VIÊM DA TIẾP XÚC (DERMATITIS, CONTACT)

Konstantinos E. Deligiannidis, MD, MPH, FAAFP

CƠ BẢN

MÔ TẢ

- Phản ứng da đối với một chất từ bên ngoài
- Mỗi loại có cơ chế khác nhau, trong khi biểu hiện lâm sàng lại giống nhau (1).
- Viêm da kích ứng nguyên phát (ID) là hậu quả của tổn thương trực tiếp lên lớp sừng do hóa chất hoặc tác nhân vật lý, xảy ra nhanh hơn khả năng tự phục hồi của da, dẫn đến phản ứng viêm da không qua trung gian miễn dịch. Không cần có sự nhạy cảm hóa trước đó (2). ID xảy ra ngay lập tức hoặc trong vòng 48 giờ sau khi tiếp xúc.
- Viêm da tiếp xúc dị ứng (ACD) chỉ ảnh hưởng những người đã từng nhạy cảm hóa với một chất trước đó. Đây là phản ứng quá mẫn muộn, cần vài giờ đến vài ngày để chuỗi phản ứng miễn dịch tế bào biểu hiện ra (2).
- Cơ quan bị ảnh hưởng: da/tuyến ngoại tiết
- Tên đồng nghĩa: viêm da do chất độc (dermatitis venenata)

DỊCH TỄ HỌC

Thường gặp

Tỷ lệ mắc mới

Viêm da tiếp xúc nghề nghiệp chiếm tới 70% các trường hợp bệnh da nghề nghiệp và ảnh hưởng 20,5/100.000 người lao động mỗi năm theo một nghiên cứu tại Úc.

Tỷ lệ hiện mắc

- Người bán hoa, thợ làm tóc, đầu bếp, chuyên viên làm đẹp, và thợ vận hành máy gia công kim loại có tỷ lệ mắc cao nhất.
- Giới tính ưu thế: nam = nữ
  - Sự khác biệt do khác nhau về mức độ tiếp xúc với tác nhân gây bệnh cũng như sự khác biệt sinh lý da bình thường giữa nam và nữ (chức năng tuyến mồ hôi, tuyến bã và sự phân bố lông)

Lưu ý ở người cao tuổi

Tăng tỷ lệ viêm da kích ứng thứ phát do da khô

Lưu ý ở trẻ em

Tăng tỷ lệ dương tính với test áp da do phản ứng quá mẫn muộn tốt hơn (3)

NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

Phản ứng quá mẫn với một chất tạo ra đáp ứng miễn dịch tế bào

- Thực vật
  - Urushiol (dị ứng nguyên): cây sồi độc, cây sơn độc, cây sumac độc
  - Tiếp xúc nguyên phát: thực vật (rễ/thân/lá)
  - Tiếp xúc thứ phát: quần áo/móng tay (không phải dịch mụn nước — tổn thương đã hình thành không có khả năng lây nhiễm hay truyền bệnh)
- Hóa chất

  - Nickel: trang sức, khóa kéo, móc cài, và đồng hồ (4)
  - Kali dichromat: chất thuộc da trong ngành da
  - Paraphenylenediamin: thuốc nhuộm tóc, thuốc nhuộm lông thú, và hóa chất công nghiệp
  - Nhựa thông (turpentine): chất tẩy rửa, chất đánh bóng, và sáp
  - Xà phòng và chất tẩy rửa
- Thuốc bôi tại chỗ
  - Neomycin: kháng sinh bôi tại chỗ
  - Thimerosal (Merthiolate): chất bảo quản trong thuốc bôi
  - Thuốc tê: benzocain
  - Paraben: chất bảo quản trong thuốc bôi
  - Formalin: mỹ phẩm, dầu gội, và sơn móng tay

Di truyền học

Tăng tần suất ACD trong các gia đình có tiền sử dị ứng

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Nghề nghiệp
- Sở thích/thú vui
- Du lịch
- Mỹ phẩm
- Trang sức

DỰ PHÒNG CHUNG

- Tránh các tác nhân gây bệnh.
- Sử dụng găng tay bảo hộ (có lót vải cotton) có thể hữu ích.

CHẨN ĐOÁN

HỎI BỆNH SỬ

- Ban ngứa
- Đánh giá tiền sử tiếp xúc với chất gây kích ứng.

KHÁM LÂM SÀNG

- Cấp tính
  - Sẩn, mụn nước, bọng nước kèm ban đỏ xung quanh
  - Đóng vảy và rỉ dịch
  - Ngứa
- Mạn tính
  - Nền ban đỏ
  - Dày lên kèm lichen hóa
  - Bong vảy
  - Nứt da
- Phân bố
  - Nơi thượng bì mỏng hơn (mí mắt, bộ phận sinh dục)

  - Vùng tiếp xúc với tác nhân gây bệnh (ví dụ: sơn móng tay)
  - Lòng bàn tay và lòng bàn chân tương đối đề kháng hơn, mặc dù viêm da bàn tay thường gặp
  - Các nếp gấp da sâu thường được chừa lại
  - Các tổn thương xếp thành dãy thẳng
  - Tổn thương có bờ sắc nét và góc cạnh sắc là dấu hiệu đặc trưng.
  - Vùng ranh giới rõ với ban dạng sẩn-mụn nước

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Dựa trên ấn tượng lâm sàng
  - Hình thái, tính chu kỳ, và vị trí
- Các cụm mụn nước
  - Herpes simplex
- Tổn thương bọng nước hoặc mụn nước lan tỏa
  - Pemphigoid bọng nước
- Phân bố theo vùng tiếp xúc ánh sáng
  - Phản ứng độc quang/dị ứng quang với dị ứng nguyên toàn thân
- Mí mắt
  - Viêm da tiết bã
- Tổn thương chàm có vảy
  - Viêm da cơ địa
  - Chàm đồng tiền
  - Lichen đơn dạng mạn tính
  - Viêm da ứ đọng
  - Da khô (xerosis)
- Phản ứng Id (xem chương riêng)

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & GIẢI THÍCH KẾT QUẢ

Thủ thuật chẩn đoán/Khác

Cân nhắc test áp da khi nghi ngờ có tác nhân dị ứng (corticosteroid toàn thân hoặc sử dụng gần đây, tích cực corticosteroid tại chỗ có thể làm sai lệch kết quả).

Giải thích xét nghiệm

- Phù nề gian bào
- Bọng nước

ĐIỀU TRỊ

BIỆN PHÁP CHUNG

- Xác định và loại bỏ tác nhân gây bệnh (5)[C]:
  - Tránh tiếp xúc
  - Điều chỉnh công việc
  - Quần áo bảo hộ
  - Kem bảo vệ da, đặc biệt kem dưỡng ẩm chứa nhiều lipid (ví dụ: lotion Keri, petrolatum, dầu dừa)

- Ngâm/đắp tại chỗ bằng nước máy mát, dung dịch Burow (pha loãng 1:40), nước muối (1 muỗng cà phê/pint nước), hoặc dung dịch bạc nitrat
- Tắm nước ấm
- Tắm với bột yến mạch Aveeno
- Chất làm mềm da (petrolatum trắng, Eucerin)

ĐIỀU TRỊ THUỐC

Điều trị hàng đầu

- Thuốc bôi tại chỗ (4)[A]
  - Lotion kẽm oxit, bột talc, menthol 0,15% (Gold Bond), phenol 0,5%
  - Corticosteroid dùng cho cả ACD và ID
- Corticosteroid hiệu lực cao: fluocinonid (Lidex) gel, kem hoặc thuốc mỡ 0,05%, dùng 3–4 lần/ngày
- Chỉ dùng corticosteroid hiệu lực cao trong thời gian ngắn, sau đó chuyển sang kem hoặc thuốc mỡ corticosteroid hiệu lực thấp hoặc trung bình. Tránh dùng hằng ngày kéo dài (6)[C].
- Thận trọng ở vùng mặt/nếp gấp da: Dùng corticosteroid hiệu lực thấp hơn (4)[C] và tránh sử dụng kéo dài. Chuyển sang corticosteroid tại chỗ hiệu lực thấp hơn ngay khi giai đoạn cấp đã được kiểm soát.
- Lotion calamine để giảm triệu chứng
- Kháng sinh bôi tại chỗ cho nhiễm trùng thứ phát (bacitracin, erythromycin)
- Điều trị toàn thân
- Thuốc kháng histamin
- Hydroxyzin: 25–50 mg uống, 4 lần/ngày, đặc biệt hữu ích cho ngứa
- Diphenhydramin: 25–50 mg uống, 4 lần/ngày
- Cetirizin: 10 mg uống, 2–3 lần/ngày
- Corticosteroid
  - Prednisone: giảm liều bắt đầu từ 60–80 mg/ngày đường uống, trong 10–14 ngày, đôi khi 21 ngày.
  - Dùng cho các trường hợp trung bình đến nặng, đặc biệt liên quan đến mặt hoặc bộ phận sinh dục
  - Có ít bằng chứng công bố để so sánh thời gian điều trị phù hợp, nhưng kinh nghiệm lâm sàng cho thấy các đợt điều trị ngắn (5–7 ngày) không đủ để ngăn ngừa viêm da bùng phát trở lại.
  - Điều trị tới 21 ngày cho ban nặng/lan rộng do tiếp xúc với dị ứng nguyên mạnh như urushiol (ví dụ: cây sồi độc) thường được khuyến nghị để ngăn ngừa tái xuất hiện viêm da khi giảm liều (hiện tượng bùng phát trở lại - rebound), mặc dù 14 ngày thường là đủ.
  - Có thể dùng liều nạp corticosteroid ngắn ngày trong tối đa 5 ngày với các tác nhân miễn dịch ít bền vững hơn hoặc viêm da mức độ nhẹ hơn
- Kháng sinh cho nhiễm trùng da thứ phát
  - Dicloxacillin: 250–500 mg uống, 4 lần/ngày trong 7–10 ngày
  - Amoxicillin-clavulanat (Augmentin): 500 mg uống, 2 lần/ngày trong 7–10 ngày
  - Erythromycin: 250 mg uống, 4 lần/ngày ở bệnh nhân dị ứng penicillin
  - Trimethoprim-sulfamethoxazol (Bactrim DS): 160 mg/800 mg (1 viên) uống, 2 lần/ngày trong 7–10 ngày (nghi ngờ tụ cầu vàng kháng thuốc)
- Thận trọng
  - Thuốc kháng histamin có thể gây buồn ngủ.
  - Sử dụng kéo dài corticosteroid tại chỗ hiệu lực mạnh có thể gây tác dụng phụ tại chỗ trên da (teo da, rạn da, giãn mạch).
  - Dùng liều giảm dần đối với corticosteroid đường uống nếu sử dụng >5 ngày.

Điều trị hàng hai

Các kháng sinh khác tại chỗ hoặc toàn thân, tùy theo tác nhân gây bệnh và độ nhạy cảm

Lưu ý khi mang thai

Thận trọng thông thường với thuốc

VẤN ĐỀ CHUYỂN TUYẾN

Có thể cần chuyển đến bác sĩ da liễu hoặc bác sĩ dị ứng nếu kháng trị với điều trị thông thường

Y HỌC BỔ SUNG & THAY THẾ

Việc sử dụng các phương pháp điều trị bổ sung và thay thế chỉ mang tính hỗ trợ, không thay thế cho điều trị thông thường.

CÂN NHẮC NHẬP VIỆN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ ĐIỀU DƯỠNG

Hiếm khi cần nhập viện

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN NGHỊ THEO DÕI

Duy trì hoạt động, nhưng tránh quá nóng.

Theo dõi bệnh nhân

- Theo dõi khi cần thiết đối với tái phát
- Test áp da để tìm nguyên nhân sau khi bệnh đã ổn định

CHẾ ĐỘ ĂN

Không có chế độ ăn đặc biệt

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Tránh tiếp xúc với chất gây kích ứng
- Vệ sinh các nguồn tiếp xúc thứ phát (móng tay, quần áo)
- Quan niệm sai lầm về việc dịch mụn nước có thể lây lan bệnh

TIÊN LƯỢNG

- Tự giới hạn
- Lành tính
- 55% bệnh nhân vẫn còn viêm da tiếp xúc sau 2 năm kể từ khi chẩn đoán.
- Ban ít có khả năng cải thiện hơn ở những người vẫn tiếp tục làm cùng nghề hoặc nghề tương tự
- Thời gian tiếp xúc kéo dài và cơ địa dị ứng là các yếu tố tiên lượng xấu.

BIẾN CHỨNG

- Ban lan tỏa thứ phát do tự nhạy cảm hóa
- Nhiễm khuẩn thứ phát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sultan TA, Hatem AMA. Management of contact dermatitis. J Dermatol Dermatol Surg. 2015;19(2):86–91.

2. Tan CH, Rasool S, Johnston GA. Contact dermatitis: allergic and irritant. Clin Dermatol. 2014;32(1):116–124.

3. Admani S, Jacob SE. Allergic contact dermatitis in children: review of the past decade. Curr Allergy Asthma Rep. 2014;14(4):421.

4. Usatine RP, Riojas M. Diagnosis and management of contact dermatitis. Am Fam Physician. 2010;82(3):249–255.

5. Fonacier L, Bernstein DI, Pacheco K, et al. Contact dermatitis: a practice parameter—update 2015. J Allergy Clin Immunol Pract. 2015;3(3 Suppl):S1–S39. doi:10.1016/j.jaip.2015.02.009.

6. Nassau S, Fonacier L. Allergic contact dermatitis. Med Clin North Am. 2020;104(1):61–76.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Martin SF. Contact dermatitis: from pathomechanisms to immunotoxicology. Exp Dermatol. 2012;21(5):382–389.
- Pelletier JL, Perez C, Jacob SE. Contact dermatitis in pediatrics. Pediatr Ann. 2016;45(8):e287–e292.
- Rashid RS, Shim TN. Contact dermatitis. BMJ. 2016;353:i3299.

XEM THÊM

Sơ đồ: Phát ban

MÃ ICD

ICD10

- L25.9 Viêm da tiếp xúc không xác định, nguyên nhân không xác định
- L23.9 Viêm da tiếp xúc dị ứng, nguyên nhân không xác định
- L25.5 Viêm da tiếp xúc không xác định do thực vật, trừ thực phẩm

ĐIỂM LƯU Ý LÂM SÀNG

- Thường xảy ra ở bàn tay và mặt
- Bất kỳ ai tiếp xúc với chất kích ứng hoặc chất gây dị ứng đều có nguy cơ mắc viêm da tiếp xúc, đặc biệt ở những nghề có mức độ tiếp xúc hóa chất cao.
- Các dị ứng nguyên phổ biến nhất gây viêm da tiếp xúc là các loài thực vật thuộc chi Toxicodendron (cây sồi độc, cây sơn độc, cây sumac độc).
- Viêm da do cây sồi độc thường cần 10–14 ngày (đôi khi lâu hơn) điều trị corticosteroid tại chỗ hoặc toàn thân để ngăn ngừa ban tái phát.
- Trên toàn thế giới, nickel là dị ứng nguyên hàng đầu được phát hiện qua test áp da gây ACD.
- Điều trị thông thường cho viêm da tiếp xúc là tránh dị ứng nguyên hoặc chất kích ứng và sử dụng corticosteroid tại chỗ tạm thời.
- Ban trong viêm da tiếp xúc biểu hiện theo hình dạng địa lý không theo phân bố da (dermatom) do vùng da tiếp xúc trực tiếp với nguồn tác nhân bên ngoài.