**Ngứa – Tiếp cận chẩn đoán và xử trí**

*Võ Quang Đỉnh*

**MỤC TIÊU:**

***Kiến thức:***

1. Trình bày được định nghĩa và nguyên nhân gây ngứa.
2. Trình bày được phác đồ điều trị một bệnh nhân ngứa.

***Kỹ năng:***

1. Biết cách đánh giá một bệnh nhân ngứa.
2. Biết cách tiếp cận ban đầu trong chẩn đoán nguyên nhân của ngứa.
3. Lập kế hoạch xử trí ban đầu một bệnh nhân ngứa.

***Thái độ:***

1. Đánh giá đúng tác động của ngứa ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* Ngứa là một cảm giác khó chịu khơi gợi ham muốn gãi. Mục đích sinh học của ngứa là kích thích gãi để loại bỏ ký sinh trùng hoặc chất gây ngứa có hại khác.
* Là một triệu chứng liên quan đến da thường gặp nhất và tác động tiêu cực lên chất lượng cuộc sống của người bệnh.
* Đó là do sự kích hoạt hệ thần kinh cảm giác qua 4 giai đoạn: thần kinh ngoại biên → hạch rễ lưng → tủy sống → não.
* Có nhiều nguyên gây ngứa và là một thách thức trên lâm sàng đối với việc tìm nguyên nhân và hướng xử trí thích hợp.

**II. PHÂN LOẠI VÀ NGUYÊN NHÂN**

* Cấp: ngứa kéo dài ≤ 6 tuần, mạn: ngứa kéo dài > 6 tuần
* Nhóm 1: ngứa do bệnh da (tổn thương nguyên phát): bao gồm những bệnh da do viêm, nhiễm, tự miễn, di truyền, dị ứng thuốc, thai kỳ và lymphoma da.
* Nhóm 2: ngứa trên da bình thường: do bệnh hệ thống như bệnh lý ở thận, gan, nội tiết, huyết học, nhiễm, ác tính, tâm-thần kinh và do thuốc.
* Nhóm 3: Các tổn thương da do cào gãi mạn tính (tổn thương da thứ phát) như lichen đơn giản, sẩn ngứa cục.
* Đa số bệnh nhân ngứa do một bệnh da sẽ có những tổn thương da đặc trưng giúp chẩn đoán (ví dụ: viêm da vùng nếp trong viêm da cơ địa).

**Bảng 1: Bệnh da gây ngứa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bệnh da với ngứa là triệu chứng chính** | |
| **Dạng bệnh** | **Bệnh da** |
| Nhiễm động vật chân đốt/Vết cắn | Ghẻ  Chí, rận  Côn trùng đốt |
| Viêm | Viêm da cơ địa  Viêm da ứ đọng  Viêm da tiếp xúc dị ứng > kích ứng  Viêm da tiết bã (da đầu)  Vảy nến  Lichen phẳng  Mề đay  Mề đay dạng sẩn  Phát ban do thuốc (dạng sởi)  Bệnh bóng nước (pemphigoid, viêm da dạng herpes)  Bệnh tế bào mast  Viêm nang lông ái toan  Phát ban sẩn ngứa ở người nhiễm HIV |
| Bệnh mô liên kết tự miễn | Viêm bì cơ  Lichen xơ teo (âm hộ)  Lupus đỏ |
| Nhiễm trùng | Vi trùng: viêm nang lông  Siêu vi: thủy đậu, herpes, zona  Vi nấm: nấm da do dermatophyte  Ký sinh trùng: ấu trùng di chuyển |
| Tân sinh | Lymphoma tế bào T da (mycosis fungoides) |
| Khác | Khô da/chàm khô  Ngứa trên nền sẹo  Lichen đơn giản mạn tính  Sẩn ngứa cục  Sẩn ngứa do nắng  Bệnh da thai kỳ  Ngứa do thần kính |

**III. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN NGỨA**

*Hỏi bệnh sử liên quan đến ngứa*

* Ngứa bắt đầu khi nào? Khoảng thời gian bệnh
* Ngứa bắt đầu ở vị trí nào? Và hiện tại đang ngứa ở vị trí nào? Khu trú, toàn thân, 1 bên, 2 bên
* Ngứa bắt đầu như thế nào? Đột ngột, từ từ, có những đợt ngứa trước đó
* Ngứa có cảm giác như thế nào? Châm chích, kiến bò, bỏng rát
* Mức độ ngứa ra sao? Nhẹ, vừa, nhiều, ảnh hưởng đến hoạt động hay giấc ngủ
* Tần suất ngứa như thế nào? Từng cơn, liên tục, có chu kỳ, về đêm
* Những yếu tố nào làm ngứa nhiều hơn? Nóng, lạnh, nước, không khí, thể thao, nghề nghiệp, sở thích
* Những yếu tố nào làm giảm ngứa? Nóng, lạnh, cào gãi, chà xát, xịt nước nóng/nước lạnh
* Hỏi bệnh nhân nghĩ nguyên nhân nào gây ngứa? Giả thiết về nguyên nhân gây ngứa của bệnh nhân

*Hỏi về những vấn đế khác*

* Chăm sóc da, thói quen tắm, sử dụng các chất kích ứng.
* Thuốc sử dụng (kể cả thuốc thoa tại chỗ): kê toa, khôgn kê toa, thời gian sử dụng và mối liên hệ với khởi phát ngứa.
* Sử dụng nicotin, rượu bia, chất kích thích khác
* Dị ứng (đã từng bị hoặc nghi ngờ): thuốc, dị nguyên không khí, thức ăn, tiếp xúc qua da
* Cơ địa: viêm da cơ địa, viêm mũi dị ứng, hen
* Bệnh nội/ngoại khoa hiện tại hoặc trước đó
* Tiền sử gia đình: cơ địa, bệnh da, tình trạng ngứa tương tự
* Nghề nghiệp và sở thích
* Tiếp xúc việc nhà và cá nhân, thú cưng và chăm sóc thú cưng
* Chế độ ăn uống
* Quan hệ tình dục
* Tiền sử du lịch
* Chẩn đoán trước đó.

*Khám lâm sàng*

* Cẩn thận và toàn bộ: da, niêm, tóc, móng chú ý da đầu và vùng sinh dục/hậu môn.
* Hình thái và phân bố tổn thương da nguyên phát và thay đổi thứ phát (vết cào gãi, mài). Chú ý: khô da, da vẽ nổi và dấu hiệu da của bệnh hệ thống.
* Hạch ngoại biên nhất là ở những người không có bệnh da rõ ràng.

*Xét nghiệm*

+ Đánh giá ban đầu

* Công thức máu
* Tổng phân tích nước tiểu
* Tốc độ máu lắng và CRP
* Creatinin, BUN
* Men gan, phosphatase kiềm, bilirubin
* Lactate dehydrogenase (LDH)
* Đường huyết
* TSH ± T3, T4

+ Đánh giá chuyên sâu

* Sinh thiết da: thông thường và miễn dịch huỳnh quang
* IgE huyết thanh/Ig E đặc hiệu kháng nguyên
* Ferritin, sắt huyết thanh
* HbA1C
* Chức năng tuyến cận giáp
* Xét nghiệm phân
* Tìm viêm gan siêu vi
* Tìm HIV
* Kháng thể trong bệnh da tự miễn
* X quang, siêu âm, CT hoặc MRI bụng, ngực, vùng chậu
* Khác: test dán, test lẩy da, tầm soát ung thư theo tuổi

**IV. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN**

* Nhận biết và tìm nguyên nhân của ngứa giúp có hướng xử trí thích hợp.
* Hướng tiếp cận đơn giản một bệnh nhân ngứa: xem sơ đồ.

**Ngứa do bệnh da**

* Xem bảng 1

**Ngứa trong bệnh hệ thống**

* *Ngứa do bệnh thận*
* Trong bệnh thận mạn, nhất là có chạy thận nhân tạo.
* Không phải do tăng urea máu.
* Khu trú hoặc toàn thân ± tổn thương da do cào gãi, da khô.
* Nguyên nhân: chưa rõ.
* Tuyến cận giáp tăng hoạt động.

**Ngứa**

* **Hỏi bệnh sử**
* **Khám toàn thân**
* **Tổn thương da nguyên phát**
* **Bệnh da**
* **Tổn thương không đặc hiệu**
* **Không có bệnh da**
* **Điều trị bệnh da**
* **Điều trị triệu chứng**
* **Ngứa khu trú không giải thích được**
* **Ngứa toàn thân không giải thích được**
* **Ngứa liên quan đến tâm/thần kinh**
* **Ngứa liên quan bệnh hệ thống**

**SƠ ĐỒ TIẾP CẬN BỆNH NHÂN NGỨA**

* *Ngứa do ứ mật*
* Các bệnh gan gây ứ mật: sỏi, thuốc, viêm gan siêu vi,…
* Ngứa toàn thân, di chuyển và không giảm dù cào gãi.
* Ngứa nhiều ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, vùng tiếp xúc quần áo.
* Nguyên nhân chính xác chưa rõ.
* Acid mật huyết thanh không liên quan với ngứa.
* *Ngứa do bệnh huyết học*
* Thiếu sắt.
* Bệnh đa hồng cầu: 30-50% khởi phát là ngứa do nước.
* Xuất hiện khoảng 30 phút sau tiếp xúc nước.
* Ngứa ở 2 chân → toàn thân nhưng không ngứa ở da đầu, lòng bàn tay, lòng bàn chân và niêm mạc.
* Kéo dài khoảng 2 giờ.
* *Ngứa và bệnh ác tính*
* Bệnh Hodgkin: ngứa toàn thân, về đêm kèm sốt, lạnh run và đổ mồ hôi. Có thể do ↑ Eosinophil, Histamine, Bradykinin.
* Lymphoma không phải Hodgkin.
* Leukemia.
* *Ngứa do bệnh nội tiết*
* Bệnh tuyến giáp: ngứa toàn thân + cường giáp (do hormone giáp) hoặc suy giáp (do khô da).
* Đái tháo đường: toàn thân hoặc khu trú nhất là vùng sinh dục/quanh hậu môn ở nữ (có thể do Candida)
* *Ngứa do nhiễm HIV/AIDS*
* Có thể là biểu hiện đầu tiên ở bệnh nhân AIDS.
* Khoảng 50% bệnh nhân AIDS bị ngứa không rõ nguyên nhân.
* Bệnh nhân nhiễm HIV có thể ngứa do bệnh da, bệnh thận mạn, bệnh gan và lymphoma không phải Hodgkin.

**V. ĐIỀU TRỊ**

***Biện pháp chung***

* Tắm nước ấm với ít xà phòng và không tắm > 1 lần/ngày.
* Sử dụng xà phòng nhẹ hoặc loại không xà phòng.
* Thoa giữ ẩm trong lúc da còn ướt (mỡ > kem).
* Thoa giữ ẩm sáng và trước khi ngủ.
* Tránh dùng sợi vải thô và bằng len.
* Tránh dùng chất xả quần áo.
* Cắt ngắn móng tay.

***Ngứa do bệnh da***

* Tìm và điều trị bệnh da gây ngứa.
* Uống kháng histamine.

***Ngứa toàn thân và không có bệnh da đặc hiệu:***

*Tại chỗ*

* Thoa corticosteroid.
* Thoa ức chế calcineurin: tacrolimus.
* Thoa các chất làm dịu mát da: camphor, menthol.

*Toàn thân*

* Kháng histamine không an thần và an thần.
* Thuốc điều hòa thần kinh: Gabapentin, Pregabalin.
* Thuốc chống trầm cảm: ức chế tái hấp thu serotoni chọn lọc (selective serotonin reuptake inhibitor): fluoxetine, paroxetine, sertraline hoặc chống trầm cảm 3 vòng: amitriptyline hoặc mirtazapine.
* Chất đối kháng opioid: Naltrexone, Nalfuraline.
* Khác: Thalidomide.

*Phương pháp khác*

* UV liệu pháp.
* Châm cứu.
* Tâm lý liệu pháp.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. *Elke Weisshaar and Markus Streit. Examination of Patients. Pruritus 2016, chap.11, 85-92.*
2. *Franz J. Legat, Elke Weisshaar, Alan B. Fleischer Jr, Jeffrey D. Bernhard and Thomas G. Cropley. Pruritus and dysesthesia. Bolognia’s Dermatology 2018, chap.6, p.111-127.*