



PHÁT BAN ĐA DẠNG DO ÁNH SÁNG

Nguyễn Mạnh Hùng¹, Quách Thị Hà Giang^{2,*}

TÓM TẮT

Phát ban đa dạng do ánh sáng (polymorphic light eruption - PMLE) là một bệnh da nhạy cảm ánh sáng mắc phải, đặc trưng bởi các đợt phát ban ngứa tái diễn sau khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, thường khởi phát vào mùa xuân và đầu mùa hè. Bệnh gặp chủ yếu ở người trẻ, độ tuổi từ 20 - 40, nữ mắc nhiều hơn nam, thường gặp tại các vùng khí hậu ôn đới và khu vực có độ cao. Cơ chế bệnh sinh của PMLE được cho là phản ứng quá mẫn muộn với các kháng nguyên nội sinh được tạo ra dưới tác động của tia cực tím, chủ yếu là tia UVA. Một số yếu tố liên quan đã được ghi nhận bao gồm yếu tố di truyền, rối loạn cơ chế ức chế miễn dịch do tia UV và vai trò của nội tiết tố, đặc biệt là estradiol.

Biểu hiện lâm sàng của PMLE rất đa dạng, bao gồm sẩn, mụn nước, dát dạng chàm, tổn thương mày đay hoặc tổn thương giống hồng ban đa dạng. Các tổn thương thường phân bố đối xứng, khu trú ở những vùng da hở như tay, chân, cổ và ngực. Triệu chứng cơ năng chủ yếu là ngứa và khó chịu; trong một số trường hợp có thể kèm theo các triệu chứng toàn thân như sốt hoặc buồn nôn.

Chẩn đoán PMLE chủ yếu dựa vào tiền sử bệnh, đặc điểm lâm sàng và loại trừ các bệnh lý nhạy cảm ánh sáng khác; mô bệnh học không đặc hiệu. Điều trị bao gồm các biện pháp tránh nắng, sử dụng kem chống nắng phổ rộng, corticosteroid tại chỗ hoặc toàn thân ngắn ngày

trong đợt cấp, quang trị liệu nhằm gây hiện tượng dung nạp ánh sáng, cùng với các thuốc như hydroxychloroquin hoặc nicotinamid. Tiên lượng bệnh nhìn chung tốt, các triệu chứng thường giảm dần theo thời gian và có xu hướng nhẹ hơn sau mãn kinh ở phụ nữ.

Từ khóa: Phát ban đa dạng do ánh sáng, PMLE, bệnh da viêm, tia cực tím, UVA, UVB.

1. GIỚI THIỆU

Phát ban đa dạng do ánh sáng (PMLE) là bệnh da do ánh sáng theo mùa, mắc phải và tự phát, xảy ra vào mùa xuân và đầu mùa hè.

Nó cũng được gọi là dị ứng với ánh nắng mặt trời, ngộ độc ánh nắng mặt trời, phát ban/sẩn ngứa mùa hè hoặc bệnh chàm ánh nắng. Phát ban mùa xuân ở trẻ vị thành niên là một biến thể của PMLE.

2. DỊCH TỄ HỌC

Bệnh thường xuất hiện ở độ tuổi từ 20 đến 40. Phụ nữ mắc bệnh nhiều gấp 4 lần so với nam giới. Xuất hiện ở vùng khí hậu ôn đới và phổ biến hơn ở những nơi ít tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Được báo cáo là phổ biến hơn ở những vùng có độ cao lớn hơn so với mực nước biển.

Ảnh hưởng đến mọi chủng tộc và mọi loại da nhưng phổ biến hơn ở loại da Fitzpatrick I.

Bệnh nhân mắc PMLE có thể xuất hiện tình trạng dung nạp vào những tháng mùa hè.

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: Quách Thị Hà Giang

Email: drhagiang@gmail.com

DOI: 10.56320/tcdlhhvn.50.297

3. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

Có 15 - 46% các trường hợp có tiền sử gia đình mắc bệnh.

PMLE là phản ứng quá mẫn chậm ở da với các kháng nguyên nội sinh do ánh sáng gây ra chưa được biết đến. Các yếu tố sau đây được xem xét:

- Nguyên nhân chủ yếu là do tia UVA (75 - 90%) hoặc tia UVB đơn thuần hoặc cả tia UVA và UVB đồng thời.

- Nó hiếm khi được gây ra bởi ánh sáng nhìn thấy.

- Tia UVA có thể xuyên qua kính cửa sổ và một số loại kem chống nắng không bảo vệ được tia này.

- Một số bệnh nhân đã báo cáo về phản ứng với tia UVC từ hàn hồ quang.

Tia UV thường gây phản ứng ức chế miễn dịch ở da, tuy nhiên bệnh nhân mắc PMLE có thể bị giảm phản ứng bình thường này. Ở bệnh nhân mắc PMLE, tia UV dẫn đến tăng số lượng tế bào lympho T CD4 và CD8 và phản ứng viêm tăng lên ở lớp thượng bì và trung bì. Hiện tại vẫn chưa rõ kháng nguyên quang học gây ra phản ứng này.

Một số bệnh nhân bị PMLE trong quá trình điều trị bằng liệu pháp quang trị liệu, được sử dụng để điều trị các bệnh vẩy nến và viêm da cơ địa.

Vì PMLE phổ biến ở phụ nữ hơn nam giới, nên người ta đưa ra giả thuyết rằng có vai trò nội tiết tố trong cơ chế sinh bệnh. Estradiol có thể hoạt động như một chất ngăn chặn sự ức chế miễn dịch do tia UV, thường giúp giảm phản ứng quá mẫn.

4. CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Bệnh thường khởi phát vào mùa xuân và đầu mùa hè, sau đó thuyên giảm hoặc biến mất hoàn toàn vào mùa đông. Tuy nhiên, các đợt bùng phát vẫn có thể xảy ra trong mùa đông ở những trường

hợp tiếp xúc đột ngột với ánh nắng mạnh, chẳng hạn khi đi tắm nắng hoặc du lịch đến các vùng có cường độ ánh sáng cao hơn.

Tổn thương da thường xuất hiện trong vòng vài giờ đến 1 - 2 ngày sau khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời và có tính chất tái phát không liên tục. Thời gian tồn tại của tổn thương dao động từ vài ngày đến vài tuần, với xu hướng hồi phục nhanh hơn khi tránh tiếp xúc với ánh nắng.

Tái phát khả năng giảm dần khi mùa hè kéo dài do da "cứng lại" (xem bên dưới).

Các tổn thương rất đa dạng, có thể bao gồm:

- Sẩn.

- Chàm (các dát và mảng khô, đỏ).

- Sẩn mụn nước.

- Mày đay.

- Hồng ban đa dạng (tổn thương hình bia bắn).

Tuy nhiên, hình thái luôn giống nhau ở mỗi bệnh nhân.

Tổn thương thường xuất hiện ở các vùng da tiếp xúc với ánh sáng mặt trời như cánh tay, cẳng chân, vùng chữ V ở cổ và ngực; trong khi mặt và mu bàn tay ít bị ảnh hưởng. Tổn thương có xu hướng phân bố đối xứng, từng mảng, và hiếm khi lan tỏa toàn bộ vùng da phơi nhiễm.

Triệu chứng cơ năng thường gặp là ngứa với mức độ từ nhẹ đến nặng; trong một số trường hợp có thể kèm theo cảm giác khó chịu toàn thân, nhức đầu, sốt hoặc buồn nôn. Các tổn thương thường tồn tại trong vài ngày và có thể trở nên nặng hơn nếu vùng da bị ảnh hưởng tiếp tục tiếp xúc với ánh sáng mặt trời trước khi các tổn thương cũ thoái triển. Bệnh tiến triển lành tính và khỏi hoàn toàn mà không để lại sẹo.

Hiệu ứng làm cứng da (skin hardening effect): Việc tiếp xúc ánh sáng mặt trời kéo dài và lặp lại dẫn đến những thay đổi thích nghi của da, bao



gồm tăng tổng hợp melanin và dày lớp sừng. Các thay đổi này được cho là góp phần phục hồi hoặc tăng cường cơ chế ức chế miễn dịch sinh lý của da đối với tia UV, từ đó làm giảm mức độ nặng hoặc dẫn đến thoái triển dần của PMLE theo thời gian. Cơ chế này có thể giải thích vì sao các vùng da thường xuyên phơi nhiễm ánh nắng như mặt và mu bàn tay ít xuất hiện tổn thương hơn so với các vùng da khác của cơ thể.



Hình 1, 2. Hình ảnh tổn thương của PMLE
(Nguồn: Internet)

5. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán chủ yếu dựa trên lâm sàng, với tiền sử xuất hiện các đợt phát ban kèm ngứa sau khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, thường xảy ra vào mùa xuân hoặc mùa hè và có xu hướng tái phát theo mùa. Chẩn đoán xác định được đặt ra trên cơ sở loại trừ các bệnh lý nhạy cảm ánh sáng khác.

Để hỗ trợ chẩn đoán phân biệt, có thể cần nhắc sinh thiết da. Mô bệnh học của PMLE nhìn chung không đặc hiệu, các thay đổi thường gặp bao gồm:

- Xốp bào.

- Thâm nhiễm tế bào lympho quanh mạch và quanh phần phụ nông và sâu, thường có rải rác bạch cầu ái toan và bạch cầu trung tính.

- Phù nề nhú bì thường gặp ở những trường hợp bệnh tiến triển nặng.

Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp cho kết quả âm tính.

Các xét nghiệm để xác định bệnh lupus ban đỏ hệ thống bao gồm công thức máu; kháng thể kháng nhân (ANA) và miễn dịch huỳnh quang trực tiếp trên mô bệnh học.

Có thể cân nhắc phototesting nhưng không thực hiện ở tất cả bệnh nhân PMLE:

- Test kích thích ánh sáng trong đó sử dụng tia UV để xác nhận chẩn đoán.

- 60% bệnh nhân có kết quả dương tính có biểu hiện lâm sàng và mô bệnh học phù hợp với PMLE.

- Lý tưởng nhất là bệnh nhân tiếp xúc với tia UVA (hoặc tia UVB) hàng ngày trong 3-5 ngày ở một vùng da nhỏ (như cẳng tay hoặc cổ), từ đó gây ra tình trạng phát ban.

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bệnh lupus ban đỏ.
- Bệnh porphyria.
- Mày đay ánh sáng.
- Viêm da tiếp xúc dị ứng ánh sáng.
- Nhạy cảm ánh sáng do thuốc.
- Viêm da dầu.

7. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Biện pháp chung:

- Kem chống nắng phổ rộng SPF 50+ UVA/UVB.
- Quần áo chống nắng.
- Tránh ánh nắng mặt trời, chọn nơi râm mát nếu ở ngoài trời và ngồi xa cửa sổ.

Các biện pháp cụ thể:

- Thuốc corticosteroid tại chỗ.
- Liệu trình ngắn ngày dùng corticosteroid đường uống - prednisolon đường uống trong 1 - 2 tuần trong thời gian bùng phát hoặc trong thời gian tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời.
- Liệu pháp quang học - UVB hoặc UVA vào đầu mùa xuân để gây tình trạng dung nạp, có thể cần dùng corticosteroid tại chỗ hoặc uống trước để ngăn ngừa bùng phát.
- Hydroxychloroquin dùng liên tục trong mùa xuân và mùa hè.
- Thuốc bôi calcipotriol có thể có tác dụng phòng ngừa trước khi ra nắng.

- Afamelanotid.

- Nicotinamid - thường được dùng 2 - 4 tuần trước thời điểm thường xảy ra PMLE trong năm.

- Nếu nghiêm trọng có thể dùng thuốc ức chế miễn dịch toàn thân như azathioprine hoặc ciclosporin.

8. TIÊN LƯỢNG

PMLE có thể kéo dài suốt đời mặc dù 60% bệnh nhân cải thiện hoặc khỏi bệnh sau 15 năm và 75% số người thấy cải thiện hoặc khỏi bệnh sau 30 năm. Người ta nhận thấy rằng PMLE dường như ít xảy ra và ít nghiêm trọng hơn ở phụ nữ sau thời kỳ mãn kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gruber-Wackernagel A, Byrne SN, Wolf P. Polymorphous light eruption: Clinic aspects and pathogenesis. *Dermatol Clin.* 2019 Jul;32(3):315-34, viii.
2. Lembo S, Raimondo A. Polymorphic Light Eruption: What's New in Pathogenesis and Management. *Front Med (Lausanne).* 2020;5:252.
3. Choi D, Kannan S, Lim HW. Evaluation of patients with photodermatoses. *Dermatol Clin.* 2021 Jul;32(3):267-75, vii.

**SUMMARY***Review article***POLYMORPHIC LIGHT ERUPTION****Hung Manh Nguyen, MD¹, Giang Thi Ha Quach, MD^{2,*}**

ABSTRACT

Polymorphous light eruption (PMLE) is a common acquired photodermatosis characterized by recurrent pruritic eruptions following sun exposure, typically occurring in spring and early summer. It affects predominantly young adults between 20 and 40 years, with a female predominance, and is more frequent in temperate climates and at higher altitudes. The condition is considered a delayed-type hypersensitivity reaction to photo-induced antigens, mainly triggered by UVA radiation, though UVB and rarely visible light may also contribute. Genetic predisposition, impaired UV-induced immunosuppression, and hormonal influences such as estradiol are implicated in pathogenesis. Clinically, PMLE presents with polymorphic lesions including papules, vesicles, eczema-like patches, urticaria, or erythema multiforme-like eruptions, distributed symmetrically on sun-exposed areas such as arms, legs, chest, and neck. Symptoms include pruritus, discomfort, and occasionally systemic manifestations. Diagnosis is based on clinical history and exclusion of other photosensitive disorders, with histopathology being nonspecific. Management involves sun protection, broad-spectrum sunscreens, topical or systemic corticosteroids, phototherapy for tolerance induction, and agents such as hydroxychloroquine or nicotinamide. Prognosis is favorable, with gradual improvement over years, and reduced severity after menopause in women. PMLE remains a lifelong condition for some patients but often diminishes with time due to the skin hardening effect.

Keywords: *Polymorphic light eruption, PMLE, inflammatory skin disease, ultraviolet radiation, UVA, UVB.*

¹ Hanoi Medical University

² National Hospital of Dermatology and Venereology

* Corresponding author: Giang Thi Ha Quach, MD

Email: drhagiang@gmail.com