VIÊM NANG LÔNG (FOLLICULITIS)

David C. Cadena Jr., MD

CƠ BẢN

MÔ TẢ

- Viêm nang lông (1). Các thể phụ gồm viêm quanh nang lông (perifolliculitis) và giả viêm nang lông (pseudofolliculitis), xảy ra ở vùng quanh nang lông.
- Có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể có lông/tóc.
- Triệu chứng thường gặp nhất là ngứa.
- Mụn mủ, mụn nước, hoặc sẩn-mụn mủ màu hồng/đỏ, không đau hoặc đau, kích thước tới 5 mm.
- Nguyên nhân thường gặp nhất là nhiễm trùng:
    - Vi khuẩn Staphylococcus aureus.
    - Pseudomonas aeruginosa gây nhiễm ở vùng da tiếp xúc với bồn tắm nước nóng, hồ bơi vệ sinh kém, hoặc nước bị nhiễm khuẩn.
    - Aeromonas hydrophila liên quan đến tiếp xúc nước giải trí.
    - Nấm (dermatophyte, Pityrosporum, Candida).
    - Virus (VZV, virus herpes simplex [HSV]).
    - Ký sinh trùng (mạt Demodex spp., schistosome).
- Các thể không do nhiễm trùng:
    - Viêm nang lông dạng trứng cá.
    - Viêm nang lông nông do ánh sáng.
    - Trứng cá thông thường (acne vulgaris).
    - Viêm nang lông dạng sẹo lồi.
    - Viêm nang lông rụng tóc (folliculitis decalvans).
    - Viêm da quanh miệng.
    - Bệnh Fox-Fordyce.
    - Viêm nang lông ngứa của thai kỳ.
    - Viêm nang lông mụn mủ tăng bạch cầu ái toan (ba thể: bệnh Ofuji ở bệnh nhân gốc Á, thể liên quan HIV dương tính/suy giảm miễn dịch, thể ở trẻ nhũ nhi).
    - Hồng ban nhiễm độc ở trẻ sơ sinh.
    - Viêm nang lông tăng bạch cầu ái toan (gặp ở bệnh nhân HIV dương tính/suy giảm miễn dịch).
    - U nhầy nang lông.
- Các rối loạn da khác có thể gây tổn thương dạng nang lông:
    - Giả viêm nang lông vùng râu (pseudofolliculitis barbae): biểu hiện tương tự; xảy ra sau khi cạo râu; thường gọi là 'mụn cạo râu', gặp thường xuyên hơn ở nam giới da đen.
    - Viêm da cơ địa.
    - Vảy nến dạng nang lông.
    - Trứng cá đỏ (rosacea).

DỊCH TỄ HỌC

Ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi, giới tính, và chủng tộc; người gốc Phi có xu hướng dễ mắc một số thể viêm nang lông nhất định hơn.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

Các yếu tố làm dễ mắc viêm nang lông

- Người mang tụ cầu mạn tính.
- Đái tháo đường.
- Suy dinh dưỡng.
- Bệnh da gây ngứa (ví dụ: ghẻ, chàm).
- Tiếp xúc với hồ bơi/bồn tắm nước nóng khử clo kém hoặc nước nhiễm P. aeruginosa, A. hydrophila, hoặc schistosome.
- Sử dụng corticosteroid dạng băng bịt kín (occlusive) (trong nhiều giờ).
- Vi khuẩn:
    - Thường gặp nhất do S. aureus (số ca tụ cầu vàng kháng methicillin [MRSA] ngày càng tăng).
    - Cũng có thể do liên cầu, Pseudomonas (sau khi tiếp xúc nước nhiễm loài này), hoặc Proteus.
    - Có thể tiến triển thành nhọt (furunculosis) (nốt mụn mủ đau, hoại tử trung tâm, để lại sẹo vĩnh viễn sau khi lành).
- Nấm:
    - Dermatophyte (nấm da đầu, nấm da thân, nấm bàn chân).
    - Pityrosporum (Pityrosporum orbiculare) thường gặp ở thanh thiếu niên và nam giới, chủ yếu ở ngực trên và lưng.
    - Candida albicans, tuy hiếm gặp, đã được báo cáo liên quan đến sử dụng kháng sinh phổ rộng, dùng glucocorticoid, suy giảm miễn dịch, và ở người lạm dụng heroin, dẫn đến nhiễm nấm Candida huyết gây mụn mủ và nốt ở vùng có lông.
- Virus:
    - HSV.
    - U mềm lây.
- Ký sinh trùng:
    - Mạt Demodex (thường gặp nhất là Demodex folliculorum), thường ở vùng rãnh mũi má.
    - Schistosome (ngứa do bơi lội - swimmer's itch).
- Thể dạng trứng cá thường do thuốc gây ra (corticosteroid toàn thân và tại chỗ, lithium, isoniazid, rifampin), thuốc ức chế EGFR.
- Thiếu vitamin C nặng, bệnh scorbut.
- Thể nông do ánh sáng xảy ra trong vòng 24–48 giờ sau khi phơi nắng, gây nhiều mụn mủ nang lông ở vai, thân mình, và cánh tay.
- Trứng cá thông thường.
- Viêm nang lông dạng sẹo lồi là bệnh mạn tính, chủ yếu ảnh hưởng bệnh nhân da đen; xảy ra ở cổ và da đầu vùng chẩm, gây sẹo phì đại và rụng tóc; thường là hậu quả của viêm nang lông vùng râu không được kiểm soát.
- Viêm nang lông rụng tóc là viêm nang lông mạn tính dẫn đến sẹo tiến triển và rụng tóc da đầu.
- Trứng cá đỏ gồm các sẩn, mụn mủ, và/hoặc giãn mạch ở mặt; có yếu tố di truyền; có thể nhầm lẫn với viêm nang lông.
- Bệnh Fox-Fordyce ảnh hưởng vùng da chứa tuyến mồ hôi đầu vú (ví dụ: hố nách), gây các sẩn dạng nang lông mạn tính, ngứa, hình vòng.

- Viêm nang lông mụn mủ tăng bạch cầu ái toan có ba thể: cổ điển (bệnh Ofuji), liên quan nhiễm HIV, và thể ở trẻ nhũ nhi.
- Hồng ban nhiễm độc ở trẻ sơ sinh là phát ban mụn mủ tự giới hạn, thường xuất hiện trong 3–4 ngày đầu đời và mờ dần trong 2 tuần tiếp theo.
- Nhiễm Malassezia ở nam giới trưởng thành với tổn thương ở thân mình (2).

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Loại bỏ lông (cạo, nhổ, tẩy lông bằng sáp, dùng chất tẩy lông).
- Các bệnh da gây ngứa khác: chàm, ghẻ.
- Băng bịt kín hoặc quần áo bó chẽn.
- Đổ mồ hôi.
- Bản thân mang tụ cầu hoặc tiếp xúc với người nhiễm MRSA.
- Đái tháo đường.
- Suy giảm miễn dịch (do thuốc, hóa trị, HIV).
- Sử dụng bồn tắm nước nóng hoặc phòng xông hơi.
- Sử dụng thuốc ức chế EGFR.
- Sử dụng kháng sinh kéo dài (viêm nang lông do vi khuẩn Gram âm).
- Người xăm hình.

PHÒNG NGỪA CHUNG

- Thực hành vệ sinh tốt:
    - Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng kháng khuẩn.
    - Giặt khăn, quần áo, và ga trải giường thường xuyên bằng nước nóng để tránh tái nhiễm.
- Thực hành loại bỏ lông đúng cách:
    - Tẩy da chết trước khi cạo/tẩy lông.
    - Dùng nước hoa mộc tê (witch hazel), cồn, hoặc Tend Skin sau khi cạo/tẩy lông.
    - Cạo theo hướng mọc của lông; dùng gel cạo râu và kem dưỡng ẩm.
    - Giảm tần suất cạo lông.
    - Ưu tiên dùng tông đơ, hoặc dao cạo một lưỡi nếu muốn cạo sát.

CÁC BỆNH LÝ LIÊN QUAN THƯỜNG GẶP

- Chốc lở.
- Ghẻ.
- Trứng cá.
- Vảy nến dạng nang lông.
- Chàm.
- Khô da.
- Tình trạng mang tụ cầu/MRSA.

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Gần đây có sử dụng bồn tắm nước nóng, hồ bơi, corticosteroid tại chỗ, các thực hành tạo kiểu tóc và cạo lông nhất định, kháng sinh hoặc corticosteroid toàn thân.
- Tình trạng HIV.
- Tiền sử bệnh lây truyền qua đường tình dục (đặc biệt là giang mai).
- Tiếp xúc MRSA/tình trạng mang mầm bệnh.
- Môi trường sống và làm việc (khả năng phơi nhiễm/nguy cơ).
- Viêm nang lông do Pityrosporum thường gặp hơn ở khí hậu ấm, ẩm.
- Hỏi về thời gian diễn tiến của tổn thương, bao gồm các đợt tương tự trước đây.

KHÁM THỰC THỂ

- Tổn thương đặc trưng là mụn nước, mụn mủ, hoặc sẩn viêm rộng 1–5 mm kèm ban đỏ xung quanh.
- Phát ban xảy ra ở vùng da có lông, đặc biệt là mặt (vùng râu), phần gần chi, da đầu, và vùng mu.
- Viêm nang lông do Pseudomonas biểu hiện dưới dạng phát ban lan rộng, chủ yếu ở thân mình và chi.
- Trong giả viêm nang lông vùng râu, lông mọc cong lại và đâm xuyên vào da tại vùng đã cạo.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Trứng cá thông thường/phát ban dạng trứng cá.
- Côn trùng cắn.
- Viêm da tiếp xúc.
- Viêm da quanh miệng.
- Nhiễm nấm Candida ở da.
- Milia (nang kê).
- Viêm da cơ địa.
- Vảy nến dạng nang lông.
- Viêm tuyến mồ hôi mủ (hidradenitis suppurativa).

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & PHIÊN GIẢI

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh)

- Có thể chẩn đoán trên lâm sàng, dựa vào yếu tố nguy cơ, bệnh sử, và vị trí tổn thương.
- Có thể cấy và nhuộm Gram đối với các tổn thương lớn khi chích rạch hoặc mở mụn mủ.
- Soi tươi KOH cũng như soi đèn Wood để xác định Candida hoặc nấm men.
- Phết Tzanck khi nghi ngờ cao viêm nang lông do virus herpes simplex.
- Có thể thực hiện siêu âm khi nghi ngờ nhiễm trùng sâu hơn.

Xét nghiệm theo dõi & Cân nhắc đặc biệt

- Nếu có yếu tố nguy cơ hoặc nghi ngờ lâm sàng, cân nhắc xét nghiệm huyết thanh học HIV hoặc giang mai.
- Nếu tái phát, cân nhắc xét nghiệm HIV và HbA1C/đường huyết đói để đánh giá đái tháo đường.
- Cân nhắc sinh thiết bấm (punch biopsy) khi chẩn đoán không chắc chắn.
- Điều trị theo kết quả cấy vi khuẩn dương tính, dựa trên độ nhạy kháng sinh.
- Huyết thanh HIV dương tính: theo dõi số lượng CD4 và sinh thiết bấm để loại trừ viêm nang lông tăng bạch cầu ái toan.

ĐIỀU TRỊ

BIỆN PHÁP CHUNG

- Tổn thương thường tự hồi phục.
- Tránh cạo và tẩy lông vùng bị ảnh hưởng (3)[C].
- Có thể chườm ấm 3 lần/ngày.
- Kháng sinh toàn thân thường không cần thiết.
- Có thể dùng mupirocin bôi tại chỗ khi nghi ngờ nhiễm S. aureus (4)[B].
- Thuốc kháng nấm bôi tại chỗ cho viêm nang lông do nấm (2)[B].
- Các biện pháp phòng ngừa:
    - Xà phòng kháng khuẩn (xà phòng Dial, chlorhexidine, hoặc rửa bằng benzoyl peroxide khi tắm).
    - Tắm nước pha thuốc tẩy (bleach bath) (nửa cốc thuốc tẩy 6% cho một bồn tắm tiêu chuẩn, ngâm 5–15 phút, sau đó xả nước, thực hiện 1–2 lần/tuần).
    - Giữ da nguyên vẹn; chăm sóc da hằng ngày bằng kem dưỡng ẩm không gây bít tắc lỗ chân lông; tránh gãi.
    - Tránh chấn thương da: dùng dao cạo điện nếu có thể.
    - Vệ sinh dụng cụ cạo hằng ngày hoặc dùng dao cạo dùng một lần, bỏ đi sau khi dùng (5)[B].
    - Thay khăn lau mặt, khăn tắm, và ga giường hằng ngày.

THUỐC

Chăm sóc sát khuẩn và hỗ trợ thường là đủ. Có thể dùng kháng sinh toàn thân nhưng hiệu quả còn chưa chắc chắn.

Lựa chọn đầu tay

- Viêm nang lông do tụ cầu:
    - Mỡ mupirocin bôi 3 lần/ngày trong 10 ngày.
    - Cephalosporin (cephalexin): 250–500 mg uống 4 lần/ngày trong 7–10 ngày.
    - Dicloxacillin: 250–500 mg uống 4 lần/ngày trong 7–10 ngày.
- Đối với MRSA:
    - Bactrim DS: 1–2 viên (160 mg/800 mg) uống 2 lần/ngày trong 5–10 ngày.
    - Clindamycin: 300 mg uống 3 lần/ngày trong 10–14 ngày.
    - Minocycline: 200 mg uống liều khởi đầu, sau đó 100 mg uống 2 lần/ngày trong 5–10 ngày.
    - Doxycycline: 50–100 mg uống 2 lần/ngày trong 5–10 ngày.
- Viêm nang lông do Pseudomonas:
    - Ngâm tắm bằng dung dịch acid acetic pha loãng tại chỗ.
    - Ciprofloxacin: 500–750 mg uống 2 lần/ngày trong 7–14 ngày, chỉ dùng nếu bệnh nhân suy giảm miễn dịch hoặc tổn thương dai dẳng.
- Viêm nang lông tăng bạch cầu ái toan/viêm nang lông mụn mủ tăng bạch cầu ái toan:
    - Điều trị HAART cho các nguyên nhân liên quan HIV dương tính. Cân nhắc chuyển đến trung tâm điều trị phù hợp.
    - Corticosteroid bôi tại chỗ độ mạnh cao cho tình trạng viêm.
    - Thuốc kháng histamine (hydroxyzine, cetirizine) để kiểm soát ngứa.
    - Có thể cân nhắc: tacrolimus bôi tại chỗ 2 lần/ngày, hoặc
    - Isotretinoin 0.5 mg/kg/ngày uống, cần thận trọng.
    - Itraconazole hoặc metronidazole.
- Viêm nang lông do nấm:

        - Thuốc kháng nấm tại chỗ: kem hoặc dầu gội ketoconazole 2%, hoặc dầu gội selenium sulfide, dùng hằng ngày; hoặc
        - Kem econazole bôi vùng tổn thương 2 lần/ngày trong 2–3 tuần.
            - Thuốc kháng nấm toàn thân cho trường hợp tái phát: fluconazole (100–200 mg/ngày trong 3 tuần) hoặc itraconazole (200 mg/ngày trong 1 tuần) hoặc griseofulvin (500 mg/ngày trong 2–4 tuần).
            - Không dùng ketoconazole đường uống do nguy cơ suy gan.
- Viêm nang lông do ký sinh trùng:
    - Permethrin 5%: bôi vùng tổn thương, để 8 giờ, sau đó rửa sạch.
    - Ivermectin: 200 µg/kg uống, lặp lại sau 1–2 tuần nếu bôi tại chỗ không hiệu quả.
- Viêm nang lông do herpes:
    - Valacyclovir: 500 mg uống 3 lần/ngày trong 5–10 ngày; hoặc
    - Famciclovir: 500 mg uống 3 lần/ngày trong 5–10 ngày; hoặc
    - Acyclovir: 200 mg uống 5 lần/ngày trong 5–10 ngày.

VẤN ĐỀ CẦN HỘI CHẨN/CHUYỂN TUYẾN

Các trường hợp không điển hình hoặc dai dẳng nên được sinh thiết và sau đó chuyển khám chuyên khoa da liễu.

ĐIỀU TRỊ BỔ SUNG

- Luôn cập nhật thông tin: có thể dùng que thử để kiểm tra nồng độ clo trong bồn tắm nước nóng và hồ bơi. Điều này giúp xác định mức clo phù hợp.
- Cả bồn tắm nước nóng và hồ bơi nên có độ pH từ 7.2–7.8.

PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT KHÁC

Rạch và dẫn lưu hiếm khi cần thiết và thường không được ưu tiên do có khả năng để lại sẹo.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN CÁO THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

- Các trường hợp kháng trị nên được tái khám mỗi 2 tuần cho đến khi khỏi bệnh.
- Cân nhắc điều trị toàn thân kịp thời cho các trường hợp diễn tiến nặng hơn.

CHẾ ĐỘ ĂN

Theo dõi lượng calo ở bệnh nhân béo phì; giảm cân sẽ làm giảm nguy cơ chấn thương da và căng da.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Tránh cạo lông ở vùng tổn thương.
- Theo dõi tình trạng bồn tắm nước nóng và hồ bơi.

TIÊN LƯỢNG

- Thường hồi phục khi điều trị; tuy nhiên, người mang S. aureus có thể tái phát.
- Điều trị mupirocin ở mũi cho tình trạng mang mầm bệnh và cho các thành viên gia đình có thể hữu ích.

- Các trường hợp kháng trị hoặc nặng có thể cần xét nghiệm tìm đái tháo đường hoặc suy giảm miễn dịch (HIV).

BIẾN CHỨNG

- Biến chứng chính là viêm nang lông tái phát.
- Sẹo lan rộng kèm tăng sắc tố.
- Tiến triển thành nhọt hoặc áp xe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Laureano A, Schwartz RA, Cohen P. Facial bacterial infections: folliculitis. Clin Dermatol. 2014;32(6):711–714.

2. Song HS, Kim SK, Kim YC. Comparison between Malassezia folliculitis and non-Malassezia folliculitis. Ann Dermatol. 2014;26(5):598–602.

3. Khanna N, Chandramohan K, Khaitan BK, et al. Post waxing folliculitis: a clinicopathological evaluation. Int J Dermatol. 2014;53(7):849–854.

4. Lopez FA, Lartchenko S. Skin and soft tissue infections. Infect Dis Clin North Am. 2006;20(4):759–772.

5. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2014;59(2):147–159.

ĐỌC THÊM

- Böer A, Herder N, Winter K, et al. Herpes folliculitis: clinical, histopathological, and molecular pathologic observations. Br J Dermatol. 2006;154(4):743–746.
- Brooke RC, Griffiths CE. Folliculitis decalvans. Clin Exp Dermatol. 2001;26(1):120–122.
- Centers for Disease Control and Prevention. Rashes. https://www.cdc.gov/healthywater/swimming/swimmers/rwi/rashes.html. Truy cập ngày 31/10/2018.
- Ellis E, Scheinfeld N. Eosinophilic pustular folliculitis: a comprehensive review of treatment options. Am J Clin Dermatol. 2004;5(3):189–197.
- Fiorillo L, Zucker M, Sawyer D, et al. The Pseudomonas hot-foot syndrome. N Engl J Med. 2001;345(5):335–338.
- Fridkin SK, Hageman JC, Morrison M, et al; for Active Bacterial Core Surveillance Program of the Emerging Infections Program Network. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus disease in three communities. N Engl J Med. 2005;352(14):1436–1444.
- Luelmo-Aguilar J, Santandreu MS. Folliculitis: recognition and management. Am J Clin Dermatol. 2004;5(5):301–310.
- Nervi SJ, Schwartz RA, Dmochowski M. Eosinophilic pustular folliculitis: a 40 year retrospect. J Am Acad Dermatol. 2006;55(2):285–289.
- Parsad D, Saini R, Negi KS. Short-term treatment of pityrosporum folliculitis: a double blind placebo-controlled study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 1998;11(2):188–190.

XEM THÊM

Thuật toán: Phát ban (Rash).

MÃ BỆNH

ICD10

- L73.9 Rối loạn nang lông, không xác định.
- L66.2 Viêm nang lông rụng tóc (folliculitis decalvans).
- L73.8 Rối loạn nang lông khác được xác định.

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- Tổn thương viêm nang lông thường là các cụm sẩn và mụn mủ đỏ, ngứa, kích thước 1–5 mm, bao quanh nang lông.
- Nguyên nhân thường gặp nhất là S. aureus. Nếu cộng đồng có tỷ lệ MRSA gia tăng, nên cân nhắc điều trị kháng MRSA.
    - Việc giáo dục bệnh nhân về kỹ thuật vệ sinh và chăm sóc da đúng cách để phòng ngừa các trường hợp mạn tính hoặc tái phát là cực kỳ quan trọng.