

CHƯƠNG 7

ỨNG DỤNG LÂM SÀNG: Điều Trị Các Vấn Đề Sắc Tố Và Tổn Thương Do Ánh Sáng

Các vấn đề về sắc tố da được xếp hạng trong số các vấn đề phổ biến nhất được khám bởi bác sĩ da liễu. Các ví dụ bao gồm từ nám da và bạch biến đến tổn thương do ánh sáng, tăng sắc tố sau viêm (PIH), các tình trạng di truyền và các loại nevus. Tế bào sắc tố, nơi tích cực sản xuất melanin, là tế bào chịu trách nhiệm cho tất cả các vấn đề về sắc tố da. Tần suất cao của các vấn đề về sắc tố phần lớn bắt nguồn từ thực tế là các tế bào sắc tố nhạy cảm với nhiều tác động từ bên trong và bên ngoài cơ thể.

Người ta có thể dễ dàng viết một cuốn sách về bất kỳ chứng rối loạn sắc tố đơn lẻ nào. Các tài liệu y học phong phú với thông tin liên quan đến toàn bộ các rối loạn sắc tố — nguyên nhân, bệnh đi kèm, chẩn đoán phân biệt và các phương pháp điều trị. Bởi vì tài liệu này được tìm xem rộng rãi ở những nơi khác, chương này tập trung vào hệ thống phân loại và điều trị các rối loạn sắc tố.

Các bác sĩ có xu hướng điều trị các rối loạn sắc tố trên cơ sở từng trường hợp cụ thể, chọn một chế độ cá nhân hóa hướng đến những gì họ tin là nhu cầu của từng bệnh nhân. Tuy nhiên, kết quả của cách tiếp cận này còn trái ngược nhau. Ví dụ, đối với nám da, các bác sĩ thường điều trị với nồng độ hydroquinone (HQ) từ 2% đến 12%, axit retinoic với các nồng độ khác nhau, steroids bôi tại chỗ và các quy trình thủ thuật tẩy tế bào chết liên quan đến lột da bằng hóa chất, ánh sáng cường độ cao (IPL) và laser. Tuy nhiên, một số bệnh nhân cải thiện; những người khác thì không. Vẫn còn những người khác, tình trạng nám da trở nên trầm trọng hơn. Để tránh những cạm bẫy như vậy, hệ thống phân loại đề xuất (Bảng 7.1) tìm cách tiêu chuẩn hóa các cách bác sĩ nghĩ về và điều trị các rối loạn sắc tố để họ có thể đạt được kết quả phù hợp hơn.

Hộp 7.1

Các yếu tố ảnh hưởng đến tế bào hắc tố

- **Nhiệt độ:** quá nóng và lạnh có thể kích thích hoặc giết chết tế bào hắc tố.
- **Hóa chất:** tiếp xúc với phenol (hydroquinone, resorcinol) và các hóa chất khác có thể gây độc và gây chết các tế bào hắc tố. Phenol có thể cũng kích thích hoạt động của tế bào hắc tố, tùy thuộc vào nồng độ.
- **Kích thích cơ học và yếu tố bên trong:** các yếu tố có thể dễ dàng kích thích tế bào hắc tố bao gồm kích ứng da, viêm nhiễm, chấn thương, bệnh tật, tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, nội tiết tố, ảnh hưởng di truyền, tắm nước nóng và tắm vòi hoa sen.
- **Một số loại thuốc**

Bảng 7.1 Phân loại Zein Obagi về các vấn đề sắc tố

Cột 1: Căn nguyên	Cột 2: Độ sâu	Cột 3: Nguồn gốc
Nội tiết	Thượng bì	Nội sinh
Viêm	Bì	Ngoại sinh
Di truyền	Thượng bì và bì	Nội sinh và ngoại sinh
Mắc phải	Thượng bì, bì và hạ bì	

Các cột trong Bảng 7.1 đều quan trọng như nhau và không quan trọng việc cột hoặc danh mục nào được xem xét đầu tiên. Điều quan trọng là bằng cách sử dụng cả ba cột, chúng ta có thể mô tả toàn diện bất kỳ rối loạn sắc tố nào. Ngoài ra, cột 1 và 3 cung cấp thông tin tiên lượng có giá trị. Ví dụ, nám da là một vấn đề nội tiết tố có thể do di truyền ảnh hưởng (cột 1) thường liên quan đến thượng bì, bì hoặc cả hai (cột 2) và có nguồn gốc nội sinh, mặc dù nó có thể trở nên trầm trọng hơn bởi yếu tố ngoại sinh (cột 3). Là một rối loạn sắc tố do nội tiết tố gây ra, nám da có một quá trình lâu dài không thể đoán trước (cũng như phần lớn rối loạn dựa trên di truyền).

Ngược lại, rối loạn sắc tố với các nguồn mắc phải và viêm nhiễm phần lớn là có thể chữa được — miễn là loại bỏ các nguồn này. Ví dụ, PIH, là một rối loạn viêm (cột 1) chủ yếu ảnh hưởng đến lớp thượng bì (cột 2) và điều đó bắt nguồn từ các yếu tố nội sinh và ngoại sinh (cột 3). Trái ngược với quá trình không chắc chắn của rối loạn sắc tố nội tiết tố và di truyền, PIH, một khi điều trị, có thể được coi là chữa khỏi — miễn là tình trạng viêm thượng bì không quay trở lại.

NHỮNG BÍ ẨN CỦA NÁM DA

Về mặt lâm sàng, rất khó để nhầm nám da với bất kỳ bệnh gì khác. Nó biểu hiện dưới dạng vùng da dát hoặc mảng màu nâu hoặc sẫm màu không rõ ràng, thường có dạng đối xứng, trên khu vực tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, đặc biệt là mặt. Đặc biệt, nám da dường như thiên ở vùng trán, mũi, má và môi trên. Sự thay đổi màu da phụ thuộc vào vị trí lắng đọng của sắc tố. Nám thượng bì có sự chuyển thành màu nâu, trong khi lắng đọng ở vùng bì biểu hiện bằng màu xanh-xám. Lắng đọng sắc tố hỗn hợp thượng bì và bì xuất hiện dưới dạng đôi màu xám nâu. Liệu sắc tố melanin được lắng đọng ở lớp thượng bì hay hạ bì là điều trị quan trọng vì tăng sắc tố bì khó điều trị hơn nhiều.

Mặc dù nám da xảy ra ở mọi chủng tộc, nhưng nó xảy ra phổ biến nhất ở những người da sẫm màu thuộc phân loại da Fitzpatrick từ III đến V. Nó cũng phổ biến hơn ở phụ nữ. Giống hầu hết các vấn đề về sắc tố, nó lành tính về mặt lâm sàng nhưng gây đau khổ về mặt tâm lý đối với bệnh nhân vì ảnh hưởng của nó đối với xã hội và nghề nghiệp của họ cuộc sống. Mặc dù đã biết nhiều về nám da nhưng nghiên cứu vẫn chưa xác định được tại sao các câu sau đây lại đúng với bệnh nám da:

- Một số tế bào sắc tố trở nên tăng hoạt động, trong khi các tế bào sắc tố khác gần đó không.
- Một số phụ nữ bị nám da, trong khi những người khác tiếp xúc với các yếu tố tương tự thì không.
- Mặc dù không có các yếu tố hormone giống như phụ nữ, nhưng một số nam giới bị nám tiến triển.
- Nám da chủ yếu xuất hiện trên mặt và rất hiếm trên các vùng da khác trên cơ thể, tiếp xúc với ánh nắng mặt trời hoặc các vùng khác.

Tương tự như vậy, nguyên nhân chính xác của nám da vẫn còn là một chủ đề tranh luận. Ngoài những ảnh hưởng về di truyền và nội tiết tố (bao gồm cả thai kỳ), các nhà nghiên cứu đã xác định một số yếu tố tiềm ẩn (Hộp 7.2).

Hộp 7.2 Các nguyên nhân tiềm ẩn gây nám da

- *Tiếp xúc với tia cực tím*
- *Yếu tố mạch máu*
- *Viêm mãn tính và rối loạn viêm*
- *Sử dụng mỹ phẩm và các sản phẩm khác*
- *Các chất gây độc ánh sáng hoặc nhạy cảm ánh sáng*
- *Thuốc: thuốc chống co giật, huyết áp và thuốc chống sốt rét và tetracycline*

Hộp 7.3: Nguyên nhân tiềm ẩn của việc sản xuất thừa Melanin

- *Yếu tố di truyền*
- *Các yếu tố bên trong hoặc bên ngoài hoạt động như các yếu tố kích hoạt*
- *Trong số các tác nhân bên trong, viêm rất có thể là nguyên nhân chính của nám bì.*

Chúng tôi không biết chính xác làm thế nào những yếu tố này cuối cùng góp phần làm tăng sự tổng hợp của melanin (trong tế bào sắc tố) và sự thiếu hụt trong chuyển sắc tố đến các tế bào sừng xung quanh. Tăng sản xuất melanin bởi một số tế bào sắc tố có thể được giải thích bởi hai khả năng, trong đó một số trường hợp hai điều đó có thể kết hợp với nhau (Hộp 7.3).

Xu hướng di truyền có thể giải thích tại sao nám da có xu hướng gia đình. Trong nhiều trường hợp, một mẹ và con gái (hoặc hai chị em) không chỉ bị nám da mà còn có sự phân bố và mức độ nghiêm trọng tương tự. Những người có yếu tố di truyền bị nám da cũng có thể cần đến yếu tố kích hoạt để phát triển bệnh. Tuy nhiên, các yếu tố khởi phát cũng có thể hoạt động độc lập với di truyền. Nói ngắn gọn, các yếu tố bên trong hoặc bên ngoài có thể kích thích quá mức các thụ thể tế bào sắc tố. Khi các thụ thể đạt đến trạng thái kích thích này, chúng sẽ phản ứng khi tiếp xúc với chất kích hoạt tiếp theo bằng cách sản xuất nhiều melanin hơn. Hoặc có lẽ yếu tố kích hoạt có thể ảnh hưởng đến các thụ thể của tế bào sắc tố, làm gián đoạn hoàn toàn khả năng điều chỉnh việc sản xuất sắc tố của tế bào sắc tố.

Các Tác Nhân Gây Nám Da Bên Trong

Các tác nhân bên trong gây sản xuất melanin có thể bao gồm các nội tiết tố. Điều này có thể giải thích tại sao nám da xuất hiện sau khi phụ nữ bắt đầu dùng thuốc tránh thai hay nội tiết tố hoặc mang thai. Trên thực tế, râm má (chloasma), một tình trạng thường thấy trong hoặc một thời gian ngắn sau khi mang thai, chỉ đơn thuần là nám thượng bì. Thường xuyên đáp ứng nhanh chóng với điều trị, mặc dù nó có xu hướng tái phát trở lại.

Trong số các tác nhân bên trong, viêm rất có thể là yếu tố chính khiến gây ra các dạng nám da. Khả năng gây viêm gây ra hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng nám da có lẽ rõ ràng nhất ở những bệnh nhân bị nám đồng thời bị mụn trứng cá ở tuổi trưởng thành hoặc bệnh trứng cá đỏ (cả hai đều phát sinh viêm do bã nhờn) thường bị nám kháng trị nghiêm trọng hơn những người có da thường hoặc da khô. Khi lượng bã nhờn giảm qua các phương pháp điều trị bôi hoặc uống, những trường hợp nám da nghiêm trọng hơn này bắt đầu đáp ứng tốt hơn và điều trị nhanh hơn.

Các tác nhân bên trong khác gây ra nám có thể bao gồm hormone điều hòa sắc tố (MSH). Khi một thụ thể được kích hoạt, liên kết melanocyte có thể trở nên nhạy cảm hơn với MSH, dẫn đến quá nhiều melanin sản xuất.

Các Tác Nhân Gây Nám Da Bên Ngoài

Mặt khác, các yếu tố bên ngoài có thể bao gồm mọi thứ, từ tia cực tím (UV) và nước nóng đến kích ứng và viêm da liên tục do sử dụng thuốc bôi không đúng cách. Ở trường hợp sau cùng, tình trạng nám da đôi khi xấu đi một cách nghịch lý ở những bệnh nhân tự điều trị bằng HQ, alpha-hydroxy axit (AHA), hoặc axit kojic trong hơn 1 năm. Theo thời gian, tế bào sắc tố có thể kháng lại các phương pháp điều trị này và đáp ứng bằng cách sản xuất quá mức của tyrosinase, dẫn đến tăng sắc tố trở lại. Ngoài ra, giảm mức độ melanin gây ra bởi các phương pháp điều trị này có thể dẫn đến nhạy cảm ánh sáng hoặc độc ánh sáng, tạo nên các nguồn bổ sung nhạy cảm với tia UV và gây ra viêm nhiễm.

Tuy nhiên, sự sản sinh quá mức melanin chỉ chiếm một nửa số trường hợp câu chuyện nám da. Một nửa còn lại liên quan đến sự hấp thụ không đồng đều melanin bởi một số tế bào sừng xung quanh. Về vấn đề này, chúng ta biết rằng mỗi tế bào hắc tố cung cấp hắc tố cho khoảng 36 tế bào sừng xung quanh. Nhưng trong bệnh nám da, có lẽ chỉ một vài tế bào sừng trong số này hấp thụ tất cả các sắc tố, để lại ít hoặc không có cho phần còn lại. Sự thành công của một số loại retinoid (tretinoin [axit retinoic] và retinol) trong việc điều trị nám da dường như ủng hộ lý thuyết này. Áp dụng các tác nhân bôi tại chỗ này có thể làm tăng hoạt động và quá trình thay của tế bào sừng và cân bằng sự hấp thụ melanin, do đó khôi phục tông màu đồng đều và cải thiện sự xuất hiện của nám, không thông qua làm trắng, mà thông qua hấp thụ melanin đồng đều hơn (Hộp 7.4). Hộp 7.5 cho thấy sinh lý bệnh được đề xuất của nám.

Hộp 7.4 Cơ chế của Retinoids và Melanocyte

■ *Retinoids điều chỉnh hoạt động của tế bào sừng dẫn đến đồng đều hơn hấp thụ melanin.*

Hộp 7.5 Sinh lý bệnh đề xuất của Nám da

■ *Sản xuất quá mức melanin bởi một số tế bào sắc tố*

■ *Sự hấp thụ melanin không đều bởi các tế bào sừng xung quanh so với bình thường hoặc tăng sản xuất melanin*

TĂNG SẮC TỐ SAU VIÊM

Tăng sắc tố sau viêm biểu hiện dưới dạng rối loạn sắc tố toàn thân hoặc khu trú có thể xảy ra sau bất kỳ loại chấn thương, bệnh tật hoặc viêm da nào. Nó có thể xuất hiện trên da tiếp xúc với ánh nắng mặt trời hoặc da được bảo vệ chống nắng. Tuy nhiên, tiếp xúc với tia cực tím thường làm nặng thêm PIH. Chúng ta thậm chí có thể coi da sạm nắng là một dạng PIH toàn bộ, đồng nhất vì những người rám nắng đều và dễ dàng dễ bị PIH khi tiếp xúc với bất cứ thứ gì có thể gây ra viêm da tại chỗ.

Tăng sắc tố sau viêm xảy ra phổ biến ở mọi loại da, bao gồm cả da lai (chủng tộc hỗn hợp), làm da nhạy cảm hơn với các tác động viêm và các thủ thuật da liễu. Như vậy, nhóm bệnh nhân này có xu hướng phát triển PIH sâu hơn và kéo dài hơn so với những bệnh nhân thuần túy da đen, châu Á, gốc Tây Ban Nha, hoặc bất kỳ nguồn gốc dân tộc hoặc chủng tộc nào khác. Tương tự, bệnh nhân da dầu thường phát triển PIH nặng hơn, kháng thuốc vì bã nhờn là một chất gây viêm. Theo đó, giảm bã nhờn, điều

trị các bệnh viêm da, dưỡng da trước và sau các liệu trình sẽ làm giảm hoặc ngăn ngừa PIH sau thủ thuật và điều trị dễ dàng hơn và thành công hơn.

ĐIỀU TRỊ NÁM DA VÀ TĂNG SẮC TỔ SAU VIÊM

Các hướng dẫn điều trị nám và PIH khá giống nhau, mặc dù không giống hệt nhau (Hộp 7.6). Điều trị thành công các triệu chứng ở da và nguyên nhân tiềm ẩn về cơ bản chữa khỏi PIH; tuy nhiên, nám da đã điều trị có thể tái phát, do nội tiết tố hoặc các ảnh hưởng không thể đoán trước khác, vài tháng hoặc thậm chí nhiều năm sau khi điều trị thành công.

Hộp 7.6 Hướng Dẫn Điều Trị Nám Và Tăng Sắc Tổ Sau Viêm **ĐIỀU TRỊ BỆNH VÀ CÁC NGUYÊN NHÂN CỦA NÓ**

- Giảm bã nhờn.
- Bã nhờn gây viêm và là nguyên nhân chính gây ra thất bại điều trị.
- Sử dụng chất làm se da tại chỗ, và thậm chí là isotretinoin (trong những trường hợp kháng trị nặng), ở những bệnh nhân đang được điều trị nám da hoặc tăng sắc tố sau viêm.
- Điều trị đồng thời bất kỳ bệnh nào đang có (chẳng hạn như mụn trứng cá).
- Sử dụng biện pháp chống nắng mạnh trong suốt quá trình điều trị.

PHƯƠNG THỨC ĐIỀU TRỊ

- Điều trị tích cực.
- Làm trắng và phối trộn thuốc là hiệu quả nhất.
- Khi cần đến các thủ thuật như một phần của quá trình điều trị, peel tốt hơn thiết bị tạo nhiệt (intense pulsed light lasers).
- Sử dụng các chất dưỡng da trong một đến ba chu kỳ trưởng thành của tế bào sừng (6 đến 18 tuần) trước và sau khi làm thủ thuật.

Các Bước Dành Riêng Cho Nám Da

Khi điều trị nám, trước hết phải phân biệt nám thượng bì hay nám bì. Về vấn đề này, hãy sử dụng đèn Wood hoặc đơn giản kéo căng da kiểm tra (chỉ cần dùng tay kéo căng vùng da bị ảnh hưởng — nếu sắc tố xuất hiện nhẹ hơn thì đó là nám thượng bì; nếu không, đó là nám bì) (Hộp 7.7). Nhớ lấy nám bì kháng trị hơn sẽ yêu cầu một quy trình (ví dụ: ZO Controlled Depth Peel) đến lớp bì nhú (PD) được thực hiện sau 4 đến 6 tuần dưỡng da.

Hộp 7.7 Test Kéo Căng Da Của Dr.Zein Obagi Đối Với Nám Da

Dùng tay kéo căng vùng da bị ảnh hưởng — nếu sắc tố trở nên sáng hơn thì đó là nám thượng bì; nếu không, nó là nám bì.

Phương pháp tốt nhất để điều trị nám hoặc PIH là điều trị tích cực phương pháp tiếp cận kết hợp bốn bước thiết yếu sau:

Bước 1. Làm trắng. Bước này ngăn chặn quá trình sản xuất melanin, do đó làm giảm tình trạng tăng sắc tố da. Phác đồ liên quan đến việc áp dụng HQ 4% (hàng ngày, AM và PM) và AHA để tẩy da chết (hàng ngày, AM). Điều quan trọng là không sử dụng HQ quá lâu và ngừng sử dụng khi thích hợp thời gian để tránh các tác dụng phụ nghiêm trọng. Tác dụng phụ của HQ có thể tránh được với liệu pháp ngắt quãng. Điều này đòi hỏi 5 tháng làm trắng và phối trộn, 2 đến 3 tháng nghỉ ngơi, sau đó trở lại HQ, nếu cần. Liệu pháp ngắt quãng được giải thích trong Hộp 7.8.

HỘP 7.8 Liệu pháp Hydroquinone ngắt quãng

Để tránh tác dụng phụ của HQ, hãy sử dụng liệu pháp xung:

- Năm tháng làm trắng và phối trộn
- Hai đến ba tháng nghỉ ngơi
- Tiếp tục hydroquinone, nếu cần

Hình 7.1, 7.2 và 7.3 cho thấy bệnh nhân có nám da thượng bì và bì, Hình 7.4 cho thấy một bệnh nhân bị nám bì; tất cả đều được điều trị bằng ZO Programs. Hình 7.5 cho thấy một bệnh nhân với PIH và nám da, Hình 7.6 cho thấy một bệnh nhân mắc trứng cá đỏ và PIH, và Hình 7.7 cho thấy một bệnh nhân bị bệnh trứng cá đỏ, sắc tố không đều, lỗ chân lông to, và da chảy xệ, người được điều trị bằng ZO programs và sự kết hợp giữa ZO Designed Controlled Depth Peel và laser Fractional CO2. Hình 7.8 cho thấy một bệnh nhân bị PIH đã được điều trị thành công bằng phương pháp Skin Health Restoration và ZO Controlled Depth Peel tới lớp bì nhú cho PIH, sau khi điều trị không thành công trước đó với các loại peel khác.



Hình 7.1 (a) Bệnh nhân có da được phân loại là trắng lệch màu, dày vừa và nhờn. Cô được chẩn đoán là bị nám thượng bì và bì. (b) Một năm sau. Bệnh nhân được điều trị bằng phương HQ-based Skin Health Restoration tích cực trong 6 tháng, trong đó cô ấy có ba lần điều trị ZO Retinol Stimulation Peel hàng tháng. Các vết nám trên da trán của cô ấy vẫn còn sau khi điều trị và yêu cầu phương pháp ZO Controlled Depth Peel đến bì nhú.



Hình 7.2 (a) Trước đây. Bệnh nhân có da bị lệch màu (sẫm màu), dày và nhờn. Cô được chẩn đoán là bị nám thượng bì và bì bằng phương pháp test căng da của Dr. Zein Obagi. (b) Một năm sau. Bệnh nhân được điều trị bằng HQ-based ZO Medical Skin Health Restoration tích cực trong 6 tuần, sau đó là ZO Controlled Depth Peel đến lớp bì nhú. Quá trình peel này đã được lặp lại 6 tuần trước khi kết thúc điều trị. Duy trì bằng non-HQ-based Skin Health Restoration.



Hình 7.3 (a) Trước. Bệnh nhân có da được phân loại là trắng lệch màu (sẫm màu), dày trung bình và nhờn. Cô được chẩn đoán là bị nám thượng bì và bì. (b) Một năm sau. Bệnh nhân được điều trị với bốn liệu trình của HQ-based ZO Medical. Mỗi liệu trình bao gồm Phục hồi sức khỏe làn da trong 6 tuần sau đó ZO Controlled Depth Peel đến lớp bì nhú. Để ngăn ngừa kháng HQ, non-HQ-based ZO Medical đã được sử dụng giữa mỗi liệu trình trong 3 tháng. Chú ý phần còn lại của nám da ở vùng trán có thể cần phải peel sâu hơn hoặc điều trị bằng laser sắc tố.



Hình 7.4 (a) Trước. Bệnh nhân có làn da được phân loại là da Châu Á lệch màu (trung bình), dày và không nhẵn. Cô được chẩn đoán là bị nám da. (b) Một năm sau. Bệnh nhân được điều trị trong 5 tháng với HQ-based ZO Medical, sau đó là liệu trình ZO Controlled Depth Peel đến lớp bì nhú. Duy trì bằng non-HQ-based Skin Health Restoration.

Bước 2. Ổn định. Sau khi dừng bước làm trắng, bệnh nhân nên bắt đầu bước ổn định (như mô tả trong Chương 2), sử dụng các chất chống viêm tại chỗ (chất chống oxy hóa) và retinol (ở nồng độ cao) để ổn định các tế bào sắc tố và làm cho chúng ít phản ứng hơn với kích thích bên ngoài hay bên trong và viêm, trong khi bắt đầu bước phối trộn(bước 3).



Hình 7.5 (a) Bệnh nhân có làn da được phân loại là trắng lệch màu (sẫm màu), dày trung bình và nhờn. Cô được chẩn đoán mắc tăng sắc tố sau viêm nặng và nám da. (b) Một năm sau. Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp HQ-based Skin Health Restoration tích cực trong 5 tháng. Sáu tuần sau khi bắt đầu Skin Health Restoration, cô ấy đã trải qua liệu trình ZO Controlled Depth Peel đến lớp bì nhú. Sau khi lành, isotretinoin được thêm vào chế độ Phục hồi Sức khỏe Da.



Hình 7.6 (a) Trước. Bệnh nhân có da được phân loại là da đen (trung bình), dày trung bình và nhờn. Cô được chẩn đoán mắc trứng cá đỏ và tăng sắc tố sau viêm. (b) Một năm sau. Bệnh nhân được điều trị bằng HQ-based ZO Medical Skin Health Restoration tích cực trong 5 tháng cùng với isotretinoin, 20 mg / ngày. Cô ấy cũng đã trải qua hai lần điều trị với ZO 3-Step Peel. Duy trì bằng non-HQ-based Skin Health Restoration.

Bước 3. Phối trộn. Để buộc phân bố đều và tăng hấp thụ sắc tố melanin bởi các tế bào sừng xung quanh, bệnh nhân nên sử dụng hỗn hợp HQ 4% và tretinoin (axit retinoic), theo tỷ lệ thích hợp, như đã thảo luận trong Chương 2, cho ba chu kỳ trưởng thành của tế bào sừng (KMC) (18 tuần). Bắt đầu với cách tiếp cận vừa phải hoặc nhẹ nhàng và xây dựng phương pháp tiếp cận tích cực ngay khi da của bệnh nhân có thể chịu đựng được. Tế bào sắc tố không hình thành khả năng chống lại sự pha trộn một cách nhanh chóng như nó làm với HQ dùng đơn độc và bệnh nhân có thể sử dụng chế độ kết hợp lâu hơn so với quá trình làm trắng. Tuy nhiên, đối với làm trắng, bệnh nhân nên ngừng pha trộn HQ ngay khi tông màu của họ đã được chỉnh sửa. Điều này giúp ngăn ngừa nhạy cảm ánh sáng, kháng trị, tăng sắc tố da dội ngược, và ochronosis (sẽ nói ở phần sau).



Hình 7.7 (a) Trước. Bệnh nhân có làn da được phân loại là người châu Á lệch màu (trung bình), da dày và nhiều dầu. Cô được chẩn đoán là mắc trứng cá đỏ, da sạm màu, lỗ chân lông to và da lỏng lẻo. (b) Tám ngày sau một quy trình kết hợp giữa ZO Designed Controlled Depth Peel và laser CO2 fractional. Bệnh nhân đã được điều trị bằng phương pháp điều trị da tích cực, dựa trên HQ 6 tuần trước khi làm liệu trình. Sau liệu trình, cô ấy tuân theo chế độ bôi tương tự cùng với isotretinoin 20 mg / ngày trong 3 tháng. (c) Một năm sau.



Hình 7.8 (a) Bệnh nhân có làn da được phân loại là trắng, dày và nhờn . Cô ấy được chẩn đoán là có PIH. Sáu tháng trước đó, cô ấy đã trải qua một đợt peel TCA ở một phòng khám . PIH không đáp ứng với HQ tại chỗ và hai lần peel Cosmelan, và tình trạng của cô ấy trở nên tồi tệ hơn. (b) Bệnh nhân sau 1 năm. Cô ấy đã được điều trị bằng non-HQ-based Skin Health Restoration trong ba tháng để ổn định thượng bì và tế bào sắc tố, tiếp theo là năm tháng điều trị tích cực bằng tích cực HQ-based Skin Health Restoration. Sáu tuần sau khi bắt đầu liệu trình thứ hai về Skin Health

Restoration, quá trình ZO Controlled Depth Peel tới bì nhú được thực hiện. Sau khi lành bệnh, isotretinoin 20 mg / ngày đã được thêm vào chế độ Phục Hồi Sức Khỏe Làn Da của cô ấy. (c) Trước. Hình bên. (d) Sau. Hình bên.

Bước 4. Tiếp tục ổn định / bắt đầu duy trì. Sau khi dừng các bước làm trắng và phối trộn, phương pháp tiếp cận không chứa HQ là lý tưởng để duy trì sự cải thiện của làn da và ngăn ngừa tái phát PIH hoặc nám da trong tương lai. Điều này có nghĩa là sử dụng retinol, chất chống oxy hóa, chống viêm các tác nhân và chất làm sáng da không phải HQ để cung cấp việc sửa chữa, ổn định và kích thích liên tục. Nếu nám da bắt đầu tái phát, bệnh nhân có thể quay lại các bước làm trắng và phối trộn.

ĐIỀU TRỊ NÁM DA VÀ TĂNG SẮC TÓ SAU VIÊM BẰNG HYDROQUINONE

HQ là một chất bôi ngoài da phổ biến và hiệu quả được sử dụng rộng rãi để điều trị nhiều vấn đề về sắc tố da. Nó được phê duyệt bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) để điều trị nám da, và khi sử dụng trong nồng độ hợp lý (4% là tốt nhất) và dưới sự giám sát của bác sĩ, nó là tiêu chuẩn vàng để điều trị rối loạn sắc tố. Thật không may, HQ là thường được sử dụng một cách tùy tiện và nguy hiểm. Nó có thể dễ dàng lấy được từ văn phòng bác sĩ, hiệu thuốc, Internet và chợ đen và các cá nhân thường tự xử lý với nồng độ cao trong thời gian dài. Sử dụng liên tục theo cách này có thể dẫn đến các thảm họa về y tế và thẩm mỹ không thể sửa chữa được.

HQ hoạt động theo hai cách: 1) bằng cách ức chế ngược lại tyrosinase, enzyme chính tham gia vào quá trình chuyển đổi tyrosine thành melanin; và 2) bằng cách gây tổn thương có chọn lọc các melanosome và tế bào sắc tố. Do đó, cơ chế tác dụng của HQ tại chỗ là thông qua việc ngăn chặn sự sản xuất melanin mới. Các vùng sắc tố không biến mất ngay lập tức với điều trị HQ: khi các tế bào da trưởng thành, các tế bào sừng chứa melanin trong lớp biểu bì bị rụng đi và các tế bào sừng mới được hình thành chứa ít sắc tố melanosomes hơn.

Tác dụng phụ của Hydroquinone

Trong những năm gần đây, chúng tôi nhận thấy tần suất ngày càng tăng của các trường hợp ngoài lề tác dụng phụ do HQ gây ra và nhận thấy một số điểm chung ở những bệnh nhân này (Hộp 7.9). Các biểu hiện tác dụng phụ ở những bệnh nhân này bao gồm tăng sắc tố da đối ngược, nhạy cảm với ánh sáng hoặc nhiễm độc ánh sáng, dung nạp hoặc kháng thuốc, và ochrosis ngoại sinh.

Hộp 7.9 Những Điểm Chung Gặp Ở Những Bệnh Nhân Đã Gặp Phải Tác Dụng Phụ Của Hydroquinone

- *HQ đã được sử dụng mà không có sự giám sát y tế và không ngừng trong 1 năm hoặc lâu hơn.*
- *Nồng độ cao (6% đến 12%) HQ đã được sử dụng.*

■ *Sử dụng kết hợp HQ với tretinoin (axit retinoic) và corticosteroid (Tri-Luma Cream, Galderma: fuocinolone acetonide 0,01%, HQ 4%, tretinoin 0,05%).*



Hình 7.9 Bệnh nhân có da được phân loại là da Châu Á lệch màu (trung bình), dày và nhờn. Cô được chẩn đoán là bị nám da, tăng sắc tố sau viêm và tăng sắc tố đối nghịch. Cô ấy đã được điều trị bằng hydroquinone(HQ) 4%, 8% và 10% ở nhiều phòng khám khác nhau trong 1 năm nhưng nám ngày càng nặng hơn. Điều này cho thấy cả khả năng kháng lại và nhạy cảm kèm viêm do HQ gây ra.

Tăng sắc tố đối nghịch

Nồng độ tốt nhất của HQ để điều trị các vấn đề về sắc tố là 4%, và nhiều lợi ích hơn hoặc kết quả nhanh hơn không đi kèm việc sử dụng nồng độ cao hơn. Ngược lại,

những bệnh nhân sử dụng nồng độ 6%, 8% hoặc 12% có xu hướng phát triển thêm chứng tăng sắc tố kháng trị, khó điều trị, thường xuất hiện nổi bật hơn vấn đề ban đầu của họ. Cơ chế chính xác gây ra tình trạng tăng sắc tố đối ngược liên quan đến việc sử dụng hydroquinone tại chỗ vẫn chưa được làm sáng tỏ đầy đủ. Tuy nhiên, nhiều khả năng giải thích là nồng độ cao hơn 1) gây ra tác dụng độc hại hoặc sốc trên các tế bào sắc tố, buộc các tế bào phục hồi và tăng sản xuất melanin (tăng sắc tố da đối ngược); hoặc 2) gây viêm da (vì HQ là một tác nhân gây viêm đã biết), dẫn đến tăng hoạt động tế bào sắc tố lẫn át tác dụng ức chế tyrosinase của hydroquinone. Hình 7.9 cho thấy một bệnh nhân bị tăng sắc tố đối ngược.

Nhạy cảm ánh sáng và ngộ độc ánh sáng

Các tổn thương ở da khi tiếp xúc với tia UV đã được biết đến nhiều và bao gồm tổn thương DNA, tăng tỷ lệ ung thư da và các dấu hiệu lão hóa nhanh. Thuốc, cả tại chỗ và toàn thân, có thể làm tăng độ nhạy cảm của da với việc tiếp xúc với tia cực tím, với các tổn thương tiếp theo sẽ được nhìn thấy khi tiếp xúc ngắn hơn nhưng lặp lại phơi nhiễm. Do đó, thật ngạc nhiên là nhạy cảm ánh sáng đối với HQ lại ít được đề cập đến. Bằng cách giảm lượng melanin (có yếu tố chống nắng tự nhiên từ 4 đến 8), HQ làm suy yếu hoặc loại bỏ khả năng tự bảo vệ tự nhiên của da. Nếu không có sự bảo vệ thích hợp khỏi ánh nắng mặt trời, da có thể bị tổn thương do viêm nhiễm, sau đó có thể kích thích sản xuất quá mức melanin.

Ochronosis ngoại sinh

Bệnh ochronosis ngoại sinh là một chứng tăng sắc tố da nghịch lý gây ra bởi lạm dụng HQ quá mức và là tác dụng phụ tồi tệ nhất của việc sử dụng nó vì nhiều trường hợp ochronosis không thể được điều trị hoàn toàn (Hình 7.10). Mặc dù các yếu tố kích hoạt ochronosis đã được biết đến, không có lời giải thích khoa học vì lý do tại sao tình trạng này phát triển ở một số cá nhân nhất định chứ không phải ở những người khác có cùng tiền sử về HQ và các yếu tố kích hoạt.

Bệnh ochronosis nội sinh, trái ngược với ochronosis ngoại sinh, là do sự thiếu hụt vốn có của bệnh nhân trong enzyme homogentisic acid oxidase (HAO), cuối cùng dẫn đến sự tích tụ axit homogentisic trong nhiều cơ quan, bao gồm cả da, ở những bệnh nhân bị ảnh hưởng. Nhạy cảm ánh sáng do HQ có thể gây thiếu hụt HAO, dẫn đến sự tích tụ axit homogentisic, hình thành phức hợp với melanin trong da biểu hiện về mặt lâm sàng là những khoảng hơi xanh. Các khoảng này là dấu hiệu của ochronosis ngoại sinh. Bệnh ochronosis ngoại sinh cũng có thể được kích hoạt bởi ngộ độc ánh sáng do ảnh hưởng của HQ, cuối cùng dẫn đến việc sản xuất các hợp chất melanin bị thay đổi về mặt hóa học, có màu hơi xanh, một lần nữa là đặc điểm của bệnh ochronosis ngoại sinh.

Bệnh ochronosis ngoại sinh từng được cho là một vấn đề chỉ giới hạn ở con người trong một số bộ lạc nhất định ở Châu Phi, và căn nguyên của nó được cho là một phần do việc sử dụng HQ kéo dài ở những bệnh nhân có khuynh hướng di truyền này. Vào thời điểm đó, cả nhạy cảm và ngộ độc ánh sáng đều không được coi là yếu tố chính trong việc gây ra vấn đề này. Tuy nhiên, trong vài năm qua, chúng tôi đã quan sát thấy một tỷ lệ cao hơn của ochronosis ngoại sinh không chỉ ở người Mỹ gốc Phi mà còn ở người da trắng, người châu Á và người gốc Tây Ban Nha. Biến số phổ biến giữa những bệnh nhân này là mỗi người đã sử dụng HQ ở các nồng độ khác nhau (đôi

khi kết hợp với nồng độ cao tới 20% đến 30%) trong nhiều năm. Một điểm chung khác là họ từng sử dụng HQ mà không có sự giám sát y tế đầy đủ và đã lấy nó từ nhiều lần việc mua thuốc theo đơn của bác sĩ không có sự giám sát, Internet hoặc thị trường chợ đen. Thông thường những bệnh nhân này cũng không được bảo vệ đúng cách khỏi việc tiếp xúc với ánh nắng mặt trời hàng ngày bởi vì những khu vực tiếp xúc với ánh nắng mặt trời nhiều nhất cũng là những khu vực có khả năng biểu hiện nhiều nhất bệnh ochronosis ngoại sinh.



Hình 7.10. Bệnh nhân có da được phân loại là da trắng, dày trung bình và nhờn. Cô ấy đã được chẩn đoán là ochronosis ngoại sinh sớm, nặng hơn ở má trái của cô ấy. Tình trạng bệnh phát triển 2 năm sau khi cô ấy sử dụng 4% HQ một cách không giám sát trong nỗ lực làm sáng da.

Dùng nạp hoặc Kháng cự

Khi điều trị nám, chúng tôi nhận thấy không có cải thiện nào từ sử dụng HQ ở một số bệnh nhân sau 4 đến 5 tháng đáp ứng tốt. Hơn nữa, hiệu quả làm trắng từ sử dụng HQ rõ rệt hơn ở các khu vực không bị ảnh hưởng bởi nám, trong khi các vùng sạm bị ảnh hưởng không xuất hiện thêm sự cải thiện. Chúng tôi chỉ có thể kết luận rằng các tế bào sắc tố hoạt động trong các khu vực trở nên đề kháng với HQ và vấn đề tăng sắc tố da của bệnh nhân trở nên tồi tệ hơn khi sử dụng HQ kéo dài.

Khi quan sát thấy sự kháng thuốc như vậy, nên ngừng sử dụng HQ ngay lập tức để ngăn ngừa tăng sắc tố trở lại. Để đẩy lùi tình trạng kháng thuốc HQ, bệnh nhân nên ngừng sử dụng thuốc HQ từ 2 đến 3 tháng để tế bào sắc tố ổn định. Điều này làm cho các tế bào sắc tố có khả năng chống lại các kích thích tiêu cực có thể kích hoạt hoạt động của chúng. Sau khi nghỉ ngơi như vậy, bệnh nhân có thể tiếp tục sử dụng HQ nếu cần—dưới sự giám sát thích hợp. Hình 7.11 cho thấy một bệnh nhân bị nám và tăng sắc tố đối nghịch do kháng thuốc HQ.

Lưu ý, HQ cũng đã được sử dụng kết hợp với corticosteroid tại chỗ và axit retinoic (công thức Kligman, Tri-Luma) với lý do là steroid ngăn chặn chứng viêm kích thích tế bào sắc tố và sau đó dẫn đến việc tăng sản xuất melanin với các mảng da liên quan hiển thị tăng sắc tố. Điều này chỉ đúng đối với sắc tố gây ra bởi chấn thương hoặc bệnh tật, chẳng hạn như PIH. Ở một số bệnh nhân, sử dụng lâu dài công thức kết hợp này đã được chứng minh là dẫn đến teo da, xuất hiện các vùng giãn mạch, sắc tố khó trị hơn và nhạy cảm với ánh sáng. Nguyên tắc chung là, bất kể tình trạng đang được điều trị, thuốc bôi steroid chỉ nên được sử dụng trong thời gian ngắn (hoặc "xung") từ

5 đến 7 ngày liên tiếp. Cần tránh sử dụng steroid tại chỗ trong thời gian dài để điều trị nám bởi vì nám da được gây ra bởi các yếu tố khác ngoài viêm.



Hình 7.11 (a) Trước . Bệnh nhân có làn da được phân loại là da người châu Á lệch màu (da sáng), dày vừa phải và nhờn. Tiền sử 6 năm sử dụng HQ không giám sát. Cô được chẩn đoán là bị nám và tăng sắc tố đối ngược do kháng thuốc HQ. (b) Một năm sau. Bệnh nhân đã trải qua 3 tháng điều trị bằng Nonmedical Skin Health Restoration với trọng tâm là kích thích thượng bì, tế bào sắc tố và ổn định lớp bì. Cô ấy đã trải qua hai lần điều trị với ZO 3-Step Peel và có ZO Controlled Depth Peel đến lớp hạ bì nhú. Duy trì bằng non-HQ-based Skin Health Restoration.

Điều Trị Nám Da Và Tăng Sắc Tố Sau Viêm Có Và Không Có Hydroquinone

Sau nhiều năm kinh nghiệm, chúng tôi đã phát triển hai cách tiếp cận để điều trị nám và PIH: 1) phương pháp dựa trên HQ (Bảng 7.2) và 2) phương pháp không dựa trên HQ (Bảng 7.3). Quan trọng nhất, chúng tôi đã nhận ra những hạn chế của điều trị bằng HQ và phát triển liệu pháp HQ ngắt quãng (như được trình bày trong Hộp 7.8) điều đó tránh được sự phát triển của orchonosis và các tác dụng không mong muốn khác. Chúng tôi cũng đã phát triển các hướng dẫn về việc ngừng sử dụng HQ (Hộp 7.10).

Bảng 7.2 Phương pháp tiếp cận Hydroquinone để Điều trị Nám và Tăng sắc tố sau viêm	
Bước	Chức năng
1. Làm trắng	Để giảm thiểu hoặc ngừng sản xuất melanin, 4% HQ (AM và PM) hoạt động tốt nhất. Các chất thay thế, bao gồm arbutin, axit kojic, vitamin C, retinol và tretinoin, làm trắng yếu không có giá trị điều trị
2. Tẩy da chết thượng bì	Để giảm melanin biểu bì và cung cấp các lợi ích phối trộn nhẹ, hãy sử dụng công thức của alpha-hydroxy axit và các chất chống viêm (một lần mỗi ngày).
3. Ổn định	Là thực hiện các bước như sau: • Tăng khả năng chịu đựng của da (tăng cường chức năng hàng rào) • Sửa chữa DNA bị hư hỏng • Cung cấp các lợi ích chống viêm • Giảm phản ứng của tế bào melanin đối với các yếu tố tiêu cực (chẳng hạn như tia cực tím hoặc hormone) Một công thức có sẵn từ ZO Skin Health có thể cung cấp tất cả những lợi ích này.
4. Phối trộn	Để kích thích hoạt động và luân chuyển tế bào sừng để tất cả các tế bào sừng đang hoạt động thực bào melanin đồng đều (thực hiện một hoặc hai lần mỗi ngày, sáng và tối). Điều này đảm bảo tông màu đều hơn mà không cần hiệu quả của làm trắng.

* Các bước này nên được thực hiện theo thứ tự trên: 1, 2, 3, 4.

† Nhiều công thức được khuyến nghị không có sẵn ngoại trừ ZO Skin Health.

Bảng 7.3 Phương pháp tiếp cận Nonhydroquinone để ổn định tế bào sắc tố	
Bước	Chức năng
1. Tăng tốc độ thay đổi thượng bì (để loại bỏ melanin thượng bì): The Invisapeel	Giảm sắc tố thượng bì bằng cách đẩy nhanh quá trình tẩy tế bào chết biểu bì tự nhiên, làm giảm melanin thượng bì và cung cấp ích lợi làm trắng Invisapeel (một loại enzymatic) được sử dụng cho mục đích này. (Xem công thức và cách sử dụng trong Chương 9) Dùng một lần mỗi ngày
2. Ổn định melanocytes: Brightenex-F	Để ngăn chặn sự sản xuất melanin bất thường bởi các tế bào melanin đã tiếp xúc với các kích thích bên trong hoặc bên ngoài. Quá trình ổn định tế bào làm cho tế bào sắc tố kháng lại những kích thích như vậy để chúng chỉ sản xuất melanin bình thường (duy trì tông màu bình thường không dùng chất làm trắng). Sử dụng Brightenex-F vào buổi sáng. Sản phẩm này là không chứa HQ, không làm trắng làn da. Nó chỉ giúp khôi phục một tông màu đồng đều.
3. Ổn định biểu bì: Retamax-F	Bước này tương tự như bước 3 trong phần “Các bước trị nám da”

4. Kích thích	Kích hoạt sự thực bào của tế bào sừng với melanin để tạo ra màu da đồng đều. Bước tiếp theo yêu cầu một công thức đặc biệt của retinol đóng chai (dùng tối)
---------------	--

* Phương pháp không HQ sẽ chứng minh hiệu quả hơn nếu một người thực hiện thủ thuật peel đặc biệt sau 1 tháng sau chương trình trên cho một chu kỳ trưởng thành keratin (6 tuần). Các loại peel được đề xuất bao gồm ZO Retinol Stimulation Peel và ZO 3-Step Peel (xem Chương 9).

Hộp 7.10

Hướng Dẫn Ngừng Sử Dụng Hydroquinone

Để tránh quá liều HQ, hãy ngừng HQ:

- *Sau khi đạt được làn da đều màu (một đến ba KMC, 6 đến 18 tuần) ở hầu hết các loại da*
- *Sau ba KMC (18 tuần) để tránh kháng thuốc có thể dẫn đến tăng sắc tố dội*
- *Sau một đến hai KMC (6 đến 12 tuần) ở da đen để tránh giảm sắc tố và nhạy cảm với ánh sáng*
- *Bất cứ khi nào HQ ngừng mang đến sự cải thiện hơn nữa*

TỒN THƯƠNG DO ÁNH SÁNG

Tồn thương do ánh sáng là một vấn đề phổ biến có thể ảnh hưởng đến bất kỳ loại da nào. Nó bắt đầu ở độ tuổi sớm (2 đến 3 tuổi) và ban đầu không thể phát hiện được. Tuy nhiên, với một người tiếp xúc với ánh nắng mặt trời nhiều qua từng năm, tổn thương có biểu hiện lâm sàng, như vấn đề sắc tố tại chỗ và tổng quát nói chung tăng lên và vấn đề kết cấu (nếp nhăn, mất độ đàn hồi) có thể nhìn thấy.

Thật không may, nhiều bác sĩ và phần lớn công chúng không nhận ra tác hại của ánh nắng mặt trời cho đến khi nó trở nên nghiêm trọng và lan rộng (ví dụ: dày sừng ánh sáng [AKs] và ung thư da xuất hiện). Do đó, họ bỏ qua các dấu hiệu ban đầu của tổn thương do ánh sáng, chẳng hạn như sạm da, tàn nhang và lentigines. Một trong những thông điệp chính của chương này là cách nhận biết và xử lý ảnh hưởng bởi tổn thương do ánh sáng trong các giai đoạn sớm nhất của nó sẽ giúp bệnh nhân tránh được các rắc rối và tổn thương lâm sàng của bởi tổn thương do ánh sáng và có lẽ, quan trọng hơn, để ngăn chặn tất cả tổn thương do ánh sáng, đó là mục tiêu cuối cùng của chúng tôi. Hình 7.12 cho thấy một bệnh nhân bị tổn thương do ánh sáng nghiêm trọng được điều trị bằng ZO Programs. Hình 7.13 cho thấy một bệnh nhân có các dấu hiệu ban đầu sớm của tổn thương do ánh sáng.

Ngăn Chặn Tổn Thương Do Ánh Sáng

Cách tốt nhất để giải quyết tổn thương do ánh sáng là không để nó xảy ra ngay từ đầu. Điều này đòi hỏi bạn phải chống nắng cơ bản và kết hợp các nguyên tắc Skin Health Restoration (Hộp 7.11).



Hình 7.12 (a) Trước. Bệnh nhân có làn da được phân loại là trắng thuần, dày trung bình, và nhờn. Cô ấy được chẩn đoán là bị tổn thương do ánh sáng nặng với lentigo, tàn nhang và dày sừng ánh sáng. Cô đã được điều trị bằng HQ-based ZO Medical trong 5 tháng. (b) Sau sáu tháng



Hình 7.13 (a) Trước. Bệnh nhân có làn da được phân loại là da người châu Á không đều màu (trung bình), dày vừa phải và nhờn. Cô được chẩn đoán là bị sạm đục, nhạy cảm và đổi màu không đặc hiệu (dấu hiệu sớm của tổn thương do ánh nắng mặt trời). (b) Một năm sau. Bệnh nhân đã được điều trị trong 2 đến 3 tháng với non-HQ-based Skin Health Restoration để điều trị da nhạy cảm, tiếp theo là 3 tháng điều trị HQ-based ZO Medical và hai lần ZO Retinol Stimulation Peels.

HỘP 7.11

Ngăn chặn tổn thương do ánh sáng

■ *Tránh rám nắng: các bác sĩ phải giáo dục công chúng để họ biết rám nắng cho thấy tổn thương DNA và một loạt các làn da không khỏe mạnh đi kèm với những thay đổi có thể gây ra hậu quả lớn theo thời gian.*

■ *Không chỉ dựa vào kem chống nắng: bất kể chỉ số chống nắng cao như thế nào, kem chống nắng hóa học và vật lý sẽ mất tác dụng sau 1 đến 2 giờ. Nghiên cứu chỉ ra rằng mọi người thoa kem chống nắng không đủ liều và không thoa lặp lại đủ.*

■ *Thực hành tránh nắng: mặc quần áo bảo hộ (mũ, quần dài, và tay áo); tham gia các hoạt động ngoài trời trước 10 giờ sáng hoặc sau 4 giờ chiều, và sử dụng kem chống nắng và quần áo bảo hộ đầy đủ.*

■ *Áp dụng chương trình bảo vệ da khỏe mạnh như một phần của thói quen hàng ngày:*

■ *Nạp vào da các chất chống oxy hóa (từ bốn đến sáu loại) theo một công thức thích hợp cũng cung cấp các chất bảo vệ và sửa chữa DNA.*

- *Tăng cường chức năng hàng rào bảo vệ da bằng cách sử dụng nồng độ retinol và alpha-hydroxy thích hợp hàng ngày và trước khi thoa kem chống nắng.*
- *Tăng khả năng tự phục hồi và làm mới của da bằng cách làm theo chương trình chăm sóc da cung cấp sự ổn định hiệu quả của lớp thượng bì (tế bào sừng và tế bào sắc tố) và lớp bì (nguyên bào sợi).*

Cùng với việc ngăn ngừa và điều trị tất cả các dấu hiệu ban đầu của tổn thương do ánh sáng, Chương này đề cập đến việc điều trị tổn thương kết cấu do ánh sáng và thoái hóa sợi elastin do ánh sáng, những tình trạng này là một phần của quá trình lão hóa da và đáp ứng với các liệu pháp trẻ hóa. Chương này cũng bao gồm các dạng tổn thương do ánh sáng lâu dài hơn, chẳng hạn như nhạy cảm ánh sáng và rối loạn sắc tố. Ngoài ra, đề cập đến các dạng tổn thương do ánh sáng tiến triển (AKs và ung thư da), nhưng chỉ trong tóm tắt. Phần lớn tài liệu này có thể được tìm thấy trong các tài liệu chuyên biệt hơn về ung thư da.

Tác động lão hóa của tổn thương do ánh sáng

Tổn thương do ánh sáng là một dạng lão hóa ngoại sinh (Hộp 7.12) và gây thiệt hại trực tiếp cho da, cho dù thiệt hại xảy ra bề ngoài hay ở các cấp độ sâu hơn.

HỘP 7.12

Lão Hóa Nội Sinh Và Ngoại Sinh

LÃO HÓA NỘI SINH

- *Một hiện tượng bình thường, tiến triển, đặc trưng bởi teo da.*
- *Điều trị thích hợp có thể sửa chữa, đảo ngược hoặc ít nhất là làm chậm quá trình này quá trình.*

LÃO HÓA NGOẠI SINH

- *Những thay đổi bất thường, tiến triển về diện mạo và cấu trúc da xảy ra phản ứng với các yếu tố như hút thuốc lá và tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.*
- *Khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, làn da sáng màu sẽ có những biến đổi mạnh hơn, sâu sắc hơn, trong khi da sẫm màu có những thay đổi nhẹ hơn.*
- *Tránh tiếp xúc với những yếu tố phơi nhiễm có hại là chìa khóa để ngăn ngừa lão hóa ngoại sinh.*

Nhạy cảm ánh sáng

Nhạy cảm ánh sáng xứng đáng được đề cập đặc biệt vì nó tăng tốc độ bắt đầu và mức độ nghiêm trọng của nhiều loại tổn thương do ánh sáng. Quá trình bắt đầu với những thay đổi trong chức năng hàng rào của da do các vấn đề từ viêm da và các bệnh ngoài da khác như chấn thương, dị ứng, nhiễm trùng và sử dụng quá nhiều chất dưỡng ẩm hoặc chất tẩy da chết. Chức năng hàng rào bị thay đổi này gây ra sự nhạy cảm của da, biểu hiện như kích ứng, ngứa, bỏng rát, ban đỏ, khô da, tróc da và/hoặc không dung nạp với nhiều sản phẩm mỹ phẩm bôi ngoài da.

Mọi người hiếm khi coi ánh nắng mặt trời là nguyên nhân khiến da nhạy cảm. Tuy nhiên, tài liệu da liễu công nhận nhạy cảm với ánh sáng là một phản ứng dị ứng hoặc miễn dịch tia UV. Nhạy cảm ánh sáng phổ biến hơn so với những gì đã được công

nhận trước đây và đóng một vai trò chính trong việc làm trầm trọng thêm tất cả các nguyên nhân khác gây ra sự nhạy cảm của da. Ngoài ra, bởi vì tia cực tím có thể gây viêm da, chỉ riêng tia UV có thể gây ra bất thường chức năng hàng rào của da.

Tương tự, các loại thuốc, bao gồm hydrochlorothiazide, thuốc chống sốt rét, tetracycline và minocycline, và các tác nhân như resorcinol, axit kojic, và axit salicylic (cũng như HQ, đã thảo luận trước đây) có thể tự gây ra da nhạy cảm và được biết là làm tăng độ nhạy cảm ánh sáng của da. Do đó, nhạy cảm ánh sáng có thể được coi là nguyên nhân duy nhất hoặc là một yếu tố làm trầm trọng thêm tất cả bệnh nhân có làn da nhạy cảm. Các khuyến nghị điều trị đi kèm theo sau (Hộp 7.13).

HỘP 7.13

Điều trị nhạy cảm ánh sáng

- *Điều trị các vùng bị kích ứng bằng corticosteroid tại chỗ và / hoặc thuốc kháng histamine đường uống.*
- *Tránh tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, sử dụng kem chống nắng và mặc quần áo chống nắng.*
- *Để có kết quả tốt nhất, bệnh nhân cũng nên tránh các hóa chất nhạy cảm với ánh sáng và điều trị bất kỳ sự nhạy cảm nào của da mà các hóa chất này có thể gây ra.*

Các Dạng Tổn Thương Do Ánh Sáng Tiến Triển

Không ai thức dậy một ngày với căn bệnh ung thư da toàn diện. Đúng hơn, nghiên cứu có kết luận rằng ung thư da có xu hướng phát triển dần dần, đôi khi hàng thập kỷ sau khi một người tiếp xúc với ánh nắng mặt trời có hại nhất. Và quá trình bắt đầu với những thay đổi ban đầu trông lành tính (Hộp 7.14).

Trong Hệ thống phân loại da Zein Obagi, da rám nắng, tàn nhang và hầu hết các lentigines là mắc phải, thượng bì và nội sinh (mặc dù không thể quy ra nguyên nhân di truyền ở lentigines). Lentigo maligna, u ác tính và ung thư da có thể kết hợp các nguyên nhân mắc phải và di truyền và cư trú ở lớp thượng bì và lớp bì.

BOX 7.14

Các Giai Đoạn Của Tổn Thương Da Có Thể Nhìn Thấy Được

- *Da rám nắng*
- *Tàn nhang (ephelides)*
- *Lentigines*
 - *Do mặt trời*
 - *Do tuổi già*
- *Lentigo maligna, u ác tính lentigo maligna*
- *Dày sừng ánh sáng*
- *Ung thư da*

Nhuộm da

Đôi khi bạn nghe mọi người nói rằng một làn da rám nắng vàng là một dấu hiệu lành mạnh của vẻ đẹp và sức sống. Ở phương Tây, một số người coi làn da rám nắng liên hệ lối sống năng động và đi với kèm với sự thư giãn và giải trí. Máy tăng tốc nhuộm da và tiệm nhuộm da là công việc kinh doanh lớn; trên thực tế, ngành công nghiệp nhuộm da của Hoa Kỳ kiếm được ước tính 5 tỷ đô la hàng năm.

Phơi nắng vừa phải (phơi không quá 15 phút mỗi ngày trên mặt và cánh tay) mang lại những lợi ích thực sự — nó giúp cơ thể tổng hợp vitamin D, cần thiết cho sức khỏe của xương và có thể ngăn ngừa các bệnh khác nhau, chẳng hạn như bệnh đa xơ cứng và một số bệnh ung thư. Tuy nhiên, những tác động phòng ngừa này vẫn chưa được chứng minh. Và ngay cả khi chúng được chứng minh, đối với những người lo lắng về mức vitamin D của họ, sẽ an toàn hơn nhiều khi uống bổ sung vitamin D hơn là cố tình làm rám nắng da.

HỘP 7.15 Da rám nắng

Da rám nắng là nỗ lực của cơ thể để tự bảo vệ mình bằng cách tăng sắc tố sản xuất; nó thực sự là một dấu hiệu của tổn thương DNA.

Trên thực tế, da rám nắng là một dấu hiệu của tổn thương DNA (Hộp 7.15). Đó là cách của làn da la hét để được giúp đỡ và nỗ lực bảo vệ bản thân bằng cách tăng sắc tố sản xuất. Cả Tổ chức Y tế Thế giới và Bộ Dịch vụ Y tế và Con người đã tuyên bố tia UV được tạo ra tự nhiên và nhân tạo được biết đến là chất gây ung thư. Tiếp xúc với những tia này — đặc biệt là ở giai đoạn đầu cuộc sống — đã được chứng minh là làm tăng tỷ lệ ung thư tế bào hắc tố và ung thư da không phải tế bào hắc tố. Vì vậy, vì lý do sức khỏe, người phương Tây nên mô phỏng cách tiếp cận an toàn với ánh nắng mặt trời được thực hiện bởi phụ nữ ở Châu Á, Châu Phi và Trung Đông. Trong những mọi người coi làn da sẫm màu ít được mong muốn hơn, một dấu hiệu của vị thế xã hội thấp hơn. Những phụ nữ này trung thành thoa kem chống nắng, đội mũ, sử dụng dù che nắng và tránh phơi nắng vào buổi trưa cao điểm.

Tàn nhang

Tàn nhang (ephelides) là những dát nhỏ, phẳng, có bề mặt nhẵn và đồng nhất màu (nâu nhạt đến nâu). Chúng chủ yếu xuất hiện trên mặt và mũi, chủ yếu ở những người da trắng, nhưng cũng có thể liên quan đến những người tiếp xúc với ánh nắng mặt trời ở khu vực khác. Tàn nhang là kết quả của sự gia tăng hoạt động của các tế bào sắc tố để đáp ứng với phơi nắng nhiều lần. Như vậy, mặt trời làm chúng tối đi, trong khi ứng dụng HQ có thể làm sáng chúng.

Tàn nhang nguy hiểm hơn làn da rám nắng vì sự hiện diện của chúng cho thấy rằng da của người đó không thể chịu được tiếp xúc với ánh nắng mặt trời (Hộp 7.16). Cụ thể hơn, các khu vực tập trung nơi tàn nhang thực sự xuất hiện sẽ ít bị tổn thương hơn vì thành phần melanin của tàn nhang cung cấp một số sự bảo vệ. Tuy nhiên, các khu vực xung quanh, không thể hóa sạm đi, sẽ chịu thiệt hại lớn nhất, bao gồm thay đổi kết cấu, tổn thương do ánh sáng, dày sừng ánh sáng, và có thể là ung thư da. Mặc dù bản thân tàn nhang hiếm khi phát triển thành ung thư da, điều quan trọng là không chẩn đoán nhầm ung thư da như tàn nhang hoặc ngược lại, có thể dẫn đến việc điều trị không cần thiết và lo lắng cho bệnh nhân. Hình 7.14 cho thấy một bệnh nhân bị nám da và ephelides lan tỏa.

HỘP 7.16 Tàn nhang

Tàn nhang nguy hiểm hơn làn da rám nắng vì sự hiện diện của chúng cho thấy rằng da của người đó không thể chịu được tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.



Hình 7.14 (a) Trước. Bệnh nhân có làn da được phân loại là da lệch màu (nhẹ), dày trung bình, và không dầu. Cô ấy được chẩn đoán là đa ephelides và nám da. (b) Một năm sau. Bệnh nhân đã được điều trị tích cực trong 5 tháng HQ-based ZO Medical, tiếp theo là ZO Controlled Depth Peel 6 tuần sau đó.

Lentigines

Lớn hơn tàn nhang, lentigines có kích thước nhỏ (5 đến 10 mm), các dát hình tròn hoặc hình bầu dục có màu nâu nhạt đến nâu. Bề mặt của chúng có thể nhẵn và phẳng hoặc tăng sừng. Mặc dù thường là kết quả của việc tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, các lentigines có thể xuất hiện trên vùng tiếp xúc với ánh nắng mặt trời và trên da được bảo vệ khỏi ánh nắng mặt trời (Hộp 7.17). Ngoài trừ các chứng đồi mồi (solar lentigines), lentigines không sẫm lại khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời nhiều hơn, và một khi được hình thành, chúng thường tồn tại trong cả điều kiện không tiếp xúc ánh sáng mặt trời. Hình 7.15 cho thấy một bệnh nhân có nhiều chất lentigos solars được điều trị bằng chương trình ZO Skin Health và hai liệu trình điều trị với ZO Retinol Stimulation Peel.

HỘP 7.17 Các loại Lentigines

1. Solar Lentigines-Đồi mồi (*lentigo solaris*). Những tổn thương này có xu hướng thô ráp hơn, bề mặt tăng sừng và xuất hiện trên những vùng tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, cho thấy tổn thương nặng do ánh nắng mặt trời. So với tàn nhang, đồi mồi chỉ ra tiền sử nhiều rối loạn sừng hóa và tổn thương DNA hơn. Điều này có nghĩa là,

theo thời gian, chúng có thể biến đổi thành *lentigo maligna* (xem # 3 bên dưới). Theo đó, bác sĩ da liễu phải theo sát bệnh nhân với *lentigo solaris* và điều trị tích cực những tổn thương này nếu chúng xuất hiện có tiềm năng biến đổi thành *lentigo maligna*.

2. *Lentigo senilis*. Thường được gọi là các liver spots, những tổn thương này thực sự phản ánh các khu vực cục bộ tăng sinh tế bào hắc tố và tăng hoạt động. Họ có thể có bờ không đều, và chúng chủ yếu xảy ra, mặc dù không duy nhất, ở các khu vực tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Cũng như với Solar Lentiginos, bệnh nhân bị *lentigo senilis* yêu cầu theo dõi để đảm bảo những tổn thương này không phát triển thành *lentigo maligna*.

3. *Lentigo maligna*. Những vùng da tiền ác tính và sắc tố tối màu này, thường được tìm thấy trên cổ và mặt của bệnh nhân lớn tuổi, cho thấy các đặc điểm ung thư đặc trưng, bao gồm lan rộng, bờ không rõ ràng, và màu sắc đa dạng trong mỗi các tổn thương riêng lẻ. Tổn thương này yêu cầu cần được sinh thiết và điều trị tích cực vì chúng có nhiều khả năng phát triển thành u hắc tố *lentigo maligna* (u hắc tố xâm lấn).



Hình 7.15 (a) Trước. Bệnh nhân có làn da được phân loại là người châu Á lệch màu (trung bình), dày vừa phải và không có dầu. Cô được chẩn đoán là da bị sạm đục và nhiều nốt đồi mồi. (b) Một năm sau. Bệnh nhân được điều trị trong 5 tháng với ZO Skin Health program và có hai lần điều trị bằng ZO Retinol Stimulation Peel.

Dày Sừng Ánh Sáng Và Ung Thư Da

Xuất hiện trên những khu vực tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, AKs có dạng các dát đỏ sần sùi, có vảy, thường không triệu chứng có kích thước từ 2 đến 15 mm. Chúng

có thể bị teo hoặc phì đại, xuất hiện tương đối độc lập hoặc thành cụm. AKs có thể chậm lan rộng và có nguy cơ chuyển thành ung thư da cao hơn 20% (ung thư tế bào đáy, ung thư tế bào vảy, u hắc tố de novo, và u ác tính phát sinh từ malignant lentigo hoặc từ nevi đột biến). Màu sắc và bề mặt đặc trưng của AKs có thể giúp người ta phân biệt chúng với các loại đồi mồi. Ảnh 7.16 cho thấy một bệnh nhân có AKs lan tỏa và bệnh trứng cá đỏ.



Hình 7.16 (a) Trước. Bệnh nhân có da được phân loại là trắng (sáng), dày và nhòn. Anh ta được chẩn đoán là mắc chứng dày sừng ánh sáng lan tỏa và bệnh trứng cá đỏ. (b) Ba tháng sau. Bệnh nhân đã được điều trị trong 5 tháng tích cực với phương pháp điều trị HQ-based ZO Medical treatment.

Chẩn Đoán Tổn Thương Do Ánh Sáng Sớm

Có thể phân biệt tất cả các loại lentigines và các tổn thương giống lentigo bằng nghiệm pháp cạo da đơn giản, nhẹ nhàng với lưỡi dao # 15. Nghiệm pháp cạo da cho kết quả hiển thị trong Hộp 7.18.

HỘP 7.18

Kết Quả Nghiệm Pháp Cạo Da

- *Tàn nhang: không chảy máu hoặc không để lại sẹo*
- *Lentigo solaris, lentigo senilis: vảy mịn, các tổn thương sáng ra, không chảy máu*
- *Lentigo maligna: tổn thương có thể có hoặc không vảy, không nhạt màu và có thể chảy máu dễ dàng*
- *Dày sừng hoạt tính: đóng vảy, chảy máu*

Điều quan trọng là phải xác định bất kỳ lentigo maligna, lentigines loạn sản và dày sừng ánh sáng vì chúng cần được điều trị tích cực.

Xử Lý Tổn Thương Do Ánh Sáng Có Thể Nhìn Thấy Được

Khi tổn thương do ánh sáng trời tiền triển, nó đòi hỏi các biện pháp điều trị tích cực hơn (Bảng 7.4).

Bảng 7.4 Các phương pháp xử lý ảnh hưởng đến ảnh có thể nhìn thấy được	
Tình trạng	Điều trị
Tàn nhang	Làm trắng và phối trộn Tẩy tế bào chết và điều trị HQ Chống nắng để ngăn ngừa bệnh tái phát
Lentigines:	
Lentigo solaris và lentigo senilis	Cạo bằng lưỡi dao hoặc nạo, tiếp theo là TIA 30% Đốt điện Tái tạo bề mặt bằng laser (CO2, erbium) ZO Retinol Stimulation Peel hoặc ZO 3-Step Peel Điều chỉnh, kích thích và chống nắng để ngăn ngừa tái phát
Lentigo maligna	Cắt bỏ phẫu thuật thích hợp
Dày sừng ánh sáng	Điều trị thuốc bôi tại chỗ (các lựa chọn bao gồm 5-fluorouracil, imiquimod, diclofenac và ingenol mebutate) Phẫu thuật lạnh (đối với các tổn thương biệt lập hoặc số lượng nhỏ) Liệu pháp quang động học, peel
Ung thư da	Thực hiện sinh thiết chính xác Chẩn đoán đúng Điều trị kịp thời bằng các phương pháp phẫu thuật và / hoặc không phẫu thuật thích hợp

Các Thay Đổi Khác Chỉ Ra Tổn Thương Kết Cấu Da

Bác sĩ và bệnh nhân cũng phải theo dõi những thay đổi lâu dài hơn cho thấy rằng tiếp xúc với ánh nắng mặt trời đang làm hỏng kết cấu của da (Hộp 7.19).

Thoái Hóa Sợi Elastin Do Ánh Sáng

Theo thời gian, tổn thương collagen và elastin ở da dẫn đến sự xuất hiện của các nếp nhăn dần trở nên sâu hơn, chai cứng và không thể thay đổi được (xem Hộp 7.7). Tổn thương do ánh sáng nặng gây ra tình trạng lâm sàng được gọi là thoái hóa sợi elastin do ánh sáng, chỉ tình trạng collagen và elastin bị hư hỏng hàng loạt tích tụ lại trong lớp bì. Điều này làm cho da có vẻ hơi vàng, có kết cấu da rãnh sâu và nếp nhăn. Hình 7.17 và 7.18 cho thấy những bệnh nhân bị thoái hóa sợi elastin do ánh sáng được điều trị bằng ZO Designed Controlled Depth Peel.

HỘP 7.19 Dấu hiệu tổn thương kết cấu da

- Thoái hóa sợi elastin do ánh sáng
- Rối loạn sắc tố
- Poikiloderma of Civatte



Hình 7.17 (a) Trước . Bệnh nhân có làn da được phân loại là da ban đầu trắng (sáng), mỏng vừa, và không có dầu. Cô được chẩn đoán là mắc thoái hóa sợi elastin do ánh sáng. (b) Một năm sau. Bệnh nhân đã được điều trị tích cực bằng non-HQ-based Skin Health Restoration với trọng tâm là ổn định và kích thích thượng bì, cũng như như peel da trung bình bằng ZO Designed Controlled Depth Peel.



Hình 7.18 (a) Trước . Bệnh nhân có da được phân loại là trắng (trung bình) dày, và không có dầu. Cô được chẩn đoán là bị thoái hóa sợi elastin do ánh sáng nghiêm trọng. (b) Một năm sau. Bệnh nhân được điều trị tích cực trong 2 đến 6 tháng với phương pháp HQ-based Skin Health Restoration, tiếp theo là liệu trình tiếp theo là peel trung bình bằng ZO Designed Controlled Depth Peel được thực hiện sau 6 tuần dưỡng da.

Rối loạn sắc tố

Rối loạn sắc tố đề cập đến các vấn đề sắc tố không đặc hiệu có thể xuất hiện ở các khu vực tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, một mình hoặc cùng với các dạng tổn thương ánh sáng khác (ví dụ: lentigines, tàn nhang hoặc râm nắng không đều). Các đặc điểm nhận dạng của rối loạn sắc tố bao gồm các vùng giảm sắc tố khu trú tròn được bao quanh bởi các mảng tăng sắc tố không xác định. Khu vực mất sắc tố có ranh giới rõ rệt gồm các tổn thương bắt nguồn từ sự chết khu trú của các tế bào sắc tố và sự hiện diện của teo thượng bì. Bề mặt của những tổn thương này cũng có thể gồ ghề và tăng sừng. Trên hết, rối loạn sắc tố chỉ ra rằng cấu trúc sớm (thượng bì và bì) đã xảy ra tổn thương.

Ngoài ra, các bác sĩ đôi khi chẩn đoán nhầm rối loạn sắc tố vì nó có thể trông giống với những thay đổi sắc tố khác, ít nhất là bề ngoài. Tránh những chẩn đoán sai lầm như vậy, hãy xem xét những rối loạn sắc tố trông giống nhau (Bảng 7.5). Hình 7.19 cho thấy một bệnh nhân bị rối loạn sắc tố.

Bảng 7.5 Các Chẩn Đoán Nhầm Rối Loạn Sắc Tố	
Tình trạng	Đặc điểm phân biệt
Bạch biến	Rối loạn sắc tố có các vòng bao bọc tăng sắc tố da; bạch biến không.
Tăng sắc tố sau viêm (PIH)	Rối loạn sắc tố chỉ ảnh hưởng đến da tiếp xúc với ánh nắng mặt trời; các vùng da không phơi nắng bình thường, trong khi PIH có thể ảnh hưởng đến vùng da được bảo vệ khỏi ánh nắng mặt trời. Nếu bệnh nhân không có tình trạng liên quan có thể gây ra PIH (ví dụ: mụn trứng cá, bệnh trứng cá đỏ, chấn thương hoặc viêm da), nó là chứng rối loạn sắc tố.



Hình 7.19 (a) Trước. Bệnh nhân có da được phân loại là trắng, dày và nhờn. Anh ta được chẩn đoán là mắc lentigos, dày sừng ánh sáng và da không đều màu (rối loạn sắc tố). (b) Một năm sau. Bệnh nhân được điều trị tích cực bằng phương pháp HQ-based Skin Health Restoration, tiếp theo là peel trung bình bằng ZO Designed Controlled Depth Peel được thực hiện sau 8 tuần Skin Health Restoration.

Poikiloderma of Civatte

Poikiloderma of Civatte là một dạng ban đỏ liên quan đến đốm sắc tố xuất hiện ở cả hai bên cổ, thường là dưới chân tóc. Nó thường ảnh hưởng lên phụ nữ, liên quan đến phần bên trên của cổ, trong khi vùng da xung quanh, nơi được phơi nắng như nhau,

cho thấy những thay đổi nhỏ do hiện tượng tổn thương ánh sáng, nhưng không có thay đổi rõ ràng do nhạy cảm ánh sáng. Nó có thể hơi khó chẩn đoán và điều trị vì nó kết hợp một số các yếu tố:

- Rối loạn sắc tố (tăng sắc tố và giảm sắc tố)
- Teo kết cấu da do sáng (thượng bì và bì)
- Telangiectasias
- Da sần lốm đốm (thoái hóa sợi elastin do ánh sáng)

Được mô tả lần đầu tiên vào năm 1923, Poikiloderma of Civatte cho thấy khả năng kháng lại điều trị trừ khi yếu tố gây nhạy cảm ánh sáng bị loại bỏ. Yếu tố này thường là nước hoa, mà phụ nữ có xu hướng thoa ở cả hai bên cổ trên. Với việc sử dụng nhiều lần, khu vực nước hoa sẽ nhạy cảm ánh sáng, dẫn đến tổn thương ánh sáng nghiêm trọng hơn nhiều so với vùng không có nước hoa. Sau bệnh nhân ngừng sử dụng nước hoa, tình trạng có nhiều khả năng đáp ứng với điều trị.

Điều Trị Tổn Thương Ánh Sáng Nặng

Giống như các dạng tổn thương do ánh sáng trước đó, xử lý các thay đổi kết cấu gây ra bởi ánh nắng mặt trời đòi hỏi các phương thức điều trị phù hợp với các yếu tố gây bệnh (Bảng 7.6).

Bảng 7.6 Xử lý các thay đổi về kết cấu	
Thoái hóa sợi elastin do ánh sáng (và kết cấu hư hại)	Hoạt hóa da (điều chỉnh, kích thích, làm trắng và phối trộn trong ba chu kỳ trưởng thành tế bào sừng [KMC] [18 tuần]). Đối với các tình trạng cho thấy sự cải thiện khi test căng da, chỉ định peel trichloroacetic acid ZO Controlled Depth Peel đến lớp IRD. Đối với các điều kiện không cho thấy sự cải thiện với test căng da, chỉ định các thủ thuật giúp căng da (ví dụ: laser fractional CO2 hoặc thiết kế riêng ZO Controlled Depth Peel).
Rối loạn sắc tố (thượng bì và bì)	Sử dụng các chất bôi ngoài da cần thiết (tretinoin, hydroquinone, axit alpha-hydroxy), lý tưởng nhất là sử dụng cách tiếp cận tích cực cho ba KMC (18 tuần). Trong thời gian chờ đợi, thêm ZO Controlled Depth Peel tới lớp bì nhú. Cân nhắc tái tạo bề mặt bằng laser đối với chứng rối loạn sắc tố bì. Đối với sắc tố quá sâu để tái tạo bề mặt bằng laser, có thể chỉ định điều trị bằng laser sắc tố. Đối với hiện tượng giảm sắc tố khu trú, có thể sử dụng phương pháp ghép thụt bì punch đơn giản từ 2 đến 3 mm. (Thuốc bôi và peel không thể điều trị giảm sắc tố khu trú.)
Poikiloderma of Civatte	Ngừng dùng nước hoa (hoặc các chất gây kích ứng khác) trên cổ, và thay vào đó, bôi nước hoa đến các vùng có tóc ở hai bên của da đầu dưới Thêm thuốc bôi tại chỗ (tiếp cận tích cực) cho ba KMC, peel và điều trị laser mạch máu, nếu cần.

NEVI

Nevus of Ota

Về cơ bản là một khối u tế bào sắc tố lành tính ở da, khối u bẩm sinh này biểu hiện dưới dạng một mảng màu xanh lam, xanh đen hoặc xám trên thái dương, trán hoặc vùng quanh mắt. Những nevi này cũng có thể liên quan đến mô kết mạc và mắt, cũng như màng nhầy của miệng và mũi. Thường xuất hiện đơn độc (và đôi khi ở hai bên), những tổn thương này có ngay từ khi mới sinh và có thể sẫm màu và mở rộng theo độ tuổi. Họ chủ yếu ảnh hưởng đến người châu Á (thường là phụ nữ), mặc dù chúng có thể xảy ra ở da đen.

Sinh thiết nevus Ota cho thấy sự lắng đọng nặng của melanin trong lớp bì và lớp dưới thượng bì gây ra bởi các tế bào sắc tố không bình thường nằm khắp lớp bì. Khi xem xét một cách tổng thể, các yếu tố nêu trên quyết định rằng Hệ thống phân loại da Zein Obagi phân nhóm chúng trong số các nguyên nhân di truyền, nội sinh rối loạn có thể ảnh hưởng đến bất kỳ lớp nào của da. Hình 7.20 cho thấy một bức ảnh của một bệnh nhân nevus của Ota và Hình 7.21 một bệnh nhân nevus của Hori.

Nevus of Hori

Những nevus nâu xám đến nâu xanh này trông giống như những nevus hai bên bẩm sinh của Ota, ngoại trừ nevus of Hori thường liên quan đến khu vực má. Và mặc dù những nevi xuất hiện từ khi mới sinh, chúng thường trở nên rõ ràng ở độ tuổi 40 của bệnh nhân hoặc 50 tuổi (thường gặp nhất ở phụ nữ). Về mặt mô học, các tế bào sắc tố bất thường vì những nevus này cư trú ở phần nhú và phần giữa của lớp bì (không phải lớp hạ bì, hoặc kết mạc và màng nhầy), gây ra các mảng tăng sắc tố dạng chấm hoặc đám sẫm. Như vậy, rằng Hệ thống phân loại da Zein Obagi coi chúng là di truyền, nội sinh và nằm ở lớp bì.

Chẩn Đoán Và Điều Trị Nevi Bẩm Sinh

Về ngoài nổi bật của cả Ota và Hori nên chúng thường có thể được chẩn đoán chỉ dựa trên các biểu hiện lâm sàng. Tuy nhiên, những tổn thương này có thể yêu cầu theo dõi cẩn thận; nevus Ota đặc biệt với bệnh đi kèm khác nhau, từ u ác tính ác tính đến tăng nhãn áp. Ngoài ra, không loại nevus nào đáp ứng tốt với điều trị tại chỗ bằng HQ. Tuy nhiên, chúng thường đáp ứng tốt với bốn đến sáu lần điều trị với các tia laser nhắm đích sắc tố như Q-switched ruby, alexandrite, hoặc Laser Nd: YAG.



Hình 7.20 (a) Trước . Bệnh nhân có làn da được phân loại là da lệch màu (nhẹ) và dày vừa. Cô được chẩn đoán là nevus Ota. (b) Một năm sau. Bệnh nhân đã được điều trị bằng phương pháp HQ-based Skin Health Restoration vừa phải để ngăn ngừa tăng sắc tố sau viêm và ổn định làn da của cô ấy. Cô cũng đã trải qua năm lần điều trị bằng laser Q-switched Nd: YAG 1,064-nm.



Hình 7.21 (a) Trước. Bệnh nhân có da được phân loại là da lệch màu (trung bình) Châu Á, dày, và nhờn. Cô ấy được chẩn đoán là có sắc tố bì vùng má trong nhiều năm và da không sáng lên sau test căng da của Dr. Zein Obagi. Cô ấy đã thất bại với các phương pháp điều trị trước đây với HQ, tẩy tế bào chết, và IPL tại các phòng khám khác nhau. (b) Một năm sau. Bệnh nhân được điều trị tích cực từ 2 đến 5 tháng với HQ-based Skin Health Restoration. Bốn lần điều trị bằng laser Q-Switch Nd: YAG 1,064-nm được thực hiện định kỳ hàng tháng trong quá trình điều trị Skin Health Restoration.

Sắc Tố Da Không Đặc Hiệu

Tình trạng này biểu hiện dưới dạng các mảng tăng sắc tố xảy ra thường vào các khu vực tiếp xúc với tóc trên da đầu: trán, tai và trên cổ. Nó thường ảnh hưởng đến những người thường xuyên làm tóc của họ bằng duỗi tóc bằng hóa chất hoặc thoa các sản phẩm có dầu để tạo kiểu hoặc giữ nếp. Hệ thống phân loại da Zein Obagi phân loại cho bệnh sắc tố da không đặc hiệu như một tình trạng da có nguyên nhân viêm nội sinh mắc phải (các chất điều trị tóc gây ra viêm da mãn tính).

Thật không may, tình trạng này không đáp ứng với bất kỳ phương pháp điều trị nào đã biết, bao gồm HQ hoặc laser điều trị tiêu sắc tố. Tuy nhiên, bệnh nhân có thể gặp một số cải thiện nếu họ thực hiện các biện pháp nêu trong Hộp 7.20.

HỘP 7.20

Điều Trị Sắc Tố Da Không Đặc Hiệu

■ *Ngừng sử dụng các sản phẩm gây bệnh (có thể là heavy face cream).*

- *Chịu một liệu trình peel da nhiều lần đến lớp bì nhú.*
- *Cân nhắc điều trị ổn định và kích thích tại chỗ thông qua Skin Health Restoration. Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân, cách tiếp cận này có thể trở khiến tình trạng trở nên tồi tệ hơn.*

OCHRONOSIS

Ochronosis ngoại sinh hoặc mắc phải phát triển dần dần và tiến triển chậm, do phản ứng với các yếu tố bên ngoài, chẳng hạn như sử dụng HQ. Nó thường biểu hiện dưới dạng các dát xanh đen hoặc xám xanh không triệu chứng với cường độ khác nhau tại các vùng tiếp xúc với ánh nắng mặt trời như má, thái dương và cổ (Hộp 7.21). Hình 7.22 và 7.23 cho thấy bệnh nhân bị Ochronosis. Ochronosis xảy ra thường xuyên hơn ở người da đen, đặc biệt là ở các khu vực như châu Phi, nơi mọi người thử làm sáng màu da của họ với HQ để đạt được địa vị xã hội cao hơn. Tuy nhiên, gần đây, tình trạng này đã trở thành một vấn đề ở các loại da khác, bao gồm da của người châu Á, người gốc Tây Ban Nha và người da trắng.

Thực hiện test căng da của Dr. Zein Obagi cho thấy gốc rễ của bệnh ochronosis là tình trạng những giọt hoặc đốm nhỏ sắc tố ở lớp bì. Dựa trên tất cả các yếu tố này, Hệ thống phân loại da Zein Obagi mô tả tình trạng này là ngoại sinh, mắc phải, viêm và ở lớp bì.

Bệnh Alkaptonuria là một ví dụ về nguyên nhân nội sinh của ochronosis. Đây là bệnh trên NST lặn thường là kết quả của sự thiếu hụt enzym HAO, giúp chuyển hóa các axit amin phenylalanin và tyrosine. Kết quả là sự tích tụ của axit homogentisic (một sản phẩm phụ của phenylalanin và chuyển hóa tyrosine) ở lớp bì và các cơ quan khác.

Trong cả ochronosis ngoại sinh và nội sinh, mức độ sắc tố và mức độ nghiêm trọng là giống hệt nhau. Nhưng mặc dù bệnh ochronosis ngoại sinh chủ yếu xảy ra trên da tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, vùng sắc tố ochronosis nội sinh có thể biểu hiện ở vùng da không tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Sinh lý bệnh được đề xuất của ochronosis được trình bày trong Hộp 7.22.

HỘP 7. 21 Ochronosis

Ochronosis thường biểu hiện dưới dạng màu xanh đen hoặc xanh xám không có triệu chứng các mảng có độ đậm khác nhau trên các khu vực tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.



Hình 7.22 Bệnh nhân có da được phân loại là trắng lệch màu (sẫm màu), da dày và nhờn. Cô ấy đã sử dụng 4% HQ để trị nám, không giám sát, trong 10 năm. Cô ấy được chẩn đoán là ochronosis.

HỢP 7.22 Sinh Lý Bệnh Được Đề Xuất Của Ochronosis

- Sự gia tăng nghịch lý trong sản xuất tyrosinase gây ra sự tăng sắc tố dội ngược và di chuyển sắc tố đến lớp bì.
- Da bị nhạy cảm với ánh sáng hoặc ngộ độc ánh sáng, gây viêm nặng dẫn đến thay đổi cấu trúc trong quá trình tổng hợp melanin ở da
- Đề kháng với HQ, có thể khiến các tế bào sắc tố tạo ra sự thay đổi dạng sắc tố. Kết hợp với nhạy cảm ánh sáng, điều này tạo ra phản ứng ánh sáng và sắc tố ochronotic điển hình trong lớp bì
- Ức chế oxidase acid homogentisic, dẫn đến tích tụ acid homogentisic trong lớp bì, như trong bệnh alkaptonuria

Chẩn đoán, Quản lý và Phòng ngừa Ochronosis

Bởi vì ochronosis chỉ ảnh hưởng đến các vùng được điều trị bằng HQ, chẩn đoán nó và phân biệt nó với các loại tăng sắc tố khác (ví dụ: do thuốc gây ra hoặc các bệnh toàn thân như bệnh Addison) tương đối đơn giản. Tương tự, các chỉ định sinh thiết và tiền sử bệnh nhân sử dụng HQ kéo dài có thể xác nhận sự hiện diện của ochronosis. Tuy nhiên, không có phương pháp điều trị thành công nào ochronosis. Peel da chết và chất làm sáng da không phải HQ chứng minh là vô dụng đối với nó. Người ta có thể đạt được thành công một phần bằng cách ngừng sử dụng HQ của bệnh nhân ngay lập tức, sau đó chọn một hoặc nhiều biện pháp được nêu trong Hộp 7.23.

Hộp 7.23 Giải Quyết Bệnh Ochronosis

- Một chế độ điều trị tại chỗ bao gồm chống nắng nghiêm ngặt, ổn định tế bào sắc tố và các chất chống viêm
- Lặp đi lặp lại ZO Controlled Depth Peel đến lớp bì nhú
- Liệu pháp laser sắc tố
- Tái tạo bề mặt bằng laser phân đoạn CO2 (có thể hữu ích cho ochronosis nhẹ)



Hình 7.23 (a) Trước đây. Bệnh nhân có da được phân loại là lệch đen (trung bình), độ dày trung bình và tiết nhờn bình thường. Cô được chẩn đoán là mắc chứng tăng sắc tố sau viêm và papulosa nigra. Cô được khám vào năm 1995 và được điều trị bằng đốt điện với làm trắng và phối trộn trong 3 tháng với kết quả tốt. (b) Bệnh nhân năm 2010 (15 năm sau). Cô ấy đã tự điều trị với 4% HQ (mua online) mà không có giám sát. Chú ý đến ochronosis trên má trái của cô ấy. (c) Bệnh nhân vào năm 2012 (2 năm sau khi phát triển ochronosis). Hai tháng sau khi ngừng điều trị dựa trên HQ, cô ấy bắt đầu điều trị bằng làm trắng không dựa trên HQ với Brightenex-F và kích thích với Retamax-F. (d) Bệnh nhân năm 2013 (sau 1 năm điều trị). Cô ấy đang được điều trị với phối trộn và kích thích không dựa trên HQ (như năm 2012). Lưu ý rằng sự phục hồi của tông màu da bình thường đang che dấu ochronosis.

Khuyến Cáo

Tất cả các công ty mỹ phẩm nên hạn chế sử dụng từ “làm trắng” trên bất kỳ sản phẩm nào của họ. Như chúng ta đã biết, “làm trắng” da đòi hỏi phải tiêu diệt tất cả các tế bào sắc tố. Về mặt y học, đây là một biện pháp cực đoan, rủi ro cao đối với một

mục tiêu thẩm mỹ. Các bác sĩ đôi khi cố gắng làm điều này trong những trường hợp bệnh bạch biến nghiêm trọng, sử dụng các loại thuốc cụ thể (không phải HQ), đồng thời biết rằng những bệnh nhân đó sẽ phải chịu đựng phần đời còn lại của họ vì nhạy cảm ánh sáng nặng.

Đồng thời, mọi nỗ lực cần được thực hiện để điều chỉnh và hạn chế HQ sử dụng bởi những người không có chỉ định y tế thích hợp và được giám sát y tế. Cách tiếp cận này bao gồm các nỗ lực để chấm dứt việc mua bán trên Internet và chợ đen của HQ. Ngoài ra, các nhà sản xuất chỉ nên cung cấp HQ trong các gói nhỏ đủ để điều trị các vùng da nhỏ, được xác định rõ và các gói này nên có giá thành cao để không khuyến khích việc sử dụng quá mức.

Hơn nữa, HQ nên thực hiện cảnh báo “hộp đen” do FDA ủy quyền chống lại những nguy hiểm của nó giống như nhiều loại thuốc da liễu như isotretinoin đã làm. Nói ngắn gọn, các bác sĩ nên cố gắng hết sức để ngăn chặn việc lạm dụng HQ và chỉ kê đơn nó một cách an toàn, cho các chỉ định y tế cụ thể, kèm theo giám sát y tế và trong một khoảng thời gian nhất định.