

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH MÀY ĐAY MẠN TÍNH

Đặng Trần Huyền Thương; Phạm Hoàng Khâm***

TÓM TẮT

Từ tháng 1 - 2009 đến 6 - 2009, 108 bệnh nhân (BN) mày đay mạn tính (MĐMT) được điều trị tại Khoa Dị ứng - Miễn dịch Lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai và Phòng khám, Viện Da liễu Quốc gia. Kết quả cho thấy:

Vị trí tổn thương: rải rác toàn thân: 82,4%; đầu mặt: 10,2%; tay, chân: 7,4%. Tổn thương cơ bản: sẩn nề: 100%; phù mạch: 53,7%; chứng da vẽ nổi: 32,4%; ngứa: 100%.

Mức độ bệnh: nặng: 67,6%; vừa: 28,7%; nhẹ: 3,7%.

Yếu tố khởi phát bệnh mày đay: không xác định: 70,4%; liên quan thức ăn: 14,8%; liên quan đến dùng thuốc: 3,7%.

* Từ khóa : Bệnh da liễu; Bệnh mày đay. Đặc điểm lâm sàng.

STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC URTICARIA

SUMMARY

From January, 2009 to June, 2009, 108 patients with chronic urticaria were treated at the Allergy - Clinical Immunology Department of Bachmai Hospital and Clinic of Dermatology Institute. The results showed that:

Location of lesions: scattered body: 82.4%, head and face: 10.2%, hands and leg: 7.4%. Fundamental lesions: red edematous papules: 100%; angioedema: 53.7%, dermographism: 32.4%, itching: 100%.

The level of illness: severity: 67.6%, moderate: 28.7%, slight: 3.7%.

Triggers urticaria: unknown: 70.4%; related foods: 14.8%; concerning drugs: 3.7%.

** Key words: Skin diseases; Chronic urticaria; Clinical characteristics.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay là một trong những nhóm bệnh thường gặp trong chuyên khoa Da liễu. Khoảng 15 - 23% dân số đã từng bị tình trạng này [2]. Mày đay là phản ứng mao mạch của da gây phù khu trú ở trung bì cấp hoặc mạn tính. Triệu chứng của bệnh rất dễ phát hiện, tuy nhiên việc xác định nguyên

nhân cho đến nay vẫn là một vấn đề rất khó khăn đối với các nhà lâm sàng. Khoảng 80% mày đay tự phát, 10% có nguyên nhân và < 10% là các dạng đặc biệt [7]. Mày đay được chia làm 2 thể: cấp tính và mạn tính. MĐMT chiếm khoảng 25% tổng số các BN mày đay chung [3]. Thể bệnh này có thời gian

* Bệnh viện Bạch Mai

** Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: GS. TS. Nguyễn Văn Mùi

bị bệnh > 6 tuần, có thể kéo dài liên tục trong nhiều năm. Tuy mày đay là bệnh thường gặp, nhưng việc điều trị vẫn còn rất khó khăn, bệnh thường dai dẳng với triệu chứng nổi bật là ngứa, nhất là đối với MĐMT, làm ảnh hưởng rất nhiều đến giấc ngủ, hoạt động hàng ngày cũng như trạng thái tâm thần của người bệnh. Đặc biệt, 50% MĐMT có phối hợp với phù mạch ở các vị trí như đường hô hấp, tiêu hoá... [2], vì vậy có thể gây ra trạng thái bệnh nặng hơn và nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm: *Tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng của bệnh MĐMT, qua đó giúp cho công tác chẩn đoán và điều trị bệnh MĐMT được hiệu quả hơn.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

108 BN MĐMT đến khám tại Khoa Dị ứng - Miễn dịch Lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai và Phòng khám, Viện Da liễu Quốc gia.

- Thời gian nghiên cứu: từ 1 - 2009 đến 6 - 2009.

* *Tiêu chuẩn chẩn đoán:*

- Tiền triệu: thường có ngứa ở nơi sắp xuất hiện tổn thương.
- Tổn thương cơ bản: sẩn phù màu hồng tươi hay hồng nhạt, rải rác hoặc tập trung thành đám, kích thước khác nhau, hình tròn hoặc bờ không đều, ranh giới rõ với vùng lành.
- Sẩn phù xuất hiện nhanh, mất đi nhanh và không để lại dấu vết.
- Thời gian mỗi sẩn phù xuất hiện cho đến khi mất < 24 giờ.
- Bệnh tiến triển từng đợt, hoặc kéo dài > 6 tuần đến hàng năm, hoặc tái phát theo mùa.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Khám lâm sàng: chẩn đoán và đăng ký các chỉ số yêu cầu vào phiếu nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư, tình trạng hôn nhân, tiền sử bản thân, gia đình, đặc điểm lâm sàng, tuổi bệnh, yếu tố liên quan.

* *Phương pháp xử lý số liệu:* theo phương pháp thống kê y học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ

BÀN LUẬN

1. Vị trí tổn thương, triệu chứng kèm theo (n = 108).

Rải rác toàn thân: 89 BN (82,4%); đầu, mặt: 11 BN (10,2%); tay: 3 BN (2,8%); chân: 5 BN (4,6%). Tổn thương mày đay thường rải rác trên toàn thân (82,4%), các vị trí tổn thương đơn lẻ ở đầu, mặt, tay hoặc chân gặp ít hơn. Nghiên cứu của Phan Quang Đoàn ở BN mày đay và phù Quincke: 77,3% có biểu hiện triệu chứng mày đay toàn thân; mặt: 11,2%; tay: 5,6% và chân: 5,9% [5]. Tương tự kết quả của chúng tôi.

* *Triệu chứng lâm sàng (n = 108):*

Sẩn nề: 108 BN (100,0%); phù Quincke: 58 BN (53,7%); ngứa: 108 BN (100,0%); khó thở: 9 BN (8,3%); đau bụng: 9 BN (8,3%); đau khớp: 3 BN (2,8%); sốt: 1 BN (0,9%); dấu da vẽ nổi: 35 BN (32,4%).

MĐMT là một bệnh dai dẳng với các triệu chứng xuất hiện nhiều lần trong ngày, trong tuần. Tuy nhiên, nếu chỉ đơn thuần là ban mề đay nổi trên da thì bệnh hầu như không nguy hiểm đến tính mạng. Nhưng nếu mề đay phối hợp với phù Quincke, đặc biệt là phù Quincke thanh quản thì rất nguy hiểm nếu không được cấp cứu kịp thời. Theo nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, sự phối hợp giữa MĐMT và phù Quincke chiếm tỷ lệ tương đối lớn. Nghiên cứu của Bettina Wed, Nicholas Soter và Patrick trên 50% BN MĐMT phối hợp với phù Quincke [7]: vị trí phù Quincke gặp nhiều nhất ở mắt, môi (88,9%), còn lại là ở những vị trí khác như: nách, ngực, niêm mạc [5]. Kết quả của chúng tôi: 53,7% BN có dấu hiệu phù Quincke kèm theo triệu chứng mề đay. Mề đay vật lý chiếm khoảng > 50% MĐMT [8], chúng da vẽ nổi là một dạng của nhóm mề đay này. Theo David Khan, khoảng 2 - 5% dân số nói chung có dấu hiệu dương tính với dấu da vẽ nổi, còn ở BN MĐMT, dấu da vẽ nổi chiếm từ 21 - 30% [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có 32,4% BN dấu da vẽ nổi dương tính, tương tự nghiên cứu của tác giả.

100% BN có hai triệu chứng xuất hiện song song là dấu hiệu ngứa và tổn thương sẩn phù trên da. Ngứa là một triệu chứng cơ năng, mức độ ngứa nhiều hay ít là do cảm giác chủ quan của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn người bệnh đánh giá mức độ ngứa nhiều và rất nhiều. Ngoài ra, BN MĐMT có thể có các triệu chứng khác kèm theo như: sốt, đau khớp, khó thở, đau bụng. Các triệu chứng kèm theo trong nghiên cứu này: khó thở: 8,3%, đau bụng: 8,3%, sốt: 0,9%, đau khớp: 2,5%.

2. Mức độ tổn thương da ban đầu và các yếu tố liên quan đến bệnh.

** Mức độ tổn thương da ban đầu:*

Mức độ tổn thương da ban đầu của BN MĐMT đa số nặng (67,6%), trung bình: 28,7%, nhẹ chỉ chiếm 3,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Hoàng Hữu Hà trên 35 BN MĐMT dị ứng do bụi nhà: 77% tổn thương mức độ nặng, 23% trung bình, không có BN tổn thương nhẹ [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự.

** Các yếu tố liên quan đến bệnh:*

70,4% người bệnh không xác định được yếu tố liên quan, liên quan đến thức ăn 14,8%, thuốc 3,7%, các yếu tố khác 20,4%. Nằm trong nhóm bệnh dị ứng, dị nguyên là một yếu tố không thể thiếu trong cơ chế hình thành bệnh mề đay. Vì vậy, việc tìm ra các yếu tố liên quan đến bệnh mề đay là một điều rất cần thiết trong công tác chẩn đoán, điều trị và quản lý BN mề đay [1, 4, 8]. Tuy nhiên, việc tìm ra chính xác các dị nguyên gây bệnh ở từng BN đến nay vẫn là một vấn đề khó khăn đối với các nhà lâm sàng. Khai thác tiền sử dị ứng, yếu tố tiếp xúc luôn rất cần thiết trong quá trình thăm khám BN.

** Tiền sử gia đình mắc bệnh dị ứng (n = 108):*

Không có bệnh: 48 BN (44,5%). Có bệnh: 60 BN (55,5%), trong đó: ông, bà: 25 BN (23,1%); bố, mẹ: 18 BN (16,7%); anh, chị, em: 8 BN (7,4%); con: 9 BN (8,3%).

Tiền sử dị ứng gia đình giúp nhận định khả năng tiến triển, mức độ bệnh, khả năng về yếu tố nguy cơ và tiên lượng cho BN [7].

** Phân bố bệnh theo tuổi bệnh (n = 108):*

6 tuần - 6 tháng: 51 BN (47,2%); > 6 tháng - 1 năm: 23 BN (21,3%); > 1 năm - 5 năm: 22 BN (20,4%); > 5 năm: 12 BN (11,1%).

Đa số BN mắc bệnh trong vòng 1 năm (68,5%), trong đó 47,2% mới mắc bệnh < 6 tháng, đặc biệt 11,1% đã mắc bệnh > 5 năm. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Hoàng Hữu Hào ở 35 BN \geq 12 tuổi MĐMT dị ứng với bụi nhà: 17,2% có tuổi bệnh từ 6 tuần - 6 tháng; 22,8% từ 6 tháng - 1 năm; 34,3% từ 1 - 5 năm và 25,7% > 5 năm [6]. Có sự khác biệt này do nghiên cứu của Hoàng Hữu Hào với số lượng BN ít hơn và giới hạn hơn.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng 108 BN MĐMT tại Phòng khám, Viện Da liễu Quốc gia và Khoa Dị ứng - Miễn dịch Lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tổn thương mày đay thường xuất hiện rải rác toàn thân (82,4%), còn lại là đầu mặt (10,2%) và tay chân (7,4%). Các triệu chứng gặp nhiều nhất là ngứa, sẩn nề (100%), sau đó đến phù Quincke (53,7%) và dấu hiệu da vẽ nổi (32,4%). Tổn thương da ban đầu chủ yếu ở mức độ nặng (67,6%), trung bình: 28,7% và nhẹ: 3,7%.

- 70,4% BN không xác định rõ yếu tố khởi phát, 14,8% liên quan đến thức ăn và 3,7% liên quan đến dùng thuốc, các yếu tố khác: 20,4%. Tiền sử gia đình có người mắc bệnh dị ứng chiếm tỷ lệ cao (55,5%), trong đó ông, bà: 23,1%, bố, mẹ: 16,7%. Đa số BN mắc bệnh trong vòng 1 năm (68,5%), trong đó 47,2% mới mắc bệnh < 6 tháng, đặc biệt 11,1% đã mắc bệnh > 5 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Năng An. Mày đay và phù Quincke. Bách khoa Thư viện học, tập 3. NXB Từ điển bách khoa. Hà Nội. 2003, tr.266-269.
2. Bộ môn Da liễu, Trường Đại học Y Hà Nội. Mày đay và phù mạch. Bệnh da liễu. NXB Y học. 1994, tr.81-85.
3. Bộ môn Da liễu, Học viện Quân y. Mày đay và phù mạch. Giáo trình bệnh da và hoa liễu đào tạo sau đại học. NXB Quân đội nhân dân. 2001, tr.225-229.
4. Bộ môn Dị ứng, Trường Đại học Y Hà Nội. Mày đay và phù Quincke. Bài giảng dị ứng-miễn dịch lâm sàng (Sách dành cho bác sỹ và học viên sau đại học). NXB Y học. 2008, tr.55-70.
5. Phan Quang Đoàn, Nguyễn Văn Đĩnh, Lê Anh Tuấn. Tình hình mắc bệnh mày đay, phù Quincke trong cộng đồng dân cư Hà Nội năm 2008. Bộ Y tế. 2008.
6. Hoàng Hữu Hào. Nghiên cứu tác dụng của quế chi thang gia vị trong điều trị mày đay dị ứng mạn tính do bụi nhà. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2007.
7. Beetine Wed. Urticaria. Academy. 2007, 6, pp.306-320.
8. David A. Khan. Chronic urticaria: diagnosis and management. Allergy and asthma. 2008, 29 (5), pp.439-446.