

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG KÈM THEO Ở TRẺ EM BỊ MÀY ĐAY CẤP TÍNH

Nguyễn Thị Minh Châu¹, Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2}, Lê Hữu Doanh^{1,2}, Nguyễn Thị Thanh Thùy², Nguyễn Thùy Linh², Trần Thị Huyền^{1,2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng nhiễm trùng kèm theo ở các trẻ em bị mày đay cấp tính.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 73 trẻ em được chẩn đoán mày đay cấp tính và điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2018 đến tháng 4/2019. Các trẻ được khám lâm sàng, khai thác bệnh sử, tiền sử và làm các xét nghiệm đánh giá tình trạng nhiễm trùng.

Kết quả: Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $7,47 \pm 4,02$ tuổi, trong đó, tuổi thấp nhất là 9 tháng tuổi và cao nhất là 15 tuổi. Nhóm tuổi từ 6 - 12 tuổi gồm 35 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ cao nhất (47,9%). Có 42 trẻ nam, chiếm 57,5%, cao hơn so với trẻ nữ (31 bệnh nhân, chiếm 42,5%). 15 bệnh nhân mày đay có kèm theo phù mạch, chiếm 20,5%; có 33 trẻ có đau bụng, chiếm 45,2%. 57 bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng, chiếm 78,1%. Nhiễm trùng đường hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (19 bệnh nhân, 33,3%), kế tiếp là nhiễm trùng đường tiêu hóa, nhiễm trùng tiết niệu, lần lượt là 14 bệnh nhân (24,6%) và 6 bệnh nhân (10,5%).

Kết luận: Các triệu chứng của bệnh mày đay cấp tính ở trẻ em khá phong phú và có thể liên quan tới tình trạng nhiễm trùng.

Từ khóa: Mày đay cấp tính, tình trạng nhiễm trùng, phù mạch, sản phù, mày đay.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay (urticaria/hives) là một bệnh da dị ứng thường gặp. Trên thế giới cứ 100 người thì có khoảng 15 - 20 người mắc mày đay cấp tính ít nhất một lần trong đời.¹ Ở Việt Nam, theo Nguyễn Năng An, tỷ lệ này là 11,16%.² Bệnh gặp ở mọi giới, mọi chủng tộc cũng như mọi lứa tuổi, trong đó chủ yếu là giai đoạn từ sơ sinh đến 9 tuổi và từ 30 đến 40 tuổi.³

Chẩn đoán mày đay chủ yếu dựa vào lâm sàng. Bệnh đặc trưng bởi những tổn thương ban đỏ, sản phù có viền bao quanh, ranh giới rõ với vùng da lành. Các thương tổn này với hình dạng và kích thước thay đổi, có thể rải rác hoặc tập trung thành từng mảng và xuất hiện ở bất cứ nơi nào trên cơ thể, kéo dài 30 phút đến tối đa 24 giờ rồi mất đi và xuất hiện các tổn thương mới. Bệnh thường gây ngứa, tiến triển dai dẳng, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống.⁴ Đặc biệt ở trẻ nhỏ, bệnh làm trẻ kích thích, quấy khóc, kém ăn, kém chơi. Với những trẻ lớn đang độ tuổi đến trường, bệnh làm trẻ kém tập trung, ngứa ngáy, lo lắng, mất ngủ, mệt mỏi dẫn đến giảm khả năng học tập, thậm chí phải nghỉ học. Một số trường hợp bệnh mày đay

1: Trường Đại học Y Hà Nội

2: Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: drhuyentran@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/02/2023

Ngày phản biện: 09/3/2023

Ngày chấp nhận đăng: 25/3/2023

DOI: <https://doi.org/10.56320/tcdlhnv.40.100>



đi kèm với phù mạch, là thương tổn sùng phù sâu dưới da, da phía trên có màu đỏ hoặc bình thường, ít ngứa nhưng đau, rất bỏng và xuất hiện chủ yếu ở môi, mi mắt, lưỡi, đôi khi ở niêm mạc các cơ quan nội tạng (thanh quản, dạ dày, ruột). Dựa theo thời gian bị bệnh, mày đay được chia thành hai thể: mày đay cấp tính (thời gian diễn biến dưới 6 tuần) và mày đay mạn tính (thời gian diễn biến từ 6 tuần trở lên, trong đó, mỗi tuần có ít nhất 3 ngày có xuất hiện mày đay). Trên thực hành lâm sàng, chúng tôi nhận thấy, ở trẻ em hay gặp mày đay cấp tính hơn là mạn tính.⁴

Căn nguyên gây bệnh mày đay rất phức tạp, bao gồm nguyên nhân bên trong, bên ngoài, thậm chí không rõ căn nguyên. Trên cùng một bệnh nhân có thể có một hoặc nhiều căn nguyên kết hợp. Thuốc, thức ăn, mạt bụi nhà, thay đổi thời tiết là những căn nguyên hay gặp nhất. Ngoài ra, một số tác giả cho rằng nhiễm khuẩn là một trong những căn nguyên hàng đầu gây nên tình trạng mày đay cấp ở trẻ nhỏ.⁵

Trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về bệnh mày đay nhưng tập trung chủ yếu ở đối tượng người lớn.^{1,3} Các nghiên cứu về bệnh mày đay ở trẻ em còn ít, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm của bệnh mày đay cấp tính ở trẻ em tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.⁵ Hơn nữa, trên lâm sàng, các trẻ bị mày đay cấp tính thường kèm theo sốt, nhiễm trùng một số cơ quan trước hoặc trong quá trình bị mày đay. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng nhiễm trùng kèm theo ở các bệnh nhi mày đay được điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2018 đến tháng 4/2019.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trẻ từ 0 - 15 tuổi được chẩn đoán xác định bệnh mày đay cấp tính và điều trị nội

trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2018 đến tháng 4/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có thương tổn cơ bản của mày đay (tiêu chuẩn bắt buộc):

+ Sẩn phù, mảng sẩn phù màu đỏ, hồng hay màu da.

+ Cảm giác ngứa, đôi khi bỏng rát.

+ Thời gian tồn tại ngắn, biến mất hoàn toàn sau 24 giờ.

- Có thể có thương tổn phù mạch kèm theo:

+ Mảng sùng phù đỏ hoặc thay đổi màu sắc da xuất hiện đột ngột, rõ rệt ở vùng hạ bì, dưới da hoặc màng nhầy.

+ Cảm giác đau, bỏng rát nổi trội hơn là ngứa.

+ Biến mất chậm hơn so với ban mày đay (có thể kéo dài tới 72 giờ).

- Và/hoặc có các triệu chứng khác: ngứa, sốt, khô khè, khó thở, đau họng, đau bụng, tiêu chảy.

- Thời gian bị bệnh dưới 6 tuần (mày đay cấp tính).

- Cận lâm sàng: đầy đủ các xét nghiệm đánh giá tình trạng nhiễm trùng gồm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi và/hoặc CRP-hs (C reactive protein-high sensitivity).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Sẩn phù kéo dài trên 24 giờ.

- Phù mạch đơn thuần.

- Các bệnh nhân không được làm xét nghiệm đầy đủ: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP-hs, máu lắng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 4 năm 2019.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Bệnh da Phụ nữ và Trẻ em, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện. Lấy mẫu toàn bộ trẻ từ 0 - 15 tuổi được chẩn đoán xác định mày đay cấp tính và điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Kết quả thu được 73 trẻ đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Lập mẫu bệnh án nghiên cứu, tiến hành thu thập và xử lý số liệu.

Thu thập số liệu

- Phỏng vấn trẻ và/hoặc người trực tiếp chăm sóc trẻ theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Mỗi trẻ thuộc đối tượng nghiên cứu được hỏi bệnh, ghi nhận các chỉ tiêu có trong bộ câu hỏi, đảm bảo tính trung thực và khách quan.

- Khám lâm sàng.

- Thu thập kết quả xét nghiệm cận lâm sàng.

Xử lý số liệu

- Các tính toán sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

- Các biến rời rạc được mô tả bằng tần suất, tỷ lệ %.

- Các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình.

- Các test thống kê được sử dụng là kiểm định T-test, test chính xác Fisher (Fisher exact test), test χ^2 .

- Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

Định nghĩa một số khái niệm, biến số

Triệu chứng nhiễm trùng trên lâm sàng

- Nhiễm trùng hô hấp: viêm long đường hô hấp trên, ho, khò khè, khó thở, thở rít, họng đỏ, amidan sưng.

- Nhiễm trùng tiêu hóa: đau bụng, nôn, tiêu chảy.

- Nhiễm trùng tiết niệu: tiểu buốt, tiểu rắt.

- Nhiễm trùng tai mũi họng (viêm tai giữa): đau, sưng nề, chảy dịch tai.

- Nhiễm trùng da: bọng nước, rỉ dịch, vảy tiết, ngứa.

- Nhiễm trùng răng hàm mặt: đau răng, sưng nề, chảy mủ, hơi thở hôi.

Trẻ được chẩn đoán *tình trạng nhiễm trùng* khi có sốt và/hoặc có biểu hiện nhiễm trùng trên lâm sàng, kèm kết quả cận lâm sàng bạch cầu tăng và/hoặc CRP tăng ≥ 20 mg/L và/hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng trong kết quả tổng phân tích nước tiểu, X-quang ngực, siêu âm ổ bụng.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Tất cả các trẻ đều tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện, được sự đồng ý của người giám hộ. Các thông tin liên quan đến trẻ tham gia nghiên cứu đều được giữ bí mật. Các số liệu được thu thập trung thực, các kết quả được xử lý và phân tích theo phương pháp khoa học. Đề tài được nghiệm thu theo Quyết định số 1378/QĐ-ĐHYHN, ngày 24 tháng 5 năm 2019 của Hiệu trưởng Trường Đại học Y Hà Nội về việc thành lập hội đồng chấm khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ đa khoa khóa 2013 - 2019.



3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của các trẻ em bị mày đay cấp tính

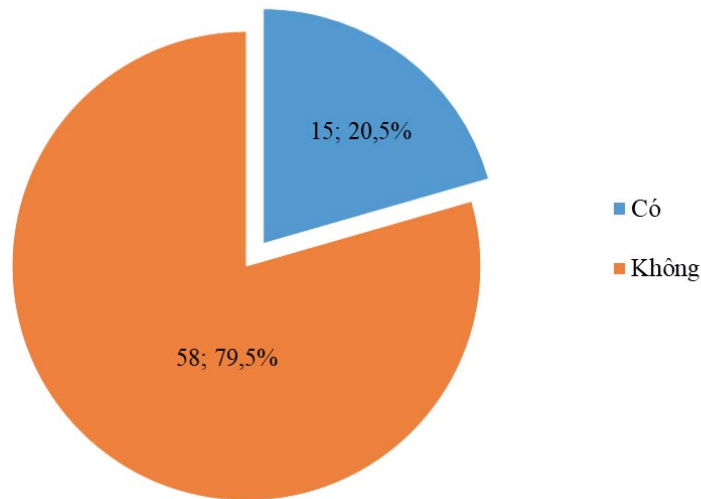
Bảng 1. Đặc điểm chung của các trẻ em bị mày đay cấp tính (n = 73)

Đặc điểm	n	%
Nhóm tuổi		
< 1 tuổi	3	4,1
1 - 5 tuổi	25	34,2
6 - 12 tuổi	35	47,9
> 12 tuổi	10	13,7
Giới tính		
Nam	42	57,5
Nữ	31	42,5
Thời gian bị bệnh trước khi vào viện		
1 - 2 ngày	13	17,9
3 - 5 ngày	52	71,2
> 5 ngày	8	10,9
Số lần bị mày đay		
Lần thứ nhất	67	91,8
Lần thứ hai	3	4,1
Lần thứ ba trở lên	3	4,1

Tuổi trung bình của các trẻ là $7,47 \pm 4,02$ tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 9 tháng tuổi và cao nhất là 15 tuổi. Nhóm tuổi từ 6 - 12 tuổi gồm 35 trẻ, chiếm tỷ lệ cao nhất (47,9%), nhóm tuổi 1 - 5 tuổi gồm 25 trẻ, chiếm 34,2%, nhóm tuổi trên 12 tuổi gồm 10 trẻ, chiếm 13,7%, nhóm tuổi dưới 1 tuổi chỉ có 3 trẻ, chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,1%). Có 42 trẻ nam, chiếm 57,5%, cao hơn so với trẻ nữ (31 trẻ, chiếm 42,5%). Tỷ lệ nam : nữ = 1,4 : 1. Có 52 trẻ vào viện sau khi xuất hiện triệu chứng mày đay 3 - 5 ngày, chiếm tỷ lệ nhiều nhất (71,2%), số trẻ vào viện sau khi xuất hiện triệu chứng mày đay sau 1 - 2 ngày là 13, chiếm 17,9%, có 8 trẻ vào viện sau khi xuất hiện triệu chứng mày đay trên 5 ngày, chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,9%). Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến lúc vào viện là $3,95 \pm 2,43$ ngày. Có 67 trẻ bị mày đay lần đầu, chiếm 91,8% (Bảng 1).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Mày đay và phù mạch



Biểu đồ 1. Mày đay kèm theo phù mạch (n = 73)

Có 15 trẻ bị mày đay có kèm theo phù mạch, chiếm 20,5%, thấp hơn nhiều so với số trẻ không kèm theo phù mạch (58 bệnh nhân, chiếm 79,5%) (Biểu đồ 1).

3.2.2. Các triệu chứng kèm theo

Bảng 2. Các triệu chứng kèm theo mày đay (n = 73)

	Triệu chứng	n	%	Tổng	
					%
Có	Đau bụng	33	45,2	37	50,7
	Tiêu chảy	6	8,2		
	Nôn	5	6,8		
	Khó thở	4	5,5		
Không				36	49,3
Tổng				73	100

Có 37 trẻ có triệu chứng khác kèm theo mày đay, chiếm 50,7%; trong đó, phần lớn là đau bụng (33 bệnh nhân), số trẻ bị tiêu chảy, nôn, khó thở lần lượt là 6 trẻ, 5 trẻ và 4 trẻ (Bảng 2).



3.2.3. Đặc điểm sốt

Bảng 3. Đặc điểm sốt của các trẻ bị mày đay cấp tính (n = 73)

	Triệu chứng	n	%	Tổng	
					%
Có	Sốt nhẹ (37,5 - 38°C)	24	53,2	45	61,6
	Sốt vừa (> 38 - 39°C)	19	42,4		
	Sốt cao (> 39°C)	2	4,4		
Không				28	38,4

Có 45 trẻ bị sốt, chiếm 61,6%, cao hơn so với số trẻ không bị sốt (28 trẻ, chiếm 38,4%). Trong những trẻ bị sốt, có 24 trẻ sốt nhẹ, chiếm tỷ lệ cao nhất (53,2%), có 19 trẻ sốt vừa và chỉ có 2 trẻ sốt cao (Bảng 3).

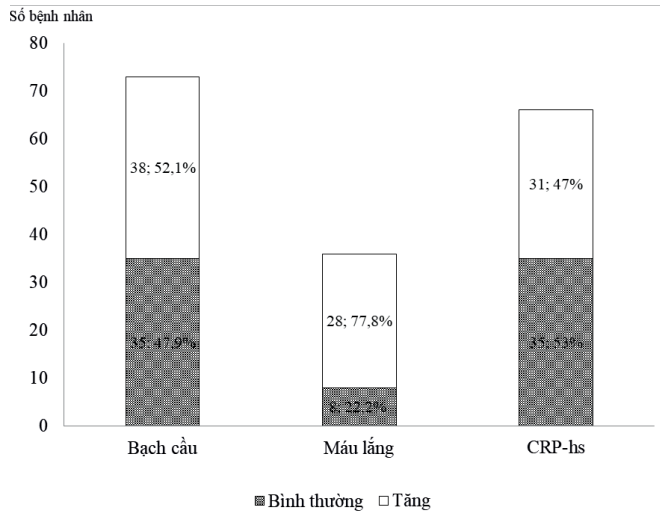
3.2.4. Đặc điểm nhiễm trùng trên lâm sàng

Bảng 4. Triệu chứng nhiễm trùng trên lâm sàng (n = 73)

	Triệu chứng	n	%	Tổng	
					%
Có	Hô hấp	19	26	54	74
	Tiêu hóa	33	45,2		
	Tiết niệu	0	0		
	Da	1	1,4		
	Tai mũi họng (viêm tai giữa)	1	1,4		
	Răng hàm mặt	0	0		
Không				19	26

Trên lâm sàng, có 54 trẻ có biểu hiện triệu chứng nhiễm trùng, chiếm 74%. Trong đó, có 33 trẻ nhiễm trùng đường tiêu hóa, chiếm tỷ lệ cao nhất (45,2%), có 19 trẻ nhiễm trùng đường hô hấp, chiếm 26%, có 1 trẻ nhiễm trùng tai mũi họng (viêm tai giữa), 1 trẻ nhiễm trùng da (chốc), đều chiếm 1,4%. Không có trẻ nào có biểu hiện nhiễm trùng đường tiết niệu và răng hàm mặt (Bảng 4).

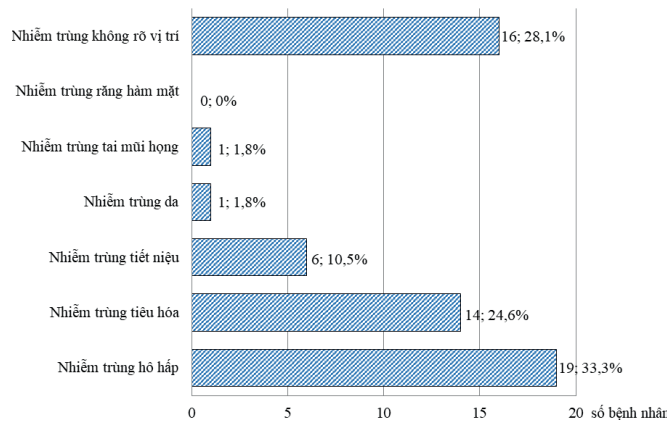
3.2.5. Xét nghiệm huyết học và sinh hóa về dấu ấn nhiễm trùng



Biểu đồ 2. Xét nghiệm dấu ấn nhiễm trùng

Cả 73 trẻ được làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, có 38 trẻ tăng số lượng bạch cầu, chiếm 52,1%; trong đó có 36 trẻ tăng bạch cầu đa nhân trung tính, 1 trẻ tăng bạch cầu lympho và 1 trẻ tỷ lệ bạch cầu không thay đổi. Có 66 trẻ được làm xét nghiệm CRP-hs, trong đó 31 trẻ có CRP-hs \geq 20 mg/L, chiếm 47%. Chỉ 36 trẻ được làm xét nghiệm máu lắng, trong đó có 28 trẻ có chỉ số máu lắng tăng, chiếm 77,8% (Biểu đồ 2).

3.2.6. Chẩn đoán tình trạng nhiễm trùng



Biểu đồ 3. Chẩn đoán tình trạng nhiễm trùng (n = 57)

Có 57 trẻ được chẩn đoán có tình trạng nhiễm trùng, chiếm 78,1%. Nhiễm trùng đường hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (19 trẻ, 33,3%), kế tiếp là nhiễm trùng đường tiêu hóa, nhiễm trùng tiết niệu, lần lượt là 14 trẻ (24,6%), 6 trẻ (10,5%). Chỉ có 1 trẻ bị nhiễm trùng da (chốc) và 1 trẻ nhiễm trùng tai mũi họng (viêm tai giữa), đều chiếm 1,8%. Không có trẻ nào nhiễm trùng răng hàm mặt. Có 16 trẻ có tình trạng nhiễm trùng không xác định được vị trí nhiễm trùng, chiếm 28,1% (Biểu đồ 3).



4. BÀN LUẬN

Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy tỷ lệ trẻ nam và trẻ nữ bị mày đay gần như tương đương nhau, hoặc sự khác biệt không nhiều. Theo nghiên cứu của Liu TH, tỷ lệ trẻ nam là 56,1%, nữ là 43,9%, theo Tang N, tỷ lệ trẻ nam là 54,5%, nữ là 45,5%, nam: nữ là 1,2:1.^{5,6} Theo Nguyễn Thị Diệu Thúy, tỷ lệ trẻ nam là 65% và trẻ nữ là 35%.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi trên 73 trẻ cho thấy tỷ lệ nam là 57,5%, cao hơn so với nữ (42,5%), với tỷ lệ nam : nữ là 1,4 : 1.

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Diệu Thúy (2013) trên 143 trẻ dưới 16 tuổi, bệnh mày đay tập trung nhiều nhất ở lứa tuổi 1-5 tuổi (52,4%), ít nhất ở lứa tuổi < 1 tuổi (12,6%).⁷ Theo nghiên cứu của Liu TH tại Đại Loan trên 953 trẻ < 18 tuổi, tuổi trung bình mắc bệnh mày đay là $4,92 \pm 3,71$, nhóm tuổi 1 - 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (58%) và nhóm tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm > 12 tuổi (4,3%).⁵ Một nghiên cứu khác của Tang N tại Trung Quốc trên 411 trẻ từ 2 đến 14 tuổi cho thấy tuổi trung bình là 10 ± 4 tuổi;⁶ tương tự, nghiên cứu của Azkur D tại Thổ Nhĩ Kỳ trên 222 trẻ dưới 18 tuổi, kết quả cho thấy tuổi trung bình mắc bệnh mày đay là $10,1 \pm 4,5$ tuổi.⁸

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ nhỏ tuổi nhất là 9 tháng tuổi và lớn nhất là 15 tuổi. Tuổi trung bình của trẻ là $7,47 \pm 4,02$. Tỷ lệ trẻ ở nhóm 6 - 12 tuổi cao nhất (35 trẻ, 47,9%), nhóm dưới 1 tuổi thấp nhất (3 trẻ, 4,1%), nhóm 1 - 5 tuổi có 25 trẻ, chiếm 34,2% và nhóm trên 12 tuổi có 20 trẻ, chiếm 13,7%. Sự khác nhau giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác có thể là do địa điểm, khoảng thời gian tiến hành nghiên cứu khác nhau và khoảng tuổi của các trẻ tham gia nghiên cứu khác nhau.

Phù mạch là thương tổn sẵn phù đỏ hoặc thay đổi màu sắc xuất hiện dưới da hoặc niêm mạc, cảm giác đau, bỏng rát, biến mất chậm hơn so với sẵn phù mày đay. Phù mạch biểu hiện sưng nề mí mắt, môi, lưỡi, đầu chi và có thể ở cả niêm mạc

nội tạng như ở thanh quản, dạ dày, đường ruột,... Trong nghiên cứu này, có 15 trẻ có kèm theo phù mạch (20,5%), thấp hơn nhiều so với số trẻ chỉ có mày đay đơn thuần (79,5%).

Nghiên cứu của Bilbao A trên 44 trẻ từ 1 đến 12 tuổi, có 17 trẻ bị mày đay kèm theo phù mạch (38,6%).⁹ Một nghiên cứu khác của Azkur D trên 222 trẻ dưới 18 tuổi, có 89 trẻ (40,1%) có phù mạch và tỷ lệ này gặp nhiều hơn ở trẻ trên 10 tuổi.⁸ Tuy nhiên, nghiên cứu của Nguyễn Thị Diệu Thúy cho thấy chỉ có 11,9% trẻ có phù mạch.⁷ Khoảng tuổi của trẻ tham gia nghiên cứu và cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau có thể là nguyên nhân dẫn đến sự chênh lệch này.⁹

Về triệu chứng đau bụng, chúng tôi gặp ở 36 trẻ, chiếm tỷ lệ cao nhất (49,3%). Những trẻ này thường đau bụng vùng quanh rốn, đau âm ỉ, có lúc đau quặn thành cơn và không liên quan đến bữa ăn. Một số trẻ đau bụng có kèm theo nôn hoặc tiêu chảy với tỷ lệ lần lượt là 6 trẻ (8,2%), 5 trẻ (6,8%). Triệu chứng khó thở chỉ có ở 4 trẻ (5,5%), trẻ thường chỉ khó thở nhẹ, không ảnh hưởng nhiều tới sinh hoạt. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nhận định đau bụng hoặc tiêu chảy là triệu chứng phổ biến nhất kèm theo mày đay trong nghiên cứu của Tang N (44%) và của Nguyễn Thị Diệu Thúy (25,9%).^{6,7}

Sốt không phải là triệu chứng đặc hiệu của mày đay mà có thể là biểu hiện bệnh lý ở một cơ quan khác, thường gợi ý có tình trạng nhiễm trùng. Ở những trẻ mày đay có triệu chứng sốt, cần phải chú ý thăm khám tìm các bệnh lý kèm theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 45 trẻ bị sốt, chiếm 61,6%, kết quả này cao hơn so với kết quả của Nguyễn Thị Diệu Thúy (tỷ lệ sốt là 18,2%) và của Losappio L (tỷ lệ sốt là 12%).⁷ Sự khác biệt này có thể do khác nhau về đặc điểm địa lý ở các vùng nghiên cứu dẫn đến khác nhau về các bệnh lý kèm theo.

Nhiễm trùng được cho là một nguyên nhân gây bệnh mày đay ở trẻ em. Nghiên cứu của nhiều tác giả cho thấy nhiễm trùng chiếm tỷ lệ lớn trong

các nguyên nhân gây bệnh.^{5,6} Vì vậy, hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, nhận biết các triệu chứng nhiễm trùng kèm theo rất cần thiết cho việc kiểm soát và điều trị bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 57 trẻ có sốt và/hoặc biểu hiện nhiễm trùng tại các cơ quan (hô hấp, tiêu hóa, da, tai); trong đó, đa số các triệu chứng này xuất hiện sau thương tổn mày đay (44 trẻ, 77,2%). Các triệu chứng xuất hiện trước thương tổn mày đay gặp ở 6 trẻ, chiếm 10,5%; xuất hiện cùng thương tổn mày đay gặp ở 7 trẻ, chiếm 12,3%. Kết quả này cho thấy thương tổn mày đay chủ yếu xuất hiện trong giai đoạn ủ bệnh của các bệnh nhiễm trùng.

Tình trạng nhiễm trùng không chỉ được chẩn đoán trên lâm sàng. Các xét nghiệm dấu ấn nhiễm trùng góp phần không nhỏ trong việc khẳng định chẩn đoán, bao gồm các xét nghiệm đánh giá tình trạng nhiễm trùng hệ thống như số lượng bạch cầu, chỉ số máu lắng, CRP-hs và các xét nghiệm đặc hiệu đánh giá tình trạng nhiễm trùng ở các cơ quan như X-quang ngực, siêu âm ổ bụng, tổng phân tích nước tiểu.

Ngoài các bệnh nhiễm trùng, CRP-hs còn tăng trong các bệnh mô liên kết, ung thư, viêm khớp dạng thấp, lupus, hội chứng ruột kích thích, nhồi máu cơ tim... CRP-hs bắt đầu tăng khoảng 2 giờ sau khi vi khuẩn xâm nhập, đạt đỉnh sau 48 giờ. Số lượng bạch cầu cũng tăng trong cả các bệnh lý nhiễm trùng và không nhiễm trùng (bệnh máu ác tính, rối loạn sinh tủy, dị ứng, viêm khớp dạng thấp, stress cấp,...). Mặt khác, hai chỉ số này có thể không thay đổi khi có nhiễm trùng. Tuy số lượng bạch cầu và CRP-hs không đặc hiệu cho tình trạng nhiễm trùng nhưng có vai trò quan trọng trong phối hợp chẩn đoán và theo dõi bệnh. Chỉ số máu lắng tăng trong bệnh lý nhiễm trùng nhưng cũng tăng trong cả bệnh mày đay. Vì vậy, chỉ số máu lắng không có ý nghĩa trong việc chẩn đoán nhiễm trùng kèm theo ở trẻ bị mày đay.

Theo kết quả nghiên cứu, tất cả trẻ đều được làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại

vi, kết quả cho thấy có 38 trẻ có số lượng bạch cầu tăng (52,1%). Trong tổng số 36 trẻ được làm xét nghiệm máu lắng cho kết quả 28 trẻ có máu lắng tăng (77,7%). Trong tổng số 66 trẻ có kết quả xét nghiệm CRP-hs, có 41 trẻ có chỉ số CRP-hs tăng trên 10 mg/L (62,1%), trong đó có 31 trẻ chỉ số này tăng ≥ 20 mg/L (47%). Trong số 18 trẻ có biểu hiện nhiễm trùng đường hô hấp được chụp X-quang ngực, chỉ có 1 trẻ có hình ảnh viêm phổi, chiếm 5,6%. Có 55 trẻ được siêu âm ổ bụng, tất cả đều có kết quả bình thường. Trong số 25 trẻ được làm xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, kết quả có 6 trẻ có bạch cầu niệu dương tính (2+), chiếm 24%.

Nghiên cứu của Liu TH cho thấy nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao nhất trong những nguyên nhân gây bệnh mày đay ở trẻ em (48,4%), trong đó thường gặp nhất là nhiễm trùng đường hô hấp trên (23,1%), kế tiếp là nhiễm trùng đường tiêu hóa (5,5%), nhiễm trùng đường hô hấp dưới (4,4%), nhiễm trùng tiết niệu (1,4%). Tỷ lệ nhiễm trùng giảm dần theo lứa tuổi, trẻ nhỏ dưới 2 tuổi là 56,5%, nhóm 2 - 6 tuổi là 51,2%, nhóm 7 - 12 tuổi là 42,1% và nhóm 13 - 18 tuổi là 17,1%.⁵ Nghiên cứu của Bilbao trên 44 trẻ từ 1 đến 12 tuổi bị mày đay kèm theo biểu hiện nhiễm trùng cho thấy 50% số trẻ ở độ tuổi 1 - 2 tuổi, có 40 trẻ (90,9%) nhiễm trùng đường hô hấp nhưng chỉ có 1 trẻ được chẩn đoán viêm phổi, số trẻ còn lại bị nhiễm trùng đường tiêu hóa. Tác nhân virus gặp ở 79,5% trẻ, số còn lại không rõ tác nhân, Enterovirus được tìm thấy nhiều nhất (10 trẻ).⁹ Một nghiên cứu khác của Sackesen cũng cho kết quả nhiễm trùng là nguyên nhân khá phổ biến gây bệnh mày đay cấp (48,6%), trong đó thường gặp nhất là *Chlamydia pneumoniae* và *Helicobacter pylori*.¹⁰ Theo nghiên cứu của Tang N, nguyên nhân nhiễm trùng cũng chiếm tỷ lệ cao nhất ở trẻ mắc mày đay cấp (16/39 trẻ, chiếm 41%) nhưng chỉ có 12 trẻ biểu hiện triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm huyết học cho thấy tăng bạch cầu ở 28 trẻ (72%), chỉ số máu lắng tăng ở 17 trẻ (44%), chỉ số CRP-hs tăng ở 9 trẻ (32%), kết quả xét nghiệm này không có sự đồng nhất với triệu chứng lâm sàng của trẻ.⁶



Nghiên cứu của chúng tôi không có sự tương đồng giữa triệu chứng lâm sàng và kết quả cận lâm sàng khi đánh giá tình trạng nhiễm trùng ở trẻ. Theo đó, chẩn đoán trẻ có tình trạng nhiễm trùng khi có sốt và/hoặc biểu hiện triệu chứng nhiễm trùng trên lâm sàng, kèm theo cận lâm sàng bao gồm tăng số lượng bạch cầu và/hoặc CRP-hs tăng ≥ 20 mg/L và/hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng trong kết quả tổng phân tích nước tiểu, X-quang ngực, siêu âm ổ bụng.

Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy: 57 trẻ được chẩn đoán có tình trạng nhiễm trùng, chiếm tỷ lệ khá cao (78,1%), trong đó, nhiễm trùng đường hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%) nhưng chỉ có 1 trẻ được chẩn đoán viêm phổi trên hình ảnh X-quang, nhiễm trùng đường tiêu hóa, có 14 trẻ (24,6%). Có 1 trẻ bị viêm tai giữa và 1 trẻ được chẩn đoán xác định là chốc, đều chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,8%). Trong khi đó, 6 trẻ (10,5%) được cho là nhiễm trùng tiết niệu qua chỉ số bạch cầu niệu dương tính (++) trong 25 trẻ được chỉ định xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu mặc dù không trẻ nào có triệu chứng lâm sàng. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả khác, nguyên nhân có thể do địa điểm nghiên cứu khác nhau. Việt Nam là một nước có khí hậu nhiệt đới, tình trạng ô nhiễm môi trường đáng báo động, giáo dục chăm sóc trẻ em còn chưa phát triển có thể dẫn đến tình trạng nhiễm trùng ở trẻ em cao hơn các nước khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số trẻ bị bệnh mề đay lần đầu, những trẻ đã từng bị mề đay trước đây đều ghi nhận không có tình trạng nhiễm trùng kèm theo. Vì vậy, chúng tôi không thể khẳng định có mối liên quan giữa nhiễm trùng và bệnh mề đay ở trẻ. Tuy nhiên, khi điều trị thuốc kháng sinh ở tất cả trẻ có tình trạng nhiễm trùng nghi ngờ do vi khuẩn, chúng tôi nhận thấy triệu chứng bệnh mề đay thuyên giảm rõ rệt. Điều này gợi ý tình trạng nhiễm trùng có thể có liên quan tới sự khởi phát bệnh mề đay ở trẻ em. Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế là chưa thực hiện các xét nghiệm tìm các tác nhân vi sinh vật gây nên tình trạng nhiễm trùng

5. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh mề đay cấp tính ở trẻ em khá phong phú và có thể liên quan tới tình trạng nhiễm trùng.

Lời cảm ơn

Các tác giả xin chân thành cảm ơn Khoa Bệnh da Phụ nữ và Trẻ em, Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Khoa Xét nghiệm - Bệnh viện Da liễu Trung ương đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này và xin cảm kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Powell RJ, Leech SC, Till S, Huber P a. J, Nasser SM, Clark AT. BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema. *Clin Exp Allergy*. 2015;45(3):547-565. doi:10.1111/cea.12494.
2. Nguyễn Năng An (2003). Tình hình dị ứng thuốc ở nước ta, đề xuất những biện pháp can thiệp, *Đề tài độc lập cấp nhà nước*, T2, trang 50-52.
3. Mario G. Physical urticarias: Mast cell dysfunction: Preventive, diagnostic and therapeutical approach. *Einstein*. 2007;5.
4. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018;73(7):1393-1414. doi:10.1111/all.13397.
5. Liu TH, Lin YR, Yang KC, Chou CC, Chang YJ, Wu HP. First attack of acute urticaria in pediatric emergency department. *Pediatr Neonatol*. 2008;49(3):58-64. doi:10.1016/S1875-9572(08)60014-5.
6. Tang N, Mao MY, Zhai R, et al. [Clinical characteristics of urticaria in children versus adults]. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi Chin J Contemp Pediatr*. 2017;19(7):790-795. doi:10.7499/j.issn.1008-8830.2017.07.012.

7. Nguyễn Thị Diệu Thúy, Lê Thị Minh Hương (2013). Nguyên nhân mày đay cấp ở trẻ em. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 17(4), 230-234.

8. Azkur D, Civelek E, Toyran M, et al. Clinical and etiologic evaluation of the children with chronic urticaria. Allergy Asthma Proc. 2016;37(6):450-457. doi:10.2500/aap.2016.37.4010.

9. Bilbao A, García JM, Pocheville I, et al. [Round Table: Urticaria in relation to infections]. Allergol Immunopathol (Madr). 1999;27(2):73-85.

10. Sackesen C, Sekerel BE, Orhan F, Kocabas CN, Tuncer A, Adalioglu G. The etiology of different forms of urticaria in childhood. Pediatr Dermatol. 2004;21(2):102-108. doi:10.1111/j.0736-8046.2004.21202.x

SUMMARY

Original research

THE INFECTIOUS CONDITIONS IN CHILDREN WITH ACUTE URTICARIA

Nguyen Thi Minh Chau¹, Nguyen Thi Ha Vinh^{1,2}, Le Huu Doanh^{1,2}, Nguyen Thi Thanh Thuy², Nguyen Thuy Linh², Tran Thi Huyen^{1,2*}

ABSTRACT

Objectives: To investigate the clinical, paraclinical, and infectious conditions in children with acute urticaria hospitalized at the National Hospital of Dermatology and Venereology from August 2018 to April 2019.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study on 73 children diagnosed with acute urticaria. The children were clinically examined, taken their medical history, and underwent some tests to assess infectious status.

Results: The mean age of the children was 7.47 ± 4.02 years old. The youngest was 9 months old and the oldest was 15 years old. The group from 6-12 years old included 35 children, accounting for the highest rate (47.9%). There were 42 boys, accounting for 57.5%, higher than girls (31 children, accounting for 42.5%). The ratio of male: to female was 1.4 : 1. There were 15 children with acute urticaria accompanied by angioedema, accounting for 20.5%; 33 children with abdomen pain, accounting for 45.2%. There were 57 children diagnosed with an infectious condition, accounting for 78.1%. Respiratory tract infections accounted for the highest proportion (19 children; 33.3%), followed by gastrointestinal infections (14 children; 24.6%), and urinary tract infections (6 children; 10.5%).

Conclusions: Symptoms of acute urticaria in children are varied and may be related to infection.

Keywords: *Acute urticaria, infection, angioedema, wheal, fever.*

1: Hanoi Medical University

2: National Hospital of Dermatology and Venereology

*Corresponden: email: drhuyentran@gmail.com