

ĐỎ DA TOÀN THÂN

(ERYTHRODERMA, EXFOLIATIVE DERMATITIS)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đỏ da toàn thân (ĐDTT) còn gọi là viêm da tróc vảy (Exfoliative dermatitis), được định nghĩa là hồng ban tróc vảy toàn thân chiếm trên 90% diện tích cơ thể.
- Có nhiều nguyên nhân dẫn đến ĐDTT, trên 1/2 trường hợp là do các bệnh da có sẵn, trong đó vẩy nến là bệnh thường gặp nhất, chiếm khoảng 1/4 số bệnh nhân.
- Tần suất bệnh đỏ da toàn thân thay đổi trong nhiều nghiên cứu từ 0,9- 71/100.000 bệnh nhân ngoại trú.
- Tỷ lệ nam/ nữ: 2/1 – 4/1.
- Tuổi khởi phát: 41- 61 tuổi

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của ĐDTT rất phức tạp và thường khó xác định (khoảng 20% không tìm ra nguyên nhân).

2.1. Đỏ da toàn thân thứ phát sau bệnh da

- Bệnh vẩy nến: Thường gặp chiếm 23%, thường do điều trị không đúng như dùng corticoid, thuốc nam, bắc kéo dài, sau ngưng thuốc bùng phát ĐDTT.
- Bệnh chàm: Chiếm khoảng 20%, thường gặp ở người già. Da đỏ, tróc vảy khô, mịn, liken hóa, vết trầy xước do cào gãi, da dày.
- Bệnh vẩy phấn đỏ nang lông: Chiếm khoảng 4%, da đỏ cam, tróc vảy, sần ở nang lông (đầu gối, khuỷu tay, mặt lưng bàn tay, bàn chân), có đảo da lạnh.
- Pemphigus lá: ĐDTT tróc vảy ướt, vảy dính. Chẩn đoán dựa vào bệnh sử, bóng nước, vết tích bóng nước, Nikolsky (+), mô bệnh học và miễn dịch huỳnh quang.
- Viêm da tiết bã.
- Một số bệnh da khác ít gặp hơn: nhiễm trùng tụ cầu, nấm da, liken phẳng, ghè Nauty.

2.2. Đỏ da toàn thân do thuốc: Chiếm 15%, thường gặp do các thuốc như ức chế canxi, chống đông kinh, kháng sinh (PNC, Sulfonamides, Vancomycin), Allopurinol, vàng, Lithium, quinidine, cimetidine...

2.3. Đỏ da toàn thân do các bệnh lý ác tính

- Lymphoma tế bào T ở da (CTCL) hoặc hội chứng Sézary: chiếm khoảng 5%.

- Mycosis fungoids.

2.4. Đỏ da toàn thân vô căn: chiếm 20%.

2.5. Đỏ da toàn thân ở trẻ em

- Bệnh Leiner: đỏ da tróc vảy, xuất hiện đầu tiên vùng da đầu, các nếp, lan ra toàn thân, da đầu thường đóng mài dày.
- ĐDTT do tụ cầu (SSSS): dạng nặng của chốc bóng nước do tụ cầu, thường gặp ở trẻ nhỏ. Sốt, các bóng nước bể nhanh, tróc vảy thành những mảng lớn, viền vảy tróc mỏng (giống như giấy thuốc lá). Bóng nước nông, thường ở lớp gai.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Ngứa: thường gặp và gây khó chịu
- Da khô

3.1.2. Triệu chứng toàn thân: sốt cao hoặc ớn lạnh, lạnh run, mệt mỏi, ăn uống kém, gan, lách, hạch có thể to, phù chi dưới, mắt cá.

3.1.3. Triệu chứng da và niêm, phần phụ của da:

- Biểu hiện ĐDTT điển hình là các mảng hồng ban gia tăng kích thước và lan ra toàn thân, >90% diện tích cơ thể. Vài ngày sau khởi phát hồng ban, bắt đầu xuất hiện vảy mịn màu trắng hay vàng, thường ở vùng mặt dưới. Vảy dạng đĩa có thể xảy ra cấp tính và ở LBT_LBC. Giai đoạn mạn có thể phù, liken hóa dẫn đến da dày, lộn mí, hờ mí, dày sừng LBT-LBC.
- Tùy thuộc nguyên nhân, giai đoạn cấp có thể tiến triển nhanh chóng, như trong dị ứng thuốc, lymphoma, chàm, vảy nến.
- Biểu hiện da: Hồng ban, tróc vảy toàn bộ cơ thể, ngoại trừ bệnh vảy phần đỏ nang lông có những đảo da lành. Vảy có thể mịn như cám, hoặc tróc thành phiến.
- Lòng bàn tay, lòng bàn chân: Thường bị ảnh hưởng, tăng sừng và có các vết nứt sâu trong bệnh vảy phần đỏ nang lông, hội chứng Sézary, và bệnh vảy nến.
- Tóc: Rụng tóc Telogen, alopecia trừ ĐDTT do chàm, vảy nến.
- Móng: Tăng sừng dưới móng, rỗ móng, tróc móng.
- Rối loạn sắc tố: tăng hoặc giảm sắc tố.

3.2. Cận lâm sàng

- **Huyết học:** Bạch cầu ĐNTT có thể tăng/nhiễm trùng, BC ura acid/ bệnh chàm. Hồng cầu có thể giảm thường gặp ở người già. Có thể tìm thấy tế bào Sezary. Tốc độ lắng máu tăng.
- **Sinh hóa:** Albumin có thể giảm, Ion đồ giúp đánh giá tình trạng nước và điện giải.
- **Mô bệnh học:** Phụ thuộc vào bệnh nền. Hiện tượng á sừng, phù trong và gian bào, tiêu gai với sự kéo dài các đỉnh nhú bì, và hiện tượng loại khỏi các tế bào.

4. BIẾN CHỨNG

- Rối loạn nước- điện giải
- Rối loạn điều hòa thân nhiệt
- Suy tim cung lượng cao
- Shock tim
- Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp
- Giảm Albumin máu
- Nhiễm trùng huyết, shock nhiễm trùng

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Xác định và điều trị nguyên nhân gây ĐDTT.
- Điều trị triệu chứng: chăm sóc da tại chỗ, phòng ngứa và xử trí sớm biến chứng.

5.2. Điều trị cụ thể

5.2.1. Điều trị nguyên nhân

- Corticosteroid: dị ứng thuốc, bệnh bóng nước tự miễn, chàm thể tạng.
- Cyclosporine : vảy nến, chàm thể tạng.
- Methotrexate: vảy nến, chàm thể tạng, vảy phần đỏ nang lông.
- Acitretin: vảy nến, vảy phần đỏ nang lông.
- Mycophenolate mofetil: vảy nến, chàm thể tạng, bệnh bóng nước tự miễn.
- Infliximab: vảy nến.
- Etanercept: vảy nến, vảy phần đỏ nang lông.

Đa trị liệu trong trường hợp nặng và đáp ứng kém với điều trị:

- Methotrexate + infliximab: vảy nến.

- Infliximab – acitretin: vảy nến, vảy phần đồ nang lỏng.
- Cyclosporine + etritinate: vảy nến.

5.2.2. Điều trị triệu chứng

- Điều trị tại chỗ:

- ✓ Da khô, tróc vảy: thoa kem giữ ẩm và làm mềm da như urea 10%, mỡ salicylé 2 – 10%, vaseline.
- ✓ Da ướt: thoa các dung dịch sát trùng như milian, eosin, castellani, và có chế độ chăm sóc tại chỗ như bệnh nhân bỏng, có thể đắp gạc hút dịch có chứa phân tử bạc chống nhiễm trùng.
- ✓ Corticoids loại nhẹ.
- ✓ Tắm thuốc tím.

- Điều trị toàn thân:

- ✓ Bù nước và điện giải nếu có tình trạng rối loạn nước và điện giải.
- ✓ Bù đạm nếu có tình trạng thiếu đạm.
- ✓ Kháng sinh nếu có tình trạng nhiễm trùng: dựa vào kháng sinh đồ (cấy dịch ở da trọt, hoặc cấy máu nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết) hoặc nếu chưa có KSD có thể điều trị theo chủng vi khuẩn thường gặp ở da như Staphylococcus sp.
- ✓ Kháng histamin: điều trị triệu chứng ngứa.

5.2.3. Theo dõi điều trị

- Lâm sàng:

- ✓ Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, huyết áp, nhiệt độ hàng ngày.
- ✓ Thương tổn da, sự bong tróc vảy, lượng nước xuất-nhập/ngày.
- ✓ Tim mạch, phổi và các cơ quan khác.

- Cận lâm sàng:

- ✓ Ion đồ ngày (nếu có tình trạng rối loạn).
- ✓ Công thức máu. Procalcitonin (PCT) nếu nghi ngờ có tình trạng nhiễm trùng.

5.2.4. Tiêu chuẩn nhập viện – xuất viện

- Nhập viện: hầu hết các bệnh nhân đồ da toàn thân đến khám lần đầu đều cần được nhập viện để điều trị, đặc biệt là những trường hợp sau:
 - ✓ Khi bệnh nhân có biểu hiện rối loạn nước-điện giải, rối loạn huyết động, tổn thương hô hấp.
 - ✓ Trẻ em kèm theo sốt.

- Xuất viện: khi thương tổn da và xét nghiệm cận lâm sàng ổn định.

6. DIỄN TIẾN VÀ TIẾN LƯỢNG

Tùy thuộc vào nguyên nhân gây ĐDTT

- ĐDTT do thuốc cải thiện khi ngưng thuốc. Trường hợp phản ứng quá mẫn hệ thống nặng, có liên quan rối loạn chức năng gan, thận thì tình trạng ĐDTT có thể tồn tại thời gian vài tuần sau khi ngưng thuốc.
- Vảy nến và chàm thể tạng: cải thiện trong vài tuần đến vài tháng, tuy nhiên có thể mạn tính kéo dài. ĐDTT do vảy nến có 15% tái phát.
- ĐDTT liên quan bệnh ác tính (CTCL) thường mạn tính và dai dẳng.
- ĐDTT vô căn:
 - ✓ Thuyên giảm toàn phần chiếm 1/3 số bệnh nhân
 - ✓ Thuyên giảm một phần chiếm 1/2 số bệnh nhân
 - ✓ ĐDTT vô căn mạn tính có sự gia tăng nguy cơ liên quan đến CTCL
- Tỷ lệ tử vong thay đổi từ 3,75% - 64% trong loạt 6 nghiên cứu trong thời gian 51 năm. Tỷ lệ tử vong cao liên quan đến: dị ứng thuốc nặng, bệnh lý biệt hóa TB lympho ác tính, pemphigus lá và vô căn. Những trường hợp tử vong này do biến chứng như nhiễm trùng huyết, viêm phổi, suy tim.

7. PHÒNG NGỪA

- Việc phòng ngừa phụ thuộc vào nguyên nhân của bệnh nền.
- Nên tránh những thuốc và các chất kích thích gây ra ĐDTT trước đó.
- Tránh sử dụng một số thuốc có thể gây phản ứng chéo (nếu như dị ứng với Gentamycin, có thể dị ứng với Neomycin)
- Tránh sử dụng corticosteroid toàn thân cho bệnh nhân vảy nến.
- Giáo dục cho những bệnh nhân có các bệnh nền như vảy nến, chàm thể tạng hiểu biết về các yếu tố gây ĐDTT (các chất kích thích, ngưng đột ngột điều trị).

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Jane Margaret Grant-Kels, Flavia Fedeles, Marti J. Rothe (2012). Exfoliative Dermatitis. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th edition, Mc Graw Hill, pp.266-278.
- Wolfram Sterry, Matthias Steinhoff (2013). Erythroderma. *Dermatology*, 3rd edition, Elsevier Saunders, pp.171-181.