



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH VIÊM DA CƠ ĐỊA MỨC ĐỘ NẶNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Minh Thu^{1,2}, Đào Hữu Ghi², Nguyễn Thị Thanh Thùy², Đỗ Thị Thu Hiền², Lê Hữu Doanh^{1,2}, Đào Trọng Khánh³, Nguyễn Văn Thường^{1,2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh viêm da cơ địa mức độ nặng đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân viêm da cơ địa mức độ nặng.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $34,5 \pm 25,4$, trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 18 - 49 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là $12,5 \pm 8,7$ năm. Tỷ lệ bệnh nhân không dùng dưỡng ẩm chiếm tỷ lệ cao (54,8%). 30,6% trường hợp có tắm lá, 27,4% bệnh nhân có dị ứng thức ăn. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ngứa và khô da (100%). Điểm SCORAD trung bình của bệnh nhân nghiên cứu $66,98 \pm 16,39$. Lượng IgE trung bình huyết thanh là 1598 ± 1531 . Điểm ngứa và điểm mất ngủ trung bình lần lượt là $7,27 \pm 1,41$ và $6,34 \pm 1,34$.

Kết luận: Bệnh viêm da cơ địa nặng thường có thời gian mắc bệnh dài. Triệu chứng thường gặp nhất là ngứa, khô da. Lượng IgE huyết thanh trung bình ở bệnh nhân tăng cao. Bệnh nhân có thói quen tắm lá, chà xát và không dùng dưỡng ẩm thường xuyên dẫn đến tình trạng bệnh nặng hơn.

Từ khóa: Viêm da cơ địa nặng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ địa (atopic dermatitis - VDCĐ) là một bệnh viêm da mạn tính tái phát khá thường gặp, với tỷ lệ mắc bệnh khoảng 10 - 20%.^{1,2,3} Bệnh khởi phát sớm với khoảng 50% trường hợp xuất hiện trong năm đầu tiên và 85% trường hợp

xuất hiện trước 5 tuổi.⁴ Tuy nhiên, bệnh có thể xuất hiện ở bất kỳ lứa tuổi nào.⁵ Mặc dù VDCĐ thường tự thuyên giảm sau thời thơ ấu nhưng vẫn có 20 - 50% trường hợp bệnh còn tồn tại đến tuổi trưởng thành.³

Cho đến nay, cơ chế bệnh sinh của VDCĐ tương đối phức tạp và chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ. Sự bất thường hàng rào bảo vệ da, khiếm khuyết của hệ thống điều hòa miễn dịch bao gồm hoạt động quá mức của tế bào T hỗ trợ (Th2 và Th22) cùng với các yếu tố môi trường và di truyền được cho là có vai trò trong

1: Trường Đại học Y Hà Nội

2: Bệnh viện Da liễu Trung ương

3: Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: nguyenvanthuongdlvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/7/2023

Ngày phản biện: 07/8/2023

Ngày chấp nhận đăng: 15/8/2023

DOI: <https://doi.org/10.56320/tcdlhnv.40.102>

căn nguyên của VDCĐ.^{6,7,8} Bệnh tiến triển mạn tính, dai dẳng, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống người bệnh đặc biệt ở mức độ trung bình và nặng thậm chí gây trầm cảm, lo lắng và rối loạn giấc ngủ.^{9,10,11-13}

Ở Việt Nam, có tương đối nhiều nghiên cứu về bệnh VDCĐ, tuy nhiên chúng tôi chưa tham khảo được tài liệu nào đề cập đến bệnh VDCĐ mức độ nặng. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích khảo sát tình hình, đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh VDCĐ mức độ nặng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

62 bệnh nhân VDCĐ nặng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm da cơ địa theo tiêu chuẩn Hanifin và Rajka (1980) có điểm SCORAD trên 50.14

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có rối loạn tâm thần, rối loạn khả năng ngôn ngữ, không hợp tác trong giao tiếp, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu: 62 bệnh nhân.



Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Các bước tiến hành: Tư vấn và ký chấp thuận tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được thăm khám và thu thập các thông tin tên, tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, các yếu tố liên quan như tiền sử bản thân, tiền sử gia đình, thói quen sử dụng dưỡng ẩm, yếu tố tiếp xúc, đánh giá thang điểm SCORAD. Các xét nghiệm cần làm: công thức máu, sinh hóa máu, IgE toàn phần.

Xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và xử lý theo chương trình SPSS 20.0. Kiểm định so sánh: đối với biến định tính trong cùng một nhóm dùng test McNemar, so sánh giữa hai nhóm sử dụng test so sánh Chi-square, đối với biến định lượng so sánh các giá trị bằng test T giữa hai mẫu độc lập và so sánh cặp trước sau. Các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này được thông qua hội đồng bảo vệ đề cương của Bộ môn Da liễu, Trường Đại học Y Hà Nội; bệnh nhân được tư vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu; thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ kín; nghiên cứu này được sự cho phép của Bệnh viện Da liễu Trung ương.



3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu trên 62 bệnh nhân VDCĐ mức độ nặng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Một số yếu tố liên quan đến VDCĐ nặng

Bảng 1. Tuổi, giới, thời gian bị bệnh (n = 62)

Đặc điểm		Kết quả	p
Giới	Nam	61,4%	p = 0,039
	Nữ	38,6%	
Tuổi	Trung bình	34,5 ± 25,4	
	Min - max	0,3 - 90	
Phân bố theo nhóm tuổi	< 2 tuổi	5 (8,1%)	p = 0,008
	2 - 11 tuổi	8 (12,9%)	
	12 - 17 tuổi	11 (17,7%)	
	18 - 49 tuổi	21 (33,9%)	
	> 50 tuổi	17 (27,4%)	
Tuổi khởi phát	< 2 tuổi	18 (29%)	p = 0,003
	2 - 12 tuổi	12 (19,4%)	
	12 - 60 tuổi	26 (41,9%)	
	> 60 tuổi	6 (9,7%)	
Thời gian mắc bệnh		12,5 ± 8,7 (năm)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam trong nhóm nghiên cứu chiếm 61,4%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,03. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 34,5 ± 25,4, trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 90 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm bệnh nhân 18 - 49 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là 12,5 ± 8,7 năm.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan bệnh VDCĐ nặng (n = 62)

Thói quen		n	%	p
Sử dụng dưỡng ẩm	Không dùng	34	54,8	p < 0,001
	Dùng không đều	21	33,9	
	Sử dụng đều	7	11,3	
Chà xát, tắm lá	Có	19	30,6	p = 0,002
	Không	43	69,4	
Dị ứng thức ăn	Có	17	27,4	p < 0,001
	Không	45	72,6	
Liên quan thời tiết	Có	41	66,2	p = 0,01
	Không	21	33,8	
Tiền sử cá nhân	Hen phế quản	4	6,5	
	Viêm mũi dị ứng	12	19,4	
Tiền sử gia đình	VDCĐ	15	24,2	
	Bệnh lý cơ địa khác khkhác	26	41,9	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân không dùng dưỡng ẩm chiếm tỷ lệ cao 54,8%. Trong khi đó, số bệnh nhân dùng dưỡng ẩm thường xuyên chỉ chiếm 11,3%. 30,6% trường hợp có tắm lá, 27,4% bệnh nhân có dị ứng thức ăn, 66,2% bệnh nhân biểu hiện bệnh nặng lên khi thay đổi thời tiết (thời tiết chuyển hanh khô).

3.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân VDCĐ nặng

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng bệnh nhân VDCĐ nặng (n = 62)

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Ngứa	62	100
Khô da	62	100
Viêm da lòng bàn tay, chân	26	41,9



Triệu chứng		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm môi		12	19,3
Dày sừng nang lông		19	30,6
Vảy cá		5	8,1
Vảy phấn trắng		17	27,4
Bội nhiễm	Vi khuẩn	4	6,4
	Virus	5	8,1

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân VDCĐ nặng là ngứa và khô da (100%). Các triệu chứng phổ biến khác là viêm da lòng bàn tay, bàn chân và dày sừng nang lông lần lượt chiếm 41,9% và 30,6.

Bảng 4. Phân bố mức độ nặng theo diện tích tổn thương (n = 62)

Diện tích	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 30%	10	16,1
30 - 50%	33	53,2
> 50%	19	30,7
Tổng số	62	100

Nhận xét: Bệnh nhân VDCĐ nặng trong nghiên cứu chủ yếu có diện tích tổn thương từ 30% trở lên (chiếm 83,9%), số bệnh nhân có diện tích tổn thương dưới 30% chỉ chiếm 16,1%.

Bảng 5. Các thang điểm và chỉ số đánh giá mức độ nặng (n = 62)

Chỉ số		Kết quả
IgE	Trung bình	1598 ± 1531
	Min - max	58,7 - 8325

Chỉ số		Kết quả
SCORAD	Trung bình	66,98 ± 16,39
	Min - max	51 - 102,5
Điểm ngứa	Trung bình	7,27 ± 1,41
	Min - max	5 - 10
Điểm mất ngủ	Trung bình	6,34 ± 1,34
	Min - max	4 - 10

Nhận xét: Điểm SCORAD trung bình của bệnh nhân nghiên cứu 66,98 ± 16,39, trong đó trường hợp cao nhất là 102,5 điểm. Lượng IgE trung bình huyết thanh là 1598 ± 1531. Điểm ngứa và điểm mất ngủ trung bình lần lượt là 7,27 ± 1,41 và 6,34 ± 1,34.

4. BÀN LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân VDCĐ nặng là triệu chứng ngứa và khô da (62/62 bệnh nhân, chiếm 100%). Theo nghiên

cứu của tác giả Dawn và cộng sự, 87 - 100% bệnh nhân VDCĐ có triệu chứng ngứa.¹⁵ Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả trong nước.¹⁶⁻¹⁸ Trong bệnh VDCĐ, ngứa làm cho bệnh nhân gãi, chà xát dẫn đến xuất hiện các thương tổn thứ phát như nhiễm trùng, da dày, thâm nhiễm, các vết xước... tạo nên vòng xoắn bệnh lý làm cho bệnh ngày càng nặng. Ngứa còn làm cho bệnh nhân mất ngủ, trầm cảm, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống đặc biệt đối với bệnh nhân VDCĐ nặng. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện khô da. Tỷ lệ này cao hơn trong các nghiên cứu của các tác giả trong nước Nguyễn Thị Lai 81,33%, Nguyễn Đức Điệp 87,1%, Trần Thị Linh 85,6%. Trong VDCĐ có sự suy giảm hàng rào bảo vệ của da gây mất nước qua da. Mồ hôi và dị nguyên có thể dễ dàng xâm nhập vào da khô gây hiện tượng chàm. Đặc biệt ở bệnh nhân VDCĐ nặng, triệu chứng khô da càng trầm trọng hơn, do đó tỷ lệ bệnh nhân biểu hiện khô da trong nghiên cứu của chúng tôi là cao nhất.¹⁷⁻¹⁹ Một triệu chứng khá thường gặp ở các bệnh nhân VDCĐ nặng là viêm da lòng bàn tay bàn chân, chiếm tỷ lệ 41,9%. Theo Ruff và cộng sự, có mối liên hệ chặt chẽ giữa VDCĐ và viêm da bàn tay. VDCĐ là 1 trong những 3 nguyên nhân chính gây chàm bàn tay và ngược lại viêm da bàn tay cũng là một biểu hiện lâm sàng của VDCĐ với vị trí thường gặp ở cổ và mu tay.¹⁹ Do tăng hiện tượng mất nước qua biểu bì da và tăng nguy cơ xâm nhập và hấp thụ của các chất kích thích và gây dị ứng, viêm da bàn tay xuất hiện ở bệnh nhân VDCĐ nhiều hơn so với người bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 bệnh nhân (8,1%) nhiễm virus herpes có biểu hiện lâm sàng khá điển hình của eczema herpeticum, 4 trường hợp bệnh nhân có bội nhiễm vi khuẩn (6,4%). Khiếm khuyết hàng rào bảo vệ da trong VDCĐ giúp cho các yếu tố tác nhân như vi khuẩn, virus dễ dàng

xâm nhập và gây bệnh. Ngoài ra, sự chiếm ưu thế của tế bào Th2 dẫn đến tăng sản xuất IL-4 - gây tăng sản xuất IgE và ngăn chặn sự biệt hóa của các tế bào Th1 sản xuất IFN γ . Nồng độ IFN γ thấp trong da bệnh nhân VDCĐ là nguyên nhân khiến virus phát triển quá mức.^{20,21}

Tỷ lệ bệnh nhân có diện tích tổn thương trên 30% trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 83,9%, trong khi số bệnh nhân có diện tích tổn thương dưới 30% chiếm 16,1%. Diện tích là một trong những yếu tố đánh giá mức độ nặng của VDCĐ. Nhiều tác giả cho rằng mức độ nặng của bệnh tương ứng diện tích tổn thương trên 20%, hoặc 30%. Tuy nhiên, trên thực tế, diện tích chỉ là một trong số những tiêu chuẩn đánh giá mức độ nặng của bệnh. Nhiều bệnh nhân diện tích tổn thương tuy ít, nhưng tổn thương đỏ, phù nề, vảy tiết, khô nhiều... và điểm mất ngủ và điểm ngứa cao vẫn cho kết quả là điểm SCORAD ở mức độ nặng.²²

Đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân VDCĐ nặng, dựa vào chỉ số SCORAD > 50. Do đó, điểm SCORAD trung bình ở mức cao $66,98 \pm 16,39$, với điểm SCORAD cao nhất là 102,5. Nồng độ IgE huyết thanh toàn phần của bệnh nhân nghiên cứu là 1598 ± 1531 , trong đó chỉ có 2 bệnh nhân có nồng độ IgE huyết thanh bình thường. Lý do tăng IgE trong VDCĐ vẫn chưa được lý giải thấu đáo. Tương tự như trong hội chứng tăng IgE, sự gia tăng IgE trong VDCĐ có liên quan đến tụ cầu vàng và yếu tố nhiễm trùng. Bệnh nhân VDCĐ có xu hướng có nhiều khuẩn lạc tụ cầu vàng dẫn đến dễ bị nhiễm trùng da và toàn thân hơn. Thật vậy, bệnh nhân VDCĐ có nồng độ IgE toàn phần trong huyết thanh cao hơn có liên quan đến nhiễm trùng da nhiều hơn so với những bệnh nhân lượng IgE trong huyết thanh thấp. Trong nghiên



cứu của Sanmeet Atwal BS và cộng sự, bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp của VDCĐ có nồng độ IgE toàn phần trong huyết thanh cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng khác. Vì nồng độ IgE toàn phần trong huyết thanh có tương quan trực tiếp với mức độ nghiêm trọng của VDCĐ nên có khả năng phản ứng viêm trong VDCĐ, chứ không chỉ nhiễm trùng da, góp phần làm tăng IgE. Hiện nay, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy sự nhạy cảm với IgE ở các mức độ tổn thương da trong VDCĐ. Do thiếu hụt hàng rào bảo vệ, các yếu tố kích hoạt môi trường bao gồm chất gây dị ứng thực phẩm, chất gây dị ứng trong không khí và tụ cầu vàng có khả năng gây VDCĐ, dẫn đến việc tăng sản xuất IgE.²³

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam bị VDCĐ nặng chiếm 61,4%, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với $p = 0,03$. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $34,5 \pm 25,4$, trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 90 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm bệnh nhân 18 - 49 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là $12,5 \pm 8,7$ năm. Theo Trịnh Thị Linh và cộng sự, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 2 - 5 tuổi (48,9%). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng là những bệnh nhân VDCĐ mức độ nặng, thời gian bị bệnh kéo dài, bệnh nhân có những tiếp cận điều trị sai lầm như tắm và chà xát bằng các loại lá cây, thường gặp hơn ở các đối tượng bệnh nhân lớn tuổi, còn đối tượng trẻ em thường được sự quan tâm, chăm sóc của gia đình, thường có xu hướng tuân thủ điều trị và thăm khám sớm ngay khi có các triệu chứng của bệnh ở mức độ nhẹ hoặc trung bình. Do đó, lý giải sự khác biệt về nhóm tuổi hay gặp nhất trong nghiên cứu là nhóm 18 - 49 tuổi. VDCĐ thường khởi phát sớm với khoảng 50% trường hợp xuất hiện trong năm đầu tiên và 85% trường hợp xuất hiện trước 5 tuổi.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân khởi

phát bệnh sớm trước 2 tuổi chỉ chiếm 29%, khởi phát muộn trên 2 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 61,3%, VDCĐ khởi phát ở người cao tuổi chiếm 9,7%. Thuật ngữ VDCĐ khởi phát ở người trưởng thành được Bannister và Freeman đặt ra vào năm 2000. Kể từ đó đến nay, cùng với sự gia tăng tỷ lệ mắc VDCĐ trong vài thập kỷ qua, tỷ lệ VDCĐ khởi phát ở người trưởng thành cũng tăng lên và tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 1% đến 3% ở các quần thể khác nhau. Các nghiên cứu từ Singapore, Úc và Nigeria cho thấy tỷ lệ bệnh nhân VDCĐ khởi phát sau 18 tuổi lần lượt là 13,6%, 9% và 24,5%.²⁴

Trong số các yếu tố liên quan đến bệnh VDCĐ nặng, tỷ lệ bệnh nhân có dị ứng thức ăn chiếm 27,4%, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không dị ứng thức ăn. Dị ứng thức ăn được coi là một trong những nguyên nhân khởi phát đợt bệnh VDCĐ, trong đó các thực phẩm như sữa, trứng, bột mì, đậu nành, đậu phộng chiếm tới 75% tổng số trường hợp VDCĐ do dị ứng thức ăn gây ra. Trong những trường hợp này, việc điều chỉnh các nguyên nhân khác gây VDCĐ như khắc phục hậu quả của rối loạn chức năng hàng rào bảo vệ da, điều trị các nhiễm trùng kèm theo cũng có vai trò quan trọng như việc tránh các loại thực phẩm nghi ngờ dị ứng. Theo Matthew và cộng sự, 35% các trường hợp bệnh nhân VDCĐ có đợt khởi phát liên quan đến dị ứng thức ăn.²⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có thói quen chà xát và tắm bằng các loại lá cây chiếm tỷ lệ tương đối cao (30,6%). Đây là một trong những sai lầm khá phổ biến của nhiều bệnh nhân chứ không phải chỉ riêng bệnh nhân VDCĐ. Các bệnh nhân đều lầm tưởng rằng tắm lá sẽ có tác dụng sát khuẩn, làm khô làm sạch và làm tổn thương nhanh lành hơn. Trên thực tế, việc hàng rào bảo vệ da vốn đã suy yếu, không có khả năng bảo vệ chống lại các tác nhân xâm nhập như nấm, virus, vi khuẩn... lại thêm việc chà xát mạnh hoặc tắm

bằng các loại lá cây làm da dễ tổn thương và dễ viêm nhiễm hơn. Nhiều trường hợp bệnh nhân VDCĐ sau khi tắm và đắp lá, các tổn thương nặng, tiến triển nhanh thành đờ da toàn thân hoặc bội nhiễm.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân VDCĐ nặng thường có thời gian mắc bệnh kéo dài. Triệu chứng thường gặp nhất là ngứa, khô da, viêm da lòng bàn tay, bàn chân, dày sừng nang lông. Lượng IgE huyết thanh trung bình ở bệnh nhân tăng cao. Bệnh nhân có thói quen tắm lá, chà xát và không dùng dưỡng ẩm thường xuyên dẫn đến tình trạng bệnh nặng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boguniewicz, M. Atopic Dermatitis: The Updated Practice Parameter and Beyond. *Allergy Asthma Proc* 2014, 35 (6), 429-434. <https://doi.org/10.2500/aap.2014.35.3798>.
2. Fishbein, A. B.; Silverberg, J. I.; Wilson, E. J.; Ong, P. Y. Update on Atopic Dermatitis: Diagnosis, Severity Assessment, and Treatment Selection. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 2020, 8 (1), 91-101. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2019.06.044>.
3. Hanifin, J. M.; Reed, M. L. A Population-Based Survey of Eczema Prevalence in the United States: *Dermatitis* 2007, 18 (2), 82-91. <https://doi.org/10.2310/6620.2007.06034>.
4. Kay, J.; Gawkrödger, D. J.; Mortimer, M. J.; Jaron, A. G. The Prevalence of Childhood Atopic Eczema in a General Population. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1994, 30 (1), 35-39. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(94\)70004-4](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(94)70004-4).
5. Lee, H. H.; Patel, K. R.; Singam, V.; Rastogi, S.; Silverberg, J. I. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence and Phenotype of Adult-Onset Atopic Dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2019, 80 (6), 1526-1532.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.05.1241>.
6. David Boothe, W.; Tarbox, J. A.; Tarbox, M. B. Atopic Dermatitis: Pathophysiology. In *Management of Atopic Dermatitis*; Fortson, E. A., Feldman, S. R., Strowd, L. C., Eds.; *Advances in Experimental Medicine and Biology*; Springer International Publishing: Cham, 2017; Vol. 1027, pp 21-37. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64804-0_3.
7. Czarnowicki, T.; Krueger, J. G.; Guttman-Yassky, E. Skin Barrier and Immune Dysregulation in Atopic Dermatitis: An Evolving Story with Important Clinical Implications. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 2014, 2 (4), 371-379. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2014.03.006>.
8. Kim, B. E.; Leung, D. Y. Epidermal Barrier in Atopic Dermatitis. *Allergy Asthma Immunol Res* 2012, 4 (1), 12-16. <https://doi.org/10.4168/aaair.2012.4.1.12>.
9. Gochnauer, H.; Valdes-Rodriguez, R.; Cardwell, L.; Anolik, R. B. The Psychosocial Impact of Atopic Dermatitis. *Adv Exp Med Biol* 2017, 1027, 57-69. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64804-0_6.
10. Silverberg, J. I.; Gelfand, J. M.; Margolis, D. J.; Boguniewicz, M.; Fonacier, L.; Grayson, M. H.; Simpson, E. L.; Ong, P. Y.; Chiesa Fuxench, Z. C. Patient Burden and Quality of Life in Atopic Dermatitis in US Adults: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018, 121 (3), 340-347. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2018.07.006>.



11. Fishbein, A. B.; Mueller, K.; Kruse, L.; Boor, P.; Sheldon, S.; Zee, P.; Paller, A. S. Sleep Disturbance in Children with Moderate/Severe Atopic Dermatitis: A Case-Control Study. *J Am Acad Dermatol* 2018, 78 (2), 336-341. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.08.043>.
12. Li, J. C.; Fishbein, A.; Singam, V.; Patel, K. R.; Zee, P. C.; Attarian, H.; Cella, D.; Silverberg, J. I. Sleep Disturbance and Sleep-Related Impairment in Adults With Atopic Dermatitis: A Cross-Sectional Study. *Dermatitis* 2018, 29 (5), 270-277. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000401>.
13. Yaghmaie, P.; Koudelka, C. W.; Simpson, E. L. Mental Health Comorbidity in Patients with Atopic Dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2013, 131 (2), 428-433. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.10.041>.
14. Oranje, A. P.; Glazenburg, E. J.; Wolkerstorfer, A.; De Waard-van Der Spek, F. B. Practical Issues on Interpretation of Scoring Atopic Dermatitis: The SCORAD Index, Objective SCORAD and the Three-Item Severity Score. *Br J Dermatol* 2007, 157 (4), 645-648. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.08112.x>.
15. Dawn, A.; Papoiu, A. D. P.; Chan, Y. H.; Rapp, S. R.; Rasette, N.; Yosipovitch, G. Itch Characteristics in Atopic Dermatitis: Results of a Web-Based Questionnaire. *Br J Dermatol* 2009, 160 (3), 642-644. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08941.x>.
16. Châu Văn Trở. Nghiên cứu siêu kháng nguyên của tụ cầu vàng và hiệu quả điều trị viêm da cơ địa bằng kháng sinh cefuroxim. 2013.
17. Nguyễn Thị Lai. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và miễn dịch trong bệnh viêm da cơ địa người lớn, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2001.
18. Trần Thị Linh. Nghiên cứu thay đổi nồng độ kẽm trong máu của bệnh nhân viêm da cơ địa trẻ em tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
19. Ruff, S. M. D.; Engebretsen, K. A.; Zachariae, C.; Johansen, J. D.; Silverberg, J. I.; Egeberg, A.; Thyssen, J. P. The Association between Atopic Dermatitis and Hand Eczema: A Systematic Review and Meta-Analysis. *British Journal of Dermatology* 2018, 178 (4), 879-888. <https://doi.org/10.1111/bjd.16147>.
20. Wollenberg, A.; Wetzel, S.; Burgdorf, W. H. C.; Haas, J. Viral Infections in Atopic Dermatitis: Pathogenic Aspects and Clinical Management. *J Allergy Clin Immunol* 2003, 112 (4), 667-674. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2003.07.001>.
21. Ong, P. Y.; Leung, D. Y. M. Bacterial and Viral Infections in Atopic Dermatitis: A Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol* 2016, 51 (3), 329-337. <https://doi.org/10.1007/s12016-016-8548-5>.
22. Paller, A. S.; Tan, J. K. L.; Bagel, J.; Rossi, A. B.; Shumel, B.; Zhang, H.; Abramova, A. IGAXBSA Composite for Assessing Disease Severity and Response in Patients with Atopic Dermatitis. *Br J Dermatol* 2022, 186 (3), 496-507. <https://doi.org/10.1111/bjd.20872>.
23. Atwal, S.; Ong, P. Y. Elevated Serum Total IgE Is Associated with Eczema Exacerbation in Children Hospitalized for Atopic Dermatitis. *Pediatric Dermatology* 2023, 40 (2), 301-304. <https://doi.org/10.1111/pde.15245>.
24. Kanwar, A. J. Adult-Onset Atopic Dermatitis. *Indian J Dermatol* 2016, 61 (6), 662-663. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.193679>.
25. Greenhawt, M. The Role of Food Allergy in Atopic Dermatitis. *Allergy Asthma Proc* 2010, 31 (5), 392-397. <https://doi.org/10.2500/aap.2010.31.3393>.

SUMMARY

Original research

**STUDY ON CLINICAL MANIFESTATIONS AND RELATED FACTORS
OF SEVERE ATOPIC DERMATITIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY
AND VENERELOGY IN VIETNAM**

**Nguyen Minh Thu^{1,2}, Dao Huu Ghi², Nguyen Thi Thanh Thuy², Do Thi Thu Hien²,
Le Huu Doanh^{1,2}, Dao Trong Khanh³, Nguyen Van Thuong^{1,2*}**

ABSTRACT

Objectives: Atopic dermatitis (AD) is a common inflammatory skin disease characterized by eczematous lesions, erythema, and pruritus, affecting 15 - 20% of children and 1 - 3% of adults worldwide. This study aims to investigate the clinical manifestations and related factors contributing to severe atopic dermatitis at the the National Hospital of Dermatology and Venereology (NHDV).

Material and methods: A cross - sectional prospective study was conducted, based on data collected from all 62 patients diagnosed with severe atopic dermatitis, who were examined and treated at NHDV from July 2022 to July 2023.

Results: The average age of the patients was 34.5 ± 25.4 years, with the highest proportion falling in the 18 - 49 years age group. The mean disease duration was 12.5 ± 8.7 years. A high percentage of patients (54.8%) did not use moisturizers. Leaf baths were reported by 30.6% of cases, and 27.4% of patients exhibited food allergies. The most common clinical symptoms were itching and dry skin (100%). The average SCORAD score of the study patients was 66.98 ± 16.39 . The mean serum IgE level was 1598 ± 1531 . The mean pruritus and insomnia scores were 7.27 ± 1.41 and 6.34 ± 1.34 , respectively.

Conclusions: Patients with severe AD often experience prolonged disease duration. The most common symptoms include itchy and dry skin. Elevated serum IgE levels were observed. Patients have a habit of rubbing and bathing with herbal leaves and not using moisturizers regularly, potentially exacerbating the severity of the disease.

Keywords: *Severe atopic dermatitis.*

1: Hanoi Medical University

2: National Hospital of Dermatology and Venereology

3: Vietnam Military Medical University

* Correspondence email: nguyenvanhuongdlvn@gmail.com