

NELSON LEE NOVICK . MD.

Người dịch :

Bs Vũ Minh Đức

Hồ Kim Chung

bệnh dị ứng

PHÒNG NGỪA & TRỊ LIỆU



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC



NGUYỄN TÁC

**You can do some thing
about your allergies**

A leading doctors guide to allergy prevention and treatment

NELSON LEE NOVICK, MD.

BỆNH DỊ ỨNG PHÒNG NGỪA VÀ TRỊ LIỆU

Biên dịch: Bs. **VŨ MINH ĐỨC - HỒ KIM CHUNG**

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

MỤC LỤC

Tựa	3
Chương 1: Kiến thức căn bản về bệnh dị ứng.	11
Chương 2: Bệnh viêm mũi dị ứng theo mùa.	33
Chương 3: Bệnh viêm mũi dị ứng quanh năm.	55
Chương 4: Khắc phục bệnh dị ứng với súc vật nuôi.	73
Chương 5: Bệnh hen suyễn.	85
Chương 6: Dị ứng thực phẩm.	115
Chương 7: Dị ứng thuốc.	137
Chương 8: Bệnh viêm da dị ứng	167
Chương 9: Làm da nhạy cảm và dị ứng mỹ phẩm.	199
Chương 10: Dị ứng côn trùng	219
Chương 11: Dị ứng môi trường	237
Chương 12: Dị ứng với chính mình – Bệnh tự miễn.	259
Chương 13: Khi biện pháp sơ cấp thực sự cần thiết: phản vệ.	285
Chương 14: Cảnh giác đối với cách chữa trị dị ứng theo kiểu lang băm.	295
<u>Phụ lục A</u> : Các loại xét nghiệm dị ứng thông dụng.	311
<u>Phụ lục B</u> : Các loại thuốc men và biện pháp thông thường để chữa trị bệnh dị ứng.	325

TỰA

Khắc phục bệnh dị ứng là việc làm rất phiền toái. Hàng năm, nhất là xuân thu hai mùa, chúng ta đều bị choáng ngợp bởi các tài liệu cùng các chương trình phát thanh và phát hình quảng cáo các loại thuốc giảm sung huyết, thuốc kháng - histamin, và các loại kem chống ngứa cây trường xuân có độc (poison ivy). Các tờ báo không chuyên về y học cũng như các cuốn sách cẩm nang phổ thông đều đầy ắp mọi thứ khuyến cáo phi y học về biện pháp phòng ngừa và chữa trị dị ứng, đại loại như thay đổi chế độ ẩm thực, bồi dưỡng bằng vitamin, sử dụng các thiết bị đặc biệt để ion hóa bầu không khí trong nhà, châm cứu, nắn bóp cột sống, các phương pháp giảm stress, các biện pháp phản hồi sinh học, và cả đến khuyến cáo dọn nhà đến ở vùng Arizona nữa. Đối với hầu hết bệnh nhân dị ứng, các biện pháp đề nghị này khiến họ chóng cả mặt; và trong khi quay cuồng tìm cách giảm bớt khổ sở, hàng năm họ phải hao tốn đến hàng tỉ đô la.

Thực tế mà nói, từng giây từng phút trong đời người cơ thể bạn luôn bị công kích không ngừng bởi môi trường thù địch chung quanh bạn. Cái thế giới trong đó bạn đang lao động và vui sống đầy ắp những bụi bặm, dầu mỡ, ghét bẩn, chất ô nhiễm, mỹ phẩm, cùng các số lượng không đếm xuể những loài như vi khuẩn, virus, và nấm mốc, cũng như đủ mọi loài kí sinh trùng và côn trùng đáng sợ khác chỉ trực tấn công bạn. Để phòng vệ, cơ thể con người được phú bẩm một mạng lưới tương hỗ phức tạp bao gồm các tế bào, mô, tuyến, và các cơ quan khác, gọi chung là *hệ miễn dịch*. Cái

hệ thống kì diệu này tác động nhằm ngăn chặn sự xâm nhập của đủ thứ tác nhân có hại, cùng tẩy trừ và tiêu diệt bất kì tác nhân nào đã tìm cách vào được bên trong cơ thể. Không có hệ thống giám sát và phòng vệ hữu hiệu như thế, có lẽ tất cả chúng ta đã sớm mất mạng vì đủ thứ bệnh tật rồi.

Vì những lý do chưa rõ, đôi khi hệ miễn dịch này thay vì chỉ cần bảo vệ chúng ta thì nó lại phản ứng quá mức đối với một số chất, thường là không có hại gì cho cơ thể cả. Chẳng hạn, nó có thể phản ứng quá mức đối với những vật tương đối vô hại như phấn hoa, bụi bặm và dầu động vật; dường như nó xem những vật này là kẻ thù xấu xa chỉ nhằm gây hại cho chúng ta vậy. Hoặc giả nó có thể đáp ứng khẩn trương với các loại thực phẩm và thuốc men có lợi cho chúng ta, thay vì chỉ cần phớt lờ chúng là ổn rồi. Hiện tượng tác động lệch lạc như thế của hệ miễn dịch được gọi là *quá mẫn cảm* (hypersensitivity) hay *dị ứng* (allergy); và triệu chứng viêm ở da cùng các niêm mạc, thường gây ra tình trạng đỏ rục, khó chịu, ngứa ngáy, sưng phồng, và đau đớn ở các vùng này, là hậu quả khiến cho người bệnh rất bực bội.

Loại triệu chứng dị ứng đặc thù xảy ra cho bạn đương nhiên tùy thuộc vào các cơ quan đặc biệt bị tác động bởi cơn phát tác dị ứng. Các triệu chứng ấy có thể từ cảm giác khó chịu cho đến tình trạng suy nhược hoàn toàn, hoặc thậm chí có thể nguy hiểm đến tính mệnh. Các vùng bị dị ứng thường thấy là mắt, mũi, họng, phổi, đường tiêu hóa, và da.

Không lấy gì làm lạ rằng dị ứng là loại bệnh chẳng mới mẻ gì đối với nhân loại. Thực ra, các miêu tả về bệnh dị ứng đã xuất hiện từ lúc loài người bắt đầu có lịch sử thành văn. Các tài liệu từ thời Ai Cập cổ đại và các nền văn minh khác cổ xưa nhất là bằng chứng cụ thể về kiến thức của nhân loại về các bệnh dị ứng ngay từ thời xa xưa ấy.

Hiện nay, người ta ước tính được chỉ riêng ở Hoa Kỳ thôi đã có đến hơn 40 triệu người mắc phải bệnh dị ứng, và dị ứng còn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra các bệnh cấp tính lẫn mạn tính. Đối với trẻ em bệnh này khiến cho các em phải nghỉ học nhiều hơn bất kì loại bệnh nào khác, và nó cũng gây tổn thất lớn lao cho năng suất lao động của người trưởng thành. Bi thảm hơn, hàng năm có đến vài trăm người Mỹ bị thiệt mạng vì các phản ứng nghiêm trọng.

Để giúp các nạn nhân vì dị ứng mà tập sách *phòng ngừa và chữa trị bệnh dị ứng* ra đời. Khởi đầu bằng một miêu tả cô đọng về hệ miễn dịch và mối tương quan giữa nó với các phản ứng dị ứng, tập sách này bao quát nhiều dạng bệnh dị ứng thường thấy. Trọng tâm nhằm vào các bệnh dị ứng theo mùa và quanh năm, bệnh hen suyễn, các tình trạng nhạy cảm với thực phẩm và thuốc men, các phản ứng đối với mỹ phẩm và các loại phấn hoa thực vật, vấn đề ô nhiễm và các vấn đề khác có liên quan đến môi trường, cùng các đáp ứng quá mẫn cảm đối với các vết cắn, đốt của mọi loại côn trùng. Tập sách này cũng chú trọng đến việc miêu tả chi tiết các biện pháp tổ ra hữu ích nhằm phòng ngừa dị ứng ở bối cảnh gia đình cũng như sinh hoạt ngoài trời, và đặc biệt nhằm giảm nhẹ các triệu chứng đã

phát tác. Nỗ lực đặc biệt của sách này nhằm phân biệt giữa sự kiện thực tế và cảm nghĩ mơ hồ về nhiều loại xét nghiệm và liệu pháp dị ứng phổ biến (cũng như một vài loại ít phổ biến hơn). Các biện pháp sơ cấp cứu được trình bày chi tiết nhằm giúp người bệnh đối phó với các cơn bộc phát dị ứng nguy hiểm đến tính mệnh là sốc phản vệ. Một chương sách cũng được dành riêng nhằm đề cập một vấn đề ít được biết đến hơn là các bệnh tự miễn dịch, tức là các bệnh trong đó hệ miễn dịch quay lại tấn công chính cơ thể của mình dường như nó xem cơ thể là kẻ xâm nhập lạ mặt vậy. Tập sách này không chỉ tập trung vào các việc mà thầy thuốc có thể làm cho bạn, mà cũng quan trọng ngang như vậy nó còn nhấn mạnh đến những việc chính bạn có thể làm cho mình nhằm phòng ngừa dị ứng và chữa trị tại nhà.

Sau cùng, nhằm tạo thuận lợi cho các độc giả, sách này cũng cố gắng hiển hai đoạn phụ lục. Phụ lục thứ nhất nhằm khái quát một số xét nghiệm dùng trong chẩn đoán các rối loạn dị ứng như xét nghiệm lấy da, xét nghiệm dưới da, xét nghiệm RAST, và xét nghiệm băng dán. Phụ lục thứ hai nhằm rà soát lại các loại thuốc và biện pháp chữa trị thường được bác sĩ chỉ định để chữa trị các rối loạn dị ứng. Ngoài việc liệt kê các thành phần hoạt tính và thảo luận các cơ sở hợp lý cho các loại thuốc đã được đề nghị, đoạn phụ lục này còn nêu ra các khuyến cáo về các mặt thuốc vào bất kì dịp nào có thể được.

Các mặt sản phẩm đề cập trong suốt tập sách này là các mặt hàng mà chúng tôi đã có khá nhiều kinh nghiệm cá nhân và thấy chúng rất hiệu nghiệm; tuy nhiên, tôi

không có ý định quảng cáo riêng cho bất kì sản phẩm nào. Trong nhiều trường hợp, các sản phẩm đề cập ấy đều không phải là các mặt hàng duy nhất bán sẵn trên thị trường có công dụng đối phó với các bệnh đang được thảo luận; và nếu như các lời khuyên không đề cập đến các sản phẩm nào thì cũng không nhằm ám chỉ rằng sản phẩm ấy không hiệu nghiệm bằng các sản phẩm được đề cập. Gặp bất kỳ sản phẩm nào hoặc biện pháp nào đã bị phát hiện là vô hiệu hoặc có hại, chúng tôi cũng thẳng thắn trình bày. Thế nhưng, chúng tôi đề nghị bạn nên hỏi qua ý kiến bác sĩ nếu như bạn có nghi ngờ về giá trị hay hiệu lực của một loại thuốc hay liệu pháp đặc biệt nào đó.

Sau hết, vì tính chất của tập sách này, nên các miêu tả và giải thích về các biện pháp và các kĩ thuật y tế phải nhắm vào các ưu tư nói chung của đông đảo độc giả. Nếu như bạn có nghi vấn và ưu tư đặc biệt gì về một loại thuốc hay một hình thức trị liệu đề cập trong sách này, dĩ nhiên bạn nên hỏi qua ý kiến thầy thuốc của bạn. Và nếu như cần đến sự chăm sóc về mặt y tế, thì các thông tin chứa đựng trong sách này sẽ giúp bạn trở thành người tham dự hiểu biết hơn và tự tin hơn vào công việc chăm sóc bệnh dị ứng của chính bạn.

Bạn nhất định làm được điều gì đó cho căn bệnh dị ứng của mình.

Chương 1

KIẾN THỨC CĂN BẢN VỀ DỊ ỨNG

Mỗi sáng khi thức dậy, bạn có bị tắc mũi làm khó thở không? Mỗi khi ăn các loại hạt quả bạn có bị nổi mày đay¹ không? Phải chăng da bạn quá mẫn cảm đến mức dùng bất kì loại kem hoặc xà phòng nào cũng bị nổi ban?² Nếu như các câu hỏi này không xa lạ gì với bạn, hẳn là bạn không đơn độc đâu. Gần như ngày nào tôi cũng có ít ra là một bệnh nhân đến khám vì bị dị ứng. Chẳng hạn, các bệnh nhân thường muốn biết liệu các cơn nhức đầu, da nổi ban, hay khó chịu ở các xoang³ của họ có phải là do dị ứng đối với thứ gì đó mà họ đã tiếp xúc hoặc ăn phải không. Thông thường họ đem theo một bản liệt kê các mặt hàng mua sắm mà họ cho rằng có thể là nguyên nhân gây ra các rối loạn ấy – các loại phôi hay mắm đặc biệt, thực phẩm, mỹ phẩm, và các loại thuốc men. Nhiều khi các bản khoản của họ đều căn cứ vào các thông tin sai lạc nhận được từ bạn bè hoặc các phương tiện truyền thông đại chúng.

Lo lắng về các dạng dị ứng nấm *Candida*⁴, một loại men đường ruột thường bị gán cho là nguyên nhân gây ra bệnh viêm âm đạo (vaginitis) ở nữ giới, là thí dụ điển hình về trường hợp này. Gần đây, vì công chúng có quan điểm không tốt về loại nấm này, nên nhiều bệnh nhân dù không có chứng cứ nhiễm candida vẫn sợ các triệu chứng mệt, nhọc kinh niên, vảy.nén⁵ hoặc thiên đầu thống⁶ của họ là do loại nấm này xâm nhập quá mức. Tương tự, các bệnh nhân khác lại gán một số hay tất cả các triệu chứng mắc phải của họ cho tình trạng ô nhiễm môi trường hoặc các chất bẩn trong thức ăn.

Dù cho sự thật về vai trò của nấm candida hay của tình trạng ô nhiễm môi trường đối với các rối loạn dị ứng như thế nào, thì điều chắc chắn vẫn là: dị ứng là quan tâm không nhỏ về mặt y học cũng như đối với bệnh nhân. Số người tìm đến bác sĩ để được chữa trị các triệu chứng dị ứng thường nhiều hơn bất kì loại bệnh nào khác. Người ta ước tính gần 1/5 dân số các nước phương Tây bị mắc dạng dị ứng nào đó. Thực tế, loại bệnh này phổ biến đến mức hầu hết mọi người đều từng quen biết ít ra là một người bị dị ứng. Chỉ riêng ở Hoa Kỳ, mỗi năm người ta phải tốn hơn 100 triệu đô la cho các loại thuốc chữa dị ứng. Và ngành kinh doanh dược phẩm rất phấn khởi vì hàng năm các nạn nhân dị ứng chi đến 500 triệu đô la cho vô số phương thuốc không cần kê đơn hồng giảm bớt tình trạng khó chịu.

Để được sự chăm sóc cần thiết và tránh bị lừa bởi giọng điệu khoa trương của giới quảng cáo hoặc các liệu pháp lừa bịp, bạn cần phải hiểu rõ hơn về các vấn đề như dị ứng là gì, nguyên nhân gây ra dị ứng, và các biện pháp đối phó.

DỊ ỨNG LÀ GÌ?

Đơn giản mà nói, dị ứng là một phản ứng bất bình thường đối với một hay nhiều chất hoặc các điều kiện môi trường không tác hại gì đến hầu hết những người khác. Vì lí do này, các bác sĩ thường xem các cơn dị ứng bộc phát là các phản ứng quá mẫn. Dị ứng thường phát sinh ở một số gia đình cho thấy loại bệnh này có xu hướng di truyền.

Nói chung, các cơn dị ứng không tự nảy sinh, chúng thường do tiếp xúc với các *kháng nguyên*⁷ hoặc dị ứng nguyên⁸. Các chất này thường là các protein tan trong nước có khả năng thẩm thấu qua các màng nhầy⁹ hay lớp da bảo vệ các cơ quan. Các dị ứng nguyên phổ biến bao gồm phấn hoa, các loại cỏ dại, bụi nhà, nấm mốc, gàu ở da lông súc vật nuôi trong nhà, các bộ phận hay nọc độc của côn trùng, một vài loại thực phẩm và thuốc men, sơn, nước hoa, và hơi dung môi.

TRỞ NÊN DỊ ỨNG ĐỐI VỚI THỨ GÌ ĐÓ

Trái với quan điểm sai lạc của đại chúng, dị ứng thường không khởi phát ngay ở lần tiếp xúc đầu tiên với một tác nhân dị ứng đặc biệt nào đó. Thực ra, một người chỉ trở nên *mẫn cảm* với một chất sau nhiều lần tiếp xúc trong một thời gian kéo dài khoảng vài tuần, vài tháng, và thậm chí đến vài năm. Trên thực tế, các triệu chứng dị ứng chỉ có thể phát sinh sau lần tiếp xúc thứ 10, thứ 100, hoặc thậm chí sau lần thứ 1000. Các bác sĩ coi quãng thời gian này là thời kì mẫn cảm (period of sensitization). Thế

nhưng, khi một người đã trở nên mẫn cảm thì trong hầu hết các trường hợp các triệu chứng dị ứng sẽ phát tác mỗi khi người đó tiếp xúc với tác nhân dị ứng. Nói chung, khi một người dị ứng với một chất nào đó, thì chỉ cần một lượng rất nhỏ cũng đủ gây ra các triệu chứng dị ứng.

CÁC CƠ DỊ ỨNG VÀ HỆ MIỄN DỊCH

Để hiểu rõ hơn điều gì sẽ xảy ra trong một cơn dị ứng điển hình, trước hết bạn cần biết rõ một vài điều cơ bản về hệ miễn dịch của cơ thể, chịu trách nhiệm đối với các trường hợp dị ứng. Ở người có sức khoẻ bình thường, hệ miễn dịch¹⁰ là một mạng lưới phòng vệ tự nhiên của cơ thể nhằm chống lại sự xâm nhập của các loại kí sinh trùng, nấm mốc, vi khuẩn và virus. Ngoài ra, hệ này còn có chức năng hủy diệt "các mô kí sinh" có hại khác, như u ác tính, ngay từ giai đoạn đầu trước khi chúng có cơ hội lan rộng sang các mô khác. Trên thực tế, nếu không có một hệ miễn dịch hoạt động tốt, có lẽ tất cả chúng ta đều bị chết vì rất nhiều trường hợp nhiễm khuẩn và ung thư. Chính vì lí do này mà những người bệnh AIDS, bị tổn thương nặng nề ở hệ miễn dịch, rất dễ bị nhiễm khuẩn và các khối u ác tính, bình thường vốn không thể tác động đến những người khỏe mạnh có chức năng miễn dịch hoạt động bình thường.

Mặc dù phải cần đến nhiều cuốn sách cũng mới chỉ kể ra được những tác nhân dị ứng thông thường nhất trong môi trường quanh chúng ta, nhưng tựu trung các tác nhân ấy xâm nhập vào cơ thể con người chỉ bằng ba con đường chính: qua đường hô hấp, đường miệng, hoặc thẩm thấu

qua da và các màng nhầy. Thông tin này rất quan trọng, bởi vì chính con đường xâm nhập của tác nhân dị ứng sẽ quyết định các triệu chứng xảy ra ở người bệnh. Thí dụ phấn hoa, bụi nhà, và hơi độc hóa chất hít vào cơ thể qua đường hô hấp có thể gây nhức đầu, sổ mũi và hắt hơi và các dị ứng khác ở đường hô hấp. Thức ăn và dược phẩm dùng qua đường miệng có thể gây ra các triệu chứng cục bộ ở dạ dày-ruột non, và khi được ruột hấp thu rồi theo máu tuần hoàn trong cơ thể, chúng có thể gây ra các phản ứng dị ứng lan rộng, như nổi mề đay chẳng hạn. Chạm trực tiếp vào da, một vài loại thảo mộc, như cây sơn độc Mỹ mọi người đều biết chẳng hạn, thường gây ngứa dữ dội, nổi bóng nước, và phát ban lở loét trên da. Sau cùng, do chích các độc tố hoặc các chất khác qua da (cuối cùng vào đến máu), nhiều loại côn trùng có thể gây ra các phản ứng cục bộ giống như nổi mề đay từng vùng hoặc các triệu chứng dị ứng nghiêm trọng và lan rộng, như rối loạn hô hấp, tăng huyết áp, và sốc¹¹.

Bất kể dị ứng xảy ra ở vùng nào trên cơ thể hay các triệu chứng đặc thù ra sao, các cơn dị ứng đều là hậu quả của sự phản ứng đối với tác nhân ấy của một trong số ba thành phần chủ yếu sau đây trong hệ miễn dịch: (1) các tế bào có tên là *lympho bào*¹², *tương bào*, và *dưỡng bào*¹³; (2) các loại protein đặc biệt gọi là *kháng thể*; và (3) nhiều hóa chất khác nhau gọi là *chất trung gian*.

CÁC TẾ BÀO CHUYÊN TRÁCH VÀ HOÁ CHẤT TRUNG GIAN

Bởi vì miễn dịch và dị ứng chỉ là hai mặt phải trái của hệ miễn dịch, do đó bạn không nên ngạc nhiên khi thấy cả hai loại phản ứng này có nhiều điểm giống nhau. Chẳng hạn, lympho bào là các bạch cầu chuyên trách tác động trong cả hai loại phản ứng dị ứng và miễn dịch bình thường. Một loại lympho bào là *lympho bào T* có tác dụng bao vây các dị vật hoặc tác nhân dị ứng xâm nhập cơ thể, đồng thời tiết ra các loại hóa chất trung gian có khả năng vừa tiêu diệt vật xâm nhập vừa trưng dụng thêm các bạch cầu khác tới tham gia vào cuộc chiến.

Để chống lại các tác nhân dị ứng hay dị vật khác, một loại *lympho bào B* cũng thường được trưng dụng. Khi bị kích thích, lympho bào B tự chuyển hóa thành một loại tế bào mới, gọi là tương bào, có khả năng sản sinh và tiết ra các kháng thể¹⁴ tuần hoàn theo máu. Kháng thể là một loại protein đặc biệt có tác động vây chặt các vi khuẩn hoặc tác nhân dị ứng xâm nhập cơ thể, vô hiệu hóa chúng và loại trừ chúng ra khỏi cơ thể.

Ba loại tế bào khác là *bạch cầu ưa eosin*¹⁵, *bạch cầu ưa kiềm*¹⁶, và *đường bào* cũng đóng vai trò rất quan trọng trong các phản ứng miễn dịch và dị ứng. Bạch cầu ưa eosin là loại bạch cầu chuyên trách; trong các tình huống bình thường chúng đóng vai trò quan trọng trong cuộc chiến chống lại các vật lạ có kích thước lớn xâm nhập cơ thể, nhất là các loại kí sinh trùng. Tuy nhiên, vì các lí do chưa rõ, chúng cũng được sản sinh rất nhiều trong một số rối

loạn dị ứng, đặc biệt trong cảm mạo theo mùa¹⁷. Trên thực tế, chúng rất hay có trong nước mũi và dịch nhầy do phế quản tiết ra ở bệnh nhân cảm mạo theo mùa và hen suyễn đến mức hay được các bác sĩ gọi là các "tế bào dị ứng" (allergy cells).

Bạch cầu ưa kiềm là một loại bạch cầu khác. Được tìm thấy trong máu và ở gần bề mặt kết mạc và niêm mạc mũi, các tế bào này chứa nhiều hóa chất trung gian. Một số hóa chất trung gian tích trữ sẵn trong tế bào, còn các chất trung gian khác được sinh sản nhằm chống với kích thích của tác nhân dị ứng. Chúng chịu trách nhiệm đối với nhiều biến đổi ở các mô; thí dụ, chúng có khả năng làm giãn nở các mạch máu nhỏ, kích thích các đầu dây thần kinh li ti ở các màng nhầy nhằm thúc đẩy sản sinh dịch nhầy, và kích thích các mô khác tham gia vào tiến trình viêm nói chung.

Dưỡng bào là một loại tế bào dị ứng cực kỳ quan trọng khác. Thường nằm sâu trong niêm mạc mũi và kết mạc, các tế bào này tập trung sát bên các mạch máu và các tế bào sản sinh ra dịch nhầy. Giống như các bạch cầu ưa kiềm, dưỡng bào sinh sản và tồn trữ nhiều loại hóa chất trung gian rất mạnh. Và giống như bạch cầu ưa kiềm, dưỡng bào có ái lực đặc biệt đối với việc liên kết với các phân tử IgE (sẽ thảo luận dưới đây) vào mặt ngoài của chúng; đây là một bước tối hệ trọng trong tiến trình phát triển nhiều loại bệnh dị ứng.

Trong số khoảng một chục chất trung gian đã được khám phá cho đến nay, có lẽ histamin¹⁸ là một hóa chất

trung gian nổi tiếng nhất. Không kể nhiều tác dụng khác của nó, histamin có tác dụng làm giãn nở các mạch máu nhỏ, gây ra tình trạng viêm, và làm sưng phồng các mô. Người ta cho rằng histamin gây ra các triệu chứng đa dạng như ngạt thở, tiết dịch nhầy, và làm co thắt các đường thông khí đặc trưng trong chứng cảm mạo theo mùa và các hen suyễn, cũng như gây ngứa ở chứng chàm¹⁹. Vì lý do này, các loại thuốc kháng histamin²⁰ — như tên gọi là các loại thuốc nhằm phong bế các tác dụng của histamin là một trong các liệu pháp quan trọng chống dị ứng của chúng ta.

CÁC KHÁNG THỂ

Thường được gọi là *globulin gamma* hay *globulin miễn dịch*²¹, các kháng thể được chia ra làm 5 nhóm chính. Cho đến nay, nhóm thường gặp nhất là globulin miễn dịch G — viết tắt là IgG. Kháng thể IgG, tuần hoàn trong máu, chịu trách nhiệm phần lớn trong việc bảo vệ cơ thể, được sản sinh trong các tiến trình tạo miễn dịch như trường hợp chống lại bệnh sởi và bệnh rubeon.

Globulin miễn dịch A (viết tắt là IgA) thấy ở dịch vị, nước mũi, và sữa mẹ là nhóm globulin miễn dịch thứ hai. IgA đóng vai trò tuyến phòng vệ đầu tiên chống lại đợt tấn công vào các màng nhầy ở đường hô hấp và đường tiêu hóa.

Nhóm Globulin miễn dịch thứ ba là globulin miễn dịch E (IgE). IgE là vũ khí chủ yếu việc phòng vệ tự nhiên của

cơ thể chống lại sự xâm nhập của các sinh vật có kích thước lớn hơn virus, như các loại ký sinh trùng chẳng hạn. Tuy nhiên, đối với bệnh nhân dị ứng, loại kháng thể này được biết đến nhiều hơn do vai trò tối hệ trọng của nó trong việc người bệnh bị mẫn cảm đối với các loại tác nhân dị ứng đặc biệt cũng và gây ra các cơn dị ứng (sẽ được thảo luận dưới đây). Vì các lý do này, IgE bị gán tiếng xấu là kháng thể dị ứng chủ yếu.

PHẢN ỨNG TĂNG CẢM TỨC THỜI VÀ MUỘN PHÁT

Các nhà miễn dịch học, các bác sĩ điều trị, và các nhà nghiên cứu về hệ miễn dịch và các bệnh miễn dịch thường chia các phản ứng dị ứng thành hai loại chính: phản ứng tức thời và phản ứng muộn phát. Các phản ứng tức thời, cũng gọi là phản ứng loại I, xảy ra trong vòng từ 1 đến 4 giờ sau khi tiếp xúc với tác nhân dị ứng gây hại. Tăng cảm tức thời thường liên can đến kháng thể IgE. Chứng cảm mao theo mùa là một thí dụ điển hình về loại phản ứng này.

Ngược lại, các phản ứng muộn phát có thể xảy ra trong khoảng thời gian kéo dài từ 2 đến 5 ngày sau khi tiếp xúc với tác nhân dị ứng, đôi khi còn kéo dài lâu hơn thế nữa. Thay vì các kháng thể, người ta cho rằng các loại tế bào khác, nhất là loại lympho bào T, đóng vai trò chính trong phản ứng dị ứng này. Các phản ứng muộn phát này thường được gọi là phản ứng loại IV. Thí dụ thường thấy nhất là chướng ngoại ban do cây sơn có độc gây ra.

MẮN CẢM BAN ĐẦU VÀ CÁC LẦN TIẾP XÚC TÁC NHÂN DỊ ỨNG TIẾP THEO

Trang bị các kiến thức căn bản nói trên, giờ đây, bạn đã có thể tìm hiểu xem điều gì xảy ra khi bạn bắt đầu bị mẫn cảm (tức bị dị ứng lần đầu) đối với một tác nhân dị ứng đặc biệt, và thứ gì gây ra các cơn dị ứng tiếp theo ở từng cá nhân mắc phải chứng bệnh tai hại này. Để thẩm định tình trạng mẫn cảm – tức tiến trình phát sinh dị ứng – chúng ta hãy theo chân các hạt phấn hoa của loại cỏ phấn hương (ragweed)¹, nguyên nhân gây ra chứng cảm cúm theo mùa, sau khi chúng xâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp.

Khi đã vào được bên trong cơ thể rồi, các hạt nhỏ li ti này nhanh chóng tiếp xúc với các tế bào huyết tương cư trú ở các mô và các mạch máu nhỏ. Để đối kháng, các tế bào này lập tức sản sinh kháng thể IgE có khả năng truy lùng các hạt phấn hoa ấy. Khi được sản sinh, các phân tử IgE liên kết với hàng ngàn dưỡng bào và bạch cầu ưa kiềm ở xung quanh có sức hấp dẫn tự nhiên đối với chúng. Có khoảng từ một trăm đến ba trăm ngàn hạt IgE chuyên trách chống lại phấn hoa bọc quanh mỗi dưỡng bào hay bạch cầu ưa kiềm. Khi tiến trình liên kết này hoàn tất, dù xảy ra sau lần tiếp xúc đầu tiên hay lần thứ bao nhiêu đi nữa, thì sau đó người ta sẽ bị mẫn cảm với loại cỏ phấn hương – hoặc có thể nói là bị dị ứng đối với loại phấn hoa này.

Giờ đây, chúng ta hãy tìm hiểu xem điều gì sẽ xảy ra khi một cá nhân trước đây đã bị dị ứng nay lại tiếp xúc với

tác nhân dị ứng ấy. Chúng ta sẽ lại dùng loại cỏ phấn hương làm thí dụ. Khi đã xâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp của người bệnh cảm mạo theo mùa, các hạt phấn hoa này lập tức bám vào rất nhiều phân tử IgE trên bề mặt các dưỡng bào và các bạch cầu ưa kiềm, kích động chúng phóng thích nhiều loại hóa chất trung gian, kể cả histamin. Khi đó các triệu chứng bắt đầu phát sinh.

Nhưng đến đây chưa phải là chỗ kết thúc câu chuyện. Nhiều giờ sau đó, trong các phản ứng gọi là *muộn màng*, các bạch cầu ưa eosin và thêm các bạch cầu ưa kiềm nữa bị lôi cuốn đến vùng dị ứng, và những tế bào đến muộn này không chỉ làm cho các triệu chứng trầm trọng thêm mà còn khiến cho cơn dị ứng hoành hành lâu hơn. Hậu quả của tất cả các tiến trình vừa kể là tình trạng hắt hơi, sổ mũi, sung huyết²², và chảy nước mắt điển hình ở người tăng mẫn cảm tức thời trong thí dụ của chúng ta về chứng cảm mạo theo mùa.

Mặc dù cho đến nay vẫn được xem là nhóm kháng thể gây ra loại phản ứng dị ứng thường thấy nhất (tức là phản ứng dị ứng loại I), nhưng IgE không phải là loại kháng thể duy nhất chịu trách nhiệm đối với các cơn dị ứng. Hai loại kháng thể chống nhiễm trùng chủ yếu của cơ thể là IgM và IgG cũng liên quan đến các tiến trình gọi là phản ứng dị ứng loại II. Loại phản ứng này khác biệt đôi chút so với các phản ứng loại I vừa miêu tả ở trên. Trong các phản ứng dị ứng loại II, các tác nhân dị ứng trước tiên bám chặt vào các mô mục tiêu đặc biệt (như các hồng cầu chẳng hạn), và sau đó chính phức hợp tác nhân dị ứng-tế bào này lôi cuốn các kháng thể rồi gây ra hiện tượng phân

hủy tế bào. Nói chung, các dạng phản ứng dị ứng này, cũng gọi là phản ứng *gây độc tế bào* bởi vì chúng gây tổn thương và hủy hoại các tế bào, hiếm khi xảy ra. Nếu như có xảy ra, thường người ta phải dùng đến loại thuốc sulfa²³ và quinidin²⁴.

Các phản ứng loại III là các đáp ứng dị ứng qua trung gian kháng thể. Cũng được gọi là bệnh huyết thanh²⁵, các phản ứng này tuy liên hệ đến các nhóm kháng thể IgM và IgG nhưng lại khác hẳn các đáp ứng loại II ở chỗ các kháng thể và tác nhân dị ứng kết hợp trực tiếp với nhau tạo thành các khối phức hợp tác nhân - kháng thể trôi nổi theo dòng máu trong cơ thể. Cuối cùng các khối khá to tuần hoàn theo máu này bị vướng lại trong các mạch máu nhỏ li ti ở các cơ quan như thận, phổi, khớp xương, và da. Tại các nơi này chúng có thể gây ra tình trạng viêm và tổn thương các mô khá nặng.

Cuối cùng, trong trường hợp các phản ứng dị ứng muộn phát (các phản ứng loại IV), tiến trình miễn cảm hơi khác so với các trường hợp kể trên. Trong các phản ứng loại IV này, các kháng thể không bị lôi cuốn vào cuộc. Trong trường hợp này, việc tiếp xúc trực tiếp với một tác nhân dị ứng, như cây sơn có độc chẳng hạn, gây ra dị ứng bằng cách làm thay đổi vĩnh viễn bề mặt của các lympho bào T. Khi đã bị rồi thì mỗi lần tiếp xúc sau đó với tác nhân dị ứng có hại đều kích thích các tế bào T đã trở nên miễn cảm tiết ra các hoá chất trung gian kiến cho da nổi ban ngứa ngáy và sưng phồng lên.

DỊ ỨNG KHÁC ĐÁP ỨNG MIỄN DỊCH BÌNH THƯỜNG NHƯ THẾ NÀO?

Về mặt kỹ thuật mà nói, dị ứng là một dạng đáp ứng miễn dịch *bất bình thường*. Nó khác các phản ứng miễn dịch bình thường ở hai khía cạnh. Thứ nhất, dị ứng gây ra bởi các chất căn bản vô hại, như phấn hoa chẳng hạn, chứ không phải bởi các mầm bệnh hoặc các thứ vi trùng có hại khác hoặc bởi các tế bào ung thư. Thứ hai, dị ứng có khuynh hướng kéo dài và không cân xứng với nhu cầu thực sự nhằm thanh toán chất gây hại ấy. Ngược lại, các đáp ứng miễn dịch bình thường nói chung nhằm giải quyết rắc rối gấp phải và không kéo dài lâu hơn thời gian cần thiết.

KHÔNG NHƯ QUAN ĐIỂM THÔNG THƯỜNG CỦA BẠN

Một điểm cần phải làm sáng tỏ từ những điều vừa đề cập ở trên: dị ứng là các rối loạn cơ thể thực sự phát sinh từ các tương tác lý hóa phức tạp giữa các chất gồm tác nhân dị ứng, các tế bào chuyên trách, các kháng thể, và các hóa chất trung gian. Và trong khi dị ứng thường gây khó chịu vô cùng về mặt xúc cảm, thì ngược lại với quan điểm sai lầm của mọi người, chúng không phải là các bệnh tật về xúc cảm. Dù bạn có nghe nói ra sao đi nữa, chúng vẫn không “như quan điểm vốn có của bạn”

Cũng vậy, tình trạng căng thẳng thần kinh cao độ có thể đóng một vai trò nào đó trong một số trường hợp dị ứng. Tâm trạng lo âu, sợ hãi, và căng thẳng tình cảm

thông thường do dị ứng gây ra cho người bệnh chẳng hạn có thể góp phần gây ra các cơn dị ứng hoặc làm nặng thêm các triệu chứng dị ứng hiện hữu, khiến cho người bệnh lâm vào một vòng lẩn quẩn rất khó chịu. Đối với các nạn nhân mắc phải nhiều căn bệnh dị ứng khác nhau cùng một lúc, bức tranh toàn diện nói chung còn tệ hại hơn thế nữa.

HAI LOẠI PHẢN ỨNG THÔNG THƯỜNG HAY BỊ NHẦM LẤN VỚI DỊ ỨNG

Cần phải phân biệt dị ứng đích thực với hai dạng rối loạn sức khỏe thông thường hay bị nhầm lẫn với nó là: tác dụng phụ và *không dung nạp*. Tác dụng phụ là dạng phản ứng có thể đoán trước đối với một loại thuốc hoặc thức ăn nhất định. Thuốc kháng-histamin là một thí dụ điển hình. Tình trạng choáng váng phát sinh sau khi uống vào là một tác dụng phụ có thể xảy ra, không phải là phản ứng dị ứng. Tương tự, chứng đầy hơi mà nhiều người mắc phải sau khi ăn các loại đậu là tác dụng phụ, chứ không phải là phản ứng dị ứng.

Ngược lại, không dung nạp là phản ứng kịch liệt có thể xảy ra đối với một loại thức ăn hay thuốc men đặc biệt. Tiếp tục dùng các thí dụ vừa kể, nếu bạn ngủ đến 16 tiếng đồng hồ sau khi uống một viên thuốc kháng-histamin, hoặc nếu bạn bị đầy hơi quá mức, chuột rút, hay tiêu chảy sau khi ăn một khẩu phần đậu thường lệ, quả thực bạn có triệu chứng không dung nạp đối với các chất này, chứ không phải là dị ứng đối với chúng.

Sự khác biệt giữa các tác dụng phụ, không dung nạp, và dị ứng đích thực không chỉ thuộc phạm vi lý thuyết. Giả sử bạn biết rằng mình không thể dung nạp penixilin, rằng nó khiến cho dạ dày bạn co thắt. Mặc dù phản ứng như thế, nếu như bạn buộc phải dùng đến penixilin để chữa trị một chứng nhiễm trùng nghiêm trọng nào đó, bạn vẫn có thể dùng nó một cách an toàn trong trường hợp không có sẵn một loại thuốc thay thế thỏa đáng (và phải chịu đựng các cơn co thắt dạ dày nhất định sẽ xảy ra). Ngược lại, nếu bạn bị rối loạn hô hấp đe dọa đến tính mạng do dị ứng đối với penixilin, thì bạn sẽ không thể dùng loại thuốc này được. Như vậy, hiển nhiên rằng nhận thức được sự khác biệt giữa dị ứng với tác dụng phụ hay không dung nạp là vấn đề cực kỳ quan trọng, thậm chí có thể ảnh hưởng đến tính mệnh con người.

BẠN CÓ BỊ DỊ ỨNG KHÔNG?

Giờ đây chúng ta đã có đôi chút khái niệm về dị ứng, vậy bạn làm sao biết được liệu mình có gặp rắc rối vì dị ứng không? Nếu chưa biết chắc, bạn có thể tự mình giải đáp các câu hỏi sau đây, như một kim chỉ nam. Trả lời "có" đối với bất kỳ câu hỏi nào trong số đó đều cho thấy có thể bạn đã mắc phải dị ứng.

Trắc nghiệm dị ứng:

1. Bạn có hay bị nổi mề đay không?

2. Bạn có thường xuyên bị nổi ban ngoài da gây ngứa ngáy không?
3. Bạn có hay bị sưng phồng da từng vùng không?
4. Bạn có bị khô sở vì chứng đau nửa đầu hay các chứng nhức đầu khác không?
5. Bạn có bị chứng mệt nhọc kinh niên mà giấc ngủ không giúp bạn giảm bớt không?
6. Bạn có hay bị đỏ mắt, ngứa mắt, hoặc chảy nước mắt không?
7. Bạn có thường bị quầng đen hay sưng phồng quanh mí mắt không?
8. Bạn có hay gặp rắc rối với kính áp tròng của mình không?
9. Hai tai bạn có thường xuyên bị ù hay nổ lốp bốp không?
10. Bạn có thường xuyên bị “cảm lạnh” không?
11. Bạn có hay bị sung huyết ở các xoang không?
12. Bạn có bị chảy mũi không ngớt bên trong cuống họng không?
13. Bạn có thường xuyên bị tắc mũi hoặc sổ mũi không?
14. Bạn có hay chảy máu cam không?

15. Về đêm bạn có hay ngáy nặng nhọc hoặc bị các rối loạn hô hấp khác không?
16. Bạn có thấy vị giác hay khứu giác của mình thường kém nhạy bén đi không?
17. Bạn có thường xuyên bị hắt hơi không?
18. Bạn có hay gặp rắc rối vì một cơn ho rũ rượi không?
19. Bạn có thường khó chịu vì bị ngứa trong cuống họng không?
20. Bạn có hay bị sưng phù, co thắt cơ thường xuyên ở vùng bụng, buồn nôn, hoặc tiêu chảy không?

Người khôn ngoan hẳn phải biết rằng: vì các chứng bệnh trên đây cũng có thể do các dạng rối loạn phi-dị ứng gây ra, nên họ sẽ thận trọng tìm đến bác sĩ có năng lực để xác định nguyên nhân đích thực đã gây rắc rối cho mình.

DỪNG TRÌ HOÃN TÌM ĐẾN THẦY THUỐC!

Đến nhờ thầy thuốc chậm trễ sẽ rất bất lợi. Ngược lại, hiện nay sớm chẩn đoán và chữa trị dị ứng được xem là yếu tố quan trọng không chỉ nhằm giảm bớt các triệu chứng mà còn để phòng ngừa các biến chứng có thể xảy ra. Bạn cũng không nên đại dốt cho rằng với thời gian chứng dị ứng của bạn rồi sẽ tự thuyên giảm đi. Mặc dù bệnh tình diễn tiến lúc nặng lúc nhẹ, nhưng nói chung dị ứng sẽ không “tự phát lành bệnh”. Trên thực tế điều ngược lại

mới đúng: trong đại đa số các trường hợp, theo thời gian, dị ứng có khuynh hướng ngày càng tệ hại hơn.

Ngoài ra, bạn không nên coi nhẹ khả năng mắc bệnh chỉ vì trước đây mình chưa hề bị dị ứng. Các triệu chứng có thể xuất hiện ở bất cứ độ tuổi nào, và không chỉ xảy ra ở độ tuổi niên thiếu như một số người lầm tưởng.

Mặc dù y học chưa tiến bộ đến mức có khả năng cải biến các gen chịu trách nhiệm gây ra dị ứng, nhưng hầu hết các tình huống dị ứng có thể khống chế được trên cơ sở gen. Ở các chương sau bạn sẽ thấy rằng có nhiều biện pháp hữu hiệu nhằm khống chế và chữa trị các triệu chứng dị ứng. May mắn thay, bạn không nhất thiết phải khổ sở vì dị ứng, và do đó thực sự bạn có thể và nên làm điều gì đó để giảm nhẹ các bệnh này.

0380

¹ *Mày đay (mề đay)*: Là một phản ứng dị ứng với những nốt tròn trên da, nổi cộm lên, kích thước có thể lớn, nhỏ, có thể cả một mảng đường kính nhiều cm, và gây ngứa dữ dội. Có thể kéo dài nhiều giờ, nhiều ngày.

² *Ngoại ban*: Sự phát ban tạm thời trên da, đỏ, ngứa. Thường thấy ở các bệnh nhiễm khuẩn, như thủy đậu, sởi.

³ *Xoang* : Là các hốc chứa khí trong xương như xoang trán, xoang mũi, xoang hàm.

⁴ **Candida:** Là một loại nấm sống trong âm đạo và đường tiêu hóa. Dưới điều kiện thuận lợi có thể gây bệnh: nhiễm candida ở miệng, phổi, ruột, âm đạo, móng.

⁵ **Bệnh vẩy nến:** Là một bệnh da liễu có những mảng vẩy ngứa đỏ, ngứa ở khuỷu, đầu gối, cẳng tay, da đầu.v.v..., vẩy bong ra theo từng mảng.

Bệnh này có tính di truyền, có thể phát sinh do lo âu. Đôi khi kết hợp với viêm khớp.

⁶ **Thiên đầu thống (Đau đầu Migraine):** Là những chứng đau nửa đầu, có thể đau dữ dội. Có thể có triệu chứng báo trước như thấy nẩy đom đóm, mắt bị mờ đi.

⁷ **Kháng nguyên:** Mọi chất mà cơ thể xem là vật lạ hoặc có nguy cơ gây nguy hiểm.và cơ thể sinh ra kháng thể để chống lại.

⁸ **Dị nguyên:** Là tác nhân gây dị ứng cơ thể là phấn hoa, mồi meo, bụi, con mạt, lông thú, một số thuốc uống, mỹ phẩm, thức ăn.

⁹ **Niêm mạc:** Là lớp màng ẩm lót các xoang, đường hô hấp, tiêu hóa,mật, tụy.

¹⁰ **Miễn dịch:** Khả năng đề kháng của cơ thể, đối với tác nhân gây nhiễm trùng nhờ các kháng thể và bạch cầu tuần hoàn trong máu. Có 2 loại miễn dịch: Miễn dịch chủ động (cơ thể chủ động tạo ra các kháng thể khi bị nhiễm bệnh) . Miễn dịch thụ động (miễn dịch được tạo ra khi tiêm các kháng huyết thanh lấy từ người khác hay súc vật đã có miễn dịch; miễn dịch loại này chỉ tồn tại trong thời gian ngắn).

¹¹ **Sốc (shock):** Là tình trạng trụy tuần hoàn,huyết áp tụt, mạch yếu, da xanh, lạnh, toát mồ hôi, giảm tiết nước tiểu, cung cấp máu cho các mô không đủ.

- ¹² **Lymphô bào:** Là một loại bạch cầu. Có 2 loại lymphobào: Lympho B tạo kháng thể và Lympho T liên quan đến việc thải trừ mô ghép.
- ¹³ **Dưỡng bào (mast cell):** Một tế bào lớn có nhiều hạt bào tương thô – Các hạt này chứa histamin, serotonin... – khi bị phóng thích sẽ gây phản ứng.

Bào tương: Là chất dịch nằm trong tế bào, bao quanh nhân.

- ¹⁴ **Kháng thể:** Là một loại protein chống lại các kháng nguyên xâm nhập cơ thể như virus, phần hoa. Đây là một phản ứng miễn dịch.
- ¹⁵ **Bạch cầu ái toan (eosinophil) :** Là loại bạch cầu liên quan đến các phản ứng dị ứng của cơ thể.
- ¹⁶ **Bạch cầu ái kiềm (basophil):** Là loại bạch cầu có khả năng tiêu hóa các hạt nhỏ, đặc biệt là nó có chứa các hóa chất trung gian như histamin, serotonin.
- ¹⁷ **Sốt cỏ khô (cảm mạo theo mùa):** Là một dạng dị ứng với phần hoa của cỏ cây với triệu chứng viêm kết mạc, viêm mũi, làm hắt hơi, chảy nước mũi, nước mắt.
- ¹⁸ **Histamin:** Là một chất trung gian hóa học làm giãn mạch trong các phản ứng viêm, dị ứng, cơn hen suyễn và cả phản ứng phản vệ.
- ¹⁹ **Chàm:** Là một bệnh da liễu với các triệu chứng ngứa da, ban đỏ có nổi những bóng nước nhỏ, rỉ nước, sau đó da đóng vảy, biến màu. Có thể là chàm ngoại sinh hay chàm thể tạng.

- ²⁰ **Kháng histamin:** Là thuốc ức chế một số tác dụng của histamin. Thường dùng trong các bệnh dị ứng, viêm mũi. Tác dụng phụ thường gặp là buồn ngủ.
- ²¹ **Glubulin miễn dịch:** Là một trong các protein đặc biệt tham gia vào hoạt động miễn dịch của cơ thể, tác dụng như IgS, IgD, IgE, IgG, IgM.
- ¹ **Cỏ cunbrozi (ragweed) :** Loại cỏ ở Bắc Mỹ, có nhiều phấn hoa gây ra bệnh sốt mùa hè.
- ²² **Sung huyết :** Là tình trạng ứ trệ máu trong một cơ quan sung huyết thường kết hợp với sưng, phù nề.
- ²³ **Thuốc sulfa:** Là một kháng sinh nhóm kiềm khuẩn (ngăn chặn vi khuẩn phát triển). Tuy nhiên lưu ý thuốc có tác dụng phụ lên gan, thận, có thể có buồn nôn, nhức đầu, một số người dị ứng với thuốc này.
- ²⁴ **quinidine:** Là thuốc làm chậm nhịp tim. Có nhiều biệt dược như Quinidin, Natisedine, Quinicadine. Có thể có tác dụng phụ là rối loạn tiêu hóa.
- ²⁵ **Bệnh huyết thanh :** Là một dạng phản ứng có thể xảy ra trong khoảng từ 7 đến 12 ngày sau khi tiêm một lượng huyết thanh ngoại sinh vào cơ thể. (Như huyết thanh điều trị uốn ván). Phản ứng xảy ra do các chất kháng nguyên còn sót lại trong hệ tuần hoàn, nên cơ thể đã bắt đầu sản sinh ra kháng thể chống lại.

Chương 2

BỆNH VIÊM MŨI DỊ ỨNG THEO MÙA

Thế là mùa xuân lại đến, những bạn trẻ lại có dịp mơ đến tình yêu lãng mạn và những buổi chơi đùa thú vị ngoài trời. Đúng thế không? sai rồi! Bởi vì cứ 20 người thường có không dưới một người khổ sở vì chứng “sốt hoa hồng” hoặc vì các chứng dị ứng phấn hoa cỏ cây. Tình trạng khó chịu cũng không kém phần gay gắt đối với vô số người bị khổ sở bởi các chứng dị ứng khác như cảm mạo theo mùa vào mùa hạ và mùa thu chẳng hạn. Được gọi chính xác là bệnh viêm mũi dị ứng theo mùa, các chứng dị ứng này mỗi năm đã gây tổn thất hàng triệu ngày công lao động và học tập, khiến cho những người này phải mất hàng triệu ngày nằm liệt trên giường bệnh và sinh hoạt của họ bị hạn chế đi rất nhiều.

Thuật ngữ *sốt cỏ khô* (hay fever) có từ hàng trăm năm trước đây, xuất phát từ hiện tượng một số người hàng năm đều bị bệnh nặng vào mùa gom cỏ khô ở Anh. Tuy vậy, thuật ngữ này lại khiến cho người ta hiểu lầm. Một mặt, bệnh tình liên quan đến các loại cỏ thụ phấn trong mùa gom cỏ khô nhiều hơn so với bản thân cỏ khô. Mặt khác, không có cơn sốt nào gắn liền với tình hình ấy cả. Để tránh sai lầm, các bác sĩ điều trị thích dùng thuật ngữ *viêm mũi dị ứng*, tức là tình trạng viêm mũi¹ do dị ứng gây ra, để gọi tất cả các dạng dị ứng theo mùa hơn. Bởi vì thuật ngữ này bao quát nhiều hơn so với các triệu chứng xảy ra cho người bệnh, nên đôi khi các bác sĩ còn dùng một thuật ngữ khó phát âm là *allergie rhino-conjunctivitis*. Thuật ngữ sau này chỉ có nghĩa là các cơn khó chịu ở mắt và mũi do dị ứng gây ra.

CÁC DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG ĐIỂN HÌNH

Mặc dù lần viêm mũi dị ứng đầu tiên có thể xảy ra cho bất kỳ lứa tuổi nào (thậm chí ở tuổi 80), chứng bệnh này thường xảy ra ở độ tuổi niên thiếu, nhất là từ 12 đến 15 tuổi. Các triệu chứng thỉnh thoảng rất khó chịu và thường bao gồm tình trạng sung huyết và nghẹt tắc mũi trầm trọng, cùng cái cơn hắt hơi đột ngột. Mỗi lần hắt hơi đến hơn mười cái là chuyện bình thường. Các nạn nhân cũng có thể tiết ra rất nhiều dịch nhầy và chảy nước mũi trong họng rất khó chịu. Làm cho tình hình tệ hại hơn nữa, cơn ngứa ngáy kịch liệt bên trong và quanh mũi, trên vòm miệng, và sâu trong lỗ tai cũng là tình trạng thường thấy. Các trẻ nhỏ bị dị ứng ngứa mũi thường biểu hiện tư thế

“các ngón tay hướng lên trên và lòng bàn tay dí sát vào mũi” mà các bác sĩ nhi khoa hay gọi là “kiểu chào dì ửng”.

Các triệu chứng khác bao gồm cuống họng sưng và ngứa ngáy; mắt đỏ, ngứa và chảy nước mắt; viêm kết mạc, màng nhầy bảo vệ mắt. Tình trạng sung huyết ở các vòi *eustachio*² là các cấu trúc hình ống nhỏ nối liền tai giữa với khu vực phía sau mũi và cuống họng, có thể gây ra cảm giác ù tai rất khó chịu – loại cảm giác bạn thường gặp trên máy bay lúc thay đổi độ cao – và làm giảm thính lực. Thậm chí nó còn gây đau buốt trong tai nữa. Cuối cùng, nạn nhân còn khổ sở vì các cơn nhức đầu, mệt nhọc, và sinh ra bực mình cáu gắt. Nói chung, đến một thời điểm nào đó, mức trầm trọng của các triệu chứng viêm mũi dị ứng theo mùa tùy thuộc vào số lượng phấn hoa trong khí trời, và dĩ nhiên vào mức nhạy cảm của từng người. (Mối tương quan giữa dị ứng theo mùa với tiến trình phát triển bệnh hen suyễn, dạng rối loạn hô hấp nghiêm trọng hơn, sẽ được bàn đến ở chương 5).

Nhiều dấu hiệu và triệu chứng thông thường cũng dễ lý giải. Người ta cho rằng tình trạng sưng phồng, sung huyết, chảy mũi, và mất cảm giác về mùi vị là hậu quả của histamin (cũng như của các hóa chất trung gian khác) đã tác động đến các mạch máu và các mô. Như trong trường hợp chứng cảm lạnh thông thường chẳng hạn, cảm giác về mùi vị giảm sút được giải thích là do dịch nhầy tiết ra quá nhiều, ngăn cản sự tiếp xúc giữa các phân tử thực phẩm hoặc hương vị với các đầu dây thần kinh chịu trách nhiệm cảm nhận mùi vị.

Tương tự, người ta cho rằng tình trạng mắt bị đỏ, ngứa ngáy, và chảy nước mắt là do các dưỡng bào bên trong các màng nhầy mỏng manh ở kết mạc tiết ra histamin. Vô tình hay cố ý dụi mắt phản ứng lại cơn ngứa ngáy là động tác rất thường xảy ra kèm theo các triệu chứng này, chỉ làm cho tình trạng đỏ mắt và khó chịu càng tồi tệ hơn. Không lạ gì, những người mang kính áp tròng còn khó chịu hơn thế nữa bởi các hạt phấn hoa bị vướng lại giữa kính và mắt thường gây rất nhiều phản ứng dị ứng nhẹ. Ngoài ra, người mang loại kính sát tròng này cũng thường bị “đỏ ngầu” mắt; họ cảm thấy mắt bị nóng, rát, khô và thấy khó chịu rất nhiều trong thời gian mang kính.

Các cơn đau và ù tai, cũng như các âm thanh râm ran thường xảy ra kèm theo chứng viêm mũi dị ứng cũng dễ giải thích. Lúc bình thường các vòi eustache điều chỉnh theo bất kỳ biến đổi áp suất không khí bên ngoài bằng động tác mở khép tự động. Chẳng hạn, tình hình điều chỉnh này được cảm nhận rất rõ rệt khi bạn phóng người xuống nước, hay lên xuống thang máy, hoặc khi phi cơ thay đổi độ cao. Tuy nhiên, khi bị sưng phồng do dị ứng, các vòi eustache vận hành không bình thường phát sinh cảm giác ù tai hoặc gây nhức nhối bên trong tai. Nếu như rắc rối kéo dài, thì chất dịch rỉ ra từ thành các mạch máu có thể chảy tràn vào các vòi; và trong trường hợp chất dịch tích lũy quá nhiều có thể gây ra rắc rối cho thính lực và thậm chí xảy ra tình trạng vi trùng xâm nhập phụ nhiễm nữa. .

VIÊM MŨI VẬN MẠCH

Một dạng rối loạn thường thấy có tên là *viêm mũi vận mạch*³ (Vasomotor rhinitis) phải được phân biệt với chứng viêm mũi dị ứng đích thật. Rối loạn này có nhiều triệu chứng tương tự như bệnh viêm mũi dị ứng, bao gồm tình trạng nghèn tắc mũi, sổ mũi, và hắt hơi; nhưng người ta cho rằng nguyên nhân căn bản gây ra rối loạn này như tên gọi của nó là rối loạn vận mạch – tức là tình trạng kiểm soát bất bình thường của thần kinh đối với mức co giãn các mạch máu. Chứng viêm mũi vận mạch thường bị khởi động lên cơn bởi các nhân tố vật lý như các biến đổi đột ngột về nhiệt độ và ẩm độ trong không khí chẳng hạn, cũng như bởi khói, mùi hương trong nhà, và tình trạng ô nhiễm. Vì lý do nào đó, ngay đến ánh nắng cũng có thể gây ra nhiều tràng hắt hơi có tính phản xạ ở một số nạn nhân mắc phải dạng rối loạn này. Ngoài ra, tình trạng căng thẳng thần kinh cũng có thể khiến cho bệnh tình càng trầm trọng hơn.

Bất hạnh thay, viêm mũi vận mạch là chứng bệnh mạn tính vừa lại có thể kéo dài suốt năm. Việc chữa trị rất gay go, mặc dù trong nhiều trường hợp bệnh tình cơ thể thuyên giảm nhờ các phương thuốc tương tự với cách điều trị viêm mũi dị ứng (như sẽ được thảo luận dưới đây). Ngoài ra, một số người lại mắc phải cả hai dạng viêm mũi, khiến cho tình hình còn tệ hại hơn nữa.

“XOANG” LÀ GÌ?

Người ta thường dùng từ “xoang” (Sinus) hoặc “rối loạn xoang” để chỉ các cơn nhức đầu kinh niên hay tình trạng đau nhức và khó chịu phía sau mắt và má. Một số người khác còn dùng các tên gọi này để miêu tả tình trạng nghèn tắc mũi trong chứng sốt cỏ khô. Thế nhưng, *viêm xoang*⁴ là thuật ngữ y học chính xác để gọi tất cả các dạng viêm ở bất kỳ xoang nào.

Người ta cũng có 4 cặp xoang: xoang trán (Frontal sinuses) nằm phía trên hốc mắt; xoang sàng (ethmoid sinuses) ở hai bên mũi; xoang bướm (sphenoid sinuses) ở phía sau hai xoang sàng; và xoang hàm trên (maxillary sinuses) ở phía sau hai xương má. Tất cả đều là các hốc xương chứa đầy khí có lót niêm mạc, nằm bên trong xương sọ, và dẫn đến hai mũi. Mặc dù chưa biết chính xác chức năng của chúng là gì, nhưng người ta tin rằng các xoang có vai trò làm nhẹ hộp sọ bằng tác dụng khí động lực và góp phần tiếp nhận mùi hương cùng âm thanh.

Các nhà chuyên môn ước tính được xấp xỉ 70% các ca viêm xoang mạn tính đều do dị ứng gây ra. Rắc rối còn trầm trọng thêm bởi vì phần nhiều các ca này lại bị phụ nhiễm nữa. Ngược lại quan điểm chung của mọi người, viêm xoang không phải là loại bệnh chỉ riêng người lớn mới bị. Trẻ nhỏ cũng có thể mắc phải viêm xoang và các biến chứng của bệnh này.

Người ta cho rằng các cơn nhức đầu đặc trưng của bệnh dị ứng gây viêm xoang nguyên do bởi tình trạng tắc nghẽn

các thông đạo từ các xoang dẫn đến mũi; và tình trạng này gây ra bởi các mô trong mũi bị sưng phồng lên, và sau đó áp suất càng lúc càng tăng lên trong các xoang. Con đau đớn phát sinh ngay ở vị trí các xoang và tùy thuộc xoang nào bị ảnh hưởng nhiều nhất, nên người ta có thể cảm nhận cơn đau buốt ở trán hoặc ngay phía sau hay bên dưới hốc mắt. Bởi vì chất dịch tiết ra tích lũy cả đêm, nên chứng nhức đầu do viêm xoang nói chung thường tệ hại nhất vào lúc mặt trời mọc buổi sáng.

Bệnh cảnh lâm sàng càng thêm phức tạp khi tình hình bên trong các xoang dị ứng kinh niên đến lúc chín mùi cho sự xâm nhập của vi trùng và hình thành mủ. Nước mũi biến đổi từ trong sang màu vàng hoặc xanh phản ảnh tình trạng nhiễm trùng. Khi tình hình này diễn ra, các triệu chứng viêm xoang đã tệ hại lắm rồi. Nước mũi có thể chảy ngược vào càng làm cho cổ họng thêm phần khó chịu và cơn ho càng thêm dữ dội. Các ca viêm xoang nghiêm trọng hơn có thể kèm theo cơn sốt, đau nhức cơ, thậm chí sưng phồng và sờ thấy mềm ở các vùng bị tổn thương.

CÁC LOẠI PHẤN HOA VÀ BÀO TỬ NĂM MỐC.

Phấn hoa, tác nhân chính gây ra rắc rối cho hầu hết các trường hợp viêm xoang dị ứng theo mùa, trên thực tế là các tế bào nhỏ li ti có khả năng thụ phấn trong thời kỳ sinh sản của nhiều loại cỏ cây trong mùa nở hoa. Do kích thước nhỏ bé và cực kỳ khô ráo, các hạt phấn hoa dễ bay theo gió lan ra xa đến hàng trăm dặm. Chỉ một cây cỏ phấn hương (ragweed) thôi cũng có thể thải ra không khí

đến 8 tỷ hạt phấn hoa, và chỉ trong một mùa cũng có đến hơn 1/4 triệu tấn phấn hoa bay lượn khắp các vùng quê - gây khó chịu cho các nạn nhân dị ứng. Đây là lý do tại sao việc tàn phá loài cỏ phấn hương theo qui mô nhỏ ở các địa phương thường ít hiệu quả trong nỗ lực toàn diện nhằm giảm thiểu rắc rối.

Nấm mốc, một tác nhân dị ứng rất phổ biến khác đối với đường hô hấp, là dạng thực vật ký sinh kích thước nhỏ bé và không có hoa. Giống như các loại nấm khác, mốc meo không có rễ, thân, lá, và diệp lục tố (chlorophyll). Do đó, loài này phải sinh sống bằng dưỡng chất lấy từ loại thực vật khác cũng như từ xác động vật. Nức tiếng vì khả năng hủy hoại thực phẩm, mốc meo sinh sôi ở các hạt ngô, lúa mì, và yến mạch (oats); do đó, nó là rắc rối đặc thù ở các vùng sản xuất ngũ cốc.

Mốc meo lan truyền nhờ sản sinh bào tử nấm mốc; giống như phấn hoa, các bào tử này tỏa ra theo gió với số lượng khổng lồ.

Vì lợi ích các dân cư các vùng quê, nhiều bệnh viện cấp vùng thường cập nhật "số lượng phấn hoa" đếm được trong một mẫu khí trời cho các đài phát thanh và truyền hình địa phương. Số lượng phấn hoa đếm được này phản ánh số hạt phấn hoa lượn lơ trong mỗi mét khối thể tích khí trời tích lũy trong thời gian 24 giờ đồng hồ. Người ta dùng các thân cỏ tẩm chất keo dính đặc biệt để đánh bắt các hạt phấn hoa, rồi dùng các loại phẩm màu đặc biệt để nhận diện ra chúng. Số lượng phấn hoa đếm được điển hình trong một vụ mùa có thể lên đến từ 200 đến 500 hạt trong một mét khối khí trời, trong khi số lượng hơn 100 hạt

phấn hoa cũng đủ để gây khó chịu cho đa số các bệnh nhân dị ứng rồi.

Điều quan trọng phải ghi nhớ là số lượng phấn hoa đếm được loan báo trong phần tin tức buổi sáng phản ánh số liệu thống kê thuộc ngày hôm trước, chứ không nhất thiết là dự đoán tình hình sẽ xảy ra trong ngày hôm ấy. Tương tự, số lượng bào tử nấm mốc thỉnh thoảng cũng đếm được nhờ các dụng cụ đo lường đặc biệt, nhưng các con số này ít được loan báo hơn.

DỊ ỨNG ĐỐI VỚI CÁC MÙA TRONG NĂM

Mặc dù loài cỏ phấn hương khét tiếng đối với đa số các ca bệnh, nhưng chứng viêm mũi dị ứng theo mùa cũng có thể do rất nhiều loại phấn hoa thảo mộc và cỏ dại khác, cũng như do các bào tử nấm mốc gây ra. Dĩ nhiên, các triệu chứng bệnh sẽ tệ hại nhất trong mùa thụ phấn của loài thực vật dị ứng đối với bạn.

Hiện tượng thụ phấn diễn ra vào các thời điểm khác nhau ở các vùng địa lý khác nhau trên khắp đất nước, nhưng đoạn sau đây có thể làm tiêu chuẩn hướng dẫn chung về các bệnh dị ứng theo mùa⁵. Chứng viêm mũi dị ứng mùa xuân (từ tháng hai đến tháng năm ở Mỹ) cơ thể phát tác bởi tình trạng quá mẫn cảm đối với phấn hoa của các loại cây như tần bì (ash), bulô (birch), bách (cypress), du (elm), thích (maple), sồi (oak), dương (poplar), sung dâu (sycamore), và cây óc chó (walnut). Dị ứng giữa mùa hạ (tiết trường hạ ở Mỹ từ tháng 4 đến giữa tháng 6) thường

là hậu quả do hiện tượng thụ phấn của các loài thảo mộc như cỏ dại trong vườn cỏ redtop, lúa mạch đen (rye), cỏ vernal có mùi thơm ngát ngào, cỏ đuôi trâu (fescue), cỏ đuôi mèo (timothy), cỏ Johnson, và nhiều loại cỏ dại khác, là tác nhân dị ứng gây khó chịu nhất cho cư dân ở phía Tây Hoa Kỳ. Cuối cùng, dị ứng cuối hạ sang đầu thu (từ giữa tháng 8 đến tháng 10) phát tác hầu hết đều do phấn hoa của loài cỏ phấn hương và phấn hoa của một vài loại thực vật thuộc họ gần gũi với cỏ dại, như loài cúc vạn thọ tây (cosmos), cúc golden glows, cúc golden-rods, và loài cúc zinnias.

Giống như thuật ngữ sốt cỏ khô, sốt hoa hồng, (rose fever) là một tên gọi sai lầm khác. Nói chung, các loài hoa màu sắc rực rỡ và tỏa hương thơm, như hoa hồng chẳng hạn, đều không nhờ đến gió đưa phấn hoa lạt ra khắp nơi. Thực tế, nhựa phấn hoa do chúng sinh ra bám vào loài chim, ong, và loài oôn trùng rồi truyền từ cây này sang cây khác. Vì lý do đó, các loài thực vật có hoa rực rỡ và tỏa hương thơm hiếm khi là nguyên nhân gây bệnh viêm mũi dị ứng theo mùa.

Còn các loài nấm mốc sinh sống đầy dẫy ở hầu hết mọi nơi trên thế giới ngoại trừ các sa mạc. Chúng đặc biệt thường thấy ở các bờ biển và ao hồ. Bên ngoài trời, chúng được tìm thấy trên các loài thực vật, thân gỗ mục nát, cỏ mới cắt, các đồng lá cây, và các đồng phân hữu cơ. Nấm mốc cũng được tìm thấy ở nhiều loại rau quả như ngô, cà chua, và khoai tây chẳng hạn. Rất nhiều bệnh dị ứng nấm mốc ngoài trời đều do hai loài nấm mốc sản sinh bào tử chủ yếu là *Alternaria* và *Cladosporium*. Tùy thuộc vào vị

trí địa lý nơi cư trú của bạn, cao điểm mùa nấm mốc có thể diễn ra vào một thời điểm vào đó từ tháng tư đến tháng mười một.

Điều thú vị là chúng dị ứng đối với cây giáng sinh của nhiều người có thể do cả hai nguyên nhân là nấm mốc và phấn hoa gây ra. Cả hai loại tác nhân dị ứng này đều bám vào cây giáng sinh lúc chặt đem về bày biện trong nhà. Hơi nóng trong nhà sau đó sẽ phóng thích các tác nhân dị ứng có hại ấy bay lượn trong bầu không khí các phòng ốc, là nguyên nhân của “mùa” sốt cỏ khô kéo dài nhiều tuần lễ trong tháng chạp ở nhiều gia đình.

Thời tiết cũng đóng vai trò quan trọng đối với bệnh viêm mũi dị ứng. Nói chung, phần lớn bệnh nhân viêm mũi dị ứng theo mùa do phấn hoa gây ra đều cảm thấy khó hơn vào những ngày mát mẻ, không có gió, ẩm ướt hoặc có mưa, bởi vì thời tiết mát mẻ hay lạnh lẽo làm giảm mức độ thụ phấn, và tình trạng ẩm ướt khiến cho phấn hoa bớt lan truyền trong bầu không khí do tác dụng của khí động lực. Ngược lại, bởi vì thời tiết ấm áp thúc đẩy hiện tượng thụ phấn, nên vào những ngày oi ả, ánh mặt trời thiêu đốt, và nhất là lộng gió rất nhiều hạt phấn hoa hay bào tử nấm mốc tụ thành những đám mây bay lượn lơ lửng trong không khí có thể là tại họa đối với các bệnh nhân dị ứng theo mùa.

Khả năng lan tỏa theo các luồng không khí của các loài nấm mốc do các biến đổi về nhiệt độ, ẩm độ, và sức gió trong bầu khí quyển hoàn toàn giống với phấn hoa. Hậu quả là những nạn nhân của nấm mốc cũng thấy khó hơn

2. Bệnh viêm mũi dị ứng theo mùa

vào những ngày khí trời mát mẻ hoặc có mưa. Tuy vậy không may là nấm mốc có thể tồn tại ngoài trời lâu hơn phần hoa nhiều, cả trong thời tiết lạnh giá. Bào tử nấm mốc gây rắc rối có thể sinh sôi rất nhiều ở những nơi tồn trữ cỏ khô, ngũ cốc, và rơm rạ, chúng gây khó chịu cho nông dân và công nhân làm bột mắc phải dị ứng nấm mốc. Vì lý do này chúng ta thường không xem “mùa nấm mốc” giống như nhận định của chúng ta về “mùa cỏ phấn hương”.

Cuối cùng, phải lưu ý đến một tình hình môi trường khó lòng kiểm soát trong đó không ai cảm thấy khỏe được, nhất là bệnh nhân dị ứng: đó là tình hình ô nhiễm không khí. Tình hình ô nhiễm không khí ngày càng leo thang kết hợp với mật độ nấm mốc và phấn hoa cao trong không khí là hoàn cảnh rất tệ hại cho các bệnh nhân dị ứng.

CHẨN ĐOÁN VÀ CHỮA TRỊ BỆNH VIÊM MŨI DỊ ỨNG THEO MÙA

Đoạn dưới đây tóm tắt sơ lược về một số phương pháp khá thông thường nhằm chẩn đoán và chữa trị bệnh viêm mũi dị ứng theo mùa. Các thông tin bổ sung có thể tìm thấy trong hai phần phụ lục A và B.

CHẨN ĐOÁN

Việc chẩn đoán các nguyên nhân đặc biệt gây ra bệnh viêm mũi dị ứng theo mùa khởi đầu bằng một bệnh sử thật

chi tiết và khám cơ thể do bác sĩ thực hiện. Bởi vì rất nhiều triệu chứng và dấu hiệu dị ứng cũng có thể do các rối loạn phi-dị ứng gây ra, như các trường hợp nhiễm trùng, vách mũi bị lệch, và các bướu thịt trong mũi chẳng hạn, cho nên điều quan trọng là phải biết chắc rằng thực sự bạn bị dị ứng chứ không vì một nguyên nhân nào khác.

Chứng cảm lạnh do virus gây ra - hay chứng nhiễm trùng đường hô hấp phía trên, như các bác sĩ thường gọi - là tình trạng thường thấy phải được phân biệt với mọi dạng viêm mũi dị ứng, kể cả dạng dị ứng theo mùa. Chứng cảm lạnh đích thực cũng gây ra nhiều triệu chứng tương tự như chứng viêm mũi dị ứng, nhưng khi các triệu chứng này kéo dài đến vài tuần lễ và không có ai khác trong gia đình mắc phải, thì rất có thể cơn dị ứng của bạn đang phát tác đấy. Tuy nhiên, nếu các rắc rối ở mũi của bạn có kèm theo các triệu chứng như đau buốt cuống họng, nhức cơ, và sốt nặng, thì có lẽ bạn đã bị nhiễm trùng đường hô hấp phía trên hoặc bị cúm. (Và không lấy làm lạ rằng chứng viêm mũi dị ứng không được khống chế đúng mức đường như khiến cho một số người dễ thường xuyên mắc phải bệnh cảm lạnh hơn).

Mặc dù các triệu chứng có thể giống nhau giữa dị ứng và cảm lạnh, nhưng biểu hiện ở niêm mạc mũi của bệnh nhân dị ứng khác hẳn người bị cảm lạnh. Niêm mạc mũi thường có màu tái xám trong các rối loạn dị ứng và nước mũi lúc ấy trong suốt. Ngược lại, ở người bị cảm lạnh đích thực niêm mạc mũi thường đỏ rực lên và nước mũi có màu vàng hay xanh lục. Phát hiện được các tế bào gọi là tế bào dị ứng, hoặc các bạch cầu ái eosin, trong một mẫu nước mũi

là một biện pháp hữu hiệu khác nhằm phân biệt giữa hai tình trạng bệnh này.

Để xác nhận dị ứng nghi ngờ do phấn hoa hay bào tử nấm mốc gây ra và tìm ra nguyên nhân đặc thù của cơn bệnh, bác sĩ của bạn có thể chỉ định tiến hành các xét nghiệm da và máu. *Xét nghiệm lấy da* (scratch test) hiện nay ít được dùng đến vì thiếu chính xác. Xét nghiệm này yêu cầu nhỏ một giọt dung dịch pha loãng tác nhân dị ứng nghi ngờ gây bệnh lên một vết xước nhỏ trên da, thường ở vùng cẳng tay. Tình trạng lan rộng cơn ngứa, đỏ ửng lên, và sưng phồng da giống như các nốt ban ở quanh vùng xét nghiệm trong vòng từ 15 đến 30 phút cho thấy có dị ứng đối với chất xét nghiệm. Còn *thử nghiệm tiêm trong da* (intradermal test), được dùng thường xuyên hơn vì mức độ khá chính xác của chúng, tương tự như các thí nghiệm lấy da ngoại trừ thao tác *tiêm* dung dịch pha loãng tác nhân dị ứng thẳng vào bên trong da. Một lần nữa, tình trạng đỏ ửng, ngứa ngáy, và sưng phồng chứng tỏ có dị ứng đối với chất xét nghiệm. Sau khi đã xác định được một tác nhân dị ứng đặc biệt (hoặc có lẽ đến vài tác nhân) là thủ phạm gây bệnh, các xét nghiệm da cũng có thể được dùng đến để ấn định liều lượng khởi đầu tối ưu cho liệu pháp giải cảm thụ (hay liệu pháp miễn dịch) – sẽ được thảo luận dưới đây. Cuối cùng, một xét nghiệm máu đặc biệt gọi là xét nghiệm RAST, nhằm tìm hiểu mức sản sinh kháng thể IgE ngày càng tăng để phản kháng lại các tác nhân dị ứng khác nhau, cũng có thể được bác sĩ chỉ định tiến hành.

LIỆU PHÁP

Chữa trị bệnh viêm mũi dị ứng theo mùa tuy có thể theo nhiều biện pháp, nhưng liệu pháp trụ cột vẫn là các loại thuốc *kháng-histamine*. Như tên gọi, các loại thuốc này nhằm phong tỏa tác dụng của histamine đối với các mục tiêu tấn công của nó, nhờ đó giảm bớt sự phát bệnh. Trên thị trường hiện có bán hơn 6 nhóm thuốc kháng-histamine, và nhiều mặt thuốc – như chlorpheniramine (tên thương mại là chlor-trimeton) và diphenhydramine (tên TM là Benadryl) chẳng hạn – có thể mua tự do, không cần đến toa thuốc của bác sĩ. Hầu hết các loại thuốc này đã được lưu hành nhiều năm và có tiếng là an toàn. Tuy nhiên, các mặt thuốc kháng-histamine trước đây thường gây ra tình trạng mất nước và buồn ngủ, và vì lý do đó mà nhiều người không thể dung nạp được chúng. Các tác dụng phụ quan trọng khác bao gồm tình trạng bí tiểu ở nam giới do tuyến tiền liệt sưng to lên và làm gia tăng mức độ trầm trọng cho bệnh nhân áp (glaucoma). Hai mặt thuốc kháng-histamine tương đối mới hơn là astemizole (tên TM là hismanal) uống mỗi ngày một lần và terfenadine (tên TM là Seldane) uống cách nhật – cả hai đều chỉ được phép bán theo toa bác sĩ – đã tỏ ra rất công hiệu trong việc khống chế các triệu chứng dị ứng mà không gây ra tình trạng choáng váng. Và sau cùng, mặt thuốc kháng histamine mới nhất không có tác dụng gây buồn ngủ là loratadine (tên TM là Claritin), kết hợp với liều lượng tiện lợi định sẵn mỗi ngày dùng một lần sẽ nhanh chóng phát huy hiệu lực của nó. Quan trọng hơn là người ta báo cáo rằng không giống với hai mặt thuốc vừa kể trên, mặt thuốc này không

gây ra tình trạng nhịp tim không bình thường khi dùng chung với một trong hai loại thuốc uống erythromycine và ketoconazole.

Thuốc giảm sung huyết⁶ là nhóm thuốc rất hữu ích khác; nhiều mặt thuốc trong nhóm này bán rộng rãi không buộc phải có toa bác sĩ. Loại thuốc này có hiệu lực nhằm làm giảm tình trạng sung huyết nhờ làm co thắt các mao huyết quản ở vùng bị tổn thương, qua đó làm giảm rò rỉ chất dịch ở các mô bị viêm cũng như làm giảm thiểu tình trạng sưng phồng và ngứa ngáy. Vì lý do này, chúng được gọi là *thuốc co mạch*⁷ (Vasoconstrictor) – tiếp đầu ngữ vaso có nghĩa là mạch máu. Thuốc giảm sung huyết có lợi điểm khác là không gây ra tình trạng choáng váng.

Hai loại thuốc giảm sung huyết khá thông dụng là phenylpropanolamine, vốn là thành phần hoạt tính “cao cấp” trong nhiều mặt thuốc viên ăn kiêng bán không cần toa bác sĩ, và pseudoephedrine (có tác dụng giống như thuốc ephedrine), vốn có trong mặt thuốc Sudafed, và là thành phần trong một mặt thuốc mới giới thiệu gần đây là Efidac /24 – mặt thuốc này dùng mỗi ngày một lần, bào chế theo liều lượng kéo dài hiệu lực trong 24 giờ. Tác dụng phụ của hai loại thuốc này bao gồm căng thẳng thần kinh, chóng mặt, nhức đầu, và huyết áp tăng vọt. Cá nhân có tiền sử cao huyết áp, động kinh, hoặc đột quỵ nên hỏi ý kiến thầy thuốc trước khi dùng các loại thuốc này.

Các mặt thuốc kết hợp kháng histamine và giảm sung huyết bày bán nhan nhản ở các cửa hiệu thuốc tây và siêu thị. Một số mặt thuốc khá phổ biến là Ornade, Allerent, và

ARM; các mặt thuốc này đều chứa đựng cả hai loại thuốc chlorphe-niramine và phenyl-propanolamine. Nhiều người ưa chuộng các loại thuốc kết hợp này không chỉ vì tác dụng 2 mũi tiến công vào các triệu chứng, mà còn vì tác dụng kích thích của thuốc giảm sung huyết nhằm loại trừ phần nào tình trạng buồn ngủ do thuốc kháng - histamine gây ra. Tuy nhiên, các bác sĩ thường khuyến cáo bệnh nhân nên dùng riêng hai loại thuốc viên kháng-histamine và giảm sung huyết, để họ có thể qui định liều lượng của mỗi loại thuốc chính xác hơn nhằm kiểm soát khả quan hơn đối với tác dụng của hai loại thuốc này. Đối với những người có công ăn việc làm hoặc lối sống đòi hỏi phải cảnh giác tuyệt đối, thì Seldane-D là mặt thuốc bán theo toa bác sĩ chứa đựng loại thuốc kháng-histamine chống ngứa-terfenadine cùng với loại thuốc giảm sung huyết Pseudoephedrine sẽ là mặt thuốc chọn dùng hợp lý.

Các loại thuốc giảm sung huyết cục bộ như mặt thuốc nhỏ mũi Neosinephrine hoặc mặt thuốc bơm xông niêm mạc mũi Afrin và mặt thuốc tra mắt Visine-plus đặc biệt có lợi trong ngắn hạn đối với các trường hợp nghiêm trọng. Còn các mặt thuốc tra mắt kết hợp kháng-histamine và giảm sung huyết, như Naphcon-A, Vasocon-A, hay Opcon-A chẳng hạn, cũng cần phải được bác sĩ kê toa.

Cần thận trọng lưu ý rằng các loại thuốc giảm sung huyết cục bộ dùng để chữa trị mũi hoặc mắt đều không được phép dùng lâu dài. Tác dụng giảm nhẹ tức thời của chúng thường cám dỗ người ta tiếp tục dùng chúng vượt qua thời hạn khuyến cáo của bác sĩ từ 3 đến 5 ngày, nhưng tình trạng dung nạp thuốc thường phát triển khiến cho

bạn không sao đạt được cùng một mức độ giảm nhẹ sau khi dùng quen thuốc. Nhưng tệ hại hơn nữa là nhiều người phải chịu “tác dụng ngược chiều” trong đó các mô mũi hoặc mất thực tế bị đỏ hơn, đau nhức hơn, và sưng to hơn so với trước đây. Ở mũi tình trạng này được gọi là *viêm mũi do tác dụng của thuốc* (Rhinitis Medicamentosa), thường rất khó chữa trị. Tình hình tương tự có thể xảy ra cho mắt do hậu quả của việc lạm dụng các loại thuốc giảm sung huyết mắt.

Biện pháp chữa trị chứng viêm mũi do tác dụng của thuốc buộc phải lập tức ngưng dùng loại thuốc tác hại ấy. Thấy thuốc của bạn có lẽ sẽ kê toa phối hợp các mặt thuốc xông mũi gồm nước muối⁸ không có tác dụng trị liệu, như Ayr, salinex, hay Ocean Mist chẳng hạn, để xoa dịu và bôi trơn các mô mũi bị viêm, và chỉ định dùng riêng một mặt thuốc như Murine hay Visine cho mắt, cũng như một đợt dùng thuốc corticosteroid cục bộ trong ngắn hạn để làm giảm tình trạng viêm.

Các loại thuốc chống dị ứng khác bao gồm một vài loại thuốc nhằm mục đích ngăn ngừa các cơn dị ứng và các loại thuốc nhằm khống chế các cơn dị ứng trầm trọng. Loại thuốc Cromolyn sodium⁹, tìm thấy trong các mặt thuốc như Nasalcrom dùng cho mũi và Opticrom dùng trị mắt chẳng hạn, hữu dụng trong việc ngăn chặn các dưỡng bào phóng thích histamine. Các mặt thuốc này tuy ít có công hiệu đối với các cơn dị ứng cấp tính, nhưng có thể hiệu nghiệm nếu khởi đầu dùng vài tuần lễ trước khi bước vào mùa dị ứng. Để gặt hái thành quả tốt nhất, phải phục thuốc từ 4 đến 6 lần mỗi ngày.

Đối với các ca nghiêm trọng không thể khống chế được bằng thuốc kháng-histamine hay bằng thuốc giảm sung huyết, dù dùng riêng hay dùng kết hợp, bác sĩ của bạn có thể chỉ định dùng một hay nhiều mặt thuốc Corticosteroid khác nhau hiện có bán trên thị trường. Không nên nhầm lẫn với các loại thuốc Steroid đồng hóa (Anabolic steroids) vốn là các loại thuốc Steroid hormone sinh dục thường bị một số người rèn luyện thể lực và các lực sĩ điền kinh lạm dụng, corticosteroid chính là thuốc kháng viêm. Tuy nhiên, bởi vì là các loại thuốc hiệu lực mạnh có nhiều tác dụng phụ tiềm ẩn, nên việc sử dụng corticosteroid cần được giám sát chặt chẽ bởi các nhân viên y tế. Các loại thuốc này có thể dùng dưới dạng thuốc uống (như mặt thuốc prednisone), thuốc tiêm, hay thuốc bơm xông mũi (như Vancenase, Beconase, và Nasalide) và thuốc tra mắt (như Decadron chẳng hạn).

Sau cùng, nếu về mặt bệnh lý bạn không thể dùng các loại thuốc dị ứng theo qui ước hoặc nếu như các liệu pháp khác đã tỏ ra không công hiệu, bác sĩ của bạn có thể chỉ định các loại thuốc tiêm dị ứng. Cơ chế của cách chữa trị này là kích thích cơ thể người bệnh sản sinh các kháng thể IgG nhằm phản ứng lại các liều tác nhân dị ứng tiêm vào người ngày càng mạnh, thường được chỉ định dùng mỗi tuần một hoặc hai lần trong vài tháng trước bước vào mùa dị ứng. Thông thường số lượng IgG sản sinh trong cơ thể theo biện pháp này đủ để đối phó hữu hiệu với các kháng thể IgE khởi động dị ứng sẽ sản sinh rất nhiều trong suốt mùa dị ứng. Không may là không phải mọi người ai cũng thuyên giảm qua cách chữa trị này. Thế nhưng, người ta tin rằng các liều tác nhân dị ứng tiêm vào người, cũng gọi

là thuốc tiêm giải cảm ứng¹⁰, ít ra trong chừng mực nào đó công hiệu từ 80 đến 90% các ca sốt cỏ khô. Nhược điểm của biện pháp này là mất thời gian, gây khó chịu, tốn kém, và không chắc gặt hái được thành quả mỹ mãn. Tuy nhiên, đối với một số bệnh nhân loại thuốc tiêm này là biện pháp duy nhất để giảm nhẹ bệnh tình (hoặc áp dụng riêng hoặc kết hợp với các biện pháp khác đã miêu tả ở trên).

PHÒNG NGỪA BỆNH TỪ MÔI TRƯỜNG SỐNG

Sau cùng, một vài biện pháp môi trường đơn giản cũng hữu ích cho nỗ lực giảm bớt tiếp xúc với các tác nhân dị ứng theo mùa. Chẳng hạn, lắp đặt máy điều hòa không khí ít ra ở phòng ngủ cũng có lợi phần nào, mặc dù hy vọng giảm nhẹ hẳn các triệu chứng nhờ biện pháp này chỉ đạt được đối với những ca dị ứng rất nhẹ. Dĩ nhiên, bộ phận lọc của máy điều hoà không khí phải được rửa sạch thường xuyên để ngăn ngừa các loại phấn hoa và bào tử nấm mốc có cơ hội tích lũy. Nếu nhà bạn có hệ thống điều hòa không khí, bạn cũng có thể xem xét để lắp đặt các máy lọc chạy bằng tĩnh điện bên trong các ống dẫn (xem chương 3) để lọc các hạt phấn hoa và nấm mốc. Tương tự, quay kính lên và vận máy điều hòa không khí trong khi lái ô tô cũng là một biện pháp hữu hiệu khác để giảm tiếp xúc với các tác nhân dị ứng. Để trống cửa kính ô tô có thể khiến bạn tiếp xúc số lượng phấn hoa gấp 50 lần trường hợp quay kính lên.

Bạn phải đặc biệt thận trọng lúc sinh hoạt ngoài trời. Hãy tránh các khu cỏ dại và các mảnh đất cỏ chưa cắt. Và

nếu bạn có sở thích làm vườn, hãy đeo khẩu trang để đề phòng. Dùng loại khẩu trang hai lớp của các phẫu thuật viên hoặc loại khẩu trang lọc bụi bặm và phấn hoa mã số 3M'S #1800 khi làm việc nhẹ, hay mã số #9970 khi phải làm việc nặng nhọc. Sau đó, gội đầu và giặt giũ quần áo càng sớm càng tốt, nhất là trong trường hợp bạn có dùng bữa cà phê để gom lá cây hoặc cắt cỏ. Tốt nhất là nếu có khả năng hãy thuê người làm vườn giúp cho bạn. Khi lập kế hoạch đi săn hay cắm trại, bạn nên tránh các mùa dị ứng. Và sau cùng, bởi vì rượu có thể kích thích sản sinh dịch nhầy, hãy hạn chế uống rượu đến mức tối thiểu.

Tóm lại, trên đây là các biện pháp chọn lựa trên thực tế đối với hầu hết mọi người, xét ra vẫn thuận lợi và có lý hơn biện pháp thay đổi nơi cư trú và dọn đến địa phương khác để hồng thoát khỏi dị ứng.

(38)

-
- ¹ *Viêm mũi*: Có thể do nhiễm virus hoặc do dị ứng. Có nhiều dạng viêm mũi dị ứng, viêm teo mũi, viêm mũi xuất tiết mạn tính.
- ² *Vòi Eustache*: Là ống nối liền tai giữa với họng. Ống này giúp áp suất bên trong màng nhĩ cân bằng với áp suất bên ngoài.
- ³ *Trung tâm vận mạch*: Nằm ở hành tủy nhận các thông tin từ các thụ thể cảm thụ của hệ tuần hoàn gây ra các phản xạ điều chỉnh lại nhịp tim, huyết áp. Các nhận cảm này được dẫn truyền qua các thần kinh vận mạch hệ giao cảm và đối giao cảm.

2. Bệnh viêm mũi dị ứng theo mùa

- ⁴ **Viêm xoang:** Tình trạng viêm một hay đa xoang, thường do nhiễm trùng trong mũi lan đến. Triệu chứng nổi bật là nhức đầu, có thể sờ thấy sưng trên các xoang bị nhiễm trùng; có thể chảy nước mũi ra mũi. Nếu nặng phải chọc xoang, mổ.
- ⁵ Đoạn này tuy không phản ánh tình trạng thảm thực vật ở VN, nhưng xin dịch lại đây đủ nhằm mục đích miêu tả nguyên nhân gây bệnh viêm mũi dị ứng theo mùa.
- ⁶ **Thuốc giảm sung huyết :** Loại thuốc làm giảm tình trạng viêm, phù nề, sung huyết có thể là dạng viên uống hoặc dạng xịt, nhỏ giọt tại chỗ.
- ⁷ **thuốc co mạch :** Làm co các mạch máu; giúp làm giảm tình trạng sung huyết. Có thể gây tác dụng phụ là làm tăng huyết áp.
- ⁸ **Nước muối đẳng trương :** Có chứa 9‰ (0,9%) NaCl

Trên lâm sàng dùng bù thể tích tạm thời và làm dung môi cho 1 số thuốc tiêm.
- ⁹ **Cromolyn Sodium:** Dùng phòng ngừa điều trị bệnh hen suyễn và viêm phế quản dị ứng (thuốc dạng bơm xông).
- ¹⁰ **Giải cảm thụ:** Là phương pháp làm giảm tác dụng của một kháng nguyên bằng cách tiêm tăng liều kháng nguyên dần cho đến lúc tạo được sự đề kháng.

Chương 3

BỆNH VIÊM MŨI DỊ ỨNG QUANH NĂM

Đối với những người cho rằng các rắc rối của họ sẽ kết thúc nếu như họ ẩn sâu trong nhà, những người ấy thất vọng khi biết rằng ngôi nhà của họ có lẽ không phải đích thực là thành trì vững chắc. Bầu không khí trong nhà thường đầy ắp nhiều loại tác nhân khả dĩ gây dị ứng như bụi bặm, loài mạt (mites), bào tử nấm mốc, các chất thải của động vật, và các mẫu thức ăn khô chẳng hạn. Nếu như bệnh nhân sốt cỏ khô đôi khi nói rằng “mùi họ quá mất cảm”, thì những người không may mắc phải chứng dị ứng tái diễn quanh năm nhất định sẽ thấm thía lối miêu tả tương tự như thế. Và bởi vì các triệu chứng ở đường hô hấp phía trên nói chung đều kéo dài suốt năm, nên các bệnh dị ứng này quả là đúng với tên gọi là bệnh viêm mũi dị ứng quanh năm (perennial allergic rhinitis) vậy.

BỤI BẶM

Bụi bặm nhan nhản khắp nơi đến mức mọi người chúng ta đều chẳng xa lạ với nó. Nhưng nói rằng bụi bặm chỉ là lớp “bụi bẩn” bám trên đồ đạc hoặc quần áo hẳn chỉ đúng phần nào thôi. Dù có được miêu tả thật hấp dẫn như những quây vạt thể li ti rực rỡ nhảy múa đến lóa mắt trong vệt nắng xuyên qua cửa sổ, thì bụi bặm vẫn phức tạp hơn thế nhiều; nó là một hỗn hợp gồm nhiều thứ hiện diện ở môi trường trong nhà. Bụi nhà có thể tích chứa các chủng loại như bụi bặm ngoài trời, phấn hoa, các hạt thức ăn khô, bào tử nấm mốc, mấu xác và các chất thải của côn trùng, sợi vải lạnh, sợi tổng hợp, sợi tóc rụng, bột phấn, hơi keo xịt tóc, gàu từ da lông, nước dãi và nước tiểu súc vật đã khô lại, cùng với các tế bào da con người bị bong ra. Nói chung, những cá nhân mắc phải dị ứng do di truyền có thể lên cơn dị ứng đối với bất kỳ thành phần nào trong bụi bặm. (Bởi vì là một vấn đề quan trọng và thường nặng về tâm lý, nên bệnh dị ứng quanh năm đối với súc vật nuôi trong nhà sẽ được thảo luận ở một chương riêng biệt).

Cũng cần đề cập đôi chút đến các loại côn trùng hay các phần thân xác rạn rệp, như chân cánh và chất thải vương vãi khắp nơi của chúng chẳng hạn, đã góp phần làm khởi phát các cơn dị ứng. Trong chừng mực nào đó, rất có thể phần lớn bụi bặm đều có các mấu thân xác côn trùng, và người ta tin rằng chúng là nguyên nhân phát tác các cơn dị ứng gây khó chịu cho nhiều người. Các loài côn trùng có thi hài thường bị cho là nguyên nhân gây ra các chứng dị ứng ở đường hô hấp bao gồm ruồi nhặng, phù du (mayfly),

và sâu mọt. Các mẫu thi hài hoặc chất bài tiết của các loài côn trùng khác, kể cả loài mạt nhà (housemite - sẽ được đề cập dưới đây), bay lượn trong không khí cũng có thể gây khởi phát các cơn dị ứng ở một số người.

Thế nhưng loài gián dẫu đâu cũng có, dường như đặc biệt gây rắc rối cho nhiều người. Người ta ước tính có đến hàng triệu người dị ứng đối với chúng - phần lớn đối với các mẫu thân xác, chứ không phải chất bài tiết của chúng. Trong một công trình nghiên cứu về 100 bệnh nhân hen suyễn ở miền tây nam tiểu bang Chicago, các nhà điều tra đã phát hiện có đến 60% số đối tượng này đều bị dị ứng với loài gián hoặc thi hài của chúng và buộc phải nhập viện nhiều lần mặc dù họ vẫn thường xuyên dùng thuốc chữa trị.

NẤM MỐC

Ở chương 2 bạn đã biết hai loại nấm mốc chính sống ngoài trời có thể gây bệnh viêm mũi dị ứng theo mùa. Còn ở trong nhà người ta phát hiện được ba loại nấm mốc khác gây dị ứng quanh năm là: *Penicillium*¹, *Aspergillus*², và *Rhizopus*. *Penicillium* là loài mốc meo có lông tơ xanh lục mà bạn thường thấy sinh trưởng ở các thành tử lạnh. Còn *Aspergillus* và *Rhizopus* là các loài mốc meo có lông tơ màu xanh đen sinh trưởng ở bánh mì, củ hành, và thức ăn thiu thối.

Thế nhưng, các loài nấm mốc nói chung có thể sinh sôi ở bất kỳ nơi nào trong nhà bạn: trên sàn nhà, thảm,

3. Bệnh viêm mũi dị ứng quanh năm

tường, và đá lát phòng tắm; ở giấy dán tường, sơn, phastic, gỗ, da thuộc, vải bông, len, chăn màn, khăn trải giường, quần áo, lụa là, tơ sợi nhân tạo; ở các ghế nệm, gối, nệm giường bị bụi bẩn (nhất là trong các loại nệm độn bằng cao su xốp, bình hoa, thùng rác, và sách báo cũ; và thậm chí ở các thiết bị tạo ẩm độ và hệ thống điều hòa không khí. Một số loài sống bằng các hạt lưu huỳnh trong bê tông; số khác sống bằng chất kim loại trong sơn hay chất keo trong giấy dán tường. Còn các loài khác khét tiếng vì làm thiu thối mọi thứ thực phẩm như bánh mì, bánh ngọt, trái cây, và thịt cá. Và do các yêu cầu sinh trưởng, chúng đặc biệt thích những nơi tối tăm và ẩm thấp như tầng hầm và góc xép chẳng hạn. Các nhà trọ, khách sạn, và các căn chòi cho khách nghỉ hè thường xuyên đóng cửa trong thời gian dài là những nơi lý tưởng cho nấm mốc sinh sôi nảy nở. Loài mildew, thường gây ra mùi ẩm mốc khó chịu, là tên khá phổ biến vì chất bột màu trắng do một số nấm mốc trong nhà sinh sản ra.

Đôi khi chúng ta tiếp xúc các loại nấm mốc xuất xứ từ các nguồn mà chúng ta có lẽ không ngờ đến. Thí dụ, các nhà sản xuất cố tình cho men vào một số thực phẩm chế biến. Phô mát lâu năm thường nổi tiếng nhờ hai loài nấm mốc *Aspergillus* và *Penicillium* do mùi vị đặc thù của chúng, và *Aspergillus* cũng được dùng trong qui trình sản xuất nước tương. Và trong khi hầu hết mọi người đều biết rằng men được dùng để làm bánh mì và bánh ngọt, thì một số người có lẽ còn chưa biết vai trò của nó trong qui trình lên men bia và rượu.

Tùy thuộc vào tính chất nghề nghiệp hoặc sở thích, một số người thường có rất nhiều cơ hội tiếp xúc với các loài nấm mốc, và do đó dễ mắc phải dị ứng với các loài nấm mốc. Như đã biết, những người dễ bị bào tử nấm mốc gây dị ứng nhất là những người làm nghề chế biến thực phẩm và thuốc men do người làm bánh, người nấu rượu, người sản xuất rượu bia, người hàng thịt, người làm và buôn bán pho mát, nhà nông, và các công nhân chế biến dược phẩm; những người sản xuất đồ gỗ như thợ mộc và thợ làm nệm chẳng hạn; các nhà chuyên môn về hoa cỏ và cây cảnh như người buôn bán hoa tươi, người làm vườn, các công nhân nhà kính hay trại ươm cây, và người sản xuất cây cảnh chẳng hạn; những người sản xuất vải sợi, và giấy như công nhân dệt, công nhân sản xuất sách vở và báo chí, người chế tạo loại giấy dán tường, người chế tạo và buôn bán các loại áo lông thú. Dĩ nhiên, đối với những người do di truyền mà dễ dị ứng với các loài nấm mốc thì những công việc buộc phải chung đụng hàng ngày với các vật liệu này quả là tai họa cho họ.

Điều lý thú là một số cá nhân tỏ ra nhạy cảm đối với các loài bào tử nấm mốc bay lượn trong không khí cũng có thể phát sinh các triệu chứng viêm mũi hay dị ứng khác vì *ăn uống* các loại thức ăn lên men. Các loại thực phẩm chế biến dễ gây dị ứng nhất là pho mát lâu năm,, thực phẩm lên men, thịt và các loại thực phẩm chế biến để bán lâu dài. Sau đây là thí dụ về các mặt hàng thực phẩm có chứa nấm mốc hoặc dễ lên men: bia, rượu vang, và rượu táo; nước sữa (sau khi đã lấy hết chất bơ khỏi sữa), sữa chua, và pho mát; bánh mì và bánh ngọt; củ cải đường (beet), cà chua và nấm rơm đóng hộp; trái cây khô; thịt cá xông khói hay ướp

muối; nước cốt (ketchup), dấm (pickles), trái ô liu, đồ gia vị, món dưa cải bắp, dầu dấm, và các thức ăn ngâm dấm.

LOÀI MẠT NHÀ

Dù bạn thích hay không và dù bạn giữ gìn sạch sẽ đến mấy đi nữa, thì nhà bạn cũng đầy ắp mọi loài rận rệp. Nhưng theo góc độ dị ứng, cho đến nay loài gây rắc rối nhất chính là loài mạt nhà.

Mạt nhà³ là loại sinh vật có 8 chân và cực kỳ nhỏ bé, được xếp vào họ động vật tiết túc thuộc nhóm arachnid, liên hệ rất xa với loài nhện. Hai loài mạt *Dermatophagoides*⁴ *Pteronyssinus* và *Dermatophagoides farinae* là thủ phạm chính gây ra chứng viêm mũi dị ứng có liên quan đến loài mạt. Bất cứ loài nào trong hai loài mạt này cũng có thể sinh trưởng trong nhà và gây ra viêm mũi. Mức ẩm độ trung bình 60% và nhiệt độ trung bình 70°F (tức khoảng 21°C) quanh năm ở hầu hết các ngôi nhà có gắn thiết bị điều hoà không khí là điều kiện lý tưởng cho các loài rận này sinh sôi nảy nở. Nói chung chúng sinh sản rất nhiều ở miền Đông và khu vực bờ biển Gulfcoast ở Hoa Kỳ, và hiếm thấy ở các tiểu bang gần rặng núi Rocky Mountain do vì các điều kiện khí hậu ở các vùng này kém thuận lợi cho chúng.

Thuật ngữ *Dermatophagoides* có nghĩa là “ăn da”; đây là tên gọi thích hợp cho các tạo vật li ti này bởi vì chúng sống chủ yếu nhờ các tế bào da rơi vãi của con người cũng như của súc vật nuôi trong nhà, và nhờ lông vũ dộn trong

nệm các đồ đạc như giường ghế chẳng hạn. Bởi vì cứ mỗi phút có đến hàng chục ngàn tế bào da đồ xuống khi bạn đi chuyển hay nằm ngồi trên giường nệm và ghế ngồi, hoặc chải rũ quần áo, nên lũ mạt dơi trong nhà bạn chẳng cần phải đi đâu xa cũng có thể kiếm được thức ăn.

Điều thú vị là các chúng “gọi là” dị ứng với lông vũ hiếm khi thực sự là dị ứng đối với chính các loại lông chim; mà thực ra là phản ứng đối với lũ mạt nhà đeo bám vào lông vũ để kiếm ăn, bởi vì lông vũ có thành phần hóa học rất giống các tế bào da. Điều này có nghĩa là thay vì chỉ cần tránh sờ vào lông chim, bạn nên thận trọng với các loại gối nhồi lông chim, khăn quàng, mền bông, túi ngủ, và áo vét tông, bởi vì đó là những vật dụng loại mạt tập trung khá nhiều. Và đồ đạc càng cũ càng dễ cho lũ mạt tập trung hơn.

Không lấy gì làm lạ rằng số lượng mạt nhà nhiều nhất ở các khu vực và đồ đạc mà con người cũng như súc vật nuôi dành nhiều thời gian gần gũi nhất – thậm trí sàn, ghế bọc nệm, đồ chơi nhồi bông, áo quần, và giường nệm. Người ta ước tính được có đến 42 ngàn con mạt trong một chiếc nệm giường đôi kích thước trung bình. Ngoài ra, mỗi con mạt bài tiết khoảng 10 cục phân mỗi ngày, khiến cho rắc rối do lũ mạt nhà gây ra càng thêm trầm trọng.

Các đồ dùng nhồi bông, một loại sợi bông lấy từ quả cây bông vải trồng ở miền Trung và Nam Hoa Kỳ, cũng có thể gây ra chứng viêm mũi dị ứng quanh năm ở một số người dễ bị mắc bệnh do di truyền. Khô, nhẹ, và đàn hồi là các đặc tính khiến cho bông vải được dùng để nhồi nệm, gối,

túi ngủ, và áo ấm. Nó cũng được dùng làm thảm, nhồi ghế nệm, và làm lớp lót cho một số áo khoác. Giống như trường hợp lông vũ, người ta cho rằng các phản ứng dị ứng đối với loại vật liệu này có liên quan đến sự xâm nhập của lũ mạt nhà, chứ chẳng can hệ gì đến bản thân các sợi bông. Và xin nhấn mạnh lại rằng, đồ đạc càng cũ thì rắc rối càng dễ xảy ra.

CHẨN ĐOÁN BỆNH VIÊM MŨI DỊ ỨNG QUANH NĂM

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh viêm mũi dị ứng quanh năm (viết tắt là VMDUQN) chủ yếu tương tự như ở bệnh viêm mũi dị ứng theo mùa (viết tắt là VMDUTM) bao gồm ngứa ngáy mũi, sổ mũi, và nghèn tắc mũi điển hình cho chứng viêm mũi, cùng những tràng hắt hơi thất thường. Tuy nhiên, điểm khác biệt quan trọng nhất giữa DUTM và DUQN là các triệu chứng của bệnh DUQN tệ hại hơn khi bệnh nhân ở trong nhà, và tình trạng tồi tệ này kéo dài suốt năm chẳng giảm đi chút nào. Điều này có nghĩa là người nào bị các triệu chứng vào giữa mùa hạ hoặc cuối mùa thu sang đông khi số lượng phấn hoa trong không khí có chiều hướng hạ thấp, thì có lẽ các bệnh nhân này mắc phải dị ứng đối với nấm mốc và bụi bặm trong nhà hơn là dị ứng với phấn hoa. Cuối cùng, những cơn hắt hơi vào sáng sớm và ban đêm là các manh mối hữu ích khác về các rắc rối do nấm mốc và bụi bặm trong nhà gây ra.

Dĩ nhiên, bạn nên đi bác sĩ để xác định xem liệu bạn có mắc phải DUQN chứ không mắc phải chứng bệnh nào có

về như giống như chứng bệnh này. Như trong trường hợp VMDUTM, bệnh nhân dị ứng có thể được chỉ định tiến hành cả hai loại xét nghiệm máu và da đối với nhiều loại tác nhân dị ứng như nấm mốc, bụi bặm, mạt, và côn trùng để xác định xem tác nhân nào đặc biệt gây rắc rối cho họ.

ĐỐI PHÓ BỆNH VIÊM MŨI DỊ ỨNG QUANH NĂM

Bởi vì chứng bệnh này thường thuộc quá nhiều vào các gene di truyền của cá nhân người bệnh, và bởi vì các bác sĩ chưa đủ khả năng thực hiện các thao tác cần thiết đối với gene để tiến hành các biện pháp chữa trị toàn diện, nên các biện pháp phòng ngừa hoặc giảm thiểu tối đa rủi ro tiếp xúc các tác nhân dị ứng hóa ra là các bước tối hệ trọng trong việc chăm sóc mọi bệnh nhân dị ứng. Trong trường hợp dị ứng, có lẽ ít người tán thành nguyên tắc phòng bệnh hơn trị bệnh.

GIỐNG DỊ ỨNG TRONG NGÔI NHÀ CỦA BẠN

Giữ cho số lượng nấm mốc trong nhà ở mức thấp có nghĩa là cải tạo bất kỳ nơi nào ẩm thấp, thiếu ánh sáng, và tù túng trong ngôi nhà của bạn. Giống như nhiều loại nấm khác, nấm mốc sinh sôi rất mạnh ở khu vực tối tăm, ẩm ướt, và không thoáng khí. Do đó, việc loại trừ nấm mốc đòi hỏi bạn phải phát hiện các hiện trường rắc rối để thủ tiêu các nhân tố thúc đẩy nấm mốc sinh sôi nảy nở.

Khi sàn lũng nấm mốc, hãy đặc biệt chú ý đến các gác xép, các nơi chật hẹp, hầm chứa đồ đạc, phòng tắm giặt, và nhà bếp. Không khí thoáng mát làm giảm ẩm độ, vì vậy nên lắp đặt máy điều hòa không khí hoặc quạt trong tầng hầm, nhà bếp, và đặc biệt trong phòng ngủ. Nhà cửa ẩm thấp có thể làm khô bằng cách điều chỉnh máy tăng nhiệt độ một lúc, và mở toang các cánh cửa để xua không khí ẩm ướt ra ngoài. Việc lắp đặt và sử dụng quạt hút có lẽ đặc biệt hữu ích cho việc này. Các đồ đạc dính bụi bặm như bàn ghế, sách vở, thảm, giường nệm, giấy dán tường, cửa lá sách, rèm, và vân vân phải được tẩy rửa và phơi phóng kỹ lưỡng. Đá lát phòng tắm và nhà bếp, buồng vệ sinh, chậu rửa bát, bồn tắm, rèm ngăn, tường, và sàn nhà đều phải được tẩy uế và lau khô. Bởi vì là nơi ẩn náu lý tưởng cho các loại nấm mốc, nên mặt sau giấy dán tường và nhất là phía sau các đồ đạc bày biện phải được kiểm tra cẩn thận. Bên trong các tủ và phòng xép chứa dụng cụ cũng là những nơi cần được tẩy uế thường xuyên. Để tẩy uế, loại thuốc sát trùng gia dụng như clorox chẳng hạn là chất tẩy rửa chống mốc rất công hiệu. Chất tẩy uế nổi tiếng trong thương trường là Lysol cũng rất hiệu quả. Bất kỳ nơi nào có thể được, hãy chọn dùng các loại sơn chống mốc cho các nơi dễ bị ẩm ướt.

Nệm gối và giường nệm có lò xo, nhất là bên dưới của nó, phải được thông thoáng trước khi dùng và được bọc bằng chất plastic, nhựa dẻo vinyl, hay vải bạt không thấm nước (các loại vỏ bọc rất kín hơi có khả năng chịu đựng giặt giũ) nhiều lần. Cao su xốp và urethane

tuy nói chung bản thân chúng không có vấn đề gì nhưng phải tránh dùng, bởi vì cấu trúc xốp gồm nhiều lỗ nhỏ của chúng khiến cho bụi bặm và lũ mạt tích lũy nhanh chóng.

Cuối cùng, trước khi xếp cất hãy chắc rằng toàn bộ áo quần, giày dép, và chăn màn đều hoàn toàn sạch sẽ và khô ráo. Chỉ cần một giọt dầu mỡ dính vào các đồ vật này cũng là môi trường lý tưởng cho nấm mốc sinh sôi nảy nở.

Nhờ chức năng giảm bớt ẩm độ, tăng cường thông thoáng, và lọc không khí, các thiết bị điều hòa không khí góp phần quan trọng cho việc ngăn ngừa nấm mốc và bụi bặm trong nhà. Nhưng nếu không được rửa sạch thường xuyên và cẩn thận, nhất là các bộ phận lọc, chính các thiết bị này càng làm cho tình hình thêm tồi tệ. Để loại trừ một địa bàn khác khả dĩ giúp cho loài nấm mốc sinh sản, định kỳ bạn có thể cho một viên Clor vào bộ phận chứa nước thải của thiết bị này. Và cũng vì lí do này, đừng quên rửa sạch thường xuyên các bộ phận lọc không khí trong hệ thống sưởi ở nhà bạn.

Do vì trung bình mỗi nhà thải ra đến 2 lít nước bốc hơi vào không khí mỗi ngày do nấu nướng, tắm gội, và giặt giũ quần áo, nên thiết bị giảm ẩm độ có lợi vô cùng, nhất là ở các hầm chứa đồ đạc. Các thiết bị này nên được vận hành thường xuyên để duy trì ẩm độ trong nhà luôn ở mức 40%. Để ngăn ngừa nấm mốc cùng các loại vi sinh vật khác tích lũy, bạn cũng phải thường xuyên rửa sạch thiết bị này.

Các máy tạo độ ẩm, các bình xịt, các bình bơm xông hơi nước đôi khi được dùng để khai thông tình trạng nghẽn tắc mũi; muốn tránh dị ứng, phải triệt để tránh dùng các

dụng cụ này. Ngoài khả năng gia tăng ẩm độ, chúng còn khiến cho nấm mốc và các loại vi khuẩn dễ lan ra các nơi trong không khí. Thế nhưng, loại thiết bị tạo ẩm siêu âm, dùng các sóng vi ba tần số cao để chuyển hóa nước thành hơi sương, dường như không làm tăng thêm nấm mốc và vi khuẩn khi dùng nước cất và rửa sạch thiết bị thường xuyên. Nhiều người muốn tiết kiệm thời gian và tiền của đã dùng nước gia dụng thay cho nước cất; trong trường hợp này các hạt khoáng chất có hại nhỏ li ti chứa trong nước có thể lan truyền trong không khí, gây khó chịu khá nhiều cho đường hô hấp.

Sau cùng, nếu có thể bạn nên lắp đặt các thiết bị lọc không khí vào hệ thống thông gió trong nhà. Trên thị trường hiện có bán hai máy lọc vận hành bằng cơ học và tĩnh điện. Như tên gọi, các thiết bị lọc cơ học đánh bật các hạt bụi, phấn hoa, nấm mốc, và gàu từ da lông súc vật; các thiết bị này cực kỳ hiệu quả trong việc loại trừ mọi tác nhân dị ứng. Thực tế, dùng thiết bị lọc HEPA (máy tách hạt hiệu quả cao) người ta có thể loại trừ 99% chất ô nhiễm không khí trong nhà. Các máy này có cấu trúc gồm một tấm lưới bằng các sợi thủy tinh li ti đan chéo vào nhau có khả năng ngăn chặn các hạt bụi hay vật thể nhỏ li ti.

Còn các thiết bị lọc chạy bằng tĩnh điện, như loại máy Permatron Dist-Plus chẳng hạn, vận hành theo phương thức khác hẳn. Trước tiên, máy này khiến cho các hạt bụi và các vật thể tác hại khác mang điện tích âm, rồi đánh bật các hạt ấy chúng bay qua các sợi dây mang điện tích dương trong máy. Nói chung, các máy lọc chạy bằng tĩnh

diện rất hiệu quả trong các hệ thống sưởi và điều hòa không khí trung ương, nhưng chúng phải được rửa sạch để giữ được mức vận hành tối ưu. Thế nhưng, một vài loại thiết bị này bị cho là làm tỏa ra chút ít khí ozone có thể gây khó chịu cho kết mạc ở mắt và niêm mạc ở đường hô hấp.

Nếu bạn không có hệ thống điều hòa không khí trung ương, các thiết bị lọc riêng lẻ như Friedrich C-90 (chạy bằng tính điện) hay máy hút bụi Honeywell Enviracaire (HEAC) hiện có bán trên thị trường cũng có thể dùng cho các phòng đơn. Tốt nhất bạn nên chọn thiết bị nào đủ công suất thay đổi không khí trong phòng nhiều lần mỗi giờ. Một thiết bị thông thường có khả năng lọc được không khí trong phòng ngủ có kích thước bằng một tủ đầu giường. Còn các thiết bị đặt trên bàn thường quá nhỏ nên không đủ sức lọc hết không khí trong một phòng. (Và khi được bác sĩ chỉ định, chi phí lắp đặt các máy lọc không khí sẽ được khấu trừ miễn thuế thu nhập theo quy định của luật thuế ở Hoa Kỳ).

CHỐNG BỤI BẠM VÀ LŨ MẠT TRONG NHÀ

Một điều không hay là, dù thận trọng đến đâu bạn cũng không sao quét hết sạch bụi bặm ra khỏi nhà. Tuy vậy, mọi người vẫn phải dồn mọi nỗ lực để giảm bớt mật độ bụi bặm càng nhiều càng tốt. Và căn phòng cần được quan tâm chăm sóc nhiều nhất là phòng ngủ, bởi vì chính ở nơi đó bạn dành trung bình 8 giờ mỗi ngày để nghỉ ngơi – tức gần 1/3 cuộc đời của bạn. Đối với hầu hết chúng ta, phòng

3. Bệnh viêm mũi dị ứng quanh năm

sinh hoạt gia đình là nơi kế tiếp cần được lưu ý chăm sóc. Nếu đủ sức, bạn có thể tiếp tục nỗ lực thêm để giảm bớt bụi bặm khắp nơi trong nhà.

Làm công việc đó không phải là việc nhỏ. Trước tiên bạn phải dọn hết tất cả đồ đạc ra khỏi phòng. Tẩy sạch bàn ghế, giường nệm, rèm che, và màn trướng. Thông thoáng các tủ hay phòng xép, lau sạch bụi bám trên sách vở, kệ sách, và các đồ đạc vật vãnh. Bỏ hết các loại thảm dày, và nếu có thể vứt bỏ tất cả thảm lót sàn nữa. Các chứng cứ mới đây cho thấy việc làm này có lẽ là bước quan trọng nhất để giảm bớt lũ mặt nhà, bởi vì các đồ vật này chính là nơi làm tổ của chúng.

Kế đến, nếu có thể hãy nhờ người bà con hay bạn bè nào không bị dị ứng tẩy uế toàn bộ các đồ đạc đã dọn ra khỏi phòng. Công việc cuối cùng bạn muốn làm chính là quét sạch bụi bặm ra ngoài bằng cách rửa sạch mọi thứ còn lại trong phòng. Bởi vì việc quét bụi khô chỉ làm cho mọi thứ tệ hại hơn qua việc xua bụi bặm lơ lửng trong không khí trong nhiều giờ, cho nên các bức vách và trần nhà phải được làm ẩm để hút bụi, hoặc tẩy sạch bằng loại vải tích tĩnh điện Dust grabber, và gậy lau nhà tẩm ướt.

Sau đó, hãy xem xét lại tất cả đồ đạc để chỉ chọn lấy các thứ cần thiết cho bạn. Nói chung, tình hình sẽ khả quan nếu bạn hạn chế đồ đạc trong phòng ngủ chỉ gồm giường, ghế, tủ, đầu giường, và các ngăn tủ đựng quần áo mà thôi. Càng ít đồ đạc càng tốt. Còn các thứ dễ bị bụi bám như sách vở, đồ trang trí lật vật, khung ảnh, và chụp đèn phải được dọn ra ngoài hết, rồi cất vào một nơi khác

cho an toàn. Và để dễ giữ cho sạch sẽ, hãy chọn dùng các đồ đạc bằng gỗ, plastic, hay kim loại, chớ nên dùng các món đồ đạc bọc nệm. Hãy thay thế toàn bộ các gối và chăn nhồi lông bằng các gối làm bằng hàng dacron hay polyester. Cất mọi thứ quần áo cần dùng vào các túi nhựa dẻo có dây kéo. Nên dùng các màn trướng bằng plastic hay bằng 100% vải bông dễ giặt, tránh dùng các rèm lụa và lá sách, lát sàn bằng gỗ hay phủ sàn bằng vải bạt sơn chớ dùng trải thảm.

Nếu phải trải thảm vài nơi cần thiết, hãy mua các tấm thảm bằng chất tổng hợp sợi ngắn và dễ giặt hay làm bằng 100% vải bông, chỉ nên lót chèn bên dưới bằng vật liệu tổng hợp, hoặc tốt nhất đừng dùng thảm. Nhưng nếu buộc phải trải thảm, bạn có thể xử lý các tấm thảm bằng cách phun thuốc Allergy Search Spray, loại thuốc chống mạt có chứa 3% tannic acid. Là thành phần chính trong sản phẩm trà (tea), tannic acid đã được khám phá có khả năng vô hiệu quá tác dụng gây dị ứng của các tác nhân do loài mạt sản sinh. Một đợt phun thuốc có thể kiến hiệu đến hai tháng. Biện pháp chọn lựa khác là định kỳ phun vào thảm loại thuốc Acarosol có chứa hóa chất chống mạt benzyl benzoate, hoặc loại thuốc phun RID có chứa hóa chất pyrethrin. Công dụng của các mặt thuốc này cũng kéo dài được vài tháng.

Cần tập thói quen mỗi tuần một lần tẩy uế căn phòng theo phương pháp chống dị ứng. Tuy nhiên, tẩy rửa quá thường xuyên cũng không tốt, bởi vì làm như thế nhất định sẽ khuấy động bụi bặm; nói chung, việc tẩy rửa tốt hơn nên thực hiện ở mức thường xuyên vừa phải thôi, bởi

vì tẩy rửa toàn diện sẽ tốt hơn quá thường xuyên mà thiếu tỉ mỉ. Hãy chắc rằng bạn đã lau chùi đồ đạc và mặt tường bằng vải thấm nước. Các màn che cũng phải được giặt giữ hàng tuần, và tốt nhất nên cuốn lại hoặc buông xuống hẳn để khỏi làm tung bụi do động đến chúng nhiều lần. Mặc dù các máy hút bụi thường rất tiện lợi, nhưng không nên dùng các loại máy bán sẵn trên thị trường bởi vì chúng thường là nguyên nhân khuấy động hàng triệu hạt bụi nhỏ li ti, hoặc do sức hút hoặc do bụi thoát ra từ túi đựng bụi. Để tránh khuấy động bụi, nên dùng các máy hút bụi thiết kế đặc biệt có gắn bộ phận lọc, như loại máy Nilfisk GS90 chẳng hạn.

Sau nữa, đừng quên dọn giường trong kế hoạch vệ sinh nhà cửa mỗi tuần một lần của bạn. Dùng nước *nóng* để giặt giữ quần áo và chăn màn, bởi vì loại mạt nhà nói chung thường vẫn còn sống được nếu giặt bằng nước lạnh.

Cuối cùng, như trường hợp nỗ lực giảm tiếp xúc với nấm mốc, các máy lọc không khí cũng cực kỳ hữu ích.

CHỮA TRỊ BẰNG THUỐC MEN

Như trong trường hợp bệnh VMDÚTM, các loại thuốc kháng-histamine và thuốc giảm sung huyết là rường cột của liệu pháp đối với mọi dạng bệnh VMDÚQN. Đối với một số bệnh nhân, loại thuốc tiêm các liều tác nhân dị ứng vào người (cũng gọi là thuốc tiêm giải cảm ứng) cũng kiến hiệu, nhất là khi được dùng kết hợp với các biện pháp phòng ngừa kể trên.

-
- ¹ *Penicillium* : Một giống nấm như mốc thường mọc trên các loại hoa quả, bánh mì, hay pho mát đang phân hủy. Một số loài *penicillium* gây bệnh ngoài da và đường hô hấp ở người.

Riêng loài *P. chrysogenum* là nguồn tự nhiên để bào chế kháng sinh penicillin.

- ² *Aspergillus*: Là một loại nấm có thể gây ra bệnh nấm *aspergillosis* ở phổi, một số trường hợp gây nhiễm nấm ở tai ngoài.

- ³ *Mạt* : Có thể sống tự do hay ký sinh. Kích thước nhỏ (dài trung bình 1mm). Một số loại quan trọng có thể gây nhiễm da hoặc mạt mùa gặt truyền bệnh sốt ban bụi hoang.

- ⁴ *Dermatophagoides*: Thường thấy trong các mẫu bụi bặm trong nhà. Thường gặp ở Châu Âu. Có thể gây viêm da đầu.

3. Bệnh viêm mũi dị ứng quanh năm

Chương 4

KHẮC PHỤC BỆNH DỊCH ĐỐI VỚI SÚC VẬT NUÔI

Hầu hết mọi người đều biết đôi chút về bệnh dịch đối với súc vật nuôi. Không may, nhiều “thành viên gia đình” đáng yêu này, kể cả “người bạn thiết cận của con người”, cũng thường là một trong các nguyên nhân gây ra bệnh viêm mũi dịch quanh năm làm cho nhiều người bị khốn khổ. Người ta ước tính có đến 10% dân số Hoa Kỳ dễ mắc bệnh dịch đối với súc vật nuôi và có từ 15 đến 30% trong số này dịch đối với loài chó và loài mèo. Số liệu thống kê cho thấy hơn 100 triệu con chó và mèo được nuôi trong hơn phân nửa số gia đình ở Hoa Kỳ, do đó bệnh dịch đối với súc vật nuôi quả thật không phải là một vấn đề nhỏ vậy. Và các số lượng này không kể đến vô số chuột lang (guinea pigs), chuột ham (hamster), chuột nhắt, chuột to, thỏ, và chim chóc cũng được nuôi trong nhà và ở trường học.

Bởi vì các con súc vật nuôi hiển nhiên có rất nhiều ý nghĩa đối với chúng ta, nên bệnh dị ứng khá di do chúng gây ra thường là vấn đề mang nặng màu sắc tâm lý đối với nhiều bệnh nhân dị ứng. Và trong khi về mặt kỹ thuật các chứng dị ứng này có nhiều điểm tương đồng với bệnh dị ứng hô hấp do các tác nhân như bụi bặm, nấm mốc, và loài mạt, thì tình hình nhiều người chủ trung thành không đành lòng bỏ rơi con vật yêu quý của mình cho dù các triệu chứng bệnh tình của họ có tồi tệ đến mức nào đi nữa cũng khiến cho bệnh dị ứng đối với súc vật nuôi xứng đáng được thảo luận riêng trong một chương.

NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH DỊ ỨNG ĐỐI VỚI SÚC VẬT NUÔI

Ngược lại quan điểm thông thường, lông thú *không phải* là thủ phạm đích thực trong đại đa số các ca bệnh dị ứng đối với súc vật nuôi. Trước tiên, các protein¹ ở lông thú đặc biệt không gây dị ứng. Thứ hai, bởi vì lông thú là các chất liệu tương đối lớn và nặng có khuynh hướng bất động khi rụng xuống đất, nên chúng thường không lơ lửng trong không khí đủ lâu để gây ra rắc rối đáng kể cho đường hô hấp. Dĩ nhiên, vì thế không thể nói rằng loài vật lông dài gây dị ứng hơn loài lông ngắn.

Nếu như lông thú nuôi của bạn không phải là rắc rối đích thực, thì tác nhân nào gây dị ứng? Người ta cho rằng chính chất gàu động vật, tức các tế bào da bong ra từ cơ thể con vật nuôi của bạn đổ xuống đến hàng triệu đơn vị mỗi ngày, mới là thủ phạm chính gây ra dị ứng.

Giống như phấn hoa và nấm mốc, chất gàu bị xem là một loại *tác nhân dị ứng trong không khí* (aeroallergen) bởi vì nó dễ bị thổi bay đi khắp nơi và kích thước đủ nhỏ để bay lượn lơ lửng nhiều giờ trong không khí. Do đó, gàu có thể bị hít sâu vào trong phế quản và phổi, nơi đó chúng có thể gây ra các phản ứng dị ứng nghiêm trọng. Những người có tiền sử gia tộc hay cá nhân mắc bệnh hen suyễn, sốt cỏ khô, hoặc chàm da dường như đặc biệt dễ mắc phải bệnh dị ứng đối với súc vật nuôi.

Nhưng gàu không phải là thủ phạm duy nhất gây ra bệnh dị ứng này. Súc vật nuôi cũng thải ra không khí các loại tác nhân dị ứng khác, hầu hết đều từ nước giải và nước tiểu của chúng. Khi các chất dịch này khô đi trên thảm hoặc đồ đạc, chúng sẽ bong ra rồi bay lượn lơ lửng trong không khí, và sau cùng lan đi khắp nơi trong nhà. Nói chung, vì có độ nhờn của các chất này bám vào tường, quần áo, và thậm chí vào các hạt bụi khác; từ đó chúng lan ra các vùng rộng lớn, gây rắc rối khắp nhà – và cả ở những ngôi nhà không hề nuôi súc vật nữa.

DỊ ỨNG ĐỐI VỚI LOÀI CHÓ

Mặc dù một số bệnh nhân cứ nhất định cho rằng họ dị ứng đối với nòi chó này và không dị ứng đối với nòi chó khác, nhưng ít có chứng cứ rõ ràng về mặt y học cho khẳng định ấy. Có thể lý giải quan điểm sai lầm này bằng cách cho rằng da và nước bọt của một số nòi có chứa nhiều chất gây dị ứng hơn, mặc dù nòi khác thải ra số lượng nước bọt hay tế bào da nhiều hơn. Tuy nhiên, các tác nhân

dị ứng căn bản ở loài chó dù thuộc nòi nào cũng gây ra các triệu chứng dị ứng nhất thiết không khác gì nhau. Nói như vậy có nghĩa là nếu tiếp xúc lâu dài với loài chó dù thuộc nòi nào thì những người dễ mắc bệnh cuối cùng cũng sẽ nảy sinh các triệu chứng dị ứng.

Nhầm lẫn có thể nảy sinh trong trường hợp người chủ nuôi chó vốn đã quen với mức tăng giảm không đáng kể các triệu chứng ở nhà mình, vào dịp đến thăm nhà láng giềng đã bộc phát cơn dị ứng dữ dội khi tiếp xúc với con chó của người ấy. Phản ứng này thường khiến cho người ta đổ oan cho con chó của người láng giềng và qui trách dị ứng cho một nòi chó nào đó gây ra. Thực ra, tình trạng bộc phát cơn dị ứng này do tiếp xúc quá nhiều tác nhân dị ứng ở con chó trong nhà người láng giềng chứ không phải do tiếp xúc với một loại tác nhân dị ứng mới lạ hoàn toàn.

DỊ ỨNG ĐỐI VỚI LOÀI MÈO

Nói chung loài mèo gây phản ứng dị ứng nhiều hơn loài chó. Qui trách này phát xuất từ sự kiện loài mèo có thói quen chăm sóc đến vệ sinh cá nhân của chúng hơn, chúng liếm và rử lông thường xuyên hơn. Dù có thể khiến cho chủ nhân cảm thấy hãnh diện, nhưng hiện tượng này cũng có nghĩa là các tác nhân dị ứng trong nước bọt của loài mèo có nhiều cơ hội lan ra bầu không khí mà họ thở hít hơn. Như trong trường hợp loài chó, mọi giống mèo dù lông dài hay ngắn đều có cùng khả năng gây phản ứng dị ứng như nhau cho con người.

DỊ ỨNG ĐỐI VỚI LOÀI VẬT NUÔI LÀM KIỂNG KHÁC.

Sau hai loài chó và mèo, những người ưa chuộng thể thao cũng nên biết rằng loài ngựa là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra dị ứng trong số các động vật. Thế nhưng bên trong nhà, những loài vật khác được gia đình cưng chiều như chim chóc, chuột đuôi xù (gerbil), chuột lang, chuột hang, chuột nhắt, chuột to, và thỏ chẳng hạn cũng có thể là nguyên nhân gây ra chứng dị ứng quanh năm. Trong trường hợp này, gàu và đặc biệt các chất trong nước tiểu và nước bọt của chúng một lần nữa bị xem là các tác nhân dị ứng quan trọng hơn lông mao và lông vũ của chúng. Ở hầu hết các trường hợp, dị ứng đối với lông chim thực ra là dị ứng đối với loài vật sống bám theo lông của con vật chứ không phải đối với chính các cọng lông chim.

Không may, ngay cả khi chủ nhân con vật sẵn lòng bán người bạn đồng hành lông lá yêu thích đi vì chứng bệnh dị ứng của mình (thường rất ít người chịu làm như vậy), thì giải pháp có lẽ không nằm ở chỗ đơn giản thay loài vật này để nuôi loài khác, bởi vì những người dễ bị dị ứng thường nấn cảm đối với nhiều loài chứ không riêng gì đối với loài vật đặc biệt nào. Thí dụ, người ta ước tính được có khoảng từ 20 đến 40% số bệnh nhân dị ứng đều có phản ứng mẫn cảm đối với cả hai loài chó và mèo. Người ta cũng cho rằng sau một thời gian dài tiếp xúc, khoảng từ 40 đến 60% số người này cũng sẽ phát sinh dị ứng đối với loài chuột lang, và chuột hang. Nếu như bạn định thay đổi thú nuôi, tốt nhất bạn nên chọn nuôi các con vật không có lông. Nói chung, các loài như cá nhiệt đới, rùa, ốc mượn

hôn, và rắn chẳng hạn không gây dị ứng, và do đó sẽ là giải pháp chọn lựa an toàn đối với các bệnh nhân dị ứng.

DẦU HẠT BÔNG VÀ HẠT LẠNH

Dầu hạt bông và hạt lạnh là hai nguyên nhân khả dĩ gây ra chứng dị ứng có liên quan đến súc vật nuôi cần được đặc biệt lưu ý. Món ăn có dầu hạt bông là chất gây dị ứng mạnh thấy trong một số bánh nướng (như bánh ngọt có nhân, bánh quy làm bằng bột mì chưa rây, bánh cam vòng phết mật, và bánh bột chiên), các hợp chất dầu mỡ, và dầu trộn salad. Nhưng chất quan trọng nhất đối với mục đích của phần thảo luận này chính là dầu hạt bông, cũng thấy trong một số thức ăn bán sẵn cho súc vật. Đối với một số người, tiếp xúc với bụi từ chất này có thể gây ra các triệu chứng dị ứng nghiêm trọng làm suy nhược cơ thể của họ. Sự kiện này cho thấy rõ ràng rằng dị ứng đôi khi không liên quan trực tiếp đến súc vật nuôi của bạn, mà do thức ăn của chúng gây ra. Đây là một vấn đề rất dễ đối phó bởi vì bạn có thể thay đổi thức ăn cho con vật. (Lưu ý: chất dầu hạt bông tìm thấy trong các loại dầu Spry, Crisco, và Wesson được chế biến rất tinh khiết nên thường không bị xem là chất gây dị ứng).

Chất hạt lạnh thấy trong nhiều sản phẩm thông dụng như một số loại thuốc làm rụng lông, vật liệu làm thẩm, dầu uốn tóc, và dầu gội đầu. Người ta có thể hít chất này từ thực phẩm gia súc và thức ăn cho chó. Đối với một số người, nhất là các bệnh nhân hen suyễn, hạt lạnh cực kỳ khó chịu và thậm chí có thể khởi phát các cơn hen trầm

trọng. Một lần nữa, thay đổi thức ăn cho súc vật chính là biện pháp cần thiết duy nhất để giảm bớt các triệu chứng bệnh.

CHẨN ĐOÁN BỆNH DỊ ỨNG ĐỐI VỚI SÚC VẬT NUÔI

Các triệu chứng gây khó chịu, khổ sở do dị ứng súc vật gây ra – như mắt ngứa ngáy, nhiều tràng hắt hơi, sổ mũi, và choáng váng đầu vì dị ứng với bụi bặm và nấm mốc trong nhà – thật tình không sao phân biệt được với các dấu hiệu và triệu chứng của các bệnh dị ứng quanh năm khác. Dù không thường xảy ra như các rối loạn hô hấp, nhưng mày dáy cũng được công nhận là một biểu hiện khác của bệnh dị ứng đối với súc vật nuôi. Các dấu hiệu và triệu chứng này thường xuyên xảy ra do tiếp xúc trực tiếp với các tác nhân dị ứng ở súc vật. Thí dụ chúng có thể phát tác khi tác nhân dị ứng bám vào trong tay lúc vuốt ve con vật hoặc sờ vào đồ vật bị ô nhiễm, hoặc ở những nơi con vật đã mài cọ vào sau khi liếm da hay chiếc đuôi xù xì của nó.

Để xác định xem liệu con vật thân thiết có phải là nguyên nhân gây rắc rối cho bạn hay thực ra nó bị đổ tội oan, bác sĩ có thể khuyến cáo làm các xét nghiệm dị ứng. Việc làm này bao gồm các xét nghiệm da hay xét nghiệm máu đặc biệt gọi là xét nghiệm RAST (xem phụ lục A). Có thể hiểu được trường hợp các chủ nuôi súc vật một mực phủ nhận kịch liệt rằng con vật yêu mến của họ chẳng phải là nguyên nhân gây bệnh, ngay cả khi họ đối mặt với chứng cứ xét nghiệm không sao chối cãi được. Thử nghiệm cách

ly chủ nhân với con vật nuôi trong vài tuần có lẽ không thể chứng minh cho người chủ biết con vật là thủ phạm gây rắc rối, bởi vì có thể mất vài tháng mất độ tác nhân dị ứng súc vật trong nhà mới giảm xuống đến mức không còn gây ra được các triệu chứng bệnh. Ngoài ra, một số chủ nhân lại quá quen với các triệu chứng khi ở nhà đến mức họ chỉ cảm thấy khó chịu lúc đến nhà người khác có nuôi súc vật; trường hợp này có thể khởi phát cơn dị ứng đối với súc vật vốn đã ngày càng khó xảy ra cho họ.

CÁC VIỆC PHẢI THỰC HIỆN

Một khi bệnh dị ứng đối với súc vật nuôi đã được xác minh rồi thì biện pháp chữa trị hợp lý là tống khứ con vật đó đi. Bởi vì đây là một giải pháp không thể chấp nhận được đối với nhiều người, nên một số biện pháp tuy có vẻ thường tình nhưng vẫn tỏ ra rất hiệu quả trong việc giảm bớt các triệu chứng dù cho con vật trung thành ấy vẫn được giữ lại.

Việc đơn giản đầu tiên bạn có thể làm được là không cho con vật vào phòng ngủ của bạn. Bởi vì hầu hết mọi người đều dành đa số thời gian ở nhà để nghỉ ngơi trong căn phòng này, nên đuổi con vật ra khỏi nơi ấy nhằm giúp bạn tiếp xúc với các tác nhân dị ứng quá là ý kiến khôn ngoan. Người ta ước tính rằng nhờ đó chủ nhân con vật sẽ giảm tiếp xúc các tác nhân dị ứng đến cả ngàn lần. Lập luận tương tự cũng đúng cho bất kỳ căn phòng nào trong nhà mà bạn dành nhiều thời gian ở đó, như phòng học chẳng hạn.

Khi đã đặt phòng ngủ vào phạm vi an toàn rồi, bạn cũng phải dọn hết mọi tấm thảm và nệm giường đã bị ô nhiễm ra khỏi căn phòng. Các món đồ này đẩy áp các tác nhân dị ứng, và chúng có thể lưu lại rất nhiều sau khi con vật nuôi của bạn đã bị trục xuất ra khỏi căn phòng. Thế nhưng, bạn không nên tẩy rửa hoặc hút bụi theo lối đơn giản thường ngày. Bởi vì, một mặt cách làm ấy không đủ sức quét sạch mọi tác nhân dị ứng, và vì mặt khác bạn có thể làm cho tình hình tồi tệ đi do khuấy động mọi thứ và thải thêm nhiều tác nhân dị ứng vào không khí. Nếu có thể, tốt nhất nên thay mới tất cả các thứ đồ vải vóc và thảm lót. Các thiết bị làm sạch không khí trong phòng, như loại máy lọc chạy bằng tĩnh điện hoặc máy lọc HEDA (máy tụ hạt hiệu quả cao), cũng rất hiệu quả trong trường hợp này. Cuối cùng, cũng nên cảnh giác rằng nếu như bạn bớt nghiêm khắc đi, để cho con vật vào phòng trở lại dù chỉ một lần, bạn có thể phí hết công sức khó nhọc đã bỏ ra lâu nay.

Việc giảm mức cách nhiệt ở ngôi nhà của bạn lại là một biện pháp ngừa bệnh khá kiến hiệu. Các ngôi nhà cách nhiệt hoàn hảo có thể chứa đựng số lượng tác nhân dị ứng nhiều gấp 5 lần các ngôi nhà kém cách nhiệt, cho dù người ta có lắp đặt các máy lọc không khí HEPA trên lò sưởi. Thế nhưng nếu may mắn có được một sân sau nhà, bạn có thể mặc cho con vật chạy rong ngoài trời càng nhiều càng tốt trong thời gian bạn ở nhà (dĩ nhiên, khi thời tiết cho phép). Và nếu tình hình thời tiết ở khu vực cư trú của bạn ôn hòa phần lớn trong năm, bạn vẫn có thể tìm cách cất một căn chòi cho chó bên ngoài trời. Việc làm này cũng sẽ giúp bạn bớt tiếp xúc các tác nhân dị ứng rất nhiều.

4. Khắc phục bệnh dị ứng đối với súc vật nuôi

Một biện pháp quan trọng khác là thường xuyên tắm gội cho con vật nuôi của bạn. Nhờ đó bộ lông con vật tạm thời không còn bị tác nhân dị ứng cũng như các tác nhân khác khả dĩ gây rắc rối, như phấn hoa chẳng hạn, bám vào nữa. Gần đây người ta phát hiện rằng biện pháp tắm gội đặc biệt quan trọng cho việc đối phó bệnh dị ứng đối với loài mèo. Một trong các tác nhân dị ứng quan trọng nhất do loài mèo thải ra là chất keo protein gọi là Fel dI tiết ra từ các tuyến dầu dưới da. Người ta thấy rằng tắm rửa hàng tháng đã làm giảm bớt và trong nhiều trường hợp đã tạm ngưng hẳn việc sinh sản chất protein này.

Tạo cho con vật có thói quen tắm gội là việc làm khá đơn giản, và chỉ sau một hoặc hai lần là hầu hết các chú mèo đều khá quen thuộc với tắm gội, nhất là trong trường hợp khởi đầu tắm cho chúng khi chúng còn nhỏ. Lúc đầu cho con vật vào chậu nước nóng. Sau đó, chậm chậm cho nước lạnh (hoặc nếu muốn, bạn có thể dùng nước cất) tưới lên thân thể con vật, và xoa nhẹ bộ lông nó khi tưới nước. Hãy thận trọng đừng để nước chảy vào mắt và tai con vật. Nếu cần bạn có thể vo tròn bông gòn nhét vào để bảo vệ tai nó. Tốt nhất bạn nên xoa bộ lông và dội nước nhiều lần cho con vật thật sạch. Khi con vật được tắm rửa xong, dùng tay vuốt mạnh bộ lông để cho nước càng ráo đi càng tốt (bởi vì nước trên lông con vật vẫn còn chất protein Fel dI), sau đó mới dùng khăn lau cho con vật thật khô. Chớ nên dùng quạt gió để hong khô bộ lông của nó. Thực hiện biện pháp tắm rửa này trong nhiều tháng và mỗi tháng ít nhất một lần sẽ làm giảm bớt nhiều hoặc ngưng hẳn việc sinh sản tác nhân dị ứng (phản ánh qua sự giảm bớt các

triệu chứng của bạn) và sẽ không làm hại con vật của bạn chút nào cả.

Thường xuyên chải và lau sạch bộ lông con vật cũng là biện pháp cần thiết. Khởi phải nói, sự việc sẽ khả quan nếu như con vật không được chải lông ở trong nhà, và nếu bạn là người duy nhất trong gia đình mắc phải dị ứng, hãy nhờ người khác làm hộ việc này cho bạn. Trong trường hợp không sao nhờ ai khác được, bạn có thể dùng mặt nạ lọc không khí và áo quần bảo hộ để giảm bớt với tiếp xúc với tác nhân dị ứng. Và nếu như quần áo của bạn đã bị ô nhiễm do tiếp xúc với con vật, hãy nhanh chóng thay ngay và giặt giũ càng sớm càng tốt. Đây cũng là lời khuyên quý báu sau khi bạn viếng thăm nhà người láng giềng có nuôi súc vật.

ĐIỀU TRỊ DÙNG THUỐC

Liệu pháp nền tảng cũng tương tự như trường hợp chữa trị các nguyên nhân gây bệnh viêm mũi dị ứng quanh năm như dị ứng với bụi bặm, mặt nhà, và nấm mốc vậy. Các biện pháp chữa trị buộc phải dùng rất nhiều loại thuốc kháng-histamine, các loại thuốc corticosteroid dạng bơm xông mũi và dạng uống, cùng thuốc cromlyn sodinm. Khi tất cả các loại thuốc vừa nói đều thất bại, lại không muốn từ bỏ con vật yêu quý, bạn có thể xem xét đến biện pháp giảm cảm ứng hoặc liệu pháp miễn dịch bằng cách tiêm các liều tác nhân dị ứng vào người (xem phụ lục B. Một số công trình khảo cứu mới đây cho thấy trong khi đạt hiệu quả hơn nếu khởi sự dùng trước khi tiếp xúc với con vật,

các mũi tiêm này cũng có công hiệu giảm bớt mức trầm trọng của các triệu chứng đã xảy ra. Cho đến nay, các liệu thuốc tiêm này đã tỏ ra rất có giá trị trong việc giảm nhẹ các cơn dị ứng bộc phát ở những cá nhân do hoàn cảnh buộc phải thỉnh thoảng tiếp xúc với các con vật nuôi. Tuy nhiên, chúng quả thật đáng được khảo cứu khi mà con vật thân thiết đáng yêu đến mức người ta không sao từ bỏ được và tình trạng tiếp xúc với các tác nhân dị ứng ở súc vật không có cách nào giảm bớt được.

(38)

Protein: Là một cấu trúc phức tạp tạo thành từ một hay nhiều chuỗi aminoacid. Protein là thành phần tạo nên các cấu trúc cơ, mô, cơ quan của cơ thể và cũng là nguyên liệu tổng hợp các loại enzyme và hormone. Cung cấp protein dư thừa sẽ có sự biến đổi protein thành glucose.

Chương 5

BỆNH HEN SUYỄN

Hen suyễn (asthma) là một tình trạng không nên nhầm lẫn với bệnh dị ứng đơn thuần. Con bọ phát hoặc trầm trọng thêm bởi nhiều loại kích thích và tác nhân dị ứng, hen suyễn là một rối loạn phức tạp tác động đến các khí quản lớn cũng như nhỏ dẫn đến hai buồng phổi. Và trong khi vầng dầu, chảy nước mắt, sổ mũi, và những tràng hắt hơi khá tiêu biểu cho các chứng dị ứng theo mùa và quanh năm thỉnh thoảng khiến bạn cảm thấy khó chịu muốn chết, thì tình hình hô hấp nghiêm trọng hơn nhiều ở bệnh hen suyễn trong một số trường hợp hen nặng thật sự đe dọa đến tính mệnh con người.

Theo học viện Quốc gia về bệnh hen suyễn và nhiễm trùng, hen suyễn, hay đôi khi gọi là hen phế quản, là một tệ nạn nghiêm trọng về mặt y tế công cộng. Chỉ riêng ở Hoa Kỳ thôi người ta ước tính có từ 10 đến 12 triệu người mắc phải một dạng hen suyễn nào đó. Như vậy, hàng năm có đến 1,8 triệu ca cấp cứu, 27 triệu lượt người khám điều

trị ngoại trú, và gần nửa triệu người phải nhập viện. Vì bệnh này, hàng năm các công nhân phải tổn thất đến hàng triệu ngày công lao động, rất nhiều người phải bị vĩnh viễn mất năng lực làm việc, và các trẻ em ở độ tuổi từ 6 đến 15 phải nghỉ học vì bệnh đến hơn 125 triệu ngày.

Hậu quả kinh tế cũng tai hại ngang như thế. Hàng năm các bệnh nhân phải chi tiêu hơn 300 triệu đô la để thực hiện chẩn đoán cùng điều trị, và tốn hơn 1 tỷ đô la tiền thuốc men. Người ta ước tính rằng các khoản chi tiêu này chiếm tỷ lệ xấp xỉ 1/5 tổng lợi tức gia đình của một bệnh nhân hen suyễn thuộc tầng lớp trung lưu. Không may, người ta tiên đoán rằng con số ca chẩn đoán mới mắc bệnh sẽ tiếp tục tăng lên, do đó chúng ta nhất định sẽ thấy các số liệu thống kê nói trên sẽ còn tệ hại hơn thế nữa.

HEN SUYỄN LÀ GÌ?

Hen suyễn chẳng phải là một chứng bệnh mới lạ. Hơn hai ngàn năm trước đây, chứng bệnh này không xa lạ gì đối với người Hy Lạp cổ đại, và chính họ đã đặt cho nó cái tên ngày nay, với ý nghĩa rất xác đáng là “khó thở”. Theo nghĩa đơn giản nhất của thuật ngữ, hen suyễn là rối loạn hô hấp; nhưng để tìm hiểu điều gì thực sự diễn ra trong một cơn hen suyễn điển hình, bạn cần phải biết rõ một số điểm căn bản về tiến trình thở hít và cấu trúc hệ hô hấp.

Bình thường khi hít vào, không khí theo miệng và mũi vào đến lồng ngực qua một ống thông khí lớn gọi là *khí quản*¹. Ở cuối đường, ống thông khí này chia ra làm hai

nhánh có kích thước hơi nhỏ hơn gọi là *phế quản*². Phế quản dẫn đến lá phổi bên phải gọi là *phế quản phải*, còn nhánh dẫn đến lá phổi bên trái gọi là *phế quản trái*. Mỗi phế quản lại phân đoạn và chia nhánh nhiều bên trong lá phổi tạo thành hàng trăm ống thông khí bé li ti gọi là *mao phế quản*³, dẫn đến hàng ngàn túi khí gọi là *phế nang*⁴. Nhờ các thành mỏng của các túi khí này mà oxygen hít vào được đưa vào máu và carbon dioxide cùng các chất hơi thải khác bị loại trừ ra khỏi cơ thể ở thì thở ra qua miệng và mũi.

Hệ hô hấp ở người có sức khỏe bình thường có một số công cụ hữu hiệu nhằm tự động loại trừ các tác nhân trong không khí khả dĩ gây rắc rối cho nó. Trong số các công cụ này, dịch nhầy và lông tơ có lẽ là hai cơ chế loại trừ để giữ vệ sinh quan trọng nhất. Dịch nhầy (mucus) tiết ra bởi các tế bào đặc biệt gọi là tế bào hình đài⁵ nằm ở vách các ống thông khí, là chất dịch có nhiệm vụ tẩy sạch và làm trơn hệ hô hấp. Còn lông tơ có cấu trúc giống như sợi tóc nhỏ li ti và rung động, mọc rất nhiều ở vách các ống thông khí, không ngừng đẩy dịch nhầy và các vật thể nhỏ khác lên miệng và mũi để dễ dàng tống ra ngoài cơ thể.

Có thể hình dung cơn hen suyễn như là tình trạng bế tắc trong vận hành tinh tế của hệ hô hấp, và các cơn bệnh này bao gồm ba sự kiện: tình trạng co thắt, sưng phồng, và sản sinh dịch nhầy quá mức. Tình trạng co thắt phế quản (bronchospasm) diễn ra ở giai đoạn đầu của cơn hen suyễn. Đây là phản ứng chống lại các mầm bệnh, chất kích thích, hay tác nhân dị ứng hít vào người, trong đó các sợi cơ ở vách phế quản tự động co thắt dữ dội. Người ta cho

rằng tình trạng co thắt này do hậu quả của tình hình rối loạn chức năng của thần kinh tự động, một phân hệ thần kinh mà con người không thể chủ động điều khiển được. Thuật ngữ tăng phản ứng ở các đường thông khí (airway hyperreactivity) mà các bác sĩ thường dùng chính là một tên gọi khác của tình trạng co thắt phế quản.

Cùng lúc ấy màng nhầy lót các ống thông khí bắt đầu tiết ra rất nhiều dịch nhầy keo đặc khó chịu, gọi là đờm dãi (phlegm). Chính đờm dãi là nguyên nhân chính khởi phát các cơn ho đặc trưng cho bệnh hen suyễn.

Nếu như cơn hen không được khống chế kịp thời, vách phế quản sẽ nhanh chóng sưng phồng lên do quá trình viêm⁶, đưa đến hậu quả là tình trạng càng lúc càng co hẹp hoặc nghẽn tắc các đường thông khí. Đến lúc đó lượng thông khí dư thừa sẽ bị tồn đọng lại trong hai buồng phổi, khiến cho khoang ngực trướng lên. Nỗ lực thở ra lượng không khí tồn đọng càng lúc càng tăng này ép qua các đường hô hấp đã bị co hẹp rất nhiều gây ra tiếng rít khò khè đặc trưng cho bệnh hen suyễn. Nếu không cấp thời chữa trị, một vài ống thông khí sẽ bị nút kín bởi dịch nhầy còn các ống thông khí khác bị tắc nghẽn hoàn toàn, gây ra tình trạng thiếu dưỡng khí trong đó bệnh nhân phải há hốc mồm thở dốc, không sao nói được nên lời. Can thiệp chữa trị kịp thời thường giúp phục hồi hô hấp trở lại bình thường, và vì lý do đó mà hen suyễn được định nghĩa là "bệnh nghẽn tắc đường hô hấp từng cơn rất khó chịu".

DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG

Ho, thở rít khò khè, và hụt hơi là các đặc điểm của bệnh hen suyễn. Dù gây ra bởi dịch nhầy tích lũy hoặc do tình trạng co thắt các đường thông khí, cơn ho có thể hoặc thưa thớt và có đàm hoặc ho khan không ngớt. Giống như hầu hết các triệu chứng khác trong hen suyễn, tình hình trầm trọng của cơn ho có thể diễn biến mức độ trong suốt thời gian phát tác cơn bệnh – thường ho nhẹ lúc đầu rồi càng lúc càng dữ dội cho đến khi cả người mệt lả đi. Khi cơn hen đã qua đi và các đường thông khí bị co hẹp bắt đầu khai thông trở lại, người bệnh đôi khi thấy mình như ho văng các nút nhầy hình ống nhỏ ra khỏi phổi vậy.

Thở rít khò khè có lẽ là dấu hiệu nổi bật của bệnh hen suyễn, gây khó chịu cho hầu hết các bệnh nhân. Khò khè là âm thanh phát ra do không khí bị nén qua các ống thông khí bị co hẹp quá mức. Tiếng rít khò khè có thể trầm bổng từ nhẹ đến nặng nhọc trong suốt thời gian phát tác cơn hen suyễn, có thể phát ra ở cả hai thì hít vào và thở ra. Thật kỳ lạ, một số bệnh nhân quá quen thuộc với tiếng rít khò khè kinh niên của chính mình đến nỗi khó lòng nhận ra nếu họ chưa có cử động nào làm tăng nhịp thở cao hơn mức bình thường.

Cuối cùng, tình trạng hụt hơi hay *khó thở* (dyspnea) là một triệu chứng đặc trưng khác của bệnh hen suyễn. Trong trường hợp trầm trọng, triệu chứng này có thể kèm theo tình trạng toát mồ hôi đầm đìa và cảm giác hốt hoảng vì ngạt thở.

Thời gian diễn biến một cơn hen suyễn trầm trọng không nhất định kéo dài bao lâu và thường không biết trước được. Đôi khi kéo dài hàng giờ, có lúc cơn bệnh hành hạ đến mấy ngày liền. Nhưng dù kéo dài bao lâu, thì triệu chứng càng lúc càng tệ hại hơn. Vì lý do này, điều quan trọng là phải biết rõ hướng diễn biến các triệu chứng của bản thân để có thể sớm khởi sự chữa trị – vào lúc mà các rắc rối ở các đường thông khí dễ dàng đảo ngược tình thế hơn. Đối với những người có bệnh sử phát tác các cơn hen suyễn nặng nề, sự chăm sóc cấp thời của nhân viên y tế thật là hệ trọng.

AI THƯỜNG MẮC PHẢI BỆNH HEN SUYỄN?

Hen suyễn có khuynh hướng di truyền trong các gia tộc, và sự kiện nhiều bệnh nhân hen suyễn có thân nhân mắc phải bệnh này càng củng cố cho khái niệm về cơ sở di truyền của loại bệnh này. Nếu một trong hai người cha mẹ bị hen suyễn, thì con cái họ có xác suất mắc bệnh đến 25%. Và nếu cả hai người đều bị bệnh, thì xác suất mắc bệnh của con cái sẽ lên đến 50%.

Hen suyễn có thể xuất hiện cơn đầu tiên vào bất kỳ độ tuổi nào. Mặc dù thường hay khởi đầu phát tác ở lứa tuổi ấu thơ, hen suyễn cũng thường phát tác không có điềm báo trước vào thời kỳ mãn kinh ở nữ giới. Trong thời ấu thơ, các triệu chứng ban đầu của đại đa số bệnh nhân nhỏ tuổi đôi khi các em vào lớp một. Nói chung, đối với bất kỳ độ tuổi nào trong dân số Hoa Kỳ, số nam giới mắc bệnh này vượt hẳn nữ giới.

NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Không phải mọi trường hợp bệnh hen suyễn đều do dị ứng gây ra. Trong trường hợp do dị ứng gây ra, bệnh tình lúc ấy gọi là hen suyễn *do nguyên nhân ngoại sinh* (extrinsic asthma), tức là bệnh phát sinh do nguyên nhân bên ngoài. Khi dị ứng không đóng vai trò gì thì bệnh tình lúc ấy gọi là hen suyễn *nội sinh* (intrinsic asthma), tức là bệnh phát sinh do các nhân tố bên trong cơ thể người bệnh. Tuy nhiên, hầu hết các trường hợp hen suyễn đều không do các nguyên nhân phân biệt rõ rệt như thế gây ra; mà đều là hậu quả của một nhóm gồm các nhân tố dị ứng cũng như phi dị ứng. Dù vậy, cũng cần phải khẳng định rằng hen suyễn không phải là một bệnh lây lan. Nói khác đi, bạn không thể lây lan hen suyễn của mình cho người khác và cũng không sao nhiễm bệnh này từ người khác được.

HEN SUYỄN DỊ ỨNG (DO NGUYÊN NHÂN NGOẠI SINH)

Hen suyễn dị ứng (allergic asthma) thường khởi phát do các tác nhân dị ứng như đã biết ở các chứng viêm mũi dị ứng theo mùa và quanh năm, tức là bởi bụi bặm, gàu động vật, nấm mốc, và phấn hoa. Một số đồ gia vị [như metabisulfite và monosodium glutamate (MSG - mì chính) chẳng hạn], hóa chất công nghiệp và ngành nghề, và một vài loại thuốc men (như aspirin chẳng hạn) cũng gây hen suyễn trong một số trường hợp. Bất kể tác nhân dị ứng là gì, các triệu chứng dị ứng dẫn đến hen suyễn sau khi người

bệnh tiếp xúc với một tác nhân dị ứng đặc biệt nào đó, đều có nhiều điểm giống với tình hình xảy ra cho các bệnh dị ứng, như bệnh dị ứng đối với phấn hoa chẳng hạn. Tuy vậy, điểm khác biệt chính là hen suyễn gây tổn thương cho đường hô hấp phía dưới và hai buồng phổi, còn các bệnh dị ứng theo mùa và quanh năm chủ yếu tác hại cho mũi và các xoang.

HEN SUYỄN PHI DỊ ỨNG (DO CÁC TÁC NHÂN NỘI SINH)

Mặc dù chú trọng đến các loại bệnh có liên quan đến dị ứng, nhưng thảo luận về hen suyễn sẽ không đầy đủ nếu không miêu tả nhiều nhân tố khác nhau gây bệnh hen suyễn không phải do dị ứng (nonallergic asthma). Các nhân tố này bao gồm stres, thể dục, tình dục, các rối loạn hệ dạ dày ruột, các trường hợp nhiễm virus ở đường hô hấp trên, và các chất ô nhiễm môi trường.

Trước đây nhiều người quả quyết rằng hen suyễn là một dạng rối loạn tâm lý cơ thể, hậu quả của các “trường hợp căng thẳng thần kinh”. Ngày nay, chúng ta biết rằng hen suyễn không phải là tình trạng “chỉ xảy ra trong phạm vi bộ phận đầu của con người”. Đồng thời, stress quả tình có đóng một vai trò nhất định trong bệnh này. Nhiều bệnh nhân hen suyễn cứ một mực cho rằng các triệu chứng bệnh của họ bị khởi phát hay trầm trọng thêm bởi tình hình căng thẳng. Thần kinh, tâm trạng thất vọng hay tức giận ngày càng tăng thêm.

Các chuyên gia lập luận rằng kiểu hô hấp nông và nhanh đặc trưng cho các rối loạn dạng lo âu có thể là nguyên nhân thúc đẩy tình trạng co thắt phế quản ở những cá nhân dễ mắc phải hen suyễn. Tương tự, người ta cho rằng các biện pháp cải sửa kiểu hô hấp này như biện pháp phản hồi sinh học⁸ và các kỹ thuật cải sửa tác phong, như thiền định và các bài tập thở sâu chẳng hạn, có thể biện minh cho các lợi ích mà bệnh nhân hen suyễn gặt hái được nhờ áp dụng các biện pháp này. Thế nhưng, dù cho các biện pháp này có thành công đến đâu, cũng không có cơ sở khoa học nào hậu thuẫn được cho quan điểm chủ trương rằng hen suyễn trực tiếp do stress tâm lý gây ra cả. Điều chúng ta có thể khẳng định là loại bệnh này tự nó là nguyên nhân gây ra rất nhiều dạng stress tâm lý.

Thể dục là một yếu tố quan trọng khác khởi phát cơn hen suyễn ở nhiều bệnh nhân. Loại hiện tượng này có tên gọi là co thắt phế quản do thể dục gây ra (exercise-induced bronchospasm-viết tắt là EIB) hay hen suyễn do thể dục gây ra (exercise-induced asthma-viết tắt là EIA). Các cơn bệnh thường khởi sự phát tác trong vòng từ 5 đến 10 phút sau khi bắt đầu đợt tập luyện căng thẳng. Trong lúc luyện tập, phổi hoạt động mạnh hơn khiến cho người ta thở hít nhanh hơn. Hậu quả là không khí hít vào và thở ra trở nên khô hơn, lạnh hơn, và kích thích hơn, từ đó dễ thúc đẩy cơn hen suyễn phát tác hơn ở những cá nhân dễ mắc bệnh. Vẫn còn chưa rõ rằng liệu tình trạng khô ráo, độ mát lạnh, hoặc sự kết hợp các nhân tố này có chịu trách nhiệm khởi động cơn bệnh hay không. Tuy nhiên, để phản ứng chống lại hệ hô hấp sẽ phóng thích các hóa chất trung gian tương tự như trong các phản ứng dị ứng đích thực.

Bởi vì các cơn hen suyễn do thể dục gây ra không khởi phát tức thì, nên các môn thể thao chỉ cần các động tác tiêu hao năng lực từng đợt ngắn chứ không buộc kéo dài thời gian tiêu hao năng lực thông thường đều thích hợp cho hầu hết các bệnh nhân hen suyễn. Các môn thể thao ấy bao gồm bóng chày, ném bóng gỗ, đánh golf, cử tạ, quần vợt (nhất là đánh đôi), và chạy tốc độ cự ly gần. Mặc dù bơi lội là môn thể thao đòi hỏi động tác kéo dài và thường buộc hệ hô hấp làm việc nhiều hơn, nhưng các hậu quả bất lợi của nó dường như vô hiệu hóa bởi không khí ẩm hít vào phổi.

Tình dục là một hoạt động cơ thể khác có thể làm cho hen suyễn trầm trọng thêm. Ngay cả bệnh nhân hen suyễn nhẹ cũng dễ ý thấy tiếng thở rít khò khè tăng thêm trong lúc làm tình. Tình hình hen suyễn liên quan đến tình dục có thể là manh mối đầu tiên giúp bác sĩ điều trị xác định bệnh nhân trước đây không biết rằng mình đã từng bị hen suyễn nhẹ. May mắn thay, bệnh hen suyễn liên quan đến tình dục thông thường đáp ứng rất khả quan đối với từng loại thuốc men, đặc biệt với các loại thuốc bơm xông, và không nhất thiết là một trở ngại cho tình yêu lứa đôi.

Các dạng rối loạn ở hệ dạ dày-ruột, nhất là chứng *thoát vị khe*⁹, cũng có thể khởi phát các cơn hen suyễn. Tình trạng ợ các chất chứa trong dạ dày ngược lên thực quản, một tiến trình mà các bác sĩ gọi là *hội lưu dạ dày-thực quản* (gastroesophageal reflux) thường xảy ra vào ban đêm khi người bị chứng thoát vị khe đang nằm trong giường, có thể thúc đẩy các cơn hen suyễn nghiêm trọng. Cơn ho có thể phát ra từng đợt thất thường trong các ca bệnh này.

Những bệnh nhân thoát vị khe cao tuổi đặc biệt dễ mắc phải hen suyễn. Các nhà nghiên cứu cho rằng ở những bệnh nhân hen suyễn tình trạng hồi lưu trong phạm vi hệ vị-tràng gây ra một phản xạ ở hệ hô hấp, dẫn đến sự phát tác cơn hen suyễn. Dĩ nhiên, rối loạn ở dạ dày-ruột sẽ phải ổn định khi tình hình hen suyễn được cải thiện.

Chứng hen suyễn về đêm (nocturnal asthma) là một dạng hen suyễn cấp tính khác. Như tên gọi, chứng bệnh này thường khởi phát vào lúc nửa đêm, tuy không có liên quan gì đến tình trạng hồi lưu vị-thực quản nhưng lại là một rối loạn đặc biệt đối với một số ít bệnh nhân hen suyễn. Quan điểm hiện hành cho rằng cơn bệnh phát tác do hậu quả của tình trạng không ổn định khác thường trong việc sản sinh các hormone tác động vào các đường thông khí của bệnh nhân. Và người ta đã đưa ra một vài lối lý giải về hiện tượng này. Một mặt, mức sinh sản tự nhiên của các hormone như epinephrine¹⁰ và cortisol¹¹, là hai tác nhân quan trọng khống chế tình trạng hen suyễn, bình thường thấp nhất về ban đêm; cùng lúc đó loại hóa chất histamine, có thể làm cho tình hình hen suyễn tệ hại hơn, lại được sản sinh ở mức cao nhất. Còn các lối giải thích khác về bệnh hen suyễn ban đêm bao gồm hậu quả của tình trạng thân nhiệt thường hạ thấp vào ban đêm, cũng như tình trạng gia tăng hoạt động sinh lý của thần kinh phế vị¹² vào ban đêm, đều là nguyên nhân gây ra tình trạng co thắt các đường thông khí gọi là tình trạng phế quản bị co lại (bronchostriction).

Các trường hợp nhiễm virus ở đường hô hấp là nguyên nhân gây rắc rối cho mọi người, và đặc biệt đáng lo ngại

cho các bệnh nhân hen suyễn, là những người dễ mắc phải các ca nhiễm khuẩn này. Tình trạng viêm, sưng phồng, và sản sinh dịch nhầy đặc quánh càng lúc càng tăng thêm do các ca nhiễm khuẩn này gây ra làm trầm trọng thêm tình hình vốn đã đè nặng lên bộ máy hô hấp của người bệnh hen suyễn. Các bệnh thông thường như cảm lạnh, cúm, và nhiễm trùng ở các khoang cùng đặc biệt gây rắc rối cho bệnh nhân hen suyễn; mặc dù khi phát bệnh cũng gây rắc rối ngang như vậy, nhưng các ca nhiễm khuẩn lại thường ít chịu trách nhiệm đối với việc khởi phát hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng hen suyễn.

Ở thiếu nhi, chứng viêm mao phế quản¹³ và bệnh bạch cầu thanh quản¹⁴ do nhiễm virus trong một số trường hợp thực sự gây phát tác cơn hen suyễn sau đó. Trong một công trình nghiên cứu rộng lớn về các bệnh nhân hen suyễn khởi sự phát bệnh ở độ tuổi trưởng thành, gần phân nửa số người này khởi bệnh là do bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trước đây. Các nhà nghiên cứu phỏng đoán rằng các tiến trình nhiễm trùng này khiến cho niêm mạc trong hệ hô hấp mãi mãi cảm với các kháng thể có liên quan đến bệnh dị ứng là IgE, tạo điều kiện cho các cơn hen suyễn phát tác trong tương lai.

Các chất kích thích và ô nhiễm trong môi trường là các tác nhân thường làm cho hen suyễn trầm trọng hơn. Các chất ô nhiễm trong bầu khí quyển, như ozone và sulfur dioxide chẳng hạn đứng đầu bảng kê. Bảng kê này cũng bao gồm các chất kích thích thường thấy như khói thuốc lá, khói bếp lò, hơi xăng dầu, và khí thải của ô tô các loại.

Có lẽ ít được biết đến hơn, các mùi khó ngửi cũng có thể khởi động các cơn hen suyễn. Trong loại này, thuốc trừ sâu và diệt dấm đứng đầu bảng, tiếp sau đó là các loại thuốc tẩy gia dụng có chứa ammoniac. Gần 75% các bệnh nhân hen suyễn cho rằng dầu cologne, các loại nước hoa, và sơn chưa khô và các chất tỏa mùi gây rắc rối cho họ, và xấp xỉ 1/3 số bệnh nhân than phiền bị kích thích bởi mùi nấu nướng thức ăn thường ngày.

CHẨN ĐOÁN BỆNH HEN SUYỄN

Ho, thở rít khò khè, và hụt hơi là dấu hiệu rõ rệt cho bệnh hen suyễn. Bởi vì các bệnh khác ở đường hô hấp cũng có thể gây ra các triệu chứng này, nên bác sĩ của bạn sẽ bổ sung bằng cách lập bệnh sử, khám cơ thể, và tiến hành xét nghiệm thường lệ để khẳng định chẩn đoán về bệnh tình của bạn. Các xét nghiệm này bao gồm chiếu chụp X quang, xét nghiệm máu đặc biệt, xét nghiệm da, và xét nghiệm chức năng hô hấp.

Chiếu chụp X quang cực kỳ hữu ích nhằm loại trừ chẩn đoán đối với các bệnh kinh niên khác ở phổi, như bệnh tràn khí (emphysema— còn gọi là khí thũng), hoặc bệnh xơ nang hóa (cystic fibrosis) ở thiếu nhi chẳng hạn. Nó cũng là xét nghiệm căn bản để dựa vào đó mà đánh giá tình hình cải thiện bệnh tình trong tương lai nữa.

RAST là một loại xét nghiệm máu vô cùng phức tạp nhằm xác định mức độ kháng thể IgE có trong người để chống lại các loại tác nhân dị ứng đặc biệt. Ưu điểm chính

của loại xét nghiệm này là chỉ cần một mẫu máu nhỏ cũng có thể xác định được nhiều loại tác nhân dị ứng khác nhau. Còn nhược điểm là mức thành công thấp hơn các loại xét nghiệm da thông thường sẽ được miêu tả sơ lược dưới đây. Vì lý do này, các bác sĩ cho rằng xét nghiệm RAST *kém nhạy cảm hơn* xét nghiệm da, nên họ thường phải bổ sung bằng một loại xét nghiệm da nào đó.

Xét nghiệm da là một bộ phận quan trọng trong nỗ lực chẩn đoán bệnh hen suyễn. Các xét nghiệm này không chỉ hữu ích cho việc xác định chất nào là tác nhân dị ứng mà còn giúp tìm hiểu mức trầm trọng của bệnh tình nữa. Xét nghiệm lấy da (scratch test) và xét nghiệm chọc da (puncture test) buộc phải lấy hoặc đâm nhẹ nhiều vết trên da rồi nhỏ vào đó chất chiết xuất từ các tác nhân khả dĩ gây dị ứng. Kết quả dương tính khi các vùng xét nghiệm đỏ rực, sưng phồng, hoặc nổi mào dáy. Xét nghiệm dưới biểu bì (intradermal test) tiến hành theo kiểu xét nghiệm hiển thị PPD quen thuộc để tìm vi trùng lao, tương tự như xét nghiệm lấy da ngoại trừ chất xét nghiệm được tiêm vào dưới da; vùng xét nghiệm bị đỏ rực, sưng lên, hoặc nổi mào dáy cho thấy có dị ứng với chất xét nghiệm.

Phép đo khí dung (spirometry), còn gọi là xét nghiệm chức năng hô hấp, cũng có thể được chỉ định nhằm đánh giá chức năng thở hít. Thực hiện trong phòng mạch, xét nghiệm này chủ yếu yêu cầu bệnh nhân hít hơi rồi thở vào một ống gắn liền với một máy ghi nhận có khả năng vẽ biểu đồ phản ánh tình hình chức năng hô hấp. Xét nghiệm này không chỉ đo lường được khối lượng không khí thở hít mà còn đo được tốc độ hô hấp nữa, cả trước lẫn sau khi

dùng các loại thuốc giãn phế quản (xem bên dưới). Tình hình cải thiện đáng kể về chức năng hô hấp sau khi dùng các loại thuốc giãn phế quản cho thấy bệnh nhân mắc phải chứng hen suyễn, một dạng rối loạn đường hô hấp nói chung có thể phục hồi nguyên trạng được. Khi chẩn đoán xác định có bệnh, phép đo khí dung cũng hữu ích cho việc đánh giá hiệu quả của nỗ lực chữa trị.

Một công cụ xét nghiệm khác là *máy đo sức thở ra tối đa* (peakflow meter). Đây là một dụng cụ nhỏ bằng plastic bệnh nhân có thể sử dụng tại gia để đo tốc độ hơi thoát ra khỏi hai buồng phổi. Xét nghiệm này rất dễ thực hiện. Người bệnh trước hết phải cố hít hơi thật sâu rồi thở vào máy càng nhanh càng tốt, sau đó đọc các vạch ghi trên máy để biết sức thở ra tối đa của mình. Thông thường mỗi ngày người ta tiến hành đo hai lần, lần đầu ngay sau khi thức dậy vào lúc sáng sớm và lần sau vào buổi chiều hôm đó. Bởi vì hoạt động của phổi ở các bệnh nhân hen suyễn nói chung thường kém khả quan vào buổi sáng và khá dần lên trong ngày, cho nên kết quả cho thấy chỉ số buổi chiều giảm hơn so với buổi sáng báo hiệu rắc rối sắp xảy ra. Ngoài ra, so sánh các kết quả đo đặc hàng ngày cũng có lợi cho việc đánh giá tiến bộ sức khỏe nói chung của bệnh nhân. Hầu hết các bệnh nhân hen suyễn trầm trọng đều được khuyến cáo dùng loại dụng cụ đo đặc này, bởi vì họ buộc phải liên tục theo dõi sát tình hình chức năng hô hấp cũng như đáp ứng của cơ thể đối với các loại thuốc men dùng trong chữa trị.

CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA

Không cần phải nói, nếu biết được các nhân tố đặc biệt nào gây bất lợi cho bệnh tình của mình, hẳn bạn sẽ giảm bớt tiếp xúc với chúng càng nhiều càng tốt. Thí dụ bạn nên tránh tiếp xúc chất kích thích lượn lờ trong không khí, như khói thuốc lá chẳng hạn, bởi vì chúng gây ra tình trạng co thắt phế quản. Và bởi rằng có chứng cứ cho rằng khói cần sa có thể gây khó chịu gấp 20 lần khói thuốc lá, cho nên tránh tiếp xúc với loại khói này là thượng sách. Tương tự, nếu có thể chúng ta nên hạn chế tiếp xúc với các chất hơi có mùi nồng bốc ra từ thuốc trừ sâu, keo xịt tóc, chất khử mùi, sơn, và các loại dầu thơm. Về phương diện này, lắp đặt máy điều hòa không khí, máy tạo ẩm độ, và các máy lọc không khí sẽ cực kỳ hữu ích.

Nếu có thể, bạn cũng nên tránh dùng các loại thực phẩm và thuốc men làm bộc phát cơn hen suyễn. Các loại này bao gồm đồ gia vị thực phẩm MSG, thủ phạm khét tiếng gây ra hội chứng nhà hàng trung hoa (chinese Restaurant syndrome), và metabisulfite, vốn là chất bảo quản thực phẩm thường thấy ở các món salad nhà hàng, nhiều loại nước giải khát và thực phẩm đóng hộp, thức uống lên men, rau cải ngâm dấm hoặc làm dưa chua, các loại trái cây khô đóng gói, cùng một số mặc hàng chế biến sẵn như khoai tây chiên đóng gói chẳng hạn.

Trước đây, một vài ca hen suyễn bộc phát do dùng các loại *phẩm màu azo*, vốn là chất chiết xuất từ nhựa than đá dùng để tạo màu cho nhiều thực phẩm trong thuốc men. Loại bột màu vàng cam Tartrazine tan trong nước, cũng

gọi là FD&C Yellow No.5, là thí dụ điển hình. Tuy nhiên, các nghiên cứu mới đây lại tỏ ra đôi chút nghi ngờ về mối quan hệ giữa phẩm nhuộm azo và hen suyễn; và đến nay vấn đề này vẫn cần phải tìm hiểu thêm nữa mới sáng tỏ.

Các bệnh nhân hen suyễn phải đặc biệt cảnh giác đối với thuốc aspirin. Có đến 10% bệnh nhân hen suyễn sẽ bộc phát cơn hen trong vòng 30 phút sau khi dùng aspirin. Và vì lý do chưa biết rõ lắm, những người mắc phải bệnh viêm xoang mạn tính và khối u trong mũi đặc biệt dễ bị loại phản ứng bất lợi này. Tương tự, các phản ứng bất lợi cũng có thể xảy ra do một số mặt thuốc có liên quan đến aspirin, như các loại thuốc kháng viêm không có thành phần steroid (nonsteroidal antiinflammatory drugs - viết tắt là NSAID) chẳng hạn, thường được chỉ định dùng để chữa trị bệnh viêm khớp (arthritis), rối loạn hệ cơ xương (musculoskeletal), và rối loạn kinh nguyệt. Các mặt thuốc quen thuộc trong này bao gồm Advil, Motrin, Anaprox, Naprosyn, Nupsin, Butazolidin, và Indocin, cùng các mặt thuốc khác.

Cuối cùng, nếu mắc phải chứng dị ứng đường hệ hấp theo mùa, bạn sẽ thấy khá hơn nếu tìm cách chữa trị chứng này, bởi vì mối quan hệ giữa chứng sốt cỏ khô và cơn hen suyễn phát tác sau đó đặc biệt đáng lưu ý. Trên thực tế, khoảng 5% thiếu nhi mắc bệnh sốt cỏ khô sẽ mắc phải bệnh hen suyễn, và đến 40% bệnh nhân sốt cỏ khô được phát hiện qua xét nghiệm đo khí dung đã mắc phải một số triệu chứng giống hen suyễn.

CÁC LIỆU PHÁP ĐẶC HIỆU

Bất hạnh thay, chỉ riêng các trường hợp bệnh hen suyễn nhẹ nhất mới gặt hái thành quả khả quan nhờ các biện pháp ngừa bệnh. Hầu hết các ca bệnh đều buộc phải dùng đến liệu pháp thuốc men. Hiện nay, các loại thuốc chữa trị hen suyễn thông dụng nhất là thuốc giãn phế quản, thuốc có tác dụng giống thần kinh giao cảm, thuốc ổn định dưỡng bào, và thuốc corticosteroid. Các loại thuốc này, dùng riêng rẽ hay dùng phối hợp, cho đến nay đã giúp cho hàng triệu bệnh nhân giảm nhẹ chứng bệnh tai hại nếu không nói là đe dọa đến tính mệnh này.

Bởi vì tình trạng co hẹp các đường thông khí trong phổi là một dấu hiệu rõ rệt nhất của bệnh hen suyễn, nên các loại *thuốc giãn phế quản*¹⁵ nhằm mở rộng các đường thông khí ấy là một trong các liệu pháp nền tảng để chữa trị hen suyễn. Trong phổi của bệnh nhân hen suyễn dường như không có đủ số lượng cần thiết của loại hóa chất quan trọng là adenosine monophosphate¹⁶ vòng (viết tắt là CAMP). Chất này có nhiệm vụ mở rộng các đường thông khí trở về mức bình thường. Thuon giãn phế quản có công hiệu nhờ ngăn chặn được các enzyme¹⁷ sản sinh trong phổi thường làm giảm mức AMP vòng, nhờ đó gia tăng số lượng hóa chất này nhằm kích thích giãn nở các đường thông khí.

Các loại thuốc thành phần theophylline¹⁸ hay các chất chiết xuất của nó có lẽ là các mặt thuốc giãn phế quản thông dụng nhất; và hiện nay trên thị trường có bán sẵn đủ mặt thuốc chế biến theo các công thức hiệu lực ngắn

hạn, trung hạn, dài hạn, và hiệu lực trong 24 giờ. Nhờ đó các bác sĩ có thể gia giảm liều lượng và số lần dùng thuốc cho phù hợp với nhu cầu cá biệt của hầu hết các bệnh nhân. Bệnh nhân hen suyễn nhẹ thường có lợi nếu dùng các mặt thuốc hiệu lực ngắn hạn con bệnh nhân mạn tính nên dùng các mặt thuốc hiệu lực kéo dài. Các mặt thuốc hiệu lực ngắn hạn điển hình là Aminophylline, Bronkodyl, slo-phyllin, và Elixophyllin. Các mặt hàng thuốc hiệu lực trung hạn điển hình bao gồm theophylline SR, như Slo-phyllin SR và theolair SR. Các mặt thuốc theophylline hiệu lực dài hạn thường thấy là Theo-Dur và Slo-bid. Còn Theo-24 và Uniphyl là 2 mặt thuốc giãn phế hiệu kéo dài 24 giờ. Các bác sĩ thường chỉ định tiến hành xét nghiệm máu định kỳ cho các bệnh nhân dùng các mặt thuốc này để xác định mức theophylline trong máu của họ liệu có vượt quá mức mong muốn trong liệu pháp không.

Các loại thuốc có tác dụng giống hormone, gọi là thuốc giống giao cảm¹⁹, là nhóm thuốc kháng hen suyễn chủ yếu kế tiếp. Các loại thuốc này tác động nhằm thúc đẩy giãn nở các đường thông khí bằng cách kích thích sản sinh một loại enzyme cần thiết cho sự gia tăng mức CAMP. Tên thuốc *Adrenalin* hay epinephrine rất quen thuộc với bất kỳ bệnh nhân nào đã từng đi cấp cứu để chữa trị cơn hen suyễn bộc phát nghiêm trọng. Thường được tiêm vào tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da, epinephrine quả thực là vị cứu tinh cho các ca cấp cứu, mặc dù nó không phải là loại thuốc dùng thường ngày.

Khi đọc các tài liệu dược phẩm hoặc các nhãn thuốc đề cập đến loại thuốc này, có lẽ bạn tình cờ biết qua thuật

ngữ *selective beta-2 activity*. Thuật ngữ này có nghĩa là thuốc được chế tạo theo công thức nhằm tác động có chọn lựa lên các thụ thể beta-2 nằm bên trong các cơ trơn ở thành các đường thông khí. Ngược lại, các loại thuốc không chọn mục tiêu có thể tác động đến tất cả các thụ thể beta trong cơ thể, bao gồm cả các thụ thể beta-2 bên trong quả tim, nơi các loại thuốc này có thể phát sinh tác dụng không mong muốn như huyết áp tăng vọt và rối loạn nhịp tim chẳng hạn. May thay, rất nhiều loại thuốc có tác dụng giống thần kinh giao cảm tuyến chọn mục tiêu tác động đã được chế tạo để dùng hàng ngày, và hiện có bán trên thị trường theo toa bác sĩ dưới dạng viên, sirô, ống phun sương (nebulizer), hoặc bơm xông.

Các loại thuốc giãn phế quản thuộc dạng bơm xông hay phun sương phải sử dụng đúng cách mới đem lại lợi ích tối đa. Hầu hết các loại thuốc này đều có bán dưới dạng các bình bơm xông *theo liều lượng ấn định sẵn*, đó là các bình xịt cầm tay cỡ bỏ túi nhằm đưa thuốc qua miệng đi thẳng vào phế quản. Để đạt hiệu quả tối đa, bạn cần phải đưa được hầu hết liều thuốc ấn định ấy vào sâu trong phổi. Muốn thế, bạn nên giữ bình thuốc cách miệng chừng 2 inch chứ đừng ngậm như người ta thường làm. Nhờ cách này các tia thuốc thoát ra từ bình bơm có đủ khoảng cách để tự phân chia ra thành các giọt thuốc nhỏ hơn, dễ lọt vào các mao phế quản nằm sâu trong phổi. Biện pháp chọn lựa khác là bạn có thể mua một dụng cụ *tạo khoảng trống* (a spacer device). Đó là một ống nhỏ gắn vào bình bơm nhằm tạo khoảng cách lý tưởng cho các tia thuốc tự phân chia thành các giọt thuốc nhỏ hơn. Dù theo biện pháp nào để đưa thuốc dưới dạng khí dung vào phế quản đi nữa, bạn

cũng phải bơm hít thuốc trong thời gian kéo dài từ 3 đến 5 giây, rồi sau đó nín hơi lâu đến khoảng 10 giây. Những người bị bệnh hen suyễn do tập thể dục có thể gặt hái nhiều lợi ích hơn nhờ dùng liều lượng thuốc ấn định riêng cho họ vào khoảng từ 15 đến 20 phút *trước khi* tiến hành buổi tập luyện theo dự định.

Thầy thuốc thường lưu ý đến tuổi tác của bệnh nhân cũng như mức độ bệnh tình của họ khi chọn loại thuốc và ấn định liều lượng dùng thuốc. Nhiều bác sĩ chuyên khoa thích chỉ định các loại thuốc bơm xông theo liều lượng ấn định sẵn hơn, bởi vì các mặt thuốc này có thể giúp đưa đủ liều lượng thuốc đến đúng nơi cần thiết nhất nên ít gây tác dụng phụ nhất. Các mặt thuốc sirô thường thích hợp cho thiếu nhi và những người cao tuổi không đủ sức nuốt các viên thuốc. Nên dùng các bình thuốc phun sương cho trẻ ít tuổi và bệnh nhân cao tuổi không đủ khéo léo để dùng thuốc bơm xông. Proventil, Ventolin, Brethine, Bricanyl, Alupent, và Metaprel là các mặt thuốc thường được kê toa thuộc loại thuốc giống thần kinh giao cảm beta-2. Còn Seravent, một mặt thuốc tiện lợi có hiệu lực kéo dài 12 giờ, vừa mới được lưu hành trên thị trường gần đây.

Nhiều bác sĩ khuyên không nên dùng các loại thuốc bán không cần toa bác sĩ, chế tạo theo công thức phối hợp các tỷ lệ cố định theophylline và thuốc giống thần kinh giao cảm, như các mặt thuốc Primatene "P", Tedral, và Marax chẳng hạn. Một mặt, nhiều mặt thuốc này chứa đựng loại thuốc giống thần kinh giao cảm, ephedrine không phải là loại thuốc chọn mục tiêu tác động beta-2, nên thường gây tác dụng không cần thiết đến tim. Lý do thứ hai kém quan

trọng hơn là các loại thuốc phối hợp như thế không giúp gia giảm liều lượng các thành phần của chúng nhằm đáp ứng đúng mức nhu cầu đặc biệt của từng cá nhân người bệnh. Điều này có nghĩa là một bệnh nhân có thể dùng quá nhiều hoặc quá ít một thành phần thuốc nào đó chẳng hạn. Ngoài ra, các được phẩm phối hợp có thể chứa đựng các thành phần không cần thiết. Chẳng hạn, chúng thường chứa đựng phenobarbital và kháng histamine, là các phụ gia không những ít góp phần vào công hiệu chung của thuốc mà còn gia tăng xác suất xảy ra phản ứng có hại nữa.

*Kháng đối giao cảm*²⁰ là một nhóm thuốc giãn phế quản khác cần phải lưu ý. Loại thuốc này hiệu nghiệm nhờ phong tỏa tác dụng của chất acetylcholine²¹ giống như hormone vào các đường thông khí. Bình thường được tiết ra bởi thần kinh phế vị ở phổi, acetylcholine có nhiệm vụ gia tăng sự co thắt các phế quản và sản sinh dịch nhầy. Thuốc kháng đối giao cảm, như mặt thuốc bơn xông Atrovent, được phát hiện rất hữu ích trong liệu pháp ngăn ngừa phát tác cơn hen suyễn chứ không giúp cắt cơn cấp tính.

Cromolyn sodrum (tên thương mại là Intal) là một loại thuốc vô cùng quan trọng khác trong kho vũ khí kháng hen suyễn của các bác sĩ. Tuy không thuộc nhóm thuốc theophylline cũng không thuộc nhóm thuốc giống thần kinh giao cảm, người ta vẫn cho rằng loại thuốc này hiệu nghiệm nhờ một vài cơ chế quan trọng. Quan trọng nhất, nó phương tỏa sự phóng thích histamine của các đường bào, nhờ đó làm giảm tình trạng viêm và làm dịu bớt bất kỳ

nhân tố dị ứng căn bản nào trong bệnh hen suyễn. Thông qua một cơ chế gián tiếp, thuốc cũng có thể nâng cao mức sản sinh CAMP và làm giảm tình trạng co thắt phế quản. Cuối cùng, người ta cho rằng loại thuốc này có tác dụng kháng viêm trực tiếp và riêng biệt, có khả năng tiếp tục làm giảm sưng và nhạy cảm ở các mô. Nói chung, các mặt thuốc Cromolyn chỉ có một số ít tác dụng phụ và rất dễ dung nạp đối với cơ thể.

Một điều bất lợi là Cromolin không hiệu nghiệm trong việc cắt các cơn bộc phát hen suyễn cấp tính. Trên thực tế, có thể sẽ mất từ 2 đến 3 tháng mới tích lũy đủ lượng thuốc trong máu để tác động hữu hiệu. Các mặt thuốc này đôi khi được dùng riêng rẽ, nhưng thông thường chúng được dùng phối hợp với các mặt thuốc theophylline hoặc thuốc giống thần kinh giao cảm. Chúng đã tỏ ra đặc biệt hữu ích khi được dùng trước các buổi luyện tập để khống chế các cơn hen suyễn do thể dục gây ra.

Thuốc Corticosteroid tác động toàn thân, như prednisone và prednisolone (tên thương mại là Medrol) chẳng hạn, chủ yếu được sử dụng trong các đợt chữa trị ngắn hạn dưới sự giám sát chặt chẽ của bác sĩ, là các mặt thuốc hiệu nghiệm lạ thường nhằm giảm bớt các triệu chứng hen suyễn. Trong số nhiều tác động và tương tác phức tạp của chúng, corticosteroid là thuốc kháng viêm giống hormone và kích thích sản sinh CAMP rất mạnh. Không nên nhầm lẫn các loại thuốc này với các loại thuốc steroid đồng hóa (anabolic steroids) đang bị dư luận bàn tán rất nhiều do được sử dụng bất hợp pháp bởi những người luyện tập thể hình và các lực sĩ diễn kinh nhằm gia

tăng bắp thịt và thành tích tranh tài. Dùng thuốc corticosteroid tác động toàn thân với liều lượng cao và kéo dài sẽ nảy sinh các tác dụng phụ như cườm mắt (đục thủy tinh thể - cataract), loét dạ dày tá tràng, loãng xương (do thiếu calcium nên xương dễ bị gãy) mất potassium, và dễ bị nhiễm trùng. Do hậu quả dễ bị các phản ứng có hại như thế, các mặt thuốc này nói chung thường dành để đối phó với các ca hen suyễn thật nghiêm trọng hoặc khó trị.

Liệu pháp dùng thuốc steroid cách nhật đã tỏ ra là một biện pháp quan trọng nhằm ngăn ngừa bộc phát các cơn bệnh và tối thiểu hóa các tác dụng phụ ở một số bệnh nhân hen suyễn mạn tính. Nhờ kế hoạch dùng thuốc steroid cách nhật, người bệnh dùng liều thuốc cao hơn theo lối cách nhật thay vì dùng liều bình thường mỗi ngày. Lối phục dục này, đã tỏ ra thỏa đáng cho nhiều bệnh nhân cần phải điều trị bằng thuốc corticosteroid tác động toàn thân trong dài hạn, giúp cho người bệnh có được một ngày nghỉ xa hơi để cơ thể hồi phục mức cân bằng hormone bình thường, thường không gây tệ hại đáng kể cho bất kỳ triệu chứng nào trong những ngày nghỉ dùng thuốc ấy.

Còn thuốc corticosteroid tác động cục bộ dưới dạng bơm xông là một liệu pháp khác nhằm giảm bớt các tác dụng phụ khả dĩ xảy ra. Azmacort, AeroBid, Beclovent, và Vanceril là 4 mặt thuốc bơm xông thông dụng có chứa các loại thuốc steroid khác nhau. Bởi vì thuốc được hít thẳng vào các phế quản chứ không qua đường tiêu hóa để vào máu, nên các thuốc bơm xông steroid đặc biệt hiệu nghiệm ở những vùng cần đến thuốc nhất và ít gây tác dụng đến vùng cơ thể còn lại. Do đó, nhiều bác sĩ hiện nay thích chỉ

định chúng hơn khi thấy cần thiết phải dùng đến steroid trong điều trị.

Mặc dù nhóm kháng-histamine là loại thuốc phải dùng đầu tiên để chữa trị hầu hết các chứng bệnh dị ứng, các loại thuốc này chỉ đóng vai trò khiêm tốn trong việc đối phó với bệnh hen suyễn. Trên thực tế, bởi vì khả năng làm khô chất dịch nhầy tiết ra, nên trước đây người ta tránh dùng kháng-histamin cho bệnh nhân hen suyễn vì sợ rằng chúng có thể làm cho tình hình nghẽn tắc các mao phế quản càng tệ hại hơn. Thế nhưng, các công trình nghiên cứu mới gần đây lại chủ trương ngược lại. Ngày nay, khi người ta cho rằng các bệnh dị ứng theo mùa hoặc quanh năm là nguyên nhân chính gây ra các cơn hen suyễn, thì kháng-histamine có thể được kê toa như một bộ phận trong kế hoạch chữa trị nhằm giảm nhẹ cả hai tình trạng sung huyết ở đường hô hấp phía trên và sổ mũi cơ thể biến chứng thành cơn hen suyễn.

Sau cùng, nếu như không lo ngại bị bội nhiễm thì các loại thuốc kháng sinh chỉ đóng vai trò hạn chế trong việc chữa trị hen suyễn. Trong trường hợp đang bị sốt và dịch nhầy tiết ra đã biến thành đờm đặc có màu xanh lục hay màu vàng, thầy thuốc có thể kê toa chỉ định dùng ngắn hạn một trong nhiều loại thuốc kháng sinh khác nhau, bao gồm tetracycline, erythromycine, và các chất chiết xuất từ penicillin như mặt thuốc Amoxicillin chẳng hạn. Tuy nhiên, hãy nhớ rằng kháng sinh là thuốc kháng vi trùng và không có công hiệu chống virus, là nguyên nhân gây một số bệnh như cảm lạnh và cúm thông thường, cùng một số ca nhiễm phế quản. Vì lý do này, tốt nhất bạn nên hỏi

ý kiến bác sĩ trước khi dùng bất kỳ loại thuốc kháng sinh nào bạn có thể tìm thấy trong tủ thuốc gia đình của mình. Bạn phải chắc rằng mình dùng loại thuốc này là thích hợp và nhằm đúng dạng nhiễm trùng đang mắc phải.

MỘT SỐ DẤU HIỆU BÁO ĐỘNG CẦN LƯU Ý

Mặc dù trong hầu hết các trường hợp hen suyễn các triệu chứng bệnh tình đều giảm nhẹ đi hoặc được khống chế tốt đẹp nhờ biện pháp chữa trị, nhưng đôi khi tình hình không diễn ra như mong muốn. Bởi vì hen suyễn có thể là một căn bệnh trầm trọng và thậm chí đe dọa đến tính mạng, cho nên tìm cách nhận diện được một số dấu hiệu báo động một cơn hen suyễn nghiêm trọng sắp sửa bộc phát là điều vô cùng quan trọng.

Bệnh tình giảm nhẹ không như mong muốn sau một đợt dùng thuốc có lẽ là dấu hiệu rõ rệt cho thấy một cơn hen suyễn nghiêm trọng sắp phát tác. Đó cũng là dấu hiệu cho thấy bạn đã lờn thuốc. Còn một manh mối khác là theo thời gian chức năng phổi tuy có cải thiện nhưng không sao hồi phục như bình thường. Và sau cùng, chức năng phổi chẳng những không cải thiện chút nào mà còn có chiều hướng ngày càng tồi tệ hơn thông thường báo trước sẽ bộc phát một cơn hen suyễn vô cùng nghiêm trọng. Ngoài ra, bạn cũng chớ nên xem thường bất kỳ trường hợp gia tăng nào của những triệu chứng như ho, thở rít khò khè, và hụt hơi để kịp thời nhờ nhân viên y tế chăm sóc.

May mắn là chỉ một số ít bệnh nhân hen suyễn cần đến biện pháp cấp cứu. Nhờ nhiều mặt thuốc tiện dụng và công hiệu đang lưu hành trên thị trường, hầu hết các bệnh nhân đều có thể kỳ vọng cuộc sống bình thường và có ý nghĩa như bao người khác.

. 330

-
- ¹ *Khí quản* : Là phần ống hô hấp nằm nối giữa thanh quản và hai phế quản gốc, tương ứng bên ngoài từ bên dưới quả táo Adam đến sau góc xương ức.
- ² *Phế quản*: Từ khí quản chia ra làm 2 phế quản gốc, rồi mỗi bên lại tiếp tục chia ra thành các tiểu phế quản phân thùy. Thành phế quản có sụn và nhiều tuyến nhầy.
- ³ *Tiểu phế quản*: Là đơn vị phân chia của phế quản, nhưng về cấu trúc thành của chúng không có sụn và tuyến nhầy. Tiểu phế quản tiếp tục phân chia cho đến phế quản tận cùng, ống phế nang và cuối cùng là chùm phế nang.
- ⁴ *Phế nang* : Là các túi khí nhỏ li ti. Cứ mỗi ống phế nang sẽ mở ra khoảng 30 phế nang. Phế nang là nơi thực hiện trao đổi O_2 và CO_2 trong hô hấp.
- ⁵ *Tế bào hình đài*: Là các tế bào hình trụ, hình ly tiết ra các chất nhầy ở biểu mô đường hô hấp.
- ⁶ *Viêm*: Là phản ứng của cơ thể với tổn thương. Có thể là *viêm cấp tính* với triệu chứng rầm rộ: sưng, nóng, đỏ, đau. Máu tăng cường đến vị trí viêm. Bạch cầu tóm bắt các vi trùng và các thực bào, sẽ tiêu hóa các vi trùng cũng như các tế bào chết.

Đôi lúc sinh mủ (thật ra là xác vi trùng và tế bào chết). Sau đó là quá trình lành bệnh, có thể có tăng tạo mô hạt. Một số trường hợp không lành được chuyển sang dạng *viêm mạn tính*.

- ⁷ **Rối loạn tâm lý cơ thể** : Thường đề cập đến những bệnh lý có liên quan đến yếu tố cơ thể lẫn tâm lý. Các bệnh lý như hen suyễn, chàm, loét đường tiêu hóa được xem là do yếu tố stress tâm lý và xã hội. Biện pháp tâm lý tỏ ra hữu hiệu, hỗ trợ nhiều nhưng quan trọng vẫn là điều trị thực thể.
- ⁸ **Phản hồi sinh học** : Là một đặc tính sinh học giúp cung cấp những thông tin tức khắc cho chủ thể biết về các tiến trình của cơ thể (như nhịp tim) – thường là chủ thể không nhận thức được. Đây cũng là một cơ chế để điều hòa cơ thể.
- ⁹ **thoát vị** : Là tình trạng một cơ quan hoặc một mô bình thường nào đó đang ở trong một khoang cơ thể hay bị trượt qua một lỗ hoặc 1 khe nào đó vào một vị trí khác. Có nhiều loại thoát vị (Thoát vị bẹn, thoát vị đùi, thoát vị rốn,...). Thoát vị khe được đề cập ở đây là thoát vị dạ dày vào trong lồng ngực qua lỗ thực quản ở cơ hoành.
- ¹⁰ **Epinephrine / Adrenaline** : Là hormone tiết ra từ tuyến thượng thận. Nó có chức năng chuẩn bị cho cơ thể “bỏ chạy hay chiến đấu”. Nó làm tăng hoạt động tim mạch, cơ bắp, tăng nhịp thở.
- ¹¹ **Cortisol / Hydrocortisone** : Là hormone của vỏ thượng thận. Hydrocortisone dùng chữa bệnh Addison, các tình trạng viêm, dị ứng. Tuy nhiên khi sử dụng có thể có tác dụng phụ như loét dạ dày, tổn thương cơ xương, hội chứng Cushing.
- ¹² **Thần kinh phế vị** : Là dây thần kinh sọ thứ X, chi phối vận động cơ nuốt, cung cấp các sợi đối giao cảm đến tim, các cơ quan

lồng ngực, ổ bụng. Nhánh cảm giác chi phổi cảm giác nằm ở miệng.

- ¹³ **Viêm mao phế quản** : Có thể do vi trùng hoặc virus. Các tiểu phế quản có thể bị tắc do mủ, nhầy nhảm hạn chế hô hấp. Điều trị bằng thở oxy và dùng kháng sinh.
- ¹⁴ **Bạch cầu thanh quản**. Có thể do mắc bệnh bạch hầu, cũng có thể do nhiễm virus. Triệu chứng giống như viêm thanh quản - khó thở, khàn tiếng. Nhiều trường hợp khó thở nặng phải khai khí quản hoặc đặt ống nội khí quản.
- ¹⁵ **Thuốc giãn phế quản** : Làm giãn các cơ trơn phế quản giúp giảm nhẹ các cơn hen phế quản và viêm phế quản mạn. Thường các thuốc này dùng ở dạng khí dung, cũng có dạng viên.
- ¹⁶ **AMP** : AMP có trong tế bào và tham gia vào quá trình chuyển đổi năng lượng.
- ¹⁷ **Enzyme**: Là các men xúc tác cho các phản ứng sinh học. Các enzyme có thể được sản sinh trong tế bào sống và hoạt động nội bào hoặc ngoại bào.
- ¹⁸ **Théophylline** : Có tác dụng giãn cơ trơn thành phế quản và cũng có tác dụng lợi tiểu. Thường dùng trong hen suyễn.
- ¹⁹ **Thuốc giống giao cảm**: Tác dụng kích thích hệ thần kinh giao cảm. Thuốc có tác dụng gây phóng thích adrénaline. Nhóm kích thích beta (β) (chẳng hạn Salbutamol) làm giãn phế quản, dùng trong hen suyễn.
- ²⁰ **Kháng đối giao cảm** : Là thuốc ức chế hoạt động của acetylcholine, chống lại hệ đối giao cảm.

- ²¹ **Acetylcholine** : Là chất dẫn truyền thần kinh, nằm ở chỗ nối thần kinh-cơ, được phóng thích khi có luồng thần kinh và bị phân hủy sau đó bởi men cholinesterase.

Chương 6

DỊ ỨNG THỰC PHẨM

Mặc dù nhiều người tin rằng thực phẩm là nguyên nhân chính gây ra dị ứng, nhưng thật ra nội dung vấn đề đến nay vẫn chưa được sáng tỏ. Một số chuyên gia quả quyết rằng dị ứng thực phẩm đích thực là hiện tượng khá hiếm hoi, trong khi những người khác lại khẳng định rằng chứng bệnh này rất phổ biến. Thí dụ một số người ước tính tỷ lệ thiếu nhi mắc phải dị ứng thực phẩm chỉ vào khoảng từ dưới 0,33% cho đến 7,5%, còn những người khác cho rằng tỷ lệ này lên đến gần 40%. Và đối với người trưởng thành các số liệu thống kê lại càng không đáng tin cậy; một số chuyên gia ước tính tỷ lệ mắc bệnh vào khoảng 15%.

CÁC PHẢN ỨNG PHI- DỊ ỨNG BẤT LỢI ĐỐI VỚI THỰC PHẨM

Dù cho số liệu thống kê không chính xác, nhưng dị ứng thực phẩm – tức là các tình trạng liên can đến hệ miễn dịch – quả tình có thực. Vấn đề là dị ứng thực phẩm phải được phân biệt với các dạng phản ứng có hại khác đối với thực phẩm có thể xảy ra cho con người, tức là các tình trạng không liên can gì đến hệ miễn dịch cả. Các phản ứng loại này bao gồm các trường hợp cơ thể không dung nạp thức ăn, các phản ứng bất lợi đối với thực phẩm giống như phản ứng thuốc, và ngộ độc thức ăn. Bởi vì các dấu hiệu và triệu chứng của bất kỳ tình trạng nào trong số này cũng đều có thể trùng hợp với phản ứng dị ứng thực sự đối với thực phẩm, cho nên việc chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh nghi ngờ có liên quan đến thực phẩm đôi khi gặp khó khăn.

Không dung nạp thức ăn (food intolerance) phản ánh tình trạng bất bình thường trong chức năng chuyển hóa liên quan đến khả năng tiêu hóa thực phẩm chứ không phải là rối loạn miễn dịch. Bất dung nạp lactose¹ có lẽ là thí dụ điển hình về loại phản ứng này. Do tình trạng thiếu lactase, loại enzyme thúc đẩy tiêu hóa đường lactose trong sữa và các sản phẩm từ sữa, cá nhân mắc phải chứng không nạp lactose bị đau thắt ở vùng bụng và tiêu chảy sau khi ăn phải các chế phẩm từ sữa. Dân Mỹ da đen đặc biệt dễ mắc phải tình trạng này, và chứng này cũng khá phổ biến đối với dân tộc ở vùng Địa Trung Hải và Châu Á.

Các triệu chứng gây ra bởi các vi khuẩn trong đường ruột tác dụng làm phân hủy đường không sao chuyển hóa được,

Phản ứng bất lợi đối với thực phẩm giống như phản ứng thuốc, hay chính xác hơn là *phản ứng có tính dược lý* (pharmacologic reaction), xảy ra bất cứ lúc nào một chất đặc biệt trong thức ăn tác động đến cơ thể giống như thuốc vậy. Caffeine trong trà và cà phê là thí dụ điển hình nhất về hóa chất trong thức ăn giống như thuốc tác động trong cơ thể giúp cho bạn tỉnh ngủ và phản ứng nhạy bén hơn; khi dùng quá mức, chất này sẽ khiến cho bạn “dễ sinh ra cáu gắt”. Tuy nhiên, về bản chất tác dụng này đơn thuần là phản ứng hóa học chứ không phải là dị ứng. Tương tự các thứ rau quả như mận khô (prune), đậu nành và củ hành tây có thể gây ra mọi thứ rối loạn hệ vị tràng về mặt phản ứng hóa học thuần túy ở một số người, giống như các hóa chất có tác dụng giống thuốc tây có trong các loại quả khác như quả bơ (avocado), chuối, dứa (pineapple), và cà chua chẳng hạn. Ngay trong quả dâu tây (strawberry) cũng có các chất có khả năng gây ra tình trạng nổi mề đay phi dị ứng, và đôi khi còn gây ra các rối loạn hô hấp và huyết áp khả dĩ đe dọa đến tính mệnh của một số người.

Phản ứng nhiễm độc, còn gọi là *ngộ độc thức ăn*², là loại thứ ba trong nhóm phản ứng phi dị ứng có hại đối với thực phẩm. Do mầm bệnh có trong thức ăn, loại phản ứng này có thể phát sinh hoặc bởi tác dụng trực tiếp của chính các mầm bệnh ấy hoặc do các loại hóa chất đặc biệt tiết ra bởi calc mầm bệnh ấy. Dù trong trường hợp nào, không giống như phản ứng dị ứng đích thực (hay phản ứng liên can đến hệ miễn dịch) chỉ tác động đến những cá nhân dễ mắc

bệnh, phản ứng nhiễm độc tác động đến bất kỳ người nào ăn phải thức ăn có hại. Ngộ độc vi khuẩn *Salmonella*³ do ăn phải thịt gà vịt nấu chưa chín tới, là thí dụ thường thấy về phản ứng nhiễm độc thuộc dạng thứ nhất. Nạn nhân thường phát sinh các triệu chứng như buồn nôn, ói mửa, sốt, và tiêu chảy. Ngộ độc histamine do ăn phải cá thu, cá mùi kiếm, cá mòi, cá trống (anchovy - thuộc họ cá trích thân nhỏ và có mùi rất tanh), và cá trích ướp lạnh chưa đúng mức, là thí dụ về phản ứng nhiễm độc thuộc dạng thứ hai. Histamine tiết ra bởi các vi khuẩn làm hỏng các thức ăn này, chứ không phải chính các vi khuẩn ấy, gây ra tình trạng đỏ mặt, nổi mề đay, nhức đầu, và rối loạn vị tràng.

DỊ ỨNG THỰC PHẨM ĐỐI VỚI THỰC PHẨM

Dị ứng thực phẩm có liên quan đến hệ miễn dịch và gồm có hai loại. Nói chung, chúng đều thuộc dạng phản ứng mẫn cảm tức thời (đã được thảo luận ở chương 1) điển hình xảy ra trong vòng vài phút sau khi tiêu hóa thức ăn gây ngộ độc, liên hệ đến các kháng thể IgE, dưỡng bào, bạch cầu ái kiềm, và sự phóng thích histamine (cũng như các hóa chất trung gian khác). Trên thực tế, sự bộc phát các phản ứng này có thể nhanh đến mức chúng có thể diễn ra trong khi thức ăn vẫn còn trên miệng. Hiếm thấy hơn là các trường hợp dị ứng thực phẩm thuộc dạng phản ứng mẫn cảm muộn phát, liên can đến các lympho bào T và phải nhiều giờ sau mới xuất hiện.

CÁC DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG CỦA DỊ ỨNG THỰC PHẨM

Các dấu hiệu và triệu chứng cho thấy tình trạng dị ứng đang phát tác ở một cá nhân tùy thuộc vào một số nhân tố bao gồm tuổi tác, số lượng và phẩm chất loại thực phẩm đã ăn vào, cùng sự hiện diện của các chứng bệnh khác. Mặc dù toàn bộ cơ thể có thể bị ảnh hưởng đến, nhưng nói chung dị ứng thực phẩm chủ yếu tác động nhằm vào hệ vị tràng, da, và đôi khi tác dụng đến hệ hô hấp. Do đó, các triệu chứng thường bao gồm một loạt hiện tượng từ buồn nôn, ói mửa, và tiêu chảy cho đến cơn sốc ở nhiều hệ chức năng khả dĩ khiến cho nạn nhân bị tử vong. Còn tại sao một hệ cơ quan nào đó là vùng mục tiêu tác động ở cá nhân này trong khi ở cá nhân khác lại không phải là vùng mục tiêu là vấn đề đến nay vẫn chưa được sáng tỏ.

Không lấy gì làm lạ rằng dạ dày-ruột, kể cả miệng và cuống họng, là mục tiêu chủ yếu của dị ứng thực phẩm. Trên thực tế, tình trạng ngứa ngáy và sưng phồng ở môi, niêm mạc trong miệng, vòm miệng, và cuống họng đôi khi có thể xảy ra ngay khi thức ăn được đưa vào miệng. May thay, các phản ứng như thế thường là tạm thời và không luôn luôn tiếp nối bởi các biểu hiện dị ứng khác. Tuy vậy, sau khi tiêu hóa trong dạ dày và ruột, một số thức ăn có hại vẫn còn tiếp tục gây ra các dạng rối loạn vị tràng khác như trướng, co thắt bụng, sinh hơi, tiêu chảy, buồn nôn, và ói mửa.

Da là mục tiêu kế tiếp của dị ứng thực phẩm. Phản ứng bất lợi điển hình bao gồm các phản ứng nổi mề đay ngứa

ngây cấp tính và ít khi thuộc dạng mạn tính, hoặc các phản ứng mày đay lan rộng và nghiêm trọng, gọi là *chứng phù mạch* (angioedema). Điểm quan trọng phải lưu ý là các cơn bộc phát hen suyễn, chàm da, hay viêm mũi cũng có thể xảy ra nhằm chống lại dị ứng thực phẩm, đặc biệt ở trẻ em; tình trạng này rất ít xảy ra ở người trưởng thành.

MỘT SỐ TÁC NHÂN GÂY RẮC RỐI THƯỜNG THẤY

Trong khi dị ứng thực phẩm thường xảy ra hơn trẻ em, thì các phản ứng này cũng có thể phát tác ở bất cứ độ tuổi nào. Tuy nhiên, nói chung chúng có khuynh hướng giảm mức độ nghiêm trọng hoặc biến mất hẳn về cuối đời. Các nhân tố di truyền cũng góp phần gây bệnh, và những người có tiền sử quá mẫn cảm³ cá nhân hay gia tộc (như hen suyễn, sốt cỏ khô, hay chàm da chẳng hạn) dường như khá dễ mắc phải các dạng dị ứng thực phẩm. Mặc dù bất kỳ loại thực phẩm nào cũng có khả năng gây dị ứng, nhưng các loại thực phẩm dính líu thông thường nhất đến các phản ứng mẫn cảm tức thời bao gồm trứng, sữa, lúa mì, đậu phộng, đậu nành, thịt gà, cá, các loại hạt quả (nuts), thủy sản có vỏ cứng (shellfish), và động vật nhện thể có vỏ cứng (mollusks).

Tập quán ăn uống phong phú của chúng ta ngày nay khiến cho việc tránh né các loại thực phẩm gây dị ứng trở nên khó khăn hơn bạn tưởng. Nếu không hiểu rõ. Bạn có thể ăn mọi loại chế phẩm làm từ thức ăn gây dị ứng cho bạn. Thí dụ bạn bị dị ứng đối với ngô, bạn cũng phải cảnh giác đối với các đồ gia vị chế biến từ ngô như nước màu

(caramel coloring – đường thắng), citric acid, chất keo xanthin lecithin, hồ bột chế biến thức ăn, và dextrin mạch nha. Và nếu bạn nhạy cảm quá mức đối với ngô, thì chỉ cần liếm phải chất keo chế biến từ ngô phết ở mặt sau một con tem thư bạn cũng có thể gặp rắc rối rồi.

Sữa là một thí dụ điển hình khác. Không kể chất sữa có trong rất nhiều sản phẩm chế biến từ sữa như kem, pho mát, và ya ua, dù không thấy rõ lắm sữa cũng có trong nước màu, lactic acid, và calcium lactase. Tương tự, đậu tương thấy trong protein chế biến từ rau cải cũng như các phó sản glycerin và tocopherol chế biến từ đậu nành cũng là chất khó lòng tránh được. Hiển nhiên, chỉ biết rõ các loại thực phẩm gây dị ứng để hồng đơn thuần kiêng cử thôi cũng chưa đủ. Bạn cũng phải tìm hiểu các sản phẩm chế biến từ các loại thực phẩm ấy nữa.

Điều lý thú là dù cho quan điểm chung của mọi người cho rằng cà chua và chanh là tác nhân thường xuyên gây dị ứng, nhưng các công trình nghiên cứu y học rất công phu cho đến nay vẫn không ủng hộ khẳng định này. Ngoài ra, một số người hầu như chắc chắn bị nổi mề đay sau khi ăn quả dâu tây, thế mà chưa có công trình nghiên cứu nào chứng minh được cơ sở dị ứng (liên can đến kháng thể IgE) cho loại phản ứng này.

CÁC CHẤT LÀM HỒNG THỰC PHẨM

Dị ứng đối với các chất ô nhiễm trong một số thức ăn phải được phân biệt với dị ứng với chính các thức ăn ấy.

Thí dụ dị ứng đối với pho mát, trái cây khô, ya ua, hoặc rượu nho có lẽ không thực sự là dị ứng đối với bản thân các món này, mà chính là dị ứng đối với một số nấm mốc hiện diện thường làm cho chúng bị hư hỏng. Thật là phiền toái khi ăn phải các mảnh xác côn trùng lẫn vào một số đồ gia vị hoặc rơi vào các thức ăn khác, các thứ này có thể khởi động các cơn dị ứng khiến cho người ta hiểu lầm một món ăn nào đó là tác nhân gây hại. Và sau cùng, có lẽ không phải bản thân chất sữa chịu trách nhiệm đối với mọi ca bệnh gọi là “dị ứng sữa” (milk allergy), mà chính các chất kháng sinh như bacitracin, tetracycline, hay penicillin xâm nhập vào nguồn sữa trong cơ thể động vật sau khi đàn gia súc được chủng ngừa bệnh.

CÁC CHẤT PHỤ GIA THỰC PHẨM

Dù nói thế nào đi nữa, dường như người ta vẫn cứ cho rằng việc cô lập nguyên nhân có thể gây dị ứng thực phẩm là việc làm khá dễ dàng. Có lẽ bạn dễ bị cám dỗ có lối lập luận đại khái như: “Tôi đã ăn nước sốt táo. Thế là mày dậy nổi lên. Do đó, tôi hẳn là dị ứng đối với táo.” Không có thể, lối lập luận như thế có lẽ không đúng. Ngày nay, thức ăn chứa đủ thứ phụ gia, và chính sự kiện này khiến cho việc xác định tác nhân đặc biệt gây dị ứng là công tác sẵn lòng vô cùng khó nhọc. Không phải là các chất làm hỏng thực phẩm, các chất phụ gia như tên gọi của chúng là các chất được người ta cố tình cho vào một loại thức ăn chế biến nhằm mục đích nhất định.

Theo nghĩa rộng, chất phụ gia thực phẩm là bất kỳ chất nào được trực tiếp hay gián tiếp cho thêm vào nhằm trở thành một thành phần của loại thực phẩm chế biến ấy. Thí dụ người ta cho thêm vitamin và khoáng chất vào nhiều loại thực phẩm để duy trì hoặc cải thiện giá trị dinh dưỡng của chúng. Các loại thực phẩm khác có loại phụ gia để ngừa hư thối và nhằm giữ cho thực phẩm luôn còn tươi, không xuống màu, và không mất mùi vị. Còn các loại phụ gia khác nhằm giúp cho thức ăn thêm phần bắt mắt và hấp dẫn khẩu vị. Cuối cùng, rất nhiều loại hóa chất được thêm vào thức ăn để tạo dáng, hoặc cấu hình, hoặc để nâng cao khả năng chế biến của nó.

Theo sổ y tế công cộng Hoa Kỳ, xấp xỉ 2800 chất được cố tình thêm vào thức ăn để tạo hiệu quả mong muốn. Ngoài ra, có đến 10 ngàn phụ gia hoặc hỗn hợp phụ gia có thể được thêm vào thực phẩm trong quá trình chế biến, đóng gói, hoặc tồn trữ. Các chất phụ gia thực phẩm thông thường nhất là đường, si rô hỗn hợp muối và bột bắp, citric acid, thuốc muối (baking soda), chất giữ màu rau cải, mù tạc, và hạt tiêu. Gộp chung, các chất này hiện chiếm tỷ trọng cao hơn 98% tổng số chất phụ gia dùng ở Hoa Kỳ.

Sau đây là một đoạn miêu tả sơ lược về một số thành phần phụ gia thông dụng và các loại phản ứng khá thường xuyên do chúng gây ra:

1. Chất aspartame (tên TM là Nutrasweet), một chất ngọt không có giá trị dinh dưỡng thấy trong nhiều loại thực phẩm và nước giải khát, là nguyên nhân gây ra các chứng mày đay nghiêm trọng gọi là *chứng*

phù mạch (angioedma). Vào năm 1985 tôi đã báo cáo một trường hợp lần đầu được minh chứng trong một y văn về tình trạng vô số nốt nổi ở chân của một thiếu nữ đã dùng rất nhiều sô đa có chứa chất aspartame. May thay, tình trạng này biến mất hẳn khi bệnh nhân ngưng dùng loại nước giải khát ấy.

2. Các chất BHA (Butylated hydroxyanisole) và BHT - BHA (Butylated hydrotoluene - butylated hydroxyanisole), là các chất chống oxy hóa thường dùng cho ngũ cốc và các chế phẩm khác từ ngũ cốc, gây ra chứng nổi mề đay và các chứng ban ngoài da khác.
3. Chất FD & Yellow # 5 (tartrazine), một loại phẩm màu cho vào thức ăn thấy trong nhiều loại thực phẩm và nước giải khát, là một nguyên nhân khác nổi tiếng gây ra chứng mề đay.
4. Chất dậy mùi thông dụng monosodium glutamate (MSG) đặc biệt trong các thức ăn Trung Hoa và cũng tìm thấy trong nhiều món ăn tươi, các mặt thực phẩm đóng gói, các món ăn đông lạnh, và các món ăn cho giới sành điệu. Chất này là nguyên nhân gây ra nhiều phản ứng có hại như làm trầm trọng thêm bệnh hen suyễn, cảm giác bỏng rát trong cuống họng, tình trạng nặng ngực, tiêu chảy, da mặt khó chịu, nhức đầu, và buồn nôn.
5. Các chất muối nitrate và nitrite được dùng làm chất bảo quản, chất dậy mùi, và chất tạo màu trong các loại thực phẩm chế biến như thịt thăn lợn muối hay

xông khói (bacon), xúc xích xông khói, xúc xích xông khói loại nhỏ, xúc Xích Ý, xúc xích, và cá xông khói. Các chất muối này bị cho là tác nhân gây ra chứng nhức đầu và nổi mề đay.

6. Các chất parabens, bao gồm butyl-, ethyl-, methyl-, và propyl-, cùng chất có liên quan sodium benzoate, là các chất bảo quản thông dụng trong nhiều loại thực phẩm chế biến và dược phẩm. Các chất này được công nhận là nguyên nhân gây ngứa, đau nhức, phát ban ngoài da, và sưng phồng.
7. Các chất sulfite, như bisulfite, metabisulfite, potassium sulfite, sodium sulfite, và sulfur dioxide, là một nhóm hóa chất quan trọng khác được dùng làm chất bảo quản thực phẩm và vệ sinh bao bì. Chúng được tìm thấy ở các loại trái cây đóng hộp, đông lạnh, và sấy khô; trong các thức uống như bia, rượu nho, thùng rượu nho ướp lạnh, và rượu táo; ở các loại dược phẩm chế biến; ở các loại dầu dấm trộn salad; các loại súp đóng hộp, các loại rau cải, tôm, trà, và thức ăn Mexico. Các chất này gây ra các phản ứng có hại như đau thắt vùng bụng, hen suyễn, nặng ngực, tiêu chảy, nhịp mạch tăng vọt, mề đay, vầng đầu, tụt huyết áp, và ói mửa.

CHẨN ĐOÁN DỊ ỨNG THỰC PHẨM

Nếu bạn thấy rằng mỗi khi uống sữa hoặc ăn đậu phụng chẳng hạn bạn đều thấy bị nổi mề đay, có lẽ bạn nên

nghe ngờ bị dị ứng với các thức ăn này. Và nếu bạn có tiền sử bản thân hay gia đình bị chàm da quá mẫn cảm, sốt cỏ khô, hen suyễn, hoặc có phản ứng nổi mề đay vì các tác nhân dị ứng ngoài thực phẩm, thì bạn rất có thể bị dị ứng thực phẩm. Ngược lại, bởi vì các dấu hiệu và triệu chứng của một số bệnh ngoài da, ở hệ vị tràng, và ở đường hô hấp có thể tương tự với dị ứng thực phẩm, cho nên các bệnh này phải được loại trừ bằng cách khai thác bệnh sử tỉ mỉ và khám cơ thể thận trọng *trước khi* chẩn đoán dị ứng thực phẩm.

Sau khi kết quả thẩm định sơ bộ cho thấy thực phẩm có lẽ là thủ phạm gây rắc rối, một số xét nghiệm sau đây được tiến hành để xác lập chẩn đoán. *Xét nghiệm lấy da* yêu cầu cắt một số vệt nhỏ trên da, rồi nhỏ một giọt dung dịch tác nhân dị ứng nghi ngờ vào các vết xước ấy để quan sát xem liệu các triệu chứng dị ứng có xảy ra không. Tình trạng đỏ rục và sưng phồng lên ở vùng xét nghiệm cho thấy có dị ứng. Nói chung, xét nghiệm đối với các thức ăn như trứng, hạt quả, cá, sữa, đậu phụng, và lúa mì đều có tương quan khá chặt chẽ với các triệu chứng dị ứng.

Không may, tình hình này không xảy ra cho nhiều loại thực phẩm khác. Nói khác đi, một xét nghiệm da cho thấy bạn có thể dị ứng với một loại thức ăn nào đó. Nhưng nếu bạn không có triệu chứng nào khi ăn loại thức ăn ấy, hẳn là bạn *không* dị ứng với nó vậy. Các bác sĩ gọi trường hợp này là *kết quả dương tính giả* (false positive result), và có đến 30% số người sức khỏe bình thường có thể có phản ứng xét nghiệm da dương tính sai lạc đối với nhiều loại thực phẩm. Ngược lại kết quả xét nghiệm da âm tính – tức là

kết quả cho thấy tác nhân dị ứng thực phẩm không gây phản ứng - còn lâu mới là một phát hiện đáng tin cậy để loại trừ phán đoán cho rằng một thức ăn nào đó không phải là thủ phạm gây dị ứng.

Thử nghiệm tiêm trong da (intradermal test) là một dạng khác trong xét nghiệm da, nhưng ngày nay ít được sử dụng để xét nghiệm dị ứng thực phẩm. Đối với loại xét nghiệm này, chất nghi ngờ được tiêm thẳng vào trong da, và người ta quan sát xem vùng xét nghiệm có bị đỏ rực và sưng phồng lên không. Loại xét nghiệm này thực ra không hiệu quả gì hơn xét nghiệm lấy da ước lệ, nhưng vì đôi lúc nó có thể gây phản ứng dị ứng nghiêm trọng và đe dọa đến tính mạng nên không còn được chỉ định tiến hành nữa.

Dù kém nhạy cảm hơn xét nghiệm da trong việc phát hiện dị ứng, nhưng một xét nghiệm máu khá tốn kém là RAST có thể được dùng để xác định sự hiện diện của kháng thể IgE đối với tác nhân nghi ngờ gây dị ứng với các thức ăn đặc biệt. Ưu điểm chính của loại xét nghiệm này là tính an toàn, có lợi rõ rệt khi bệnh nhân đã từng có phản ứng khả dĩ nguy hiểm đến tính mệnh đối với các loại thức phẩm xét nghiệm.

Thử nghiệm thức ăn, trong đó bệnh nhân được phép dùng các thức ăn có hại dưới sự giám sát chặt chẽ của nhân viên y tế (thường trong bối cảnh bệnh viện), là xét nghiệm thực sự có tính quyết định duy nhất nhằm biết rõ loại thực phẩm nào gây dị ứng. Thử nghiệm này tiến hành theo một trong ba cách: công khai, chỉ một bên biết rõ, và

cả hai bên đều không biết rõ đang thử nghiệm. Trong các thử nghiệm công khai, cả hai bên bệnh nhân và bác sĩ đều biết rõ đang thử nghiệm tác nhân dị ứng nào. Bởi vì loại xét nghiệm này có tính chủ quan cao, nên ít chính xác nhất trong ba cách thử nghiệm. Trong thử nghiệm một bên biết rõ, chỉ bệnh nhân biết rõ mình đang ăn món gì nên xét nghiệm có phần khách quan hơn. Còn trong thử nghiệm cả hai bên đều không biết rõ, khách quan nhất trong ba cách, loại thực phẩm nghi ngờ gây dị ứng và chất giả hiệu⁴ đều được cho vào viên nang đông cứng, cả bệnh nhân lẫn bác sĩ đều không biết rõ viên nào là tác nhân nghi ngờ gây dị ứng và viên nào là thuốc giả hiệu. Các triệu chứng dị ứng phát sinh trong bối cảnh thử nghiệm này được xem là chứng cứ xác thực về phản ứng có hại đích thực xảy ra đối với thức ăn. Không cần phải tiến hành loại nào trong số ba loại thử nghiệm này, nếu như tình hình xảy ra khiến cho người ta khẳng định được các triệu chứng có liên quan đến một loại thực phẩm đặc biệt. Nói khác đi, nếu biết chắc rằng các triệu chứng ở đường hô hấp, hoặc tình trạng môi lưỡi hay mặt sưng phồng lên, bắt đầu xảy ra chẳng bao lâu sau khi ăn phải một loại thực phẩm nhất định, thông thường bạn sẽ không cần đến loại xét nghiệm này.

Chế độ ăn loại trừ (elimination diets) cũng được sử dụng từ nhiều năm nay trong chẩn đoán dị ứng thực phẩm. Như tên gọi, các xét nghiệm này yêu cầu loại trừ hẳn các loại thực phẩm có thể gây rắc rối, rồi sau đó lại đưa chúng vào khẩu phần ăn trong một thời gian để quan sát xem liệu chúng có gây ra các triệu chứng dị ứng không. Biện pháp này thường loại trừ các món sau đây ra khỏi khẩu

phần ăn mỗi ngày: quế, sôcôla (kể cả chất cola), trái cây thuộc họ cam quýt, (gồm bưởi, chanh và cam), ngô (bao gồm hạt, bột, bột thô, dầu, tinh bột, và sirô ngô), trứng, các chất tạo màu và bảo quản thực phẩm, ngũ cốc (lúa mạch, hạt kê, yến mạch, gạo, và lúa mì), các loại đậu (đậu cove, đậu hoà lan, đậu phụng, và đậu nành) và cà chua. Chế độ ẩm thực loại trừ khác khe hơn chỉ cho phép ăn nước cốt táo, chuối, thối cừ non, và cơm.

Nếu như triệu chứng vẫn còn xảy ra trong bối cảnh chế độ ẩm thực loại trừ khác khe, thì rất có thể thức ăn bị hạn chế dùng không phải là tác nhân gây dị ứng. Nhưng các triệu chứng biến mất sau khi loại trừ một thức ăn nào đó, và sau đó chúng lại xuất hiện khi ăn trở lại thức ăn ấy, thế là đã có mối tương quan nhân quả rõ ràng rồi. Mặc dù lối xét nghiệm này thường rất tốn kém và mất thời gian, nhưng so với một số xét nghiệm kể trên nó vẫn có ưu điểm an toàn hơn.

Hai loại xét nghiệm dưới đây đáng lưu ý đặc biệt bởi vì chúng tỏ ra hoàn toàn vô dụng, chỉ làm tốn kém và lãng phí thời gian. Xét nghiệm thứ nhất gọi là *xét nghiệm bạch cầu gây độc tế bào* (cytotoxic lenkocyte test). Theo lý thuyết hậu thuẫn cho loại xét nghiệm này, thức ăn gây dị ứng có khả năng làm giảm sút số lượng bạch cầu hoặc gây ra tình trạng rối loạn chức năng của chúng. Những người chủ trương loại xét nghiệm này cho rằng các tình trạng bất bình thường này có thể xác định bằng cách hoặc cho bệnh nhân ăn loại thức ăn nghi ngờ gây dị ứng rồi trích một mẫu máu để tìm ra các chuyển biến bất lợi, hoặc trực

tiếp cho loại thức ăn ấy vào ống nghiệm cùng với mẫu máu của bệnh nhân để tìm hiểu tác dụng của nó.

Tương tự, *xét nghiệm dưới lưỡi* (sublingual test) cũng được dụng. Trong xét nghiệm này, người ta nhỏ các giọt dung dịch chiết xuất từ loại thức ăn nghi ngờ theo mức độ đậm đặc dần vào dưới lưỡi cho đến lúc một liều lượng đúng mức khiến cho các triệu chứng dị ứng xảy ra. Khi đã có được các thông tin này rồi, người ta dần tiếp tục cho các giọt dung dịch thức ăn gây dị ứng với nhiều mức đậm đặc khác nhau vào dưới lưỡi, và thông thường thực hiện mỗi tuần vài lần, với hy vọng “trung hòa” dị ứng. Cả hai loại xét nghiệm vừa kể đều không tỏ ra ích lợi gì cho công tác chẩn đoán hay chữa trị cả, nên các bác sĩ danh tiếng nhất đều không màng sử dụng chúng.

PHÒNG NGỪA VÀ CHỮA TRỊ

Có một số bằng chứng cho thấy nếu cho trẻ em bớt ăn các loại thực phẩm gây dị ứng đi, người ta có thể giúp chúng ngăn ngừa để không mắc phải một số bệnh dị ứng sau này. Trong một công trình nghiên cứu mới đây được đăng tải trên tạp chí y học Lancet được nhiều người ngưỡng mộ, một nhóm bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ được hướng dẫn tránh dùng trứng, cá, sữa, các loại hạt quả, và các thức ăn khác khả dĩ gây dị ứng trong khẩu phần ăn thường ngày của họ cũng như của đứa trẻ cho đến khi đứa trẻ được khoảng từ 9 đến 12 tháng tuổi. Các nhà nghiên cứu đã phát hiện được sự giảm sút đáng kể ở các trường hợp mắc bệnh hen suyễn, chàm da, và không dung nạp

thức ăn ở các đối tượng thuộc nhóm thử nghiệm này so với nhóm kiểm soát gồm các bà mẹ và con cái theo chế độ ẩm thực bình thường. Tuy công trình nghiên cứu này cho rằng thay đổi chế độ ẩm thực như thế có thể giảm bớt trong ngắn hạn rủi ro mắc phải dị ứng ở trẻ, nhưng nhóm thử nghiệm này bao gồm số đối tượng không nhiều, nên người ta không thể rút ra được kết luận có thể có ích lâu dài sau này. (Do đó, nếu đang nuôi con bằng sữa mẹ, bạn nên hỏi qua ý kiến của bác sĩ nhi khoa trước khi thay đổi chế độ ẩm thực thường ngày của chính bạn hay của con bạn).

Tuy có phiền hà, nhưng một khi đã mắc bệnh thì biện pháp “chữa trị” đặc hiệu duy nhất đối với dị ứng thực phẩm là ngăn ngừa bằng cách kiêng ăn thật nghiêm ngặt. Thế nhưng, bạn còn phải làm nhiều hơn nữa chứ không chỉ đơn thuần tránh ăn loại thực phẩm gây dị ứng cho bạn. Bạn cũng phải tìm hiểu xem loại thức ăn nào có liên quan đến thủ phạm, gây dị ứng. Thí dụ nếu dị ứng với trái điều (đào lộn hột), bạn cũng có thể dị ứng với xoài và quả hồ trăn, nên bạn cũng nên thận trọng đối với các loại này. Hoặc giả, nếu dị ứng với loài cua, bạn cũng nên thận trọng khi ăn loài tôm nước ngọt (crayfish), tôm hùm, hay tôm nước mặn (shrimp). Các bác sĩ gọi dạng rối loạn này là *phản ứng chéo* (cross-reactivity). Bạn nên yêu cầu bác sĩ lập giúp một bảng kê các thức ăn có liên quan đến loại thực phẩm gây dị ứng cho mình, và ngoài ra, nhờ một chuyên viên dinh dưỡng tài giỏi góp ý lập thực đơn hàng ngày cũng có lợi cho bạn.

Phải loại trừ một số thức ăn khỏi khẩu phần ăn của bạn vì lý do dị ứng không nhất thiết có nghĩa là bạn sẽ không

bao giờ có thể ăn được các món ấy trở lại. Một số thức ăn dùng số lượng nhiều mới gây ra các triệu chứng, các thức ăn này có thể không gây ra rối loạn gì đáng kể khi ăn chút ít hoặc khi chúng chỉ là thành phần nhỏ trong các món ăn khác. Và một số thực phẩm gây dị ứng khi còn tươi sống, nhưng khi nấu chín lại không gây ra triệu chứng gì cả. Điều đáng mừng nhất là một số người, nhất là trẻ em, theo thời gian có thể hết bị dị ứng hoàn toàn với một số thực phẩm.

Thế nhưng, khi cơn dị ứng đã xuất hiện thì các loại thuốc kháng-histamine, như các mặt thuốc dùng để chữa chứng sốt cỏ khô và bệnh dị ứng quanh năm, cũng có thể được dùng để chống chế các triệu chứng dị ứng thực phẩm. Đối với các triệu chứng nghiêm trọng hơn không đáp ứng với thuốc kháng-histamine, người ta buộc phải kê toa bổ sung bằng loại thuốc steroid kháng viêm, như prednisone chẳng hạn. Hiện nay, để chữa trị dị ứng thực phẩm việc dùng loại thuốc cromolyn sodium dạng uống nhằm ổn định các dưỡng bào và ngăn chặn phóng thích histamine vẫn còn trong vòng tranh cãi, và chưa được cơ quan quản lý thực phẩm và dược liệu (FDA) phê chuẩn.

Nếu trong quá khứ đã từng bị phản ứng đe dọa đến tính mệnh đối với một loại thức ăn nào đó, bạn nên cảnh giác đối với các dấu hiệu nguy hiểm cho thấy có thể xảy ra cơn dị ứng thực phẩm nghiêm trọng. Trong khi hoặc chẳng bao lâu sau khi ăn, nếu bạn thấy nhanh chóng bộc phát tình trạng khó thở hay cảnh giác nghẹt thở, bạn nên đi bác sĩ ngay. Bạn cũng nên đem theo bên mình một bộ dụng cụ cấp cứu nhỏ để tự tiêm vào người loại thuốc epinephrine

(tức Adrenalin). Dụng cụ cấp cứu chứa loại thuốc epinephrine, như mặt hàng Epi-pen hay Ana-kit chẳng hạn, hiện có bán ở hầu hết các cửa hiệu thuốc tây, có hình thức giống như dụng cụ mang theo bên mình của những người bị phản ứng nghiêm trọng đối với các vết ong đốt. Không may, ngược lại kết quả khả quan nói chung trong việc đối phó với chứng dị ứng sốt cỏ khô, các liều thuốc tiêm giải cảm ứng không có công hiệu gì trong hầu hết các ca dị ứng thực phẩm.

ĐÔI ĐIỀU VỀ LOÀI CANDIDA

Thảo luận về dị ứng thực phẩm sẽ không đầy đủ nếu không đề cập đôi điều về loài vi sinh Candida. Loài candida albican (cũng gọi là monilia) là loài nấm đơn bào sinh sống trong miệng, hệ vị tràng, và âm đạo con người. Trong điều kiện bình thường các vi khuẩn này không gây rắc rối gì cả, nhưng sau một đợt dùng thuốc kháng sinh hoặc steroid dạng uống chúng có khuynh hướng sinh sôi nảy nở và gây ra tình trạng bông rớt, đỏ rục, và chứng viêm âm đạo do nấm (yeast vaginitis), một tình trạng nói chung dễ chữa lành bằng thuốc trị nấm.

Vào đầu thập niên 1980, quan điểm thịnh hành cho rằng tình hình tăng trưởng quá mức của loài candida trong người hoặc trạng thái miễn cảm gia tăng bất bình thường đối với sự hiện diện của loài vi sinh này trong bụng là nguyên nhân gây ra rất nhiều dạng bệnh và triệu chứng không rõ lai lịch. Các dạng bệnh và triệu chứng này bao gồm cảm giác bệnh toàn thân, lo âu, trầm cảm, mệt nhọc

quá độ, nhức đầu, căng thẳng tiền kinh tăng cao, dễ cáu gắt, và khó tập trung tinh thần. Lý thuyết này ban sơ được sự tán thành đặc biệt của giới không chuyên môn, giới chuyên khoa dinh dưỡng, và giới chủ trương y học tổng thể⁵, nhưng hầu hết các chứng cứ bệnh vực cho lý thuyết này đều được xây dựng trên các khẳng định của các cá nhân mà thôi. Đến nay, các bằng chứng thuyết phục về mặt khoa học không minh chứng được mối tương quan nhân quả chặt chẽ giữa loài candida với các loại bệnh ấy. Một mặt, các xét nghiệm da và nuôi cấy phân để tìm candida thường dùng nhằm chẩn đoán sự hiện diện của loài vi sinh này đều có kết quả dương tính trong hơn 90% trường hợp xét nghiệm, bởi vì bình thường loài vi sinh này sinh trưởng trong cơ thể của hầu hết mọi người.

Ngay trong trường hợp phải chữa trị, kết quả cũng khiến người ta thất vọng khi thuốc kháng sinh nystatin⁶, một loại thuốc trị nấm candida, được chỉ định dùng trong các công trình nghiên cứu y học đối chứng, đối với các bệnh nhân bị cho là mắc cảm với loài nấm candida. Các nhà nghiên cứu đã phát hiện rằng các bệnh nhân được chữa trị bằng loại thuốc này chẳng tỏ ra khá hơn vì so với những người được chỉ định dùng các viên thuốc đường placebo. Và cuối cùng, biện pháp dùng chế độ ăn loại trừ men nấm thường được những người ủng hộ lý thuyết candida cực lực khuyến cáo nói chung cũng tỏ ra ít hiệu quả. May thay, cả ba biện pháp xét nghiệm tìm candida lẫn kê toa thuốc kháng sinh nystatin cũng như chế độ ăn loại trừ nấm candida đều không gây nguy hại gì đặc biệt cho người bệnh.

Rất ít bác sĩ còn tin cậy vào lý thuyết candida, và thay vào đó người ta tìm hiểu các nguyên nhân khác thuộc dị ứng hay phi dị ứng đã gây rắc rối cho bệnh nhân của họ. Tuy nhiên, nếu vẫn cứ quyết định đi theo con đường do lý thuyết này vạch ra để làm giảm bớt các triệu chứng của mình, bạn nên ghi nhớ rằng không những bạn có thể lãng phí thời gian và tiền của mà còn làm trì hoãn chẩn đoán và chữa trị đúng mức căn bệnh của mình.

380

¹ *Lactose* : Là một loại đường có trong sữa. Trong quá trình tiêu hóa Lactose tách ra thành glucose và galactose nhờ men lactose ở ruột non. Một số người không có men này nên gây ra chứng bất dung nạp lactose.

² *Ngộ độc thức ăn* : Có thể là ngộ độc độc tố của vi khuẩn; hoặc do còn sót lại thuốc trừ sâu ở trái cây, rau, hoặc do hóa chất độc như chì, thủy ngân; các loại thủy sản vỏ cứng trong nước ao tù nhiễm bẩn. Thường là các vi khuẩn nhóm Staphylococcus, clostridium (đồ hộp). Các triệu chứng bao gồm: buồn nôn, ói mửa, đau bụng, tiêu chảy?

³ *Samonella* : Là một vi trùng gram âm

Là tác nhân gây bệnh thương hàn, các trường hợp ngộ độc thức ăn, thậm chí nhiễm trùng huyết.

³ *Quá mẫn cảm* : Là một dạng dị ứng, có thể xảy ra ở xa vùng tiếp xúc chất gây dị ứng. Thí dụ một hóa chất gì đó qua đường tiêu hóa nhưng lại gây viêm da dạng chàm do quá mẫn cảm.

⁴ *Giả dược (Placebo)*: Là loại viên thuốc không có hoạt tính dược lý nhưng có thể làm giảm được bệnh vì nhờ yếu tố tâm lý (bệnh nhân tin vào tác dụng của nó).

⁵ *Y học tổng thể*: Cho rằng điều trị phải là toàn diện về cơ thể, tâm lý, nhân tố xã hội chứ không chỉ để ý đến bệnh đã chẩn đoán.

⁶ *Nystatin*: Là một kháng sinh có tác dụng trị nấm, tên thương mại là Nystatin hay Nystan. Có thể dạng kem bôi da, thuốc nhỏ mắt, viên đạn đặt hậu môn, âm đạo.

Chương 7

DỊ ỨNG THUỐC

Không phải chỉ vì bác sĩ đã chỉ định dùng thuốc trị ho hoặc người được sĩ khuyên dùng một loại thuốc nào đó tuy không cần đến toa bác sĩ nhưng được mọi người ưa chuộng cả trăm năm nay để chữa chứng rối loạn tiêu hóa mà bạn cho rằng mình sẽ không bị phản ứng tẻ hại đối với các loại thuốc ấy. Không may là, trong cái thế giới bất toàn của chúng ta không hề có một loại thuốc nào (bán theo toa bác sĩ hay không) mà tại không có khả năng gây ra các phản ứng bất lợi cho một số người. Dù không biết chính xác con số các phản ứng bất lợi thực sự đã xảy ra, người ta vẫn ước tính được chỉ riêng đối với bệnh nhân điều trị nội trú tỷ lệ biến chứng do dùng thuốc đã lên tới khoảng từ 6 đến 15%. Hiển nhiên, con số ca phản ứng thuốc còn lớn hơn thế rất nhiều đã xảy ra tại gia, và do đó đã không báo cáo chính thức.

CÁC PHẢN ỨNG - PHI DỊ ỨNG ĐỐI VỚI THUỐC

Không phải tất cả mọi phản ứng bất lợi đối với thuốc men đều có bản chất dị ứng (tức có liên quan đến hệ miễn dịch). Trên thực tế, dị ứng thuốc đích thực có lẽ chỉ chiếm tỷ lệ chưa đến 1/4 số ca phản ứng bất lợi đối với thuốc men trong bối cảnh bệnh viện. Đa số các tác dụng không mong muốn đều xảy ra theo các dạng phản ứng phi miễn dịch sau đây:

1. Phản ứng ngộ độc trực tiếp.
2. Tình trạng giảm khả năng chống chọi với bệnh tật của cơ thể.
3. Sự kìm hãm số lượng vi sinh phòng vệ trong cơ thể.
4. Các tương tác không mong muốn giữa các loại thuốc đã dùng để chữa trị các chứng bệnh khác nhau.
5. Các phản ứng đặc ứng¹

Bạn có thể thắc mắc liệu có cách phân biệt thực tiễn nào giúp bạn biết được một phản ứng bất lợi đối với một loại thuốc nào đó có bản chất dị ứng hay không. Thông tin như thế không chỉ có lợi nhất thời mà đôi khi còn có tầm quan trọng quyết định đối với sinh mệnh của bệnh nhân nữa. Để nhận thức được tầm quan trọng này, hãy hình dung bạn bị dị ứng với một loại thuốc nào đó, và bác sĩ đã cảnh giác rằng bạn không bao giờ được dùng loại thuốc ấy nữa. Giả sử sau đó bạn mắc phải một chứng bệnh thông

thường phải dùng đến loại thuốc ấy mới chữa khỏi, nếu may ra chứng bệnh của bạn có thể chữa khỏi được bằng nhiều loại thuốc khác nhau, thì vấn đề dị ứng thuốc không đáng ngại cho lắm. Ngược lại, nếu như bệnh tình của bạn chỉ có thể chữa khỏi bằng loại thuốc duy nhất mà bạn dị ứng, thì vấn đề dị ứng thuốc quả là cực kỳ hệ trọng. Chẳng phải là hiếm thấy, đây chính là trường hợp những người dị ứng với penicillin, insulin, hay các chất cản quang thường dùng trong kỹ thuật chiếu chụp X quang, trong đó không có sẵn loại thuốc nào thay thế thỏa đáng cả.

Phản ứng nhiễm độc trực tiếp đối với thuốc thường là hậu quả của việc vô tình hoặc thiếu thận trọng dùng thuốc quá liều. Chỉ liệt kê sơ lược các phản ứng nhiễm độc thường thấy nhất thôi cũng choán hết một quyển sách còn dày hơn cả tập sách này. Tác phẩm Sổ Tay Thầy Thuốc, thấy ở nhiều thư viện và được nhiều bác sĩ dùng đến, là nguồn thông tin quý giá về loại phản ứng này. Một thí dụ về phản ứng nhiễm độc trực tiếp là tình trạng ù tai do nhiễm độc salicylate gây ra, tình trạng này cũng là tác dụng phụ thường xảy ra sau khi uống quá nhiều thuốc aspirin. Thí dụ khác là chóng mặt, trong đó nạn nhân cảm thấy căn phòng xoay tít trước mắt, tình trạng này có lẽ là hậu quả của việc dùng quá liều thuốc kháng sinh minocycline. Còn buồn nôn và nhịp tim nhanh một cách bất bình thường có thể do dùng quá liều thuốc theophylline.

Đôi khi tình trạng nhiễm độc thuốc xảy ra do lượng thuốc tích lũy bất bình thường trong cơ thể lâu ngày chứ không do uống quá liều một lúc. Bởi vì hầu hết các loại

thuốc đều hoặc được phân hóa trong gan trước khi bài tiết ra khỏi cơ thể hoặc được loại trừ trực tiếp qua thận để vào nước tiểu, nên bất kỳ tổn thương hay bệnh tật gì xảy ra cho hai cơ quan này đều có thể dẫn đến tình trạng tích lũy thuốc quá mức khả dĩ gây độc cho cơ thể. Thí dụ khi thận hoạt động trục trặc, liều lượng của một số thuốc lợi tiểu (như mật thuốc Lasix chẳng hạn) phải giảm bớt phải ngăn ngừa độc tố gây tổn thương cho hệ thần kinh thính giác, một tình trạng cơ thể dẫn đến thảm họa mất thính lực vĩnh viễn. Tương tự, astemizole (tên TM là Hismanal), một loại thuốc kháng-histamine không gây ngủ thông dụng, được chuyển hóa bởi gan cho nên phải được chỉ định dùng với liều lượng thật thấp hoặc tránh dùng hẳn đối với người bị bệnh gan; nếu không, thuốc có thể gây ra tình trạng rối loạn nhịp tim nghiêm trọng.

Các biến đổi về khả năng chống chọi với bệnh tật của cơ thể – hoặc như các bác sĩ gọi là *tổn thương hệ miễn dịch* (immunesystem impairment) – là một dạng phản ứng phụ phi dị ứng khác khả dĩ xảy ra đối với một số thuốc. Thí dụ nhiều loại thuốc trị ung thư (thuốc chống bướu ác tính – antineoplastic) cũng như thuốc corticosteroid tác động toàn thân (như prednisone chẳng hạn), không may là ngoài các tác dụng có lợi của chúng, các loại thuốc này cũng dè bẹp khả năng chống nhiễm trùng tự nhiên của cơ thể. Tình trạng này khiến cho bệnh nhân dễ bị tổn thương bởi rất nhiều loại virus, nấm mốc, và vi trùng. Khả năng chống nhiễm trùng bị suy yếu trong tiến trình chữa bệnh thường là nguyên nhân trực tiếp khiến cho người bệnh tử vong. Ngoài ra, cả hai loại thuốc này đều gây trở ngại cho các cơ chế phục hồi cấu trúc và đông máu của cơ thể, thúc

đẩy nẩy sinh các chấm ban thâm tím lan rộng ngoài da gọi là *chứng ban xuất huyết*².

Sự bất ổn có hại về tình trạng cân bằng mong manh trong cơ thể giữa các loại vi sinh “lạnh tính” (các vi sinh vô hại sinh sống ở nhiều vùng trong cơ thể) và các loại vi sinh khả dĩ gây rắc rối (chỉ chục gây ra tình trạng nhiễm trùng) là một dạng tác dụng phụ quan trọng khác của thuốc. Dù muốn hay không muốn, các khoang cơ thể chúng ta thường đầy nhung nhúc đủ loại vi sinh cộng sinh trong tình trạng cân bằng mong manh giữa các loài phần lớn các trường hợp đều có lợi cho chúng ta do thế ưu thắng nghiêng về phía các loài vi sinh lạnh tính trong khi số lượng các loài vi sinh tác hại quá thấp không đủ sức gây ra bất kỳ tổn thương nào cho cơ thể. Loài vi sinh quen thuộc *lactobacillas*³ thường sinh sống trong âm đạo phụ nữ là thí dụ điển hình cho loài vi sinh hữu ích này. Số lượng bình thường các vi sinh này đủ sức ngăn chặn loài *candida* tăng trưởng quá mức.

Rắc rối nẩy sinh khi bạn cần phải dùng một loại kháng sinh để chữa trị hoặc chứng nhiễm trùng ở nướu răng hoặc chứng nhiễm trùng đường tiểu chẳng hạn. Đồng thời với việc tiêu diệt số vi trùng bất lợi ở miệng hay đường tiểu, thuốc kháng sinh cũng làm giảm dân số các loại vi sinh “lạnh tính” ở các khu vực khác trong cơ thể, để cho các vi sinh “tác hại” chiếm ưu thế và gây rắc rối cho bạn. Sự phát tác chứng viêm âm đạo do vi nấm ở các phụ nữ dùng các loại thuốc kháng sinh như penicillin, tetracycline, hay erythromycin là một thí dụ cổ điển về loại diễn biến bệnh tình này, nó giải thích lý do tại sao rất nhiều phụ nữ sợ

dùng các loại thuốc này. Chứng *viêm kết tràng giả mạc* (Pseudomembranous colitis) do thuốc kháng sinh clindamycin gây ra là một thí dụ nghiêm trọng hơn về loại phản ứng thuốc bất lợi này. Do sát hại số vi sinh thường trú trong đường ruột, clindamycin để cho các loại vi trùng gây độc tăng trưởng quá mức và là nguyên nhân gây ra tình trạng viêm kết tràng dẫn đến tiêu chảy có thể đe dọa đến tính mạng.

Một dạng phản ứng phi miễn dịch bất lợi khác đối với thuốc gọi là phản ứng đặc ứng (idiosyncratic reaction), bao gồm bất kỳ phản ứng nào mà cơ chế nền tảng làm nảy sinh ra nó đến nay vẫn chưa được sáng tỏ. May thay, các phản ứng thuốc đặc ứng tương đối hiếm khi xảy ra, thế nhưng chúng lại có thể phát tác bởi một liều lượng rất thấp của loại thuốc tác hại (tức là số lượng thuốc thấp hơn liều lượng điều trị rất nhiều). Thí dụ bao gồm tình trạng thiếu máu gây ra bởi phenytoin (tên TM là Dilantin), một loại thuốc chống co giật thường được các bác sĩ kê toa; tình trạng viêm tế bào thần kinh gây ra bởi izoniazid (tên TM là INH), loại thuốc kháng sinh chống lao số một hiện nay; và các tác dụng ức chế tủy xương về mặt sản sinh hồng cầu gây ra bởi loại thuốc kháng sinh đa trị chloramphenicol¹ (tên TM: chloromycetin)

Một nguyên nhân khác gây ra các rối loạn phi dị ứng là các tương tác không mong muốn giữa các loại thuốc. Thí dụ astemizole (tên TM là hismanal) và terfenadine (tên TM là Seldane) không nên kê toa cho những cá nhân đang dùng erythromycin hay ketoconazole (tên TM là Nizoral). Các loại thuốc này phối hợp lại sẽ rất có thể gây rối loạn nhịp

tim nghiêm trọng. Ngoài ra, những người đang dùng thuốc lợi tiểu cũng nên thận trọng đối với chúng, bởi vì do tác dụng làm thay đổi nồng độ muối trong máu đôi khi chúng cũng có thể gây rối loạn nhịp tim.

Đây chỉ là vài thí dụ trong số hàng ngàn trường hợp tương tác bất lợi có thể xảy ra giữa các loại thuốc mà thầy thuốc phải ghi nhớ khi kê toa cho những người mắc phải nhiều thứ bệnh cùng một lúc. Dĩ nhiên, việc báo cho bác sĩ biết về bất kỳ loại thuốc mua tự do hay theo toa bác sĩ mà bạn đang dùng, kể cả các loại thuốc nhức đầu và vitamin, là điều cực kỳ quan trọng.

DỊ ỨNG THUỐC ĐÍCH THỰC

Theo định nghĩa, phản ứng dị ứng đối với một loại thuốc gây ra bởi một dạng tương tác nào đó giữa hệ miễn dịch với loại thuốc ấy. Nói chung, bản thân các phân tử của nhiều loại thuốc đều có kích thước quá nhỏ nên không đủ sức gây ra một phản ứng dị ứng. Tuy nhiên, khi kết hợp với các protein ở trong các mô hay trong máu, thì các phân tử thuốc này hoặc các sản phẩm phân hủy do chuyển hóa của chúng trở nên đủ lớn để gây ra dị ứng.

Chúng có thể thấy trong một số trường hợp có lẽ có khuynh hướng di truyền mắc phải dị ứng thuốc. Thí dụ bình thường rủi ro xảy ra phản ứng trầm trọng đối với các loại thuốc sulfonamide hoặc thuốc chống co giật chỉ vào khoảng 1/5000. Nhưng nếu trong gia đình có một thành viên bị phản ứng với một trong các mặt thuốc này, thì rủi

ro ấy vọt lên đến 1/4. Vì lý do này điều đặc biệt quan trọng là phải báo cho thầy thuốc biết về tiền sử gia tộc mắc phải loại dị ứng này.

Nói chung, dị ứng thuốc đích thực thường không khởi phát trong lần dùng đầu tiên một loại thuốc mới. Thông thường phải mất từ 7 đến 21 ngày các phức hợp thuốc - protein trong cơ thể mới gây ra được tình hình quá mức mẫn cảm. Khoảng thời gian từ lần dùng thuốc đầu tiên đến khi khởi phát các triệu chứng dị ứng được gọi là *thời kỳ gây mẫn cảm*⁵ (the period of sensitization). Trong suốt thời kỳ quyết định này, các phức hợp thuốc - protein tương tác với hệ miễn dịch để kích thích sản sinh kháng thể và nhiều loại tế bào miễn dịch (xem chương 1). Không may, tần số dị ứng thuốc xảy ra gia tăng theo tuổi tác, nên tất cả chúng ta có thể sẽ bị dị ứng với hai hay ba loại thuốc khác nhau khi tuổi tác cao hơn.

Hiện tượng *phản ứng chéo* (cross-reactivity) là một khía cạnh quan trọng khác của dị ứng thuốc. Hiện tượng này có nghĩa là do bị dị ứng với một loại thuốc, bạn có thể tự động dị ứng với các loại thuốc khác có thành phần hóa học liên quan đến loại thuốc ấy. Thí dụ phần lớn phản ứng chéo xảy ra giữa nhiều loại thuốc chống co giật hiện có bán trên thị trường. Trên thực tế, khoảng 75% số người bị dị ứng với một mặt thuốc trong nhóm thuốc này sẽ có phản ứng với tất cả các mặt thuốc khác trong nhóm, và 25% còn lại sẽ có phản ứng với ít nhất một mặt thuốc khác trong nhóm. Tương tự, những người bị dị ứng với penicillin hay với một số các mặt thuốc dẫn xuất từ penicillin rất dễ dị ứng với tất cả các mặt thuốc dẫn xuất này.

Một khi đã bị mẫn cảm (tức đã bị dị ứng), mỗi khi dùng thuốc bạn thường có các triệu chứng dị ứng. Và thông thường mỗi lần dị ứng sau đều tồi tệ hơn lần trước đó. Trong các trường hợp nghiêm trọng, các triệu chứng dị ứng xảy ra trong vòng mấy giờ sau khi dùng liều thuốc đầu tiên.

CÁC LOẠI PHẢN ỨNG MIỄN DỊCH DO THUỐC GÂY RA

Căn cứ vào các cơ chế nền tảng khác biệt nhau, các bác sĩ thường chia dị ứng thuốc thành 4 loại: dị ứng mẫn cảm tức thời, bệnh phức tạp ở hệ miễn dịch, phản ứng gây độc tế bào, và phát ứng mẫn cảm muộn phát.

Nói chung xảy ra bất cứ lúc nào trong vòng 6 giờ trong khi dùng loại thuốc gây dị ứng, các phản ứng mẫn cảm tức thời liên hệ đến kháng thể IgE, dưỡng bào, và sự phóng thích số lượng lớn các loại hóa chất trung gian (xem chương 1) chịu trách nhiệm gây ra các triệu chứng. Các phản ứng này có khi rất trầm trọng và thậm chí đe dọa đến tính mệnh. Dùng dưới dạng tiêm vào bắp thịt hay tĩnh mạch, penicillin có lẽ là nguyên nhân điển hình nhất gây ra loại phản ứng nghiêm trọng này, nhưng tuyệt không phải là nguyên nhân duy nhất. Nhiều loại kháng sinh khác, hormone adrenocorticotropic (ACTH), insulin, vaccine chống cúm, biến độc tố uốn ván, và γ -globulin cũng có thể gây ra phản ứng mẫn cảm tức thời và sốc nặng.

Bệnh phức tạp ở hệ miễn dịch (immune-complex disease), trước đây gọi là bệnh huyết thanh, là loại dị ứng thứ hai do thuốc gây ra. Ở dạng phản ứng này, các phức hợp gồm các phân tử thuốc - protein kích thước nhỏ trôi nổi theo dòng máu cho đến khi bị vướng trong các mao huyết quản ở nhiều cơ quan quan trọng. Khi đó chúng lôi cuốn các protein huyết khác và bộc phát một loạt biến cố, cuối cùng gây ra tình trạng viêm nặng và tổn thương các mô cùng các cơ quan chung quanh. Các triệu chứng gồm sốt, ban, mề đay, các nốt thâm tím nhẹ ngoài da, các tuyến bị sưng lên, và đau nhức ở các khớp. Các loại thuốc thường gây ra loại dị ứng này là penicillin, thuốc sulfa, phenytoin (tên TM: Dilantin), aspirin, streptomycin, hydralazine (tên TM: Apresoline), procainamide (tên TM: pronestyl), isoniazid (INH), propylthiouracil, và chlorpromazine (tên TM: thorazine).

Các phản ứng gây độc tế bào là loại dị ứng thuốc thứ ba. Nghĩa là, chỉ riêng chất thuốc gây hại hoặc chất thuốc dính chặt vào một kháng thể bám vào mặt ngoài của các tế bào mục tiêu đặc biệt - thí dụ các hồng cầu - và khởi động tiến trình hủy hoại các tế bào ấy. Các loại thuốc có thể gây ra tình trạng thiếu máu theo lối này bao gồm penicillin, quinidine (tên TM là Quinaglute), quinine, aspirin, và nhóm kháng sinh cephalosporin (như các mặt thuốc Keflex, Velosef, và Duricef). Tình trạng hủy hoại tiểu cầu, các tế bào cần thiết cho hiện tượng đông máu bình thường, đã được ghi nhận gây ra bởi các loại thuốc quinine, quinidine, acetaminophen (tên TM: Tylenol), và thuốc sulfa. Và sau hết, tình trạng hủy hoại bạch cầu gây ra bởi các loại thuốc phenylbutazone (tên TM: Butazolidin),

phenothiazines (thí dụ mặt thuốc Thorazine), thuốc sulfa, phenytoin (Dilantin), tolbutamide (tên TM: Orinase), cùng các loại thuốc khác.

Sau cùng, thuốc có thể gây dị ứng qua cơ chế miễn dịch thứ tư gọi là phản ứng mẫn cảm muộn phát, liên hệ đến các lympho bào đã bị mẫn cảm. Ở da, các phản ứng muộn xuất hiện dưới dạng bệnh viêm da dị ứng do tiếp xúc (xem chương 8). Các loại thuốc như neomycin, bacitracin, parabens, propylen glycol, và PABA là thí dụ các thành phần thuốc thường thấy trong nhiều loại thuốc bán tự do hoặc theo toa bác sĩ hay gây ra bệnh dị ứng do tiếp xúc. Mặc dù không thường xảy ra, phản ứng mẫn cảm muộn cũng có thể xảy ra ở các cơ quan khác. Thí dụ nitrofurantoin (tên TM: Furadantin), penicillin, và phenytoin (Dilantin) là các loại thuốc gây ra tình trạng viêm muộn phát ở hai buồng phổi.

CÁC DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG

Các nhóm triệu chứng dị ứng đặc biệt do một loại thuốc gây ra tùy thuộc vào các cơ quan bị tác động. Trong một số trường hợp, các triệu chứng xuất hiện ngay sau khi dùng thuốc; trong các trường hợp khác, các triệu chứng xuất hiện khi người bệnh dùng thuốc đã lâu ngày; và trong các trường hợp khác nữa, các triệu chứng sẽ xuất hiện sau khi ngưng dùng thuốc. Đôi khi chúng tự động biến mất dù bệnh nhân vẫn còn tiếp tục dùng thuốc; nhưng thông thường nhất, phải ngưng dùng thuốc hẳn để giảm nhẹ tình hình.

BAN NGOÀI DA

Hầu hết các ca dị ứng thuốc đều liên hệ đến da theo cách nào đó, và nhiều loại thuốc có khả năng gây ra nhiều dạng phản ứng ngoài da. Các tình trạng ngứa ngáy, mào đay thưa thớt, mào đay từng mảng, các vết đỏ, ban giống như sỏi, và chàm da đều được công nhận là các biến chứng của một số thuốc tác động cục bộ hay toàn thân. Các bệnh ngoài da liên quan đến thuốc ít khi xảy ra hơn bao gồm ban cố định do phản ứng thuốc (trong đó một hay nhiều đốm đỏ bầm xuất hiện ở cùng một vị trí sau mỗi lần uống thuốc); ban xuất huyết (các vết thâm tím lớn nhỏ khác nhau); ban bóng nước (blistering eruptions); phản ứng nhiễm độc do ánh sáng (nhạy cảm cao độ với tia cực tím dẫn đến các vết cháy da trầm trọng); phản ứng dị ứng ánh sáng (tia cực tím phối hợp với thuốc gây ra chứng chàm da dị ứng đích thực); ban đỏ⁷ da hình (một dạng mào đay ngày càng nặng thêm), ban đỏ nút (các nốt sưng đau đớn thường mọc ở các chi dưới), và viêm da tróc mảng (exfoliative dermatitis – ban có vảy đỏ lan rộng hơn 90% bề mặt da kể cả da đầu).

Hiển nhiên chứng hoại tử thượng bì do nhiễm độc, một tình trạng thường gây chết người trong đó các mảng da lớn và mô niêm mạc bị tróc ra hẳn, là biểu hiện ngoài da đáng sợ nhất của dị ứng thuốc. Dị ứng da thuộc nhiều dạng khác nhau đều là hậu quả của các loại thuốc như penicillin cùng các thuốc dẫn xuất của nó (như ampicillin, amoxicillin, và dicloxacillin), các loại thuốc kháng sinh trimethoprim - sulfa (như các mặt thuốc Septra và bactrim), sulfisoxazole

(như các mặt thuốc Gantrisin và gantanol), cephalosporins (như các mặt thuốc keflex, velosef, và Duricef), barbiturates (như phenobarbital chẳng hạn), quinidine (tên TM là Quinaglute), cùng nhiều loại thuốc khác nữa.

SỐT DO DỊ ỨNG THUỐC

Sốt có thể là biểu hiện duy nhất của dị ứng thuốc hoặc có thể kèm theo chứng phát ban ngoài da và các triệu chứng ở các cơ quan khác. Người ta cho rằng dạng sốt này có liên quan đến sự phóng thích các *chất gây sốt* (pyrogens- các hóa chất trung gian làm tăng thân nhiệt) từ một số bạch cầu. Khi sốt là triệu chứng duy nhất, nó thường xuất hiện trong khoảng thời gian từ ngày thứ 7 đến ngày thứ 10 sau khi dùng thuốc. Điểm đặc trưng của nó là nếu ngưng dùng thuốc thì thân nhiệt trở lại bình thường, nhưng khi dùng thuốc trở lại thì cơn sốt nhanh chóng tái xuất hiện. Penicillin là nguyên nhân gây sốt thường thấy, cũng như các loại thuốc quinidine (tên TM là quinaglute), procainomide (tên TM: pronesstyl), barbiturates (như mặt thuốc Seconal), và phenytoin (tên TM: Dilantin).

CÁC PHẢN ỨNG Ở ĐƯỜNG HÔ HẤP

Giống như da, hệ hô hấp có thể phản ứng bất lợi đối với thuốc theo nhiều cách: chất dịch tích lũy trong phổi, bị xâm nhập bởi các lymphô bào cùng các loại bạch cầu khác, viêm và sưng các túi khí hay các vách ngăn các phế nang, hình

thành các mô sẹo, và bị nghẽn tắc cấp tính ở các đường thông khí có thể đe dọa đến tính mệnh. Methotrexate (một loại thuốc chống viêm khớp, kháng ung thư, và trị bệnh vẩy nến), nitrofurantoin như mặt thuốc Furadantin, là thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm trùng bàng quang), sulfa-salazine (như các thuốc như các thuốc Azulfidine, thuốc chống viêm đại tràng), và cromolyn sodium (tên TM: Intal) đều là nguyên nhân gây ra chứng dị ứng đường hô hấp giống như viêm phổi. Còn hydrochlorothiazide (như mặt thuốc hydroDIURIL), heroin, và methadone đều có thể gây ra tình trạng *phù phổi* (pulmonaryedema - chất dịch tích lũy trong phổi), và aspirin có thể gây ra tình trạng co thắt phế quản đe dọa đến tính mệnh ở các cá nhân dễ bị phản ứng thuốc (sẽ được thảo luận dưới đây).

PHẢN ỨNG Ở GAN

Một số thuốc bị cho là nguyên nhân gây ra các phản ứng bất lợi ở gan. Hầu như thông thường các triệu chứng này đều hoặc do sung huyết ống dẫn mật và viêm gan, hoặc do tổn thương các tế bào gan - tức là chứng viêm gan do hóa chất gây ra. Một số thuốc như thuốc chống co giật (chống động kinh), erythromycine estolate (tên TM là Ilosone), muối vàng (gold salts - tên TM là Myochrisine), halothane (loại thuốc gây mê toàn thể), indomethacin (tên TM là Indocin), izoniazid (INH), ketoconazole (tên TM là Nizoral), methyldopa (tên TM là Aldomet), phenothiazines (như các mặt thuốc thorazine và Mellaril), thuốc sulfa (như mặt thuốc Gantrisin), và một số thuốc chữa trị bệnh ở tuyến giáp (thí dụ thuốc propylthiouracin) đều là nguyên

nhân gây ra các tình trạng bất thường ở gan. Mặc dù mặc nhiên công nhân như thế, nhưng người ta vẫn chưa đưa ra được bằng chứng thuyết phục về cơ chế dị ứng trong bất kỳ các trường hợp này. May là, trong hầu hết các trường hợp tình trạng rối loạn đều hoàn toàn biến mất khi ngừng dùng thuốc có hại.

CÁC RỐI LOẠN Ở THẬN

Vì thận là cơ quan lọc chất thải chủ yếu của cơ thể, nên không lấy gì làm lạ rằng đôi khi nó bị tác động bất lợi bởi các loại thuốc mà chúng ta đã dùng. Các bộ phận mong manh có chức năng lọc trong thận và các mô bao quanh các bộ phận ấy đều đặc biệt dễ bị tổn thương. Các loại thuốc tiêm hợp chất vàng, methicillin, penicillin G với liều dùng cao, cephalosporins, các thuốc kháng viêm không có thành phần steroid (như các mặt thuốc Anaprox, Motrin, và Nuprin), và phenytoin (Dilantin) đều là nguyên nhân gây ra các phản ứng ở thận.

SŨNG HẠCH BẠCH HUYẾT

Tình trạng sưng to các hạch bạch huyết nói chung, được các bác sĩ gọi là *bệnh ở hạch bạch huyết* (lymphadenopathy), đã được báo cáo xuất hiện ở những cá nhân dùng trường kỳ các loại thuốc như phenytoin (Dilantin), sulfonamide, và penicillin. Dù có bản chất dị ứng, nhưng tình trạng sưng hạch bạch huyết đôi khi rất

nghiêm trọng đến mức khám sơ qua có thể nhầm lẫn với khối u ác tính. Trong hầu hết các trường hợp, ngưng dùng thuốc sẽ chấm dứt hoàn toàn các triệu chứng.

RỐI LOẠN ĐƯỜNG HUYẾT

Thuốc có thể gây tổn thương hệ tuần hoàn theo nhiều cách. Về phần các phản ứng gây độc tế bào, chúng có thể gây ra chứng thiếu máu do hủy hoại hồng cầu. Hoặc giả chúng có thể gây ra các vết thâm tím trên da do tác hại đến các tiểu cầu, một thành phần đóng vai trò quan trọng trong hiện tượng đông máu. Theo cách thức giống như bệnh huyết thanh, thuốc có thể gây ra tình trạng viêm và làm tổn thương các huyết quản trong da, khớp, và thận, dẫn đến tình trạng về mặt kỹ thuật gọi là *viêm mạch dị ứng* (allergic vasculitis). Allopurinol (một loại thuốc trị bệnh thống phong, như mặt thuốc có tên Zyloprim), hydantoin (tên TM là Dilantin), penicillin, và thuốc sulfa đều là nguyên nhân gây ra các rối loạn này.

PHẢN VỆ

May là, một trong các dạng dị ứng thuốc đáng sợ nhất là phản vệ⁸ lại rất ít khi xảy ra. Các triệu chứng thường khởi phát trong vòng nửa giờ sau khi dùng loại thuốc tác hại. Thoạt đầu nạn nhân thường cảm thấy lo âu và căng thẳng. Tình hình này thường dẫn đến sự bộc phát cơn nhức đầu như búa bổ, ngay sau đó là các mô sưng lên làm

nghe tắc các đường thông khí trong hệ hô hấp, chất dịch tích lũy trong phổi, huyết áp hạ thấp, nhịp tim rối loạn, và sau cùng tim ngừng đập hẳn. Nếu không nhanh chóng tiến hành các biện pháp cấp cứu kịp thời, nạn nhân thường bị tử vong. Penicillin và các loại thuốc gây tê cục bộ hay gây mê toàn thể là thí dụ điển hình về các loại thuốc gây ra tình trạng phản vệ ở các cá nhân dễ mắc phải dị ứng thuốc.

CÁC LOẠI THUỐC CẦN ĐẶC BIỆT LƯU Ý

Do sự sử dụng rộng rãi cũng như do nổi tiếng là thủ phạm gây ra các phản ứng dị ứng, các loại thuốc như aspirin, penicillin, và thuốc gây tê cục bộ đáng được đề cập đặc biệt ở đây.

Aspirin

Aspirin và các Salicylate khác khét tiếng là nguyên nhân gây rối loạn tiêu hóa, loét dạ dày, dễ bị thâm tím da, và các rối loạn gan, nhưng hai loại thuốc này cũng là nguyên nhân gây ra nhiều dạng rối loạn tức thời xem ra chẳng khác gì tình trạng mẫn cảm, bao gồm mày đay, các phản ứng nổi mày đay lan rộng, và phản vệ. Ngoài ra, xấp xỉ 15% số bệnh nhân hen suyễn nhạy cảm với aspirin cũng dị ứng với chất tạo màu thực phẩm và dược phẩm tartrazine (tên TM là FD & C # 5), được dùng để tạo màu vàng cam cho nhiều loại nước giải khát, ngũ cốc, và thuốc men.

Nhưng có lẽ hội chứng được công nhân có liên hệ nhiều nhất với aspirin là hội chứng viêm mũi – viêm xoang – u mũi – hen suyễn, bao gồm một loạt diễn biến từ sự hình thành dần dần chứng viêm mũi và viêm xoang, tiếp sau đó là các khối u trong mũi nở lớn lên rồi bộc phát cơn hen suyễn nghiêm trọng khó lòng khống chế được. Nhóm rối loạn có liên quan với nhau này rất thường phát sinh ở những cá nhân trung niên khỏe mạnh, trước đây chưa hề gặp rắc rối với aspirin. Tuy nhiên, một khi đã mắc phải rồi, thông thường hội chứng này sẽ kéo dài không dứt dù đã ngưng dùng thuốc. Những người mắc phải loại hội chứng này không những phải tránh dùng aspirin mà còn phải tránh dùng các loại thuốc kháng viêm không có thành phần steroid, như indomethacin, ibuprofen, naproxem, phenylbutazone (tên TM lần lượt là Indocin, Motrin, Naprosyn, và Butazolidin). Tuy có thành phần hóa học giống aspirin cả hai loại thuốc sodium aminosalicylate (tên MT: Tubasal) và Choline magnesium salicylate (tên TM: Trilisate) cũng như loại thuốc acetaminophen (tên TM là Tylenol) vẫn có thể thay thế cho aspirin cùng các loại thuốc kháng viêm không có thành phần steroid bất kỳ lúc nào cần thiết để chữa đau nhức và / hoặc để giảm sốt. Dĩ nhiên vì các lý do đã biết, nếu như biết mình nhạy cảm với aspirin bạn sẽ an toàn khi chịu khó tìm hiểu các nhãn dán trên các loại thực phẩm chế biến sẵn và hỏi qua ý kiến bác sĩ hay dược sĩ trước khi dùng bất cứ loại thuốc mới nào.

Penicillin

Như đã đề cập trên đây, bạn không nên ngạc nhiên khi biết rằng penicillin là thủ phạm hàng đầu gây ra các phản ứng thuốc bất lợi. Trên thực tế, người ta ước tính có khoảng 2% dân số bị dị ứng đối với loại thuốc này, và chỉ riêng ở Hoa Kỳ và Canada thôi hàng năm đã có đến hơn 600 người bị chết vì dị ứng penicillin. Trong khi các tình trạng kém nguy ngập hơn – như mày đay thừa thốt, mày đay lan rộng, và các chứng ban ngoài da ngứa ngáy khác – là các phản ứng thường hay xảy ra đối với penicillin, thì tỷ lệ tử vong của loại thuốc này chỉ vào khoảng 1/100.000. Nói chung, loại thuốc này dùng dưới dạng tiêm vào bắp thịt hay tĩnh mạch xem ra có nguy cơ gây ra phản ứng dị ứng nhiều gấp đôi so với dạng uống.

Chưa phải là hết. Nếu dị ứng với penicillin, bạn cũng có thể dị ứng với các dược phẩm dẫn xuất từ loại thuốc này. Các dược phẩm này bao gồm amoxicillin, ampicillin, dicloxacillin, và methicillin, tất cả các mặt thuốc này đều là các mặt thuốc kháng sinh thông dụng. Ngoài ra, bởi vì có phản ứng chéo giữa các mặt thuốc penicillin này với các loại thuốc kháng sinh khác, nên nhóm thuốc kháng sinh đa trị rất thông dụng là cephalosporin (như các mặt thuốc Keflex, Ceclor, Velosef, và Duricef) cũng phải tránh dùng hoặc phải dùng với cảnh giác đặc biệt bởi những cá nhân dị ứng với penicillin.

Nếu đã từng bị phản ứng đối với penicillin trong quá khứ, bạn vẫn có thể an tâm phần nào bởi vì khoảng 50% số người dị ứng penicillin sẽ không còn bị dị ứng với thuốc

này sau 5 năm, và sau 10 năm khoảng 80% số người này sẽ không còn dị ứng nữa. Như vậy, những người này vẫn có thể dùng penicillin (hay các mặt thuốc dẫn xuất của nó) trở lại khi cần. Xét nghiệm da là biện pháp tuyệt diệu nhằm phát hiện các kháng thể IgE - chống penicillin, và nhờ đó xác định được liệu một cá nhân trước đây có phản ứng bất lợi đối với penicillin nay có còn dị ứng hay đã "theo thời gian mà không còn" bị dị ứng nữa.

Thông thường các xét nghiệm dành cho những người đang mắc phải loại nhiễm trùng cần đến penicillin như là một giải pháp chữa trị trong khi không còn loại thuốc thay thế nào có công hiệu sánh bằng nó. Hai mặt thuốc dẫn xuất từ penicillin khá phổ biến là penicilloyl polylysine (PPL, Pre - pen) và penicillin G (PG) cũng thường được các bác sĩ kê toa. Trước hết bệnh nhân được xét nghiệm châm vào da, và nếu như không có phản ứng bất lợi xảy ra, sau đó họ sẽ được xét nghiệm dưới da - tức là tiêm một liều lượng nhỏ chất xét nghiệm vào dưới da để xem các phản ứng cục bộ ở da có kết quả ra sao. Hầu như tất cả những cá nhân có khả năng mắc phải dị ứng với penicillin đều có kết quả xét nghiệm dương tính: vùng da xét nghiệm đỏ lên, ngứa, và nổi mào đay.

Các phương pháp giải cảm ứng (các biện pháp nhằm khắc phục dị ứng penicillin) đã được xây dựng nhằm giúp đỡ các bệnh nhân được chứng minh có dị ứng với penicillin bị buộc phải sử dụng loại thuốc này để chữa bệnh. Dưới sự giám sát chặt chẽ, bệnh nhân được chỉ định dùng (thường là thuốc uống) các liều penicillin càng lúc càng tăng vào nhiều lần cách nhau từ 5 đến 15 phút, khởi đầu bằng liều

lượng rất thấp. Tiến trình này tiếp diễn cho đến khi liều lượng thuốc theo yêu cầu chữa bệnh có thể được dung nạp mà không gây ra bất kỳ triệu chứng dị ứng nào cả. nhưng, giải cảm ứng không phải là biện pháp luôn luôn đem lại thành công.

Cũng nên ghi chú ở đây một trường hợp có liên quan. Đó là trường hợp giải cảm thụ đối với một loại thuốc viên kháng sinh khác cũng rất quan trọng và được sử dụng rộng rãi là trimethoprim / sulfa (tên TM là Septra và Bactrim). Trường hợp này rút ra từ một công trình nghiên cứu một nhóm không nhiều đối tượng lâm, gồm 62 bệnh nhân HIV dương tính trước đây đã từng nổi ban ngoài da hay bị sốt khi dùng các mặt thuốc này. Các kết quả nghiên cứu này cũng khá quan trọng, bởi vì dị ứng thuốc đã xảy ra ở khoảng phân nửa số người bị nhiễm HIV và loại thuốc này được chứng minh rất công hiệu trong việc ngăn chặn bệnh viêm phổi, một loại bệnh khá phổ biến và khả dĩ đe dọa tính mệnh cho những người này. Tiến trình giải cảm thụ buộc phải tăng dần liều thuốc kháng sinh vào các lần uống thuốc cách nhau 6 giờ liên tục trong 8 ngày cho đến khi đạt được liều lượng theo yêu cầu của liệu pháp mà không xảy ra phản ứng bất lợi nào.

Thuốc gây tê cục bộ

Do được dùng rất thường xuyên trong nha khoa và phẫu thuật cấp cứu, nên thuốc gây tê cục bộ (local anesthetics) là một trong các loại thuốc thông dụng nhất trong ngành y. Bất cứ người nào cũng đã từng đi chữa răng hoặc khâu các vết đứt sâu đều biết loại thuốc này quả là vị cứu tinh trong

trường hợp bị đau nhức. Đồng thời thuốc này cũng chịu trách nhiệm đối với nhiều phản ứng bất lợi phi miễn dịch, như các trường hợp nhiễm độc hệ thần kinh trung ương và tim chẳng hạn, cũng như đối với rất nhiều rối loạn bị cho là có tính dị ứng, bao gồm viêm da do tiếp xúc, ban ngứa, mày đay lan rộng, và phản vệ. Khó khăn nảy sinh khi bác sĩ điều trị được yêu cầu hỗ trợ nhà phẫu thuật hoặc nha sĩ chọn một mặt thuốc gây tê cục bộ khác cho bệnh nhân có tiền sử dị ứng với một mặt thuốc gây tê cục bộ nào đó.

Trên thực tế, có thể chia các loại thuốc gây tê cục bộ thành hai nhóm chính. Nhóm I bao gồm các loại thuốc gây tê quen thuộc như benzocaine (thấy trong nhiều mặt thuốc trị ngứa và chống cháy nắng cục bộ), tetracaine, và procaine (tên TM là Nococain). Nhóm II bao gồm lidocaine (tên TM là Xylocaine, có lẽ là mặt thuốc tiêm gây tê cục bộ thông dụng nhất hiện nay), mepivacaine, cyclomethycaine, và dibucaine. Nếu dị ứng với một mặt thuốc trong một nhóm thuốc, bạn rất có thể dị ứng với các mặt thuốc khác trong cùng nhóm. Nhưng may thay, ít khi xảy ra tình trạng dị ứng chéo: nếu dị ứng với Novocain thuộc nhóm I chẳng hạn, nha sĩ có thể thay thế bằng lidocaine (tên TM là xylocaine) thuộc nhóm II mà không sợ gây ra dị ứng chéo.

Xét nghiệm da – bằng cho các dung dịch đậm đặc dần vào các vết lấy da và tiêm dưới da – đôi khi có thể cần đến để xác định tình trạng dị ứng với thuốc gây tê cục bộ của bệnh nhân. Để thực hiện xét nghiệm này, bệnh nhân được thử nghiệm bằng cách tiêm vào dưới da (vào bên lớp mỡ) các liều lượng tác nhân nghi ngờ gây dị ứng tăng dần để

quan sát xem có chứng cứ nào về phản ứng cục bộ không. Giống như trường hợp xét nghiệm đối với penicillin, xét nghiệm da đối với thuốc gây tê phải được tiến hành dưới sự giám sát chặt chẽ của nhân viên y tế.

CHẨN ĐOÁN

Do có rất ít xét nghiệm thực sự có ích cho việc phát hiện dị ứng thuốc, cho nên diễn tiến các biến cố xảy ra nhân cơn bộc phát một phản ứng thuốc đặc biệt là bước quan trọng duy nhất giúp cho các bác sĩ xác lập chẩn đoán. Khó khăn thông thường đối với bác sĩ là liệu các triệu chứng của bạn phải chăng là các triệu chứng liên quan đến một loại thuốc hay đến một loại vi trùng gây nhiễm. Nếu như bạn đều phát sinh các triệu chứng dị ứng mỗi khi dùng một số thuốc để chữa trị các bệnh khác nhau, thì việc tìm kiếm nguyên nhân chính xác trở thành việc làm phức tạp hơn thế nhiều. Thế nhưng, ngay trong trường hợp nguyên nhân gây dị ứng đã được hạn chế vào một loại thuốc đặc biệt rồi, thì phản ứng ấy cũng không nhất thiết là hậu quả của dị ứng với thành phần hoạt tính của thuốc. Thực ra, phản ứng ấy có thể là hậu quả của dị ứng với một hay nhiều chất phụ gia trong thuốc, và các chất này thậm chí có thể không được liệt kê đầy đủ trên nhãn thuốc hay trong tài liệu kèm theo hộp thuốc.

CÁC LOẠI XÉT NGHIỆM LÂM SÀNG

Xét nghiệm lâm sàng không hữu ích lắm cho việc phát hiện hầu hết các phản ứng đối với thuốc. Một mặt, thuốc thực ra ít khi là nguyên nhân trực tiếp gây ra rắc rối. Mặt khác, chúng ta thường không biết rõ loại pho sản nào do tác dụng phân hủy hay chuyển hóa (ngoại trừ trường hợp penicillin) là thủ phạm gây rắc rối hoặc loại protein nào trong cơ thể mà các phân tử thuốc phối hợp để gây ra các triệu chứng dị ứng. Dù về mặt chẩn đoán hay về mặt nghiên cứu chuyên biệt, số lượng bạch cầu ái eosin tăng vọt phát hiện được trong một xét nghiệm máu thông thường cũng không giúp chứng minh được một chẩn đoán đáng ngờ nào về dị ứng thuốc.

Cho đến nay, xét nghiệm trực tiếp trên da để phát hiện dị ứng thuốc thuộc pho mẩn cảm tức thời đã tỏ ra chỉ có giá trị cho chẩn đoán dị ứng với penicillin, insulin, và thuốc gây tê cục bộ mà thôi. Tương tự, xét nghiệm RAST đến nay cũng tỏ ra hữu ích hạn chế cho thầy thuốc. Và một số xét nghiệm máu chuyên trách chỉ hữu ích cho việc xác lập chẩn đoán trong một số trường hợp nghi ngờ mắc bệnh thiếu máu hay xuất huyết do dị ứng thuốc gây ra.

Ngược lại, xét nghiệm băng dán⁹ đã tỏ ra vô cùng hữu ích cho việc phát hiện các trường hợp nghi ngờ bệnh viêm da do tiếp xúc (contact dermatitis) hoặc bệnh viêm da dị ứng ánh sáng (photoallergic dermatitis). Trong xét nghiệm băng dán, số lượng nhỏ chất bị cho là tác nhân dị ứng được bôi vào da bên dưới các băng dán giống như băng cứu thương nhằm tái tạo các triệu chứng dị ứng ở vùng xét

nghiệm (xem phụ lục A). Xét nghiệm dị ứng ánh sáng (photoallergy testing) buộc phải thực hiện thêm một bước nữa, là cho vùng da xét nghiệm tiếp xúc với bức xạ tử ngoại nhằm cố gây ra phản ứng dị ứng.

Khi đã xem xét qua mọi xét nghiệm kể trên, biện pháp quyết định duy nhất nhằm chứng minh bất kỳ một loại thuốc nào là nguyên nhân gây ra dị ứng chính là cho cá nhân tái thử nghiệm cùng loại thuốc ấy sau khi đã ngưng dùng và khi tất cả các triệu chứng trước đó đã tan biến hết. Cách thử nghiệm thuốc như thế thông thường chỉ được tính đến trong trường hợp loại thuốc khả nghi đó là loại thuốc duy nhất hoặc cho đến nay là loại thuốc công hiệu nhất cho việc chữa trị chứng bệnh đang mắc phải.

Nói chung, nếu các triệu chứng dị ứng có vẻ nhẹ - chẳng hạn chỉ gây ngứa ngáy thôi - thì rủi ro cho biện pháp thử nghiệm thuốc không gì đáng kể. Thế nhưng, trong trường hợp trước đó đã từng xảy ra tình trạng co thắt phế quản, tụt huyết áp, hoặc sốc, thì mức độ rủi ro rất lớn, nên cuộc thử nghiệm phải được tiến hành dưới sự giám sát chặt chẽ nhất của nhân viên y tế, nếu không nói là chớ nên thực hiện. Thử nghiệm thuốc là biện pháp tối hậu nhằm xác định dị ứng aspirin hoặc chất cản quang (các chất thường được dùng trong nhiều loại xét nghiệm chẩn đoán bằng tia X). Nó cũng là biện pháp tuyệt diệu nhằm xác định dị ứng với các loại thuốc gây tê cục bộ.

PHÒNG NGỪA

Cho đến nay, phương pháp phòng ngừa dị ứng thuốc tốt nhất là càng dùng ít thuốc cũng như càng ít khi dùng đến thuốc càng tốt. Nói như thế có nghĩa là bạn chớ nên dùng thuốc gia đình để chọn bừa một vài viên thuốc kháng sinh còn thừa sau trận ốm vừa qua để chữa một chứng bệnh đang mắc phải nào đó mà không chịu khó hỏi qua ý kiến của thầy thuốc. Ngoài ra, dùng thuốc kháng sinh (dù sao chỉ hiệu nghiệm kháng vi trùng) để chữa bệnh cảm lạnh hay cúm do virus gây ra quả là một thói quen xấu. Một thứ bạn thực sự gặt hái được do hành vi này chỉ là gia tăng rủi ro miễn cảm không cần thiết đối với các loại thuốc mà có lẽ bạn sẽ thật sự cần đến để chữa trị một chứng bệnh nghiêm trọng mắc phải sau này. Và dù cho hai trong số các loại thuốc kháng sinh đa trị thông dụng nhất là erythromycin và tetracycline đều ít có khả năng gây dị ứng, bạn cũng không nên dùng chúng bừa bãi nhằm giảm thiểu rủi ro tạo miễn cảm ngoài ý muốn.

Tương tự, quan điểm thường tình cũng cho rằng nếu như bạn mắc phải bất kỳ triệu chứng nào, đặc biệt là rối loạn hô hấp, mày đay, lên cơn ngứa ngáy, hay bất cứ loại ban ngoài da nào sau khi dùng một loại thuốc nhất định, bạn nên ngưng dùng ngay để hỏi qua ý kiến của bác sĩ. Hãy để cho thầy thuốc quyết định xem liệu các rối loạn của bạn có phải là dị ứng đích thực hay không và nên dùng loại thuốc nào khác để thay thế nó trong việc chữa trị chứng bệnh đang mắc phải.

Một mánh bảo hay khác là tránh dùng các loại thuốc giúp chữa trị “cả nắm” đối với một số bệnh. Thí dụ nhiều mặt thuốc trị cảm lạnh bán không cần toa bác sĩ có chứa đựng đủ các thành phần thuốc như chống dị ứng, kháng sung huyết, trị ho, và trị sốt chẳng hạn. Nếu vừa bị sốt vừa bị ho chất chua không ngừng, tốt nhất bạn nên dùng riêng loại thuốc hạ nhiệt (antipyretic – thuốc hạ sốt) như acetaminophen (tên TM là Tylenol) và một loại sirô trị ho có chứa dextromethorphan (như các mặt thuốc Benylin DM, Vicks Formula 44 chẳng hạn) hơn là dùng các mặt thuốc phối hợp có chứa thêm nhiều thành phần để chữa các triệu chứng mà bạn không mắc phải. Nhờ đó bạn có thể điều chỉnh liều lượng hơn từng liều lượng cố định chứa đựng sẵn trong mặt thuốc phối hợp (có thể hoặc quá nhiều hoặc quá ít cho nhu cầu cá biệt của bạn)

Đeo vòng xuyên hoặc dây chuyền báo động y tế là một biện pháp dự phòng quý báu khác, nhất là đối với những người đã từng bị phản ứng nguy hiểm đến tính mệnh vì một loại thuốc thông dụng như penicillin, thuốc sulfa, hoặc aspirin chẳng hạn. (Loại dụng cụ này cũng có lợi cho các bệnh nhân tiểu đường phụ thuộc vào insulin, các bệnh nhân hen suyễn trầm trọng, và những người đã từng bị phản ứng nguy hiểm đến tính mạng do các vết đốt của loài ong). Trong rất giống thẻ đeo ở cổ chó, các vòng xuyên và dây chuyền này cung cấp cho bác sĩ và các nhân viên y tế các thông tin cực kỳ quan trọng trong trường hợp bạn không còn đủ sức nói được (địa chỉ của tổ chức bất vụ lợi nhằm cung cấp các dụng cụ Báo Động y tế này là P. O. Box 1009, Turlock, California 95380).

CHỮA TRỊ

Cách chữa trị tốt nhất đối với bất kỳ trường hợp nghi ngờ phản ứng dị ứng thuốc nào chính là lập tức ngưng dùng loại thuốc tác hại như mọi người vẫn thường làm. Các phản ứng nghiêm trọng thường buộc phải chữa trị khẩn cấp bằng epinephrine (tên TM Adrenalin), thuốc kháng-histamin, và các loại thuốc Corticosteroid tác động toàn thân để trấn áp các triệu chứng. Đối với các phản ứng nhẹ ngoài da, thông thường chỉ cần chữa trị bằng các loại thuốc giúp cho da dễ chịu nhằm làm giảm bớt cơn dị ứng đi. Còn các phản ứng trầm trọng hơn có thể buộc phải dùng các loại kem xoa hay thuốc nước corticosteroid tác động cục bộ. Sau cùng, nên tránh dùng các loại kem trị ngứa bán không cần toa bác sĩ có chứa thuốc gây tê cục bộ hoặc thuốc kháng histamine diphenhydramine, bởi vì các loại thuốc này rất dễ gây chứng viêm da dị ứng do tiếp xúc cho rất nhiều người. Dù sao, nếu đặc biệt nghi ngờ bất kỳ loại thuốc nào đang dùng, bạn cũng nên kịp thời hỏi qua ý kiến bác sĩ hay dược sĩ.

(380)

¹ *Đặc ứng (idio-syncrasy)*: tình trạng một cá nhân nhạy cảm bất thường và bất ngờ với một loại thuốc hay thực phẩm biệt nào đó.

² *Ban xuất huyết*: Là sự phát ban ngoài da do xuất huyết ở các mao mạch dưới da. Nguyên nhân có thể do khiếm khuyết

thành mạch, giảm số lượng hoặc chất lượng tiểu cầu. Ban có thể dạng nốt, đám.

- ³ **Lactobacillus**: Là một loại sinh vật lên men được các carbohydrate sinh acid lacte. nó lên men được sữa, làm sữa bị chua và cũng là tác nhân gây ra sâu răng.
- ⁴ **Chloramphenicol**: Kháng sinh nhạy với nhiều loại vi trùng. Nhưng bên cạnh đó có tác dụng phụ nặng nề làm tổn thương tủy, suy tủy.
- ⁵ **Gây mẫn cảm (Tạo mẫn cảm)**: Cơ thể có nhạy cảm với 1 tác nhân dị ứng nào đó và tiến tới trạng thái mẫn cảm quá mức. Bản chất của hiện tượng này là do sự sinh kháng thể trong cơ thể.
- ⁶ **Biến độc tố**: Dùng trong các vaccin tiêm chủng. Là chế phẩm mà thực chất là độc tố của các loại vi trùng gây bệnh đã được làm vô hại bằng xử lý hóa học nhưng còn tính kháng nguyên (ví dụ vaccin uốn ván, bạch hầu).
- ⁷ **Ban đỏ**: Tình trạng da ứng đỏ do dẫn các mao huyết quản, thường là biểu hiện của viêm, nhiễm trùng. Có nhiều dạng: ban đỏ nút, ban đỏ đa hình.
- ⁸ **Phản vệ**: Là một phản ứng miễn dịch chống lại một kháng nguyên nào đó. Histamin được phóng thích gây ra hiệu ứng cục bộ hay toàn thân-Ứng với phản ứng dị ứng cục bộ hay nặng nề là sốc phản vệ (sưng phù, co thắt phế quản, truy tuần hoàn, có thể tử vong).
- ⁹ **Xét nghiệm bằng dán**: Các tác nhân dị ứng khác nhau được tra vào các vết trầy nhẹ trên da hoặc được đặt dưới các băng

dán. Cơ thể dị ứng với chất nào thì ở vị trí đó sẽ tạo mảng
sưng, đỏ. Đây là xét nghiệm giúp tìm ra 1 số chất gây dị ứng.

Chương 8

VIÊM DA DỊ ỨNG

Có lẽ một số người xem các bệnh ngoài da chỉ là những phiền toái hay rắc rối đôi chút, nhưng đối với nhiều người khác chúng là nguyên nhân gây tai họa và thậm chí có thể ảnh hưởng đến lối sống thường ngày của họ. Nhiều trường hợp bị ngứa ngáy hay nổi ban ngoài da do các chất gây dị ứng đã dùng hoặc vô tình chạm phải trong sinh hoạt ở nhà hay tại nơi làm việc. Riêng về các trường hợp sau, Viện Nghiên cứu QG về an toàn và y tế nghề nghiệp (the National Institute for Occupational Safety and Health -viết tắt là NIOSH) cho rằng các rối loạn ngoài da do nghề nghiệp tác hại là một thực trạng rất phổ biến và là một khó khăn về mặt y tế lao động có tính thời sự nhất ở Hoa Kỳ hiện nay, bởi vì tỷ lệ mắc phải các rối loạn này chiếm hơn 1/3 tổng số các ca bệnh nghề nghiệp trên toàn quốc. Còn các trường hợp xảy ra tại da không được báo cáo, nên người ta chỉ còn cách phỏng đoán tổng số ca mắc bệnh mà thôi, nhưng tình

hình có lẽ cũng khá nghiêm trọng về phạm vi và mức độ tác hại.

VIÊM DA DO TIẾP XÚC

Trước khi thảo luận chủ đề dị ứng ngoài da do tiếp xúc, hoặc như các bác sĩ da liễu gọi là *viêm da dị ứng do tiếp xúc* (allergic contact dermatitis), bạn cần phải tìm hiểu dị biệt chủ yếu giữa viêm da do tiếp xúc với chất kích thích (irritant contact dermatitis) và viêm da dị ứng do tiếp xúc. Đôi khi các dấu hiệu và triệu chứng của hai loại viêm da này rất giống nhau đến mức các bác sĩ cũng khó phân biệt nổi.

VIÊM DA DO TIẾP XÚC CHẤT KÍCH THÍCH

Không phải mọi trường hợp nổi ban ngoài da do tiếp xúc với một loại hóa chất nào đó đều là các phản ứng dị ứng. Trên thực tế, đại đa số các phản ứng (khoảng 90%) do da tiếp xúc trực tiếp đều *không có tính miễn dịch* mà là các phản ứng kích thích, và vì thế chúng đáng được đề cập trong bất kỳ thảo luận nào về các chứng phát ban ngoài da do tiếp xúc. Theo định nghĩa chặt chẽ, viêm da do tiếp xúc chất kích thích là bất kỳ dạng phản ứng nhiễm độc da nào do tiếp xúc trực tiếp với các loại hóa chất ăn da hoặc các tác nhân môi trường khác thường thấy ở nhà hay tại nơi làm việc. Không giống với các phản ứng dị ứng trong đó chỉ những cá nhân đã bị gây mẫn cảm trước đây mới mắc

phải, các phản ứng kích thích có thể xảy ra cho bất kỳ người nào chạm phải chất kích thích, nhất là các chất kích thích mạnh. Nói khác đi, bất kỳ ai tiếp xúc trực tiếp với acid sulfuric đậm đặc nhất định sẽ bị bỏng tay nặng, chứ không riêng gì một số người nào mới gặp rắc rối.

Các chất kích thích thông thường là sơn cùng các loại dung môi (như cồn, acetone, dầu thông, và carbon tetrachloride); các chất tác dụng trên bề mặt (surfactants – như xà phòng, chất tẩy rửa, và các chất nhũ hóa); các chất làm khô (như chất làm se da, chất điều màu, nước làm trong, và các chất làm khô khác); các chất ăn mòn (abrasives như xà phòng và mặt nạ trang điểm có hạt); các loại acid (như acid trong bình acquy và các loại mỹ phẩm có acid); các alkalis (như dung dịch kiềm và các chất tẩy uế gia dụng); các chất bảo quản gỗ; xi măng; vôi; dầu và hắc ín; các enzyme (tự nhiên hay tổng hợp nhằm thúc đẩy các phản ứng hóa học hay chuyển hóa); và một số dung dịch ưu trương (có mức đậm đặc và áp suất thẩm thấu cao hơn nhiều so với các dung dịch đẳng trương chuẩn).

Nói chung, xà phòng – mà chức năng thông thường nhằm kết hợp với nước sạch tẩy rửa các chất mỡ ngăn ẩm cùng ghét bẩn – là một trong các loại kích thích thường thấy nhất bởi vì chúng làm biến đổi chức năng phòng vệ của da bằng cách tẩy hết các chất dầu tự nhiên cần thiết cho việc duy trì mức toàn vẹn của các lớp biểu bì. Dùng thường xuyên (nhất là các loại xà phòng có độ kiềm cao hoặc các chất tẩy rửa ăn mòn da) sẽ khiến cho da bị nứt nẻ và mất nước một cách bất bình thường. Ngoài ra, các vết xà phòng còn lưu lại trên da sau khi rửa ráy thường

kích thích da rất mạnh, nhất là khi chúng phối hợp với mồ hôi của cơ thể. Nhiều người đã bị tác hại theo lối này.

Trong trường hợp các phản ứng kích thích đối với các chất nhẹ hơn xà phòng, dường như có khác biệt về dung nạp kích thích ở mỗi người. Đặc điểm này có lẽ do sự khác biệt di truyền về độ dày của các lớp biểu bì hoặc về mức độ sinh sản các chất nhờn ở da. Nói chung, người da dày và có mồ hôi dầu có khuynh hướng chai lì với kích thích hơn.

Vùng cơ thể tiếp xúc cũng như các nhân tố môi trường cũng góp phần gây bệnh. Thí dụ lớp da mỏng và dễ thẩm thấu ở mí mắt, mặt, và hạ bộ dễ bị kích thích hơn so với lớp da dày ở tứ chi, thân mình, hay mông. Nói chung, độ ẩm cao thường gia tăng khả năng bị kích thích, bởi vì tình trạng ẩm ướt làm tăng sự thẩm thấu của các chất kích thích. Và ngược lại, độ ẩm thật thấp do da bị khô và nứt nẻ cũng có thể thúc đẩy các phản ứng kích thích.

Cũng có các quan điểm hoang đường cho rằng có sự khác biệt rõ rệt về mặt chủng tộc, giới tính hay tuổi tác giữa những người dễ bị phản ứng kích thích. Thí dụ y học đã vạch trần sai lầm của quan điểm phổ biến cho rằng người da trắng dễ bị kích thích hơn người da đen. Thực ra, các công trình nghiên cứu hiện hành cho rằng điều ngược lại mới đúng. Tương tự, các cuộc điều tra đã nêu nghi vấn về ý kiến cho rằng nữ giới dễ bị kích thích hơn nam giới. Tuy các phản ứng kích thích thực tế thường xảy ra cho nữ giới, nhưng nhiều người chủ trương rằng sự kiện này cho thấy nói chung nữ giới tiếp xúc với các chất khả dĩ gây kích thích hơn nam giới rất nhiều (do sử dụng nhiều loại

mỹ phẩm và các chế phẩm vệ sinh gia dụng) chứ không do nhân tố di truyền thuộc giới tính. Sau cùng, trong khi các nhân tố như da mỏng hơn và tuyến nhờn ở da tiết ra ít hơn sẽ khiến người ta tiên đoán rằng da người cao tuổi dễ bị kích thích hơn da người trẻ tuổi, thì quan điểm này cũng không đúng. Về khả năng đề kháng hoặc dễ bị phản ứng kích thích, da của người cao tuổi cũng chẳng khác gì da người trẻ tuổi

CÁC DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG

Nói chung, các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng viêm da do tiếp xúc chất kích thích tùy thuộc vào cường độ của chất kích thích và thời gian tiếp xúc của chất đó với da. Phản ứng đối với các tác nhân mạnh có thể khởi phát trong vòng vài phút ngay sau lần đầu tiên tiếp xúc, trong khi phản ứng đối với các chất kích thích nhẹ hơn có thể xuất hiện sau vài tuần hoặc thậm chí sau vài tháng tiếp xúc liên tục. Các phản ứng nhẹ thường gây ra tình trạng khô khan và nứt nẻ thường thấy ở bàn tay và cẳng tay. Còn các phản ứng mạnh hơn có thể gây ra rất nhiều tình trạng từ đỏ ửng và sưng phồng cho đến nổi các bóng nước, mụn mủ, các mảng da bị tróc ra, và thậm chí các vết loét da. Hầu hết những người bị viêm da do tiếp xúc chất kích thích đều phát sinh một số triệu chứng như nhói đau, ngứa ngáy, bỏng rát, hay nhức nhối.

Chẩn đoán

Đối với các bác sĩ, cho đến nay tình hình cụ thể xảy ra cho bệnh nhân vẫn là cơ sở hữu ích nhất cho việc chẩn đoán. Trong nhiều trường hợp, việc nhận thức tình trạng rắc rối và xác định thủ phạm khá dễ dàng khi chỉ có một tác nhân có cường độ rất mạnh duy nhất bị nghi ngờ. Thí dụ nếu một cá nhân bị nổi ban dữ dội ở da tay ba mươi phút sau khi sử dụng bàn chải tắm đầu thông bằng tay không và làm việc khá lâu, thì phản ứng này rất có thể là tình trạng viêm da kích thích do tiếp xúc với dầu thông.

Ngược lại, khi tiếp xúc với nhiều chất kích thích khác nhau và nhẹ hơn trong một thời gian dài, người ta sẽ rất khó lòng xác định được tác nhân nào là thủ phạm. Ngoài ra, nhất là trong trường hợp các chất kích thích nhẹ, cũng rất khó phân biệt được phản ứng kích thích với dị ứng đích thực do tiếp xúc.

Xét nghiệm băng dán (xem phụ lục A), trong đó một liều lượng nhỏ chất nghi ngờ được bôi da dưới lớp băng dán, đôi khi cũng hữu ích cho việc xác định các chất nghi ngờ gây kích thích (mặc dù, như chúng ta đã từng thảo luận rằng loại xét nghiệm này không hiệu quả mấy cho việc xác định tác nhân dị ứng tiếp xúc). Một khó khăn của loại xét nghiệm này chính là rủi ro gây ra tình trạng bong rộp ở vùng da xét nghiệm. Khó khăn thứ nhì là đôi khi khó phân biệt được phản ứng kích thích có kết quả xét nghiệm dương tính đối với một chất kích thích nhẹ với phản ứng

dị ứng trong một xét nghiệm bằng dán tương tự. Nói chung, phản ứng kích thích trong xét nghiệm bằng dán thường xuất hiện và biến đi nhanh chóng và có khuynh hướng bị hạn chế trong phạm vi tiếp xúc trực tiếp. Ngược lại, các phản ứng dị ứng sau một thời gian mới xuất hiện, kéo dài hơn, và lan rộng ra ngoài vùng bằng dán trên da. Tuy nhiên, nói ra được sự khác biệt giữa hai loại phản ứng không phải lúc nào cũng là việc dễ dàng, nên các bác sĩ cần thận trọng đánh giá kết quả xét nghiệm bằng dán căn cứ theo diễn tiến bệnh tình trước khi rút ra bất kỳ kết luận nào.

Phòng ngừa và chữa trị

Cho đến nay tránh tiếp xúc với chất nghi ngờ gây kích thích vẫn là hình thức phòng ngừa tốt nhất. Trong trường hợp không sao tránh tiếp xúc, ít ra bạn nên dùng quần áo bảo hộ, mang găng tay, đeo băng, v.v..., bất kỳ lúc nào phải làm việc. Thay vì mua các găng tay cao su có lót vải bông quen thuộc, bạn nên mua một đôi găng tay bằng chất vinyl dày để mang bên ngoài cùng vài đôi găng bằng vải bông để thay đổi mang bên dưới. Mặc dù làm như thế có phần bất tiện, nhưng lại có lợi cho da rất nhiều. Một mặt, chất vinyl ít gây dị ứng hơn cao su. Mặt khác, bởi vì rất khó giặt sạch lớp vải bông lót bên trong loại găng tay thông thường, nên bạn có thể bị kích thích bởi mồ hôi cùng bụi bẩn tích lũy bên trong găng sau vài lần sử dụng. Nhưng lại rất dễ giặt sạch đôi găng rời bằng vải bông mang lót bên dưới đôi găng vinyl. Bạn có thể mua găng tay vinyl và vải bông ở các cửa hàng dụng cụ phẫu thuật, hoặc giả bạn có thể đặt mua thẳng ở các công ty sản xuất dụng

cụ chuyên dùng như Allerderm laboratories, hộp thư số 931, Mill Valley, California 94942 chẳng hạn. Nếu phải sử dụng găng tay lâu dài, bạn nên thường xuyên thay đổi găng tay vải bông – khoảng 20 phút một lần – để giảm bớt rủi ro bị kích thích do mồ hôi tiết ra.

Các loại kem phòng vệ là một biện pháp khác nhằm giảm thiểu tiếp xúc trực tiếp với chất kích thích. Tuy không có khả năng phòng vệ bằng găng tay, nhưng nhiều mặt hàng kem thuộc loại này có khả năng bảo vệ da tay đến 4 giờ đồng hồ, ngay cả với một số acid và chất ăn mòn da. Các loại kem phòng vệ hiệu nghiệm hiện có bán trên thị trường là Wonder Glove, Dermaffin, và Dermashield. Tuy nhiên, để bảo vệ da tốt nhất chúng tôi khuyên dùng kem phòng vệ cùng lúc với các găng tay bảo hộ. Bởi vì tình trạng khô và nứt nẻ da thường khiến cho da dễ bị phản ứng đối với mọi chất kích thích, chúng tôi cũng đề nghị bạn đừng ngại tốn kém mà dùng loại kem dưỡng da không mùi đa dụng có chứa cả thành phần hút ẩm lẫn thành phần tạo ẩm, như loại kem Curel chẳng hạn, thường xuyên sau khi tắm rửa. Và đối với những người bị khô da đặc biệt, chúng tôi thường xuyên dùng thuốc nước lac-Hydrin, một loại thuốc dưỡng da cực mạnh duy nhất bán theo toa bác sĩ, loại này có thành phần acid lactic.

Một số biện pháp thông thường khác nhằm giảm bớt kích thích không cần thiết bao gồm tránh cho tay vào nước nóng, sử dụng kẹp gấp để giặt đồ, sử dụng loại khăn vải lạnh dùng một lần, dùng bàn chải có cán để rửa bát đĩa, hoặc tốt nhất nên mua một máy rửa bát đĩa tự động. Cũng nên tránh càng nhiều càng tốt trường hợp trực tiếp mó vào

thịt tươi sống cũng như các loại cải tươi, nhất là khoai tây, cà chua, và các loại trái cây thuộc họ cam quýt. Ngoài ra, nên cố gắng sắp xếp để làm tất cả các việc vặt có dính nước vào một lần trong ngày nhằm tối thiểu hóa tình trạng tay bị ướt át liên tục. Nói khác đi, hãy tập trung bát đĩa lại để rửa một lần thay vì chốc chốc lại phải rửa một hai chiếc. Nói chung, các việc nội trợ có thể gây tổn thương cho da bạn, nhất là đôi tay, đến mức mà chứng viêm da do tiếp xúc chất kích thích gây ra bởi công việc nội trợ thường ngày được gọi là “chứng chàm da của các bà nội trợ” hay “đôi tay của các bà nội trợ”.

Dùng các chất tẩy rửa tổng hợp có tác dụng nhẹ thay vì dùng xà phòng, chất tẩy ăn mòn da, hay xà phòng khử mùi trong công việc rửa dọn thường ngày cũng có thể giảm bớt nguy cơ bị kích thích. Bạn nên tìm mua các dung dịch thuốc tẩy hay các chất tẩy đặc chế cho những người có làn da nhạy cảm. Tốt hơn nữa, các chất tẩy rửa đặc chế ấy cũng nên có thêm tính chất không mùi và giảm bớt dị ứng (thí dụ mặt hàng Oil of Olay Sensitive Skin Bath Bar). Sau cùng, tránh dùng loại bàn chải bào mòn, bọt biển bằng chất polyester, hay cả đến loại vải cọ rửa khi tắm, bởi vì các thứ này cọ xát da rất mạnh dễ gây kích thích hơn.

VIÊM DA DỊ ỨNG DO TIẾP XÚC

Mặc dù ít xảy ra hơn chứng viêm da do tiếp xúc chất kích thích, viêm da dị ứng do tiếp xúc (allergic contact dermatitis) vẫn là nguyên nhân quan trọng gây rắc rối cho nhiều người. Như tên gọi, loại phản ứng này không phải là

kích thích trực tiếp đơn thuần, mà tình trạng dị ứng thật sự qua trung gian của hệ miễn dịch phức tạp ở da. Tuy loại bệnh này có thể do bất kỳ chất nào gây ra, nhưng một số tác nhân có nguy cơ gây dị ứng hơn hẳn các chất khác. Chúng viêm da do tiếp xúc cây trường xuân có độc, dị ứng nickel, và dị ứng cao su là ba thí dụ điển hình về phản ứng dị ứng do tiếp xúc có thể góp phần minh họa nhiều khía cạnh trong bệnh dị ứng ngoài da do tiếp xúc.

Viêm da do tiếp xúc cây trường xuân có độc

Poison ivy (cây trường xuân có độc) là một tên gọi sai lầm. Chất nhựa cây có màu trắng đục giống như sữa này, có tên là *catechol* là nguyên nhân gây ra tình trạng phát ban ngoài da trong chứng viêm da này cũng như các chứng viêm da dị ứng với các cây cùng họ như Poison sumac và poison oak chẳng hạn, không độc chút nào nhưng lại là một tác nhân gây dị ứng. Ở Hoa Kỳ, nói chung tỷ lệ mắc phải dị ứng với họ thực vật poison ivy ước tính khoảng từ 50% đến 75% dân số.

Tiến trình tạo mẫn cảm (các phản ứng miễn dịch hình thành dị ứng) thông thường kéo dài một hay hai tuần lễ. Tuy một số người bị dị ứng với các loại cây này ngay lần đầu tiếp xúc với nhựa của chúng, nhưng không phải ai cũng giống như thế. Trên thực tế, dị ứng thường chỉ phát sinh sau nhiều lần tiếp xúc. Tuy nhiên, một khi tiến trình tạo mẫn cảm đã hoàn tất, thì những lần tiếp xúc sau đó với nhựa cây poison ivy nói chung thường phát sinh các triệu chứng dị ứng trong thời gian ngắn hơn nhiều, tức trong vòng từ 5 đến 72 giờ sau khi tiếp xúc.

Phạm vi và mức độ trầm trọng của các phản ứng đối với poison ivy tùy thuộc phần lớn vào diện tích vùng da tiếp xúc với nhựa cây, vào vị trí của vùng da ấy trên cơ thể, và vào mức độ nhạy cảm bẩm sinh của mỗi người. Nói khác đi, càng dị ứng với poison ivy và càng dính nhiều nhựa thì phản ứng dị ứng càng tệ hại hơn. Các triệu chứng điển hình bao gồm đỏ, sưng, và nổi bóng nước ở các vùng da tiếp xúc. Đôi khi, phản ứng dị ứng rất nặng và tác hại đến sức khỏe. Bởi vì các thân cây và bụi cây poison ivy thường cọ sát vào người khi bạn đi lướt qua chúng, nên các bóng nước và ban ngứa điển hình thường nổi thành từng vệt trên da.

Các bệnh nhân dị ứng với poison ivy thường lo ngại lây bệnh sang cho người khác. Nhưng phản ứng này vốn là một bệnh dị ứng chứ không phải là một bệnh nhiễm trùng, nên không cần phải lo lắng như vậy. Bạn không thể lây bệnh dị ứng của mình sang cho người khác được, ngay cả khi họ tình cờ tiếp xúc với chất dịch trong các bóng nước cũng vậy. Thế nhưng, nếu như các bóng nước bị vỡ ra thì nguy cơ xảy ra nhiễm trùng thứ phát gia tăng, và bạn cần thận trọng vào lúc ấy bởi vì tình trạng nhiễm trùng (chứ không phải là dị ứng) có thể lây sang người khác.

Phòng ngừa là hình thức chữa trị tốt nhất đối với chứng viêm da do tiếp xúc với poison ivy. Do đó, bạn nên mặc trang phục bảo hộ – như đeo găng tay, mặc áo sơ mi dài tay, và quần ống dài chẳng hạn – khi làm vườn hay đi bộ dã ngoại. Một vài loại kem mới được giới thiệu gần đây cũng có lợi cho nỗ lực phòng bệnh; đó là các mặt hàng stokogard, Hollister Moisture Barrier, và hydropel. Theo

một công trình nghiên cứu, phản ứng dị ứng với các loại nhựa cây đã giảm bớt hơn 50% nhờ dùng các loại kem thuốc này để phòng ngừa. Tuy vậy, tránh tiếp xúc và dùng trang phục bảo hộ vẫn là hình thức phòng bệnh tốt nhất.

Khi vô tình chạm phải cây này, nên rửa da thật sạch bằng xà phòng và nước, hoặc tốt hơn nên rửa sạch bằng cồn để làm tan chất nhựa ấy đi. Đây là biện pháp hữu hiệu nhất khi được thực hiện trong vòng 15 phút sau khi tiếp xúc và trước khi làn da bị nhựa bám chặt. Sau đó, có thể dùng các mặt thuốc nước tác động cục bộ như Calamine lotion hay Sarna lotion để làm khô các chỗ bị xây xước và giảm ngứa ngáy. Trong nhiều trường hợp, chỉ cần đến các biện pháp chữa trị đơn giản như thế là đủ.

Các phản ứng trầm trọng hoặc lan rộng hơn thường buộc phải dùng đến các loại thuốc kháng viêm corticosteroid tác dụng kháng viêm cục bộ, là một vài trong số các mặt thuốc sử dụng rộng rãi nhất trong khoa da liễu hiện nay và là biện pháp nền tảng để chữa trị chứng viêm da. Tùy theo mức độ trầm trọng của bệnh tình, thầy thuốc có thể kê toa các mặt thuốc hiệu lực cao, vừa, hay nhẹ dưới nhiều dạng khác nhau như thuốc nước, keo gel, kem, hoặc thuốc cao. Trong hầu hết các ca, dùng các loại thuốc corticosteroid tác dụng cục bộ mỗi ngày một hay hai lần, và thông thường các tình trạng ban ngoài da và ngứa ngáy sẽ bớt hẳn sau vài ngày dùng thuốc. Khi các triệu chứng biến mất thường nên ngưng dùng các loại thuốc steroid tác dụng cục bộ ấy, nhưng một số bác sĩ khuyên nên tiếp tục dùng thêm ít lâu để giảm nguy cơ tái phát bệnh. Ultravate, temovate, và Diprolene là thí dụ

điển hình về thuốc steroid tác động cục bộ hiệu lực mạnh; còn Aclovate, Elocon, Locoid, và Hytone là các mặt thuốc hiệu lực vừa và nhẹ.

Đôi khi, phản ứng dị ứng với poison ivy có thể trầm trọng đến mức thấy thuốc phải kê toa loại thuốc corticosteroid dạng uống, như prednisone hoặc mặt thuốc Decadron để khống chế các triệu chứng. Sau khi các triệu chứng biến mất cũng nên tiếp tục dùng các loại thuốc này với liều lượng giảm dần để ngăn ngừa tái phát. Sau cùng khi vi trùng đã xâm nhập do trường hợp nhiễm trùng thứ phát. Bác sĩ có thể chỉ định dùng thuốc kháng sinh dạng uống hay tác động cục bộ để chữa trị nhiễm trùng và ngăn ngừa bệnh lan rộng ra.

Viêm da do tiếp xúc với nikel

Đối phó bệnh dị ứng với nickel có lẽ là việc làm khó khăn, bởi vì rất nhiều đồ đạc thường dùng đều có chứa dạng kim loại này nên những người nhạy cảm với nó thường khó lòng né tránh được. Nickel thường thấy ở các đồ đạc như tiền đồng, huy chương, kéo, đế bệ ngón tay để khâu vá, kim khâu, khóa kéo, khóa thắt lưng, nịt bít tất, kẹp tóc, trâm cài, đồ cuộn tóc. Nickel cũng ẩn trong các chất hợp kim không gỉ, các sản phẩm làm bằng chất alnico, titanium, và invar, cùng các đồ vật mạ crôm. Ngay nữ trang bằng vàng dát tiền cũng pha lẫn nickel để tăng thêm độ bền.

Giống như tất cả các phản ứng viêm da do tiếp xúc, tình trạng phát ban do dị ứng với nickel xuất hiện ở

những vùng tiếp xúc và thường có kích cỡ cùng hình dạng của đồ vật kim loại đã gây dị ứng. Thí dụ các phản ứng do thẻ bài nhận dạng và dây chuyền gây ra điển hình xuất hiện phía trên ngực và lưng, các phản ứng do trâm cài, đồ cuộn tóc, và kính đeo mắt gây ra thường xuất hiện ở da đầu và mặt; dị ứng do tiền đồng và kéo gây ra thường thấy ở các ngón tay; và phản ứng do bông tai gây ra xuất hiện ở thùy tai. Bất kể món đồ nào là thủ phạm, dị ứng với nickel điển hình làm nổi ban ngứa, đỏ, và có vảy trong vòng vài giờ sau khi tiếp xúc.

Giống như trường hợp ban ngoài da do nhựa cây trường xuân có độc gây ra, phòng ngừa là liệu pháp tốt nhất, vì vậy nên tránh tiếp xúc càng nhiều càng tốt với các đồ vật biết là có chứa chất nickel. Ngoài ra, bởi vì tình trạng ẩm ướt và mồ hôi làm tăng nguy cơ nổi ban ở những người nhạy cảm với nickel, cho nên thường xuyên xoa bột tale vào các vùng da tiếp xúc, như nơi đeo đồng hồ tay chẳng hạn, khả dĩ giúp giảm thiểu phản ứng xảy ra. Và nếu như vẫn cứ muốn đeo đồ trang sức, nên mua các đồ trang sức làm bằng bạc tinh khiết hoặc bằng hợp kim không gỉ đặc chế để giảm bớt dị ứng. Biện pháp khác là có thể bọc đôi bông tai ưa chuộng bằng một lớp vecni dùng để ngăn tiếp xúc trực tiếp với nickel.

Khi đã biết chắc mình bị dị ứng với nickel, một dụng cụ thử nghiệm gọi là bộ dụng cụ Spot test có hóa chất dimethylglyoxime có thể được dùng để thử xem các đồ đạc gia dụng và trang sức có chất nickel hay không. Một lượng nhỏ dung dịch thử nghiệm trong suốt này được tẩm vào miếng gạc bông bọc món đồ cần thử nghiệm. Nếu món đồ

có chất nickel, nó sẽ nổi màu tím hoặc đỏ. Mỗi bộ dụng cụ thường dùng cho khoảng 200 lần thử nghiệm.

Các loại thuốc corticosteroid tác động cục bộ thường được dùng để chữa trị tình trạng nổi ban nặng, cấp tính, hay mạn tính do tiếp xúc với nickel.

Viêm da do tiếp xúc với cao su latex

Khi việc sử dụng ngày càng gia tăng các bao cao su để ngăn chặn tình trạng lây lan bệnh AIDS cùng các bệnh truyền nhiễm khác qua sinh hoạt tình dục, và các găng tay cao su y tế để khám cơ thể bệnh nhân trong công tác khám chữa bệnh hàng ngày, thì tỷ lệ mắc phải phản ứng dị ứng với cao su latex tăng vọt đến mức báo động. Nói khác đi, do tình hình gia tăng tiếp xúc với các chế phẩm bằng cao su latex, nên hiện nay số người bị dị ứng với loại cao su này nhiều hơn trước đây.

Hiện nay có khoảng 1% đến 2% dân số bị dị ứng với cao su latex, và có 10% tổng số công nhân viên chức thuộc ngành y tế (bao gồm bác sĩ, nha sĩ, y tá, và v.v...) bị nhạy cảm với cao su latex. Tình trạng ban dị ứng nổi trên bàn tay do tiếp xúc là biểu hiện thường thấy nhất, và dù hiếm khi xảy ra nhưng người ta cũng đã báo các trường hợp bị sốc và thậm chí tử vong do dị ứng thuộc dạng mẫn cảm tức thời. Bản thân cao su thiên nhiên hầu như không hề là tác nhân gây mẫn cảm; đúng ra thủ phạm chính là nhiều loại hóa chất khác nhau tham dự vào tiến trình lưu hóa² và chế tạo các sản phẩm cao su. Các hóa chất này bao gồm

protein letex cận bã, mercaptobenzothiazol (MBT), và hợp chất thiuram.

May thay, trong khi các sản phẩm thay thế khác đang được tích cực tìm tòi sáng tạo, thì tạm thời cũng có nhiều giải pháp thay cho latex. Chẳng hạn, các vỏ bọc ngoài chế tạo bằng sợi đàn hồi tổng hợp spandex có bán khắp nơi trong nhiều năm và có thể được chấp nhận nhờ tên tuổi của nhà sản xuất. Và các găng tay chế tạo bằng cao su tổng hợp neoprene rất bền dùng trong công nghiệp cũng có bán trên thị trường trong một thời gian.

Tương tự, những người tích cực trong sinh hoạt tình dục lại bị dị ứng với cao su latex hiện có thể chuyển sang dùng các loại capốt styreme hay polymer để ngừa thai và tránh nhiễm trùng hữu hiệu. Tuy các capốt làm bằng vật liệu giống da tự nhiên (ruột cừu) có lẽ là một biện pháp thay thế hợp lý khi một hoặc cả hai đối tượng nhạy cảm với cao su latex, nhưng chúng lại không bảo vệ đúng mức chống lại các bệnh nhiễm lây lan qua đường sinh hoạt tình dục. Lúc ấy nên dùng cả hai loại capốt nhằm tối thiểu hóa tình trạng dị ứng mà vẫn ngừa thai và tránh lây bệnh đúng mức. Nếu như đối tượng nữ bị dị ứng với latex, thì bên nam giới trước tiên dùng một capốt latex rồi dùng một capốt da tự nhiên bọc bên ngoài trước khi làm tình. Trong trường hợp ngược lại, đối tượng nam bị dị ứng với latex sẽ dùng loại capốt tự nhiên trước rồi thêm một capốt latex bọc bên ngoài để tránh tiếp xúc trực tiếp với da. Hiện nay loại capốt nữ làm bằng chất dẻo polyurethane còn trong vòng điều tra của cơ quan quản lý dược phẩm (FDA) Mỹ, trong

một tương lai không xa loại capốt này nhất định sẽ được các đôi bạn tình nhạy cảm với latex chào đón nhiệt liệt.

Một điều đáng mừng là các nhân viên y tế hiện cũng có thể chọn dùng một số biện pháp thay thế. Để tránh rắc rối, nhiều người chọn dùng loại găng tay vinyl dùng một lần bởi vì loại này tuyệt không có các chất dẫn xuất từ cao su. Nhưng nếu công việc cần đến sự khéo tay, họ có thể chọn dùng mặt hàng Elastryn, một loại găng tay giảm dị ứng, đặc chế bằng cao su không qua quá trình lưu hóa. Các bác sĩ phẫu thuật cần đến các găng tay vô trùng vừa khít bàn tay có thể mua loại găng tay chế tạo bằng chất tactylon, là chất polymer tổng hợp không có thành phần latex và không qua lưu hóa (tên TM là Tactyl) hoặc các găng tay làm bằng nhiều chất kỳ diệu gọi là chất kháng - biodioxide tăng cường (đặc biệt là các nhãn hiệu Neolon và Dermaprene). Ngoài ra, một sản phẩm mới gia nhập thị trường dụng cụ y tế là loại găng tay Biogel; các nhà sản xuất quả quyết rằng loại găng này tuyệt không có chất protein latex gây dị ứng và có rất ít chất cao su khả dĩ gây dị ứng ở cả hai mặt hàng vô trùng lẫn không vô trùng.

Hãy nghĩ nhớ rằng không phải bất kỳ chứng dị ứng nào với các sản phẩm cao su đều do chính protein latex gây ra. Thí dụ chứng dị ứng với găng tay khám bệnh có thể do chất bột áo bên trong găng để hút mồ hôi và để dễ dàng mang vào tháo ra. Trong trường hợp các capốt, dị ứng do các chất bảo quản có trong các loại keo ướt áo bên trong loại capốt có chất nhờn, hoặc ít thấy hơn là do các chất mỡ bôi trơn có gốc silicone dùng trong loại capốt khô. Gặp

trường hợp này, chỉ cần thay đổi dùng sản phẩm khác là có thể giải quyết được phiền toái.

Khi có nghi ngờ dị ứng, các bác sĩ da liễu có thể dùng loại xét nghiệm "tiện lợi" để thử nghiệm dị ứng với latex. Trong loại xét nghiệm này, đối tượng được cho mang một găng hoặc chỉ riêng phần ngón trên một bàn tay ẩm ướt trong thời gian từ 15 đến 30 phút, rồi kiểm tra xem ban ngứa có nổi lên không. Hoặc giả các bác sĩ có thể cắt một mảnh nhỏ latex dùng làm băng dán thẳng vào lưng hay mặt bên trong cánh tay trong xét nghiệm băng dán, rồi thẩm định các chuyển biến dị ứng trong vòng từ 48 đến 72 giờ.

Đối với hầu hết các trường hợp phát ban ngoài da do cao su gây ra, cách chữa trị thường là dùng ngắn hạn các loại kem steroid tác động cục bộ. Dù hiếm thấy, nhưng các loại thuốc steroid dạng uống cũng có thể dùng đến để khống chế tình trạng viêm.

Phần lớn các điểm đã bàn về dị ứng với nhựa cây poison ivy, nickel, và cao su latex cũng áp dụng cho nhiều chất khác khả dĩ gây dị ứng cho bạn trong bối cảnh gia đình hoặc nơi làm việc. Theo mức độ tiếp xúc, các chất này bao gồm : chất *neomycin* thấy trong nhiều loại thuốc kháng sinh bán không cần toa bác sĩ; chất bảo quản *thimerosal* thấy trong nhiều mặt thuốc nhãn khoa tác động cục bộ, như các dung dịch tẩy rửa contact lens chẳng hạn; chất *formaldehyde* thấy trong quần áo được là ủi thường xuyên và trong nhiều sản phẩm công nghệ khác; chất *quarternium 15*, là thành phần bảo quản thông dụng và là

các loại hóa chất phóng thích formaldehyde, được dùng rộng rãi trong công nghiệp; chất *Paraphenylenediamine*, là loại thuốc nhuộm tóc thông dụng nhất hiện nay; dầu *balsam of Peru* thường dùng để chế tạo các loại nước hoa; và *cồn cinamic*, thành phần tạo mùi thơm và điều vị thông dụng. Các thủ phạm thường được biết đến khác có thể tìm thấy ở một số mỹ phẩm (xem chương 9), quần áo (len, các loại sợi tổng hợp, thuốc nhuộm, và da thuộc), nhiều mặt hàng gia dụng (như các chất tẩy uế, các chất khử trùng, các chất tẩy màu, các loại sơn bóng, và sáp chống hạn), cùng vô số vật liệu ở bối cảnh làm việc (như xi măng, keo dán, plastic, và sơn).

Vài năm gần đây, việc dùng các băng dán ngoài da để đưa thuốc thấm vào cơ thể, như hormone oestrogen để chữa trị triệu chứng mãn kinh và *Scopolamine* để chữa bệnh say tàu xe, ngày càng trở nên phổ biến. Đồng thời, *lối đưa thuốc thấm qua da vào cơ thể* như thế cũng là nguyên nhân gây ra các trường hợp viêm da dị ứng do tiếp xúc ngày càng tăng thêm. Cho đến nay, loại thuốc hạ huyết áp *clonidine* thấm qua da bị xem là nguyên nhân gây ra rất nhiều phản ứng dị ứng do tiếp xúc. Lại là, hầu hết những người không dung nạp loại băng dán *clonidine* đều có thể dùng loại thuốc này dưới dạng uống chẳng hề hấn gì cả.

Trong hầu hết các trường hợp viêm da dị ứng do tiếp xúc, diễn tiến và vị trí phát bệnh gợi ý các manh mối vững chắc cho chẩn đoán. Khi tìm hiểu bệnh tình, thông thường thấy thuốc sẽ hỏi han cận kề về công việc thường ngày ở nhà, hoạt động nghề nghiệp, và sở thích của bạn, để khám phá khả năng tiếp xúc với các chất mỹ phẩm, cây cỏ, và

các loại thuốc tác động cục bộ, bao gồm loại mua tự do lẫn theo toa bác sĩ.

Trong trường hợp tuy hầu như xác định là viêm da dị ứng do tiếp xúc nhưng vẫn chưa xác định rõ tác nhân đặc biệt nào là thủ phạm gây rắc rối, thầy thuốc có thể đề nghị làm xét nghiệm bằng dán lên lớp da bình thường bằng *loạt băng dán nhằm sàng lọc* các tác nhân khả dĩ gây dị ứng. Một loạt băng dán xét nghiệm sàng lọc tiêu chuẩn gồm nhiều loại tác nhân dị ứng được biết thường dùng ở nhà và tại sở làm. Một khi nhận diện được loại tác nhân dị ứng đặc biệt nào đó rồi, thầy thuốc có thể lập giúp bạn một bảng kê các sản phẩm hay vật dụng đặc biệt phải tránh tiếp xúc.

Viêm da dị ứng do tiếp xúc ánh sáng

Do các khía cạnh độc đáo của nó, chứng viêm da dị ứng do tiếp xúc ánh sáng đáng được đề cập đặc biệt. Trong chứng bệnh này, tia cực tím trong ánh nắng biến đổi một hóa chất vô hại thành một tác nhân dị ứng, và người mắc phải loại dị ứng này thường đến bác sĩ da liễu than phiền rằng họ bị "dị ứng với ánh nắng". Thế nhưng, đó là dị ứng với một loại hóa chất đặc biệt dính vào da rồi bị kích thích bởi ánh nắng, chứ riêng ánh nắng hoặc hóa chất đều không thể gây ra tình trạng viêm da. Các tác nhân dị ứng do tiếp xúc với ánh nắng bao gồm các loại thuốc trị vi khuẩn tác động cục bộ như các hợp chất salicylanolide halogen hóa chẳng hạn, các loại mỹ phẩm, dầu thơm, và thậm chí cả các thành phần trong thuốc chống nắng.

Việc xác lập chẩn đoán về chứng viêm da đòi hỏi phải thực hiện các bước tương tự như đối với chứng viêm da dị ứng do tiếp xúc thông thường, với một ngoại lệ chủ yếu là: thay vì dùng xét nghiệm bằng dán đơn giản để có lập tác nhân dị ứng, phải thực hiện *xét nghiệm bằng dán quang học* (photopatch test). Các băng dán chất xét nghiệm thường được bóc ra sau một thời gian kéo dài từ 1 đến 3 ngày, rồi các vùng da dưới lớp băng dán được rọi sơ qua bằng tia cực tím A (Ultraviolet A - viết tắt là UVA). Tiếp theo, các vùng da ấy lại được dán băng lần nữa, rồi được kiểm tra hai ngày sau đó để xem các triệu chứng viêm da có xuất hiện không (xem phụ lục A).

Giống như trường hợp dị ứng do tiếp xúc thông thường, chỉ cần ngưng sử dụng chất tác hại là đủ để giải quyết rắc rối. Khi làm như thế mà vẫn không đạt được kết quả, người ta phải dùng đến các chất chống tia cực tím SPF hiệu lực cao. Nhưng nếu rắc rối tình cờ lại do chính chất chống nắng, người ta phải tìm một chất thay thế thích hợp. Thí dụ nếu bạn dị ứng với chất PABA (tức paraamino benzoic acid) hoặc các chất dẫn xuất từ PABA, là thuốc chống tia cực tím trong ánh nắng rất thông dụng, bạn nên tìm mua các thuốc chống nắng không có PABA hiện có bán rất nhiều trên thị trường. Nếu vẫn còn rắc rối, bạn có thể thử dùng một trong vài loại thuốc chống nắng không có tác dụng hóa học chứa rất ít chất titandioxide, như mặt hàng Neutrogena's Chemical - Free Sunblocker chẳng hạn.

Một khi đã xuất hiện, các phản ứng dị ứng ánh sáng trầm trọng cần được xoa dịu bằng các loại kem corticosteroid tác động cục bộ, các loại thuốc kháng-histamine dạng uống, và các loại thuốc corticosteroid dạng uống dùng ngắn hạn.

Mày đay do tiếp xúc

Giống như bệnh viêm da do tiếp xúc, chứng mày đay³ do tiếp xúc là hậu quả của tình trạng giãn các mao huyết quản trong da và tiết chất dịch vào các mô chung quanh, cơ thể gây ra do tiếp xúc trực tiếp với chất gây dị ứng, hoặc thường thấy hơn là do tiếp xúc trực tiếp với nhiều tác nhân kích thích với nhau. Đôi khi các vùng nổi nốt ban là các vết sưng tím ở da và các màng nhầy, nói chung kéo dài không đến 24 giờ và thường lặn đi vào khoảng 6 giờ sau khi xuất hiện. Kích thước bình thường của các vết nổi ban thường có bề rộng từ 1/2 cho đến 12 inch hoặc hơn. Trường hợp sưng phồng và lan rộng, mày đay được gọi là *chứng phù mạch* (angioedema), đôi khi có thể lan ra khắp một trong tứ chi hoặc cả bộ mặt bị sưng phồng lên.

Mặc dù cho đến nay mọi loại hóa chất trung gian trong cơ thể đều có thể được nhận diện chịu trách nhiệm gây ra chứng mày đay do tiếp xúc, nhưng người ta tin rằng histamine đóng một vai trò quan trọng nhằm gây ra tình trạng ngứa, đỏ, sưng trong bệnh này. Trong các ca mày đay phi dị ứng, tác nhân kích thích vì một lý do chưa rõ đã trực tiếp thúc đẩy các dưỡng bào và bạch cầu ái kiềm phóng thích loại hóa chất trung gian histamine. Còn IgE, loại kháng thể tương tự như trong trường hợp khởi phát

các cơn hen suyễn và viêm mũi dị ứng, bị cho là nguyên nhân tác động giống như vậy trong các ca mày đay dị ứng.

Giống như trường hợp viêm da do tiếp xúc chất kích thích, chứng mày đay do tiếp xúc chất kích thích (không liên can đến hệ miễn dịch) có thể bị khởi phát bởi rất nhiều chất khác nhau. Các tác nhân kích thích khét tiếng gây ra chứng mày đay phi dị ứng do tiếp xúc bao gồm có loại hóa chất có tự nhiên trong một số thực phẩm, hương liệu, chất dậy mùi, chất tạo màu, và các chất bảo quản, cũng như các chất phụ gia trong các sản phẩm như xà phòng, dầu gội đầu, kem đánh răng, và v.v... Còn các tác nhân gây rắc rối đặc biệt bao gồm acid benzoic, sodium benzoate, acid sorbic, aldehyde cinamic, dầu bapsam of Peru, acid acetic, acid butyric, và nhiều loại cồn khác nhau.

Mặc dù tình trạng phát ban ngoài da trong chứng mày đay dị ứng do tiếp xúc trông rất giống chứng mày đay phi dị ứng, nhưng lại có nhiều manh mối giúp cho thầy thuốc phân biệt hai loại mày đay này. Một mặt, những cá nhân bị dị ứng với một chất đặc biệt nào đó chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ trong dân số nói chung. Ngược lại, các chất kích thích có khuynh hướng gây ra các triệu chứng viêm da cho đa số người. Ngoài ra, những người bị dị ứng thật sự thường kể lại tiếp sau cuộc tiếp xúc trước đây với tác nhân bị cho là gây dị ứng vào một thời điểm nào đó trong quá khứ không có phát sinh bất kỳ triệu chứng nào cả. Còn những người bị nổi ban phi dị ứng thường nhớ lại tình trạng phát tác rắc rối ngay lần đầu khi họ vô tình tiếp xúc với một chất đặc biệt. Và cuối cùng, điển hình những cá nhân bị dị ứng thường báo cáo một kiểu diễn biến các triệu chứng ngày

càng tệ hại hơn sau mỗi đợt tiếp xúc, trong khi những người bị mề đay do tiếp xúc chất kích thích lại không gặp tình trạng này.

Bảng liệt kê các tác nhân dị ứng khả dĩ gây chứng mề đay do tiếp xúc rất dài. Một số tác nhân quan trọng nhất bao gồm bacitracin, benzoyl peroxide, lindane, menthol, neomycin, nickel, parabens, các chất chống nắng, các chất phụ gia plastic, henna, keo xịt tóc, thuốc đánh bóng móng tay, nước hoa, gỗ bu lô và tếch, sữa, bột hương liệu, trứng, thịt, bột, và cả đến tinh dịch nữa.

Việc chẩn đoán bất kỳ loại mề đay nào do tiếp xúc cũng đều trong cây phần lớn vào bệnh sử. Xét nghiệm máu ít khi có lợi, nhưng xét nghiệm băng dán hờ đã tỏ ra hữu ích cho một số trường hợp có liên quan đến mỹ phẩm. Trong các xét nghiệm này, một chút ít mỗi chất xét nghiệm được bôi vào một thanh thủy tinh rồi áp chặt vào một vùng có bề ngang khoảng 1/2 inch trên mặt da ở phần cẳng tay không mọc lông. Sau 30 phút người ta kiểm tra các vùng xét nghiệm để xem tình trạng nhột nhật, ngứa, đỏ, và nốt ban có phát tác không. Còn các xét nghiệm châm da (prick test), trong đó các liều lượng thấp chất nghi ngờ được tiêm vào dưới da, ngày nay hiếm khi được dùng đến bởi vì chúng có nguy cơ gây ra các phản ứng nghiêm trọng đôi khi đe dọa đến tính mệnh.

Dĩ nhiên, tránh tiếp xúc chất gây hại là hình thức chữa trị tốt nhất đối với mọi loại mề đay do tiếp xúc. Các cơn bộc phát cấp tính thường được chữa trị bằng các loại kem corticosteroid tác động cục bộ và thuốc kháng-histamine

dạng uống. Còn các ca nặng hơn có thể buộc phải chữa trị ngắn hạn bằng thuốc corticosteroid dạng uống, như prednisone hay các mặt thuốc Medrol, Decadron chẳng hạn.

Viêm da quá mẫn cảm

Thường được gọi là chàm da quá mẫn cảm (atopic eczema) hay đơn giản là chàm da⁴, viêm da quá mẫn cảm (atopic dermatitis) là một chứng bệnh phổ biến tác động đến xấp xỉ 3% dân số thuộc mọi lứa tuổi, và đến khoảng 10% tổng số thanh thiếu niên ở Hoa Kỳ. Nói chung, sau cùng bệnh cũng biến mất đi ngoại trừ 3% dân số vẫn còn mắc phải. Trong khoảng từ 70% đến 80% các ca bệnh, bệnh nhân thường có tiền sử gia tộc mắc phải một hoặc nhiều trong số các loại bệnh dị ứng sau: hen suyễn, sốt cỏ khô (hay viêm mũi dị ứng), mề đay, và viêm da quá mẫn cảm. Sự kiện này cho thấy có khuynh hướng di truyền mắc phải loại bệnh này.

Cho đến nay vẫn chưa có bằng chứng thuyết phục nào cho thấy viêm da quá mẫn cảm là một rối loạn dị ứng, nhưng lại có rất nhiều bằng chứng gián tiếp cho thấy dị ứng đóng một vai trò nào đó, ít ra một trong số trường hợp. Thí dụ ở khoảng 10% thiếu nhi, chứng bệnh này có thể bị khởi phát hoặc trầm trọng thêm do các phản ứng dị ứng với một số thực phẩm. Trứng, cá, sữa, đậu phụng, đậu tương, và lúa mì là các thủ phạm gây dị ứng thường thấy. Trong vòng một thời gian ngắn vào khoảng 1/2 giờ đồng hồ sau khi dùng các thức ăn này, những cá nhân dễ bị

bệnh có thể nổi cơn ngứa ngáy và da bị đỏ lên. Chỉ cần ngưng dùng thức ăn có hại cũng thường khiến cho các triệu chứng biến đi hoàn toàn. Ngoài ra, mối tương quan đã được đề cập giữa chàm da quá mẫn cảm với hen suyễn, sốt cỏ khô, và mày đay cũng là một chứng cứ tuy gián tiếp mà vững chắc cho thấy chứng bệnh này có cơ sở dị ứng. Tương tự, dị ứng với bụi nhà và loài mạt nhà cũng là nguyên nhân trong một số trường hợp. Và sau cùng, một số nhà nghiên cứu mới đây đã phát hiện rằng số lượng rất lớn các kháng thể IgE (gọi là kháng thể dị ứng) bám chặt vào các tế bào bên trong lớp ngoại bì và trung bì ở da của những người quá mẫn cảm, không giống như ở những người dễ bị viêm da không chàm.

Tuy nhiên, người ta cũng cho rằng các cơ chế phi dị ứng quả có đóng một vai trò quan trọng trong nhiều trường hợp. Da khô chẳng hạn thường gây bộc phát viêm da quá mẫn cảm, đặc biệt gây rắc rối vào mùa đông do tình trạng da bị ứt át, nứt nẻ ở những người phải bên ngoài trời, sau đó gặp phải tình trạng khô khan do lò sưởi bên trong nhà. Mùa hè cũng gây rắc rối bởi vì độ ẩm bị hạ thấp giả tạo (do máy điều hòa không khí và tình trạng khô da và bị kích thích quá mức do các clor trong các hồ tắm. Và vào bất kỳ thời điểm nào trong năm, chứng viêm da quá mẫn cảm cũng có thể trầm trọng thêm do dùng quá nhiều xà bông ăn da và nước nóng. Sau cùng, tình trạng căng thẳng thần kinh cùng các bệnh cơ thể - nặng cũng như nhẹ, như cảm lạnh, sốt, đau cổ họng, và nhiễm trùng trong lỗ tai - là các nguyên nhân thường thấy khác làm bộc phát chứng viêm da này.

Chẩn đoán ban ngoài da trong chứng viêm da quá mẫn cảm rất dễ nổi lên ở các vùng da phơi trần ra ngoài, có lẽ do chúng rất dễ nứt nẻ, khô, và tiếp xúc với môi trường chung quanh. Tuy nhiên, trong các ca nặng ban có thể xuất hiện bất kỳ nơi nào trên cơ thể hoặc thậm chí có thể lan ra khắp bề mặt da trên cơ thể. Ở những người thành niên chưa cao tuổi, ban điển hình xuất hiện ở mặt; nếp gấp khuỷu tay, và mặt sau gối, nhưng nó lại buông tha vùng háng. Da ở các vết tổn thương thường bị khô, đóng vảy, đỏ ửng, cùng ngứa ngáy dữ dội và không ngứa (đây là một trong những dấu hiệu nổi bật của loại bệnh này). Trong các trường hợp mạn tính, cuối cùng các vùng da tổn thương sẽ nhợt nhạt, dày lên, và thâm lại, đồng thời thường xuyên khô cứng và đầy vết cào xước.

Trong hầu hết các trường hợp, các bác sĩ da liễu đều chẩn đoán được chứng viêm da quá mẫn cảm khá dễ dàng. Người ta dám khẳng định rằng bất kỳ người nào bị chàm da đều có tiền sử gia tộc và / hoặc cá nhân mắc phải các chứng bệnh như hen suyễn, viêm mũi dị ứng, và mày đay. Mặc dù không có loại xét nghiệm nào xác định rõ bệnh tình, nhưng dấu hiệu mức kháng thể IgE trong máu tăng vọt ở người có các biểu hiện ngoài da của chứng chàm da được xem là chứng cứ bổ sung cho chẩn đoán.

Phòng ngừa: như đã nói, những cá nhân dễ bị bệnh nên thận trọng không để cho da bị khô và nứt nẻ quá mức. Muốn vậy, mỗi lần tắm gội không nên lâu quá 3 phút và tắm bằng nước ấm chứ đừng tắm bằng nước nóng. Cũng nên tránh dùng khăn tắm và bọt biển polymer kỳ cọ trong lúc tắm gội bởi vì những thứ này ma sát da không cần

thiết, và như đã đề cập nên dùng thuốc tẩy rửa dịu bằng chất tổng hợp thay vì dùng các xà phòng thô nhám bằng kiềm nguyên chất, chất tẩy nhờn, chất khử mùi, hoặc chất ăn mòn da. Đối với những người tuyệt không sao bỏ được thói quen xa xỉ ngâm mình lâu trong bồn tắm, chúng tôi khuyên dùng các mặt hàng như Alpha - Keri Bath Oil hoặc Actibath Carbonated Tablets; các chất này có thể cho thêm vào nước tắm để giảm bớt phần nào tình trạng khô da sau này. Nếu có thể, hãy chọn trang phục nhất là đồ lót làm bằng vải bông nguyên chất, và chọn quần áo vừa vặn chứ đừng chật hay bó quá có thể cọ xát vào da. Len hoặc các nguyên liệu thô ráp khác nên tránh dùng, bởi vì chúng rất dễ gây kích thích. Ngoài ra, mặc quần áo ấm đúng mức vào mùa đông, nghỉ ngơi nhiều, và cố tránh ra ngoài trời rét cũng tốt cho mọi ca bệnh.

Cũng phải hết sức cố gắng tránh cho làn da bị khô quá. Các chậu nước đặt cạnh lò sưởi hoặc các máy tạo ẩm độ làm mát không khí là biện pháp hữu ích nhằm giảm bớt tình trạng khô khan trong nhà. Nếu ưa thích bơi lội ở các hồ tắm có chất clor (tắm biển thường tốt cho da hơn), bạn chớ ngại tốn kém mà xoa vào người loại kem dưỡng da đã dụng để giảm dị ứng trước khi phóng người xuống nước, và xoa thêm lần nữa sau khi tẩy sạch mọi thứ dưới vôi tắm. Đối với những người đi bơi dã ngoại, chất chống nắng dưỡng da như Oil of Olay Daily UV Protectant chẳng hạn và biện pháp chọn lựa hợp lý. Nếu muốn cho da tăng thêm độ ẩm, bạn có thể hỏi qua ý kiến của thầy thuốc để được kê toa dùng thường xuyên loại thuốc nước dưỡng da mạnh hơn như lac-hydrin trước và sau khi xuống hồ tắm.

Nếu như cho rằng dị ứng thực phẩm cũng góp phần gây bệnh, thầy thuốc có thể khuyến cáo tiến hành cuộc thử nghiệm kéo dài 2 tuần lễ chế độ ẩm thực loại trừ hợp lý về mặt dinh dưỡng, bao gồm thịt gà (nấu hoặc nướng), thịt cừu non, cơm, khoai mỡ (yams), bông cải xanh, bông cải trắng, táo, và lê, (nấu chín hoặc đóng hộp), muối, và nước. Nếu tình hình cải thiện trong thời gian này, thì mối tương quan giữa bệnh tình với một dạng dị ứng thực phẩm nào đó đã được xác lập. Sau đó, để xác định loại thức ăn cụ thể nào là thủ phạm người ta thường đưa một nhóm thức ăn mới vào thực đơn trong các khoảng thời gian kéo dài 4 ngày nhằm quan sát xem bệnh có phát tác không. Bánh mì, các loại mì sợi mì ống, và ngũ cốc thường được đưa vào thực đơn trước tiên, và các nhóm thức ăn khác kế tiếp theo đó được dần dần thêm vào cho đến khi phát hiện được các thức ăn nào là thủ phạm gây phiền toái. Biện pháp này xem ra là một việc làm kéo dài lê thê, nhưng kết quả gặt hái được đáng tin cậy hơn xét nghiệm da, là các xét nghiệm chiếm tỷ lệ rất cao về kết quả sai lạc trong các ca viêm da quá mẫn cảm.

Chữa trị: không may, hiện chúng ta vẫn chưa thể chữa lành chứng viêm da quá mẫn cảm. Tuy nhiên, các bác sĩ da liễu có thể chỉ định tiến hành nhiều biện pháp đơn giản và kê toa các loại thuốc làm giảm đáng kể các triệu chứng bệnh cũng như khiến cho các nốt ban biến mất. Giống như trường hợp các dạng chàm da khác, liệu pháp đối với bệnh viêm da quá mẫn cảm vừa và nặng thông thường là kê toa các loại kem corticosteroid tác động cục bộ dùng riêng hoặc kết hợp với thuốc kháng-histamine dạng uống, và đôi khi các đợt dùng ngắn hạn thuốc corticosteroid dạng uống.

Đối với bệnh viêm da quá mẫn cảm, việc dùng các loại thuốc steroid tác động cục bộ, nhất là các hiệu thuốc có hiệu lực mạnh, đòi hỏi phải rất thận trọng bởi vì đây là một dạng rối loạn lâu dài có thể buộc phải chữa trị trong nhiều năm. Tuy bề ngoài giống như các loại kem hoặc thuốc mỡ làm mất da thông thường, nhưng các loại thuốc steroid tác động cục bộ chỉ nên dùng dưới sự giám sát nghiêm ngặt của thầy thuốc để ngăn ngừa xảy ra biến chứng. Nếu được dùng hàng ngày trong vài tuần lễ, các loại thuốc đặc biệt có hiệu lực mạnh có thể khiến cho lớp da non không sao phục hồi được, khiến cho da càng dễ bị tổn thương hơn, làm cho các mao huyết quản "bị vỡ ra", làm mất sắc tố trong da, và gây các vết căng phồng trên da. Thế nhưng, nếu dùng thận trọng dưới sự giám sát của bác sĩ, chúng quả là các loại thuốc tuy đơn giản mà kỳ diệu giúp cho bệnh tình nhanh chóng giảm nhẹ.

Sau cùng, nhằm mục đích giúp cho bệnh nhân chàm da bỏ thói quen vẫn cứ tiếp tục dùng các loại thuốc steroid tác động cục bộ khi các nốt ban đã biến mất, và cũng là một bộ phận trong kế hoạch duy trì tình trạng da tiếp sau đó để giảm bớt nguy cơ tái phát cũng như giảm bớt mức trầm trọng khi bệnh tái phát, một lần nữa chúng tôi cho rằng mặt thuốc nước lac-Hydrin đặc biệt có lợi cho bệnh nhân. Ngoài công hiệu của loại thuốc dưỡng da, các chứng cứ mới đây cho thấy loại thuốc này có tác dụng bảo vệ chống lại hậu quả làm mỏng da của các loại thuốc steroid tác động cục bộ khi dùng xen kẽ loại thuốc này mỗi ngày với các loại thuốc steroid trong thời gian chữa bệnh. Nghiên cứu tích cực về bệnh viêm da quá mẫn cảm hứa hẹn sẽ đem lại

các biện pháp điều trị đặc hiệu hơn và khả quan hơn trong tương lai.

(38)

-
- ¹ *Viêm da* : Là tình trạng da bị đỏ, ngứa, có thể có nhiều bóng nước nhỏ. *Viêm da dạng chàm* có thể do da bị kích thích bởi một chất nào đó ngoài da hoặc tiêm, uống vào người. Cũng có nhiều dạng viêm da khác như *viêm da nghề nghiệp*, viêm da do xà bông, chất tẩy rửa, ánh sáng mặt trời. Điều trị tùy nguyên nhân.
- ² *Sự lưu hóa* : Là phản ứng hóa học của lưu huỳnh và cao su. Sự lưu hóa giúp làm tăng độ bền và tính đàn hồi của polymer.
- ³ *Mày dầy* : Là một dạng dị ứng cấp tính với triệu chứng là những nốt chàm nổi lên da, có thể nhỏ hoặc lớn đường kính vài cm, ngứa nhiều. Kéo dài có thể nhiều giờ, nhiều ngày. Có thể có phù môi sưng lưỡi.
- ⁴ *Chàm da* : Là một tình trạng viêm da bề mặt. Triệu chứng: ngứa, ban đỏ, kèm theo bóng nước nhỏ, rỉ dịch. Có hai dạng chàm: chàm ngoại lai (do yếu tố bên ngoài gây ra) và chàm da nội sinh (do yếu tố thể tạng). Có 5 kiểu chàm nội sinh chàm quá mẫn, chàm hình đĩa, chàm pompholyx, chàm tiết bã, chàm dẫn tĩnh mạch.

Điều trị chàm là điều trị theo nguyên nhân.

Chương 9

LÀN DA NHẠY CẢM VÀ DỊ ỨNG MỸ PHẨM

LÀN DA NHẠY CẢM

Câu nói sau đây có quen thuộc với bạn không? “Tôi thật không biết phải làm gì cho làn da của tôi nữa.

Thật đáng ghét quá chừng! Tôi đã từng thử qua mọi thứ – ít ra cho đến 20 loại mỹ phẩm khác nhau và cả đến các sản phẩm có nhãn hiệu giảm dị ứng nữa – nhưng tất cả đều gây khó chịu cho tôi! Da tôi cứ luôn nhạy cảm, ngay cả hồi tôi còn rất bé, thế phải chăng không có loại mỹ phẩm nào tôi có thể sử dụng mà không gây rắc rối?”

“Làn da nhạy cảm” là một trong những lời than vãn thường xuyên nhất của các bệnh nhân mới đến phòng mạch của tôi. Thế nhưng, một trong những khó khăn to

lớn nhất mà các bác sĩ da liễu phải đối phó chính là không có cuốn sách giáo khoa y học nào định nghĩa về “làn da nhạy cảm” cả. Thực trạng này dường như không ngăn cản các nhà sản xuất mỹ phẩm khỏi dùng thuật ngữ này một cách vô tội vạ, nhất là khi họ cố gắng bán cho bạn những thứ gọi là mỹ phẩm giảm dị ứng và các sản phẩm khác phục vụ cho làn da mà họ cả quyết là được đặc chế để giải quyết tình trạng này.

Có lẽ điều kỳ diệu nhất về vấn đề làn da nhạy cảm chính là nói chung cả hai bên bệnh nhân và thầy thuốc đều không thực sự thấy được bao nhiêu về khuyết điểm bề ngoài của làn da ấy. Các lời phàn nàn bức mình của bệnh nhân dường như phóng đại quá nhiều so với các phát hiện về y học. Chính bởi vì thường phát hiện được rất ít dấu hiệu, một số bác sĩ đã sai lầm gán cho toàn bộ tình trạng này là một dạng bệnh cơ thể - tâm thần. Và dường như chưa đủ tệ hại, người bệnh sau cùng cũng tình cờ tin rằng toàn bộ rắc rối của mình thuộc phạm vi tâm lý.

May thay, các công trình nghiên cứu hiện hành đã bắt đầu rọi một vài tia sáng mới mẻ vào tình trạng này. Căn cứ vào quan sát, một số nhà nghiên cứu mới đây đã đề nghị gọi vấn đề làn da nhạy cảm là “hội chứng tình hình mỹ phẩm” (status cometicus syndrome); những người khác lại thích gọi là “hội chứng da không dung nạp” (the intolerant skin syndrome). Tuy các tên gọi này không giúp chúng ta hiểu biết nhiều lắm về nguyên nhân gây ra tình trạng này, ít ra chúng cũng giúp người bệnh biết rằng các bác sĩ đã bắt đầu xem vấn đề này là một tình trạng sinh lý chứ không phải là tâm lý.

Tuy nhiên, dù cho tên gọi là gì đi nữa, thì hiện tượng làn da nhạy cảm dường như bao hàm một tình trạng trong đó nhiều loại, nếu không nói là tất cả các loại mỹ phẩm mà bệnh nhân dùng cho da mặt của mình (một tình hình hầu như chi phối mọi phụ nữ) gây ra đôi chút cảm giác se da, bỏng rát, ngứa ngáy, hoặc đau đớn, mà không cần đến bất kỳ dấu hiệu khách quan (tức trông thấy được) nào khác. Những ca nghiêm trọng hơn có thể có triệu chứng như đỏ, khó chịu, sưng nhẹ, và biến đổi sắc mặt, nhất là ở nơi gọi là vùng có màu sắc rực rỡ trên má và mí mắt. Đối với một số người, các triệu chứng giới hạn vào mí mắt và thường gồm có tình trạng đau rất ở mắt và mí mắt do dùng mỹ phẩm ở vùng mắt.

Chẩn đoán làn da nhạy cảm hay hội chứng da không dung nạp còn phức tạp hơn nhiều do sự kiện các xét nghiệm bằng dán ở vùng lưng với các loại mỹ phẩm và xà phòng nghi ngờ gây dị ứng thường có kết quả âm tính (tức không có phản ứng). Ngay đến các xét nghiệm "tiện lợi", trong đó các liều lượng nhỏ các chất nghi ngờ là thủ phạm được dán vào cẳng tay nhiều lần trong vài ngày để quan sát các phản ứng có thể xảy ra, cũng thường có kết quả âm tính. Thay vì cho thấy không có rắc rối hữu cơ nào xảy ra, tình hình thiếu phản ứng như thế chỉ có thể phản ánh sự kiện làn da mặt khác biệt hẳn về mặt cấu trúc vi thể so với các vùng da khác, nhất là trong trường hợp nhạy cảm đối với kích thích của mỹ phẩm. Chính vì lý do này mà các bác sĩ hẳn phải rất nghi ngờ về tình trạng nhạy cảm da ở bất kỳ người nào than phiền về tình hình không dung nạp đối với nhiều loại sản phẩm và mỹ phẩm tác động cục bộ. Đồng thời, trước khi gọi tình trạng này là da không dung

nap, các bác sĩ phải nỗ lực bằng mọi cách nhằm loại trừ chẩn đoán các dạng chàm da và các loại bệnh ngoài da tế nhị khác mà bề ngoài có lẽ tương tự với loại rối loạn này.

Phòng ngừa

Nếu như bước đầu người ta đã gặp phải khó khăn trong việc nhận định làn da không dung nạp, thì dường như khá hợp lý khi nói rằng đối phó với tình trạng này có lẽ cũng khiến người ta nản lòng không kém. Trong nhiều trường hợp, đây là một thử thách ghê gớm đối với cả hai bên thầy thuốc và bệnh nhân. Tuy nhiên, có một số khuyến cáo khá thường tình mà những người gặp rắc rối vì làn da nhạy cảm hoặc chỉ vì nhạy cảm ở mí mắt có thể tuân thủ.

Về mặt thống kê mà nói, rất nhiều thành phần trong các mặt hàng thông dụng đã được phát hiện là tác nhân đặc biệt gây rắc rối. Nếu cho rằng mình có làn da không dung nạp, thì tốt hơn là bạn nên thận trọng trong việc chọn lựa các sản phẩm có chứa các thành phần ấy. Bởi vì các nhà nghiên cứu đã khẳng định rằng các loại hương liệu và thuốc nước chống nắng là nguyên nhân gây ra hầu hết các trường hợp bị ngứa ngáy liên quan đến mỹ phẩm, cho nên bạn hãy luôn chọn dùng các sản phẩm không có mùi thơm. Người ta cũng xác định rằng khoảng 7% người trưởng thành đều mắc phải một dạng phản ứng bất lợi nào đó đối với thành phần PABA trong chất chống nắng thông dụng, và do đó bạn nên chọn mua một trong các loại thuốc chống nắng không có PABA (và không có mùi thơm) hiện có bán trên thị trường (như mặt hàng Oil of Olay Daily UV protectant).

Bạn cũng có thể giảm thiểu đáng kể nhu cầu đối với chất chống nắng bằng cách sắp xếp lại thời khóa biểu hàng ngày và chọn lựa loại trang phục khi ra ngoài trời sao cho tối thiểu hóa tình trạng tiếp xúc với ánh nắng. Thí dụ bạn có thể dự trù nhằm tránh ánh nắng mặt trời gay gắt từ 10 giờ sáng đến 15 giờ chiều và sắp xếp giờ giấc chơi quần vợt hay bơi lội trước hoặc sau các thời điểm này trong ngày. Bạn cũng có thể tự bảo vệ bằng cách mặc loại quần áo nhẹ nhàng và chống tia cực tím (như các mặt hàng Solumbra, Solarprotective Factory, và Frogskin chẳng hạn) là loại trang phục có tính năng bảo vệ da tương đương với loại thuốc chống nắng có hiệu lực SPF 30 hoặc cao hơn.

Nếu có thể, cũng nên tránh bớt các thành phần khác có khả năng gây đau đớn và ngứa ngáy thường thấy trong nhiều loại mỹ phẩm. Các thành phần này bao gồm benzoid acid, bronopol, cinnamid acid, dowicil 200, formaldehyde, lactic acid, các chất nhũ tương nonionic, propylene glycol, các hợp chất ammonium 4 gốc, sodium lauryl sulfate, sorbic acid, và urea. Kiểm tra sơ qua bất kỳ nhãn hiệu sản phẩm nào sẽ giúp cho bạn biết, nếu có, về các thành phần này để sau đó bạn có thể tìm loại sản phẩm thay thế thích hợp.

Nếu rối loạn của bạn là nhạy cảm ở mí mắt, bạn có thể gặp nhiều khó khăn trong việc tìm ra một loại thuốc làm đậm lông mi mà bạn dung nạp được. Các loại mỹ phẩm làm đậm lông mi dạng nước có chứa xà phòng và các chất nhũ tương, như sodium borate và ammonium stearate chẳng hạn, có thể gây khó khăn đặc biệt. Nếu bạn đã từng gặp rắc rối với loại mỹ phẩm này, bạn có thể thử qua loại

mỹ phẩm đậm lông mi không thấm nước. Và nếu như vẫn gặp rắc rối, bạn có thể tìm mua loại mỹ phẩm làm đậm lông mi dạng bánh xà phòng, mặc dù những thứ này hiện rất hiếm.

Các loại mỹ phẩm tô mí mắt, và lông mi giả cũng có thể gây khó chịu cho những người có làn da nhạy cảm. Bởi vì chúng có thể gây khó chịu đặc biệt, cho nên bạn hãy tránh dùng các loại mỹ phẩm tô mí mắt phủ sương, chói ngời, bóng loáng, và lấp lánh; các loại này thường chứa đựng các mảnh vảy cá, bột trắng không tan trong nước bismuth oxychloride, mica, hay các loại kim loại xay nhuyễn. Và bởi vì cơ sở lưu chất của chúng thường ít gây kích thích hơn, nên mỹ phẩm tô mí mắt dạng bột được ưa chuộng hơn các loại mỹ phẩm dạng lỏng hay dạng bút chì tự động. Vì lý do tương tự, các loại mỹ phẩm tô mắt dạng bút chì hay dạng bánh xà phòng được ưa chuộng hơn dạng chất lỏng. Sau cùng các chất keo có gốc methacrylate (như mặt hàng crazy glue) được dùng để gắn lông mi giả có thể làm cho tình trạng nhạy cảm ở mí mắt trầm trọng thêm, nên tuyệt đối tránh dùng.

Điều thú vị là một số nhà nghiên cứu cho rằng tác dụng gây đau đớn của các chất kích thích trong các loại mỹ phẩm có thể được vô hiệu hóa bằng cách cho vào các sản phẩm ấy những thành phần gọi là thành phần kháng-kích thích. Ít ra về mặt lý thuyết, các chất kháng-kích thích có thể tác động bằng cách kết hợp trực tiếp với các chất kích thích để trung hòa chúng, phong tỏa các vùng đặc biệt mà các chất kích thích bám vào, hoặc tác động đơn giản như một hàng rào vật chất ngăn cản các

chất kích thích tiếp xúc với da. Các chất kháng - kích thích hiện có bán trên thị trường là polysorbate 20, keo aloe vera, chất tác động ở bề mặt idazolidine amphoteric (các chất tẩy dùng trong các loại dầu gội đầu "không làm chảy nước mắt"). Giới chuyên môn hiện vẫn chưa công nhận giá trị nói chung của các chất kháng - kích thích này.

Nếu tình trạng nhạy cảm của bạn xảy ra ở các vùng khác hơn mí mắt hay da mặt, bạn nên cẩn thận chọn dùng các loại thuốc tẩy nhẹ đặc chế để dùng cho toàn thân (như mặt hàng Oil of Olay Sensitive Skin Bar) và cũng nên chọn dùng các thuốc dưỡng da giảm dị ứng cho các vùng ấy. Ngoài ra, hãy tắm nhanh, nhiều nhất từ 2 đến 3 phút, và tránh làm khô da quá mức khiến cho tình trạng kích thích thêm phần phức tạp. Nếu bạn thích tắm trong bồn hơn dưới vòi sen, hãy thêm vào nước một ít dầu tắm (như dầu Alpha Keri) và không nên dùng các sản phẩm làm cho nước sủi bọt, bởi vì chúng thường làm cho da khô quá mức. Và sau cùng, hãy dùng các loại thuốc giặt dạng nhẹ không có enzyme, không có chất nhuộm, và không có mùi thơm như mặt hàng Cheerfree hay Ivory Snow để giặt quần áo.

Chữa trị tình trạng da không dung nạp

Để giảm thiểu kích thích hơn nữa, bạn hãy ngưng dùng xà phòng hay thuốc tẩy để rửa mặt. Thay vào đó, chỉ nên rửa mặt bằng nước sạch đun ấm mà thôi. Nói chung, bạn có thể tiếp tục dùng son môi và các loại mỹ phẩm tô môi khác, bởi vì các thứ này ít khi gây rắc rối cho người có làn da nhạy cảm. Cũng vậy, bạn vẫn có thể dùng phấn

thoa mặt bởi vì loại này hiếm khi làm trầm trọng thêm tình trạng nhạy cảm. Nếu may ra bạn không đồng thời mắc phải tình trạng nhạy cảm ở mí mắt, bạn có thể tiếp tục dùng tất cả các loại mỹ phẩm tô mí mắt và kẻ lông mày như thường.

Nếu cần đến kem dưỡng da, bạn có thể thử dùng các loại thuốc dưỡng da đã dụng đặc chế không có mùi thơm, như mặt thuốc nước dưỡng da Curel chẳng hạn. Nếu như cả đến các loại này cũng gây khó chịu, có lẽ bạn phải nhờ đến glycerin và nước hoa hồng nguyên chất có bán ở hầu hết các cửa hiệu thuốc tây. Và sau cùng, nên thận trọng: dù cho có bị cảm độ đến mức nào, nhất là khi bạn phải tham gia một lễ hội quan trọng, bạn cũng nên cố nhịn dùng bất cứ loại mỹ phẩm chăm sóc da nào khác trong vòng ít nhất 6 tháng, hoặc tốt hơn trong 12 tháng để cho da bạn có dịp hồi phục hoàn toàn. Làm được như vậy, sự kiên nhẫn và kiểm chế của bạn nhất định sẽ được tưởng thưởng bằng cách thỉnh thoảng bạn có thể dùng lại các loại mỹ phẩm thường dùng mà không sợ tái phát tình trạng rắc rối ở da.

VIÊM DA DO TIẾP XÚC

Bởi vì hầu hết các thông tin về phản ứng bất lợi đối với mỹ phẩm đều có được từ các khiếu nại của khách hàng gửi đến nhà sản xuất hoặc cơ quan quản lý dược phẩm (FDA), cho nên người ta thật sự không biết rõ số trường hợp rắc rối chính xác xảy ra là bao nhiêu. Nhiều người tiêu thụ gặp phiền toái với một loại sản phẩm nào đó chỉ đơn thuần thay đổi nhãn hiệu mỹ phẩm theo lối thử nghiệm đúng sai,

chứ chẳng chịu cho ai biết cả. Tuy nhiên, vô số người dùng rất nhiều loại mỹ phẩm khác nhau trong đời (mỗi ngày có đến hàng triệu người dùng mỹ phẩm), nên người ta tin rằng trên thực tế tổng số phản ứng bất lợi đối với mỹ phẩm không đáng kể cho lắm. Trong số đó, các phản ứng do tiếp xúc với các chất kích thích chứ không phải là phản ứng dị ứng đích thực chiếm tỷ lệ cao nhất, đến hơn 90%. Nói như vậy có nghĩa là phản ứng dị ứng đích thực chỉ chiếm tỷ lệ khoảng 1/10 trong tổng số phản ứng đối với mỹ phẩm nói chung. Tuy vậy, đôi khi các phản ứng này có thể rất khó chịu hoặc rất nghiêm trọng, cần phải được chăm sóc về mặt y tế.

Viêm da do tiếp xúc chất kích thích

Ngược lại chứng viêm da dị ứng do tiếp xúc, phản ứng của da hay móng tay phát sinh do tiếp xúc với chất kích thích không liên can gì đến hệ miễn dịch. Như tên gọi, các phản ứng này gây ra do kích thích trực tiếp. Thí dụ các phản ứng này có thể phát sinh do các nhân tố như độ acid hay độ kiềm quá mức (tức là độ pH quá cao hay quá thấp) của một loại mỹ phẩm hay chất tẩy rửa đặc biệt. Chẳng hạn, các loại xà phòng tắm có độ kiềm cao là nguyên nhân thường thấy gây kích thích trực tiếp vào da, nhất là khi chúng còn đọng lại trên da trong một thời gian dài. Phản ứng kích thích còn dễ xảy ra hơn nữa trong trường hợp dùng chất kích thích đối với làn da trước đó đã bị nứt nẻ hoặc tổn thương; và vì lý do này mà những người có làn da quá khô, bị chứng viêm da quá mẫn cảm, hoặc bị bệnh vẩy nến (Psoriasis) đều đặc biệt rất dễ bị phản ứng.

Các chất dễ bay hơi hòa tan lớp dầu bảo vệ da khiến cho da càng dễ bị chất kích thích tác động hơn. Acetone và acetate thấy trong các lớp tẩy lớp sơn móng tay, cũng như sodium hay potassium hydroxide vốn là các thành phần trong các loại thuốc tẩy biểu bì, là các thí dụ điển hình về tác động của các chất kích thích theo kiểu này.

Các nhân tố cơ học làm tổn thương bề mặt da và phá vỡ hàng rào phòng vệ của da cũng dễ gây ra chứng viêm da do tiếp xúc chất kích thích. Rắc rối có thể là hậu quả của động tác bất buộc ma xát da trước khi thoa mỹ phẩm vào hoặc do dùng các loại mỹ phẩm có chứa các hạt hạnh nhân hay các chất ma xát da khác.

Không may, là các phản ứng kích thích đối với mỹ phẩm đôi khi khó phân biệt được với các phản ứng dị ứng đích thực. Cả hai loại phản ứng đều khiến cho vùng da liên hệ bị nổi các vết đỏ ửng, ngứa ngáy, và kèm theo các bóng nước. Tuy vậy, nói chung các phản ứng kích thích thường xảy ra chỉ trong vòng vài giờ đồng hồ, còn các phản ứng dị ứng điển hình thường phải mất ít ra hai ngày hoặc hơn sau khi tiếp xúc với loại mỹ phẩm tác hại mới xảy ra.

Giống như phòng ngừa, cách chữa trị thật khá đơn giản, chỉ cần lập tức ngưng tiếp xúc với các loại mỹ phẩm gây rối là được. Tình trạng rắc rối sẽ hết hẳn trong vòng vài ngày. Đôi khi, gặp ca viêm nặng thấy thuốc phải kê toa loại kem corticosteroid tác động cục bộ hiệu lực nhẹ, như hydrocortisone chẳng hạn, để nhanh chóng cắt cơn.

Viêm da dị ứng do tiếp xúc

Hơn 50% các trường hợp dị ứng đích thực với mỹ phẩm đều do dùng các sản phẩm chăm sóc da và tóc cùng các chất làm nền nhằm lưu lại trên da. Mặt và vùng da sát bên mắt là các nơi dễ bị phản ứng nhất. Các chất dưỡng da, trang điểm, và chống nắng đều là các sản phẩm nhằm “lưu lại” như thế, cùng các hương liệu và chất bảo quản trong các sản phẩm ấy chính là các tác nhân dị ứng thường gây ra phản ứng có hại nhất. Giống như trường hợp tiếp xúc trực tiếp với chất kích thích, nói chung bất kỳ loại mỹ phẩm nào bôi vào làn da trước đây đã từng bị viêm cũng hay gây ra phản ứng dị ứng có hại.

Trong số các thành phần mỹ phẩm thông dụng nhất, chất tạo mùi thơm là nguyên nhân thường thấy nhất đã gây ra dị ứng mỹ phẩm. Thực ra, người ta cho rằng các sản phẩm có mùi thơm được bôi vào làn da vốn đã bị kích thích hoặc bị viêm vì bất cứ lý do nào chính là nguyên nhân gây ra hầu hết các trường hợp dị ứng mỹ phẩm. Các sản phẩm có hương liệu – như thuốc dưỡng da, son phấn, chất khử mùi cùng chất chống mồ hôi, thuốc chống nắng, và di nhiên, nước hoa – đều bị phát hiện có khả năng gây ra loại phản ứng này.

Không may, người dị ứng với hương liệu và thầy thuốc đều khó lòng nhận diện loại hương liệu nào là thủ phạm gây dị ứng. Sự kiện này do các công thức chế tạo nước hoa thường rất phức tạp, đòi hỏi nhiều hỗn hợp hóa chất, và nhiều công thức đã được dấu kín như “bí quyết kinh doanh” do tính vị kỷ của các nhà sản xuất mỹ phẩm và được

phẩm. Một số hương liệu nổi tiếng gây dị ứng là cinnamic, xạ hương tổng hợp, hydroxycitronellal, isoeugenol, eugenol, geraniol, cinnamic aldehyde, và coumarin.

Ghi chú rằng không nên nhầm lẫn tin theo lời quảng cáo *không tỏa mùi thơm* (unscented) khi tìm mua các chế phẩm không có mùi thơm. Không tỏa mùi thơm và không có mùi thơm không nhất thiết có ý nghĩa giống nhau. Trong khi “không có mùi thơm” có nghĩa là đã loại trừ các hương liệu ra khỏi công thức chế tạo, thì “không tỏa mùi thơm” thường có nghĩa là một hoặc nhiều hương liệu đã được cố tình *cho thêm* vào sản phẩm chế tạo theo công thức có một chất tạo mùi được phẩm hay công nghiệp khác để cho mặt hàng bớt đi mùi hăng nồng. Do đó, nếu bị dị ứng với hương liệu bạn nên tránh dùng mọi sản phẩm tỏa mùi thơm và chỉ nên mua các mặt hàng không có mùi thơm.

Các chất bảo quản – các thành phần đặc biệt được sử dụng nhằm ngăn chặn vi khuẩn làm cho sản phẩm bị hư hỏng và tăng thêm thời hạn sử dụng sản phẩm – là nguyên nhân thứ nhì gây ra dị ứng mỹ phẩm. Quarternium 15, chất phóng thích formaldehyde thấy trong nhiều loại thuốc dưỡng da và các sản phẩm chăm sóc tóc, là thủ phạm nổi tiếng nhất trong loại này; và hơn 1/2 số người bị dị ứng với Quarternium 15 cũng dị ứng với một chất bảo quản thông dụng khác là formaldehyde (vì các lý do không sao giải thích được, người Mỹ da đen đặc biệt dễ bị loại dị ứng này). Imidazolidinyl urea, thành phần bảo quản trong mỹ phẩm, là tác nhân dị ứng thường thấy nhất sau

Quarternium 15; tiếp sau đó là các chất parabens, 2-bromo-2-nitropane-1, 3-diol, sorbic acid, diazolidinyl urea, MCI / MI (cũng được liệt kê như thành phần trên các nhãn hiệu theo tên thương mại của nó là Kathon CG), glutaraldehyde, MGP (cũng gọi là Euxyl K-400), benzalkonium chloride, thimerosal, p-chloro-m-eresol, chloroxilenol, cồn benzyl, sorbic acid, cồn cety và stearyl, chloro-acetamic, butylated, hydroxyanisole (BHA), butylated hydroxytoluene (BHT), ethylene diaminetetraacetic acid (EDTA), và captan.

Lanolin (sáp lông cừu) và các chất dẫn xuất từ lanolin tìm thấy trong nhiều loại thuốc dưỡng da và chất làm mềm có bán trên thị trường hợp thành một chủng loại gồm khá nhiều tác nhân khác khả dĩ gây dị ứng mỹ phẩm. Theo một công trình nghiên cứu, có khoảng 5% phản ứng dị ứng với mỹ phẩm do các thành phần này gây ra.

Và sau cùng, các tác nhân dị ứng mỹ phẩm hầu như thường xuyên chịu trách nhiệm đối với dị ứng ở móng tay bao gồm toluenesulfonamide / dầu formaldehyde trong chất nhuộm móng tay, formaldehyde tự do trong chất làm rắn móng tay cùng móng tay ghép, và chất keo cyanoacrylate có trong các bộ dụng cụ làm móng tay.

Chẩn đoán ban ngoài da phát sinh do tiếp xúc thường có màu đỏ, đóng vảy, ngứa ngáy, và có bóng nước. Mặc dù mối tương quan giữa sự phát tác triệu chứng này với một loại mỹ phẩm mới dùng có thể rất dễ phát hiện khi người ta chỉ sử dụng một vài loại mỹ phẩm mà thôi, nhưng vấn đề sẽ trở nên phức tạp khi bạn thường xuyên sử dụng rất nhiều loại mỹ phẩm khác nhau.

Phát hiện ra thủ phạm thậm chí còn gây khó khăn hơn thế nữa cho bác sĩ da liễu khi tình trạng ban dị ứng xuất hiện ở cách xa vùng da thực sự được bôi mỹ phẩm. Thí dụ bạn có thể ngạc nhiên khi biết rằng dầu đánh móng tay là nguyên nhân gây nên phản ứng dị ứng ở vùng da quanh mắt và mi mắt (bởi vì các tác nhân dị ứng do các ngón tay của bạn lan truyền đến). Tương tự, dầu đánh móng tay cũng có thể gây dị ứng ở chân nếu như bạn dùng ngón tay sửa lại nếp nhăn ở đôi vớ dài đang mang ở chân. (Đĩ nhiên, đôi khi phản ứng dị ứng cũng xảy ra ở vùng da quanh các móng tay). Và chứng dị ứng với dầu gội đầu hay keo xịt tóc thường biểu hiện bằng các nốt ban ở cổ, vùng lưng phía trên, hoặc ở trán, chứ không ở da đầu là nơi hiếm khi bị ảnh hưởng bởi các loại mỹ phẩm này. Do đó, cần phải lưu ý từng chi tiết nêu trên để chẩn đoán chính xác và cô lập được tác nhân thực sự gây rắc rối cho bệnh nhân.

Khi một hoặc hai loại mỹ phẩm đã được nhận diện là tác nhân nguy cơ gây phiền toái, thầy thuốc có thể đề nghị tiến hành xét nghiệm bằng dán - bôi một liều lượng nhỏ loại mỹ phẩm nghi ngờ vào một miếng băng dán rồi dán vào làn da ở mặt trong cẳng tay hoặc ở lưng để quan sát xem liệu ban dị ứng có phát sinh không. Nếu có phản ứng xảy ra, thì bác sĩ của bạn có thể tiếp xúc với nhà sản xuất mỹ phẩm để yêu cầu cung cấp thông tin về các thành phần trong loại mỹ phẩm ấy để tiến hành xét nghiệm bằng dán thêm nữa đối với từng thành phần. Nhờ đó có thể xác định được thành phần hóa chất nào đã gây dị ứng cho bạn, và bạn có thể tránh mua mọi sản phẩm nào có thành phần hóa chất ấy trong tương lai.

Ngược lại, tuy nghi ngờ dị ứng với mỹ phẩm nhưng lại không biết đích xác được loại mỹ phẩm nào, bác sĩ của bạn có thể chỉ định xét nghiệm bằng dán đối với tất cả các loại mỹ phẩm bạn đang dùng hoặc đối với một loạt hóa chất thử nghiệm sàng lọc tiêu chuẩn bao gồm một số tác nhân dị ứng khá phổ biến thấy trong hầu hết các loại mỹ phẩm (xem phụ lục A).

Bất kể đã dùng phương pháp chẩn đoán nào, một khi đã xác định được thành phần hóa chất gây dị ứng, bác sĩ có thể lập giúp bạn một bảng kê các sản phẩm nào thường chứa đựng thành phần ấy và khuyên bạn chọn dùng các loại mỹ phẩm thay thế khác hiện có bán trên thị trường; đồng thời bác sĩ cũng cấp cho bạn thông tin về các thành phần khác cũng cần tránh dùng bởi vì về mặt hóa học chúng có liên quan đến các thành phần gây dị ứng cho bạn.

Phòng ngừa: phòng ngừa nổi ban dị ứng do tiếp xúc rất đơn giản và có thể tóm tắt trong một lời là: tránh né. Nói khác đi, bạn phải làm mọi cách để hạn chế tiếp xúc thêm nữa. Đây là điều tối hệ trọng, bởi vì tiếp xúc bất lợi lần nữa có thể gây ra phản ứng cùng các triệu chứng còn dữ dội hơn so với đợt phát tác trước đó.

Đôi khi bạn có thể giải quyết tình trạng dị ứng đơn giản bằng cách chuyển sang dùng một mặt hàng mỹ phẩm khác cùng loại. Thí dụ giả sử bạn thấy mình dị ứng với một loại phấn hồng thuộc nhãn hiệu đặc biệt nào đó. Trước hết, bạn phải lập tức ngưng dùng loại phấn hồng ấy và chờ cho các nốt ban đã lặn hết. Kế đó, bạn nên chọn một loại phấn

hồng nhãn hiệu khác để sử dụng trong ba ngày liên tiếp. Nếu không xảy ra bất kỳ rắc rối nào, rất có thể bạn bị dị ứng với một thành phần nào khác trong phấn hồng chứ không phải với chất tạo màu hồng của loại phấn ấy. Như vậy, bạn có thể tiếp tục dùng loại mỹ phẩm mới ấy.

Ngược lại, nếu như bạn cũng gặp rắc rối với loại phấn hồng mới, thì chất tạo màu hồng thực ra có thể là thủ phạm gây dị ứng. Trong trường hợp ấy, một lần nữa hãy để cho phản ứng dị ứng lui hẳn, sau đó mới chuyển sang dùng loại phấn thoa mặt có màu khác. Nếu bạn không còn gặp rắc rối nữa, có lẽ sắc tố (chất tạo màu trong phấn) là tác nhân dị ứng, và sau này bạn phải tránh dùng loại phấn có màu đặc biệt ấy.

Thế nhưng, nếu như bạn lại phát sinh các triệu chứng dị ứng, thì rất có thể rắc rối gây ra bởi một hay nhiều thành phần khác trong công thức chế tạo loại mỹ phẩm ấy. Các thành phần này bao gồm dung môi, chất làm mềm da, tác nhân nhũ hóa (chất tác động bề mặt), chất bảo quản, chất ổn định nhũ tương, chất làm đặc, chất ổn định tác dụng hóa học, và chất chống oxy hóa. Và mặc dù nhà sản xuất có khẳng định trái lại đi nữa, nhưng các công thức chế tạo các mỹ phẩm cùng loại (tức là, mọi loại phấn thoa mặt hoặc mọi loại kem nền) thường cùng có nhiều thành phần căn bản giống nhau. Điều này có nghĩa là chỉ đơn thuần chuyển sang dùng một loại kem nền thoa mặt khác có lẽ không giải quyết được rắc rối, và bạn có lẽ phải thử nghiệm đúng sai rất lâu dài, tốn kém và nản lòng. Gặp trường hợp này, bạn nên yêu cầu bác sĩ da liễu thực

hiện xét nghiệm bằng dán đối với các thành phần chế tạo đặc biệt, như đã miêu tả ở trên.

Chữa trị: các loại thuốc corticosteroid tác động cục bộ đóng vai trò chủ yếu trong việc chữa trị tình trạng ban dị ứng do tiếp xúc với mỹ phẩm, giống như trong trường hợp chữa trị ban ngứa do tiếp xúc với các chất kích thích như nhựa cây poison ivy chẳng hạn. Thường chỉ cần một đợt điều trị ngắn hạn bằng các loại thuốc hiệu lực vừa phải (thí dụ các mặt kem thuốc như Aclovate, Elocon, Locoid, hay Wescort) hoặc các loại thuốc hiệu lực nhẹ (thí dụ mặt hàng kem thuốc Hytone 2,5%), chữa trị trong thời gian kéo dài từ 1 đến 3 tuần lễ là ổn. Bởi vì khuynh hướng làm mỏng da quá nhanh, nói chung nên tránh dùng các loại thuốc steroid hiệu lực mạnh cho làn da khá mỏng manh ở mặt, nhất là mí mắt. Trường hợp nổi ban nghiêm trọng kèm bóng nước và rỉ nước vàng có thể cần bổ sung bằng một đợt dùng thuốc ngăn ngừa các loại thuốc corticosteroid dạng uống theo liều lượng giảm dần.

CÁC LOẠI MỸ PHẨM GIẢM DỊ ỨNG

Mặc dù thuật ngữ *giảm dị ứng* (hypo-allergenic) dùng cho bất kỳ loại mỹ phẩm nào cũng đều có thể gây ấn tượng rằng sản phẩm ấy *không gây dị ứng* hoặc ít ra *gây dị ứng ít hơn nhiều* so với các sản phẩm cạnh tranh, nhưng thuật ngữ này không nhất thiết có ý nghĩa như thế. Thuật ngữ này xuất xứ hồi 50 năm về trước khi một số công ty bắt đầu chế tạo các loại mỹ phẩm không có các thành phần thông thường bị xem là gây dị ứng, như một số hương liệu

chẳng hạn. Các nhà sản xuất ấy gọi các loại mỹ phẩm của mình là mỹ phẩm “giảm dị ứng”. Tuy nhiên, kể từ thời ấy trở đi hầu hết các nhà sản xuất ở Hoa Kỳ, đều nhận thức được rằng loại trừ các chất có thể gây dị ứng ra khỏi các sản phẩm của mình quả là một quan điểm kinh doanh sáng suốt. Xét cho cùng, họ cũng chỉ muốn giữ chân khách hàng quen thuộc lại mà thôi. Khi được hỏi về các sản phẩm giảm dị ứng so với các sản phẩm cạnh tranh không ghi thuật ngữ này trên nhãn, câu trả lời của tôi thường là: “Chẳng có nhà sản xuất nào muốn chế tạo sản phẩm có nguy cơ gây dị ứng cao cho nhiều người?”. Có thể nói rằng các nhà sản xuất các mặt hàng giảm dị ứng thật đáng khen ngợi, bởi vì họ thường sẵn lòng đáp ứng yêu cầu cung cấp bằng kê các thành phần chế tạo cho bác sĩ. Hãy luôn ghi nhớ rằng dù sản phẩm có ghi hàng chữ giảm dị ứng trên nhãn hiệu hay không, thực tế trên thị trường chưa hề có loại mỹ phẩm nào không gây dị ứng.

Tuy nhiên, cũng có nhiều điều đáng nói về việc giảm thiểu số thành phần chế tạo trong các mặt hàng mỹ phẩm hoặc thuốc tác động cục bộ. Càng có nhiều thành phần chế tạo chừng nào, thì các sản phẩm càng có nhiều khả năng tạo mẫn cảm chừng ấy. Vì lý do đó, hãy thận trọng với các sản phẩm có gắn nhãn, hiệu chế tạo bằng dược thảo, nguyên liệu tự nhiên, hoặc bằng chất hữu cơ. Trong khi gắn liền với tính tươi mát rất lôi cuốn của Bà Mẹ thiên nhiên, các sản phẩm ấy thường chứa đựng rất nhiều chất không cần thiết, chẳng những không giúp gì nhiều cho công dụng của sản phẩm mà còn khiến cho nó tăng thêm nhiều khả năng gây dị ứng.

Sau cùng, đừng để bị lừa mất bởi các câu đại loại như đã được bác sĩ thử nghiệm, đã được bác sĩ da liễu thử nghiệm, hoặc đã được thử nghiệm về tính dị ứng, thường được dùng trong các quảng cáo mỹ phẩm. Những thuật ngữ mập mờ này chỉ nhằm mục đích đánh lừa để bạn có cảm giác an toàn, chứ không nói rõ ai đã thực hiện cuộc thử nghiệm, các cuộc thử nghiệm đã được tiến hành ra sao, hoặc thực tế đã tiến hành bao nhiêu cuộc thử nghiệm. Không có loại thông tin này, thực ra bạn sẽ không chắc lắm về giá trị của các sản phẩm hoặc về nguy cơ gây kích thích hay dị ứng đích thực của nó.

(380)

¹ Loài tiết túc: Gồm các động vật có bộ giáp cứng bên ngoài; chân và các phụ bộ khác có đốt. Ví dụ: ve, mạt, côn trùng.

² Papain: Chất enzyme chiết xuất từ lá và quả đu đủ

³ Bệnh ghẻ: Triệu chứng: ngứa dữ dội (đặc biệt là ban đêm, vị trí thường ở các kẽ ngón). Con ghẻ cái đào đường hầm trong da, đẻ trứng. Con ghẻ con nở ra sẽ dễ dàng lây từ người này sang người khác do tiếp xúc. Cần điều trị mọi thành viên trong gia đình. Các vật dụng giường chiếu cần được khử trùng.

⁴ Bọ chét: Côn trùng hút máu nhỏ, không có cánh, thân dẹp, chân dài dùng để búng, nhảy. Ký sinh ở chim, chó, mèo. Vết cắn gây ngứa, khó chịu, có thể bị nhiễm trùng. Diệt bằng bột DDT, Pyrethrum.

⁵ *Loài dermatophagoides*: Một giống mạt phát hiện trong các mẫu bụi lấy trong nhà ở vùng tại Châu Âu. Loài mạt này đôi khi nhiễm vào da đầu và gây ra viêm da.

Chương 10.

DỊ ỨNG CÔN TRÙNG

Dối với hầu hết mọi người, các loại côn trùng biết bay và bò lúc nhúc cùng các loại rận rệp khác quả là một tai họa rất tệ hại. Chúng làm hỏng các buổi picnic, các buổi tiệc ngoài trời, và các chuyến đi cắm trại; ngoài ra, chúng cũng có thể làm cho cuộc sống của những người sống lang thang ngoài vỉa hè thật là khốn đốn. Thế nhưng, đối với những người khác chúng không chỉ là “loại sâu bọ quấy nhiễu”, mà là nguyên nhân gây nhiễm độc, dị ứng, và thậm chí có thể làm chết người.

Côn trùng rất dễ thích nghi với môi trường chung quanh và có rất nhiều cách gây rắc rối cho chúng ta. Một số loài đốt chúng ta, tiêm nọc độc vào da và máu con người; các loài khác cắn chúng ta, đưa nước giải và các chất lạ khác vào cơ thể chúng ta; lại còn các loài khác nữa đục khoét để chui sâu vào dưới da, rồi để lại các protein thân xác và các chất thải có thể gây ra đủ loại phản ứng kích thích, dị

ứng, và gây nhiễm trùng. Một số loài - thường thấy nhất trong nhà là loài mạt nhà, rận rệp, và dán - có thể gây ra các phản ứng dị ứng và các cơn hen suyễn nghiêm trọng khi những người dễ mắc bệnh hít phải vào người các mảnh thân xác hoặc phân của chúng. Dĩ nhiên, vị trí địa lý cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc xác định loại dị ứng côn trùng nào thường xảy ra nhất. Thí dụ người ta có thể biết rằng dân cư thành thị dễ mắc phải dị ứng với loài dán hơn; trong khi dân ở các vùng quê dễ bị ong đốt hơn.

Trong khi chúng ta thường gọi mọi tạo vật có cánh hoặc biết bò đều là côn trùng, nhưng về mặt kỹ thuật mà nói thì côn trùng là loài động vật có 6 chân. Còn các động vật có 8 chân, như loài nhện và các loài họ hàng của nó chẳng hạn, được gọi chính xác là động vật lớp nhện (arachnid). Gộp chung mà nói thì côn trùng và động vật lớp nhện được gọi là động vật tiết túc¹. Tất cả các loại phản ứng đối với các vết cắn đốt của loài tiết túc cũng như các loài động vật khác nếu kể ra cho đủ cũng chiếm trọn một quyển sách, nhưng phần dưới đây chỉ chú trọng đến các bệnh dị ứng do một số loài tiết túc thường thấy nhất.

HỌ NHÀ ONG

Mặc dù chỉ có khoảng 40 trường hợp tử vong vì các phản ứng với loài côn trùng chích đốt này được báo cáo hàng năm ở Hoa Kỳ, nhưng con số thực tế có lẽ còn cao hơn thế nhiều. Và có lẽ cũng đáng ngạc nhiên rằng con số này nhiều gấp đôi số người bị chết vì rắn độc cắn. Ngoài ra, người ta ước tính rằng đối với mỗi trường hợp tử vong

được báo cáo phải có đến hàng ngàn trường hợp phản ứng nghiêm trọng và suýt gây chết người. Đại đa số các trường hợp này đều do các vết đốt của rất nhiều loại côn trùng thường thấy, hầu hết đều biết bay thuộc vào một họ côn trùng mà các nhà khoa học gọi là *hymenoptera* (loài côn trùng cánh màng). Họ côn trùng đông đúc này bao gồm loài ong yellow jacket, ong mật, ong bầu, ong bắp cày, và ong nghệ. Và số người chết hàng năm do loài ong đốt còn nhiều do tất cả các loài côn trùng khác cộng lại. Ngoài đôi cánh màng, tất cả loài *hymenoptera* đều có tuyến sản sinh nọc độc ở cuối bụng, qua đó chúng đốt và truyền nọc độc vào cơ thể nạn nhân.

Họ côn trùng *hymenoptera* cũng bao gồm loài kiến lửa. hung bạo thường thấy ở miền nam Hoa Kỳ; giống như tên gọi, vết đốt của chúng gây cảm giác như bị lửa đốt. Thế nhưng, khác với các loài thuộc họ hàng biết bay của chúng, loài côn trùng bò dưới đất này (mặc dù có đôi cánh màng) khi đốt nạn nhân trước hết chúng cắn chặt vào người rồi mới xoay tròn đốt rất nhiều vết rất hung bạo.

Nói chung, loài *hymenoptera* chỉ đốt người khi chúng sợ hãi. Dù vậy, loài ong có tên gọi là loài ong sát thủ Phi Châu (African killer bees), mới vừa xâm nhập dần dần từ Mexico lên các vùng phía nam Hoa Kỳ, chẳng chủ động tấn công con người. Ngược lại quan điểm lầm lẫn của mọi người và mặc dù tên gọi, nọc độc của loài ong sát thủ này không nguy hiểm bằng các loài họ hàng kém hung hãn của chúng. Người ta cho rằng các phản ứng nhẹ đối với vết đốt của loài *hymenoptera* bao gồm các tình trạng đỏ, hơi sưng, đau rát, và hơi nhức nhối ở vùng bị đốt, không có bản chất dị

ứng. Các phản ứng như thế thông thường kéo dài không quá vài giờ trước khi hết hẳn mà không phát sinh bất kỳ biến chứng nào.

Ngược lại, các phản ứng cục bộ lan rộng hơn, như lan ra khắp một cánh tay hay một bên chân, cũng như các phản ứng toàn thân nghiêm trọng đều được xem là có liên quan đến dị ứng. Người ta cho rằng hai loại enzyme trong nọc độc, phospholipase A và hyalurodinase, chính là tác nhân chủ yếu gây ra hầu hết các phản ứng dị ứng đối với họ hàng nhà ong. Điều cũng quan trọng là phải biết rằng dị ứng với một loài thuộc lớp côn trùng hymenoptera có thể dẫn đến dị ứng chéo với các loài ong khác trong lớp côn trùng này; và do đó, nếu bạn đã dị ứng với loài ong yellow jacket, bạn cũng có thể bị phản ứng nghiêm trọng đối với vết đốt của loài ong bắp cày. Những cá nhân quá mẫn cảm— tức những người có tiền sử gia đình hay cá nhân có bệnh hen suyễn, sốt cỏ khô, hoặc chàm da— dễ bị dị ứng với vết đốt của côn trùng hơn hẳn người khác. Triệu chứng sung nặng có thể kèm theo các tình trạng như ngứa ngáy dữ dội, buồn nôn, ói mửa, đau bụng, choáng váng, và thở khò khè. Trong các ca cực nặng, nạn nhân có thể bị sốc, tụt huyết áp, và chức năng hô hấp suy hoàn toàn. Các biến cố này thường xảy ra trong vòng 30 phút sau khi bị đốt. Bởi vì hệ miễn dịch chưa hoàn thiện nên thiếu nhi thường ít bị ảnh hưởng nặng nề do các vết cắn đốt tác động toàn thân của côn trùng, và hầu hết các phản ứng gây chết người đều thấy ở người lớn.

Các biện pháp phòng ngừa khi ở ngoài trời theo quan điểm thường tình bao gồm các điểm như không mặc quần

áo màu sắc rực rỡ, bằng vải in hoa, hoặc không đeo trang sức óng ánh; tránh dùng nước hoa, nước siro, nước cốt trái cây, và soda. Nói chung, loài côn trùng hymenoptera ít bị lôi cuốn bởi các màu trắng, xanh lục, và vải kaki. Dĩ nhiên, luôn luôn nên mang giày vớ, và không bao giờ nên chạm, ngồi, hay dẫm lên bất kỳ thứ gì bên ngoài trời mà không cẩn thận xem xét trước. Các loại thuốc chống côn trùng hiện có bán trên thị trường đều ít tác dụng đối với các loài côn trùng hymenoptera, vì vậy không nên trông cậy vào chúng.

Biện pháp chữa trị tốt nhất đối với các phản ứng cục bộ cũng khá đơn giản: lấy kim độc ra và làm giảm sưng. Thông thường bạn có thể lấy kim độc ra bằng cách đơn giản dùng mép của một thẻ tín dụng hay móng tay kẹp lấy một trong các ngạnh để rút kim ra. Việc làm này đặc biệt quan trọng trong trường hợp vết đốt của loài ong mật, loài thường hay để sót kim độc lại trong vết đốt. Chớ nên dùng nhíp, và tránh dùng bất kỳ động tác nén chặt nào có thể đẩy nọc độc đi sâu vào trong vết đốt hơn.

Khi đã lấy được kim độc ra rồi, lập tức tìm cách đắp nước đá vào vùng bị tổn thương. Ngoài ra, nếu có thể trong vài phút đầu hãy đắp vào nơi bị đốt một chút bột hồ gồm một vài giọt nước trộn vào chất làm mềm thịt hiện có bán trên thị trường. Chất enzyme papain², một protein xúc tác chứa trong chất làm mềm thịt, có thể giúp làm giảm bớt tình trạng sưng và đau nhức, nhưng chỉ có công hiệu nếu được dùng ngay sau khi bị đốt. Trong các ca không xảy ra biến chứng, tình trạng sưng sẽ hết hẳn trong vòng một hoặc hai ngày.

Tuy nhiên, nếu như phản ứng nặng và kéo dài hơn, bạn nên đi bác sĩ. Lúc ấy bạn có thể được chỉ định dùng một loại kem corticosteroid tác động cục bộ, và có lẽ cả đến loại thuốc kháng - histamine dạng uống, như chlorpheniramine (tên TM là chlortrimaton) hay diphenhydramine (tên TM là Benadryl) chẳng hạn, để giảm bớt tình trạng viêm và làm dịu các triệu chứng. Còn loại thuốc Acetaminophen (tên TM là Tylenol) hay ibuprofen (tên TM là Advil) cũng có thể giúp làm giảm nhẹ các triệu chứng.

Các phản ứng dị ứng nghiêm trọng buộc phải cấp cứu, thông thường là tiêm ngay một mũi thuốc epinephrine (tên TM là Adrenalin), và đôi khi dùng cả đến các loại thuốc nâng huyết áp lên và hỗ trợ hô hấp. Bởi vì các triệu chứng thường diễn biến nhanh chóng trong các trường hợp này, nên thời gian là yếu tố then chốt. Các loại thuốc kháng - histamine và thuốc corticosteroid dạng uống không có giá trị lắm trong cấp cứu, bởi vì chúng bắt đầu tác dụng khá chậm.

Nếu có tiền sử bị phản ứng nghiêm trọng đối với bất kỳ loại côn trùng nào thuộc nhóm hymenoptera, bạn nên chờ một bác sĩ chuyên khoa dị ứng thẩm định tình trạng của bạn. Xét nghiệm dưới da và xét nghiệm máu RAST có thể được dùng để xác định loại dị ứng đặc biệt với nọc độc hay các thành phần trong nọc độc, mặc dù trong hai phương pháp này thì xét nghiệm da vẫn nhạy cảm hơn. Tuy nhiên, dù chọn dùng phương pháp nào đi nữa thì thông thường việc tiến hành xét nghiệm cũng phải hoãn lại ít nhất 6 tuần lễ sau khi bị đốt lần sau cùng. Làm như vậy

làm giúp cho số lượng kháng thể IgE, đã bị cạn kiệt trong vài tuần sau khi bị côn trùng đốt, có đủ thời gian hồi phục lại mức bình thường.

Liệu pháp miễn dịch hay giải cảm thụ (tương tự như trong trường hợp chữa trị chứng dị ứng sốt cỏ khô) đã tỏ ra rất công hiệu trong việc giảm bớt nguy cơ xảy ra phản ứng khả dĩ đe dọa đến tính mệnh đối với các vết đốt của loài hymenoptera – từ 60% xuống còn 5%. Giải cảm thụ thường gặt hái thành công nhờ sử dụng các protein đặc biệt trong nọc độc, là các thủ phạm chính gây dị ứng trong hầu hết các vết đốt của loài hymenoptera. Thế nhưng trong trường hợp kiến lửa, bởi vì cả nọc độc lẫn các protein trong cơ thể của loài này đều có khả năng gây dị ứng, nên biện pháp giải cảm thụ buộc phải dùng chất chiết xuất từ toàn thân loài côn trùng này.

Nói chung, liệu pháp miễn dịch chỉ dành cho những người có tiền sử bị phản ứng toàn thân đối với loài hymenoptera. Do có khả năng bị dị ứng chéo, nên nhiều bác sĩ chọn liệu pháp giải cảm ứng bằng chất chiết xuất pha trộn từ nọc độc của nhiều loài ong. Các mũi thuốc thường tiêm vào người mỗi tuần 2 lần trong 3 tháng, và sau đó các liều thuốc tăng tác dụng cũng thường được chỉ định trong vòng 5 năm để duy trì khả năng miễn dịch đúng mức. Một chế độ chữa trị theo liệu pháp miễn dịch có hiệu lực nhanh hơn đôi khi được chọn dùng, bao gồm một loạt các liều nọc độc tăng dần dần được tiêm cho bệnh nhân trong một thời gian kéo dài vài giờ, và tiếp sau đó là một loại gồm 4 mũi tăng tác dụng tiêm cách quãng đều đặn. Nhiều bác sĩ còn khuyến cáo rằng liệu pháp miễn

dịch nọc độc nhằm duy trì đề kháng nên kéo dài vô hạn định.

Dù cho phương pháp giải cảm thụ có chính xác đến đâu đi nữa thì sức đề kháng bảo vệ cơ thể cũng không luôn luôn tuyệt đối, nên người ta còn khuyên những người có nguy cơ bị phản ứng nguy hiểm đến tính mạng thường mang theo bên mình một bộ dụng cụ cấp cứu khi sinh hoạt dã ngoại. (Như Epipen, Ana - guard, hay Ana - kit chẳng hạn). Thông thường các bộ dụng cụ này có chứa các viên thuốc kháng - histamine, một băng garô, một ống tiêm, và quan trọng nhất là các ống thuốc epinephrine để tự tiêm thuốc cho mình. Nên thận trọng dùng dùng các bộ dụng cụ quá hạn, và bởi vì epinephrine có thể bị tác dụng bởi ánh sáng mặt trời, nên bộ dụng cụ này phải được che kín. Dĩ nhiên, người sử dụng phải rất quen thuộc với mọi thứ bên trong và cách sử dụng dụng cụ trước khi đi ăn tiệc ngoài trời, đi picnic, hoặc dự cuộc đi chơi ngắm trong rừng.

HỌ NHÀ MUỐI

Muối, ruồi trâu, và vắt đều cùng họ hàng với nhau, và nhiều điểm bàn về muối cũng áp dụng cho hai loài kia. Các côn trùng thuộc họ này gây tổn thương cho nạn nhân qua vết cắn chứ không phải vết đốt. Qua đó, chúng gây ra các phản ứng cơ học, nhiễm độc, và dị ứng ở da vì bộ phận miệng và nước giải của chúng. Mức độ trầm trọng thực sự trong phản ứng đối với muối và họ hàng của chúng ở mỗi người tùy thuộc vào mức nhạy cảm tự nhiên của người ấy đối với chúng và vào số lần đã bị cắn đốt trước đây.

Chuyện muỗi cắn đốt rất thường tính đến mức hầu như ai ai cũng biết rõ tình trạng tiêu biểu của các vết muỗi cắn đốt. Trong hầu hết các trường hợp, ngay sau khi bị cắn đốt một nốt ban nhỏ màu hồng nhạt xuất hiện, và nốt ban này thường đỏ hơn và sưng to hơn trong vòng 24 giờ đồng hồ rồi lặn đi. Tuy nhiên, ở những người mẫn cảm có thể xuất hiện các bóng nước và cơn ngứa ngáy trở nặng hơn. Đôi khi, các vết cắn đốt sưng lên thành các nốt to, sau cùng vỡ ra gây lở loét trên da, tạo ra nguy cơ nhiễm trùng. May thay, các phản ứng toàn thân lại hiếm khi xảy ra.

Biện pháp phòng ngừa loài côn trùng này cắn đốt cũng tuân thủ nhiều nguyên tắc theo quan điểm thường tình như đã thảo luận ở trên, nhằm tránh sự tấn công của loài hymenoptera. Ở đây nhắc lại, bạn nên mặc quần áo màu sẫm và tránh dùng các sản phẩm tỏa hương thơm, như kem dưỡng da và thuốc chống nắng có mùi thơm chẳng hạn. Quần xà cạp chân, dùng mạng che mặt, và lưới chống muỗi nếu cần cũng là biện pháp hữu ích. Thực tiễn hơn, các loại thuốc chống côn trùng có chất diethyltoluamide (DEET), như mặt thuốc Cutter & Off chẳng hạn, đã tỏ ra khá hiệu nghiệm và có thể dùng an toàn cho trẻ em.

Một sản phẩm tương đối mới xuất hiện trên thị trường nhằm 3 mục đích là loại kem chống nắng SFA15 không có thành phần PABA, với tên TM là Treo. Loại sản phẩm không có chất diethyltoluamide này cũng chứa nhiều thành phần che chở da và xua đuổi muỗi. Đây là một sản phẩm lý tưởng nên đem theo trong các dịp picnic, đi bộ đường dài, dự tiệc ngoài trời, hay cắm trại ở những nơi nắng chói chang và cần bảo vệ chống côn trùng khác loại.

BỆNH GHỀ

Bệnh ghẻ³ là một bệnh nhiễm ký sinh, gây ra bởi một loài sinh vật cực nhỏ gần như không trông thấy được: loài *Sarcoptes Scabiei*, thường gọi là loài “mạt ngứa” (Itch mite). Loài mạt này thích tấn công các vùng da mỏng trên người, những vùng tương đối ít lông và tuyến dầu. Người ta thuộc mọi lứa tuổi và mọi chủng tộc đều có thể là mục tiêu của chúng, và hiện nay ghẻ là một thứ bệnh dịch ở Hoa Kỳ. Do lây lan qua tiếp xúc cơ thể thân mật, bệnh ghẻ hiện được xem là một bệnh truyền nhiễm qua đường sinh hoạt tình dục khá thịnh hành và đặc biệt phổ biến ở lớp người dưới tuổi tam thập.

Loài mạt cái đào hầm làm nhà trong da nạn nhân là nguyên nhân gây bệnh. Các đường hầm zíc zắc trong đó loài mạt cái đẻ trứng dài từ 1/8 inch cho đến vài inch. Khi các sinh vật này nhả bọt lên và lan ra trong da, thì các nốt nhỏ và các bóng nước hay mụn mủ li ti bắt đầu xuất hiện. Sau đó, tiếp theo thời kỳ ấp trứng kéo dài từ 4 đến 6 tuần lễ có thể xuất hiện tình trạng nổi ban lan ra các vùng rộng lớn trong cơ thể, gây ngứa ngáy dữ dội nhất là về đêm. Các vết cào xước, đóng vảy, và thậm chí nhiễm trùng có thể gây biến chứng ở bề mặt lớp ban ngứa này. Người ta cho rằng tình trạng nổi ban ngoài da này là một dạng phản ứng dị ứng, đặc biệt trầm trọng ở những cá nhân có tiền sử bị chứng viêm da quá mẫn cảm (một dạng ít thấy hơn là *nodula scabies*, trong đó các nốt ban dày màu đỏ sẫm mọc ở các vùng như nách, háng, mông, hạ bộ, và vai cũng được xem là phản ứng dị ứng).

Ghẻ là một bệnh rất hay lây, nó lan truyền từ người này sang người khác do tiếp xúc trực tiếp. Ngay một cái bắt tay thôi cũng là cơ hội để loài mạt lây sang rồi. Bệnh cũng có thể lây lan do dùng chung quần áo, nhất là các đồ lót, khăn tắm, cùng các vật dùng trên giường ngủ.

Để chẩn đoán bệnh ghẻ, thầy thuốc có thể nạo vét các đường hầm trong da rồi xem xét các chất nạo vét ấy qua kính hiển vi. Phát hiện được các con mạt lớn hoặc trứng của chúng sẽ khẳng định các ca còn nghi ngờ. Đôi khi các bác sĩ bôi vào các đường hầm nghi ngờ có mạt một loại thuốc nước dẫn xuất từ chất tetracycline, rồi xem xét vùng da ấy bằng một đèn huỳnh quang đặc biệt, gọi là đèn wood, để tìm vết vàng huỳnh quang đặc thù của một đường hầm có loài mạt. Các bác sĩ hiếm khi cần đến xét nghiệm sinh thiết – tức là tiêm một liều nhỏ thuốc gây tê cục bộ ở vùng ấy rồi cắt đi một mảnh mô da nhỏ để kiểm tra bằng kính hiển vi.

Hiện nay bệnh ghẻ được chữa lành khá dễ dàng. Một loại thuốc tác động cục bộ tương đối mới mẻ là mạt thuốc Elinite, một hợp chất có chứa thành phần permethrin, đã tỏ ra an toàn và hiệu nghiệm trong việc thủ tiêu hầu hết các ca nhiễm ký sinh, và là liệu pháp chọn dùng hiện nay. Các loại thuốc nước lindane (tên TM kwell) và crotamiton (tên TM là Eurax) là loại thuốc thay thế hiệu nghiệm khác. Bất kể chọn dùng mạt thuốc nào, nhằm mục đích gặt hái hiệu quả tốt nhất người ta đều phải để chất thuốc ấy lưu lại trên da suốt đêm. Ngoài việc dùng thuốc, mọi thứ vật dụng trên giường, khăn tắm và đồ vải vóc phải được hấp tẩy hay giặt bằng nước nóng vào buổi sáng sau khi dùng

để bảo đảm tiêu diệt hết lũ mạt và ngăn chặn tái nhiễm. Do vì nguy cơ lây lan rất cao, nên các thành viên gần gũi trong gia đình đều nên đi xét nghiệm và chữa trị đồng thời với người bệnh để ngăn chặn một chu kỳ "tái hồi" nhiễm ký sinh. Sau cùng, bởi vì tình trạng ngứa ngáy thường dai dẳng nhiều ngày hoặc thậm chí nhiều tuần lễ sau khi chữa trị đúng mức và tiêu diệt hết lũ mạt, có thể bệnh nhân phải tiếp tục dùng các loại thuốc kháng - histamine, các loại thuốc trị ngứa cục bộ, và các loại kem steroid tác động cục bộ trong suốt thời gian này.

LOÀI BỌ CHẾT

Một trong các thủ phạm gây khó chịu nhất cho con người là bọ chết⁴. Bọ chết là loài ký sinh trùng hút máu, sống bám vào chó, mèo, con người, và nhiều loài động vật khác. Không may, con người dễ bị tấn công bởi bọ chết từ người khác cũng như từ loài chó, và loài mèo. Giống như loài chấy rận (body lice), bọ chết dành hầu hết thời gian rời xa con vật chủ, và chỉ định kỳ tấn công con vật chủ để nuôi sống bản thân. Nước giải của bọ chết có thể gây dị ứng dữ dội cho một số người.

Các vết bọ chết cắn điển hình qui tụ từng cụm ở cánh tay, cẳng tay, eo, mông, đùi, và bắp chân. Cổ chân là vùng đặc biệt ưa thích của loài này. Các vết cắn bề ngoài giống như mụn hoặc nốt ban, ở giữa có tụ một hạt máu. Tình trạng ngứa ngáy có khi khiến người ta rất căng thẳng. Nói chung, mức trầm trọng của phản ứng ở da là dấu hiệu không phản ánh chính xác về số lượng bọ chết hiện diện.

Nói khác đi, một số người chỉ cần tiếp xúc với một vài con bọ chét là bị phản ứng dị ứng nặng rồi, trong khi những người khác bị nhiễm ký sinh trùng nặng lại có thể hoàn toàn không có phản ứng chi cả.

Các loại thuốc cortacosteroid tác động cục bộ thường đủ sức làm dịu cơn ngứa ngáy. Thỉnh thoảng bệnh nhân cũng cần đến thuốc kháng - histamine dạng uống. Thế nhưng, rắc rối vẫn kéo dài mãi nếu như bọ chét không bị tiêu diệt hết. Việc làm này thông thường không phải là việc đơn giản, bởi vì bọ chét có thể sống sót sau vài tuần hoặc thậm chí đến cả năm trời không cần ăn; và đối với một con thấy trên người, thì có thể có đến 10 hoặc cả trăm con khác sống quanh quẩn gần, đấy. Điều này có nghĩa là thảm, nệm ghế salon, nệm giường, ván ốp chân tường, và các chỗ nứt nẻ là nơi bọ chét thường ẩn náu; các nơi này cần được phun thuốc pyrethrin (tên TM là RID) hoặc các loại thuốc trị côn trùng hiện có bán trên thị trường. Tiếp sau đó, bạn phải ra sức hút bụi ở các khu vực ấy để tẩy trừ các trứng và kén còn sống, bởi vì chúng có sức đề kháng hơn hẳn các con bọ chét trưởng thành đối với thuốc diệt trùng. Các trường hợp nhiễm ký sinh trùng nặng trong gia đình thường cần đến sự góp sức của các chuyên viên diệt côn trùng. Dĩ nhiên, cũng nên chờ bác sĩ thú y khám và chữa trị các súc vật nuôi bị nhiễm ký sinh. Các vòng đeo ngừa bọ chét không có ích gì khi nhà bạn đã bị nhiễm ký sinh, vì vậy chẳng nên trông cậy vào chúng.

LOÀI RỆP

Rệp là loài tạo vật thường thấy, có thân dài khoảng 1/8 inch 6 chân và có màu nâu ửng đỏ. Giống như muỗi, loài này sống bằng máu nhờ một chiếc vòi giống như một chiếc kim đâm không đau vào da nạn nhân của nó. Loại này điển hình là loài vật ăn đêm, tấn công nạn nhân đang ngủ trong giường (vì thế mà có tên là bedbug); nó cảm nhận con mồi qua thân nhiệt hoặc mùi từ cơ thể nạn nhân toát ra. Người ta dị ứng với loài côn trùng này gây ra bởi nước giải của nó truyền vào vết thương nhằm làm mềm da và giữ cho máu không đông lại.

Thông thường, người ta thấy chỉ có một hoặc hai vết cắn vào mỗi lúc. Mặt, cánh tay, và cẳng chân – các vùng phơi trần – là nơi tấn công ưa thích của rệp. Các chỗ tổn thương trên da thường nổi ban ngứa hình tròn hay bầu dục, và có một nốt máu ở giữa. Những người đặc biệt dễ bị dị ứng cũng có thể nổi những bóng nước nhỏ và chàm da. Các triệu chứng dị ứng nghiêm trọng hơn bao gồm nổi ban lan rộng, chàm da, và đau khớp.

Loài rệp sống trong các khe hở và vết nứt ở đồ đạc và những nơi tối tăm cách ly trong nhà, là những nơi dễ ẩn náu. Giống như bọ chét, rệp có thể kéo dài mạng sống đến cả năm không cần ăn. Tình trạng nhiễm loài ký sinh này có thể phát hiện được nhờ mùi cay hăng đặc biệt ở nơi cư ngụ bị nhiễm nặng hoặc nhờ nhận diện phân rệp trên các bề mặt như giấy dán tường chẳng hạn.

Giống như trường hợp do phản ứng do bị các loài côn trùng khác cắn đốt, cách chữa trị cục bộ thường là dùng kem corticosteroid tác động cục bộ và thuốc kháng - histamine dạng uống. Các phản ứng lan rộng hơn cũng có thể buộc phải dùng thuốc corticosteroid dạng uống, như prednisone chẳng hạn, để trấn áp tình trạng viêm. Tuy nhiên, để giải quyết toàn bộ rắc rối chứ không chỉ dùng chữa trị các triệu chứng, phải diệt rệp tận gốc trong nhà. Các loại thuốc diệt côn trùng có thành phần malathion hay pyrethrum đã tỏ ra hiệu nghiệm trong việc này. Không may, bởi vì loài côn trùng này có khả năng ẩn nấp và di chuyển rất giỏi, nên việc tiêu diệt rất khó khăn ngay cả đối với các chuyên viên diệt sâu bọ.

MÀY ĐAY SẼN

Mày đay sền (papular urticaria) là dạng mày đay đặc biệt gây ra bởi vết cắn của nhiều loài côn trùng và các loài thuộc lớp nhện, bao gồm muỗi, bọ chét, và rệp. Không lấy gì làm lạ rằng, rắc rối xảy ra theo mùa thông thường là mùa xuân và hạ, tức là cao điểm của mùa côn trùng. Rắc rối thường có tác động đến trẻ em từ 2 đến 7 tuổi.

Hiện tượng nổi ban ngoài da được ghi nhận bởi sự xuất hiện các vết gồm những nốt sưng giống như mày đay có đường kính từ 1/8 đến 1/2 inch. Toàn thân đều có thể bị tổn thương, mặc dù các vết tổn thương thường thấy nhất ở các vùng da phơi trần như mặt, cổ, ngực, phía sau đùi, và hông. Tuy một số vết mày đay xuất hiện một vết xước ở giữa, nơi bị cắn đốt, nhưng đa số không có vết xước này.

Người ta cho rằng tình trạng nổi ban lan rộng là phản ứng dị ứng với chỉ một vài vết cắn đốt khắp nơi.

Nói chung, các vết mày đay kéo dài trong thời gian từ 2 đến 10 ngày, mặc dù đôi khi chúng có thể kéo dài đến nhiều tuần lễ, thậm chí đến sau khi kết thúc mùa côn trùng. Tình trạng tái phát cũng thường xảy ra, đặc biệt ở trẻ em có tiền sử cá nhân hay gia đình mắc phải chứng mẫn cảm quá mức (bao gồm hen suyễn, viêm mũi theo mùa, hay chàm da).

Sự hiện diện các vết mày đay nổi theo mùa, lan rộng hay từng vùng hẹp; tình trạng nhạy cảm ngày càng nặng đối với các vết côn trùng cắn đốt; tiền sử cá nhân hay gia tộc bị chứng viêm da quá mẫn cảm đều có ích cho việc xác lập chẩn đoán chứng mày đay sẩn. Các biện pháp phòng ngừa giống như các hướng dẫn theo quan điểm thường tình nhằm tránh các loại côn trùng cắn đốt đã được miêu tả ở trên. Biện pháp chữa trị thường là dùng kem corticosteroid tác động cục bộ, các thuốc kháng - histamine dạng uống, cùng các loại thuốc corticosteroid dạng uống.

CÔN TRÙNG TRONG BỤI NHÀ

Bụi nhà là một hỗn hợp phức tạp gồm các xơ vải, gàu da, các loại sợi, mạt nhà, phân mạt, các phần thân xác côn trùng, cùng nhiều thứ khác. Rất nhiều chứng cứ cho thấy loài mạt *Dermatophagoides*⁵ trong bụi nhà (nói trắng ra là loài côn trùng ăn da, bởi vì chúng sống bằng gàu da của con người) là tác nhân chủ yếu gây dị ứng có trong bụi

nhà. Loài động vật thuộc lớp nhện này bao bọc phân của chúng bằng một enzyme trong đường ruột, và chất này bị cho là tác nhân dị ứng chủ yếu gây ra các triệu chứng của bệnh viêm mũi quanh năm và bệnh hen suyễn.

Bởi vì các viên phân của loài này khá lớn và nặng, nên chúng chỉ bay trong một đoạn ngắn trong không khí và nhanh chóng rơi vào các "bẫy bụi" như thảm, giường, và nệm ghế salon. Quấy động các nơi này, như trong việc hút bụi hàng ngày, có thể làm cho không khí gia tăng rất nhiều tác nhân dị ứng và nguy cơ hít phải chúng ở những nháy mắt cũng tăng lên. Do đó, phòng ngừa và chữa trị đòi hỏi chống bụi bặm ở môi trường trong nhà càng nhiều càng tốt. Điều này có nghĩa là dọn bỏ các tấm thảm và dọn dẹp các nơi mà loài này có thể sinh sôi nảy nở, như dọn trống các tủ, bọc nệm giường, và thường xuyên giặt giũ các vải màn và tấm trải giường bằng nước nóng.

Loài gián, loài gây hại thường thấy cho cư dân ở ngoại ô, là một nguyên nhân chủ yếu khác gây ra dị ứng đường hô hấp. Khi loài côn trùng này tự nhiên chết đi hoặc bị chết vì thuốc diệt gián, xác của chúng dần dần tan rã thành bột bay lượn lơ trong không khí. Ngoài ra, giống như trường hợp phân của mạt nhà, phân gián cũng có thể gây ra các triệu chứng dị ứng. Dị ứng với loài gián phải được xem xét kỹ ở bất kỳ cư dân ngoại ô nào bị các triệu chứng viêm mũi dị ứng quanh năm hay hen suyễn.

Về mặt lý thuyết, phòng ngừa và chữa trị loại bệnh này cũng đơn giản: đó là loại trừ nguyên nhân gây bệnh. Không may, gián là loài côn trùng cực kỳ khó trị. Chẳng

hạn, chúng ta đều biết rằng gián chỉ cần một giọt nước là có thể sống được cả năm. Đến nay, biện pháp hữu hiệu duy nhất nhằm tránh tiếp xúc với gián là định kỳ phun thuốc diệt gián hiện có bán trên thị trường..

(38)

Chương 11

DỊ ỨNG MÔI TRƯỜNG

Dù muốn hay không, cái thế giới tiến bộ kỹ thuật trong đó chúng ta đang sống đầy áp mọi chất độc hại. Đây chính là thực trạng về đời sống công nghiệp hiện đại và cũng thường là nguyên nhân gây chết người. Hầu như đi đến đâu chúng ta đều gặp phải các nhà máy lớn bé phun ra hàng tấn khói và bụi bắn vào bầu khí quyển, cộng thêm hàng tấn khói tuôn ra từ các ống pô của mọi loại ô tô và máy bay phản lực. Thêm vào đó là các chất khí dung và khói thuốc lá, tất cả hợp thành hơn 150 triệu tấn chất thải làm ô nhiễm không khí hàng năm chỉ riêng ở Hoa Kỳ và Canada mà thôi.

Tuy nhiên, tình trạng ô nhiễm không khí không phải là kẻ thù duy nhất trong môi trường. Trong khi hầu hết chúng ta đều đã nghe nói về mối tương quan giữa trường hợp phơi nắng lâu ngày với bệnh ung thư da và tình trạng sớm lão hóa xảy ra sau đó, thì ít người ý thức rằng đối với

một số người tia cực tím trong ánh sáng mặt trời cũng có thể gây ra rất nhiều triệu chứng dị ứng khi nó tác động một mình hoặc phối hợp với một số chất hay thuốc dùng hoặc bôi vào cơ thể.

TÌNH TRẠNG Ô NHIỄM KHÔNG KHÍ VÀ CÁC TRIỆU CHỨNG DỊ ỨNG

Các chất ô nhiễm không khí là một hỗn hợp phức tạp gồm các loại hơi, bao gồm ozone, sulfur dioxide, nitrogen dioxide, carbon monoxide, và hydrocarbon. Tỷ lệ các hợp chất này khác biệt rất đáng kể theo từng vùng, tùy thuộc vào các nhân tố như chủng loại và số lượng ô tô ở một vùng, số lượng người hút thuốc lá, chủng loại các nhà máy ở lân cận, cùng tình trạng thất thường của thời tiết. Thí dụ khi các khối không khí ẩm chuyển động ở phía trên lớp không khí mát hơn, thì tình hình ô nhiễm từ động có thể đe dọa đến tính mệnh con người được hình thành phía dưới thấp. Tình hình này đặc biệt nguy hiểm cho những người trước đây đã bị rối loạn tim hay rối loạn hô hấp.

Vẫn còn nhiều điều phải tìm hiểu về các cơ chế theo đó tình trạng ô nhiễm tác hại đến con người, thế nhưng hiện tại người ta cho rằng nó tác hại chúng ta theo một hay nhiều cách. Nó có thể gây nhiễm độc trực tiếp cho các mô trong cơ thể khiến cho bệnh dị ứng hiện hữu trầm trọng thêm. Các nhà nghiên cứu đã tích lũy được các bằng chứng thuyết phục cho thấy tình trạng ô nhiễm không khí có thể khởi phát hay làm trầm trọng thêm bệnh hen suyễn cũng như bệnh viêm phế quản kinh niên. Tương tự, các hóa

chất gây kích thích chứa trong keo xịt tóc, chất làm thơm phòng, và các loại thuốc tẩy đã được phát hiện có khả năng gây ra các triệu chứng xung huyết mũi dị ứng mắc phải từ trước và làm bộc phát cơn khò khè ở những người dễ mẫn cảm. Một cơ sở dị ứng đã được đề nghị nhằm giải thích ít ra một số trường hợp nhức đầu, bủn rủn, và buồn nôn do hít phải khói xăng dầu và các loại hơi hydrocarbon khác. Bởi vì các chất gây ô nhiễm đã được chứng minh có khả năng gây phóng thích histamine, loại hóa chất trung gian liên can đến nhiều dạng phản ứng viêm dị ứng (cũng như phi dị ứng), nên một số chuyên gia đã đề nghị khả năng này như là một lý giải hợp lý cho một vài dấu hiệu này.

Cách duy nhất để giảm bớt các rắc rối liên quan đến tình trạng ô nhiễm không khí là: cưỡng hành nghiêm khắc các biện pháp do cơ quan bảo vệ môi trường (Environmental Protection Agency – viết tắt là EPA) đề ra nhằm giảm thiểu mức độ ô nhiễm. Những cá nhân dễ bị dị ứng và những người bị các bệnh khác ở đường hô hấp nên ở trong nhà vào những ngày cao điểm ô nhiễm và trông cậy vào các thiết bị điều hòa không khí.

NHẠY CẢM ĐỐI VỚI NHIỀU LOẠI HÓA CHẤT

Dường như chỉ qui trách cho tình trạng ô nhiễm không khí vẫn chưa đủ, có những cá nhân còn mắc phải một chứng bệnh gọi là *nhạy cảm đối với nhiều loại hóa chất* (multiple chemical sensitivity – viết tắt là MCS). Hầu hết các chuyên gia về y tế môi trường và y tế lao động đều

hạn chế chẩn đoán loại bệnh gây tranh cãi này cho những cá nhân bị nhạy cảm quá mức và có tính biểu kiến đối với các tác nhân thường thấy trong môi trường mà không sao lý giải được bằng các chẩn đoán ước lệ về mặt y học hay tâm lý. Đôi khi được gọi là “bệnh môi trường” hay hội chứng thế kỷ 20, loại bệnh MCS này cũng không hiếm khi xảy ra. Tuy người ta chưa rõ tổng số nạn nhân mắc phải hội chứng này ở Hoa Kỳ là bao nhiêu, nhưng một nghiên cứu mới đây về số bệnh nhân đến khám tại các khu lâm sàng y tế lao động thuộc hai trung tâm y tế lớn cho thấy con số nạn nhân chiếm tỷ lệ đến 1%. Mặc dù mọi người thuộc cả hai giới tính và bất kỳ nhóm tuổi nào cũng đều có thể mắc phải, những nạn nhân điển hình của MCS là phụ nữ da trắng trung niên thuộc các tầng lớp trung và thượng lưu trong xã hội Mỹ.

Các dấu hiệu và triệu chứng của MCS bao gồm mệt mỏi, choáng váng, nhức đầu, mất trí nhớ, khó tập trung, và tâm trạng hay thay đổi. Người bệnh cũng có thể bị các tình trạng như nhịp tim nhanh, khó thở, nặng ngực, đau thắt ở vùng bụng, bụng trướng lên, và tiêu chảy. Tình trạng viêm kết mạc, niêm mạc mũi, và cuống họng cũng xảy ra. Bởi vì các biểu hiện của MCS điển hình giống như tình hình của nhiều loại bệnh cơ thể và tâm lý khác, nên chẩn đoán thường khó được thiết lập rõ ràng.

Bảng kê các chất có liên quan đến MCS thật khủng khiếp, và một thảo luận chi tiết về các chất ấy cần đến cả một cuốn sách dày mới đủ. Dưới đây chỉ là một vài chất liên quan khá phổ biến: *Aliphatic hydrocarbon*, thấy trong các loại keo dán và chất dính; *aromatic hydrocarbon*, thấy

trong các dung môi và chất pha loãng như benzen và toluen; *hydrocarbon halogen hóa*, có trong các loại thuốc nhuộm, thuốc tẩy, và thuốc khử trùng; *chlorine*, thấy trong các thuốc tẩy màu và các chế phẩm có thành phần chất tẩy màu này, như giấy vệ sinh, khăn vải dùng một lần, băng vệ sinh, và v.v...; *phenol*, thấy trong các chất bảo quản, chất khử trùng dạng khí dung, và các chế phẩm vệ sinh răng miệng; *formaldehyde*, bắt gặp trong các loại keo dán và nhựa, các chất bảo quản, các chất ổn định phản ứng hóa học, cùng các loại vải chịu lửa vĩnh cửu.

Những người bị chứng MCS thông thường vẫn khỏe mạnh cho đến khi tiếp xúc với chất đặc biệt trong môi trường hoặc với loại môi trường khởi phát cơn bệnh. Thoạt đầu các triệu chứng điển hình chỉ do các tác nhân gây bệnh khởi phát mà thôi. Thí dụ cá nhân nhạy cảm tiếp xúc với chất formaldehyde có thể kêu khó thở và / hoặc khó chịu ở mắt và ngoài da. Nếu vẫn còn tiếp xúc, các chất có mật độ formaldehyde thấp sẽ gây ra các triệu chứng tương tự vừa kể. Liên tục tiếp xúc lâu dài sau cùng sẽ phát sinh tình trạng gọi là "hiện tượng lan rộng", trong đó các triệu chứng trước đây chỉ liên hệ với chất formaldehyde nay lại khởi phát bởi một danh sách ngày càng nhiều các chất khác hoặc các loại môi trường khác. Các chất này có thể bao gồm mùi nước hoa, khói thuốc lá, mùi nệm mới, các tấm thảm, thuốc trừ sâu, và mùi giấy báo; và các triệu chứng có thể xảy ra ngay ở các lối đi trong một cửa hàng tạp phẩm hay khu vực hàng quán. Điều kỳ lạ là hiện tượng này có thể phát sinh thậm chí trong trường hợp trước đây bệnh nhân chưa từng gặp rắc rối với các chất này hoặc các địa điểm này. Nói chung,

MCS có khuynh hướng trở thành mạn tính, nặng dần lên, và làm cho người ta cực kỳ suy nhược. Tuy rất hiếm khi xảy ra nhưng thỉnh thoảng bệnh tình cũng tự động hết đi, cũng kỳ lạ như hồi nó xuất hiện vậy.

Các chuyên gia bất đồng quan điểm với nhau về nguyên nhân căn bản gây bệnh MCS. Một số lập luận rằng bệnh này có cơ sở di truyền. Một số người khác cho rằng nó có nguồn gốc đặc ứng (idiosyncratic), tức trong cấu trúc cơ thể của bệnh nhân có một khía cạnh đặc thù khiến cho họ dễ mắc bệnh này. Những người khác lại quả quyết rằng MCS là một phản ứng dị ứng. Những người này cho rằng các phản ứng bề ngoài không có gì đặc thù đối với quá nhiều chất khác nhau trong môi trường như thế của nạn nhân thực ra là loại phản ứng nhất quán đối với một tác nhân dị ứng duy nhất hiện diện khắp mọi nơi, chỉ có điều là chưa được nhận diện ra mà thôi.

Thế nhưng dù cho nguyên nhân chính xác gây bệnh MCS có là gì đi nữa, thì việc chẩn đoán bệnh vẫn có nhiều khó khăn. Không may, hiện không có loại xét nghiệm đặc biệt nào giúp ích cho chẩn đoán cả. Các bác sĩ chuyên khoa dị ứng và các chuyên gia trong cả hai lãnh vực y học môi trường và y tế lao động nói chung đều nhất trí với nhau về các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh MCS như sau:

1. Các triệu chứng phải liên can đến nhiều cơ quan, và phải được xem là bị trầm trọng thêm bởi các tác nhân môi trường hoặc các môi trường vốn không tác động chi đến đại đa số mọi người trong cộng đồng.
2. Bệnh tình phải kéo dài ít nhất trong 3 tháng.

3. Bắt buộc không có các bệnh khác ở cơ thể hay về tâm lý gây ra các triệu chứng bệnh nói trên cho bệnh nhân.

Không kể việc lập bệnh sử hoàn chỉnh và khám trực tiếp cơ thể, nỗ lực phát hiện toàn diện về bệnh MCS có thể bao gồm xét nghiệm dị ứng, chế độ ăn loại trừ, xét nghiệm chức năng hô hấp, và xét nghiệm năng lực khứu giác, sẽ tùy thuộc vào hoàn cảnh của từng cá nhân.

Hiện nay, trên căn bản việc chữa trị MCS gồm tránh tiếp xúc bất kỳ nhân tố nào được biết gây bệnh và dùng thuốc để giảm nhẹ các triệu chứng. Các biện pháp đề nghị nhằm cải thiện phẩm chất của môi trường nhà ở chính là các biện pháp khuyến cáo nhằm đối phó với bệnh dị ứng ở đường hô hấp và hen suyễn truyền thống (xem các chương 2 và 5). Có lẽ mẫu thông tin khếch lệ nhất đối với bệnh nhân là sự công nhận có vẻ ngày càng tăng thêm về loại bệnh MCS ở Hoa Kỳ như là một thực trạng y tế cần được tăng cường nghiên cứu thêm nữa.

HỘI CHỨNG BỆNH CAO ỐC CHUNG CƯ

Có liên hệ đến tình trạng ô nhiễm không khí và có lẽ đến MCS, một chứng bệnh môi trường khác đã được gọi là “hội chứng cao ốc chật chội” hay “hội chứng bệnh cao ốc chung cư” (sick-building syndrome - viết tắt là SBS). Được công nhận kể từ thập niên 1970 loại bệnh này rất có thể là hậu quả tự nhiên của tệ nạn tiết kiệm chủ yếu và quá chú trọng đến hiệu quả năng lượng vào cuối thế kỷ 20. Tổ

chức Y Tế Thế Giới (WHO) định nghĩa hội chứng bệnh cao ốc chung cư là tình trạng kích thích da và niêm mạc quá mức gây ra bởi nghề nghiệp, cùng tình trạng xuất hiện quá mức các triệu chứng khác, đặc biệt là nhức đầu, mệt nhọc, và khó tập trung. SBS gây ra bởi các tòa cao ốc chung cư mới xây dựng hay tái thiết kế, chật chội, và không khí tù hãm, nên được đặt tên như thế.

Để cải thiện hiệu quả năng lượng sử dụng, hệ thống thông gió ở các cao ốc mới xây dựng hay tái thiết kế đã được dự trù nhằm đưa một khối lượng thấp hơn không khí trong lành ngoài trời vào bên trong nhà và tái luân lưu khối lượng không khí bên trong nhà nhiều lần hơn. Mặc dù nâng cao hiệu quả năng lượng sử dụng và tiết kiệm chi phí, nhưng các hệ thống thông thoáng này khiến cho mật độ các chất ô nhiễm trong nhà tăng vọt lên. Không lấy làm lạ rằng SBS xuất hiện thường xuyên ở các tòa cao ốc có tình trạng thông thoáng được cài đặt gần mức tối thiểu, và vì lý do ấy mà Hiệp Hội Kỹ sư các ngành Sưởi ấm, Đông lạnh, và Điều hòa không khí ở Mỹ đã không ngừng khuyến cáo tăng thêm mức cung cấp tối thiểu lượng không khí ngoài trời cho mỗi đầu người trong mỗi phút. Tuy nhiên, vấn đề này còn lâu mới được giải quyết hay sáng tỏ hoàn toàn, bởi vì các số liệu thống kê trong một thiên điều tra nghiên cứu mới đây đăng trên một tạp chí có uy tín là tờ *New England Journal of Medicine* đã không chứng minh được bất kỳ cải thiện nào về các triệu chứng khi tăng thêm lượng không khí tươi mát cung cấp cho bệnh nhân cả.

Dù cho nguyên nhân thực sự có là gì đi nữa, người ta vẫn cho rằng phạm vi vấn đề này không phải là nhỏ. Tổ chức Y Tế Thế Giới ước tính rằng có đến 30% các tòa cao ốc mới xây dựng hay tái thiết kế làm văn phòng làm việc đã xuất hiện loại bệnh SBS này. Sự kiện này có nghĩa là SBS có lẽ tác động đến khoảng một triệu tòa cao ốc thương mại hiện đại ở Hoa Kỳ. Nếu đúng như vậy thì khoảng từ 30 đến 70 triệu công nhân viên chức có thể là nạn nhân tương lai.

Các triệu chứng ở đường hô hấp phía trên, bao gồm nghẹn tắc mũi, sổ mũi, ho, hắt hơi, đau họng, khó thở, và nặng ngực là một vài trong nhiều triệu chứng ở những người mắc phải hội chứng SBS. Nhức đầu, mệt nhọc quá mức, khó chịu ở mắt, ngứa ngáy, da khô, và nổi ban ngoài da cũng bị qui trách cho hội chứng này. Kỳ lạ thay, nữ giới có khuynh hướng dễ bị tác hại hơn nam giới, và các nhân sự cấp dưới dễ bị tác động hơn các cấp quản lý. Không giống như trường hợp bệnh nhạy cảm đối với nhiều loại hóa chất, các biểu hiện của hội chứng này không bao giờ gồm tình trạng không dung nạp thức ăn hay các rối loạn vị tràng. Điển hình, tất cả các triệu chứng của SBS sẽ cải thiện hoặc biến mất hoàn toàn bất kỳ lúc nào người bệnh xa rời môi trường cao ốc.

Người ta vẫn chưa rõ đích xác tác nhân nào gây ra hội chứng này. Tuy nhiên, một môi trường khép kín làm sinh sôi nảy nở rất nhiều loại vi sinh và gia tăng mức độ tập trung các tác nhân dị ứng cùng các hạt vật chất kích thích bay lượn lơ trong không khí, tất cả hoặc phối hợp các tình trạng này có thể là nguyên nhân gây bệnh. Các nguyên

nhân điển hình có thể gây rắc rối bao gồm khói thuốc lá, các loại mùi vị, hơi thuốc trừ sâu bọ, nấm mốc, mặt nhè, giấy, các hạt sợi vải, và sợi thủy tinh; đó chỉ là một vài thí dụ mà thôi.

Giống như trường hợp nhạy cảm đối với nhiều loại hóa chất, chẩn đoán hội chứng bệnh cao ốc chung cư và phát hiện ra các nguyên nhân đặc biệt của nó có lẽ rất khó khăn. Tuy không có loại xét nghiệm khách quan đặc hiệu nào giúp ích cho chẩn đoán, nhưng người ta có thể lấy các mẫu không khí để xác định mức carbon dioxide, thành phần chủ yếu trong hơi thở ra của con người. Nếu không có gì khác xảy ra, mức carbon dioxide tăng vọt lên cho thấy tình trạng thông thoáng chưa đúng mức. Phát hiện ra được nhiều nhóm cá nhân mắc phải các triệu chứng của loại hội chứng này chứ không phải là các trường hợp mắc bệnh lẻ tẻ là một chứng cứ vững chắc khác cho thấy có điều gì không ổn trong môi trường chung của họ.

Khỏi phải nói, các hệ thống thông thoáng cần phải được thiết kế và bảo trì tốt hơn để cải thiện môi trường bên trong của nhiều tòa cao ốc hiện đại dùng làm văn phòng làm việc. Chú ý thận trọng hơn trong việc chọn lựa vật liệu xây cất cũng như các sản phẩm sử dụng ở nơi làm việc (cũng như ở nhà) cũng có thể giúp giảm bớt hơn nữa mức độc tố và mức tập trung các tác nhân khả dĩ gây dị ứng.

VIÊM PHỔI DO NHẠY CẢM QUÁ MỨC

Viêm phổi do nhạy cảm quá mức (hyper sensitivity pneumonitis) là lỗi nói bóng bẩy nhằm ám chỉ chứng viêm phổi dị ứng (allergic lung inflammation). Tình trạng này thực ra không phải là một chứng bệnh duy nhất, mà là một nhóm bệnh có chung một loạt các dấu hiệu và triệu chứng do các nguyên nhân dị ứng đặc biệt khác nhau gây ra. Căn cứ vào đường xâm nhập đặc biệt của tác nhân dị ứng vào cơ thể, viêm phổi dị ứng đã được gọi bằng rất nhiều tên khác nhau, như chứng viêm phổi của nông dân, chứng viêm phổi do tình trạng kém thông thoáng, chứng viêm phổi của người nuôi chim, và chứng viêm phổi của công nhân hóa chất chẳng hạn. Nói chung, dù nguyên nhân gây bệnh có là gì đi nữa thì bệnh cũng phát tác sau một thời gian kéo dài từ vài tháng đến vài trăm năm tiếp xúc quá nhiều với tác nhân dị ứng.

Tùy thuộc vào trường hợp tiếp xúc với tác nhân dị ứng trong thời gian dài hay ngắn, chứng viêm phổi dị ứng xảy ra sau đó là một đợt cấp tính hay mạn tính. Ở dạng cấp tính (ngắn hạn), các triệu chứng điển hình phát sinh trong vòng vài giờ sau khi tiếp xúc và thường bao gồm ho, khó thở, cùng các tình trạng giống cúm như sốt, ớn lạnh, đau cơ và mệt nhọc chẳng hạn; các triệu chứng này kéo dài chỉ trong một hoặc hai ngày mà thôi. Tuy nhiên, tình trạng khó thở tiếp diễn và bất lực thể chất ngày càng tăng thêm tiêu biểu cho dạng bệnh mạn tính (kéo dài).

Chứng viêm phổi của nông dân do tiếp xúc với cỏ khô nổi nấm mốc, có chứa vi khuẩn gây ô nhiễm mà người ta

cho rằng là nguyên nhân trực tiếp gây ra các triệu chứng dị ứng. Ở bệnh này, vi khuẩn tác động giống như tác nhân dị ứng chứ không phải là các vi sinh gây ra tình trạng nhiễm trùng. Tương tự, chứng viêm phổi do tình trạng thông thoáng kém gây ra bởi vi khuẩn và nấm mốc sinh sản từ nước ở các thiết bị tạo ẩm và điều hòa không khí gây ô nhiễm bầu không khí trong nhà. Ở đây, một lần nữa các vi sinh tác động như là tác nhân dị ứng chứ không phải như vi trùng gây nhiễm. Còn chứng viêm phổi của người nuôi chim là rủi ro khá dễ xảy ra cho những người nuôi bồ câu, vịt đuôi dài, gà ta, và gà tây. Người ta cho rằng loại rối loạn này là hậu quả do thở hít trong bầu không khí đầy chất bột phân khô của các loại gà, chim thải ra. Và ở chứng viêm phổi của công nhân hóa chất, các triệu chứng do thở hít phải chất isocyanate thấy trong bột polyurethane, vecni, và sơn mài.

Trong hầu hết các trường hợp, chứng viêm phổi dị ứng sẽ là một dạng bệnh tương đối nhẹ nếu tiếp xúc với tác nhân dị ứng kích thích trong một thời gian ngắn, và cơ hội phục hồi sức khỏe hoàn toàn nói chung rất thuận lợi. Ngược lại, tình hình tái diễn bằng một đợt cấp tính báo trước bệnh sẽ diễn biến tệ hại hơn. Hậu quả cũng rất tệ hại trong trường hợp chứng viêm phổi trầm trọng và kéo dài đủ để gây ra các dấu hiệu bất bình thường vĩnh viễn thấy trên phim X quang hay trong xét nghiệm chức năng hô hấp. Khá kỳ lạ rằng trong các ca mạn tính các triệu chứng lại có chiều hướng giảm bớt mức trầm trọng theo thời gian.

Giống như hầu hết các rối loạn dị ứng, biện pháp chữa trị chứng viêm phổi dị ứng tốt nhất là tránh tiếp xúc với tác nhân dị ứng. Tuy nhiên, có đến 60% nông dân và thậm chí tỷ lệ cao hơn ở người nuôi gà, chim bị bệnh không có đủ khả năng tài chánh để từ bỏ công việc của họ. Chỉ ít những người này cũng cần phải tránh việc chất đống hoặc tồn trữ cỏ bị *uột*, và nên dùng khẩu trang hoặc bình oxy bất cứ lúc nào phải tiếp xúc với chất gây dị ứng. Có thể chọn mua loại khẩu trang dùng một lần nhãn hiệu 3M model 8710 hay loại khẩu trang dùng nhiều lần nhãn hiệu 3M model 7200. Các lò sấy đặt trong kho chứa nhằm giảm bớt ẩm độ và phun chất propionic acid là các biện pháp hiệu nghiệm khác để giảm bớt tình trạng ô nhiễm bởi các vi khuẩn chịu trách nhiệm gây rắc rối. Sau cùng, các đợt chữa trị ngắn hạn bằng các loại thuốc steroid kháng viêm như prednisone cũng có hiệu quả phá vỡ các chu kỳ diễn biến tái phát này.

Những người bị viêm phổi do tình trạng thông thoáng tối tệ sẽ cảm thấy khá hơn nếu dùng để cho nước tù đọng ở các thiết bị tạo ẩm và điều hòa không khí, đồng thời chắc rằng các bể chứa nước đồng thời cũng được xử lý đúng mức nhằm ngăn chặn vi khuẩn sản sinh quá nhiều. Sau cùng, các công nhân hóa chất có thể giảm bớt rủi ro tiếp xúc nói chung nhờ tránh làm việc với các vật liệu đầy bụi bặm ở các khu vực chật hẹp và khép kín, đồng thời bảo đảm rằng mọi tiêu chuẩn thông thoáng phải được tuân thủ đúng mức ở phạm vi làm việc.

DỊ ỨNG VỚI ÁNH SÁNG MẶT TRỜI

Dường như rắc rối do bầu không khí thở hít cả trong nhà lẫn ngoài trời gây ra cho chúng ta vẫn chưa đủ, một số người cũng còn phải lo ngại bị dị ứng với ánh sáng mặt trời (còn gọi là quang dị ứng). Một bác sĩ chuyên khoa da liễu đã từng nhận xét rằng một trong những điều bí ẩn nhất là một cá nhân có sức khỏe bình thường lại có thể bị dị ứng với một thứ rất cần thiết cho sự sống trên hành tinh này là ánh sáng mặt trời. Tuy nhiên, đó lại là những điều có thực. Trong một số trường hợp, một chất tác động cục bộ hay một loại thuốc đưa vào bên trong cơ thể lại là nguyên nhân khiến cho một cá nhân nào đó nhạy cảm hơn đối với ánh sáng mặt trời. Thế nhưng trong các trường hợp khác, chỉ riêng tia cực tím trong ánh sáng mặt trời không đủ sức làm nổi mề đay hoặc gây ra các phản ứng dị ứng khác.

Các nhà khoa học gọi tất cả các phản ứng bất lợi với ánh sáng mặt trời là *phản ứng nhạy cảm với ánh sáng* (photosensitivity reaction). Các phản ứng nào giống như bị râm nắng, dù gây ra bởi tác động trực tiếp với tia cực tím hay bởi một phối hợp của bức xạ với một hóa chất bôi vào da hay đưa vào cơ thể, đều được gọi là *phản ứng nhiễm độc ánh sáng* (phototoxic reaction). Tình trạng râm nắng bình thường là một thí dụ điển hình về phản ứng nhiễm độc ánh sáng. Còn những phản ứng nào liên can đến hệ miễn dịch trên cơ sở dị ứng đều gọi là *phản ứng quang dị ứng* (photoallergic reaction).

So với các phản ứng nhiễm độc ánh sáng thì quang dị ứng ít xảy ra hơn nhiều, mặc dù nói chung chỉ cần chút ít năng lượng bức xạ để đủ khiến cho chúng phát tác rồi. Các phản ứng này có thể thuộc loại dị ứng tức thời hay dị ứng muộn phát (xem chương 1). *Mày đay do nắng* (solar urticaria) và *chứng ban ngoài da đa hình do nắng* (Polymorphous light eruption) là hai dạng bệnh quang dị ứng chỉ do tia cực tím gây ra. Ngược lại, *chứng viêm da quang dị ứng do tiếp xúc* (photoallergic contact dermatitis) và *chứng quang dị ứng toàn thân* (systemic photoallergy) là hậu quả của sự tương tác giữa tia cực tím với loại hóa chất hay thuốc tác động cục bộ hoặc được đưa vào cơ thể.

Mày đay do nắng

Mày đay do nắng (solar urticaria) chỉ là lối nói bóng bẩy ám chỉ loại mày đay phát sinh do tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Mặc dù chưa có chứng cứ thuyết phục, nhưng người ta vẫn cho rằng tình trạng này có liên can đến các kháng thể IgE ít ra trong một số ca bệnh. Bệnh này hay xảy ra nhiều nhất ở những người thuộc lứa tuổi từ 20 đến 40.

Các phản ứng nổi mày đay do nắng thường xảy ra trong vòng từ vài giây đến vài phút sau khi tiếp xúc với ánh nắng, và có thể kéo dài trong khoảng thời gian từ vài phút đến vài giờ, tùy thuộc vào cường độ của tia cực tím trong ánh nắng. Qua kính hiển vi và thậm chí với mắt trần, mày đay do tia cực tím gây ra cũng chẳng khác gì mày đay do thực phẩm hay thuốc gây ra. Mặc dù tự động

thuyên giảm, nhưng chứng bệnh này thường kéo dài đến mãi đời.

Chẩn đoán mày đay do nắng thường rất đơn giản: bệnh nhân trực tiếp kể lại diễn tiến tình hình nổi mày đay sau khi ra nắng. Để xác lập chẩn đoán, bác sĩ da liễu có thể tiến hành *xét nghiệm quang học* (phototesting). Hình thức xét nghiệm đơn giản nhất là cho một vùng da không rộng lắm của bệnh nhân tiếp xúc với ánh nắng trong một thời lượng mà người ấy khẳng định gây phản ứng cho da của mình. Mày đay nổi lên sau lần tiếp xúc đó đủ để xác lập chẩn đoán.

Hầu hết những người bị mày đay do nắng đều cực kỳ nhạy cảm với ánh nắng, khiến cho việc chữa trị trở nên khó khăn. Không nghi ngờ gì nữa, các biện pháp phòng ngừa nhằm tránh tiếp xúc với ánh nắng và dùng trang phục bảo hộ bất kỳ lúc nào phải ra ngoài trời là hình thức chữa trị tốt nhất. Các loại thuốc chống nắng đều tỏ ra không thích hợp cho hầu hết những người bị chứng này, nhưng loại thuốc kháng – histamine không gây ngủ terfenadine (tên TM là Seldane) lại hiệu nghiệm trong một số ca bệnh.

Ban ngoài da đa hình do nắng

Ban ngoài da đa hình do nắng (polymorphous light eruption – viết tắt là PMLE) là một bệnh dị ứng khác chỉ do một mình tia cực tím tác động mà thôi. Đây là chứng ban ngoài da liên quan đến ánh nắng thường thấy ở các miền Bắc và Trung Mỹ cùng Vương quốc Anh. Rắc rối có

thể phát sinh vào bất kỳ độ tuổi nào trong đời, nhưng thường khởi đầu nhất vào thời điểm nào đó trước tuổi tam thập.

Thuật ngữ “đa hình” (polymorphous) thực ra có nghĩa là “nhiều hình dạng” đặc biệt để ám chỉ nhiều dạng rối loạn ở da có thể thấy ở những người mắc phải chứng bệnh này. Các hình dạng này bao gồm các chỗ sưng giống như mụn nhọt có màu đỏ nhạt, có bóng nước, các mảng giống như chàm, cùng các nốt mụn và nốt lan rộng vừa nổi lên to vừa ấn sâu xuống mặt da. Trong hầu hết các trường hợp, ban ngoài da đều phát ra trong vòng từ 24 đến 48 giờ sau khi tiếp xúc với ánh nắng, và kéo dài đến vài ngày. Tình trạng da tiếp xúc với ánh nắng lâu như vậy rồi mới phát ban cho thấy bệnh có cơ chế dị ứng chậm (muộn). (Xem chương 1).

Giống như trường hợp mày đay do nắng, chẩn đoán trông cậy rất nhiều vào việc lập bệnh sử về phản ứng muộn do tiếp xúc với ánh nắng. Xét nghiệm quang học có thể giúp ích cho việc xác nhận các ca nghi ngờ có bệnh.

May mắn là, hầu hết những người mắc phải bệnh này đều ở mức độ nhẹ và không cần phải chữa trị. Điển hình những người này mỗi năm gặp phải một hoặc hai đợt phát tác bệnh, và vì lý do chưa sáng tỏ, họ trở nên có sức đề kháng đối với tác dụng gây bệnh của ánh nắng vào cuối xuân và suốt mùa hạ. Các ca nặng hơn phải chữa trị bằng các loại thuốc corticosteroid tác động cục bộ và toàn thân như prednisone chẳng hạn. Một số thuốc trị sốt rét cũng tỏ ra khá hiệu nghiệm. Gần đây nhất, loại thuốc trị ung

thư azathioprine (tên Tm là Imuran) được chứng minh có hiệu quả chữa trị các bệnh nhân trung niên và cao tuổi bị chàm biến chứng của ban ngoài da đa hình do nắng.

Viêm da quang dị ứng

Khác biệt chủ yếu giữa viêm da dị ứng do tiếp xúc và viêm da quang dị ứng (như đã thảo luận ở chương 7) là chứng bệnh sau buộc phải có tia cực tím A (UVA) *kết hợp* với tác nhân nhạy cảm ánh sáng tác động cục bộ mới làm phát tác cơn dị ứng. Bởi vì tia cực tím xuyên qua kính, nên người dễ bị bệnh có thể bị nó tấn công trong lúc lái xe, ngồi bên cửa sổ trong nhà, và ngay cả khi bôi thuốc chống nắng có chất ngăn ngừa tia cực tím chưa đúng mức. Một số tác nhân dị ứng được biết đến nhiều là một vài loại cologne, thuốc sát trùng cao râu, và các loại nước hoa (có xạ hương tổng hợp, dầu bạch đàn, và 6 - methyl - coumarin chẳng hạn); vỏ chanh Ba tư; diphenhydramine (như dầu bom Benadryl chẳng hạn); nhựa epoxy; và Salicylanalide halogen hóa (thuốc sát trùng và trị nấm). Một điều buồn cười là hiện nay thuốc chống nắng có PABA, ethe PABA, hay oxybenzone lại là nguyên nhân hàng đầu gây ra chứng viêm da quang dị ứng. Và do các thành phần thuốc chống nắng cũng thường thấy trong các loại thuốc dưỡng da và mỹ phẩm, nên phải ghi nhớ các chế phẩm này khi tìm hiểu các nguyên nhân có thể gây ra dị ứng do tiếp xúc với ánh nắng.

Ở một số ít người bị viêm da quang dị ứng, bệnh này có thể tiến triển đến mức người bệnh vẫn tiếp tục bị phản ứng quang dị ứng đối với ánh nắng ngay cả khi không còn

dùng loại thuốc tác động cục bộ, vốn là nguồn gốc nảy sinh dị ứng. Khi ấy, các bác sĩ da liễu gọi tình trạng này là *phản ứng vĩnh viễn với nắng* (persistent light reaction).

Mặc dù các vùng da được bảo vệ đôi khi cũng gặp rắc rối, nhưng không lấy gì làm ngạc nhiên rằng các vùng da phơi trần là nơi ưa chuộng của quang dị ứng. Các vùng không phơi ra nắng như mí mắt trên, lớp da phía sau tai, và các nếp gấp ở cổ điển hình được miễn thứ. Và người trưởng thành thường dễ bị tác hại hơn trẻ em. Các phản ứng dị ứng khả dĩ xảy ra là da đỏ lên và nổi bóng nước trầm trọng, mặc dù chàm da là biểu hiện thường thấy nhất.

Nếu như việc lập bệnh sử, điển hình là khám cơ thể trực tiếp có thể gợi ý định bệnh, thì xét nghiệm bằng dán quang học (photopatch testing) mới xác lập được chẩn đoán. Trong xét nghiệm này, dung dịch tác nhân nghi ngờ gây quang dị ứng được bôi vào hai nơi trên da. Sau 24 giờ, một vùng xét nghiệm được rọi tia cực tím, rồi vào các thời điểm sau đó 48 giờ và 72 giờ người ta kiểm tra vùng được rọi và không được rọi tia cực tím. Nếu như ban dị ứng ngoài da lại nổi lên ở vùng được rọi bức xạ thì chẩn đoán có bệnh (xem phụ lục A).

Liệu pháp đối với viêm da quang dị ứng cũng tương tự như trường hợp chữa trị bệnh viêm da dị ứng do tiếp xúc. Liệu pháp nền tảng gồm các loại thuốc kháng - histamine dạng uống cùng các loại thuốc corticosteroid tác động cục bộ và thuốc dạng uống (xem chương 7). Ngoại trừ các ca phản ứng nắng vĩnh viễn, tránh dùng các chất gây quang

dị ứng sẽ giúp ngăn chặn tái phát bệnh. Các biện pháp tránh nắng cực kỳ quan trọng cho việc khống chế phản ứng nắng vĩnh viễn.

QUANG DỊ ỨNG TOÀN THÂN VÀ DÙNG THUỐC

Mặc dù ít thấy hơn nhiều so với viêm da quang dị ứng, nhưng các phản ứng dị ứng do phối hợp các tia cực tím với một loại thuốc *tác động toàn thân* (chứ không phải với loại thuốc tác động cục bộ) cũng thực sự gây rắc rối. Nhiều loại thuốc cho là nguyên nhân gây ra loại dị ứng này như sulfonamide (các mặt thuốc kháng sinh như Gantrisin, Septra, và Bactrin); sulfonylureas (các mặt thuốc trị tiểu đường dạng uống như Tolinase và Orinase); các loại thuốc lợi tiểu thiazide (như các mặt thuốc Hydro-DIURIL chẳng hạn); quinidine (một loại thuốc điều hòa nhịp tim như mặt thuốc Quinaglute); phenothiazine (như mặt thuốc Thorazine); các loại thuốc ngừa thai dạng uống; griseofulvin (các mặt thuốc trị nấm như Fulvicin và Gris - Peg); một số thuốc kháng - histamine; và piroxicam (tên TM là Feldene). Các chỗ sưng đỏ nhạt phẳng mặt và chàm da là dạng phát ban ngoài da thường thấy nhất ở bệnh này. Nói chung, các phản ứng quang dị ứng toàn thân đều thuộc dạng dị ứng muộn phát, nên thường khởi phát từ 24 giờ đến 48 giờ sau khi tiếp xúc với tia cực tím.

Chẩn đoán phản ứng quang dị ứng thuốc thường căn cứ vào bệnh sử và thực hiện trong bối cảnh lâm sàng. Đôi khi, xét nghiệm quang học cũng giúp ích cho việc xác lập chẩn đoán.

Biện pháp phòng ngừa và chữa trị đều buộc hoặc ngưng dùng loại thuốc tác hại hoặc tránh tiếp xúc với ánh nắng. Không may, vấn đề này còn tùy thuộc vào loại thuốc tác hại đặc biệt. Trong một số trường hợp, có lẽ phải mất một thời gian dài từ ba đến bốn tháng mới hết tác dụng đối với cơ thể và các triệu chứng mới biến mất hoàn toàn. Dĩ nhiên, khi một loại thuốc đặc biệt nào đó tối cần thiết cho việc chữa trị một chứng bệnh nghiêm trọng và không có loại thuốc thay thế hữu hiệu, thì tránh nắng là biện pháp chọn lựa duy nhất. Các biện pháp chữa trị đặc hiệu cũng tương tự như trường hợp viêm da quang dị ứng./.

(38)

Chương 12

DI ỨNG VỚI CHÍNH MÌNH BỆNH TỰ MIỄN

Đối với hầu hết mọi người, khái niệm dị ứng với một gì đó như thuốc, thực phẩm, hoặc nhựa cây poison ivy chẳng hạn thì nói chung dễ hiểu. Ngược lại, dị ứng với bản thân là một khái niệm khó hiểu hơn nhiều. Tuy vậy, thật kỳ lạ là rất nhiều ca dị ứng thuộc loại này thực sự đã xảy ra. Các nhà miễn dịch học gọi các phản ứng này là *tự miễn dịch*¹ (autoimmunity – có nghĩa là miễn dịch chống lại chính mình), và các rối loạn dị ứng thuộc loại này được gọi là bệnh tự miễn².

Một nghi vấn tự nhiên nảy sinh là: làm thế nào một người lại có thể dị ứng với chính mình mà vẫn còn sống? Thực ra, nhiều bệnh tự miễn rất nghiêm trọng và thậm chí đe dọa đến tính mệnh, cần phải chữa trị cực lực mới cứu vãn được. Các nhà miễn dịch học và bác sĩ chuyên khoa bệnh thấp quan tâm nhiều nhất đến loại bệnh này có lẽ là những người đầu tiên thừa nhận rằng mặc dù rất

nhiều tiến bộ đã đạt được trong hơn 1/4 thế kỷ vừa qua trong lĩnh vực chẩn đoán và chữa trị, vẫn còn rất nhiều điều phải tìm hiểu thêm nữa về bệnh tự miễn.

Dưới đây là một số trong ngày càng nhiều các bệnh có liên quan đến hiện tượng tự miễn dịch:

1. Rất nhiều dạng bệnh nổi bóng nước ở da, kể cả bệnh pemphigus và bệnh có dạng pemphigus.
2. Bệnh sốt thấp khớp cấp tính, một dạng bệnh tim đặc biệt.
3. Một số rối loạn thần kinh và cơ, như bệnh xơ cứng rải rác và bệnh nhược cơ năng chẳng hạn.

Thảo luận chi tiết về các bệnh này và nhiều bệnh khác có liên quan đến bệnh tự dị ứng hoàn toàn không thuộc phạm vi tập sách này. Thế nhưng, trong chương này chúng tôi hy vọng cống hiến cho bạn một nhãn quan khái quát về một số tình trạng thường thấy nhất thuộc loại bệnh này. Chương này đề cập đến một nhóm bệnh gọi là rối loạn huyết quản có collagen; hai loại bệnh khác thường thấy ở các tuyến là bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto và bệnh tiểu đường ở thiếu nhi; cùng hai bệnh ngoài da không xa lạ gì với nhiều người là bệnh bạch biến và bệnh rụng lông, tóc từng vùng.

CÁC RỐI LOẠN HUYẾT QUẢN CÓ COLLAGEN³

Nhóm bệnh này gồm rất nhiều dạng bệnh trong đó hiện tượng tự miễn dịch bị nghi ngờ trước tiên và điều này thật hiển nhiên. Nhóm bệnh này bao gồm bệnh *lupus ban đỏ toàn thân* (systemic lupus erythematosus – thường gọi là “lupus” hay gọi tắt là SLE), bệnh *viêm khớp dạng thấp* (rheumatoid arthritis), bệnh *xơ cứng toàn thân* (progressive systemic sclerosis – thường gọi là scleroderma), bệnh *viêm bì - cơ* (dermatomyositis), cùng các bệnh khác. Mặc dù mỗi chứng bệnh đều khác biệt nhau nhưng vẫn được xếp chung một nhóm, bởi vì chúng có các dấu hiệu và triệu chứng giống nhau, và trong một số trường hợp gây ra các dị dạng giống nhau. Biểu hiện viêm khớp thường thấy ở các nạn nhân mắc phải các bệnh này lý giải cho tên gọi là chuyên ngành liên quan thường xuyên với chúng nhất là: môn *bệnh thấp học* (rheumatology), nghiên cứu về các bệnh khớp.

Lupus ban đỏ

Lupus ban đỏ⁴ được xem là một bệnh tự miễn điển hình nhất, và các nhà nghiên cứu cho rằng tìm hiểu bệnh này càng thận trọng chừng nào sẽ giúp cho chẩn đoán và chữa trị các bệnh tự miễn khác càng hiệu quả hơn chừng ấy. Đây là một rối loạn khá phổ biến, nói chung, cứ hai ngàn người thì có một người mắc phải bệnh này. Nữ giới thường mắc phải bệnh này hơn, cứ khoảng 700 phụ nữ da trắng và cứ 245 phụ nữ da đen ở độ tuổi từ 20 đến 65 có một người mắc bệnh. Nguyên nhân đích xác chưa được biết rõ,

mặc dù người ta cho rằng các nhân tố di truyền cũng góp phần gây bệnh. Còn các nhân tố hormone, stress, và virus cũng góp phần khởi phát hoặc làm trầm trọng thêm căn bệnh hiện hữu.

Các dấu hiệu và triệu chứng của lupus ban đỏ rất đa dạng và phản ánh sự kiện các tự kháng thể (tức là các kháng thể quay lại tấn công chính cơ thể bệnh nhân) có thể được sản sinh để chống lại nhiều mô và thành phần cơ quan khác nhau trong cơ thể. Một biến dạng của bệnh lupus ban đỏ chỉ liên quan đến da mà thôi là *lupus ban đỏ hình đĩa* (discoid lupus erythematosus), điển hình là một bệnh làm cho da biến dạng và thành sẹo. Ngược lại, lupus ban đỏ toàn thân đặc trưng bởi tình trạng liên can đến rất nhiều cơ quan trong người. Không kể sốt, mệt nhọc, sụt cân và ăn mất ngon. Bệnh nhân SLE có thể nổi ban ở mặt và toàn thân, rất nhạy cảm với ánh nắng, khó chịu vì bị lở loét ở miệng và mũi, viêm khớp (viêm, sưng, và đau ở các khớp), cùng các rối loạn ở thận, phổi, não bộ, và hệ tuần hoàn.

Công tác chẩn đoán lupus ban đỏ đòi hỏi phải lập bệnh sử và khám cơ thể thật thận trọng phối hợp với tìm hiểu tỉ mỉ tình hình miễn dịch trong máu. *Xét nghiệm kháng thể kháng nhân* (antinuclear antibody test – viết tắt là ANA test), (thường được gọi là *xác định hàm lượng ANA tối thiểu*, là do xét nghiệm hiển thị rất nhạy cảm để tìm lupus. Tên gọi của xét nghiệm này xuất phát từ sự kiện các kháng thể nhằm đặc biệt tấn công vào nhân của chính các tế bào trong cơ thể của nạn nhân. Để xác định chẩn

doán, người ta thường phải tiến hành các xét nghiệm bổ sung.

Bởi vì chưa có biện pháp nào chữa lành bệnh này, nên việc điều trị nhằm giảm nhẹ các triệu chứng và kéo dài mạng sống. Các loại thuốc corticosteroid và thuốc kháng viêm hàng đầu như prednisone chính là liệu pháp nền tảng. Thỉnh thoảng, các loại thuốc kháng viêm khác như aspirin, indomethacin (tên TM là Indocin) chẳng hạn, và các loại thuốc trị sốt rét (như chloroquine và hydroxychloroquine) có thể được chỉ định dùng. May thay, hiện nay hơn 90% số bệnh nhân đều kéo dài cuộc sống được hơn 15 năm, trong khi trước đây mắc phải bệnh này hầu như ai nấy đều sớm tử vong cả. Muốn biết thêm thông tin về bệnh lupus ban đỏ, hãy liên hệ với tổ chức Nationnal lupus Erythematosus Foundation, số 2635 North First Strut, phòng 206, San Jose, California 95134.

Viêm khớp dạng thấp

Đối với mọi người nói chung, bệnh viêm khớp dạng thấp⁵ có lẽ là dạng rối loạn tự miễn phổ biến nhất. Tác động đến nữ giới nhiều gấp ba lần nam giới, viêm khớp dạng thấp là một bệnh mạn tính và thường xuyên tái phát có thể chi phối bất kỳ nhóm khớp nào trong cơ thể. Trong các ca nặng, bệnh này khiến cho các khớp trong cơ thể bị biến dạng, thường gây bất lực trầm trọng và khả dĩ đe dọa đến tính mạng của nạn nhân. Giống như trường hợp lupus ban đỏ, người ta cho rằng di truyền là một nhân tố khiến cho nạn nhân dễ mắc phải bệnh này. Còn các nhân tố như nhiễm virus, stress, và hormone khả dĩ góp phần gây ra bệnh vẫn chưa được sáng tỏ. Bài chiến trường tự dĩ

ứng (tự miễn dịch) ban đầu là *màng hoạt dịch*⁶, loại mô có cấu trúc giống màng nhầy bao bọc các khớp.

Trong hầu hết các trường hợp, các triệu chứng bệnh xuất hiện lần đầu vào các độ tuổi từ 35 đến 45. Các khớp nhỏ, vừa, hoặc lớn như ngón tay, cổ tay, khuỷu tay, gối, và hông đều có thể bị tác động riêng lẻ hoặc theo từng nhóm. Các khớp thường bị tác động đối xứng, tức là hai khớp gối hoặc hai khớp cổ tay chẳng hạn thường bị tác động đồng thời.

Vào thời gian đầu phát bệnh, bệnh nhân thường chỉ bị sốt nhẹ, mệt, sụt cân, sưng các tuyến, và cứng khớp vào buổi sáng. Sau đó, các triệu chứng diễn tiến hoặc chậm hoặc nhanh tùy trường hợp. Trong các ca bệnh lâu ngày, tình trạng cơ cơ (các cơ cơ cứng nghiêm trọng và không sao vẫn hồi phục) có thể xảy ra và dẫn đến hình thức biến dạng xương đặc trưng cho loại bệnh này. Một số trường hợp dị dạng như thế đã khiến cho người ta đặt ra các tên gọi gợi hình cho sự tấn công của bệnh vào các bộ phận trên cơ thể – thí dụ các dị dạng “cổ thiên nga” hoặc “ngón chân vĩnh” ở bàn tay và bàn chân chẳng hạn.

Ngoài rắc rối ở các khớp, bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có thể bị viêm các mô bọc bên ngoài phổi và tim [gọi lần lượt là *viêm phổi-màng phổi* (pleuritis) và *viêm ngoại tâm mạc* (pericarditis)]; các rối loạn ở não, mắt, và mạch máu; cùng tình trạng da bị nốt và lở loét.

Chẩn đoán viêm khớp dạng thấp buộc phải lập bệnh sử và khám cơ thể toàn diện nhằm phát hiện ít ra vài biểu

hiện nói trên. *Xét nghiệm yếu tố dạng thấp* (rheumatoid factor test) là xét nghiệm máu khá đặc hiệu cho loại bệnh này. Tuy vậy, kết quả xét nghiệm âm tính (tức không thấy có yếu tố dạng thấp trong máu) cũng không loại trừ chẩn đoán, bởi vì các yếu tố này có thể không hiện diện trong máu của khoảng 20% số người đáp ứng với các tiêu chuẩn khác của chứng bệnh này. Dù sao, loại xét nghiệm này vẫn là biện pháp kiểm tra sàng lọc tuyệt diệu. Các ca nghi ngờ phải cần đến các loại xét nghiệm khác, thường là xét nghiệm khả năng miễn dịch trong máu tỉ mỉ hơn. Kiểm tra bằng X quang nhằm tìm ra các biến đổi hủy hoại tiêu biểu cho chứng bệnh này đôi khi cũng có lợi cho chẩn đoán.

Diễn tiến căn bệnh này không sao đoán trước được. Có đến 20% số bệnh nhân may mắn thuyên giảm hẳn hoặc chỉ thỉnh thoảng bộc phát các cơn bệnh nhẹ. Ngược lại, khoảng 10% số bệnh nhân phải chịu cảnh què quặt dần dần. Còn đại đa số bệnh nhân mắc phải bệnh này đều rơi vào khoảng giữa hai thái cực vừa nói.

Những người mắc bệnh từ nhẹ đến vừa đều trông cậy vào liệu pháp vật lý, và biện pháp dùng aspirin liều cao hoặc các loại thuốc kháng viêm khác không có thành phần steroid (như các mặt thuốc Motrin, Naprosyn, hay Indocin chẳng hạn) có thể hiệu nghiệm trong việc khống chế các triệu chứng và cải thiện được cuộc sống. Đối với những ca bệnh lâu dài, đôi khi dùng các loại thuốc corticosteroid dạng uống (như prednisone) với liều thấp và các loại thuốc corticosteroid tiêm thẳng vào các khớp bị tổn thương có thể giúp giảm nhẹ đáng kể trong thời gian

dài. Một số thuốc tác động toàn thân hiệu lực mạnh khác hiện có bán trên thị trường được dùng đến khi các biện pháp vừa nói tỏ ra không thích hợp. Đối với những ca trầm trọng, việc chữa trị là một thách đố; và nỗ lực khống chế bệnh tình đòi hỏi một phương pháp liên quan đến nhiều lãnh vực, lý tưởng mà nói là cần đến một đội ngũ gồm các bác sĩ chuyên khoa bệnh thấp, da liễu, các chuyên viên vật lý trị liệu, các chuyên viên y tế lao động, các nhà tâm lý, và các bác sĩ phẫu thuật. Muốn biết thêm thông tin, hãy liên hệ với tổ chức Arthritis Foundation, 1314 SpringSt, N.W., Atlanta, Georgia 30309.

BỆNH XƠ CỨNG BÌ

Bệnh xơ cứng bì⁷, hay bệnh xơ cứng toàn thân dần dần (progreive systemic sclerosis - viết tắt là PSS), là một dạng rối loạn khá phổ biến khác, ảnh hưởng đến xấp xỉ 750 ngàn dân Mỹ. Thuật ngữ *xơ cứng* có nghĩa là da dày lên, phản ánh sắc thái chủ yếu của loại bệnh này, do sự tích lũy rất nhiều mô xơ cứng bên trong da và nhiều cơ quan khác trong cơ thể. Các biến đổi bất thường trong một số mạch máu khắp cơ thể là một điểm đặc trưng khác của loại bệnh này. Xơ cứng bì không phải là loại bệnh cho riêng chủng tộc nào, nhưng lại tác động đến nữ giới nhiều gấp 3 lần nam giới. Các triệu chứng hầu như thường xuất hiện lần đầu ở độ tuổi 20 hay 30. Các chứng cứ hiện nay đều cho thấy cơ sở tự miễn dịch, mặc dù các nguyên nhân đặc biệt gây bệnh vẫn chưa rõ. Các nhân tố môi trường, như tiếp xúc với chất polyvinyl chloride hay chất silica

chẳng hạn, cũng có thể góp phần gây bệnh ít ra trong một số ca.

Thông thường, các biểu hiện của bệnh xơ cứng bì bên trong da trải qua ba giai đoạn. Ở giai đoạn thứ nhất phát sinh tình trạng cứng ra và sưng không đau nhức, có thể giới hạn ở hai bàn tay hoặc tác động đến toàn thân. Trong giai đoạn thứ hai, còn gọi là giai đoạn xơ cứng, vùng da bị tổn thương trở nên cực kỳ khô, căng ra, láng, màu giống sáp, và cứng như da thuộc. Mặt của bệnh nhân thường mất hết các nếp nhăn, trông giống như mang một mặt nạ giả vậy. Đồng thời, tình trạng căng da ở các ngón tay và các khớp khác giới hạn tối đa mức độ co duỗi. Trong giai đoạn sau cùng, xảy ra tình trạng nghịch lý là da có thể bị mỏng đi một cách bất bình thường, và thậm chí hơi nhũn đi nữa. Xơ cứng bì chỉ ảnh hưởng đến các mảng da cục bộ chứ không tác động đến các cơ quan khác thông thường là một dạng bệnh rất nhẹ gọi là *bệnh xơ cứng da từng mảng*⁸, và dạng bệnh này có tiên lượng không có gì đáng lo ngại.

Khi bệnh lan rộng đến các cơ quan khác, tiến trình xơ cứng bất bình thường của bệnh xơ cứng bì gây ra nhiều tình trạng, trong đó có viêm cơ, co cứng khớp, thực quản cử động bất bình thường (thường gây tình trạng khó nuốt), và một tình trạng gọi là *hiện tượng Raynaud*⁹ khiến cho nạn nhân tăng nhạy cảm rất đáng kể với hơi lạnh. Xảy ra trước khi khởi sự phát tác bất kỳ triệu chứng nào khác ở hơn 50% số bệnh nhân bị xơ cứng bì, hiện tượng này là hậu quả của tình trạng co thắt các mao huyết quản ở các ngón tay và ngón chân, biểu hiện như là một loạt diễn

biến bất thường và kéo dài gồm các tình trạng như da bị trắng ra, đỏ lên và xanh tái đi để phản ứng lại môi trường lạnh lẽo hoặc khi cầm nước đá hoặc thậm chí khi cầm một ly nước lạnh.

Như đã nói ở trên, bệnh nhân xơ cứng bì điển hình bị tình trạng da dày lên cùng khô cứng kỳ lạ ở cổ tay và các ngón tay, khiến cho các ngón tay bị gập chặt lại. Trong trường hợp này, chẩn đoán thường không khó lắm. Ngược lại, chẩn đoán chính xác một bệnh nhân ở các giai đoạn đầu khi chưa có vùng da nào bị tổn thương có thể cực kỳ khó khăn. Người ta dùng một số xét nghiệm kháng thể trong máu trong chẩn đoán bệnh xơ cứng bì. Mặc dù không phải là một xét nghiệm hiển thị đặc biệt nhạy cảm, nhưng xét nghiệm kháng thể chống nhân tế bào nhằm tìm ra các kháng thể nhằm tấn công hạt nhân¹⁰ của các tế bào vẫn là một loại xét nghiệm máu đặc hiệu nhất đối với bệnh xơ cứng bì. Trong một số ca, nhiều loại xét nghiệm kháng thể khác cũng có thể được chỉ định tiến hành. Các dạng bất bình thường về kiểu phân bố các mao huyết quản ở các khe móng tay là một dấu hiệu sáng tỏ khác về bệnh xơ cứng bì, các dạng này thậm chí có thể xuất hiện trước khi bệnh phát tác hoàn toàn. Sau cùng, nếu cần các bác sĩ có thể chỉ định chiếu chụp X quang và xét nghiệm áp lực (còn gọi là xét nghiệm áp kế - manometric test) đặc biệt đối với thực quản để phát hiện tình trạng cử động bất bình thường.

Mặc dù tình trạng thuyên giảm tự động đôi khi có xảy ra, nhưng bệnh xơ cứng bì thường là một căn bệnh kinh niên và dai dẳng. Các bệnh nhân gặp rắc rối chủ yếu ở da

có khuynh hướng diễn biến bệnh tình chậm hơn những người bị bệnh liên can đến thận, phổi, hoặc tim. Nói chung, xơ cứng bì tệ hại hơn ở người da đen (nhất là phụ nữ da đen) và ở những người mắc bệnh sau độ tuổi 45.

Hiện chưa có cách nào chữa lành bệnh xơ cứng bì, và công tác điều trị phần lớn nhằm làm giảm nhẹ các triệu chứng. Hiện tượng Raynaud được xử trí theo khuyến cáo thường tình là luôn luôn mang găng tay ấm khi ra ngoài trời vào lúc thời tiết trở lạnh và dùng các thuốc giãn huyết quản như prazosin, nifedipine, và nitroglycerine tác động cục bộ. Tình trạng khô và khó chịu ở da cũng phải được ngăn chặn bằng cách thường xuyên dùng các loại thuốc mềm da hiệu lực mạnh (như mặt thuốc nước Lac-Hydrin) xoa bóp ít nhất hai lần mỗi ngày và bằng cách dùng các loại thuốc tẩy da (như mặt hàng Oil of Olay Sensitive Skin Bar). Tập thể dục thường xuyên cũng góp phần duy trì tính đàn hồi của da. Trong các ca trầm trọng, dùng các thuốc tác động toàn thân hiệu lực mạnh như penicillamine và colchicine nhằm nỗ lực làm mềm da và giảm bớt độ dày của da. Muốn biết thêm thông tin, hãy liên hệ với tổ chức United Scleroderma Foundation, 21 Brennan Street, phòng số 21, P.O Box 350, Washington Ville, California 95077.

BỆNH VIÊM BÌ CƠ¹¹

Như tên gọi, da và các cơ xương là các vùng chủ yếu bị tấn công bởi hệ miễn dịch trong bệnh viêm bì cơ. Ở chứng *viêm da cơ*¹², một dạng rối loạn có liên hệ rất gần với

bệnh này, chỉ có các cơ tác động mà thôi. Cả hai loại rối loạn này đều có chung đặc điểm tổn thương do viêm có tính miễn dịch ở các cơ thuộc bắp tay trên và ở đùi. Tiến trình nhiễm virus căn bản khởi động các phản ứng tự miễn được xem là nguyên nhân căn bản trong ít ra một số ca bệnh.

Nói chung, cả hai dạng viêm bì cơ lẫn viêm đa cơ đều thường thấy ở nữ giới hơn ở nam giới. Độ tuổi trung bình khởi đầu mắc phải cả hai bệnh là vào khoảng tuổi 40. Lúc khởi đầu, các triệu chứng có khuynh hướng khó xác định và bệnh nhân có thể chỉ cảm thấy yếu đôi chút ở các bắp tay gần vai và ở đùi, họ cảm thấy ngày càng khó nhấc mình ra khỏi ghế hoặc khó leo lên cầu thang. Sau cùng, ngay những cử động đơn giản như chải đầu hoặc nhấc khỏi chiếu gối cũng vô cùng khó nhọc. Những người bị bệnh viêm bì cơ sẽ còn bị thêm chứng *ban hướng dương* (heliotrope rash), trong đó mí mắt và u đầu xương bàn tay bị phai màu rồi trở thành có màu tím nhạt.

Chẩn đoán bệnh viêm bì cơ và viêm đa cơ thường căn cứ vào bệnh sử và khám cơ thể trực tiếp. Trong suốt diễn tiến tình trạng viêm cơ, các khối lượng khổng lồ enzyme mô cơ đặc biệt như creatine¹³ phosphokinase (CPK) tràn vào máu, và phát hiện này là chứng cứ rất vững chắc cho chẩn đoán. Loại xét nghiệm đặc biệt là *phép ghi cơ điện*¹⁴, trong đó các điện cực nhỏ như chiếc kim được đặt vào các sợi cơ bị tổn thương để thẩm định chức năng của chúng, có thể giúp phát hiện các trường hợp khó thấy hơn về tình trạng yếu cơ và cũng có thể có lợi cho việc chọn lựa các

vùng tổn thương để làm sinh thiết cơ nhằm xác lập chẩn đoán.

Các loại thuốc cortiosteroid dạng uống là liệu pháp nền tảng. Các liều dùng từ vừa đến cao thường được chỉ định cho đến khi sức mạnh của cơ hồi phục và mức enzyme trong cơ hạ xuống đến mức bình thường, phản ánh tình trạng viêm đã bị trấn áp. Đôi khi có thể phải dùng thêm loại thuốc hiệu lực mạnh như azathioprine (tên TM là Imuran) chẳng hạn. May thay, hầu hết các bệnh nhân đều phục hồi chức năng hoàn toàn, mặc dù nhiều người vẫn còn tiếp tục bị tình trạng yếu ớt nhẹ sót lại ở vai và hông. Nói chung, khoảng 20% số bệnh nhân cần tiếp tục chữa trị trong 5 năm sau khi khởi phát bệnh tình, nhưng có đến 50% trong số này hồi phục trong thời gian ấy. Có điều không may là các trường hợp tái phát có thể xảy ra.

Viêm cơ bì và viêm đa cơ gân dây rất phổ biến trên các phương tiện truyền thông đại chúng vì mối tương quan bị gán cho giữa các bệnh này với việc sử dụng các chất bơm căng, như chất tạo keo Zyderm và Zyplast chẳng hạn, để chữa các vết sẹo trứng cá (acne scars) và các nếp nhăn trên da. Một số người quả quyết rằng trường hợp bộc phát bệnh viêm đa cơ của họ phát tác ở hệ miễn dịch do chất collagen bơm căng tiêm vào người họ gây ra. Dù cho tình hình tranh tụng hiện nay có ngã ngũ ra sao đi nữa, dường như cần phải có thêm chứng cứ về mặt y học cho các khẳng định như thế. Cho đến nay chưa thấy loại kháng thể nào chống lại collagen hiện diện trong cơ thể những người tiếp nhận chất tạo keo zyderm tiêm vào người, cũng như mối tương quan nào giữa chất này với bệnh viêm bì cơ

cả. Và ngay trong trường hợp tìm thấy các kháng thể ấy, chúng cũng không nhằm tấn công và chất dẫn xuất từ collagen động vật cấy vào người. Bàn về vấn đề an toàn, tổ chức American Rheumatologic tuyên bố đã khám phá được rằng những người được tiêm collagen không có nhiều rủi ro mắc phải bệnh qua trung gian của hệ miễn dịch. Nếu có thì rủi ro mắc bệnh cũng thấp. Ngoài ra, một bài báo mới đây về chủ đề này đăng tải trên tạp chí y học được nhiều giới ngưỡng mộ *Journal of Dermatologic Surgery and Oncology* đã kết luận rằng: "Không có bằng chứng nào về mặt dịch tễ học hay khoa học xác nhận mối tương quan giữa chất collagen của loài bò tiêm vào người với các bệnh viêm bì cơ và viêm da cơ như đã được nêu ra trên các phương tiện truyền thông đại chúng và trong các vụ tranh tụng." Cho đến nay, trên một triệu người được tiêm chất bơm căng collagen gặp phải rất ít rắc rối, và cơ quan Quản Lý Dược Phẩm Liên Bang (FDA) vẫn tiếp tục cho phép bán các chế phẩm này cho các trường hợp sử dụng được phê chuẩn.

VIÊM TUYẾN GIÁP TỰ MIỄN DỊCH

Viêm tuyến giáp¹⁵ tự miễn dịch, cũng gọi là bệnh Hashimoto, là một rối loạn khá phổ biến gây ra bởi tình trạng đáp ứng miễn dịch bất bình thường làm hủy hoại tuyến giáp, một tuyến tuy nhỏ nhưng cực kỳ quan trọng bám quanh gốc khí quản trước cổ. Bệnh này hay xảy ra cho nữ giới và thường khởi phát ở độ tuổi 20 đến 40.

Bệnh Hashimoto diễn biến qua hai giai đoạn: giai đoạn tạm thời tuyến giáp hoạt động *quá mức* và giai đoạn tuyến giáp vĩnh viễn hoạt động *kém*. Người ta cho rằng giai đoạn tăng chức năng tuyến giáp gây ra bởi tình trạng phóng thích quá nhiều hormone tuyến giáp (chủ yếu chịu trách nhiệm điều hòa tình trạng chuyển hóa trong cơ thể) khi tuyến này bị tổn thương nặng do đáp ứng miễn dịch bất bình thường. Và tình trạng viêm kéo dài sau cùng sẽ làm giảm đến mức nghiêm trọng nồng độ hormone tuyến giáp, đánh dấu giai đoạn thứ hai trong diễn tiến bệnh tình.

Không lấy gì làm ngạc nhiên rằng các triệu chứng của bệnh viêm tuyến giáp tự miễn dịch cốt yếu là triệu chứng *tăng* khả năng tuyến giáp cấp tính lúc đầu (chức năng chuyển hóa hoạt động quá mức) và *giảm* khả năng tuyến giáp mạn tính sau đó (chuyển hóa hoạt động kém đi). Những người mắc phải bệnh này điển hình bị một bướu giáp (tuyến giáp nở lớn, sờ thấy dai như cao su).

Các bác sĩ chuyên khoa nội tiết thường chẩn đoán viêm tuyến giáp tự miễn dịch căn cứ vào bệnh sử và khám cơ thể. Hai xét nghiệm tự kháng thể trong máu đặc biệt, *xét nghiệm kháng thể globulin chống tuyến giáp* (anti thyroglobulin antibody test) và *xét nghiệm kháng thể chống vi lập thể* (antimicrosomal antibody test), giúp xác lập chẩn đoán. Làm sinh thiết tuyến giáp cũng cần thiết cho công tác chẩn đoán.

Một khi tiến trình viêm tác động đã "nở ra", thì biện pháp thay thế hormone tuyến giáp bằng các mặt thuốc

như synthroid là cách chữa trị bắt buộc duy nhất. Các xét nghiệm máu định kỳ sau đó có thể giúp đánh giá hàm lượng thuốc trong cơ thể.

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG LỆ THUỘC INSULIN (LOẠI I)

Bệnh đái tháo đường¹⁶ lệ thuộc insulin (insulin dependent diabetes mellitus - viết tắt là IDDM) là loại bệnh giảm sản sinh hay hoàn toàn thiếu insulin gây ra bởi đáp ứng miễn dịch bất bình thường làm hủy hoại các tế bào tiểu đảo tiết hormone tuyến tụy insulin¹⁷. Diễn biến toàn bộ bệnh tình thường kéo dài đến 3 năm. Insulin là loại hormone đóng vai trò quyết định trong việc điều hòa và sử dụng đường trong cơ thể. Mỗi năm ở Hoa Kỳ có xấp xỉ 10 ngàn ca mới mắc bệnh IDDM. Mãi đến gần đây bệnh này vẫn thường gọi là *bệnh đái tháo đường khởi phát ở tuổi thiếu niên* (juvenile-onset diabetes), bởi vì bệnh thường xuất hiện lần đầu ở độ tuổi thiếu niên. Cả hai loại nhân tố di truyền và môi trường, nhất là nhiễm virus đều có thể góp phần gây bệnh. [Không nên nhầm lẫn IDDM với loại II là *bệnh đái tháo đường bắt đầu ở tuổi thành niên* (adult-onset diabetes), bệnh này không do tình trạng thiếu insulin gây ra, mà do tình trạng thiếu trách nhiệm ngày càng tăng theo tuổi già không sao giải thích được của các mô nhằm tiếp tục sản sinh đầy đủ insulin ở mức bình thường].

Chẩn đoán bệnh IDDM cần dựa vào bệnh sử và khám lâm sàng để phát hiện tình trạng không dung nạp glucose, tức là tình trạng bất lực trong việc phục hồi lượng đường

trong máu ở mức bình thường ngay sau bữa ăn có nhiều đường. Rất nhiều tự kháng thể chống tế bào tiểu đảo tuyến tụy, gọi chung là *tự kháng thể chống bề mặt tế bào tiểu đảo* (isletcell surface autoantibodies), đã được nhận diện ở rất nhiều bệnh nhân (tỷ lệ lên đến 90% tổng số các ca bệnh), và các tự kháng thể này cho phép người ta xác lập chẩn đoán ở những cá nhân nghi ngờ mắc bệnh.

Chữa trị bệnh IDDM thường phải dùng đến liệu pháp thay thế insulin nhằm kiểm soát chặt chẽ tình hình chuyển hóa đường. Các chứng cứ mới đây cho thấy việc theo dõi thận trọng kiểm soát chặt chẽ mức glucose trong máu thực sự có thể giảm được rủi ro phát sinh nhiều biến chứng lâu dài của bệnh này như bệnh tim, tăng huyết áp, mù mắt, tổn thương não bộ, và thành động mạch bị dày lên. Các ca bệnh nặng thường cần đến tài năng và kinh nghiệm của các bác sĩ chuyên khoa nội tiết chuyên trách bệnh đái tháo đường.

Hai loại thuốc hiệu nghiệm trong việc trấn áp tình hình đáp ứng miễn dịch bất bình thường là azathioprine (tên TM là Imuran) và cyclosporine (tên TM là sandimmune) đã giúp cho một số bệnh nhân IDDM thuyên giảm, đặc biệt trong trường hợp người bệnh được dùng thuốc trong vòng 6 tuần lễ sau khi chẩn đoán được các triệu chứng ban đầu. Muốn biết các trường hợp thuyên giảm chính xác sẽ kéo dài bao lâu còn cần phải nghiên cứu sâu rộng hơn nữa, và người ta cho rằng cần phải điều trị lâu dài. Nhưng cho dù các loại thuốc hiện hành có đem lại lợi ích lâu dài ra sao, người ta vẫn hy vọng sẽ phát minh được các loại

thuốc liệu pháp mới nhằm điều hòa hệ miễn dịch còn hiệu nghiệm hơn nữa để giúp cho bệnh nhân thuyên giảm hẳn.

BỆNH RỤNG LÔNG TÓC TỪNG VÙNG

Rụng lông tóc¹⁸ từng vùng là tình trạng mất đi lông tóc làm xuất hiện các vùng hói hình bầu dục hay hình tròn. Khám phá đặc trưng qua kính hiển vi về các dấu vết hympho bào tấn công xung quanh gốc nang lông tóc ở vùng tổn thương cho thấy bệnh này thông thường có bản chất tự miễn dịch. Có đến 20% các ca bệnh có tiền sử gia tộc mắc phải dạng rối loạn này, nên người ta cho rằng nói chung di truyền cũng góp phần gây bệnh. Mặc dù tình hình mất lông tóc tự nó không phải là một tình trạng có hại về mặt y học, nhưng cũng không nên đánh giá thấp mức độ tổn thương tâm lý do bệnh này gây ra.

Nếu như da đầu thường hay bị tác hại nhất, thì bất kỳ vùng mọc lông nào như vùng mọc râu, nách, và hạ bộ cũng có thể bị tổn thương. Tình hình rụng lông tóc có thể diễn ra dần dần trong một thời gian từ một đến ba tuần lễ, hoặc chỉ trong vòng một đêm mà thôi. Một hoặc nhiều mảng da có thể bị rụng hết lông, trơn láng như mặt ngà voi; và các mảng da này có đường kính từ một đến năm inch hoặc hơn. Tình trạng rụng tóc xuất hiện rất rõ nét ở mép các mảng da này. Các sợi lông tóc “đứt gốc” như thế khá đặc trưng cho chứng rụng lông tóc từng vùng và cực kỳ hữu ích cho các bác sĩ da liễu trong chẩn đoán lâm sàng về bệnh này. Các mảng hói mới có thể xuất hiện trong vài tháng. Tình trạng *hói hình dải* (ophiasis) là một

tên gọi đặc biệt của chứng bệnh này trong trường hợp nó gây ra một mảng hói rộng phía trên tai.

Trong khoảng 5% các ca bệnh, chứng này diễn tiến chậm chạp thành tình trạng *hói cả đầu* (alopecia totalis), trong đó toàn bộ da đầu bị rụng hết tóc. Một tỷ lệ thấp hơn thế rất nhiều là các ca toàn thân đều bị rụng hết lông tóc, kể cả lông mày lẫn lông mi cũng bị rụng sạch; tình trạng này được gọi là *rụng lông tóc toàn thân* (alopecia universalis). Vì một lý do nào đó, có đến 1/5 số người bệnh cũng bị tình trạng lõm móng tay.

Đối với đại đa số nạn nhân bị bệnh, triển vọng phục hồi hoàn toàn khá khả quan. Tuy nhiên, các trường hợp tái phát cũng thường thấy, và có đến 1/3 các trường hợp bị tái phát. Nói chung, cơn bộc phát trước đây của căn bệnh và diễn tiến bệnh tình càng nghiêm trọng hay càng lan rộng chừng nào, thì tiên lượng tái phát toàn diện càng tệ hại chừng ấy.

Chẩn đoán bệnh rụng lông tóc từng vùng thường không khó lắm. Tuy nhiên, nếu thấy thuốc nghi ngờ, thì có thể làm sinh thiết (lấy đi một mảng nhỏ mô da đầu sau khi gây tê cục bộ). Hàng tháng dùng các loại thuốc corticosteroid kháng viêm (như mặt thuốc dịch treo kenalog) tiêm thẳng vào các vùng bị tổn thương là liệu pháp nền tảng cho các bệnh nhân ở tuổi trưởng thành. Các loại kem hay thuốc mỡ steroid tác động cục bộ hiệu lực cao (như các mặt thuốc Ultravate, temovate, hay Diprolene chẳng hạn) bôi mỗi ngày hai lần cũng thường được kê toa và là liệu pháp chọn dùng cho thiếu nhi mắc

phải bệnh này. Mức hấp thu các loại thuốc tác động cục bộ có thể được nâng cao nhờ lớp bao bọc phía trên, như đội mũ tẩm hoặc dán lớp băng saranwrap hay Actiderm sau khi bôi thuốc. Hiếm khi được kê toa bởi vì dùng lâu dài có thể phát sinh tác dụng phụ, các loại thuốc corticosteroid dạng uống chỉ dành cho các trường hợp bệnh nghiêm trọng thật sự.

Nhiều chất kích thích và tác nhân dị ứng cục bộ, như nhựa cây poison ivy, anthralin, dinitrochlorobenzene (DNCB), và aquaric acid dibutyl ester chẳng hạn, đã được sử dụng trong nhiều năm qua để kích thích mọc tóc trở lại, nhưng mức thành công không đáng kể. Không ai biết rõ cách thức tác động của các chất này ra sao cả. Loại thuốc nước minoxidil tác động cục bộ (tên TM là Rogaine), hiện đang được dùng chữa trị một số trường hợp hói đầu cho cả nam lẫn nữ giới, cũng đã gặt hái đôi chút thành công. Muốn biết thêm thông tin, bạn có thể liên hệ với tổ chức National Alopecia Aerta Foundation, 714c street, phòng 216, San Rafael, California 94901.

BỆNH BẠCH BIẾN

Bạch biến (vitiligo)¹⁹ là một chứng bệnh được xem là có tính tự miễn dịch. Ở bệnh này, các mục tiêu được tấn công là những tế bào hắc tố (melanocyte/melanophose) ở da, các tế bào da này sản sinh ra sắc tố melanin²⁰ màu nâu đậm. Giống như trường hợp bệnh rụng lông tóc từng vùng, các hậu quả tâm lý xã hội do bệnh này gây ra, đặc biệt người da đen rất dễ mắc phải, không sao xoa dịu được.

Ảnh hưởng đến 1% dân số Hoa Kỳ, nên bạch biến là loại bệnh không phải là hiếm thấy. Bệnh này dường như di truyền trong một số gia tộc, và nhiều ca khởi phát từ hồi thơ ấu. Không lâu trước đây, bệnh bạch biến đã được giới truyền thông đại chúng chú ý khá nhiều khi có tin đồn ca sĩ nhạc rock da đen Michael Jackson mắc phải chứng bệnh này.

Bạch biến có thể tác động đến bất kỳ vùng da nào trong cơ thể. Mặt, cổ, mũi, núm vú, hạ bộ, và các vùng có nếp gấp trên cơ thể là các nơi dễ bị tác hại nhất. Nói chung, tình trạng mất sắc tố có khuynh hướng xuất hiện đối xứng: nếu bên phải miệng bị mất màu thì phía bên trái miệng cũng thường bị mất màu. Trong các ca bệnh lan rộng, người bệnh có thể bị di chứng lan da biến dạng giống như các sọc trên da ngựa vằn. Đương nhiên, sắc da bình thường của bệnh nhân càng sẫm chừng nào thì tình trạng tương phản giữa các vùng da bị tổn thương với các vùng da bình thường càng nổi bật chừng ấy.

Diễn tiến bệnh tình của chứng bạch biến khá thất thường. Diễn hình, các thời kỳ tiến triển bệnh rõ rệt luân phiên với các giai đoạn bệnh không phát tác. Mặc dù đôi khi tình trạng tái nhiễm sắc tố quả có xảy ra, nhưng không may biến cố tự động cải thiện toàn diện hiếm khi xảy ra.

Đối với các bác sĩ da liễu nhiều kinh nghiệm, chẩn đoán bệnh bạch biến quả rất dễ dàng. Ngược lại các tình trạng giảm sắc tố khác, các mảng da bị bạch biến khi được rọi tia cực tím bằng đèn wood cho thấy màu trắng

tuyến do không còn chút sắc tố nào. Trong những ca không chắc chắn, người ta có thể tiến hành sinh thiết. Phát hiện không còn tế bào hắc tố nào là cơ sở xác lập chẩn đoán.

Hiện vẫn chưa có cách chữa lành bệnh bạch biến. Các loại thuốc nhuộm da (như các mặt thuốc Vitadye và Dyoderm) và các loại mỹ phẩm bôi mặt không thấm nước (như các mặt hàng Covermark và Dermablend) có thể che dấu thỏa đáng các vùng da bị tác hại không rộng lắm. Đối với các ca đặc biệt lan rộng hơn, các loại thuốc psoralen tác động cục bộ hoặc dạng uống dùng kết hợp với biện pháp định kỳ rọi tia cực tím A, một qui trình gọi là PUVA (viết tắt của psoralen plus ultraviolet A – psoralen cộng thêm tia cực tím A), có thể có lợi cho bệnh nhân. Một số ca cực nặng trong đó rất ít vùng da còn duy trì mức sắc tố bình thường, da bệnh nhân có thể bị mất sắc tố hoàn toàn và vĩnh viễn do dùng nhiều lần loại thuốc nhuộm hydroquinone monobenzyl ester (tên TM là Benoaquin). Muốn biết thêm thông tin về bệnh bạch biến, bạn có thể liên hệ với tổ chức National Vitiligo Foundation, Inc, Texas American Bank Building, P.O. Box 6337, Tyler, Texas 75711.

0380

Tự miễn dịch : Là hiện tượng cơ thể sản xuất ra kháng thể chống lại chính mình ở một vài thành phần mô cơ thể, xem chúng như vật lạ và tấn công chúng.

² **Bệnh tự miễn:** Bao gồm các bệnh có hiện tượng tự miễn. Như thiếu máu tán huyết tự miễn, viêm vi cầu thận tự miễn, viêm giáp Hashimoto, viêm khớp dạng thấp.

³ **Collagen :** Là chất keo ở mô liên kết chịu được sức căng rất cao. Có ở da, dây chằng, xương sụn.

Bệnh collagen (bệnh mô liên kết): Bao gồm các bệnh có thoái hóa các chất collagen. Như viêm bì cơ, Lupus ban đỏ, viêm nút quanh động mạch.

⁴ **Lupus ban đỏ**

Tổn thương đa cơ quan. Điển hình có ban trên mặt dạng cánh bướm, viêm khớp tổn thương ở thận. Tim, phổi, mắt cũng có thể bị tổn thương. Xét nghiệm máu có các kháng thể bất thường. Điều trị bằng corticosteroid.

⁵ **Viêm khớp :** Viêm một hay vài khớp với triệu chứng sưng, nóng, đỏ đau. Ví dụ. Viêm khớp dạng thấp, viêm xương khớp, viêm đa khớp điều trị bằng kháng viêm.

⁶ **Màng hoạt dịch :** Tạo thành túi bao bọc 1 khớp hay một túi màng tiết ra chất hoạt dịch làm trơn hoạt động của khớp.

⁷ **Bệnh xơ cứng bì** Các mô liên kết của cơ thể bị xơ và cứng lại. Không chỉ ảnh hưởng lên da mà cả tim, thận, phổi, nhất là thực quản gây khó nuốt. Có thể biểu hiện ở một hoặc đa cơ quan.

⁸ **Xơ cứng da từng mảng :** Một dạng xơ cứng da cục bộ với những băng mô thâm nhiễm chạy dọc theo các dây thần kinh. Các vùng da này mất tuyến mồ hôi và nang lông.

- ⁹ **Bệnh Raynaud** : Tình trạng co thắt các động mạch ngón tay khi lạnh gây ra tê cứng, xanh tái, khó chịu. Điều trị bằng cách mang găng tay ấm, thuốc giãn mạch, đôi khi phải cắt bỏ thần kinh giao cảm.
- ¹⁰ **Hạt nhân** : Những hạt nằm trong nhân tế bào đóng vai trò quan trọng trong việc tổng hợp ARN và protein.
- ¹¹ **Bệnh viêm bì cơ** : Tình trạng viêm da, các mô dưới da, cả các cơ. Có các vết phát ban màu đỏ sậm trên mặt, da đầu, cổ, vai, bàn tay. Thường có kết hợp ung thư bên trong.
- ¹² **Viêm đa cơ** : Bệnh toàn thân. Đặc biệt ảnh hưởng đến các cơ vai, cơ hông chậu. Điều trị bằng corticoid.
- ¹³ **Creatine phosphate** : Vai trò như một nguồn dự trữ phosphote nguồn năng lượng cao trong cơ và duy trì đủ số lượng ATP - nguồn năng lượng cho hoạt động cơ cơ.
- ¹⁴ **Điện cơ** : Bĩểu đồ ghi hoạt động điện của cơ khi luồn các điện cực vào bên trong cơ. Giúp chẩn đoán và theo dõi diễn tiến điều trị các trường hợp rối loạn thần kinh cơ, bệnh bại liệt.
- ¹⁵ **Viêm tuyến giáp** : 2 loại: cấp tính (thường do nhiễm trùng), mạn tính (thường liên quan đến miễn dịch).
- Viêm giáp Hashimoto** : Viêm giáp mạn tính trong đó cơ thể tự sinh ra các tự kháng thể chống lại mô tuyến giáp bình thường.
- Tuyến giáp sưng cứng, mất đi 1 phần hay toàn bộ khả năng tiết hormone tuyến giáp.
- ¹⁶ **Bệnh đái tháo đường (tiểu đường)** : Bệnh lý nội tiết có rối loạn chuyển hóa đường (carbohydrate) làm đường trong máu tăng lên rồi làm đường xuất hiện trong máu.

Triệu chứng: Ăn nhiều, tiểu nhiều, khát nước, sụt cân. Có thể do chế độ ăn hoặc do thiếu hormone Insulin của tuyến tụy. Biến chứng lâu dài ảnh hưởng lên thần kinh, mạch máu, mắt, nặng có thể hôn mê.

- ¹⁷ **Insulin:** Hormone của tuyến tụy giúp điều hòa đường huyết. Nồng độ đường trong máu cao sẽ kích thích tụy tiết ra insulin. Thiếu Insulin gây ra loại tiểu đường phụ thuộc insulin (thường thấy ở người trẻ).
- ¹⁸ **Chứng rụng lông tóc :** Tình trạng không có lông ở những vùng bình thường vẫn mọc lông. Có thể do di truyền. Trong chứng rụng tóc từng vùng: tóc rụng từng mảng. Nguyên nhân chưa rõ.
- ¹⁹ **Bạch biến:** Một số vùng da bị mất sắc tố, trắng ra, có thể lan rộng. Nguyên nhân chưa rõ. Chưa có cách điều trị hiệu quả.
- ²⁰ **Melanin:** Là sắc tố làm cho tóc, móng mắt có màu nâu, đen. Dưới tác động của ánh nắng mức sản xuất melanin tăng lên nhằm chống lại bức xạ mặt trời.

Chương 13

KHI BIỆN PHÁP SƠ CẤP CỨU THỰC SỰ CẦN THIẾT: PHẢN VỆ

Mặc dù bạn có thể thấy khó chịu hay phiền toái, nhưng hầu hết các cơn phát tác dị ứng đều không buộc phải dùng đến các biện pháp sơ cấp cứu căng thẳng hoặc can thiệp y tế mạnh mẽ. Các mảng ban ngứa ngoài da đơn giản trong hầu hết các trường hợp đều được đối phó thỏa đáng bằng cách tránh tiếp xúc nhân dị ứng và một đợt dùng thuốc ngăn ngừa gồm các loại kem kháng viêm tác động cục bộ và thuốc kháng - histamine dạng uống. Các bệnh dị ứng ở đường hô hấp, như dị ứng với phấn hoa và bụi nhà chẳng hạn, cũng thường không chế được bằng biện pháp tránh tiếp xúc tác nhân dị ứng (bất kỳ lúc nào có thể) cộng thêm việc cộng thuốc kháng - hitamine dạng uống, thuốc giảm sung huyết, và các loại thuốc xông hít tác động cục bộ. Trong khi các loại phản ứng dị ứng này có thể giảm nhẹ nhờ các biện pháp đối

phổ khá đơn giản, thì ngược lại một dạng phản ứng đặc biệt gọi là *phản vệ*¹, một tình trạng bệnh lý cấp tính nguy cơ gây tử vong, đòi hỏi phải dùng đến các biện pháp cấp cứu² tức thời và thường phải đưa đi nhập viện.

Ở chương 1, bạn đã biết rằng những cá nhân đã từng bị tạo mẫn cảm (tức là bị dị ứng) thường có quá nhiều kháng thể đặc biệt IgE chống lại tác nhân dị ứng; những kháng thể đặc biệt này chính là nguyên nhân gây ra các phản ứng dị ứng tức thời. Có lẽ bạn cũng còn nhớ rằng những kháng thể này điển hình bám chặt vào bề mặt của các bạch cầu ái kiềm và các dưỡng bào (tức là các tế bào đặc biệt tích trữ nhiều loại hóa chất trung gian gây ra các triệu chứng dị ứng), thấy trong hầu hết các mô trong cơ thể cũng như trong máu. Trong thời gian xuất hiện cơn dị ứng điển hình, các tác nhân dị ứng bám chặt vào các phân tử IgE dính quanh mặt tế bào, khiến cho chúng phóng thích các hóa chất trung gian tác động mạnh chịu trách nhiệm gây ra các triệu chứng dị ứng.

Phản vệ là thuật ngữ nhằm miêu tả các dấu hiệu và triệu chứng cấp tính và dữ dội phát động bởi một số tương tác giữa IgE và tác nhân dị ứng. Khi một phản ứng qua trung gian của IgE bị hạn chế trong một vùng tương đối nhỏ, chẳng hạn ở các niêm mạc mũi và cuống họng như trong trường hợp viêm mũi theo mùa hay quanh năm, chúng ta gọi phản ứng ấy là *phản vệ cục bộ* (local anaphylaxis). Ngược lại, khi một tác nhân dị ứng xâm nhập cơ thể qua đường hô hấp, tiêu hóa, hay tiêm chích, thì các triệu chứng *toàn thân* và thường nguy hiểm đến tính mệnh có thể phát sinh sau đó trong vòng từ vài giây

đến vài phút. Đối với một số người, các triệu chứng xảy ra nhanh chóng sau đó có thể gồm tình trạng huyết áp hạ nhanh, suy tim, và suy sụp hô hấp. Khi loại đáp ứng này diễn ra, phản ứng ấy gọi là *phản vệ toàn thân* (generalized anaphylaxis).

Nói chung, các dấu hiệu và triệu chứng đặc thù của phản vệ rất giống nhau ở cùng một cá nhân. Tuy nhiên, các biểu hiện đặc biệt có thể rất khác biệt tùy từng người. Nói khác đi, các triệu chứng phản vệ của người này không nhất thiết tương tự với người khác. Người ta cho rằng hầu hết các biểu hiện lâm sàng đều do khối lượng rất lớn histamine cũng như các hóa chất trung gian khác được phóng thích lan rộng thúc đẩy các huyết quản toàn thân rò rỉ và làm hẹp các phế quản.

Các triệu chứng cổ điển của phản vệ bao gồm bất kỳ phối hợp nào các tình trạng sau đây: ngứa ngáy, mề đay rải rác từng mảng và lan rộng, tụt huyết áp cực nhanh, trong một số ca kèm theo tình trạng nhịp tim tăng vọt, hoặc ít thấy hơn là có kèm theo tình trạng nhịp tim chậm nghiêm trọng. Các biểu hiện phổ biến khác là khó thở, khò khè (thở ra khó khăn), thở rít (khó hít vào do các dây âm thanh sưng lên), vị tràng co thắt, nôn mửa, và tiêu chảy (đôi khi có máu). Trước khi bị sốc, nhiều nạn nhân thường cảm thấy như sắp chết.

Phản vệ có thể bị khởi động bởi số lượng ngày càng nhiều các chất và tác nhân hoá học gặp phải thường ngày. Thức ăn, nhất là các loài thủy sản có vỏ cứng và đậu phụng, là thủ phạm thường gặp nhất. Tương tự, các loại

hạt và khoai củ khác cũng chịu trách nhiệm đối với nhiều trường hợp gây chết người, nhất là trường hợp những cá nhân dễ đáp ứng lại tiêu thụ các thức ăn có các loại hạt quả nghiền nát như bánh quy, kẹo, và bánh nướng có nhân. Ngoài ra, rất nhiều món ăn khác cùng các thứ phụ gia như các loại đậu, rau cần tây, cá, trứng, ngũ cốc, sữa, đường hóa học (tên TM là nutrasweet), bột sulfites (chất bảo quản thức ăn và nước giải khát rất thông dụng), và bột ngọt (monosodium glutamate) cũng bị phát hiện là nguyên nhân khởi phát phản vệ ở những cá nhân dễ đáp ứng.

Thuốc men và các chất hữu cơ trong tự nhiên, như insulin do cơ thể sản sinh nhưng các bác sĩ có thể chỉ định dùng từ các nguồn bên ngoài, cũng là các nguyên nhân thường gặp. Trong số này, thủ phạm gây sốc phản vệ khét tiếng nhất là penicillin dạng thuốc tiêm. Các thủ phạm khác bao gồm aspirin; insulin, hoặc chiết xuất từ động vật hoặc thậm chí cả loại insulin "từ con người" mới được chế tạo theo kỹ thuật gene; các loại thuốc kháng sinh; các loại thuốc gây tê cục bộ và gây mê toàn thân; các chất dùng trong hóa liệu pháp, như các chất dùng để chữa bệnh ung thư chẳng hạn; các chất enzyme như loại enzyme trong papain (thấy trong các thuốc làm mềm thịt và cũng dùng để chữa trị một số rối loạn ở hệ vi tràng); loại thuốc chymotrypsin (dùng để ổn định các đĩa đệm cột sống bị thoát vị); các chế phẩm máu để truyền máu; globulin; chất chiết xuất từ các tác nhân dị ứng dùng trong liệu pháp giảm cảm thụ; và các chất protein latex thấy trong các găng tay khám bệnh cùng các capô. Cocaine hít vào cơ thể cũng bị cho là nguyên nhân gây phản vệ. Và cuối

cùng nhưng không kém phần quan trọng, các vết cắn đốt của côn trùng có lẽ là thủ phạm thường gặp nhất gây ra các ca phản vệ dữ dội. Xảy ra cho khoảng từ 0,5% đến 5% tổng dân số Mỹ, phản vệ do côn trùng cắn đốt đến nay là dạng phản vệ được tìm hiểu sâu rộng nhất trong các dạng phản vệ.

Phản vệ do tập thể dục (exercise-induced anaphylaxis) là dạng rối loạn đặc biệt và tương đối ít thấy, trong đó các cơn khởi phát xảy ra đột ngột do tập thể dục quá sức, nhất là ở những cá nhân có tiền sử mắc bệnh hen suyễn, sốt cỏ khô, hoặc chàm da. Đôi khi các cơn bộc phát này xảy ra sau khi ăn một số thức ăn như rau cần tây hoặc tôm cua sò hến chẳng hạn, cho thấy giữa việc tiêu thụ các thức ăn này và việc luyện tập quá sức tuy có mối tương quan nhưng không chứng minh được thức ăn là nguyên nhân gây ra phản vệ. Sau cùng, ở một số ít nạn nhân mọi nỗ lực truy tìm thủ phạm thuộc mọi dạng, từ hệ miễn dịch cho đến các dạng khác, đều vô hiệu. Các bác sĩ gọi loại phản vệ đặc biệt này là *phản vệ tự phát* (idiopathic anaphylaxis) hay phản vệ không rõ nguyên nhân. Dù không rõ tác nhân nào khởi động, các dấu hiệu và triệu chứng phản vệ tự phát vẫn không khác gì phản vệ thông thường.

Các phản ứng *dạng phản vệ* (anaphylactoid reaction – tức là phản ứng có biểu hiện giống như phản vệ) là loại phản ứng tác hại có liên quan đến phản vệ. Trong khi các biểu hiện lâm sàng của loại phản ứng này không khác gì so với các phản ứng phản vệ đích thực vừa miêu tả ở trên, thì người ta lại thấy cơ thể không có sản sinh kháng thể

IgE. Vì lý do đó, người ta không tin rằng loại rối loạn này có cơ sở dị ứng thuần túy. Ngoài ra, không giống với dị ứng đích thực, các phản ứng dạng phản vệ có thể xảy ra ngay sau lần đầu tiếp xúc với chất tác hại, trong khi dị ứng buộc phải có tiếp xúc trước đây và một thời gian gây mẫn cảm đối với tác nhân khởi phát dị ứng. Cho đến nay, người ta cho rằng các phản ứng dạng phản vệ thường hay xảy ra nhất do dùng chất cản quang có iodine trong kỹ thuật chiếu chụp X quang và trong số thuốc kháng viêm không có thành phần steroid.

Chẩn đoán các phản ứng phản vệ thường không khó. Thông thường các biểu hiện xảy ra nhanh chóng, trong vòng từ vài giây đến vài phút sau khi tiếp xúc với tác nhân dị ứng, và chúng thường diễn tiến theo một tốc độ đáng sợ. Để chữa trị tiếp sau đó, các bác sĩ có thể xác định nguyên nhân có thể gây dị ứng ở một bệnh nhân bằng xét nghiệm dưới da đối với các thủ phạm bị tình nghi, hoặc nhờ xét nghiệm RAST để tìm hiểu mức kháng thể IgE tăng vọt một cách bất bình thường trong máu. Họ cũng có thể chọn biện pháp thực hiện *xét nghiệm bạch cầu ái kiềm phóng thích histamine* (basophil histamine release test), một loại xét nghiệm máu khác nhằm kiểm tra mức kháng thể IgE làm trung gian thúc đẩy bạch cầu ái kiềm phóng thích histamine do các tác nhân dị ứng gây ra. Khi các xét nghiệm này cho thấy phản ứng có cơ sở dị ứng, các bác sĩ nói rằng xét nghiệm có kết quả dương tính. Không may, vào lúc phản vệ xảy ra không phải mọi tác nhân nghi ngờ gây dị ứng đều có sẵn để xét nghiệm, tình hình này hạn chế công dụng của loại xét nghiệm này.

Cũng cần tham khảo ý kiến của một bác sĩ chuyên khoa dị ứng hay một chuyên viên miễn dịch học sau đợt phản vệ. Hiển nhiên, khám phá được nguyên nhân để tránh né bất kỳ lúc nào có thể tự nó là một biện pháp cứu mạng cực kỳ quan trọng, và một khi đã xác định được rồi thì mang vòng đeo Medic Alert (cảnh giác y tế) liệt kê các chất gây dị ứng cho bạn là một bước hệ trọng khác. Muốn biết thêm chi tiết, hãy liên hệ với tổ chức Medic Alert Foundation, P.O. Box 1009, Turlock, California 95380. Ít ra một thẻ y tế khẩn cấp ghi nhận tiền sử phản vệ và các nguyên nhân phải được luôn luôn mang theo trong ví của bạn.

SƠ CẤP CỨU VÀ CHĂM SÓC Y TẾ KHẨN CẤP

Tránh tiếp xúc bất kỳ tác nhân đã biết hoặc khả dĩ gây hại dĩ nhiên là biện pháp tốt nhất trong tất cả các biện pháp có thể thực hiện nhằm đối phó với phản vệ. Tuy nhiên, nếu như cơn bệnh đã phát bất kể mọi biện pháp phòng ngừa, thì điều tối hệ trọng là phải ghi nhớ rằng *phản vệ là tình huống bộc phát bệnh khẩn cấp trong đó từng giây phút đều rất quý báu*. Một khi phản vệ đã khởi sự phát tác, thì chẳng còn chút thời gian nào để đánh mất! Hỗ trợ y tế khẩn cấp phải được khởi sự tiến hành ngay không được chậm trễ, bởi vì tình trạng bất tỉnh nhân sự có thể nhanh chóng xảy ra sau đó mà chẳng có dấu hiệu báo trước gì cả.

Khi cơn phản vệ đang xảy ra, epinephrine (tên TM là Adrenalin) là loại thuốc chọn dùng và phải cho bệnh nhân

dùng lập tức. Thuốc này có công hiệu chặn đứng sự phóng thích các loại hóa chất trung gian chịu trách nhiệm gây ra phản ứng. Vì lý do này, những cá nhân dễ bị phản vệ phải luôn luôn mang theo bên mình một bộ dụng cụ cấp cứu tự mình tiêm thuốc epinephrine (như các bộ dụng cụ có tên TM là Epi-pen và Ana-kit). Đương nhiên, những cá nhân ấy cũng như gia đình họ đều phải quen thuộc với mọi thứ trong bộ dụng cụ này và biết cách sử dụng trước đó. Khi cơn phản ứng phát tác, người ta sẽ không còn thời gian để tìm hiểu phải làm gì được nữa.

Ana-kit (do Hollister-Stier, Spokane, Washington sản xuất) có chứa một bơm tiêm nạp sẵn hai liều thuốc bơm tiêm này cũng đã được cài sẵn nhằm tránh tiêm quá một liều thuốc vào mỗi lần tiêm thuốc. Bộ dụng cụ này cũng có các viên thuốc kháng-histamine dạng ngậm (gọi là thuốc Chlorpheniramine), các miếng gạc tẩm cồn, và một garô xoắn. Đối với những người không muốn hoặc không biết cách tự tiêm thuốc, Epi-pen (do Center Laboratories, Port Washington, New York chế tạo) là bộ dụng cụ chọn dùng thay thế rất thuận lợi. Bộ dụng cụ này có một bơm tiêm tự động nạp sẵn một liều thuốc, bệnh nhân chỉ cần ấn chặt bơm tiêm vào da là được. Công ty này cũng sản xuất loại Epi-pen Junior dùng cho các cháu bé. Nói chung, các mũi thuốc Epinephrine phải được tiêm nhiều lần cách nhau từ 15 đến 20 phút cho đến khi bệnh nhân được bác sĩ chăm sóc.

Trong trường hợp phản vệ do côn trùng cắn đốt, chườm một túi đá hoặc đắp một miếng gạc lạnh lên vết thương có thể làm chậm đà xâm nhập của nọc độc và làm chậm

phần nào diễn tiến của phản ứng. Thất một garô cũng có lợi trong trường hợp này, và nên thất garô ở phía trên vết cắn đốt theo hướng máu chảy về tim. Hãy nhớ cứ mỗi phút phải nới lỏng garô trong một phút để tránh gây tổn thương nghiêm trọng vĩnh viễn các mô do máu giảm thiểu lưu thông quá mức trong thời gian kéo dài.

Khi nạn nhân đã đến được bệnh viện, các bác sĩ sẽ bắt đầu thực hiện các liệu pháp cần thiết khác. Các liệu pháp này có thể là cho người bệnh dùng các loại thuốc kháng-histamine tác động toàn thân, như diphenhydramine (tên TM là Benadryl hay Atarax) chẳng hạn, và các loại thuốc corticosteroid tác động toàn thân như Prednisone hay dexamethasone. Bởi vì thuốc corticosteroid thường phải mất vài giờ mới phát sinh hiệu lực, nên các loại thuốc này không có lợi mấy trong bối cảnh sơ cấp cứu. Tuy vậy, một khi đã khởi sự tác động thì các loại thuốc này lại đặc biệt quan trọng cho việc khống chế triệu chứng trong các giai đoạn sau đó. Các loại thuốc này cũng là biện pháp ngăn chặn hữu ích, nhất là đối với những cá nhân đã từng bị qua nhiều lần phản vệ tự phát. Trong các ca huyết áp hạ thấp hoặc rối loạn hô hấp nghiêm trọng, các bác sĩ cũng cần truyền dịch vào tĩnh mạch, cho dùng thuốc tăng huyết áp, và thực hiện liệu pháp oxygen. Biện pháp đặt ống nội khí quản (intubation - ở miệng qua khí quản) và các biện pháp hỗ trợ hô hấp khác cũng có thể cần đến. Nếu như, các biện pháp sơ cứu được tiến hành sớm thì tiên lượng phục hồi hoàn toàn và không xảy ra biến chứng thật là khả quan.

- ¹ *Phản vệ*: Là một phản ứng dị ứng nặng có thể đến mức Shock phản vệ. Với một số lượng lớn histamin được phóng thích gây ra truy tim mạch, co thắt phế quản, sưng phù, có thể tử vong.
- ² *Cấp cứu tức thời* : Nghĩa là sơ cứu tạm thời trước khi đưa đến bệnh viện, nhằm tránh nguy cơ tử vong tức thời đáng tiếc khi chưa đến được bệnh viện.

Chương 14

CẢNH GIÁC ĐỐI VỚI CÁCH CHỮA BỆNH DỊ ỨNG THEO KIỂU LANG BĂM

Cho đến nay, cộng chúng thuộc giới không chuyên nghiệp vẫn cứ xem nhiều dạng bệnh khác nhau là lầm đối với họ đều là dị ứng. Sự kiện này khiến cho việc chẩn đoán và chữa trị bệnh dị ứng trở thành một miền đất màu mỡ tiếp tay cho nghề lang băm. Bởi vì cuộc tranh cãi rất sôi nổi thường xoay quanh giá trị và thậm chí tính hợp pháp của các biện pháp chữa trị thay thế hay ngoài ước lệ của y học chính thống nhằm chăm sóc bệnh dị ứng, cho nên tìm hiểu một số vấn đề này cũng là việc làm quan trọng. Tình hình thông tin sai lạc và các liệu pháp được hướng dẫn sai lầm không chỉ gây tốn kém mà nhiều khi còn khiến cho người ta phải mất mạng nữa.

Thuật ngữ “lang băm” (quack) thực ra có nghĩa là “tự khoa trương về tài chữa trị và các phương thuốc của

14. Cảnh giác đối với cách chữa bệnh dị ứng theo kiểu lang băm mình". Một ủy ban thuộc Quốc hội Hoa Kỳ mới đây khi nghiên cứu về nghề lang băm (quackery) đã định nghĩa nó như là "các thủ đoạn và thái độ tự phụ của một lang băm", và lang băm được định nghĩa là "bất kỳ ai xúc tiến các phương thuốc hay liệu pháp y tế bị xem là giả mạo hoặc vô căn cứ nhằm mục đích thủ lợi."

Không lấy làm lạ rằng biện pháp chiêu dụ – quảng cáo và tuyên truyền nhằm mục đích kiếm tiền – là trọng tâm của hầu hết các thủ đoạn chữa trị theo kiểu lang băm các rối loạn có liên quan đến dị ứng. Trong một số trường hợp, thông tin chứa đựng trong các quảng cáo hay "các lời rao giảng" chỉ nhằm cố ý đánh lạc hướng, và đôi khi hoàn toàn sai lầm. Vậy mà, phải thú nhận rằng thật khó hiểu trường hợp những thông tin không kém phần sai lầm đôi khi lại xuất phát từ các bài báo nghiên cứu cầu thả đăng ở các nhật báo có đông đảo độc giả hoặc các tạp chí xu thời. Và có lẽ khó hiểu nhất là loại thông tin xuất phát từ các buổi nói chuyện trên đài phát thanh và truyền hình của các chuyên gia tự phong và các bậc đạo sư dưỡng sinh (health guru) với thái độ trực lợi khôn khéo về các liệu pháp hay phương thuốc mà họ khoa trương. Hình thức "quảng cáo bí ẩn" này có lẽ là thủ đoạn nguy hiểm nhất, nên tất cả chúng ta đều phải luôn đề cao cảnh giác.

ĐIỀU GÌ KHIẾN CHO NGHỀ CHỮA TRỊ DỊ ỨNG THEO KIỂU LANG BĂM PHÁT ĐẠT?

Nếu như chiêu dụ là hạt giống của nghề chữa trị dị ứng theo kiểu lang băm, thì sự nhầm lẫn là phương tiện giúp

nó nảy sinh và phát đạt. Một mặt, công chúng nói chung đều tin rằng các bệnh dị ứng thuộc mọi loại là các bệnh lan rộng với tỷ lệ mắc phải cao hơn nhiều so với chứng cứ khoa học đã đưa ra cho đến nay. Theo một cuộc nghiên cứu căn cứ vào các mẫu chọn tình cờ gồm khoảng 3300 người Mỹ, hơn 40% đối tượng phỏng vấn tin rằng họ bị dị ứng đích thực với một số thực phẩm. Tuy nhiên, các chuyên gia lại cho rằng tỷ lệ dị ứng thực sự với thực phẩm nói chung không quá 2% tổng dân số. Người ta cho rằng sự quan tâm quá mức của các phương tiện truyền thông đại chúng về các chủ đề như các bãi đổ rác gây độc, tình trạng ô nhiễm PCB¹, và các bệnh có liên quan đến chất độc màu da cam ở các cựu chiến binh trong chiến tranh Việt Nam (cùng các ưu tư khác về vấn đề môi trường) cũng đã góp phần khiến cho công chúng càng thêm sợ hãi bệnh dị ứng. Đối với một công dân trung lưu, giống như các bệnh tương tự khác, bệnh dị ứng dường như bị che khuất bởi một bức màn bí ẩn nào đó vậy.

Bởi vì đôi khi hoặc khó định nghĩa chính xác hoặc là hậu quả của nhiều nhân tố phức tạp, người ta đành phải phó mặc một vài dạng triệu chứng cho các tay lang băm khai thác trục lợi. Quả thực có nhiều tình trạng liên quan thực sự đến dị ứng, như quyển sách này đã nêu ra các chứng cứ hùng hồn, nhưng đồng thời cũng có rất nhiều triệu chứng và rối loạn bị cho là “dị ứng” thực ra lại do các cơ chế phi miễn dịch hoặc thậm chí do các nguyên nhân tâm lý gây ra. Chẳng hạn như đã thảo luận, một số trường hợp được người ta gọi là dị ứng thức ăn lại không liên can gì đến hệ miễn dịch cả, mà thực ra chính là các ca không dung nạp chứ không phải là dị ứng. Thí dụ tình trạng

không dung nạp sữa hay các chế phẩm từ sữa (không dung nạp lactose) không phải là dị ứng với các sản phẩm này, như nhiều người tin như thế; đúng ra đây là tình trạng thiếu hụt enzyme có tính di truyền ảnh hưởng đến 10% số người trưởng thành.

Tương tự, khi được hỏi về trường hợp liệu có bị dị ứng với thuốc kháng sinh hay aspirin không, vì thiếu thông tin chính xác nên nhiều người đã từng bị các triệu chứng như nhức đầu, rối loạn dạ dày, hoặc viêm âm đạo do vi nấm khi dùng các loại thuốc này sẽ trả lời sai lầm rằng họ dị ứng với các loại thuốc ấy, trong khi các phản ứng của họ thực ra là một số trong các tác dụng phụ phi dị ứng thường thấy của thuốc. Tình trạng thông tin sai lạc và thiếu thốn như vậy quả là bối cảnh quá thuận lợi cho các tay lang băm và các phương thuốc “ngoại khoa” có dịp nở rộ.

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN KHÔNG TRUNG THỰC.

Nếu như tình hình thông tin sai lạc khiến cho nhiều người dễ sa vào bẫy của các tay lang băm, thì rất nhiều xét nghiệm chẩn đoán không trung thực lại đẩy họ rơi vào tình thế hoàn toàn phó mặc cho những kẻ trục lợi ấy. Qua nhiều năm, những người hành nghề không theo qui ước của y học chính thống đã gia nhập vào đội ngũ này với một số phòng thí nghiệm cung cấp cho thị trường nhiều loại và thủ tục xét nghiệm không trung thực về dị ứng. Về lãnh vực các xét nghiệm, Viện Nghiên cứu dị ứng và Miễn dịch Mỹ đã nhấn mạnh đến năm xét nghiệm gây tranh

cải sau đây là xét nghiệm không chỉ đáng ngờ về giá trị khoa học hay y học, mà trong một số trường hợp đã tỏ ra có hại hoặc thậm chí gây chết người nữa.

1. ***Xét nghiệm tế bào bị nhiễm độc hay xét nghiệm Bryan*** là loại xét nghiệm được xếp đầu bảng. Tiến hành theo một trong hai cách, xét nghiệm tế bào nhiễm độc (Cytotoxic test) là một biện pháp được cho là nhằm đặc biệt phát hiện dị ứng thực phẩm. Theo cách ít phổ biến hơn, xét nghiệm được thực hiện *trong cơ thể* bệnh nhân (in vivo). Trước hết, người ta cho bệnh nhân dùng một nhóm thức ăn bị nghi ngờ là thủ phạm gây dị ứng, sau đó mới lấy một mẫu máu để kiểm tra xem các bạch cầu có bị biến dạng không hoặc số lượng bạch cầu trong máu có bị hạ thấp không. Thường thấy hơn là xét nghiệm được tiến hành *trong ống nghiệm* (in vitro). Dùng một bộ dụng cụ xét nghiệm đặc biệt chế tạo cho phòng mạch của bác sĩ, một dung dịch nhỏ chất chiết xuất từ thức ăn nghi ngờ gây dị ứng được cho vào một ống nghiệm cùng với một mẫu máu của bệnh nhân, sau đó người ta cũng kiểm tra các biến đổi về tính chất hoặc số lượng bạch cầu trong máu.

Dù phải thú nhận rằng tính logic của xét nghiệm này khá hấp dẫn, nhưng kết quả của cả hai cách xét nghiệm của tế bào nhiễm độc đều rất kém chính xác cho việc xác định hay loại trừ dị ứng trong chẩn đoán, cho nên trong thập niên 1980 các công ty bảo hiểm đều ngưng thanh toán chi phí cho loại xét nghiệm này. Ngoài ra, không lâu sau đó cơ quan Quản lý Dược phẩm Liên

Bang (FDA) cũng đã cấm bán các bộ dụng cụ xét nghiệm này.

2. **Phương pháp Rinkel** là một phương pháp đáng ngờ khác nhằm chẩn đoán và chữa trị dị ứng. Theo tên gọi khác là *phương pháp chuẩn độ da hay chuẩn độ nội bì* (the skin titration or the intradermal titration approach), kỹ thuật này được một số bác sĩ chuyên khoa dị ứng dùng để chẩn đoán các bệnh dị ứng ở đường hô hấp (sốt cỏ khô, và các rối loạn do bụi bặm cùng gàu động vật) và để xác định các liều lượng thấp nhất có thể dùng cho các mũi thuốc giảm cảm thụ trong việc chữa trị dị ứng. Do sử dụng các liều lượng thấp khác biệt nhau của tác nhân dị ứng, lối xét nghiệm da này thường đạt đến các liều lượng chữa trị thực sự thấp hơn nhiều so với liệu pháp giảm cảm thụ. Trên thực tế, điều ngược lại mới đúng: thông thường phải cần đến các mũi tiêm tác nhân dị ứng có liều lượng tăng lên dần mới đây được đáp ứng cần thiết của hệ miễn dịch nhằm làm dịu các cơn phát tác dị ứng do kháng thể IgE. Ngay trong trường hợp các mũi tiêm duy trì khả năng miễn dịch, người ta khám phá được rằng liều lượng càng cao chừng nào thì mức giảm nhẹ càng nhiều chừng ấy.
3. **Xét nghiệm kích thích và trung hòa dưới da** (subcutaneous provocative and neutralization testing) cũng bị tiếng xấu trong mấy năm gần đây. Giống như phương pháp Rinkel, xét nghiệm kích thích dưới da yêu cầu tiêm vào dưới da các liều lượng khác nhau chất chiết xuất từ thực phẩm nghi ngờ gây dị ứng nhằm cố

gắng tìm ra được liều lượng tác nhân dị ứng thấp nhất cần thiết để trấn áp hoặc “trung hòa” các triệu chứng của bệnh nhân. Một khi liều lượng “thích hợp” đã xác định được rồi, người ta tiêm mỗi tuần 1 hoặc hai lần sau đó nhằm hy vọng tiếp tục “trung hòa” các triệu chứng dị ứng xảy ra cho các bệnh nhân.

4. **Xét nghiệm kích thích và trung hòa dưới lưỡi** (sublingual provocative and neutralization test) chỉ khác loại xét nghiệm kích thích dưới da ở chỗ chất xét nghiệm trong loại xét nghiệm trước theo dạng dung dịch chiết xuất tiêm vào dưới da, trong xét nghiệm này được đặt dưới lưỡi. Tuy nhiên, giống như xét nghiệm kích thích dưới da, loại xét nghiệm này cũng tỏ ra vô hiệu. Đồng thời, cả hai loại xét nghiệm này đều gây rủi ro đáng kể cho bệnh nhân, đôi khi có thể gây phản vệ nguy hiểm đến tính mệnh đối với những cá nhân bị dị ứng thực sự với thực phẩm.
5. **Gây miễn dịch tự sinh bằng nước tiểu** (autogenous urine immunization), cũng gọi là *tự tiêm nước tiểu* (urine autoinjection) hiện nay cũng bị phê phán. Thịnh hành trong vài thập niên trước đây, phương pháp này nhằm chẩn đoán và chữa trị dị ứng bằng cách tiêm nước tiểu của chính bệnh nhân vào da của họ. Lý thuyết hậu thuẫn cho kỹ thuật này về mặt khoa học cũng đáng ngờ như chính lối xét nghiệm này vốn không hấp dẫn mấy về mặt tâm lý vậy. Không lấy làm lạ rằng kỹ thuật này cũng có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân, bởi vì chúng ta đều biết các chú thỏ thí

14. Cảnh giác đối với cách chữa bệnh dị ứng theo kiểu lang băm
nghiệm được tiêm nước tiểu của chúng đều bị bệnh
thận nặng.

Bạn cũng nên thận trọng ở mức tương đương như
vậy đối với ba thủ tục chẩn đoán thỉnh thoảng vẫn còn
được một số bác sĩ chỉ định tiến hành như sau:

1. **Vận động học ứng dụng** (Applied kinesiology) là
phương pháp nắn bóp cột sống nhằm thử nghiệm
phản ứng sức mạnh của bắp thịt đối với các tác
nhân nghi ngờ gây dị ứng bằng nhiều cách vô căn
cứ.
2. **Radionics** dùng các thiết bị điện tử để đo lường
“năng lượng”.
3. **Thăm dò bệnh tình** (medical dowsing) dùng các
gậy dò mạch để thăm dò phản ứng dị ứng.

Nếu gặp phải bất kỳ bác sĩ nào đề nghị tiến hành các xét
nghiệm này, tốt nhất bạn nên đến nơi khác để chữa trị,

SINH THÁI HỌC LÂM SÀNG

Sinh thái học lâm sàng (clinical ecology) là một phân
ngành y học chưa được công nhận, phân ngành này được
khai sinh 20 năm trước đây bởi bác sĩ Theron Randolph
và người hôn phối của ông. Những người ủng hộ quan
điểm này cho rằng rất nhiều dạng rối loạn về mặt cơ thể
và tâm lý thực sự xảy ra ở những cá nhân dễ mắc bệnh do

dùng tuy ít nhưng lâu dài một số thức ăn hoặc hóa chất. Các nhà sinh thái học lâm sàng gọi các bệnh này bằng rất nhiều tên gọi khác nhau và đôi khi bóng bẩy như “bệnh môi trường” (environmental illness), “hệ tiêu hóa không dung nạp” (ingestion intolerance), “dị ứng ở bán cầu não” (cerebral brain allergy), “nghiện thức ăn” (food addiction), hay “hội chứng dị ứng toàn bộ” (Total allergy syndrone). Trên thực tế, bệnh nhân thường được cho biết rằng họ bị dị ứng với “thế kỷ thứ 20” hoặc với “mọi thứ hiện đại”. Điều thú vị là vào năm 1971 Theron đã chẩn đoán căn bệnh này cho chính mình và người hôn phối, và ông đã thắng trong một vụ kiện chống lại sở thuế vụ Hoa Kỳ nhằm đòi bồi thường khoảng tiền đã chi mua các thực phẩm “trồng tía bằng phân hữu cơ” để chữa trị căn bệnh của vợ chồng ông.

Tuy nhiên, từ thời điểm ấy trở đi căn cứ vững chắc của ngành sinh thái học lâm sàng không còn được hậu thuẫn nữa. Căn cứ vào tình hình thiếu dữ kiện khoa học và lâm sàng, vào năm Hội Y Học California (CMA) đã chấp nhận quan điểm cho rằng sinh thái học lâm sàng chưa hội đủ điều kiện là một chuyên ngành y học. Vào năm 1984, một đội đặc nhiệm thuộc Hội CMA, được ủy nhiệm trả lời kháng nghị của các nhà sinh thái học lâm sàng, đã kết luận như sau:

1. Không có chứng cứ thuyết phục nào ủng hộ cho các giả thiết của sinh thái học lâm sàng.

2. Các nhà sinh thái học lâm sàng không nhận diện được các căn bệnh đặc biệt nào có thể công nhận là do tiếp xúc với các stress nhẹ trong môi trường gây ra.

3. Các phương pháp nhằm chẩn đoán và chữa trị các tình trạng không rõ nguồn gốc như thế chưa tỏ ra có công hiệu.

4. Thực hành sinh thái học lâm sàng chỉ có thể được xem là có tính thực nghiệm khi nào các bác sĩ theo quan điểm này chịu tuân thủ các nguyên tắc nghiên cứu có giá trị về mặt khoa học và thông báo cho bệnh nhân của họ về bản chất thực nghiệm trong cách tiến hành chữa trị của họ.

Mới gần đây, các nhận xét này đã được cả hai tổ chức Viện Nghiên cứu Dị ứng và Miễn Dịch Học Mỹ và Hiệp hội Y sĩ Mỹ nhắc lại.

Nhiều phát hiện từ các công trình nghiên cứu đều cho thấy nhiều ca gọi là bệnh môi trường hay là bệnh liên quan đến thực phẩm đều có liên can rất nhiều đến yếu tố tâm lý. Trong một cuộc điều tra về 26 cá nhân được chẩn đoán đã mắc phải bệnh môi trường, các nhà nghiên cứu đã phát hiện được gần 2/3 số người ấy hội đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán khách quan về các dạng rối loạn tâm trạng và lo âu. Tương tự, trong một điều tra khác về các công nhân ngành công nghiệp chất dẻo, người ta đã phát hiện nhiều người trong số những công nhân mắc bệnh môi trường đã đạt được điểm số cao trong các trắc nghiệm khách quan cho thấy họ bị bệnh tâm lý.

Nếu như giá trị của sinh thái học lâm sàng còn đáng ngờ, thì phải chăng nhất thiết có nghĩa là toàn bộ khái niệm về bệnh môi trường phải bị loại trừ hẳn? Hiện nay chúng tôi cho rằng câu trả lời là không. Thế nhưng, cho đến khi có thêm thông tin chúng ta phải giữ thái độ hoài nghi lành mạnh về chủ đề này.

HỘI CHỨNG QUÁ MÃN CẢM VỚI LOÀI NẤM CANDIDA

Trong hơn một thập niên, một số bác sĩ trong đó nổi tiếng nhất là William Crook và C. O. Truss, những người đã phổ biến khái niệm này, đã đổ lỗi rất nhiều triệu chứng từ nhức đầu, mệt nhọc kinh niên, hay cáu gắt, mất khả năng tập trung, rối loạn vị tràng, hiếu động quá mức, và rối loạn tâm lý cho tình trạng tiếp xúc quá nhiều và dị ứng căn bản với loài vi nấm thường gặp là loài *candida albican*. Khái niệm “nhạy cảm quá mức với vi nấm” quả là lôi cuốn về mặt tri thức, và các ca bệnh vừa kể cũng rất thường xảy ra, cho nên khái niệm này đã được hầu hết giới báo chí nhanh chóng chộp lấy và phổ biến rộng rãi. Do đó khai sinh “mối tương quan với vi nấm”, một khái niệm được người ta bàn cãi rất nhiều.

Tuyệt đối không có nghi ngờ gì về vấn đề loại vi nấm *candida*, hay đôi khi cũng được gọi là loài *monilia*, có thể gây bệnh cho con người. Bình thường sống ở vị tràng, loài *candida* nói chung được giữ không cho sinh sản quá mức và gây bệnh nhờ sự hiện diện của một số loài vi khuẩn đã duy trì được một tình trạng thăng bằng cộng sinh mong manh. Tuy nhiên, khi thể quân bình này bị đảo lộn, như

14. Cảnh giác đối với cách chữa bệnh dị ứng theo kiểu lang băm trong trường hợp sử dụng thuốc kháng sinh, estrogen, hoặc thuốc ngừa thai dạng viên, thì hậu quả thường là ngứa ngáy, bỏng rát, và tăng tiết dịch kèm theo viêm âm đạo do vi nấm. Trong hầu hết các trường hợp, các triệu chứng này dễ dàng chữa trị bằng cách ngưng dùng các loại thuốc vừa kể và dùng các loại thuốc trị nấm tác động cục bộ và / hoặc dạng uống, đặc biệt là nystatin, terbenafine, và ketoconazole (tên TM là Myscotain, Lamisil, và Nizoral).

Ngược lại, khi mắc phải tình trạng gọi là hội chứng quá mẫn cảm với vi nấm (yeast hypersensitivity syndrome), thì vấn đề không phải quá đơn giản như thế. Một mặt, các triệu chứng gán cho hội chứng này thật là mơ hồ và có thể do nhiều loại bệnh cơ thể hay tâm lý gây ra. Do đó, việc chẩn đoán định bệnh nhờ lập bệnh sử thật là khó khăn, nếu không nói là chẳng có ích lợi gì cả. Thứ hai, hiện chưa có loại xét nghiệm đặc biệt nào dành riêng cho chẩn đoán hội chứng này. Ngay cả các xét nghiệm da và kiểm tra cấy phân thường được chỉ định bởi các bác sĩ ủng hộ quan điểm “mối tương quan với vi nấm” thực tế cũng có ít giá trị, bởi vì hơn 90% tổng dân số đều sẽ có kết quả xét nghiệm dương tính.

Cho đến nay, giới chức có thẩm quyền vẫn chưa công nhận giá trị thực sự của “mối tương quan với vi nấm” hoặc thậm chí vấn đề liệu mối tương quan này có thực sự hiện hữu hay không. Điều chúng ta có thể nói được ở đây là hiện nay rất ít chứng cứ y học ủng hộ cho quan điểm này. Trong một nghiên cứu mới đây, một số phụ nữ có các triệu chứng bị gán cho hội chứng này được chia làm hai nhóm.

Một nhóm được cho dùng thuốc nystatin dạng uống (loại thuốc trị nấm thường được chỉ định nhằm chữa trị bệnh này) và nhóm kia được cho dùng các viên thuốc giả (placebo). Các nhà điều tra đã không phát hiện có khác biệt gì trong tỷ lệ thành công nói chung của biện pháp chữa trị, sự kiện này càng gây thêm nghi ngờ đối với toàn bộ giả thuyết dị ứng vi nấm.

May thay, các liệu pháp như dùng thuốc nystatin, chế độ ăn loại trừ nhằm chữa trị vi nấm, và các biện pháp cải biến môi trường thường được các nhà sinh thái lâm sàng khuyến cáo nhằm chữa trị hội chứng này, bản thân chúng không nhất thiết có hại cho bệnh nhân. Rất có thể khi rất nhiều loại xét nghiệm vô bổ và tốn kém được chỉ định tiến hành và các biện pháp chữa trị không chứng tỏ được hiệu quả đã khuyến cáo thì các rắc rối thực sự mới nảy sinh. Quan trọng nhất là nếu như có một căn bệnh trầm trọng hơn đã gây ra các triệu chứng này, thì hậu quả nghiêm trọng có thể xảy ra do việc chậm trễ tìm ra được cách chữa trị đúng mức.

“HY VỌNG NẪM TRONG MỘT CÁI CHAI”

Gặp trường hợp da phát sinh dị ứng với một loại chế phẩm nào đó, thì kinh nghiệm cho thấy sản phẩm càng có nhiều thành phần chế tạo chừng nào thì rủi ro phát sinh dị ứng của bạn càng cao chừng ấy. Vì lý do này, chúng tôi quyết định đưa vào chương sách bàn về lối chữa trị dị ứng theo kiểu lang băm ở đây một lời cảnh giác về việc mua sắm một số mỹ phẩm.

Nhiều năm trước đây, người sáng lập công ty Revlon Cosmetics là ông Charles Revson đã từng nhận định rằng ngành công nghiệp mỹ phẩm bán “hy vọng trong một cái chai”. Và có lẽ không nơi nào khác trong lĩnh vực mỹ phẩm hiển nhiên hơn thị trường thuốc dưỡng da trị giá 2 tỷ đô la. Bạn đã từng gặp các loại thuốc dưỡng da và kem xoa da mà các nhà sản xuất quả quyết rằng có tác dụng “chống lão hóa”, “chống các nếp nhăn”, “tạo sinh lực bí ẩn”, “nuôi dưỡng làn da”, “làm co các lỗ lông chân”, “kích hoạt tế bào”, “cải tạo tế bào”, “làm se da”, và “tẩy sạch cellulite”. Đó chỉ là một vài mảnh khoé thường thấy nhất ở đại lộ Madison nhằm lôi kéo bạn mua một sản phẩm nào đó mà trong hầu hết các trường hợp tính ra chẳng hơn gì một cốc kem lạnh trông hấp dẫn mà thôi. Ngoài công thức chế tạo căn bản, một số nhà sản xuất thêm vào một hay nhiều thành phần mà họ cho là giúp cho sản phẩm của họ có nhiều công dụng kỳ diệu, như các thành phần collagen, pro-collagen, elastin, amino acid, algae, vitamin E (tocopherol), vitamin A, hyaluronic acid, DNA, RNA, allantoin, chất chiết xuất từ placental, trứng gà, sữa, mật ong, và sữa ong chúa chẳng hạn. Thủ đoạn dối trá ở đây không nhằm khoa trương các xét nghiệm thiếu trung thực, ám chỉ bệnh tình, hoặc cố gắng hiển cách chữa trị giả trá, mà nhằm chiêu hàng bằng rất nhiều thành phần chế tạo không cần thiết; và trên thực tế, các thành phần này chẳng những rất ít hoặc chẳng có công hiệu gì cả mà còn khiến cho da bạn dễ bị dị ứng với các chất phụ gia ấy nữa. Không may, vấn đề các thành phần chế tạo không cần thiết này tuyệt không chỉ giới hạn trong các loại thuốc dưỡng da, mà người ta còn có thể thấy chúng ở nhiều mặt hàng mỹ phẩm khác nữa. Vì lý do này, bạn sẽ không gặp

rắc rối nếu luôn luôn ghi nhớ một nguyên tắc có lợi khác là: sản phẩm phải nêu đủ *thông tin cho khách hàng* (caveat emptor - thông tin giúp cho người mua cảnh giác).

KẾT LUẬN

Có lẽ một bài báo về cách chữa trị dị ứng theo kiểu lang băm đăng trong một đợt phát hành năm 1993 của tạp chí New York State Journal of Medicine dành riêng cho tệ nạn lừa đảo trong lãnh vực y tế là đúc kết hay nhất cho chủ đề này:

Cách chữa trị dị ứng theo kiểu lang băm là một vấn đề nghiêm trọng, nếu để kéo dài mãi sẽ gây ra nhiều hậu quả nhức nhối về mặt tâm lý, xã hội, và kinh tế. Các giới chức y tế, bên thứ ba phải chi trả (các công ty bảo hiểm), giới làm luật, các cơ quan điều phối, tòa án, và các nhóm tiêu thụ phải hội ngộ với nhau trên một mảnh đất chung là chỉ ủng hộ cho công tác y tế lành mạnh trên cơ sở khoa học nhằm giảm bớt các tệ nạn và giúp cho bệnh nhân nhận được sự chăm sóc hữu hiệu.

Cách tốt nhất để tìm được một bác sĩ có năng lực và thích hợp là hỏi qua ý kiến của vị thầy thuốc gia đình, bác sĩ nhi khoa, hay bác sĩ nội khoa mà bạn quen biết. Nếu không quen biết bác sĩ nào, bạn có thể liên hệ với hiệp hội y học địa phương để được khuyến cáo. Khi chọn bác sĩ bạn cũng nên tìm hiểu kỹ về học vị chuyên môn của họ, tốt nhất nên chọn vị nào đang giữ chức vụ giảng dạy tại các trung tâm y tế lớn nhất trong vùng. Nhờ chủ động

14. Cảnh giác đối với cách chữa bệnh dị ứng theo kiểu lang băm giảng dạy và nghiên cứu, các bác sĩ ấy thường ứng dụng các liệu pháp và phương thuốc hợp thời nhất. Về chẩn đoán và chữa trị các bệnh dị ứng và hen suyễn qua đường hô hấp, bạn cũng có thể liên hệ với tổ chức American Academy of Allergy and Immunology theo địa chỉ: 611 East Wells Street, Milwaukee, Wisconsin 53202. Về dị ứng ngoài da, bạn nên liên hệ với tổ chức American Academy of Dermatology, theo địa chỉ: P.O. Box 4014, Schaumburg, Illinois 60168

❧❧❧

¹ PCB (viết tắt của *polychlorinated biphenyls*): Biphenyl đa clo hóa là chất lỏng không màu dùng làm chất cách điện.

PHỤ LỤC A

CÁC LOẠI XÉT NGHIỆM DỊ ỨNG THÔNG DỤNG

Ngay trong thời đại kỹ thuật tiến bộ như hiện nay, vẫn chưa có biện pháp thay thế xứng đáng cho bệnh sử hoàn chỉnh và khám cơ thể toàn diện của thầy thuốc khi phải đối phó với bất kỳ loại bệnh nào. Tuy nhiên, nhiều khi các bác sĩ cũng phải nhờ đến nhiều thủ tục xét nghiệm để chẩn đoán hoặc xác định các bệnh dị ứng. Sau đây là phần tóm tắt về các loại xét nghiệm thường được các bác sĩ chỉ định tiến hành để chẩn đoán và đánh giá bệnh tình cho các bệnh nhân dị ứng.

Dĩ nhiên, đây chỉ là khái quát và tuyệt không phải là một thảo luận đầy đủ về tất cả mọi biện pháp kiểm tra chẩn đoán. Phần này chỉ nhằm bổ sung cho các kiểm tra do bác sĩ của bạn thực hiện, và các vị ấy có thể chỉ định tiến hành thêm các xét nghiệm xét ra cần thiết cho bệnh tình cá biệt của bạn. Chúng tôi chỉ nêu ra ở đây các loại xét nghiệm đặc biệt liên quan đến bệnh dị ứng và không đề cập đến các xét nghiệm vốn được tiến hành theo lệ thường ở phòng mạch bác sĩ hay ở bệnh viện như đếm

huyết cầu, kiểm tra chức năng gan thận, và xét nghiệm nước tiểu để biết chắc không có dạng rối loạn căn bản nào gây ra các triệu chứng của bạn.

Bạn nên hỏi qua ý kiến của thầy thuốc về bất kỳ nghi vấn nào đối với loại xét nghiệm bạn sắp phải tiến hành. Phần miêu tả về các dấu hiệu và triệu chứng cùng các chi tiết khác liên quan đến việc chẩn đoán bất cứ bệnh nào mà các xét nghiệm sau đây được chỉ định tiến hành đều có thể tìm thấy ở các chương dành riêng cho các bệnh ấy.

XÉT NGHIỆM ĐỂ TÌM KHÁNG THỂ IGE

Xét nghiệm IgE chủ yếu được dùng để thẩm định xem liệu những cá nhân có các triệu chứng ở mũi hay ngực có mắc bệnh viêm mũi dị ứng (theo mùa và quanh năm) và bệnh hen suyễn không. Vì lý do đó mà các xét nghiệm này chỉ được xem là *xét nghiệm định bệnh* (confirmatory tests) chứ không phải là *xét nghiệm chẩn đoán* (diagnostic tests). Hai loại xét nghiệm IgE thường được tiến hành là: xét nghiệm dị ứng da và xét nghiệm RAST.

Xét nghiệm da

Xét nghiệm da đặc biệt hữu ích cho việc xác định các bệnh dị ứng với gàu, bụi bặm, nấm mốc, và phấn hoa. Nó cũng hữu ích cho việc xác định tình trạng dị ứng với penicillin ở những người không dám chắc rằng liệu họ có thực sự bị dị ứng với penicillin hay không, trong khi đối

với họ thì loại thuốc này (hoặc các mặt thuốc dẫn xuất từ penicillin) là cách chữa trị tốt nhất cho bệnh đang mắc phải của họ.

Xét nghiệm da có thể thực hiện theo hai cách. Cách thứ nhất là *xét nghiệm lấy da* (scratch test), dùng dịch chiết xuất từ chất xét nghiệm nhỏ lên các vết cào xước hay vết đứt nhỏ trên da. Cách chọn dùng khác là *xét nghiệm dưới da* (intradermal test), tác nhân dị ứng được tiêm thẳng vào dưới lớp biểu bì. Tùy thuộc vào số lượng các tác nhân dị ứng muốn xét nghiệm, thông thường phải cần đến hai mươi hoặc hơn các vết cào xước hay vết lấy da. Bởi vì được tiến hành trên cơ thể sống, nên hai dạng xét nghiệm da này được các bác sĩ xếp vào loại *xét nghiệm trên cơ thể sống*¹ (in vivo testing).

Xét nghiệm có kết quả dương tính - tức là phản ứng xác nhận sự hiện diện của các kháng thể IgE - khi ở vùng xét nghiệm xuất hiện mào đay ngứa ngáy, sưng phồng, và đỏ nhạt trong vòng vài phút sau khi da tiếp xúc với tác nhân dị ứng. Nói chung, mào đay này trong giống như vết cắn đốt của loài muỗi bình thường vậy. Khi phản ứng không xảy ra, các bác sĩ nói rằng xét nghiệm có kết quả âm tính - tức là, dường như bạn không dị ứng với chất xét nghiệm.

Xét nghiệm dưới da thường nhạy cảm hơn xét nghiệm lấy da. Tuy nhiên, chúng cũng có khuynh hướng đem lại nhiều kết quả dương tính sai lạc hơn. Nói như vậy có nghĩa là đối với một số người các xét nghiệm này đôi khi xảy ra phản ứng dương tính ở vùng xét nghiệm ngay cho dù những người ấy không có triệu chứng dị ứng với chất

xét nghiệm khi tiếp xúc với nó trong cuộc sống thường ngày. Vì lý do này, các bác sĩ thường trông cậy vào kinh nghiệm cá nhân và thực thi nhiều phán đoán khi giải thích các xét nghiệm tiến hành và quyết định khả năng ứng dụng các khám phá ấy đối với bệnh nhân của họ.

Nhược điểm hiển nhiên của cả hai dạng xét nghiệm da là cần đến nhiều vết châm vào da. Nhược điểm khác là một số thuốc, như loại thuốc kháng - histamine chẳng hạn, có thể gây trở ngại cho xét nghiệm; và do đó, bạn phải báo cáo cho bác sĩ biết nếu như bạn đã có dùng các loại thuốc ấy. Ưu tư thứ ba và quan trọng hơn nhiều là có đôi chút rủi ro xảy ra phản ứng (phản vệ) nghiêm trọng và nguy hiểm đến tính mệnh đối với một trong các tác nhân dị ứng đã tiêm vào da. Đây chính là lý do giải thích tại sao các xét nghiệm này thường được tiến hành ở các bối cảnh có trang bị đầy đủ các phương tiện cấp cứu và hầu hết các bác sĩ đều nhấn mạnh rằng bạn phải được theo dõi khoảng nửa giờ sau khi làm xét nghiệm.

Xét nghiệm rast

Loại xét nghiệm thông thường khác để tìm kháng thể IgE có tên là RAST, viết tắt của nhóm từ radio allergeo sorbent test (xét nghiệm hấp thu bức xạ dị ứng). Theo phương pháp này, một mẫu huyết thanh (chất dịch còn lại từ mẫu máu sau khi toàn bộ các hồng cầu và bạch cầu đã được trích ra hết) được dùng để phát hiện mức kháng thể IgE đối với các tác nhân dị ứng đặc biệt nhờ một kỹ thuật có mức nhạy cảm cao gọi là *kiểm tra miễn dịch phóng xạ*².

Các nguyên tố đánh dấu phóng xạ tùy theo mục đích xét nghiệm để dễ dàng đo lường mức kháng thể trong máu. Được tiến hành bên ngoài cơ thể, nên các bác sĩ gọi RAST là loại *xét nghiệm trong ống nghiệm*³.

Ưu điểm chính của phương pháp RAST là nó chỉ cần trích ra một mẫu máu. Đây là một ưu thế hiển nhiên trong trường hợp phải đối phó với trẻ em, những người lớn có tâm lý quá sợ hãi, hoặc các bệnh nhân bị nổi ban khắp người có thể gây trở ngại khiến cho bác sĩ đọc kết quả xét nghiệm không được chính xác. Ngoài ra, bởi vì không tiến hành xét nghiệm ở da, RAST hoàn toàn không gây nguy hiểm cho bệnh nhân. Xét nghiệm này cũng hữu ích cho việc theo dõi biến động của các mức kháng thể IgE một khi đã khởi sự một liệu pháp thích hợp nào đó. Về khuyết điểm, xét nghiệm này thường không nhạy cảm bằng xét nghiệm da trong việc xác nhận liệu bệnh nhân có mắc phải dị ứng hay không. Nói như thế có nghĩa là xét nghiệm này có thể bỏ sót một số trường hợp bị dị ứng thực sự. Ngoài ra, loại xét nghiệm này cũng phần nào tốn kém hơn loại xét nghiệm da thông thường.

XÉT NGHIỆM “TIỆN LỢI”

Gặp trường hợp dị ứng da, nhất là dị ứng với mỹ phẩm, thầy thuốc có thể không cần đến các loại xét nghiệm phiền toái mới xác định được nguyên nhân cụ thể. Thay vì thế, bạn có thể được hướng dẫn thực hiện một xét nghiệm “tiện lợi”. Xét nghiệm này cốt yếu là một loạt thử nghiệm đúng - sai để bạn có thể tự tiến hành tại gia.

Để tiện xin minh họa một ví dụ, giả sử bạn dị ứng với một nhãn hiệu kem nền màu beige (nâu pha vàng nhạt). Việc đầu tiên bạn sẽ làm (sau khi dị ứng đã hoàn toàn biến, đi hoặc đã được tự lành) là chuyển sang dùng một loại kem nền màu beige nhãn hiệu khác. Nếu sau ba ngày liên tiếp dùng mà không thấy có triệu chứng dị ứng với loại chế phẩm này, thì hẳn là bạn không bị dị ứng với sắc tố beige; thế nhưng, bạn có thể dị ứng với một số thành phần khác trong loại mỹ phẩm ban đầu, như hương liệu hoặc chất bảo quản chẳng hạn.

Giờ đây, giả sử bạn cũng dị ứng với loại kem nền mới này. Sự kiện này cho thấy có lẽ bạn dị ứng với chính sắc tố beige ấy. Một lần nữa, khi phản ứng dị ứng đã được chữa khỏi hoàn toàn, bạn sẽ chuyển sang dùng một loại kem nền có màu khác và dùng thử trong ba ngày. Sau đó, nếu không xảy ra rắc rối gì nữa, bạn có thể tiếp tục dùng loại kem nền ấy. Tuy nhiên, nếu loại kem nền màu khác ấy lại gây phản ứng dị ứng, tình hình cho thấy bạn dị ứng với một trong nhiều thành phần căn bản thuộc công thức chế tạo kem nền của hầu hết các nhãn hiệu (bất kể nhà sản xuất nào).

Loại xét nghiệm này có ưu điểm không gây đau đớn, tiện lợi, và dễ thực hiện, nhất là trong trường hợp chỉ cần thử nghiệm một hoặc hai loại sản phẩm, như phấn hồng hoặc kem nền chẳng hạn, bị nghi ngờ là thủ phạm gây dị ứng. Ngược lại, khi phải thử nghiệm nhiều loại sản phẩm khác nhau, thì loại xét nghiệm này rất mất thời giờ và đôi khi khá tốn kém. Gặp trường hợp ấy bác sĩ da liễu có thể

khuyến bạn dùng loại xét nghiệm băng dán (patch test) để xác định nguyên nhân.

XÉT NGHIỆM BĂNG DÁN

Trong trường hợp không biết rõ sản phẩm nào hoặc thành phần đặc biệt nào trong sản phẩm có thể là nguyên nhân gây dị ứng, người bệnh thường được khuyến cáo dùng xét nghiệm băng dán. Các xét nghiệm này cũng được chỉ định để xác nhận các ca nghi ngờ bệnh viêm da dị ứng do tiếp xúc nhằm phân biệt loại bệnh này với các chứng ban ngoài da phi dị ứng.

Tùy theo mục đích thực hiện loại xét nghiệm này, các tác nhân dị ứng điển hình được tập trung phân loại thành nhiều nhóm. Mỗi nhóm tác nhân được gọi là một "loạt hoặc chuỗi chất xét nghiệm". Căn cứ vào các tình huống cá nhân, người ta có thể tiến hành xét nghiệm theo một số chuỗi băng dán khác nhau. Thí dụ, khi nghi ngờ bị dị ứng do tiếp xúc nhưng lại không thể xác định được loại tác nhân đặc biệt nào khả dĩ là thủ phạm, thầy thuốc có thể thực hiện xét nghiệm bằng rất nhiều băng dán đến mức các bác sĩ da liễu gọi là khay "tiêu chuẩn" hay "sàng lọc".

Bao gồm một loạt 20 tác nhân thường gây ra dị ứng tiếp xúc nhất được qui định bởi tổ chức North American Contact Dermatitis Group. Mặc dù bảng liệt kê này định kỳ được tái thẩm định để thay thế và bổ sung nếu cần, nhưng bạn cũng nên biết rằng không có chuỗi sàng lọc nào có thể bao quát đầy đủ số tác nhân dị ứng quá nhiều

trong các mặt hàng mỹ phẩm hay các sản phẩm công nghiệp khác vốn không ngừng biến đổi.

Nếu như thầy thuốc nghi ngờ rằng nguyên nhân gây ra chứng viêm da của bạn là một hay nhiều loại thuốc tác động cục bộ mà bạn đã dùng hoặc do da bạn tiếp xúc với một vài loại quần áo hay vải vóc, họ có thể chọn xét nghiệm băng dán cho bạn theo các chuỗi tác nhân dị ứng “đặc biệt” chứ không theo các chuỗi sàng lọc. Thí dụ bạn có thể được xét nghiệm để tìm ra các hóa chất chứa đựng trong chuỗi “cao su và kim loại” hoặc trong chuỗi “có tác dụng trị liệu”. Mặc dù có một số trùng lặp giữa khay tiêu chuẩn và các khay đặc biệt ấy, nhưng việc sử dụng loại khay đặc biệt thường giúp thầy thuốc nhận diện thủ phạm chính xác hơn.

Nói chung, xét nghiệm băng dán⁴ khá đơn giản nên dễ thực hiện. Các chất xét nghiệm thường được trộn lẫn vào thuốc mỡ rồi bôi vào một mảnh vải nhỏ có chất dính. Các mảnh vải ấy sau đó được dán vào da bởi một băng dán. Theo một lối thực hiện khác, các chất xét nghiệm vốn đã được đặt sẵn trong một chuỗi gồm các ô nhôm tròn nhỏ xíu (gọi là các ô finn), đến khi cần người ta chỉ việc lấy các băng dán ở các ô ấy đắp vào các chỗ xét nghiệm. Vùng da rộng lớn ở lưng phía trên là nơi xét nghiệm thường xuyên nhất. Đôi khi, vùng da ở phía trong bắp tay cũng được dùng đến, nhất là trong trường hợp phần lưng bị nổi ban hoặc khi chỉ cần xét nghiệm một vài tác nhân dị ứng mà thôi.

Thông thường, băng dán được lưu lại trên da trong vòng 48 giờ. Sau đó chúng được gỡ ra để kiểm tra xem có phản ứng nào xảy ra ở vùng da xét nghiệm không. Trong trường hợp thăm dò các phản ứng muộn phát khả dĩ xảy ra, các vùng da được kiểm tra sau 24 giờ và lần kiểm tra thứ ba tiếp sau đó 24 giờ. Kết quả xét nghiệm dương tính (tức là da có phản ứng) thường được đánh giá theo một thang điểm từ 1 đến 4, và điểm số cao biểu thị phản ứng nghiêm trọng hơn đối với chất xét nghiệm. Giống như trường hợp bệnh nhân bị dị ứng da, các phản ứng xét nghiệm gây ra tình trạng ngứa ngáy, ứng đỏ, sưng phồng, nổi mụn, và có bóng nước.

Xét nghiệm băng dán chắc chắn có tính khoa học hơn loại xét nghiệm đúng sai trong việc xác định thủ phạm đích thực trong trường hợp nghi ngờ bệnh nhân viêm da dị ứng do tiếp xúc. Tuy nhiên, các xét nghiệm này phần nào giả tạo ở chỗ chúng không nhất thiết tái tạo được nhiều nhân tố thực tế như hiện tượng đồ mồ hôi và lột da (skin maceration - hiện tượng lột da do tế bào da tự phân hủy) hoặc tác dụng đối với da do sử dụng một chất nhiều lần. Ngoài ra, xét nghiệm trên vùng da dày ở bộ phận lưng thường không phải là biện pháp hữu hiệu nhằm tái tạo dị ứng đối với một số chế phẩm như mỹ phẩm dùng ở mặt được chế tạo để sử dụng cho phần da rất mỏng ở mí mắt chẳng hạn.

Mặc dù xét nghiệm băng dán dùng liều lượng chất xét nghiệm rất thấp, nhưng vẫn có đôi chút rủi ro khi thực hiện các xét nghiệm gây nhạy cảm da (tức là làm phát sinh dị ứng) đối với một hay nhiều chất xét nghiệm. Mặc

dù vấp phải các nhược điểm này, xét nghiệm bằng dán được lý giải đúng mức vẫn là dạng “xét nghiệm đơn giản” tốt nhất để tiến hành chẩn đoán viêm da dị ứng do tiếp xúc với một tác nhân đặc biệt. Vì lý do đó, chúng được xem là các xét nghiệm quan trọng về mặt pháp y trong nhiều vụ kiện đôi khi có liên quan đến dị ứng da.

Điều quan trọng phải lưu ý là phản ứng dương tính không luôn luôn chứng tỏ rằng tác nhân dị ứng sử dụng trong xét nghiệm là nguyên nhân lâm thời gây ra tình trạng viêm da. Dù vậy, nó vẫn cho thấy rằng cá nhân vào một thời điểm nào đó trong cuộc sống của mình có thể nhạy cảm đối với thành phần hóa học ấy. Do đó, bác sĩ da liễu phải cộng tác chặt chẽ với bệnh nhân để giải thích kết quả xét nghiệm cho phù hợp với rắc rối đang gặp phải.

Khi xét nghiệm bằng dán giúp xác định được thủ phạm gây dị ứng, thầy thuốc có thể đủ căn cứ để khuyên dùng các sản phẩm thích hợp không có tác nhân dị ứng, cũng như các biện pháp giúp người bệnh tránh tiếp xúc trong tương lai. Bạn cũng có thể được cống hiến nhiều tên gọi các loại hóa chất, mỹ phẩm, và thuốc men qua đó thủ phạm nguy trang trên các nhãn hiệu sản phẩm. Cũng quan trọng ngang như thế, thầy thuốc còn cung cấp tên gọi các loại hóa chất cùng nhóm với tác nhân, các chất này rất có thể cũng gây ra các triệu chứng dị ứng.

Khi một sản phẩm đặc biệt hoặc chỉ một số ít sản phẩm khác nhau bị nghi ngờ gây dị ứng, thầy thuốc có thể quyết định thực hiện xét nghiệm bằng dán trực tiếp đối

với các mặt hàng ấy. Để tiến hành xét nghiệm, một liều lượng nhỏ mỹ phẩm cần xét nghiệm - hoặc trong trường hợp quần áo, một mảnh vải quần áo thấm ướt - tra vào băng dán theo cách thường lệ, rồi kiểm tra xem các phản ứng dị ứng có xuất hiện vào các thời điểm sau 48 giờ, sau 72 giờ và sau 96 giờ hay không. Đối với một số mỹ phẩm hóa trang mắt và các chế phẩm khác có chứa đựng các thành phần không ổn định và thường bốc hơi nhanh chóng khi bôi vào da, người ta phải để cho các chất này thật khô rồi mới dán vào vùng xét nghiệm để ngăn ngừa xảy ra kích thích phi dị ứng khả dĩ gây nhầm lẫn trong xét nghiệm.

Khi đã phát hiện được sản phẩm nào là nguyên nhân gây dị ứng da, quan điểm thường cho rằng chỉ cần tránh dùng là giải quyết được rắc rối. Không may, sự việc không luôn luôn như thế bởi vì nhiều loại sản phẩm, ngay cả các loại sản phẩm do các đối thủ cạnh tranh chế tạo ra, có nhiều thành phần tương tự nhau. Vì lý do này, để giải quyết rắc rối của bạn thầy thuốc sẽ liên hệ với nhà sản xuất nhằm yêu cầu họ cung cấp mẫu các thành phần chế tạo để dùng trong xét nghiệm băng dán cho bạn. Nhờ vậy, một khi đã xác định được thành phần đặc biệt nào thực sự gây ra các triệu chứng của bạn, bạn có thể tránh tiếp xúc trong tương lai bằng cách chỉ cần kiểm tra các thành phần chế tạo ghi trên nhãn hiệu trước khi mua sản phẩm. Các nhà sản xuất mỹ phẩm ghi rõ câu "giảm dị ứng" trên nhãn hiệu sản phẩm của họ thường sẵn lòng tuân thủ yêu cầu giúp đỡ của bác sĩ bạn.

XÉT NGHIỆM BĂNG DÁN QUANG HỌC

Một biến thể của xét nghiệm băng dán vừa đề cập, gọi là *xét nghiệm băng dán quang học* (photopatch test), rất hữu ích cho việc chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ viêm da quang dị ứng do tiếp xúc⁵, một tình trạng trong đó ánh sáng, thường là ánh sáng cực tím, tương tác với tác nhân tiếp xúc gây ra dị ứng ở da.

Trong xét nghiệm băng dán quang học, chất xét nghiệm được dán vào hai nơi, thường ở vùng da lưng phía dưới hoặc đôi khi dán vào mặt trong cẳng tay, và được dán kèm theo loại giấy cản quang. Sau 24 giờ, người ta bóc băng dán ở một nơi ra và cho vùng da ấy tiếp xúc với một nguồn sáng trong vòng 30 phút, rồi dán kín nơi ấy lại. Sau đó 24 giờ, cả hai nơi đều được bóc băng dán ra để kiểm tra.

Nếu ở cả hai nơi xét nghiệm đều không có phản ứng, thì xét nghiệm được xem là có kết quả âm tính hoàn toàn. Nếu cả hai nơi đều có phản ứng, thì dị ứng da nhất định là chứng viêm da tiếp xúc thông thường (tức là không cần đến ánh sáng mới khởi phát được cơn dị ứng). Dị ứng do ánh sáng chỉ được xác nhận khi nơi xét nghiệm có tiếp nhận nguồn sáng phát sinh ngứa ngáy, sưng phồng, ứng đỏ, mào đay, hoặc nổi bóng nước, trong khi nơi xét nghiệm kia không có phản ứng. Giống như trong xét nghiệm băng dán bình thường, mức nghiêm trọng của các phản ứng ở đây được đánh giá theo một thang điểm từ 1 đến 4, với điểm số 4 biểu thị trường hợp đáp ứng nặng nề nhất.

-
- ¹ *Invivo* (tiếng Latinh): Miêu tả một hiện tượng sinh học xảy ra hay quan sát được cơ thể một sinh vật sống.
- ² *Kiểm tra miễn dịch phóng xạ* (*radio immunoassay*) : Kỹ thuật dùng các nguyên tố đánh dấu phóng xạ để xác định mức kháng thể đặc biệt trong máu. Vì các nguyên tố đánh dấu phóng xạ gắn với kháng thể nên các kháng thể gián tiếp được quan sát.
- ³ *Invitro* (tiếng Latinh): Miêu tả một hiện tượng sinh học được làm cho xảy ra bên ngoài cơ thể sống (theo truyền thống, ở trong một ống nghiệm).
- ⁴ *Xét nghiệm bằng dán* : Là loại xét nghiệm để tìm ra tác nhân có thể gây dị ứng cho bệnh nhân. Những số lượng nhỏ các tác nhân dị ứng khác nhau hoặc được tra vào vết trầy nhẹ trên da cánh tay hay lưng, hoặc được bôi vào dưới băng dán. Tác nhân này gây dị ứng sẽ tạo ra một mảng sưng và một vết đỏ điển hình trên da trong vòng từ 5 đến 15 phút sau khi tiếp xúc. Phản ứng muộn có thể phải mất từ 24 đến 72 giờ mới xảy ra.
- ⁵ *Viêm da do ánh sáng* : Một tình trạng da bị nhạy cảm với một chất (ví dụ thuốc sát trùng-như xà bông), nhưng chỉ có phần da tiếp xúc với ánh sáng mới có phản ứng dạng viêm da.
- ¹ *giảm sung huyết* : Một tác nhân làm giảm bớt tình trạng sung huyết mũi, hoặc dùng dưới dạng bơm xông hay nhỏ giọt vào mũi để làm giảm sung huyết cục bộ, cũng có dạng uống

- ² **Corticosteroid** : Là hormone của vỏ thượng thận. Có 2 nhóm chính. Glucocorticoid (hydrocortisone, cortisime) có vai trò trong chuyển hóa đường, đạm, chất béo cũng như cho đáp ứng bình thường với stress, tác dụng kháng viêm mạnh; còn **Mineralocorticoid** cần cho việc điều hòa tình trạng cân bằng muối và nước trong cơ thể.
- ³ **Steroid**: Bao gồm các hormone sinh dục nam và nữ, các hormone vỏ thượng thận, progesterone, muối mật, và các steroid.
- ⁴ **Chất điện giải**: Là các ion Na^+ , K^+ , Cl^- , Mg^{2+} , Ca^{2+} ... Các điện giải có thể bị rối loạn giảm trong tiêu chảy, ói mửa; tăng trong suy thận. Có thể điều chỉnh bằng dịch uống hoặc truyền dịch.
- ⁵ **Liệu pháp miễn dịch**: Đang là một liệu pháp thử nghiệm. Dùng những tác nhân cải biến đáp ứng miễn dịch của cơ thể.
- ⁶ **Giảm cảm thụ**: Làm giảm tác động của tác nhân dị ứng bằng cách tiêm tác nhân dị ứng liều tăng dần cho đến khi có được khả năng đề kháng.
- ⁷ **Dung nạp miễn dịch**: Khi cơ thể không phân biệt được các chất liệu "của mình", và do đó để dung nạp; và các chất liệu "không phải của mình" để sinh ra các kháng thể chống lại.

PHỤ LỤC B

CÁC LOẠI THUỐC MEN VÀ BIỆN PHÁP THÔNG THƯỜNG ĐỂ CHỮA TRỊ BỆNH DỊ ỨNG

Rõ ràng là ngừa bệnh tốt hơn trị bệnh, bởi vì không có biện pháp “chữa trị” nào tốt hơn là ngay từ đầu tìm cách ngăn ngừa không cho bệnh tật khởi phát. Và có lẽ không có loại bệnh tật nào phù hợp với nguyên tắc này hơn bệnh dị ứng, một loại bệnh khởi phát do một số tác nhân gây bệnh khá dễ tránh né được như gàu từ da lông súc vật hay nhựa cây poison ivy chẳng hạn. Tuy vậy, nhiều khi người ta không sao tránh né được tác nhân gây bệnh, cho nên thầy thuốc phải chỉ định nhiều liệu pháp khác nhau nhằm đối phó với các triệu chứng dị ứng gây khó chịu cho con người. Sau đây là phần miêu tả một số liệu pháp khá thông dụng hiện nay. Nhằm chăm sóc đặc biệt bệnh tình cụ thể của mình, bạn nên tra cứu các đoạn thảo luận thích hợp đã nêu trong tập sách này. Dĩ nhiên, bác sĩ của bạn sẽ là người cung cấp các chi tiết rất hữu ích về mọi phương thức chữa trị.

SODIUM CROMOLYN

Bởi vì ngừa bệnh vốn là liệu pháp thuộc sở thích, cho nên tôi quyết định khởi đầu bằng sodium cromolyn, một loại thuốc hiệu nghiệm trong phòng ngừa hoặc tối thiểu hóa các triệu chứng thuộc một vài dạng phản ứng dị ứng. Mặc dù cơ chế tác động của nó chính xác ra sao vẫn còn chưa rõ, nhưng trên căn bản cromolyn có hiệu quả nhờ phong tỏa hiện tượng phóng thích histamine, một trong số các hóa chất trung gian chính gây ra các triệu chứng dị ứng, cũng như các tác nhân dị ứng khác, từ các đường bào và các bạch cầu ái kiềm (vốn là các kho chứa các chất này). Ngoài ảnh hưởng của nó đối với các hóa chất trung gian, cromolyn cũng có tác dụng trực tiếp kháng viêm nhẹ.

Điều quan trọng phải lưu ý là cromolyn không hiệu quả khi cơn dị ứng đã xảy ra. Do đó, để gặt hái thành quả tối ưu nó phải được khởi dùng một vài tuần lễ trước khi bước vào mùa dị ứng. Và hàng ngày người ta cũng phải phục thuốc từ 4 đến 6 lần. Nếu như bệnh tình không diễn tiến theo mùa, như trường hợp bệnh viêm mũi dị ứng quanh năm chẳng hạn, bạn phải tiên đoán được thời điểm phát tác để khởi sự dùng thuốc trước đó vài tuần lễ thì thuốc này mới có lợi cho bạn. Không may là không phải ai ai cũng đáp ứng với cromolyn, và hiện cũng không có cách nào đoán biết ai sẽ được lợi ích khi dùng nó. Tuy nhiên, bởi vì kinh nghiệm cho thấy cromolyn là một loại thuốc khá an toàn (ngay cả trường hợp dùng thuốc trong thai kỳ), nên nó thường được kê toa trong nhiều ca viêm mũi dị ứng và hen suyễn. Cromolyn hiện có bán trên thị trường dưới dạng mặt hàng opticrom để chữa bệnh dị ứng mắt; mặt hàng Nasalcrom để chữa bệnh dị ứng mũi; và mặt hàng Intal để chữa bệnh hen suyễn.

THUỐC KHÁNG - HISTAMINE

Các loại thuốc kháng - histamine vẫn là công cụ chủ yếu trong điều trị chống dị ứng. Qua nhiều năm các loại thuốc này đã tỏ ra công hiệu trong việc đối phó với mọi dạng dị ứng như: dị ứng cục bộ, toàn thân, nội tạng, và ngoài da. Bởi vì giống như histamine về hình dáng phân tử, nên các loại thuốc này có tên gọi là kháng - histamine. Như tên gọi, các loại thuốc kháng - histamine có hiệu lực đẩy lùi histamine đang bám chặt ở nhiều hiện trường khác nhau nơi các mô bị tổn thương như các mao mạch, tế bào thần kinh, và các tế bào cơ trơn ở vách các phế quản chẳng hạn.

Cho đến nay có 7 nhóm thuốc kháng - histamine chính, mỗi nhóm gồm nhiều mặt thuốc khác nhau. Với số thuốc chọn dùng thoải mái như vậy, nếu một loại thuốc không đem lại hiệu quả khả quan hoặc gây quá nhiều tác dụng phụ, người ta dễ dàng nhờ đến nhiều loại thuốc thay thế khác. Hai loại thuốc nổi tiếng nhất trong nhóm thuốc *ethanolamine* là diphenhydramine (tên TM là Benadryle và Benylin) và clemastin (tên TM là Tavist). Có lẽ cũng nổi tiếng ngang như vậy trong nhóm thuốc *alkylamine* là chlorpheniramine (tên TM là chlor - Trimeton) và brompheniramine (tên TM là Dimetane). Tiêu biểu nhất cho nhóm thuốc *ethylenediamine* là tripeleminamine (tên TM là Pyribenzamene); cho nhóm thuốc *piprazine* là hydroxyzine (tên TM là Atarax); và cho nhóm thuốc *piperadine* là cyproheptadine (tên TM là Periactin). Còn nhóm thuốc *phenothiazine*, được biết phần lớn nhờ giá trị

của chúng trong các liệu pháp chữa trị bệnh tâm thần; loại thuốc tiêu biểu nhất cho nhóm này là methdilazine (tên TM là Tacaryl).

Buồn ngủ là tác dụng phụ gây khó chịu nhất của hầu hết các loại thuốc kháng - histamine mặc dù các mặt thuốc chlor-trimeton, Tavist, và Tacaryl thường phần nào dễ chịu đối với cơ thể hơn so với các mặt thuốc khác về khía cạnh này. Tuy vậy, các tập quảng cáo kèm theo các mặt thuốc này cũng cảnh giác về tác dụng gây sút giảm tình trạng phối hợp cơ tổng quát, và đề nghị trong thời gian thuốc còn hiệu lực người dùng không nên lái xe hoặc điều khiển máy móc nguy hiểm. Như vậy, mức độ tỉnh táo đương nhiên sẽ còn bị suy giảm hơn nữa khi thuốc kháng - histamine dùng chung với rượu hay thuốc an thần. Ngược lại, tính chất gây ngủ của các loại thuốc này thường có lợi khi được dùng trước giờ ngủ. (Thực ra, hầu hết các loại thuốc ngủ có bán trên thị trường đều có thành phần diphenhydramine, là loại thuốc kháng - histamine trong hai mặt thuốc Benadryl và Benylin).

Hai tác dụng phụ thông thường khác của thuốc kháng - histamine cũng cần phải được lưu ý. Những người mắc bệnh tăng nhãn áp (glaucoma) và những người bị chứng viêm tuyến tiền liệt chỉ nên dùng các loại thuốc này sau khi khám bác sĩ, bởi vì các triệu chứng bí tắc ở các bệnh này có thể tồi tệ hơn do ảnh hưởng của các loại thuốc này.

Để làm giảm tình trạng choáng váng do thuốc kháng - histamine gây ra, các nhà sản xuất thường phối hợp chúng với các thành phần thuốc giảm sung huyết, là loại thuốc

còn có tác dụng "kích thích" ngoài tính chất giảm sung huyết. Thí dụ điển hình nhất về các chế phẩm phối hợp như thế là các mặt thuốc viên nang Contac, Onnade, và dristan. Đôi khi thuốc kháng histamine còn được phối hợp với acetaminophen (như trong thuốc viêm xoang dị ứng tylenol) để giảm nhẹ tình trạng nhức đầu, đau nhức, và khó chịu xảy ra khi phát tác các cơn dị ứng. Hầu hết các mặt thuốc phối hợp đều được bán không cần toa bác sĩ. Tuy các mặt thuốc phối hợp đều tiện dụng và có thể giúp cho một số người bệnh giảm bớt phiền toái, nhưng chúng không có hiệu quả như thế đối với những người khác, bởi vì chúng không cho phép sử dụng linh động về liều lượng các thành phần thuốc cho từng trường hợp cá biệt. Nói khác đi, với các mặt thuốc phối hợp chế biến này bạn có thể uống quá ít liều một loại thuốc và quá nhiều liều một loại thuốc khác so với nhu cầu thực sự của bạn. Ngược lại, nếu uống riêng từng loại thuốc kháng - histamine, thuốc giảm sung huyết, và thuốc giảm đau, bạn có thể điều chỉnh liều lượng và thời khóa biểu dùng mỗi loại thuốc đúng mức cần thiết để trấn áp các triệu chứng đặc thù trong bệnh tình của mình.

Ba loại thuốc - terfenadine (tên TM là seldane), astemizole (tên TM là Hismanal), và loratadine (tên TM là claritin) - thuộc nhóm thuốc kháng - histamine thứ 7, nhóm *nonsedating antihistamine* (kháng -histamine không gây ngủ), đáng được lưu ý đặc biệt. Cả ba mặt thuốc này đều tỏ ra có hiệu quả khống chế các triệu chứng khi được dùng theo chỉ dẫn mà không gây ra tình trạng choáng váng trong đại đa số các ca bệnh. Claritin và Hismanal có ưu điểm là mỗi ngày chỉ cần dùng một lần, mặc dù mặt

thuốc claritin thường bắt đầu có hiệu lực sau khi dùng được nhiều giờ, còn mặt thuốc hismanal thường phải đến khoảng hai tuần lễ dùng thuốc mới đạt hiệu quả tối ưu. Mặt thuốc Seldane tuy phải dùng hai lần mỗi ngày, nhưng dường như bắt đầu có hiệu lực sớm hơn đôi chút. Cả ba mặt thuốc này đều tương đối đắt hơn hầu hết các mặt thuốc kháng -histamine khác; và riêng hai mặt thuốc seldane và hismanal đều *không được dùng chung với loại thuốc kháng sinh erythromycine, hoặc thuốc trị nấm ketoconazole* (tên TM là Nizoral), *bởi vì dùng thuốc phối hợp như thế sẽ gây ra tình trạng bất bình thường trong nhịp tim khả dĩ gây tử vong.* Cho đến nay, chưa có tình trạng tương tác bất lợi như thế được báo cáo về trường hợp sử dụng phối hợp với mặt thuốc Claritin. Nói chung, khía cạnh an toàn của các mặt thuốc này khi dùng theo hướng dẫn của bác sĩ là khá thỏa đáng, vì vậy chúng là liệu pháp tốt nhất thường được ưu tiên chọn dùng để chữa trị dị ứng cho những người lao động tích cực.

Mặc dù các loại thuốc thuộc mọi nhóm thuốc kháng - histamine đều hữu ích phần nào cho người bệnh khi cơn dị ứng đã xuất hiện, nhưng chúng sẽ hiệu quả hơn nhiều nếu được dùng trước khi cơn bệnh phát tác. Dùng thuốc trước như thế cho phép chất kháng - histamine có đủ thời gian bám vào các thụ thể ở các mô trước khi histamine được phóng thích. Nói như vậy có nghĩa là nếu biết mình dị ứng với loài chó và bạn cũng biết mình sẽ phải chạm đến nó sau đó trong ngày, bạn hãy dùng thuốc kháng - histamine trước để phòng ngừa.

THUỐC GIẢM SUNG HUYẾT

Giảm sung huyết¹ là một nhóm thuốc thông dụng khác để chữa trị các triệu chứng dị ứng.

Nhờ hiệu lực làm co các mạch máu, loại thuốc này giúp cho các niêm mạc bớt sưng và làm giảm chứng sổ mũi vì cảm lạnh và dị ứng. Tuy nhiên, không giống như cromolyn và nhiều loại thuốc kháng - histamine, thuốc giảm sung huyết rất hiệu nghiệm trong việc đối phó với các cơn dị ứng đang phát tác.

Thuốc giảm sung huyết được bán trên thị trường dưới dạng thuốc tác dụng toàn thân hay cục bộ, bào chế theo cả hai công thức nhỏ giọt và bơm xông. Nói chung, các mặt thuốc tác dụng cục bộ hiệu nghiệm hơn thuốc uống. Hầu hết đều được bán không bắt buộc phải có toa bác sĩ. Các loại thuốc giảm sung huyết thông dụng thuộc dạng thuốc uống gồm hai loại thuốc viên pseudoephedrine (tên TM là Afrin và Efidac/24 mỗi ngày uống một lần). Còn các loại thuốc giảm sung huyết cục bộ để chữa trị dị ứng mũi là phenylephrine (tên TM là Neosynephrine) và oxymetazoline (tên TM là Afrin và Neosynephrine 12 Hours), và để chữa trị dị ứng mắt là tetrahydrozoline (tên TM là Visine và Murine Plus).

Thuốc giảm sung huyết không phải là không có tác dụng phụ, nên phải thận trọng khi dùng chúng. Bởi vì đều là các loại thuốc kích thích, nên các loại thuốc này có thể làm cho huyết áp tăng vọt, tim đập nhanh hơn, gây nhức đầu, và bồn chồn. Vì lý do này, nếu mắc phải các bệnh

như huyết áp cao, đau thắt ngực, rối loạn nhịp tim, hay rối loạn tuyến giáp chẳng hạn hoặc nếu đang dùng một vài loại thuốc chống trầm cảm (antidepressants), để an toàn bạn nên đến bác sĩ trước khi dùng bất kỳ một thuốc giảm sung huyết nào, kể cả dạng thuốc tác động cục bộ, bởi vì trong chừng mực nào đó chúng có thể thấm vào mạch máu, nhất là thấm qua kết mạc hay niêm mạc mũi để vào máu.

Cần phải đặc biệt thận trọng khi dùng các loại thuốc giảm sung huyết cục bộ. Để khống chế các triệu chứng, chỉ nên dùng chúng trong một thời gian ngắn - từ 3 đến 5 ngày là tối đa - bởi vì nếu sau đó cứ tiếp tục dùng e rằng sẽ gây ra tác dụng ngược: *sung huyết mũi* (rebound nasal congestion), một dạng rối loạn mà các bác sĩ gọi là viêm mũi do tác dụng của thuốc. Trong trường hợp này, một vòng luẩn quẩn đã hình thành, qua đó thuốc giảm sung huyết trở nên cần thiết để làm dịu các triệu chứng do chính nó đã gây ra. Để tránh hậu quả khó chịu này, bạn chỉ nên dùng thuốc giảm sung huyết đúng theo chỉ dẫn của bác sĩ và chỉ được dùng trong thời gian ghi rõ trên nhãn thuốc hay theo yêu cầu của thầy thuốc.

THUỐC CORTICOSTEROID

Corticosteroid² là loại thuốc kháng viêm có tác dụng giống như hormone, được dùng rộng rãi trong nhiều lĩnh vực chuyên khoa y tế để chữa trị rất nhiều loại bệnh. Trong điều trị dị ứng, chúng đã tỏ ra là một liệu pháp vô giá và được bào chế theo công thức tác động cục bộ dưới

các dạng bơm xông, thuốc nước, kem, và thuốc mỡ (như thuốc bơm xông dùng cho đường hô hấp, thuốc tiêm dưới da để điều trị cục bộ các vùng nổi ban dị ứng), và dưới các dạng thuốc tiêm cơ, thuốc tiêm tĩnh mạch, cùng thuốc uống để chữa trị dị ứng toàn thân. Không nên nhầm lẫn corticosteroid với các loại thuốc steroid sinh dục (sex steroid), các hormone phát triển và kích thích cơ được dùng một cách bất hợp pháp bởi một số lực sĩ điền kinh và một số người đam mê luyện tập thể hình; bởi vì hai loại steroid³ này không có liên quan gì đến nhau.

Tùy theo mức độ hiệu lực, các mặt thuốc cortocosteroid tác dụng cục bộ được chia thành 7 nhóm chính, từ nhóm thuốc có hiệu lực mạnh nhất (nhóm I) xuống dần đến nhóm thuốc hiệu lực nhẹ nhất (nhóm VII). Nói chung, các mặt thuốc mỡ có độ kết dính cao hơn nên thường có hiệu lực mạnh hơn các mặt thuốc dạng kem có cùng mật độ thành phần. Thí dụ mặt thuốc mỡ Maxiflor 0,05% được xếp vào nhóm II, trong khi mặt thuốc dạng kem Maxiflor 0,05% lại bị xếp vào nhóm III (hiệu lực kém hơn).

Thí dụ về các loại thuốc steroid tác dụng cục bộ có hiệu lực mạnh nhất dùng để chữa trị các rối loạn dị ứng da nghiêm trọng là các mặt thuốc Ultrarate, Temovate, và Diprolene. Các mặt thuốc có hiệu lực vừa phải là Elocon, Westcort, và Locoid; và các mặt thuốc hiệu lực nhẹ là Aclovate và hytone 2,5%. Dù sao danh mục này cũng chưa đủ, và bác sĩ của bạn sẽ chọn dùng trong số rất nhiều mặt thuốc steroid tác động cục bộ khác tùy theo bản chất bệnh tình của bạn, theo vùng cơ thể bị bệnh, và theo thời hạn điều trị dự đoán. Thí dụ các mặt thuốc corticosteroid hiệu

lực nhẹ thường dùng cho bộ phận sinh dục và vùng mặt, bởi vì làn da mỏng ở các vùng này dễ bị phản ứng ngược bất lợi hơn vùng lưng là nơi làn da dày hơn.

Mặc dù có thể nhầm lẫn xem các mặt thuốc nước, thuốc kem lạnh, hay thuốc mỡ đều được bào chế từ một chất liệu đơn giản, nhưng không nên vì thế mà tùy tiện sử dụng các mặt thuốc corticosteroid tác dụng cục bộ ấy. Nói chung, loại thuốc steroid tác dụng cục bộ càng có hiệu lực và càng dễ dùng chừng nào, thì loại thuốc ấy càng có nhiều tác dụng phụ chừng ấy. Do đó, việc sử dụng các loại thuốc này phải đặt dưới sự giám sát của một thầy thuốc giàu kinh nghiệm.

Dùng thuốc steroid tác động cục bộ tùy tiện trong dài hạn hoặc không được bác sĩ giám sát thường gây ra một số tác dụng phụ khá phổ biến như da bị mỏng đi vĩnh viễn và “lão hóa”; da bị mất màu sắc bình thường hay bị râm nắng không đều; da bị những vết chàm do “các mạch máu bị vỡ” (thực ra các mạch máu bị giãn vĩnh viễn) ở các bộ phận cơ thể như má, mũi, và các nơi khác trên mặt, cổ, ngực; da dễ bị bầm; và những vết da bị căng ra. Sử dụng lâu dài và rộng rãi các loại thuốc steroid tác động cục bộ, nhất là các loại thuốc hiệu lực mạnh hay quá mãnh liệt, do vì sức thấm thấu qua da của chúng rất đáng kể nên đôi khi có thể gây ra tình trạng ức chế khả năng sản sinh steroid tự nhiên của các tuyến thượng thận. Tình trạng ức chế này khiến cho cá nhân tạm thời kém khả năng đáp ứng đối với stress và xúc cảm nếu như trong những lúc bị khủng hoảng lại thiếu liệu pháp bổ sung corticosteroid cần thiết. May mắn là, hầu hết các tác dụng phụ có hại của

các loại thuốc này, kể cả tình trạng ức chế tuyến thượng thận, sẽ chấm dứt khi ngưng thuốc.

Các loại thuốc steroid tác động cục bộ dưới dạng phun sương đã tỏ ra đặc biệt có lợi cho việc điều trị các triệu chứng dị ứng mũi. Các mặt thuốc thông dụng nhất hiện nay là beclomethasone (tên TM là Beconase AQ và Nancenase AQ), triamcinolone (tên TM là Nasacort), và flunisolide (tên TM là Nasalide). Tất cả các mặt thuốc này tốt nhất nên khởi đầu dùng khoảng hai tuần lễ trước khi bước vào mùa dị ứng tác động mạnh nhất và phải dùng mỗi ngày từ ba đến bốn lần liên tục trong suốt mùa mới gặt hái được hiệu quả tối ưu. Riêng mặt thuốc Nasacort chỉ được dùng một lần mỗi ngày. Các mặt thuốc vừa kể hiếm khi gây nhức đầu, chảy máu cam, hay lở loét niêm mạc mũi; và nói chung, chúng rất ít gây tác dụng phụ.

Các loại thuốc corticosteroid tác động toàn thân (tức các mặt thuốc dùng uống hoặc tiêm vào cơ hay tĩnh mạch) thường được phân loại theo thời hạn kéo dài hiệu lực. Những loại thuốc gây tác động sinh học trong thời hạn tối đa từ 8 đến 12 giờ, như các mặt thuốc cortisone và hydrocortisone chẳng hạn, đều được xem là loại thuốc steroid hiệu lực ngắn hạn. Các loại thuốc có tác dụng kéo dài trong thời hạn từ 12 đến 24 giờ, như prednisone và methylprednisone (tên TM là Medrol) chẳng hạn, đều được xem có hiệu lực trung hạn; còn các loại thuốc duy trì hoạt tính sinh học kéo dài từ 36 đến 54 giờ, như các mặt thuốc dexamethasone và betamethasone (tên TM lần lượt là Decadron và Celestone) chẳng hạn, đều được xếp vào loại có hiệu lực dài hạn.

Đối với liệu pháp ngắn hạn, nhất là khi dùng liều lượng thấp, các loại thuốc corticosteroid tác động toàn thân gây rất ít tác dụng phụ. Các tác dụng phụ này có thể là nhức đầu, dạ dày nôn nao, và giữ nước đôi chút. Ngược lại, dùng lâu dài với liều lượng cao thì các loại thuốc này gây ra rất nhiều tác dụng phụ có hại như huyết áp tăng vọt, loét dạ dày, giữ nước, lên cân, tình trạng bất bình thường về nồng độ điện giải trong huyết thanh⁴, kinh nguyệt không đều, chậm phát triển ở trẻ, và các rối loạn tâm lý. Các bác sĩ cố tránh hoặc tối thiểu hóa nguy cơ xảy ra các rắc rối này bằng cách chỉ định dùng thuốc theo phương thức cách nhật chứ không cho dùng hàng ngày, nhằm giúp cơ thể phục hồi trạng thái bình thường vào những ngày không dùng thuốc. Cuối cùng, bởi vì mức đường trong máu tăng lên do tác dụng của thuốc steroid, nên các bệnh nhân đái tháo thường phải được theo dõi đặc biệt cẩn thận khi cho dùng loại thuốc này. Thế nhưng, dù các nhược điểm vừa kể, các loại thuốc corticosteroid vẫn tỏ ra là loại thuốc công hiệu vô giá trong việc đối phó với nhiều bệnh dị ứng và bệnh tự miễn dịch cấp tính cũng như mạn tính khi được dùng dưới sự giám sát chặt chẽ của thầy thuốc.

LIỆU PHÁP MIỄN DỊCH

Liệu pháp miễn dịch⁵ còn được gọi là *giảm cảm ứng*⁶, có thể là một biện pháp hữu hiệu nhằm khống chế nhiều loại dị ứng khác nhau, nhất là các bệnh dị ứng theo mùa và quanh năm. Liệu pháp này thường được cứu xét khi liệu pháp dùng thuốc không đủ hiệu lực làm giảm các triệu chứng bệnh, khi các tác dụng phụ của thuốc khiến cho cơ

thể không sao chịu đựng nổi, khi các triệu chứng bệnh nghiêm trọng đến mức khiến cho người bệnh không sao làm việc, vui chơi, hoặc ngủ được thoải mái, và khi bệnh dị ứng đã trở thành mạn tính.

Nỗ lực giảm cảm thụ nhằm khiến cho hệ miễn dịch của cơ thể "có tính dung nạp" hơn (bớt phản ứng hơn) đối với các tác nhân dị ứng. Phương pháp này yêu cầu thoát tiên tiêm vào cơ thể các liều lượng thấp tác nhân dị ứng, và sau đó tăng các liều lượng ấy lên dần trong một thời gian từ vài ngày đến vài tuần hay vài tháng cho đến khi đạt được một liều lượng nhất định, mà ở mức này các lần tiêm định kỳ liên tục suốt năm hoặc các mũi tiêm tăng tác dụng liều thuốc tiêm trước đó sẽ ngăn chặn được sự phát tác các triệu chứng bất kỳ lúc nào gặp phải tác nhân dị ứng ấy. Phương pháp này thường đòi hỏi phải mất thời gian từ hai đến ba năm mới gặt hái được lợi ích tối đa. Đôi khi vì muốn người bệnh được nhanh chóng bảo vệ, bác sĩ chuyên khoa dị ứng sẽ có kế hoạch bằng cách tiêm một số liều lượng tăng dần trong một ngày duy nhất, hoặc tiêm các liều lượng tăng dần trong vài ngày. Dù kế hoạch dùng thuốc ra sao thì thành quả tối hậu vẫn là gia tăng sản sinh các kháng thể phong tỏa (IgG) có tác dụng bảo vệ nhằm chống lại các kháng thể gây dị ứng (IgE) có hại để ngăn chặn các kháng thể này thúc đẩy phóng thích histamin.

Một điều buồn cười là rủi ro chính của các mũi tiêm giảm cảm ứng là chính chúng lại có thể gây ra các cơn dị ứng hay thậm chí cơ thể gây ra tình trạng phản vệ khả dĩ nguy hiểm đến tính mệnh. Vì lý do này, các bác sĩ thường

một mực buộc bệnh nhân phải ở lại phòng mạch để theo dõi ít nhất nửa giờ sau khi tiêm thuốc. Tuy nhiên, các phản ứng như thế hiếm khi xảy ra khi các liều lượng được điều chỉnh chính xác và liều lượng các mũi tiêm gia tăng rất chậm. Nói chung, nhược điểm chính của giảm cảm ứng là phải chịu tốn kém và bất tiện vì phải đến phòng mạch thường xuyên.

Không may, liệu pháp miễn dịch không trị lành bệnh dị ứng, và nó cũng không nhất thiết gặt hái thành công trong việc đối phó với mọi tình trạng dị ứng. Và ngay trong trường hợp thành công, nó cũng không dập tắt hoàn toàn mọi triệu chứng dị ứng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp như trường hợp chữa trị chứng sốt cỏ khô (dị ứng với phấn hoa loài cỏ phấn hương), nếu có đủ thời gian phát huy tác dụng thì liệu pháp giảm cảm thụ tỏ ra rất hiệu nghiệm, tỷ lệ thành công lên đến 80%. Nó cũng rất hiệu quả trong việc chữa trị dị ứng với nọc độc của côn trùng, tối thiểu hóa nguy cơ tử vong cho những người dễ phản ứng với các loại nọc độc này.

*

* *

Phải thừa nhận rằng trong 25 năm vừa qua người ta đã chứng kiến những thành tựu to lớn trong lĩnh vực phòng ngừa, chẩn đoán, và chữa trị bệnh dị ứng. [Trong khi ít người chịu tin rằng các phương pháp điều trị hiện nay của chúng ta đã hoàn thiện nhất trong lãnh vực này], thì có lẽ hầu hết đều tán thành rằng hiện nay chúng ta có khả năng làm giảm nhẹ nỗi đau khổ vì bệnh dị ứng bằng

nhiều liệu pháp đơn giản và tương đối ít tốn kém. Các công trình nghiên cứu đang tiến hành trong các lãnh vực chuyên khoa bệnh ngoài da, dị ứng, và miễn dịch học hứa hẹn gặt hái được các liệu pháp còn hiệu quả hơn nữa nhằm phòng ngừa và đối phó bệnh dị ứng trong một tương lai không xa.

❧

BỆNH DỊCH
PHÒNG NGỪA & TRỊ LIỆU
DS : Vũ Đức Minh - Hồ Kim Chung (Biên dịch)

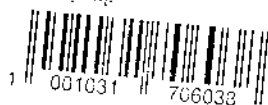
Chịu trách nhiệm xuất bản : **DS. HOÀNG TRỌNG QUANG**
Biên tập : **BS. MINH ĐỨC - BS. THANH LAM**
Sửa bản in : **THANH HUYỀN**
Vẽ bìa : **VIỆT HẢI**

61 - 615.9

YH.99 253.99

In 1.000 cuốn khổ 14,5 x 20,5, tại Xí Nghiệp In Quận I
161 - 163 Bến Chương Dương - Q.I - Tp. Hồ Chí Minh.
Giấy phép xuất bản số : 253/XB-QLXB, ngày 02-04-99
In xong và nộp lưu chiểu tháng 01-2000.

hệ thống



1 001031

706038

32.000 VND

Giá : 32.000đ