

VIÊM DA TIẾP XÚC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm da tiếp xúc là phản ứng của cơ thể đối với tác nhân bên ngoài, do hoạt tính của chất gây kích ứng *không liên quan đến đáp ứng miễn dịch* qua trung gian tế bào T, hoặc *dị nguyên liên quan đến đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào*.
- Viêm da tiếp xúc có thể phân thành những loại sau:

Khó chịu chủ quan: cảm giác châm chích và đau nhức, xảy ra nhanh trong vòng vài phút sau khi tiếp xúc, thường gặp ở mặt nhưng không thấy thương tổn. Thường gặp ở mỹ phẩm hay kem chống nắng.

Viêm da tiếp xúc kích ứng cấp tính: thường hậu quả của một lần tiếp xúc quá nhiều hoặc một vài lần tiếp xúc ngắn với chất kích ứng mạnh hoặc các chất ăn mòn.

Viêm da tiếp xúc kích ứng mạn tính: xảy ra sau tiếp xúc lặp lại với chất kích ứng yếu hơn. Chất kích ứng yếu có thể “ấm ướt” như chất tẩy rửa, dung môi hữu cơ, xà phòng, axit yếu và chất kiềm, hoặc “khô” như không khí có độ ẩm thấp, nhiệt, bột và bụi.

Viêm da tiếp xúc dị ứng: liên quan đến độ nhạy cảm của hệ thống miễn dịch với dị nguyên đặc hiệu hoặc dị nguyên dẫn đến viêm da hay làm nặng thêm tình trạng viêm da trước đó.

Viêm da tiếp xúc nặng lên do ánh sáng, dị ứng ánh sáng và do ngộ độc ánh sáng: Một vài dị nguyên là dị nguyên ánh sáng. Luôn không dễ để phân biệt giữa phản ứng ngộ độc ánh sáng với dị ứng ánh sáng.

Viêm da tiếp xúc toàn thân: gặp sau khi toàn thân tiếp xúc với chất đó, thường là thuốc mà chất này đã có quá mẫn tại chỗ trước đó.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của viêm da tiếp xúc (VDTX) do các chất trong môi trường. Các chất này đóng vai trò là chất kích ứng hay dị nguyên. Trên thực tế căn nguyên bệnh tồn tại đồng thời các yếu tố nội sinh, kích ứng và dị nguyên, đặc biệt trong chàm bàn tay và bàn chân. Quan trọng nhận biết đây là viêm da tiếp xúc kích ứng hay dị ứng

Khác nhau giữa viêm da tiếp xúc kích ứng và viêm da tiếp xúc dị ứng

	Kích ứng	Dị ứng
Nguy cơ	Mọi người	Thiên về di truyền
Cơ chế đáp ứng	Không liên quan miễn dịch; yếu tố vật lý và hóa học làm thay đổi lớp thượng bì.	Phản ứng quá mẫn chậm
Số lần tiếp xúc	Ít đến nhiều; tùy thuộc vào khả năng của hàng rào bảo vệ da	Một hoặc nhiều lần để gây quá mẫn
Bản chất của các chất	Dung môi hữu cơ, xà phòng	Hapten trọng lượng phân tử thấp (kim loại, formalin, cầu nối oxy)
Nồng độ gây ra	Thường cao	Có thể rất thấp
Cách thức khởi phát	Thường từ từ, khi hàng rào bảo vệ da bị tổn thương	Một khi đã cảm ứng, thường nhanh; 12 – 48 giờ sau tiếp xúc
Cách thức điều tra	Thử tránh tiếp xúc	Thử tránh tiếp xúc, patch test hoặc cả hai
Kiểm soát	Bảo vệ và giảm tần suất tiếp xúc	Tránh hoàn toàn

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Yếu tố thúc đẩy của viêm da tiếp xúc kích ứng:
 - Người có bệnh sử viêm da cơ địa có nguy cơ cao nhất.
 - Nghề có nguy cơ như thợ làm tóc, nhân viên y tế, nha sĩ, người cắm hoa, kỹ sư cơ khí, người bảo dưỡng xe hơi....
 - Khác: da trắng, khí hậu nhiệt độ thấp, độ ẩm thấp, kích ứng cơ học
 - VDTX kích ứng do xi măng bùng phát vào mùa hè hoặc khí hậu nóng ẩm.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng là yếu tố nguy cơ của VDTX dị ứng

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Dịch tễ học

- Bất cứ người nào, bất kỳ chủng tộc nào và cả hai giới, trong suốt cuộc đời có thể bị VDTX dị ứng. Giữa hai giới có thể khác nhau, về cơ bản do yếu tố tiếp xúc khác nhau, dị ứng với nickel thường ở nữ nhiều hơn vì họ tiếp xúc với nữ trang nhiều hơn.

- Nghề nghiệp và giải trí đóng vai trò quan trọng trong dịch tễ của VDTX dị ứng. Dị nguyên cũng khác nhau giữa các vùng miền.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng chiếm đa số trong viêm da tiếp xúc.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng là dạng bệnh da nghề nghiệp phổ biến nhất, chiếm khoảng 70 -80% của những rối loạn da do nghề nghiệp.
- Khi bị VDTX kích ứng ở bàn tay, tầm soát có ít nhất 1/3 người này bị VDTX dị ứng.

4.2. Lâm sàng

- Chẩn đoán viêm da tiếp xúc dựa bệnh sử, lâm sàng (thương tổn, vị trí, cách phân bố...) Mô học có thể giúp ích. Patch test giúp xác minh dị nguyên. Quan trọng chẩn đoán phân biệt VDTX kích ứng với VDTX dị ứng.
- **VDTX kích ứng: cấp tính** thương tổn da thay đổi từ hồng ban đến tạo mụn nước, ăn mòn da, phỏng với hoại tử. Hồng ban giới hạn rõ và phù nề tương ứng với nơi tiếp xúc chất kích ứng. **Mạn tính** thương tổn da là khô da → nứt nẻ → hồng ban → tăng sừng và tróc vảy → rãnh khe nứt và tạo mày. **Phân bố** đơn độc, tại chỗ rồi lan đến một vùng hoặc toàn thân tùy vào độc tính của tác nhân.
- **VDTX dị ứng:** Thương tổn da phụ thuộc vào độ nặng, vị trí và thời gian. **Cấp tính** thương tổn là mụn nước trên nền hồng ban giới hạn rõ và phù và/hay sẩn; trường hợp nặng bong nước, chọt xuất tiết và tạo mày. **Bán cấp** mảng hồng ban nhỏ, vảy khô, đôi khi đi kèm sẩn đỏ nhỏ đầu nhọn hoặc sẩn chắc tròn. **Mạn tính**, mảng lichen hóa, tróc vảy, sẩn nhỏ, tròn cứng hoặc sẩn đầu dẹt, vết trầy xước, hồng ban và tăng sắc tố. Xác định nơi tiếp xúc ban đầu. **Phân bố** đơn độc, tại chỗ rồi lan đến một vùng, toàn thân hoặc ngẫu nhiên hoặc vùng phơi bày.

* *Khác nhau giữa VDTX kích ứng và VDTX dị ứng*

		Viêm da tiếp xúc kích ứng	Viêm da tiếp xúc dị ứng
Triệu chứng	Cấp	Châm chích, đau → ngứa	Ngứa → đau
	Mạn	Ngứa/ đau	Ngứa/ đau
Thương tổn	Cấp	Hồng ban → mụn nước → vết chọt → đóng mày → vảy	Hồng ban → sẩn → mụn nước → vết chọt → đóng mày → vảy
	Mạn	Sẩn, mảng, rãnh nứt, vảy, mày	Sẩn, mảng, vảy, mày

Bờ thương tổn, vị trí	Cấp	<i>Bờ rõ, thương tổn tiếp giáp hoàn toàn với nơi tiếp xúc</i>	Bờ rõ, thương tổn tiếp giáp hoàn toàn với nơi tiếp xúc <i>nhưng lan ra ngoài biên; thường có những sẩn nhỏ; có thể bị toàn thân</i>
	Mạn	Giới hạn rõ	Giới hạn rõ, <i>lan rộng</i>
Tiền triển	Cấp	<i>Nhanh</i> (vài giờ sau khi tiếp xúc)	<i>Không quá nhanh</i> (12 – 72 giờ sau khi tiếp xúc)
	Mạn	Tiếp xúc lặp lại sau nhiều tháng đến nhiều năm	Nhiều tháng hoặc lâu hơn; nặng lên sau mỗi lần tái tiếp xúc
Nguyên nhân		<i>Phụ thuộc vào nồng độ của tác nhân và tình trạng của hàng rào bảo vệ da; chỉ xảy ra khi trên ngưỡng</i>	<i>Phụ thuộc tương đối vào lượng tiếp xúc, thường nồng độ rất thấp nhưng phụ thuộc vào mức độ mẫn cảm</i>
Tần suất		<i>Xảy ra trên tất cả mọi người</i>	<i>Chỉ xảy ra trên người mẫn cảm</i>

4.3. Cận lâm sàng

		Viêm da tiếp xúc kích ứng	Viêm da tiếp xúc dị ứng
Mô học	Cấp	Hoại tử tế bào thượng bì, tế bào neutrophil, tạo mụn nước và hoại tử.	Viêm với phù gian bào trong thượng bì (spongiosis), thâm nhiễm tế bào eosin, tế bào lympho trong thượng bì, và tế bào đơn nhân và mô bào ở lớp bì.
	Mạn	Tăng gai, tăng sừng, thâm nhiễm tế bào lympho	Phù lớp Malpighi kèm với tăng gai, mào thượng bì kéo dài, nhú bì kéo dài và rộng; tăng sừng; thâm nhiễm lympho
Patch test	Âm tính	Trừ khi có viêm da tiếp xúc dị ứng đi kèm	Sự quá mẫn trong viêm da tiếp xúc dị ứng có trên mỗi phần của da; do đó khi áp dị nguyên vào bất kỳ vùng da gây phản ứng chậm. Dương tính: hồng ban và sẩn, mụn nước tại nơi test

4.4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da tiếp xúc phân biệt với Asteotic dermatitis; chàm thể tạng; chàm dạng đồng tiền; Mycosis fungoides; Vẩy nến; Viêm da tiết bã.

- VDTX dị ứng phân biệt với VDTX kích ứng

5. ĐIỀU TRỊ

	Viêm da tiếp xúc kích ứng	Viêm da tiếp xúc dị ứng
Nguyên tắc điều trị	- Bảo vệ da tránh những chất kích ứng: tránh; bảo vệ; dùng các chất thay thế không kích ứng.	- Phát hiện và tránh các dị nguyên (thực hiện khó). + Thăm nơi làm việc giúp xác định nguồn dị nguyên tiếp xúc và cách thức để tránh. + Hàng rào bảo vệ kem - Corticosteroids tại chỗ, xà phòng thay thế, chất làm ẩm. Tacrolimus
Điều trị thứ nhất	- Bảo vệ da bằng phương pháp cơ học. - Giữ ẩm - Hàng rào bảo vệ kem - Corticosteroids tại chỗ - Ức chế calcineurin tại chỗ	- Ngăn ngừa tiếp xúc với dị nguyên + Corticosteroids tại chỗ + Giữ ẩm - Hàng rào bảo vệ kem - Ức chế calcineurin tại chỗ - Prednisolone - Kháng sinh tại chỗ và toàn thân <i>Dị ứng ánh sáng/ Viêm da tiếp xúc dị ứng</i> + Tránh ánh sáng từ ngoài + Kem chống nắng – tác nhân cơ học + Tacrolimus
Điều trị thứ hai	- Ciclosporin - UVB liệu pháp - PUVA liệu pháp	+ Azathioprine - Ciclosporin + PUVA/UVB

A. Viêm da tiếp xúc kích ứng

- Tránh tiếp xúc với các chất gây kích ứng hoặc các hóa chất bằng các phương tiện bảo vệ, như găng tay, kính, tẩm chân...
- Chất làm ẩm dùng rộng rãi và thường xuyên tăng giữ nước cho da, thành phần lipid của chất làm ẩm cải thiện hàng rào bảo vệ da bị tổn thương. Chất làm ẩm giàu lipid vừa phòng ngừa và điều trị VDTX kích ứng.
- **Cấp tính:** xác định và lấy đi tác nhân gây VDTX kích ứng
- + Đắp mát được dùng trong viêm cấp để ức chế tạo mụn nước và giảm viêm.

- Glucocorticoid tại chỗ loại I. Trong trường hợp nặng Glucocorticoid toàn thân có thể được chỉ định. Prednisone dùng trong 2 tuần, khởi đầu dùng 60mg, giảm dần mỗi 10mg mỗi lần.

- **Bán cấp và mạn:** xác định và lấy đi tác nhân gây VDTX kích ứng

- Glucocorticoid tại chỗ nhóm mạnh betamethasone dipropionate hoặc clobetasol propionate và bôi chất giữ ẩm đủ.

- + Khi lành tiếp tục bôi kem/ thuốc mỡ để giữ ẩm.

- + Ngay cả khi da nhìn thấy bình thường, khoảng 4 tháng hoặc hơn thì chức năng hàng rào bảo vệ da mới bình thường

- Pimecrolimus, tacrolimus tại chỗ có hiệu quả

B. Viêm da tiếp xúc dị ứng

- Xác định và lấy đi tác nhân gây viêm da tiếp xúc

- Đắp ướt/ nhúng vùng bị ảnh hưởng với dung dịch Burow (aluminum acetate), thuốc tím pha loãng 1/10.000.

- Glucocorticoid tại chỗ loại I đến III hiệu quả trong giai đoạn sớm.

- Ngoại trừ VDTX dị ứng theo đường không khí có thể cần điều trị toàn thân.

- Pimecrolimus, tacrolimus tại chỗ có hiệu quả

- Glucocorticoid toàn thân dùng trong trường hợp nặng (bệnh nhân không thể thực hiện chức năng hằng ngày như thường lệ, không thể ngủ); sang thương ri dịch.

6. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

Viêm da tiếp xúc kích ứng	Viêm da tiếp xúc dị ứng
<ul style="list-style-type: none"> - Cấp tính: tiên lượng tốt. Thường lành bệnh trong vòng 2 tuần khi tác nhân kích ứng bị loại bỏ. - Mạn tính: 6 tuần hoặc lâu hơn - Tạng dị ứng, chẩn đoán và điều trị trễ thì tiên lượng kém hơn. - 1/3 VDTX kích ứng do nghề nghiệp lành bệnh và phải chuyển sang nghề khác. 	<ul style="list-style-type: none"> - Khó đánh giá tiên lượng thật sự của VDTX dị ứng bởi vì không có dụng cụ nào chuẩn để lượng giá. - Nhiều bài báo gần đây cho thấy can thiệp sớm và quản lý thích hợp trên 75% bệnh nhân lành bệnh không có di chứng lâu dài. - Tiên lượng tốt liên quan đến xác định dị nguyên tốt hơn, cải thiện phương tiện chẩn đoán, gia tăng hiệu quả phòng ngừa và giáo dục bệnh nhân.

7. PHÒNG NGỪA

- Tránh tiếp xúc với các chất gây kích ứng hoặc các hóa chất bằng các phương tiện bảo vệ, như găng tay, kính, tắm chân...
- Nếu tiếp xúc với các chất dị ứng, rửa vùng tiếp xúc với nước hoặc dung dịch trung hòa yếu.
- VDTX kích ứng do nghề nghiệp, thay đổi nghề có thể cần thiết.
- Nên mang găng tay bảo vệ tay khi làm bất cứ việc gì ẩm.
- Dùng các chất ít bị kích ứng như chất thay thế xà bông khi tắm rửa, chất làm ẩm.
- Sau khi lành tiếp tục chăm sóc da thêm nhiều tháng để tránh tái phát.
- VDTX kích ứng là yếu tố nguy cơ của VDTX dị ứng do đó phòng ngừa VDTX kích ứng cũng đồng thời phòng ngừa VDTX dị ứng.
- Bệnh nhân chú ý không chỉ những dị nguyên mà họ dị ứng mà còn chú ý đến những dị nguyên do phản ứng chéo. Bệnh nhân dị ứng với benzocain, họ được báo các chất khác có thể bị dị ứng chéo như thuốc gây tê ester (procaine), thuốc (sulfonamides), thuốc nhuộm vải (chất nhuộm aniline), kem chống nắng (para-aminobenzoic acid). ...

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Antoine Amado, James S. Taylor, Apra Sood (2008). Irritant Contact Dermatitis. *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*, Mc Graw Hill, Chapter 46, pp. 395- 401.
- Cecilia Svedman and Magnus Bruze (2010). Allergic Contact Dermatitis. *Therapy of Skin Disease*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, phần 5.1, pp. 275 – 283.
- David E. Cohen, Sharon E. Jacob (2008). Allergic Contact Dermatitis. *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*, Mc Graw Hill, Chapter 13, pp. 135 – 146.
- Habif, Thomas P. (2010). Contact Dermatitis and Patch Testing. *Clinical dermatology. A Color Guide To Diagnosis And Therapy*, Elsevier, chapter 4.
- J. Bourke. I. Coulson and J. English (2009). Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. *British journal of Dermatology*, 160, pp.946 – 954.
- Klaus Wolff et al. (2009). Contact Dermatitis. *Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology*, Mc Graw Hill, Section 2, pp. 18 - 32.

- Nathaniel K Wilkin (2010). Irritant contact dermatitis. *Treatment of skin Disease*, Saunders Elsevier, pp.330 – 332.
- Rosemary L Nixon (2010). Allergic contact dermatitis and photoallergy. *Treatment of skin Disease*, Saunders Elsevier, pp.27 – 30.