

# 24 QUESTION

Bs. Như Hương

## WHAT ARE THE TYPES AND APPEARANCES OF CONTACT DERMATITIS?

Glen H. Crawford, MD and Sharon E. Jacob, MD

Thuật ngữ viêm da tiếp xúc đề cập đến các vết phát ban trên da do hóa chất bên ngoài, các yếu tố môi trường và / hoặc cơ học.

Viêm da tiếp xúc kích ứng (ICD) đại diện cho khoảng 80% các trường hợp, trong khi viêm da tiếp xúc dị ứng (ACD) chiếm trong số 20% còn lại, với mào đay do tiếp xúc và tiếp xúc với protein đánh giá thấp hơn 1%. Hiểu các biểu hiện lâm sàng nổi bật, các yếu tố gây bệnh, và phương pháp điều trị viêm da dị ứng và kích ứng là trọng tâm của câu hỏi này.

### Viêm da tiếp xúc kích ứng

ICD là một phản ứng viêm da không qua trung gian miễn dịch do tổn thương hàng rào biểu bì da. Các chất kích ứng da phổ biến nhất ở trẻ em là do sinh lý (như như phân và nước tiểu liên quan đến viêm da tã lót và nước bọt), với chất tẩy rửa, xà phòng, tiếp xúc lặp đi lặp lại với nước / làm ướt và ma sát cơ học / chấn thương cũng đóng vai trò. Như cũng thấy ở người trưởng thành, các chất tiếp xúc như kiềm, muối kim loại, rượu, thuốc diệt côn trùng, một số loại

cây, bụi, hydrocarbon bay hơi và sợi thủy tinh cũng có thể được nhìn thấy.



Hình 24-1. ACD từ thực vật chi Toxicodendron (ví dụ, cây thường xuân). Vệt dạng đường là đặc trưng và tương ứng khu vực tiếp xúc trực tiếp với oleoresin thực vật.

## Curbside Consultation in Pediatric Dermatology

Mức độ nghiêm trọng của phản ứng sẽ phụ thuộc vào nồng độ của chất hóa học, vị trí tiếp xúc (chẳng hạn như vùng da nhạy cảm của mí mắt), và các yếu tố nội sinh chẳng hạn như tiền sử viêm da dị ứng và các tình trạng viêm da khác (chẳng hạn như bệnh vẩy nến), có thể làm tổn thương chức năng hàng rào thượng bì da. Làm ướt và làm khô nhiều lần có thể dẫn đến ICD ở trẻ em. Cái gọi là "lip-licker's dermatitis" viêm da do liếm

môi là một dạng phát ban phổ biến ở trẻ em, với ban đỏ, phù nề và nứt nẻ lan rộng- sâu từ môi đến nơi môi liếm tới được.



Hình 24-2 : lip-licker's dermatitis

Trẻ sơ sinh cũng lặp đi lặp lại làm ướt khuôn mặt của chúng bằng nước bọt khi chúng chảy nước dãi và đưa các ngón tay vào miệng của bé. Việc làm ướt và khô này có thể dẫn đến viêm da kích ứng ở má thường rõ nhất ở phía của bàn tay mà hay trong miệng (nghĩa là, má cùng bên ngón cái bên đó đang được

Điều trị yêu cầu sửa đổi hành vi, thường xuyên sử dụng chất làm mềm da nhẹ và thỉnh thoảng sử dụng steroid tại chỗ độ mạnh thấp. Tương tự như vậy, viêm da vùng tã kích ứng là dạng viêm da tã phổ biến nhất và là do tiếp xúc với các chất kích ứng da như phân, nước tiểu và chất tẩy rửa hoặc khăn lau được sử dụng để làm sạch khu vực. Điều trị bằng cách giữ cho khu vực này sạch sẽ và khô ráo nhất có thể (ví dụ: thay tã thường xuyên với tã có độ hấp thụ cao hơn), sử dụng bột làm khô, tránh các chất tẩy rửa mạnh và chà / giặt mạnh, và sử dụng cẩn thận steroid tại chỗ độ mạnh thấp trong các liệu trình ngắn ngày khi cần thiết.

Viêm da tay kích ứng cũng thường gặp ở trẻ em; nguồn phổ biến nhất là rửa tay quá mức. Xà phòng tẩy rửa mạnh phá vỡ chất béo tự nhiên ngoại bào của da. Tiếp xúc nhiều lần với nước

(không có sau đó thoa kem dưỡng ẩm) cũng có thể làm hỏng hàng rào thượng bì da và kết quả là mất nước xuyên thượng bì. Lâm sàng bao gồm hồng ban loang lổ, vảy và nứt tập trung ở tay lưng và khoảng trống. Điều trị bao gồm tránh các chất tẩy rửa mạnh (ưu tiên các chất tẩy rửa nhẹ nhàng không gây dị ứng), giảm tần suất rửa tay, dưỡng ẩm tích cực với chất làm mềm nhẹ và tổn thương viêm sử dụng steroid tại chỗ hiệu lực từ trung bình đến cao một cách thận trọng với các đợt bùng phát. Trẻ em cũng có thể phát triển ICD ở bàn chân. Nguyên nhân bao gồm độ ẩm từ giày bị tắc và ma sát cơ học. Tăng tiết mồ hôi là một đóng góp quan trọng. Một loại tổn thương đặc biệt phổ biến trên bàn chân của trẻ em là viêm da chân ở tuổi vị thành niên (còn được gọi là "hội chứng vớ mồ hôi" (sweaty sock syndrome)). Các đặc điểm lâm sàng bao gồm hồng ban, bóng, có vảy, và da nứt nẻ

## Curbside Consultation in Pediatric Dermatology

tập trung ở đầu bàn chân, gót chân, và đệm của ngón chân.

Cần được phân biệt với ACD từ chất liệu giày chẳng hạn như cromat, hóa chất cao su và thuốc nhuộm vải. Các đặc điểm phân biệt bao gồm là ACD trên bàn chân thường liên quan đến lưng, trong khi Viêm da chân ở tuổi vị thành niên ở các khu vực chịu áp lực trên bề mặt chân.

Điều trị bao gồm giữ cho bàn chân thoáng và khô, tránh đi giày dép bít kín, thay thường xuyên tất, và làm ẩm các khu vực bị ảnh hưởng bằng chất làm mềm. Đặc biệt vết nứt (vết nứt) đau hoặc khó có thể được điều trị bằng băng lỏng hoặc keo siêu dính. May mắn thay, tình trạng này có xu hướng tự giới hạn và tự khỏi ở tuổi dậy thì.



Hình 24-3 : ACD đến vật liệu giày, ranh giới rõ ràng, phần nào tổn thương có hình dáng trên bàn chân trong một vùng tiếp xúc phản ứng với lớp lót giày thể thao của bệnh nhân rất nhạy cảm đối với người bị dị ứng.

### Viêm da tiếp xúc dị ứng

ACD là một phản ứng quá mẫn loại chậm gây ra khi tiếp xúc với một hóa chất trên da đã bị mẫn cảm trước đó. Sự xuất hiện của ACD trong giai đoạn cấp tính bao gồm mụn nước, vỡ, các mảng hoặc mảng đóng vảy, với ranh giới được phân định rõ theo tương ứng với các khu vực tiếp xúc trực tiếp với hóa chất.

Vết theo đường là dấu hiệu của ACD do cây thường xuân độc (Hình 24-1). Trong giai đoạn mãn tính, ACD có thể dày hơn (lichen hóa), có

vảy và / hoặc tăng sắc tố. Phổ biến nhất nguyên nhân gây ra ACD ở trẻ em là thực vật thuộc chi Toxicodendron (ví dụ, cây thường xuân), niken, thuốc kháng sinh tại chỗ, hóa chất bảo quản (ví dụ, chất bảo quản formaldehyde), cao su, nhựa p-tert-butylformaldehyde (gắn với dụng cụ thể thao và thể thao giày), và nước hoa. Các tác nhân mới nổi ít phổ biến hơn bao gồm paraphenylenediamine (thuốc nhuộm tóc đen) trong hình xăm henna đen, cocamidopropyl betaine (CAPB) (một chất hoạt động không ion nhân tố trong dầu gội và chất tẩy rửa “không cay mắt”), và thuốc nhuộm trong chất liệu quần áo.

Chẩn đoán ACD dựa vào chỉ số nghi ngờ cao, điều tra cẩn thận về tiếp xúc, và nếu được bác sĩ da liễu chỉ định kiểm tra Patch test phát hiện phản ứng quá mẫn loại chậm (phản ứng loại IV), khác với thử nghiệm chích, phát hiện các phản ứng quá mẫn tức thì. Ngứa có xu hướng là triệu chứng chính trong ACD, trong khi nóng rát và khó chịu có thể phổ biến hơn trong ICD. Tuy nhiên, phân biệt ICD với ACD bằng khám lâm sàng một mình thường khó, đặc biệt là ở dạng mãn tính.

Nói chung, vị trí của tổn thương gần đúng với vị trí tiếp xúc nhiều chất gây dị ứng nhất chắc chắn rồi. Ví dụ, viêm da niken có thể xuất hiện trên da tai do có chứa niken của khuyên tai hoặc ở khu vực bụng dưới do khóa thắt lưng có chứa niken hoặc đeo vào quần jean xanh (“jean snap dermatitis”). Tuy nhiên, đôi khi, một chất gây dị ứng nghi ngờ không trùng hợp chính xác với vị trí dự kiến, trong cái được gọi là ACD lạc chỗ. Thường gặp trong trường hợp dị ứng với tosylamide / formaldehyde trong sơn móng tay, trong đó trường hợp phát ban thường liên quan đến da mỏng của mí mắt hoặc cổ và phụ thuộc vào Dadtay và ngón tay tương đối dày hơn và

## Curbside Consultation in Pediatric Dermatology

được bảo vệ tốt hơn. Ngoài ra, phát ban xa và / hoặc lan rộng (thường được gọi là phản ứng "Id") thường có thể là do ACD tại chỗ hóa thành các hóa chất như niken và cây thường xuân.

### NICKEL

Hình ảnh cổ điển của bệnh viêm da niken là một vết phát ban trên da tai hoặc quanh tai (Hình 24-4) do tiếp xúc với đồ trang sức (hoa tai), quần jean, khóa kéo và / hoặc nút. Điều đó đang được nói, có tới 50% trẻ em bị ACD nhiễm niken có thể xuất hiện với nhiều phản ứng khuếch tán hơn (được gọi là phản ứng "Id"), do đó ngứa các nốt sẩn nổi lên ở các vị trí không được tiếp xúc như ở các đầu chi và thân trên. (Hình 24-3)



**Hình 24-4 : ACD do niken. Sự phân bố quanh rốn này là một dạng điển hình tình trạng được gọi là "bệnh viêm da do nút quần jean."**

Điều trị chính là tránh tiếp xúc với đồ trang sức bằng kim loại, khóa và khóa cài được tìm thấy trong quần áo như quần jean xanh. Thử nghiệm xác nhận cho niken cung cấp một phương tiện để phân biệt quần áo và vật dụng cá nhân có chứa niken. May mắn thay, một bộ kiểm tra niken để sử dụng đã được bán trên thị trường. Thử nghiệm liên quan đến thêm một giọt 1% dimethylglyoxime-amoniac vào đầu bôi bông và

chà xát ứng dụng ở kim loại nghi ngờ . (Có sẵn từ Dormer Laboratories Inc, Rexdale, Ontario, [www.dormer.com](http://www.dormer.com) và [www.allergeaze.com](http://www.allergeaze.com).) Nó sẽ chuyển màu hồng nếu vật thể đó chứa niken ở nồng độ ít nhất là 1: 10.000.

### KHÁNG SINH TẠI CHỖ

Neomycin, gentamicin, bacitracin là những loại kháng sinh bôi ngoài da có tỷ lệ dị ứng tiếp xúc cao ở trẻ em. Ngoài ra, các trường hợp sốc phản vệ do bacitracin có đã được báo cáo, một số trong số đó bị kết tủa do bôi bacitracin mài mòn lên da . Do đó, nhiều bác sĩ da liễu khuyến cáo không nên sử dụng neomycin- và các chế phẩm kháng sinh bôi ngoài da có chứa bacitracin, đặc biệt trên vết thương mổ sạch.

### MÙI THƠM

Dị ứng nước hoa phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là ở lứa tuổi thanh thiếu niên- phụ nữ và trẻ em dưới 3 tuổi. Tiếp xúc thường là do sử dụng sản phẩm chăm sóc và nước hoa hoặc hóa chất thơm có trong các sản phẩm bôi ngoài da như kem dưỡng ẩm hoặc chất khử mùi. Các vị trí tham gia điển hình bao gồm các khu vực tiếp xúc nhiều nhất, chẳng hạn như mặt, cổ và nách. Điều quan trọng cần lưu ý là nhãn "unscented" và "scent-free" sản phẩm có thể chứa nước hoa ít. Do đó, những người nhạy cảm với hương thơm phải xem xét kỹ lưỡng nhãn thành phần để đảm bảo chúng thực sự "không có mùi thơm" (fragrance free)

### HÀNG BẢO QUẢN VÀ PHƯƠNG TIỆN

ACD ở trẻ em ngày càng được cho là do hóa chất bảo quản và xe cộ. Một chất gây dị ứng hàng đầu vi, lanolin (hay còn gọi là cồn sáp len) có nguồn gốc từ bã nhờn của cừu, và nó là được sử dụng trong các loại thuốc bôi và kem dưỡng ẩm vì đặc tính tạo nhũ và dưỡng ẩm của nó.

Quaternium 15, một chất bảo quản giải phóng formaldehyde, đã được tìm thấy là một trong top sáu chất gây dị ứng. Đáng chú ý là 3,6%

## Curbside Consultation in Pediatric Dermatology

bệnh nhân dưới 18 tuổi có các phản ứng lâm sàng.

Methylchloroisothiazolinone/

Methylisothiazolinone (còn được gọi là Kathon CG, và Euxyl K100) cũng là hóa chất bảo quản khá phổ biến được phát hiện là phổ biến trong quần thể này; nó được sử dụng trong các sản phẩm dành cho trẻ sơ sinh như khăn lau trẻ em, kem bảo vệ, và xà phòng lỏng và dầu gội đầu.

Nên nghi ngờ cao đối với dị ứng đến từ hóa chất bảo quản và xe cộ ở những bệnh nhân thường xuyên tiếp xúc với thuốc bôi (chẳng hạn như trẻ em bị viêm da dị ứng).

### STEROIDS TẠI CHỖ

Các sản phẩm bôi tại chỗ giống nhau được sử dụng để điều trị các vết phát ban hồng ban có thể đôi khi dẫn đến nhạy cảm dị ứng. Một tình huống điển hình minh họa dị ứng steroid tại chỗ là một đứa trẻ bị viêm da cơ địa bùng phát mặc dù điều trị tích cực tại chỗ. Dị ứng có thể do chính corticosteroid hoặc một thành phần không hoạt động (ví dụ, hóa chất bảo quản) trong sản phẩm. Thử nghiệm Patch test với corticosteroid tại chỗ nên được xem xét ở bệnh nhân dị ứng xuất hiện đợt cấp sau khi sử dụng steroid tại chỗ hoặc những người không cải thiện.

### DỊ ỨNG NGUYÊN BỔ SUNG

Thiuram là một hợp chất được sử dụng trong sản xuất cao su và có thể được tìm thấy trong giày tay và giày dép. Tiếp xúc ở trẻ em có thể bao gồm núm vú giả, đồ chơi và dụng cụ thể thao. Ngoài thiuram, p-tert-butylphenol formaldehyde (một hóa chất kết dính) và kali dicromat (có trong da thuộc) là các chất gây dị ứng khác thường có trong giày (Hình 24-3). Para-phenylenediamine là một hóa chất nhuộm tóc phổ biến có gần đây đã được sử dụng để tăng cường màu sắc của hình xăm henna (hay còn gọi là henna đen). Một tăng sự phổ biến của chất gây dị ứng này đã được ghi nhận ở trẻ em.

Thuốc nhuộm trong hàng dệt may cũng có thể là chất gây dị ứng quan trọng trong dân số này, đặc biệt là từ đồng phục. Thuốc nhuộm cũng có liên quan đến ACD từ vật liệu làm tóc. CAPB là chất tẩy rửa amoni bậc bốn được tìm thấy trong nhiều loại dầu gội đầu “không cay mắt”. Gần đây, bằng chứng cho thấy CAPB có thể là một chất gây dị ứng quan trọng ở bệnh nhi.

### ĐIỀU TRỊ

Nền tảng của điều trị ACD là tránh sử dụng hóa chất gây bệnh một cách thích hợp. Steroid tại chỗ và uống đóng vai trò hỗ trợ, và lý tưởng điều trị ngắn hạn. Trong các trường hợp phản ứng lan rộng và nghiêm trọng, chẳng hạn như từ tiếp xúc với chất độc cây thường xuân, chúng tôi khuyên bạn nên uống prednisone ít nhất 3 tuần với kết hợp với điều trị tại chỗ. Liệu trình ngắn hơn thường dẫn đến bùng phát trở lại của viêm da. Tổn thương mụn nước hoặc mụn nước có thể được điều trị bằng chườm mát ẩm. Những trường hợp viêm da có thể được điều trị bằng steroid tại chỗ hiệu lực thấp đến trung bình vài tuần. Như với bất kỳ loại steroid tại chỗ nào, nguy cơ teo da, giãn mạch máu, phản vệ nhanh, và sự hấp thụ toàn thân cần được lưu ý, đặc biệt là ở những vùng tăng nhạy cảm chẳng hạn như mặt, bẹn và các khu vực nếp gấp.

Sau khi xác định được chất gây dị ứng, bệnh nhân phải được giáo dục đầy đủ về khả năng tiếp xúc và các biện pháp phòng ngừa. Một cột mốc quan trọng gần đây trong điều trị ACD là khái niệm về Chương trình Quản lý Xã hội Dị ứng Tiếp xúc của Tổ chức Viêm da Tiếp xúc Hoa Kỳ. Các thành viên của tổ chức này có thể tạo ra cá nhân không gây dị ứng tùy chỉnh danh sách sản phẩm cho bệnh nhân. (Có tại [www.contactderm.org](http://www.contactderm.org).)

### Tóm lược

ICD và ACD khá phổ biến ở trẻ em. Chẩn đoán dựa vào có chỉ số nghi ngờ cao, có lịch sử tiếp xúc cẩn thận và nhận biết các đặc điểm lâm sàng chính. Điều trị bằng cách tránh tác nhân

## Curbside Consultation in Pediatric Dermatology

gây bệnh thích hợp phơi nhiễm và thực hiện  
một chế độ điều trị thích hợp.

BS. Như Hương