**VIÊM DA CƠ ĐỊA**(Atopic dermatitis)

1. ĐẠI CƯƠNG
Viêm da cơ địa là bệnh mạn tính tiến triển từng đợt. Bệnh thường xuất hiện ở những cá thể có tiền sử bản thân hay gia đình mắc các bệnh có yếu tố dị ứng như: hen, viêm mũi xoang dị ứng, sẩn ngứa, dị ứng thuốc, mày đay.
2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH
+ Ô nhiễm môi trường
+ Các dị nguyên có trong bụi nhà, lông súc vật, quần áo, đồ dùng gia đình…
+ Bệnh cơ địa liên quan nhiều giữa anh chị em ruột hơn là giữa con cái với bố mẹ.
+ Khoảng 60% người lớn bị viêm da cơ địa có con bị bệnh này, nếu cả bố và mẹ cùng bị bệnh thì con đẻ ra có đến 80% cũng bị bệnh.
3. CHẨN ĐOÁN
3.1. Lâm sàng
Bệnh viêm da cơ địa có các biểu hiện khác nhau tuỳ theo lứa tuổi.
- Trẻ nhũ nhi: các đám đỏ da, ngứa, nhiều mụn nước nông, dễ vỡ, xuất tiết và đóng vảy tiết, hay gặp nhất là 2 má, có thể ở da đầu, trán, cổ, thân mình, mặt dưới các chi. Trẻ có thể dị ứng với sữa, hải sản, thịt bò, thịt gà… Hầu hết sẽ khỏi khi trẻ 18-24 tháng.
- Trẻ em: các sẩn đỏ, vết trợt, da dày, mụn nước khu trú hay lan toả cấp tính kèm theo nhiễm khuẩn thứ phát, hay gặp ở khoeo, nếp gấp khuỷu tay, mi mắt, hai bên cổ, cẳng tay, ít khi ở mặt duỗi các chi. Bệnh trở nên cấp tính khi trẻ tiếp xúc với lông súc vật, gia cầm, mặc đồ len, dạ. 50% sẽ khỏi khi trẻ được 10 tuổi.
- Thanh thiếu niên và người lớn: mụn nước, sẩn đỏ dẹt, có vùng da mỏng trên mảng da dày, lichen hoá, ngứa, hay gặp ở nếp gấp khuỷu, khoeo, cổ, rốn, vùng da quanh mắt.
3.2. Cận lâm sàng
- Tăng nồng độ IgE trong huyết thanh.
- Test lẩy và test áp: để xác định dị nguyên.
3.3. Chẩn đoán xác định
Dựa vào tiêu chuẩn của Hanifin và Rajka
*Tiêu chuẩn chính*- Ngứa
- Vị trí và biểu hiện điển hình của tổn thương:
+ Lichen hoá ở các nếp gấp trẻ em hoặc thành dải ở người lớn
+ Mặt và mặt duỗi các chi ở trẻ em và trẻ sơ sinh
- Tổn thương phát ban tái phát hoặc mạn tính.
- Tiền sử cá nhân hay gia đình có mắc các bệnh dị ứng.
*Tiêu chuẩn phụ*- Khô da, vảy cá, dày sừng nang lông, tăng đường kẻ lòng bàn tay.
- Viêm da ở tay, chân.
- Chàm vú, viêm môi, vảy phấn, nếp ở cổ.
- Tổn thương nặng lên dưới ảnh hưởng của các yếu tố môi trường và tâm lý.
- Ngứa khi bài tiết mồ hôi.
- Tăng IgE huyết thanh.
- Tăng sắc tố quanh mắt.
- Dấu hiệu Dennie-Morgan (mi mắt dưới có 2 nếp gấp).
- Viêm kết mạc.
- Giác mạc hình chóp.
- Đục thuỷ tinh thể dưới bao sau.
Để chẩn đoán xác định cần phải có ≥ 3 tiêu chuẩn chính kết hợp với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ.
4. ĐIỀU TRỊ
4.1. Điều trị tại chỗ
- Tắm: bằng nước ấm với xà phòng ít kiềm, sau khi tắm dùng thuốc làm ẩm da.
- Thuốc
+ Corticoid được dùng nhiều trong điều trị viêm da cơ địa.
Trẻ nhỏ dùng loại hoạt tính yếu như: hydrocortison 1-2,5%.
Trẻ lớn và người lớn dùng loại có hoạt tính trung bình: desonid, clobetason butyrat.
Với những tổn thương lichen hóa, vị trí da dầy có thể dùng loại corticoid hoạt tính mạnh hơn như clobetasol propionat. Với tổn thương vùng da mỏng, nhạy cảm như mặt dùng mỡ corticoid nhẹ hơn, ít ngày, còn vùng da dày, lichen hoá thì dùng loại mạnh hơn để giảm ngứa, giảm viêm và giảm liều một cách từ từ, tránh tái phát.
+ Có thể dùng mỡ corticoid có thêm kháng sinh để chống nhiễm khuẩn.
+ Đắp dung dịch Jarish, thuốc tím 1/10.000, nước muối sinh lý 0,9%.
+ Làm ẩm da bằng urea 10%, petrolatum đối với vùng da khô.
+ Thuốc bạt sừng bong vảy như mỡ salicyle 5%, 10%, mỡ goudron, ichthyol
+ Tacrolimus nồng độ 0,03-0,1% rất hiệu quả đối với viêm da cơ địa.
4.2. Điều trị toàn thân
+ Kháng histamin H1:
Chlorpheniramin 4mg × 1-2 viên/ngày.
Fexofenadin 180mg × 1 viên/ngày.
Certerizin 10mg × 1 viên/ngày
+ Kháng sinh chống nhiễm khuẩn đặc biệt là tụ cầu vàng, liên cầu.
+ Corticoid: Prednisolon 5mg × 2-4 viên/ngày × 7 ngày khi bệnh bùng phát nặng.
+ Các thuốc khác như cyclosporin, methotrexate.
5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG
- Khoảng 70% trẻ bị viêm da cơ địa sẽ khỏi khi lớn lên. Còn lại 30% kéo dài dai dẳng.
6. PHÒNG BỆNH
- Giáo dục người bệnh, người nhà người bệnh kiến thức về bệnh, yếu tố khởi động, quan điểm điều trị, lợi ích và nguy cơ.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu số 75/QĐ-BYT năm 2015.