

SUCCESSFUL TREATMENT OF A CHRONIC ECZEMA IN A 48-YEAR-OLD FEMALE WITH DR MICHAELS® (ECZITINEX® AND ITCHINEX®) PRODUCT FAMILY. A CASE REPORT

M. TIRANT¹, P. ANDERSON¹, P. BAYER¹, J. HERCOGOVÁ^{2,3}, M. FIORANELLI⁴,
S. GIANFALDONI⁵, A.A. CHOKOEVA^{6,7}, G. TCHERNEV⁸, U. WOLLINA⁹,
F. NOVOTNY¹⁰, M.G. ROCCIA¹¹, G.K. MAXIMOV¹², K. FRANÇA^{13,14} and T. LOTTI¹⁵

¹Psoriasis & Skin Clinic, Melbourne, Australia; ²2nd Medical Faculty, Charles University, Bulovka Hospital, ³Institute of Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic; ⁴Department of Nuclear Physics, Sub-nuclear and Radiation, G. Marconi University, Rome, Italy; ⁵Dermatological Department University of Pisa, Pisa, Italy; ⁶"Onkodermatologia"-Policlinic for dermatology and dermatologic surgery, Sofia, Bulgaria; ⁷Department of Dermatology and Venereology, Medical University of Plovdiv, Medical faculty, Plovdiv, Bulgaria; ⁸Medical Institute of Ministry of Interior (MVR), Department of Dermatology, Venereology and Dermatologic Surgery, Sofia, Bulgaria; ⁹Department of Dermatology and Allergology, Academic Teaching Hospital Dresden-Friedrichstadt, Dresden, Germany; ¹⁰PRO SANUM Ltd, Sanatorium of Prof. Novotný, Štěpánská Prague 1, Czech Republic; ¹¹University B.I.S. Group of Institutions, Punjab Technical University, Punjab, India; ¹²Department "Medicinal Information and Non-interventional studies", Bulgarian Drug Agency, Sofia, Bulgaria; ¹³Department of Dermatology & Cutaneous Surgery, Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Institute for Bioethics & Health Policy, University of Miami, Miller School of Medicine, Miami, FL, USA; ¹⁴Centro Studi per la Ricerca Multidisciplinare e Rigenerativa, Università Degli Studi "G. Marconi", Rome, Italy; ¹⁵Chair of Dermatology, University of Rome "G. Marconi" Rome, Italy

We report the case of a 48-year-old female with chronic atopic eczema who responded successfully to Dr Michaels® (Eczitinex® and Itchinex®) product family. The patient had a 41-year history of atopic eczema and presented with erythematous, excoriated lesions with telangiectasia and scattered purpura (bruising) covering 90% of her body surface area. The patient also regularly suffered blepharitis with red, itchy, watery eyes. The patient was treated with Dr Michaels® (Eczitinex® and Itchinex®) ointment and herbal supplements and presented total resolution of the atopic eczema and underlying inflammation within 6 weeks. This case also suggests that Dr Michaels® (Eczitinex® and Itchinex®) product family is safe and effective, even in cortisone acquired sensitive skin.

ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG CA BỆNH VIÊM DA CƠ ĐỊA MẠN TÍNH Ở BỆNH NHÂN NỮ 48 TUỔI VỚI DÒNG SẢN PHẨM DR MICHAELS® (ECZITINEX® VÀ ITCHINEX®). BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

M.TIRANT¹, P.ANDERSON¹, P.BAYER¹, J. HERCOGOVÁ^{2,3}, M. FIORANELLI⁴,
S. GIANFALDONI⁵, A.A. CHOKOEVA^{6,7}, G.TCHERNEV⁸, U.WOLLINA⁹,
F. NOVOTNY¹⁰, M.G. ROCCIA¹¹, G.K. MAXIMOV¹², K. FRANÇA^{13,14} và T.LOTTI¹⁵

¹Viện Da và Vảy nến, Melbourne, Úc; ²Khoa Y, ĐH Charles, Bệnh viện Bulovka; ³Viện Y học thực hành và lâm sàng, Prague, Cộng hòa Séc; ⁴Khoa Y học hạt nhân, phóng xạ và cận hạt nhân, ĐH G. Marconi, Rome, Ý; ⁵Khoa Da liễu, ĐH Pisa, Pisa, Ý; ⁶Phòng đa phẫu và tiểu phẫu về da liễu Sofia, Bulgaria; ⁷Khoa Da liễu, ĐH Y Plovdiv, Khoa Y, Plovdiv, Bulgaria; ⁸Viện Y học Bộ Nội vụ, Khoa Da liễu và Tiểu phẫu da liễu, Sofia, Bulgaria; ⁹Khoa Da liễu và Dị ứng miễn dịch học, Bệnh viện Đại học Dresden-Friedrichstadt, Dresden, Đức; ¹⁰Công ty PRO SANUM LTD., lãnh đạo là GS Novotny, Prague I, Cộng hòa Séc; ¹¹ĐH B.I.S. Nhóm viện nghiên cứu trực thuộc ĐH Công nghệ Punjab, Punjab, Ấn Độ; ¹²Khoa Nghiên cứu thông tin y học và nghiên cứu không can thiệp, Cục quản lý dược Bulgaria; ¹³Khoa Da liễu và phẫu thuật dưới da, Khoa Tâm lý và Hành vi học, Viện Chính sách và đạo đức y học, ĐH Miami, ĐH Y Miller, Florida, Mỹ; ¹⁴Trung tâm nghiên cứu đa chức năng, ĐH Degli G. Marconi, Rome, Ý; ¹⁵Trưởng khoa Da liễu, ĐH Rome G. Marconi, Rome, Ý.

Chúng tôi báo cáo một ca bệnh nữ, 48 tuổi bị viêm da cơ địa mãn tính đã đáp ứng điều trị thành công với dòng sản phẩm Dr Michaels® (Eczitinex® và Itchinex®). Bệnh nhân nữ với tiền sử mắc viêm da cơ địa 41 năm có các tổn thương ban đỏ trợt da với các đám giãn mạch dưới da và rải rác ban xuất huyết (bầm tím) bao phủ 90% diện tích da. Bệnh nhân cũng thường bị viêm bờ mi với triệu chứng mắt chảy dịch, đỏ và ngứa. Bệnh nhân được điều trị với thuốc mỡ Dr Michaels® (Eczitinex® và Itchinex®) cùng với thuốc uống thảo dược và đạt hiệu quả chữa lành hoàn toàn tổn thương viêm da cơ địa và viêm dưới da trong 6 tuần. Ca bệnh này cũng cho thấy rằng dòng sản phẩm Dr Michaels® (Eczitinex® và Itchinex®) là an toàn và hiệu quả ngay cả với những làn da rất nhạy cảm với cortisone.

Viêm da cơ địa (AD) hay còn gọi là bệnh eczema là một rối loạn viêm da mạn tính phổ biến và hay tái phát, đặc trưng lâm sàng của bệnh là tổn thương da dạng chàm kèm ngứa và một hàng rào biểu bì bị khiếm khuyết (1). Hiện nay, người ta ước tính rằng có đến một phần năm dân số ở các nước phát triển bị ảnh hưởng bởi viêm da cơ địa (2). Bệnh này thường gắn liền với sự tổn thương hàng rào bảo vệ da và suy giảm miễn dịch bẩm sinh của da (3). Với khuynh hướng này, bệnh nhân viêm da cơ địa thường phát triển bệnh dị ứng, bao gồm bệnh hen phế quản, dị ứng thức ăn và viêm mũi dị ứng (3).

Trong viêm da cơ địa, khiếm khuyết trong chức năng hàng rào biểu bì được biết là đóng góp lớn trong việc kích hoạt và làm trầm trọng thêm tình trạng viêm của da. Điều này được quan sát thấy ở những bệnh nhân liên tục gãi vào da và sau đó là đỏ da, có vảy, nứt nẻ đã tăng khả năng nhiễm khuẩn thứ phát (4).

Từ khóa: viêm da cơ địa mãn tính, ngứa, sản phẩm bôi ngoài da, sản phẩm từ thiên nhiên, chất lượng cuộc sống, hiệu quả, sự hài lòng của bệnh nhân.

Địa chỉ hòm thư:
Giáo sư Torello Lotti,
Khoa Da liễu,
Đại học Rome "G. Marconi",
Rome, Italy
e-mail: professor@torelloLotti.it

35(S3)

0393-974X (2016)

Bản quyền của © BIOLIFE, s.a.s.

Ấn bản hay bài báo này chỉ sử dụng với mục đích cá nhân và không thể được sao chép mà không có sự chấp thuận bằng văn bản từ đơn vị giữ bản quyền, có thể phải nộp phạt tài chính.

TUYÊN BỐ MIỄN TRỪ TRÁCH NHIỆM: TẤT CẢ CÁC TÁC GIẢ ĐỀU KHÔNG CÓ XUNG ĐỘT VỀ LỢI ÍCH NÀO TRONG BÀI BÁO NÀY

Thêm vào đó, da của bệnh nhân viêm da cơ địa có sự tăng mất nước qua da và một khiếm khuyết trong sự biệt hóa các tế bào sừng dẫn tới giảm mức ceramides, filaggrin và peptide kháng khuẩn.

Liên quan đến khiếm khuyết hệ thống miễn dịch, bệnh nhân viêm da cơ địa thường có sự gia tăng trong hoạt tính tiêu protein và giải phóng các cytokine tiền viêm. Những hoá chất trung gian này được giải phóng ra, một phần do sự gia tăng các tế bào sừng và tế bào mast nội sinh giải phóng các men tiêu protein, hiện diện trong da có tính cơ địa. Ngoài ra, các chất trung gian viêm cũng được giải phóng từ men tiêu protein ngoại sinh nguồn gốc từ các dị nguyên môi trường, ví dụ như bụi hoặc tụ cầu vàng. Tóm lại, những yếu tố này có khả năng gây viêm trên da của bệnh nhân viêm da cơ địa.

Trên lâm sàng phổ biến hiện của viêm da cơ địa thay đổi rất rộng từ thể tối thiểu viêm da bàn tay tới thể đỏ da toàn thân. Thể cấp và bán cấp thường gặp ở trẻ em và đặc trưng bởi các mảng ban dát đỏ sần ngứa với các vết trợt da và chảy dịch nghiêm trọng, trong khi đó thể bệnh mạn tính đặc trưng bởi các mảng lichen hóa và trợt da (2). Chính sự ngứa ngáy này khiến bệnh nhân viêm da cơ địa cào gãi, dẫn tới lichen hóa và các sần mảng. Các yếu tố kích hoạt đã biết khác có thể làm ngứa tăng lên và khiến người bệnh cào gãi bao gồm dị nguyên, giảm độ ẩm, đồ mô hôi nhiều và chất kích thích nồng độ thấp (5).

Sự khu trú của viêm da cơ địa tùy thuộc vào tuổi và mức độ nặng của bệnh mặc dù bệnh thường ảnh hưởng tới mặt duỗi cơ thể. Ở trẻ nhỏ, viêm da cơ địa thường gặp ở mặt, đầu và mặt duỗi của chi thể trong khi ở trẻ lớn hơn bệnh có thể biểu hiện ở các nếp gấp của chi thể (5). Ở người lớn, viêm da cơ địa có thể có bệnh cảnh từ khu trú tới lan tỏa/ toàn thể và liên quan tới da khô cùng với lichen hóa.

Căn nguyên gây bệnh của viêm da cơ địa dường như bao gồm nhiều yếu tố liên quan tới khiếm khuyết hàng rào bảo vệ da nhất là tăng biểu hiện interleukin (IL)-4, IL-13 (6) và giảm fillagrin.

Thêm vào đó, khả năng miễn dịch liên quan đến các thụ thể Toll-like bẩm sinh (TLRs). IL-33, IL-25 và các tế bào lympho bẩm sinh cũng đang được cho là đóng một vai trò trong cơ chế bệnh sinh của viêm da cơ địa (6) nơi mà sự khiếm khuyết tại các receptor nhận cảm với vi khuẩn tăng lên; nguy cơ phát triển viêm da cơ địa (7, 8, 9).

Về mặt tế bào học, viêm da cơ địa đặc trưng bởi sự xốp và phù liên bào, sự tích tụ dịch bên trong các túi nước trong thượng bì và xâm nhập của các tế bào lympho. Trong khi thay đổi da bao gồm phù ở mức độ khác nhau và xâm nhập xung quanh bề mặt mạch máu với các tế bào lympho, mô bào đôi khi có cả bạch cầu trung tính và bạch cầu ái toan (10).

Mục tiêu chủ yếu trong trị liệu viêm da cơ địa là hồi phục lại chức năng hàng rào thượng bì da và giảm viêm da (11). Các thuốc bôi truyền thống/ thông thường được lựa chọn cho viêm da cơ địa bao gồm các chế phẩm làm mềm da bán không theo đơn, corticosteroid bôi, thuốc ức chế calcineurin và liệu pháp ánh sáng. Các phương pháp điều trị toàn thân bao gồm methotrexate, cyclosporine, corticosteroids, azathioprine, interferon- γ và mycophenolate mofetil (12).

Mặc dù corticosteroid bôi ngoài da được kê đơn rộng rãi với viêm da cơ địa song chúng liên quan tới nhiều tác dụng phụ không mong muốn trong ngắn hạn và dài hạn. Do corticosteroid bôi được hấp thu qua da chúng có thể liên quan tới những tác dụng phụ toàn thân, đặc biệt ở trẻ em và người già với da mỏng hơn nhiều do đó dễ hấp thu thuốc hơn (13).

Các tác dụng phụ toàn thân bao gồm suy trục dưới đồi – tuyến yên - thượng thận, bệnh Cushing và hoại tử chỏm xương đùi trong khi đó các tác dụng phụ dưới da bao gồm nám da, teo da, rạn da, viêm da tiếp xúc. Tác dụng phụ phổ biến nhất khi dùng corticosteroid bôi là bùng phát bệnh do ngưng sử dụng thuốc. Điều này được minh họa trong một nghiên cứu cắt ngang thực hiện bởi Takahashi-Ando và đồng nghiệp với 918 bệnh nhân viêm da cơ địa. Nghiên cứu cho thấy 63,9% bệnh nhân đã trải qua đợt bùng phát do ngưng sử dụng corticosteroid (14). Hơn nữa, mức độ nặng của đợt bùng phát có liên quan rõ ràng với độ mạnh của corticosteroid (14). Do đó cần cân trọng khi kê đơn sử dụng corticosteroid đặc biệt ở các khu vực da mỏng tăng khả năng đâm xuyên dưới da như mí mắt, xung quanh nhãn cầu, đùi và cơ quan sinh dục (15) ở trẻ nhỏ và người già.

Thêm vào đó, corticoid toàn thân cũng thường được kê cho viêm da cơ địa, mặc dù không được ủng hộ (12) song chúng là một lựa chọn ức chế miễn dịch với viêm da cơ địa nặng. Các tác dụng phụ chính là lý do khiến corticosteroid bị hạn chế dùng kéo dài.

Một liệu pháp điều trị mới và hiệu quả cho viêm da cơ địa với ít tác dụng không mong muốn là cần thiết, đặc biệt với những bệnh nhân thể viêm da cơ địa khó trị và do dự khi điều trị với corticosteroid. Ngoài ra trẻ nhỏ và người già sẽ được hưởng lợi ích từ một biện pháp điều trị an toàn và hiệu quả mà không kèm với các tác dụng phụ gặp trong sử dụng dài hạn corticosteroid.

Trình bày ca bệnh

Chúng tôi trình bày một ca bệnh nữ 48 tuổi với bệnh sử viêm da cơ địa mãn tính từ năm lên 7 tuổi. Tiền sử gia đình không phát hiện hen, sốt hoặc viêm da cơ địa. Bệnh nhân từ khi là trẻ nhỏ tới lớn không mắc bệnh gì đặc biệt và không có tiền sử hen hay sốt.

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm da cơ địa từ khi lên 7 tuổi bởi một bác sĩ da liễu và được kê đơn kem corticosteroid (Betnovate, Betamethasone Valerate 0,1% và Clioquinol 3% bôi 2 lần mỗi ngày). Khi lên 13 tuổi, bệnh nhân sử dụng kem cortisone liên tục. Liệu pháp này giải quyết hầu hết các triệu chứng của AD và bệnh nhân đã có thể hoạt động như là một thiếu niên bình thường, tuy nhiên cô đã bị nhiều đợt bùng phát thường xuyên. Khi cô khoảng 20 tuổi do mối lo lắng ngày càng lớn và cảnh báo của bác sĩ da liễu về sử dụng quá mức cortisone và tác dụng phụ tiềm ẩn của nó, bệnh nhân đã thử những biện pháp trị liệu tự nhiên và trải qua thử nghiệm dị ứng ‘chích da – scratch test’, kết quả của thử nghiệm cho thấy sự tăng mẫn cảm nặng với hầu hết mọi thứ cô được thử.

Những năm cuối tuổi 20, cô ngứa liên tục và sống chung với ngứa mãn tính. Cô cho rằng việc gãi ngứa là hoàn toàn tự ý thức tại điểm đó, làn da của cô khô và môi không ngừng bong và tróc ra. Bệnh nhân là một tiếp viên hàng không và không khí khô trong môi trường làm việc càng làm trầm trọng thêm tình trạng da của cô. Đôi tay cô rất sớm nhăn nheo và luôn ở tình trạng này, với cổ tay và các ngón tay bị lichen hóa. Bệnh nhân cảm thấy nhiều áp lực và không thoải mái dai dẳng.

Khi 29 tuổi, cô trải qua một đợt bùng phát nặng do bị cháy nắng nặng trong khi đi trượt tuyết. Khuôn mặt cô sưng nề rõ và ảnh hưởng tới cả đôi mắt, đỏ ngầu, sưng và gần như luôn luôn nhắm. Cô được điều trị với một liệu trình corticosteroid toàn thân, uống prednisolone 25mg 2 lần mỗi ngày. Sau đợt đó bệnh nhân bị nhạy cảm với ánh sáng và bất cứ tiếp xúc với ánh sáng mặt trời nào cũng gây ra đợt bùng phát giống vậy.

Trong những năm 30 của cuộc đời bệnh nhân phải tránh tiếp xúc với ánh nắng và che chắn hoàn toàn cũng như dùng kem chống nắng phổ cao. Các đợt bùng phát gây ra bởi sự nhạy cảm với môi trường thường xuyên xảy ra và bác sĩ da liễu đã kê cho cô một lượng lớn corticosteroid (mometasone furoate) và elecon 1mg/g và mặc dù đã được cảnh báo về lạm dụng thuốc song bệnh nhân vẫn dùng kem bôi nhiều lần trong ngày, đặc biệt là trên mặt. Lý do cô làm vậy để gìn giữ vẻ ngoài phục vụ cho công việc, cô cũng nói rằng mình không được phép có bất cứ đợt nghỉ ốm dài ngày nào, và không hề muốn mất công việc đang làm.

Ở tuổi 39, sau một đợt bùng phát tồi tệ gây nên ngứa và cào gãi, cánh tay cô có một diềm đỏ. Bệnh nhân đã thảo luận với bác sĩ da liễu ngay lập tức và được khuyên rằng cô có một làn da rất mỏng, với động mạch và tĩnh mạch hiện rất rõ, gây ra bởi teo da do corticosteroid. Bệnh nhân nhận thấy da mình trông mỏng và khô như giấy và sau khi cởi quần áo ra, các vảy da sẽ vương lại trên đó.

Những năm cô 40 tuổi, cô chuyển sang làm việc bán thời gian. Tuy nhiên công việc liên quan tới cải tạo nhà ở và sự phơi nhiễm sau đó với hóa chất và bụi độc hại đã gây ra nhiều đợt bùng phát nặng khác. Cô cho rằng mình đã ngủ trong một lớp áo choàng bằng kem corticosteroid mà cũng chẳng cải thiện gì. Bệnh nhân cũng được dùng corticosteroid đường toàn thân (viên prednisolone) 25 mg 2 lần mỗi ngày để kiểm soát đợt bùng phát và làm dịu các triệu chứng. Ở tuổi 46, cô đã rất sốc sau khi đi cưới ngứa về, khi cởi hết trang phục ra và phát hiện cẳng chân, bắp chân và mông bị bao phủ bởi những mảng bầm tím.

Nỗi sợ hãi này khiến cô phải nghỉ việc 2 tháng và tạm ngưng cả corticosteroid đường uống lẫn bôi ngoài da và tuân theo chế độ nghiêm ngặt. Và đây là dịp đầu tiên sau 30 năm cô không dùng bất cứ loại corticosteroid nào cả bôi lẫn toàn thân và ngay lập tức xuất hiện triệu chứng bùng phát do cai thuốc. Cả cơ thể bốc hỏa và như muốn nổ tung, đỏ da và vô cùng ngứa ngáy này qua ngày khác. Sau khi nhập viện cấp cứu, cô được kê một liều prednisolone khác (100 mg mỗi ngày trong 10 ngày, giảm xuống 50 mg trong 5 ngày. 25 mg cho 5 ngày tiếp và 10 mg trong 5 ngày tiếp cũng như dùng kem Elocon 2 lần mỗi ngày. Trị liệu này đã kiểm soát được tình trạng viêm của viêm da cơ địa tuy nhiên việc sử dụng corticosteroid cũng làm làn da càng mỏng manh hơn và cô trở nên ngày càng suy nhược. Cô không chỉ bị bầm tím dễ dàng và thường xuyên hơn mà còn dễ dàng bị nứt và chảy máu kể cả từ các vết nhỏ nhất.



Hình 1. Trước điều trị với dòng sản phẩm Dr Michaels® bệnh nhân có biểu hiện viêm da cơ địa ở mặt, cổ và ngực. Trợt da nặng, bong da có thể quan sát thấy. Da mặt nhợt với nhiều vùng đỏ loang lổ.

Bệnh nhân cố gắng vượt qua tình trạng cai corticosteroid một cách tuyệt vọng dưới sự hướng dẫn của bác sĩ da liễu. Lại một lần nữa bệnh nhân lại trải qua một đợt bùng phát khác và lần này 90% cơ thể bị ảnh hưởng với ban đỏ bóng chấy và kèm theo với ngứa dữ dội. Sau vài ngày da cô bong ra từng lớp và tái tạo chỉ để bùng phát tiếp theo, tiến trình cứ tiếp tục như vậy nhiều lần nữa với cường độ ngày càng tăng.

Lần đầu tiên khi bệnh nhân đến với phòng khám của chúng tôi, qua thăm khám thấy rằng đỏ da lan tỏa hơn 90% cơ thể cùng với trợt da, giãn mạch dưới da, bầm tím rải rác. Bệnh nhân cũng có tình trạng viêm bờ mi với mắt đỏ, ngứa, mắt chảy dịch (Hình 1). Cô cũng mô tả các tổn thương rất ngứa, bong rát và đau. Do sử dụng một lượng lớn corticosteroid thậm chí trên mặt cô xuất hiện hình ảnh như một chiếc mặt nạ trắng.

Bệnh nhân được điều trị với dòng sản phẩm Dr Michaels® (Eczitinx® và Itchinex® bao gồm thuốc mỡ và thuốc uống thảo dược PSC 200 (1 viên/ lần, 2 lần mỗi ngày) và PSC 900 (5ml mỗi ngày).

Thuốc mỡ bôi da có tác dụng chống viêm và sửa chữa hàng rào bảo vệ da trong khi phục hồi lại sự mất cân bằng lipid của da. Thuốc mỡ bao gồm các thành phần hiệp đồng oxit kẽm, dầu thầu dầu, dầu emu, tinh chất chiết từ đu đủ và glycerine. Kẽm cần thiết cho tổng hợp collagen và protein, nồng độ kẽm thấp liên quan tới chậm liền vết thương. Kẽm cũng cần cho sự phát triển và phân chia tế bào và đến sửa chữa vết thương. Kẽm cũng cần cho sự phát triển và phân chia tế bào và góp phần làm lành tổn thương bằng cách giảm hoạt động của các gốc tự do và ức chế sự nhân lên của vi khuẩn. Kẽm hoạt động như một đồng yếu tố trong nhiều các yếu tố phiên mã và hệ enzyme bao gồm matrix metalloproteinase làm tăng di trú của tế bào sừng đến sửa chữa vết thương. Kẽm ngăn cản sự chết tế bào biểu mô thông qua việc ổn định màng tế bào, và bảo vệ tế bào chống lại tác nhân oxy tái hoạt và độc tố vi khuẩn thông qua hoạt động chống oxy hóa của protein metallothionines giàu cystein và superoxide dismutase (15). Các thành phần được pha trộn cẩn thận này tác động vào những yếu tố khác nhau đóng góp vào sự khô da và phục hồi lại biệt hóa biểu mô. Các loại tinh dầu và chiết xuất thảo dược trong thuốc mỡ bôi không chỉ giải quyết các yếu tố khác nhau góp phần làm khô da mà còn phục hồi tái tạo biểu mô bằng cách dự trữ lipid, cải thiện độ ẩm da, tính đàn hồi của da và ngăn ngừa ngứa .

PSC 200 (2 viên/2 lần mỗi ngày) chứa các loại thảo mộc bao gồm bồ công anh, cúc tím, nhân sâm, cam thảo và xương cựa có tác dụng chống viêm, chống vi khuẩn và kích thích miễn dịch. Nó được dùng để giảm các triệu chứng và giảm khô da, làm lành vết thương và tái tạo da và bảo vệ gan, ức chế tổng hợp prostaglandin thông qua ức chế COX-1 và COX-2 và hoạt hóa tế bào lympho T và các tế bào diệt tự nhiên.

PSC 900 (2ml/2 lần mỗi ngày), thành phần có chứa kẽm và axit folic tạo điều kiện cho cải thiện và duy trì sức khỏe chung. Nó cũng chứa pyridoxine hydrochloride (B6) và ferrous gluconate (Sắt), rất hữu ích trong việc làm giảm triệu chứng, giảm khô da, và cần thiết trong sự sản xuất và duy trì các tế bào mới và tổng hợp ADN, ARN.

KẾT QUẢ

Sau 2 tuần điều trị với Dr Michaels® (Eczitinex® và Itchinex®) thuốc mỡ bôi da và các thành phần thuốc uống thảo dược, có sự cải thiện rõ rệt trong các điểm đánh giá của da liễu học như: đỏ da, phù, bong vảy, trợt da, xuất tiết và á sừng. Thêm vào đó, phù cùng với ngứa liên quan cũng giảm. Bệnh nhân rất vui mừng với những cải thiện đã đạt được và tiếp tục phác đồ điều trị.

Sau 6 tuần trị liệu với Dr Michaels® (Eczitinex® and Itchinex®) và dòng sản phẩm uống thảo dược, tổn thương viêm da cơ địa ở bệnh nhân đã hoàn toàn thoái lui và không còn triệu chứng. Qua thăm khám da của bệnh nhân hoàn toàn bình thường và không có bằng chứng của khô da, đỏ da, phù và trợt da. (Hình 2). Da không còn ngứa nữa khiến bệnh nhân ngủ tốt hơn (7 - 8h). Đó là lần đầu tiên sau bao năm giấc ngủ của cô ấy trở về bình thường. Cô cảm thấy rất tuyệt.

Chương trình duy trì được tiếp tục với các thành phần thuốc uống thảo dược Dr Michaels® (PSC 200 - 1 viên mỗi ngày và PSC 900 - 5ml mỗi ngày) cùng với sử dụng thuốc mỡ Dr Michaels® (Eczitinex® and Itchinex®) chỉ trong trường hợp da khô hoặc ngứa. Bệnh nhân thực sự rất vui mừng đặc biệt giúp cô nâng cao chất lượng cuộc sống và trở lại với công việc trước kia (Tiếp viên hàng không).



Hình 2. Sau 6 tuần điều trị với dòng sản phẩm Dr Michael® biểu hiện của viêm da cơ địa trên mặt, cổ hoàn toàn biến mất. Đặc biệt, không còn dấu vết của đỏ da hay trợt da nữa. Da mặt trở lại bình thường.

Sau 2 năm theo chương trình duy trì, bệnh nhân vẫn tiếp tục trong trạng thái không triệu chứng và làn da cô ấy hoàn toàn bình thường không có dấu hiệu mảng lichen (Hình 3). Cô ấy thực sự cảm thấy hạnh phúc và trở lại cuộc sống bình thường.

THẢO LUẬN

Viêm da cơ địa là một bệnh viêm tổ chức dưới da mãn tính và là một trong bộ ba dị ứng cơ địa bao gồm viêm mũi dị ứng, hen phế quản. Phần lớn các ca bệnh dần dần tiến triển ở trẻ em dưới 5 tuổi: tuy nhiên, bệnh có thể dai dẳng tồn tại tới khi trưởng thành (16, 17). Khác với cơ chế dị ứng và phá vỡ hàng rào dưới da, sự rối loạn trong hệ miễn dịch là yếu tố chính trong tình trạng này. Viêm da cơ địa ở người lớn ban đầu thường khu trú ở mặt, cổ tay, khoeo và nếp gấp khuỷu tay tuy nhiên cũng có thể lan rộng.



Hình 3. Sau 2 năm duy trì điều trị với dòng sản phẩm Dr Michaels® bệnh nhân hoàn toàn khỏi viêm da cơ địa.

Ở bệnh nhân của chúng tôi, viêm da cơ địa nhiều năm không đáp ứng với các biện pháp điều trị hàng thứ nhất và hàng thứ hai truyền thống. Tuy nhiên bệnh nhân có sự thoái lui của viêm da cơ địa nhanh chóng cũng như giảm ngứa sau 6 tuần điều trị với Dr Michaels® (Eczitinex® và Itchinex®). Đặc hiệu hơn, bệnh nhân được kê thuốc mỡ bôi và thuốc uống thảo dược PSC 200 và PSC 900.

Sự thuyên giảm hoàn toàn tổn thương viêm da cơ địa sau điều trị với Dr Michaels® (Eczitinex® và Itchinex®) được góp phần bởi tác dụng hiệp đồng của kem bôi ngoài và các chế phẩm uống. Đặc biệt, thành phần hoạt tính trong thuốc mỡ là hỗn hợp tinh dầu và kẽm oxit. Cuối cùng PSC 200 có tác dụng kháng sinh và chống nấm. Trong khi PSC 900 có thành phần dựa trên kẽm, giúp hỗ trợ trong việc quản lý và làm giảm triệu chứng khô da. Kẽm đã được chứng minh làm giảm ngứa và đỏ da ở bệnh nhân viêm da cơ địa (15). Trong các trường hợp ngứa có liên quan tới thận nhân tạo, kẽm đường uống có nhiều hiệu quả hơn so với giả dược trong giảm triệu chứng ngứa (18, 19).

KẾT LUẬN

Kết lại, ca lâm sàng mà chúng tôi báo cáo đã cho thấy tác dụng của thuốc mỡ Dr Michaels® (Eczitinex® và Itchinex®) và công thức thảo dược dùng đường uống là một trị liệu hiệu quả với viêm da cơ địa khó trị. Hơn nữa, phải nhấn mạnh rằng dòng sản phẩm Dr Michaels® (Eczitinex® và Itchinex®) có tác dụng nhanh (6 tuần) và an toàn hơn so với các liệu pháp điều trị hàng thứ nhất truyền thống khác. Những dữ liệu có ý nghĩa quan trọng đối với các trường hợp viêm da cơ địa kháng thuốc khi các liệu pháp hàng thứ nhất và hàng thứ hai truyền thống khác đều đã thất bại. Thêm vào đó, phương pháp điều trị này có thể là một sự lựa chọn hấp dẫn cho những bệnh nhân có mối quan tâm ngày càng tăng về độ an toàn của các corticosteroid dùng lâu dài hoặc các liệu pháp điều trị toàn thân khác.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn Tirsell Pty Ltd (Melbourne, Úc) đã cung cấp các sản phẩm cho các nghiên cứu. Chúng tôi chân thành cảm ơn bệnh nhân đã cho phép báo cáo trường hợp của cô.



Hình 4. a): Trước điều trị; b): Sau 6 tuần điều trị c): sau 2 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zeppa. L, Bellini V, Lisi P. Atopic dermatitis in adults. *Dermatitis* 2011; 22(1):40-6.
2. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet* 2016; 387(10023):1109-22.
3. Mrabet-Dahbi S, Maurer M. Innate immunity in atopic dermatitis. *Curr Probl Dermatol* 2011; 41:104-11.
4. Kanchongkittiphon W, Gaffin JM, Phipatanakul W. Child with atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2015; 114(1):6-11.
5. Leung DY, Bieber T. Atopic dermatitis. *Lancet* 2003; 361(9352):151-60.
6. Ong P. New insights in the pathogenesis of atopic dermatitis. *Pediatric Research* 2014; 75(1-2):171-5.
7. Ahmad-Nejad P, Mrabet-Dahbi S, Breuer K et al. The toll-like receptor 2 R753Q polymorphism defines a subgroup of patients with atopic dermatitis having severe phenotype. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113:565-7.
8. Oh DY, Schumann RR, Hamann L, Neumann K, Worm M, Heine G. Association of the toll-like receptor 2 A-16934T promoter polymorphism with severe atopic dermatitis. *Allergy* 2009; 64(11):1608-15.
9. Niebuhr M, Heratizadeh A, Wichmann K, Satzger I, Werfel T. Intrinsic alterations of pro-inflammatory mediators in unstimulated and TLR-2 stimulated keratinocytes from atopic dermatitis patients. *Exp Dermatol* 2011; 20(6):468-72.
10. Gutte RM. Adult onset atopic dermatitis with secondary follicular mucinosis with cyclosporine induced spiny follicular hyperkeratosis and hair casts. *Indian J Dermatol* 2013; 58(3):243.
11. Chong M, Fonacier L. Treatment of Eczema: Corticosteroids and Beyond. *Clin Rev Allergy Immunol* 2015; [Epub ahead of print].
12. Akhavan A, Rudikoff D. Atopic dermatitis: systemic immunosuppressive therapy. *Semin Cutan Med Surg* 2008; 27(2):151-5.
13. Fisher AD. Adverse effects of topical corticosteroid use. *West J Med* 1995; 162(2):123-6.
14. Takahashi-Ando N, Jones MA, Fujisawa S, Hama R. Patient-reported outcomes after discontinuation of long-term topical corticosteroid treatment for atopic dermatitis: a targeted cross-sectional survey. *Drug Health Patient Saf* 2015; 7:57-62.
15. Wiegand C, Hipler UC, Boldt S, Strehle J, Wollina U. Skin-protective effects of a zinc oxide-functionalized

- textile and its relevance for atopic dermatitis. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2013; 6:115-21.
16. Buggiani G, Ricceri F, Lotti T. Atopic dermatitis. *Dermatol Ther* 2008; 21(2):96-100.
 17. Pallanti S, Lotti T, Urpe M. Psychoneuroimmunodermatology of atopic dermatitis: from empiric data to the evolutionary hypothesis. *Dermatol Clin*. 2005; 23(4):695-701.
 18. Mapar MA, Pazyar N, Siahpoosh A, Latifi SM, Beladi Mousavi SS, Khazanee A. Comparison of the efficacy and safety of zinc sulfate vs. placebo in the treatment of pruritus of hemodialytic patients: a pilot randomized, triple-blind study. *G Ital Dermatol Venereol* 2015; 150(4):351-5.
 19. Najafabadi MM, Faghihi G, Emami A, Monghad M, Moeenzadeh F, Sharif N, Davarpanah Jazi AH. Zinc sulfate for relief of pruritus in patients on maintenance hemodialysis. *Ther Apher Dial* 2012; 16(2):142-5.