

NÁM DA

(MELASMA, CHLOASMA)

1. ĐẠI CƯƠNG

- nám da (rám má, nám má) là rối loạn sắc tố da mắc phải, biểu hiện bởi những dát, mảng tăng sắc tố phân bố đối xứng ở mặt, cổ và hiếm khi ở chi trên.
- Nguyên nhân gây bệnh hiện chưa rõ.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tần suất nám da cao ở những người có tiền căn gia đình bị nám da cho thấy nám da có yếu tố di truyền.
- Tiếp xúc ánh sáng mặt trời là yếu tố chủ yếu gây nám da.
- Nám da xảy ra cùng với sự thay đổi nội tiết tố (thai kỳ, thuốc ngừa thai...), nhưng mối liên quan giữa chúng chưa rõ.
- Bệnh lý tuyến giáp.
- Thuốc: uống thuốc gây nhạy cảm ánh sáng, thuốc chống động kinh...
- Sử dụng mỹ phẩm.
- Stress.

3. CHẨN ĐOÁN:

1. Dịch tễ học

- Nám da thường bị ở loại da III-IV theo Fitzpatrick và thường tồn tại nhiều năm sau mang thai.
- Trên 90% là nữ.

2. Lâm sàng

2.1. Hình thái:

- Dạng trung tâm mặt (gò má, trán, mũi, môi trên, cằm) hay gập nhất.
- Dạng gò má (gò má, mũi).
- Dạng hàm dưới.

2.2. Vị trí sắc tố: hình ảnh phân tích bằng đèn Wood hoặc máy phân tích da (có tia cực tím), cho thấy:

- Dạng thượng bì: da nám màu nâu sáng, giới hạn rõ, dưới ánh sáng cực tím độ sạm của da nám sẽ tăng lên.
- Dạng bì: da nám màu xám tro (xám xanh lợt), giới hạn không rõ lắm, dưới ánh sáng cực tím độ sạm của da nám không tăng lên.
- Dạng hỗn hợp: da nám màu nâu sậm, dưới ánh sáng cực tím độ sạm của da nám xen kẽ những vùng tăng và những vùng không tăng .
- Ở những người da sạm màu thì dưới ánh sáng cực tím khó phân biệt rõ.

3. Mô bệnh học

- Dạng thượng bì: melanin tích tụ trong lớp đáy, các lớp trên lớp đáy đến lớp sừng. Các tế bào hắc tố có nhiều tua hơn, nhiều ty thể, thể Golgi và lưới nội bào hạt hơn.
- Dạng bì: các melanophage quanh mạch máu nông và sâu của lớp bì. Không có sự tích tụ sắc tố rõ ở lớp thượng bì.
- Dạng hỗn hợp: có biểu hiện cả dạng thượng bì và bì.
- Vùng da nám và vùng da bình thường: không có sự khác biệt về số lượng của các tế bào Langerhans, hình dạng của màng đáy hoặc là collagen: tuy nhiên có sự gia tăng tình trạng đứt gãy các sợi elastin ở vùng da nám.
- Nám da có thể do các tế bào hắc tố tăng hoạt tính hơn là gia tăng số lượng.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Tăng sắc tố sau viêm.
- Đốm nâu do ánh sáng mặt trời (solar lentigines).
- Tàn nhang.
- Tăng sắc tố do thuốc.
- Hori's nevus.
- Ota's nevus.
- Liken phẳng do ánh sáng.
- Tăng sắc tố do ma sát (frictional melanosis).
- Nám da Riehl

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Loại bỏ các yếu tố nguy cơ: chống nắng hiệu quả, giảm ảnh hưởng của nội tiết.

- Tác động lên melamin: ngăn chặn và loại bỏ.

5.2. Điều trị cụ thể

5.2.1. Chống nắng hiệu quả

- Tránh nắng: tránh ở ngoài nắng trong thời gian từ 9h sáng đến 4g chiều, không phơi nắng.
- Chống nắng: sử dụng kem chống nắng UVA và UVB SPF 30 và cao hơn. Thoa 30 phút trước khi ra nắng, thoa nhắc lại mỗi 2-3g, thoa đủ lượng kem cần thiết, không sử dụng kem chống nắng gây kích ứng da. Dùng quần dài, áo dài tay, nón rộng vành, kính mát, khẩu trang che mặt... để bảo vệ da
- Tránh các loại thuốc uống, thực phẩm chức năng và kem bôi làm tăng nhạy cảm ánh sáng

5.2.2. *Trang điểm (hóa trang)*: sử dụng một số sản phẩm trang điểm nguy trang, lưu ý sử dụng loại sản phẩm phù hợp với loại da của bệnh nhân.

5.2.3. Các loại thuốc thoa:

Cơ chế tác dụng	Hợp chất
Ức chế tyrosinase	Hydroquinone
	Mequinol
	Azelaic acid
	Arbutin & deoxyarbutin
	Licorice extract
	Rucinol
	Ellagic acid
	Oligopeptide (decapeptide-12 0.01%)
	Resveratrol
	4 – hydroxyl – anisole
	2.5 – dimethyl – 4 hydroxy 3 (2H) – furanone
	N –acetyl glucosamine
	Kích thích luân chuyển (turnover) tế bào sừng

Giảm chuyển melanosome	Retinoids Ức chế trypsin từ đậu nành Niacinamide
Tương tác với chất đồng	Kojic acid Ascorbic acid
Ức chế trưởng thành của melanosome	Arbutin và deoxyarbutin
Ức chế thụ thể hoạt hóa protease 2	Ức chế trypsin từ đậu nành
Ức chế plasmin.	Tranexamic acid
Giảm sản xuất melanin thông qua alpha-MSH	Beta-carotene Lignin peroxidase
Oxy hóa và phân hủy melanin	

5.2.4. *Lột bằng hóa chất:*

- Trichloroacetic acid 20%
- Jessner's solution
- Glycolic acid 20-70%
- Salicylic acid 20-30%
- Amino fruit acid 20-60%
- Mặc dù lột bằng hóa chất có thể cải thiện nám da bằng cách lấy đi các melanine không cần thiết, tuy nhiên nó có thể gây kích ứng, từ đó dẫn đến tình trạng tăng sắc tố sau viêm. Tác dụng phụ này đặc biệt thường gặp ở bệnh nhân có làn da sẫm màu.
- Lột bằng glycolic acid với nồng độ tăng dần có thể là một biện pháp hỗ trợ có ích cho liệu pháp thuốc thoa trong trường hợp nám da thượng bì khó điều trị. Tuy nhiên có thể gây nên tình trạng tăng sắc tố sau điều trị, cần thảo luận với bệnh nhân lợi ích và nguy cơ mang lại trước khi điều trị. Lột bằng lactic acid chưa nghiên cứu đủ để khuyến cáo sử dụng.
- Lột bằng acid salicylic chưa được chứng minh là có lợi ích đáng kể.
- Lột bằng các phương pháp khác cần bằng chứng thêm nữa để khẳng định việc sử dụng hỗ trợ là có ích lợi

5.2.5. *Điều trị bằng laser và ánh sáng*

- Laser tái tạo bề mặt Fractional được FDA công nhận trong điều trị nám da và đã chứng minh là có một số lợi ích; tuy nhiên, cần có các nghiên cứu có đối chứng thêm nữa để đánh giá hiệu quả trong điều trị nám da.
- Ánh sáng IPL có thể đem lại lợi ích tương đối như là một liệu pháp hỗ trợ ở những bệnh nhân nám thương bì khó điều trị.
- Liệu pháp laser QS Nd:YAG với năng lượng thấp có khả năng giảm biến chứng do nhiệt.

5.3. Các chọn lựa điều trị

	Điều trị chính	Điều trị thay thế
Lựa chọn 1	Chế phẩm kết hợp bao gồm hydroquinone, retinoid và steroid bôi 1 lần buổi tối hay hydroquinone 4% thoa 2 lần ngày trong 6 tháng.	Azelaic acid
Lựa chọn 2	Lột bằng glycolic acid mỗi 4-6 tuần bắt đầu ở nồng độ 30% và tăng dần cho đến nồng độ dung nạp tốt.	
Lựa chọn 3	Laser	IPL
Điều trị hỗ trợ	Ascorbic acid (vitamin C) tại chỗ Kojic acid Các chất chống oxy hóa đường uống: vitamin A, C, E, PP, PLE...	

5.4. Theo dõi điều trị

- Theo dõi tâm lý và cảm xúc của bệnh nhân qua bảng câu hỏi MELASQOL (the melasma quality of life scale)
- Đánh giá độ nặng và đáp ứng điều trị:
 - + Chủ yếu qua chỉ số MASI (the melasma area and severity index)
 - + Physician's global assessment
 - + Melasma severity scale
 - + Pigmentation score
 - + Dụng cụ phản xạ quang phổ (reflectance spectroscopy)

6. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

- Đáp ứng điều trị chậm.
- Cả thầy thuốc và bệnh nhân cần kiên trì.
- Kết quả điều trị không bền vững, dễ tái phát

7. PHÒNG NGỪA

- Tránh nắng, chống nắng tích cực.
- Loại bỏ nguyên nhân gây nám: nội tiết, stress, mỹ phẩm, thuốc.
- Chế độ chăm sóc da phù hợp

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ball Arefiev KL, Hantash BM. Advances in the treatment of melasma: a review of the recent literature. *Dermatol Surg.* 2012 Jul;38(7 Pt 1):971-84
- Prignano F, Ortonne JP, Buggiani G, Lotti T. Therapeutical approaches in melasma. *Dermatol Clin.* 2007 Jul;25(3):337-42. viii.
- Vashi NA, Kundu RV. Facial hyperpigmentation: causes and treatment. *Br J Dermatol.* 2013 Oct;169 Suppl 3:41-56. doi: 10.1111/bjd.12536.
- Heth VM, Pandya AG. Melasma: a comprehensive update part I. *J Am Acad Dermatol.* 2011 Oct;65(4):689-97
- Heth VM, Pandya AG. Melasma: a comprehensive update part II. *J Am Acad Dermatol.* 2011 Oct;65(4):699-714
- Tài liệu Hội thảo Da liễu khu vực phía Nam năm 2011: “Cập nhật chẩn đoán và điều trị các rối loạn sắc tố da”.