42	0,02
Rỉ nước	22,59±8,38	0,072
Vết xước do gãi	24,36±9,1	< 0,001
Dày da/lằn da	23,88±10,63	< 0,001
Khô da	19,5±8,03	0,12

Sưng tấy da, nhiều vết xước do gãi, dày da/lằn da có liên quan đến độ nặng của VDCĐ.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, có 262 trẻ trong độ tuổi từ 2 tháng đến dưới 12 tháng (39,6% dân số nghiên cứu), và 100 trẻ cho từng nhóm tuổi 12 tháng đến dưới 24 tháng; 24 tháng đến dưới 36 tháng; từ 36 tháng đến dưới 48 tháng; và từ 48 tháng đến

dưới 60 tháng. Sở dĩ có sự lựa chọn khác nhau vậy vì theo ghi nhận của y văn, VDCĐ thường khởi phát sớm: 45% trẻ khởi phát trong vòng 6 tháng đầu sau sanh, 60% trong 1 năm đầu tiên của cuộc sống[6]. Nhiều nghiên cứu có kết quả tương tự, như nghiên cứu PASTURE tại 5 vùng nông thôn ở Châu Âu (2012) tỉ lệ khởi bệnh trước 12 tháng là 59,8%, với tỉ lệ mắc VDCĐ chung là 27,1%[12]. Ở Việt Nam, Lê Minh Hương và CS (2012) ghi nhận tỉ lệ mắc VDCĐ ở trẻ nhũ nhi là 26,6%[10]. Vì vậy, chúng tôi ưu tiên lựa chọn trẻ trong độ tuổi nhũ nhi (2-12 tháng) với số lượng nhiều hơn các nhóm tuổi khác. Trong nghiên cứu, tỉ lệ trẻ trai/gái gần bằng 1, kết quả này phù hợp với y văn và các nghiên cứu của nhóm COPSAC tại Đan Mạch (2010), Jin-Ok Baek tại Hàn Quốc (2013), và Lê Thị Minh Hương tại Hà Nội[3,7,10].

Dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của Vương Quốc Anh, tỉ lệ mắc VDCĐ trong dân số nghiên cứu của chúng tôi là 15,3%. Theo y văn, tỉ lệ VDCĐ gần đây là 8,7 đến 18,1% trẻ em trên toàn thế giới, thay đổi tùy theo quốc gia và khu vực. Tại châu Á, theo Jin-Ok Baek (2013) tỉ lệ VDCĐ ở dưới 6 tuổi là 18%[12]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hương (2012) tỉ lệ VDCĐ được chẩn đoán ở trẻ nhũ nhi là 26,6%[10].

Qua nghiên cứu, VDCĐ thường gặp nhiều nhất ở mặt với 82 trường hợp (81,2%), nhiều trường hợp tổn thương trên nhiều vị trí khác nhau. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Sheelagh (2001) và Almira (2010)[2,8]. Đa số các tổn thương da được ghi nhận lúc khám là biểu hiện sang thương cấp tính với đỏ da (77,23%), sưng tấy/ sần sùi, một số rỉ dịch tại vùng tổn thương. Qua nghiên cứu, 78/101 (77%) trẻ ngứa da ảnh hưởng đến sinh hoạt, 22/101 (22%) trẻ có biểu hiện mất ngủ.

Đánh giá độ nặng VDCĐ dựa trên thang điểm SCORAD, 78/101 trường hợp (77,2%) là VDCĐ nhẹ; và 23/101 trường hợp (22,8%) là VDCĐ trung bình, không có trường hợp nặng. Kết quả này phù hợp với tác giả Carsten Flohr (2014), 85,7% VDCĐ nhẹ và 14,3% VDCĐ mức trung bình – nặng; Sugiura H (1998), VDCĐ nhẹ chiếm 86,1%, VDCĐ mức trung bình - nặng chiếm 13,9%[14]. Nhưng kết quả này lại thấp hơn của tác giả Ayşegül Akan (2014), 23,4% là VDCĐ nhẹ; 59,1% trung bình, và 17,6% nặng; sự khác nhau này do được tiến hành trên đối tượng trẻ đã chẩn đoán VDCĐ khám tại phòng khám chuyên khoa Dị ứng, nên tỉ lệ trẻ VDCĐ nặng sẽ cao hơn[1]. Hơn nữa, phân loại độ nặng theo thang điểm SCORAD cũng còn nhiều tranh cãi. Nhưng gần đây nhất thống nhất phân loại SCORAD như trong nghiên cứu của chúng tôi[18]. Trong 101 trường hợp VDCĐ, 17 trường hợp được điều trị bằng kem dưỡng ẩm; 10 trường hợp sử dụng Corticoid tại chỗ; 3 trường hợp điều trị kết hợp; và có đến 71 trường hợp, kể cả trong VDCĐ mức độ trung – nặng không được điều trị, kết quả này không phù hợp với phác đồ của viện Hàn Lâm Châu Âu về các bệnh dị ứng và miễn dịch lâm sàng; cho thấy vẫn còn sự thiếu thống nhất trong kế hoạch điều trị VDCĐ, làm cho việc điều trị thuốc chậm trễ, ảnh hưởng đến sự phục hồi của da cũng như chất lượng cuộc sống của trẻ.

Khả năng mắc bệnh của nhóm trẻ không được bú mẹ cao hơn nhóm được bú mẹ, phù hợp với nghiên cứu của Jin-Ok Baek (2013) và Lê Thị Minh Hương (2014)[3,10]. Tuy nhiên, Sun Hee Choi (2012) thấy không khác nhau giữa bú mẹ và nguy cơ VDCĐ của trẻ dưới 2 tuổi tại Hàn Quốc[6].

Tiền căn mắc hen, viêm mũi dị ứng và dị ứng thức ăn tương quan có ý nghĩa, làm tăng tỉ lệ VDCĐ. Nghiên cứu của Lise Stensen (2008) và Jin-Ok Baek (2013) cũng cho kết quả tương tự[3]. Phù hợp với y văn: VDCĐ, hen và viêm mũi dị ứng gộp chung thành bộ 3 cùng cấu thành nên "tạng dị ứng". Eichenfield (2003) ghi nhận có 80% trẻ VDCĐ phát triển thành hen và viêm mũi dị ứng[16]. Các nghiên cứu về dịch tễ học cho thấy mối liên quan giữa VDCĐ và các bệnh lý dị ứng khác của trẻ như hen và viêm mũi dị ứng với tỉ số chênh (OR) thay đổi từ 1,17 ở các nước đang phát triển đến 2,69 ở các nước công nghiệp

hóa[18]. Tiền căn gia đình ảnh hưởng có ý nghĩa đến tỉ lệ mắc VDCĐ. Thật vậy, y văn ghi nhận 60% bố hay mẹ VDCĐ có con cái mắc bệnh tương tự, nếu cả hai đều bệnh có đến 80% con mắc bệnh[17]. Nhiều nghiên cứu ở châu Á lẫn châu Âu cũng có kết quả tương tự[3,11]. Tuy nhiên, chúng tôi không thể xác định chính xác được tình trạng đột biến liên quan. Đó chính là hạn chế của đề tài này.

Tiếp xúc khói thuốc lá, vật nuôi, trồng cây có hoa liên quan có ý nghĩa đến tỉ lệ mắc VDCĐ. Kết quả khá phù hợp với Jin-Ok Baek (2013) và Lê Thị Minh Hương (2014)[3,10]. Do đó, cải tạo yếu tố môi trường là một phần quan trọng để phòng ngừa, giảm tỉ lệ VDCĐ ở trẻ.

Tiền căn bệnh lý dị ứng của bản thân hay gia đình đều liên quan không ý nghĩa đến mức độ nặng của VDCĐ. Nhiều nghiên cứu khác cũng không tìm thấy liên quan[1,4]. Tuy nhiên, qua các nghiên cứu dịch tể học, mắc đồng thời các bệnh lý dị ứng khác (hen, viêm mũi dị ứng) được xem là một trong các yếu tố ảnh hưởng, giúp tiên đoán độ nặng của VDCĐ[15]. Theo Ben-Gashir (2004), sống ở thành thị, mắc hen và viêm mũi dị ứng ở trẻ em là những yếu tố nguy cơ của VDCĐ nặng[4]. Sở dĩ có sự khác nhau vì chúng tôi không thể tiếp tục theo dõi trẻ trong thời gian dài để đánh giá chính xác nguy cơ. Tiền căn bệnh lí dị ứng gia đình không liên quan đến mức độ nặng VDCĐ.

Các yếu tố môi trường sống ảnh hưởng không ý nghĩa đến mức độ nặng của VDCĐ. Kết quả này phù hợp với Ricci (2006) và Ayşegül Akan (2014)[11,13]. Theo Langan (2009), nuôi thú cưng trong nhà có thể đóng vai trò trực tiếp làm xấu đi mức độ nặng của VDCĐ với OR = 0,22 (0,10-0,34)[9]. Nhìn chung, yếu tố môi trường dường như tương quan không ý nghĩa đến độ nặng của VDCĐ.

Chúng tôi nhận thấy tổn thương da từ 2 vị trí trở lên; tổn thương tập trung ở tay và chân liên quan đến độ nặng của VDCĐ. Theo ghi nhận của y văn, tổn thương ở gối và khuỷu tay ở trẻ em có ảnh hưởng có ý nghĩa lên mức độ nặng của bệnh . Sưng tấy da, có nhiều vết xước do gãi, dày da/lằn da có liên quan đến độ nặng của VDCĐ. Phù hợp với Cosickic A (2010), đỏ da, sưng tấy, khô da và dày da/lằn da liên quan có ý nghĩa đến mức độ nặng VDCĐ và tổng điểm SCORAD[7].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy VDCĐ là một bệnh khá phổ biến chiếm tỉ lệ khá cao là 15,3%. VDCĐ mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao, nhưng chỉ có 17% trẻ được điều trị thuốc đặc trị. Tiền căn dị ứng bản thân và gia đình; tiếp xúc với khói thuốc lá, phấn hoa; và nuôi thú cưng có liên quan, làm gia tăng tỉ lệ mắc VDCĐ. Trẻ bú mẹ có tỉ lệ mắc VDCĐ thấp hơn. Tiền căn dị ứng bản thân và gia đình; tiếp xúc với khói thuốc lá, phấn hoa; và nuôi thú cưng; được bú sữa mẹ hay không đều không liên quan đến độ nặng của VDCĐ. Những tổn thương trên 2 vị trí trên cơ thể; tổn thương tập trung ở da tay và chân có tỉ lệ VDCĐ nặng – trung bình cao hơn. Nên thực hiện nghiên cứu với thiết kế nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu chặt chẽ hơn để có thể kết luận chính xác về các yếu tố tiên lượng nặng trong VDCĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akan A, Civelek E, Erkoçoğlu M (2014). Risk factors of severe atopic dermatitis in childhood: single-center experience. *Turkish Journal Pediatrics,* 56(2): 121 - 126.
2. Akdis CA, Bieber T, Bindslev-Jensen C (2006). Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and aldults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 118(1): 152-169.
3. Baek JO, Hong S (2013). Analysic of the prevalence and risk factors for atopic dermatitis using an ISAAC Questionaire in 8.750 Korean children. *Arch Allergy Immunol,* 162(1): 79 - 85.
4. Ben-Gashir MA, Hay RJ (2004). Predictors of atopic dermatitis severity over time. *J Am Acad Dermatol,* 50: 349 – 356.
5. Bieber T (2008). Atopic Dermatitis. *N Engl J Med,* 358(14): 1483 - 1494.
6. Choi SH, Lee KS (2015). Relationship between breast-feeding and atopic dermatitis in early childhood in Korean Children. *J Allergy Clin Immunol,* 135(2): 263 - 285.
7. Cosickic A, Skokic F (2010). Clinical characteristics and estimation severity of the atopic dermatitis in children. *Med Arh,* 64(3) : 178 - 182.
8. Fleming S, Bodner C (2001). An application of the United Kingdom Working Party diagnostic criteria for atopic

dermatitis in Scottish infants. *J Invest Dermatol*, 117(6): 1526 - 1530.
9. Langan SM (2009). Flares in childhood eczema. *Skin Therapy Lett*, 14(8): 4 - 15.
10. Lê Thị Minh Hương, Vũ Văn Quang, Phạm Thị Minh Hồng (2014). Nghiên cứu dịch tễ eczema trẻ dưới 5 tuổi tại Hà Nội, Hải Phòng, và Tp Hồ Chí Minh năm 2014. Hội thảo miễn dịch dị ứng Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP Hồ Chí Minh.
11. Lee JY, Seo JH (2012). Exposure to Gene-Environment interations before 1 year of age may favor the development of atopic dermatitis. *Arch Allergy Immunol*, 157(4): 363 - 371.
12. Roduit C, Frei R (2012). Development of atopic dermatitis according to age of onset and association with early-life exposures. *J Allergy Clin Immunol*, 130(1): 30 - 136.
13. Spergel JM, Paller AS (2003). Atopic dermatitis and the atopic march. *J Allergy Clin Immunol*, 112(2): 118 - 127.
14. Sugiura H, Umemoto N(1998). Prevalence of childhood and adolescent atopic dermatitis in a Japanese population: comparison with the disease frequency examinaed 20 years ago. *Acta Derm Venereol*, 78: 293 – 294.
15. Von Kobyletzki LB, Bornehag CG (2012). Eczema in early childhood is strongly associated with the development of asthma and rhinitis in a prospective cohort. *BMC Pediatrics*, 12: 11 – 12.
16. Williams H, Flohr C (2006). How epidermiology has challenged 3 prevailing concepts about atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*, 118(3): 209 - 213.
17. Weidinger S (2006). Loss-of-function variations within the filaggrin gene predispose for atopic dermatitis with allergic sensitizations. *J Allergy Clin Immunol*, 118(2): 214 – 219.
18. Williams L, William H (2014). Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of atopic dermatitis". *uptodate.com*.

Ngày nhận bài báo: *12/11/2015*
Ngày phản biện nhận xét bài báo: *16/11/2015*
Ngày bài báo được đăng: *20/01/2016*