

Trước phẫu thuật phù giác mạc chiếm 64,2%, tuy nhiên sau phẫu thuật thì phù giác mạc chỉ chiếm 7,5%. Điều này chứng tỏ các bệnh nhân phần lớn đến khám vì cơn glôcôm cấp nên phù giác mạc chiếm tỷ lệ nhiều với kỹ thuật mổ tốt và điều trị tại chỗ tốt trước phẫu thuật đã làm giảm tỷ lệ phù giác mạc sau mổ rõ rệt.

## V. KẾT LUẬN

Đánh giá chung tình trạng thị lực tốt và nhãn áp sau phẫu thuật điều chỉnh chiếm tỷ lệ 98,1%. Phân tích mối liên quan giữa tình trạng sẹo bong sau phẫu thuật và mức điều chỉnh nhãn áp sau phẫu thuật ta thấy có tỷ lệ thuận, sẹo bong càng tốt thì nhãn áp được điều chỉnh.

Thị trường sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng so với trước phẫu thuật trên 2 nhóm mắt có độ sâu tiền phòng hẹp và không hẹp cho thấy sự biến đổi thị trường có ý nghĩa thống kê. Trước phẫu thuật phù giác mạc chiếm 64,2%, sau phẫu thuật biến chứng phù giác mạc chiếm tỷ lệ 7,5% kết quả cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Hình thái đục thể thủy tinh đục nhân hay đục vỏ thì tỷ lệ xảy ra tai biến trong phẫu thuật tương đương chiếm tỷ lệ lần lượt là 59,0% và 42,9%, tỷ lệ xảy ra biến chứng sớm sau phẫu thuật cũng cho giá trị tương đương chiếm tỷ lệ lần lượt là 76,9% và 64,3% không có sự khác biệt với  $P > 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nghiêm Thị Hồng Hạnh, Vũ Thị Thái** (2012), "Khảo sát sự phù hợp về kết quả khám đánh giá sẹo bong sau mổ cắt bệ cứng giác mạc bằng đèn

khe và bằng máy Visante OCT", Tạp chí Nhân khoa Việt Nam số 27 - 2012, tr.22-27.

2. **Trịnh Văn Hiệu** (2014), "Đánh giá kết quả phẫu thuật thể thủy tinh đục chín trắng bằng phương pháp siêu âm tán nhuyễn thể thủy tinh tại bệnh viện Kiến An Hải Phòng", Tạp chí Y học thực hành (916) - số 5/2014, tr. 64-65.
3. **Ngô Văn Hồng, Nguyễn Hữu Chức** (2012), "Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật lấy thể thủy tinh bằng nhũ tương hóa đặt kính nội nhãn trong điều trị cận thị nặng tại khoa mắt bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y học thực hành (914) - số 4/2014
4. **Đào Thị Lâm Hường và cộng sự** (2012), "Nghiên cứu thực trạng bệnh glôcôm trong cộng đồng tại một số địa bàn dân cư tỉnh Nam định", Tạp chí Y dược lâm sàng 108 tập 7 - số 3/2012, tr.98-101.
5. **Nguyễn Quốc Vương, Đào Thị Lâm Hường** (2012), "Nghiên cứu sự thay đổi các chỉ số lồi đĩa, viền thần kinh của đĩa thị giác mắt glôcôm nguyên phát", Y học thực hành (802) - số 1/2012, tr. 59-62.
6. **Nguyễn Thị Diễm Uyên, Trần Thị Phương Thu** (2012), "Đánh giá kết quả phẫu thuật đục thể thủy tinh trong chấn thương xuyên thấu", Nghiên cứu Y học TP. Hồ Chí Minh Tập 16, Phụ bản của Số 1, 2012, tr. 60-68.
7. **Azuara Augusto, Blanco MD** (2002), "Gonioscopy: equipment and technique", Handbook of Glaucoma, First published in the United Kingdom in 2002, pp. 33-38.
8. **R Allingham** (1997), "Filtering surgery in the management of glaucoma", Chandler and Grant's Glaucoma 4th Ed.[edited by] David L Epstein Williams & Wilkins, pp. 516-537.
9. **Cheema Anjum, Chang T. Robert** (2016), "Update on the Medical treatment of primary open-angle glaucoma", Asia-Pacific Journal of Ophthalmology Volume 5, Number 1, January/February 2016, pp.51-58.

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA MẮN CẢM THỨC ĂN VỚI ĐỘ NẶNG VIÊM DA CƠ ĐỊA VÀ TỔN THƯƠNG LỚP THƯỢNG BÌ Ở TRẺ EM VIỆT NAM

Phạm Lê Duy<sup>1</sup>, Lê Kiều Minh<sup>1</sup>, Trịnh Hoàng Kim Tú<sup>1</sup>,  
Lý Thị Mỹ Nhung<sup>1</sup>, Trần Lê Hương Nguyên<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm da cơ địa (VDCĐ) là một trong những bệnh dị ứng phổ biến nhất ở trẻ em dưới 5 tuổi, thường liên quan với tình trạng mẫn cảm thức ăn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu để khảo sát mối

liên quan giữa mẫn cảm với thức ăn và độ nặng của VDCĐ, cũng như sự tổn thương lớp thượng bì ở trẻ em VDCĐ tại Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả với 76 bệnh nhi (BN) VDCĐ từ 12-60 tháng tuổi, tại phòng khám Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 05/2022. Độ nặng VDCĐ được đánh giá theo thang điểm SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis). Mẫn cảm thức ăn được xác định bằng đo kháng thể IgE huyết thanh đặc hiệu với 31 dị nguyên thức ăn bằng phương pháp thâm miễn dịch (immunoblot). Mức độ tổn thương hàng rào thượng bì được đánh giá bằng cách đo độ ẩm lớp sừng thượng bì (SCH) và độ mất nước

<sup>1</sup>Đại Học Y Dược Tp.Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại Học Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Lê Hương Nguyên

Email: drnguyentrans2001@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 15.6.2023

qua thương bì (TEWL) bằng thiết bị GPSkin Barrier Pro® (GPower, Hàn Quốc). **Kết quả:** Có 67 BN (88,2%) mẫn cảm với ít nhất 1 dị nguyên thức ăn, phổ biến nhất là protein sữa bò, lòng trắng trứng, thịt bò, hạt hạnh nhân, lòng đỏ trứng, và sữa dê. Trẻ VDCĐ mức độ trung bình-nặng có SCH thấp hơn so với chỉ số này ở trẻ VDCĐ mức độ nhẹ ( $p < 0,05$ ). Trẻ VDCĐ mẫn cảm với  $> 10$  dị nguyên thức ăn có chỉ số TEWL cao hơn, SCH thấp hơn và điểm SCORAD cao hơn so với trẻ VDCĐ mẫn cảm với 1-4 và 5-10 dị nguyên thức ăn ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Phần lớn trẻ em Việt Nam bị VDCĐ có mẫn cảm với ít nhất 1 dị nguyên thức ăn, trong đó sữa bò, trứng, thịt bò, hạt hạnh nhân, lòng đỏ trứng và sữa dê là các dị nguyên phổ biến nhất. Mẫn cảm thức ăn có liên quan với độ nặng VDCĐ và sự tổn thương lớp thượng bì ở trẻ em Việt Nam.

**Từ khóa:** viêm da cơ địa, mẫn cảm thức ăn, độ mất nước qua thương bì, độ ẩm lớp sừng thượng bì, trẻ em.

## SUMMARY

### ASSOCIATIONS OF FOOD SENSITIZATION WITH ATOPIC DERMATITIS SEVERITY AND EPIDERMAL LAYER IMPAIRMENT IN VIETNAMESE CHILDREN

**Background:** Atopic dermatitis (AD) is one of the most common allergic diseases in children aged  $< 5$  years, which is known to be associated with food sensitization (FS). We hypothesised that sensitization to food allergens (FAs) was associated with AD severity and epidermal layer impairment in Vietnamese children with AD. **Materials and methods:** This was a cross-sectional study including 76 children (12-60 months) diagnosed with AD. AD severity was determined by SCORAD score. FS was evaluated by measuring serum IgE antibodies against 31 FAs using an immunoblotting method. Epidermal barrier impairment was assessed by measuring transepidermal water loss (TEWL) and stratum corneum hydration (SCH) levels using the GPSkin Barrier Pro® device. **Results:** 88,2% of participants were sensitized to at least one FA, including cow's milk, egg white, beef, almond, egg yolk, and goat's milk. Children with moderate-severe AD had lower SCH levels than those with mild AD ( $p < 0,05$ ). AD children sensitized to  $> 10$  FAs had higher TEWL, lower SCH levels, and higher SCORAD scores compared with those sensitized to 1-4 FAs and 5-10 FAs ( $p < 0,05$ ). **Conclusion:** Most of Vietnamese children with AD were sensitized to FAs, and the most common sensitized FAs were cow's milk, egg, beef, almond, and goat's milk. FS was associated with AD severity and epidermal layer impairment in Vietnamese children.

**Keywords:** atopic dermatitis, food sensitization, TEWL, SCH, pediatrics.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ địa (VDCĐ) là một trong những bệnh dị ứng phổ biến nhất ở trẻ em dưới 5 tuổi, thường liên quan với tình trạng mẫn cảm thức ăn. Các nghiên cứu trước đây ghi nhận mối liên quan mạnh giữa tình trạng mẫn cảm với dị

nguyên thức ăn qua IgE huyết thanh đặc hiệu và bệnh lý VDCĐ ở trẻ em, cũng như cho thấy vai trò quan trọng của tình trạng mẫn cảm thức ăn trong khởi phát và làm tăng độ nặng của VDCĐ<sup>1,2</sup>.

Độ ẩm lớp sừng thượng bì (SCH) và độ mất nước qua thương bì (TEWL) là hai chỉ số quan trọng để đánh giá chức năng hàng rào thượng bì. Giá trị SCH giảm và TEWL tăng thể hiện hàng rào thượng bì bị tổn thương, có thể làm gia tăng sự xâm nhập của các dị nguyên thức ăn vào các lớp da bên dưới và gây nên tình trạng mẫn cảm với thức ăn<sup>3</sup>. Bên cạnh đó, điểm số SCORAD là công cụ lâm sàng được sử dụng để đánh giá độ nặng của VDCĐ, được chứng minh có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng mẫn cảm dị nguyên<sup>4</sup>. Các bằng chứng trên cho thấy, mẫn cảm thức ăn có thể liên quan với độ nặng của VDCĐ và sự tổn thương lớp thượng bì ở trẻ em VDCĐ tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát mối liên quan giữa mẫn cảm thức ăn với chỉ số TEWL, SCH và điểm số SCORAD ở trẻ em dưới 5 tuổi mắc VDCĐ, từ đó giúp đưa ra các yếu tố góp phần tiên lượng mẫn cảm thức ăn ở trẻ VDCĐ.

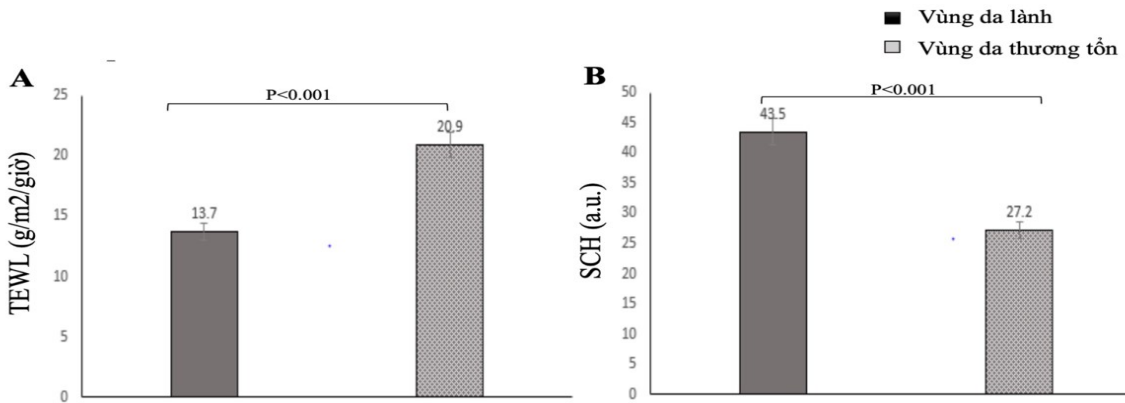
## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 76 bệnh nhi VDCĐ đến khám tại phòng khám Dị ứng – Miễn dịch Lâm sàng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 01/2022 đến tháng 05/2022. Tiêu chuẩn chọn vào là trẻ em (1) độ tuổi từ 12 đến 60 tháng, (2) được chẩn đoán VDCĐ và (3) chưa được điều trị bằng chế độ ăn kiêng cứng. Chúng tôi loại trừ các bệnh nhi VDCĐ đang đồng mắc các bệnh lý khác: bệnh da vảy cá, ghẻ, viêm da tiết bã, viêm da tiếp xúc, lymphoma tế bào T, vảy nến, viêm da nhạy cảm ánh sáng, đờ da toàn thân do các nguyên nhân khác. BN đã được bôi dưỡng ẩm trong vòng 3 giờ trước khi được thăm khám cũng được loại trừ khỏi nghiên cứu này.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả

**2.3. Quy trình đo các giá trị TEWL và SCH.** BN được tiến hành đo TEWL và SCH tại vị trí vùng da lành và vùng da thương tổn ở cẳng tay. Nếu mặt trước cẳng tay không có thương tổn thì sẽ chọn thương tổn ở vị trí khác, ưu tiên theo thứ tự: cẳng tay, cánh tay, cẳng chân và đùi. Nghiên cứu viên sẽ tiến hành đo tại cùng 1 địa điểm, trong phòng kín gió, ánh sáng đèn huỳnh quang, có điều kiện nhiệt độ và độ ẩm được kiểm soát (20-22°C và độ ẩm phòng tương đối 30 – 50%).





**Hình 2. (A) Độ mất nước qua thượng bì (TEWL) và (B) Độ ẩm lớp sừng thượng bì (SCH) ở vùng da lành và vùng da thương tổn. Giá trị p được tính bằng phép kiểm Student's t-Test**

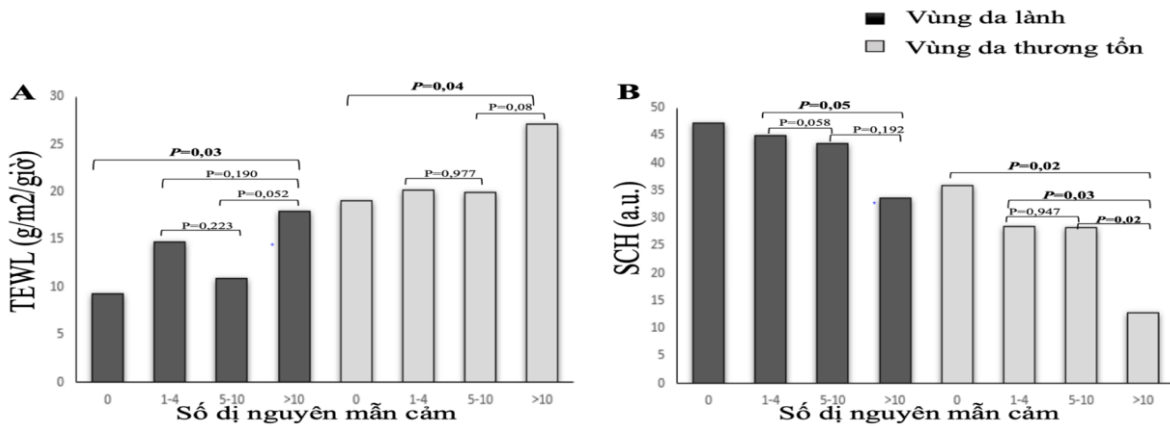
**Bảng 2. So sánh TEWL và SCH ở trẻ VDCĐ mức độ nhẹ với trẻ VDCĐ mức độ trung bình-nặng**

	Nhẹ (n=31)	Trung bình – Nặng (n=43)	p
<b>TEWL (g/m<sup>2</sup>/giờ)</b>			
Vùng da lành	11,8 ± 7,7	15,1 ± 10,4	0,259
Vùng thương tổn	18,8 ± 9,6	22,4 ± 8,2	0,054
<b>SCH (a.u.)</b>			
Vùng da lành	48,3 ± 11,4	40 ± 15,3	<b>0,022</b>
Vùng thương tổn	35,6 ± 19,3	21,1 ± 16,5	<b>0,002</b>

Biến số được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. Phép kiểm định Student's t-

Test dùng để so sánh sự khác biệt TEWL, SCH giữa 2 nhóm

**3.4. Môi liên quan giữa mẫn cảm thức ăn với các giá trị TEWL và SCH.** Chúng tôi tiến hành so sánh các giá trị TEWL và SCH giữa 4 nhóm nghiên cứu được phân chia theo số lượng dị nguyên thức ăn mẫn cảm: không mẫn cảm, mẫn cảm với 1-4 dị nguyên, 5-10 dị nguyên và > 10 dị nguyên thức ăn (Hình 3). Những bệnh nhân VDCĐ mẫn cảm với nhiều loại dị nguyên thức ăn có chỉ số TEWL cao hơn và SCH thấp hơn so với những bệnh nhân mẫn cảm với ít loại dị nguyên, hoặc không mẫn cảm với thức ăn, ghi nhận ở cả vùng da lành và vùng da thương tổn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).



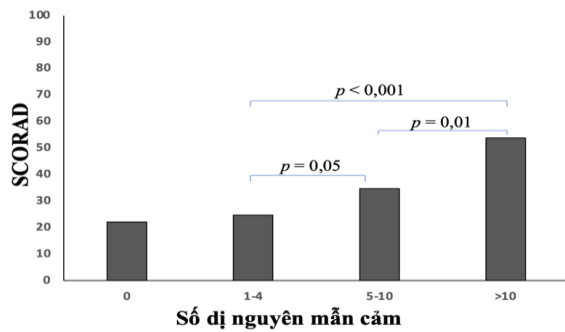
**Hình 3. So sánh (A) độ mất nước qua thượng bì (TEWL) và (B) độ ẩm lớp sừng thượng bì (SCH) tại vùng da lành và vùng da thương tổn giữa các phân nhóm theo số lượng dị nguyên thức ăn mẫn cảm.**

Phép kiểm định Student's t-Test dùng để so sánh sự khác biệt TEWL, SCH giữa 2 phân nhóm

**3.5. Môi liên quan giữa mẫn cảm với thức ăn và độ nặng của VDCĐ**

Chúng tôi nhận thấy số dị nguyên thức ăn mẫn cảm có môi liên quan với điểm số SCORAD, ghi nhận điểm số SCORAD cao nhất (53,8 ±

20,2) ở những trẻ VDCĐ có mẫn cảm > 10 dị nguyên thức ăn, và điểm số SCORAD thấp nhất (22,1 ± 10) ở trẻ VDCĐ không mẫn cảm với thức ăn. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm (p < 0,05) (Hình 4).



**Hình 4.** So sánh điểm số SCORAD giữa các phân nhóm theo số lượng dị nguyên mẫn cảm

\* $p < 0,005$  so với nhóm không mẫn cảm. Giá trị  $p$  được tính bằng phép kiểm Student's t-Test.

Chúng tôi cũng ghi nhận những trẻ VDCĐ có mẫn cảm với trứng, casein, sữa dê, thịt bò, thịt lợn chín, thịt gà, bột lúa mạch đen, gạo, đậu nành, bắp, đậu phộng và hạt hạnh nhân có điểm SCORAD cao hơn đáng kể so với những trẻ không mẫn cảm (Bảng 3).

**Bảng 3.** Mối liên quan giữa SCORAD và mẫn cảm với các dị nguyên thức ăn thường gặp trong mẫu nghiên cứu

Dị nguyên	SCORAD		p
	Mẫn cảm	Không mẫn cảm	
Lòng trắng trứng	37,4 ± 20,2	24,5 ± 9,8	0,005
Lòng đỏ trứng	42,5 ± 22,5	26,8 ± 12,5	0,008
Casein	45,7 ± 23,9	27,9 ± 13,6	0,009
Sữa dê	45,9 ± 21,7	25,9 ± 11,7	0,0003
Thịt bò	42,6 ± 20	25,9 ± 12,8	0,0004
Thịt lợn chín	49,3 ± 23,9	28,1 ± 14,0	0,008
Thịt gà	45,9 ± 22,8	29,7 ± 16,0	0,05
Bột lúa mạch đen	44,3 ± 20,5	28,9 ± 15,7	0,01
Gạo	46,1 ± 19,3	26,9 ± 14,0	0,0002
Đậu nành	50,7 ± 19,7	26,9 ± 13,3	0,0001
Bắp	47,5 ± 21	28,4 ± 15,0	0,004
Đậu phộng	47 ± 20,9	26,1 ± 20,1	0,0001
Hạt hạnh nhân	46,1 ± 19,6	24,8 ± 11,2	<0,001

Biến số được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. Giá trị  $p$  được tính bằng phép kiểm Student's t-Test.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 76 trẻ VDCĐ, ghi nhận có 88,2% trẻ VDCĐ mẫn cảm với ít nhất một dị nguyên thức ăn được xét nghiệm, tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Mozghan Moghtaderi và cs<sup>5</sup> (51%) và Yuenyongviwat và cs<sup>6</sup> (60%). Tuy nhiên, những

nghiên cứu này thực hiện đo kháng thể IgE với ít loại dị nguyên thức ăn hơn (lần lượt là 20 và 8 dị nguyên) so với nghiên cứu của chúng tôi<sup>5,6</sup>. Bên cạnh đó, các nghiên cứu trên trẻ em VDCĐ dưới 15 tuổi cho thấy có 30 – 40% trẻ có mẫn cảm với thức ăn, thấp hơn tỉ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể giải thích do dị ứng với thực phẩm phổ biến hơn ở trẻ nhỏ. Kết quả nghiên cứu này cho thấy rằng mẫn cảm thức ăn rất phổ biến ở trẻ em VDCĐ, đặc biệt là những trẻ dưới 5 tuổi. Ngoài ra, số dị nguyên thức ăn được test trong mỗi nghiên cứu và đặc điểm dân tộc của quần thể nghiên cứu có thể ảnh hưởng đến tỉ lệ mẫn cảm thức ăn.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận protein sữa bò (59,2%) là dị nguyên thức ăn phổ biến nhất, theo sau đó là lòng trắng trứng (50%), thịt bò (30,3%), hạt hạnh nhân (28,9%), lòng đỏ trứng (26,3%) và sữa dê (25%). Kết quả tương tự cũng được báo cáo trong nghiên cứu của Moghtaderi và cs<sup>5</sup>. Một nghiên cứu khác thực hiện trên 559 trẻ VDCĐ ghi nhận trứng, sữa, đậu phộng là các loại dị nguyên thường gặp nhất trong 33,8% trẻ dị ứng với thực phẩm<sup>1</sup>. Tuy nhiên, một nghiên cứu thực hiện trên dân số là người Mỹ nhận thấy trứng và đậu phộng là các dị nguyên thức ăn phổ biến nhất<sup>7</sup>. Có sự khác biệt này giữa các nghiên cứu có thể do khác nhau về chủng tộc, lứa tuổi, thức ăn và thói quen ăn uống của mỗi dân số nghiên cứu. Ở trẻ em Việt Nam, đạm sữa bò và trứng là các loại thực phẩm phổ biến và do đó sự mẫn cảm với các dị nguyên này cũng chiếm ưu thế.

Theo chúng tôi được biết, đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá mối liên quan giữa mẫn cảm thức ăn và tổn thương hàng rào thượng bì ở trẻ em VDCĐ. Chúng tôi nhận thấy tại vùng da thương tổn của trẻ VDCĐ có giá trị TEWL cao hơn và SCH thấp hơn đáng kể so với vùng da lành. Thêm vào đó, những bệnh nhân VDCĐ trung bình-nặng có TEWL cao hơn và SCH thấp hơn đáng kể tại vùng da thương tổn so với trẻ VDCĐ mức độ nhẹ. Kết quả này phù hợp với cơ chế sinh bệnh học của VDCĐ và khá tương đồng với nghiên cứu của Montero-Vilchez T và cs<sup>8</sup> cho thấy TEWL cao hơn đáng kể tại vùng thương tổn VDCĐ so với vùng da lành và da người khỏe mạnh; ngoài ra, độ ẩm lớp sừng thượng bì cũng thấp hơn đáng kể ở vùng thương tổn VDCĐ so với vùng da lành và da người khỏe mạnh.

Các giả thuyết hiện nay cho rằng, sự tổn thương hàng rào thượng bì ở những bệnh nhân VDCĐ (biểu hiện qua sự tăng TEWL và giảm

SCH), sẽ tạo điều kiện cho các dị nguyên xâm nhập vào các lớp da bên dưới dễ dàng hơn và gây nên tình trạng mẫn cảm thức ăn<sup>3</sup>. Chúng tôi ghi nhận trẻ VDCĐ mẫn cảm với nhiều loại dị nguyên thức ăn có TEWL cao hơn và SCH thấp hơn so với những trẻ mẫn cảm với ít loại dị nguyên thức ăn hoặc không mẫn cảm. Một nghiên cứu trước đó thực hiện ở trẻ VDCĐ độ tuổi từ 1-2 tuổi ghi nhận trẻ mẫn cảm với dị nguyên (đậu phộng, trứng và/hoặc mè và chó) có giá trị TEWL cao hơn tại vùng da lành so với những trẻ không mẫn cảm ( $p < 0,001$ )<sup>7</sup>. Mặc dù các kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa mẫn cảm thức ăn và tổn thương hàng rào thượng bì ở trẻ VDCĐ thể hiện qua chỉ số TEWL và SCH: tổn thương hàng rào thượng bì càng nhiều thì mẫn cảm với thức ăn càng nhiều. Tuy nhiên, do hầu hết các nghiên cứu trên người được tiến hành theo thiết kế nghiên cứu cắt ngang nên việc xác định mối liên hệ nhân quả giữa tổn thương hàng rào thượng bì và tình trạng mẫn cảm thức ăn ở trẻ VDCĐ là chưa rõ.

Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy số dị nguyên mẫn cảm thức ăn có mối liên quan chặt chẽ với độ nặng VDCĐ, được xác định bởi điểm SCORAD, thấp nhất ở những bệnh nhân không mẫn cảm và cao nhất ở những bệnh nhân mẫn cảm > 10 dị nguyên thức ăn. Trẻ VDCĐ mẫn cảm với một số dị nguyên thức ăn (bao gồm trứng, casein, sữa dê, thịt bò, thịt lợn chín, thịt gà, bột lúa mạch đen, gạo, đậu nành, bắp, đậu phộng và hạt hạnh nhân) có mức độ bệnh VDCĐ nặng hơn so với những trẻ không mẫn cảm, điều này phù hợp với nghiên cứu của Wolkerstorfer A. và cs<sup>2</sup>. Leung và cs<sup>9</sup> cho thấy sự giảm biểu hiện filaggrin và tăng TEWL tại vùng da VDCĐ có thể tạo điều kiện cho mẫn cảm với thức ăn. Sự tiếp xúc với dị nguyên thức ăn tại da ở những lần sau đó có thể làm kích phát phản ứng viêm, dẫn đến tổn thương hàng rào thượng bì nặng hơn, và do đó làm tăng độ nặng VDCĐ. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận có mối liên quan mạnh giữa mẫn cảm thức ăn, dị ứng thức ăn với độ nặng và tình trạng kéo dài của bệnh VDCĐ<sup>5,9</sup>. Như vậy, kết quả của các nghiên cứu trước đây và nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mẫn cảm thức ăn là một mắc xích quan trọng trong cơ chế sinh bệnh học của VDCĐ, liên quan đến tổn thương hàng rào thượng bì và độ nặng của bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Phần lớn trẻ em Việt Nam bị VDCĐ có mẫn cảm với ít nhất 1 dị nguyên thức ăn, trong đó sữa bò, trứng, thịt bò, hạt hạnh nhân, lòng đỏ

trứng và sữa dê là các dị nguyên phổ biến nhất. Mẫn cảm thức ăn có liên quan với độ nặng VDCĐ và sự tổn thương lớp thượng bì ở trẻ em Việt Nam mắc VDCĐ. Do đó, việc xác định tình trạng mẫn cảm thức ăn ở trẻ VDCĐ có thể giúp xác định các yếu tố gây bùng phát viêm da và từ đó giúp quản lý VDCĐ tốt hơn.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được tài trợ chi phí bởi quỹ nghiên cứu của Đại học Y Dược Tp.Hồ Chí Minh

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hill DJ, Sporik R, Thorburn J, Hosking CS.** The association of atopic dermatitis in infancy with immunoglobulin E food sensitization. *J Pediatr.* 2000;137(4):475-479. doi:10.1067/mpd.2000.108207
- Wolkerstorfer A, Wahn U, Kjellman NIM, Diepgen TL, De Longueville M, Oranje AP.** Natural course of sensitization to cow's milk and hen's egg in childhood atopic dermatitis: ETAC study group. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol.* 2002;32(1):70-73. doi:10.1046/j.0022-0477.2001.01265.x
- Brough HA, Nadeau KC, Sindher SB, et al.** Epicutaneous sensitization in the development of food allergy: What is the evidence and how can this be prevented? *Allergy.* 2020;75(9):2185-2205. doi:10.1111/all.14304
- Cartledge N, Chan S.** Atopic Dermatitis and Food Allergy: A Paediatric Approach. *Curr Pediatr Rev.* 2018;14(3):171-179. doi:10.2174/1573396314666180613083616
- Moghtaderi M, Farjadian S, Kashef S, Alyasin S, Afrasiabi M, Orooj M.** Specific IgE to common food allergens in children with atopic dermatitis. *Iran J Immunol IJI.* 2012;9(1):32-38.
- Yuenyongviwat A, Koosakulchai V, Treepaiboon Y, Jessadapalorn W, Sangsupawanich P.** Risk factors of food sensitization in young children with atopic dermatitis. *Asian Pac J Allergy Immunol.* Published online January 2, 2021. doi:10.12932/AP-250820-0946
- Sherenian MG, Kothari A, Biagini JM, et al.** Sensitization to peanut, egg or pets is associated with skin barrier dysfunction in children with atopic dermatitis. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol.* 2021;51(5):666-673. doi:10.1111/cea.13866
- Montero-Vilchez T, Segura-Fernández-Nogueras MV, Pérez-Rodríguez I, et al.** Skin Barrier Function in Psoriasis and Atopic Dermatitis: Transepidermal Water Loss and Temperature as Useful Tools to Assess Disease Severity. *J Clin Med.* 2021;10(2):359. doi:10.3390/jcm10020359
- Leung DYM, Calatroni A, Zaramela LS, et al.** The nonlesional skin surface distinguishes atopic dermatitis with food allergy as a unique endotype. *Sci Transl Med.* 2019;11(480):eaav2685. doi:10.1126/scitranslmed.aav2685