

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN LÊ VĂN VIỆT



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
DA LIỄU

NĂM 2024

MỤC LỤC

1. VIÊM DA CƠ ĐỊA (L20)	3
2. VIÊM DA DẦU/ VIÊM DA TIẾT BÃ (L21).....	11
3. VIÊM DA TIẾP XÚC.....	16
4. BỆNH MÀY ĐAY (L50).....	23
5. TRÚNG CÁ (L70)	30
6. BỆNH GHẺ (B86)	40
7. BỆNH DO NẤM.....	45
8. BỆNH DO VIRUS VZV	53
9. BỆNH DO VIRUS HPV	61
10. VẢY PHẤN HỒNG (L42)	74
11. PHỤ LỤC 1. PHÂN LOẠI CORTICOID DÙNG NGOÀI DA	78

VIÊM DA CƠ ĐỊA (L20)

(Atopic dermatitis)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

- Viêm da cơ địa (trước đây được gọi là chàm thể tạng) là bệnh da viêm mạn tính, ngứa, hay tái phát, có tăng IgE, thường gặp ở người có tiền sử gia đình hen, viêm mũi dị ứng, viêm da cơ địa. Bệnh thường xuất hiện ở trẻ em và có thể tồn tại suốt đời.

1.2. Dịch tễ

- Tỷ lệ bệnh viêm da cơ địa rất cao và khác nhau ở từng quốc gia. Bệnh thường khởi phát sớm ở trẻ nhỏ. Trên thế giới có khoảng 5 – 20% trẻ em bị bệnh này. Bệnh gặp ở cả hai giới. Trong những năm gần đây tỷ lệ viêm da cơ địa tăng cả ở những nước phát triển và đang phát triển.

1.3. Căn nguyên/Cơ chế bệnh sinh

- Yếu tố môi trường đóng vai trò khởi phát:
 - + Ô nhiễm môi trường
 - + Các dị nguyên có trong bụi nhà, lông súc vật, quần áo, đồ dùng gia đình...
 - + Nhiễm khuẩn, đặc biệt là tụ cầu vàng
- Yếu tố di truyền: khoảng 60% người lớn bị viêm da cơ địa có con bị bệnh này, nếu cả bố và mẹ cùng bị bệnh thì con đẻ ra có đến 80% cũng bị bệnh. Đã xác định được một số gen liên quan đến bệnh viêm da cơ địa, trong đó quan trọng nhất là đột biến gen filaggrin – gen mã hóa cho protein có vai trò liên kết các sợi keratin thượng bì cấu trúc thượng bì dẫn đến tổn thương hàng rào bảo vệ da.
- Rối loạn cân bằng đáp ứng miễn dịch, vì vậy mất cân bằng đáp ứng miễn dịch Th1 và Th2.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh viêm da cơ địa có các biểu hiện khác nhau tùy theo lứa tuổi.
- Viêm da cơ địa ở trẻ nhũ nhi:
 - + Bệnh khởi phát sớm khoảng 2-3 tháng sau sinh, thường cấp tính với các đám đỏ da, ngứa, sau đó xuất hiện nhiều mụn nước nông nhỏ như đầu đinh ghim tập trung

thành từng đám, dễ vỡ, xuất tiết và đóng vảy tiết, có thể bội nhiễm, hạch lân cận sưng to.

+ Vị trí hay gặp nhất là 2 má, có thể ở da đầu, trán, cổ, thân mình, mặt dưới các chi. Khi trẻ biết bò có thể xuất hiện tổn thương ở đầu gối. Không thấy tổn thương ở vùng tả lót.

+ Trẻ có thể dị ứng với một số thức ăn như sữa, hải sản, thịt bò, thịt gà... Khi không ăn các thức ăn gây dị ứng thì bệnh viêm da cơ địa giảm rõ rệt.

+ Bệnh hay tái phát, mạn tính và rất nhạy cảm với các yếu tố như nhiễm trùng, mọc răng, tiêu chảy, thay đổi khí hậu hay môi trường sống.

+ Hầu hết bệnh sẽ tự khỏi khi trẻ được 18-24 tháng.

- Viêm da cơ địa ở trẻ em:

+ Thường từ viêm da cơ địa nhũ nhi chuyển sang.

+ Tổn thương là các sẩn đỏ, vết trợt, da dày, mụn nước khu trú hay lan toả cấp tính kèm theo nhiễm khuẩn thứ phát.

+ Vị trí hay gặp nhất là ở khoeo, nếp gấp khuỷu tay, mi mắt, hai bên cổ, cẳng tay, ở cổ có sạm da mạng lưới, ít khi ở mặt dưới các chi.

+ Bệnh thường trở nên cấp tính khi trẻ tiếp xúc với lông súc vật, gia cầm, mặc đồ len...

+ Nếu tổn thương trên 50% diện tích da, trẻ thường suy dinh dưỡng.

+ Khoảng 50% sẽ khỏi khi trẻ được 10 tuổi.

- Viêm da cơ địa ở thanh thiếu niên và người lớn:

+ Biểu hiện là mụn nước, sẩn đỏ dẹt, có vùng da mỏng trên mảng da dày, lichen hoá, ngứa. Vị trí hay gặp: nếp gấp khuỷu, khoeo, cổ, rốn, vùng da quanh mắt. Khi bệnh lan toả thì vùng nặng nhất là các nếp gấp.

+ Viêm da lòng bàn tay, chân: gặp ở 20-80% người bệnh, có thể là dấu hiệu đầu tiên của viêm da cơ địa ở người lớn.

+ Viêm da quanh mi mắt, chàm ở vú.

+ Tiến triển mạn tính, ảnh hưởng nhiều bởi các dị nguyên, môi trường, tâm sinh lý người bệnh.

- Các biểu hiện khác của viêm da cơ địa:

+ Khô da: do tăng mất nước qua biểu bì.

+ Da cá, dày da lòng bàn tay, bàn chân, dày sừng nang lông, lông mi thưa.

- + Viêm môi bong vảy.
- + Dấu hiệu ở mắt, quanh mắt: mí mắt dưới có thể có 2 nếp gấp, tăng sắc tố quanh mắt, viêm kết mạc tái diễn có thể gây lộn mí.
- + Chứng da vẩy nổi.
- Tiến triển và biến chứng:
 - + Khoảng 70% trẻ bị viêm da cơ địa sẽ khỏi khi lớn lên. Còn lại 30% kéo dài dai dẳng.
 - + Khoảng 30-50% người bệnh viêm da cơ địa sẽ xuất hiện thêm các bệnh dị ứng khác như viêm mũi dị ứng, hen phế quản.

2.2. Cận lâm sàng

- IgE trong huyết thanh thường tăng.
- Mô bệnh học: thượng bì có xốp bào xen kẽ với hiện tượng á sừng; trung bì có sự xâm nhập của bạch cầu lympho, mono, dưỡng bào, có hoặc không có các tế bào ái kiềm. Trường hợp lichen hoá có hiện tượng tăng sản thượng bì.
- Test xác định dị nguyên.
- Các xét nghiệm khác giúp đánh giá biến chứng và theo dõi điều trị, chẩn đoán phân biệt nếu cần: soi tươi tìm nấm, công thức máu, sinh hóa máu, cấy dịch sang thương...

2.3. Chẩn đoán xác định

- Có thể chẩn đoán xác định dựa vào một trong hai bộ tiêu chuẩn sau:

2.3.1. Tiêu chuẩn của Hanifin và Rajka

- Tiêu chuẩn chính (4 tiêu chuẩn):
 - + Ngứa.
 - + Hình thái và vị trí tổn thương điển hình:
 - Lichen hoá ở các nếp gấp trẻ em hoặc thành dải ở người lớn.
 - Mụn nước tập trung thành đám ở mặt và mặt dưới các chi ở trẻ em và trẻ sơ sinh.
 - + Tổn thương viêm da mạn tính hoặc tái phát.
 - + Tiền sử cá nhân hay gia đình có mắc các bệnh dị ứng.
- Tiêu chuẩn phụ (23 tiêu chuẩn)
 - + Khô da.

- + Vảy cá thông thường.
 - + Phản ứng da tức thì.
 - + Tuổi phát bệnh sớm.
 - + Dễ nhiễm trùng da.
 - + Viêm da bàn tay, bàn chân không đặc hiệu.
 - + Chàm núm vú.
 - + Viêm môi.
 - + Viêm kết mạc tái phát.
 - + Nếp dưới mi mắt của Dennie Morgan.
 - + Ngứa khi bài tiết mồ hôi.
 - + Tăng IgE huyết thanh.
 - + Tăng sắc tố quanh mắt.
 - + Vảy phấn Alba.
 - + Nếp lằn cổ trước.
 - + Ban đỏ, ban xanh ở mặt.
 - + Không chịu được len và chất hòa tan mỡ.
 - + Dày sừng quanh nang lông.
 - + Dị ứng thức ăn.
 - + Viêm kết mạc.
 - + Giác mạc hình chớp.
 - + Đục thủy tinh thể dưới màng bọc trước.
 - + Tiến triển bệnh có ảnh hưởng bởi yếu tố môi trường và tinh thần
- Để chẩn đoán xác định cần phải có ≥ 3 tiêu chuẩn chính kết hợp với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ.

2.3.1. Tiêu chuẩn của Anh

- Tiêu chuẩn bắt buộc: ngứa da.
- Kèm thêm ít nhất 3/5 triệu chứng:
 - + Hiện tại có tổn thương dạng chàm ở nếp gấp (nếp gấp khuỷu, hố khoeo, mặt trước cổ chân, cổ tay- trên 18 tháng; ở má, mặt dưới chi- dưới 18 tháng).
 - + Tiền sử cá nhân có tổn thương dạng chàm ở các vị trí như trên.
 - + Tiền sử cá nhân có khô da trong ít nhất 12 tháng.

+ Tiền sử cá nhân bị hen hoặc viêm mũi dị ứng (hoặc gia đình có bố mẹ/ anh chị em bị hen/ viêm mũi xoang dị ứng nếu là trẻ dưới 4 tuổi).

+ Khởi phát sớm, dưới 2 tuổi (tiêu chí này không áp dụng cho trẻ dưới 4 tuổi).

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Chàm vi trùng.
- Viêm da dầu.
- Viêm da tiếp xúc.
- Ghẻ.
- Rôm sảy.
- Nấm da.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tùy theo giai đoạn, mức độ bệnh.
- Dùng các sản phẩm chăm sóc da, dưỡng ẩm thường xuyên, duy trì.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình biết cách điều trị và phòng bệnh.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị tại chỗ.

- Lựa chọn dạng bào chế thuốc phù hợp với giai đoạn bệnh:
 - + Giai đoạn cấp tính: Đắp liên tục vào tổn thương bằng các loại dung dịch như Jarish, nước muối sinh lý 0.9%.
 - + Giai đoạn bán cấp: dùng các loại hồ.
 - + Giai đoạn mạn tính: dùng các loại thuốc dạng kem hoặc dạng mỡ.
- Các thuốc bôi tại chỗ:
 - + Corticosteroid được dùng nhiều trong điều trị viêm da cơ địa:
 - Trẻ dưới 3 tháng tuổi dùng loại hoạt tính yếu.
 - Trẻ từ 3 tháng tuổi: có thể dùng các loại có hoạt tính yếu đến trung bình.
 - Trẻ trên 2 tuổi và người lớn có thể dùng các loại corticosteroid có hoạt tính mạnh hơn tùy tình trạng bệnh.
 - Lưu ý: với tổn thương vùng da mỏng, nhạy cảm như mặt dùng mỡ corticosteroid nhẹ hơn, ít ngày, còn vùng da dày, lichen hoá thì dùng loại mạnh hơn để giảm ngứa, giảm viêm.

- Corticosteroid bôi 1-2 lần/ngày và cần giảm liều một cách từ từ, tránh tái phát. Với vùng da mỏng như mặt, các nếp gấp thời gian bôi thuốc thường không quá 10 ngày liên tục. Với các vùng da dày có thể bôi kéo dài đến khi tổn thương ổn định thì giảm liều dần.

- Khi dùng corticosteroid bôi tại chỗ cần chú ý các tác dụng phụ trên da như mỏng da, teo da, viêm nang lông, trứng cá, giãn mạch, xuất huyết, bội nhiễm nấm virus...

+ Thuốc bột sừng bong vảy như mỡ salicylic 5%, 10%, mỡ goudron, ichthyol, crysophanic trong trường hợp vảy dày, lichen hóa nặng.

+ Thuốc chẹn calcineurin: rất hiệu quả đối với viêm da cơ địa và hạn chế được các tác dụng phụ của corticosteroid trên da, tuy nhiên thuốc đắt tiền và hay gặp kích ứng da trong thời gian đầu sử dụng, thường sử dụng sau đợt điều trị corticosteroid tại chỗ. Tacrolimus 0,03% chỉ định cho trẻ từ 2 đến 16 tuổi. Tacrolimus 0,1% chỉ định cho bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên. Tacrolimus bôi 2 lần/ngày đến khi tổn thương ổn định hoàn toàn thì duy trì bôi thêm ít nhất 4 đến 8 tuần để tránh tái phát.

3.2.2. Điều trị toàn thân.

- Kháng histamin H1 (dùng khi bệnh nhân có biểu hiện ngứa): Chlorpheniramin 4mg \times 1-2 viên/ngày, Fexofenadin 180mg \times 1 viên/ngày, Ceterizin 10mg \times 1 viên/ngày.

- Kháng sinh trong trường hợp có nhiễm khuẩn đặc biệt là tụ cầu vàng, liên cầu. Ưu tiên các cephalosporin thế hệ 1: Cephalexin, cefazolin; amoxicillin/ acid clavulanic; ngoài ra có thể dùng kháng sinh nhóm macrolide, cephalosporin khác (cefuroxim, cefdinir, cefaclor, cefixim...) hoặc theo kháng sinh đồ.

- Corticosteroid: có thể được chỉ định trong thời gian ngắn khi bệnh bùng phát nặng, lưu ý không dùng thuốc kéo dài. Thường cho liều tương đương 0,5-1mg prednisolon/kg cân nặng trong 3 đến 7 ngày đầu khi cần khống chế nhanh tình trạng bệnh, sau đó cắt corticosteroid toàn thân chỉ dùng thuốc tại chỗ hoặc chuyển sang các thuốc toàn thân khác.

- Liệu pháp ánh sáng: NB-UVB hoặc UVA1

- Các thuốc khác được chỉ định trong trường hợp bệnh dai dẳng, tái phát nhiều, không đáp ứng với các điều trị trên:

+ Cyclosporin A liều 3-5mg/kg/ngày dùng 4 đến 8 tuần hoặc lâu hơn cho đến khi bệnh ổn định.

+ Methotrexat 10-25 mg/tuần, dùng 2-4 tháng hoặc lâu hơn tùy theo đáp ứng của từng bệnh nhân.

+ Thuốc sinh học dupilumab (thuốc ức chế I4 và IL13)

- Người lớn dùng liều 300mg- 600mg mỗi 2 tuần
- Trẻ em trên 6 tuổi liều tính theo cân nặng
- ✓ Cân nặng từ 60kg trở lên: liều khởi đầu 600mg sau đó duy trì 300mg mỗi 2 tuần.
- ✓ Cân nặng từ 30 đến 59kg: liều khởi đầu 400mg sau đó duy trì 200mg mỗi 2 tuần.
- ✓ Cân nặng từ 15 đến 29kg: liều khởi đầu 600mg sau đó duy trì 300mg mỗi 4 tuần.

• Trẻ em từ 6 tháng tuổi đến 5 tuổi liều tính theo cân nặng

✓ Cân nặng từ 5 đến 15kg dùng liều 200mg mỗi 4 tuần

✓ Cân nặng từ 15 đến 30kg dùng liều 300mg mỗi 4 tuần

• Thuốc sinh học tralokinumab (thuốc ức chế IL13) 300mg- 600mg mỗi 2 tuần (chỉ dùng cho người lớn).

+ Thuốc ức chế JAK: Baricitinib 4mg/ngày (chỉ dùng cho người lớn) hoặc Upadacitinib 15mg- 30mg/ ngày (trẻ từ 12 tuổi trở lên).

3.3. Các phương pháp điều trị hỗ trợ

- Sữa tắm: Tắm hàng ngày bằng nước ấm với các sản phẩm làm sạch dịu nhẹ.
- Dưỡng ẩm: sử dụng kem dưỡng ẩm phù hợp lứa tuổi, tình trạng bệnh thường xuyên, duy trì.

4. PHÒNG BỆNH

- Duy trì sữa tắm dưỡng ẩm, kem dưỡng ẩm, tăng cường bôi kem dưỡng ẩm khi thời tiết hanh khô, ít nhất 2-3 lần mỗi ngày.
- Tắm nước ấm, không quá nóng, không quá lạnh, nhiệt độ < 36°C, ngay sau khi tắm xong bôi thuốc ẩm da, dưỡng da.
- Giảm các yếu tố khởi phát: giữ phòng ngủ thoáng mát, tránh tiếp xúc lông gia súc, gia cầm, len, dạ, giảm bụi nhà, giảm stress, nên mặc đồ vải cotton.
- Ăn kiêng chỉ áp dụng cho trường hợp bệnh nặng, trẻ nhỏ, khi đã xác định rõ loại thức ăn gây kích thích.
- Giáo dục người bệnh, người nhà người bệnh kiến thức về bệnh, yếu tố khởi

động, quan điểm điều trị, lợi ích và nguy cơ.

- Tư vấn cho những người có yếu tố gia đình các biện pháp phòng bệnh.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị các bệnh Da liễu ban hành kèm theo Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023. Hà Nội. tr185-190.
2. PGS.TS.BS. Văn Thế Trung (2020). Bệnh da liễu thường gặp. Nhà xuất bản Y học. TP.HCM. tr26-40
3. Fitzpatrick's Dermatology. (9th ed. 2019). McGraw-Hill. 363-384.
4. PGS.TS.Nguyễn Văn Thường (2019). Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 1. Hà Nội. Tr33-42.

VIÊM DA DẦU/ VIÊM DA TIẾT BÃ (L21)

(Seborrheic Dermatitis)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Viêm da dầu là bệnh lý viêm mạn tính, đặc trưng bởi các tổn thương đỏ da, bong vảy tập trung ở những vùng da nhiều tuyến bã như da đầu, mặt và thân trên. Bệnh thường bùng phát tại các thời điểm tuyến bã hoạt động mạnh bao gồm những tháng đầu đời và sau giai đoạn dậy thì.

1.2. Dịch tễ

- Bệnh gặp ở cả trẻ em và người lớn. Ở trẻ em bệnh gặp ở độ tuổi từ 3 tuần đến 12 tháng tuổi, trong đó tỷ lệ trẻ dưới 1 tháng tuổi bị bệnh khoảng 10%, đỉnh của bệnh khoảng 70% ở trẻ 3 tháng tuổi và bệnh thường biến mất sau 1 tuổi. Ở người lớn viêm da dầu gặp ở khoảng 3% với đỉnh vào những năm 30-40 tuổi. Bệnh gặp phổ biến ở nam hơn nữ.

- Bệnh có thể gặp ở mọi chủng tộc, riêng những người Mỹ gốc Phi và những người da đen thường bị viêm da dầu thể hình nhân hoặc hình cánh hoa dễ nhầm với lupus ban đỏ kinh hình đĩa.

1.3. Căn nguyên/Cơ chế bệnh sinh

- Cho đến nay, cơ chế bệnh sinh của bệnh vẫn chưa được hiểu một cách rõ ràng nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh liên quan đến nấm *Malassezia*, rối loạn miễn dịch, tăng tiết chất bã và một số yếu tố thuận lợi như HIV/AIDS, parkinson bệnh lý thần kinh, bệnh lý nội tiết, tia tử ngoại, một số thuốc, yếu tố di truyền. Bệnh thay đổi theo nhiệt độ và độ ẩm. Bệnh nặng lên vào mùa đông đầu mùa xuân (độ ẩm thấp và khí hậu lạnh), nhẹ hơn vào mùa hè.

- Yếu tố thuận lợi: stress, chất kích thích, bia rượu,

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

2.1.1. Viêm da dầu ở trẻ nhỏ

- Tổn thương là các dát đỏ, mảng đỏ, trên có vảy da, vảy mỡ bóng dính, có thể kèm theo các vết nứt.

- Vị trí:

+ Vùng da đầu: hay gặp ở vùng trán và đỉnh đầu, tổn thương có thể lan rộng toàn bộ da đầu.

+ Vùng mặt, thân mình: hay gặp ở trán, rãnh mũi má, lông mày, mí mắt, rãnh sau tai, ống tai ngoài và ngực. Tổn thương có thể lan rộng ra toàn bộ thân mình và các chi.

+ Vùng kẽ: hay gặp ở nách, bẹn, quanh rốn, quanh ống hậu môn.

- Bệnh đỏ da toàn thân do viêm da dầu (Leiner's disease): đây là một thể nặng lan tỏa của viêm da dầu ở trẻ em, Tổn thương viêm da dầu lan tỏa dẫn đến tình trạng đỏ da bong vảy toàn thân kèm theo sốt, tiêu chảy, thiếu máu, nôn và sút cân. Trẻ có thể tử vong nếu không được điều trị.

- Viêm da dầu ở trẻ nhỏ có tiên lượng tốt, hầu hết thoái lui sau vài tuần hoặc vài tháng, các trường hợp kéo dài quá 12 tháng rất ít.

2.1.2. Viêm da dầu ở người lớn

- Tổn thương là các vảy da màu trắng, mỏng trong một số trường hợp có thể là các vảy da và vảy mỡ màu vàng trên nền da viêm đỏ.

- Vị trí:

+ Ở da đầu: hay gặp ở vùng trán, thái dương và vùng đỉnh nhưng có thể lan tỏa toàn bộ đầu.

+ Ở mặt: tập trung ở má, đầu trong lông mày, rãnh mũi má, rãnh sau tai, vành tai, ống tai ngoài, ngực và lưng.

+ Vùng nếp gấp: nách, nếp lằn dưới vú, quanh rốn.

- Ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch: các tổn thương có xu hướng lan tỏa, có thể gặp ở các vùng da không tăng tiết bã như tay chân và rất khó điều trị.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nấm: có thể thấy tăng số lượng nấm *Malassezia*.

- Xét nghiệm *Demodex*: có thể quan sát thấy hình ảnh *Demodex*.

- Dermoscopy: hình ảnh mạch máu chủ yếu giãn theo hình cành cây.

- Xét nghiệm HIV: cho những trường hợp tổn thương lan tỏa.

- Mô bệnh học: trong những trường hợp không điển hình cần làm mô bệnh học. Viêm da dầu được xếp vào nhóm các bệnh viêm da không đặc hiệu với mức độ khác nhau tùy giai đoạn nhưng có các bất thường sau: á sừng khu trú, lớp hạt bình thường,

xốp bào, tăng sản lớp gai dạng vảy nên không đều, giãn mạch với xâm nhập viêm chủ yếu lympho quanh mạch.

- Xét nghiệm máu, định lượng kẽm đối với trường hợp chẩn đoán bệnh đỏ da toàn thân do viêm da dầu.

2.3. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào lâm sàng với tính chất tổn thương và vị trí tổn thương điển hình, tuổi, trong những trường hợp nghi ngờ chẩn đoán dựa trên mô bệnh học.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

Viêm da dầu ở trẻ em:

- Viêm da cơ địa
- Viêm da tã lót
- Vảy nến
- Bệnh mô bào Langerhans
- Nấm da đầu
- Ghẻ

Viêm da dầu ở người lớn

- Vảy nến
- Nấm da đầu
- Trứng cá đỏ
- Viêm da do Demodex
- Lupus ban đỏ hệ thống
- Lupus ban đỏ kinh hình đĩa
- Viêm da tiếp xúc dị ứng
- Lang ben
- Nấm da
- Vảy phấn hồng gilbert
- Giang mai
- Pemphigus da mỡ

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị dựa vào lứa tuổi của bệnh nhân.
- Điều trị dựa vào vị trí tổn thương.

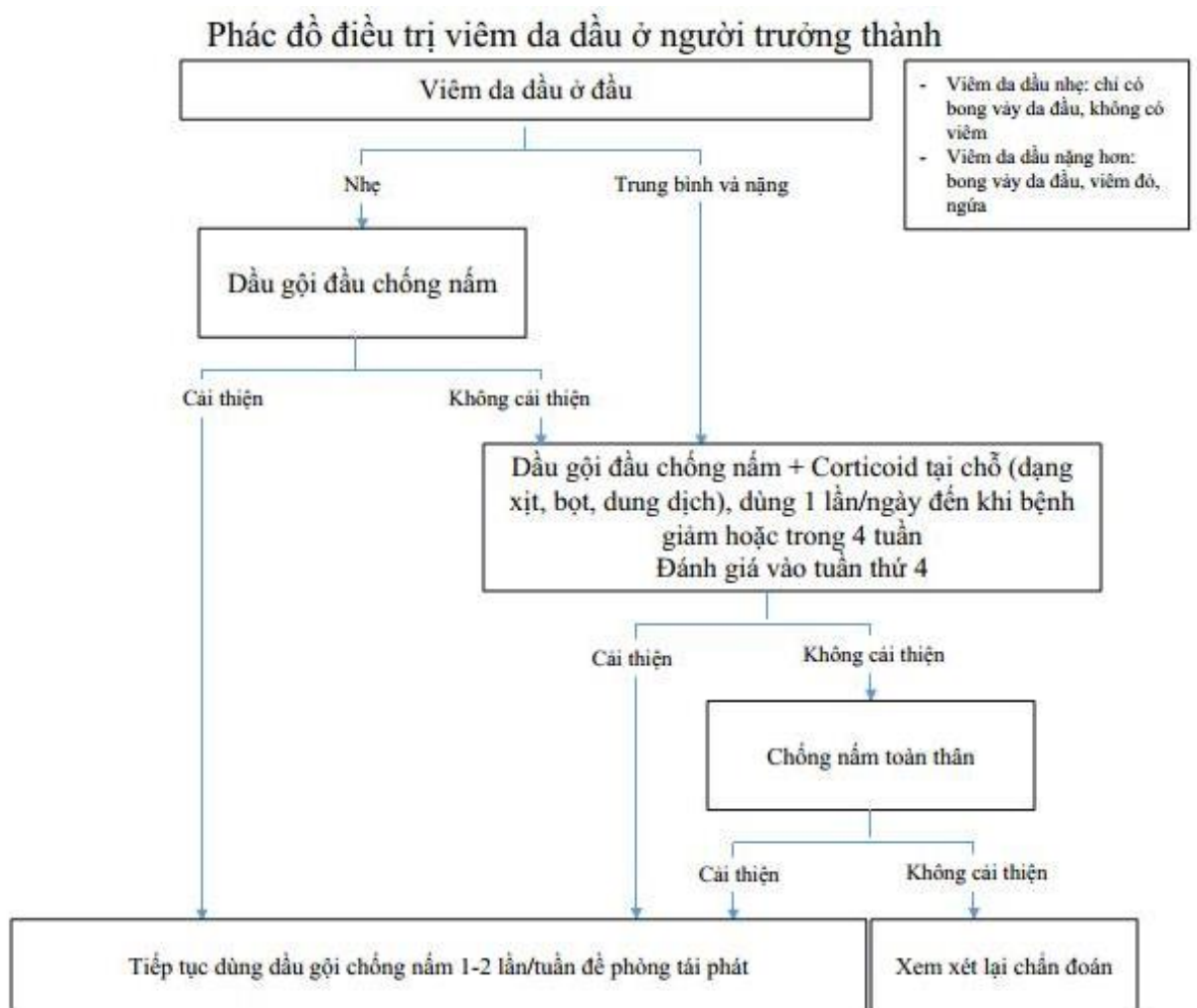
- Xác định và loại bỏ các yếu tố nguy cơ

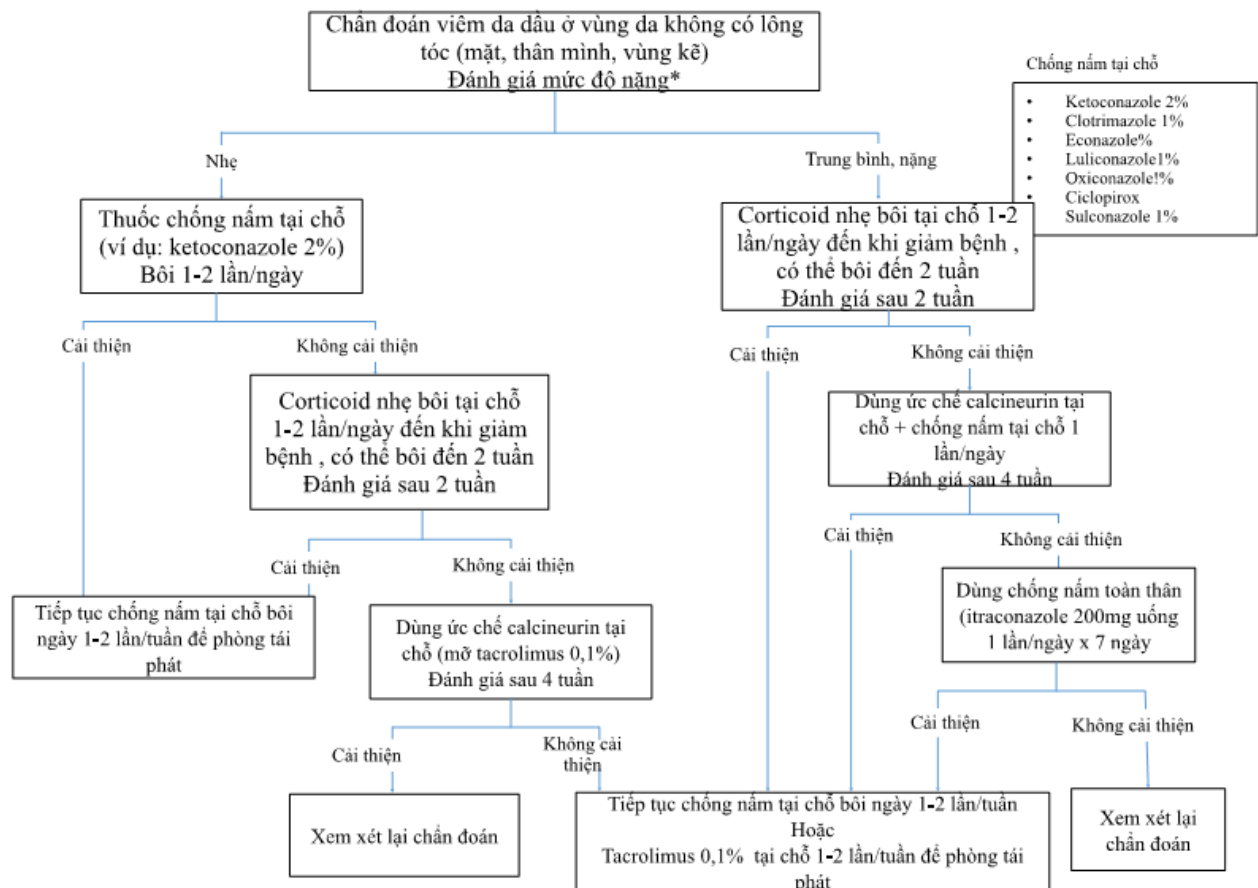
3.2. Điều trị

3.2.1. Điều trị viêm da dầu ở trẻ nhỏ

- Sử dụng sữa tắm gội phù hợp.
- Dùng kem làm mềm da chứa các thành phần như dầu oliu, petrolatum giúp bong lớp vảy bề mặt.
- Thuốc bôi tại chỗ: corticosteroid loại nhẹ, dùng trong 7-10 ngày.
- Nếu không đáp ứng: phối hợp dầu gội ketoconazol 2%

3.2.2. Điều trị viêm da dầu ở người lớn





*Viêm da đầu nhẹ: đỏ, bong vảy da nhẹ. Viêm da đầu trung bình và nặng: trong bong vảy mủ, đỏ, ngứa

Khi hết thương tổn, điều trị giảm dần. Trong trường hợp tái phát, bắt đầu điều trị lại hằng ngày dựa vào mức độ nặng.

4. PHÒNG BỆNH

- Tránh căng thẳng, stress.
- Hạn chế rượu bia, chất kích thích.
- Gội đầu bằng ketoconazol 2% hoặc cicloporox 1% 1-2 lần/tuần.
- Sử dụng tacromimus 2 lần/tuần.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị các bệnh Da liễu ban hành kèm theo Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023. Hà Nội. tr228-232.
2. PGS.TS.BS. Văn Thế Trung (2020). Bệnh da liễu thường gặp. Nhà xuất bản Y học. TP.HCM. tr18-23.
3. Fitzpatrick's Dermatology. (9th ed. 2019). McGraw-Hill. 428-437.
4. PGS.TS.Nguyễn Văn Thường (2019). Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 1. Hà Nội. Tr94-98.

VIÊM DA TIẾP XÚC

(Contact dermatitis)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

- Viêm da tiếp xúc là phản ứng viêm cấp tính hoặc mạn tính của da với một số yếu tố trong môi trường khi tiếp xúc với da.

- Viêm da tiếp xúc dị ứng (VDTXDU) là phản ứng tăng nhạy cảm của da đối với các dị nguyên. Tổn thương là dát đỏ, mụn nước, có khi loét trợt hoại tử, ngứa. Bệnh tiến triển dai dẳng, hay tái phát nếu không phát hiện và loại trừ được dị nguyên.

- Viêm da tiếp xúc kích ứng (VDTXKU) là biểu hiện của phản ứng trên da đối với các tác nhân hóa học, lý học và sinh học bên ngoài. Biểu hiện của VDTXKU khá đa dạng bao gồm dát đỏ, mụn nước, trợt da, loét, kèm cảm giác châm chích, rất ngứa.

1.2. Dịch tễ

- Viêm da tiếp xúc dị ứng chiếm khoảng 20% trong số các viêm da tiếp xúc. Là bệnh thường gặp, chiếm 1,5-5,4% dân số thế giới. Mọi lứa tuổi, mọi giới và mọi nghề khác nhau đều có thể bị VDTXDU.

- Viêm da tiếp xúc kích ứng chiếm 80% trong số các trường hợp viêm da tiếp xúc, xảy ra ở hầu hết những người tiếp xúc với chất gây kích ứng. Nghiên cứu cộng đồng ở châu Âu về chàm (eczema) do tất cả các loại nguyên nhân cho thấy tỷ lệ VDTXKU từ 0,7-40%. Nghiên cứu tại Mỹ ở đối tượng lao động cho thấy viêm da tiếp xúc chiếm 90-95% bệnh da nghề nghiệp.

1.3. Căn nguyên/Cơ chế bệnh sinh

- Viêm da tiếp xúc dị ứng là biểu hiện của phản ứng quá mẫn chậm qua trung gian tế bào (type IV). Lúc đầu kháng nguyên là hapten có trọng lượng phân tử thấp, tiếp xúc trên da, kết hợp với protein tạo phức hợp protein-hapten là kháng nguyên hoàn chỉnh, tác động đến hệ miễn dịch. Quá trình mẫn cảm này xảy ra trong 5-21 ngày. Sự tái tiếp xúc với kháng nguyên đặc hiệu gây tăng sinh rất nhanh các tế bào T đã hoạt hóa, giải phóng chất trung gian hóa học, di chuyển các tế bào T độc, gây phản ứng chàm trên da vùng tiếp xúc. Giai đoạn này xảy ra 48-72 giờ sau khi tiếp xúc và chỉ cần một liều nhỏ dị nguyên cũng đủ kích thích phản ứng viêm. Có trên 3700 dị nguyên được cho là có thể gây VDTXDU ở người. Một số dị nguyên chính là kim

loại (nickel, cobalt, chromates đồng), thuốc bôi (chất màu, kháng sinh), dung dịch dầu, một số băng dính, chất dẻo, cao su, thực vật, ánh sáng.

- Có bốn cơ chế có liên quan đến VDTXKU gồm mất lớp lipid bề mặt và các chất giữ nước, màng tế bào bị phá hủy, sự biến tính của keratin thượng bì và tác động độc tế bào trực tiếp. Có trên 2800 chất kích ứng. Tiếp xúc với các chất kích ứng mạnh gây triệu chứng lâm sàng ở hầu hết bệnh nhân, với các chất kích ứng nhẹ thì chỉ có biểu hiện cơ năng. Khi tiếp xúc nhiều lần với chất kích ứng gây ra hiện tượng tích lũy, phá hủy dần lớp sừng do phá hủy enzym hoặc làm tan màng tế bào gây viêm mạn tính.

2.CHẨN ĐOÁN

2.1. Viêm da tiếp xúc dị ứng

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Tổn thương cơ bản: phụ thuộc vào mức độ nặng, vị trí và thời gian bị bệnh, VDTXDU có thể cấp tính, bán cấp và mạn tính.

- Viêm da tiếp xúc dị ứng cấp tính: Biểu hiện là dát đỏ, ranh giới rõ, phù nề, trên bề mặt có mụn nước, sẩn. Trường hợp phản ứng mạnh có bong nước kết hợp lại với nhau thành mảng. Bong nước vỡ để lại vết trợt tiết dịch và đóng vảy tiết. Cơ năng có ngứa.

- Viêm da tiếp xúc dị ứng bán cấp Biểu hiện là những mảng, dát đỏ nhẹ, kích thước nhỏ, trên có vảy da khô, đôi khi kèm theo những đốm màu đỏ nhỏ hoặc những sẩn chắc, hình tròn.

- Viêm da tiếp xúc dị ứng mạn tính:

+ Biểu hiện là da dày, lichen hóa, nếp da sâu thành những đường kẻ song song hoặc hình thoi, bong vảy da cùng các sẩn vệ tinh, nhỏ, chắc, hình tròn, phẳng, những vết xước, dát đỏ và nhiễm sắc tố. Bệnh thường gặp ở người đã mẫn cảm với dị nguyên gây viêm da tiếp xúc.

+ Khởi đầu, tại vị trí da tiếp xúc lại với dị nguyên (48 giờ trở lên) xuất hiện tổn thương.

+ Về sau, mỗi khi tiếp xúc với dị nguyên thì tổn thương xuất hiện nhanh hơn. Đa số trường hợp tổn thương vượt qua giới hạn vùng da tiếp tiếp xúc với dị nguyên, có thể rải rác ở những nơi khác. Cơ năng ngứa nhiều, có thể có cảm giác nhức nhối và đau nếu bệnh nặng. Tổn thương có thể cấp tính hoặc mạn tính phụ thuộc vào hoàn cảnh tiếp xúc, đậm độ của dị nguyên, tần suất tiếp xúc, đa số các trường hợp có tính chất

đối xứng.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Patch test (test áp): Dùng để chẩn đoán xác định dị nguyên gây VDTXDU' và phân biệt với VDTXKU'.

- Test kích thích (provocative test): Để xác định cá thể nhạy cảm với chất tiếp xúc bằng cách bôi chất đó vào da ở mặt trong cẳng tay hay các vùng da khác ngày vài lần trong 7 ngày.

- Mô bệnh học: Ở thể cấp tính có xốp bào rất mạnh, phù gian bào, xâm nhập các lympho bào và bạch cầu ái toan vào thượng bì, bạch cầu đơn nhân và mô bào ở trung bì. Ở thể mạn tính, cùng với xốp bào là hiện tượng tăng gai làm mào liên nhú kéo dài xuống. Các nhú bì nhô cao và mở rộng, có hiện tượng dày sừng và thâm nhiễm lympho bào. Xét nghiệm này có thể giúp chẩn đoán phân biệt với các bệnh viêm da khác.

2.1.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng, yếu tố tiếp xúc. Test áp giúp xác định dị nguyên gây dị ứng.

2.1.4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da tiếp xúc do ánh sáng
- Viêm da cơ địa
- Viêm da dầu
- Bệnh vẩy nến (ở lòng bàn tay, bàn chân)
- Nấm da
- Nếu có bóng nước: bệnh zona, pemphigoid bóng nước

2.2. Viêm da tiếp xúc kích ứng

2.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng của VDTXKU' tương đối đa dạng, có thể được xếp thành ba thể chính như dưới đây:

- Phản ứng kích ứng: Là biểu hiện nhẹ gồm đỏ da nhẹ, bong vảy, mụn nước hoặc vết trợt, thường gặp ở mặt mu bàn tay và ngón tay. Bệnh hay xảy ra ở người làm các công việc có tiếp xúc với nước, có thể tự khỏi hoặc tiến triển thành VDTXKU'.

- Viêm da tiếp xúc kích ứng: Xảy ra do tiếp xúc với hoá chất mạnh như acid và kiềm. Biểu hiện nhẹ gồm: châm chích, rát bỏng, da khô căng hoặc sản phù thoáng qua. Biểu hiện nặng gồm đỏ, phù nề, đau, mụn nước, bóng nước, mụn mủ, lột da, hoại tử. Thương

tồn giới hạn rất rõ với da lành, khu trú ở vùng tiếp xúc, xuất hiện nhanh trong vài phút đến vài giờ sau khi tiếp xúc với chất kích ứng. Có thể có trường hợp xuất hiện muộn, sau khi tiếp xúc với chất kích ứng 8-24 giờ hoặc thậm chí 2 tuần. Biểu hiện lâm sàng giống VDTXDU' và đôi khi rất khó phân biệt, nhưng tiên lượng tốt hơn. Tổn thương lành nhanh sau vài ngày hoặc vài tuần ngừng tiếp xúc với chất kích ứng.

- Viêm da tiếp xúc kích ứng mạn tính: Đây là một bệnh hay gặp, xuất hiện khi tiếp xúc nhiều lần với chất có nồng độ thấp như xà phòng, dầu gội đầu. Các yếu tố thuận lợi gồm cạo xát, sang chân, độ ẩm thấp. Bệnh xảy ra vài tuần, vài tháng, có thể vài năm sau khi tiếp xúc với chất kích ứng. Biểu hiện gồm da đỏ, bóc vảy, nứt nẻ, lichen hóa, giới hạn không rõ với da lành, ngứa. Viêm da bàn tay hay gặp ở phụ nữ hơn nam giới do tiếp xúc với các chất kích ứng khi làm công việc nội trợ.

2.2.2. Cận lâm sàng

- Patch test (test áp): Dùng để chẩn đoán phân biệt với VDTXDU'.
- Mô bệnh học: Không phải là xét nghiệm thường quy để chẩn đoán nhưng có thể giúp chẩn đoán phân biệt với bệnh vẩy nến hoặc các bệnh da viêm khác.

2.2.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng, yếu tố tiếp xúc.

2.2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da tiếp xúc dị ứng
- Viêm da cơ địa
- Viêm da dầu
- Bệnh vẩy nến (ở lòng bàn tay, bàn chân)
- Tổ đỉa
- Bệnh nấm da
- Bệnh ghẻ

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Tìm và loại bỏ được căn nguyên gây bệnh
- Điều trị phụ thuộc vào giai đoạn của bệnh, mức độ bệnh.
- Hồi phục hàng rào bảo vệ da.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Viêm da tiếp xúc dị ứng

- Trường hợp cấp tính, khu trú:

+ Corticosteroid tại chỗ.

+ Các vùng da mặt duỗi, bàn tay, bàn chân:

- Dùng corticosteroid tại chỗ loại mạnh. Thuốc được bôi 1-2 lần/ngày trong 2-4 tuần hoặc cho tới khi lành thương tổn. Chú ý các tác dụng phụ của thuốc như teo da, giãn mạch.

- Mặt và các vùng da mặt gấp: Dùng corticosteroid tại chỗ loại trung bình tới nhẹ. Thuốc được dùng 1-2 lần/ngày trong 1-2 tuần. Sau đó có thể dùng 2 ngày 1 lần trong 2 tuần tiếp theo.

+ Chẹn calcineurin tại chỗ (tacrolimus, pimecrolimus) là một lựa chọn thay thế cho corticosteroid ở những người bệnh cần được tiếp tục điều trị lâu dài (trên 2 tuần). Thuốc được dùng 2 lần/ngày cho tới khi cải thiện thương tổn, sau đó giảm dần số lần bôi. Tác dụng phụ hay gặp là nóng, rát, châm chích tại chỗ nhưng không gây teo da.

- Các điều trị khác: kem dưỡng ẩm có thể được dùng nhiều lần trong ngày; dung dịch Jarish dùng để đắp vùng thương tổn ướt, rỉ dịch, nhiều vảy tiết; kháng histamin uống để giảm ngứa; kháng sinh tại chỗ và/hoặc toàn thân được sử dụng nếu có bội nhiễm trường hợp lan toa, nặng hoặc không ổn định. Khi có trên 20% diện tích cơ thể bị ảnh hưởng hoặc liên quan tới vùng mặt, bàn tay, bàn chân hoặc vùng sinh dục, corticosteroid toàn thân được dùng như là lựa chọn thứ nhất. Sử dụng prednisolon, hoặc hoạt chất corticosteroid tương đương, liều 0,5-1 mg/kg/ngày (tối đa 60 mg/ngày) trong 7 ngày. Sau đó, liều thuốc được giảm 50% trong mỗi 5-7 ngày tiếp theo rồi dùng sau 2 tuần.

- Trường hợp mạn tính

+ Hàng rào bảo vệ da bị hỏng, teo da do tác dụng phụ của corticosteroid tại chỗ là một biến chứng hay gặp. Điều trị trường hợp mạn tính nhằm tối thiểu hóa việc sử dụng thuốc kéo dài trên 2-4 tuần. Các loại kem dưỡng ẩm không có dị nguyên được sử dụng tích cực bên cạnh việc dùng thuốc.

+ Sử dụng ngắt quãng corticosteroid tại chỗ: Dùng loại mạnh trong kiểm soát VDTXDU mạn tính ở bàn tay, bàn chân và các mặt duỗi. Thuốc được dùng ngày 1 lần trong 7-10 ngày đầu tiên, sau đó cách ngày, không nên dùng thuốc kéo dài quá 4 tuần. Trong trường hợp tái phát, có thể dùng nhắc lại.

+ Tacrolimus tại chỗ: Nên sử dụng trong trường hợp VDTXDU' mạn tính ở mắt và các nếp kẽ, hoặc trường hợp không đáp ứng với corticosteroid tại chỗ. Tacrolimus 0,1% hoặc 0,03% được dùng 1-2 lần/ngày cho tới khi lành và nhắc lại nếu tái phát.

+ Có thể dùng thuốc kháng histamin để giảm ngứa. Sử dụng kháng sinh tại chỗ và/hoặc toàn thân nếu có bội nhiễm.

+ Lựa chọn cho VDTXDU' mạn tính không đáp ứng với các phương pháp trên gồm:

- Liệu pháp ánh sáng: tia cực tím (ultra violet-UV) B dải hẹp, UVA phối hợp với psoralen (PUVA)
- Các thuốc ức chế miễn dịch toàn thân khác: methotrexat, azathioprin, mycophenolat mofetil, và cyclosporin.

3.2.2. Viêm da tiếp xúc kích ứng

- Chất dưỡng ẩm: Chất giữ ẩm, chất làm mềm da, chất tạo độ ẩm cho da được sử dụng như liệu pháp đầu tay.

+ Chất giữ ẩm như axit lactic, urê, glycerin hoặc axit sorbic giúp hút nước, hydrat hóa lớp sừng.

+ Chất làm mềm da (petrolatum, lanolin, dầu khoáng) hoạt động bằng cách làm chậm quá trình mất nước qua da, đồng thời dưỡng ẩm cho da.

+ Các chất tạo độ ẩm cho da: Kem dưỡng ẩm, chất làm mềm, chất tạo độ ẩm cho da có thể được sử dụng nhiều lần trong ngày trên vùng da bị ảnh hưởng hoặc các khu vực tiếp xúc

- Corticosteroid tại chỗ: Chế phẩm dạng mỡ được sử dụng nhiều hơn dạng kem.

+ Trường hợp nặng, ở các vùng da ngoài mặt và không phải mặt gấp: Sử dụng corticosteroid cực mạnh, ngày 1-2 lần trong 2-4 tuần

+ Trường hợp nhẹ, ở các vùng da ngoài mặt và không phải mặt gấp: Sử dụng corticosteroid loại mạnh, ngày 1-2 lần trong 2-4 tuần.

+ Trường hợp ở mặt và các mặt gấp: Sử dụng corticosteroid loại trung bình tới nhẹ, ngày 1-2 lần trong 1-2 tuần.

4. PHÒNG BỆNH

- Tránh tiếp xúc với các chất gây dị ứng, kích ứng; dùng đồ bảo hộ phù hợp khi làm việc trong môi trường có chất kích ứng hoặc dị nguyên nghi ngờ; tư vấn nghề

nghiệp phù hợp cho người bệnh.

- Xác định cơ địa nhạy cảm bằng cách đo độ đỏ của da, độ mất nước qua da hoặc dùng test áp để sàng lọc sự kích ứng của sản phẩm định dùng, đồng thời thăm dò phản ứng dị ứng của cơ thể.

- Dùng kem bảo vệ, sản phẩm làm sạch thích hợp, tránh tắm rửa quá nhiều.

- Thường xuyên bôi kem làm ẩm, nhất là sau khi làm việc, để chống nứt, khô da, tránh sự xâm nhập của các chất kích ứng, dị ứng.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị các bệnh Da liễu ban hành kèm theo Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023. Hà Nội. tr172-184.

2. PGS.TS.BS. Văn Thế Trung (2020). Bệnh da liễu thường gặp. Nhà xuất bản Y học. TP.HCM. tr8-18.

3. Fitzpatrick's Dermatology. (9th ed. 2019). McGraw-Hill. 414-427.

4. PGS.TS.Nguyễn Văn Thương (2019). Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 1. Hà Nội. Tr481-529.

BỆNH MÀY ĐAY (L50)

(Urticaria)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

- Mày đay có biểu hiện lâm sàng là các dát đỏ và/hoặc sẩn phù, có thể kèm theo phù mạch hoặc không; tổn thương ở lớp trung bì hoặc hạ bì.
- Mày đay được phân loại thành mày đay cấp và mày đay mạn.
 - + Mày đay cấp: thời gian diễn biến bệnh dưới 6 tuần.
 - + Mày đay mạn: trong vòng ít nhất 6 tuần liên tiếp, xuất hiện triệu chứng của mày đay ít nhất 2 ngày/tuần.

1.2. Dịch tễ

Mày đay là bệnh phổ biến, bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng độ tuổi thường gặp nhất là từ sơ sinh tới 9 tuổi và từ 30-40 tuổi.

1.3. Căn nguyên/Cơ chế bệnh sinh

- Nhiễm khuẩn: các tế bào viêm tham gia vào phản ứng trong mày đay bao gồm tế bào lympho T CD4+, tế bào đơn nhân, bạch cầu đa nhân trung tính và bạch cầu ái toan với mức độ khác nhau.
- Tác nhân vật lý: nhiệt độ, áp lực, ánh nắng, rung động,...
- Một số tác nhân khác: nước, tiếp xúc, cholinergic...
- Nhóm mày đay tự phát (vô căn) là hay gặp nhất.
- Cơ chế bệnh sinh: tế bào mast đóng vai trò chính, giải phóng histamin, leukotriene, chemokine, cytokine sau khi khử hạt. Vai trò bradykinin gây hoạt hóa tế bào nội mô mạch máu, dẫn tới giãn mạch, tăng tính thấm thành mạch gây biểu hiện phù mạch trên lâm sàng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Sẩn phù: các sẩn phù màu trắng, đỏ ranh giới rõ và/hoặc quầng đỏ, kích thước 1 - 8 cm hình tròn, ovan, đa cung, mảng lớn, thường xuất hiện và biến mất trong vòng 24 giờ mà không để lại dát thâm.
- Phù mạch: biểu hiện đau, sưng nề bàn tay, chân, môi, mắt, lưỡi, sinh dục, sưng nề thanh gây khó thở. Phù mạch có thể kéo dài đến 72 giờ.

- Cơ năng: ngứa, đôi khi nóng rát tại tổn thương.
- Toàn thân:
 - + Các triệu chứng cấp tính như khó thở, suy hô hấp, tiếng rít thanh quản xuất hiện khi có phù mạch gây chít hẹp đường hô hấp, bệnh nhân cần phải xử trí cấp cứu.
 - + Các triệu chứng khác tùy thuộc nguyên nhân: sốt, viêm long đường hô hấp, viêm đường hô hấp trên trong mày đay do nhiễm khuẩn.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm cơ bản:
 - + Công thức máu, sinh hóa máu, máu lắng
 - + Định lượng IgE, test dị nguyên
 - + Xét nghiệm nội soi dạ dày, test *Helicobacter pylori* đối với bệnh nhân có viêm loét dạ dày - tá tràng
 - + Tìm ký sinh trùng
 - + Hormon tuyến giáp
 - + Tự kháng thể
- Xét nghiệm tìm nguyên nhân đặc hiệu:
 - + Mày đay do lạnh: Thử nghiệm kích thích lạnh – test ice cube (nước lạnh, đá).
 - + Mày đay do áp lực: Thử nghiệm áp suất (que có trọng lượng 0,2 - 1,5 kg/cm² đặt ở đùi hoặc lưng trong 10 - 20 phút hoặc đeo 6,8kg túi cát ở vai trong 15 phút ở tư thế ngồi).
 - + Mày đay do nhiệt: dùng bồn tắm nóng.
 - + Mày đay do ánh sáng: cho tiếp xúc ánh sáng cực tím và ánh sáng nhìn thấy với bước sóng khác nhau.
 - + Chứng vẩy nổi: vạch lên da tạo thành tổn thương mày đay (mất đi sau 30 phút).
 - + Phù mạch rung động: kích thích rung trong 1 - 5 phút.
 - + Mày đay do nước: kích thích bằng áo ướt ở cẳng tay 15 - 20 phút.
 - + Mày đay cholinergic: kích thích bằng tập thể dục hoặc tắm nước nóng 15 - 20 phút.
 - + Mày đay tiếp xúc: test lấy da, test áp.

2.3. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng với tổn thương cơ bản điển hình: dát đỏ, sẩn phù kèm ngứa thường xuất hiện và biến mất trong vòng 24 giờ, có hoặc không kèm phù mạch.

- Chẩn đoán nguyên nhân dựa vào các xét nghiệm đặc hiệu.

2.4. Chẩn đoán phân loại

Dựa trên thời gian diễn biến bệnh. Dựa trên thời gian diễn biến bệnh, mày đay được phân loại thành mày đay cấp tính và mày đay mạn tính.

- Mày đay cấp tính được định nghĩa là sự xuất hiện tự phát của sẩn phù, phù mạch hoặc cả hai trong thời gian nhỏ hơn hoặc bằng 6 tuần.

- Mày đay mạn tính là mày đay mà triệu chứng sẩn phù hoặc phù mạch hoặc cả hai xuất hiện hàng ngày hoặc gần như hàng ngày trong thời gian trên 6 tuần.

Dựa trên yếu tố gây khởi phát đặc hiệu, mày đay mạn tính được chia thành mày đay mạn tính tự phát (chronic spontaneous urticaria) và mày đay mạn tính cảm ứng (chronic inducible urticaria).

- Mày đay mạn tính tự phát: được định nghĩa là sự xuất hiện một cách tự phát của sẩn phù, phù mạch hoặc cả hai trong thời gian lớn hơn 6 tuần do các nguyên nhân đã biết hoặc chưa biết (nguyên nhân đã biết có thể là tự kháng thể hoạt hóa tế bào mast). Mày đay mạn tính tự phát được chia ra thành: mày đay mạn tính tự miễn và mày đay mạn tính tự phát khác.

- Mày đay mạn tính cảm ứng: đặc trưng bởi sự xuất hiện sẩn phù hoặc phù mạch sau kích thích của các tác nhân đặc hiệu bên ngoài như chà xát, cào gãi, áp lực, ánh sáng, nhiệt độ, nước... Mày đay mạn tính cảm ứng được chia ra thành 2 nhóm chính:

+ Mày đay vật lý:

- Mày đay do lạnh: gây ra bởi vật liệu lạnh, không khí, chất lỏng, gió. Ngưỡng nhiệt độ gây khởi phát triệu chứng tùy thuộc từng người. Mày đay do lạnh có thể liên quan đau đầu, hạ huyết áp, ngất, khó thở, rối loạn tiêu hóa khi cơ thể tiếp xúc trực tiếp với môi trường lạnh.

- Mày đay do áp lực: do áp suất tác động lên da tạo sẩn phù trong vòng 3 - 12 giờ.

- Mày đay do nhiệt: tác động nhiệt cục bộ gây nên tổn thương da tại chỗ.

Thường gặp mày đay nhiệt liên quan nghề nghiệp (công nhân lò than, lò gạch).

- Mày đay do ánh nắng: do bức xạ từ tia cực tím và hoặc ánh sáng nhìn thấy. Vị trí xuất hiện tổn thương ở vùng da tiếp xúc trực tiếp.
- Chứng vẩy nổi: xuất hiện sẩn phù khi vạch lên da (trong vòng 5 - 15 phút), có liên quan đến mày đay áp lực, gặp ở 2 - 4% dân số.
- Mày đay do rung động: thường xuất hiện khi chịu tác động của lực rung (liên quan nghề nghiệp: công nhân làm đường, lái xe, thợ khoan). Tính chất di truyền cũng được mô tả đi kèm với triệu chứng đỏ mặt.

+ Mày đay không do tác nhân vật lý:

- Mày đay do nước: hiếm gặp, triệu chứng ngứa và/hoặc kèm tổn thương da xuất hiện khi tiếp xúc với nước ở bất kỳ nhiệt độ nào. Các dát đỏ, sẩn phù nhỏ thường nhỏ, đồng đều giống trong mày đay cholinergic. Bệnh thường vô căn, tuy nhiên có liên quan đến chứng da khô ở người cao tuổi, bệnh đa hồng cầu, bệnh Hodgkin, hội chứng tăng bạch cầu ái toan.
- Mày đay cholinergic: xuất hiện tổn thương khi gia tăng nhiệt độ cơ thể (sau khi tập thể dục, tắm nước ấm, trong cơn sốt). Thường gặp ở người trẻ (10 - 20 tuổi). Tổn thương da của mày đay mạn thường là sẩn, dát đỏ nhỏ 1 - 2mm, kèm theo ngứa.
- Mày đay tiếp xúc: Xảy ra khi tiếp xúc với các chất khác nhau. Cơ chế qua trung gian IgE hoặc không. Các chất nhựa latex thường gặp gây mày đay tiếp xúc.

2.5. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh tế bào mast.
- Viêm da cơ địa
- Pemphigoid giai đoạn sẩn ngứa
- Sẩn ngứa ở phụ nữ có thai.
- Phát ban do thuốc.
- Hồng ban đa dạng.
- Lupus ban đỏ hệ thống.
- Mày đay viêm mạch

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Tìm nguyên nhân và loại trừ nguyên nhân (nếu có).
- Điều trị theo thể bệnh.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị mày đay cấp tính

- Chỉ định nhập viện:
 - + Phù mạch ở lưỡi
 - + Đau bụng
- Mày đay cấp nặng: số sẩn phù ≥ 50 nốt/24 giờ và/hoặc phù mạch:
 - + Kháng Histamin: 2 – 4 liều tiêu chuẩn trong 10 ngày.
 - + Corticosteroid: liều tương đương methylprednisolon người lớn: 16-32mg/ngày, trẻ em ≤ 12 tuổi: 0,5 – 1 mg/kg/ngày trong 5 ngày.
- Mày đay cấp thông thường: kháng histamin liều tiêu chuẩn trong vòng 10 ngày.

3.2.2. Điều trị mày đay mạn tính

- Lựa chọn thứ nhất: Thuốc kháng histamin H1 thế hệ 2: fexofenadin, desloratadin, loratadin, cetirizin, bilastin, rupatadin...
 - + Điều trị khởi đầu bằng liều chuẩn của thuốc, và theo dõi đáp ứng điều trị. Sau 2 - 4 tuần không có đáp ứng, cân nhắc tăng liều kháng histamin (theo nghiên cứu có thể tăng liều gấp 4 lần bình thường mà không gây tác dụng phụ).
 - + Kháng histamin được cho thấy có hiệu quả nếu sử dụng hàng ngày (khác với việc sử dụng khi cần) và nếu đạt được kiểm soát bệnh, nên duy trì liều kháng histamin hiệu quả trong vài tuần đến 1 tháng. Đối với mày đay mạn cần duy trì kéo dài hơn tùy theo ý kiến bác sĩ chuyên khoa.
 - + Việc kết hợp 2 loại kháng histamin H1 được cho là không có lợi ích so với sử dụng 1 loại đơn độc.
- Lựa chọn thứ hai: omalizumab được FDA cho phép sử dụng điều trị mày đay mạn tính với liều 150 – 300mg tiêm dưới da mỗi 4 tuần cho trường hợp bệnh nhân không đáp ứng với kháng histamin liều gấp 4 lần liều tiêu chuẩn sau 2 - 4 tuần.
- Lựa chọn thứ ba: cyclosporin được lựa chọn cho mày đay mạn với liều 3 - 5mg/kg/ngày khi bệnh nhân không đáp ứng với liệu pháp kháng histamin H1 thế hệ 2 và omalizumab (trong 6 tháng). Cần theo dõi và cân nhắc tác dụng phụ của

cyclosporin khi dùng thuốc.

- Các lựa chọn khác:

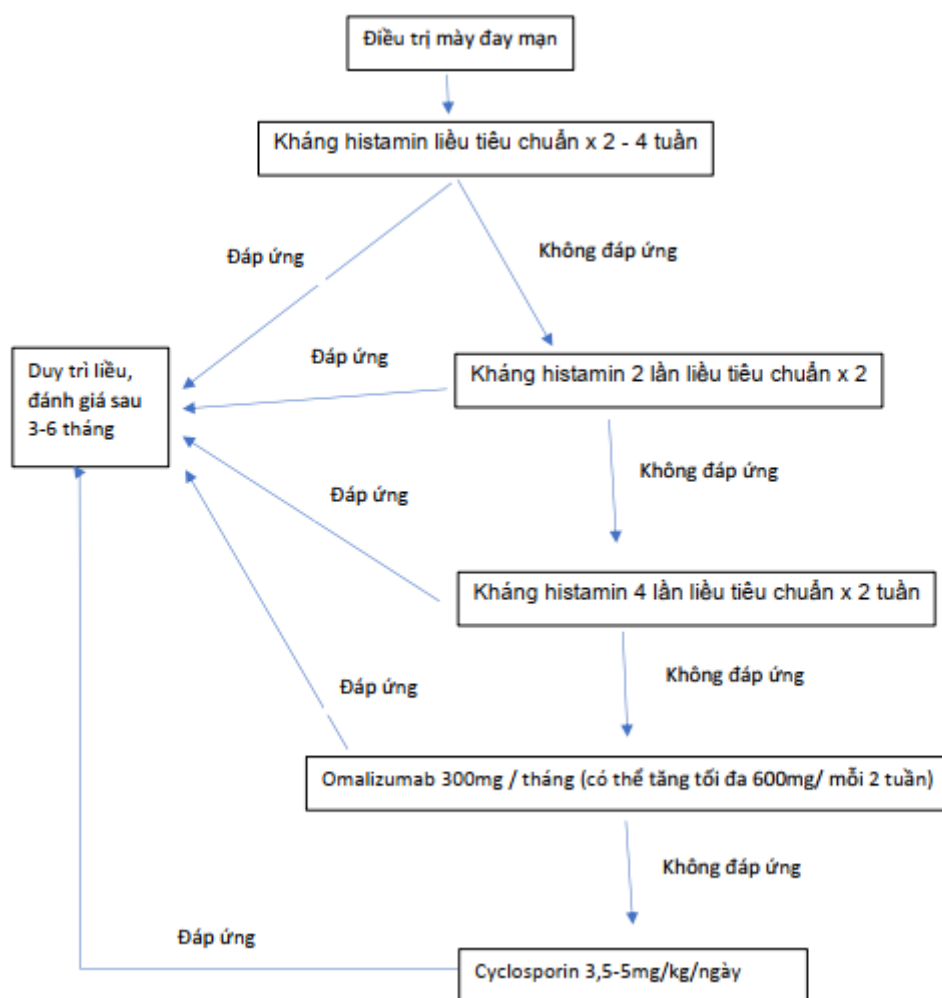
+ Kháng leukotrien: như montelukast, đồng thuận mới nhất 2017 chứng minh thuốc ít có tác dụng trong điều trị mày đay mạn tính.

+ Corticosteroid ngắn ngày: được chỉ định trong trường hợp mày đay nặng, mày đay cấp tính có nguy hiểm đến tính mạng. Liều khuyến cáo 0,3 - 0,5 mg/kg trong 10 - 14 ngày. Sử dụng kéo dài corticosteroid không được khuyến cáo do nhiều tác dụng phụ.

- Điều trị trên đối tượng phụ nữ có thai và cho con bú: cetirizin là kháng histamin được lựa chọn hàng đầu.

- Điều trị hỗ trợ: dưỡng ẩm, làm dịu da tránh yếu tố kích thích. Bột talc xoa da giảm ngứa, giảm cào gãi.

- Hạ sốt, kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn trong trường hợp mày đay nhiễm khuẩn



4. PHÒNG BỆNH

- Tránh các tác nhân nghi ngờ gây bệnh hoặc làm khởi phát mày đay.
- Tránh cào gãi
- Dùng thuốc theo đơn, không tự ý ngừng thuốc.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu ban hành kèm theo Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023. Hà Nội. tr212-217.
2. PGS.TS.BS. Văn Thế Trung (2020). Bệnh da liễu thường gặp. Nhà xuất bản Y học. TP.HCM. tr41-56.
3. Fitzpatrick's Dermatology. (9th ed. 2019). McGraw-Hill. 684-709.
4. PGS.TS.Nguyễn Văn Thường (2019). Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 1. Hà Nội. Tr530-564.

TRÚNG CÁ (L70)

(Acne)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Trúng cá là một bệnh viêm mạn tính của đơn vị tuyến bã – nang lông, đặc trưng bởi các tổn thương không viêm như mụn đầu đen, đầu trắng, hoặc tổn thương viêm như các sẩn viêm, sẩn mủ, cục, nang. Các tổn thương phân bố chủ yếu vùng nhiều tuyến bã như mặt, ngực, lưng. Bệnh thường gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ, tâm lý và sự tự tin của người bệnh.

1.2. Dịch tễ

Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi (thời thơ ấu, tuổi thanh thiếu niên và người trưởng thành). Đối với trúng cá khởi phát ở tuổi dậy thì, tỉ lệ gặp ở nam nhiều hơn nữ. Đối với trúng cá xuất hiện sau thời kì dậy thì, tỷ lệ gặp ở nữ nhiều hơn nam.

1.3. Căn nguyên/ Cơ chế bệnh sinh

Có nhiều nguyên nhân và yếu tố liên quan tới cơ chế bệnh sinh của bệnh. Một số yếu tố như: gia đình, nội tiết, môi trường, vệ sinh, ăn uống, căng thẳng, sử dụng mỹ phẩm, thuốc bôi không hợp lý... là tác nhân làm xuất hiện trúng cá hoặc làm bệnh nặng thêm. Có 4 cơ chế chính gây bệnh trúng cá đã được xác định, đó là tăng bài tiết chất bã, dày sừng cổ nang lông, vai trò của vi khuẩn *Cutibacterium acnes* (C. acnes) và các chất trung gian viêm.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Tổn thương da: các tổn thương phân bố điển hình ở vùng có nhiều tuyến bã như mặt, cổ, ngực, lưng trên, cánh tay trên. Bao gồm một hoặc nhiều dạng tổn thương:

+ Mụn nhân đóng (closed comedone) hay mụn đầu trắng: kích thước < 5mm, sẩn có màu da, trắng hoặc xám hình vòm, nhẵn hơi nhô cao hơn mặt da.

+ Mụn nhân mở (open comedone) hay mụn đầu đen: sẩn kích thước < 5mm, trung tâm có lỗ mở chứa chất sừng xám, nâu hoặc đen.

+ Mụn mủ (pustule): đường kính tổn thương dưới 5mm, chứa đầu mủ màu trắng hoặc vàng ở trung tâm nền đỏ.

+ Sẩn mủ (papulopustular): sẩn và mụn mủ tương đối nông ở bề mặt, đường kính

< 5 mm.

+ Cục (nodule): sẩn to (> 5mm) hoặc cục (> 1 mm) viêm sâu, ấn đau do tổn thương viêm sâu hơn xuống trung bì.

+ Nang (cyst): tổn thương trứng cá dạng nang do tổn thương viêm chứa dịch mủ, sền sệt lẫn máu, thường mềm, dễ vỡ.

- Các di chứng sau trứng cá:

+ Tăng sắc tố sau viêm

+ Ban đỏ sau viêm

+ Sẹo: bao gồm sẹo lõm, sẹo quá phát, sẹo lồi.

- Sẹo lõm trứng cá chia làm 3 loại:

- ✓ Sẹo hình phễu (ice pick): hay gặp nhất, đường kính < 2mm, bờ rõ, có thể sâu tới lớp hạ bì.

- ✓ Sẹo lòng chảo (rolling scars): đường kính 4 - 5mm, do sợi xơ trung bì dính với thượng bì gây co kéo tạo thành đáy lòng chảo.

- ✓ Sẹo đáy phẳng (box scars): hình tròn hay ovan, bờ sẹo thẳng đứng, đường kính 1,5 - 4mm.

- Sẹo quá phát, sẹo lồi: do sự tăng sinh xơ bất thường trong quá trình lành thương, thường gặp ở vị trí ngực, lưng, bả vai, góc hàm, mặt.

- Các biểu hiện của bệnh lý liên quan: Cường androgen: rậm lông thứ phát ở nách, mu, ngực, râu cằm, rụng tóc hói. Nữ giới có kinh nguyệt bất thường (không đều, vòng kinh kéo dài quá 35 ngày hoặc ngắn dưới 21 ngày, ...), phì đại âm vật, giọng trầm.

- Biến chứng:

+ Trứng cá tối cấp (Acne fulminans): Sự bùng phát cấp tính các nang, cục viêm lớn kèm theo các vết trọt, loét, đóng vảy xuất huyết. Có thể kèm theo triệu chứng toàn thân như sốt, mệt mỏi, đau xương, khớp, hồng ban nút. Xét nghiệm thấy tăng bạch cầu, máu lắng, Protein phản ứng C, thiếu máu. Tình trạng này hiếm gặp, gặp chủ yếu ở nam giới tuổi vị thành niên. Có thể xảy ra sau dùng isotretinoin đường uống hoặc xuất hiện tự nhiên.

+ Viêm nang lông do vi khuẩn gram âm: gặp ở những bệnh nhân điều trị kháng sinh lâu dài dẫn đến kháng thuốc. Biểu hiện là các sẩn, cục viêm, mụn mủ trung tâm mặt, quanh mũi.

+ Phù nề cứng mặt (bệnh Morbihan's): ban đỏ và phù nề mô mềm vùng mặt.

+ Ảnh hưởng tâm lý do trứng cá.

2.2. Cận lâm sàng

- Soi tươi tìm nấm, demodex để chẩn đoán phân biệt

- Đèn Wood: vi khuẩn C.acnes bắt màu cam

- Xét nghiệm chẩn đoán cường androgen:

+ Siêu âm ổ bụng tìm dấu hiệu buồng trứng đa nang, khối u buồng trứng, tuyến thượng thận

+ Nồng độ testosterone tự to, toàn phần và DHEA-S tăng

- Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn (nếu cần đặc biệt khi có biến chứng trứng cá tối cấp): xét nghiệm máu thấy tăng bạch cầu, máu lắng, protein phản ứng C.

- Chụp X quang (nếu có triệu chứng liên quan đến xương, khớp): hình ảnh tiêu xương.

- Chuẩn bị cho liệu pháp điều trị với isotretinoin đường uống: chức năng gan, mỡ máu, thử thai bằng nước tiểu hoặc huyết thanh

2.3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào triệu chứng lâm sàng.

2.4. Chẩn đoán thể

- Trứng cá thông thường

- Trứng cá mạch lươn: thường gặp ở nam giới trẻ tuổi. Biểu hiện là các cục, nang lớn, thường tập trung lại, đi vào vào thành dạng dải, hang với nhiều lỗ dò. Tổn thương chảy dịch máu mủ. Tổn thương để lại sẹo nghiêm trọng hình thành các cầu da, dải xơ. Không có triệu chứng toàn thân.

- Trứng cá ở trẻ sơ sinh: thường bắt đầu ở độ tuổi 3-6 tháng do tuyến thượng thận chưa trưởng thành dẫn đến tăng nồng độ androgen. Nồng độ androgen giảm dần từ 1-2 tuổi kèm theo sự cải thiện mụn trứng cá

- Trứng cá do cào gãi: tổn thương không viêm tương đối nhẹ hoặc các sản viêm thường xuyên bị cào gãi để lại vết trợt và sẹo. thường gặp ở phụ nữ trẻ có các vấn đề tâm lý, sử dụng thuốc chống trầm cảm.

2.5. Chẩn đoán mức độ bệnh

Hiện nay có nhiều phân loại khác nhau về mức độ nặng trong trứng cá như phân loại theo Karen McCoy, trứng cá thông thường chia làm 3 mức độ (nhẹ, vừa và nặng) hay phân loại theo IGA (Investigator Global Assessment) 2005, chia làm

4 mức độ (mụn nhân, trứng cá sẩn mủ nhẹ - trung bình, trứng cá sẩn mủ nặng/trứng cá bọc trung bình, trứng cá bọc nặng/trứng cá bùng phát). Tuy nhiên, chưa có một phân loại mức độ trứng cá nào được chấp nhận trên toàn cầu.

Trên lâm sàng, cách phân loại mức độ nặng trứng cá dễ tiếp cận cho điều trị nhất như sau:

- Trứng cá mức độ nhẹ:

+ Các mụn nhân đóng hoặc sẩn viêm hoặc sẩn mủ nhỏ (< 5mm), rải rác, không có sẹo trứng cá.

+ Vùng da tổn thương giới hạn (chỉ bị ở 1 vùng cơ thể hoặc nếu bị hơn 1 vùng cơ thể thì chỉ có một vài tổn thương ở mỗi vùng)

+ Không có tổn thương cục

- Trứng cá mức độ trung bình và nặng:

+ Nhiều tổn thương mụn nhân đóng hoặc sẩn viêm hoặc mụn mủ

+ Có tổn thương cục

+ Bị ở nhiều vùng cơ thể, mỗi vùng có nhiều tổn thương

+ Có sẹo trứng cá

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Lựa chọn thuốc tác động vào một hoặc nhiều hơn trong bốn yếu tố: sừng hóa cổ nang lông, sản xuất bã nhờn, vi khuẩn *C.acnes*, yếu tố viêm.

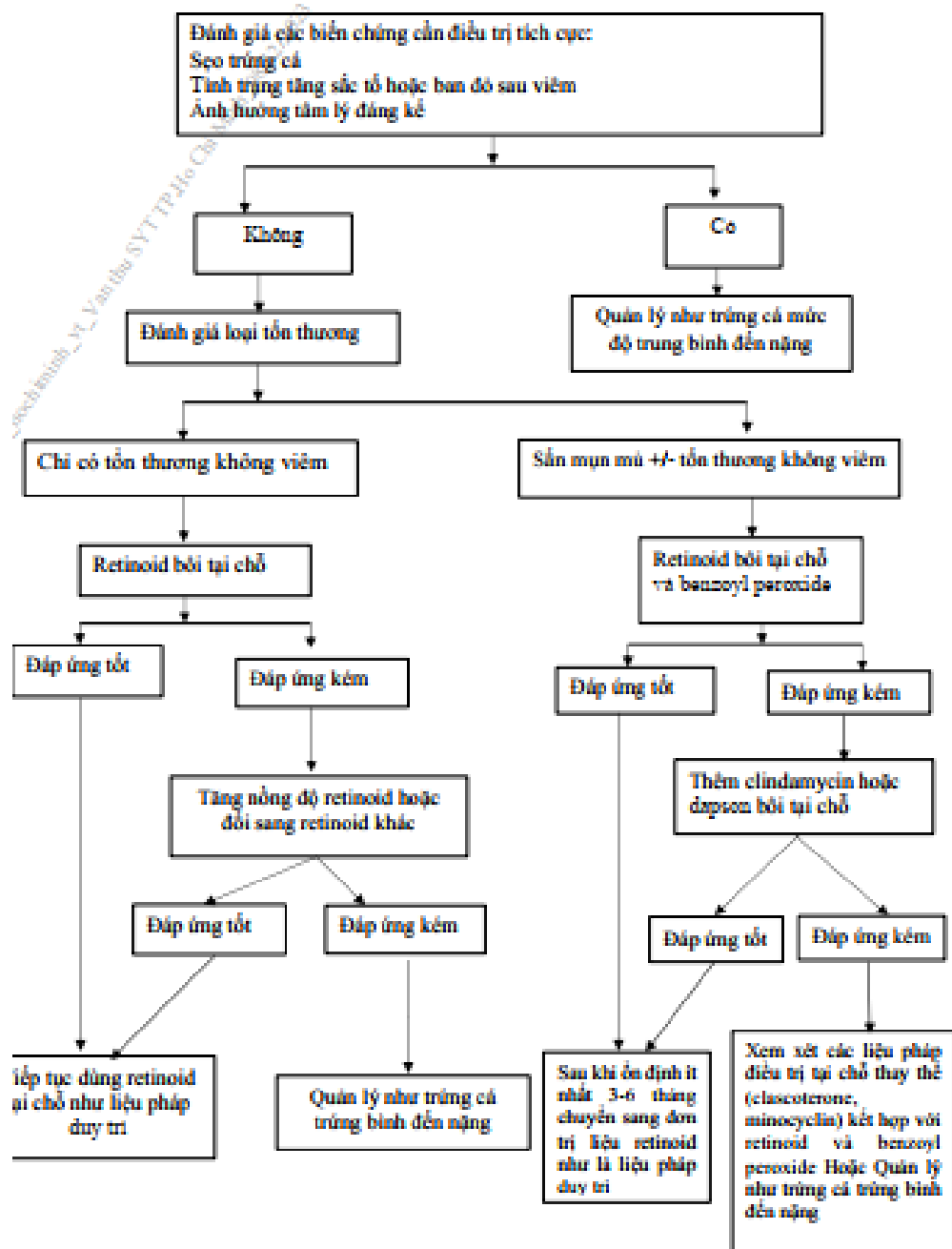
- Điều trị sớm tránh biến chứng.

- Điều trị bệnh theo mức độ.

- Cần điều trị duy trì để tránh tái phát

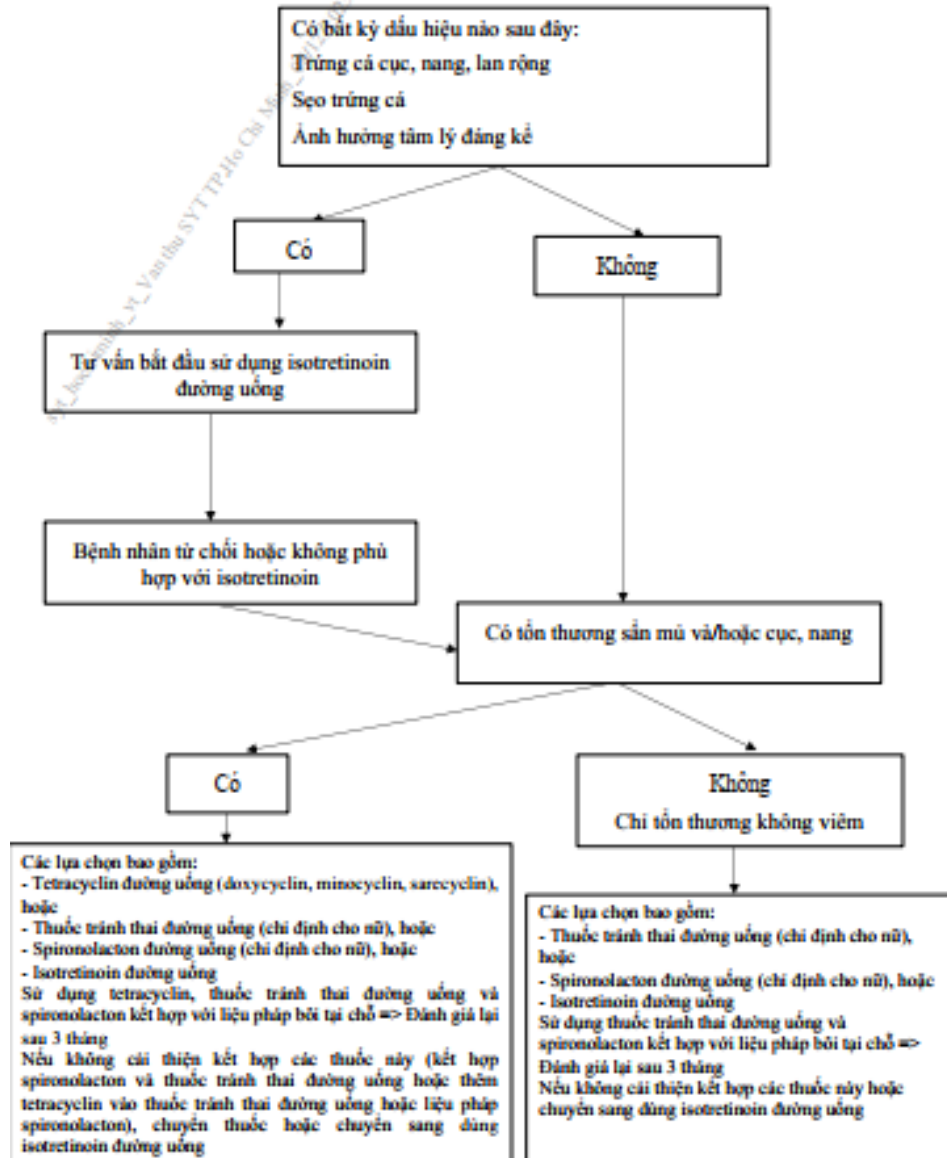
3.2. Điều trị cụ thể

- Phác đồ điều trị trứng cá thông thường mức độ nhẹ:



- Phác đồ điều trị trứng cá thông thường mức độ trung bình/ nặng ở người lớn:

Phác đồ điều trị trứng cá thông thường mức độ trung bình đến nặng ở thanh thiếu niên và người lớn: Lựa chọn liệu pháp toàn thân



Điều trị duy trì: Sử dụng retinoid đường bôi để điều trị duy trì (theo dõi sơ đồ điều trị trứng cá mức độ nặng)

Các thuốc điều trị cụ thể:

- **Retinoid tại chỗ:** lựa chọn 1 trong các hoạt chất sau:

- + Adapalen (0,1%; 0,3% kem hoặc lotion 0,1%)
- + Retinoic acid)0,025 – 0,1% kem, gel)
- +Tazaroten (0,05%; 0,1% kem, gel hoặc bột)
- +Trifaroten

Cách dùng: bôi thuốc mỏng 1 lần/ ngày vào buổi tối. Có thể giảm tần suất bôi trong một vài tuần đầu (bôi cách ngày hoặc sau dưỡng ẩm để hạn chế kích ứng).

Lưu ý:

- + Tác dụng phụ như khô, kích ứng, bong da, tăng nhạy cảm ánh sáng thường trong 2 tuần đầu. Tretinoin không sử dụng cùng lúc hoặc kết hợp với benzoyl peroxide (BP)
- + Tretinoin và adapalen thuộc phân loại thai kỳ nhóm C đối với phụ nữ mang thai.
- + Tazaroten phân loại thai kỳ X, không dùng cho phụ nữ mang thai.
- + Adapalen và tazaroten được FDA chấp thuận cho bệnh nhân ≥ 12 tuổi và tretinoin cho bệnh nhân ≥ 10 tuổi.

- **Kháng sinh tại chỗ:** lựa chọn một trong các hoạt chất sau:

- + Clindamycin 1% (dung dịch hoặc gel)
- + Erythromycin 2% (kem, gel, lotion, xịt)
- + Minocyclin bột 4%: trứng cá thông thường mức độ trung bình đến nặng.

Lưu ý:

- + Ưu tiên chọn clindamycin hơn erythromycin do tỷ lệ kháng với tụ cầu và C.acnes của erythromycin cao hơn.
- + Bôi 1-2 lần/ ngày vào vùng da có tổn thương viêm
- + Dùng dạng phối hợp với BP giúp làm tăng hiệu quả và giảm nguy cơ kháng kháng sinh. (ví dụ erythromycin 3% với BP 5% hay clindamycin 1% với BP 5%).
- + Clindamycin và erythromycin chỉ định được cho phụ nữ có thai (phân loại B)

- **Benzoyl peroxid (BPO):**

- + Dạng chế phẩm: gel, kem, xà phòng rửa (nồng độ 2,5 - 10%).
- + Cách dùng: bôi ngày 1 lần vào buổi tối sau khi rửa mặt.
- + Hiện tại chưa có trường hợp kháng thuốc nào được báo cáo.

Lưu ý:

- + Tác dụng phụ: kích ứng, thay đổi màu sắc áo, tóc, nhạy cảm ánh sáng.
- + Khuyến cáo thai kỳ C
- + Chưa chứng minh an toàn và hiệu quả đối với trẻ < 12 tuổi

- **Acis azelaic:**

- + Dạng thuốc nồng độ 20% (kem hoặc gel)
- + Cách dùng: bôi 2 lần/ ngày vào vùng da có tổn thương
- + Tác dụng phụ: kích ứng tại chỗ (nhẹ, tỷ lệ thấp)
- + Thích hợp cho những bệnh nhân có da nhạy cảm hoặc type da tối màu, có những tổn thương tăng sắc tố sau viêm.

- + Phân loại thai kỳ nhóm B

- + Sản phẩm điều trị kết hợp: sản phẩm kết hợp các thuốc bôi như adapalene + benzoyl peroxid, clindamycin + tretinoin, erythromycin + isotretinoin: hiệu quả cao hơn điều trị đơn độc.

- **Dapson:**

- + Cách dùng: gel 5% bôi 2 lần/ ngày, 7,5% bôi 1 lần/ ngày

- + Không bôi cùng lúc với BPO

- **Clascorterone bôi tại chỗ:** thuốc kháng androgen tại chỗ

- + Đã được FDA phê duyệt để điều trị mụn trứng cá ở người từ 12 tuổi trở lên

- + Cách dùng: clascorterone 1% bôi 2 lần/ngày

- + Tác dụng phụ: có thể kích ứng da, có báo cáo về tác dụng phụ gây ức chế trực dưới đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận.

- **Kháng sinh toàn thân:** Lựa chọn một trong những phác đồ ưu tiên sau:

- + Doxycyclin: uống 100mg x 2 lần/ ngày hoặc phác đồ 200 mg/ngày trong ngày đầu chia 2 lần cách nhau mỗi 12h, sau đó duy trì 100mg/ngày (đối với dạng giải phóng chậm). Có thể sử dụng liều dưới ngưỡng kháng khuẩn < 50mg/ngày điều trị duy trì dạng viên phóng thích chậm.

- + Minocyclin: 50mg – 100mg, 1-2 lần/ ngày

- + Tetracyclin: 1g/ ngày chia nhiều lần, khi cải thiện giảm liều dần, duy trì 125-500mg/ ngày.

Nếu không có chỉ định nhóm cyclin có thể dùng:

- + Azithromycin 500mg/ngày x 3 ngày/ tuần (liên tiếp hoặc cách ngày trong tháng 1, sau đó 500mg/ ngày x 2 ngày/ tuần trong tháng 2 và 500 mg/ ngày x 1 ngày/ tuần trong tháng thứ 3. Uống thuốc xa bữa ăn (trước ăn 1h hoặc sau ăn 2h).

- + Trimethoprim/sulfamethoxazol 160/800 mg x 2 lần/ ngày, uống trong hoặc ngay sau ăn.

Lưu ý:

- + Thời gian sử dụng không quá 3-4 tháng, không sử dụng điều trị duy trì, không dùng kháng sinh như biện pháp đơn độc, không phối hợp với kháng sinh tại chỗ.

- + Nên sử dụng kết hợp retinoid và/ hoặc BPO tại chỗ.

- + Không dùng doxycyclin, minocyclin, tetracyclin, trimethoprim/sulfamethoxazol

cho phụ nữ mang thai, cho con bú và trẻ em < 8 tuổi.

+ Azithromycin chỉ định được cho phụ nữ mang thai và trẻ em

- **Isotretinoin:**

+ Chỉ định cho trứng cá mức độ nặng và trung bình, liều điều trị 0.5-1 mg/kg/ngày

+ Cách dùng: uống trong hoặc ngay sau bữa ăn, dạng thuốc lidose có thể dùng được cả khi đói.

+ Thời gian điều trị: thời gian điều trị nên kéo dài 4-6 tháng. Trong trường hợp chưa đáp ứng có thể kéo dài thêm. Có thể chỉ định dùng liều liên tục đủ tổng liều 120-150mg/kg để hạn chế tái phát.

Lưu ý:

+ Isotretinoin có thể gây khô, đỏ mắt, chảy máu cam, viêm kết mạc, rụng tóc,...

+ Không dùng cho phụ nữ mang thai và cho con bú (phân loại thai kỳ X) và trẻ em <12 tuổi. Dùng thuốc ít nhất 1 tháng mới có thai.

+ Kiểm tra mỡ máu, men gan trước khi điều trị, sau 1 tháng điều trị và mỗi 3 tháng sau đó.

+ Không dùng phối hợp với kháng sinh nhóm cyclin đường uống

- **Liệu pháp hormon đường uống:**

+ Thuốc thường được dùng phối hợp với isotretinoin, kháng sinh, thuốc bôi,...

+ Chỉ định: một số trường hợp đặc biệt hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS), trứng cá ở bệnh nhân nữ muốn tránh thai, tăng sản xuất androgen do buồng trứng hoặc tuyến thượng thận...

+ Thuốc tránh thai kết hợp cả estrogen và progestin (đã được FDA phê duyệt):

- Ethinyl estradiol 20/30/35 mcg/northindrone 1mg
- Ethinyl estradiol 35 mcg/norgestimate 180/215/250 mcg
- Ethinyl estradiol 20 mcg/drospirenone 3 mg.

- **Spironolacton:** uống 50-100mg/ngày chia 1 hoặc 2 lần

Có thể kết hợp spironolacton và thuốc tránh thai

4. PHÒNG BỆNH

- Tránh các yếu tố khởi động, kích thích làm bệnh nặng lên như stress, thức khuya, làm việc quá sức, ăn uống quá nhiều đường, sữa.

- Sử dụng sản phẩm chăm sóc da phù hợp: sản phẩm rửa mặt, dưỡng ẩm kiềm dầu.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu ban hành kèm theo Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023. Hà Nội. tr433-442
2. PGS.TS.BS. Văn Thế Trung (2020). Bệnh da liễu thường gặp. Nhà xuất bản Y học. TP.HCM. tr57-73.
3. Fitzpatrick's Dermatology. (9th ed. 2019). McGraw-Hill. 1391-1418.
4. PGS.TS.Nguyễn Văn Thương (2019). Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 2. Hà Nội. Tr407-420.

BỆNH GHẺ (B86)

(Scabies)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Bệnh ghẻ là bệnh da phổ biến, do ký sinh trùng ghẻ có tên khoa học là *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* gây ra.

1.2. Dịch tễ học

Bệnh thường xuất hiện ở những vùng dân cư đông đúc, nhà ở chật hẹp, điều kiện vệ sinh kém. Bệnh lây từ người này sang người khác thông qua tiếp xúc trực tiếp hoặc qua quần áo, chăn màn, chiếu dính trứng ghẻ.

1.3. Căn nguyên/ Cơ chế bệnh sinh

Ký sinh trùng gây bệnh ghẻ có tên khoa học là *Sarcoptes scabiei* *hominis*.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh: Khó xác định, trung bình 2-6 tuần ở từng người khác nhau, phụ thuộc vào khả năng miễn dịch. Nhiễm ghẻ lần đầu, thời gian ủ bệnh có thể đến 3 tuần. Trong trường hợp tái nhiễm ghẻ, thời gian ủ bệnh thường là từ 1-3 ngày.

- Yếu tố dịch tễ: nhiều thành viên trong gia đình có biểu hiện tương tự.

- Thể điển hình:

+ Mụn nước: xuất hiện trên nền da lành, sắp xếp rải rác, riêng rẽ từng cái một. Mụn nước thường ở vùng da mỏng như ở kẽ ngón tay, mặt trước cổ tay, cẳng tay, vú, quanh thắt lưng, rốn, kẽ mông, mặt trong đùi và bộ phận sinh dục. Ở trẻ sơ sinh mụn nước ở lòng bàn tay, chân, ở quai đầu. Ở vùng sinh dục tổn thương thường tròn, 5-7 mm đường kính, ở giữa có thể trợt được gọi là săng ghẻ, dễ nhầm với săng giang mai.

+ Sẩn cục hay sẩn huyết thanh: hay gặp ở nách, bẹn, bẹn.

+ Đường hầm ghẻ: còn gọi là “luống ghẻ”, đặc hiệu nhưng không phải lúc nào cũng dễ tìm thấy. Luống ghẻ do con ghẻ cái tạo thành dài 3 - 5mm, bên trên mặt da là một mụn nước nhỏ, lấy kim chích dịch chảy ra, để lộ màu xám hoặc đen, dùng kim khâu sẽ bắt được cái ghẻ bám trên đầu kim, di động khi đặt lên mặt kính

+ Tại nơi gãi do ngứa, xuất hiện những vết xước, vảy da, đỏ da, dát thâm. Có thể có bội nhiễm, chàm hoá, mụn mủ.

- Thở Ghẻ vảy/Ghẻ sừng hóa hay Ghẻ Na Uy (Norwegian Scabies)

+ Thường gặp ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch: điều trị bằng corticosteroid dài ngày, HIV/AIDS, người được ghép tạng, dùng các thuốc ức chế miễn dịch, suy dinh dưỡng, người già.

+ Biểu hiện lâm sàng có thể dưới dạng viêm da mạn tính, viêm da dạng vảy nến, viêm da tiết bã hoặc đỏ da toàn thân kèm bong vảy nhiều.

+ Tổn thương cơ bản: các lớp vảy chồng lên nhau và lan toả gần như toàn cơ thể, có thể tìm thấy hàng nghìn cái ghẻ trong các vảy nhỏ này. Tại các khu vực bị nhiễm ghẻ vảy nặng, các mảng có ranh giới rõ được bao phủ bởi một lớp vảy rất dày. Ở tay, chân có thể gây nên bệnh da dạng hạt cơm, với dấu hiệu tăng sừng ở giường móng. Tổn thương phân bố toàn thân (thậm chí ở đầu và cổ) hoặc khu trú từng vùng chủ yếu ở các khu vực nếp kẽ. Lớp vảy da, vảy tiết được tìm thấy trên mặt duỗi bàn tay, cổ tay, ngón tay, khớp bàn ngón tay, lòng bàn tay, mặt duỗi của khuỷu tay, da đầu, lòng bàn chân và ngón chân.

- Triệu chứng cơ năng: ngứa nhiều, đặc biệt về đêm, có thể gây mất ngủ.

2.2. Cận lâm sàng

- Soi tìm ký sinh trùng ghẻ trên kính hiển vi thông thường.

- Soi da trên Dermoscopy: hình ảnh như vệt khói máy bay.

- Xét nghiệm huyết học: có thể thấy tăng bạch cầu ái toan trong ghẻ vảy.

2.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Sẩn ghẻ: có thể cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh da có sẩn kèm theo ngứa như: Mày đay sắc tố (ở trẻ nhỏ), bệnh Darier, sẩn ngứa, sẩn trong giang mai II, viêm hạch lympho giả u, u bạch huyết dạng sẩn.

- Tổ đũa

- Sẩn giang mai

- Ngứa, phát ban khu trú hoặc lan toả: phát ban do thuốc, viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc, bệnh vảy phấn hồng, viêm da dạng herpes, bệnh rận mu.

- Bệnh viêm da mủ: chốc, chốc loét, bệnh nhọt khi có bội nhiễm

- Ghẻ vảy: phân biệt với vảy nến, viêm da dạng chàm, bệnh đỏ da có vảy.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Bệnh nhân và những người tiếp xúc gần bệnh nhân cần được điều trị đồng thời (dù có triệu chứng hay không).
- Vệ sinh đồ dùng để hạn chế lây nhiễm: Giặt, phơi, luộc quần áo, chăn đệm, màn, đồ dùng.
- Ngứa có thể kéo dài thêm 1-2 tuần sau khi kết thúc quá trình điều trị hiệu quả.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị tại chỗ

- Lựa chọn thứ nhất:
 - + Permethrin 5%: là thuốc điều trị ghẻ hiệu quả và an toàn. Dạng kem hoặc dạng xịt được sử dụng ở tất cả các vùng của cơ thể từ cổ trở xuống. Sau 8-12 giờ tắm rửa lại. Thuốc ít có tác dụng phụ, có thể gặp kích ứng nhẹ tại chỗ xoa thuốc. Có thể nhắc lại sau 7-14 ngày. Thuốc được cho là an toàn cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú và được phép dùng cho trẻ từ 2 tháng tuổi trở lên.
 - + Lotion benzyl benzoat 10-25% dùng vào buổi đêm trong 2 ngày liên tiếp, có thể nhắc lại sau 7 ngày.
 - + Malathion 0,5% lotion có thể sử dụng nếu không dung nạp với kem permethrin. Bôi toàn bộ cơ thể, tắm lại sau 24h, có thể lặp lại sau 1 tuần. Thuốc có thể gây viêm da kích ứng, đặc biệt là trên mặt và cơ quan sinh dục.
- Lựa chọn thứ hai:
 - + Dung dịch DEP (Diethyl – phtalat) bôi lên tổn thương mụn nước tối trước khi đi ngủ.
 - + Crotamiton 10% cream: Thoa lớp kem mỏng lên toàn bộ cơ thể từ cổ xuống, bôi liên tiếp 2 đêm, tắm rửa sạch sau 24 tiếng sau khi bôi lần 2.
 - + Sulfur 2–10% in petrolatum: Bôi lên da từ 2 đến 3 ngày.
 - + Benzyl benzoat kết hợp với sulfiram.
 - + Sulfiram 25% lotion: có thể tác dụng tương tự như thuốc điều trị nghiện rượu; không được uống đồ uống có cồn trong ít nhất 48 giờ.
 - + Ivermectin 0,8% lotion.

3.2.2. Điều trị toàn thân

- Ivermectin đường uống:
 - + Liều dùng: 200 µg/kg; chỉ sử dụng liều duy nhất. Thuốc không dùng cho phụ nữ

có thai, phụ nữ cho con bú và trẻ em dưới 15kg.

- + Liều lặp lại sau 1-2 tuần nếu cần thiết

- Thuốc điều trị triệu chứng:

- + Kháng histamin: dùng để giảm triệu chứng ngứa: certirizine, levocertirizine, fexofenadine, chlpheniramin..., ưu tiên dùng kháng histamine H1 thế hệ 1 gây ngủ.

- + Kháng sinh: khi có bội nhiễm. Cho kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin thế hệ 1 là tốt nhất, cho một đợt từ 10-14 ngày, ngoài ra có thể dùng kháng sinh nhóm beta lactam/acid clavulanic, macrolide, cephalosporin khác (cefuroxim, cefdinir, cefaclor, cefixim...) hoặc theo kháng sinh đồ.

3.2.3 Điều trị ghẻ ở những trường hợp đặc biệt:

- Ghẻ vảy:

- + Ngâm, tắm toàn thân, bôi mỡ salicylic để bong sừng, sau đó bôi thuốc ghẻ. Bôi thuốc trị ghẻ nhiều lần lên da.

- + Ivermectin đường uống kết hợp với liệu pháp bôi thuốc là phương pháp hiệu quả nhất.

- + Kiểm soát lây nhiễm: cách ly bệnh nhân, vệ sinh nơi ở, điều trị dự phòng đối với những người đã tiếp xúc với bệnh nhân.

- Ghẻ chàm hóa:

- + Kháng histamin: dùng thuốc kháng histamin an thần như hydroxyzin, doxepin, hoặc diphenhydramin khi đi ngủ.

- + Thuốc mỡ corticosteroid: bôi các tổn thương viêm da chàm hóa do ghẻ.

- Ghẻ bội nhiễm: điều trị với thuốc mỡ mupirocin, acid fusidic. Có thể dùng thêm các loại thuốc kháng sinh đường toàn thân nếu cần.

- Sẩn ghẻ: có thể tồn tại cùng với ngứa đến một năm sau khi loại bỏ ghẻ. Có thể sử dụng triamcinolon tiêm nội tổn thương, 5-10 mg/ml trên từng tổn thương; lặp lại mỗi 2 tuần (nếu cần thiết); thuốc mỡ corticosteroid phối hợp axit salicylic...

4. PHÒNG BỆNH

- Vệ sinh cá nhân sạch sẽ. Giáo dục cộng đồng, giữ vệ sinh da, diệt nguồn ghẻ sinh sống, tắm, thay đồ hàng ngày, dọn sạch giường, giặt chăn màn.

- Khi bị ghẻ cần điều trị sớm, tránh tiếp xúc với người xung quanh trong thời gian điều trị.

- Giáo dục đối tượng có nguy cơ tránh tiếp xúc. Khi phát hiện ra có người trong gia

đình bệnh nhân ghé cần điều trị sớm, tránh tiếp xúc và dùng chung các đồ dùng của người bị bệnh.

- Chẩn đoán sớm, điều trị đầy đủ, thích hợp.
- Điều trị biến chứng, phòng tái phát.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu ban hành kèm theo Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023. Hà Nội. tr66-69.
2. PGS.TS.BS. Văn Thế Trung (2020). Bệnh da liễu thường gặp. Nhà xuất bản Y học. TP.HCM. tr89-92
3. Fitzpatrick's Dermatology. (9th ed. 2019). McGraw-Hill. 3274-3278.
4. PGS.TS.Nguyễn Văn Thương (2019). Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 1. Hà Nội. Tr395-400.

BỆNH DO NẤM

A. BỆNH DA DO NẤM SỢI (B35)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

- Bệnh da do nấm sợi (dermatophyte) là tình trạng nhiễm nấm nông ngoài da, bao gồm nấm thân, nấm mặt, nấm bẹn, nấm bàn tay, nấm bàn chân.

1.2. Dịch tễ

- Gặp chủ yếu ở vùng nhiệt đới.
- Yếu tố nguy cơ: nuôi hoặc tiếp xúc với động vật; thể trạng béo và ra nhiều mồ hôi; sử dụng xà phòng có chứa alkaline; thường xuyên đi giày, sử dụng bồn tắm hoặc bể bơi công cộng.

1.3. Căn nguyên/ Cơ chế bệnh sinh

Nấm sợi dermatophyte gây bệnh ở da gồm 3 chủng: Microsporum, Trichophyton và Epidermophyton.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Tổn thương là dát, mảng đỏ, hình tròn hay hình nhiều cung, có vảy da, xu hướng lành giữa và lan rộng ra xung quanh, ngứa nhiều. Một số trường hợp có mụn nước hoặc mụn mủ.

- Tùy từng vị trí tổn thương (mặt, bẹn, tay, chân, thân mình) các triệu chứng có thể khác nhau.

2.2. Cận lâm sàng

- Soi tươi tìm sợi nấm: phát hiện các sợi nấm chia đốt trên nền tế bào sừng.
- Nuôi cấy trên các môi trường để định loại chủng nấm dựa vào đặc điểm khuẩn lạc của từng loại nấm.
- Xét nghiệm chức năng gan thận

2.3. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

2.4. Chẩn đoán thể

- Nấm thân
- Nấm bàn chân

- Nấm bẹn
- Nấm mặt
- Nấm bàn tay

+ Dạng tổ đĩa: biểu hiện các mụn nước tập trung thành hình đồng xu hoặc phân bố rải rác.

+ Dạng dày sừng: thường không có biểu hiện viêm, có dày sừng lan tỏa lòng bàn tay và ngón tay mà không đáp ứng với dưỡng ẩm đơn thuần.

- Nấm bàn chân:

+ Nấm kẽ ngón: Đây là thể hay gặp nhất của nấm bàn chân, hầu hết biểu hiện gồm dày sừng và ẩm ướt, màu trắng hoặc đỏ da, bong vảy, nứt kẽ vùng giữa và dưới các ngón chân, đặc biệt giữa ngón 3-4, và 4-5. Vùng mu chân thường không bị ảnh hưởng.

+ Dạng dày sừng: vảy da khô dày sừng có thể toàn bộ lòng bàn chân và lan đến bờ bên; vùng mu chân ít gặp. Hội chứng hai chân một tay: khi kèm biểu hiện tương tự ở 1 lòng bàn tay.

+ Dạng mụn nước, bông nước: Biểu hiện là các mụn nước sâu trong thượng bì, căng >3 mm, mụn nước có thể hợp lại với nhau thành bông nước lớn, dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh khác.

2.5. Chẩn đoán phân biệt

- Nấm thân: chàm đồng tiền, viêm da cơ địa, viêm da ứ trệ, viêm da tiếp xúc, viêm da dầu, lang ben, vẩy phấn hồng Gilbert, á vẩy nến, hồng ban nhân ly tâm, vẩy nến thể đồng tiền, u hạt.

- Nấm mặt: viêm da dầu, viêm da quanh miệng, viêm da tiếp xúc, rosacea, lupus ban đỏ, trứng cá, vẩy nến đồng tiền (trẻ nhỏ).

- Nấm bẹn: Candida da, chốc, viêm da dầu, vẩy nến, erythrasma, viêm da tiếp xúc, Lichen đơn dạng mạn tính, mycosis fungoides, bệnh Hailey–Hailey, bệnh mô tế bào Langerhans.

- Nấm bàn chân: tổ đĩa, viêm da tiếp xúc, vẩy nến, giang mai II, erythrasma, nhiễm khuẩn.

- Nấm bàn tay: vẩy nến, tổ đĩa, phản ứng nấm “dermatophytid”.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Vệ sinh cá nhân

- Điều trị tại chỗ: sử dụng thuốc bột sừng, bong vảy, kháng nấm
- Điều trị toàn thân: sử dụng các thuốc kháng nấm đường toàn thân
- Điều trị dự phòng

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị tại chỗ

- Điều trị tại chỗ với các trường hợp tổn thương khu trú.
- Bôi thuốc kháng nấm 1-2 lần/ngày x 2-4 tuần. Tiếp tục sử dụng thêm 2 tuần sau khi hết triệu chứng.

+ Nhóm azole

+ Nhóm allylamines (naftifin, terbinafin).

+ Nhóm hydroxypyridon (ciclopirox olamin)

- Thuốc điều trị hỗ trợ: mỡ salicylic giúp bột sừng, bong vảy.

3.2.2. Điều trị toàn thân

Nhiễm nấm lan rộng, không đáp ứng thuốc bôi tại chỗ, nấm mặt kèm nấm râu.

Thuốc	Liều người lớn	Liều trẻ em
Terbinafin	250 mg/ngày x 2 tuần	Dùng với trẻ > 4 tuổi: < 25kg: 125 mg/ngày x 3-4 tuần; 25-35kg: 187,5 mg/ngày x 3-4 tuần; >35kg: 250mg/ngày x 3-4 tuần
Itraconazol	200mg x 2 lần/ngày x 1 tuần	3-5mg/kg/ngày x 1 tuần (tối đa 200mg/ngày)
Fluconazol	150-200mg x 1 lần/tuần x 2-4 tuần	6mg/kg x 1 lần/tuần x 2-4 tuần
Griseofulvin	500-1000mg/ngày x 2-4 tuần, hoặc 375-500mg/ngày x 2-4 tuần Kéo dài thời gian sử dụng lên 4-8 tuần trong trường hợp nấm bàn tay, bàn chân	15-20mg/kg/ngày x 2-4 tuần

- Phụ nữ có thai:
 - + Thuốc chống nấm tại chỗ được ưu tiên.
 - + Hạn chế dùng thuốc kháng nấm đường uống.

4. PHÒNG BỆNH

- Vệ sinh cá nhân, không mặc quần áo ẩm ướt, không dùng chung quần áo.
- Tránh tiếp xúc với các vật nuôi trong nhà như chó, mèo bị bệnh.
- Điều trị sớm khi mắc bệnh.
- Mặc quần rộng, làm khô sau khi tắm, là quần, áo hoặc ga giường, sử dụng bột làm khô tại chỗ; giảm cân đối với người béo phì.
- Phát hiện và điều trị nấm ở vị trí khác.

B. NẤM MÓNG (B35.1)

(Onychomycosis)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

- Nấm móng là tình trạng nhiễm nấm vùng móng, bao gồm nấm sợi dermatophyte (gồm 3 chủng nấm *Microsporum*, *Epidermophyton* và *Trichophyton*), nấm mốc và nấm men.

- Dịch tễ
- Nấm móng là bệnh thường gặp.
- Bệnh xuất hiện ở người lớn nhiều hơn trẻ em.
- Bệnh thường gặp hơn ở người tiểu đường, suy giảm miễn dịch, có bệnh lý da nền (nấm da, tăng tiết mồ hôi, vảy nến...), công việc thường xuyên tiếp xúc với nước.

1.2. Căn nguyên/ Cơ chế bệnh sinh

- Do nấm sợi (Dermatophyte): hầu hết bệnh nấm móng gây ra bởi các loài *Trichophyton*. Một số căn nguyên khác có thể ít gặp là *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum* sp và các loài *Arthroderma*.

- Nấm móng do nấm men: hầu hết do *Candida albicans* gây ra. Các loài *Candida* khác bao gồm *Candida tropicalis* và *Candida parapsilosis*. Ngoài ra, còn do *Malassezia* spp. như *M. furfur* nhưng hiếm gặp.

- Một số loài khác Có thể gây bệnh nấm móng nhưng ít gặp hơn bao gồm các loài *Aspergillus*, loài *Scopulariopsis*, loài *Fusarium*, loài *Acremonium*, loài *Syncephalastrum*, loài *Scytalidium*, loài *Paecilomyces*, loài *Neoscytalidium*, loài *Chaetomium*, loài *Onychocola* và loài *Alternaria*.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Biểu hiện nấm móng do nấm sợi bao gồm: dày sừng dưới móng, trắng móng, mụn móng. Xen kẽ với các những vùng sừng hóa là những vùng tách móng, là nơi cư trú của nấm sợi. Bề mặt móng có thể có đốm hoặc khía trắng.

- Biểu hiện chia làm 3 nhóm, phụ thuộc vào vị trí xâm nhập của nấm vào móng:

- + Tổn thương ở phần bên và phần xa dưới móng.
- + Tổn thương ở bề mặt móng.
- + Tổn thương ở gốc móng.

2.2. Cận lâm sàng

- Soi tươi trực tiếp: hình ảnh tế bào nấm men, sợi nấm chia đốt, phân nhánh.
- Nuôi cấy và phân lập trên môi trường Sabouraud
- Mô bệnh học: ít được chỉ định. Hình ảnh sợi nấm và bào tử arthroconidia có thể gặp ở bản móng và giường móng khi nhuộm PAS, kèm theo ít hoặc không có hiện tượng viêm.
- Dermoscopy: hình ảnh dày sừng dưới móng, bờ tự do hình răng cưa, bản móng màu sắc thay đổi hình ảnh giống cực quang, khối cầu nấm móng

2.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm soi trực tiếp.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Vẩy nến
- Lichen móng
- Loạn dưỡng móng
- Ung thư tế bào hắc tố.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Thuốc bôi tại chỗ trường hợp nhẹ chỉ tổn thương bề mặt móng.
- Điều trị toàn thân khi tổn thương gốc móng, toàn bộ móng, phần bên và phần xa móng.
- Kết hợp bôi và thuốc uống nếu tổn thương nhiều móng hoặc viêm từ 3 móng trở lên.
- Phá huỷ móng.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị tại chỗ: Sử dụng các loại thuốc bôi móng như: efinaconazole 10%, amorolfine 5%, tavaborole 5%, ciclopirox 8%, 1 lần/ngày trong thời gian từ 6-12 tháng.

3.2.2. Điều trị toàn thân: Lựa chọn hàng đầu với một trong các thuốc sau đây:

Thuốc	Liều người lớn	Liều trẻ em
Itraconazol	- Điều trị ngắt quãng: 200mg x 2 lần/ngày x 1 tuần mỗi tháng x 2 tháng liên tiếp với nấm móng tay	Dùng với trẻ >12 tuổi: Dùng thuốc 1 tuần mỗi tháng trong 2 tháng liên tiếp với nấm móng

	hoặc 3-4 tháng liên tiếp với nấm móng chân. - Điều trị liên tục: 200mg/ngày x 6 tuần với nấm móng tay hoặc 12 tuần với nấm móng chân.	tay hoặc 3 tháng liên tiếp với nấm móng chân. - Trẻ < 20kg: 5mg/kg/ngày - Trẻ 20 - 40kg: 100mg/ngày. - Trẻ 40 - 50kg: 200mg/ngày. - Trẻ > 50kg: 200mg x 2 lần/ngày.
Terbinafin	250mg/ngày x 6 tuần với nấm móng tay hoặc 12 tuần với nấm móng chân	Dừng với trẻ > 4 tuổi: Dừng thuốc 6 tuần với nấm móng tay và 12 tuần với nấm móng chân. Trẻ < 20 kg: 62,5mg/ngày. Trẻ 20 – 40 kg: 125mg/ngày. Trẻ > 40kg: 250mg/ngày.

- Lựa chọn thay thế với một trong các thuốc dưới đây:

Thuốc	Người lớn	Trẻ em
Fluconazol	150-450mg x 1 lần/tuần x 6 tháng với nấm móng tay hoặc 12 tháng với nấm móng chân.	6mg/kg x 1 lần/tuần x 3-4 tháng với nấm móng tay hoặc 5-7 tháng với nấm móng chân.
Griseofulvin	20 mg/kg/ ngày cho tới khi móng trở về bình thường	

Lưu ý: cần kiểm tra để phát hiện nấm da chân để điều trị phối hợp đồng thời vì thường cùng tồn tại với bệnh nấm móng. Vùng da xung quanh có thể như một ổ chứa nấm và khiến nấm gây bệnh ở móng có chu kỳ tái nhiễm và tái phát.

3.2.3. Các phương pháp điều trị khác

- Photodynamic therapy (PDT): Phương pháp quang động học gây tổn thương mô bằng cách cho mô tiếp xúc với một bước sóng ánh sáng cụ thể với sự có mặt của chất cảm quang và oxy. Nguồn ánh sáng thường dùng là đèn LED, IPL, Laser.

- Phá hủy móng: ure, laser.

4. PHÒNG BỆNH

- Vệ sinh cá nhân: cắt tỉa gọn gàng móng tay, móng chân.
- Mang giày tất thoáng rộng, khô ráo. Rắc bột talc giày tất khi sử dụng trong quá

trình điều trị.

- Điều trị sớm tổn thương nám da, nám tóc

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu ban hành kèm theo Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023. Hà Nội. tr77-80, 92-95.
3. PGS.TS.BS. Văn Thế Trung (2020). Bệnh da liễu thường gặp. Nhà xuất bản Y học. TP.HCM. tr92-100.
4. Fitzpatrick's Dermatology. (9th ed. 2019). McGraw-Hill. 2925-2964.
5. PGS.TS.Nguyễn Văn Thường (2019). Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 1. Hà Nội. tr299-304, 367-377.

BỆNH DO VIRUS VZV

Varicella-zoster virus (VZV) là virus gây bệnh thủy đậu và zona

1. ĐẠI CƯƠNG

Thủy đậu (Varicella – chicken pox) là biểu hiện lần đầu tiên khi cơ thể nhiễm VZV. Bệnh lây truyền qua đường hô hấp, chủ yếu do hít phải các giọt bắn trong không khí từ vật chủ nhiễm bệnh hoặc do tiếp xúc trực tiếp với mụn nước của bệnh nhân thủy đậu hoặc zona (nguy cơ lây truyền thấp hơn). Virus xâm nhập vào niêm mạc đường hô hấp trên và miệng hầu rồi sinh sản, phát triển tại hạch bạch huyết vùng, sau đó di chuyển vào máu. Khi đó virus được tế bào T mang đến hệ võng nội mô để tiếp tục sinh sản và phát triển. Sau đó virus vào máu và đi đến biểu hiện triệu chứng ở da. Thời gian ủ bệnh này từ 10 - 21 ngày (trung bình 14 - 16 ngày). Virus có thể lây truyền từ 1-2 ngày trước khi người bệnh phát ban cho đến khi tất cả các sang thương đóng mào hoặc không thêm thương tổn mới trong vòng 24 giờ (đối với những BN đã được tiêm chủng trước đó).

Sau khi khỏi bệnh thủy đậu, virus ẩn trong các tế bào thần kinh dưới dạng không hoạt động. Khi hệ miễn dịch suy yếu, virus hoạt động trở lại gây nên bệnh Zona (Herpes zoster). Virus di chuyển dọc theo các dây thần kinh gây tổn thương dọc sợi dây thần kinh và biểu hiện lâm sàng trên vùng da do dây thần kinh đó chi phối. Bệnh hay gặp ở những người già, những người suy giảm miễn dịch, đặc biệt ở người nhiễm HIV/AIDS.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

2.1.1. Thủy đậu (B01)

- Thời kỳ ủ bệnh: 10-21 ngày
- Thời kỳ khởi phát: 24-48 giờ, sốt nhẹ, chán ăn, mệt mỏi, nhức đầu, một số trường hợp có hồng ban ở da.
- Thời kỳ toàn phát: Mụn nước trên nền hồng ban, căng hay lõm ở trung tâm, sắp xếp rải rác, sang thương nhiều lứa tuổi. Sang thương đầu tiên xuất hiện ở thân mình sau lan mặt, tứ chi. Sau đó có thể hóa đục, vỡ nhanh tạo vết loét nông, đau rát. Sang thương ngưng xuất hiện vào ngày thứ 4, và đóng mào vào ngày thứ 6. Bệnh nhân có thể có sốt, ngứa, hạch ngoại biên to.
- Thời kỳ hồi phục: Mào tự tróc sau 1-3 tuần, có thể để lại dát giảm sắc tố hoặc sẹo lõm (thường do bệnh nhân cào gãi hoặc nhiễm trùng)
- Biến chứng:

+ Nhiễm trùng thứ phát: thường gặp nhất, do liên cầu và tụ cầu

+ Viêm phổi thủy đậu: thường gặp ở trẻ em và người suy giảm miễn dịch. Triệu chứng: sốt cao, khó thở, tím tái, đau ngực, ho ra máu, Xquang hình ảnh viêm phổi mô kẽ. Phụ nữ mang thai tam cá nguyệt II,III có thể nguy hiểm tính mạng. Trẻ sinh ra có thể dị tật bẩm sinh nếu mẹ mắc thủy đậu 3 tháng cuối thai kỳ (sẹo da, teo cơ, bất thường ở mắt, co giật, chậm phát triển tâm thần).

+Khác: viêm cơ tim, viêm cầu thận, viêm khớp, viêm tinh hoàn, viêm gan, viêm tụy, viêm dạ dày, viêm mạch, viêm thần kinh mắt, viêm giác mạc, viêm móng mắt, viêm não, hội chứng Reye,...

2.1.2. Zona (B02, G53)

- Tiền triệu: bệnh khởi đầu với các cảm giác bất thường trên một vùng da như bỏng, nóng rát, châm chích, tê, đau, nhất là về đêm, hiếm gặp hơn là dị cảm ở một vùng hoặc nhiều dây thần kinh chi phối từ 1-5 ngày. Kèm theo có thể nhức đầu, sợ ánh sáng và khó chịu. Thời kỳ này được cho là thời kỳ virus lan truyền dọc dây thần kinh.

- Khởi phát: khoảng nửa ngày đến một ngày sau, trên vùng da có dấu hiệu tiền triệu xuất hiện những mảng đỏ, hơi nề nhẹ, đường kính khoảng vài cm, gờ cao hơn mặt da, sắp xếp dọc theo đường phân bố thần kinh và dần dần nối với nhau thành dải, thành vệt.

- Toàn phát: vài ngày sau, trên những mảng đỏ da xuất hiện mụn nước, bóng nước tập trung thành đám giống như chùm nho, lúc đầu mụn nước căng, dịch trong, sau đục, hóa mủ, dần dần vỡ đóng vảy tiết. Thời gian trung bình từ khi phát tổn thương đến khi lành sẹo khoảng 2-4 tuần. Người cao tuổi tổn thương nhiều, diện rộng; mụn nước, bóng nước có thể xuất huyết, hoại tử da, nhiễm khuẩn, sẹo xấu và kéo dài. Ở trẻ em tổn thương ít, tiến triển nhanh. Vị trí: thường chỉ ở một bên, không vượt quá đường giữa cơ thể và theo đường phân bố của một dây thần kinh ngoại biên; cá biệt bị cả hai bên hay lan toả. Hạch bạch huyết vùng lân cận sưng to. Triệu chứng cơ năng: đau xuất hiện sớm, có thể trước cả tổn thương ngoài da và luôn thay đổi trong suốt thời gian bệnh tiến triển. Mức độ đau rất đa dạng từ nhẹ như cảm giác rát bỏng, âm ỉ tại chỗ hay nặng như kim châm, giập từng cơn. Triệu chứng đau thường phụ thuộc vào lứa tuổi. Ở trẻ em, người trẻ đau ít. Người nhiều tuổi đau thành từng cơn, kéo dài, thậm chí hàng năm khi tổn thương ngoài da đã lành sẹo, còn gọi là đau sau zona.

- Các rối loạn khác: có thể thấy rối loạn bài tiết mồ hôi, vận mạch, phản xạ dựng lông (nhưng hiếm gặp).

- Các thể lâm sàng

Theo vị trí tổn thương

+ Zona liên sườn và ngực bụng: là thể lâm sàng hay gặp nhất, chiếm 50% trường hợp.

+ Zona cổ (đám rối cổ nông) và cổ cánh tay.

+ Zona gáy cổ: có tổn thương ở gáy, da đầu, vành tai.

+ Zona hông, bụng, sinh dục, bẹn, xương cụt, ụ ngội, đùi.

Theo hình thái tổn thương: những hình thái này thường gặp ở những người suy giảm miễn dịch như HIV/AIDS, ung thư, hoá trị liệu..., bao gồm:

+ Zona lan toả (disseminated zoster).

+ Zona nhiều dây thần kinh.

+ Zona tái phát.

Các thể zona đặc biệt

+ Zona mắt: chiếm 10-15% các thể zona. Do tổn thương thần kinh V hay thần kinh sinh ba chi phối cho mắt, hàm trên và hàm dưới, trong đó tổn thương nhánh mắt gấp 5 lần các nhánh khác. Có thể có các biến chứng về mắt như viêm kết mạc, giác mạc, củng mạc, thậm chí nặng đe dọa thị lực như hoại tử võng mạc cấp tính, viêm dây thần kinh thị giác, hội chứng đình ỗ mắt, viêm hậu củng mạc, glaucome thứ phát...

+ Zona hạch gò hay hội chứng Ramsay Hunt: do thương tổn hạch gò của dây thần kinh VII. Bệnh nhân liệt mặt một bên, ù tai, nghe kém hoặc mất khả năng nghe, buồn nôn, nôn, chóng mặt và giật nhãn cầu. Mắt không nhắm kín được (hở mi), có dấu hiệu Charler Bell. Mất cảm giác vị giác một bên 2/3 trước lưỡi, mụn nước mọc ở màng nhĩ, ống tai, vành tai. Có thể có viêm não, màng não.

+ Zona vùng xương cụt (S2, S3, S4): do viêm dây thần kinh chi phối vùng bàng quang. Bệnh nhân khó tiểu, tiểu dắt, bí tiểu, có trường hợp tiểu máu và tiểu mù. Đau bụng giống như các triệu chứng ngoại khoa, đau quặn bụng dưới, căng tức, bí trung đại tiện, hậu môn co thắt và cứng như đá không thể khám được, đau nhức vùng da một bên sinh dục kèm theo thương tổn da điển hình.

+ Zona tai: cảm giác rất bỏng, đau vùng tai, có thể lan ra thái dương và gáy. Đau xảy ra từng cơn kéo dài nhiều ngày làm bệnh nhân không ăn, không ngủ được, đặc biệt là zona tai kết hợp với zona họng gây đau họng không nuốt được. Rối loạn cảm giác vùng mặt, liệt mặt ngoại biên, nghe kém.

+ Zona ở người nhiễm HIV/AIDS: bệnh zona ở người có HIV dương tính giai đoạn sớm tương tự như bệnh zona ở người bình thường. Nếu nhiễm HIV giai đoạn muộn/AIDS, zona có thể tái phát thường xuyên, tổn thương không điển hình như xuất hiện trên diện rộng, mụn nước xuất huyết, hoại tử, nhiễm khuẩn, sẹo xấu, bệnh kéo dài.

- Biểu chứng:

+Bội nhiễm vi khuẩn

+Biểu chứng mắt

+Đau sau Zona

+Viêm não-màng não, liệt thần kinh mặt...

2.2. Cận lâm sàng

- Huyết thanh chẩn đoán với test ELISA tìm kháng thể (đối với thủy đậu)
- Chẩn đoán tế bào Tzanck: thấy các tế bào gai lệch hình và tế bào đa nhân không lồ.
- Nuôi cấy virút: thường ít thực hiện.
- PCR với bệnh phẩm trong dịch và các mô.
- Sinh thiết da: được tiến hành nếu lâm sàng không điển hình.
- Xét nghiệm HIV (trên những bệnh nhân tái phát Zona).
- X quang phổi nếu nghi có viêm phổi (bệnh nhân thủy đậu)

2.3. Chẩn đoán phân biệt

2.3.1. Thủy đậu

- Chốc
- Tay chân miệng
- Dị ứng thuốc
- Giang mai
- Hồng ban đa dạng
- Pemphigoid bong nước
- Viêm da dạng Herpes
- Herpes simplex

2.3.2. Zona

- Giai đoạn khởi phát: phân biệt với các loại đau như đau đầu, viêm móng mắt, viêm màng phổi, viêm thần kinh cánh tay, đau do bệnh tim, viêm ruột thừa hoặc viêm túi mật, sỏi mật, đau quặn thận, thoát vị đĩa đệm, đau thần kinh tọa...

- Giai đoạn mụn nước, bong nước: phân biệt với herpes simplex, viêm da tiếp xúc dị

ứng (với một số loại cây cỏ, côn trùng). Hiếm hơn là một số bệnh da bong nước tự miễn như pemphigus, pemphigoid, Duhring-Brocq, bệnh tăng IgA thành dải.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị kháng virus sớm, nâng cao thể trạng.
- Theo dõi và phát hiện biến chứng, xử lý kịp thời.
- Phòng ngừa lây lan.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Tại chỗ: bôi hồ nước, dung dịch màu millian, eosin, castellani. Vệ sinh hằng ngày để tránh nhiễm trùng.

3.2.2. Toàn thân:

- Thuốc kháng virus:

+ Uống acyclovir: thuốc kháng virus có tác dụng nhanh lành vết thương, giảm số tổn thương mới và giảm đau sau zona. Thuốc nên được dùng sớm, tốt nhất trong vòng 72 giờ đầu. Liều 800mg x 5 lần/ngày x 7 ngày (dùng được cho phụ nữ có thai). Trẻ em liều 20mg/kg/6 giờ x 5-7 ngày.

+ Hoặc, famciclovir 500mg mỗi 8 giờ (3 lần mỗi ngày) x 7 ngày

+ Hoặc, valacyclovir 1000mg mỗi 8 giờ (3 lần mỗi ngày) x 7 ngày. Trẻ em liều 20mg/kg/8 giờ x 5-7 ngày.

+ Người bệnh suy giảm miễn dịch nặng, thủy đậu biến chứng viêm não: ưu tiên aciclovir tĩnh mạch, ít nhất trong giai đoạn đầu, liều 10 - 12,5 mg/kg, 8 giờ một lần, để làm giảm các biến chứng, thời gian điều trị là 7 ngày. Zona lan rộng: Tiêm tĩnh mạch aciclovir 30mg/kg/ngày, chia 3 lần trong 7 ngày hoặc cho đến khi tổn thương đóng vảy tiết

- Điều trị biến chứng viêm phổi (bệnh nhân thủy đậu), bội nhiễm tổn thương da nếu có (nhóm beta lactam hay cephalosporin, tetracycline, macrolide);

- Điều trị hỗ trợ:

+ Thủy đậu

- Kháng histamine chống ngứa.
- Hạ sốt bằng paracetamol: không dùng aspirin vì có thể gây hội chứng Reye.
- Tăng cường dinh dưỡng

+ Zona:

- Kháng viêm, an thần
- Các vitamin nhóm B liều cao
- Corticoid chỉ dùng trong các trường hợp đặc biệt như hội chứng Ramsey Hunt...

- Điều trị đau cấp:
 - ✓ Đau nhẹ có thể dùng NSAIDS hoặc các thuốc giảm đau không chứa opioid như acetaminophen
 - ✓ Đau trung bình: nên kết hợp thêm với một loại opioid yếu đến trung bình tùy theo mức độ đáp ứng.
 - ✓ Đau nhiều: phối hợp thêm giảm đau opioid mạnh và có thể thêm các uống thuốc chống động kinh, co giật (gabapentin, pregabalin) hoặc thuốc chống trầm cảm ba vòng (amitriptylin).

- Đau sau zona

+ Điều trị tại chỗ:

- Kem chứa lidocain và prilocain, ngày 3-4 lần. Miếng dán lidocain 5% có thể giúp giảm nhẹ triệu chứng trong một thời gian ngắn, có thể dán tối đa 3 miếng lên vùng tổn thương trong 12h mỗi ngày.
- Kem bôi hoặc miếng dán capsaicin bôi tại chỗ: giảm lượng canxi đi vào tiền synap (bằng cách bám vào protein TRPV1 - một kênh canxi, cư trú trên màng tế bào thần kinh cảm giác đau và cảm giác biến nhiệt) nên dây thần kinh không thể truyền cảm giác đau trong một khoảng thời gian, từ đó làm giảm cảm giác đau đơn và phong tỏa viêm thần kinh. Sau khi ngưng sử dụng, tế bào thần kinh sẽ phục hồi. Liều dùng: bôi ngày 3-4 lần, dùng điều trị nếu sau 7 ngày không có hiệu quả
- Điều trị bằng Botulinum toxin: một số thử nghiệm nhỏ đã đánh giá tiêm botulinum toxin tại chỗ có thể làm giảm đau sau 2 tuần, tác dụng kéo dài trung bình 16 tuần. Bệnh nhân cải thiện giấc ngủ và giảm sử dụng các thuốc giảm đau khác.
- Laser năng lượng thấp: hỗ trợ làm giảm đau sớm.

+ Điều trị toàn thân:

Thuốc chống co giật, động kinh:

- Gabapentin: liều 900-2000mg/ngày.
 - ✓ Tác dụng phụ: buồn ngủ, ngủ gà, chóng mặt, buồn nôn, đi loạng choạng,

run.

✓ Hạn chế tác dụng phụ bằng cách tăng dần liều. Dùng 300mg vào ngày 1, 300mg x 2 lần vào ngày thứ 2, 300mg x 3 lần vào ngày thứ 3, sau đó tăng thêm mỗi 300mg/ngày cho đến liều tối đa nếu cần thiết.

- Pregabalin: 150mg-300mg/ngày.

✓ Nên dùng tăng dần liều: 75mg x 2 lần mỗi ngày trong một tuần, sau đó 150mg x 2 lần mỗi ngày trong 1-3 tuần, sau đó 300mg x 2 lần mỗi ngày. Khi ngừng thuốc nên giảm liều pregabalin trong 1 tuần để giảm nguy cơ xuất hiện các triệu chứng cai. Tác dụng phụ có thể gặp như buồn ngủ, chóng mặt, khô miệng, tăng cân.

✓ Nếu dùng thuốc chống co giật, động kinh không hiệu quả, có thể phối hợp thêm thuốc chống trầm cảm 3 vòng (amitriptylin). Amitriptylin bắt đầu với liều 10mg/ngày, liều tăng lên khi cần thiết và dung nạp được, tối đa 150mg/ngày. Tác dụng phụ: hạ huyết áp tư thế, ngủ gà, khô miệng, lú lẫn, táo bón, bí tiểu, tăng cân. Hạn chế tác dụng phụ bằng cách dùng liều tăng dần. Thận trọng trên bệnh nhân lớn tuổi, suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ, mắc bệnh tim, động kinh hoặc tăng nhãn áp.

- Carbamazepin liều 400-1200mg/ngày. Tác dụng phụ: chóng mặt, buồn nôn lúc bắt đầu điều trị, hạn chế bằng tăng dần liều

Nhóm thuốc giảm đau opioid (tramadol, fentanyl, morphin,...): có thể sử dụng đường uống hoặc đường truyền.

4. PHÒNG NGỪA

- Tránh lây nhiễm. Người bệnh cần nghỉ học, nghỉ làm 7 ngày, đeo khẩu trang.
- Kiểm soát người cao tuổi có bệnh lý mạn tính, người suy giảm miễn dịch, có yếu tố nguy cơ cao.
- Vaccin: có tác dụng phòng ngừa bệnh 70-90% và phòng bệnh nặng >95% trường hợp. Tiêm ngừa từ lúc trẻ 12 tháng. Đối với người suy giảm miễn dịch, tiêm vaccin tái tổ hợp.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu ban hành kèm theo Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023. Hà Nội. tr97-103, tr108-110.
3. PGS.TS.BS. Văn Thế Trung (2020). Bệnh da liễu thường gặp. Nhà xuất bản Y học.

TP.HCM. tr83-89.

4. Fitzpatrick's Dermatology. (9th ed. 2019). McGraw-Hill. 3035-3064.

5. PGS.TS.Nguyễn Văn Thương (2019). Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 1. Hà Nội. Tr238-252

BỆNH DO VIRUS HPV

A. BỆNH HẠT CƠM/ MỤN CỐC (B07)

(Warts)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Bệnh hạt cơm (bệnh mụn cóc do virus) là tình trạng bệnh lý với sự tăng sinh lành tính của các tế bào biểu bì ở da và niêm mạc, do virus có tên Human Papilloma Virus (HPV) gây nên.

1.2. Dịch tễ

Hạt cơm là bệnh thường gặp, bệnh xuất hiện ở mọi lứa tuổi và mọi giới. Tuy nhiên, thường gặp nhất ở tuổi lao động, đặc biệt là học sinh và sinh viên. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở những người suy giảm miễn dịch, đặc biệt là suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải.

Sự lây nhiễm HPV có thể do tiếp xúc trực tiếp giữa người với người qua da bị xây sát hoặc qua các vật dụng trung gian như giày dép, dụng cụ thể thao...

1.3. Căn nguyên/ Cơ chế bệnh sinh

Có khoảng trên 100 tuýp HPV đã được xác định và được chia thành 3 nhóm: tuýp gây bệnh da: tuýp 1, 2, 3, 4; tuýp gây bệnh ở niêm mạc sinh dục: tuýp 6, 11, 16, 18 và type gây loạn sản biểu bì dạng hạt cơm là tuýp 5 và 8.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Hạt cơm thông thường (common warts)

+ Thường gặp nhất.

+ Tổn thương ban đầu là những sẩn nhỏ bằng hạt kê, màu da. Sau vài tuần hoặc vài tháng, thương tổn lớn dần, nổi cao, có hình bán cầu, bề mặt sần sùi thô ráp, dày sừng với nhiều kích thước khác nhau. Các thương tổn rải rác hoặc thành dải hoặc thành đám hay gặp ở mu bàn tay, mu bàn chân, ngón tay và ngón chân, quanh móng, da đầu.

- Hạt cơm bàn tay, bàn chân (palmo-plantar warts)

+ Hạt cơm ở bàn tay, bàn chân thường đa dạng. Diễn hình là các sẩn, kích thước từ 2-10mm, bề mặt xù xì làm mất những đường vân trên bề mặt, sắp xếp riêng rẽ hoặc

tập trung thành đám ở những vùng ty đề, quanh móng được gọi là hạt cơm thể khảm. Đôi khi biểu hiện của hạt cơm chỉ là sần nhẵn, bằng phẳng với mặt da, màu vàng đục hoặc sần xù xì có gai nhỏ và lõm ở giữa. Bệnh nhân thường đau khi đi lại.

+ Khi dùng dao mổ gạt bỏ phần dày sừng thấy bên dưới là một mô màu trắng trên có các chấm đen do hiện tượng tắc các mạch máu nhỏ tạo nên. Đây là dấu hiệu có giá trị giúp chẩn đoán phân biệt giữa hạt cơm với những bệnh khác như chai chân hay dày sừng bàn tay bàn chân khu trú.

- Hạt cơm phẳng (flat warts): Tổn thương là các sần hơi nổi cao trên mặt da, bề mặt phẳng, kích thước nhỏ từ 1 đến 5 mm, hình tròn hay hình đa giác, màu da hay thâm vàng nâu, ranh giới rõ đứng riêng rẽ hay thành đám, đôi khi thành dải (dấu hiệu Koebner). Số lượng thương tổn thường ít nhưng ở những trường hợp lan tỏa có tới vài trăm thương tổn, hay gặp ở vùng da hở nhất là ở mặt, cánh tay và thân mình.

2.2. Cận lâm sàng

- PCR HPV: dương tính.
- Mô bệnh học: thường được sử dụng để chẩn đoán phân biệt với ung thư da hoặc các bệnh lý da khác. Hình ảnh tăng sinh thượng bì, các tế bào nhiễm virus là các koilocyte (nhân lớn, bắt màu kiềm, xung quanh là quầng sáng halo, nguyên sinh chất ít).
- Dermoscopy: trường hợp điển hình có thể quan sát thấy các điểm đen trên nền tổn thương sùi.

2.3. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm HPV, mô bệnh học trong trường hợp cần thiết.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Hạt cơm thông thường: cần phân biệt với dày sừng da dầu, dày sừng ánh nắng, ung thư tế bào gai.
- Hạt cơm lòng bàn tay, bàn chân: cần chẩn đoán phân biệt với mắt cá, chai chân, dày sừng lòng bàn tay, bàn chân mất phải.
- Hạt cơm phẳng: cần phân biệt với các sần trong bệnh lichen phẳng, u mềm lây...

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Bệnh có thể tự khỏi trong trường hợp miễn dịch tốt
- Loại bỏ tổn thương

- Dự phòng tái phát.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Thuốc bôi tại chỗ

- Mỡ salicylic: mỡ salicylic với nồng độ khác nhau từ 10% đến 40%, có tác dụng bạt sừng mạnh, loại bỏ các tế bào chứa virus. Tùy từng loại thương tổn và tùy theo vị trí mà có thể sử dụng thuốc với nồng độ khác nhau từ 10% đến 40%. Băng bột làm thuốc có thể ngấm sâu vào thương tổn có tác dụng điều trị tốt hơn

- Acid trichloroacetic 33-100%: có tác dụng đông vón protein và gây hoại tử tế bào sừng. Ưu điểm là rẻ tiền, nhược điểm là có thể gây đau nhiều và gây loét do bôi thuốc quá nhiều

- Kem tretinoin 0,05%-0,1% có tác dụng bạt sừng, thường được dùng để điều trị hạt cơm phẳng, nhất là ở trẻ em.

- Sulfat kẽm dạng dung dịch bôi tại chỗ, ngày bôi 1 đến 2 lần. Phân tử kẽm gắn lên các phân tử glycoprotein trên bề mặt virus làm ngăn cản sự thâm nhập của virus vào tế bào. Thuốc ít gây kích ứng và cho kết quả tốt đối với những trường hợp nhiều thương tổn.

- Podophyllotoxin 25% là thuốc chống phân bào. Chấm thuốc ngày 2 lần, trong 3 ngày, sau đó ngừng 4 ngày. Nếu còn thương tổn lại tiếp tục điều trị với liệu trình như trên, tối đa có thể điều trị trong thời gian 5 tuần. Cần lưu ý bôi đúng thương tổn và phải rửa tay sau khi dùng thuốc vì thuốc có thể gây kích ứng ở da và niêm mạc. Cần thận trọng sử dụng thuốc đối với phụ nữ có thai vì có thể gây ảnh hưởng đến sự phát triển của thai nhi.

- Imiquimod: Kem imiquimod 5% bôi ngày 2 lần trong 6 đến 12 tuần. Hiệu quả hạn chế với các tổn thương dày sừng, tốt hơn với các tổn thương ở niêm mạc.

3.2.2. Tiêm nội thương tổn

Leomycin có tác dụng gây độc tế bào, tiêm nồng độ 1 UI/ml nội tổn thương.

3.2.3. Liệu pháp lạnh

Sử dụng nitơ lạnh ở nhiệt độ -196°C gây bỏng lạnh làm bong thương tổn. Phương pháp xịt nitơ lỏng thường được sử dụng hơn chấm nitơ lỏng và áp nitơ vì dễ sử dụng và hiệu quả cao. Thời gian liền thương sau thủ thuật nhanh hơn so với laser. Nhược điểm của phương pháp này là có thể cần thực hiện nhiều lần.

3.2.4. Laser

- Loại laser thường được sử dụng nhất là laser CO2 làm phá vỡ tế bào và làm bốc bay toàn bộ tổ chức. Phương pháp có ưu điểm làm sạch nhanh thương tổn trong 1 lần điều trị. Tuy nhiên, vết thương thường lâu, tỉ lệ tái phát cao với hạt com dưới móng và quanh móng.

- Laser màu: phá hủy các mạch máu làm giảm nguồn nuôi dưỡng các tế bào chứa virút từ đó có tác dụng điều trị bệnh. Thường áp dụng để điều trị hạt com phẳng với số lượng tổn thương nhiều, đặc biệt ở mặt vì ưu điểm ít đau, nguy cơ sẹo sau thủ thuật rất thấp. Khoảng cách giữa các lần điều trị là 1 tháng/lần. Nhược điểm của phương pháp là đắt tiền.

- Laser Nd:YAG xung dài cũng có thể sử dụng để điều trị hạt com, cho kết quả cao với số lần điều trị 1-3 lần, cách nhau 2-4 tuần/lần. Ưu điểm là vết thương nhanh liền, ít ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Nhược điểm là đau và đắt tiền.

- Điều trị bằng plasma: hiệu quả cao tương tự như điều trị bằng laser nhưng do nhiệt lan toả lớn hơn laser nên thời gian liền thương chậm hơn.

4. PHÒNG BỆNH

- Sát khuẩn làm vệ sinh thường xuyên các địa điểm công cộng như bể bơi, nhà tắm công cộng, phòng tập thể thao...

- Cần có bảo hộ lao động đối với một số nghề nghiệp có nguy cơ mắc bệnh cao như: thợ giết mổ gia súc, trồng hoa...

- Điều trị loại bỏ các tổn thương nếu có thể nhằm loại bỏ nguồn lây nhiễm.

B. BỆNH SÙI MÀO GÀ SINH DỤC (A63)

(Genital wart)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sùi mào gà, hay còn gọi là bệnh mụn cơm ở hậu môn sinh dục, do vi rút Human papilloma (HPV) gây nên. Đây là bệnh lây truyền qua đường tình dục thường gặp với đặc trưng là các tổn thương dạng nhú lành tính ở cơ quan sinh dục, bẹn, mu, hậu môn, quanh hậu môn.

- Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), trong năm 2016, thế giới có khoảng 300 triệu phụ nữ nhiễm HPV. Tại Việt Nam, chưa có con số thống kê cụ thể.

- Sùi mào gà gây ra bởi nhiều tuýp HPV, trong đó thường gặp nhất là tuýp 6 và 11 (chiếm 90% số trường hợp). Một số tuýp HPV có nguy cơ gây loạn sản tế bào và ung thư như tuýp 16, 18, 31, 33, 35...

- HPV lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục đường âm đạo, đường hậu môn hoặc đường miệng. Vi rút xâm nhập vào niêm mạc sinh dục qua các tổn thương nhỏ ở thượng bì và nằm ở lớp tế bào đáy. Tuy thời gian tồn tại ngoài môi trường ngắn nhưng HPV có thể lây truyền qua các vật dụng, dụng cụ y tế. HPV rất ít khi lây truyền từ mẹ sang con trong quá trình chuyển dạ, mặc dù hiếm gặp nó có thể gây ra u nhú đường hô hấp tái phát ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

- Hầu hết người nhiễm HPV không có biểu hiện lâm sàng, tỉ lệ có triệu chứng chỉ khoảng 1-2%. Thời kỳ ủ bệnh thay đổi, trung bình là 2,9 tháng ở nữ và 11 tháng ở nam giới. Khả năng lây truyền HPV cho bạn tình cao và có thể xảy ra ngay cả khi không có tổn thương sùi mào gà. Các yếu tố thuận lợi cho nhiễm HPV là nhiều bạn tình và mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Tổn thương cơ bản

- Tổn thương điển hình là các sẩn nông, kích thước từ 1-10mm, có thể đơn độc hoặc nhiều. Các loại tổn thương khác có thể gặp là sẩn mịn hình vòm, màu da; sẩn giống súp lơ màu hồng hoặc màu da; sẩn tăng sừng có lớp vảy dày, giống như mụn cóc ở da hay dày sừng da đầu; sẩn dẹt hơi nhô lên trên vùng da xung quanh, màu hồng, phẳng, bề mặt nhẵn.

- Vị trí tổn thương: ở nam giới thường gặp ở dương vật, rãnh quy đầu, dây hãm

dương vật, mặt trong bao qui đầu, bìu; ở nữ giới thường gặp ở âm hộ, môi bé, môi lớn, âm vật, lỗ niệu đạo, âm đạo và cổ tử cung. Ngoài ra, tổn thương sùi mào gà có thể thấy ở bẹn, vùng đáy chậu và hậu môn. Tổn thương ở hậu môn có thể gặp ở cả hai giới và ngay cả khi không có tiền sử quan hệ đường hậu môn. Tổn thương sùi mào gà ở hậu môn hay gặp hơn ở nam có quan hệ đồng giới. Sùi mào gà còn có thể thấy ở môi, họng, vòm họng kèm theo các tổn thương vùng sinh dục-hậu môn trên người có tiền sử quan hệ tình dục đường miệng.

- Ở phụ nữ có thai và người có suy giảm miễn dịch, tổn thương thường phát triển nhanh, kích thước lớn và số lượng nhiều.

- Theo diễn biến tự nhiên, sùi mào gà có thể thoái triển, không thay đổi hoặc tăng dần kích thước và số lượng.

2.2.2. Triệu chứng khác

- Thường không có triệu chứng cơ năng, hiếm khi ngứa, bỏng rát, đau.

- Nữ giới bị sùi mào gà xuất hiện triệu chứng ra khí hư có thể viêm âm đạo kèm theo. Nam giới có sùi ở miệng sáo, niệu đạo có thể tiểu ra máu tươi cuối dòng và có bất thường dòng nước tiểu.

- Có thể kèm theo triệu chứng của các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.

2.1.3. Các lưu ý khi khám lâm sàng

- Sùi mào gà có thể có nhiều tổn thương và ở nhiều vị trí khác nhau nên khi khám phải rất cẩn thận và tỉ mỉ, khám toàn bộ vùng sinh dục, hậu môn.

- Đối với cả hai giới cần kiểm tra cẩn thận sinh dục ngoài bằng nguồn sáng mạnh, sử dụng kính lúp để phát hiện các tổn thương nhỏ.

- Đối với nữ đã quan hệ tình dục đường âm đạo, cần khám bằng mỏ vịt để phát hiện tổn thương sùi trong âm đạo, cổ tử cung. Soi cổ tử cung được chỉ định khi có tổn thương sùi ở cổ tử cung, để phát hiện các tổn thương dạng sần dẹt.

- Đối với nam giới, để khám miệng sáo chỉ cần dùng tăm bông mở hai mép miệng sáo ra nhưng muốn khám kỹ hố thuyên cần sử dụng panh nhỏ hoặc soi niệu đạo. Thông thường, niệu đạo không bị tổn thương nếu không thấy có sùi mào gà ở miệng sáo.

- Chỉ định soi hậu môn đối với người có tiền sử quan hệ tình dục qua đường hậu môn hoặc người có sùi mào gà vùng quanh hậu môn tái phát nhiều lần.

- Đối với các trường hợp nghi ngờ, có thể sử dụng test axit axetic 5% bôi vào tổn thương, sau vài phút tổn thương có màu xám trắng. Kết quả của test này không đặc hiệu mà chỉ hỗ trợ cho việc chọn tổn thương khi sinh thiết hoặc loại bỏ tổn thương.

2.1.4. Biện chứng

- Ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần: mệt mỏi, lo lắng, sợ hãi, mất tự tin.
- Tiền ung thư và ung thư: sùi mào gà là những tổn thương lành tính. Tuy nhiên, các tổn thương tiền ung thư hoặc ung thư có thể cùng tồn tại hoặc phát triển cùng các tổn thương sùi mào gà và có thể chẩn đoán nhầm là sùi mào gà. Các dấu hiệu của tổn thương ác tính gồm có dễ chảy máu, loét, xâm lấn. Trong những trường hợp này, cần sinh thiết để khẳng định chẩn đoán.
- Sản dạng Bowen là một tổn thương tân sản biểu mô ở hậu môn sinh dục, do các tuýp HPV nguy cơ cao gây ra.
- Sùi mào gà khổng lồ (u Buschke-Lowenstein) rất hiếm gặp và được xem là một dạng của ung thư biểu mô tế bào vảy dạng nhú do HPV 6 và 11 gây nên. Bệnh có đặc điểm là xâm lấn xuống dưới trung bì. Tổ chức bệnh học có những vùng tổ chức dạng nhú lành tính xen kẽ với các ổ tế bào thượng bì bất thường hoặc các tế bào biệt hoá ung thư tế bào vảy (SCC). Chẩn đoán u Buschke-Lowenstein cần phải sinh thiết nhiều vị trí, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ.

2.2. Cận lâm sàng

- Mô bệnh học: Cần sinh thiết khi tổn thương không điển hình hoặc nghi ngờ ung thư; tổn thương không đáp ứng hoặc nặng lên sau điều trị. Hình ảnh trên mô bệnh học đặc trưng của sùi mào gà là tăng sinh nhú, tăng sinh sừng; thoái hóa dạng hốc sáng koilocytosis (tế bào không bào nhân lớn, không đều).
- Xét nghiệm HPV PCR: không được khuyến cáo để chẩn đoán xác định, theo dõi hay thay đổi phác đồ điều trị. Xét nghiệm nhằm mục đích xác định tình trạng nhiễm các tuýp HPV nguy cơ cao để theo dõi nguy cơ ung thư.
- Xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác, bao gồm cả HIV.

2.3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán sùi mào gà chủ yếu dựa vào lâm sàng và tiền sử quan hệ tình dục. Đối với những tổn thương không điển hình (tăng sắc tố, xâm lấn, loét, dễ chảy máu) có thể cần các xét nghiệm cận lâm sàng khác để chẩn đoán.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Các tổn thương sẩn cần phân biệt với u mềm treo, sẩn ngọc quy đầu, các u tuyến bã (tuyến Tyson), nốt ruồi, u mềm lây, bệnh Crohn, dày sừng da đầu, lichen phẳng, lichen dạng chấm (lichen nitidus), sẩn sùi giang mai (condylomata lata).

- Các tổn thương sẩn dẹt cần phân biệt với vảy nến, viêm da dầu, hội chứng Reiter, bệnh Bowen, hồng sản Queyrat ở qui đầu và ung thư tế bào vảy.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục đích và nguyên tắc điều trị

- Mục đích điều trị là loại bỏ tổn thương, không phải là tiêu diệt vi rút.

- Lựa chọn phương pháp điều trị dựa vào tuổi bệnh nhân, vị trí, số lượng, kích thước tổn thương, chi phí và khả năng chuyên môn cũng như trang thiết bị của cơ sở điều trị (Bảng 1).

- Không có phương pháp nào được coi là vượt trội và phù hợp cho tất cả các bệnh nhân cũng như tất cả các tổn thương. Các phương pháp điều trị không diệt được vi rút HPV. Thời gian đào thải vi rút ra khỏi cơ thể chưa được biết rõ. Tái phát có thể xảy ra ở tất cả các phương pháp.

- Đa số bệnh nhân điều trị ngoại trú, chỉ điều trị nội trú khi cần theo dõi trước và sau điều trị đối với bệnh nhân có nguy cơ biến chứng, phụ nữ có thai, tổn thương lớn hoặc số lượng nhiều.

Bảng 1. Lựa chọn điều trị theo vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương		Lựa chọn điều trị
Sinh dục ngoài, hậu môn		Imiquimod cream 3.75% hoặc 5%
		Podofilox 0.5% dung dịch hoặc gel ¹
		Sinecatechins mỡ 15%
		Liệu pháp lạnh
		Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương ²
		Dung dịch TCA hoặc BCA ³ 80-90%
Đường sinh dục trong, ống hậu môn	Niệu đạo	Liệu pháp lạnh
		Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương ²
	Âm đạo	Liệu pháp lạnh
		Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương ²
		Dung dịch TCA hoặc BCA ³ 80-90%

	Cổ tử cung	Liệu pháp lạnh
		Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương ²
		Dung dịch TCA hoặc BCA ³ 80-90%
	Ổng hậu môn	Liệu pháp lạnh
		Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương ²
		Dung dịch TCA hoặc BCA ³ 80-90%
Niêm mạc miệng, lưỡi, hầu họng		Liệu pháp lạnh
		Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương ²
		Dung dịch TCA hoặc BCA ³ 80-90%

1: Bệnh nhân tự bôi ở nhà

2: Bằng dao, kéo, nạo, laser, đốt điện

3: Trichloroacetic hoặc bichloroacetic

3.2. Các điều trị cụ thể

3.2.1. Thuốc gây độc tế bào: Podophyllotoxin (podofilox)

- Podophyllotoxin có tác dụng làm ngừng phân chia các tế bào bị nhiễm vi rút gây hoại tử mô.

- Có hai chế phẩm: podophyllotoxin 0,5% dạng dung dịch dùng cho sùi mào gà ở dương vật và podophyllotoxin 0,15% dạng kem dùng cho sùi mào gà ở hậu môn, âm hộ.

- Cách sử dụng: bôi ngày 2 lần bằng tăm bông, bôi 3 ngày liên tiếp rồi nghỉ 4 ngày, điều trị một đợt 4-5 tuần. Diện tích bôi không quá 10cm² và bôi dưới 0,5ml podophyllotoxin/ngày.

- Tác dụng không mong muốn: kích ứng và đau rát, trợt tại chỗ.

- Chống chỉ định cho các vết thương hở, phụ nữ có thai.

- Tỷ lệ sạch tổn thương của podophyllotoxin dung dịch là 36-83%, của dạng kem là 43-74%. Tỷ lệ tái phát thay đổi từ 6-100% thường sau 8-12 tuần sạch tổn thương.

- Ngày nay không còn khuyến cáo sử dụng podophyllin dạng nhựa thô do hiệu quả thấp và nhiều độc tính.

3.2.2. Các phương pháp phá hủy tổn thương

- Liệu pháp lạnh

+ Dùng ni tơ lỏng (-1960C) gây đóng băng tế bào nhiễm bệnh, gây ra tổn thương không hồi phục màng tế bào.

+ Xịt hoặc dùng tăm bông chấm tổn thương cho đến khi xuất hiện quầng mô đông lạnh 1mm quanh tổn thương, thời gian quang đông từ 5-20 giây, mỗi lần 1-2 chu kì đông lạnh và lặp lại 1-3 lần/tuần tối đa 12 tuần.

+ Tác dụng phụ: đau, hoại tử, bong nước, sẹo. Có thể cần gây tê vùng nếu nhiều vị trí hoặc tổn thương rộng.

+ Tỷ lệ sạch tổn thương là 44-87%, tái phát 12-42% sau 1-3 tháng và có thể lên đến 59% sau sạch tổn thương 12 tháng. Các nghiên cứu gần đây cho thấy tác dụng của liệu pháp lạnh kém hơn đốt điện tuy nhiên không khác biệt so với TCA, podophyllotoxin và imiquimod.

+ Phương pháp này cần trang thiết bị khá đơn giản, rẻ tiền, an toàn cho phụ nữ có thai. Nhược điểm của phương pháp này là người bệnh cần đến cơ sở y tế nhiều lần và các bác sĩ điều trị phải được đào tạo về cách sử dụng liệu pháp này.

- Các phương pháp vật lý loại bỏ, phá hủy tổn thương, bao gồm: laser CO2, cắt, nạo, đốt điện.

+ Chỉ định ưu tiên cho các tổn thương sùi lớn, lan rộng, sùi ở niệu đạo, âm đạo, cổ tử cung và các tổn thương không đáp ứng điều trị khác. Laser CO2 được lựa chọn nhiều hơn vì duy trì được giải phẫu, kiểm soát được độ sâu và dễ thực hiện hơn so với phẫu thuật cắt bỏ; ít chảy máu hơn và ít gây khó chịu hơn so với đốt điện. Chống chỉ định đốt điện cho người bệnh mang máy tạo nhịp tim, tổn thương ở gần hậu môn.

+ Gây tê tại chỗ trước khi tiến hành; trường hợp tổn thương lớn, trong ống hậu môn hoặc ở trẻ em có thể gây mê toàn thân.

+ Những phương pháp này có tác dụng loại bỏ hầu hết (89-100%) tổn thương trong một lần, tuy nhiên nguy cơ tái phát từ 19-29%.

+ Nhược điểm: có thể để lại sẹo, thay đổi sắc tố, nứt hậu môn, tổn thương cơ thắt hậu môn.

- Trichloroacetic (TCA) hoặc bichloroacetic (BCA) 80-90%

+ Chỉ định bôi cho các tổn thương nhỏ, dạng sẩn; do nhân viên y tế thực hiện.

+ Chấm gọn thuốc lên bề mặt tổn thương sùi, để khô xuất hiện sương trắng. Thực hiện 1 lần/tuần trong tối đa 8-10 tuần. Nếu đau nhiều hoặc lượng thuốc bôi nhiều, có thể trung hòa bằng bột Na2CO3, bột talc hoặc rửa bằng xà phòng. Cần phải

cẩn thận khi bôi để tránh tổn hại vùng da, niêm mạc bằng cách dùng bicarbonate hay vaselin bôi xung quanh tổn thương.

+ Có thể dùng cho phụ nữ có thai do không ảnh hưởng đến thai và không hấp thu toàn thân.

+ Các báo cáo cho thấy tỉ lệ sạch tổn thương là 56-94%, tỉ lệ tái phát là 36%.

+ Nhược điểm: có thể gây bỏng, phá hủy mô xung quanh, để lại sẹo.

- Các thuốc điều hòa miễn dịch

+ Imiquimod:

- Đây là một thuốc bôi tại chỗ kích thích hệ miễn dịch thông qua tăng sản xuất interferon và các cytokin.

- Có hai chế phẩm chủ yếu: imiquimod 5% cream: bôi 3 lần/tuần đến khi sạch tổn thương trong tối đa 16 tuần và imiquimod 3,75% cream: bôi hàng ngày trong tối đa 8 tuần.

- Sau khi bôi 6-10 giờ phải rửa bằng nước và xà phòng nhẹ. Hướng dẫn người bệnh xác định đúng tổn thương và bôi đúng cách trong lần đầu và yêu cầu khám định kỳ để theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị.

- Tác dụng phụ: đỏ, kích ứng, loét, trợt, mụn nước.

- Tỉ lệ sạch tổn thương từ 35-75%, cao hơn ở phụ nữ. Tỉ lệ tái phát thấp từ 6-26%. Imiquimod không gây quái thai ở chuột và thỏ. Không có dữ liệu về sự an toàn đối với phụ nữ có thai và trẻ em dưới 12 tuổi.

+ Sinecatechin

- Chiết xuất từ trà xanh với chất có hoạt tính chủ yếu là catechin với cơ chế là chống tăng sinh, điều hòa gen liên quan đến phản ứng viêm do nhiễm HPV.

- Mỡ sinecatechin 15% bôi 3 lần/ngày cho đến khi sạch tổn thương nhưng không nên dùng kéo dài trên 16 tuần. Không cần rửa sau khi dùng.

- Tác dụng phụ: đỏ, ngứa, nóng rát, đau, xuất hiện mụn nước, loét, trợt.

- Không nên dùng cho người nhiễm HIV hoặc các tình trạng suy giảm miễn dịch cũng như phụ nữ có thai.

- Tỉ lệ sạch tổn thương là 47 - 59% và tỉ lệ tái phát tương đối thấp (7-11%).

+ Interferon

- Interferon bôi/tiêm nội tổn thương: interferon là một nhóm các protein tự nhiên được sản xuất bởi các tế bào hệ miễn dịch ở người và động vật nhằm chống lại

các tác nhân ngoại lai.

- Dữ liệu về điều trị sùi mào gà bằng interferon còn hạn chế tuy nhiên một số cho thấy kết quả khả quan.

- Khuyến cáo xem xét dùng interferon trong các trường hợp kháng trị.

- Kết hợp các phương pháp: Kết hợp một thuốc bôi và một phương pháp phá hủy tổn thương (ví dụ: podophyllotoxin và liệu pháp lạnh) có thể dùng trên lâm sàng, tuy nhiên cho đến thời điểm này, còn thiếu dữ kiện lâm sàng về hiệu quả sạch tổn thương và tỉ lệ tái phát.

3.3. Đối tượng đặc biệt

- Phụ nữ có thai

+ Các phương pháp điều trị ưu tiên ở phụ nữ có thai là: liệu pháp lạnh, TCA và các phương pháp cắt bỏ tổn thương. Chống chỉ định với podophyllotoxin, podophyllin. Sinecatechine, imiquimod có nguy cơ thấp nhưng nên tránh do chưa đủ bằng chứng.

+ Không có khuyến cáo về đẻ mổ ở phụ nữ mang thai mắc sùi mào gà. Chỉ định đẻ mổ khi sùi mào gà làm cản trở đường ra của thai hoặc nguy cơ chảy máu cao. Tổn thương có thể thoái triển sau sinh. Nhiều tác giả khuyến cáo nên trì hoãn điều trị trong thời kì mang thai.

+ U nhú đường hô hấp là một biến chứng hiếm gặp, ở 4/100.000 trẻ sinh ra sống. Không có bằng chứng chứng minh việc điều trị ở mẹ sẽ làm giảm nguy cơ này.

- Bệnh nhân nhiễm HIV và các đối tượng suy giảm miễn dịch khác Điều trị như thông thường tuy nhiên đáp ứng với điều trị thường kém hơn và có nguy cơ tiến triển thành ung thư biểu mô vảy cao hơn.

- Theo dõi và quản lý:

+ Hầu hết tổn thương đáp ứng trong 3 tháng điều trị. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả gồm có: tình trạng suy giảm miễn dịch và biến chứng điều trị. Tùy theo điều kiện của từng địa phương, có thể đánh giá lại bệnh nhân mỗi 2-4 tuần về hiệu quả, tác dụng phụ, biến chứng của điều trị.

+ Bệnh tình của bệnh nhân mắc sùi mào gà có thể nhiễm HPV mặc dù không nhìn thấy tổn thương, do vậy xét nghiệm PCR HPV là không cần thiết đối với bệnh nhân. Cần khám lâm sàng để phát hiện sớm tổn thương sùi mào gà và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác. Thời gian tồn tại vi rút sau khi hết tổn thương chưa

được biết rõ nên không có khuyến cáo rõ ràng về thời gian kiêng quan hệ tình dục. Trên thực hành lâm sàng, thường khuyến cáo bệnh nhân hạn chế quan hệ tình dục khi đang có tổn thương và trong thời gian điều trị.

4. PHÒNG BỆNH

- Biện pháp phòng ngừa hữu hiệu nhất hiện nay vẫn là sử dụng bao cao su đúng cách, tuy nhiên chỉ có tác dụng một phần.

- Nếu người bệnh được điều trị bằng đốt điện thì nên sử dụng kim đốt dùng một lần nhằm hạn chế lan truyền sùi mào gà và các bệnh do vi rút khác như HIV.

- Tiêm vắc xin phòng nhiễm HPV. Hiện nay có 3 loại vắc xin HPV đã được FDA chấp thuận: vắc xin nhị giá (Cervarix phòng được HPV type 16 và 18), vaccin tứ giá (Gadasil phòng được HPV type 6, 11, 16, 18) và vắc xin 9 giá (Gardasil 9 phòng được HPV type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58). Trong đó vắc xin Gadasil và Gardasil 9 có thể phòng HPV type 6 và 11. Cả 3 loại vắc xin đều được tiêm bắp 3 mũi vào tháng 0, tháng 1-2 và tháng 6.

- + Đối với nữ, tuổi tiêm được khuyến cáo là 11-12 tuổi, có thể bắt đầu từ 9 tuổi, và có thể tiêm cho những người từ 13-26 tuổi mà chưa tiêm trước đó.

- + Đối với nam, vắc xin tứ giá hoặc 9 giá được khuyến cáo tiêm thường quy trong độ tuổi từ 11-12 tuổi, có thể tiêm từ 9 tuổi và từ 13-21 tuổi chưa được tiêm trước đó.

- + Đối với người suy giảm miễn dịch và quan hệ đồng giới, vắc xin được khuyến cáo tiêm ngay cả trên 26 tuổi. Không dùng cho phụ nữ mang thai.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu ban hành kèm theo Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023. Hà Nội. tr111-114, 301-308.

2. Fitzpatrick's Dermatology. (9th ed. 2019). McGraw-Hill. 3095-3106.

3. PGS.TS.Nguyễn Văn Thường (2019). Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 1. Hà Nội. Tr253-265, 459-478.

VẢY PHẤN HỒNG (L42)

(Pityriasis rosea)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Vảy phấn hồng (Pityriasis rosea – PR) là bệnh đỏ da bong vảy, có tính chất cấp tính, tự khỏi.

1.2. Dịch tễ

Bệnh thường gặp ở trẻ lớn và người trẻ tuổi (10-35 tuổi), gặp cả ở nam và nữ nhưng tỷ lệ gặp ở nữ cao hơn nam. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 0,5-2%.

1.3. Căn nguyên/Cơ chế bệnh sinh

Cơ chế bệnh sinh đến nay vẫn chưa rõ ràng, một số nghiên cứu chỉ ra sự liên quan của vi rút với bệnh, đặc biệt là nhóm vi rút herpes: HHV 6, HHV 7. Ngoài ra có thể liên quan đến HHV 8, CMV, EBV, H1N1, ...

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Tiền triệu: có thể gặp các triệu chứng gợi ý đến nguyên nhân vi rút như đau đầu, sốt, mệt mỏi, chán ăn, đau họng, hạch to và đau khớp.

- Dấu Herald (tổn thương mẹ): là triệu chứng thường gặp, khởi phát cấp tính, xuất hiện đầu tiên. Tổn thương thường đơn độc, kích thước 2-5cm, có hình tròn hoặc bầu dục, giới hạn rõ, màu hồng hoặc màu cá hồi, có vảy mỏng ở rìa tổn thương (dấu hiệu viền vảy), có xu hướng lành ở trung tâm. Vị trí thường gặp ở mạn sườn, lưng.

- Các tổn thương con: xuất hiện sau tổn thương tiên phát từ 2 ngày tới 2 tháng với đặc điểm tổn thương tương tự tổn thương mẹ nhưng kích thước nhỏ hơn (khoảng 0,5-1cm). Vị trí: thường gặp ở thân mình, vùng ít tiếp xúc với ánh sáng, đối xứng tạo hình ảnh cây thông Noel. Tổn thương bùng phát và lan rộng theo hướng ly tâm, từ trên xuống trong vài ngày đến vài tuần.

- Cơ năng: có thể gặp ngứa ở các mức độ khác nhau.

- Tiến triển: Quá trình bong vảy hoàn tất và ban đỏ mờ dần. Đa số các tổn thương sẽ biến mất sau 2-12 tuần, một số trường hợp có thể lâu hơn 5-6 tháng. Bệnh thường khỏi hoàn toàn, hiếm khi tái phát. Tăng sắc tố sau viêm thường gặp ở những người

có da sẫm màu và thường mất vài tháng hoặc lâu hơn.

2.2. Cận lâm sàng

- Mô bệnh học: không đặc hiệu, có hiện tượng xốp bào, thâm nhiễm viêm của lympho và mô bào quanh mạch, có thể gặp thoát hồng cầu.

- Xét nghiệm soi tươi tìm nấm: âm tính, sử dụng trong trường hợp cần chẩn đoán phân biệt với nấm da.

- Xét nghiệm huyết thanh học để loại trừ bệnh giang mai.

- Dermoscopy: có hình ảnh nền đỏ xỉn, thay đổi sắc tố, có vảy trắng mỏng phân bố ở rìa tổn thương. Không có tổn thương mạch máu và nang lông, có thể sử dụng để chẩn đoán phân biệt với bệnh vảy nến.

- Xét nghiệm tìm căn nguyên (HHV6, HHV7 ...) trong trường hợp nghi ngờ.

2.3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, một số trường hợp khó cần dựa vào kết quả mô bệnh học.

Chẩn đoán thể bệnh:

- Thể điển hình: Triệu chứng lâm sàng điển hình như mô tả ở trên.

- Dát Herald ở vị trí không điển hình: có thể gặp tổn thương dát Herald ở lòng bàn chân, với tổn thương thứ phát ở thân mình và các chi.

- PR thể khu trú: tổn thương khu trú ở tay, chân, hông, vai, nách, bẹn. Một số trường hợp phân bố ban không đối xứng, phân bố một nửa người.

- PR thể đảo ngược: tổn thương ở vùng nếp gấp (nách, bẹn, cổ) và đầu cực.

- PR thể đầu cực: tổn thương là các dát đỏ bong vảy điển hình nhưng khu trú ở đầu cực (bàn tay, bàn chân, cổ tay, cổ chân), không có tổn thương ở nếp gấp (cổ, nách, bẹn).

- PR thể xuất huyết: tổn thương là các ban xuất huyết ở các vị trí khác nhau, có thể kết hợp với các tổn thương khác trong thể điển hình.

- PR thể mày đay: tổn thương dạng sẩn phù với phân bố tương tự như PR thể điển hình.

- PR thể giống hồng ban đa dạng: tổn thương điển hình của PR có thể kèm theo một số tổn thương hình bia bắn.

- PR thể sẩn: tổn thương là các sẩn đường kính 1 - 3mm với viền vảy ở ngoại vi, phân bố tương tự PR thể điển hình.

- PR thể mụn nước: tổn thương cơ bản là mụn nước 2 - 6mm đường kính, ở ngoại vi dát đỏ bong vảy, phân bố lan tỏa kèm theo ngứa nhiều.
- PR thể khổng lồ của darier: đường kính của dát Herald lớn hơn bình thường, thường được so sánh với kích thước của một quả lê.
- PR thể giảm sắc tố: tổn thương là các dát giảm sắc tố ngay từ lúc mới xuất hiện.
- PR thể kích ứng: bệnh nhân rất ngứa, đau kèm cảm giác bỏng rát.
- PR thể dai dẳng: khi bệnh kéo dài trên 3 tháng.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Giang mai giai đoạn II.
- Vảy nến thể giọt.
- Nấm da.
- Chàm đồng tiền
- Vảy phấn dạng lichen mạn tính.
- Phát ban dạng vảy phấn hồng do thuốc.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị căn nguyên do virus nếu có.
- Đa số trường hợp không cần điều trị hoặc chỉ cần điều trị tại chỗ

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị tại chỗ

- Thuốc bôi chứa corticosteroid: lựa chọn loại corticosteroid tùy thuộc vào mức độ tổn thương, mức độ ngứa và vị trí tổn thương; thông thường loại có hiệu lực nhẹ đến trung bình đã có thể giúp kiểm soát được bệnh. Thời gian điều trị trung bình 2-3 tuần, có thể bôi ngày 1-2 lần.

- Chất dưỡng ẩm, làm mềm da

3.2.2. Điều trị toàn thân

Có thể lựa chọn một trong các thuốc điều trị sau:

- Aciclovir: người lớn: 400-800mg x 5 lần/ ngày trong 7 ngày.
- Erythromycin: 250mg x 4 lần/ngày trong 2 tuần (20 - 40 mg/kg/ngày chia 4

lần), chú ý tác dụng phụ trên hệ tiêu hóa.

- Corticosteroid đường toàn thân: sử dụng trong trường hợp tổn thương cấp tính và lan rộng.

- Liệu pháp ánh sáng: UVB dải hẹp liều khởi đầu tùy từng tuýp da, chiếu 2-5 lần/tuần trong 1-4 tuần

- Thuốc kháng histamin: sử dụng khi bệnh nhân có triệu chứng ngứa nhiều.

4. PHÒNG BỆNH

- Nâng cao thể trạng, tránh nhiễm các loại virus.

- Khi có tổn thương: không chà xát, cào gãi.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu ban hành kèm theo Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023. Hà Nội. tr233-236.

2. Fitzpatrick's Dermatology. (9th ed. 2019). McGraw-Hill.

3. PGS.TS.Nguyễn Văn Thường (2019). Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 1. Hà Nội. Tr99-103.

PHỤ LỤC 1. PHÂN LOẠI CORTICOID DÙNG NGOÀI DA

(Theo British National Formulary)

NHÓM	ĐỘ MẠNH	HOẠT CHẤT
I	Rất mạnh	Clobetasol propionate 0.05%
II	Mạnh	Beclometasone dipropionate 0.025%
		Betamethasone valerate 0.1%
		Betamethasone dipropionate 0.05%
		Diflucortolone acetonide 0.1%
		Fluocinolone acetonide 0.025%
		Hydrocortisone butyrate 0.1%
		Mometasone furoate 0.1%
		Triamcinolone acetonide 0.1%
III	Trung bình	Alclometasone dipropionate 0.05%
		Betamethasone valerate 0.025%
		Clobetasone butyrate 0.05%
		Fluocinolone acetonide 0.00625%
		Fluocortolone 0.25%
IV	Nhẹ	Hydrocortisone 0.1%-2.5%
		Fluocinolone acetonide 0.0025%