

Chương 12 - MỤN MỦ (PUSTULES)

Nội dung

- Mụn trứng cá (Acne)
- Bệnh nấm candida (Candidiasis)
- Viêm nang lông (Folliculitis)
- Chốc (Impetigo)
- Bệnh trứng cá đỏ (Rosacea)
- Mụn mủ không phổ biến
 - Nhiễm nấm sâu – Coccidioidomycosis
 - Nhiễm nấm dermatophyte (Kerion)
 - Gonococemia
 - Subcorneal pustular dermatosis

Những điểm chính

1. Mụn mủ đại diện cho tập hợp các bạch cầu trung tính
2. Chỉ ra sự nhiễm trùng khi thấy mụn mủ
3. Mụn mủ có thể vô trùng

TÓM TẮT

Mụn mủ là tập hợp các bạch cầu trung tính nằm ở bề mặt, thường là trong nang lông (ví dụ: mụn trứng cá và viêm nang lông) hoặc ngay bên dưới lớp sừng (ví dụ: bệnh chốc và bệnh nấm candida). Mặc dù mụn mủ đại diện cho đặc điểm lâm sàng thống nhất của những rối loạn này, chúng không phải lúc nào cũng là dấu hiệu nổi bật, đôi khi thậm chí không xuất hiện. Ví dụ, ở một số bệnh nhân bị mụn trứng cá, chỉ thấy comedone hoặc sẩn. Trong bệnh chốc, thường chỉ thấy lớp mủ vì mụn mủ đã bị vỡ và khô lại. Mủ thường chỉ ra sự nhiễm trùng. Đối với mụn mủ (và lớp mủ) trên da, nhiễm trùng là một cân nhắc chẩn đoán thích hợp, nhưng, như có thể thấy từ [Bảng 12.1](#), không phải tất cả các bệnh da mụn mủ đều do vi sinh vật gây ra. Tuy nhiên, nếu nghi ngờ nhiễm trùng, các xét nghiệm đơn giản có thể được thực hiện để xác nhận chẩn đoán.

Các bệnh mụn mủ phổ biến nhất được liệt kê trong [Bảng 12.1](#). Các nguyên nhân ít phổ biến khác của mụn mủ được đề cập ngắn gọn ở cuối chương.

MỤN (ACNE)

Những điểm chính

1. Mụn trứng cá là bệnh da liễu phổ biến nhất có tác động tiêu cực đến tâm lý xã hội
2. Comedone là dấu hiệu của bệnh
3. Điều trị các nguyên nhân đa yếu tố gây mụn trứng cá: androgen, bít tắc nang lông và *Propionibacterium acnes*

ĐỊNH NGHĨA

Acne vulgaris (mụn trứng cá thông thường) là một rối loạn ảnh hưởng đến các đơn vị nang lông tuyến bã trên da ([Hình 12.1](#)). Nguyên nhân là đa yếu tố. Các tổn thương lâm sàng bao gồm từ comedone không viêm đến sẩn, mụn mủ và nốt viêm.

TỶ LỆ MẮC

Mụn trứng cá là bệnh da phổ biến nhất được khám bởi bác sĩ da liễu. Nó bắt đầu ở độ tuổi trẻ đáng ngạc nhiên; comedone có thể được thấy khi khám ở 50% bé trai từ 9 đến 11 tuổi. Mụn trứng cá là một tình trạng tàn phá về thể chất và tâm lý và phải được điều trị tích cực. Tỷ lệ mắc bệnh và mức độ nghiêm trọng của bệnh gia tăng trong những năm thiếu niên và đầu tuổi trưởng thành, ảnh hưởng đến khoảng 85% thanh niên trong độ tuổi từ 12 đến 24. Trái ngược với niềm tin phổ biến, mụn trứng cá không chỉ giới hạn ở thanh thiếu niên. Nó có thể tiếp tục trong những năm tuổi ba mươi và bốn mươi của cuộc đời, đặc biệt là ở phụ nữ; ở một số bệnh nhân, nó không bắt đầu cho đến khi đó.

BẢNG 12.1 Các bệnh mụn mủ phổ biến						
			Khám lâm sàng			
	Tỷ lệ (%)	Nguyên nhân	Biểu hiện của tổn thương	Phân bố	Chẩn đoán phân biệt	Xét nghiệm
Mụn	13	Đa yếu tố	Mụn mủ, sẩn, cục và comedon	Mặt và thân trên	Viêm nang lông Trứng cá đỏ	Không
Nhiễm nấm candida	0,3	Nhiễm nấm (<i>C. albicans</i>)	Mụn mủ vệ tinh xung quanh ban đỏ màu “đỏ như thịt bò”	Khu vực ẩm ướt, đặc biệt ở bẹn	Nấm da đầu Viêm kẽ Miliaria Viêm nang lông Viêm da tiếp xúc	Soi tươi KOH
Viêm nang lông	1.1	Nhiễm khuẩn (<i>S. aureus</i>)	Mụn mủ rải rác, có lông ở trung tâm	Mông và đùi, vùng có râu, da đầu	Mụn Nhiễm nấm Dày sừng nang lông Viêm nang lông giả	Nhuộm Gram Nuôi cấy
Chốc	0,6	Nhiễm khuẩn (<i>S. aureus</i>)	Lớp mài (thường có màu mật ong) nổi bật	Mọi nơi, phổ biến nhất trên mặt	Ecthyma Herpes simplex	Nhuộm Gram Nuôi cấy
Trứng cá đỏ	1.3	Không rõ	Sẩn và mụn mủ trên nền ban đỏ và giãn mao mạch	Phần giữa mặt	Mụn Lupusban đỏ Viêm da tiết bã	Không



HÌNH 12.1 Mụn – sẩn và mụn mủ đặc trưng ở thiếu niên



HÌNH 12.2 Mụn trứng cá ở phụ nữ trưởng thành – sẩn và dát tăng sắc tố sau viêm dọc theo đường viền hàm. Lưu ý chứng rậm lông cho thấy có thể dư thừa androgen.

TIỀN SỬ

Bệnh nhân thường tự đưa ra chẩn đoán và cố gắng điều trị bằng thuốc không kê đơn. Tiền sử rậm lông, tóc mỏng khu trú ở đỉnh đầu, hoặc kinh nguyệt không đều ở phụ nữ bị mụn trứng cá nên cân nhắc khả năng thừa androgen. Phụ nữ trưởng thành thường phàn nàn về mụn trứng cá dọc theo đường viền hàm và trở nên trầm trọng hơn vào khoảng thời gian chu kỳ kinh của họ (**Hình 12.2**). Với dân tộc có làn da sẫm màu, mụn trứng cá có thể dẫn đến các dấu hiệu tăng sắc tố sau viêm, có thể mất nhiều tháng để cải thiện. Corticosteroid bôi tại chỗ hoặc toàn thân cũng có thể gây phát ban dạng mụn trứng cá.

DẤU HIỆU LÂM SÀNG

Các tổn thương không viêm trong mụn trứng cá được gọi là comedone và có hai loại: (1) comedone mở hoặc “mụn đầu đen”, biểu hiện dưới dạng lỗ chân lông giãn ra chứa đầy chất sừng màu đen (không phải bụi bẩn); và (2) comedone đóng hay còn gọi là “mụn đầu trắng”, là một sẩn nhỏ, có màu da, hình vòm thường khó nhìn thấy (**Hình 12.3**). Các tổn thương mụn viêm có thể được dễ dàng nhận biết bởi bệnh nhân và bác sĩ. Chúng xuất hiện dưới dạng sẩn, mụn mủ hoặc cục, tùy thuộc vào mức độ của phản ứng viêm (**Hình 12.4**). Mụn trứng cá được tìm thấy ở những vùng có nhiều tuyến bã

nhờn, thường là mặt và thân trên. Thân dưới ít bị ảnh hưởng hơn và các không có ở vùng chi xa.

Tổn thương không viêm:

1. Comedone mở
2. Comedone đóng

Tổn thương viêm:

1. Sẩn
2. Mụn mủ
3. Cục



HÌNH 12.3 A. Comedone đóng hay “mụn đầu trắng”. B. Comedone mở hoặc “mụn đầu đen”.



HÌNH 12.4 Mụn – sẩn và mụn mủ. Lưu ý các dát tăng sắc tố sau viêm.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Chẩn đoán mụn trứng cá hiếm khi khó khăn, đặc biệt là ở thanh thiếu niên. Đôi khi, mụn trứng cá có thể bị nhầm lẫn với mụn cóc phẳng, là những sẩn nhỏ, có màu da, đỉnh phẳng thường nằm trên mặt. Khi quan sát kỹ, mụn cóc phẳng có cạnh góc sắc nét và bề mặt có kết cấu mịn, trong khi comedone đóng có bề mặt nhẵn, hình vòm (**Hình 12.5**).



HÌNH 12.5 Mụn cóc phẳng – sẩn có màu da thường bị nhầm với mụn trứng cá.

Mụn do steroid gây ra do sử dụng corticosteroid và được phân biệt với mụn trứng cá thông thường bởi sự khởi phát đột ngột (thường trong vòng 2 tuần sau khi bắt đầu điều trị bằng corticosteroid tại chỗ mạnh hoặc toàn thân liều cao) và biểu hiện (sẩn và mụn mủ đồng nhất, 2 đến 3 mm, đỏ, cứng) (Hình 12.6). Mụn do steroid bởi các chất bôi tại chỗ thường xảy ra nhất trên mặt. Với corticosteroid toàn thân, phát ban nổi bật nhất ở thân trên.



HÌNH 12.6 Mụn do steroid – sẩn đỏ, đồng nhất ở bệnh nhân ghép thận dùng steroid toàn thân liều cao.

Mụn trứng cá mủ thông thường có thể bị nhầm lẫn với viêm nang lông do vi khuẩn hoặc trứng cá đỏ. Trong viêm nang lông do vi khuẩn, có thể nhìn thấy lông ở một số mụn mủ và cấy vi khuẩn dương tính, thường là đối với *Staphylococcus aureus* hoặc ít gặp hơn là vi khuẩn Gram âm. Rosacea được phân biệt với mụn trứng cá thông thường bởi sự hiện diện của nền hồng ban và giãn mao mạch, và không có comedone. Rosacea cũng thường xảy ra muộn hơn trong cuộc đời.

Mụn trứng cá dạng sẩn đôi khi bị nhầm lẫn với u xơ mạch và dày sừng nang lông.

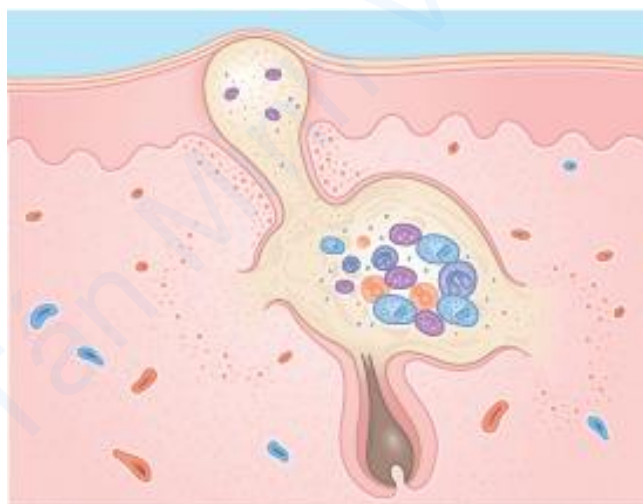
U xơ mạch (angiofibromas), một biểu hiện trên da của bệnh xơ cứng củ, thường được chẩn đoán nhầm thành mụn trứng cá. Trên lâm sàng, các tổn thương xuất hiện dưới dạng sẩn cứng, màu hồng, tập trung chủ yếu ở trung tâm của khuôn mặt, dai dẳng và tất nhiên là kháng lại liệu pháp điều trị mụn trứng cá. Dày sừng nang lông (keratosis pilaris), khi ảnh hưởng ở má trên khuôn mặt, được phân biệt với mụn trứng cá bởi các sẩn nhỏ, thô ráp, đồng nhất trên nền da “đỏ” (ví dụ: mạch máu trên da nổi rõ) và không có comedone. Dày sừng nang lông là một tình trạng mãn tính và tương đối không đáp ứng với các phương pháp điều trị mụn trứng cá.

Chẩn đoán phân biệt mụn trứng cá

- Mụn cóc phẳng
- Mụn do steroid
- Viêm nang lông
- Trứng cá đỏ
- U xơ mạch
- Dày sừng nang lông

XÉT NGHIỆM VÀ SINH THIẾT

Chẩn đoán hầu như luôn được thực hiện trên lâm sàng. Đôi khi, nuôi cấy vi khuẩn được chỉ định để loại trừ nhiễm trùng. Sinh thiết không được chỉ định nhưng sẽ cho thấy một khối tuyến bã nhờn bị bít tắc cùng với tình trạng viêm (Hình 12.7).



HÌNH 12.7 Mụn trứng cá. Biểu bì – tập hợp bạch cầu trung tính trong biểu bì, nang lông. Lớp bì – đơn vị tuyến bã nang lông bị tắc với sự tích tụ của chất sừng, bã nhờn và các tế bào viêm. Sự thoát mạch của vật chất qua thành bị vỡ dẫn đến tình trạng viêm da thêm.

ĐIỀU TRỊ

Bốn nhóm thuốc được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị mụn trứng cá: thuốc bôi, kháng sinh toàn thân, retinoid toàn thân và thuốc nội tiết. Các loại mụn trứng cá gợi ý lựa chọn điều trị. Đối với phần lớn bệnh nhân, không cần dùng retinoids toàn thân và liệu pháp nội tiết.

Các thuốc bôi

Các thuốc bôi có hiệu quả nhất đối với các tổn thương nông. Với comedone, phương pháp điều trị chính vẫn là retinoid tại chỗ: tretinoin (kem Retin-A Micro), adapalene (kem Differin) và tazarotene (Tazorac). Benzoyl peroxide có hoạt tính ly giải comedone nhẹ và cũng có tác dụng kháng khuẩn. Kháng sinh tại chỗ (erythromycin, clindamycin) nên được sử dụng kết hợp với benzoyl peroxide tại chỗ để ngăn ngừa vi khuẩn kháng thuốc.

Các tác giả thường bắt đầu điều trị bằng retinoid tại chỗ trước khi đi ngủ và rửa benzoyl peroxide (có sẵn trên thị trường) vào buổi sáng. Bệnh nhân nên bôi các loại thuốc này lên toàn bộ vùng bị ảnh hưởng (ví dụ: toàn bộ khuôn mặt) thay vì chỉ bôi lên từng tổn thương riêng lẻ. Ngoài ra, bệnh nhân phải được thông báo rằng retinoids và các chế phẩm benzoyl peroxide có thể gây kích ứng da, thường tẻ nhất trong 1 đến 2 tuần đầu sử dụng và giảm dần sau đó. Một phần do kích ứng, bệnh nhân có thể nhận thấy rằng tình trạng có vẻ tệ hơn là tốt hơn sau vài tuần đầu sử dụng.

Điều trị mụn trứng cá

Ban đầu

Comedone

- Retinoids tại chỗ (kem tretinoin 0,05% vào buổi tối)

Sẩn và mụn mủ

- Thuốc bôi: retinoid vào buổi tối và benzoyl peroxide (riêng lẻ hoặc kết hợp với clindamycin bôi tại chỗ) vào buổi sáng
- Toàn thân: tetracycline (bổ sung nếu thuốc bôi không hiệu quả)

Cục

- Kết hợp điều trị tại chỗ và toàn thân như phác đồ cho sẩn và mụn mủ

Thay thế

Comedone

- Adapalene tại chỗ (dành cho da nhạy cảm)
- Tazarotene tại chỗ (dành cho comedone kháng trị)

Sẩn và mụn mủ

- Isotretinoin đường uống nếu nặng và điều trị ban đầu thất bại

Cục

- Isotretinoin đường uống

Điều trị nội tiết cho phụ nữ

- Thuốc tránh thai đường uống
- Spironolactone

Kháng sinh toàn thân

Kháng sinh toàn thân được chỉ định ở những bệnh nhân có sẩn hoặc mụn mủ viêm, đặc biệt nếu có ảnh hưởng ở thân mình. Doxycycline (50–100 mg hai lần mỗi ngày) là loại kháng sinh đường uống được kê đơn phổ biến nhất vì tính hiệu quả và tương đối an toàn. Tetracycline (500 mg hai lần mỗi ngày) ít được kê đơn hơn. Các tác giả cố gắng hạn chế sử dụng kháng sinh toàn thân không quá ba tháng; nếu không cải thiện, sau đó xem xét giới

thiệu đến bác sĩ da liễu. Để thúc đẩy sự tuân thủ, các tác giả khuyến cáo sử dụng tetracycline cùng với thức ăn và ngay cả các sản phẩm từ sữa, bắt chước các khuyến cáo trên tờ hướng dẫn sử dụng. Minocycline (100 mg hai lần mỗi ngày) được sử dụng chủ yếu ở những người không thể dung nạp các tetracycline khác.

Retinoid toàn thân

Retinoid isotretinoin dạng uống được bán trên thị trường vào tháng 09 /1982 để sử dụng trong điều trị bệnh nhân bị mụn trứng cá nặng (Hình 12.8).



HÌNH 12.8 Mụn trứng cá. **A.** Trước isotretinoin. Mụn dạng nang nặng có khả năng tạo sẹo. **B.** Sau isotretinoin.

Chất giống vitamin A mạnh này làm giảm quá trình sừng hóa nang lông, sản xuất bã nhờn và số lượng vi khuẩn trong nang lông. Tác dụng phụ là thường gặp. Hầu như tất cả các bệnh nhân đều bị nứt nẻ môi và da khô, và các biến chứng ngoài da cũng xảy ra; ví dụ, tăng nồng độ men gan và lipid huyết tương. Quan trọng nhất, retinoids toàn thân gây quái thai. Bệnh nhân nữ không được mang thai khi dùng isotretinoin là bắt buộc. Cần có các mẫu chấp thuận đặc biệt, các biện pháp ngừa thai nghiêm ngặt và thử thai hàng tháng đối với phụ nữ dùng isotretinoin. Cần có mẫu chấp thuận thừa

nhận nguy cơ trầm cảm và tự tử khi dùng isotretinoin cho cả nam và nữ. Ngoài ra còn có một mối liên hệ gây tranh cãi của isotretinoin với bệnh viêm ruột. Do những hạn chế này, thuốc được khuyến cáo chủ yếu để điều trị cho một số bệnh nhân chọn lọc bị mụn trứng cá sần/mụn mủ nặng, kháng trị liệu hoặc mụn bọc có khả năng để lại sẹo (Hình 12.9). Thuốc chỉ nên được kê đơn bởi các bác sĩ quen thuộc với việc sử dụng thuốc và tham gia vào chương trình quản lý rủi ro quốc gia (www.ipledgeprogram.com).

Isotretinoin gây quái thai.



HÌNH 12.9 Mụn trứng cá. Mụn trứng cá bọc nặng với sần, mụn mủ và sẹo.

Liệu pháp nội tiết

Loại điều trị này có thể giúp những phụ nữ bị mụn trứng cá không đáp ứng với điều trị ban đầu nêu trên và bùng phát theo chu kỳ kinh nguyệt. Thuốc tránh thai có đặc tính androgen thấp giúp cải thiện mụn trứng cá ở nhiều bệnh nhân. Một số sản phẩm có sẵn, bao gồm Ortho Tri-Cyclen và Estrostep, được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ chấp thuận trong trị mụn như một mục đích sử dụng.

Antiandrogens cũng đã được sử dụng để điều trị mụn trứng cá kháng trị ở phụ nữ. Cyproterone axetat có sẵn ở Châu Âu, trong khi spironolactone được sử dụng ở Hoa Kỳ. Một lần nữa, các thành phần này chỉ nên được kê đơn bởi các bác sĩ nhận thức đầy đủ về các tác dụng phụ tiềm ẩn của chúng.

Giáo dục bệnh nhân

Khía cạnh quan trọng nhất của một quá trình điều trị mụn trứng cá thành công là sự tuân thủ của bệnh nhân. Các hướng dẫn nên được đưa ra cả bằng lời nói vào thời điểm bệnh nhân đến khám lần đầu và bằng văn bản trên một tờ giấy mang về nhà để củng cố những gì đã nói. Bệnh nhân có thể tuân thủ tốt nhất nếu thuốc chỉ được sử dụng hai lần mỗi ngày, vì vậy lịch trình dùng thuốc có thể gắn vào thói quen hàng ngày đã được thiết lập như đánh răng. Vào thời điểm thăm khám ban đầu, các câu trả lời cũng có thể được đưa ra cho một số câu hỏi phổ biến (thường không được hỏi) mà bệnh nhân bị mụn trứng cá hoặc cha mẹ của họ thường gặp như sau:

1. **Chế độ ăn uống.** Một số bằng chứng chỉ ra rằng chế độ ăn “phương Tây” có thể có tác động xấu đến mụn trứng cá, nhưng các loại thực phẩm cụ thể không liên quan. Đối với hầu hết bệnh nhân, một chế độ ăn uống hợp lý là tất cả những gì được đề xuất.
2. **Vệ sinh.** Mụn trứng cá không phải là do vệ sinh kém. Nói chung, các chất làm sạch mụn trứng cá cũng không được khuyến cáo vì chúng gây kích ứng không cần thiết, kết hợp với kích ứng từ các chất tiêu nhân mụn được khuyến nghị. Hướng dẫn bệnh nhân rửa mặt bằng tay, không dùng khăn mặt.
3. **Mỹ phẩm.** Nếu mỹ phẩm được sử dụng, chúng nên là loại gốc nước và sử dụng một cách tiết kiệm. Hầu hết các sản phẩm mỹ phẩm đều không gây nhân mụn.
4. **Nặn.** Ở nhiều bệnh nhân bị mụn trứng cá, phần lớn tổn thương da là do họ tự gây ra. Mặc dù việc nặn mụn mủ mới thường rất hấp dẫn, nhưng không nên thực hiện việc này vì nó có thể gây tổn thương mô nhiều hơn, đôi khi dẫn đến tăng sắc tố sau viêm và sẹo.

DIỄN TIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Với điều trị, tiên lượng cho mụn trứng cá là tốt, nếu không nói là xuất sắc. Bệnh nhân nên hiểu rằng hầu hết các phương pháp điều trị giúp kiểm soát bệnh hơn là chữa khỏi bệnh và sự cải thiện không xảy ra sau một đêm. Phương pháp điều trị triệt để tiềm năng duy nhất, ngoài thời gian, đối với mụn trứng cá là isotretinoin. Nếu sự cải thiện không được ghi nhận sau 2 tháng, có thể chỉ định liệu pháp điều trị chuyên sâu hơn, bao gồm tăng nồng độ của thuốc bôi, tăng liều lượng kháng sinh đường uống hoặc thay đổi liệu pháp kháng sinh. Sự cải thiện bệnh tiếp tục được mong đợi với việc tiếp tục

điều trị. Nhiều bệnh nhân có thể ngừng kháng sinh toàn thân sau 3 đến 6 tháng, nhưng hầu hết cần điều trị duy trì kéo dài (thường kéo dài hàng năm) với các thuốc bôi. Tuy nhiên, tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn đang trở nên thường xuyên hơn, do đó giới hạn sự hữu dụng của liệu pháp kháng sinh kéo dài đối với mụn trứng cá. Nếu mụn trứng cá không đáp ứng với thuốc kháng sinh toàn thân và các liệu pháp điều trị tại chỗ, thì nên chuyển đến bác sĩ da liễu. Isotretinoin tạo ra sự thuyên giảm kéo dài, nếu không muốn nói là “chữa khỏi” ở nhiều bệnh nhân.

Mụn tự thuyên giảm theo thời gian, ở mức độ rất khác nhau. Đối với từng bệnh nhân, không có cách nào để dự đoán trước khi nào họ sẽ hết mụn. Mục tiêu của điều trị là giữ cho tình trạng được kiểm soát miễn là nó còn hoạt động.

Biến chứng chính của mụn trứng cá là sự ảnh hưởng tâm lý xã hội của nó, có thể tàn phá đối với một số bệnh nhân. Bệnh nhân bị mụn bọc nặng thậm chí có thể bị xã hội kì thị. Có một sự trở trêu về thời điểm, mụn trứng cá xuất hiện vào thời điểm của cuộc đời khi ngoại hình cá nhân là mối quan tâm hàng đầu và sự nhận thức về bản thân đang ở đỉnh cao. Bất kể mức độ nghiêm trọng của mụn trứng cá, đối với những bệnh nhân tìm kiếm sự giúp đỡ (ngay cả những người bị nhẹ), căn bệnh này rất quan trọng và đáng được quan tâm nghiêm túc. Bệnh nhân không ấn tượng với những lời khuyên nhẹ nhàng tầm thường hóa căn bệnh của họ và trấn an họ rằng cuối cùng họ sẽ “khỏi bệnh”.

Ngoài vấn đề thẩm mỹ của các tổn thương mụn đang hoạt động, các vết sẹo còn phức tạp hơn và duy trì hình ảnh xấu về bản thân ở một số bệnh nhân rất lâu sau khi mụn đã thuyên giảm. Sẹo khó điều trị. Phương pháp mài mòn da, “tái tạo bề mặt da” bằng laser, lột da bằng hóa chất và phẫu thuật đều đã được áp dụng với những kết quả khác nhau. Bởi vì sẹo dễ ngăn ngừa hơn là điều trị, điều trị mụn trứng cá cần được quan tâm sớm và tích cực.

CƠ CHẾ BỆNH SINH

Nhiều yếu tố có ảnh hưởng đến cơ chế bệnh sinh của mụn trứng cá. Ba yếu tố quan trọng nhất là:

Các yếu tố ảnh hưởng vào quá trình sinh bệnh mụn trứng cá:

1. Androgen
2. Bít tắc nang lông
3. *Propionibacterium acne*

1. *Hormon androgen*. Dưới sự kích thích của androgen, các tuyến bã nhờn mở rộng và tăng sản xuất bã nhờn. Trước tuổi dậy thì, nội tiết tố androgen được tiết ra bởi tuyến thượng thận. Ở tuổi dậy thì, việc thêm vào các androgen của tuyến sinh dục sẽ kích thích tuyến bã nhờn hơn nữa.
2. *Bít tắc nang lông*. Để mụn trứng cá xuất hiện, cần có sự tắc nghẽn đầu ra của ống nang lông. Tất cả các tổn thương mụn đều bắt đầu bằng một vi comedone. Sự tắc nghẽn này xảy ra do sự tích tụ của các tế bào sừng hóa kết dính trong ống nang lông, tạo thành một vật cản. Nguyên nhân gây tắc nang lông chưa được biết, nhưng cũng có thể do ảnh hưởng của nội tiết tố androgen.
3. *Vi khuẩn*. Gần chỗ tắc lỗ nang lông, bã nhờn và các mảnh vụn chất sừng tích tụ. Điều này cung cấp một môi trường hấp dẫn cho sự phát triển của vi khuẩn kỵ khí, đặc biệt là *Propionibacterium acnes*. Những vi khuẩn này tạo ra các enzyme lipase thủy phân chất béo của bã nhờn, dẫn đến việc giải phóng các axit béo tự do, được cho là nguyên nhân gây viêm. *P. acnes* đóng vai trò khác trong cơ chế bệnh sinh của mụn trứng cá (ví dụ: những vi khuẩn này là yếu tố hóa ứng động đối với bạch cầu trung tính). Bất kể cơ chế nào, lợi ích điều trị của kháng sinh ủng hộ quan điểm cho rằng vi khuẩn đóng vai trò gây bệnh trong mụn trứng cá.

BỆNH NẤM CANDIDA (CANDIDIASIS)

Những điểm chính

1. Ban đỏ “màu đỏ thịt bò” với sẩn và mụn mủ vệ tinh
2. Thường gặp trong bệnh viêm da tã lót
3. Độ ẩm là yếu tố ảnh hưởng chính

ĐỊNH NGHĨA

Bệnh nấm candida đại diện cho một phản ứng viêm ở da do nhiễm trùng lớp biểu bì với *Candida albicans*. Trên lâm sàng, tình trạng nhiễm trùng xuất hiện dưới dạng một vùng ban đỏ “đỏ như thịt bò” với các sẩn và mụn mủ xung quanh (Hình 12.10). Các mụn mủ khi xuất hiện giúp chẩn đoán. Trong phần này, bệnh nấm candida ở da được thảo luận. Nhiễm trùng niêm mạc được thảo luận trong Chương 22.