TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HỒ CHÍ MINH

BỘ MÔN DA LIỄU

Chủ biên: GS.TS NGUYỄN VĂN ÚT

Nguyên Chủ Nhiệm Bộ Môn Da Liễu
Trường Đại Học Y Dược TP.HCM

BÀI GIẢNG
BỆNH DA LIỄU

(Tái bản lần thứ V có bổ sung)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
CHI NHÁNH TP.HCM
Năm 2002

Giáo sư Tiến sĩ NGUYỄN VĂN ÚT
NGUYÊN CHỦ NHIỆM BỘ MÔN DA LIỄU
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC – TP.HCM

BÀI GIẢNG BỆNH DA LIỄU

(Tái bản lần V có bổ sung)

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y – DƯỢC
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
THƯ VIỆN KHOA Y
NGÀY NHẬP 15/6/2004
SỐ NHẬP 3Y8 30

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
CHI NHÁNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
2002

CHỦ BIÊN:

Giáo sư Tiến sĩ:	NGUYỄN VĂN ÚT
Bác sĩ:	HOÀNG VĂN MINH

BIÊN SOẠN:

Giáo sư Tiến sĩ:	NGUYỄN VĂN ÚT
Bác sĩ Thạc sĩ:	NGUYỄN TẤT THẮNG
Bác sĩ:	BÙI VĂN ĐỨC
Bác sĩ Thạc sĩ:	ĐẶNG THỊ TỐN
Bác sĩ Thạc sĩ:	NGUYỄN THỊ NGỌC MỸ
Bác sĩ Thạc sĩ:	PHẠM THỊ TIẾNG
Bác sĩ:	HOÀNG VĂN MINH
Bác sĩ:	NGUYỄN THANH MINH
Bác sĩ:	VÕ THỊ BẠCH SƯƠNG
Bác sĩ Thạc sĩ:	TRẦN THỊ THANH MAI
Bác sĩ:	VÕ QUANG ĐÌNH
Bác sĩ:	VĂN THẾ TRUNG

Lời nói đầu

Theo sự chỉ đạo của Bộ Y Tế và trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, bài giảng Da Liễu cho chương trình đào tạo bác sĩ đa khoa tổng quát phải được viết lại theo khuôn mẫu duy nhất cho cả nước.

Bệnh Da Liễu thuộc một môn khó, rất phức tạp, gắn liền với bệnh lý tổng quát, chủ yếu nội khoa, gồm ba chuyên khoa: bệnh phong, bệnh lây truyền qua đường tình dục và bệnh da thuần túy. Cần phải được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời nhằm tránh biến chứng làm mất thẩm mỹ và đôi khi nguy hiểm cho tính mạng bệnh nhân. Qua đó, bác sĩ đa khoa phải nắm vững nguyên tắc và nội dung của cách săn sóc sức khỏe ban đầu của bệnh Da Liễu.

Chẩn đoán bệnh Da Liễu không đơn giản, phải dựa chủ yếu vào lâm sàng, phụ thuộc vào triệu chứng học. Điều trị gặp nhiều khó khăn, nhất là đối với bệnh da thuần túy mà sinh bệnh học không giống nhau cho tất cả bệnh nhân cùng một bệnh. Vì vậy, cần khám bệnh toàn diện nhằm kiếm nguyên nhân để trị liệu.

Đây là lần thứ tư, chúng tôi xuất bản sách Da Liễu với hình thức, nội dung phong phú sâu sắc hơn, có kèm theo tài liệu tham khảo và câu hỏi trắc nghiệm với đáp án. Bài giảng được minh họa bằng hình ảnh đẹp nhằm giúp sinh viên học dễ dàng hơn. Qua đó, sinh viên có thể tự học, tự đánh giá sự tiến bộ của mình và đạt được kết quả tốt trong kỳ thi cuối năm.

Quyển sách này cũng có thể dùng cho bác sĩ đa khoa và chuyên khoa khác tham khảo vì bệnh Da Liễu có mối liên quan với tất cả chuyên khoa của ngành y.

GS. TS. NGUYỄN VĂN ÚT
Nguyên Chủ nhiệm Bộ Môn Da Liễu
Trường Đại học Y Dược TP.HCM

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU 5

MỤC LỤC 6

PHẦN I: ĐẠI CƯƠNG

Bài 1. THƯƠNG TỔN CĂN BẢN *Hoàng Văn Minh* 10

Bài 2. KHÁM BỆNH DA LIỄU *Nguyễn Văn Út* 29

Bài 3. CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU TRONG DA LIỄU *Bùi Văn Đức* 38

Bài 4. CÁC LOẠI THUỐC BÔI NGOÀI DA *Nguyễn Thanh Minh* 47

PHẦN II: BỆNH PHONG

Bài 5. BỆNH PHONG *Bùi Văn Đức* 64

PHẦN III: BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

Bài 6. VIÊM NIỆU ĐẠO *Hoàng Văn Minh* 96

Bài 7. BỆNH LẬU *Hoàng Văn Minh* 105

Bài 8. LOÉT SINH DỤC *Hoàng Văn Minh* 117

Bài 9. BỆNH GIANG MAI *Nguyễn Tất Thắng* 125

Bài 10. BỆNH HẠ CAM MỀM *Nguyễn Tất Thắng* 152

Bài 11. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ HUYẾT TRẮNG *Hoàng Văn Minh* 162

Bài 12. BỆNH MỒNG GÀ *Trần Thị Thanh Mai* 169

Bài 13. BIỂU HIỆN DA Ở NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS *Hoàng Văn Minh* 177

PHẦN IV: BỆNH DA THƯỜNG GẶP

Bài 14. GHẺ *Hoàng Văn Minh* 194

Bài 15. BỆNH VI NẤM CẠN *Đặng Thị Tốn* 205

Bài 16. NHIỄM TRÙNG DA DO VI TRÙNG THƯỜNG *Bùi Văn Đức* 225

Bài 17. MỤN TRỨNG CÁ *Phạm Thị Tiếng* 239

Bài 18. BỆNH LAO DA *Võ Thị Bạch Sương* 252

Bài 19. HERPES SIMPLEX *Võ Quang Đình* 264

Bài 20. BỆNH ZONA *Văn Thế Trung* 273

Bài 21. BỆNH CHÀM *Đặng Thị Tốn* 280

Bài 22. BỆNH VẢY NẾN *Nguyễn Thanh Minh* 295

Bài 23. TRÚNG ĐỘC DA DO THUỐC *Phạm Thị Tiếng* 308

Bài 24. ĐỎ DA TOÀN THÂN *Trần Thị Thanh Mai* 325

Bài 25. BỆNH PEMPHIGUS *Nguyễn Thị Ngọc Mỹ* 339

Bài 26. BỆNH LUPUS ĐỎ *Nguyễn Thị Ngọc Mỹ* 353

PHẦN I

ĐẠI CƯƠNG

THƯƠNG TỔN CĂN BẢN

BS. Hoàng Văn Minh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài này sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được 10 loại thương tổn nguyên phát.
2. Trình bày được 9 loại thương tổn thứ phát.
3. Nêu được các kiểu phân bố thương tổn.
4. Nêu được phân bố định khu trên cơ thể của các bệnh da phổ biến.
5. Nhận thức và nêu được tầm quan trọng của thương tổn căn bản, cách sắp xếp và phân bố thương tổn trong chẩn đoán bệnh da.

I. ĐẠI CƯƠNG

Để chẩn đoán và điều trị tốt bệnh da, chủ yếu phải dựa vào khám lâm sàng mà việc làm đầu tiên là phải tìm sang thương căn bản. Sang thương căn bản có hai loại: sang thương nguyên phát và sang thương thứ phát. Sang thương nguyên phát là những thay đổi sớm của da chưa trải qua diễn tiến tự nhiên hay chịu sự tác động của bên ngoài. Sang thương thứ phát là những thay đổi của da đã trải qua diễn tiến tự nhiên (ví dụ: trợt) hay chịu sự tác động của bệnh nhân (ví dụ: vết cào gãi).

Sang thương căn bản nằm trong triệu chứng học bệnh da rất cần thiết cho chẩn đoán. Đó cũng là kết quả của sự phối hợp nhiều sang thương ở những mức độ khác nhau. Sự phối hợp này rất đa dạng, chẳng những ở bản thân sang thương mà còn ở cách bố trí sắp xếp của chúng. Muốn chẩn đoán bệnh da, người thầy thuốc phải phân tích các triệu chứng trên hai phương diện đó.

II. MÔ TẢ THƯƠNG TỔN

Thương tổn căn bản có thể được chia theo mặt phẳng da thành ba nhóm chính:

Thương tổn phẳng (thường ngang mặt da)	Thương tổn lồi (thường nằm trên mặt da)	Thương tổn lõm (thường nằm dưới mặt da)
Dát	Sẩn Mảng Nốt [2] Sẩn phù Mụn nước Bóng nước Mụn mủ Cù Áp xe Nang [3] Mài [4] Vẩy Sẹo Lichen	Teo [1] Xơ hóa [1] Trợt Sẹo [4] Loét Hoại thư [1]

Bảng 1: *Phân loại sang thương căn bản theo mặt phẳng da*

Ghi chú:
1. Có thể ngang mặt da
2. Có thể trong hay dưới mặt da
3. Có thể trên mặt da
4. Có thể dưới mặt da

1. NGUYÊN PHÁT

Dát: (macule)

Là sự thay đổi màu sắc của da, ngoài sự thay đổi đó thì không có gì khác da bình thường. Kích thước của dát có thể nhỏ như một điểm hoặc to thành khoảng. Thường liên quan đến bệnh lành tính.

- *Dát sắc tố*: là sự thay đổi màu da do sự thay đổi lượng sắc tố gồm melanin và những sắc tố khác melanin, màu da đậm hay lợt tùy theo sắc tố nhiều hay ít.
  - Dát do melanin: có thể bẩm sinh (mụn ruồi, bạch tạng) hay thụ đắc (tàn nhang).
  - Dát không phải melanin: cấu tạo do sự tích tụ của những chất màu ngoại lai, nghĩa là vốn không có trong da. Loại dát này có thể khu trú (xâm minh) hay tản mạn (nhiễm chất bạc).

Dát

- *Hồng ban*: là những dát màu đỏ hoặc hồng có tính chất viêm biến mất dưới sức đè ép.
  - Dát mạch máu: dát màu hồng hoặc đỏ sẫm do sự dãn nở thường trực của các mao mạch trong bì, biến mất dưới sức đè ép và không có phản ứng viêm. Ví dụ: dãn mao mạch, u mạch phẳng.

Dát

  - Xuất huyết dưới da: dát màu đỏ tươi, đè không biến mất, tự tiêu trong 1 – 2 tuần sau khi thay đổi tuần tự màu từ đỏ qua tím, nâu, vàng. Tùy theo kích thước, có 3 loại: điểm xuất huyết, vết xuất huyết và vết bầm.

Mụn nước: (vésicule)

Thương tổn nhỏ hơn 5 mm, nhô cao trên mặt da và chứa đầy chất lỏng. Sau khi hình thành một thời gian, mụn nước vỡ ra chảy nước và đóng mài như trong tổ đĩa, chàm cấp.

Bóng nước: (bulle)

Cấu tạo tương tự mụn nước nhưng đường kính lớn hơn 5 mm. Bóng nước có thể căng và thành hình bán cầu hay xẹp. Chất dịch trong mụn nước bóng nước có thể trong, đục hay có máu. Bệnh bóng nước thường thấy ở bệnh Duhring, pemphigus.

Bóng nước

Mụn nước

Mụn mủ: (pustule)

Thương tổn nhô cao, chứa mủ.

Có 2 loại:

- Mụn mủ thượng bì, cạn, hình bán cầu, có thể căng hay xẹp. Loại này ít khi nguyên phát mà thường hay nẩy sinh từ một mụn nước hay bóng nước bị bội nhiễm. Ví dụ: chốc.
- Mụn mủ nang lông hoặc nằm ngay trên miệng lỗ hoặc ở dưới sâu (nhọt). Về hình thể, các mụn này nhọn, căng, có quầng viêm rộng và đáy cộm hơn những mụn mủ cạn.

Mụn mủ

Sẩn: (papule)

Thương tổn nhô cao trên mặt da, đường kính nhỏ hơn 1cm, đặc, thường biến mất trong thời gian ngắn và không để sẹo.

Sẩn có thể phẳng, nhọn, tròn hay đa giác. Đặc biệt có trường hợp bị lõm ở trung tâm (u mềm lây). Màu có thể hồng, tím, đỏ hay nâu. Tập hợp nhiều sẩn tạo thành một tấm hay mảng. Có thể ở thượng bì hay bì với ý nghĩa khác nhau.

Sẩn

- Sẩn thượng bì: giới hạn rõ, cấu tạo bởi sự tăng sản của tế bào thượng bì và với dự hậu tương đối nhẹ. Ví dụ: mụn cóc phẳng, lichen hóa.
- Sẩn bì: do bì tẩm nhuận, liên quan đến bệnh mãn tính với tiên lượng tương đối nghiêm trọng.
  + Bởi tế bào: giới hạn của sẩn không được rõ. Ví dụ: sẩn giang mai.
  + Bởi dịch thể: còn gọi là sẩn phù với sẩn phẳng, đôi khi có hình bán cầu, hình dạng có thể tròn, dài, bầu dục hoặc không đều. Màu đỏ hay trắng có viền đỏ xung quanh. Khi lấy ngón tay đè thì có cảm giác căng. Sẩn phù chóng qua, thường thì kéo dài vài giờ. Ví dụ: mề đay, da vẽ nổi, hồng ban đa dạng.
- Sẩn bì, thượng bì: kết hợp của hai loại trên. Ví dụ: lichen phẳng.
- Sẩn nang lông: hình thành ở lỗ chân lông. Ví dụ: dày sừng nang lông.

Củ: (tubercule)

Tương tự sẩn nhưng khác sẩn vì có những đặc điểm sau:

- Thâm nhiễm tế bào xảy ra ở các phần sâu của bì.
- Thâm nhiễm chậm và kéo dài.
- Khi mất để lại sẹo.

Củ có thể nhô cao trên mặt da hay bằng với mặt da. Củ thường thấy trong bệnh lupus, giang mai, phong.

Cục: (nodule)

Thể đặc nằm sâu trong hạ bì, đôi khi bao gồm cả bì. Cục có hình cầu hay hình trứng. Nhiều khi người ta phát hiện thương tổn cục bằng cách sờ nắn hơn là nhìn.

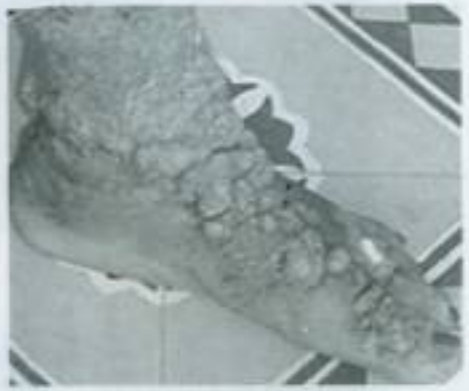
Gôm là cục có tính chất viêm bán cấp hay mãn tính. Ban đầu cứng

sau đó hóa mềm, da trên trở thành đỏ tím, cuối cùng mở ra ngoài thành một vết loét sâu. Các bệnh hay sinh gồm là giang mai, nấm sâu, lao.

Sùi: (végétation)

Cấu tạo bởi các nhú bì phát triển kết thành một chỗ nhô cao có giới hạn hay trải ra thành một bề mặt rộng và cao. Trên mặt có phủ một lớp thượng bì mỏng màu hồng hay có những vết lở rịn nước. Ví dụ: mồng gà.

Cục



Sùi

Sần sùng: (verrucosité)

Là sần sùi có bề mặt hóa sừng. Ví dụ: mụn cóc.

Nang: (kyste)

Là túi chứa dịch lỏng tròn hoặc bầu dục, tương tự sẩn to hoặc cục, nhưng khi ấn chẩn ta có cảm giác linh bình như khi ấn nhân cầu. Ví dụ: nang bã.

Nang

2. THỨ PHÁT

Vẩy: (squame)

Là những phiến thượng bì mỏng tróc trên mặt da. Vẩy có khi tiên phát (da vẩy cá), có khi thứ phát (chàm). Có nhiều loại vẩy, như vẩy phấn, như phiến mica hoặc thật dày như vỏ sò.

Vẩy tiết: (croute)

Là khối huyết thanh đông lại trong có bạch cầu đa nhân, hồng cầu, vi khuẩn hay sợi nấm. Tùy theo nguyên nhân mà vẩy tiết có màu khác nhau: vàng (huyết thanh), vàng xanh (mủ), đen (máu).

Vẩy

Vẩy tiết

Vết xước: (excoriation)

Do chấn thương gây ra cho các tầng trên của da. Nếu lớp sừng bị thương, ta có một vết trắng hồng ở chung quanh. Nếu lớp gai bị tổn thương, tiết chất đông lại thành vẩy tiết. Trong trường hợp nhú bì bị tổn thương thì tiết chất có lẫn máu, khi đông lại thành vẩy tiết đen và dính.

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
THƯ VIỆN KHOA Y
NGÀY NHẬP 15/6/2004
SỐ NHẬP 88830

Lở: (erosion)

Còn gọi là trợt. Thượng bì bị tróc mất. Ví dụ: sang giang mai.

Loét: (ulcération)

Da bị mất đến tận bì, do đó khi lành để lại sẹo. Ví dụ: loét sâu quảng.

Lở

Loét

Lichen hóa

Do gãi hay cọ xát thường xuyên. Da dày có màu nâu, các rãnh ngang dọc nằm sâu về thành ô không đều. Các ô láng, bóng, sáng, đôi khi có vẩy hay vết xước. Thương tổn này thường thấy trong bệnh chàm mãn tính.

Cứng da

Các yếu tố cấu tạo bì đặc lại làm cho sự trợt của da trở thành khó khăn. Cũng nên để ý là cứng da không đồng nghĩa với dày da, nhiều khi cứng da nhưng thượng bì lại teo mỏng như các trường hợp teo cứng bì.

Teo da

- Teo thượng bì: thượng bì mỏng đi vì số lượng thượng bì giảm. Da có nhiều nếp nhăn, dễ xếp nếp, hơi trong nên có khi thấy được tĩnh mạch bên dưới. Nhưng trong trường hợp teo do viêm hay thương tích, da trơn không còn những đường rãnh mặc dù dễ xếp nếp.
- Teo bì: da bị lõm xuống, teo bì có thể đi kèm với teo thượng bì. Ví dụ: vết rạn da.

Sẹo

Tạo bởi mô sẹo tân lập hay chỗ mô đã bị mất hoặc bị viêm trong trường hợp lupus đỏ, lupus lao, giang mai. Sẹo có thể phì đại do sự phát triển quá mức của chất tạo keo hoặc có thể teo. Trên mặt sẹo, da trơn mỏng và không có các bộ phận phụ như lông và tuyến.

Trong thực tế, các thương tổn căn bản thường kết hợp với nhau thành từng cặp thương tổn. Những cặp thương tổn thường gặp là hồng ban vẩy (vẩy phấn hồng), sẩn vẩy (ban giang mai), sẩn mài (bệnh Darier), sẩn mụn nước (sẩn ngứa).

Xơ cứng da

Sẹo

III. CÁCH SẮP XẾP CÁC DẠNG THƯƠNG TỔN CĂN BẢN

Thương tổn căn bản của nhiều bệnh da thường gặp sắp xếp theo những mô hình đặc biệt. Do đó, để đi đến chẩn đoán, bên cạnh việc nhận diện các thương tổn căn bản, ta cần phải phân tích hình dáng, kiểu sắp xếp của các thương tổn trong tương quan vị trí giữa chúng với nhau và kiểu phân bố của chúng trên toàn cơ thể.

1. HÌNH DÁNG VÀ KIỂU SẮP XẾP CỦA CÁC THƯƠNG TỔN THƯỜNG GẶP

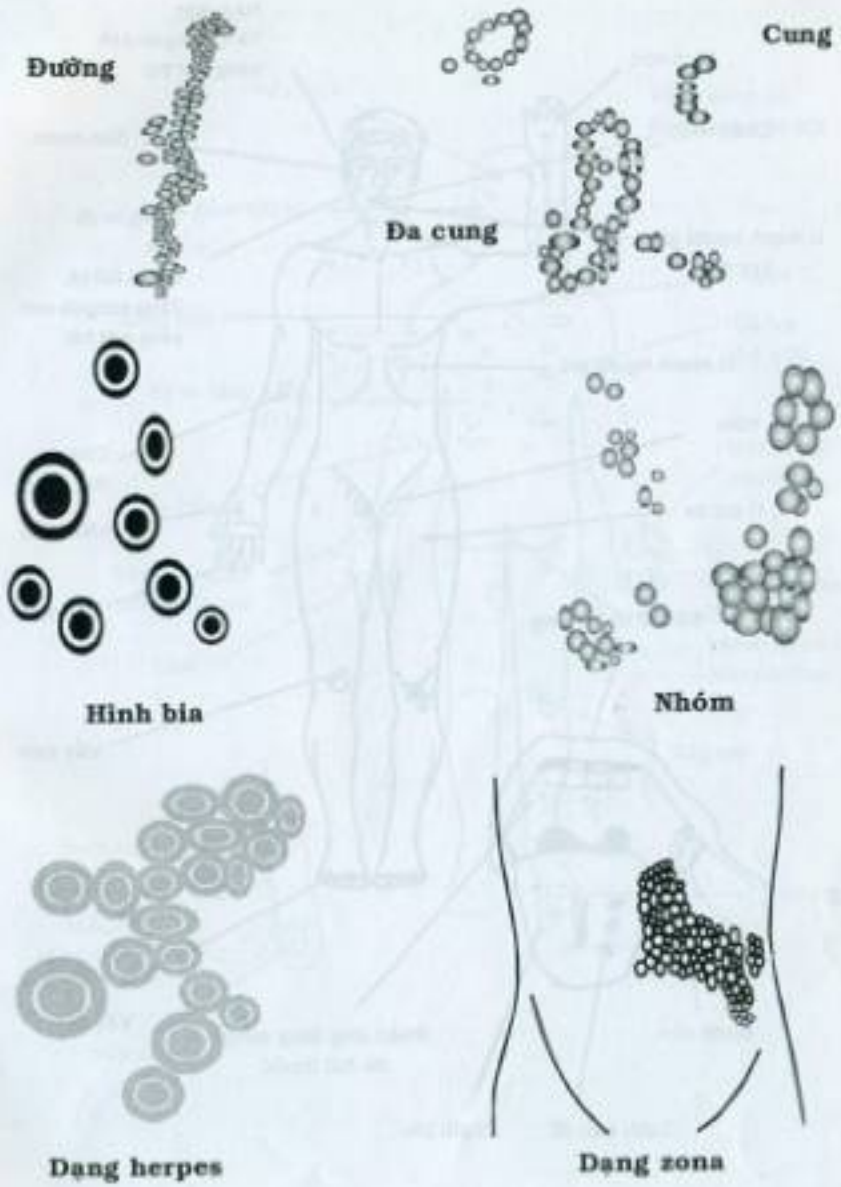
Định nghĩa	Ví dụ
Mảng (plaque, placard)	
Bờ rõ	Vẩy nến
Bờ gián đoạn	Chàm
Đường gạch (linéaire)	Nevus thượng bì
Vòng (annulaire)	U hạt vòng, hồng ban vòng
Hình cung (arciforme)	Mycosis fungoide
Đa cung (polycyclique)	Mề đay
Dạng herpes (herpétiforme)	Viêm da dạng herpes
Dạng zoster (zosteriforme)	Zona
Dạng bia (iris, en cocarde)	Hồng ban đa dạng
Ly tâm	Nấm da, lao da

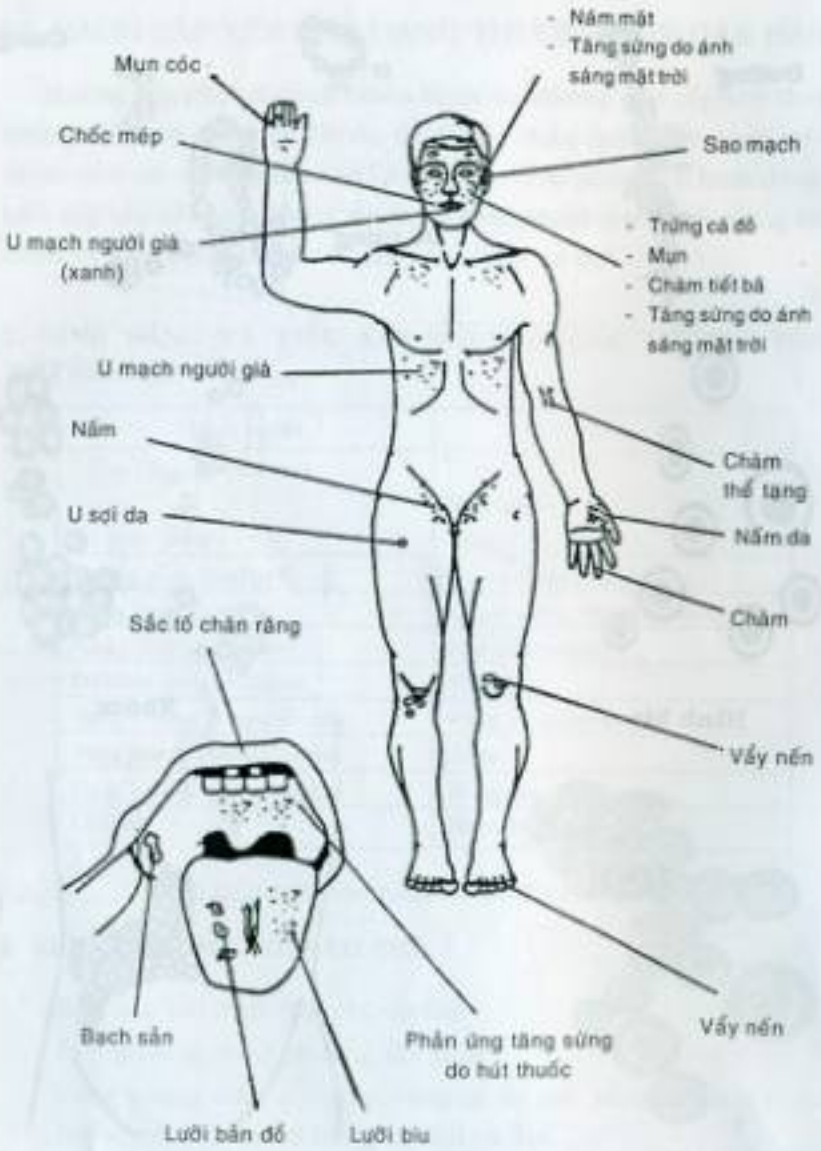
Bảng 2: *Cách sắp xếp thương tổn căn bản thường gặp*

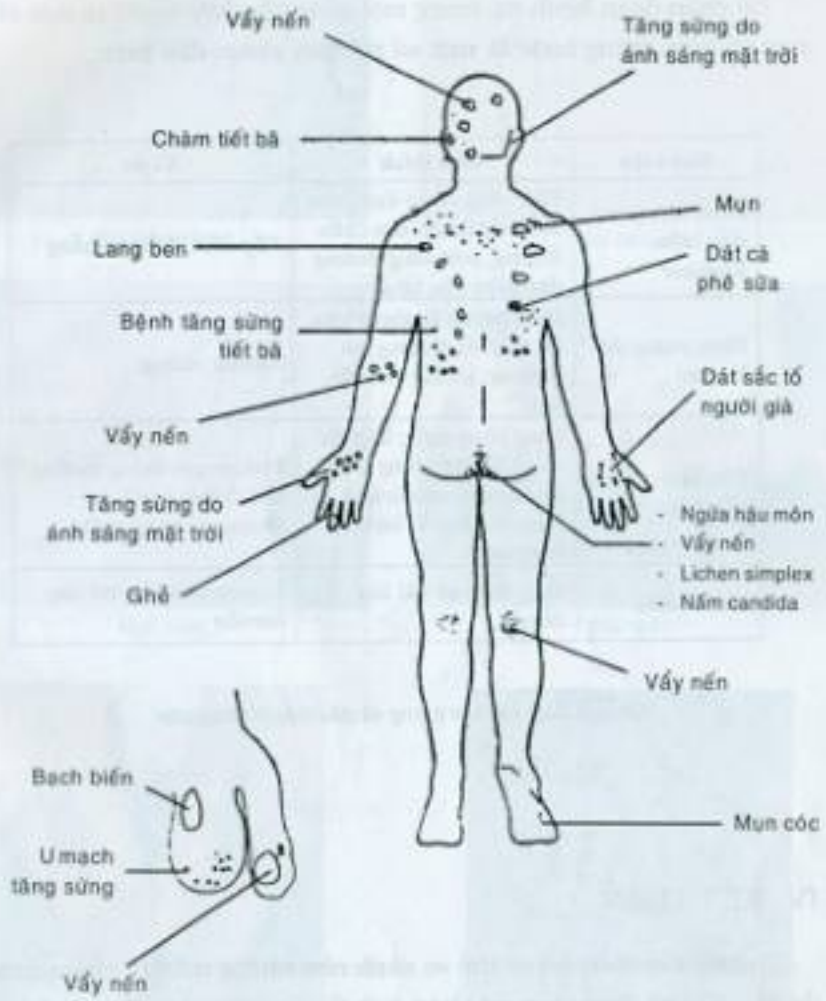
2. KIỂU PHÂN BỐ TRÊN CƠ THỂ

- Khu trú, lan tràn, toàn bộ cơ thể
- Đơn phương, song phương, đối xứng
- Vùng không được che đậy, vùng dễ cọ xát, vùng tập trung các tuyến mồ hôi, tuyến bã, vùng ẩm và ấm.

Trong thực tế, có nhiều vị trí của cơ thể có thể chọn lọc cho một số bệnh.




Mụn cóc
Chốc mép
U mạch người già (xanh)
U mạch người già
Nấm
U sợi da
Sắc tố chân răng
Bạch sản
Lưỡi bản đồ
Lưỡi biu
Phản ứng tăng sừng do hút thuốc
Vẩy nến
- Nấm mặt
- Tăng sừng do ánh sáng mặt trời
Sao mạch
- Trứng cá đỏ
- Mụn
- Chàm tiết bã
- Tăng sừng do ánh sáng mặt trời
Chàm thể tạng
Nấm da
Chàm
Vẩy nến


Vẩy nến
Tăng sừng do ánh sáng mặt trời
Chàm tiết bã
Mụn
Lang ben
Dát cà phê sữa
Bệnh tăng sừng tiết bã
Dát sắc tố người già
Vẩy nến
Tăng sừng do ánh sáng mặt trời
Ghẻ
- Ngứa hậu môn
- Vẩy nến
- Lichen simplex
- Nấm candida
Vẩy nến
Bạch biến
U mạch tăng sừng
Vẩy nến
Mụn cóc

3. MỘT SỐ HIỆN TƯỢNG, DẤU HIỆU NGOÀI DA THƯỜNG GẶP

Để chẩn đoán bệnh da, trong một số trường hợp người ta dựa vào một số hiện tượng hoặc là một số nghiệm pháp, dấu hiệu.

Dấu hiệu	Giải thích	Ví dụ
Hiện tượng hay dấu hiệu Koebner	Phản ứng đồng dạng của da hình thành sau chấn thương, một sang thương đặc hiệu của bệnh	Vẩy nến, lichen phẳng
Hiện tượng de Jacquet	Hiện tượng Koebner trên da bị chấn thương mà hiện tại không còn vết tích	Lichen phẳng
Dấu hiệu Nikolsky	Bong bóng nước trên da có vẻ hình thường dưới một áp lực mạnh trên da ở bệnh nhân bị bệnh bóng nước	Pemphigus thông thường, hội chứng Lyell, ly thượng bì bóng nước
Lichen hóa	Tiếp theo sự gãi liên tiếp	Lichen hóa khu trú hay lan tỏa

Bảng 3: *Một số hiện tượng và dấu hiệu thường gặp*

IV. KẾT LUẬN

Thương tổn căn bản có thể so sánh như những mẫu tự của ngành da liễu. Chỉ có thông qua sự phân tích tỉ mỉ các thương tổn căn bản, người thầy thuốc mới đi đến chẩn đoán một cách đúng đắn và khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Dát giảm sắc tố

Dát cafe sữa

Mụn nước

Bóng nước

Sẩn

Sùi

SANG THƯƠNG CĂN BẢN

Nang

Cục

Dãn mạch

Mụn mủ

Xơ cứng da

Sẹo teo

SANG THƯƠNG CĂN BẢN

1. Corvette D.M. Morphology of Primary and Secondary Skin Lesion in Dermatology Secrets, Fitzpatrick J.E, Harley & Belfus, INC/Philadelphia 1996, p.8-14.
2. Fitzpatrick T.B et al. Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, Common and Serious Diseases, fourth edition, Mc Graw-Hill, 2001, p.1080-17.
3. Fitzpatrick T.B, Eiser A.Z, Wolff K, Freedberg I.M, Auster K.F. Dermatology in General Medicine 1999, edit.5, vol.1, p.17-55.
4. Hoàng Văn Minh. Chẩn đoán bệnh da bằng hình ảnh và cách điều trị 2002, tập 1.
5. Nguyễn Văn Út. Da Liễu Thực Hành 1990, tr.11-15.
6. Saurat J.H. Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles 1999, édit.3, Masson, p.3-7.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn câu đúng

1. Thương tổn căn bản trong bệnh viêm nút quanh động mạch xếp thành:

   a. Cụm — b. Vòng tròn
   c. Đường dài — d. Mạng lưới
   e. vòng cung

2. Hiện tượng lichen hóa thường gặp trong bệnh:

   a. Chàm — b. Đỏ da toàn thân
   c. Vẩy nến — d. Cả 3 bệnh trên

3. Sẩn sùng là thương tổn cơ bản của bệnh:

   a. Mụn cóc — b. Dát sắc tố người già
   c. Lao cóc — d. Nevus thượng bì
   e. Cả 4 bệnh trên

4. Sẩn phù gặp trong:

   a. Hồng ban đa dạng — b. Duhring
   c. Mề đay — d. Cả 3 đều đúng

5. Cục:

a. Gặp trong gôm lao
b. Khi vỡ ra tạo vết lõ
c. Sờ nhận ra dễ hơn nhìn
d. Cả 3 đều đúng

6. Bệnh nào có thương tổn không sắp xếp theo đường dài:

a. Viêm tĩnh mạch
b. Viêm nút quanh động mạch
c. Nấm bẹn
d. Mụn cóc phẳng
e. Nevus thượng bì

7. Bệnh nào có thương tổn tập trung ở vùng tuyến bã:

a. Mụn trứng cá
b. Dày sừng tiết bã
c. Pemphigus hồng ban
d. Cả 3 bệnh trên

Chọn câu sai

8. Loét:

a. Là thương tổn sâu đến tận lớp bì, hạ bì
b. Khi lành để lại sẹo
c. Gặp trong bệnh chốc

9. Mụn mủ là sang thương cơ bản:

a. Đặc, nhô cao khỏi mặt da, chứa mủ
b. Thường thứ phát sau mụn nước
c. Là sang thương cơ bản của bệnh vẩy nến mủ.

10. Hồng ban:

a. Là những dát đỏ có tính viêm
b. Đè có khi mất, có khi không mất
c. Giới hạn có khi rõ, có khi không
d. Khi lành để lại sẹo

11. Mụn nước thường gặp trong:

a. Chàm
b. Ghẻ
c. Có thể thành bóng nước

12. Xuất huyết dưới da:

a. Giới hạn không rõ
b. Đè không biến mất
c. Tiến triển như vết bầm
d. Biến mất trong vòng 1 – 2 tuần

13. Sẩn phù gặp trong bệnh:

a. Da vẽ nổi
b. Pemphigus
c. Mề đay
d. Hồng ban đa dạng

Đối chiếu

14.

Bệnh	Vị trí
a. Pellagre	1. Vùng tuyến bã
b. Nấm bẹn	2. Vùng ẩm ướt
c. Mụn trứng cá	3. Quanh lỗ thiên nhiên
d. Hội chứng Stevens – Johnson	4. Vùng không có quần áo

15.

Bệnh	Cách sắp xếp
a. Herpes	1. Đường dài
b. Nấm thân	2. Hình vòng cung
	3. Từng chùm
	4. Hình mạng lưới

16.

Cách sắp xếp	Bệnh
a. Mạng lưới	1. Chàm
b. Đường dài	2. Zona
	3. Pemphigus
	4. Poikilodermie
	5. Viêm tĩnh mạch

17.

Bệnh	Sang thương cơ bản
a. Henoch – Scholein	1. Sẩn sừng
b. Herpes	2. Cục
c. Mụn cóc	3. Hồng ban

d. Hồng ban sắc tố cố định
e. Lao hạch
f. Ban giang mai sùi

4. Sẩn sùi
5. Ban xuất huyết
6. Mụn nước

18. Bệnh
a. Mụn trứng cá
b. Chàm thể tạng
c. Sporotrichose
d. Ghẻ ngứa
e. Gôm lao

Vị trí
1. Nhượng chân, nếp cổ chân
2. Mặt
3. Hạch, xương khớp
4. Chi
5. Kẽ ngón, quanh rốn, mông, đùi

19. Bệnh
a. Mụn cóc
b. Ghẻ
c. Sẩn ngứa
d. Da vê nổi
e. Mống gà

Sang thương căn bản
1. Sẩn phù
2. Sẩn mụn nước
3. Mụn nước
4. Sẩn sùng
5. Sẩn sùi

Đáp án

1.c 2.a 3.e 4.d 5.c 6.e 7.d 8.c
9.c 10.d 11.c 12.a 13.b 14.a-4, b-2, c-1, d-3
15.a-3, b-2 16.a-4, b-5
17.a-5, b-6, c-1, d-3, e-2, f-4
18.a-2, b-1, c-4, d-5, e-3
19.a-4, b-3,2, c-2, d-1, e-5

KHÁM BỆNH DA LIỄU

GS.TS. Nguyễn Văn Ứt

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài này, sinh viên có khả năng:

1. Nhận thức được bệnh da liễu có mối liên quan rõ ràng với nội tạng.
2. Trình bày được cách khám một bệnh da liễu.
3. Trình bày được các phương pháp cận lâm sàng thường dùng trong bệnh da liễu.
4. Nêu được cách làm một bệnh án da liễu.

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh da liễu là một bệnh chuyên khoa thuộc nội khoa tổng quát. Sự liên hệ giữa da và nội tạng được thể hiện rất rõ ràng.

Bệnh gai đen là một biểu hiện ngoài da của một ung thư nội tạng. Ngược lại, những rối loạn của tuyến nội tiết cũng ảnh hưởng đến da, lông, tóc, móng,...

Bệnh da thường là những bệnh mạn tính. Thường bệnh nhân đến khám trễ, các triệu chứng thay đổi, gây khó khăn cho chẩn đoán. Vì vậy, cần có phương pháp khám bệnh khoa học đặc biệt.

Chẩn đoán gồm 2 phần: chẩn đoán về da (diagnostic dermatologique) và chẩn đoán nguyên nhân (diagnostic étiologique). Ví dụ: chẩn đoán về da là hồng ban đa dạng, chẩn đoán nguyên nhân là trúng độc thuốc.

II. KHÁM BỆNH DA LIỄU

1. NGUYÊN TẮC CHỦ YẾU

Nguyên tắc chủ yếu khám bệnh da liễu phải khoa học và khách quan dựa vào quan sát. Bằng quan sát, ta phân tích tỉ mỉ triệu chứng của thương tổn. Sau khi phân tích, ta sẽ đi đến chẩn đoán bằng cách tổng hợp những dữ kiện đã quan sát được.

2. MỤC ĐÍCH

Mục đích khám bệnh da liễu nhằm đi đến chẩn đoán về da, chẩn đoán nguyên nhân để có hướng điều trị thích hợp.

3. ĐIỀU KIỆN KHÁM BỆNH LÝ TƯỞNG

- Khám dưới ánh sáng mặt trời.
- Nếu trong phòng khám chỉ có bác sĩ, y tá và bệnh nhân, nhằm khám kỹ để đi tới chẩn đoán đúng, bệnh nhân được yêu cầu cởi hết quần áo.

4. PHƯƠNG PHÁP KHÁM BỆNH

a. Nguyên tắc

Khám bệnh nhân cũng như làm bài toán. Bài toán có dữ kiện, thảo luận trên dữ kiện thì ra đáp số. Còn đối với bệnh nhân ngoài da, dự kiện đó là biểu hiện da, niêm mạc mà thảo luận thì ra chẩn đoán. Nếu thương tổn da, niêm mạc không được rõ thì phải đưa ra chẩn đoán phân biệt, sau đó mới được phép hỏi bệnh nhân. Trong trường hợp chưa đủ yếu tố định bệnh thì phải qua xét nghiệm. Như thế phương pháp khám bệnh chia ra 3 giai đoạn:

- Giai đoạn thứ nhất: không hỏi bệnh nhân, chỉ phân tích thương tổn cục bộ cũng như toàn diện để tổng hợp nhằm đi tới chẩn đoán. Nếu còn thiếu yếu tố định bệnh thì qua giai đoạn hai.
- Giai đoạn thứ hai: hỏi bệnh nhân, nếu được thêm chi tiết rõ ràng thì chẩn đoán chính xác, nếu không thì qua giai đoạn thứ ba.
- Giai đoạn thứ ba: cận lâm sàng, có thể nhiều xét nghiệm liên quan tới bệnh da, nhưng giải phẫu bệnh lý da là cần thiết, trong đa số trường hợp, mà kết quả rõ, đem lại chẩn đoán xác định, nếu không thì phải đối chiếu với lâm sàng.

b. Phương pháp chủ yếu: lâm sàng

Cách tìm thương tổn căn bản

• *Trực tiếp*

Nhìn:

Trong phương pháp khám bệnh lâm sàng trực tiếp, dùng mắt để quan sát thương tổn căn bản là điều rất quan trọng. Nhờ quan sát, ta biết được hình dáng, kích thước, giới hạn, màu sắc, vị trí, số lượng của thương tổn mà cách sắp xếp góp phần cho chẩn đoán.

Số lượng và vị trí, nhất là vị trí chọn lọc cũng là yếu tố quan trọng để định bệnh. Ví dụ: bệnh vẩy nến, ghẻ ngứa.

Sự vắng mặt của thương tổn ở một vài vị trí cũng dự phần quan trọng trong việc định bệnh. Ví dụ: lichen phẳng, vẩy phấn hồng Gilbert không có thương tổn ở mặt.

Cách sắp xếp của thương tổn có khi giúp ta định bệnh trong một thời gian rất nhanh. Ví dụ: bệnh zona, bệnh mụn rộp (mụn nước tập trung thành đám).

Sờ, nắn thương tổn:

Sờ, nắn thương tổn giúp ta biết thương tổn cứng hay mềm, nông hay sâu. Nhờ sờ nắn, ta có thể biết được thương tổn cứng, không có nước (ví dụ: cục u lao), hoặc mềm có chứa nước hay mủ (ví dụ: áp xe).

Mùi:

Ít được dùng đến, trong một vài trường hợp bệnh lý đặc biệt giúp ta chẩn đoán được bệnh. Ví dụ: mùi hôi thối của ung thư biểu mô tế bào gai hay bệnh mồng gà nhiễm trùng, mùi tanh của bệnh pemphigus.

Sau khi khám da, ta tiếp tục khám các cơ quan phụ thuộc của da như lông, tóc, móng và xem chức năng của tuyến mồ hôi, tuyến bã.

• *Gián tiếp*

Nếu khám trực tiếp không đem lại kết quả đầy đủ thì ta dùng vài dụng cụ đơn giản như sau:

- Kính lúp: dùng phóng đại thương tổn để nhìn kỹ hơn.
- Mặt kính đồng hồ: dùng để ấn lên bề mặt của thương tổn. Nếu thương tổn sâu, màu hồng sẽ không biến mất dưới kính đè (ví dụ: ban xuất huyết).
- Kim gút: dùng thử cảm giác nơi thương tổn nghi ngờ bị bệnh phong.
- Cây nạo (curette): dùng để cạo bỏ lớp mài đóng trên mặt thương tổn giúp ta nhìn rõ thương tổn ở dưới. Nạo, cạo được dùng làm nghiệm pháp Brocq trong trường hợp nghi ngờ bệnh vẩy nến.
- Đèn Wood hay trắc nghiệm huỳnh quang: nhờ đèn Wood, ta có thể định được một vài bệnh ngoài da. Ví dụ: bệnh nấm tóc sau khi chiếu đèn Wood sẽ có màu xanh lá cây.

Mô tả thương tổn căn bản

Sau khi áp dụng các phương pháp khám bệnh lâm sàng (trực tiếp và gián tiếp), ta cần mô tả sang thương căn bản cho thật rõ, cần chú ý loại thương tổn căn bản (sẩn, mảng, dát,...), giới hạn, bờ, màu sắc, kích thước, vị trí, số lượng.

Quan hệ của thương tổn căn bản với vùng kế cận:

Cần mô tả thật rõ mối liên quan giữa thương tổn căn bản với vùng kế cận và vùng cách xa thương tổn nhằm giúp cho việc chẩn đoán. Ví

dụ: trong bệnh loét chân do tĩnh mạch trướng, thương tổn căn bản là vết loét và kế cận vết loét là những tĩnh mạch bị dãn nở.

Khám toàn diện

Vì có liên quan đến nội khoa tổng quát, nên sau khi khám da xong, ta cần khám tất cả các cơ quan khác để đi đến chẩn đoán.

Tóm tắt kết quả khám bệnh

Để làm nổi bật triệu chứng chủ yếu và dựa vào đó mà định bệnh.

Sau khi đã áp dụng các phương pháp lâm sàng, ta có thể bổ túc bằng bệnh sử, tiền sử. Khâu này chỉ thực hiện sau khi đã có hướng chẩn đoán lâm sàng.

c. Cận lâm sàng

Các phương pháp cận lâm sàng rất nhiều, nên lưu ý trong mỗi bệnh chỉ có một số xét nghiệm cần thiết, trong đó sinh thiết là trọng yếu. Sau đây là những phương pháp thông thường:

- Phản ứng lao tố: trong trường hợp nghi ngờ bệnh lao da
- Phản ứng Frei: đối với bệnh hột xoài
- Phản ứng Mitsuda: đối với bệnh phong
- Thử nghiệm trên da (test épicutanés): trong trường hợp nghi ngờ một chất hay một thứ thuốc gây dị ứng da
- Tìm vi trùng nơi ổ loét và làm kháng sinh đồ
- Sinh thiết da
- Phản ứng huyết thanh giang mai
- Tìm vi trùng giang mai, hạ cam mềm, phong
- Cạo vẩy tìm nấm
- Công thức hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, tốc độ lắng máu
- Thử phân tìm ký sinh trùng.

Sau khi đã khám lâm sàng và có kết quả cận lâm sàng, ta cần đối chiếu giữa lâm sàng và cận lâm sàng. Trong trường hợp không có sự thống nhất giữa lâm sàng và cận lâm sàng, ta phải xem định bệnh lâm sàng quan trọng hơn nếu lâm sàng rõ. Ngược lại, nếu kết quả cận lâm sàng rõ hơn thì phải theo cận lâm sàng và xem lại chẩn đoán.

Phương pháp khám bệnh da liễu được thực hiện đúng theo những nguyên tắc đã nêu giúp ta chẩn đoán bệnh da và đi đến chẩn đoán nguyên nhân để điều trị cho hợp lý hữu hiệu.

CÁCH LÀM BỆNH ÁN DA LIỄU

Theo nguyên tắc cũng như các bệnh khác, làm bệnh án da phải toàn diện vì mối liên quan sâu sắc giữa bệnh da và bệnh lý tổng quát mà nội khoa là chủ yếu. Mỗi chi tiết phải cụ thể, rõ ràng mới có ý nghĩa và có thể góp phần hữu hiệu cho chẩn đoán. Nhưng theo phương pháp khám bệnh da của chúng tôi, thứ tự phân bố những phần của bệnh án có thể không giống với các bộ môn khác.

Bệnh án bệnh da, ngoài lý lịch chung cho bộ môn y khoa, bệnh án gồm khám bệnh, hỏi bệnh và xét nghiệm.

I. Lý lịch

- Tên, họ và năm sinh
- Dân tộc
- Quê quán và chỗ ở hiện nay
- Nghề nghiệp.

II. Khám bệnh

Xem lại phương pháp khám bệnh da. Dựa trên lâm sàng, phải khoa học và khách quan. Phần này rất quan trọng. Nếu được thực hiện nghiêm túc sẽ dẫn tới chẩn đoán trong đa số trường hợp. Gồm nhiều điểm sau đây:

- Tình trạng tổng quát bệnh nhân: mạch, nhiệt độ, huyết áp,...
- Khám da, niêm mạc và phần phụ thuộc của da
- Khám nội tạng
- Thảo luận

Nếu sang thương có đặc tính rõ và đủ thì chẩn đoán không khó, nhưng cũng cần cận lâm sàng như xét nghiệm máu, giải phẫu bệnh lý xác định. Nếu chưa đủ yếu tố định bệnh thì phải hỏi bệnh nhân.

III. Hỏi bệnh

- Tiền căn: cá nhân và dịch tễ học
- Bệnh lúc nào và diễn tiến ra sao

IV. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm cần thiết theo thứ tự và tùy theo bệnh
- Giải phẫu bệnh
- Xét nghiệm máu
- Thử nước tiểu, X quang phổi, điện tâm đồ nếu cần.

V. Tóm tắt bệnh án

- Ngắn gọn, chỉ nêu cụ thể cần thiết cho chẩn đoán.

VI. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán dương tính

Dựa trên tiêu chuẩn nào. Dù chẩn đoán đã rõ rồi nhưng theo nguyên tắc cũng phải nêu chẩn đoán phân biệt để loại ra.

Trong trường hợp không chẩn đoán dương tính được thì nêu ra chẩn đoán phân biệt.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Phải theo thứ tự với tiêu chuẩn định bệnh.

- Phải lựa một chẩn đoán phân biệt nào đáp ứng nhất với biểu hiện của bệnh nhân để điều trị thử (sơ bộ).

VII. Trị liệu

Dù trong trường hợp chẩn đoán dương tính hay phân biệt, trị liệu cũng phải theo đúng nguyên tắc và kỹ thuật. Trong trường hợp điều trị thử, nếu có kết quả tốt, thì khoa học có thể chấp nhận chẩn đoán phân biệt đó là đúng.

VIII. Theo dõi

Việc theo dõi rất cần thiết nhất là bệnh nhân bị bệnh nhiễm, bệnh mãn tính, bệnh ác tính,...

IX. Tiên lượng

Cần phải nêu ra nhất là đối với bệnh mãn tính và bất ổn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Ût. Da Liễu Thực Hành 1990, tr.23-28.
2. Saurat J.H et al. Dermatologie et Vénéréologie 1990, édit.2, Masson, p.1-11.
3. Touraine R. Revuz J. Dermatologie: Clinique et Vénéréologie 1990, p.1-4.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn câu đúng

1. Chẩn đoán bệnh da gồm hai phần: chẩn đoán về da và chẩn đoán nguyên nhân:

a. Đúng b. Sai

2. Trong khám bệnh da, giác quan nào là quan trọng nhất:

a. Quan sát b. Sờ nắn
c. Ngửi d. Hỏi

3. Sự vắng mặt của thương tổn căn bản ở một vài vị trí cũng dự phần quan trọng trong việc định bệnh:

a. Đúng b. Sai

4. Điều kiện cần thiết để chẩn đoán bệnh da liễu là:

a. Khám bệnh tốt nhất dưới ánhs áng mặt trời
b. Bệnh nhân phải cởi hết quần áo
c. Phải có một phòng xét nghiệm cơ bản
d. Phải đầy đủ dụng cụ khám (kính lúp, cây nạo, đèn Wood,...)
e. a, b, c, d đúng

Đối chiếu

5. Trong khám bệnh da:

a. Giai đoạn 1	1. Hỏi bệnh nhân
b. Giai đoạn 2	2. Phân tích thương tổn căn bản
c. Giai đoạn 3	3. Cận lâm sàng

6.

Cận lâm sàng	Bệnh da
a. Phản ứng Frei	1. Bệnh phong
b. Phản ứng Mitsuda	2. Bệnh hột xoài
c. Thử nghiệm trên da	3. Trúng độc da do thuốc
d. Sinh thiết da	4. Giang mai
e. Tìm vi trùng tại sang thương	5. Chàm
f. Thử phân tìm ký sinh trùng	

Đáp án

1.a 2.a 3.a 4.a 5.a-2,4, b-1, c-3
6.a-2, b-1, c-3, d-1, e-1,2,4, f-5

CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU TRONG DA LIỄU

BS. Bùi Văn Đức

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài học nầy sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được đặc điểm dịch tễ học của một số bệnh da liễu.
2. Trình bày được ba biện pháp dự phòng trong bệnh phong, bệnh lây qua đường sinh dục và các bệnh da.
3. Nêu được các thuốc thiết yếu về da liễu dùng trong các tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu.
4. Nêu được các trọng tâm CSSKBĐ trong da liễu.

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU TRONG DA LIỄU

Hội nghị Alma Ata (9/1978) đã kêu gọi mọi nước thực hiện mục tiêu chiến lược "Sức khỏe cho mọi người vào năm 2000" (do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đề ra năm 1977). Tùy theo điều kiện và hoàn cảnh của mỗi nước, mỗi chuyên khoa mà nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) có thay đổi so với nội dung của WHO.

1. NỘI DUNG

8 nội dung của WHO	10 nội dung của Bộ Y tế Việt Nam
1. Giáo dục sức khỏe 2. Ăn uống đầy đủ và đúng cách 3. Cung cấp đầy đủ nguồn nước và thanh khiết môi trường 4. Sức khỏe cho bà mẹ, trẻ em, bao gồm sinh đẻ có kế hoạch 5. Tiêm chủng chống các bệnh truyền nhiễm chính 6. Quản lý và phòng chống các ổ dịch địa phương 7. Điều trị thích hợp các bệnh và chấn thương thông thường 8. Cung cấp thuốc thông thường và thiết yếu	1. Giáo dục sức khỏe 2. Cải tiến bữa ăn dinh dưỡng hợp lý và vệ sinh thực phẩm 3. Cung cấp đầy đủ nguồn nước và thanh khiết môi trường 4. Kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em 5. Tiêm chủng chủ yếu phòng 6 bệnh truyền nhiễm trẻ em. 6. Phòng chống các bệnh dịch lưu hành địa phương 7. Chữa bệnh tại nhà và xử trí vết thương thông thường 8. Bảo đảm thuốc thiết yếu, chủ yếu là thuốc nam và áp dụng các biện pháp không dùng thuốc 9. Kiện toàn mạng lưới y tế cơ sở 10. Quản lý sức khỏe

2. ĐỊNH NGHĨA VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

CSSKBĐ là những săn sóc thiết yếu, dựa trên kỹ thuật học thích hợp, có giá trị khoa học mà mọi cá nhân và gia đình đều có thể đạt được qua sự tham gia tích cực của họ, với một chi phí mà cộng đồng và quốc gia có thể đài thọ được.

3. CÁC TUYẾN CSSKBĐ

Tuyến cơ sở

Là tuyến quan trọng nhất vì ở đó diễn ra phần lớn công tác CSSKBĐ. Tuyến này do dân và vì dân nên hoạt động hữu hiệu nhất, bao gồm: gia đình, cộng đồng (lực lượng chữ thập đỏ đóng vai trò quan trọng), y tế cơ sở.

Tuyến cơ sở có tác dụng động viên, nhắc nhở, thúc đẩy công tác phòng bệnh và điều trị cho mọi người dân trong cộng đồng, đồng thời có thể giải quyết được trong đa số trường hợp nhẹ.

Tuyến hướng trợ

Thường là các trung tâm y tế quận, huyện. Tuyến này có khả năng chẩn đoán và điều trị các bệnh thông thường và các bệnh xã hội.

Tuyến tỉnh

Tuyến tỉnh có vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ cho CSSKBĐ trong các lĩnh vực:

- Hỗ trợ lâm sàng và huấn luyện thường kỳ để nâng cao trình độ cho cán bộ y tế ở các tuyến dưới.
- Lượng giá dịch tễ và hiệu quả của công tác CSSKBĐ đã thực hiện.
- Hỗ trợ về quản lý và hậu cần cho công tác CSSKBĐ để cung cấp kiến thức, kỹ năng, trang bị thuốc chủ yếu.

II. CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU TRONG DA LIỄU

1. ĐỐI VỚI NGƯỜI KHỎE MẠNH: (DỰ PHÒNG CẤP 1)

Mọi người phải biết chăm sóc sức khỏe để phòng bệnh cho bản thân, gia đình và cộng đồng. Trong phòng bệnh, cần biết những nguyên tắc sau đây:

- Giữ gìn tốt vệ sinh ăn uống, nơi ở và môi trường, nghĩa là thực hiện được "3 sạch": ăn sạch, ở sạch, uống sạch.
- Mọi người dân nên làm kiểm tra sức khỏe ít nhất một lần mỗi năm để sớm phát hiện những biểu hiện lâm sàng hay bất thường sinh học có thể tương ứng với một bệnh da liễu.

- Các yếu tố môi trường, cơ địa, di truyền, gia đình, khiếm khuyết miễn dịch có thể đóng một vai trò đáng kể trong sinh bệnh học da liễu. Nếu thấy cơ địa hoặc tạng gia đình hay có mề đay, chàm thì không nên làm trong xí nghiệp hóa chất để tránh các bệnh da nghề nghiệp.
- Nên tránh mọi yếu tố (thuốc, vật lý, cơ học, hóa chất) không thích hợp có thể gây tổn thương da.
- Mọi người cần được tham gia giáo dục sức khỏe, để phòng chống bệnh tốt hơn. Cụ thể là:

• *Đối với bệnh da và bệnh phong*

- Mọi người nên biết đại khái cấu trúc và các chức năng sinh lý quan trọng của da, biết cách bảo vệ và chăm dóc da, cần thực hiện tốt vệ sinh da, tóc và vệ sinh môi trường.
- Tránh mọi chấn thương dù nhỏ, nhất là chấn thương ở tay chân: vì da không nguyên vẹn sẽ là cửa ngõ dẫn đến các nhiễm trùng.
- Không sử dụng thuốc bừa bãi (kể cả thuốc bôi) để tránh bị dị ứng và trúng độc da (toxidermie).
- Cần phấn đấu nâng cao mức sống, cải thiện bữa ăn dinh dưỡng sao cho đủ năng lượng, chất đạm và sinh tố.

• *Đối với bệnh lây truyền qua đường sinh dục*

- Mọi người không nên xem thường các bệnh lây truyền qua đường sinh dục.
- Vận động nếp sống lành mạnh, thủy chung.
- Sử dụng bao cao su.

2. ĐỐI VỚI NGƯỜI BỆNH: (DỰ PHÒNG CẤP 2 VÀ CẤP 3)

Nguyên tắc

- Phải chẩn đoán đúng trước khi điều trị.

- Điều trị đúng chỉ định, đúng kỹ thuật một cách toàn diện theo nguyên tắc sinh bệnh học.
- Không nên dùng corticoide và kháng sinh bừa bãi.

• *Bệnh phong*

- Khi có dấu hiệu nghi ngờ (ví dụ: một vùng da mất cảm giác đau hoặc nóng), bệnh nhân cần đi khám sớm để xác định bệnh và điều trị đa hóa kịp thời.
- Đối với những trường hợp khó, nặng hay biến chứng, nên chuyển lên tuyến cao hơn.
- Khi bệnh nhân bị tàn-tật: cần kết hợp vật lý trị liệu, phẫu thuật chỉnh hình và hướng dẫn các biện pháp để phòng tránh hoặc hạn chế tàn phế nặng hơn.

• *Bệnh lây qua đường sinh dục*

- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời để tránh lây cho người khác và tránh biến chứng.
- Khi không có triệu chứng rõ ràng (nghi ngờ) mà không có điều kiện theo dõi: điều trị ngăn chặn.
- Khi không có triệu chứng nhưng có tiền sử tiếp xúc: điều trị dịch học khi đã phát hiện bệnh ở người đồng sàng.
- Khi có biến chứng: cần điều trị tích cực tại bệnh viện hoặc tuyến cao hơn.

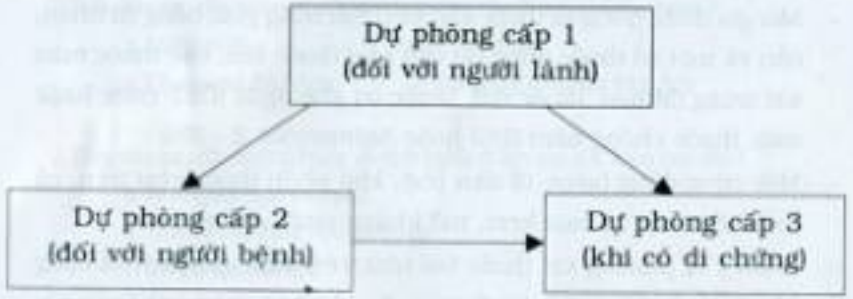
• *Bệnh da*

- Phát hiện sớm và điều trị tích cực các bệnh da thông thường và bệnh da trẻ em (chàm, ghẻ, nấm cạn, nhiễm khuẩn da do các vi trùng thông thường) để tránh lây lan và biến chứng.
- Đối với bệnh da nghề nghiệp: điều trị tích cực và đổi nghề nếu bệnh tái phát dai dẳng và không đáp ứng với điều trị.

- Các bệnh da nói chung: không nên chỉ điều trị theo biến chứng mà phải cố gắng tìm nguyên nhân để điều trị có hiệu quả.

3. TÓM LẠI

- Để kiểm soát bệnh, nhất là kiểm soát các bệnh xã hội, người ta thường kiểm soát trong vòng khép kín với ba bước dự phòng sau đây:



SƠ ĐỒ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

- Trọng tâm hiện nay của CSSKBĐ trong da liễu là:

Bệnh phong

- Phát hiện sớm và điều trị đa hóa kịp thời để khống chế bệnh phong không còn là một vấn đề y tế cộng đồng.
- Đồng thời phòng chống tàn tật trong bệnh phong.

Bệnh lây truyền qua đường sinh dục

- Chống giang mai bẩm sinh
- Chống lậu mắt trẻ sơ sinh
- Phòng ngừa nhiễm HIV/AIDS

Bệnh da

Điều trị tích cực:

- Bệnh da thông thường
- Bệnh da trẻ em
- Bệnh da nghề nghiệp

Dược

Thuốc thiết yếu về da liễu cho từng tuyến. Ví dụ: tuyến cơ sở:

- Mỗi gia đình: trong tủ thuốc cần có thêm bông gòn, băng cá nhân, cồn và một số thuốc dùng tại chỗ như thuốc tím, các thuốc màu sát trùng (Milian, thuốc đỏ), thuốc trị ghẻ ngứa (DEP nước hoặc mỡ), thuốc chống nấm (BSI hoặc Antimycose 2 - 3%).
- Mức cộng đồng (xóm, tổ dân phố, khu phố): thuốc như trên, có thể thêm một số loại kem, mỡ kháng sinh, chống viêm.
- Trạm y tế phường xã: thuốc bôi như trên (mức gia đình và cộng đồng), thuốc uống gồm thuốc giảm đau, kháng sinh và chống ngứa thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Da liễu, Bệnh da và các bệnh lây qua đường sinh dục, 1992, p 274-278.
2. David Werner, Chăm sóc sức khỏe, 1983, p.237-264.
3. Nguyễn Văn Ứt, Bệnh da liễu, 1999, p.43- 50.
4. Nguyễn Văn Ứt, Da liễu thực hành, 1990, p.6-9.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn một câu đúng

1. Điều nào sau đây không thuộc về "dự phòng cấp 1" trong các bệnh lây truyền qua đường sinh dục ?

a. Vận động nếp sống lành mạnh, chung thủy
b. Giáo dục sức khỏe
c. Điều trị dịch học khi đã phát hiện bệnh ở người đồng sàng
d. Dùng bao cao su

2. Điều nào sau đây không thuộc về "dự phòng cấp 3" trong bệnh phong ?

a. Vật lý trị liệu
b. Phẫu thuật
c. Chọn nghề thích hợp
d. Dùng thuốc đa hóa thích hợp

3. Điều nào sau đây không thuộc về định nghĩa chăm sóc sức khỏe ban đầu?

a. Những săn sóc thiết yếu
b. Dựa trên kỹ thuật học thích hợp
c. Có giá trị khoa học
d. Với một chi phí đích đáng

4. Thuốc bôi thiết yếu phục vụ cho chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến cộng đồng là:

a. Dung dịch Milian, thuốc đỏ, DEP nước, kem Cortibion, mỡ Neomycin
b. Dung dịch Milian, thuốc đỏ, DEP nước, kem Cortibion, mỡ Leucodinin B
c. Dung dịch Milian, thuốc đỏ, DEP nước, kem Cortibion, mỡ Diprosalic
d. Dung dịch Milian, thuốc đỏ, DEP nước, kem Cortibion, mỡ Contractubex

5. Chăm sóc sức khỏe ban đầu trong bệnh phong đối với người lành mạnh cần:

a. Uống thuốc ngừa bệnh phong
b. Sống xa vùng có bệnh nhân phong
c. Khám định kỳ ở chuyên khoa phong mỗi 3 tháng
d. Giữ vệ sinh da tốt, tránh gây tổn thương da
e. Chủng ngừa BCG lặp lại đầy đủ

6. Để phòng bệnh lây qua đường sinh dục cần áp dụng biện pháp sau, ngoại trừ:

a. Dùng bao cao su

b. Hạn chế tối đa số bạn tình

c. Vệ sinh trước và sau khi quan hệ tình dục

d. Sống lành mạnh, chung thủy một vợ, một chồng

Chọn một câu sai

7. Dự phòng cấp 2 và cấp 3 trong bệnh phong, người bệnh cần:

a. Đi khám bệnh sớm

b. Uống thuốc đủ và đều

c. Tạm thời cách ly với người thân trong gia đình

d. Tránh làm phồng hoặc trầy xước bàn tay, bàn chân

e. Tích cực tập vật lý trị liệu nếu bị co mềm các ngón tay

Đáp án

1. c 2. d 3. d 4. a 5. d 6. c 7. c

CÁC LOẠI THUỐC BÔI NGOÀI DA

BS. Nguyễn Thanh Minh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài này, sinh viên có khả năng:

1. Nêu được các chỉ định và chống chỉ định của thuốc bôi ngoài da để không sử dụng bừa bãi, gây nhiều biến chứng làm bệnh trở nên nặng hơn.
2. Nêu được các nguyên tắc thuốc bôi ngoài da.
3. Nhận thức được thuốc bôi không chỉ tác dụng ngoài da, mà còn ở nội tạng. Cũng như không nên quên sự tương tác của thuốc với môi trường ngoài cơ thể, cũng như giữa các thuốc với nhau.
4. Nhận thức được sử dụng đúng thuốc bôi sẽ góp phần rất nhiều cho điều trị bệnh da liễu gần như luôn đòi hỏi điều trị tại chỗ.

I. ĐẠI CƯƠNG

Khi đề cập đến điều trị bệnh da liễu, một số người cho rằng chỉ bôi thuốc ngoài da là đủ, quan niệm này không phải lúc nào cũng đúng, cần phối hợp thuốc bôi và thuốc đường toàn thân, vì giữa da và nội tạng luôn có mối liên quan chặt chẽ.

Các thuốc bôi ngoài da rất phong phú, đa dạng. Chúng là chất hữu cơ, vô cơ, thảo mộc, chất tổng hợp và bán tổng hợp. Vì thế, khi sử dụng chúng không đơn giản, phải nắm vững và tuân theo những nguyên

tắc nhất định, như thế sẽ đạt được kết quả mong muốn. Ngược lại, nếu sử dụng bừa bãi, không đúng chỉ định thì bệnh sẽ nặng hơn.

II. NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG

1. NGUYÊN TẮC CHỦ YẾU

Phải chẩn đoán bệnh chính xác để chỉ định đúng thuốc bôi và đạt kết quả tốt trong điều trị. Ngược lại sẽ đưa đến các biến chứng nặng.

Tùy tình trạng, diễn tiến của bệnh: các giai đoạn bệnh khác nhau thì dùng thuốc bôi dạng khác nhau, như:

- Viêm cấp tính (hồng ban, rịn nước, phù nề, nhiễm trùng): dùng dạng dung dịch, đắp ướt.
- Bán cấp (ít tiết dịch, đóng mài khô): dùng dung dịch, bột, kem, hồ.
- Mãn tính (da dầy, lichen hóa, tróc vẩy): dùng mỡ.

Nồng độ thuốc thích hợp: trẻ em phải dùng thuốc có nồng độ thấp hơn người lớn.

Vị trí sang thương: vùng da mỏng như nách, bẹn, bìu,... dùng nồng độ thấp hơn các vị trí khác. Còn vùng da dày như lòng bàn tay, lòng bàn chân thuốc khó hấp thu hơn vùng da khác nên dùng nồng độ cao.

Tình trạng cảm ứng da: ở người có tiền căn nhạy cảm da thì nên tránh dùng các thuốc bôi dễ gây dị ứng, hoặc nên bôi thử một ít trên diện tích nhỏ của da.

Đối với một số thuốc, nếu sang thương da quá nhiều, thì cần phải tính lượng thuốc bôi qua diện tích sang thương da (như corticosteroid, calcipotriol,...).

2. NGUYÊN TẮC THỨ YẾU NHƯNG KHÔNG KÉM PHẦN QUAN TRỌNG

Phải cẩn thận khi sử dụng các loại thuốc bôi dễ gây mẫn cảm (như sulfamide, penicilline, corticoide, kháng dị ứng,...)

Đối với một số hóa chất lạ, ít sử dụng thì nên làm test trước khi sử dụng, nhất là khi nó được dùng ở vùng da đầu, mặt.

Chú ý sự tương kỵ, phản ứng giữa các thuốc với nhau. Ví dụ như thủy ngân gặp iode sẽ tạo ra phản ứng hóa học gây cháy bỏng da. Do đó, không được bôi hai chất này cùng một lúc.

Phải chỉ định rõ ràng cách thức dùng như: ngâm, đắp ướt, nhỏ giọt, bôi,...

Thời gian dùng thuốc: số lần dùng thuốc trong ngày, số ngày dùng thuốc, cũng như để bao lâu sau khi bôi thì rửa sạch thuốc (vì có một số thuốc không được để lâu, có thể gây tác dụng phụ như dithranol).

III. CƠ CHẾ TÁC DỤNG CỦA THUỐC BÔI

Khi sử dụng, thuốc bôi tác dụng trên cơ thể theo 3 cách:

- Tăng cường hoặc hạn chế hiện tượng bốc hơi nước qua da.
- Ảnh hưởng đến quá trình tuần hoàn máu của da.
- Tùy theo dung môi sử dụng khi điều chế thuốc, mà thuốc bôi thấm vào da nhiều hoặc ít, nhanh hay chậm, sâu hoặc nông.

Thường thì 3 tác dụng nêu trên cùng phối hợp với nhau, ít khi nào có chỉ có tác dụng riêng lẻ. Ngoài ra, chúng ta cần chú ý đến các tác dụng lý hóa của thuốc như:

- Thuốc có thể làm thay đổi độ pH ở vùng da được bôi.
- Thuốc ảnh hưởng đến quá trình oxy hóa của tế bào.
- Thuốc có thể đưa đến các thay đổi sinh học, do sau khi bôi, thuốc được thấm vào máu, đi khắp toàn thân, gây ảnh hưởng trên các cơ quan nội tạng của cơ thể.

Vì thế, cần phải cẩn thận khi sử dụng, vì thuốc bôi có thể có cả tác dụng tại chỗ lẫn toàn thân.

IV. CÁC DẠNG THUỐC BÔI

Có rất nhiều dạng: dung dịch, hồ, bột, kem, mỡ,... Thuốc bôi bao giờ cũng gồm hai thành phần chính: hoạt chất và dung môi.

- Hoạt chất: là dược chất, hóa chất có tác dụng điều trị.
- Dung môi: là chất để hòa tan, vận chuyển hoạt chất, nó không có tác dụng điều trị, nhưng có thể hỗ trợ đắc lực cho tác dụng của hoạt chất (nhờ tác dụng lý hóa phong phú của nó).

Vì thế, khi chỉ định dùng thuốc bôi thì nên ghi rõ dạng thuốc, cũng như nồng độ cần dùng (nếu có).

Ví dụ: Mỡ salicylée 10%
Dung dịch Êosine 2%
Kem Clotrimazole 2%

1. ĐẮP ƯỚT ĐỂ HỞ

Trong dạng này có nhiều cách dùng: đắp ướt, ngâm hoặc nhỏ giọt liên tục.

Tác dụng

Giảm viêm (nhờ tác dụng co mạch), rửa sạch tổn thương da. Thường dùng dạng này trong các tổn thương viêm cấp tính, bội nhiễm, vết lở loét.

Cách làm

+ *Đắp ướt:* dùng gạc nhúng vào dung dịch thuốc, vắt nhẹ, đắp gạc còn ướt trực tiếp lên thương tổn, chú ý phải giữ cho gạc luôn ướt, có thể đắp liên tục cả ngày hoặc nhiều lần trong ngày. Dung dịch đắp ướt thường dùng là nước muối $9^{o}/_{oo}$, thuốc tím ($KMnO_4$) 1/10.000, nitrate bạc 1%,...

+ *Nhỏ giọt chậm:* nhỏ trực tiếp lên tổn thương, liên tục, cách này thường dùng để thay thế cho đắp ướt, có hiệu quả tương đương.

+ *Ngâm, tắm:* đối với một số trường hợp, tổn thương da quá rộng, thì nên dùng cách này, mỗi lần dùng khoảng 250 lít nước pha với thuốc dịu da như amidon (500g) hoặc sulfate kẽm (25 – 50g), hoặc ichtyol (250g, có thêm tác dụng chống ngứa), hoặc thuốc tím (nồng độ 1/10.000), nước ấm, mỗi lần tắm không quá nửa giờ.

2. DUNG DỊCH: (SOLUTION)

Là thuốc nước, gồm hoạt chất hoà tan trong dung môi chất lỏng. Tùy vào dung môi, có hai loại dung dịch: trong nước và trong cồn.

+ *Dung dịch trong nước:* dùng cho các tổn thương tiết dịch, dung môi thường là nước cất.

Ví dụ: dung dịch Dalibour

Sulfate đồng	10 gr
Sulfate kẽm	35 gr
Cồn long não	15 ml
Nước cất vđ	10 lít

Dung dịch trichloracetic acid 50%

Trichloracetic acid	50 gr
Nước cất vđ	100 ml

+ *Dung dịch trong cồn:* dùng trên các tổn thương khô, dung môi thường là cồn 60 độ, làm cho hoạt chất thấm nhanh hơn, sâu hơn, nhưng lại thường có tính kích thích da và mau bay hơi.

Ví dụ: dung dịch BSI, dung dịch antimycose, dung dịch lưu huỳnh kết tủa 5%.

3. BỘT: (POUDRE)

Có tác dụng hút nước, giảm sung huyết, làm mát da, giảm cọ xát da,... thường được dùng cho các tổn thương da có tiết dịch, chảy nước ở các nếp gấp da, kẽ da. Có hai loại bột:

- Bột thảo mộc (như bột gạo, bột mì, bột than): có tác dụng dịu da nhiều hơn, nhưng dễ lên men, nên đôi khi khó sử dụng.
- Bột khoáng chất: như talc, kaolin, oxit kẽm (ZnO). Ví dụ: bột talc, bột phấn rôm,...

4. KEM: (CREAM)

- Thành phần:
  + Dung môi: gồm vaseline, lanoline, glycérine, nước,...
  + Hoạt chất.
- Tác dụng: làm mềm da, dịu da, thoáng mát, tác dụng nông, không làm nứt nẻ da, nó có tác dụng kéo dài hơn là dạng dung dịch.

Ví dụ: kem Dalibour

Sulfate đồng	0,06 gr
Sulfate kẽm	0,03 gr
Nước vôi	10 gr
Lanoline	10 gr
Vaseline	10 gr

5. THUỐC HỒ: (PÂTE)

- Thành phần: gồm chất béo hoặc glycerine, bột (chiếm tỉ lệ khá cao), nước và hoạt chất.
- Tác dụng: dịu da, hút nước, giảm sung huyết, nhưng không cản trở bài tiết mồ hôi.

Ví dụ: hồ nước

Axit kẽm	25 gr
Bột talc	25 gr
Glycerine	25 gr
Nước cất	25 gr

6. THUỐC MỠ: (POMMADE hoặc OINTMENT)

- Thành phần: chất béo và hoạt chất (có thể cho thêm bột nhưng không quá 10%). Chất béo (có vai trò là dung môi) thường dùng là:
  + Chất béo động vật: mỡ lợn, mỡ lông cừu, mỡ cá voi, sáp ong.
  + Chất béo thực vật: dầu olive, dầu hạnh nhân, dầu đu đủ tía,...
  + Chất béo từ khoáng chất: vaseline, paraffine.
- Tác dụng: mềm da, ngăn cản bốc hơi và bài tiết của da, giữ hơi nóng, gây sung huyết, tác dụng sâu và kéo dài, thường dùng cho tổn thương da dày, tăng sừng, tróc vẩy.

Ví dụ:

Mỡ salicylée 5%: tiêu sừng, bong vẩy.

Acide salicylique		5 gr
Vaseline	vđ	100 gr

Mỡ Whitfield: kháng nấm (nấm sợi tơ), tiêu sừng, có tính kích thích da.

Acide benzoique		12 gr
Acide salicylique		6 gr
Vaseline	vđ	100 gr

V. CÁC HOẠT CHẤT THƯỜNG DÙNG TRONG THUỐC BÔI

1. Iode: có tính sát khuẩn, chống nấm (như BSI, Bétadine®,...)

2. Nitrate bạc: có tính sát trùng, chống ngứa, se da

3. Sulfate kẽm: sát trùng, se da

4. Các acid hữu cơ: là chất tiêu sừng (kératolytique), có nhiều loại được dùng, có thể dùng 1 loại hoặc phối hợp nhiều loại với nhau.

• *Acide salicylique:* tùy theo nồng độ dùng, nó có nhiều tác dụng:

- Từ 1 – 3%: có tính sát trùng, chống nấm, chống ngứa (thường

dùng trong lang ben, nấm da Dermatophytes).

- Từ 5 – 10%: có tính bạt sừng, mỏng da, dùng trong các bệnh da tăng sừng (hyperkératose), tróc vẩy, lichen hóa (lichenification) như bệnh vẩy nến, chàm mãn tính, thường dưới dạng mỡ (ointment).

• *Acide trichloracetique:* dung dịch 50% điều trị mụn cóc, mỏng gà,... (có thể 70% khi sang thương ở vùng da dày như lòng bàn tay, bàn chân).

- Phối hợp: acide salicylique, acide lactique, acide glycolique trong một chế phẩm, thường là thuốc ngoại nhập, dùng để điều trị mụn cóc, mắt cá, mỏng gà.

5. Lưu huỳnh (sulfur): có hai dạng lưu huỳnh thường dùng là: dạng kết tủa và dạng hòa tan. Có tác dụng sát trùng và ký sinh trùng (nhất là ghẻ ngứa), giảm tiết bã nhờn, bạt sừng.

Thường dùng trong bệnh ghẻ ngứa, viêm da tiết bã, trứng cá.

6. Goudron: có nhiều loại, có tác dụng chống ngứa, làm mềm lớp sừng và giảm tạo vẩy. Dùng để điều trị các tổn thương lichen hóa, bệnh chàm đồng tiền (eczema nummulaire), viêm da tiết bã và bệnh vẩy nến.

7. Anthraline (hoặc Dithranol): là dẫn xuất của chrysarophanic acid, có tác dụng trên quá trình tổng hợp của DNA của tế bào.

- Chỉ định: bệnh vẩy nến, chỉ bôi 30 phút/ngày.
- Tác dụng phụ: kích thích da, đỏ da, ngứa rát.

8. Vitamine D_3 và các dẫn xuất: có nhiều loại, nhưng thông dụng là calcipotriol, được dùng dưới 3 dạng: mỡ, kem và dung dịch, với nồng độ là 0,005%.

- Chỉ định: bệnh vẩy nến, các bệnh da có rối loạn sừng hóa da.
- Tai biến: có thể làm tăng calcium trong máu.

9. Chất màu: là các hóa chất có màu, có rất nhiều loại như: cristal violet, tím gentian, xanh méthylène, éosine, fuchsin. Có tác dụng: sát trùng, se da. Các thuốc là: dung dịch milian, éosine 2%, castellani.

10. Résorcine: có tính sát trùng, chống ngứa ở nồng độ thấp < 5%. Với nồng độ cao 5 – 10% có tác dụng bong vẩy nhiều, đôi khi làm bỏng da nhẹ.

11. Các dẫn xuất của vitamine A (rétinoides): có tác dụng điều trị trứng cá (acné), lão hóa da (vieillissement cutané), tăng sừng do ánh sáng (kératose actinique). Thường dùng với nồng độ là 0,025%, 0,05% và 0,1%. Tác dụng phụ: kích thích da, đỏ da, ngứa hoặc đau vùng được bôi thuốc.

12. Corticosteroid: có tác dụng chống viêm, chống ngứa. Có rất nhiều loại, tùy theo tác dụng mạnh hay yếu mà phân nhiều nhóm khác nhau, các loại thường dùng là: hydrocortisone, bétamethasone, triamcinolone, clobetasol. Tuy nhiên, nó gây ra nhiều biến chứng như: teo da, dãn mạch, tăng nguy cơ nhiễm trùng, nhiễm nấm ngoài da, mụn trứng cá, rậm lông, rối loạn sắc tố da, lệ thuộc thuốc (dépendance) và một số biến chứng toàn thân. Do đó, khi dùng phải có chỉ định rõ ràng, chỉ dùng trong một thời gian ngắn, tránh dùng quá kéo dài, tránh bôi diện tích rộng vì lượng thuốc dùng sẽ nhiều (vì thuốc không chỉ tác dụng tại chỗ, mà còn hấp thu qua da, vào máu gây tác dụng toàn thân), cũng như nên tránh dùng ở vùng đầu, mặt, cổ, là vùng có nhiều tuyến bã, vì dễ có nhiều biến chứng.

13. Dẫn xuất của Imidazole: là thuốc kháng nấm, có tác dụng trên cả nấm sợi tơ, nấm men và lang ben (ngoài ra, nó còn tác dụng trên cả vi khuẩn gram dương). Có nhiều loại: clotrimazole, miconazole, ketoconazole, bifonazole. Có nhiều loại thuốc bôi là phối hợp của imidazole và các hoạt chất khác như corticosteroid, kháng sinh.

14. Kháng sinh (antibiotique): dùng để điều trị bệnh nhiễm trùng da, trứng cá, bệnh da bội nhiễm. Các kháng sinh thường dùng là tetracycline, néomycine, gentamycine, erythromycine, clindamycine, acide fucidique,...

15. Dạng phối hợp hoạt chất: thuốc bôi hiện nay thường phối hợp nhiều hoạt chất trong một chế phẩm, có nhiều tác dụng khác nhau, do đó khi dùng nên cân nhắc kỹ càng, tránh dùng các hoạt chất không cần thiết. Các dạng phối hợp như:

- Corticosteroid + kháng nấm + kháng sinh (như betamethasone + clotrimazole + gentamycine)
- Corticosteroid + kháng sinh (như betamethasone + acide fusidique)
- Corticosteroid + kháng nấm (betamethasone + clotrimazole)
- Vitamine A acide + kháng sinh (trétinoin + erythromycine)
- Corticosteroid + acide salicylique

VI. CÁC THUỐC BÔI NGOÀI DA CỦA ĐÔNG Y

Có nhiều loại, chỉ nêu lên các loại thuốc và cách làm thông dụng, dễ dùng.

1. TẮM CHỐNG NGỨA

Thường dùng các loại như lá đắng, lá chè tươi, lá xoài, lá khổ qua, lá xoan,... nấu nước để tắm.

2. ĐẮP ƯỚT

Dùng cho các thương tổn da rỉ dịch, chảy nước nhiều như chàm cấp tính, thường dùng là: lấy nước ép của bí đao, lá sống đời, lá khế,... đắp ướt lên tổn thương da.

3. XÔNG HƠI NƯỚC

Nấu nước với lá có nhiều tinh dầu như lá bạc hà, lá tràm,... cho sôi lên, rồi xông trực tiếp phần da bị bệnh. Tác dụng: sát trùng da, làm mềm tổn thương da, làm dịu da, giảm ngứa.

4. XÔNG KHÓI

Rắc thuốc cần xông lên than đang cháy đỏ để bốc khói, xông trực tiếp lên vùng có thương tổn. Tác dụng: làm khô tổn thương rịn nước, tiết dịch. Ví dụ: xông khói bột thường trượt trong chàm cấp tính.

5. KÍCH THÍCH MỌC MÔ HẠT Ở VẾT LOÉT

Dùng cao trứng gà: lấy lòng đỏ trứng gà, hơ lên than ấm, lòng đỏ đen dần và chảy ra chất dầu (gọi là cao trứng gà), bôi dầu này lên vết loét sẽ giúp lên da non mau hơn.

6. THUỐC BÔI NẤM DA

Lá rau răm: vò thật nát, đắp trực tiếp lên tổn thương. Dùng điều trị bệnh lang ben. Lá tràm, muỗng trâu, kiến cò,... điều trị tốt bệnh nấm cạn ngoài da.

7. THUỐC BÔI TRỊ GHẺ

Tắm bằng nước lá đắng, lá có tinh dầu: lá ba chạc, lá xoan, lá chân chim, lá cúc tần, lá bạch đàn,... Sau đó bôi thuốc.

Thuốc bôi: hạt mãu chó, hạt mù u: ép lấy dầu hoặc tán nhuyễn thành bột, rồi chưng với dầu phộng, dầu mè rồi bôi, tác dụng khá tốt.

8. THUỐC BÔI CHO NHIỄM TRÙNG DA

- Với chốc, chốc loét, hăm kẽ: bôi dung dịch lá thỏm lỏm tươi giã nhỏ.

- Với đinh nhọt: bôi cồn gan mật cóc 20%.

- Lá trầu, lá đào,... giã nát, đắp lên cũng có tác dụng trị nhiễm trùng.

9. THUỐC BÔI TỐ ĐỈA

Xông khói củ thương truật, thổ phục linh, thiên niên kiện: xông 1 lần/ngày cũng khá tốt.

VII. CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU

Thực tế ở Việt Nam, hiện nay thuốc bôi rất phong phú, đa dạng, kể cả thuốc nội địa lẫn ngoại nhập. Vì thế, khi sử dụng nên chỉ định các loại thuốc có hiệu quả điều trị, ít gây biến chứng, dễ tìm, giá cả hợp lý.

Chúng tôi xin đề nghị một số thuốc bôi ngoài da sau đây, có thể đáp ứng cho điều trị, kể cả cho các tuyến quận, huyện:

- Nhiễm trùng da: dung dịch milian, eosine 2%
- Nấm da: dung dịch BSI, antimycose, castellani
- Ghẻ: DEP, benzyl benzoat 25%, lindana
- Trứng cá: dung dịch lưu huỳnh kết tủa 5%, erythromycine 4%
- Mụn cóc, mồng gà: trichloracetic acid 50%
- Chàm thể tạng, viêm da tiếp xúc: dung dịch Dalibour, mỡ salicylée 5 – 10%

Thuốc bôi góp phần rất lớn trong điều trị bệnh da liễu, do đó cần phải nắm vững nguyên tắc và sử dụng đúng chỉ định, như thế sẽ điều trị hiệu quả và không gây tai biến cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Ứt. Da Liễu Thực Hành, 1990, p.253-62.
2. Nguyễn Văn Ứt. Bệnh Da Liễu, 1999, p.53-65.
3. Nguyễn Xuân Hiền. Bệnh Ngoài Da Và Hoa Liễu, 1991, p.40-49.
4. Saurat J.H. Dermatologie et Vénéréologie, 1991, p.827-28.
5. Kenneth A.A. Manual of Dermatologic Therapeutics, 1989, p.255-59.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn câu đúng

1. Nồng độ thuốc bôi được lựa chọn tùy theo:
   a. Vị trí vùng da bị bệnh
   b. Mỗi bệnh nhân
   c. Tình trạng diễn tiến của bệnh.
   d. a và b đều đúng
   e. a và c đều đúng

2. Thuốc bôi có thể gây độc do:
   a. Được hấp thu qua da
   b. Bôi kéo dài thuốc có nồng độ cao trên vùng da rộng lớn
   c. Bôi toàn thân
   d. a và b đều đúng
   e. a, b và c đều đúng

3. Lựa chọn thuốc bôi cho phù hợp thì dựa vào:
   a. Tình trạng của bệnh hoặc giai đoạn đang tiến triển của bệnh.
   b. Độ dày, mỏng của vùng da bị bệnh.
   c. Phản ứng của bệnh nhân đối với thuốc.
   d. a, b và c đều đúng.
   e. a, b và c đều sai.

4. Dạng đắp ướt để hở có tác dụng:
   a. Làm giảm viêm
   b. Rửa sạch tổn thương
   c. Điều trị cho các bệnh viêm cấp tính hay vết lở loét da
   d. a, b và c đều đúng
   e. b và c đều đúng

5. Dạng bột có tác dụng:

a. Hút nước ở sang thương tiết dịch
b. Làm mát da
c. Giảm sung huyết
d. Giảm cọ xát da
e. Tất cả đều đúng

6. Thuốc bôi chỉ có tác dụng ngoài da, không có tác dụng trên cơ quan nội tạng.

a. Đúng
b. Sai

Chọn câu sai

7. Thuốc kem có tác dụng:

a. Làm mềm da, dịu da
b. Tác dụng sâu và kéo dài như thuốc mỡ
c. Không gây nứt da
d. Tác dụng kéo dài hơn so với dung dịch

8. Thuốc hồ có tác dụng:

a. Dịu da
b. Hút nước
c. Giảm sung huyết da
d. Gây trở ngại bài tiết mồ hôi

9. Thuốc bột có các tác dụng sau:

a. Hút nước
b. Dùng ở các nếp gấp của da
c. Tăng cọ xát da
d. Giảm sung huyết da

10. Thuốc mỡ có tác dụng:

a. Làm mềm da
b. Gây sung huyết ở da
c. Ngăn cản sự bốc hơi và bài tiết qua da
d. Làm giảm sự hấp thu qua da
e. Tác dụng sâu và kéo dài hơn các dạng thuốc bôi khác

11. Các thuốc có tác dụng chống nấm là:

a. Dung dịch BSI
b. Mỡ Whitfield
c. Dung dịch Antimycose
d. Dung dịch xanh Méthylène 1%

12. Các thuốc bôi có tác dụng hút nước là:

a. Thuốc hồ
b. Thuốc bột
c. Thuốc mỡ
d. Cả a và b đều đúng

Đối chiếu

13. Dạng thuốc nào dùng cho những vị trí tương ứng sau đây:

A. Viết loét da	1. Bột
B. Nếp da	2. Mỡ
C. Vùng có lông	3. Dung dịch
D. Da dày sừng	4. Đắp ướt để hở

14. Dạng thuốc nào dùng cho sang thương tương ứng sau đây:

A. Thuốc hồ	1. Sang thương khô, tăng sừng
B. Dung dịch	2. Sang thương tiết dịch, chảy nước
C. Thuốc mỡ	
D. Thuốc bột	

Điền vào khoảng trống

15. Thuốc bôi có tác dụng hút nước ở tổn thương tiết dịch ở các nếp gấp của da là dạng thuốc .....

16. Thuốc bột để bôi chia làm hai loại là: bột ..... và bột .....

17. Thuỷ ngân không được bôi cùng một lúc với ..... vì tạo ra phản ứng hoá học gây cháy da.

Đáp án

1.c	2.d	3.a	4.d	5.e	6.b	7.b
8.d	9.c	10.d	11.d	12.c		

13. A-4, B-1, C-3, D-2

14. C-1, A,B,D-2

15.bột

16.thảo mộc, khoáng chất

17.iode

PHẦN II

BỆNH PHONG

BỆNH PHONG

BS. Bùi Văn Đức

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được nguyên nhân gây bệnh phong và một số đặc điểm dịch tễ học bệnh phong.
2. Nêu được 3 cách phân loại bệnh phong.
3. Nêu được đặc điểm chính của mỗi thể phong.
4. Nêu được những dấu hiệu chính để chẩn đoán bệnh phong.
5. Nêu được các thuốc điều trị bệnh phong và phác đồ điều trị bệnh phong.
6. Nêu được các biện pháp phòng ngừa bệnh phong.

I. ĐẠI CƯƠNG

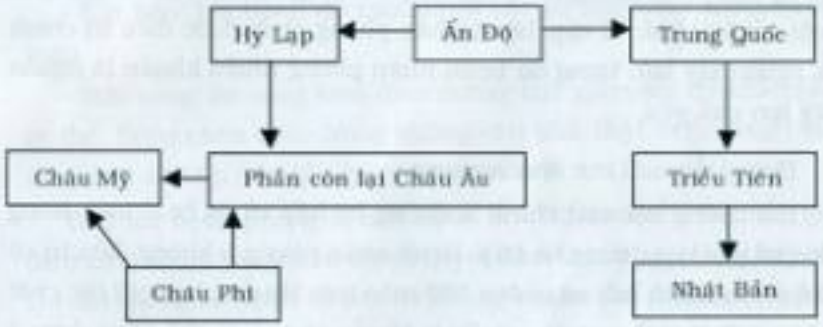
1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh phong là một bệnh nhiễm trùng hệ thống, mạn tính, do trực khuẩn *Mycobacterium leprae* gây ra. Bệnh gây tổn thương chủ yếu ở da và thần kinh ngoại biên. Trong những thể nặng hoặc không được điều trị sớm, bệnh có thể gây tổn thương các cơ quan khác như mắt, mũi, họng, thanh quản, viêm tinh hoàn, tổn thương xương, khớp.

2. VÀI NÉT VỀ LỊCH SỬ VÀ DỊCH TỄ HỌC BỆNH PHONG

Lịch sử

Bệnh phong là một trong những bệnh lâu đời nhất của loài người. Tại Ấn Độ, vào năm 600 trước Công nguyên, bệnh phong được gọi là "Kushtha", có nghĩa là 'bị ăn mòn dần'. Trên một số xác ướp của người Ai cập vào thế kỷ II trước công nguyên cho thấy có bằng chứng tổn thương xương do bệnh phong. Bệnh phong có lẽ bắt nguồn từ Ấn Độ rồi lan truyền ra các nước theo sơ đồ sau:



Dịch tễ học

Bệnh phong là bệnh lây truyền chứ không phải do di truyền, tuy nhiên bệnh thường khó lây. Tỉ lệ lây lan trong các cặp vợ chồng hoặc trong các gia đình có người bị bệnh phong từ 2 – 5%. Điều kiện lây lan phụ thuộc vào nhiều yếu tố.

Tỷ lệ bệnh phong còn cao ở Đông Nam Á, Trung Phi, Ấn Độ, Trung và Nam Mỹ, đặc biệt tỉ suất hiện mắc luôn luôn cao nhất ở Châu Phi. Nói chung bệnh phong vẫn còn gặp ở bất cứ nơi nào trên thế giới, nhưng ở nhiều nước (nhất là Châu Âu) có tỷ lệ rất thấp, thường dưới

0,1°/$_{00}$. Tại Việt Nam, tỉ lệ bệnh phong ở một số tỉnh miền núi còn khá cao, trong khi ở đồng bằng đã hạ thấp. Vào năm 1996, tỉ suất hiện mắc bình quân cả nước khoảng 1,69/10.000 (riêng ở khu vực B2 là 1,61/10.000). Đến nay, về cơ bản nước ta đã đạt mục tiêu mà Tổ chức Y tế Thế giới đã đề ra là loại trừ bệnh phong để bệnh không còn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng, tức là hạ tỉ suất hiện mắc bệnh (prevalence) xuống dưới 1/10.000.

Nguồn lây

Bệnh phong hầu như chỉ có ở con người, mặc dù một số trường hợp giống như bệnh phong được tìm thấy ở những con trúc (armadillos) và một vài loài khỉ. Vì vậy, bệnh nhân phong chưa được điều trị chính là nguồn lây lan, trong đó bệnh nhân phong nhiều khuẩn là nguồn lây lan chủ yếu.

Đường bài xuất trực khuẩn phong

Hai đường bài xuất chính là đường hô hấp và da bị lở loét, trong đó chủ yếu qua đường hô hấp. Bệnh nhân phong u không điều trị có thể phóng thích mỗi ngày đến 100 triệu trực khuẩn phong từ các chất nhầy mũi (nasal secretions). Trực khuẩn phong có thể sống được ở môi trường ngoài cơ thể trong khoảng 1 – 2 tuần.

Đường xâm nhập của trực khuẩn phong

Hai đường chính là đường hô hấp và da bị trầy xước chấn thương. Đường hô hấp cũng là đường vào chủ yếu, qua đó trực khuẩn phong được chuyển đến những vị trí thích hợp để nhân lên.

Khả năng mắc bệnh

Phụ thuộc vào miễn dịch trung gian tế bào của cơ thể. Đa số ai cũng có miễn dịch trung gian tế bào mạnh đối với trực khuẩn phong, thể hiện bằng phản ứng Mitsuda dương tính. Những người này thường không bị bệnh, hoặc nếu có thì chỉ mắc bệnh phong thể nhẹ (phong

củ). Trái lại, một số ít người không có hoặc chỉ có miễn dịch tế bào yếu sẽ dễ bị mắc bệnh hơn và dễ bị thể phong nặng. Một số tác giả cho rằng khả năng mắc một thể phong nào đó có thể phụ thuộc vào gien liên kết HLA (HLA-linked genes).

Các yếu tố tuổi, giới, chủng tộc và môi trường

- Tuổi nào cũng có thể bị, song thanh thiếu niên dễ bị bệnh hơn. Tuổi khởi phát bệnh cao nhất là giữa 10 và 20 tuổi.
- Giới tính: nam bị nhiều hơn nữ, tỉ lệ khoảng 2/1.
- Chủng tộc: tỉ lệ cao hơn ở người da đen và da vàng.
- Khí hậu: lưu hành độ cao hơn ở các xứ nhiệt đới nóng và ẩm thấp.
- Mức sống: ăn uống kém dinh dưỡng làm giảm sức đề kháng của cơ thể. Sống chen chúc trong những căn nhà chật hẹp, đông người làm tăng sự tiếp xúc gần gũi với nguồn lây.

Tóm lại: bệnh phong là một bệnh lây. Ngoài yếu tố về tuổi, giới, điều kiện sống, hai yếu tố chính quyết định lây truyền là sự tiếp xúc lâu dài với người bệnh và sức đề kháng của cơ thể đối với *M. leprae*.

3. VI TRÙNG HỌC

Trực khuẩn phong *Mycobaterium leprae* do Armauer Hansen tìm ra năm 1873 nên còn được gọi là trực khuẩn Hansen, có một số đặc điểm sau:

- Hình que, thẳng hay hơi cong, gram dương, dài 3 – 8mm, kháng axit và cồn (nhưng kém hơn *M. tuberculosis*).
- Không cấy được trên môi trường không tế bào (cell-free media).
- Chu kỳ sinh sản chậm, trung bình từ 13 – 15 ngày.
- Có thể truyền cho động vật: vào năm 1960, lần đầu tiên Shepard báo cáo trực khuẩn phong có thể nhân lên ở gan bàn chân chuột nhắt

(mouse footpad). Hơn 200 dòng *M. leprae* từ các bệnh nhân trên thế giới đã gây ra một loại nhiễm trùng giống nhau khi được chủng vào gan bàn chân chuột. Năm 1971, Kirchheimer và Storrs đã gây được nhiễm trùng thực nghiệm ở loại trúc chín khoang (nine-banded armadillo).

- Ở mô, trực khuẩn phong thường được tìm thấy trong các đại thực bào và trong dây thần kinh. *M. leprae* có thể có dạng nguyên vẹn hoặc bị đứt khúc. Chỉ những trực khuẩn nguyên vẹn mới có khả năng lây nhiễm.

4. THỜI KỲ Ủ BỆNH

Rất thay đổi, có thể có từ 3 tháng đến 40 năm, song đa số kéo dài nhiều năm, trung bình là 2 – 5 năm.

II. PHÂN LOẠI BỆNH PHONG

Phân loại bệnh phong dựa vào lâm sàng, vi trùng học, miễn dịch học và giải phẫu bệnh lý. Trong đó lâm sàng có vai trò quan trọng hàng đầu nhưng cũng cần sự hỗ trợ của cận lâm sàng, nhất là vi trùng học và giải phẫu bệnh lý.

Có nhiều cách phân loại bệnh phong, song 3 cách phân loại thường được áp dụng trong các chương trình kiểm soát bệnh phong là:

1. PHÂN LOẠI THEO HỘI NGHỊ BỆNH PHONG QUỐC TẾ LẦN THỨ 6 (MADRID 1953)

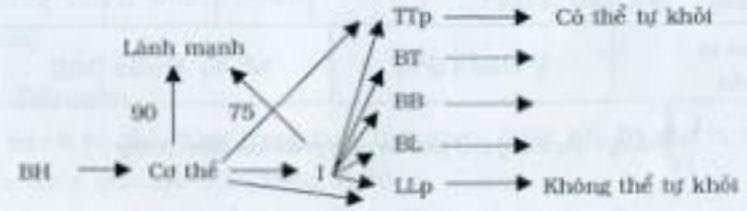
Gồm 4 nhóm: phong bất định (I), phong củ (T), phong trung gian (B) hay phong nhị dạng (dimorphous) và phong u (L). Trong đó nhóm phong củ và phong u là hai nhóm phong ở hai cực đối lập của phổ bệnh và ổn định về mặt miễn dịch trung gian tế bào.

2. PHÂN LOẠI THEO MIỄN DỊCH HỌC CỦA RIDLEY VÀ JOPLING

Cách phân loại này được đề nghị bởi Ridley và Jopling năm 1962 đầu tiên nhằm phục vụ cho nghiên cứu. Năm 1966 bảng này phát triển thành 5 nhóm, biểu thị khả năng miễn dịch của bệnh nhân. Hiện nay phân loại được Ridley khuyến cáo gồm 6 nhóm (1988):

1. Nhóm bất định (I, indeterminate)
2. Nhóm phong củ (TT, tuberculoid)
3. Nhóm phong trung gian gần củ (BT, borderline tuberculoid)
4. Nhóm phong trung gian (BB, mid-borderline)
5. Nhóm phong trung gian gần U (BL, borderline lepromatous)
6. Nhóm phong u (LL, lepromatous leprosy)

Phân loại của của Ridley và Jopling có thể được biểu thị bằng sơ đồ sau:



3. PHÂN LOẠI THEO VI KHUẨN (THEO WHO 1988)

Đây không phải là phương pháp phân loại mới, mà chỉ là cách phân loại bệnh nhân theo nhóm ít khuẩn hoặc nhiều khuẩn để áp dụng đa hóa trị liệu thống nhất trong các chương trình kiểm soát bệnh phong. Phân loại này gồm 2 nhóm:

- *Nhóm ít khuẩn (PB=paucibacillary)*
  - Theo bảng phân loại của Ridley-Jopling: phong bất định (I), phong củ (TT), phong trung gian gần củ (BT).

- Theo bảng phân loại của Madrid: phong bất định (I), phong củ (T).
- Bất cứ thể nào của nhóm này có vi khuẩn dương tính phải được xếp vào nhóm nhiều khuẩn của chương trình đa hóa trị liệu.

• *Nhóm nhiều khuẩn (MB =multibacillary)*

- Theo bảng phân loại của Ridley-Jopling: phong trung gian (BB), phong trung gian gần u (BL), phong u (LL).
- Theo bảng phân loại của Madrid: phong trung gian (B), phong u (L).

Tất cả các trường hợp có phiến phết dương tính đều được xếp vào nhóm đa hóa nhiều khuẩn.

Madrid	I	T		B		L
Ridley - Jopling	I	TT	BT	BB	BL	LL
Theo vi khuẩn	Ít khuẩn (PB)			Nhiều khuẩn (MB)		

Bảng 1: *Sự tương ứng giữa ba cách phân loại bệnh phong*

III. ĐẶC ĐIỂM CHÍNH CỦA CÁC THỂ PHONG

1. PHONG BẤT ĐỊNH

Lâm sàng

- Thương tổn da: phong bất định thường là khởi đầu của các thể phong, có tính chất bất định về lâm sàng, vi trùng học, miễn dịch học, giải phẫu bệnh và tiến triển. Thương tổn của phong bất định thường là một dát giảm sắc tố hoặc hơi hồng, giới hạn không rõ, đôi khi nhiều thương tổn nhưng không đối xứng. Cảm giác trên thương tổn bình thường hoặc giảm nhẹ.

- Thần kinh ngoại biên: bình thường.

Vi trùng học

Phết rạch da thường âm tính.

Miễn dịch học

Phản ứng Mitsuda âm tính hoặc dương tính yếu.

Giải phẫu bệnh lý

Thường là viêm bì không đặc hiệu. Nhưng nếu có tầm nhuận lymphô bào quanh các phần phụ của da nhất là quanh dây thần kinh thì có hướng chẩn đoán bệnh phong.

Phong bất định

Diễn tiến

Bệnh có thể đứng trong một thời gian, hoặc hết tự nhiên, hoặc tiến triển qua các thể phong khác.

2. PHONG CỦ

Lâm sàng

- Thương tổn căn bản là mảng hoặc đôi khi là dát, màu đỏ hồng hoặc đỏ sẫm, hoặc giảm sắc tố, giới hạn rõ. Toàn bộ mảng hoặc bờ của mảng nhô cao, có khi viền bờ bởi những sẩn hay củ sắp xếp kế nhau. Bề mặt thương tổn có thể teo, khô hơn vùng da bình thường, rụng lông, tróc vẩy. Thường chỉ có một thương tổn, đôi khi hai hoặc nhiều hơn, không đối xứng. Cảm giác trên thương tổn mất.

- Thần kinh ngoại biên: thường bị tổn thương sớm, số lượng ít, không đối xứng, với biểu hiện to không đều, có khi cho dạng nang hoặc chuỗi hạt.

Vi trùng học

Phết rạch da âm tính.

Miễn dịch học

Phản ứng Misuda dương tính mạnh (+++).

Giải phẫu bệnh lý

Thượng bì có thể teo hoặc bình thường. Mô bì rải rác nhiều nang hay những ổ tế bào gồm có đại bào Langhans ở trung tâm, vùng chung quanh là những tế bào dạng biểu mô xen kẽ những lymphô bào làm thành một vành đai tương đối rõ.

Phong củ

Diễn tiến

Ổn định, thường đáp ứng tốt với điều trị. Một số trường hợp có thể khỏi tự nhiên.

3. PHONG TRUNG GIAN GẦN CỦ

Lâm sàng

- Thương tổn da: thường có một vài mảng, màu đỏ hồng, đỏ sẫm hoặc giảm sắc tố, giới hạn rõ, thường kèm sang thương vệ tinh (satellite lesion), có khi tróc vẩy. Thương tổn có thể có hình vành khăn với bờ hoàn toàn rõ. Cảm giác mất hoặc giảm rõ.

- Thần kinh ngoại biên: có thể nhiều dây thần kinh bị tổn thương sớm nhưng không đối xứng.

Vi trùng học

Âm tính hoặc dương tính (+).

Miễn dịch học

Phản ứng Mitsuda dương tính yếu (+) hoặc vừa (++).

Giải phẫu bệnh lý

Thượng bì teo ít hay nhiều. Mô bì có u hạt dạng củ (tuberculoid granuloma) hoặc dạng nang gồm tế bào dạng biểu mô, lymphô bào và đại bào Langhans nhưng lan tỏa hơn trong phong củ. Có thể có dải sáng Unna nhưng rất hẹp.

Phong trung gian gần củ

Diễn tiến

Không ổn định (unstable), có thể cho phản ứng đảo nghịch (phản ứng loại I).

4. PHONG TRUNG GIAN

Lâm sàng

- Thương tổn da: thường có khá nhiều những mảng màu đỏ, đỏ sẫm hoặc giảm sắc tố, giới hạn có khi rõ, có khi không rõ (thường ít rõ hơn so với phong trung gian gần củ). Thương tổn có tính chất sưng và bóng. Thường đặc trưng nhất là những thương tổn hình vành khăn với trung tâm lõm và màu da gần bình thường, giới hạn ngoài mờ, giới hạn trong rõ. Cảm giác ở thương tổn giảm vừa hoặc mất (ở vùng trung tâm). Phân bố thương tổn ở một hoặc hai bên cơ thể, thường không đối xứng.

- Thần kinh ngoại biên: có thể nhiều dây thần kinh bị tổn thương nhưng không đối xứng.

Vi trùng học

Thường dương tính 2(+) hoặc 3(+).

Miễn dịch học

Phản ứng Mitsuda âm tính.

Giải phẫu bệnh lý

Thâm nhiễm lan tỏa các tế bào dạng biểu mô, rải rác lymphô bào, không còn đại bào Langhans. Dải sáng Unna khá rõ.

Phong trung gian

Diễn tiến

Không ổn định, có thể cho phản ứng đảo nghịch.

5. PHONG TRUNG GIAN GẦN U

Lâm sàng

- Thương tổn da: số lượng thương tổn nhiều, khá đa dạng, gồm những dát, sẩn, cục, mảng màu đỏ hồng, đỏ sẫm hoặc giảm sắc tố, giới hạn thương không rõ. Đặc trưng nhất là những mảng hình đĩa úp. Cảm giác ở thương tổn giảm nhẹ. Thương tổn thường phân bố ở hai bên cơ thể và có khuynh hướng đối xứng.

- Thần kinh ngoại biên: có thể nhiều dây thần kinh bị tổn thương, thường bị tổn thương trễ và có khuynh hướng đối xứng.

Vi trùng học

Thường dương tính 3(+) đến 4(+).

Miễn dịch học

Phản ứng Mitsuda âm tính.

Giải phẫu bệnh lý

Thâm nhiễm lan tỏa nhiều đại thực bào, khá nhiều bọt bào, ít tế bào dạng biểu mô và lymphô bào. Dải sáng Unna rõ.

Phong trung gian gần u

Diễn tiến

Không ổn định, cũng như các thể phong trung gian khác có thể tiến triển đến thể phong nặng hơn và cho phản ứng đảo nghịch, phản ứng hồng ban nút.

6. PHONG U

Lâm sàng

- Thương tổn da: có vô số và đa dạng gồm dát, sẩn, cục, mảng, u phong, thâm nhiễm lan tỏa, màu đỏ, đỏ đồng, bóng, giới hạn không rõ. Thương tổn rải rác toàn thân, nhưng tập trung nhiều nhất ở mặt, tai, đầu chi với tính chất sưng bóng, phân bố đối xứng. Bệnh nhân có thể có vẻ mặt sư tử, rụng lông mày, lông mi, nặng hơn có thể bị xẹp mũi, viêm tinh hoàn, vú to (ở nam giới). Cảm giác ở thương tổn không giảm trong những trường hợp sớm, có khi còn tăng cảm giác. Nhưng cảm giác ở vùng da khác có thể bị mất, đặc biệt là mất cảm giác ở bàn tay, cẳng tay, bàn chân, cẳng chân đối xứng theo hình mang găng và mang vớ.

- Thần kinh ngoại biên: xảy ra trễ với nhiều dây thần kinh bị tổn thương, tính chất đều đặn, đối xứng.

Vi trùng học

Thường dương tính 4(+) đến 6(+).

Miễn dịch học

Phản ứng Mitsuda luôn luôn âm tính.

Phong u

Giải phẫu bệnh lý

Thượng bì teo đét. Mô bì thâm nhiễm lan tỏa đại thực bào, bọt bào Virchow (lepra cells) với tế bào chất bị không bào hóa và chứa nhiều trực khuẩn phong. Dải sáng Unna rất rõ.

Diễn tiến

Nếu không điều trị, bệnh nhanh nặng lên, có thể cho nhiều biến chứng và dự hậu xấu. Có thể cho phản ứng hồng ban nút phong.

	I	TT	BT	BB	BL	LL
	Thường là khởi đầu	Sức đề kháng cao	Sức đề kháng không ổn định			Không có sức đề kháng
Thương tổn da	1 hoặc nhiều	1 – 2	Vài	Vài hoặc nhiều	Nhiều và gần đối xứng	Vô số và đối xứng
Vi trùng	Thường (-)	(-)	(-) hoặc 1+	2+ - 3+	3+ - 4+	4+ - 6+
Miễn dịch học	Khi +, khi -	3+	1+ - 2+	(-), đôi khi (+) yếu	(-)	Luôn (-)
Giải phẫu Bệnh lý	Thâm nhiễm tế bào lymhô	U hạt dạng cá tế bào dạng biểu mô, lymphô bào	Tương tự như TT, nhưng lan tỏa hơn và có vùng sáng dưới thượng bì	Tương tự BT nhưng lan toả hơn, không có tế bào khổng lồ, vùng sáng Unna rõ hơn	U hạt chủ yếu là mô bào, vùng sáng Unna rõ	Thượng bì teo đét, mô bì chủ yếu là mô bào, tế bào Virchow, vùng sáng Unna rõ
Kháng thể	-/+	+/-	+	++	+++	++++
Phản ứng loại 1	0	0	+	++	+	0
Phản ứng loại 2	0	0	0	0	+	++

Bảng 2: *Tóm tắt đặc điểm chính của các thể phong*

IV. CÁC DẤU HIỆU CHÍNH ĐỂ CHẨN ĐOÁN BỆNH PHONG

Có 3 dấu hiệu chính là:

1. Mất hoặc giảm cảm giác rõ ở thương tổn da hoặc ở vùng da bị bệnh (phải thử cả 3 loại cảm giác nông: nhiệt độ, sờ mó nhẹ, đau, bởi vì đôi khi chỉ một loại cảm giác bị ảnh hưởng).
2. Thần kinh ngoại biên phì đại và nhạy cảm, phối hợp với các dấu

hiệu của thương tổn dây thần kinh như liệt, mất cảm giác, teo cơ, loạn dưỡng da.

3. Trực khuẩn Hansen dương tính.

Tuy nhiên chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng là chính, nhất là đối với các thể phong ít khuẩn mà vi khuẩn thường âm tính. Trong trường hợp đó, sinh thiết da có thể giúp ích và cần thiết cho chẩn đoán.

Sơ đồ chẩn đoán và phân loại bệnh phong

V. MỘT SỐ THỬ NGHIỆM TRONG BỆNH PHONG

1. THỬ NGHIỆM HISTAMINNE: (HISTAMINE TEST)

Dùng để chẩn đoán tổn thương thần kinh hậu hạch (postanglionic nerve). Nhỏ một giọt dung dịch histamine diphosphate 1/1000 trên vùng thương tổn phong nghi ngờ và trên vùng da bình thường. Dùng kim đâm qua mỗi giọt xuống tới bì. Một sẩn phù sẽ tạo thành ở mỗi

chỗ châm do tác dụng dãn mạch trực tiếp và tăng tính thấm thành mạch của histamine. Quầng đỏ quanh sẩn phù sẽ không có ở vùng da bị bệnh do thần kinh trong bì đã bị tổn hại. Quầng đỏ có thể khó nhìn ở những người da đen.

2. THỬ NGHIỆM RẠCH DA: (SLIT-SKIN SMAEAR, FB)

Để tìm trực khuẩn Hansen người ta phải làm thử nghiệm rạch da ở hai vị trí: dái tai và thương tổn da. Vùng da làm thử nghiệm phải được lau sạch bằng cồn. Dùng ngón cái và ngón trỏ của tay trái bóp chặt vị trí định rạch. Dùng dao mổ rạch một đường dài chừng 5 mm, sâu 2 – 8 mm, quay lưỡi dao vuông góc với đường rạch rồi cạo trên vết rạch 2 – 3 lần cùng chiều để lấy một giọt dịch mô. Phết giọt dịch mô lên lam làm một phết đường kính khoảng 7 mm. Các phết được để khô trong không khí, rồi cố định trên ngọn lửa đèn cồn trước khi nhuộm Ziehl-Neelsen.

3. PHẢN ỨNG MITSUDA: (THỬ NGHIỆM LEPROMIN)

Định nghĩa

- Là một thử nghiệm miễn dịch học để đánh giá sức đề kháng của cơ thể đối với *M. leprae*, không phải để chẩn đoán xác định bệnh phong.

Kỹ thuật

- Tiêm trong da mặt trước cẳng tay 1/10 ml kháng nguyên lepromin.
- Đọc phản ứng 2 lần.

Lần thứ nhất: đọc sau 48 giờ, gọi là phản ứng sớm của Fernandez. Đây là một phản ứng không đặc hiệu của cơ thể với một protein lạ.

Lần thứ hai: đọc sau 3 tuần, gọi là phản ứng trễ hay là phản ứng Mitsuda. Phản ứng dương tính khi đường kính của các cục lớn hơn 3 mm.

Ý nghĩa của phản ứng Mitsuda

- Đánh giá đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào của cơ thể đối với *M. leprae*. Phản ứng dương tính ở người bệnh có sức đề kháng mạnh và ở đa số người bình thường.
- Giúp ích trong chẩn đoán phân loại bệnh phong (diagnosis of type of leprosy).
- Giúp dự hậu: phản ứng dương tính cho dự hậu tốt hơn, ngược lại phản ứng âm tính chứng tỏ bệnh nhân không có sức đề kháng và có dự hậu tương đối nghiêm trọng.
- Đánh giá ảnh hưởng của điều trị, nếu phản ứng từ âm tính chuyển thành dương tính, chứng tỏ điều trị có tác dụng tốt đến miễn dịch.

VI. PHẢN ỨNG BỆNH PHONG

Trong diễn tiến mạn tính của bệnh phong có thể xảy ra những giai đoạn viêm cấp tính gọi là phản ứng phong (leprosy reactions). Phản ứng xảy ra do nhiều yếu tố như: tác động của điều trị và các nhiễm trùng gian phát, stress về tinh thần và thể chất, thai nghén, sinh đẻ, phẫu thuật.

1. Phản ứng loại 1

Xảy ra ở các thể phong trung gian, bao gồm:

- Phản ứng lên cấp hay phản ứng đảo nghịch (upgrading reaction, reversal reaction):

Liên quan đến sự gia tăng miễn dịch qua trung gian tế bào, khiến diễn tiến bệnh hướng về cực phong củ. Phản ứng thường xuất hiện trong 6 tháng đầu điều trị, với biểu hiện các thương tổn da có từ trước sưng lên, có thể tiến đến hoại tử và loét, có thể viêm thần kinh cấp và áp xe dây thần kinh, tổng trạng thường không hoặc ít bị thay đổi.

Trực khuẩn Hansen

Phong trung gian

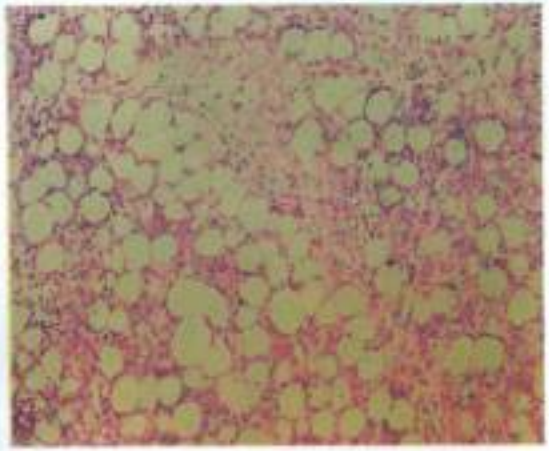
Phong trung gian gần củ

Phong u

Lố đáo

Hồng ban nút

Tổn thương thần kinh



Mô học Hồng ban nút

PHONG

- Phản ứng xuống cấp (downgrading reaction)

Liên quan đến sự giảm sút miễn dịch trung gian tế bào, khiến diễn tiến bệnh hướng về cực phong u, với biểu hiện số lượng thương tổn tăng thêm và ít có tính chất viêm.

Tuy nhiên vì tính chất quan trọng của các thương tổn viêm cấp và thường xảy ra hơn nên người ta chú trọng nhiều đến phản ứng đảo nghịch.

2. Phản ứng loại 2

Hay còn gọi là hồng ban nút phong (erythema nodosum leprosum).

Chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân phong u, thỉnh thoảng ở thể trung gian gần u, do lắng đọng phức hợp miễn dịch ở thành mạch. Phản ứng xuất hiện thường 1 – 2 năm sau khi bắt đầu điều trị. Tuy nhiên cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân bị bệnh lâu ngày không được điều trị. Bệnh nhân bị nổi đột ngột những cục hồng ban đau nhức, có thể có mụn nước, bóng nước, hoại thư và loét, kèm theo viêm khớp, viêm tinh hoàn, viêm mào tinh, sốt, khó chịu, thay đổi tổng trạng. Tình trạng viêm dây thần kinh cấp tính cũng có thể xảy ra và đòi hỏi phải điều trị kịp thời.

VII. ĐIỀU TRỊ BỆNH PHONG

1. MỤC ĐÍCH ĐIỀU TRỊ

- Chữa khỏi bệnh, trả bệnh nhân về với lao động và sinh hoạt bình thường hay gần bình thường.
- Cắt đứt lây lan trong cộng đồng, điều này có ý nghĩa lớn hơn việc chữa khỏi bệnh cho từng cá nhân.

2. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Khám và điều trị cả người tiếp xúc (nếu có bệnh).

- Cần uống đủ thuốc, đủ liều, đủ thời gian và đều đặn theo chế độ đa hóa trị liệu (multidrug therapy). Điều này rất quan trọng vì hiện nay ở một số nơi có tới 40% bệnh nhân nhiễu khuẩn kháng DDS thứ phát và theo Tổ chức Y tế Thế giới (năm 1988) có 70% các ca mới phát hiện bị kháng DDS tiên phát.
- Kết hợp với vật lý trị liệu và giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân.
- Trong điều trị chú ý theo dõi các phản ứng phong và các tai biến do thuốc để xử lý kịp thời.

3. CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ BỆNH PHONG HIỆN NAY

Các thuốc trong phác đồ đa hóa của tổ chức YTTG 1982

❖ *DDS (Dapsone, Disulone)*

- Là loại thuốc rẻ tiền, dễ sử dụng.
- Thuốc được hấp thu ở ruột 95%. Với liều 100 mg/ngày, thuốc đạt được nồng độ cực đại trong huyết thanh cao hơn 500 lần nồng độ ức chế tối thiểu (CMI = 0,03 mg/1) và vẫn còn cao hơn nồng độ ức chế tối thiểu trong 10 ngày.
- Tác dụng: với liều 100 mg/ngày, DDS có tác dụng diệt khuẩn yếu đối với trực khuẩn phong.
- Liều lượng: 100 mg/ngày đối với người lớn trung bình hoặc 1 – 2 mg/kg/ngày.
- Tác dụng phụ: thiếu máu tán huyết, nhức đầu, methemoglobin huyết, xáo trộn tiêu hóa, viêm gan, viêm dây thần kinh, viêm da dị ứng, đỏ da toàn thân.

❖ *Rifampicine (Rimactan, Rifadine)*

- Thuốc có nồng độ cực đại trong huyết thanh cao hơn 30 lần nồng độ ức chế tối thiểu (CMI = 0,3mg/1) khi uống 1 liều 600mg.
- Thuốc có tác dụng diệt khuẩn mạnh bằng cách ngăn chặn tổng

hợp proteine do tác động lên ARN polymerase của vi khuẩn. Với liều duy nhất 600 – 1500mg, thuốc có khả năng giết 99,9% trực khuẩn phong trong khoảng 3 – 7 ngày.
- Liều lượng 5 – 10mg/kg/ngày. Nhưng trong phác đồ đa hóa theo tổ chức YTTG chỉ cần 600mg/1lần/tháng.
- Tác dụng phụ: ngứa và phát ban da, rối loạn tiêu hóa, hội chứng cúm, ban xuất huyết, SGOT và SGPT tăng với ít nguy cơ viêm gan, hội chứng hô hấp. Nhưng thường thuốc rất ít tác dụng phụ khi cho liều dùng hàng ngày hoặc mỗi tháng.

❖ *Lamprene (Clofazimine, B663)*

- Sự hấp thụ qua đường tiêu hóa có thể đạt 70%. Lúc đầu thuốc tích lũy ở mô mỡ và các tế bào của hệ võng nội mô, 4 – 6 tuần sau thuốc mới khuếch tán ra da và có tác dụng.
- Tác dụng: diệt khuẩn yếu tương tự DDS.
- Liều lượng: 50 – 100 mg/ngày.
- Tác dụng phụ: thường gặp nhất là da bị đổi thành nâu đỏ hoặc nâu đen, nhất là ở các thương tổn và phần phơi bày ra ánh sáng. Da khô, da dạng vẩy cá và phát ban dạng trứng cá cũng được ghi nhận. Rối loạn tiêu hóa cũng có thể xảy ra, tuy nhiên ít gặp.

❖ *Ethionamide và protionamide*

- Hai thuốc này có thể thay thế lẫn nhau và có hiện tượng kháng thuốc chéo.
- Tác dụng: diệt khuẩn trung bình (nhanh hơn DDS nhưng chậm hơn nhiều so với rifampicin).
- Liều lượng: 5 mg/kg/ngày
- Tác dụng phụ: rối loạn tiêu hóa và đáng ngại nhất là viêm gan nhiễm độc, đặc biệt khi dùng phối hợp với rifampicin. Vì vậy, thuốc này ít được dùng trên thực tế điều trị.

❖ *Các thuốc mới*

- Các thuốc này đang được nghiên cứu trong những năm gần đây và có triển vọng tốt để thay những thuốc bị kháng và rút ngắn thời gian điều trị.
- Các quinolones: pefloxacine, nhất là ofloxacine với liều 400 mg/ngày có thể diệt được 99,9% *M. leprae* sau 22 ngày điều trị.
- Các thuốc khác: roxithromycin, clarithromycin, minocycline và một vài loại ansamycines.

4. PHÁC ĐỒ ĐA HÓA TRỊ LIỆU (ĐHTL) BỆNH PHONG THEO YTTG (WHO)

Phác đồ điều trị bệnh nhân nhiều khuẩn: (MB)

Liều lượng cho người lớn	Liều lượng cho trẻ em (10-14 tuổi)
Liều hàng tháng: Ngày 1 Rifampicine 600 mg (2 x 300 mg) Clofazimine 300 mg (3 x 100 mg) Dapsone 100 mg **Liều hàng ngày: Ngày 2-28** Clofazimine 50 mg Dapsone 100 mg **Thời gian điều trị:** 24 vỉ (tháng thuốc) uống trong vòng 24-36 tháng	**Liều hàng tháng: Ngày 1** Rifampicine 450 mg (3 x 150 mg) Clofazimine 150 mg (3 x 50 mg) Dapsone 50 mg **Liều hàng ngày: Ngày 2-28** Clofazimine 50 mg mỗi 2 ngày Dapsone 50 mg **Thời gian điều trị:** 24 vỉ (tháng thuốc) uống trong vòng 24-36 tháng

Phác đồ điều trị bệnh nhân ít khuẩn: (PB)

Liều lượng cho người lớn	Liều lượng cho trẻ em (10-14 tuổi)
Liều hàng tháng : Ngày 1 Rifampicine 600 mg (2 x 300 mg) Dapsone 100 mg **Liều hàng ngày: Ngày 2-28** Dapsone 100 mg **Thời gian điều trị:** 6 vỉ (tháng thuốc) uống trong vòng 6-9 tháng	**Liều hàng tháng: Ngày 1** Rifampicine 450 mg (3 x 150 mg) Dapsone 50 mg **Liều hàng ngày: Ngày 2-28** Dapsone 50 mg **Thời gian điều trị:** 6 vỉ (tháng thuốc) uống trong vòng 6-9 tháng

Chú ý

- Có thể điều chỉnh liều lượng cho trẻ em dưới 10 tuổi, thí dụ: Rifampicin 300mg, Clofazimine 100 mg mỗi tháng một lần và 50mg mỗi tuần 2 lần (cho MB), Dapsone 25mg.
- Bệnh nhân PB đã uống đủ 6 vỉ ĐHTL-PB trong vòng 9 tháng, bệnh nhân MB đã uống đủ 24 vỉ ĐHTL-MB 36 tháng thì được xem như khỏi bệnh.
- Bệnh nhân vắng mặt (không lãnh thuốc điều trị liên tục trong 12 tháng): cần khám lại cẩn thận (làm phiến phết da nếu có thể), nếu thấy các thương tổn bệnh phong còn hoạt tính thì điều trị lại từ đầu với một phác đồ ĐHTL thích hợp.

❖ *Phác đồ thay thế*

Bệnh nhân dị ứng với DDS

- Đang điều trị theo phác đồ ít khuẩn thì thay DDS bằng Lamprene 50mg/ngày.
- Nếu không dùng được Lamprene thì thay bằng Minocycline 100mg/ngày hoặc Ofloxacine 400mg/ngày. Nếu bệnh nhân đang điều trị

theo phác đồ nhiều khuẩn thì tiếp tục phác đồ mà không cần có DDS.

Bệnh nhân dị ứng với Rifampicine thì theo phác đồ:

- Trong 6 tháng đầu: Lamprene 50mg/ngày, Ofloxacine 400mg/ngày và Minocycline 100mg/ngày hoặc Clarithromycin 500mg/ngày.
- Trong 18 tháng sau: Lamprene 50mg/ngày và Minocycline 100mg/ngày hoặc Ofloxacine 400mg/ngày.

❖ *Theo dõi sau điều trị*

Việc theo dõi sau khi hoàn tất phác đồ điều trị có hai mục đích chính là: phát hiện tái phát và phát hiện phản ứng phong sau khi điều trị.

Ngoài việc tái khám định kỳ (thường thì mỗi năm một lần, trong hai năm đối với thể PB và trong năm năm đối với MB), để chẩn đoán sớm các phản ứng phong và tái phát cần dặn cho bệnh nhân tái khám ngay khi thấy có bất thường gì về da và thần kinh ngoại biên như xuất hiện các đốm, các cục trên da, nóng sốt, đau nhức, giảm thị lực và yếu cơ.

5. ĐIỀU TRỊ PHẢN ỨNG PHONG

Khi xảy ra phản ứng phong bệnh nhân vẫn tiếp tục dùng thuốc đặc hiệu, nhưng cần được xử trí thêm tùy loại phản ứng và tình trạng nặng nhẹ.

Phản ứng lên cấp

Cho corticoide trong trường hợp kèm viêm thần kinh nặng không bớt sau một tuần điều trị cần phẫu thuật giải chèn ép thần kinh.

Phản ứng loại 2

- Nhẹ: cho thuốc chống viêm không phải corticoide (anti-inflammatoires nonsteroidiens).

- Nặng: cho corticoide, lamprene đặc biệt nếu có viêm thần kinh cấp cần sử dụng corticoide sớm và nếu điều trị nội khoa không bớt cũng cần phẫu thuật giải chèn ép.

Thalidomide có tác dụng tốt trong điều trị phản ứng loại 2, bao gồm cả viêm thần kinh và viêm mống mắt, nhưng chống chỉ định ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

6. ĐIỀU TRỊ TÀN PHẾ

- Một số bệnh nhân có thể bị tàn phế trước trong hoặc sau khi đa hóa trị liệu. Những tàn phế thông thường là mất cảm giác, loét lỗ đáo, cô ngón, bàn chân rớt, viêm loét đầu chi, hoặc bị ảnh hưởng trên mắt như chứng hở mi, mất phản xạ giác mạc, giảm thị lực. Vì vậy, việc kết hợp điều trị tàn phế rất quan trọng.

- Điều trị: áp dụng vật lý trị liệu từ đơn giản đến phức tạp như vận động liệu pháp hàng ngày, tắm sáp, các bài tập chuyên biệt cho từng bộ phận. Khi phẫu thuật chỉnh hình bệnh nhân cũng cần được tập vật lý trị liệu trước và sau phẫu thuật.

VIII. PHÒNG BỆNH

- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu hiện nay vẫn là phát hiện và điều trị sớm bệnh phong, trong đó giáo dục sức khỏe phải được thực hiện rộng khắp và đều đặn nhằm giúp cho mọi người có kiến thức căn bản về bệnh phong, tức là có quan niệm đúng đắn về bệnh phong, biết được các triệu chứng sớm của bệnh.

- Về vấn đề BCG: nhìn chung vai trò bảo vệ chống bệnh phong của BCG dưới mức trung bình, khoảng 20 – 46% nên vấn đề chủng BCG chưa được tổ chức YTTG khuyến cáo như một biện pháp phòng ngừa bệnh phong.

1. PHÒNG BỆNH CẤP I

Điều quan trọng đối với mỗi người dân là:

- Có quan niệm đúng đắn về bệnh phong: bệnh phong không phải là một bệnh nan y và đáng sợ nữa, mà là một bệnh nhiễm trùng có thể chữa khỏi được hoàn toàn.

- Cần vệ sinh thân thể, vệ sinh nơi ở, đồng thời ăn uống đầy đủ, hợp lý để nâng cao sức chống đỡ với bệnh tật.

- Biết được dấu hiệu sớm của bệnh như: nếu có xuất hiện trên da một đốm bất thường kèm mất cảm giác, cần đi khám sớm và theo đúng hướng dẫn điều trị của chuyên khoa.

2. PHÒNG BỆNH CẤP II

- Người bệnh cần phải uống thuốc đều, đủ thuốc, đủ thời gian quy định và tự chăm sóc tay chân, mắt hàng ngày để phòng ngừa hoặc hạn chế tàn phế.

3. PHÒNG BỆNH CẤP III

- Những trường hợp có biến chứng và tàn phế nặng nên được chuyển lên chuyên khoa da liễu tuyến trên. Ví dụ những trường hợp bị phản ứng phong nặng, bị loét lỗ đáo, viêm xương, liệt và biến dạng chi, bị chứng hở mi cần được nằm viện để điều trị tích cực và có kết quả tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A Guide To Elimilating Leprosy As A Public Health Problem, WHO/LEP/ 95.1, first edition 1995.
2. Arnold H.L, Odom R.B, James W.D. Diseases Of The Skin 1990, p.389-404
3. Domonkos A.N, Arnold H.L, Odom R.B. Diseases Of The Skin 1982, p.421-40.

4. Grossetete G et coll. Lèpre, Modalités Evoutives. Rev.Pra. 1992, 42:5, p.606-12.
5. Languillon J. Précis de Leprologie 1986.
6. Nguyễn Văn Thực. Sinh Hoạt Khoa Học Kỹ Thuật Da Liễu Khu Vực B2 Kỳ 1 1997, tr.16-23.
7. Nguyễn Văn Ût & cs. Bệnh Da Liễu,1999, tr.69-103.
8. Bùi Văn Đức. Bệnh Phong. Chẩn Đoán Bệnh Da Liễu Bằng Hình Ảnh Và Cách Điều Trị. Nxb Y học, tập 2, 2001.
9. Rea T.H, Modlin R.L. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine 1999, p.2306-17.
10. Saurat J.H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J.M. Dermatologie et Vénéréologie 1991, p.131-37.
11. Thangaraj R.H, Yawalkar S.J. Leroy For Medical Practitioners And Paramedical Workers, 1989.
12. Vũ Đình Lập & cs. Bệnh Da Và Các Bệnh Lây Qua Đường Sinh Dục, 1992, tr.158-274.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn một câu đúng

1. Thời kỳ ủ bệnh trung bình củ bệnh phong thường là:

a. Vài tuần đến vài tháng
b. 2 đến 5 năm
c. Ba tháng đến 1 năm
d. trên 10 năm
e. 5 – 20 năm

2. Dải sáng dưới thượng bì (dải sáng UNNA) gặp trong giải phẫu bệnh lý ở các thể phong:

a. BT, TT, BB
b. BB, BL, I
c. BT, BL, LL.
d. BB, BT, I
e. TT, BT,BL

3. Mất cảm giác ở thương tổn thường gặp nhất trong các thể phong:

a. BT, I
b. BT, TT
c. BL, I
d. BT, LL
e. BB, LL

4. Phản ứng Mitsuda là một trong những yếu tố:

a. Giúp phân loại bệnh phong
b. Giúp chẩn đoán xác định bệnh phong

c. Để đánh giá miễn dịch thể
d. Giúp theo dõi điều trị đa hóa
e. Để quyết định ngưng thuốc

5. Chẩn đoán xác định bệnh phong dựa vào:
a. Lâm sàng, vi trùng học và phản ứng Mitsuda
b. Vi trùng học, phản ứng Mitsuda và giải phẫu bệnh lý
c. Phản ứng Mitsuda và vi trùng học
d. Lâm sàng là chính và có thể kết hợp với vi trùng học và giải phẫu bệnh lý
e. Lâm sàng, vi trùng học, phản ứng Mitsuda và giải phẫu bệnh lý

6. Giải phẫu bệnh lý trong phong củ có đặc tính là:
a. Thượng bì teo dét
b. Mô bì tẩm nhuận tế bào dạng biểu mô và limphô bào tạo thành dạng nang
c. Dải sáng UNNA khá rõ
d. Rất nhiều mô bào (histiocytes)
e. Thường có trực khuẩn phong với số lượng ít

7. Xét nghiệm *M.Leprae* trong phong củ thường cho thấy:
a. Âm tính hoặc là dương tính
b. Âm tính
c. Dương tính ở dái tai
d. Dương tính ở thương tổn da
e. Dương tính ở niêm mạc mũi

8. Một bệnh nhân phong có thương tổn gồm một mảng củ, đỏ đậm, tẩm nhuận, giới hạn rõ, kèm một thương tổn vệ tinh. Cảm giác ở thương tổn mất. Bệnh nhân này thuộc thể phong:
a. Củ (TT)
b. Trung gian gần củ (BT)
c. Trung gian gần u (BL)
d. Bất định (I)
e. Trung gian (BB)

9. Phản ứng Mitsuda dương tính mạnh trong phong:
a. Trung gian (BB)
b. Trung gian gần củ (BT)

c. Củ (TT)
d. Trung gian gần u (BL)
e. Bất định

10. Thể phong dễ lây nhiễm nhất trong các thể sau là:
a. Phong trung gian gần củ
b. Phong bất định
c. Phong củ
d. Phong trung gian
e. Phong trung gian gần u

11. Phong ít vi khuẩn thường là các thể phong:
a. Phong củ, phong trung gian gần củ có BI từ 1(+) đến 2(+)
b. Có phản ứng Mitsuda âm tính hoặc dương tính yếu
c. Có BI lớn hơn hoặc bằng 2(+)
d. Phong củ, phong trung gian
e. Phong củ, phong trung gian gần củ

12. Người lành bị lây hay không bị lây bệnh phong do một yếu tố quyết định là:
a. Có miễn dịch thể dịch yếu hay mạnh
b. Tiếp xúc với bệnh nhân phong thể nhiều khuẩn
c. Miễn dịch trung gian tế bào yếu hay mạnh
d. Không được theo dõi kỹ sau khi tiếp xúc

13. Thuốc Rifampicine không nên phối hợp với một trong những loại thuốc sau đây trong công thức đa hóa trị liệu bệnh phong vì chúng làm tăng độc tính đối với gan:
a. Lamprene
b. Ofloxacine
c. DDS
d. Ethionamide
e. Minocycline

14. Viêm thần kinh ngoại biên trong bệnh phong có thể phân biệt được với các viêm thần kinh khác nhờ đặc điểm:
a. Đau nhức teo cơ
b. Teo da, giảm cảm giác
c. Dây thần kinh phì đại và nhạy cảm
d. Hiện tượng cò ngón (bàn tay vuốt thú)
e. Teo cơ và giảm cảm giác

15. Phong bất định (I) có đặc điểm:

a. Phản ứng Mitsuda thường dương tính mạnh

b. Thường tìm thấy trực khuẩn Hansen ở thương tổn

c. Thần kinh ngoại biên bị tổn thương sớm

d. Thường không đặc trưng về giải phẫu bệnh lý

e. Thần kinh ngoại biên thường phì đại không đều đặn

16, 17 và 18: Một bệnh nhân bị bệnh từ 4 tháng và chưa được điều trị gì. Nay khám thấy: trên vai phải có một mảng đỏ đồng, tẩm nhuận, giới hạn có chỗ rõ, chỗ không, sưng bóng nhất là ở vùng rìa. Cảm giác mất ở vùng trung tâm và chỉ giảm nhẹ ở vùng rìa. Ở cánh tay trái cũng có một mảng với các đặc điểm giống nhau như thương tổn ở vai phải nhưng kèm theo 2 thương tổn vệ tinh. Dây thần kinh trụ phải, thần kinh cổ nông trái và thần kinh hông nhượng ngoài trái to vừa và nhạy cảm.

16. Bệnh nhân này thuộc thể:

a. Củ

b. Trung gian gần u

c. Trung gian

d. Trung gian gần củ

e. U

17. Xét nghiệm BI (chỉ số vi khuẩn) ở bệnh nhân này thường cho kết quả:

a. Âm tính

b. Dương tính 1(+) hoặc âm tính

c. Dương tính 2(+) đến 3(+)

d. Dương tính 3(+) đến 4(+)

e. Dương tính 4(+) đến 6(+)

18. Bệnh nhân này thường được điều trị theo phác đồ:

a. DDS + Rifampicin trong 6 tháng

b. DDS + Rifampicin +Ethionamide trong 24 tháng

c. DDS + Rifampicin+Ethionamide+Protionamide ít nhất 24 tháng

d. DDS + Rifampicin + Lamprene+Protionamide ít nhất là 24 tháng

e. DDS + Rifampicin + Lamprene trong 24 tháng

Chọn một câu sai

19. Xét nghiệm trực khuẩn phong ở thương tổn da thường dương tính trong thể phong:

a. Trung gian

b. U

c. Củ

d. Trung gian gần u

20. Cận lâm sàng trong phong u cho thấy:

a. *M. leprae* thường dương tính từ 4(+) đến 6(+)

b. Giải phẫu bệnh lý: thượng bì teo dét

c. Giải phẫu bệnh lý: dải sáng UNNA rõ

d. Giải phẫu bệnh lý: mô bì có nhiều tế bào bọt

e. Phản ứng Mitsuda: dương tính yếu

Đáp án

1.b	2.c	3.b	4.a	5.d	6.b	7.b	8.b	9.c
10.e	11.e	12.c	13.d	14.c	15.d	16.c	17.c	18.e
19.c	20.e							

PHẦN III

BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

VIÊM NIỆU ĐẠO

BS. Hoàng Văn Minh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài này, sinh viên có khả năng:

1. Kể các tác nhân gây viêm niệu đạo không do lậu thường gặp.
2. Trình bày được cách khám một bệnh nhân viêm niệu đạo.
3. Phân biệt được viêm niệu đạo do lậu và không do lậu.
4. Biết cách làm xét nghiệm đối với từng tác nhân gây bệnh.
5. Trình bày được hướng xử trí một viêm niệu đạo tại tuyến CSSSKBĐ và tuyến quận huyện.

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm niệu đạo là tình trạng tiết dịch bất thường ở niệu đạo trước. Viêm niệu đạo là một trong những hội chứng của bệnh lây truyền qua đường tình dục có thể do nhiều tác nhân gây ra, đặc biệt là *Chlamydia trachomatis*.

Thật vậy, theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới và một số nước trong khu vực Đông Nam Á gần đây, khoảng 40 – 60% viêm niệu đạo là do *C. trachomatis*, khoảng 40% do lậu cầu và do các tác nhân khác chiếm tỉ lệ không đáng kể. Do đó cần phải chẩn đoán phân biệt viêm niệu đạo do lậu và viêm niệu đạo do *C. trachomatis*. Trong trường hợp

nghi ngờ hoặc không có điều kiện xét nghiệm thì nên điều trị đồng thời cả lậu và *C. trachomatis* (vì 1/3 trường hợp lậu phối hợp với *C. trachomatis*).

Thường gặp	Ít gặp
Chlamydia trachomatis	*Ureaplasma urealyticum*
Neisseria gonorrhoeae	*Ureaplasma urealyticum*
	Mycoplasma hominis
	Trichomonas vaginalis
	Herpes simplex virus
	Candida albicans

Bảng 1: *Tác nhân gây viêm niệu đạo trong BLTQDSD*

Khoảng 30% phụ nữ trong giai đoạn hoạt động tình dục có thể tìm thấy *C. trachomatis* ở cổ tử cung, âm đạo, dù có hay không có biểu hiện lâm sàng vẫn có thể lây truyền cho người tiếp xúc sinh lý. Gần đây tỉ lệ nhiễm *C. trachomatis* gấp 3 lần tỉ lệ nhiễm lậu ở Mỹ (CDC 1998).

II. LÂM SÀNG

Đứng trước một bệnh nhân viêm niệu đạo, cần phải:

1. HỎI BỆNH

- Thời gian mắc bệnh rất quan trọng (nếu do lậu thường 3 – 5 ngày, không do lậu > 2 tuần).

- Thời gian và hoàn cảnh xuất hiện dịch niệu đạo: sau giao hợp hay tự nhiên.

- Dịch tiết cấp hay từ từ.
- Dạng dịch: mủ, nhầy hay máu.
- Nhịp điệu: ra dịch thường xuyên, gián đoạn hay chỉ có buổi sáng.
- Cơ hội thấy dịch: ra tự nhiên hay sau vuốt hoặc đại tiện.
- Các triệu chứng cơ năng kèm theo:
  + Cảm giác bỏng.
  + Ngứa niệu đạo.
  + Tiểu khó.
  + Tiểu gián đoạn.
- *Những triệu chứng khác:* đau hoặc khó chịu ở:
  · Hố chậu
  · Tầng sinh môn
  · Bìu
  · Đùi
  · Đau buốt trong hoặc sau xuất tinh
- Đánh giá tình trạng tiếp xúc giới tính:
  · Bạn tình là ai?
  · Số lượng người tiếp xúc sinh lý trong 6 tháng gần đây?
  · Thay đổi bạn tình?
  · Dùng bao cao su?
  · Tiền căn bệnh lây truyền qua đường tình dục?

2. KHÁM

- Đánh giá cơ quan sinh dục ngoài (sở niệu đạo và vùng bẹn) tìm dấu hiệu đa phối hợp (viêm miệng sáo, viêm qui đầu) và hạch.

- Khám trực tràng: đánh giá kích thước, mật độ và độ nhạy cảm của tiền liệt tuyến.

- Khám bìu: đánh giá kích thước, độ nhạy cảm của tinh hoàn, mào tinh hoàn và các phần liên quan.

- Khám tổng quát: tìm hạch vùng của hậu môn.

- Khám người tiếp xúc sinh lý.

- Khám lỗ niệu đạo: xem tính chất dịch tiết: màu sắc, độ dính, số lượng, thời gian ra mủ.

III. CẬN LÂM SÀNG

1. XÁC ĐỊNH VIÊM NIỆU ĐẠO

- Khám dịch tiết niệu đạo
- Nhuộm Gram dịch tiết
- Xét nghiệm nước tiểu đầu dòng
- Tái xét nghiệm nếu cần

2. XÁC ĐỊNH SỰ CÓ MẶT CỦA LẬU CẦU

- Nhuộm Gram
- Cấy lậu

3. XÉT NGHIỆM TÌM *C. TRACHOMATIS*

Thường viêm niệu đạo là nhiễm trùng phối hợp (35 – 40% trường hợp)

- Nếu tiết dịch nhiều, nhuộm Gram sẽ cho phép chẩn đoán nhanh bệnh lậu với hình ảnh song cầu Gram âm nằm trong và ngoài bạch cầu đa nhân trung tính. Cấy được thực hiện với mục đích đánh giá độ nhạy của thuốc.
- Trong những trường hợp khác (đặc biệt là không có hoặc ít triệu chứng rõ), lấy dịch tiết buổi sáng (cách 4 giờ sau khi đi tiểu).

- Lấy bệnh phẩm trong niệu đạo để tìm: nấm, Trichomonas, Mycoplasma, lậu cầu và *C. trachomatis* (cấy tế bào, phát hiện kháng nguyên Chlamydia bằng phương pháp ELISA hoặc miễn dịch huỳnh quang trực tiếp).
- Cấy nước tiểu đầu dòng và đánh giá cặn lắng.
- Huyết thanh tìm bệnh lây truyền qua đường tình dục khác (viêm gan siêu vi B).
- Thử lại huyết thanh 3 lần/tháng, huyết thanh phát hiện HIV chỉ thực hiện với sự đồng ý của bệnh nhân.
- Huyết thanh chẩn đoán Chlamydia chỉ dùng ở nam trong giai đoạn viêm niệu đạo tái phát có dấu hiệu của bệnh cấp.

Tác nhân	Xét nghiệm trực tiếp	Cấy	Môi trường cấy	Huyết thanh (*)
Mycoplasma	(-)	(+)	Vận chuyển ở 40°C hoặc môi trường cấy đặc biệt	Cấp (-). Biến chứng (+)
U. urealyticum	(-)	(+)	Như Mycoplasma	(-)
C. trachomatis	(+) MDHQ, ELISA	(+)	Môi trường vận chuyển đặc hiệu 40°C	Cấp (-). Biến chứng (+)
T. vaginalis	Soi tươi	(+)	Môi trường đặc hiệu khi soi (-)	(-)

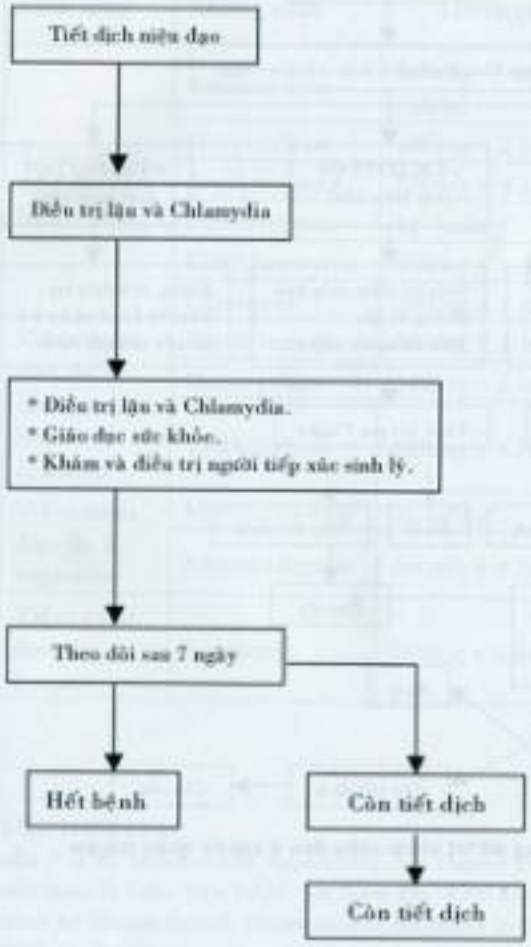
Bảng 2: *Xét nghiệm tìm tác nhân trong viêm niệu đạo*

(*) 5 - 10ml máu trộn trong dung dịch vô khuẩn. Tránh thay đổi nhiệt độ và không lắc. Chuyển đến phòng thí nghiệm trong 24 giờ.

IV. ĐIỀU TRỊ

Tuyến sơ sở sức khỏe ban đầu (SSSKBĐ)

Không có xét nghiệm đặc hiệu nên có thể xử trí theo hướng sau:



Sơ đồ xử trí viêm niệu đạo ở tuyến SSSKBĐ

Tuyến quận huyện

Hướng xử trí viêm niệu đạo ở tuyến quận huyện

Tuyến chuyên khoa

Lâm sàng	Kháng sinh	Liều/ngày	Thời gian điều trị
Viêm niệu đạo do *C. trachomatis*	Tetracycline	500mg x 4 (uống)	7-10 ngày
	Doxycycline	100mg x 2 (uống)	7-10 ngày
	Erythromycin	500mg x 4 (uống)	7-10 ngày
	Azithromycin	1g (uống)	LDN
	Clarithromycin	500mg x 1 (uống)	7-10 ngày
	Ofloxacin	300mg x 2 (uống)	7-10 ngày
Viêm niệu đạo do *U. urealyticum* hoặc *M. hominis*	Erythromycin	500mg x 4 (uống)	10 ngày
	Doxycycline	100mg x 2 (uống)	10 ngày
	Tetracycline	500mg x 4 (uống)	10 ngày
Viêm niệu đạo do *T. vaginalis*	Metronidazole	2g (uống)	LDN
	Metronidazole	500mg x 4 (uống)	7 ngày
Viêm niệu đạo do herpes	Acyclovir	200mg x 5 (uống)	7 ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bhalla P et al: Antimicrobial Susceptibility And Plasmid Profile Of Neisseria Gonorrhoeae In India (New Dehli). Sex Trans Dis 74 (3): 210 – 212, 1998.
2. Centers for Disease Control: Fluoroquinolone Resistance In Neisseria Gonorrhoeae. MMWR 44: 761, 1995.
3. Feingold D.S, Peacoke M: Gonorrhea. Fitzpatrick 's Dermatology in General Medicine, vol. 2, edit. 5, Mc Graw -Hill, p. 2760 – 2764, 1999.

4. Fox K.K et al: Antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae in the United States 1988 – 1994: The emergene of decreased ts flouroquinolones. J Infect Dis (in press).
5. Hoàng Văn Minh. Thái độ xử trí trước viêm niệu đạo ở phái nam. Chẩn đoán bệnh da bằng hình ảnh và cách điều trị 2002, tập 1.
6. Holmes K.K et al: Gonococcal infections in the adult. Sexually Transmitted Diseases, companion handbook, p. 25 - 40, 1994.
7. Hook III E.W, Handsfeld H.H: Gonococcal Infections In The Adult. Holmes K.K, Sparling P.F, Mardh P.A, Lemon S.M, Stam W.E, Piot P, Wasserheit J.N 's Sexually Transmitted Diseases, edit. 3, Mc Graw Hill, p. 451, 1999.
8. Keith Radcliffe: European STD Guidelines, vol. 12, supl. 3, Oct 2001.
9. Sparling P.F: Biology of Neisseria gonorrhoeae. Holmes K.K, Sparling P.F, Mardh P.A, Lemon S.M, Stam W.E, Piot P, WasserheitJ.N 's Sexually Transmitted Diseases, edit. 3, Mc Graw Hill, p. 433 – 449, 1999.
10. Moreas J.S, Levine W.C: Drugs of choice for the treatment of uncomplicated gonorrhea infection. Clin Infect Dis 20 (suppl 1): S 47, 1995.
11. 2002 national guideline for the management of non-gonoccal urethritis. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002.

BỆNH LẬU

BS. Hoàng Văn Minh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được dịch tễ học của bệnh lậu.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của bệnh lậu.
3. Nêu được nghiệm pháp tái kích thích để xét nghiệm vi trùng lậu và ba tiêu chuẩn chủ yếu để chẩn đoán xác định bệnh lậu.
4. Trình bày được bảng chẩn đoán phân biệt bệnh lậu và viêm niệu đạo không do lậu.
5. Nêu được các biến chứng tại chỗ và toàn thân của bệnh lậu.
6. Trình bày được các biện pháp phòng ngừa bệnh lậu.

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh lậu cấp là một trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục do song cầu khuẩn *Neisseria gonorrhoeae* gây ra.

- Bệnh chiếm tỉ lệ cao ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Tại Việt Nam, theo thống kê của bệnh viện Da Liễu bệnh lậu chiếm 6,3%.

- Thường gặp ở người trẻ tuổi, trong giai đoạn hoạt động tình dục.

- Bệnh thường gặp ở thành thị hơn ở nông thôn.

- Ngoài biểu hiện chủ yếu ở bộ phận sinh dục thường là niệu đạo trước ở nam, bệnh có thể lan tràn khắp nơi như: họng, hậu môn,... Nhiễm trùng có triệu chứng thường gặp ở nam hơn nữ.

Đường lây truyền

- Hơn 90% do quan hệ tình dục.
- Khoảng 10% qua các đường khác, thường là:
  + Trẻ sơ sinh qua âm đạo người mẹ bị lậu.
  + Trẻ gái bò lê la dưới đất, qua quần áo nhiễm khuẩn lậu.
  + Mắt, do tay dơ.

Ngày nay, có rất nhiều thuốc điều trị nhưng cần phải chẩn đoán và điều trị sớm để tránh được biến chứng như: viêm niệu đạo hậu lậu, thai ngoài tử cung, viêm vùng chậu, vô sinh,...

II. LÂM SÀNG

1. THỜI GIAN Ủ BỆNH

Trung bình từ 3 – 5 ngày, nhưng có thể kéo dài từ 2 – 3 tuần. Thời gian ủ bệnh càng dài bệnh càng nhẹ.

2. LẬU Ở CƠ QUAN SINH DỤC

Ở nam

Thường gặp nhất là viêm niệu đạo.

❖ *Triệu chứng mắc bệnh lần đầu*

- Hơi ngứa, nhồn nhột, vài giờ sau tiết ra chất nước trong trở thành đục rồi thành mủ màu vàng hơi trắng, mủ dễ ra khi vuốt dọc theo đường tiểu.
- 80% trường hợp mắc bệnh đầu tiên, niêm mạc ống tiểu sưng to rất đau, mỗi lần tiểu đau như dao cắt, đau khiến bệnh nhân không dám tiểu, nhưng do bàng quang căng chứa ngày càng nhiều nước tiểu làm bệnh nhân càng mắc tiểu đưa đến tình trạng tiểu nhiều lần.
- Khám thấy lỗ tiểu đỏ, có mủ vàng đặc, quanh lỗ tiểu sưng đỏ.
- Dạng cấp nặng có thể có biến chứng viêm bàng quang, viêm dịch hoàn, tiểu máu.
- Hạch thường không bị ảnh hưởng.

❖ *Triệu chứng mắc bệnh những lần sau*

- Triệu chứng chủ yếu thường là cảm giác nhồn nhột ở đường tiểu rồi tiểu mủ và có 20% trường hợp có triệu chứng giống lần mắc bệnh đầu. Đây là dạng bệnh thường gặp nhất tại bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh.
- Từ 8 – 12 tuần sau, nếu không điều trị hay điều trị không đúng cách, triệu chứng trên biến mất và chỉ còn triệu chứng giọt đục buổi sáng và tăng lên khi làm nghiệm pháp tái kích thích.

Ở nữ

- Triệu chứng thường âm thầm, không rõ ràng do đó là người mang mầm bệnh. Khi rõ ràng, khám thấy lỗ tiểu sưng đỏ, đau rát, tiểu buốt, tiểu máu, huyết trắng có mủ vàng đục.
- Đặc biệt ở phái nữ, những biểu hiện ở niệu đạo thường nghèo nàn nhưng sau đó những biểu hiện ở tử cung, buồng trứng thường phong phú và nặng nề như: viêm nội mạc tử cung, viêm tắc tai vòi, viêm vùng chậu, vô sinh.

Ở trẻ em

- Đường lây truyền do tiếp xúc quần áo có nhiễm lậu hay do tiếp xúc tình dục.
- Triệu chứng ở những bé gái là viêm âm hộ – âm đạo với dịch tiết ở âm đạo. Dịch thường màu vàng đục giống mủ. Âm hộ thường phù nề.

- Ở trẻ sơ sinh, viêm kết mạc mắt do lậu do tiếp xúc với dịch âm đạo của mẹ bị nhiễm lậu cầu. Tình trạng này được phòng ngừa bằng cách nhỏ mắt bằng nitrate bạc lúc sanh.

3. LẬU NGOÀI CƠ QUAN SINH DỤC

Ở nam và nữ, lậu có thể gặp ở những vị trí khác như cổ họng, amydal, hậu môn, trực tràng.

Lậu mắt do lây nhiễm từ tay dơ thường nặng, thường gặp là viêm kết mạc, viêm giác mạc và có thể đưa đến mù lòa.

Lậu lan tỏa: ngày nay hiếm gặp dạng này do tác dụng của kháng sinh và kiến thức y tế nâng cao. Có thể gặp:

- Lậu khớp.
- Lậu tim (viêm nội tâm mạc do lậu).
- Nhiễm trùng huyết do lậu.
- Biểu hiện ngoài da: dát hóa lậu.
- Viêm hố chậu.

III. CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm chủ yếu là soi trực tiếp.

Soi trực tiếp : Song cầu trùng (+)

1. SOI TRỰC TIẾP

Lấy mủ hay dịch tiết niệu đạo, phết lên lame và nhuộm Bleu – Methylene hay nhuộm Gram sẽ thấy hình ảnh đặc trưng: song cầu trùng hình hạt cà phê nằm trong bạch cầu đa nhân trung tính. Đây là xét nghiệm thường được sử dụng nhất tại Việt Nam vì dễ làm, rẻ tiền, dễ đọc và độ đặc hiệu cao (98%).

Đối với nam giới, nếu có hình ảnh song cầu trùng hình hạt cà phê nằm trong hoặc nằm ngoài bạch cầu đa nhân trung tính là đủ để chẩn đoán xác định.

Đối với nữ giới, do có vi trùng dạng song cầu sống thường trú trong âm đạo cho nên chỉ có hình ảnh song cầu trùng hình hạt cà phê nằm trong bạch cầu đa nhân trung tính mới có giá trị chẩn đoán mà không cần cấy.

2. CẤY

Thường ít sử dụng tại Việt Nam, chỉ cấy khi lậu kháng thuốc hay ở phụ nữ mang mầm bệnh hay hình ảnh soi trực tiếp nghi ngờ.

3. PHẢN ỨNG MIỄN DỊCH HUỲNH QUANG, PHẢN ỨNG CỐ ĐỊNH BỔ THỂ, PHẢN ỨNG MEN

Ba loại phản ứng sau thường được thực hiện để tìm kháng thể bệnh lậu, chỉ dùng trong nghiên cứu khoa học vì kháng thể chống lậu cầu xuất hiện nhanh và biến mất nhanh.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Chủ yếu dựa vào

- Lâm sàng: tiểu mủ, tiểu buốt, tiểu gắt, tính chất mủ: vàng xanh, loãng, dễ ra.
- Thời gian ủ bệnh: 3 – 5 ngày.
- Xét nghiệm trực tiếp song cầu Gram âm nội ngoại bào. Cấy có giá trị tuyệt đối nhưng ít sử dụng ở Việt Nam.

2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Với các viêm niệu đạo do nguyên nhân khác.

Viêm niệu đạo là một trong những hội chứng của bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD) có thể do nhiều tác nhân gây ra, đặc biệt là *Chlamydia trachomatis*.

Trong thực tế có thể phân biệt viêm niệu đạo do lậu hay không do lậu (chủ yếu do *C. trachomatis*).

	Viêm niệu đạo do lậu	**Viêm niệu đạo không do lậu**
Thời gian ủ bệnh	3 – 5 ngày	> 15 ngày
Triệu chứng đường tiểu + Tiểu mủ + Tiểu gắt + Tiểu nhiều lần	Rầm rộ (+++) (++) (+)	Âm thầm (++) (+) (+)
Tính chất mủ	Vàng xanh, loãng Ra liên tục trong ngày.	Vàng cam, đặc, ít Thường ra vào buổi sáng
Khám miệng sáo	Đỏ, có thể sưng	Thường ít đỏ
Số người tiếp xúc sinh lý	> 1 người	Thường 1 người
Đáp ứng điều trị	Thường đề kháng với Tetracycline	Nhạy cảm với Tetracycline

Bảng 2: *Phân biệt viêm niệu đạo do lậu và không do lậu*

V. BIẾN CHỨNG

1. TẠI CHỖ

- Có thể gây biến chứng viêm nhiễm tại tất cả các cơ quan sinh dục nam cũng như nữ.

- Nếu không điều trị kịp thời có thể đưa đến các biến chứng nặng về sau như: thai ngoài tử cung, vô sinh,...

2. TOÀN THÂN

- Nhiễm trùng huyết: có thể tạo thành túi mủ ở cơ quan.
- Viêm khớp: thường một khớp nhất là khớp gối.
- Tổn thương da: sẩn đỏ, mụn mủ, dát hóa lậu ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, bộ phận sinh dục.
- Viêm nội tâm mạc.
- Hội chứng Reiter: viêm đường tiểu vô trùng, viêm giác mạc, viêm khớp, dát hóa lậu. Hội chứng này có thể do *C. trachomatis*.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

1. Phải chẩn đoán sớm và điều trị đúng phác đồ để tránh biến chứng và hạn chế sự lờn thuốc.
2. Phải điều trị người tiếp xúc sinh lý.
3. Phải thử huyết thanh chẩn đoán giang mai (thường là VDRL) và HIV để phát hiện bệnh đi kèm theo chương trình lồng ghép phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
4. Điều trị lậu kết hợp điều trị *C. trachomatis* vì tính chất dịch tễ học, sự phối hợp bệnh trong điều kiện thiếu phương tiện xét nghiệm.
5. Chỉ kết luận khỏi bệnh khi cấy hai lần liên tiếp âm tính hoặc không tiết dịch niệu đạo với nghiệm pháp tái kích thích.

Nghiệm pháp tái kích thích

Cho bệnh nhân uống bia, rượu, cà phê hoặc thức khuya, làm việc

nặng (có thể bơm nitrate bạc 2% vào niệu đạo). Sáng hôm sau cho bệnh nhân nhịn tiểu và xét nghiệm dịch tiết.

Nếu có dịch sẽ phết lên lame, nếu không có thì dùng một que cho sâu vào niệu đạo 2cm lấy bệnh phẩm và phết lên lame. Soi trực tiếp hoặc cấy. Cơ hội tìm thấy lậu cầu sẽ cao hơn với nghiệm pháp này.

2. THUỐC ĐIỀU TRỊ

Tên khoa học	Liều dùng	Bàn luận
Thuốc chọn lựa đầu tiên:		
Cefixime	400mg uống, liều duy nhất	- Liều duy nhất - Hiệu quả cao - An toàn
Ceftriaxone	250mg tiêm bắp, liều duy nhất	- Dùng liều duy nhất - Hiệu quả cao - Đắt tiền
Spectinomycine	2g tiêm bắp, liều duy nhất	- Hiệu quả cao - Dùng liều duy nhất
Ciprofloxacin	500mg uống, liều duy nhất	- Dùng liều duy nhất - Dễ sử dụng - Rẻ tiền
Thuốc hàng thứ yếu:		
Sulfamethoxazole/ Trimethoprim (400mg/80mg)	10 viên/ngày x 3 ngày	- Rẻ tiền - Có thể gây dị ứng - Dùng nhiều lần
Cefotaxim	1g tiêm bắp, liều duy nhất	- Hiệu quả thấp hơn - Sốc phản vệ
Kanamycine	2g tiêm bắp, liều duy nhất	- Tỉ lệ lờn thuốc cao

Bảng 3: *Thuốc điều trị bệnh lậu*

Viêm niệu đạo do C.trachomatis

Huyết trắng do lậu

Viêm niệu đạo do lậu

Ghẻ

Viêm niệu đạo + ghẻ ngứa

Herpes sinh dục

Sùng giang mai

Sùng hạ cam mềm

Loét sinh dục

Ghi chú

Điều trị viêm niệu đạo không do lậu thường sử dụng:

Tetracycline 500mg x 4 lần/ngày (uống).

Hoặc Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống).

Tuyến có xét nghiệm: (tuyến chuyên khoa)

- Lậu cấp: thường dùng thử nghiệm soi trực tiếp tìm lậu cầu. Cấy thường thực hiện khi đã điều trị hoặc ở phụ nữ mang mầm bệnh và thường thực hiện kháng sinh đồ. Nên thử thêm xét nghiệm *C. trachomatis*.

Biến chứng

- Viêm tinh hoàn: thường trị lậu một liều duy nhất và điều trị *C. trachomatis* trong 10 ngày.

- Biến chứng cổ điển như chít hẹp niệu đạo, viêm tuyến Litre ngày nay ít gặp.

4. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

Nếu điều trị đúng bệnh nhân sẽ hết tiểu mủ khoảng 2 – 3 ngày sau. Cảm giác đường tiểu (tiểu đau, tiểu buốt, tiểu nhiều lần) giảm trong khoảng ngày đầu và biến mất hoàn toàn sau 3 – 5 ngày.

Chỉ kết luận khỏi bệnh sau khi thực hiện nghiệm pháp tái kích thích hai lần liên tiếp, mỗi lần cách nhau 3 ngày mà không có tiết dịch trở lại hoặc có điều kiện cấy.

VII. PHÒNG BỆNH

Cấp 0

Cần giải quyết nạn mại dâm với sự tham gia của cộng đồng (chính quyền các cấp, hội phụ nữ,...).

Cấp I

Cần giáo dục sức khỏe trong quan hệ tình dục như: sử dụng bao cao su nếu nghi ngờ người tiếp xúc tình dục có vấn đề, tránh quan hệ tình dục bừa bãi.

Cấp II

Nếu lỡ có quan hệ không có phòng ngừa. Cần phải theo dõi triệu chứng đường tiểu trong vòng 7 ngày. Nếu có triệu chứng tiểu buốt, gắt, tiểu ra mủ, cần phải đi khám bệnh ngay để điều trị kịp thời. Tránh tự ý dùng kháng sinh mà không có ý kiến thầy thuốc.

Cấp III

Cần chuyển lên tuyến chuyên khoa để điều trị nếu phát hiện có các biến chứng nhằm tránh di chứng nặng nề về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bhalla P Et Al. Antimicrobial Susepctibility And Plasmid Profile Of Neisseria Gonorrhoeae In India (New Dehli). Sex Trans Dis 1998, 74(3):210-12.
2. Centers for Disease Control. Flouroquinolone resistance in Neisseria gonorrhoeae . MMWR 1995, 44:761.
3. Feingold D.S, Peacoke M. Gonorrhea. Fitzpatrick 's Dermatology in General Medicine 1993, vol.2, edit.5, Mc Graw -Hill, p.2760-64.
4. Fox K.K et al. Antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae in the United States 1988 – 1994: The emergene of decreased to flouroquinolones. J Infect Dis (in press).
5. Hoàng Văn Minh. Bệnh lậu. Chẩn đoán bệnh da bằng hình ảnh và cách điều trị 2002, tập 1.
6. Holmes K.K et al. Gonococcal infections in the adult. Sexually Transmitted Diseases 1994, companion handbook, p.25-40.
7. Hook III E.W, Handsfield H.H. Gonococcal infections in the adult. Sexually Transmitted Diseases1999, p.451.
8. Keith Radcliffe. European STD Guidelines Oct 2001, vol.12, supl.3.
9. Sparling P.F. Biology of Neisseria gonorrhoeae. Holmes K.K, Sparling P.F, Mardh P.A, Lemon S.M, Stam W.E, Piot P, WasserheitJ.N 's Sexually Transmitted Diseases 1999, edit.3, Mc Graw Hill, p.433-49.
10. Moranz J.S, Levine W.C. Drugs Of Choice For The Treatment Of Uncomplicated Gonorrhea Infection. Clin Infect Dis 1995, 20 (suppl.1):47.
11. 2002 national guideline for the management of gonorrhoea. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn câu đúng

1. Thử nghiệm nào sau đây thường dùng để chẩn đoán viêm niệu đạo cấp do lậu:
   a. Nhuộm Gram
   b. Cấy
   c. Miễn dịch huỳnh quang
   d. Phản ứng cố định bổ thể
   e. Tất cả các câu trên

2. Đường lây truyền nào sau đây có thể gặp trong bệnh lậu ngoại trừ:
   a. Lây truyền qua đường sinh dục
   b. Nhau thai
   c. Tiếp xúc trực tiếp
   d. Da, niêm mạc
   e. Nước

3. Hình ảnh lậu cầu trên phết nhuộm Bleu Methylen là:
   a. Song cầu trùng Gram âm nội tế bào
   b. Song cầu trùng Gram âm ngoại tế bào
   c. Song cầu trùng Gram âm nội ngoại tế bào
   d. Tất cả các câu trên đều đúng
   e. Tất cả các câu trên đều sai

4. Thuốc nào sau đây có tác dụng điều trị bệnh lậu cách tốt nhất:
   a. Ceftriaxone 250mg (TB) liều duy nhất
   b. Spectinomycine 2g (TB) liều duy nhất
   c. Cefotaxime 1g (TB) liều duy nhất
   d. Kanamycine 2g (TB) liều duy nhất.
   e. Penicilline procaine 4,8 triệu (TB) liều duy nhất

5. Xét nghiệm nào sau đây thường được sử dụng để chẩn đoán bệnh lậu cấp:

a. Soi trực tiếp (nhuộm Gram) b. Cấy

c. Phản ứng cố định bổ thể d. Phản ứng miễn dịch huỳnh quang

e. a, b, c, d đúng

6. Triệu chứng nào sau đây thường gặp ở nam mắc bệnh lần đầu:

a. Tiểu mủ b. Tiểu buốt

c. Tiểu nhiều lần d. a, b đúng

e. a, b, c đúng

Một bệnh nhân nam 30 tuổi bị tiểu mủ, có cảm giác khó chịu ở đường tiểu.

8. Các tác nhân nào sau đây có thể gây bệnh:

a. *Neisseria gonococcus* b. *Chlamydia trachomatis*

c. *Ureaplasma urealyticum* d. *Mycoplasma hominis*

e. Tất cả các tác nhân trên

9. Được biết cách đây 5 ngày bệnh nhân có quan hệ sinh lý với người lạ, thử nghiệm sau đây sẽ được thực hiện:

a. Soi tươi trực tiếp tìm lậu cầu

b. Thử nghiệm *C. trachomatis*

c. VDRL

d. HIV

e. Tất cả các xét nghiệm trên

10. Trong khi chờ đợi kết quả xét nghiệm, thuốc nào sau đây sẽ được ưu tiên điều trị:

a. Ceftriaxone 250mg (TB) liều duy nhất

b. Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống)

c. Erythromycine 500mg x 4 lần/ngày (uống)

d. a và b đúng

e. a và c đúng

Đáp án

1.a 2.b 3.a 4.e 5.a 6.a 7.e 8.e 9.e 10.a

LOÉT SINH DỤC

BS. Hoàng Văn Minh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài này, sinh viên có khả năng:

1. Kể tên được 3 nguyên nhân thường gặp của loét sinh dục.
2. Trình bày được đặc điểm lâm sàng của 3 nguyên nhân trên.
3. Trình bày được hướng xử trí trước một loét sinh dục ở tuyến cơ sở và tuyến quận (huyện).

I. ĐẠI CƯƠNG

Loét sinh dục là một hội chứng rất thường gặp trong da liễu, chiếm tỉ lệ 7,2% tại bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh. Hiện nay đây là một vấn đề quan trọng vì dễ tạo điều kiện cho sự xâm nhập của HIV.

Loét sinh dục là tình trạng mất lớp biểu mô của da hay niêm mạc của cơ quan sinh dục. Cần phân biệt 3 danh từ sau:

- Trợt (erosion) là tình trạng chỉ mất lớp biểu mô và một phần rất nông của lớp bì, lành thường không để sẹo.

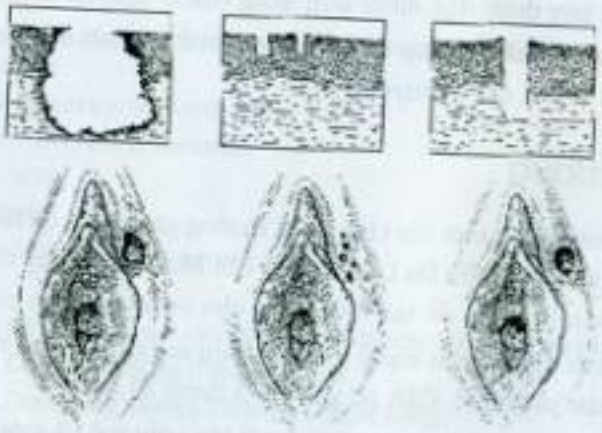
- Loét (ulceration) là vết trợt nhưng sâu hơn. Có thể tổn thương toàn bộ lớp bì, lành thường để sẹo. Trợt và loét thường không phân biệt rõ rệt trên lâm sàng ở người không chuyên khoa.

- Sãng (chancre) là một tình trạng sang thương (loét hay trợt) có vị trí ngay tại điểm xâm nhập của tác nhân gây bệnh. Thí dụ: sãng giang mai, sãng hạ cam mềm,...

II. NGUYÊN NHÂN

Đây là một hội chứng do nhiều nguyên nhân gây nên, mà trong đó bệnh lây truyền qua đường tình dục chiếm tỉ lệ cao.

Tỉ lệ các bệnh lây truyền qua đường tình dục này khác nhau tùy theo: địa lý, chủng tộc, tuổi, giới, nhưng nhìn chung các bệnh hạ cam mềm, herpes, giang mai chiếm hàng đầu. Do đó chúng tôi chỉ tập trung bàn về 3 bệnh này.



Hạ cam mềm — Herpes — Giang mai

Tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục:
- *Treponema pallidum*
- Herpes simplex virus
- *Haemophilus ducreyi*
- *Chlamydia trachomatis* serovars L1, L2, L3
- *Calymmatobacterium granulomatis*
- *Sarcoptes scabiei*

Những nguyên nhân khác thường gặp:
- Hồng ban sắc tố cố định tái phát
- Hội chứng Behçet
- Hội chứng Reiter
- Chấn thương
- Ác tính

Những nguyên nhân ít gặp:
- *Phthirius pubis*
- *Entamoeba histolytica*
- *Trichomonas vaginalis*
- Xoắn khuẩn không phải giang mai
- HIV

Bảng 1: *Các tác nhân gây loét sinh dục*

III. LÂM SÀNG

1. Hỏi

- Tuổi, tiền căn gia đình – cá nhân
- Điều trị trước đó
- Yếu tố khởi phát: giao hợp, thuốc, chấn thương
- Cảm giác: đau, ngứa, dị cảm tại sang thương hay nơi khác

2. Khám sang thương

Cần phải xác định

- Kích thước, số lượng
- Độ sâu của loét hay trợt
- Nền, đáy: sạch hay dơ
- Tổn thương ở da hay niêm mạc
- Hạch

Khám da – niêm mạc.

Dấu hiệu toàn thân

	Giang mai	Herpes	Hạ cam mềm
Thời gian ủ bệnh	2 – 4 tuần	2 – 7 ngày	1 – 14 ngày
Sang thương căn bản	Sẩn	Mụn nước	Sẩn hay mụn mủ
Số lượng sang thương	Thường một	Nhiều, có thể đồng nhất	Thường nhiều, có thể đồng nhất
Đường kính	5 – 15mm	1 – 2mm	2 – 20mm
Bờ	Ranh giới rõ, gồ cao, hình bầu dục hay tròn	Hồng ban	Không đều, xói mòn
Độ sâu	Nông hay sâu	Nông	Đào sâu
Đáy	Trơn láng	Thanh dịch hồng ban	Mủ
Nền	Cứng	Không	Mềm
Đau	Thỉnh thoảng	Thường gặp	Thường rất đau
Hạch	Cứng, không đau, hai bên	Cứng, thường đau, hai bên	Đau, có thể mưng mủ, thường một bên

Bảng 2: *Đặc điểm lâm sàng của loét sinh dục*

IV. CẬN LÂM SÀNG

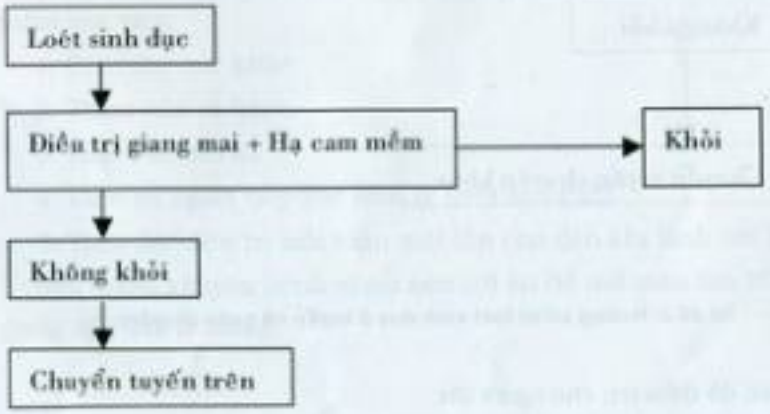
Các xét nghiệm thường tập trung bốn vấn đề: soi trực tiếp, huyết thanh, cấy và tế bào học.

	Giang mai	Herpes	Hạ cam mềm
Kính hiển vi	Nền đen	Phát hiện kháng nguyên	Nhuộm gram có độ nhạy và độ chuyên biệt thấp
Cấy	Không thích hợp	Cấy tế bào	Nhạy cảm, thích hợp trong môi trường chọn lọc
Huyết thanh học	RPR, VDRL, FTA-abs	Hiếm khi dùng	Thực nghiệm

Bảng 3: *Các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán.*

V. HƯỚNG XỬ TRÍ

Tuyến cơ sở



Tuyến quận, huyện

Sơ đồ 2: **Hướng xử trí loét sinh dục ở tuyến có quận (huyện)**

Phác đồ điều trị: *cho người lớn*

1. HẠ CAM MỀM

Ceftriaxone 250mg, tiêm bắp (liều duy nhất).
Azithromycin 1g, uống (liều duy nhất).
Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày x 3 ngày, uống.
Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày, uống.

2. GIANG MAI (SẢNG GIANG MAI KỲ I)

Benzathine Penicillin (Extencillin®) 2,4 triệu, tiêm bắp, liều duy nhất (test).

Dị ứng Penicillin có thể thay thế:
Tetracycline 500mg x 4 lần/ngày x 15 ngày, uống.
Hay Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 15 ngày, uống.

3. HERPES

Lần 1: Acyclovir 200mg x 5 lần/ngày x 7 ngày, uống.
Tái phát: Acyclovir 200mg x 5 lần/ngày x 5 ngày, uống.

Ở tất cả các tuyến, ngoài vấn đề điều trị bệnh nhân cần phải làm thêm các việc:

1. Giáo dục sức khỏe
2. Tham vấn về bệnh
3. Phát bao cao su
4. Điều trị người tiếp xúc sinh lý (nếu có bệnh)
5. Theo dõi điều trị mỗi tuần một lần cho đến khi lành vết loét

Nếu được, khuyên bệnh nhân nên trở lại để thử máu tìm HIV và giang mai sau 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ballard R.C. Genital Ulcer Adenopathy Syndrome. Holmes K.K, Sparling P.F, Mardh P.A, Lemon S.M, Stam W.E, Piot P, Wasserheit J.N 's Sexually Transmitted Diseases 1999, edit.3, Mc Graw Hill, p. 887.
2. Dickerson M.C et al. The Causal Role For Genital Ulcer Disease As A Risk Factor For Transmission Of Human Immunodeficiency Virus. Sex Trans Dis 1996, 23:429-41.
3. Keith Radcliffe. European STD Guidelines, vol.12, supl.3, Oct 2001.
4. O' Farrell N et al. Genital Ulcer Disease: Accuracy Of Clinical Diagnosis And Strategies To Improve Control In Durban, South Africa. Genitourin Med 1994, 70:7-11.
5. Hoàng Văn Minh. Hướng xử trí trước một loét sinh dục. Chẩn đoán bệnh da bằng hình ảnh và cách điều trị 2002, tập 1.
6. Plourde P.J et al. Human Immunodeficiency Virus Type 1 Seroconversion In Women With Genital Ulcers. J Infect Dis 1994, 170: 313-17.
7. 2002 national guideline for the management of genital ulcers. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002.

BỆNH GIANG MAI

BS. Nguyễn Tất Thắng

MỤC TIÊU

Sau bài học này sinh viên có khả năng :

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của bệnh giang mai.
2. Trình bày được các đặc điểm dịch tễ học của bệnh giang mai.
3. Nêu được tiến triển của bệnh giang mai, cách phân chia cũ và mới.
4. Nêu được các yếu tố để chẩn đoán bệnh giang mai kỳ I.
5. Nêu được các yếu tố để chẩn đoán bệnh giang mai kỳ II.
6. Nêu được các yếu tố để chẩn đoán bệnh giang mai bẩm sinh.
7. Kể được một số phản ứng huyết thanh giang mai.
8. Nêu được phương pháp, phác đồ điều trị bệnh giang mai.
9. Trình bày được các biện pháp phòng ngừa bệnh giang mai ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu.

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh giang mai là một bệnh chủ yếu lây truyền qua đường tình dục, quan trọng hàng thứ nhì sau AIDS.

Bệnh do giao hợp gây ra, cũng có thể do các nguyên nhân khác (lây qua con đường khác). Tác nhân sinh bệnh là xoắn khuẩn *Treponema*

pallidum được phát hiện bởi Schaudinn và Hoffmann (1904) ở Châu Âu.

Bệnh giang mai là bệnh hệ thống gây ra nhiều biểu hiện ở khắp nơi của cơ thể tùy theo diễn tiến của bệnh: da, niêm mạc, cơ xương, nội tạng (nhất là tim mạch và thần kinh). Nếu không điều trị, bệnh giang mai sẽ truyền cho thế hệ sau bằng giang mai bẩm sinh. Ngoài ra, bệnh còn lây truyền cho người tiếp xúc với bệnh nhân và từ đó sẽ lan tràn cho toàn xã hội. Đó là một tệ nạn xã hội rất nguy hiểm cho bản thân bệnh nhân, con cái bệnh nhân và cả loài người.

Trong chẩn đoán bệnh giang mai, ngoài xét nghiệm tìm trực tiếp xoắn khuẩn, phản ứng huyết thanh đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán.

Phản ứng huyết thanh cổ điển: với kháng nguyên không chuyên biệt (không đặc hiệu) dựa vào phản ứng cố định bổ thể BW, Kolmer (kháng nguyên phosphilipid) và VDRL.

Phản ứng huyết thanh hiện đại (đặc hiệu) với kháng nguyên chuyên biệt là xoắn khuẩn Treponema:

+ Phản ứng miễn dịch huỳnh quang FTA (Fluorescent Treponema Antibody) dùng xoắn khuẩn chết.
+ Phản ứng ngưng kết hồng cầu TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay) dùng xoắn khuẩn chết.
+ Phản ứng bất động xoắn khuẩn TPI (Treponema pallidum Immobilization) dùng xoắn khuẩn sống.

II. DỊCH TỄ HỌC

- Bệnh giang mai là một tệ nạn xã hội nghiêm trọng, phát triển mạnh lại trong nhiều năm qua trên toàn thế giới.
- Tuổi mắc bệnh giảm dần từ 20 – 39, 15 – 19, 40 – 49.
- Chủng tộc: mọi chủng tộc.

- Phái: nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ 2:1 đến 4:1.
- Bệnh giang mai bẩm sinh tăng theo tần suất bệnh giang mai ở người lớn.
- Ở miền nam Việt Nam trước kia, tỉ lệ bệnh khá cao, chiếm 3,3% dân số. Mới đây, với sự xuất hiện của bệnh AIDS đã làm cho dân chúng lo ngại, phòng ngừa bằng bao cao su, tỉ lệ giang mai vì thế có chiều hướng giảm bớt. Năm 2000, tại Bệnh Viện Da Liễu TP.HCM ghi nhận tỉ lệ bệnh giang mai là 3,4% trên tổng số BLTQĐTD.

III. DIỄN TIẾN CHUNG CỦA BỆNH GIANG MAI

1. THEO CỔ ĐIỂN

Thời kỳ ủ bệnh

Trung bình 3 tuần nhưng có thể thay đổi từ 1 tuần đến 3 tháng.

Thời kỳ thứ nhất (GM I)

Trung bình 1 tháng rưỡi, chia ra 2 giai đoạn:

Giai đoạn tiền huyết thanh

Triệu chứng lâm sàng gồm có săng và hạch, phản ứng huyết thanh âm tính.

Giai đoạn huyết thanh

Vào khoảng tuần thứ 2 sau khi săng nổi, phản ứng huyết thanh dương tính. Sự phân biệt 2 giai đoạn này rất quan trọng:

- Trong giai đoạn tiền huyết thanh: trị liệu dễ, có thể làm khỏi bệnh 100%, phản ứng huyết thanh mãi mãi âm tính.
- Trong giai đoạn huyết thanh: trị liệu khó khăn, lâu dài hơn. Nếu trị không đúng nguyên tắc, phản ứng huyết thanh có thể mãi mãi dương tính và bệnh sẽ tiến triển nặng hơn.

Thời kỳ thứ hai (GM II)

Trung bình 45 ngày sau khi có sẩng và có thể kéo dài 2 – 3 năm.

Đặc tính

- Thời kỳ II bắt đầu với những biểu hiện rầm rộ về da niêm mạc. Sang thương đa dạng và nông, khi lành không để sẹo.

- Có sự biểu hiện nhiễm trùng huyết do xoắn khuẩn giang mai và rất lây.

- Có dấu hiệu tổng quát như nóng sốt, albumine niệu.

- Hạch luôn luôn có.

- Phản ứng huyết thanh dương tính 100%.

Thời kỳ thứ ba (GM III)

Rất trễ, thường 5 – 10 – 15 năm sau khi có sẩng.

Đặc tính

- Nhiễm trùng huyết tương đối ít hơn thời kỳ II và không có dấu hiệu tổng quát như sốt.

- Phản ứng huyết thanh dương tính 95%.

- Sang thương độc dạng hay ít dạng và sâu như củ, gôm ở da, cơ, xương, nội tạng nhất là tim mạch và thần kinh.

- Khi lành để lại sẹo và biến dạng vì tính cách hủy hoại của sang thương.

- Không có hạch.

Ghi chú

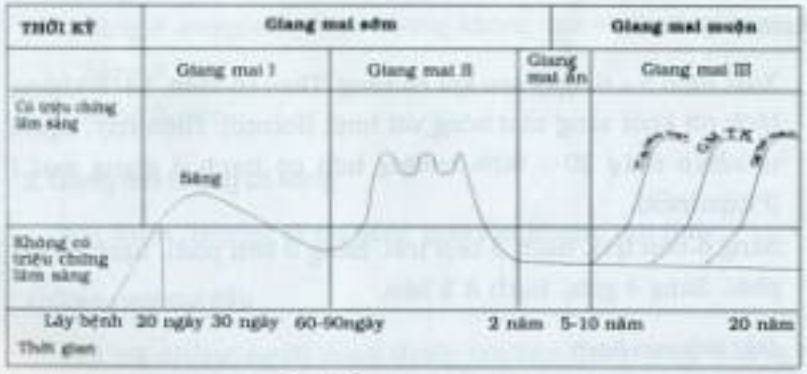
Sau thời kỳ II và trước thời kỳ III có giai đoạn giang mai yên lặng và chỉ biểu hiện bằng phản ứng huyết thanh dương tính. Đó là giang mai tiềm tàng hay giang mai kín.

2. CÁCH PHÂN CHIA MỚI

Chia 2 giai đoạn:

- Giang mai sớm: gồm giang mai thời kỳ I, giang mai thời kỳ II và giang mai tiềm tàng sớm trước 1 năm (Domonkos) hay 2 năm (Tổ chức Y tế Thế giới). Trị liệu rất nhạy cảm với Penicilline.

- Giang mai muộn: gồm giang mai tiềm tàng muộn sau 1 năm (Domonkos) hay 2 năm (Tổ chức Y tế Thế giới) và giang mai thời kỳ III. Trị liệu ít hiệu quả và nhiều khi phản ứng huyết thanh vẫn còn dương tính.



SƠ ĐỒ GIANG MAI

GIANG MAI THỜI KỲ I

I. ĐẶC TÍNH

Hai đặc tính của giang mai thời kỳ I là sẩng và hạch

II. TRIỆU CHỨNG

1. Thời kỳ ủ bệnh

Trung bình 3 tuần có thể thay đổi từ 10 đến 100 ngày.

2. Săng giang mai

Thường gặp ở bộ phận sinh dục (nam dễ thấy rõ hơn nữ). Sáu đặc tính của săng được Alfred Fournier mô tả:

- Vết lở tròn hay bầu dục, kích thước 0,5 – 2 cm đường kính.
- Giới hạn rõ và đều đặn thường không có bờ,
- Đáy sạch, trơn, bóng láng, màu đỏ như thịt tươi.
- Bóp không đau,
- Nền cứng.
- Hạch.

3. Hạch

- Xuất hiện 5 – 6 ngày sau khi có săng. Theo cổ điển, hạch không tách rời khỏi săng như bóng với hình (Ricord). Hiện nay, người ta nhận thấy 70 – 80% trường hợp có hạch ở giang mai I (Fitzpatrick).
- Săng ở bên trái, hạch ở bên trái. Săng ở bên phải, hạch ở bên phải. Săng ở giữa, hạch ở 2 bên.

• *Đặc tính của hạch*

- Nhiều hạch chụm lại thành từng nhóm.
- Lớn nhỏ không đều và có 1 hạch lớn hơn hết gọi là trường nhóm hạch.
- Không viêm, chắc, lay chuyển được.
- Không làm mủ.

III. DẠNG LÂM SÀNG ĐẶC BIỆT

1. Săng loét

2. Săng viêm: u giang mai tỏa lan (Syphillome diffuse)

Ở đàn ông

- Săng ở chỗ đường tiểu, săng ở hố thuyền
- Cả hai đều đau và chảy mủ

Ở đàn bà

- Săng ở môi lớn, âm hộ, viêm phối hợp với phù, sưng cứng ở một bên. Định bệnh phân biệt viêm tuyến Bartholin.
- Sưng cổ tử cung: gặp trong 1/3 trường hợp ở cách xa lỗ tử cung kèm với hạch ở đáy túi cùng một bên.

Ở cả 2 phái

- Săng ở amygdale: viêm nhưng không đau và thường ở một bên
- Săng ở lưỡi
- Săng ở môi

3. Giang mai không có săng

Rất hiếm, thường là do săng giấu kín không tìm thấy.

4. Giang mai cụt đầu

Đối với những người dùng thuốc bôi hay thuốc uống kháng sinh sau khi bị lây bệnh, thuốc làm mất săng nhưng không đủ khỏi bệnh.

IV. CÁCH TIẾN TRIỂN CỦA SĂNG GIANG MAI

- Không trị liệu: cũng lành tự nhiên trong 3 – 6 tuần và để lại sẹo trong 1/3 hay 1/2 trường hợp. Sẹo trắng hay đen tròn, chu vi hơi đen hơn trung tâm.
- Trị liệu: xoắn khuẩn sẽ biến mất 24 – 28 giờ. Săng sẽ lành trong một hay hai tuần và sẽ để sẹo như trên.

V. BIẾN CHỨNG

1. Hẹp bao qui đầu: (phimosis)

Đứng trước một trường hợp hẹp bao qui đầu mới có, chúng ta phải nghĩ tới giang mai và phải tìm xoắn khuẩn Treponema, phải thử phản ứng huyết thanh.

2. Sưng da qui đầu nghẽn: (paraphimosis)

Nếu bệnh nhân lộn được da qui đầu ra phía sau, có thể sẽ không lộn lại được da qui đầu như cũ, như thế hình thành chứng sưng da qui đầu nghẽn.

3. Nhiễm vi khuẩn thường

Thường có tính cách hoại tử, sẵng sẽ bị che đậy bởi một lớp vẩy mục đen (escarre).

4. Loét sâu quảng: (phagédénisme)

Nguyên nhân có thể là vi khuẩn kỵ khí, nhưng nhiều nhất là sự hỗn hợp với sẵng mềm hay là do tính chất mãnh liệt đặc biệt của xoắn khuẩn *Treponema pallidum*.

5. Sẵng hỗn hợp

Xoắn khuẩn *Treponema pallidum* + vi khuẩn hạ cam mềm Ducreyi.

VI. CHẨN ĐOÁN

1. Dựa vào lâm sàng

- Thời kỳ ủ bệnh
- Các đặc tính của sẵng
- Các đặc tính của hạch

2. Vi trùng học: Có giá trị tuyệt đối

- Lấy mẫu thử ở rìa sẵng
- Dùng kính hiển vi nền đen để khảo sát sẽ thấy Treponema hiện lên, chúng di chuyển giữa các hạt có động tác Brownien. Treponema dài từ 7 – 12 mm có từ 6 – 14 vòng xoắn hẹp rõ rệt, đều đặn và không thay đổi.
- Dùng kính hiển vi điện tử có thể thấy Treponema hình hạt dẻ ăn màu bạc. Đó là hạt sinh vi khuẩn xoắn.

3. Thử máu

Khi sẵng mới nổi, làm IgM EIA (Enzyme Immunoassay) hoặc miễn dịch huỳnh quang (FTA-abs) (hai xét nghiệm này có thể dương tính rất sớm, từ một đến hai tuần sau khi bị nhiễm trùng). Từ tuần thứ hai làm VDRL, từ tuần thứ ba làm TPHA.

4. Chẩn đoán phân biệt

Sẵng hạ cam mềm

- Thời gian ủ bệnh ngắn hơn (3 ngày)
- Bờ không đều, không dính, giới hạn bằng 2 vòng vàng và đỏ
- Đáy dơ, bị ăn nát
- Nền mềm, đau.

Bệnh hột xoài

- Ít gặp được sẵng của bệnh này vì tiến triển rất nhanh và sẵng không đặc biệt.

Herpes sinh dục

- Ngứa, do nhiều mụn nước hợp thành chùm
- Có khi đau rát
- Tự nhiên lành trong 1 hay 2 tuần nhưng thường tái phát.

Sẩng ghẻ

- Sẩn, mụn nước, mụn mủ
- Ngứa nhiều, nhất là ban đêm
- Thường có kèm sang thương ở vị trí khác
- Thường có nhiều người trong gia đình bị ngứa.

Vết trầy thương tích

- Thành một vệt dài, không đều đặn.

Viêm da mủ

- Khó phân biệt với sẩng bởi nhiễm trùng.

Sẩng tái phát: (chancre redux)

- Là một tai biến của thời kỳ thứ ba nằm ngay tại nơi sẩng của thời kỳ thứ nhất.
- Đó là vết gồm sẽ tiến triển tới loét, không có Treponema và phản ứng huyết thanh chỉ dương tính 95% trường hợp.

GIANG MAI THỜI KỲ II

I. ĐẠI CƯƠNG

Rất lây do nẩy nở dồi dào của Treponema trong máu làm bệnh lan tràn khắp cơ thể. Phản ứng huyết thanh dương tính.

Tổn thương đa dạng ở da, niêm mạc, có khi nội tạng nhưng không sâu, khi lành không để sẹo.

Bắt đầu trung bình từ 60 ngày sau khi bị truyền nhiễm cho tới năm thứ hai, thứ ba.

Ở Việt Nam, bệnh trong giai đoạn này rất phổ biến và có thể gặp dạng hồng ban nút và hồng ban đa dạng với dấu hiệu tổng quát như nóng sốt.

II. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ trước khi có ban đào

- Trung bình là 45 ngày (từ khi có sẩng tới khi có ban đào).

- Triệu chứng chứng minh sự lan tràn của vi trùng giang mai khắp cơ thể: da mét, thiếu máu, hay mệt, đau khớp và xương, đau dây thần kinh tọa (sciatique), nhức đầu, hay có cơn nóng sốt.

2. Đợt nảy nở đầu tiên của bệnh giang mai II

Ban đào, mảng niêm mạc, hạch rụng tóc. Triệu chứng tổng quát: viêm màng não, vàng da, viêm thận, viêm màng xương, viêm xương, viêm tai trong, triệu chứng mắt.

- *Ban đào: (roséole)*

- Vết dát màu hồng lợt giống "hoa đào" kích thước từ vài mm đến 1 – 2cm, giới hạn hơi mù mờ. Đó là vết dát sung huyết, biến đi khi đè dưới kính đồng hồ, không mài, không sẩn và không ngứa.
- Bắt đầu nổi ở hai bên hông hay ở ngực. Hay nổi ở thân mình và gốc tức chi, không có ở mặt và chi xuống chân trong trường hợp nổi nhiều.

- *Mảng niêm mạc*

- Không đau, không ăn sâu, cạnh rõ và đều, tiến triển qua 3 giai đoạn: đỏ, trắng men và sướt.
- Tiến triển: chừng 2 tuần lễ rồi biến mất, dù không trị liệu nhưng sẽ mọc trở lại.
- Vị trí: ở mép giống như chốc mép (perlèche) mà đáy có một đường nứt, chứng chốc mép một bên làm ta phải nghĩ tới đó là mảng niêm mạc; ở cổ họng: trụ vòm khẩu cái, lưỡi gà, hạch hạnh nhân; ở thanh quản; ở bộ phận sinh dục; ở hậu môn: dưới hình thức của một vết nứt ở đáy của một nếp gấp.

• *Nổi hạch*

- Triệu chứng rất quan trọng thường đi kèm với triệu chứng khác hay đứng một mình.
- Thường nổi ở hai bên, đối xứng từng nhóm không đau, cứng và di động.

• *Rụng tóc*

- Tính cách lơ thơ, tròn hay bầu dục như một bộ lông thú bị mọt cắn.
- Không bao giờ rụng hết.

• *Triệu chứng tổng quát*

- Rất hiếm trong dạng thông thường, cơn nóng sốt giang mai nặng chỉ gặp trong vài đối tượng như nghèo khổ, cô đơn, nghiện rượu và mãi dâm.
- Phản ứng huyết thanh dương tính.
- Đau nhức dây thần kinh, viêm xương màng xương, nhức đầu. Đặc tính đau vào buổi tối.

3. Đợt nảy nở thứ hai của giang mai II

Vết tấm nhuận hơn, tiến triển chậm và biến đi cũng chậm. Biểu hiện:

- Ban đào tái phát:

  Vết dát ít hơn, lớn hơn và tiến triển lâu hơn ban đào.
- Ban giang mai sẩn vẩy đa cung:

  Ở da, dương vật, âm hộ, thường ở miệng, răng, mũi, má.
- Ban giang mai nang lông, gồm:

  Ban giang mai giống lichen.

  Ban giang mai trứng cá.

- Ban giang mai vẩy nến:

  Ở khắp nơi nhưng không đặc biệt, ở lòng bàn tay của thợ thuyền và tài xế.

  Nghiệm pháp Brocq (-), tấm nhuận và có hạch.
- Ban giang mai sắc tố:

  Thường ở gáy làm thành kiềng vệ nữ.
- Giang mai sẩn sùi
- Giang mai loét
- Viêm móng, móng thụt
- Ở niêm mạc hay bán niêm mạc: ban giang mai sẩn ướt.

Tất cả những sang thương kể trên đều có đặc tính chung: tấm nhuận và đi đôi với hạch.

GIANG MAI TIỀM TÀNG (TIỀM ẨN)

Các triệu chứng giang mai II mất đi do bệnh nhân không biết hay do điều trị kháng sinh vì một bệnh khác nhưng không đủ giải quyết bệnh giang mai nên bệnh tiềm ẩn.

Giang mai tiềm ẩn không có triệu chứng lâm sàng, chỉ có huyết thanh dương tính, do đó cần thử lại bằng một phản ứng thứ hai và kiểm tra bằng một phản ứng đặc hiệu của xoắn khuẩn (FTA-abs).

Chia ra 2 giai đoạn:

- Giang mai tiềm ẩn sớm: từ 12 – 24 tháng sau khi nhiễm bệnh có thể điều trị khỏi, phản ứng huyết thanh trở lại âm tính.

- Giang mai tiềm ẩn muộn: huyết thanh khó trở về âm tính sau điều trị.

GIANG MAI THỜI KỲ III

Xuất hiện thường nhiều năm, từ 2 – 10 – 15 năm sau khi có sẩng.

giang mai không điều trị nghiêm túc. Hiện nay rất hiếm, có thể gặp ở da niêm mạc (dưới dạng củ hay gôm) hay ở nội tạng (tim mạch, động mạch chủ) và thần kinh (bệnh tabès, liệt toàn thân). Không bao giờ có hạch, không lây hay rất ít lây, phản ứng huyết thanh dương tính 95%.

GIANG MAI VÀ NHIỄM HIV

Giang mai có thể làm nhanh sự phát triển của giảm miễn dịch ở bệnh nhân nhiễm HIV. Ngược lại, nhiễm HIV có thể gây nên sự tái hoạt của một giang mai nằm im. Giang mai gây một nguy cơ cao nhiễm HIV do loét sinh dục làm cho siêu vi xâm nhập vào cơ thể bệnh nhân dễ dàng hơn. Trong thời kỳ I, sự xuất hiện của săng kéo dài hơn. Trong thời kỳ II, tần suất của tổn thương cục và cục loét (hiếm thấy) thì cao hơn.

Phản ứng huyết thanh giang mai cũng thay đổi bất thường. Có những bệnh nhân giang mai thật sự với triệu chứng lâm sàng rõ lại có phản ứng huyết thanh giang mai âm tính. Ngược lại có một tỉ lệ bệnh nhân dương tính giả với phản ứng không đặc hiệu mà hiệu giả kháng thể rất cao.

GIANG MAI BẨM SINH

Từ giang mai bẩm sinh được dùng thay cho từ giang mai di truyền theo cổ điển. Người ta không thấy một sự thay đổi nào trong gien của những người có bệnh giang mai. Về kích thước thì xoắn khuẩn giang mai không thể nào truyền qua trứng hay tinh trùng. Giang mai bẩm sinh là do bệnh lây truyền qua thai nhi trong thời gian mang thai.

Sự lây truyền qua thai nhi thực hiện do nhiễm trùng huyết xoắn khuẩn. Điều đó được chứng minh do các thương tổn của thai nhi chết trong tử cung.

1. Giang mai thai

- Bị xoắn khuẩn Treponema xâm nhập, thai có thể bị chết giữa tháng thứ sáu và thứ chín của thai nghén,
- Hoặc hư thai của giai đoạn thứ hai của thai nghén, sẩy thai, thai nhi chết lưu,
- Hoặc thai tử sản.
- Phía người mẹ: đa ối (hydramnios) và đôi khi nhau phì đại.
- Phía thai: da bị lột, viêm xương sụn, viêm phổi trắng, gan đá lửa, viêm lách, thận to, trắng.

2. Giang mai bẩm sinh sớm

- Khi sanh, đứa trẻ như ông già, nhẹ cân,
- Bánh nhau phì đại, cân nặng 1/6 cân đứa trẻ.

Thai nhi sanh sớm và khó sống: tổng trạng nặng, thai suy mòn, vẻ nhân vàng, vàng da kéo dài, gan lách to.

Dạng ít độc hơn: trẻ sơ sinh sống được và có dấu hiệu như sau:

- Triệu chứng rõ rệt:
- Da và niêm mạc: ban đào, ban giang mai sẩn đa dạng, đặc biệt quanh lỗ thiên nhiên, loét môi và nứt mép, mảng niêm mạc môi.
- Sổ mũi: dai dẳng ở tuần thứ ba, hai bên mũi nghẹt thở, với loét niêm mạc sâu và kế tiếp sụp sụn mũi.
- Pemphigus lòng bàn tay lòng bàn chân: ban giang mai bóng nước.
- Tổn thương xương: được phát giác bởi X quang hệ thống bộ xương.
- Viêm xương sụn: dưới 3 tháng. Ở đầu trên xương sụn hay đầu dưới xương cánh tay, đối xứng tiến triển qua 3 giai đoạn:
  + Giai đoạn 1: đầu xương.
  + Giai đoạn 2: ở vùng thành xương. X quang cho thấy 1 băng đen với bờ trên hình răng cưa (triệu chứng Wimberger).
  + Giai đoạn 3: ít gặp hơn, đó là bệnh tê liệt giả của Parrot.

- Viêm cốt mạc hóa xương: sau tháng thứ ba.
- Viêm xương màng bao xương: (ostéopériostite) và viêm xương tủy xương (ostéomyélite).
- Lách to, thiếu máu.
- Viêm thận với albumine niệu nặng.
- Bướu dịch hoàn và đôi khi viêm dịch hoàn teo.
- Phản ứng não tiềm tàng.
- Gan to với rối loạn xét nghiệm gan.

• *Triệu chứng ít có giá trị hơn:* albumine trong nước tiểu, thiếu máu, não úng thủy, u máu dưới màng cứng não.

Giang mai bẩm sinh không rõ rệt

- Sanh thiếu tháng làm tử sản
- Chứng suy mòn
- Bệnh còi
- Trán gồ
- Lách to
- Chậm mọc răng
- Chậm biết nói
- Kinh phong, tê liệt nửa người, liệt chi dưới, kém trí nhớ
- Mắt lé trong (strabisme convergent)

Phản ứng huyết thanh của trẻ còn bú

Huyết thanh đứa con của người mẹ mắc bệnh giang mai thì dương tính hồi mới sanh vì sự chuyển kháng thể của người mẹ. Nhưng phải thử máu lại vào tháng thứ ba hay tháng thứ sáu. Nếu còn dương tính thì mới có thể nói đứa bé bị giang mai bẩm sinh.

Nếu có điều kiện thì ta làm IgM-FTA sẽ giúp ta xác định được. IgM là kháng thể không xuyên qua hàng rào nhau.

3. Giang mai bẩm sinh muộn

Cũng như người lớn, bệnh giang mai cũng có thể tiến triển ẩn nên lúc mới sanh không có triệu chứng. Bệnh sẽ xảy ra từ 2 – 3 tuổi đến 12 – 18 – 30 tuổi.

Tổn thương mắt

Viêm giác mạc kẽ (40%), viêm mống mi (iridocyclite) hay viêm võng mạc hạt sắc tố.

Tổn thương tai

Đi tới điếc vĩnh viễn.

Triệu chứng xương

- Khớp xương ít gặp hơn và cục bộ hơn trong giang mai bẩm sinh sớm.
- Viêm xương màng bao xương (ostéopériostite).
- Viêm xương tủy xương (ostéo-myélite) có hình X quang xương quyển cong như lưỡi gươm.
- Khớp nước đầu gối hai bên không đau.
- Gồm bộ xương mũi với biến dạng mũi yên ngựa, mũi xẹp.

Tổn thương thần kinh

Bệnh tabès và bại liệt toàn diện trẻ em. Xét nghiệm dịch não tủy phải làm trong giang mai bẩm sinh trẻ có thể phát giác phản ứng màng não lympho (30%).

Gồm da, niêm mạc

Nhất là sọ đầu, gồm vòm miệng với lủng, làm nước vọt ra mũi khi nuốt.

Lách to, gan to

Tổn thương thận, động mạch chủ hay nội tiết, hémoglobin niệu.

Di chứng chủ yếu ở răng

Liên quan tới răng cửa (răng Hutchinson) hay răng lớn hàm trên thứ nhất (răng nang của Moon) (dent en bourse de Moon).

Di chứng khác

Sẹo sọc ở môi, lưỡi gà bị cắt cụt, mũi yên ngựa, mũi gãy.

4. Loạn dinh dưỡng và sẹo

- Giang mai bẩm sinh ít gây bệnh, có thể lành tự nhiên hay được điều trị.

- Đôi khi để lại di chứng chậm phát triển, trong thời kỳ sinh trưởng rất nhiều loạn dinh dưỡng mà phần đông không đặc hiệu như trán vồ, sọ nhỏ, dị thường vô số răng.

- Tam chứng Hutchinson: viêm giác mạc kẽ, điếc và răng Hutchinson.

- Loạn dinh dưỡng và sẹo phải được xác định bằng phản ứng huyết thanh dương tính.

5. Chẩn đoán: dựa vào:

- Lâm sàng
- X quang
- Sinh học, đặc biệt thử nghiệm Nelson và miễn dịch huỳnh quang (FTA, IgM-FTA).

PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ GIANG MAI

Bệnh giang mai là một tệ nạn xã hội, rất nguy hiểm cho sức khỏe của nhân dân ta. Nhiệm vụ của chúng ta là phải bài trừ bệnh này càng sớm càng tốt.

I. PHÒNG BỆNH: (CẤP I)

1. Phòng bệnh cá nhân

- Trước khi giao hợp: nên dùng bao cao su để ngừa cả bệnh AIDS.
- Khi cần chích thuốc dùng kim tiêm một lần rồi bỏ. Truyền máu phải thử VDRL và HIV.

2. Phòng bệnh tập thể

- Giáo dục nam nữ thanh niên về tác hại của bệnh.
- Chống tệ mãi dâm: cải tạo lao động, tìm việc làm cho chị em phụ nữ làm nghề này.
- Xây dựng mạng lưới y tế từ trung ương đến địa phương có nhiệm vụ theo dõi, phát hiện và điều trị các bệnh nhân giang mai.
- Quy chế kết hôn: thử máu trước khi kết hôn.
- Đăng ký thai nghén, nhằm phát hiện kịp thời bệnh của thai phụ.

II. ĐIỀU TRỊ GIANG MAI: (CẤP II VÀ CẤP III)

1. NGUYÊN TẮC TRỊ BỆNH

Trị người bệnh và cả người đồng sàng cho tới khi khỏi bệnh để tránh lây lan cho người khác.

2. PHƯƠNG PHÁP

Kháng sinh chủ yếu là Pénicilline:

- Pénicilline procaine
- Extencilline® (Benzathin pécicilline G)

3. CHỈ ĐỊNH: CẤP II (GIANG MAI I VÀ II)

Giang mai kỳ 1

Extencilline® 2,4 triệu đơn vị, tiêm bắp 1 lần.

Kiểm tra máu: 3 tháng sau với phương pháp lượng giá: nếu hiệu giá kháng thể giảm 4 lần so với lần đầu tức là bệnh bớt, không điều trị lại.

Giang mai thời kỳ II

Extencilline® 2,4 triệu đơn vị, tiêm bắp 1 lần.

Hoặc Penicilline G procain 600.000 đơn vị, tiêm bắp mỗi ngày, trong 10 ngày.

Theo dõi cứ 3 tháng 1 lần về kháng thể như trên.

Trường hợp dị ứng PNC (pénicilline)

Tetracycline hydrochloride 500mg x 4 lần/ngày trong 15 ngày.

Hay Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày trong 15 ngày.

Hay Erythromycine 500mg x 4 lần/ngày trong 15 ngày.

Giang mai thời kỳ III: (cấp III)

Điều trị lâu ngày hơn và khó hơn vì sợ phản ứng Herxheimer.

Giang mai da niêm mạc

PNC G procaine 600.000 đơn vị, tiêm bắp mỗi ngày x 15 ngày.

Extencilline® 2,4 triệu đơn vị/tuần x 3 – 4 tuần tiêm bắp.

Phòng phản ứng Herxheimer: dùng corticoide trước 5 ngày rồi mới chích PNC.

Giang mai tim mạch

Dùng corticoid trước, sau đó mới chích Extencilline® 1,2 triệu đơn vị/ngày x 8 ngày hay 2,4 triệu đơn vị/tuần x 3 – 4 tuần. Nếu có suy tim phải trị suy tim trước.

Giang mai thần kinh

Điều trị cẩn thận cũng giống như giang mai tim mạch nhưng với tổng lượng PNC nhiều hơn.

Aqueous crystalline penicilline G 18 – 21 triệu đơn vị chia chích tĩnh mạch 3 – 4 triệu đơn vị mỗi 3 – 4 giờ trong 10 đến 14 ngày.

Hoặc procaine pencicilline G 2 – 4 triệu đơn vị tiêm bắp mỗi ngày với probenecid 500mg x 4 lần mỗi ngày trong 10 – 14 ngày.

Nếu dị ứng PNC: tetracycline hoặc erythromycine 500mg x 4 lần/ngày x 30 ngày. Kiểm tra kháng thể 3 tháng 1 lần.

Giang mai tiềm ẩn: VDRL (+)

Tùy trường hợp, bệnh nhân được làm thêm phản ứng FTA-abs và điều trị cẩn thận, nghiêm túc. Ngoài ra còn phải khám tim mạch, thần kinh làm xét nghiệm dịch não tủy.

Extencilline® 2,4 triệu đơn vị /tuần x 3 tuần, tiêm bắp.

Giang mai thai nghén

- Trị liệu cũng như không có thai bằng PNC với phác đồ như giang mai nhưng phải cẩn thận và theo dõi bệnh nhân vì có thể có phản ứng Herxheimer.

- Trường hợp dị ứng với PNC thì dùng erythromycine liều lượng như trên nhưng sự hữu hiệu kém hơn PNC. Không nên dùng tetracycline vì có hại cho mẹ và thai.

- Theo dõi kháng thể huyết thanh mỗi tháng cho tới khi sanh nếu kháng thể tăng thì điều trị lại.

Giang mai bẩm sinh

Giang mai bẩm sinh sớm (tới 2 tuổi theo Tổ chức Y tế Thế giới)

- Với nước não tủy bất thường:

PNC nước 50.000 đơn vị/kg, tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ x 10 – 14 ngày.

- Với nước não tủy bình thường:

• Phương pháp cũ:

Điều trị cẩn thận với liều PNC G nhỏ trong mấy ngày đầu (20 đơn vị/kg/ngày). Thí dụ: trẻ sơ sinh 3 kg. Lượng thuốc mấy ngày đầu là 20 đơn vị x 3 = 60 đơn vị chia chích 3 lần/ngày trong 3 ngày. Mấy ngày sau PNC với tổng lượng 100.000 đơn vị/kg tức 300.000 đơn vị chia chích trong 15 ngày.

• Phương pháp mới:

Extencilline® 50.000 đơn vị/kg, tiêm bắp.

Lưu ý: cẩn thận khi dùng PNC procaine, tốt hơn nên tránh dùng đối với trẻ em dưới 2 tuổi.

Giang mai bẩm sinh muộn (từ 2 tuổi trở lên)

Điều trị cũng như người lớn trong giang mai mắc phải, theo trọng lượng của bệnh nhân.

Theo dõi về lâm sàng và huyết thanh học.

Trong cuối năm đầu sau điều trị 3 – 6 và 12 tháng sau trị liệu.

Phản ứng PNC: (thường gặp PNC chậm)

Cục bộ: đau, viêm, áp xe

Tổng quát:

- Sốt PNC khởi hắn khi ngừng trị liệu.
- Trụy mạch (collapsus) có thể thê thảm.
- Phù nề, mề đay, đỏ da toàn thân, ban xuất huyết.

Phản ứng đặc biệt:

• Phản ứng Herxheimer:

- Xuất hiện sau mũi đầu tiên PNC do sự ly giải (lyse) xoắn khuẩn Treponema bởi một lượng PNC cao.
- Thể hiện bằng cơn sốt cao, mệt nhức đầu, tim đập nhanh, huyết áp không giảm quá thấp như trong sốc phản vệ, sung huyết, phù, đau cơ, sang thương da tăng. Những triệu chứng đó thường xuất hiện chậm trong vòng 4 giờ sau khi chích PNC và giảm đi trong 24 giờ.
- Cách giải quyết: dùng aspirine, kháng histamine, coramine trong trường hợp nhẹ. Trường hợp nặng: dùng corticoide.

• Sốc phản vệ:

- Phản ứng thường là nặng, gặp ở bệnh nhân chích nhiều lần PNC, xảy ra đột ngột từ dưới 1 phút đến 5 phút sau khi chích.
- Nguyên nhân sinh bệnh là do phức hợp miễn dịch (xung đột giữa kháng nguyên và kháng thể).
- Biểu hiện lâm sàng gồm có: nhức đầu, mệt mỏi, khó thở, xanh xao, tim đập nhanh, mạch không bắt được, đổ mồ hôi nhiều, ói mửa.
- Xử trí: cho bệnh nhân nằm đầu thấp, mở nút áo, dây lưng. Tiêm dưới da adrénaline 1 ml tiếp tục cho tới khi huyết áp trở lại bình thường. Bổ túc bằng corticoide. Nếu ngưng tim: adrénaline chích vào tĩnh mạch, xoa bóp tim hoặc sốc điện và thở oxy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh viện Da Liễu (Sở Y Tế TPHCM). Bệnh Giang Mai. Bệnh da và các bệnh lây qua đường sinh dục 1992, tr.74-78.
2. CDC MMWR. Syphilis. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases 1998, Vol.47, No.RR1, p.28-56.
3. Degos. La Syphilis. Dermatologie Masson & Cie Paris 1976, p.875-79.
4. Domonkos. Syphilis. Diseases of The Skin. Arnold, Odom & James. WB Saunders Company 1990, p.405-27.
5. Nguyễn Văn Ứt. Bệnh Giang Mai. Bệnh Da liễu. Đại học Y Dược 1999, tr.125-54.
6. Sanchez Miguel R. Syphilis. Dermatology in General Medicine Fitzpatrick – fifth edition 1999, p.2551-79.

7. Saurat. La Syphilis. Dermatologie Masson Paris 1999, p.179-84.
8. Joly V. Syphilis Primaire et Secondaire. Epidémiologie Diagnostic, Traitment Revue du Pratitienne. Paris 1994, 44, 12, p.1658-68.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn một câu đúng

1. Treponema – vi khuẩn của bệnh giang mai:
   a. Có kích thước từ 7 – 12 microns.
   b. Dạng xoắn, có chuyển động Brownien thấy được dưới kính hiển vi thường.
   c. Chuyển động Brownien hiện lên dưới kính hiển vi nền đen.
   d. Câu a và c đúng.

2. Các biến chứng sau đây không phải của bệnh giang mai:
   a. Sưng bao quy đầu nghẽn
   b. Viêm niệu đạo hóa xơ thể hang
   c. Nhiễm vi khuẩn thường
   d. Hẹp trực tràng
   e. Câu b và d đúng.

3. Giang mai trong khi có thai:
   a. Không được dùng PNC để điều trị.
   b. Không được dùng Erythromycine để điều trị.
   c. Điều trị cẩn thận và theo dõi bệnh nhân vì có thể có phản ứng Jarish Herxheimer.
   d. Tất cả các câu trên đều sai.

4. Đặc điểm nào sau đây không phải của sẩng giang mai (theo Alfred Fournier):
   a. Nền cứng
   b. Bóp đau
   c. Vết trợt giới hạn rõ
   d. Đáy sạch
   e. a, b, c, d, đều là đặc điểm của sẩng giang mai.

5. Phản ứng nào sau đây được dùng để theo dõi điều trị giang mai:
   a. FTA
   b. FTA_{ABS}
   c. VDRL
   d. TPHA
   e. TPI.

6. Đặc điểm của giang mai thời kỳ II:
   a. Sang thương có thể vào nội tạng nhưng không sâu.
   b. Rất lây, sang thương ở da và niêm mạc.
   c. Có thể gặp dạng hồng ban nút hay hồng ban đa dạng kèm nóng sốt.
   d. Tất cả các câu trên đều đúng.
   e. Câu b và c đúng.

7. Triệu chứng nào sau đây không thuộc về giang mai thời kỳ II:
   a. Ban đào tái phát
   b. Mảng niêm mạc
   c. Sẩng tái phát
   d. Codyloma lata

8. Giang mai huyết thanh:
   a. Không có triệu chứng lâm sàng nên không phát hiện được.
   b. Thuộc về giang mai thời kỳ I.
   c. Điều trị khó khăn phức tạp.
   d. Cần phải xét nghiệm dịch não tủy.
   e. Câu c và d đúng.

9. Triệu chứng nào sau đây không thuộc về giang mai bẩm sinh sớm:
   a. Sổ mũi sớm
   b. Viêm hạch
   c. Viêm xương sụn
   d. Viêm cốt mạc hóa xương

10. Triệu chứng nào sau đây không thuộc về giang mai bẩm sinh trễ:
   a. Viêm màng bao xương
   b. Viêm xương tủy xương
   c. Đỏ da toàn thân
   d. Tabès
   e. Mũi yên ngựa

11. Ban đào, ban giang mai sẩn vảy, nứt mép, mảng niêm mạc:
   a. Có trong giang mai kỳ I và II
   b. Có trong giang mai Kỳ II và III
   c. Có trong giang mai II và giang mai bẩm sinh
   d. Có trong giang mai bẩm sinh và giang mai huyết thanh
   e. Tất cả các câu trên đều sai.

Chọn một câu sai

12. Biến chứng của sãng giang mai:

a. Hẹp bao quy đầu b. Sưng da quy đầu nghẽn

c. Nhiễm vi khuẩn thường d. Hội chứng Reiter

e. Sãng hỗn hợp

13. Các đặc điểm của giang mai kỳ II:

a. Phát ban ngoài da b. Hạch

c. Sang thương không tẩm nhuận c. Rụng tóc

e. Tất cả phản ứng huyết thanh chẩn đoán giang mai đều dương tính.

14. Đặc tính của giang mai kỳ II:

a. Rất lây.

b. Khi lành để sẹo.

c. Phản ứng huyết thanh dương tính.

d. Treponeme sinh sôi nhiều trong máu.

e. Tất cả các câu trên đều sai.

15. Nổi hạch là triệu chứng của:

a. Giang mai kỳ I b. Giang mai kỳ II

c. Giang mai kỳ III d. Giang mai bẩm sinh

e. Tất cả đều sai.

Đối chiếu

16.

1. Hạ cam mềm	a. Không đau, không làm mủ.
2. Hột xoài	b. Khi xỉ ra thành nhiều lỗ.
3. Hạch lao	c. Lỗ dò khi bể tạo sãng mới.
4. Hạch giang mai	d. Khi bể tạo vết loét bờ tróc.

17.

1. Sãng hạ cam mềm	a. Vết lở	
2. Sãng giang mai	b. Vết loét	
3. Sãng ghẻ	c. Chùm mụn nước	
4. Mụn dộp	d. Mụn nước rải rác	e. Sẩn

Điền vào chỗ trống

18. Trong điều trị giang mai thai kỳ, nếu bệnh nhân dị ứng với Penicilline thì ta dùng...

19. Phản ứng huyết thanh giang mai cho dương tính sớm nhất và khá đặc hiệu là...

Đáp án

1.d	2.e	3.c	4.b	5.c	6.d	7.c	8.e	9.b
10.c	11.c	12.d	13.c	14.b	15.c			

16.1-e; 2-b; 3-d; 4-a

17.1-b; 2-a; 3-d,e; 4-c

18.Erythromycine

19.FTA_{ABS}

BỆNH HẠ CAM MỀM

BS. Nguyễn Tất Thắng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học bài này, sinh viên có khả năng:

1. Nêu được đặc điểm dịch tễ học của bệnh hạ cam mềm.
2. Nêu được nguyên nhân gây bệnh.
3. Mô tả được triệu chứng học của bệnh hạ cam mềm.
4. Nêu được chẩn đoán bệnh hạ cam mềm.
5. Nêu cách phòng ngừa và điều trị bệnh hạ cam mềm.

I. ĐẠI CƯƠNG

Hạ cam mềm là bệnh nhiễm trùng đường sinh dục cấp tính, tự tiêm nhiễm, đặc trưng lâm sàng bởi loét hoại tử hóa. Sang thương có thể gây biến chứng sưng viêm và làm mủ hạch bạch huyết liên hệ.

Nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ 3/1. Trên thế giới và ở nước ta trong những năm gần đây ít gặp bệnh này. Tại BV Da Liễu TP. Hồ Chí Minh năm 2000, bệnh có tỉ lệ là 0,04% trên tổng số BLTQDTD.

Địa dư: ít gặp ở những nước kỹ nghệ phát triển, thường gặp hơn ở những xứ nhiệt đới, những nước trong thế giới thứ ba.

II. NGUYÊN NHÂN

Là trực khuẩn do bác sĩ August Ducreyi, người Ý, tìm ra năm 1889 nên được gọi là *Hemophilus ducreyi*.

Nạn mãi dâm là nguồn nhiễm quan trọng của hạ cam mềm.

III. LÂM SÀNG

Thời kỳ ủ bệnh rất ngắn, 3 – 5 ngày (có thể thay đổi từ 1 – 15 ngày). Triệu chứng chính là sang không có hạch.

1. SANG HẠ CAM

- Là vết loét sâu, hình tròn, kích thước không đều, đường kính từ 3 – 15mm. Bề mặt vết loét thường có mủ. Bờ vết loét rất rõ, quanh co, có thể tách rời được, thường là bờ đôi với viền ngoài màu đỏ, viền trong màu vàng (dấu hiệu bờ đôi của Petges). Đáy vết loét không bằng phẳng, lỗ chỗ như bị mối ăn, có những chồi thịt nhỏ, nhiều mạch máu, nhiều vết loét nhỏ. Sang hạ cam mềm nằm trên một nền da sưng phù, giới hạn không rõ, không cứng như sang giang mai, mềm, đau khi bóp.
- Số lượng: thường có nhiều sang do tự lây lan.

2. HẠCH HẠ CAM MỀM

- Hạch hạ cam mềm là biến chứng, không phải triệu chứng, không phải có sang là có hạch như giang mai. Hạch chỉ có 1/3 trường hợp, thường phái nam, rất hiếm ở phái nữ.
- Thường hạch xuất hiện trong vòng 1 – 2 tuần lễ đầu do bệnh nhân đi lại nhiều. Thường là 1 hạch, ở một bên bẹn. Hạch dần dần sưng to, viêm đau, tiến đến nung mủ tạo bu bông. Nếu không trị, bu bông sẽ dính vào da, mở ra tạo lỗ dò làm chảy mủ, chảy máu ra ngoài. Lỗ

dò khi bể rồi sẽ tạo một sẵng mới ta gọi là sự hóa sẵng (chancrellisation).

3. HẠ CAM MỀM NGOÀI BỘ PHẬN SINH DỤC

- Hạ cam mềm ngoài bộ phận sinh dục nguyên phát ở ngón tay với sự phát triển hạch trên rông rọc. Sang thương ở rốn, lưỡi, mũi, vú, cằm và kết mạc nhãn cầu đã được báo cáo.

IV. DẠNG LÂM SÀNG

1. Hạ cam mềm thoáng qua

Một vết loét nông, nhỏ, lành tự nhiên, không để lại sẹo, có thể có hạch bẹn cấp tính. Sau đó nung mủ. Dạng này hiếm.

2. Hạ cam mềm khổng lồ

Sang thương đơn độc, lan tỏa ra ngoại biên và làm ổ loét lan rộng.

3. Hạ cam mềm dạng nhỏ

Dạng có sẵng nhỏ.

4. Hạ cam mềm dạng herpes

Loét thường nông và nhiều, dạng này dai dẳng hàng tháng, hàng năm.

5. Hạ cam mềm dạng hỗn hợp

Là hỗn hợp của giang mai và hạ cam mềm.

6. Hạ cam mềm dạng nang lông

Ở chỗ có lông, mặt trong đùi, xương mu.

7. Hạ cam mềm dạng sẩn

8. Hạ cam mềm dạng cục hay gồm

9. Hạ cam mềm dạng loét sâu quằng

Là một thể hủy diệt nhanh chóng của bệnh hạ cam mềm do *H. ducreyi* có độc lực cao.

10. Hạ cam mềm dạng vòng hoa

Thường ở phần ngoài của da qui đầu, xếp vòng tròn giống vòng hoa.

11. Hạ cam mềm ở niệu đạo

Cần phân biệt với bệnh lậu.

V. BIẾN CHỨNG

- Viêm qui đầu, hẹp bao qui đầu, nghẹt qui đầu.
- Bội nhiễm trực khuẩn thoi xoắn (fusospirochetosis) thường dẫn đến sự hủy diệt đáng kể và nhanh chóng tổ chức.
- Hạch: đã tả ở phần trên.
- Viêm hạch bạch huyết ở lưng dương vật
- Loét sâu quằng
- Biến chứng xa: làm mủ khối bắp chân, viêm gan, huyết niệu.

VI. LIÊN QUAN GIỮA HẠ CAM MỀM VÀ NHIỄM HIV

Những vết loét sinh dục làm gia tăng nguy cơ cho sự lây truyền HIV. Đối với những bệnh nhân hạ cam mềm nhiễm HIV, việc điều trị bằng liều đơn độc hoặc ngắn hạn thường thất bại, do đó phải điều trị bằng chế điều trị nhiều ngày.

VII. TIẾN TRIỂN LÂM SÀNG

Thường bệnh tự giới hạn và chỉ gây một ít bất lợi. Phản ứng toàn thân hiếm hay nhẹ. Loét có thể lành dần dần hay có thể lan rộng, bu bông căng cứng làm mủ và đau có thể vỡ ra hoặc lành sau ít tuần.

VIII. CHẨN ĐOÁN

1. CHẨN ĐOÁN DƯƠNG TÍNH

Chẩn đoán hạ cam mềm có thể được hỗ trợ hay xác định bởi một hay nhiều phương pháp sau đây:

• *Nhận diện H. ducreyi từ sang thương*

- Phết kính: lấy bệnh phẩm từ bờ sang thương. Nhuộm Wright, Gram hay Giemsa.

- Cấy: *H. ducreyi* có thể tăng trưởng khi lấy mủ hạch cấy vào thạch máu có 4% CO_2 ở 35°C, sau 4 – 5 ngày mọc thành chuỗi.

• *Phản ứng nội bì Ito Reenstierna*

Chích trong da 1/10ml "vaccin antichancrelleux" của Nicolle và Durand ở mặt ngoài cánh tay và đọc kết quả sau 48 giờ. Kết quả dương tính khi nổi sẩn phù và tồn tại nhiều ngày.

• *Sự tự tiêm chủng: (auto inoculation)*

Lấy mủ từ sang thương phết vào khu vực đã vạch trước đó ở đùi. Ba ngày sau, mụn mủ li ti thường xuất hiện ở vị trí tiêm nhiễm, khi vỡ thành chỗ loét hạ cam mềm điển hình.

• *Sinh thiết*

• *PCR*

Phương pháp phản ứng nội bì, tự tiêm nhiễm và sinh thiết không thực tế và hiện thời không còn áp dụng.

2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Săng giang mai

- Săng giang mai là vết lở, hình tròn hay bầu dục, đáy màu đỏ có vẻ sạch sẽ, bóp cứng và không đau, thường chỉ một vết và có hạch đi kèm. Nhiều hạch lớn nhỏ không đều riêng biệt, chắc, không đau, không làm mủ.

- Xoắn khuẩn giang mai (+), VDRL (+).

Herpes sinh dục

Nhiều mụn nước vỡ ra để lại nhiều vết trợt nhỏ, tròn, riêng biệt hay kết hợp lại, bờ có nhiều vòng cung đau, mềm, chóng lành, hay tái phát. Tìm tế bào UNNA (+).

Hột xoài

- Săng nhỏ, chóng lành, ít thấy (1/5 trường hợp).
- Một khối rất nhiều hạch ở bẹn.
- Phản ứng Frei (+).

Săng ghẻ

Ngoài triệu chứng sang thương ở bộ phận sinh dục còn các sang thương khác ở vị trí đặc biệt của bệnh ghẻ.

Nhiễm độc da dị ứng do thuốc

- Nhiều vết trầy da, như bỏng, bầm tím
- Có thể có tổn thương tương tự ở môi, miệng, tay chân nơi khác.

IX. PHÒNG NGỪA VÀ ĐIỀU TRỊ

1. PHÒNG BỆNH: (CẤP I)

- Như các bệnh hoa liễu khác.
- Theo dõi tình trạng dương vật tới ngày thứ 7 sau khi giao hợp. Nếu thấy xuất hiện 1 hay nhiều dát hay mụn mủ thì phải can thiệp ngay bằng kháng sinh hay sulfamide.

2. ĐIỀU TRỊ

- Nguyên tắc điều trị
  - Điều trị cho bệnh nhân và người tiếp xúc sinh lý.
  - Thử huyết thanh chẩn đoán giang mai và HIV.
  - Nằm nghỉ.
- Điều trị toàn thân và tại chỗ.
- Trị sâng: (Cấp II)

Tại chỗ

Dùng dung dịch sát khuẩn (thí dụ povidone – iodine).

Toàn thân

Azithromycin 1g uống 1 liều duy nhất.

Hoặc Ceftriaxone 250mg tiêm bắp 1 lần.

Hoặc Erythomycine uống 0.5g x 4 lần/ngày x 7 ngày.

Hoặc Ciprofloxacine 0.5g x 2 lần/ngày x 3 ngày.

3. BIẾN CHỨNG HẠCH: (CẤP III)

Hạch cứng:

- Nằm nghỉ và đắp ấm
- Thuốc như trên.

Hạch làm mủ:

- Không nên rạch, rút mủ cẩn thận và vô trùng
- Thuốc như trên.

X. KẾT LUẬN

Hạ cam mềm là một trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục chính, dù tỉ lệ mắc bệnh tương đối ít hơn so với lậu và giang mai. Bệnh có tiên lượng tốt và thường lành hoàn toàn nếu được chẩn đoán đúng và điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Da liễu (Sở Y Tế TP.HCM). Bệnh Hạ cam mềm, Bệnh da và các bệnh lây qua đường sinh dục 1992, p.113-15.
2. CDC. MMWR. Chancroid. Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases 1998, vol.47, No.RR1, p.18-20.
3. Degni R. Le Chanere mou. Dermatologie Masson & Cie Paris 1976, p.1022-24.
4. Domonkos. Chancroid. Diseases of the Skin, Arnold, Odom & James, Wb Saunder Company, 1990, p.291-92.
5. Eichmann Alfred R. Chancroid. Dermatology in General Medicine, Fitzpatrick. Fifth edition, 1999, p.2587-91.
6. Nguyễn Văn Ût. Hạ cam mềm. Bệnh da liễu, trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh 1998, tr.155-63.
7. Saurat J.H. Le Chanere mou. Dermatologie et Vèréologie Masson Paris 1999, p.185-87.
8. Thimothy J. Henkel, Victoria J Fraser . Sexually Transmitted Diseases. Manual of Medical Therapeuties, Washington University 28th edition 1985, p.316-20.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn một câu đúng

1. Thời gian ủ bệnh hạ cam mềm:

a. Thường kéo dài
b. Trung bình 3 đến 5 ngày
c. Càng ngắn khi có một vết trầy xước có sẵn
d. a, b, c, đúng
e. b, c đúng

2. Xét nghiệm chẩn đoán dương tính bệnh hạ cam mềm hiện nay thường dùng là:

a. Phản ứng nội bì
b. Sự tự tiêm chủng
c. Cấy mủ
d. Phết kính nhuộm Gram hoặc Wright
e. Tất cả đều đúng

3. Biến chứng thường gặp nhất của bệnh hạ cam mềm là:

a. Phù voi sinh dục
b. Viêm hạch
c. Viêm bao qui đầu thắt nghẽn
d. Loét sâu quầng

4. Sẩng hạ cam mềm thường là:

a. Vết loét tròn, bờ đều đặn
b. Vết loét có bờ đỏi
c. Vết loét tròn, bờ nham nhở, vụn nát
d. b và c đúng
e. Tất cả đều đúng

5. Nền của sẩng hạ cam mềm thường là:

a. Cứng, bóp đau, tẩm nhuận
b. Mềm bóp không đau không tẩm nhuận
c. Mềm bóp đau, sung phù
d. Tất cả đều đúng

6. Biểu hiện lâm sàng đầu tiên của bệnh hạ cam mềm thường là:

a. Hạch
b. Vết loét
c. Vết lở
d. Mụn bóng nước vỡ ra tạo thành lở loét

7. Hạch của hạ cam mềm có đặc tính:

a. Thường có một vài hạch ở một bên bẹn
b. Thường có duy nhất một hạch
c. Ít đau nhức, thường tự tảnh
d. Hạch thường sưng to viêm đau tiến đến nung mủ
e. Câu b và d đúng

Chọn một câu sai

8. Sẩng của bệnh hạ cam mềm:

a. Là một vết loét
b. Bóp đau
c. Có thời kỳ ủ bệnh 3 – 5 ngày
d. Có thể ở niệu đạo
e. Đáy dơ có mủ

9. Trong chẩn đoán xác định hạ cam mềm, người ta có thể dùng phương pháp cận lâm sàng sau:

a. Lấy bệnh phẩm nhuộm gram
b. Tự chủng
c. Thử nghiệm Frei
d. Cấy

Điền vào chỗ trống

10. Tác nhân gây bệnh hạ cam mềm là.....

Đáp án

1. e 2. c 3. b 4. b 5. c 6. b 7. e 8. d 9. c

10. *Hemophilus ducreyi*

THÁI ĐỘ XỬ TRÍ HUYẾT TRẮNG

BS. Hoàng Văn Minh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài này, sinh viên có khả năng:

1. Phân biệt được huyết trắng sinh lý và huyết trắng bệnh lý.
2. Kể được các nguyên nhân gây bệnh huyết trắng thường gặp.
3. Trình bày được cách khám một bệnh huyết trắng.
4. Trình bày được hướng xử trí bệnh huyết trắng ở tuyến cơ sở.

I. ĐẠI CƯƠNG

Huyết trắng là dịch tiết không phải máu từ đường sinh dục: cổ trong hoặc/và cổ ngoài cổ tử cung, âm đạo, tiền đình, âm hộ. Huyết trắng có thể xảy ra trong tất cả các giai đoạn khác nhau của người phụ nữ: bé gái, thiếu nữ, tuổi hoạt động tình dục, mãn kinh.

Trước triệu chứng này, người thầy thuốc cần phải chẩn đoán xác định và tìm nguyên nhân, cần phải trả lời ba câu hỏi:

- Huyết trắng này là sinh lý hay bệnh lý?
- Nếu bệnh lý thì tác nhân nào gây nhiễm trùng?
- Yếu tố nào lây nhiễm?

1. HUYẾT TRẮNG SINH LÝ

- Không có triệu chứng cơ năng như: kích thích, ngứa, đau, đau khi giao hợp.
- Âm hộ, âm đạo, cổ tử cung bình thường
- Huyết trắng trắng trong, trắng sữa, ít, không hôi, không có bạch cầu đa nhân
- Thay đổi theo chu kỳ kinh, lúc có thai, giao hợp
- Không cần phải điều trị
- Không có triệu chứng ở người bạn tình.

2. HUYẾT TRẮNG BỆNH LÝ: (DO NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG SINH DỤC)

- Có triệu chứng cơ năng kèm theo: ngứa âm hộ, bỏng rát, giao hợp đau, tiểu đau, tiểu nhiều lần, đau hố chậu.
- Huyết trắng có lượng nhiều, màu sắc thay đổi, mùi hôi.
- Thường xảy ra sau giao hợp, sẩy thai, sau sinh, sau thủ thuật trong lòng tử cung,...
- Xét nghiệm thấy tác nhân gây bệnh, bạch cầu đa nhân.
- Có triệu chứng ở người bạn tình.
- Cần phải điều trị.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

CÁC TÁC NHÂN GÂY NHIỄM TRÙNG ĐẶC HIỆU	
Tác nhân gây ra huyết trắng	**Tác nhân không gây huyết trắng trừ khi có bội nhiễm**
Trichomonas	Lao
Chlamydia trachomatis	Giang mai
Neisseria gonorrhoeae	Hạ cam mềm
Nấm men	*C. trachomatis* chủng L1, L2, L3 gây bệnh hột xoài

Bảng 1: *Tác nhân gây huyết trắng*

III. KHÁM MỘT BỆNH NHÂN HUYẾT TRẮNG

1. Hỏi bệnh

- Ngày kinh chót, chu kỳ kinh nguyệt.
- Đặc điểm huyết trắng: lượng, thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt, màu sắc, mùi.
- Hoàn cảnh xảy ra: sau giao hợp, sau điều trị nội khoa (kháng sinh, corticoides, kháng nấm, estroprogestatif), sau khám phụ khoa, sau sinh.
- Triệu chứng cơ năng kèm theo:
  + Ngứa âm hộ, bỏng rát âm đạo, đau hố chậu, giao hợp đau
  + Tiểu nhiều lần, bỏng rát cuối dòng như viêm bàng quang
- Điều trị trước đó: thuốc đặt âm đạo.

2. Khám phụ khoa

- Khám toàn thân: sốt, đau vùng gan, hạch,...
- Nhìn vùng âm hộ – tầng sinh môn: chính xác là da, niêm mạc xem có sung huyết, phù, vết gãi. Quan sát quanh lỗ niệu đạo, tuyến Skène, tuyến Bartholin có viêm, có mủ không.
- Đặt mỏ vịt:

Âm đạo:

- Đặc điểm huyết trắng.
- Tình trạng niêm mạc: hồng hay viêm đỏ, sung huyết.
- Phát hiện vật lạ (tampon, mũ chụp âm đạo,...), mỏ hạt sau phẫu thuật.

Cổ tử cung:

- Niêm mạc hồng hay sung huyết
- Lộ tuyến
- Dịch cổ tử cung: nhầy, mủ
- Thăm âm đạo: xác định cổ tử cung và hai phần phụ xem:
  + Đau khi di động không?
  + Dính hay di động tốt?
  + Phần phụ có nề, đau không?
- Cho một ngón tay vào trong âm đạo xoa nắn vùng quanh niệu đạo: thấy giọt mủ ở niệu đạo hay tuyến Skène: dấu hiệu gợi ý nhiễm trùng do lậu.
- Khám bạn tình nếu bệnh nhân có yêu cầu.

3. Xét nghiệm

Soi tươi: ***huyết trắng + nước muối sinh lý hay KOH 10%.***

- Sạch, không có Trichomonas, nấm, bạch cầu đa nhân.
- Sạch, có Trichomonas, nấm, bạch cầu đa nhân.
- Sạch, có "clue cell".
- Dơ, có nấm và/hoặc Trichomonas.
- Dơ, không có nấm hoặc Trichomonas nhưng có bạch cầu đa nhân kèm với tế bào lớp sâu của âm đạo nhiều hay ít.

- Nhỏ KOH 10% (Sniff test): nếu xuất hiện mùi hôi tanh cá: nhiễm trùng do *Gardnerella vaginalis* và yếm khí.

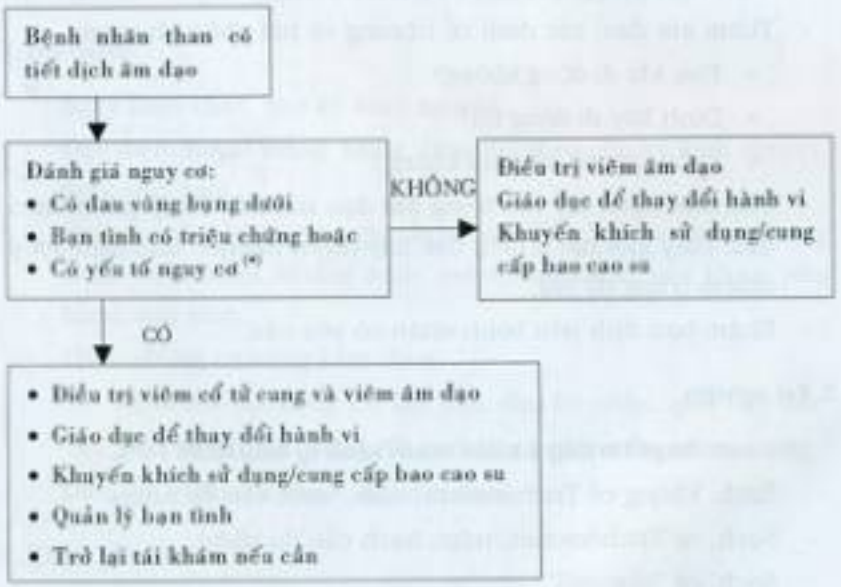
Vi trùng học:

- Nếu có dấu hiệu lâm sàng nghĩ đến nhiễm trùng đường sinh dục trên. Nếu (+): làm kháng sinh đồ.

- Nếu có lây truyền qua đường tình dục với triệu chứng viêm niệu đạo ở bạn tình hay ở người phụ nữ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Tuyến cơ sở



Sơ đồ xử trí tiết dịch âm đạo ở tuyến cơ sở

SỰ KHÁC BIỆT GIỮA VIÊM ÂM ĐẠO VÀ VIÊM CỔ TỬ CUNG	
Viêm âm đạo	**Viêm cổ tử cung**
Tác nhân gây bệnh: *T. vaginalis*, *C. albicans*, vi khuẩn	Tác nhân gây bệnh: *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*
Thường gây tiết dịch âm đạo	Thường ít gây tiết dịch âm đạo
Dễ chẩn đoán	Khó chẩn đoán
Không cần điều trị bạn tình	Cần phải điều trị bạn tình

Bảng 2: *Phân biệt viêm âm đạo và viêm cổ tử cung*

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Bệnh nhân < 21 tuổi?
- Bệnh nhân còn độc thân?
- Bệnh nhân có quan hệ tình dục với hơn một bạn tình trong vòng 3 tháng trước đó không?
- Bệnh nhân có quan hệ tình dục với một bạn tình mới trong vòng 3 tháng trước đó không?

Nếu bệnh nhân trả lời "có" ở bất kỳ một trong các câu hỏi thì bệnh nhân sẽ được điều trị cả hai bệnh viêm cổ tử cung và viêm âm đạo.

2. Tuyến chuyên khoa

Điều trị viêm âm đạo do trùng roi hay vi khuẩn:

Metronidazole 2g liều duy nhất, uống tại phòng khám có giám sát.

Hoặc Metronidazole 400 – 500mg x 2 lần/ngày, uống 7 ngày nếu liều duy nhất không tác dụng.

Chú ý: không nên cho Metronidazole trong 3 tháng đầu thai kỳ và lưu ý bệnh nhân không uống rượu khi dùng thuốc.

Điều trị viêm âm đạo do C. albicans:

Nystatin 100.000 UI, 1 viên đặt âm đạo mỗi ngày, trong 14 ngày.

Hoặc Miconazole hay Clotrimazole 200mg, đặt âm đạo 1 lần/ngày, trong 3 ngày.

Hoặc Clotrimazole 500mg đặt âm đạo 1 lần duy nhất.

Chú ý: không cần điều trị bạn tình vì viêm âm đạo hiếm khi có triệu chứng trầm trọng. Ở nam giới, nhiễm Trichomonas ở niệu đạo thường khỏi tự nhiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blanc B, Boubli L. Leucorrhées. Gynécologie 1989, p.116-20.
2. Chandeying U et al. Evaluation of two clinical protocols for the management of women with vaginal discharge in Southern Thailand. Sex Trans Dis 1998, 74 (3): 194-201.
3. Hoàng Văn Minh. Thái độ xử trí trước huyết trắng. Chẩn đoán bệnh da bằng hình ảnh và cách điều trị 2002, tập 1.
4. Holmes K.K et al. Lower genital tract infections in women: cystitis, urethritis, vulvovaginalis and cervicitis. Sexually Transmitted Diseases 1994, companion handbook, p.233-44.
5. Lansac J, Lecomte P. Leucorrhées. Collection Gynécologie pour le Practien 1999, p.268-86.
6. Wiesenfeld H.C, Sweet R.L. Gynecologic and obstetrics infection. A practical approach to Infection Diseases 1996, MSD handbook, p.559-77.
7. 2002 national gudeline for the management of vaginal discharge. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002.

BỆNH MỒNG GÀ

BS. Trần Thị Thanh Mai

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả triệu chứng lâm sàng của bệnh mồng gà.
2. Kể tên bốn đường lây truyền của bệnh mồng gà.
3. Kể tên hai xét nghiệm trong chẩn đoán bệnh mồng gà.
4. Kể tên hai phương pháp chính trong điều trị bệnh mồng gà.
5. Trình bày dịch tễ học bệnh mồng gà.
6. Trình bày được các biện pháp phòng ngừa bệnh mồng gà.

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh mồng gà là một trong các bệnh lây truyền qua đường sinh dục do virus Papillomavirus humains (PVH) gây ra.

PVH thuộc họ Papovaviridae. Hiện nay có hơn 70 loài PVH gây tổn thương ở da và niêm mạc, trong đó có 34 loài gây tổn thương ở vùng sinh dục.

Bệnh này thường gặp ở người trẻ tuổi trong giai đoạn hoạt động tình dục (16 – 25 tuổi).

Ở nữ, tần suất nhiễm PVH ở cổ tử cung là 2,6%, tăng 5% ở tuổi từ 11 – 19 và 16% ở nữ có đồng thời một bệnh lây truyền qua đường sinh dục khác (Saurat 1999).

Đường lây truyền:

- Chủ yếu do quan hệ tình dục.
- Phần còn lại qua các đường khác, thường là:
  + Tiếp xúc trong gia đình: dựa trên các bằng chứng dịch tễ học và virus học và đặc biệt qua xét nghiệm PCR, cho thấy tỷ lệ nhiễm PVH ở âm hộ của thiếu nữ còn trinh 14 – 20% và tìm thấy PVH hướng da (PVH1 và 2) trong mồng gà ở trẻ em đưa tới giả thuyết bệnh lây do tiếp xúc trong gia đình.
  + Lây truyền từ mẹ sang con trong giai đoạn chuyển dạ: khi mẹ bị mồng gà có thể là nguyên nhân gây u nhú thanh quản ở con (mặc dù hiếm gặp).

II. LÂM SÀNG

- Thời kỳ ủ bệnh: thay đổi từ 3 đến nhiều tuần.
- Mồng gà còn gọi là mụn cóc ở hậu môn – sinh dục.
- Bệnh thường không gây triệu chứng cơ năng.
- Biểu hiện bằng các sẩn sùi ở vùng hậu môn – sinh dục.
- Ở nam: bao qui đầu, dây thắng, rãnh qui đầu – bao qui đầu, lỗ tiểu, bìu, vùng tầng sinh môn, hậu môn.
- Ở nữ: thành sau âm đạo, túi cùng, môi lớn, môi nhỏ, cổ tử cung, lỗ tiểu, vùng tầng sinh môn, hậu môn.
- Sang thương là các chồi thịt, có cuống, màu hồng hoặc đỏ sậm, sờ mềm, đôi khi sang thương lan rộng cho hình ảnh giống bông cải.
- Không có hạch đi kèm.

III. DẠNG LÂM SÀNG

1. Mồng gà phẳng

- Có thể đơn độc hoặc phối hợp với dạng đã mô tả ở trên.
- Sang thương là các dát màu hồng hoặc đỏ, khó phát hiện bằng mắt thường, đôi khi cần phải dùng dung dịch acid acetic 5% chấm lên sang thương mới thấy sang thương trắng ra sau vài phút và giới hạn không liên tục với niêm mạc bình thường (thường sử dụng trong mồng gà cổ tử cung).

2. Mồng gà dạng sẩn và mụn cóc thông thường

Tăng sắc tố hoặc tăng sừng ở da vùng sinh dục và tầng sinh môn.

3. Mồng gà khổng lồ: (bướu Buschke – Luwenstein)

- Khởi phát vùng rãnh bao qui đầu – qui đầu sau đó lan tỏa và thâm nhiễm tạo nên một ung thư biểu mô xâm lấn và phá hủy và không di căn.
- Do PVH loại 1 và 11 gây ra.
- Mô học: lành tính.

4. Sẩn dạng Bowen:

- Gặp ở dương vật hoặc âm hộ ở người trẻ.
- Sang thương là sẩn tăng sắc tố ở dương vật, bệnh Bowen đa cung ở âm hộ.
- Do PVH loại 16, cũng có thể do PVH loại 18 và 33.

IV. PVH VÀ NHIỄM HIV

- Nhiễm PVH làm thay đổi dịch tễ học và diễn tiến của các bệnh lý nhiễm trùng vùng hậu môn – sinh dục ở người.
- Từ năm 1993, người ta đã phát hiện ung thư cổ tử cung ở bệnh nhân AIDS.
- Các nghiên cứu dịch tễ học và phân tử đã chỉ ra tần suất nhiễm PVH ở cổ tử cung và tăng cao ở các phụ nữ nhiễm HIV có nguy cơ tăng sản cổ tử cung gấp 4,9 lần. Mặt khác, bệnh lý ở cổ tử cung và ung thư xâm lấn thường tiến triển nhanh, đáp ứng điều trị kém và thường tái phát.
- Ngoài ra, ở nam đồng tính luyến ái bị tăng sản biểu mô hậu môn và ung thư trực tràng có tần suất nhiễm PVH cao và thường kết hợp với nhiễm HIV.

V. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng: thường ít sử dụng trên thực tế.

Mô học và siêu cấu trúc

❖ *Mô học*

U nhú và tăng gai với sự hiện diện của các ổ tế bào sừng không bào hóa với các nhân tăng sắc do tác dụng trên tế bào của PVH 6 và 11 (khó phân biệt với hiện tượng không bào hóa bình thường của niêm mạc).

❖ *Dưới kính hiển vi điện tử*

Sự hiện diện của các virion trong nhân ở khoảng 50% trường hợp.

Virút học

Dùng kỹ thuật hóa sinh, phân tích phân tử DNA của siêu vi bằng men phân tích và lai giống phân tử (không sử dụng trên thực tế).

2. Chẩn đoán phân biệt

- Polype trực tràng
- Vết rách của màng trinh
- Sẩn hạt ngọc ở vành qui đầu
- Ban giang mai dạng sùi
- Ung thư tế bào gai.

VI. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bệnh mồng gà chủ yếu là phá hủy tại chỗ bằng phẫu thuật, đốt điện hoặc hóa chất. Miễn dịch liệu pháp tại chỗ và toàn thân dùng trong trường hợp mồng gà kháng trị, kết quả thay đổi tùy theo trường hợp.

1. Đốt điện – phẫu thuật

❖ ***Đốt điện***

Gây tê tại chỗ, khi sang thương có kích thước nhỏ, số lượng ít (một vài sang thương).

❖ ***Phẫu thuật***

Chỉ định đối với các sang thương có kích thước lớn, mồng gà khổng lồ (bướu Buschke – Luwenstein).

2. Hóa chất: có thể dùng các hóa chất sau

Podophyllin 10 – 20%:

- Chống chỉ định cho phụ nữ có thai (do nguy cơ sinh ung thư và độc tính của thuốc), 3 giờ sau khi chấm phải rửa lại bằng xà phòng.

- Không dùng cho sang thương ở âm đạo, cổ tử cung.

Podophyllotoxine: là dẫn xuất của podophylline và ít độc tính hơn.

Acid trichloracetic 50 - 80%: thường được sử dụng.

Imidazo quinoline: không có tác dụng trực tiếp lên siêu vi.

5-fluoro-uracil (5-FU)

Bleomycine 0,1%: tiêm vào sang thương, sử dụng cho mồng gà kháng trị.

3. Laser CO_2

Tóm lại, trên thực tế chỉ sử dụng podophylline, acid trichloracetic và đốt điện – phẫu thuật.

VII. PHÒNG BỆNH

1. Cấp I

- Không quan hệ tình dục bừa bãi.
- Dùng bao cao su khi có nghi ngờ người tiếp xúc tình dục có vấn đề.

2. Cấp II

Nếu lỡ quan hệ không phòng ngừa, cần theo dõi để phát hiện các bất thường (nổi sẩn vùng sinh dục – hậu môn) và đi khám bệnh ngay để điều trị kịp thời. Không tự bôi, đặt hoặc uống các loại thuốc mà không có chỉ định của bác sĩ.

3. Cấp III

Cần chuyển lên chuyên khoa để điều trị nếu sang thương lan rộng, xâm lấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Douglas R.L, Elliot J.A. Warta. Dermatology In General Medicine, 5th edition, 1999, Vol.2, p.2484-97.
2. R. Laurent, P. Agache. Papillome viraux. Dermatologie et Maladie Sexuellement Transmissibles, 3e edition, 1999, p.103-10.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn câu đúng

1. Nguyên nhân gây bệnh mồng gà:
   - a. Papillomavirus humains
   - b. Parvo virus
   - c. Pox virus
   - d. Parapox virus
   - e. Cytomegalo virus

2. Thời kỳ ủ bệnh của bệnh mồng gà:
   - a. 1 – 4 tuần
   - b. 3 – 5 tuần
   - c. 3 – 8 tuần
   - d. 4 – 9 tuần
   - e. 5 – 8 tuần

3. Vị trí của các sang thương ở bệnh mồng gà ở nữ:
   - a. Tầng sinh môn
   - b. Trực tràng
   - c. Túi cùng (âm đạo)
   - d. Âm hộ, âm đạo
   - e. Tất cả đều đúng

4. Vị trí của các sang thương ở bệnh mồng gà ở nam:
   - a. Lỗ tiểu
   - b. Bẹn
   - c. Rãnh qui đầu – bao qui đầu
   - d. Dây thắng
   - e. Đùi

5. Các phương pháp sau đây dùng trong điều trị bệnh mồng gà:
   - a. Imiquinol
   - b. Laser CO_2
   - c. Podophyllotoxine
   - d. Đốt điện và phẫu thuật
   - e. Tất cả đều đúng

Chọn câu sai

6. Bệnh mống gà lây truyền qua:

a. Quan hệ tình dục
b. Tiếp xúc gia đình
c. Đường tiêm chích
d. Giai đoạn chu sinh
e. Mẹ sang con trong giai đoạn chuyển dạ

7. Phương pháp dùng điều trị bệnh mống gà:

a. Podophylline
b. Acid trichloracetic
c. Bléomycine 0,1%
d. Acyclovir
e. 5-fluoro-uracil

Điền vào chỗ trống

8. Bệnh mống gà do _____ gây ra.
9. Bệnh mống gà còn gọi là _____

Đáp án

1.a 2.c 3.e 4.a, c, d 5.e 6.c 7.d 8. Papillomavirus humains 9. mụn cóc ở vùng hậu môn – sinh dục

BIỂU HIỆN DA Ở NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS

Bs. Hoàng Văn Minh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài học này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được định nghĩa và các đường lây truyền nhiễm HIV/AIDS.
2. Trình bày được phân loại nhiễm HIV theo CDC.
3. Trình bày được các biểu hiện ngoài da thường gặp trên người nhiễm HIV/AIDS.

ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa

HIV (Humman Immunodeficiency Virus): là virus gây hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải.

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome): là một nhóm bệnh biểu hiện bởi nhiễm trùng hoặc bướu thứ phát do suy giảm miễn dịch tế bào do retrovirus gây ra.

Đường lây truyền nhiễm HIV:

- Đường tình dục: giao hợp không bảo vệ (hậu môn hoặc âm đạo). Đây là một trong những đường lây truyền thường gặp tại Việt Nam.
- Tiêm chích: tiêm chích ma túy là đường lây truyền thường gặp nhất tại Việt Nam.
- Máu và các sản phẩm của máu: nhận máu hoặc các sản phẩm từ máu (huyết thanh, huyết tương) bị nhiễm HIV. Trong những năm 1983 – 1990, có những người cho máu bị nhiễm HIV sớm với phản ứng huyết thanh âm tính nhưng trong máu có HIV (giai đoạn cửa sổ) dễ lây truyền HIV.
- Nhân viên y tế: có thể bị lây nhiễm từ kim chích hay dao mổ từ máu nhiễm HIV trong khi làm thủ thuật.
- Ghép cơ quan: HIV có thể lây truyền trong lúc ghép cơ quan như tủy xương, giác mạc.
- Truyền từ mẹ – con: con có thể bị lây truyền HIV từ mẹ trong tử cung, trong lúc sanh và cho con bú.

PHÂN LOẠI NHIỄM HIV THEO CDC 1993:

$CD_4 > 500/mm^3$ hoặc 29%	A1	B1	C1
$CD_4 = 200 – 500/mm^3$ hoặc 14 – 29%	A2	B2	C2
$CD_4 < 200/mm^3$ hoặc < 14%	A3	B3	C3

PHÂN LOẠI A

- Nhiễm HIV không triệu chứng
- Bệnh hạch toàn thân kéo dài
- Nhiễm nguyên phát có triệu chứng.

PHÂN LOẠI B

- Bệnh u mạch nhiễm trùng
- Candidose hầu họng

- Candidose âm đạo kéo dài, không đáp ứng điều trị
- Loạn sản cổ tử cung (vừa hoặc nặng), carcinome tại chỗ
- Triệu chứng tổng quát: sốt (38°5) hoặc tiêu chảy > 1 tháng
- Bạch sản lông ở lưỡi
- Zona tái phát hoặc lan tỏa nhiều dermatome
- Ban xuất huyết giảm tiểu cầu
- Viêm buồng trứng
- Bệnh thần kinh ngoại biên.

PHÂN LOẠI C = ADIDS

- Candidose phế quản, khí quản hoặc phổi
- Candidose thực quản
- Ung thư xâm lấn cổ tử cung
- Coccidioidomycose lan tỏa hoặc ngoài phổi
- Cryptococcose ngoài phổi
- Cryptosporidiose ruột > 1 tháng
- Nhiễm CMV (Cytomegalovirus)
- Viêm võng mạc do CMV
- Bệnh não do HIV
- Nhiễm herpes, loét mãn tính > 1 tháng hoặc tổn thương phế quản, phổi, thực quản
- Histoplasmose lan tỏa hoặc ngoài phổi
- Isoporidiose ruột mãn tính > 1 tháng
- Bệnh Kaposi
- U lympho Burkitt
- U lympho nguyên bào miễn dịch
- U lympho não nguyên phát
- Nhiễm *Mycobacterium avium* hoặc *M. kansaii* lan tỏa hoặc ngoài phổi

- Nhiễm *M. tuberculosis* phổi hoặc ngoài phổi
- Nhiễm Mycobacterie được xác định không lan tỏa hoặc ngoài phổi
- Viêm phổi do *Pneumocystis carinii*
- Bệnh phổi nhiễm khuẩn tái phát
- Bệnh não trắng đa ổ tiến triển
- Nhiễm trùng huyết do Salmonelle không gây thương hàn tái phát
- Toxoplasmose não
- Hội chứng suy kiệt do HIV.

BIỂU HIỆN DA TRÊN NHIỄM HIV

- Biểu hiện da có thể ở bất kỳ giai đoạn nào của nhiễm HIV.
- Một số bệnh da có tỉ lệ phối hợp cao với nhiễm HIV, do đó khi chẩn đoán thường phải tầm soát nhiễm HIV, như phát ban của hội chứng nhiễm retrovirus cấp, sarcome Kaposi, bạch sản dạng lông ở lưỡi, u mạch nhiễm trùng, viêm nang lông ái toan, loét do herpes mãn tính (kéo dài > 1 tháng), bệnh lây truyền qua đường tình dục, u mềm lây nhiều ở mặt ở người lớn và biểu hiện da ở người tiêm chích ma túy.
- Một số bệnh da khác thường gặp trong nhiễm HIV và có thể chỉ định thử HIV như zona, candida niêm mạc (miệng - hầu, âm hộ - âm đạo tái phát), viêm da tiết bã, aphte nặng và kéo dài.
- Các bệnh da trên nhiễm HIV có thể chia theo biểu hiện lâm sàng: nhiễm trùng (vi trùng, virus, vi nấm và ký sinh trùng), bướu và bệnh da khác hoặc chia theo lượng tế bào CD_4 trong huyết thanh.
- Tại Việt Nam, khảo sát trên người nghiện ma túy tại Trung tâm cai nghiện ma túy Bình Triệu nhận thấy bệnh da phối hợp từ 90 – 100% bệnh nhân nhiễm HIV.
- Ở người nhiễm HIV biểu hiện da đa số như người bình thường, nhưng ở giai đoạn AIDS có những biểu hiện đặc biệt hơn.

BẢNG TÓM TẮT LÂM SÀNG CÁC BIỂU HIỆN DA TRÊN NHIỄM HIV/AIDS
(chủ yếu ở giai đoạn AIDS)

Bệnh	Lâm sàng	Chẩn đoán	Điều trị
Nhiễm siêu vi			
Sơ nhiễm HIV	Sốt, đau cơ, mỏi đau Phát ban sẩn ở thân Hội chứng giống nhiễm trùng tăng đơn nhân Hạch toàn thân	Kháng thể xuất hiện từ 3 tuần – 6 tháng sau sơ nhiễm ↓ bạch cầu, ↓ tiểu cầu, ↑ γ-globulin	Zidovudine (AZT)
Herpes simplex (Thường gặp)	Trợt, loét kéo dài Lan tỏa Loét quanh trực tràng dai dẳng Hạch vùng	Cấy tìm HSV Test Tzanck (+) Nhiễm HSV-2 là yếu tố nguy cơ của nhiễm HIV	Acyclovir 200mg x 5 lần/ngày cho đến khỏi bệnh. Hoặc 15mg/kg/ngày TM đối với trường hợp nặng Foscanet
Zona (Rất thường gặp)	Nhiễm HIV: như người bình thường. AIDS: Thường nặng và gây sẹo sâu Lan tỏa và kéo dài Đau nhức dữ dội	Cấy tìm siêu vi Test Tzanck (+)	Acyclovir 800mg x 5 lần/ngày Hoặc 25 – 30mg/kg/ngày TM đối với trường hợp nặng
Thủy đậu (Ít gặp)	Nhiều tổn thương da và viêm phổi		Cách ly bệnh nhân nếu nhập viện Điều trị giống zona
U mềm lây	Sẩn trắng, hình rốn lõm, ở mặt, bộ phận sinh dục	Sinh thiết thấy thể ẩn siêu vi lớn	Phẫu đông, nạo, cắt với kéo cùn
Mụn cóc, mồng gà (Thường gặp)	Mụn cóc nhiều và kéo dài. Mồng gà tăng tỉ lệ mắc, số lượng và kích thước. Ung thư tế bào gai hậu môn, cổ tử cung	Sinh thiết Lâm sàng ↓ CD_4 nhiều	Thuốc tại chỗ, phẫu đông, phẫu thuật

Bệnh	Lâm sàng	Chẩn đoán	Điều trị
Bạch sản lông do Epstein-Bar virus	Mảng sùi trắng, dính ở mặt trên lưỡi	Sinh thiết: tăng gai, á sừng với tế bào nhợt màu, nhân đông	Điều trị Candida (uống) sẽ cải thiện Podophyllin resin 25%
Nhiễm nấm			
Candida albicans (Rất hay gặp)	Mảng trắng ở má, lưỡi Đau họng, khó nuốt Trợt sâu ở lưỡi, mảng dày ở thành sau họng Nhiễm nấm thực quản Viêm âm đạo dai dẳng Nấm móng	Cấy Soi tươi với KOH	Dung dịch Nystatine Clotrimazole 100mg/ngày x 5 ngày (viên đặt) Ketoconazole 200mg/ ngày, uống Fluconazole 100-200mg/ ngày, uống Amphotericin B 0,3mg/ kg/ngày, TM đối với trường hợp nặng
Lang ben (Thường gặp)	Thường ở giai đoạn sớm và muộn của nhiễm HIV Dát nâu nhạt hoặc giảm sắc tố, tróc vẩy, ở thân	Soi tươi dưới KOH Đèn Wood	Tại chỗ: miconazole, clotrimazole, sodium thiosulfate, selenium sulfide Uống: ketoconazole
Nấm Dermatophyte (Thường gặp)	Nhiều nhất ở bẹn và bàn chân Dày sừng nhiều ở lòng bàn chân Nấm móng	Soi tươi dưới KOH Cấy	Tại chỗ: miconazole, clotrimazole Uống: griseofulvin, ketoconazole, itraconazole, fluconazole

Bệnh	Lâm sàng	Chẩn đoán	Điều trị
Cryptococcus neoformans (Hiếm)	Sẩn màu trắng giống u mềm lây	Nhuộm mực tàu Cấy Sinh thiết	Amphotericin B 0,5-0,6mg/kg/ngày, TM Itraconazole 200mg x 2 lần/ngày, uống Fluconazole 200 - 400mg/ ngày, uống
Histoplasma capsulatum (Hiếm)	Sẩn, cục, dát và loét ở miệng, tay, mặt, thân Từng du lịch (Nam Mỹ)	Sinh thiết-nhuộm PAS Cấy: mất nhiều tuần	Amphotericin B 0,5 - 0,6mg/kg/ngày, TM Itraconazole 200mg x 2 lần/ngày, uống
Penicillium marneffei (Đông Nam Á)	Sốt, thiếu máu, sụt cân, sẩn giống u mềm, ho, hạch to, gan to	Cấy da, máu, tủy xương, xương Dạng nấm men với vách trung tâm	Amphotericin B Itraconazole uống phòng suốt đời ngăn ngừa tái phát
Nhiễm trùng			
Tụ cầu vàng (Thường gặp)	Chốc bóng nước ở nách hoặc bẹn Viêm nang lông ở mặt hoặc thân (giống mụn)	Cấy	Dicloxacillin Cefadroxil
Giang mai (Ít gặp)	Sẩn mảng tróc vẩy toàn thân. Có thể lẫm với tất cả bệnh da khác Thời gian ủ bệnh của giang mai thần kinh rất ngắn (vài tháng)	Hiệu giá VDRL rất cao hoặc âm tính Thử nghiệm khác Sinh thiết da với nhuộm đặc biệt	Điều trị theo phác đồ chuẩn không đủ ngăn tổn thương thần kinh trung ương

Bệnh	Lâm sàng	Chẩn đoán	Điều trị
Ký sinh trùng			
Ghẻ (Thường gặp)	Sẩn đóng mài toàn thân Ghẻ Na Uy: phát ban tăng sừng toàn thân	Tìm cái ghẻ	Lindane Permethrin
Rối loạn tăng sinh			
Viêm da tiết bã (Thường gặp)	Mảng hồng ban trốc vẩy với vẩy và mài màu vàng, nhờn Bờ đặc trưng, giảm sắc tố. Ở da đầu, mặt đôi khi ở bẹn và chi Độ nặng liên quan đến mức độ tổn thương của bệnh	Sinh thiết phân biệt với viêm da tiết bã thông thường Á sừng lan tỏa, hoại tử các keratinocyte, ít có hiện tượng xốp bào Soi với KOH loại trừ nấm	Ketoconazole 200 – 400mg/ngày, uống Ketoconazole kem Steroide tại chỗ nhóm V
Vẩy nến (Ít gặp)	Nặng thêm bệnh trước đó hoặc mới mắc	Sinh thiết	Etretinate hoặc AZT Thoa calcipotriol
Sẩn ngứa (Thường gặp)	Sẩn 2 – 5cm, màu da. Ở đầu, cổ, thân trên Ngứa nhiều và diễn tiến từng đợt	Sinh thiết Thâm nhiễm tế bào lympho quanh mạch máu. Tổn thương nang lông	Quang trị liệu (UVB) Thường đề kháng với histamin uống và steroide bôi DDS có thể có hiệu quả

Zona biến chứng rụng răng

Sẩn ngứa

Da vẩy cá

Nhạy cảm ánh sáng

Sẹo chích

BIỂU HIỆN DA SIDA

Mỏng gà

Mỏng gà

Candida

Zona

Viêm da tiết bã

Ghẻ

MỎNG GÀ + BIỂU HIỆN DA SIDA

Bệnh	Lâm sàng	Chẩn đoán	Điều trị
Viêm nang lông ái toan (Hiếm)	Chùm mụn nước, mụn mủ Mảng đa cung với trung tâm tăng sắc tố Ngứa dữ dội Mãn tính và dai dẳng Nhiều tổn thương không nang lông	Sinh thiết giúp chẩn đoán Bạch cầu ái toan xâm nhập tuyến bã và bao quanh nang lông ↑ bạch cầu ái toan CD_4 < 250-300/mm^3	Thoa permethrin mỗi ngày đến khi lành UVB Kháng histamin Steroide nhóm I Itraconazole 100 - 400mg/ ngày DDS 100mg/ngày
Rối loạn mạch máu			
Dãn mạch máu trước ngực	Dãn mạch theo đường vỡ phân bố rộng, hình liềm trước ngực Hồng ban nơi khác	Sinh thiết: mạch máu dãn với thâm nhiễm tế bào nhỏ quanh mạch máu Không tăng sinh tế bào nội mô	Không
U mạch vi trùng (Hiếm)	Một hoặc nhiều sẩn, kích thước 1 - 2 mm, màu đỏ tươi, hình vòm, bề giống mô hạt U mạch nội tạng Vết mèo cắn, quào	Sinh thiết: tăng sinh mạch máu nhỏ với đầy tế bào nội mô trong lòng mạch Nhuộm Warthin-Starry: *B. bacilli*	Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 6 tuần Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày x 6 tuần Hoặc trimethoprim/sulfa methoxazole Hoặc rifapine
Ban xuất huyết giảm tiểu cầu	Chấm xuất huyết	Công thức máu	

Bệnh	Lâm sàng	Chẩn đoán	Điều trị
Rối loạn tân sinh			
Sarcome Kaposi	Mảng bầu dục, nhạt màu hoặc tím đậm, ở da và miệng (vòm khẩu cái) Trục dọc sang thương nằm theo đường da Tổn thương nội tạng	Sinh thiết: tăng sinh mạch máu, tăng sinh bó tế bào hình thoi, khoảng liên bào dãn rộng với hồng cầu thoát mạch	Xạ trị đối với những tổn thương riêng rẽ Vinblastin 0,1 - 0,5mg/ml tiêm trong sang thương mỗi 4 tuần Chấm nitơ lỏng
U lympho	Thường gặp u lympho tế bào T Sang thương đa dạng và thay đổi: cục, mảng, u và có thể loét	Sinh thiết	Hóa trị liệu
Rối loạn khác			
Dị ứng thuốc	Phát ban dạng sởi Mề đay	Trimethoprim-sulfamethoxazole, DDS, amino-PNCs	Ngưng thuốc
Ngứa (Ít gặp)	Ngứa dữ dội mà không có bệnh ác tính Có thể là triệu chứng của AIDS	Nhiều vết cào gãi Loại trừ các nguyên nhân gây ngứa khác (rối loạn chức năng thận, tuyến giáp, gan; do thuốc; ác tính; tiểu đường; thiếu máu thiếu sắt)	Steroide thoa tại chỗ Thuốc mềm da Prednisone uống không có hiệu quả

Bệnh	Lâm sàng	Chẩn đoán	Điều trị
Móng vàng	Dĩa móng đổi màu vàng Liên quan tới viêm phổi do *P. carinii*	Phân biệt với hội chứng móng vàng	Điều trị bệnh nguyên như *P. carinii*
Móng xanh	Dày móng có màu xanh đậm Da đen > da trắng	Tiền căn dùng AZT	Không
Bạch biến (ít gặp) Tóc bạc sớm (hay gặp)	Mất sắc tố da và tóc thường giống các biểu hiện khác	Lâm sàng	Không

Zona lan tỏa

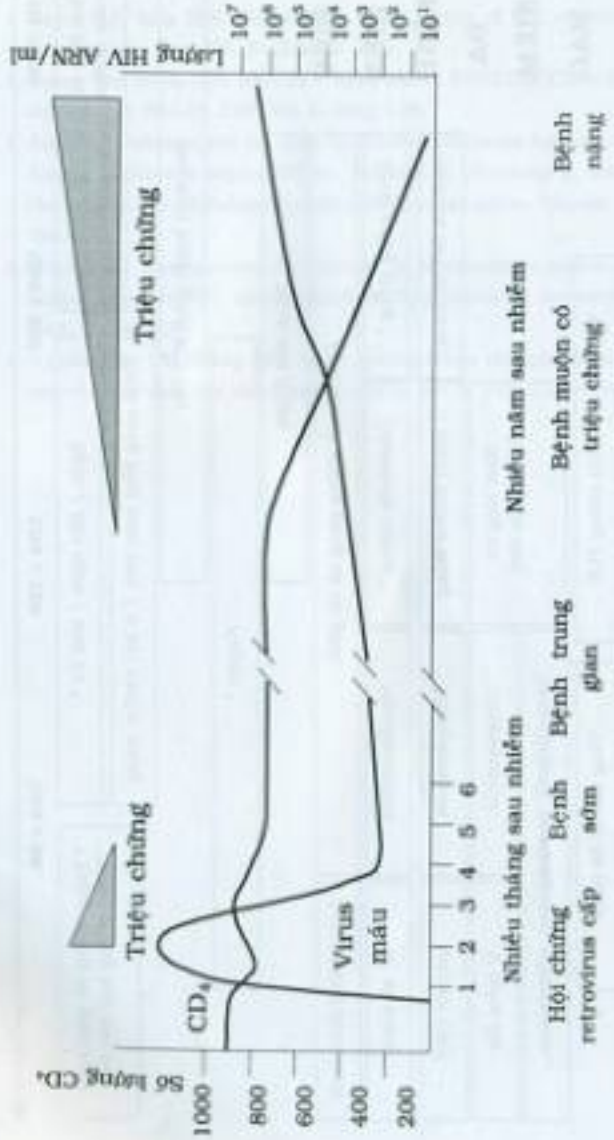
Sẹo Zona

Candida lưỡi

Viêm da tiết bã

U lympho

Sarcome Kaposí



DIỄN TIẾN TỰ NHIÊN CỦA NHIỄM HIV
(theo Scott Harris và Michael Saag)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harris P.S, Saag M.S: Dermatologic manifestation of HIV infection. Current Problem in Dermatology, Dec.1997, 9: 209-236.
2. Hoàng Văn Minh: Biểu hiện da ở người nhiễm HIV/AIDS. Chẩn đoán bệnh da bằng hình ảnh và cách điều trị 2001, tập 2, trang 7-39.
3. Janier M: Infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH): syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Saurat J.H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J.W. Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles, Masson Paris, 1999, 4: 188-195.
4. Morand J.J, Jaureguiberry J.P, Jaubert D: Manifestation cutanéo-muqueuses de l'infection par le VIH. Guide Illustré de Diagnostatic en Dermatologie et Vénéréologie, 1996, 1: 142-152.
5. Nguyễn Văn Út, Hoàng Văn Minh: Manifestation cliniques dermatologiques et vénéréologie chez des toxicomanes infectés par le VIH. Cahier Santé 1996, 6: 69-78.

PHẦN IV

BỆNH DA THƯỜNG GẶP

GHẺ

BS. Hoàng Văn Minh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được triệu chứng của bệnh ghẻ.
2. Trình bày được những yếu tố chẩn đoán xác định và chẩn đoán phỏng định bệnh ghẻ ngứa.
3. Nêu được điều trị và phòng bệnh.
4. Trình bày được dịch tễ học bệnh ghẻ ngứa.

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh ghẻ ngứa là một bệnh da lây, phổ biến nhất tại Việt Nam, chiếm tỉ lệ 3,9% số bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh. Thường gặp ở trẻ em và phụ nữ. Do *Sarcoptes scabiei* gây ra.

Ở những người trẻ, trong giai đoạn hoạt động sinh dục, ngoài việc lây lan theo đường thông thường, còn có thể lây chủ yếu qua đường tình dục. Đây là một đường lây lan quan trọng mà ít người để ý đến và cũng là cơ sở để Tổ chức Y tế thế giới xếp ghẻ là bệnh lây lan qua đường tình dục.

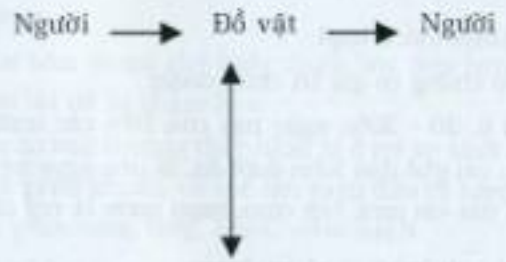
Nhắc lại đặc điểm sinh học của cái ghẻ:

- Con đực chết ngay sau khi di giống.

- Con cái trưởng thành dài khoảng 400µm. Nó sinh sống bằng cách đào hầm dưới da (gọi là rãnh ghẻ) giữa lớp sừng và lớp hạt. Thời gian sống trung bình là 30 ngày. Vài giờ đào hầm, cái ghẻ bắt đầu đẻ trứng. Trứng phát triển thành ấu trùng và trưởng thành trong vòng 10 ngày.

- Cái ghẻ hoạt động nhiều về đêm, chết khi ra khỏi kỳ chủ trong vòng 3 – 4 ngày.

Đường lây truyền chủ yếu từ người qua người. Một số trường hợp:



Vật dụng cá nhân

Cái ghẻ tập trung nhiều ở bàn tay và cổ tay. Tuy nhiên vì phát ban có thể gây ra do giai đoạn không trưởng thành của cái ghẻ hay do mẫn cảm nên sự phân bố của cái ghẻ trưởng thành không song song với sang thương điển hình của ghẻ.

Theo Orkin, có mối liên hệ rõ ràng giữa ghẻ và chàm thể tạng. Trên một số bệnh nhân đôi khi khó phân biệt ghẻ với những dạng thương tổn của chàm thể tạng (đặc biệt là sẩn mề đay).

II. LÂM SÀNG

Bệnh ghẻ ngứa thông thường:

1. Thời gian ủ bệnh

Trung bình 2 – 8 ngày.

2. Triệu chứng: có 3 nhóm triệu chứng chính:

Triệu chứng cơ năng: ***ngứa***

- Ngứa nhiều về đêm.
- Ngứa vùng da non nhiều.
- Xung quanh có nhiều người bị ngứa.
- Mức độ ngứa tùy cơ địa mỗi người.

Triệu chứng thực thể: ***3 loại***

• Nhóm triệu chứng có giá trị chẩn đoán:

Xuất hiện ít, 20 – 30%, ngày nay còn 10% các trường hợp.

- Rãnh ghẻ: cái ghẻ đào hầm dưới da, đi tiêu ngay trên da nên có màu nâu, dài vài mm, hơi cộm, mụn nước là nơi cái ghẻ ở.

• Nhóm triệu chứng giúp chẩn đoán:

- Mụn nước: nằm rải rác, màu trắng đục, càng có giá trị khi nằm ở vùng da non.
- Sẩn cục hoặc sẩn mụn nước hay ngứa: nốt nhô cao và trên đầu có mụn nước. Đặc hiệu hơn mụn nước. Thường gặp ở trẻ em. Gặp ở nách hay ở bìu giúp chẩn đoán.

• Nhóm triệu chứng không đặc hiệu nhưng thường gặp trong bệnh ghẻ:

- Dấu gãi: trầy xước trên da theo đường, có thể dẫn đến mụn mủ do thiếu vệ sinh.
- Vết chàm hóa: mụn nước tụ lại thành mảng.

3. Vị trí sang thương (quan trọng, giúp chẩn đoán)

- Sang thương ở khắp người trừ mặt (trừ trẻ em hay bệnh nhân AIDS).

- Thường gặp ở vùng da non: kẽ ngón tay, mặt trước cổ tay, quanh rốn, nếp dưới rốn, đầu vú, da đùi, da bộ phận sinh dục, nách,...

4. Dịch tễ học

Có nhiều người xung quanh cùng bệnh.

III. BIẾN CHỨNG

- Nếu không điều trị vẫn còn bệnh dù ngứa có giảm.
- Biến chứng:
  + *Chàm hóa:* do cái ghẻ hoặc thuốc bôi. Nếu bệnh nhân đã bị chàm thì dễ bị chàm hóa.
  + *Viêm da mủ:* thường thấy nhất là ở trẻ vệ sinh kém. Thường do liên cầu khuẩn, có thể lan sang đầu và lưng, có thể chốc hóa, viêm nang lông, nhọt, viêm hạch.
  + *Lichen hóa*
  + *Móng:* có thể tăng sừng dưới móng màu xám, có thể tìm thấy cái ghẻ.
  + *Tiểu đản bạch:* thường nhẹ, thường gặp ở trẻ con bị ghẻ nặng.
  + *Viêm vi cầu thận cấp và phù toàn thân:* hiếm, do cảm ứng với độc tố của ghẻ hoặc do vi trùng bội nhiễm.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Tìm thấy cái ghẻ sang thương: 100% chẩn đoán dương tính nhưng thực tế ít làm, do đó chỉ dựa trên lâm sàng.

2. Các kỹ thuật xét nghiệm để tìm cái ghẻ

- Cạo da

- Dùng kim tách cái ghẻ
- Sinh thiết thượng bì
- Thử nghiệm mực rãnh ghẻ
- Cạo rãnh ghẻ bằng que
- Kỹ thuật dùng tăm bông với chất dính cellophor
- Thoa Tetracycline rồi soi dưới đèn wood
- Sinh thiết bằng "Punch".

3. Chẩn đoán phòng định

Khả năng đúng trên 90%, dựa vào:

- Tính chất sang thương da: rãnh ghẻ, sẩn ngứa, mụn nước vùng da non.
- Vị trí sang thương: không có ở mặt mà có ở vùng da non.
- Ngứa: nhiều về đêm.
- Dịch tễ học: có nhiều người xung quanh bị bệnh ghẻ.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Tổ đỉa: vị trí mụn nước ở mặt bên ngoài các ngón, không có sang thương ở thân mình.
- Chí rận: ngứa ở lưng, sau ót sang thương cào gãi nhiều hơn.
- Sãng giang mai ở đàn ông: tìm nhóm hạch với đặc tính không viêm. Dựa vào bệnh sử và xét nghiệm máu.
- Chàm thể tạng: dựa vào vị trí đặc hiệu của bệnh này (cần phân biệt với ghẻ chàm hóa mãn tính).

V. DẠNG LÂM SÀNG

1. Ghẻ thông thường

Như đã mô tả ở trên.

2. Ghẻ bội nhiễm

Thường gặp ở trẻ em suy giảm miễn dịch hay kém vệ sinh, mụn mủ chiếm ưu thế hơn mụn nước.

3. Ghẻ chàm hóa

Rất thường gặp do ngứa gãi quá nhiều.

4. Ghẻ chàm hóa bội nhiễm

5. Ghẻ ở trẻ em

Da non nhiều, kể cả mặt, ngoài mụn nước có nhiều sẩn cục, hai nách nhiều sẩn ghẻ, nam có ở bìu.

6. Ghẻ ở người sạch sẽ

Sang thương điển hình kín đáo, tiền sử bệnh, dịch tễ học, sãng ghẻ giúp chẩn đoán nhiều.

7. Ghẻ tăng sừng (ghẻ Na Uy)

Thường xuất hiện ở những người suy dinh dưỡng, ở trại cải tạo, suy giảm miễn dịch giai đoạn AIDS, điều trị thuốc suy giảm miễn dịch như trong bệnh lupus đỏ, ung thư giai đoạn cuối,...

- Sang thương có phủ lớp mài dày: tăng sừng.
- Ngứa: không ngứa hay ngứa dữ dội.
- Lật mài lên: rất nhiều cái ghẻ.
- Bệnh rất lây.

8. Ghẻ ở bệnh nhân HIV

Ở Việt Nam, ghẻ là bệnh da thường gặp ở người nghiện ma túy có phản ứng HIV (+) chiếm 27,3% tại trung tâm cai nghiện ma túy Bình Triệu.

9. Ghẻ có bóng nước

Trong bóng nước có cái ghẻ.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

1. Phải chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp để tránh biến chứng và lây lan cho cộng đồng.
2. Phải điều trị cho người tiếp xúc mắc bệnh.
3. Phải vệ sinh quần áo cá nhân để tránh lây lan cho cộng đồng và tái nhiễm.
4. Phải bôi thuốc đúng cách.

2. Thuốc

Điều trị cái ghẻ chủ yếu là thuốc bôi.

Cách bôi thuốc ghẻ

- Tắm với nước tím loãng [1/4.000 – 1/10.000], ấm.
- Vuốt xà bông cùng mình, nhấn mạnh ở các nếp rồi rửa sạch với nước tím loãng ấm.
- Thoa thuốc đặc hiệu cùng mình (chừa đầu) 1 lần/ngày vào buổi tối, rồi mặc quần áo sạch và 24 giờ sau tắm lại.
- Nếu 2 – 3 ngày sau chưa hết, thì thoa lại như trên.
- Không nên dùng corticoides.
- Gần đây có thuốc uống điều trị. Dùng trong trường hợp nặng hoặc không dùng được thuốc sớm. Đó là Ivermectin 200mg/kg với liều duy nhất. Đối với ghẻ Na Uy có thể dùng 2 hay nhiều liều hơn.

Điều trị triệu chứng

Chủ yếu là điều trị ngứa. Thuốc thường dùng là thuốc kháng histamine H_1 như: chlorpheniramin, ciproheptadine,... thường uống vào buổi tối.

Tên khoa học	Tên thương mại	Dạng trình bày	Ghi chú
Thuốc chọn đầu tiên:			
1. Gamma benzene hydrocholoride 1%	Lindana® Scabecid®	Crème Crème, dung dịch	- Bôi một lần - Độc tính hệ thần kinh trung ương, không dùng cho trẻ < 2 tuổi - Đắt tiền
2. Permethrine 5%	Elimite®	Crème	- Bôi 1 lần - Không dùng cho trẻ nhỏ, đắt tiền
Thuốc hàng thứ yếu:			
3. Benzoate de benzyl 25%	Ascabiol® Benzoate benzyl®	Crème, nhũ dịch	- Dùng cho trẻ < 2 tuổi có thể gây MetHb - Dễ gây kích thích
4. Esdepallethrine	Spregal®	Dạng phun sương	- Mắc tiền - Sử dụng được cho phụ nữ có thai và trẻ nhỏ - Thận trọng khi dùng ở vùng mặt và người hen suyễn
5. Diethylphtalate	D.E.P®	Mỡ, dung dịch	- Rẻ tiền - Thích hợp với điều trị cộng đồng
Thuốc khác			
6. Lưu huỳnh	Mỡ lưu huỳnh 10% Polysulfur®	Mỡ, dung dịch	- Dùng tốt cho trẻ em - Hiệu quả không cao
7. Crotamiton	Eurax®	Crème	- Dùng cho trẻ > 2 tuổi - Có thể gây MetHb - Hiệu quả thấp

3. Áp dụng thực tế

Ghẻ thông thường

Bôi thuốc ghẻ + kháng histamine vào buổi tối.

Ghẻ bội nhiễm

- Khu trú: bôi dung dịch mâu (milian, eosin 2%) vào tổn thương nhiễm trùng và điều trị ghẻ như ghẻ thông thường.
- Có dấu hiệu toàn thân, tổn thương nhiễm trùng lan tỏa: sử dụng thêm kháng sinh đường uống.

Ghẻ chàm hóa

Tăng liều kháng histamine 2 – 3 lần trong ngày, thuốc trợ gan mật nếu cần, đắp dung dịch mâu tại tổn thương chàm. Sau khi ổn định điều trị như ghẻ thông thường.

Ghẻ chàm hóa bội nhiễm

Xử trí ghẻ bội nhiễm và ghẻ chàm hóa.

Ghẻ Na Uy

Nâng tổng trạng bệnh nhân. Thoa mỡ salicylée 2 – 5% để tiêu sừng, sau đó bôi thuốc ghẻ. Bệnh rất lây nên thận trọng khi tiếp xúc với bệnh nhân. Có thể dùng Ivermectin: 200mg/kg/ngày trong 2 đến nhiều ngày.

4. Diệt nguồn lây

- Cái ghẻ chết khi ra khỏi kỳ chủ 3 ngày, do đó để quần áo trong tủ một tuần sau đó mặc lại.
- Cái ghẻ chết ở nhiệt độ 60°C, do đó quần áo đang mặc nên đun sôi ở 80 – 90°C trong 5 phút.
- Điều trị cả người xung quanh có ngứa.

5. Theo dõi điều trị

- Điều trị tốt: 3 – 5 ngày không nổi sang thương mới, ngứa có thể tồn tại khoảng 2 tuần.

Tiêu chuẩn điều trị lại:

- Ngứa trên 2 tuần dù không có sang thương mới về mặt lâm sàng.
- Nổi sang thương mới.
- Điều trị không đúng phương pháp.

VII. PHÒNG BỆNH

Cần vệ sinh cá nhân hàng ngày với xà phòng nhất là ở kẽ tay và các nếp. Khi có người ở gia đình hay cơ quan bị ngứa, nhất là ban đêm phải kiểm tra vị trí chọn lọc của ghẻ. Tránh tiếp xúc với người bị ghẻ (bắt tay, dùng đồ chung, giặt, phơi chung đồ). Nếu mình bị ghẻ, cần tránh tiếp xúc với người xung quanh, dùng đồ đạc riêng, ngủ riêng và đi khám ngay để được điều trị sớm tránh biến chứng và tránh lây cho cộng đồng. Nếu có biến chứng cần phải chữa chuyên khoa. Hết biến chứng mới điều trị ghẻ như trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arnold H.L, Odom R.B, James W.D. Scabies. Andrew 's Disease of the Skin 1990, p. 523-26.
2. Heid E. Parasites et arthropodes. Saurat J.H, Grossbans E, Laugier P, Lachapelle J.M 's Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles 1999, edit.3, Masson, p.114-19.
3. Hoàng Văn Minh. Ghẻ. Chẩn đoán bệnh da bằng hình ảnh và cách điều trị 2002, tập 1.
4. Orkin M, Maibach H. Scabies. Holmes K.K, Sparling P.F, Mardh P.A, Lemon S.M, Stam W.E, Piot P, WasserheitJ.N 's Sexually Transmitted Diseases 1990, edit.2, Mc Graw Hill, p.473.
5. Platts-Mills A.E, Rein M.F Scabies. Holmes K.K, Sparling P.F, Mardh P.A, Lemon S.M, Stam W.E, Piot P, Wasserheit J.N 's Sexually Transmitted Diseases 1999, p. 645.
6. Wilson D.C. Arthropod bites and stings. Fitzpatrick 's Dermatology in General Medicine 1999, vol.2, edit.5, Mc Graw Hill, p.2810-26.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn một câu đúng

1. Cái ghẻ có những đặc điểm sau, ngoại trừ:
   a. Hoạt động về đêm
   b. Có thể lây qua đường giao hợp
   c. Con đực chết sau khi di giống
   d. Có thể lây từ người sang đồ vật và sang người.
   e. Chết ngay sau khi rời kỷ chủ

2. Đặc tính lâm sàng của ngứa trong bệnh ghẻ, ngoại trừ:
   a. Ngứa từng cơn
   b. Ngứa nhiều về đêm
   c. Ngứa tồn tại dưới hai tuần sau khi điều trị
   d. Ngứa tại sang thương
   e. Có nhiều người cùng bị ngứa

3. Sang thương nào có thể gặp trong bệnh ghẻ thông thường, ngoại trừ:
   a. Mụn nước b. Sẩn mụn nước
   c. Rãnh ghẻ d. Sẩng
   e. Mụn mủ

4. Vị trí thường gặp của ghẻ là:
   a. Vùng da trơn b. Vùng nếp
   c. Niêm mạc bộ phận sinh dục d. Quầng vú
   e. Tất cả các câu trên đều đúng

5. Triệu chứng nào có giá trị đặc hiệu trong chẩn đoán bệnh ghẻ:
   a. Sẩn cục b. Mụn nước hình thành hạt trai
   c. Rãnh ghẻ d. Ngứa nhiều về đêm
   e. a, b, d đúng

Đáp án

1.e 2.d 3.e 4e 5e

Cái ghẻ

Ghẻ ở kẽ ngón

Ghẻ

Ghẻ lăng sừng

Ghẻ

Bệnh pemphigus thông thường

Viêm da dạng herpes

Pemphigus bả

Pemphigus cận tân sinh

BỆNH VI NẤM CẠN

BS. Đặng Thị Tốn

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài học này, sinh viên có khả năng:

1. Nêu được nguyên nhân, mô tả hình ảnh lâm sàng, cận lâm sàng và cách điều trị các bệnh gây ra do vi nấm sợi tơ ở da, tóc, móng.
2. Trình bày được các yếu tố thuận lợi gây ra các sang thương da, niêm mạc, móng của vi nấm hạt men.
3. Mô tả được hình ảnh lâm sàng, cận lâm sàng và cách điều trị các bệnh gây ra do vi nấm hạt men ở da, niêm mạc, móng.
4. Nêu được nguyên nhân, mô tả được hình ảnh lâm sàng, cận lâm sàng và cách điều trị bệnh lang ben.
5. Trình bày được dịch tễ học và phòng ngừa các bệnh vi nấm cạn.

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh vi nấm cạn là những bệnh do vi nấm, chỉ gây bệnh ở lớp sừng. Ba loại thường gặp: bệnh do vi nấm sợi tơ, bệnh do vi nấm hạt men và bệnh lang ben.

Chẩn đoán bệnh vi nấm cạn tương đối dễ, chủ yếu dựa vào xét nghiệm soi trực tiếp. Ngày nay có rất nhiều thuốc điều trị, thoa tại chỗ hay dùng đường toàn thân.

Họ thuốc	Tên khoa học	Tác dụng điều trị		
		Dermatophyte	*Nấm men*	*Lang ben*
Imidazole	Tioconazole	+	+	+
	Clotrimazole	+	+	+
	Miconazole	+	+	+
	Ketoconazole	+	+	+
	Oxiconazole	+	+	+
	Sulconazole	+	+	+
Allylamines	Naftifine	+	+	+
	Terbinafine	+	+	+
Polyene	Nystatine	-	+	-
Naphthionates	Tolnaftate	+	-	-
Substituted pyridone	Ciclopirocalamine	+	+	+
Thuốc khác	BSI	+	-	+
	ASA	+	-	+
	Castellani (mỡ)	+	+	-
	Withfield	+	-	-
	Selenium sulfide	-	-	+
	Griseofulvine	+	-	-

Bảng 1: *Thuốc bôi tại chỗ trong điều trị vi nấm cạn*

Họ thuốc	Tên khoa học	Tác dụng điều trị		
		Dermatophyte	*Nấm men*	*Lang ben*
Imidazole	Ketoconazole	+	+	+
Triazole	Fluconazole	+	+	+
	Itraconazloe	+	+	+
Allylamines	Terbinafine	+	+	-
Polyene	Nystatine	-	+	-
Thuốc khác	Amphotericine B	-	+	-
	Griseofulvine	+	-	-

Bảng 2: *Thuốc uống trong điều trị vi nấm cạn*

II. BỆNH DO VI NẤM SỢI TƠ

- Tuổi: ở trẻ con hay bị nấm da đầu, người trẻ hay bị viêm kẽ.

- Về địa lý: có một số bệnh có ở khắp thế giới, có một số bệnh chỉ khu trú ở 1 vùng nội dịch.

- Lây truyền: qua 3 nguồn. Phần lớn từ người qua người, từ súc vật và ít hơn cả là từ đất.

- Yếu tố thuận lợi: ở những người bị suy giảm miễn dịch có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn. Ngoài ra còn có suy giảm miễn dịch tại chỗ: ví dụ bệnh nhân sử dụng corticoide thoa tại chỗ lâu ngày dễ bị nấm sợi tơ.

- Gây bệnh ở da và các bộ phận phụ thuộc của da như lông, tóc, móng và không ảnh hưởng tới cơ quan ở sâu. Theo Emmons, có 3 chủng gây bệnh là: Microsporum, Trichophyton, Epidermophyton.

Cơ quan bị bệnh / Nấm gây bệnh	Tóc	Lông	Móng	Da
Microsporum	+	+	-	+
Trichophyton	+	+	+	+
Epidermophyton	-	-	+	+

Bảng 3: *Chủng vi nấm sợi tơ*

1. Nấm chân: (pied d'athlete, tinea pedis)

Nguyên nhân

Do Epidermophyton, Trichophyton, đôi khi do Microsporum.

Bệnh căn

Bàn chân ẩm ướt, sự lưu thông máu ở chi dưới trì trệ, đi giày kín mà không thay vớ thường xuyên là những yếu tố thuận lợi cho sự xuất hiện của bệnh. Bệnh này rất phổ biến ở đàn ông.

Triệu chứng

- *Thể tróc vẩy khô:* ở lòng bàn chân, gót chân và cạnh bàn chân có những mảng da dày màu đỏ, trên phủ vẩy mịn, nhỏ, có thể hợp thành mảng lớn bao phủ cả lòng bàn chân.
- *Thể mụn nước:* ở rìa các ngón chân, lòng bàn chân có những mụn nước sâu tập trung thành đám như trong bệnh tổ đỉa.
- *Thể viêm kẽ:* thường ở những kẽ hẹp (kẽ thứ 3, thứ 4), da kẽ chân mủn trắng. Dưới lớp da mủn là nền đỏ ướt. Có khi chỉ có 1 vết nứt ở kẽ chân.

Các thể trên có thể bị bội nhiễm có mụn mủ, bóng mủ, sưng tấy bàn chân, nổi hạch háng và sốt.

Chẩn đoán

- Ở vị trí này có thể lầm với chàm, vẩy nến,...
- Chẩn đoán xác định: dựa vào sự hiện diện của sợi tơ nấm có vách ngăn khi cạo tìm nấm trực tiếp tại thương tổn.

Điều trị

- Nếu có bội nhiễm:

  Uống kháng sinh như tetracycline 1g/ngày x 7 ngày hay erythromycine 1g/ngày hay Bactrim® 4 viên/ngày x 7 ngày.

  Thoa dung dịch milian, eosine 2% khi có bội nhiễm.

  Sau đó thoa thuốc kháng nấm như antimycose, BSI, ASA, Funga®, kem hay mỡ griseofulvine, các dẫn xuất của imidazole như Pévaryl®, Fazol®, Daktarin®, Canesten®, ketoconazol (Nizoral®) hay terbinafine (Lamisil®).

  Sau khi lành bệnh trên lâm sàng (hết sang thương da, cạo tìm nấm âm tính) phải tiếp tục thoa thuốc tối thiểu 1 tuần.

- Trường hợp nhiều sang thương:

  Uống griseofulvin 1g/ngày (cho người lớn) uống ngay sau bữa ăn trong 1 tháng. Chú ý tác dụng phụ của griseofulvine (chóng mặt, mất thăng bằng, dị ứng). Không dùng cho người già yếu, phụ nữ có thai, cho con bú, suy gan, thận,...

  Nizoral® 200mg 1 viên/ngày hay Sporal® 100mg 2viên/ngày hay Lamisil® 250mg 1viên/ngày (cho người lớn) cho đến khi lành sang thương.

Tiến triển

Rất dai dẳng, hay tái phát. Sự tái nhiễm thường do bệnh nhân tiếp xúc lại với vật dụng, nền nhà, cát bị nhiễm.

Phòng ngừa

- Giữ chân khô ráo, thay vớ mỗi ngày và vớ phải được giặt, luộc.
- Tránh đi chân không.
- Rắc bột talc vào kẽ chân.
- Diệt nấm ở giày bằng hơi formol.

2. Nấm móng: (tinea unguium)

Nguyên nhân

Thường do Trichophyton gây ra.

Triệu chứng

Bắt đầu từ bờ tự do hay hai cạnh bên. Móng mất bóng, dòn, dày lên và có màu bẩn. Trên mặt móng bị lỗ chỗ hoặc có những đường rãnh. Dưới móng có nhiều bột vụn. Ít hay không có viêm quanh móng. Về sau móng bị lẹm dần, phần còn lại xù xì vàng đục. Bệnh lan từ móng này sang móng kia, tiến triển hàng tháng hàng năm.

Chẩn đoán xác định

Cạo bột vụn, nhỏ KOH, đốt, xem dưới kính hiển vi thấy sợi tơ nấm có vách ngăn (với điều kiện bệnh nhân chưa thoa hay ngưng thoa thuốc kháng nấm 1 tuần).

Chẩn đoán phân biệt: chàm móng, nhiều bệnh toàn thân có thể gây loạn dưỡng móng, hư móng nhưng cạo tìm nấm (-) tính.

Điều trị

Nếu chỉ một phần móng bị bệnh, đũa cho hết chỗ móng bệnh và một phần móng lành rồi bôi thuốc kháng nấm.

Nếu toàn bộ móng bệnh: uống griseofulvine 1g/ngày trong nhiều ngày (6 – 12 tháng nếu là móng tay và ít nhất 1 năm với móng chân).

Nếu kết hợp với rút móng, chỉ cần uống griseofulvine trong 3 tháng.

Có thể uống ketoconazole (Nizoral®) 200mg/ngày trong 6 – 7 tháng.

Terbinafine (Lamisil®) 250mg/ngày trong 1,5 – 3 tháng (nếu là móng tay), 6 – 7 tháng (nếu là móng chân).

Itraconazole (Sporal®): mỗi đợt 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, nghỉ 3 tuần. Điều trị 2 đợt nếu là móng tay, 3 đợt nếu là móng chân.

3. Nấm bẹn: (tinea cruris)

Nguyên nhân

Epidermophyton, Trichophyton.

Lâm sàng

Các đốm tròn, đa cung giới hạn rõ, teo da. Rìa có mụn nước, trung tâm lành hay ít mụn nước hơn (tiến triển ly tâm). Ngứa nhiều lúc ra mồ hôi. Từ một bên bẹn, nấm lan sang bên kia, lên xương mu, ra kẽ mông, xuống đùi, lên thắt lưng,...

Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng. Chẩn đoán xác định dựa vào cạo tìm nấm trực tiếp ở rìa sang thương thấy sợi tơ nấm có vách ngăn.

Chẩn đoán phân biệt với erythrasma do vi trùng Corynebacterium: không có mụn nước, không ngứa.

Điều trị

Bôi thuốc kháng nấm. Trường hợp nhiều: phải uống thuốc kháng nấm.

Phòng bệnh

Không tắm giặt, dùng chung đồ tắm, quần áo lót với người bệnh. Ủi mặt trái quần áo.

4. Nấm thân: (tinea corporis)

Nấm gây bệnh ở vùng da không có lông tóc rậm.

Nguyên nhân

Do Trichophyton, Microsporum.

Lâm sàng

Hồng ban giới hạn rõ hình tròn bầu dục, đa cung, có mụn nước ở rìa, trung tâm lành, teo da. Ngứa nhiều khi ra nắng, ra mồ hôi.

Cận lâm sàng

Cạo tìm nấm trực tiếp ở rìa sang thương thấy sợi tơ nấm có vách ngăn.

Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng.

Chẩn đoán phân biệt

- Phong củ: không ngứa, cạo tìm nấm không có.
- Vẩy phấn hồng: cạo tìm nấm không có.
- Chàm tiếp xúc: cạo tìm nấm không có.

Điều trị

Bôi, uống thuốc kháng nấm.

Phòng bệnh

- Không mặc chung quần áo.
- Ủi quần áo mặt trái để tránh tái phát.

5. Nấm tóc: (tinea capitis, teignes tondantes)

Loại gây rụng tóc khu trú không có sẹo:

Nguyên nhân

- Do Trichophyton, Microsporum.
- Bệnh căn: tuổi nào cũng có thể bị, nhưng đa số là trẻ con 5 – 7 tuổi. Rất lây, có thể thành dịch ở nhà trẻ, mẫu giáo.

Triệu chứng

Tùy theo nguyên nhân là Trichophyton hay Microsporum mà hình ảnh lâm sàng khác nhau.

• *Do Microsporum* thường thấy ở trẻ em.

- Nguồn gốc ở người (*M. audouinii*): da đầu có 4 – 6 mảng rụng tóc tròn hay bầu dục, đường kính 2 – 6 cm, có thể liên kết lại thành mảng lớn đa cung, da đầu phủ vảy trắng, xám, mịn. Hầu hết tóc ở mảng đều bị xén còn 3 – 4 mm, dễ nhổ. Phát huỳnh quang xanh lá cây dưới ánh sáng Wood. Loại này hiếm khi có nấm trên da trơn đi kèm, khỏi tự nhiên vào tuổi dậy thì.
- Nguồn gốc súc vật (*M. canis, M. equinum*): có tính viêm nhiều, đốm rụng tóc nhô cao, sưng tấy, đỏ, đóng mãi mủ. Cạy vẩy: mỗi lỗ chân lông đều có 1 ổ mủ. Mủ từ các nang lông trào ra giống như mật ong từ các lỗ của 1 tầng ong vì thế có tên là kérion de Celse (tầng ong mật của Celse).

• *Do Trichophyton*: thấy ở cả trẻ em và người lớn.

- Nguồn gốc ở người (*T. violaceum, T. crateriforme*): mảng rụng tóc tròn nhỏ, giới hạn không rõ, số lượng trên 6, phủ vảy màu trắng

đục. Trong mảng rụng tóc: xen kẽ tóc bệnh có tóc lành. Tóc bị xén ngắn còn 1 – 2 mm, có cái bị xén cụt chỉ còn như 1 điểm đen. Tóc bệnh thường cong queo có hình chữ S, Z. Không phát huỳnh quang dưới ánh sáng Wood. Thường kèm sang thương nấm ở da trơn, móng.

- Nguồn gốc súc vật: có tính viêm nhiều, có thể thành kérion de Celse.

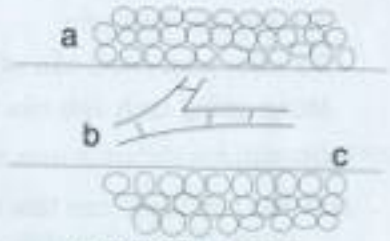
Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng.

Cận lâm sàng: nhổ sợi tóc bệnh, ngâm KOH, xem dưới kính hiển vi thấy hình ảnh vi nấm phát nội hoặc vi nấm phát ngoại.

Vi nấm phát nội

a. Bào tử
b. Sợi tơ nấm có vách ngăn
c.Sợi tóc bệnh



Vi nấm phát ngoại

a. Bào tử
b. Sợi tơ nấm có vách ngăn
c.Sợi tóc bệnh

Cần chẩn đoán phân biệt với các rụng tóc khác như:

- Pelade, bệnh lupus đỏ (tìm không có nấm).
- Rụng tóc do giang mai: số lượng rất nhiều, hình ảnh rừng thưa hay mền bị mọt cắn, phản ứng huyết thanh tìm bệnh giang mai dương tính.

Điều trị

Bôi thuốc kháng nấm. Uống griseofulvine 500 – 1000mg/ngày trong 1 tháng hay Lamisil® 125 – 250mg/ngày trong 2 – 4 tuần.

Loại gây rụng tóc khu trú có sẹo: bệnh Favus (tinea favosa, teigne favique)

Nguyên nhân

Do *Trichophyton schoenleinii.*

Triệu chứng

Thường ở da đầu, có khi ở trên da trơn, móng.

Da đầu: từ những chấm bé tí xíu màu vàng đỏ, phát triển thành những vẩy màu vàng lưu huỳnh có hình đĩa lõm, có mùi hôi như chuột chết gọi là nghiên favus (godet favique), có thể lan khắp da đầu gây hói vĩnh viễn.

Da trơn: mụn nước, sẩn vẩy, vẩy màu lưu huỳnh hình đĩa.

Móng: giống hình ảnh của các vi nấm sợi tơ khác.

Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng.

Điều trị

Uống griseofulvine ngay để hạn chế lây lan, giảm hói.

6. Bệnh vảy rồng: (bệnh Tokelau, tinea imbricata)

Nguyên nhân

Do *Trichophyton concentricum.*

Triệu chứng

Sang thương cơ bản: vẩy da màu trắng vàng hay trắng xám tạo thành những viền vẩy rộng 1 – 2 mm, bờ trong tróc lên. Các viền vẩy này vẽ những vòng cung, vòng tròn đồng tâm giống vẩy rồng. Ở Việt Nam: vùng Tây nguyên có nội dịch.

Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng (lấy vẩy ngâm KOH, xem dưới kính hiển vi thấy sợi tơ nấm có vách ngăn).

Điều trị

Thuốc bôi ít kết quả, phải uống griseofulvine.

III. BỆNH DO VI NẤM HẠT MEN: (CANDIDOSE)

Các loại nấm Candida là những nấm men kỵ sinh thường xuyên trong bộ tiêu hóa, hệ hô hấp và đôi khi trên mặt da. Khi gặp điều kiện thuận lợi thì trở thành tác nhân gây bệnh.

Candida có thể gây tổn thương nông ở da, niêm mạc, móng, nhưng cũng có thể gây tổn thương nội tạng. Trong phạm vi bài này, chỉ đề cập tới sang thương nông.

1. BỆNH CĂN VÀ BỆNH SINH

Tác nhân gây bệnh là vi nấm hạt men (Candida sp) thông thường nhất là *Candida albicans.*

Các yếu tố thuận lợi để vi nấm phát triển thành bệnh:

- *Yếu tố bên trong:*
- Bị các bệnh nhiễm trùng cấp tính hay mãn tính làm suy mòn, giảm sức đề kháng của cơ thể như lao,...
- Bị các bịnh chuyển hóa: tiểu đường, béo phì.
- Thiếu các vitamine nhóm B (B2, B6), PP, C.
- Dùng kháng sinh phổ rộng lâu ngày làm rối loạn môi trường sinh thái như tetracycline, ampicicline.
- Dùng corticoide lâu ngày làm giảm sức đề kháng.
- Dùng các thuốc chống ung thư như methotrexate, 5-fluorouracil.

• *Yếu tố bên ngoài*

- Có răng giả, khớp thái dương hàm không khớp hay người già răng rụng hết làm 2 mép xệ, nước bọt tụ nhiều làm da luôn ẩm ướt tạo điều kiện thuận lợi cho vi nấm.
- Thường xuyên ngâm tay trong nước như: nội trợ, người bán trái cây, bán cá, bán nước giải khát, thợ giặt, công nhân ở các xưởng làm thực phẩm đông lạnh.

2. LÂM SÀNG

Ở niêm mạc

• *Đẹn sữa (tưa, muguet)*

Thường ở trẻ sơ sinh. Lúc đầu niêm mạc đỏ sẫm sau đó xuất hiện những đề trắng như sữa đóng cục. Lớp trắng này đóng cục vào niêm mạc bên dưới, cạo ra rướm máu. Sang thương ở khắp niêm mạc miệng nhưng các vị trí chọn lọc là mặt lưng lưỡi, mặt trong má, nướu, vòm miệng.

Bệnh đẹn miệng ở trẻ lớn và người lớn cũng giống như trên, thường là sau khi bệnh lâu ngày, gây suy nhược hay bị ung thư. Không điều trị, bệnh kéo dài gây đau đớn, ăn uống kém thành chốc mép hay thành candidose ruột.

• *Chốc mép (perlèche)*

Là một vết nứt ở mép, vết nứt có nhiều rãnh nhỏ, da xung quanh mủn trắng, thường có máu vàng trên vết nứt. Đường nứt đau, dễ chảy máu. Thương tổn có ở 2 bên mép.

• *Viêm âm hộ, âm đạo*

Huyết trắng nhiều, vón cục như sữa chua. Niêm mạc âm hộ, âm đạo đỏ. Ngứa nhiều, có khi làm tiểu khó, đau khi giao hợp. Bệnh thường thấy ở phụ nữ có thai, người bị tiểu đường.

Nấm mặt

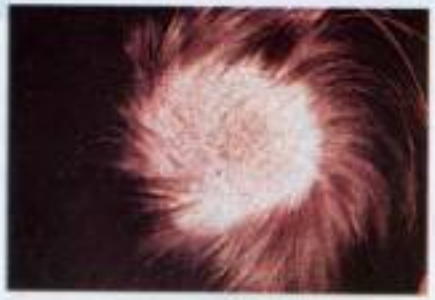
Nấm thân

Nấm bẹn

Lang ben

Nấm ben do nấm men

Nấm kẽ chân



Nấm tóc

Đẹn

LANG BEN + NHIỄM NẤM DO CANDIDA + NẤM TÓC

- *Viêm da qui đầu*

  Gặp ở người có vợ bị viêm âm hộ, âm đạo do Candida. Triệu chứng rất ít, vùng qui đầu hơi đỏ và ướt, ngứa ít.

- *Viêm hậu môn và quanh hậu môn*

  Rất ngứa. Thường xuất hiện khi dùng kháng sinh lâu ngày. Sang thương là mảng màu đỏ có giới hạn rõ, trên có mụn nước. Nguyên nhân: ở trẻ sơ sinh do ẩm ướt từ tã lót, có thể do nhiễm nấm từ hệ tiêu hóa ra da.

Ở da

- *Viêm kẽ*

  Tất cả các nếp đều có thể bị nhưng các nếp sau tai, nếp nách, nếp dưới vú, nếp bẹn, kẽ chân dễ bị hơn. Sang thương là các mảng da đỏ, khô hay rịn nước, giới hạn rõ bởi 1 viền vẩy tróc. Đặc biệt có các sang thương con ở rải rác xung quanh.

- *Viêm kẽ ngón tay, ngón chân*

  Ở các kẽ hẹp (kẽ 3, 4), có hình ảnh rất giống viêm kẽ do vi nấm sợi tơ: da trên bề mặt bị mủn trắng, cạo đi để lộ vết trợt đỏ rịn máu, có khi có vết nứt ở giữa. Bệnh nhân ngứa và hơi đau ở kẽ ngón.

- *Viêm móng và viêm quanh móng*

  Móng hư từ chân móng trở ra. Móng cứng, sần sùi, màu nâu bẩn, không có bột vụn dưới móng. Nếp da quanh móng sưng, đỏ đau. Ấn vào có thể có mủ chảy ra (viêm quanh móng).

- *U hạt do nấm (granulome moniliasique)*

  Là bệnh hiếm thấy, gặp ở trẻ từ 1 – 5 tuổi, bị các bệnh nội tiết như thiểu năng tuyến giáp.

  Sang thương là các u sần sùi như mụn cóc, kích thước vài cm

đường kính, trên bề mặt có mài tiết. Cạo mài ra, bên dưới là tổ chức hạt chảy máu dễ dàng. Có khi thương tổn hóa sừng.

Vị trí chọn lọc là mặt và da đầu. Bệnh nhân thường bị tưa trong miệng và viêm móng, đôi khi còn có thương tổn ở bộ tiêu hoá và phổi.

Tìm Candida ở miệng đa số (+), ở u hạt luôn luôn (+). Tiến triển thường nặng, điều trị khó khăn, thường dẫn tới tử vong.

3. CẬN LÂM SÀNG

Soi tươi

Lấy bệnh phẩm nhỏ dung dịch KOH 10% xem dưới kính hiển vi thấy tế bào hạt men hình bầu dục, nảy chồi kích thước 2 – 4 nm, có khi thấy sợi tơ nấm giả.

Cấy

Trong môi trường Sabouraud mọc thành những khuẩn lạc ướt, trắng đục như kem và bốc ra mùi mốc đặc biệt.

4. ĐIỀU TRỊ

Loại bỏ những yếu tố thuận lợi bên ngoài như mang găng, đi ủng ở những người thường xuyên phải ngâm tay, chân vào nước.

Chữa các bệnh làm giảm sức đề kháng như tiểu đường, ngưng kháng sinh và corticoide nếu có thể được.

Tại chỗ

- Thoa các dẫn xuất của imidazole như Pévaryl®, Fazol®, Daktarin®, Nizoral®,...
- Thoa glycérine boratée 10%.
- Rơ miệng Daktarin® gel.
- Dung dịch milian, dung dịch eosine.

- Kem hay mỡ Nystatin® 2%.
- Đặt Mycostatin® ovules 1 viên/ngày x 7 – 14 ngày hay Gynopévaryl® 3 ngày liên tiếp.

Toàn thân

- Sporal® 100mg 2 viên/ngày x 3 ngày hay
- Triflucan® (fluconazole) 150mg liều duy nhất để trị huyết trắng do Candida.
- Không uống Nystatin® để trị candidose ở da vì thuốc không vào máu.

IV. BỆNH LANG BEN: (PITYRIASIS VERSICOLOR)

1. NGUYÊN NHÂN

Do vi nấm *Pityrosporum orbiculaire* gây ra, còn có các tên là *Malassesia furfur*, *Pityrosporum ovale*.

Đây là một loại nấm men ưa mỡ, thường trú ở chất sừng của da và nang lông ở người trưởng thành trên 15 tuổi. *P. orbiculaire* là một sinh vật cơ hội. Vì vậy, bệnh lang ben không lây mà do sự tăng sinh bất thường của thảm nấm thường trú ở da.

Các yếu tố thuận lợi cho sự gây bệnh: lượng cortisone trong người tăng hơn bình thường, điều trị corticoide lâu ngày, tăng độ ẩm ướt ở bề mặt da, tiết chất bã nhờn nhiều.

2. TẦN SUẤT MẮC BỆNH

- Ở miền ôn đới: 2%, miền nhiệt đới: 40%.
- Tuổi mắc bệnh: người trẻ, trung niên chiếm tỉ lệ cao hơn. Từ 50 – 70 tuổi trở đi ít bị bệnh hơn vì sự tiết chất bã giảm dần hay không có.

- Mùa: ở vùng ôn mùa hè bệnh xuất hiện nhiều, giảm đi vào mùa đông, nhưng với những người hoạt động thể lực, bệnh có thể xuất hiện quanh năm. Bệnh thường kéo dài hàng tháng, hàng năm.

3. LÂM SÀNG

Sang thương cơ bản ở vùng da không phơi ra ánh sáng: dát màu cà phê sữa, vàng nhạt, nâu, đỏ, đen,... Vì thế có tên bệnh vẩy phấn nhiều màu. Trên bề mặt dát có vẩy nhẹ, cạo bằng curette, vẩy rơi ra như dăm bào (đó là dấu hiệu vỏ bào), teo da. Hình thể và kích thước của dát rất biến thiên từ nhỏ lấm tấm cho đến những mảng lớn có bờ quanh co như bản đồ.

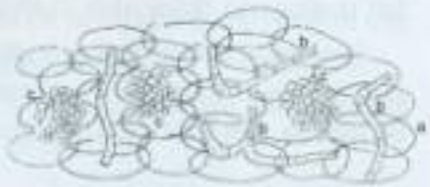
Vị trí: cổ, ngực, mạn sườn, phía trong cánh tay. Có thể lan ra bụng, lưng, mặt, phía trong đùi.

Dưới ánh sáng Wood, dát phát huỳnh quang xanh lá cây và vô số các dát chưa thấy được bằng mắt thường sẽ lộ ra.

Bình thường: ít hay không ngứa nhưng khi ra nắng, mồ hôi nhiều thì ngứa râm ran như kim châm.

4. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng: cạo vẩy, nhỏ KOH, coi dưới kính hiển vi thấy tế bào hạt men tròn xếp thành cụm xen kẽ với những đoạn sợi tơ nấm ngắn, thẳng, cong thành hình Y, Z, V, S. Đó là hình ảnh "thịt trên nụi".



Hình ảnh thịt trong nụi

a.Tế bào thượng bì b.Sợi tơ nấm
c.Đám tế bào hạt men

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bạch biến (vitiligo): dát trắng, không vẩy, tăng sắc tố xung quanh, không tìm thấy nấm.
- Phong bất định: không vẩy, không ngứa, không tìm thấy nấm.

6. ĐIỀU TRỊ

Điều trị hết thì dễ nhưng hết hẳn thì rất khó. Bôi thuốc kháng nấm lên cả các thương tổn chưa nhìn thấy. Sau khi thương tổn biến mất phải tiếp tục thoa thêm 1 tuần.

Để phòng tái phát: bôi dự phòng mỗi tháng vài ngày. Quần áo phải giặt luộc hay ủi nóng.

Nếu nhiều thương tổn: uống Nizoral® (ketoconazole) 200mg 1 viên/ngày x 10 ngày

hay Spora® 100mg 2 viên/ngày x 7 ngày

hay Triflucan® (fluconazole) 400mg liều duy nhất.

Nystatine®, griseofulvine (kể cả thuốc uống và thuốc bôi không có tác dụng trong điều trị lang ben). Lamisil® (terbinafine) uống không có tác dụng trong điều trị lang ben vì thuốc không ra mồ hôi nhưng thuốc bôi tại chỗ thì có tác dụng trong điều trị lang ben.

Nếu ít thương tổn: thoa các dẫn xuất của imidazole như Fazol®, Daktarin®, Pevaryl®, Nizoral®,... Ngoài ra, Selsun® (selenium) thoa trên da 15 phút 2 lần/tuần x 2 tuần cũng làm sạch thương tổn. Các thuốc thoa antimycose, BSI, ASA cũng có kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Domonkos. Diseases due to fungi. Diseases of the Skin 1990, p.318-50.
2. Nguyễn Văn Ứt. Bệnh vi nấm cạn. Da Liễu Thực Hành 1991 tr.159-76.

3. Saurat J.H. Dermatolngie et vénérologie 1991, p.138-49.
4. Trần Xuân Mai. Bệnh vi nấm ngoại biên. Ký sinh trùng học 1986, tr.309-11.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Đối chiếu

1. Xét nghiệm cận lâm sàng — Bệnh

a. Hình ảnh thịt trong nụ	A. Huyết trắng
b. Sợi tơ nấm có vách ngăn	B. Lang ben
c. Tế bào hạt men nảy búp	C. Nấm tóc

2.

Vi nấm	Bệnh
a. *Trichophyton concentricum*	A. Vẩy rồng
b. *Microsporum audouinii*	B. Lang ben
c. *Trichophyton schoenleini*	C. Nấm tóc
d. *Pityrosporum orbiculare*	D. Favus

3.

Bệnh	Thuốc điều trị
a. Lang ben	A. Griseofulvine
b. Đẹn miệng (tua)	B.Daktarin
c.Nấm tóc	C.Mycostatine

Chọn một câu đúng

4. Bệnh vẩy phấn nhiều màu (P. versicolor) là tên chỉ bệnh:

a. Nấm tóc — b. Nấm bẹn
c. Lang ben — d. Nấm móng

5. Candida albicans có thể là tác nhân gây bệnh:

a. Viêm kẽ — b. Chốc mép
c. Nấm móng — d. Tất cả đều đúng

6. Bệnh nhân nữ, 28 tuổi, làm ở khâu lột vỏ ở Xí nghiệp tôm đông lạnh, đến khám vì 10 ngón tay bị viêm quanh móng, móng hư từ trong. Chẩn đoán đúng nhất là:

a. Chàm móng — b. Vẩy nến móng
c. Nấm móng do Trichophyton — d. Nấm móng do Candida

7. Thuốc Griseofulvine dùng để điều trị:

a. Lang ben — b. Đẹn miệng
c. Nấm tóc — d. Tất cả đều đúng

8. Bé trai 5 tuổi, có 5 đốm rụng tóc hình tròn đường kính 3 – 4 cm, giới hạn rõ. Da đầu chỗ rụng tóc phủ vảy mịn. Chiếu đèn Wood phát huỳnh quang xanh lá cây. Chẩn đoán đúng nhất là:

a. Nấm tóc do *T. violaceum* — b. Nấm tóc do *M. audouinii*
c. Nấm tóc do *M. equinum* — d. Nấm tóc do *T. crateriform*

9. Điều trị đẹn miệng bằng:

a. Rơ miệng bằng Nystatin — b. Rơ miệng bằng glycerine boratée 10%
c. Rơ miệng bằng Daktarin — d. Tất cả đều đúng

10. Kérion de Celse gặp ở nấm tóc gây ra bởi:

a. *T. violaceum* — b. *T. concentricum*
c. *M. audouinii* — d. *M. canis*

11. Tiến triển ly tâm là đặc điểm của:

a. Nấm tóc — b. Nấm thân
c. Lang ben — d. Tất cả đều đúng

12. Bệnh nhân có viêm quanh móng, không có bột vụn dưới móng, móng hư từ trong ra. Cạo móng, xem kính hiển vi thấy:

a. Sợi tơ nấm có vách ngăn — b. Hình ảnh thịt trong nụ
c. Tế bào hạt men — d. Tất cả đều đúng

13. Nấm tóc do:

a. Epidermophyton — b. Trichophyton
c. Microsporum — d. Tất cả đều đúng — e. b và c đúng

14. Nấm móng do:

a. Trichophyton
b. Microsporum
c. Epidermophyton
d. Tất cả đều đúng
e. a và c đúng

15. Hình ảnh thịt trong nui là yếu tố cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định bệnh:

a. Nấm móng
b. Nấm tóc
c. Lang ben
d. Nấm chân

16. Huyết trắng do Candida thường gặp ở:

a. Phụ nữ bị đái đường
b. Phụ nữ bị lao
c. Phụ nữ dùng thuốc chống ung thư
d. Tất cả đều đúng

Trả lời đúng hay sai

17. Nấm tóc do Trichophyton phát huỳnh quang dưới ánh sáng Wood:

a. Đúng
b. Sai

18. Điều trị nấm móng do Trichophyton bằng pommade Nystatin:

a. Đúng
b. Sai

19. Các dẫn xuất của Imidazole điều trị được các bệnh do vi nấm sợi tơ, vi nấm hạt men, lang ben:

a. Đúng
b. Sai

20. Bệnh nhân có móng ở ngón cái dày, đục, bẩn, có tăng sừng dưới móng, móng hư từ bờ tự do. Chẩn đoán là nấm móng do Trichophyto :

a. Đúng
b. Sai

21. Điều trị lang ben bằng crème Ketoconazole:

a. Đúng
b. Sai

Đáp án

1. a-B, b-C, c-A 2. a-A, b-C, c-D, d-B 3. a-B, b-C, c-A 4.c 5.d 6. d 7. c 8.b 9. d 11.d 12.b 13.c 14.e 15.e 16.c 17.d 18.b 19.b 20.a 21.a

NHIỄM TRÙNG DA DO VI TRÙNG THƯỜNG

BS. Bùi Văn Đức

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài học này, sinh viên có khả năng

1. Trình bày được đặc điểm dịch tễ học của các bệnh nhiễm trùng da do vi trùng thường.
2. Nêu được nguyên nhân gây bệnh của chốc, viêm kẽ, viêm nang lông, nhọt và viêm quầng.
3. Mô tả được triệu chứng các bệnh nhiễm trùng da do vi trùng thường.
4. Trình bày được chẩn đoán và cách điều trị các bệnh nhiễm trùng da do vi trùng thường.
5. Nêu được cách phòng bệnh đối với các nhiễm trùng da do vi trùng thường.

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng da có thể nguyên phát, có thể thứ phát sau một bệnh da có sẵn. Nhiễm trùng có thể gây tổn thương ở nông hay sâu, hay chỉ khu trú ở một bộ phận phụ thuộc của da như nang lông, tuyến mồ hôi.

Các nhiễm trùng da do các vi trùng thường còn gọi là viêm da mủ.

Dịch tễ học: tỉ suất mới mắc (incidence) của các bệnh viêm da mủ cao nhất là vào mùa hè, vì thời tiết nóng ẩm là yếu tố thuận lợi cho sự phát sinh bệnh. Tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là liên cầu khuẩn tán huyết nhóm A, nhưng trong hơn 50% các trường hợp có sự hỗn hợp cả liên cầu khuẩn và tụ cầu khuẩn.

II. CÁC BỆNH NHIỄM TRÙNG NGOÀI NANG LÔNG

1. CHỐC

Chốc lây: *(impetigo contagiosa)*

Lâm sàng

- Là một bệnh da có thể tự tiêm nhiễm (autoinnoculable), không miễn dịch, rất lây, thường gặp ở trẻ em, nhất là ở trẻ thiếu vệ sinh, thiếu dinh dưỡng.
- Thương tổn căn bản là mụn nước, bóng nước có quầng viêm đỏ xung quanh. Mụn nước nhanh chóng trở thành mụn mủ, rồi bể và khô đi, đóng mài vàng mật ong với viền mủ rất đặc trưng. Các thương tổn có thể gom lại và tiến triển ly tâm, tạo thành những hình đa cung rất đặc trưng. Vị trí: có thể gặp ở bất cứ vùng da nào, nhưng thường ở phần hở nhiều hơn. Bệnh có thể phối hợp với viêm nang lông, nhọt, chốc mép và viêm hạch phụ cận.

Nguyên nhân

Do *Streptococcus pyogenes* (liên cầu khuẩn tán huyết nhóm A). Nhiều trường hợp do nhiễm hoặc phối hợp với nhiễm tụ cầu khuẩn vàng (*Staphylococcus aureus*).

Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định thường dễ, dựa vào thương tổn căn bản là

mụn nước, bóng nước khi bể đóng mài vàng mật ong, xảy ra ở trẻ em, diễn tiến nhanh. Tuy nhiên đôi khi cũng cần chẩn đoán phân biệt với những bệnh sau:

- Chốc hóa: là sự bội nhiễm thứ phát do cào gãi hoặc do thương tổn của bệnh da đã có từ trước, thường gặp nhất là các bệnh: chàm, ghẻ, sẩn ngứa, viêm nang lông, thủy đậu, chi rận.
- Chàm: mụn nước trên nền hồng ban, ngứa, giới hạn không rõ, không tẩm nhuận, rỉ nước, đóng mài.
- Thủy đậu (varicella): mụn nước trong, lõm ở giữa, rải rác ở da, niêm mạc, thương tổn nhiều tuổi khác nhau.
- Chốc loét (ecthyma): vết loét che bởi một mài rất dày (như vỏ sò).
- Ban giang mai dạng chốc: thương tổn tẩm nhuận, có hạch đặc trưng của giang mai, phản ứng huyết thanh dương tính.
- Bệnh Duhring: thương tổn đa dạng, hồng ban, sẩn, mề đay, mụn nước, bóng nước chủ yếu và xếp từng chùm.

Biến chứng

- Do liên cầu khuẩn: quan trọng nhất là viêm cầu thận cấp, thường xảy ra ba tuần sau khi bị chốc (thường gặp ở trẻ bị ghẻ chốc hóa hơn).
- Do tụ cầu khuẩn: quan trọng là hội chứng da phỏng do nhiễm tụ cầu khuẩn (SSSS: Staphylococcal Scalded Skin Syndrome, bệnh Ritter). Hội chứng này thường gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ còn bú, xảy ra trung bình ba ngày sau khi bị nhiễm trùng cục bộ (chốc, viêm rốn, viêm mũi họng, viêm tai).

Điều trị

- Điều trị cục bộ: ngâm rửa hoặc đắp ướt thương tổn bằng thuốc tím pha loãng 1/10.000. Khi mài mềm, gỡ ra, rửa sạch mủ đọng

bên dưới, lau khô rồi chấm dung dịch milian, eosine hoặc castellani. Dùng các mỡ kháng sinh như Fucidin®, Bactroban®, Baneocin® có kết quả khá tốt trong trường hợp thương tổn khu trú.

- Điều trị toàn thân: khi thương tổn nhiều hoặc khi điều trị cục bộ vài ngày mà bệnh chưa bớt thì cần điều trị toàn thân. Kháng sinh chọn lọc là nhóm macrolides, với liều 25 – 50mg/kg/ngày. Nếu tác nhân gây bệnh là liên cầu khuẩn thì các kháng sinh nhóm penicillin cũng có tác dụng tốt.

Phòng bệnh

+ Phòng bệnh cấp I:

- Vệ sinh thân thể hàng ngày.
- Ăn uống đủ chất dinh dưỡng và các sinh tố cần thiết

+ Phòng bệnh cấp II:

- Bệnh mới phát : điều trị sớm và đúng.

+ Phòng bệnh cấp III:

- Bệnh có biến chứng nên chuyển lên tuyến trên.

Chốc bóng nước: *(bullous impetigo)*

Còn gọi là chốc do tụ cầu, gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ còn bú. Bệnh có thể lây thành dịch, nhất là trong các nhà trẻ. Bệnh thường biểu hiện là những bóng nước chùng, tạo thành những vết trợt nông hình tròn hay đa cung.

Tác nhân gây bệnh thường là tụ cầu khuẩn nhóm I hoặc II type 71.

Điều trị và phòng bệnh: xem phần chốc lây.

2. CHỐC LOÉT: (ECTHYMA)

Thường xảy ra ở hai chi dưới, nhất là cẳng chân và lưng bàn chân. Bệnh bắt đầu với những mụn nước hoặc mụn nước - mụn mủ, rồi

thương tổn lớn hơn và đóng mài dày trong vài ngày. Khi gỡ mài sẽ thấy một vết loét nông, hình đĩa, đáy màu đỏ và bờ nhô cao. Loét có khuynh hướng lành sau vài tuần, để sẹo loạn sắc tố. Có thể kèm viêm hạch cục bộ.

Tác nhân gây bệnh là liên cầu khuẩn tán huyết bêta nhóm A. Vệ sinh, dinh dưỡng kém và chấn thương là những yếu tố thuận lợi cho bệnh xảy ra. Đôi khi bệnh tiến đến hoại thư do sức đề kháng thấp và bội nhiễm vi các vi khuẩn khác (nhất là *Pseudomonas aeruginosa*) hoặc có thể trở thành loét cẳng chân mạn tính.

Điều trị và phòng bệnh: xem phần chốc lây.

3. CHỐC MÉP: (PERLECHE)

Lâm sàng

Là viêm khóe miệng với đường nứt ngang. Thương tổn lúc đầu giới hạn không rõ, màu trắng hơi xám hoặc hồng lợt, có vẩy hoặc mài mủ ở trên, đau và ngứa thay đổi. Thương tổn thường đối xứng hai bên. Lở mép được xem như là một viêm kẽ.

Chẩn đoán phân biệt

- Chốc mép do Candida: có thể có thương tổn của nấm *Candida albicans* ở miệng hoặc ở các nếp. Cần cạo tìm nấm.
- Chốc mép do giang mai: thường ở một bên, có nhiều vết nứt hình chân chim, VDRL (+).

Nguyên nhân

Chủ yếu do nhiễm khuẩn (tụ cầu, liên cầu, trăng cầu), có thể kết hợp với nấm *C. albicans*.

Điều trị

Bôi thuốc màu hoặc mỡ kháng sinh. Nếu chậm hết, cần loại trừ nhiễm nấm và cho kháng sinh toàn thân.

4. U HẠT SINH MỦ: *(GRANULOMA PYOGENICUM)*

Còn gọi là u hạt dân mạch. Đó là một bướu nhỏ, hình cầu, màu đỏ đậm, dễ chảy máu, có thể có cuống, thường xảy ra sau một chấn thương nhỏ. Bệnh diễn tiến mạn tính, thường điều trị tốt bằng đốt điện.

5. VIÊM KẼ: *(INTERTRIGO)*

Lâm sàng

Bệnh thường gặp vào mùa nóng ẩm ở những người béo phì và trẻ còn bú.

Thương tổn căn bản là hồng ban giới hạn tương đối rõ, không tẩm nhuận, có thể nứt lỗ, rỉ dịch mủ, với triệu chứng rát bỏng và ngứa. Có thể gây chàm hóa.

Vị trí: ở những nếp da dính vào nhau, vùng sau tai, nếp cổ, nếp khuỷu, kẽ ngón tay, nếp dưới vú, bẹn, quanh hậu môn, nếp liên mông, nhượng chân, kẽ ngón chân.

Nguyên nhân

Vi trùng gây bệnh có thể là liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn, Pseudomonas, hoặc Corynebacteria, như hậu quả của sự cọ xát, sức nóng và sự ẩm ướt.

Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với viêm kẽ do vi nấm. Đôi khi phải phân biệt với bệnh viêm da tiết bã và vẩy nến nếp.

Phòng bệnh

Cấp I:

- Tránh ngâm tay chân lâu trong nước, nhất là nước không sạch.
- Giữ các kẽ tay, kẽ chân, các nếp luôn khô ráo, thoáng khí, không tự ý bôi thuốc bừa bãi.

Cấp II:

- Kháng sinh toàn thân và kháng histamin, tốt nhất là điều trị theo tác nhân gây bệnh.
- Tại chỗ: có thể làm khô da bằng thoa bột talc, hay dùng gạc để tại chỗ. Có thể thoa eosine 2% hoặc dung dịch milian.

Cấp III:

Bệnh có biến chứng hoặc không đáp ứng với điều trị, cần chuyển lên chuyên khoa da liễu tuyến trên.

III. CÁC NHIỄM TRÙNG NANG LÔNG

1. VIÊM NANG LÔNG: *(FOLLICULITIS)*

Lâm sàng

Thương tổn là những mụn mủ, sẩn hoặc sẩn-mụn mủ ở nang lông, chung quanh có quầng viêm đỏ và có thể thấy sợi lông xuyên qua. Các vị trí thường gặp là da đầu, mặt, nách, vùng mu và mặt duỗi tứ chi, nhưng bất cứ vùng có lông nào cũng có thể bị. Bệnh thường có ngứa (nhất là ở da đầu, mặt) và hay tái phát.

Dạng lâm sàng

- Viêm nang lông ở da đầu và mặt: thương tổn sẩn viêm chiếm ưu thế, khởi phát thường ở da đầu, nhất là vùng ót, sau có thể lan tới mặt, nách và vùng mu. Bệnh ngứa nhiều, dễ đưa tới biến chứng chàm hóa.
- Viêm nang lông ở tứ chi: thường gặp nhất là mặt duỗi hai cẳng chân với mụn mủ nang lông chiếm ưu thế.
- Viêm nang lông thông thường (sycosis vulgaris): xảy ra ở vùng có râu.
- Viêm nang lông mụn mủ nông hay chốc Bockhart (impetigo of

Bockhart): những mụn mủ nang lông hình vòm, màu trắng vàng, dễ bể, phát triển từng đợt và lành trong vài ngày.

Nguyên nhân

Thường do tụ cầu khuẩn vàng

Điều trị

- Nếu có biến chứng chàm hóa phải điều trị chàm trước.
- Tại chỗ thoa mỡ kháng sinh như Bactroban® (mupirocin), Banecocin® (bacitracin và neomycin), hoặc Fucidin® (acide fusidique). Ở da đầu, mặt và nách có thể thoa dung dịch lưu huỳnh 5%.
- Toàn thân: cho kháng sinh họ macrolids hoặc cho dicloxacillin (25 - 50mg/kg/ngày), chia làm bốn lần. Bactrim® cũng thường có tác dụng tốt. Cho thêm kháng histamin, các sinh tố C và nhóm B.

2. NHỌT: *(FURUNCULOSIS)*

Lâm sàng

- Nhọt (furuncle): là một tổn thương viêm sâu quanh nang lông, bắt đầu bằng một cục sưng cứng, đau, sờ nóng, sau vài ngày thường dẫn đến nung mủ với một ngòi màu vàng và hoại tử ở trung tâm.
- Nhọt cụm (carbuncle): tập trung nhiều nhọt và có thể tập hợp mủ bên dưới các nhọt nhưng các ngòi vẫn đứng riêng rẽ.
- Nhọt tái phát: có sự tái phát nhiều lần, cần phải tìm xem bệnh nhân có bị tiểu đường hoặc bị suy giảm miễn dịch không, nhất là tìm ổ chứa vi khuẩn ở da và niêm mạc.
- Vị trí: nhọt có thể gặp ở bất cứ nơi nào, nhưng thường ở da đầu, mặt, cổ và mông. Nhọt cụm thường ở gáy và lưng. Đặc biệt nhọt ở mũi và môi trên có thể gây bệnh nhiễm tụ cầu khuẩn ác tính ở mặt, có thể đưa đến tắc nghẽn xoang hang, viêm màng não rất nguy hiểm.

Nguyên nhân

Thường do tự tiêm nhiễm tụ cầu khuẩn vàng, nhất là từ các ổ mang vi trùng như mũi, các nếp nách, háng. Chấn thương, nghiện rượu, suy dinh dưỡng, tiểu đường và suy giảm miễn dịch là những yếu tố thuận lợi cho bệnh xảy ra.

Chẩn đoán

Thường dễ xác định. Tuy nhiên đôi khi cần phân biệt trong những trường hợp sau:

- Nhọt cụm cần phân biệt với bệnh than (anthrax) do *Bacillus anthracis* gây ra. Bệnh than hiếm gặp, thời kỳ ủ bệnh từ 1 – 3 ngày, thường khởi đầu bằng một sẩn. Sẩn nhanh chóng biến thành mụn mủ - mụn nước với viêm phù nề xung quanh, rồi hoại tử đen vùng trung tâm và xuất hiện thêm các mụn nước ở ngoại vi. Thương tổn thường không đau, thường kèm sốt cao và viêm hạch nung mủ.
- Nhọt ở nách và háng: phân biệt với viêm tuyến mồ hôi nhờn (hydradenitis suppurativa), với biểu hiện đặc trưng là những cục tiến triển đến nung mủ và đau, có thể tự vỡ hoặc phải rạch. Đa số các trường hợp là những thương tổn tiếp tục phát triển, cuối cùng tạo thành những xoang mủ, những đường hầm và sẹo. Điểm quan trọng để phân biệt là bệnh này thường kèm theo các côi trứng cá (comedones).

Điều trị

Tại chỗ

- Đắp gạc ướt ấm hoặc ngâm thuốc tím pha loãng với nước ấm.
- Bôi mỡ kháng sinh như Fucidin®, Bactroban®, Baneocin®.
- Không được nặn hoặc rạch sớm. Khi nhọt đã làm mủ, khu trú và mềm thì cần rạch để rửa sạch và dẫn lưu.

Toàn thân

- Cho kháng sinh như erythromycin 25 – 50mg/kg/ngày, hoặc cefpodoxime (Cepodem®) 10 – 15mg/kg/ngày chia 2 lần. Có khi phải kết hợp kháng sinh và sulfamid.

Phòng bệnh

- Cấp I: vệ sinh thân thể, tránh chấn thương (gãi, trầy xước), bớt chất ngọt, bổ sung đầy đủ chất đạm và sinh tố, nhất là sinh tố A và C.
- Cấp II: xem phần điều trị.
- Cấp III: dạng phối hợp với viêm da mủ khác, hay tái phát hoặc không đáp ứng với điều trị, cần chuyển chuyên khoa da liễu tuyến trên.

IV. VIÊM QUẦNG – VIÊM MÔ TẾ BÀO

1. VIÊM QUẦNG: *(ERYSIPELAS)*

Là một viêm mô tế bào cấp do liên cầu khuẩn tan huyết bêta nhóm A gây ra (cũng có thể do liên cầu khuẩn nhóm C hoặc G, riêng liên cầu khuẩn nhóm B có thể gây viêm quầng ở trẻ sơ sinh).

Bệnh đặc trưng bởi một mảng hồng ban phù nề, thâm nhiễm, nóng và đau, diễn tiến ly tâm với bờ ở ngoại vi nhô cao, lan rộng nhanh chóng như một vết dầu loang, thường kèm theo hạch phụ cận. Sốt cao, lạnh run, đau khớp, nhức đầu có thể xảy ra trước thương tổn da nhiều giờ. Những dạng cổ điển ở mặt hiện nay ít gặp hơn những dạng do biến chứng của vết thương và loét cẳng chân.

Điều trị bằng penicillin chích hay uống, hoặc erythromycin, hoặc cephalosporin đều có tác dụng tốt. Thời gian điều trị nên kéo dài ít nhất là 10 ngày.

2. VIÊM MÔ TẾ BÀO

Là một quá trình viêm nung mủ đặc biệt liên hệ đến mô dưới da. Biểu hiện đặc trưng là hồng ban và đau, hồng ban lan ra, sưng phù, trở nên thâm nhiễm, ấn lõm. Vùng trung tâm có thể trở thành cục và hoại tử. Sốt, lạnh run, khó chịu và viêm hạch có thể gặp.

Nguyên nhân

Thường do *Streptococcus pyogenes* hoặc *Staphylococcus aureus*. Chấn thương là một yếu tố thuận lợi.

Điều trị

- Tại chỗ: đắp gạc ướt ấm hoặc ngâm rửa thuốc tím pha loãng với nước ấm. Nếu có áp xe, cần rạch và dẫn lưu.
- Toàn thân: cho dicloxacillin hoặc cephalexin 25 – 50mg/kg/ngày (chia làm 4 lần), trong 7 – 10 ngày, hoặc cefpodoxime (Cepodem®) 10 – 15mg/kg/ngày chia 2 lần.

V. CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

- Phòng bệnh cấp I: giữ vệ sinh da sạch sẽ, tránh chấn thương da. Cần ăn uống đầy đủ, đặc biệt nhiều rau xanh, trái cây để đủ sinh tố, tránh ăn nhiều chất béo, chất ngọt.
- Phòng bệnh cấp II: khi mới bị trầy xước, nhiễm trùng: rửa sạch, bôi thuốc sát trùng (dung dịch milian, castellani hoặc mỡ Bactroban®, Fucidin®). Nếu sau vài ngày không bớt, người bệnh cần đi khám để được điều trị đúng cách.
- Phòng bệnh cấp III: khi bệnh nặng hoặc có biến chứng, cần chuyển người bệnh lên chuyên khoa da liễu tuyến trên.

VI. KẾT LUẬN

Viêm da mủ là một bệnh da rất phổ biến, thường dễ chẩn đoán và điều trị. Tuy nhiên, bệnh cần được chẩn đoán và điều trị sớm để tránh những biến chứng, đôi khi là những biến chứng nặng như nhiễm trùng huyết, viêm cầu thận cấp. Việc phòng bệnh cũng rất quan trọng vì viêm da mủ dễ xảy ra khi vệ sinh da kém và da bị trầy xước, chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Ứt & cs : Bệnh da liễu,1999.
2. Arnold H.L, Odom R.B, James W.D. Diseases of the Skin,1990.
3. Domonkos A N,Arnold H.L, Odom R.B. Diseases of the Skin,1982.
4. Ros T.H, Moflin R.L, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine,1999.
5. Saurat J.H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J.M. Dermatologie et Vénéréologie, 1999.
6. Larrigue M et coll. Dermatologie pédiatrique, 1986.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn một câu đúng

1. Tỉ suất mới mắc của các bệnh viêm da mủ do vi trùng thường cao nhất vào mùa nào?
   - a. Mùa hè
   - b. Mùa xuân
   - c. Mùa đông
   - d. Mùa thu
   - e. Mùa khô

2. Kháng sinh nào sau đây thường dùng để điều trị bệnh chốc lây ?
   - a. Erythromycine
   - b. Doxycycline
   - c. Rifampicine
   - d. Flagyl
   - e. Tetracycline

3. Những điều sau đây thuộc về phòng bệnh cấp I trong các bệnh viêm da mủ, ngoại trừ:
   - a. Tránh chấn thương da
   - b. Giữ vệ sinh da sạch sẽ
   - c. Ăn uống đầy đủ chất đạm
   - d. Ăn nhiều chất ngọt
   - e. Ăn nhiều rau xanh

4. Thương tổn căn bản trong bệnh chốc lây là mụn nước, bóng nước:
   - a. Trên nền hồng ban
   - b. Dưới thượng bì
   - c. Trên nền da bình thường
   - d. Thường ở vùng kín

Chọn một câu sai

5. Chốc mép do vi trùng thông thường:
   - a. Là viêm khóe miệng với đường nứt ngang
   - b. Thường ở một bên
   - c. Có thể được coi là một viêm kẽ
   - d. Có màu trắng hơi xám hoặc hồng lợt
   - e. Có nhiều vết nứt hình chân chim

6. Chốc loét:
   - a. Thường xảy ra ở hai chi dưới
   - b. Thường không có khuynh hướng lành
   - c. Có thể kèm viêm hạch cục bộ
   - d. Đôi khi có biến chứng hoại thư
   - e. Do liên cầu khuẩn tán huyết beta nhóm A

7. Bệnh chốc bóng nước:
   - a. Còn gọi là chốc do tụ cầu khuẩn
   - b. Có thể lây thành dịch
   - c. Gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ còn bú
   - d. Biểu hiện bằng những bóng nước chùn
   - e. Thường có đóng mài vàng mật ong rất đặc trưng

Câu hỏi đúng sai

8. Bệnh viêm kẽ thường gặp:

A. Vào mùa đông	Đúng	Sai
B. Ở những người béo phì	Đúng	Sai

9. Bệnh nhọt thường:

A. Do tự tiêm nhiễm S. pyogenes	Đúng	Sai
B. Được điều trị bằng Penicillin	Đúng	Sai

Đối chiếu cho phù hợp

10.

Bệnh	Triệu chứng
1.Thủy đậu	A. Mảng hồng ban phù nề, diễn tiến ly tâm, có bờ nhô cao ở ngoại vi
2.Viêm mô tế bào	B. Vết loét ở cẳng chân đóng mài dày
3.Viêm quầng	C. Mụn nước lõm hình rốn, nhiều tuổi khác nhau
4.Chốc loét	D. Hồng ban đau, lan ra, sưng phù, ấn lõm

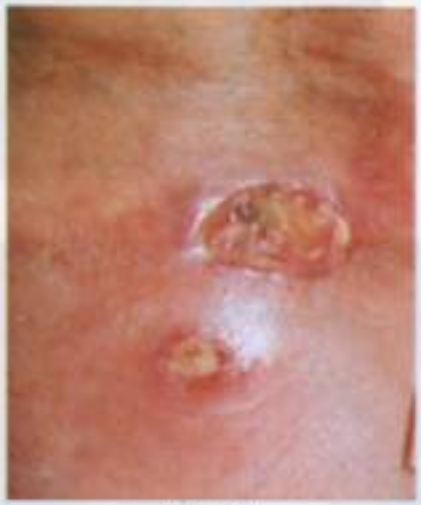
Đáp án

1.a 2.a 3.d 4.a 5.b 6.b 7.e

8.A-S, B-Đ

9.A-S, B-S

10.1-C, 2-D, 3-A, 4-B



Chốc loét

Nhọt

Chốc chàm hóa

Nhiễm trùng da do liên cầu trùng

NHIỄM TRÙNG DA DO VI TRÙNG THƯỜNG

Đầu đen

Mụn

Mụn bọc

Tai biến do corticoide

Mụn viêm

MỤN

MỤN TRỨNG CÁ

BS. Phạm Thị Tiếng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được 3 yếu tố quan trọng trong sinh bệnh học của mụn trứng cá.
2. Kể tên và mô tả 4 dạng mụn trứng cá, nhất là mụn trứng cá thông thường.
3. Trình bày các loại thuốc thoa có tác dụng chống viêm và sừng hóa phễu.
4. Kể tên 3 loại kháng sinh có tác dụng toàn thân trên mụn trứng cá và 2 loại thuốc có tác dụng trên sự tăng tiết bã.
5. Nêu 5 nguyên tắc xử lý bệnh mụn trứng cá.
6. Trình bày dịch tễ và phòng bệnh mụn trứng cá.

I. ĐẠI CƯƠNG

Mụn là một thương tổn da do sự rối loạn chức năng của bộ lông bã (thường là di truyền). Sự tiết bã nhờn đọng lại ở lỗ chân lông tạo ra mụn.

1. DỊCH TỄ HỌC

- Bệnh rất phổ biến, thường gặp ở tuổi thanh niên và người lớn trẻ.

- Tuổi: nữ: 10 – 17 tuổi, nam: 14 – 19 tuổi, có thể khởi phát 25 tuổi hoặc già hơn. Một số trường hợp nhẹ có thể xảy ra ở trẻ mới sanh, thường biến mất trong vài ngày hay vài tuần.
- Nghề nghiệp: có thể do tiếp xúc nhiều với dầu khoáng chất gây mụn.
- Thuốc: hydantoine, corticoide dạng thoa, uống hoặc chích, thuốc ngừa thai.
- Những tác nhân khác: yếu tố nội tiết, kích xúc mạnh như thi cử, lo lắng nhiều. Thức ăn: không có chứng cứ rõ ràng để kết luận các thức ăn như chocolate, sữa, mỡ, kẹo,... là nguyên nhân gây ra mụn, mặc dù có một số bệnh nhân cho rằng bệnh của họ phát triển khi dùng các thức ăn này.

2. SINH BỆNH HỌC: GỒM 3 YẾU TỐ QUAN TRỌNG:

- Rối loạn sừng hóa ống bã
- Tăng tiết bã nhờn
- Vi trùng: *Corynebacterium acne* hoặc *Propiobacterium acne*.

3. CHẨN ĐOÁN: DỰA VÀO

- Vị trí: tiết bã, thường khởi phát trên mặt; lưng, ngực, vai thì ít hơn.
- Sang thương: đa dạng gồm sẩn, mụn mủ, nốt, còi, nang, sẹo.
- Chẩn đoán phân biệt: với các bệnh da ở nang lông hay sẩn ở mặt
  + Viêm nang lông.
  + Tổn thương dạng mụn trứng cá trong bệnh giang mai II.
  + Tổn thương sẩn hay sẩn hoại tử ở mặt.
  + Mụn cóc phẳng trên mặt ở trẻ em.

II. MỤN TRỨNG CÁ THÔNG THƯỜNG: (Acné vulgaris)

Thường gặp ở tuổi dậy thì (90% trước 20 tuổi) do sự tăng androgene. Tuy nhiên, mụn có thể xảy ra ở người 20 hay 30 tuổi.

1. LÂM SÀNG

- Phát ban đa dạng bao gồm sẩn, mụn mủ, nang, nốt, sẹo.
- Vị trí: vùng tiết bã nhờn nhiều
  + Mặt: nhiều nhất ở 2 bên má
  + Mũi, trán, cằm: ít bị hơn
  + Tai: nang ở dái tai
  + Ở người nam: vai, vùng trước ngực, lưng có thể bị.
- Sang thương da: có 2 loại tổn thương: viêm và không viêm.
  + Tổn thương viêm:
    - Sẩn nhỏ có quầng viêm chung quanh
    - Nốt, cục sưng, mềm, lớn. Một vài nốt tạo thành nang ở sâu. Các cục sâu này có thể hóa mềm tạo ra áp xe, sau đó để lại sẹo, rất xấu.

• Tổn thương không viêm: mụn còi hay nhân trứng cá (comédon).

Có 2 loại:

- Nhân trứng cá mở (comédons ouverts) hay chấm đen: tương ứng với sự tích tụ chất sừng bên trong. Những điểm đen do sự hiện diện của các hạt sắc tố trên bề mặt.
- Nhân trứng cá đóng (comédons couverts) hay điểm trắng (points blans) hay microkystes: là những chấm nhỏ màu trắng ngà, dưới da, đường kính vài mm.

2. YẾU TỐ BỘC PHÁT

- Thức ăn nhiều mỡ đôi khi gây thành đợt viêm nhiễm nặng.
- Nội tiết: mụn trứng cá trước kỳ kinh thường gặp ở phụ nữ.
- Thần kinh: căng thẳng tinh thần, lo lắng quá mức,...
- Hóa chất: dầu khoáng chất, iode, brôm, corticoides.

3. DIỄN TIẾN

Có nhiều cơn bộc phát kéo dài nhiều năm. Bệnh lành tính nhưng gây sẹo mất thẩm mỹ.

III. MỘT VÀI DẠNG LÂM SÀNG KHÁC

1. MỤN TRỨNG CÁ CỤC NANG: *(ACNÉ NODULOKYSTIQUE)*

- Thường gặp ở người nam.
- Ngoài những sang thương căn bản của mụn trứng cá thông thường, còn có sang thương khác như:

+ Nang dạng biểu bì (kystes epidermoides) có nguồn gốc nang lông.

+ Cục do viêm và vỡ nang. Những cục này có thể bị áp xe hóa, tạo lỗ dò để lại sẹo cứng, co rút, lõm.

- Vị trí: mặt, cổ, vùng quanh tai, ngực.

2. MỤN TRỨNG CÁ CỤM: *(ACNÉ CONGLOBATA)*

- Là biểu hiện nặng của mụn trứng cá.
- Sang thương là những nang chứa chất nhờn, những nốt viêm kết thành nhóm, cục, áp xe tạo thành lỗ dò, loét xuất huyết. Khi lành để lại những sẹo rất xấu.
- Tổn thương có thể kết hợp với viêm hạch nước có mủ (hidroadenitis suppurativa).
- Biến chứng có thể gặp: ung thư tế bào gai, thoái hóa dạng tinh bột ở nội tạng.

3. MỤN TRỨNG CÁ DO THUỐC HAY PHÁT BAN DẠNG MỤN TRỨNG CÁ: *(ACNEIFORME ERUPTIONS)*

Lâm sàng

- Sang thương có tính đơn dạng (monomorphe): sẩn, mụn mủ.
- Khởi phát đột ngột.
- Vị trí: không bắt buộc là vị trí của mụn trứng cá thông thường.

Những thuốc có thể gây ra

- Androgenes ở người nữ
- Thuốc ngừa thai uống
- Corticoides tại chỗ hay toàn thân
- INH
- Vitamine B12
- Thuốc chống động kinh (barbituriques, hydantoine)
- Halogenes (brom, iodes)
- Một số thuốc chống trầm cảm (amineptine)
- Thuốc ức chế miễn dịch (azathioprine, cyclosporine).

4. MỤN TRỨNG CÁ ĐỎ: *(ACNÉ ROSACEA)*

- Sang thương là hồng ban, sẩn, mụn mủ, dãn mao mạch.
- Thường xảy ra ở nữ giới, tuổi trung niên. Tuy nhiên những trường hợp nặng nhất thường thấy ở nam giới.
- Vị trí: vùng giữa mặt như mũi, má. Cằm đôi khi cũng bị tổn thương.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. NGUYÊN TẮC

- Cữ ngọt
- Bớt chất béo
- Tôn trọng cấu trúc da
- Chống viêm
- Chống vi khuẩn.

2. THUỐC

Tại chỗ

✓ *Tác dụng trên tạp khuẩn và viêm nang lông:*

- Benzoyle peroxide:
  - Dạng crème, gel: nồng độ 2,5%, 5% và 10% có tác dụng diệt khuẩn, chống viêm, làm tiêu nhân trứng cá.
  - Với nồng độ 5% hay 10%: vùng thoa thuốc có thể bị khô da, đỏ da hoặc ngứa, rát.
- Erythromycine 2%:
  - Vi trùng có thể kháng với erythromycine. Trong trường hợp này, sự phối hợp thuốc erythromycine và benzoyle peroxide có thể làm giảm sự đề kháng.

- Clindamycine 1%:
  - Được xem là thuốc hiệu quả nhất trong việc tiêu diệt vi trùng *Propiobacterium acné*.
- Dung dịch lưu huỳnh 5%
- Dung dịch:

Sulfate de cuivre	0,10g
Sulfate de zinc	0,20g
Acide salicylic	4g
Alcool 60qsp	100ml

✓ *Tác dụng trên sự sừng hóa phễu:*

- Vitamin A acide (dung dịch):
  - Có tác dụng làm tiêu mụn trứng cá.
  - Ngăn ngừa sự hình thành nhân trứng cá.
  - Dạng thuốc: crème, gel, tampons: 0,025%, 0,05%.
  - Thuốc có thể gây đỏ da, kích ứng da.
  - Sự tổng hợp vitamin A acide như adapalene, tazarotene làm giảm tác dụng phụ này của thuốc.
- Peroxyde de benzoyle:
  - Có tác dụng làm tiêu sừng, chống viêm.
  - Dạng thuốc: dung dịch, gel 5% và 10%.
- Thuốc tiêu sừng khác:
  - Acide salicylique 2 – 3%.
  - Urée 10%.
  - Azelaic acide 20%.

Thuốc	Liều dùng	Tác dụng phụ
Benzoyl peroxide	Thoa 1 – 2 lần/ngày	Khô da, viêm da tiếp xúc (1-2% người dùng)
Salicylic acid	Thoa 1 – 2 lần/ngày	Khô da, kích thích da
Sulfacetamide-sulfur	Thoa 1 – 2 lần/ngày	
Azelaic acid	Thoa 1 – 2 lần/ngày	Khô da, giảm sắc tố
Tretinoin	Thoa lượng nhỏ 1 lần/ ngày trước khi ngủ	Kích thích da, nhạy cảm ánh sáng, nặng thêm mụn lúc khởi đầu điều trị
Adapalene	Thoa lượng nhỏ 1 lần/ ngày vào buổi tối	Kích thích da, nhạy cảm ánh sáng, nặng thêm mụn lúc khởi đầu điều trị
Tazarotene	Thoa lượng nhỏ 1 lần/ ngày vào buổi tối	Kích thích da, nhạy cảm ánh sáng, nặng thêm mụn lúc khởi đầu điều trị
Clindamycin	Thoa 1 – 2 lần/ngày	Khô da, viêm đại tràng giả mạc (rất hiếm)
Erythromycin	Thoa 1 – 2 lần/ngày	Khô da
Tetracycline	Thoa 1 – 2 lần/ngày	Nhuộm màu da và quần áo, phát quang dưới tia cực tím
Benzoyl peroxide erythromycin	Thoa 1 – 2 lần/ngày	Kích thích da

Bảng 1: *Thuốc bôi tại chỗ trong điều trị mụn trứng cá*

Toàn thân

✓ *Tác dụng trên tạp khuẩn và viêm nang lông:*

- Tetracycline (chlorhydrate de tetracycline):
  - Liều khởi đầu: 250mg x 3 – 4 lần/ngày hoặc hơn (tùy theo tình trạng bệnh).
  - Liều giảm dần: khi có đáp ứng lâm sàng.
  - Uống thuốc lúc dạ dày không có thức ăn (1/2 giờ trước khi ăn).
- Cyclines thế hệ thứ 2: doxycycline, minocycline
  - Thuốc có hiệu quả nhưng điều trị kéo dài thì ít dung nạp, nhạy cảm ánh sáng.
  - Ngoài ra, thuốc minocycline mắc tiền, có thể tạo ra sắc tố đen, xanh ở sẹo hoặc nơi khác hoặc viêm gan tự miễn, lupus đỏ hệ thống. Tuy nhiên, những tác dụng phụ này ngày nay rất hiếm.
- Erythromycine:
  - Thuốc dùng cho phụ nữ có thai, cho con bú, trẻ em dưới 8 tuổi.
  - Liều lượng 1 – 1,5g/ngày.
  - Tác dụng phụ: rối loạn tiêu hóa và máu.
- Clindamycine:
  - Thuốc này có thể gây viêm ruột màng giả.
- Acid retinoique 13-cis: (isotretinoin)
  - Dùng trong những thể nặng.
  - Tác dụng phụ: da, môi, mũi, mắt khô: 80% bệnh nhân.
  - Kiểm tra cholesterol, triglyceride, chức năng gan, thận trước điều trị 3 tuần, 6 tuần và khi kết thúc điều trị.
- DDS

✓ *Nhóm tác dụng trên tăng tiết bã nhờn:*

- Oestrogene: dùng cho người tăng tiết bã nhờn nhiều
  - Ethinyl oestradiol 50 – 70mg.
  - Kháng androgen: acetate de cyproterone. Thuốc ngừa thai Diane® (35mg ethinyl oestradiol + 2mg acetate de cyproterone). Cyproterone ngăn chặn thụ thể androgen.
- Acide Retinoique 13-cis:
  - Điều trị mụn trứng cá nặng, tăng tiết bã nhiều.
  - Liều tấn công: 0,5mg/kg/ngày. Thời gian tùy theo sự dung nạp của thuốc.
  - Liều duy trì: 0,2 – 0,3mg/kg/ngày dùng trong nhiều ngày.
- Spironolactone:
  - Ngăn chặn thụ thể androgen, làm giảm sản xuất chất bã. Do đó làm giảm mụn. Tác dụng phụ: nhức đầu, mệt mỏi, tăng kali/huyết, kinh nguyệt không đều.
  - Liều tấn công: 200mg/ngày (tùy theo sự dung nạp)
  - Liều duy trì: 50 – 175mg/ngày

THUỐC CÓ TÁC DỤNG TOÀN THÂN TRÊN MỤN TRỨNG CÁ

Tác dụng trên tạp khuẩn và viêm nang lông

- Tetracycline	- Doxycycline
- Minocycline	- Clindamycine
- Erythromycine	- Acide retinoique
- DDS	

Tác dụng trên sự tăng tiết bã

- Oestrogene: Ethinyl oestradiol, Acetate de cyprotérone	
- Acide retinoique	- Spironolactone

Bảng 2: *Thuốc uống trong điều trị mụn trứng cá*

V. PHÒNG BỆNH

1. CẤP 1

- Tránh dùng thuốc thoa corticoide lên mặt.
- Rửa mặt thật sạch sau khi dùng mỹ phẩm hoặc tiếp xúc chất dầu khoáng chất gây mụn.

2. CẤP 2

- Tránh nặn mụn để tránh biến chứng sẹo teo.
- Tránh dùng thuốc uống, thuốc thoa có corticoides.
- Sử dụng kháng sinh thích hợp.
- Sử dụng thuốc thoa thích hợp với các giai đoạn của bệnh.

3. CẤP 3

Bệnh nặng, điều trị không hết, có biến chứng bội nhiễm nặng: chuyển lên bệnh viện Da Liễu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Dermatology in General Medicine 1990, p.769-80.
2. Domonkos A. Diseases of the skin 1990, p.250-67.
3. Nguyễn Văn Ủi. Mụn trứng cá. Y Dược Học tháng 3/1993.
4. Saurat J.H. Dermatologie et Venereologie 1991, p.839-46.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn câu đúng

1. Tác nhân gây bệnh mụn trứng cá là:

   a. *Corynebacterium diptherie* b. *Staphylococcus aureus*

c. *Propiobacterium acnes* d. *Hemophilus influenza*
e. *Streptococcus hemolitique nhóm*

2. Đặc tính của mụn trứng cá thông thường là:
a. Mụn mủ trên mặt b. Còi đen trên vùng tiết bã
c. Vị trí trên mặt d. Sang thương đa dạng trên vùng tiết bã
e. Sang thương đơn dạng trên vùng tiết bã

3. Nhân trứng cá đóng hay mở trong mụn trứng cá là loại sang thương:
a. Nốt sâu, viêm nhiễm nặng b. Nang chứa chất nhờn
c. Sang thương viêm d. Sang thương không viêm
e. Để lại sẹo teo khi hết bệnh

4. Thuốc nào thường là nguyên nhân gây ra phát ban dạng mụn trứng cá nhiều nhất:
a. Vitamin B12 b. INH
c. Thuốc ngừa thai d. Corticoides
e. Iod

5. Đặc tính nào sau đây là của phát ban dạng mụn trứng cá do thuốc:
a. Chỉ xảy ra ở vùng tiết bã
b.Tổn thương đa dạng như mụn trứng cá thông thường
c. Khởi phát đột ngột
d. A,C đúng
e. A,B,C đúng

6. Mụn trứng cá thông thường thường gặp ở tuổi dậy thì là do:
a. Nhu cầu chuyển hóa tăng
b.Tiếp xúc nhiều mầm vi trùng hơn trẻ em
c. Do tăng Androgene
d. Do hút thuốc lá nhiều
e. Không câu nào đúng

7. Tổn thương dạng mụn trứng cá có thể gặp trong:
a. Bệnh bóng nước b. Bệnh giang mai II
c. Bệnh vẩy nến c. Bệnh lupus đỏ
e. Bệnh ghẻ

8. Thuốc nào sau đây được chọn để điều trị sừng hóa trong bệnh mụn trứng cá:
a. Erythromycine b. Dung dịch lưu huỳnh
c. Vitamin A acide d. Clindamycine
e. Tất cả cả loại thuốc trên

9. Để giảm tác dụng phụ của các thuốc thoa Vitamin A acide trong sừng hóa phễu, ta có thể điều trị bằng:
a. Erythromycine b. Clindamycine
c. Dung dịch lưu huỳnh d. Adapalene
e. Tất cả các thuốc trên

Chọn câu sai

10. Trong nguyên tắc điều trị bệnh mụn:
a. Bớt chất béo b. Cũ ngọt
c. Chống viêm d. Chống vi khuẩn
e. Hút mủ để rút ngắn thời gian điều trị

11. Yếu tố bộc phát bệnh mụn trứng cá có:
a. Lo lắng, căng thẳng b. Nội tiết
c. Tạp khuẩn c. Hóa học
e. Thức ăn nhiều đạm

Điền vào chỗ trống

12. Đặc tính của sang thương trong dạng..... là dãn mạch, vị trí giữa mặt.
13. Sự bộc phát đột ngột của bệnh mụn thường gặp trong.....

Đối chiếu

14.

A. Mụn trứng cá thường	a. Phát ban đơn dạng
B. Phát ban do thuốc	b. Dãn mạch,vị trí giữa mặt
C. Mụn trứng cá đỏ	c. Sẹo lõm,cầu sẹo
D. Mụn trứng cá cụm	d. Phát ban đa dạng

Đáp án

1.c 2.d 3.d 4.d 5.c 6.c 7.b 8.c 9.d

10.e 11.e 12. mụn trứng cá đỏ

13. phát ban dạng do thuốc 14. A-d, B-a, C-b, D-e

BỆNH LAO DA

BS. Võ Thị Bạch Sương

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài này, sinh viên có khả năng:

1. Mô tả được đặc điểm lâm sàng của các dạng bệnh thường gặp.
2. Kể được các xét nghiệm lâm sàng cần thiết để chẩn đoán bệnh lao da.
3. Nêu được các thuốc điều trị lao da.

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao da là bệnh gây ra do vi khuẩn lao *Mycobacterium tuberculosis*.

Từ sau thế kỷ 18, bệnh lao da mới được các bác sĩ lâm sàng chú ý đến. Trong thời kỳ này, dạng lupus lao được mô tả đầu tiên. Năm 1882, Robert Koch tìm ra được tác nhân gây bệnh lao chung. Sau đó một năm (1883), người ta đã phân lập được BK trên mẫu mô của lupus lao và đến năm 1886 thì một dạng thường gặp của lao da là lao cóc đã được phát hiện.

Trong thời gian gần đây, bệnh có phần gia tăng tại bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh.

II. PHÂN LOẠI BỆNH LAO DA - ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Có nhiều phân loại dựa vào đặc điểm miễn dịch học, tính khu trú hoặc lan rộng của sang thương. Ví dụ như lao nguyên phát và thứ phát, lao da thực sự và ban lao, lao da khu trú và toàn thể.

A. CÁC DẠNG LAO DA KHU TRÚ

1. Sẩng lao *(phức hợp lao nguyên thủy, primary inoculation tuberculosis, tuberculous chancre, primary tuberculous complex)*

- Hiếm gặp, bao gồm phản ứng da tại chỗ tiêm chủng trực khuẩn lao kết hợp với phản ứng tại chỗ của hạch bạch huyết. Bệnh thường xảy ra ở trẻ em, dù rằng có thể gặp ở người lớn có thử nghiệm tuberculin âm tính.
- Bệnh thường ở mặt và đặc biệt là ở chi, nơi dễ bị va chạm, chấn thương (kim không vô trùng, vết xâm, xỏ lỗ tai). Các sang thương trong miệng có thể thứ phát do uống sữa không vô trùng làm lây nhiễm *M. bovis*.
- Các sang thương niêm mạc sinh dục thường liên quan đến nghi lễ cắt bì hoặc quan hệ tình dục với đối tượng lao niệu – sinh dục. Tổn thương niêm mạc chiếm 1/3 bệnh nhân.
- Khởi đầu là một sẩn nâu đỏ phát triển thành nốt hoặc mảng và đưa đến loét không đau có kích thước 0,5 cm đường kính hoặc hơn.

Lao cóc

- Diễn tiến: thường lành trong vài tuần nhưng phì đại hạch có thể kéo dài lâu hơn, thậm chí có khi phải cắt bỏ.
- Chẩn đoán phân biệt với nấm sâu, giang mai, u hạt sinh mủ, tularemia, mycobactéries atypiques hoặc bệnh leishmanies.

2. Lupus lao *(lupus vulgaris – lupus tuberculeux)*

- Đây là dạng lao da thường gặp ở xứ ôn đới. Khoảng 40 năm gần đây, bệnh trở nên ít gặp.
- Sang thương cơ bản là những nốt có màu vàng nâu và trong suốt. Khi sờ thì thấy mật độ mềm, khi đâm kim vào tạo cảm giác đâm vào miếng phô mát. Sang thương với đặc điểm trên trong sách vở kinh điển gọi là những lupome. Các lupome sắp xếp với nhau thành đám, có giới hạn rõ, phẳng hoặc hơi lồi, màu đỏ tím, tẩm nhuận, sang thương tiến triển chậm và có khuynh hướng diễn tiến ly tâm.

Lupus Lao

- Trước đây khi chưa có thuốc kháng lao, lupus lao có thể để lại các di chứng nặng nề: dị dạng (tạo hình mũi kèt) và ung thư hóa.
- Vị trí: 4/5 trường hợp là ở mặt, tứ chi và mông ít gặp hơn.
- Hạch phụ thuộc có thể phì đại.

- Chẩn đoán xác định có thể dựa vào hình ảnh lâm sàng với các lupome, giới hạn rõ với màu tím tẩm nhuận, vị trí đặc biệt và tiến triển ly tâm. Cận lâm sàng không giúp được nhiều.
- Về vị trí, bệnh cần chẩn đoán phân biệt với trứng cá đỏ, trứng cá thông thường. Ngoài ra có thể nhầm lẫn với sarcoidose.

3. Lao cóc *(tuberculose verruqueuse)*

- Đây là dạng thường gặp ở các xứ nhiệt đới, ở nơi vệ sinh lao động kém, các chấn thương trở thành ngõ vào của các vi khuẩn lao. Ở các nước phát triển, lao cóc có thể là do tai biến nghề nghiệp của bác sĩ, nhân viên thú y, người bán thịt.
- Sang thương căn bản là các sẩn sừng, rất giống mụn cóc, tập hợp thành đám, có giới hạn rõ, màu tím, tẩm nhuận. Sang thương tiến triển chậm, có diễn biến ly tâm: vùng trong cùng thường lành sẹo hơi lõm xuống, vùng giữa nhô cao hơn, có thể thấy những ổ loét nhỏ đóng mài và vẩy, ngoài cùng là một vùng viêm tấy, có màu đỏ tím tẩm nhuận.
- Vị trí: lưng bàn tay, ngón tay, đầu gối, mông.
- Hạch phụ thuộc thường phì đại.
- Cần phân biệt viêm da mủ sùi, bệnh u hạt trực khuẩn được gây ra do một loại trực khuẩn lao không điển hình là *M. mariuum* hoặc hiếm hơn với những trường hợp chromoblastomycose, blastomycose.

4. Gôm lao *(scrofuloderme)*

- Thường xảy đến ở vị trí cạnh hạch gần xương hoặc các khớp của xương. Khởi đầu là một vài cục, cứng, không đau, di động được, kích thước từ hạt đậu đến ngón cái, sau đó lớn dần, mềm đi và dính vào mặt da bên trên làm cho da bên trên có màu đỏ tím, tẩm nhuận. Thương tổn tiến dần đến loét: đáy dơ, bờ tróc có mủ và mô hạt. Trường hợp ở sâu, gôm có thể mở ra da bằng một lỗ dò thay vì cho loét.
- Cần phải phân biệt với các bệnh cũng có thương tổn gôm như giang mai, nấm sâu (sporotrichose, blastomycose, actinomycose).

Gomme lao

5. Lao da quanh lỗ tự nhiên
(tuberculose orificielle)

- Dạng lao da khu trú này xảy đến ở rìa niêm mạc mũi, miệng, hậu môn, ống tiểu, âm đạo. Thường xảy ra ở những người trẻ có lao nội tạng nghiêm trọng, đặc biệt ở thanh quản, vòm hầu, phổi, ruột, niệu sinh dục.
- Sang thương là vết loét nhanh, kích thước 1 – 2cm, bờ không đều và viêm đau.
- Chẩn đoán phân biệt với gôm giang mai, carcinome dạng loét.

B. CÁC DẠNG TOÀN THỂ CỦA LAO DA

1. Lao da dạng kê

- Hiếm gặp, xuất hiện phát ban toàn thể cấp tính là các sẩn đỏ hơi nâu trở thành hoại tử và có thể loét. Những vết tấy này nhỏ, tròn, bờ đỏ dơ, đáy có mô hạt và xuất tiết mủ thanh dịch.
- Trực khuẩn lao có thể được xác nhận trên các sang thương này.

- Phát ban này thường xảy đến trẻ em vừa bị bệnh nặng xong với tình trạng suy sụp miễn dịch.

2. Ban lao sẩn hoại tử

- Phát ban là các sẩn bì nhanh chóng mủ hóa, hoại tử với sẹo lõm dạng thủy đậu thường đối xứng, hay xuất hiện ở mặt duỗi của chi đặc biệt ở đầu gối, cùi chỏ, lưng bàn tay, bàn chân. Cũng có thể ở mặt và thân của các đối tượng thiếu niên và người lớn còn trẻ có tình trạng lao mãn tính ở đâu đó.
- Các sẩn mụn mủ này có kích thước thay đổi từ đầu kim đến hạt đậu, có màu tím, bóng.

3. Hồng ban cứng Bazin

- Sang thương na ná ban lao sẩn hoại tử nhưng lớn hơn, cứng, đối xứng, thường xảy ra ở các phụ nữ trẻ có lao và chứng xanh tím đầu chi. Các cục thường sâu, tồn tại từ 3 – 4 tháng, khó lành và tái phát lại. Cục sẫm màu hoặc hơi xanh, khi sờ thấy trung tâm mềm và chỗ này thường diễn tiến đến loét. Thường gặp ở chi dưới, ở cánh tay hoặc bất cứ vị trí nào.
- Người ta đặt giả thuyết cơ chế sinh bệnh của hồng ban cứng tương tự như ban lao sẩn hoại tử nhưng nó xảy ra đến ở các mạch máu lớn hơn.
- Bệnh được phân biệt với hồng ban nút, viêm mạch dạng nốt, ban giang mai dạng gôm và các sang thương nốt khác như ban iod và brom.

4. Lichen scrofulosorum

- Hiếm gặp, sang thương là các sẩn dạng lichen tạo thành mảng xung quanh nang lông màu vàng hoặc nâu đỏ, không đau, không ngứa.

- Như một quy luật, bệnh thường xảy đến ở các trẻ có lao xương hoặc lao hạch.

III. MÔ HỌC

- Khảo sát mô học cho thấy ở các tổ chức lao da thường có hình ảnh nang với các sợi tơ, sự hóa vôi và chỉ thỉnh thoảng có hoại tử bã đậu.
- Hoại tử bã đậu thường nổi bật trong phức hợp tiêm nhiễm nguyên thủy và gôm lao, trung bình trong lao cóc, chiếm 50% trong hồng ban cứng. Hoại tử bã đậu có giá trị chẩn đoán cao, nhưng hiện nay ít gặp.
- Các nang lao cấu tạo chính với các tế bào dạng biểu mô dù rằng tế bào khổng lồ và lymphocyte cũng thường có mặt.
- Đa số tổn thương mô học tại bệnh viện Da Liễu TP.HCM thường là hình ảnh sẹo, với các tế bào biểu mô và lympho bào. Thỉnh thoảng mới thấy có mặt của đại bào Langhans.

Mô học lao da

IV. CÁC DẠNG LÂM SÀNG CỦA BỆNH LAO DA

Dạng lâm sàng		Đường lây truyền	Hình ảnh lâm sàng chủ yếu	Xét nghiệm	Mô học
Sẩng lao	N	Nhiễm tại chỗ	Loét, không đau	BK/cấy (+) IDR (+)	Viêm với hình ảnh u hạt có hoại tử bã đậu
Lupus lao	N T	Lan tỏa trực tiếp hoặc máu/ lympho	Mảng giới hạn ngoằn ngoèo, diễn tiến ly tâm, màu vàng tím, có vẩy và teo da, "lupome"	BK (-) IDR (+) Cấy/PCR (+/-)	Thượng bì tăng sản, có hình ảnh u hạt ở lớp bì
Lao cóc	N *	Tự tiêm nhiễm	Mảng tăng sừng, bờ không đều, có sẹo teo, vị trí thường ở chi	BK/cấy (+/-) IDR (+)	Tăng sừng, tăng gai, u hạt ở lớp bì
Lao hạch	T	Lan tỏa từ ổ lao kế cận	Nốt nâu đỏ tím, đau, di động sau đódính sâu ở mô dưới da và mảng mủ	BK/ cấy (+) IDR (+)	Bờ rõ, u hạt với hoại tử bã đậu, xơ hoá
Gôm lao	T	Lan tỏa theo đường máu	Nốt dưới da mềm, màu đỏ tím, tự loét	BK/cấy (+) IDR (+)	Áp xe với hoại tử bã đậu xơ hóa, u hạt viêm
Lao kê	N T	Lan tỏa theo đường máu	Sẩn lan tỏa, mụn nước và mài	BK/cấy (+) IDR (-)	Phá hủy mạch máu, thâm nhiễm viêm
Lao quanh lỗ thiên nhiên	T	Tự tiêm nhiễm từ một ổ lao nguyên phát	Nốt rời sau đó loét đau. Áp xe lỗ dò	BK/cấy (+) IDR (-)	Viêm ít đặc hiệu, ít khi có u hạt

Hồng ban cứng Bazin	BL	Trên cơ địa lao mãn tính	Nốt dưới da, lạnh, đỏ, xanh, đôi khi loét ở chi dưới	BK/cấy (-) IDR/PCR +/-	U hạt viêm ở hạ bì
Hồng ban nút	BL	Trên cơ địa lao mãn tính	Nốt đen	BK/cấy (-) IDR (+)	Viêm hạ bì lao
Ban lao sẩn hoại tử	BL	Trên cơ địa lao mãn tính	Sẩn ở lớp bì tiến đến mụn mủ hoại tử với sẹo teo dạng thủy đậu	BK/cấy (-) IDR/PCR +/-	Viêm mạch, hoại tử bì-thượng bì
Lichen scrofulo sorum	BL	Phối hợp lao hạch hoặc lao xương	Nhóm sẩn dạng lichen, quanh chân lông, màu vàng hoặc đỏ nâu	BK/cấy (-) IDR (+)	U hạt nông quanh lỗ chân lông

Ghi chú
- N: nguyên phát
- T: thứ phát
- BL: ban lao

* tại Việt Nam thường là nguyên phát trong lúc tại nước ngoài là thứ phát.

V. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng là chính với các đặc điểm sau:

- Đa phần có màu đỏ tím, tẩm nhuận
- Tiến triển ly tâm
- Diễn biến chậm
- Và tùy từng dạng lâm sàng sẽ có các hình ảnh riêng.

Sự bổ sung của các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết như:

- Cấy khuẩn có sự hiện diện của trực khuẩn ăn màu Ziehl. Cũng như các dạng lao ngoài phổi khác, việc tìm kiếm này rất khó khăn đối với lao da.

- Phản ứng lao tố dương tính (IDR).
- Phản ứng PCR dương tính.
- Giải phẫu bệnh lý có hình ảnh nang lao với hình ảnh bã đậu.

Chẩn đoán phân biệt: tùy dạng lâm sàng.

VI. ĐIỀU TRỊ

Điều trị lao là điều trị lâu dài, trung bình 9 tháng.

1. Tại chỗ

- Ngâm đắp thương tổn với thuốc tím pha loãng 1/10.000 hoặc eau Dakin: đặc biệt cần thiết cho các dạng loét, hồng ban cứng Bazin.
- Đốt điện, cắt bỏ có thể dùng cho lao cóc, lupus lao.

2. Toàn thân

Áp dụng điều trị đặc hiệu với các phác đồ đa hóa trị.

Rifampicine (R) 10-20mg/kg/ngày

Isoniazide (I) 5-10mg/kg/ngày

Pyrazinamide (Z) 15-30mg/kg/ngày

Ethambutol (E) 15-25mg/kg/ngày

- Thường sử dụng: R + H + P + E trong 2 – 3 tháng đầu. Sau đó chỉ còn H + E + P trong 6 tháng.
- Trong lịch sử, một số dạng lao da nhất định như lupus lao, hồng ban cứng Bazin được điều trị đơn độc với isoniazide vẫn mang lại thành công.
- DDS (Dapsone, Disulone): thuốc chủ yếu trong công cuộc phòng chống phong cũng được dùng để trị lao với da liều 100mg/ngày cho người lớn.

VII. CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

- Giữ vệ sinh da sạch sẽ.
- Tránh chấn thương da.
- Khi mới trầy xước, nhiễm trùng rửa sạch chỗ bệnh và bôi thuốc sát trùng.
- Khi phát hiện có tổn thương trên da, nên đi điều trị sớm.
- Không nên tự điều trị bằng corticoide hoặc dùng nhiều loại kháng sinh bao vây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arnel, Harry L. Andrew's Diseases of the skin, 8th edition, W.B Saunders company, 1990, p.371-85.
2. Pechère M. Tuberculose et mycobacterrioses atypiques. En Dermatologie et Maladies Sexuellement transmissibles, Saurat J.H, 3 edition, 1999, p.375-85.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Đối chiếu (chỉ có 1 cách chọn tương ứng)

1.

Thuốc điều trị	Bệnh
a. Péniciline	A. Ghẻ cóc
b. DDS	B. Pemphigus
c. Corticoid	C. Hồng ban cứng Bazin
d. Nystatin	D. Đẹn

Chọn câu đúng

2. Bệnh lupus lao – tên gọi như vậy vì giống lupus đó ở các điểm sau:

a. Là sự tổn thương lan rộng, đa cơ quan

b. Có hình cánh bướm

c. Vị trí ở mặt

d. Ra nắng sẽ làm bệnh nặng hơn

c. Vị trí ở mặt

d. Ra nắng sẽ làm bệnh nặng hơn

3. Bệnh sau đây sẽ được phân biệt với Scrofuloderme:

a. Sporotrichose b. Loét chân vùng nhiệt đới

c. Viêm quầng d. Xơ cứng bì

4. Thuốc sau đây không dùng điều trị lao da:

a. Ethionamide b Lamprene

c. DDS d. Etretinate

5. Tên bệnh nào dưới đây không phải là một trong những dạng lao da:

a. Lichen amyloide b. Lichen scrofulosorum

c. Hồng ban cứng Bazin

6. Đặc điểm màu đỏ tím, tẩm nhuận với diễn biến ly tâm là của:

a. Giang mai b. Sarcoidose

c. Lao cóc d. Nấm bẹn

7. Bệnh nào sau đây có nguyên nhân là lao:

a. Trĩ b. Mạch lươn

c. Hồng ban nút d. Lichen scrofulosorum

Trả lời đúng-sai

8. Lao da không bao giờ có tổn thương niêm mạc miệng:

a. Đúng b. Sai

9. Không thể dùng phẫu thuật cắt bỏ với tổn thương lao cóc:

a. Đúng b. Sai

Đáp án

1.a-A, b-C, c-B, d-D

2.c 3.a 4.d 5.b 6.c 7.a 8.b 9.b

Gomme lao

Lao cóc

Lao cóc

Lao cóc

LAO DA

Herpes

Zona

Sẹo zona

Zona

ZONA HERPES

HERPES SIMPLEX

BS. Võ Quang Bình

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài này, sinh viên có khả năng:

1. Kể được các yếu tố thuận lợi gây tái phát bệnh.
2. Trình bày được biểu hiện lâm sàng của herpes nguyên phát ở môi và sinh dục.
3. Trình bày được biểu hiện lâm sàng của herpes tái phát.
4. Trình bày được mục đích và nguyên tắc điều trị.

I. ĐẠI CƯƠNG

Herpes là bệnh thường gặp do nhiễm siêu vi gây tổn thương da, niêm mạc, hiếm hơn là nội tạng và rất hay tái phát.

Tác nhân gây bệnh là do Herpes Simplex Virus (HSV), có nhân DNA và kích thước từ 150 – 200nm. Có 2 loại HSV gây bệnh thường gặp: HSV-1 và HSV-2, khác nhau về cấu trúc và dịch tễ học.

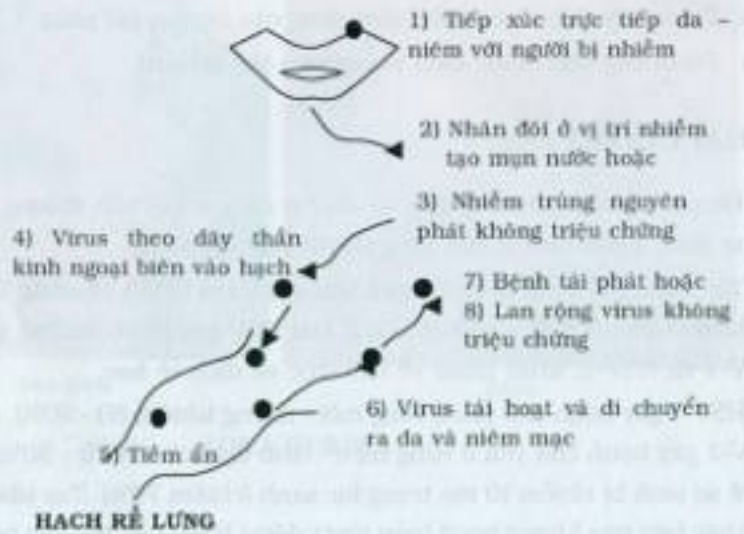
HSV-1 gây bệnh chủ yếu ở vùng môi - miệng (chiếm 80 - 90%), còn HSV-2 gây bệnh chủ yếu ở vùng niệu - sinh dục (chiếm 70 - 90%) và ở trẻ sơ sinh bị nhiễm từ mẹ trong lúc sanh (chiếm 70%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không hoàn toàn tuyệt đối vì HSV-1 có thể gây bệnh ở vùng sinh dục (10 - 20%) và trẻ sơ sinh (30%), ngược lại HSV-2 có

thể gây bệnh vùng môi - miệng (10 - 30%).

Bệnh lây qua tiếp xúc trực tiếp da - da, da - niêm mạc và niêm mạc - da.

Yếu tố thuận lợi gây tái phát: khoảng 1/3 bệnh nhân bị herpes môi tái phát 1 lần và trong số đó có khoảng 1/2 bệnh nhân có ít nhất 2 lần tái phát trong 1 năm. Các yếu tố thuận lợi thường là: kích thích da niêm (tia UV), rối loạn hormone (kinh nguyệt), stress về tâm lý và thể chất, nhiễm trùng toàn thân, giao hợp, vị trí nhiễm (herpes sinh dục thường hay tái phát hơn herpes môi), thuốc, thức ăn và tất cả các trường hợp hợp gây thay đổi tình trạng miễn dịch của cơ thể (nhiễm HIV, bệnh ác tính, ghép cơ quan, hóa trị, dùng corticoide toàn thân kéo dài, thuốc ức chế miễn dịch, xạ trị).

II. SINH BỆNH HỌC



III. LÂM SÀNG

NGUYÊN PHÁT

1. Viêm miệng – lợi cấp tính

- Thường xảy ra ở trẻ nhỏ từ 6 tháng – 3 tuổi.
- Thời gian ủ bệnh từ 3 – 6 ngày.
- Dấu hiệu toàn thân với sốt cao 39°C, mệt mỏi, đau nhức, khó nuốt, tăng tiết nước bọt.
- Khám thấy: lợi sưng to và chảy máu, những vết trợt màu xám có viền đỏ, tập hợp thành hình đa cung. Đôi khi thấy những mụn nước mọc thành chùm hoặc đóng mài ở môi. Hạch vùng to và đau.
- Bệnh thường lành tự nhiên sau 10 – 15 ngày.
- Chẩn đoán phân biệt với aphte, nhiễm candida miệng, hội chứng Stevens – Johnson.

2. Herpes sinh dục

- Đa số ở phụ nữ trẻ với triệu chứng thường rất dữ dội. Biểu hiện là một tình trạng viêm âm đạo – âm hộ cấp tính rất đau, kèm sốt cao và suy kiệt.
- Khởi đầu thường có cảm giác khó chịu (ngứa, rát, đau) ở vùng sắp nổi sang thương. Sau 6 – 8 giờ bắt đầu xuất hiện hồng ban rồi mụn nước. Mụn nước

Herpes sinh dục

sắp xếp thành chùm và nhanh chóng vỡ, để lại những vết trợt tròn hoặc đa cung. Ở nữ, vị trí thường gặp ở niêm mạc âm đạo, âm hộ. Cổ tử cung có thể sưng đỏ, tiết dịch trong, hiếm khi có máu và mủ. Ở nam thường gặp ở bao dương vật, rãnh qui đầu. Thường có hạch vùng to và đau đi kèm. Bệnh thường lành tự nhiên sau 2 – 3 tuần.

3. Dạng khác

- *Da đơn thuần:* thường kín đáo, nhận biết được nhờ vào đặc tính tái phát, đôi khi biểu hiện theo rễ thần kinh giống zona. Ở người lớn, đôi khi do nghề nghiệp (bác sĩ, nha sĩ, y tá) với biểu hiện giống viêm quanh móng do nhiễm trùng.
- *Mắt:* với viêm kết – giác mạc cấp tính một bên.

4. Dạng nặng

- *Ở người suy giảm miễn dịch:* tổn thương da niêm lan tỏa, hoại tử và kèm tổn thương nội tạng như viêm gan tối cấp, viêm não – màng não,...
- *Ở người cơ địa dị ứng:* có sự khiếm khuyết miễn dịch tế bào do đó rất dễ nhiễm siêu vi, đặc biệt HSV. Bệnh nhân biểu hiện viêm miệng-lợi dữ dội và hiếm hơn là bệnh mụn mủ dạng đậu mùa của Kaposi-Juliusberg do nhiễm HSV ở trẻ nhỏ hoặc người trẻ bị chàm thể tạng.
- *Ở trẻ sơ sinh:* herpes rất hiếm gặp (1/3.000 – 5.000) nhưng nặng. Trẻ nhiễm virus từ mẹ bị herpes qua đường tử cung và lúc sanh (80%). Có 2 dạng tổn thương:
  + Dạng lan tỏa (10%): tổn thương đa cơ quan như gan, thận, tuyến thượng thận, phổi và đi kèm viêm não trong 1/2 trường hợp. Thường không có tổn thương da (50 – 80%) và > 80% tử vong nếu không điều trị.

  + Dạng tổn thương thần kinh (viêm não – màng não), mắt và da niêm.

TÁI PHÁT

1. Dạng cơ bản

Herpes môi

- Đây là dạng thường gặp tại bệnh viện da liễu. Thường bệnh khởi phát sau một số yếu tố thuận lợi đã nêu trên.
- Khởi đầu bệnh nhân thường có cảm giác đau rát, kim châm, ngứa ở vùng sắp nổi hồng ban. Vài giờ sau giai đoạn hồng ban, bắt đầu xuất hiện những mụn nước nhỏ, mọc thành chùm, tạo thành bóng nước. Các mụn nước nhanh chóng vỡ ra để lại vết trợt và đóng mài trong vài ngày. Bệnh thường lành tự nhiên sau 1 – 2 tuần.
- Dấu hiệu toàn thân đi kèm thường không có hoặc nhẹ.

2. Dạng theo định khu

- Herpes môi, herpes mũi, viêm miệng herpes
- Viêm giác mạc herpes: dạng nặng, có thể gây loét giác mạc và gây mù.
- Herpes sinh dục tái phát: là nguyên nhân thường gặp của loét sinh dục. Bệnh có ảnh hưởng lớn đến cuộc sống, quan hệ tình dục và xã hội do đây là một bệnh lây truyền qua đường tình dục, hay tái phát và không thể điều trị tận gốc.

3. Dạng nặng: herpes da niêm mãn tính

Ở những người suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải, bệnh thường tái phát nhiều lần, không điển hình và tiến triển kéo dài. Hiện nay, dạng này thường gặp ở bệnh nhân AIDS.

IV. CẬN LÂM SÀNG

Không có giá trị trong chẩn đoán chủ yếu dùng trong nghiên cứu hoặc tham khảo thêm.

1. Phương pháp nhanh

- Xét nghiệm tế bào học Tzanck: cạo sàn mụn nước, nhuộm Giemsa, thấy hình ảnh tế bào biểu mô phù nề có nhân khổng lồ.
- Miễn dịch huỳnh quang: tìm kháng thể đơn clon, đặc hiệu và nhanh (1 – 2 giờ), cho phép phân biệt được HSV-1 và HSV-2.
- Kính hiển vi điện tử: ít sử dụng do đắt tiền và không phân biệt được HSV và các herpes virus khác.

2. Cấy virus: chỉ để tham khảo.

3. Phát hiện DNA virus bằng kỹ thuật PCR: đặc hiệu và rất nhạy cảm, dùng trong chẩn đoán viêm não herpes.

4. Huyết thanh chẩn đoán: chỉ có giá trị trong trường hợp sơ nhiễm. Hiệu giá kháng thể tăng 4 lần và cách nhau 2 tuần thì mới có giá trị chẩn đoán.

V. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào lâm sàng với những đặc điểm chính sau:

- Mụn nước mọc thành chùm trên nền hồng ban
- Hay tái phát.

2. Chẩn đoán phân biệt

Tùy theo vị trí tổn thương mà có chẩn đoán phân biệt:

- Miệng, môi: phân biệt với aphte, nhiễm candida, zona,...
- Sinh dục: giang mai, hạ cam mềm, hồng ban sắc tố cố định tái phát,...
- Lan tỏa: zona lan tỏa, thủy đậu,...

VI. ĐIỀU TRỊ

Do bệnh vẫn chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và có thể lành tự nhiên sau 1 – 2 tuần, cho nên mục đích chính của điều trị là kéo dài thời gian tái phát và hạn chế sự lan tỏa của bệnh.

Vì vậy, chúng ta cần loại bỏ các yếu tố thuận lợi và đồng thời nâng cao sức đề kháng của bệnh nhân. Có 2 cách điều trị:

1. Tại chỗ

- Chống bội nhiễm: thuốc tím pha loãng 1/10.000 ngâm rửa, thoa dung dịch sát trùng màu: milian, eosin 2% hoặc kháng sinh tại chỗ như acid fucidic (Fucidin®), mupirocin (Bactroban®).
- Thuốc kháng virus tại chỗ (acyclovir) chỉ có tác dụng trong giai đoạn hồng ban.
- Chống chỉ định dùng corticoide bôi tại chỗ.

2. Toàn thân

- Kháng sinh toàn thân (nếu có nhiễm trùng)
- Nâng sức đề kháng: vitamine C liều cao
- Thuốc chống virus: thường được chỉ định dùng trong herpes sinh dục.

	Thuốc	Liều dùng	Thời gian
Herpes sinh dục lần đầu	Acyclovir Acyclovir Valacyclovir Famcyclovir	200mg x 5 lần/ngày 400mg x 3 lần/ngày 1g x 2 lần/ngày 250mg x 3 lần/ngày	7 – 10 ngày
Herpes sinh dục tái phát	Acyclovir Acyclovir Acyclovir Valacyclovir Famcyclovir	200mg x 5 lần/ngày 400mg x 3 lần/ngày 800mg x 2 lần/ngày 500mg x 2 lần/ngày 125mg x 3 lần/ngày	5 ngày
Điều trị ức chế herpes sinh dục tái phát nhiều lần	Acyclovir Valacyclovir Famcyclovir	400mg x 2 lần/ngày 500mg x 1 lần/ngày 250mg x 2 lần/ngày	3 - 6 tháng, có thể kéo dài 1 năm
Suy giảm miễn dịch	Acyclovir Acyclovir	5mg/kg/8 giờ, IV 400mg x 5 lần/ngày	7 – 14 ngày
Trẻ sơ sinh	Acyclovir	20mg/kg/8 giờ, IV	14 – 21 ngày

Bảng 1: *Thuốc điều trị Herpes*

Chú ý: Acyclovir chỉ có tác dụng tốt nhất trong giai đoạn nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Beylot C, Doutre M.S. Groupe des herpes virus. Saurat J.H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J.M 's Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles 1999, edit. 3, Masson, p.83-94.
2. Corey L, Wald A. Genital herpes. Holmes K.K, Sparling P.F, Mardh P.A, Lemon S.M, Stam W.E, Piot P, WasserheitJ.N 's Sexually Transmitted Diseases 1999, edit.3, Mc Graw Hill, p.285.
3. Crumpacker C.S, Gulick R.M. Herpes simplex. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine 1999, vol.2, edit.5, Mc Graw -Hill, p.2531-43.

4. Fitzpatrick T.B, Johnson R.A, Wolff K, Suurmond D. Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology 2001, 781-99.
5. Hoàng Văn Minh. Herpes simplex. Chẩn đoán bệnh da bằng hình ảnh và cách điều trị 2001, tập 2, tr.46-47.
6. Hoàng Văn Minh. Herpes sinh dục. Chẩn đoán bệnh da bằng hình ảnh và cách điều trị 2002, tập 1.
7. Keith Radcliffe. European STD Guidelines Oct 2001, vol.12, supl.3.
8. Nguyễn Văn Ût. Da Liễu Thực Hành 1990.
9. Severson J.L, Tyring S.K. Viral disease update. Current Problems in Dermatology 1999, vol.11, No.2, p.37-72.
10. 2002 national guideline for the management of genital herpes. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002.

BỆNH ZONA

BS. Văn Thế Trung

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài này, sinh viên có khả năng:

1. Mô tả triệu chứng lâm sàng bệnh zona thông thường.
2. Nêu các biến chứng thường gặp của bệnh zona.
3. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt.
4. Trình bày điều trị bệnh zona thông thường, không biến chứng.

I. ĐẠI CƯƠNG

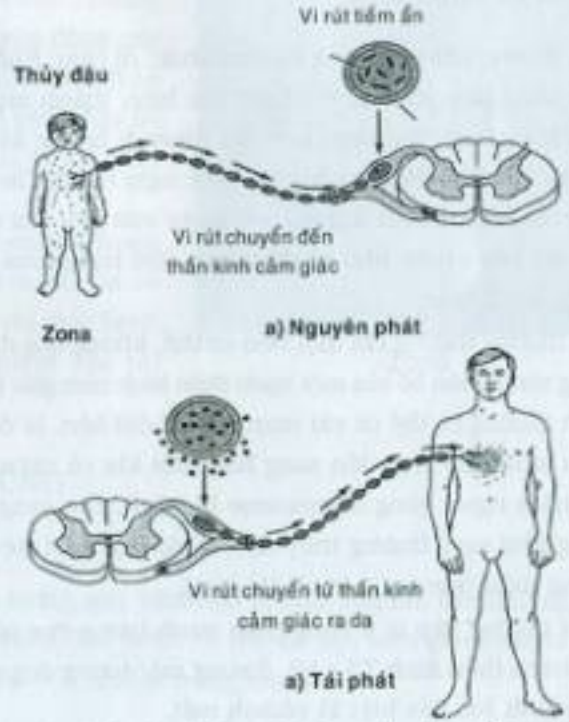
Bệnh zona do Varicella-Zoster Virus (VZV) gây ra, tổn thương liên quan đến hạch, rễ thần kinh và da. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng thường ở người già hơn. Không có sự khác biệt về giới tính cũng như chủng tộc. Ngày nay, với sự xuất hiện ngày càng nhiều người nhiễm HIV-AIDS, bệnh zona có tần suất cao và diễn biến phức tạp ở đối tượng này.

II. SINH BỆNH HỌC

Khi người bệnh (thường là trẻ em) bị nhiễm VZV từ bên ngoài, gọi là nhiễm nguyên phát, đa số sẽ khởi phát bệnh thủy đậu. Sau khi nhiễm VZV nguyên phát, hệ thống miễn dịch (dịch thể và tế bào) của

cơ thể người bệnh được hoạt hóa để kháng lại VZV, bệnh thủy đậu thường sẽ thoái lui. Sau đó, VZV theo dây thần kinh cảm giác đến định cư tại hạch thần kinh cảm giác cạnh cột sống mà không gây bệnh lý gì.

Bệnh zona là bệnh nhiễm thứ phát do sự tái hoạt của VZV từ hạch thần kinh cảm giác. Cơ chế của sự tái hoạt chưa rõ. Ở người già, miễn dịch đối với VZV giảm dần, đến khi không đủ để ức chế siêu vi, VZV sẽ tự hoạt hóa, nhân lên gây tổn thương hạch, dây thần kinh và vùng da do thần kinh đó chi phối. Ở người suy giảm miễn dịch (bệnh ác tính, dùng thuốc ức chế miễn dịch, bệnh AIDS,...) thì VZV càng dễ tái hoạt và gây bệnh trầm trọng, lan tỏa nhiều cơ quan.



Sơ đồ bệnh sinh nhiễm virus nhóm varicella - zoster (theo Prescott 1996)

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. GIAI ĐOẠN TIỀN TRIỆU

- Đau, dị cảm: thường vài ngày trước khi nổi sang thương, tại vùng da được chi phối bởi hạch thần kinh bị nhiễm virus. Bệnh nhân cảm thấy nóng bỏng, đau nhói, châm chích, tê rần, từng cơn hoặc liên tục. Sờ vùng da đó thấy tăng nhạy cảm.
- Một số ít bệnh nhân (thường là trẻ em) có kèm triệu chứng nhức đầu, khó chịu, nóng sốt trong một đến hai ngày trước khi nổi ban.

2. GIAI ĐOẠN PHÁT BAN

- Tổn thương nổi trên vùng da đau nhức, dị cảm. Khởi đầu là đát, sẩn hồng ban phù, 12 – 24 giờ sau hình thành mụn nước trên nền hồng ban, các mụn nước có khuynh hướng kết hợp thành chùm, tiến triển thành mụn mủ trước ngày thứ 3. Các sang thương tiếp tục hình thành trong 1 – 4 ngày nữa (đôi khi đến 7 ngày). Sau đó, mụn nước khô và đóng mài lõm trung tâm rồi tróc dần trong 1 – 2 tuần.
- Tổn thương thường chỉ một bên cơ thể, không qua đường giữa và trong vùng phân bố của một hạch thần kinh cảm giác (dermatome). Bình thường có thể có vài mụn nước ở đối bên, là do các nhánh thần kinh nhỏ chạy lấn sang hoặc đôi khi có vài mụn nước rời rạc nằm ngoài vùng dermatome bị bệnh, các sang thương này giống như sang thương thủy đậu, là do một số ít siêu vi lan theo đường máu trong quá trình tái hoạt.
- Vị trí thường gặp là ở vùng thân mình tương ứng vùng phân bố của hạch thần kinh T3 – L2, ở vùng mặt tương ứng với dây thần kinh sinh ba, đặc biệt là nhánh mắt.

- Ở trẻ em, phát ban thường nhẹ, mau lành hơn. Trong khi ở người già, tổn thương thường lan rộng hơn và đau nhức kéo dài. Ở người suy giảm miễn dịch, sang thương có thể kèm nhiều tổn thương rải rác như thủy đậu, có thể tổn thương ở nhiều dermatome hoặc có thể tổn thương ở nội tạng (gọi là zona lan tỏa).
- Hạch bạch huyết vùng: thường sưng, đau.
- Trường hợp hiếm, zona chỉ biểu hiện bằng đau nhức hay rối loạn cảm giác mà không có tổn thương da. Tương tự, zona có thể làm tổn thương thần kinh vận động gây liệt nhóm cơ do thần kinh đó chi phối. Khi đó chẩn đoán càng khó khăn hơn.
- Bệnh tự thoái lui trong vòng 2 – 3 tuần. Đa số trường hợp chỉ mắc bệnh một lần, hiếm khi tái phát.

Zona

IV. BIẾN CHỨNG

1. Da

Bội nhiễm vi trùng, gây viêm mô tế bào. Khi đó, tổn thương viêm tấy nhiều, mủ nhiều, lâu lành, có thể để sẹo (sẹo giảm sắc tố). Bội nhiễm có thể đưa đến nhiễm trùng huyết.

2. Thần kinh

Nhiều biến chứng thần kinh, trong đó đau sau zona hay gặp nhất. Đau còn tồn tại sau khi tổn thương da đã lành hoàn toàn. Hay gặp ở người già, zona mắt, zona đau nhiều. Đau sau zona có thể là cảm giác nóng bỏng tự nhiên liên tục, có thể là đau nhói tự nhiên từng cơn hoặc chỉ là rối loạn xúc giác khi có kích thích nhẹ. Ở đa số bệnh nhân, các triệu chứng này sẽ biến mất sau vài tháng. Một số bệnh nhân triệu chứng này kéo dài đến hàng năm.

3. Mắt

Trong trường hợp zona mặt, vùng phân bố của dây thần kinh sinh ba, có mi mắt sưng, kết mạc sung huyết, giác mạc thường chỉ bị kích thích nhẹ. Trong trường hợp nặng có thể loét giác mạc đưa đến sẹo giác mạc về sau. Nguy hiểm hơn là khi có tổn thương nội nhãn cầu có thể mù mắt.

V. CẬN LÂM SÀNG

Trong thực hành lâm sàng thường không cần xét nghiệm để chẩn đoán bệnh zona. Khi có bội nhiễm vi trùng thì cần xét nghiệm vi trùng học.

VI. CHẨN ĐOÁN & CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Chẩn đoán

Dựa vào các đặc tính lâm sàng được mô tả ở trên, quan trọng là tổn thương hồng ban mụn nước, một bên cơ thể, đau nhức.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da tiếp xúc: tổn thương có thể là dát sẩn hồng ban mụn nước, cảm giác nóng rát hoặc ngứa. Tổn thương khu trú tại một vùng da tiếp xúc với tác nhân (độc chất từ côn trùng, thực vật) nên có thể một bên cơ thể, nhưng không theo sự phân bố thần kinh. Thường khai thác được bệnh sử có tiếp xúc tác nhân (vào vườn cây, bụi rậm).
- Herpes simplex: chùm mụn nước nhỏ, vỡ nhanh, hay tái phát.
- Đau do bệnh lý ở tim: zona liên sườn bên trái ở người lớn tuổi, nhất là giai đoạn đầu chưa nổi tổn thương da cần phân biệt với cơn đau do bệnh lý mạch vành.

ĐIỀU TRỊ

1. Chăm sóc tại chỗ

Rửa bằng thuốc tím pha loãng 1/10.000 hay nước muối, bôi dung dịch màu (eosine 2%, milian). Tránh dùng thuốc dạng mỡ, corticoid.

2. Giảm đau

Thuốc giảm đau acetaminophen, kháng viêm không steroid, thuốc giảm đau ngoại biên kết hợp giảm đau trung ương.

3. Thuốc kháng siêu vi

Vì bệnh zona thường tự khỏi, do đó chỉ nên dùng trong một số trường hợp như: zona với tổn thương lan tỏa (có ở 2 dermatome trở lên hoặc kèm sang thương rải rác nhiều vị trí), tổn thương mụn nước có xuất huyết, zona mắt, zona ở người già, ở người suy giảm miễn dịch.

Thời điểm dùng thuốc là trước 72 giờ kể từ lúc bắt đầu nổi ban da. Thuốc hay dùng ở Việt nam là acyclovir. Liều dùng ở người bình thường không suy giảm miễn dịch là:

- Người lớn: Acyclovir 800mg x 5 lần/ngày x 7 ngày, uống
- Trẻ em: Acyclovir 20mg/kg x 4 lần/ngày x 7 ngày, uống

4. Điều trị biến chứng

- Bội nhiễm: chăm sóc tại chỗ kết hợp kháng sinh uống phổ rộng hoặc theo kháng sinh đồ.
- Đau sau zona: rất khó điều trị, cần chuyển lên tuyến chuyên khoa.
- Tổn thương mắt: nên khám chuyên khoa mắt ở bệnh nhân zona thần kinh sinh ba để phát hiện tổn thương mắt nhằm xử trí kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hoàng Văn Minh: Zona. Chẩn Đoán Bệnh Da Liễu Bằng Hình Ảnh và Cách Điều Trị, tập 1, NXB Y Học, tr.192-96.
2. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, vol.2, 1999, p.2427-48.

BỆNH CHÀM

BS. Đặng Thị Tốn

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài học này sinh viên có khả năng:

1. Định nghĩa được bệnh chàm.
2. Nêu được tiến triển của bệnh chàm.
3. Phân loại được bệnh chàm.
4. Chẩn đoán được bệnh chàm.
5. Nêu được nguyên tắc điều trị bệnh chàm.

I. ĐẠI CƯƠNG

Hiện nay, chàm được xem là một hội chứng hơn là một bệnh vì nguyên nhân gây bệnh rất phức tạp.

Là một bệnh rất phổ biến, chiếm 10% dân số. Là nguyên nhân quan trọng trong bệnh nghề nghiệp.

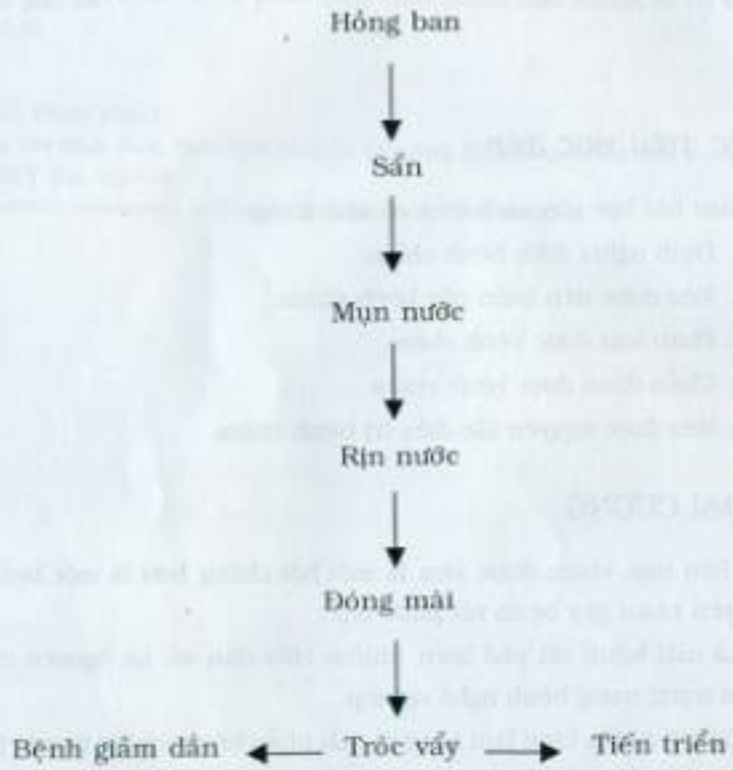
Dựa vào biểu hiện lâm sàng và giải phẫu bệnh: chàm là một hiện tượng viêm bì - thượng bì. Nguyên nhân phức tạp, thường phát sinh do một quá trình phản ứng của da trên một cơ địa đặc biệt dễ phản ứng với dị ứng nguyên ở trong hay ngoài cơ thể.

Biểu hiện trên lâm sàng bằng những mảng hồng ban với mụn nước rất ngứa hay tái đi tái lại.

Về mô học, chủ yếu có hiện tượng xốp nghĩa là phù gian bào. Khi hiện tượng này mạnh mẽ sẽ hình thành mụn nước.

II. LÂM SÀNG

Các giai đoạn của bệnh chàm:



Sang thương cơ bản là những mụn nước nổi trên dát hay mảng hồng ban không tẩm nhuận, giới hạn không rõ, không đều, không liên tục mà vụn nát, tiến triển qua các giai đoạn sau:

1. Giai đoạn hồng ban: có 2 triệu chứng

- Ngứa: có trước khi nổi hồng ban, triệu chứng này thường có và chủ yếu.
- Hồng ban: không tẩm nhuận, hơi phù nề có tính viêm. Trên hồng ban rải rác những hạt nhỏ li ti mà mắt thường không trông thấy. Sờ tay vào thấy nhám. Các hạt nhỏ này trở thành mụn nước ở giai đoạn sau.

2. Giai đoạn mụn nước

Trên hồng ban vài giờ hay vài ngày sau xuất hiện những mụn nước nông, có nước trong, mụn nước có thể hợp lại thành bóng nước.

3. Giai đoạn rịn nước và đóng mài

Mụn nước có thể khô (tự thấm thấu), tróc vẩy, nhưng thường thì vỡ tự nhiên hay do gãi làm rỉ nước không ngừng từ những lỗ nhỏ li ti gọi là giếng chàm.

Dịch chất khô lại thành mài vàng, hay nâu đen hình tròn, nhỏ bằng đầu kim gút, gọi là vết tích của mụn nước.

4. Giai đoạn thượng bì láng nhẵn

Thượng bì tái tạo mỏng, láng nhẵn như vỏ hành, giai đoạn này ít có và nếu có thì thoáng qua.

5. Giai đoạn tróc vẩy

Thượng bì tái tạo nứt ra và tróc vẩy vụn như cám hay từng mảng. Sau vài tuần sự tróc vẩy chấm dứt. Đối với chàm mới bị, da có thể trở lại bình thường.

6. Giai đoạn dày da

Trường hợp chàm tiến triển lâu, da sẽ dày kèm ngứa dai dẳng, càng gãi da càng dày và xám lại tạo thành những ô vuông. Đó là chàm lichen hóa hay chàm dạng hằn cổ trâu.

Đó là tất cả các giai đoạn của bệnh chàm. Có khi bệnh không biểu hiện bằng tất cả các giai đoạn đó hoặc một trong các giai đoạn có thể không có.

Chàm mãn

Vị trí của bệnh chàm

Bất cứ nơi nào trên cơ thể đều có thể bị, thường là: da đầu, mặt, bàn tay, bàn chân, bìu, âm hộ. Chàm thể tạng thường ở các nếp gấp: cổ, nách, nếp dưới vú, nếp khuỷu, nếp nhượng chân, nếp cổ chân và mặt duỗi của chi. Niêm mạc không bao giờ bị chàm nhưng vùng bán niêm mạc như môi, qui đầu có thể bị.

III. TIẾN TRIỂN

- Trường hợp thuận lợi: chàm sẽ khỏi trong vòng vài ngày hay vài tuần.
- Trường hợp không thuận lợi: hay tái phát (tại chỗ hay lan rộng, đưa đến biến chứng đỏ da toàn thân tróc vẩy).
- Bệnh chàm thường hay bị bội nhiễm kèm nóng sốt và nổi hạch.
- Trường hợp nặng có kèm viêm vi cầu thận.

- Nếu điều trị đúng cách thì bệnh chóng khỏi. Ngược lại, dùng thuốc không đúng bệnh có thể lan tràn mạnh (do dị ứng hay do da bị kích thích).

IV. PHÂN LOẠI

Có nhiều cách phân loại:

1. Theo tiến triển

- *Chàm cấp:* sang thương ở giai đoạn hồng ban, mụn nước, rịn nước.
- *Chàm bán cấp:* rịn nước, có vết tích của mụn nước, da bắt đầu tróc vẩy.
- *Chàm mãn:* mảng da dày lichen hóa.

Trên thực tế, 3 giai đoạn này không phải luôn luôn rõ ràng. Chúng có thể xen kẽ nhau. Trên mảng da dày lichen hóa có thể có mụn nước, rỉ nước, đóng mài, tróc vẩy.

2. Theo nguyên nhân

Chàm có thể xuất phát từ nguyên nhân bên ngoài hay bên trong cơ thể. Các nguyên nhân này gây bệnh riêng rẽ hay phối hợp với nhau.

Chàm do nguyên nhân bên trong, trong đa số trường hợp, nguyên nhân không biết được.

V. MÔ HỌC

Chủ yếu có hiện tượng xốp ở thượng bì: khởi phát ở trung bì, các gai sung huyết, mao mạch dãn nở, phù. Có sự di chuyển dịch chất (exosérose) và bạch cầu (exocytose) vào lớp thượng bì gây phù nội và ngoại bào. Dịch chất tích tụ giữa khoảng liên bào của lớp tế bào gai sẽ lớn dần tạo nên mụn nước.

VI. SINH LÝ BỆNH

Nguyên nhân sinh bệnh của chàm vẫn chưa rõ. Người ta cho rằng chàm liên quan tới một phản ứng tăng cảm miễn dịch tế bào. Thực ra, cơ chế này chỉ thấy được ở chàm tiếp xúc.

Nói chung, phải có hai yếu tố:

- Trên một cơ địa dị ứng
- Dị ứng nguyên.

- *Về cơ địa:* 90% bệnh nhân có thể tạng dị ứng do di truyền. Những rối loạn chức năng của một số nội tạng đưa đến thay đổi cơ địa làm bệnh nhân bị chàm: yếu tố tiêu hóa gan mật, yếu tố thần kinh (trung ương, giao cảm), yếu tố nội tiết, thiếu sinh tố F, B6, B12,...
- *Về dị ứng nguyên:* có thể từ bên ngoài (yếu tố hóa học, vật lý,...) có thể do yếu tố bên trong (các chất trong quá trình chuyển hóa).

VII. DẠNG LÂM SÀNG

1. Chàm tiếp xúc

Là tình trạng viêm da giới hạn rất rõ, rất ngứa, có tính viêm nhiều, mụn nước nhiều, có khi thành bóng nước. Do các kháng nguyên ở môi trường bên ngoài tiếp xúc trực tiếp với da (sang thương mang hình dáng của vật tiếp xúc). Tiến triển mau lành nếu không tiếp xúc với dị ứng nguyên, ngược lại sẽ tái phát nếu tiếp xúc lại với dị ứng nguyên.

Nguyên nhân

Rất nhiều. Thường do thuốc như pommade tetracycline, crème Phénergan®, lưu huỳnh, penicilline, sulfamide bôi ngoài da, đắp lá cây chữa bệnh, dán thuốc dán, băng cá nhân,... Ngoài ra còn có giày dép, quần áo, phấn son.

Điều trị

Loại bỏ nguyên nhân gây bệnh.

- Tại chỗ: tùy giai đoạn bệnh, vị trí sang thương. Có thể ngâm, đắp thuốc tím pha loãng 1/10000. Một số tác giả dùng corticoide tại chỗ.
- Toàn thân: kháng sinh nếu có bội nhiễm. Kháng histamine như chlorpheniramine 4 mg: người lớn 2 viên/ngày hay promethazine 25mg 2 – 6 viên/ngày. Có tác dụng phụ là gây ngủ nên có thể dùng các thuốc kháng histamine chống H_1 khác như: fexofanadine 60mg 2 viên/ngày hoặc loratadine 10mg 1 viên/ngày cho người lớn.

2. Chàm vi trùng

Thường do liên cầu trùng và có đặc tính: vị trí sang thương ở các nếp gấp: sau tai, dưới vú, bẹn. Mảng hồng ban được giới hạn bởi 1 viền thượng bì (colarette).

Điều trị

- Tại chỗ: đắp hoặc tắm thuốc tím pha loãng.
- Toàn thân: kháng sinh như penicilline 1 – 2 triệu đơn vị/ngày với người lớn. Trẻ con: 50.000 đơn vị/ngày.

3. Chàm ký sinh trùng

- Chấy, rận, vi nấm, đặc biệt con cái ghẻ hay gây chàm. Lâm sàng: ngoài sang thương ghẻ ở vị trí đặc hiệu còn có sang thương chàm ở cùng hay ngoài vị trí đặc hiệu.
- Điều trị: phải điều trị cả bệnh chính (chấy, rận, vi nấm, ghẻ).

4. Chàm thể tạng

Có tính gia đình, 70% bệnh nhân có tiền căn cá nhân hay gia đình bị dị ứng, suyễn, viêm mũi dị ứng hay chàm thể tạng. Có 2 dạng chính:

a. Chàm sữa

Xảy ra ở trẻ 3 – 6 tháng tuổi, khỏe mạnh. Vị trí: ở mặt, hai má, đối xứng, có thể lan ra da đầu, thân mình từ chi nhưng chừa các lỗ thiên nhiên (mắt, mũi, miệng).

Khởi đầu là hồng ban, sau đó có mụn nước, rịn nước đóng mài và tróc vẩy. Dễ bị chốc hóa. Bệnh thường biến mất trước năm 4 tuổi. Nếu tới 4 tuổi mà chưa hết, bệnh có thể tiến triển thành chàm thể tạng ở người lớn.

Trước một trẻ bị chàm sữa:

- Không cho nhập viện vì môi trường bệnh viện có thể làm cho trẻ bị nhiễm trùng thêm.
- Không nên chủng ngừa, nhất là đậu mùa vì có thể đưa đến bệnh mụn mủ dạng thủy đậu (pustulose varioliforme de Juliusberg): sốt cao, sẩn, mụn nước, bóng nước trung tâm lõm cuối cùng thành mụn mủ có quầng viêm đỏ, lành để lại sẹo như mặt rỗ.
- Không nên điều trị bằng các thuốc mạnh như corticoide, kháng sinh liều cao.

b. Chàm thể tạng ở người lớn: 70% trường hợp là do tiến triển tiếp tục của chàm sữa.

Đặc tính

Sang thương đa dạng: hồng ban, mụn nước, vẩy, mài, vết cào xước, mảng lichen hóa. Sang thương đối xứng, chủ yếu ở nếp gấp hay mặt duỗi chi. Bệnh tái đi tái lại nhiều lần. Ngứa nhiều, bệnh nhân gãi làm mòng tay bóng láng. Thường kèm da vẩy cá ở 2 cẳng chân (10% bệnh nhân), dày sừng nang lông và 1% biến chứng thành đỏ da toàn thân.

Chẩn đoán

Vì không có một xét nghiệm cận lâm sàng nào đặc trưng cho việc chẩn đoán chàm thể tạng nên việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng. Ngoài hình ảnh lâm sàng rất đặc trưng kể trên, bệnh nhân còn có thể có một hay nhiều triệu chứng sau:

- Khô da: da khô, nhám, có thể giới hạn ở lỗ chân lông, có thể toàn thể, đặc biệt da vẩy cá thường có.
- Vẩy phấn trắng: dát giảm sắc tố, vẩy rất kín đáo, thường ở vùng phơi ra ánh sáng.
- Chàm nang lông: nhìn và sờ giống da gà.
- Vẻ mặt xanh xao
- Dấu hiệu Dennie–Morgan: có sự hiện diện của 1 hay 2 nếp da ở mi mắt dưới.
- Xạm da quanh mắt

Chẩn đoán phân biệt

- Tổ đỉa: mụn nước sâu ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, mặt bên các ngón, không bao giờ vượt quá cổ tay, không có hồng ban trừ khi bị bội nhiễm.
- Herpes: có cảm giác nóng rát, hồng ban mụn nước mọc thành chùm (2 – 20 mụn), đường kính từ 1 – 2mm. Nước trở nên đục, dập ra, đóng mài, khi lành không để sẹo.
- Đặc biệt chàm ở vú cần phân biệt với bệnh Paget là một bệnh tiền ung thư chỉ có ở một bên, thường là bên trái. Biểu hiện lâm sàng với hồng ban giới hạn rõ, tấm nhuận ít hay không, hình tròn, ở núm vú và quầng vú. Trên bề mặt hồng ban có vẩy và đóng mài. Sang thương ngứa, tiến triển mãn tính và không đáp ứng với các thuốc điều trị chàm.

Điều trị

• Tại chỗ:

Tránh gãi, chà xát. Dùng thuốc tùy giai đoạn bệnh:

- Cấp: dung dịch thuốc tím 1/10.000 tắm, đắp, ngâm. Thoa dung dịch màu như milian, eosine 2% để giảm viêm.
- Bán cấp: thoa:
  + Hồ nước: gồm oxide kẽm, bột talc, glycerine và nước (25g).
  + Dầu kẽm : gồm oxide kẽm và dầu phọng (25g). Tác dụng dịu da, giảm viêm.
- Mãn: pommade salicylée 5 – 10% hay goudron, huile de cade, ichtyol. Tác dụng tiêu sừng.

• Toàn thân:

- Chú ý yếu tố bội nhiễm, nhất là trong giai đoạn cấp, để dùng kháng sinh thích hợp. Thường dùng macrolide như erythromycine 2g/ngày cho người lớn, trẻ em: 30 – 50mg/kg/ngày. Thuốc chống ngứa và an thần đặc biệt cần thiết trong chàm thể tạng.
- Thay đổi khí hậu đôi khi có kết quả tốt.
- Kiêng ăn 1 số thức ăn như sữa bò, trứng,... giúp ích trong điều trị chàm sữa.
- Trong thời gian bị chàm cấp không được chích các protein lạ vào cơ thể bệnh nhân.
- Corticoide toàn thân chỉ được dùng bởi một số tác giả và dùng ngắn ngày trong những trường hợp nặng, lan tràn và không đáp ứng với các điều trị khác.
- Giải mẫn cảm không đặc hiệu: có kết quả không đều. Chích dưới da gama globuline và histamine (Histaglobine®) liều tăng dần.
- Các thuốc lợi gan mật được dùng khi bệnh nhân có rối loạn chức năng của cơ quan đó.

6. CÁC DẠNG KHÁC CỦA BỆNH CHÀM

Viêm da thần kinh khu trú: (neurodermite)

- Hiện nay được xếp vào các bệnh da có ngứa do nguồn gốc thần kinh. Là mảng da dày lichen hóa tiên phát hay thứ phát do gãi.
- Sang thương là một mảng duy nhất ở gáy, bộ phận sinh dục (bìu, âm hộ), nếp khủyu tay, nhượng chân, nếp cổ chân, quanh hậu môn, rất ngứa; nếu không điều trị, bệnh tồn tại hàng năm. Thường gặp ở những người dễ xúc cảm, lo âu.
- Điều trị: chống ngứa, an thần. Tại chỗ: thoa thuốc tiêu sừng như pommade salicylée 10%.

Hiện tượng chàm hóa: (eczématisation)

Bệnh nhân đang bị một bệnh da khác như vẩy nến, chốc, lupus đỏ. Do các thuốc bôi để điều trị các bệnh trên không thích hợp gây nên hiện tượng chàm hóa. Điều trị: cả bệnh chính lẫn bệnh chàm.

Chàm dạng đồng tiền: (eczéma numulaire)

- Hồng ban hình tròn hay bầu dục, giới hạn rõ và nằm riêng rẽ từng cái, đường kính thay đổi từ 1 đến vài cm. Số lượng thường nhiều, có khi có mụn nước rải rác, đóng mài, có khi phủ vẩy mịn, khô.
- Điều trị: giống chàm thể tạng.

Tổ đỉa và chàm dạng tổ đỉa

Là một biến thể của bệnh chàm. Sang thương cơ bản là mụn nước sâu ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, mặt bên các ngón. Bệnh tổ đỉa đơn thuần không có hồng ban nhưng chàm dạng tổ đỉa có hồng ban và có sang thương ở ngoài vị trí của tổ đỉa.

Chàm do ứ đọng: (varicose eczema, stasis eczema)

- Là tình trạng viêm dai dẳng của da ở chi dưới có khuynh hướng tăng sắc tố, thường gặp ở những người bị ứ đọng tĩnh mạch. Vị trí ở mắt cá chân, cẳng chân. Mảng hồng ban có vẩy nhẹ, ngứa, có khi đóng mài, rịn nước. Đặc sắc bởi tăng sắc tố hình mạng lưới do lắng đọng hemosiderine.
- Điều trị: chống ứ đọng tuần hoàn bằng cách băng thun chi dưới (mỗi ngày kể từ khi bệnh nhân bước ra khỏi giường vào buổi sáng).

Chàm tiết bã

- Vị trí ở những vùng nhiều tuyến bã như da đầu, nếp sau tai, ống tai ngoài, mặt, trên xương ức và giữa 2 xương bả vai, hồng ban trên có mài mỡ màu vàng nhạt. Ngứa ít hay nhiều.
- Điều trị: thoa dung dịch lưu huỳnh 5%, uống thuốc kháng histamine.

VIII. KẾT LUẬN

Chàm là bệnh da thường gặp, rất quan trọng vì sang thương đa dạng, nguyên nhân phức tạp, hay tái phát. Do đó điều trị gặp nhiều khó khăn. Cần phải chẩn đoán sớm, điều trị thích hợp để bệnh mau lành.

Chú ý phải khám toàn diện để tìm nguyên nhân trong đó phải lưu ý yếu tố thần kinh, tâm lý và tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Degos R. Eczéma. Dermatologie 1977, vol. 1, p.330-39.
2. Dumankos A. Eczema. Diseases of the skin 1985, p.443.
3. Nguyễn Văn Ùt. Da Liễu Thực Hành 1991. Bệnh Chàm, tr.138-48.
4. Saurat J. H. Eczéma. Dermatologie et Maladies Sexuellement transmissibles, 1999, p.33-70.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn một câu đúng

1. Đặc tính của bệnh chàm dạng tổ đỉa:

a. Sang thương cơ bản là mụn nước sâu ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, cổ tay, lưng bàn tay
b. Có hồng ban
c. Đối xứng 2 bên
d. Tất cả đều đúng

2. Điều trị chàm tiếp xúc, nhất thiết phải:

a. Dùng kháng sinh ngừa bội nhiễm
b. Sử dụng corticoide toàn thân
c. Ngâm thuốc tím 1/10.000
d. Loại bỏ nguyên nhân gây bệnh

3. Chàm vi trùng có đặc tính:

a. Có viền vẩy tróc (colarette)
b. Ở các nếp gấp
c. Thường có hạch vùng phụ cận sưng to
d. Tất cả đều đúng

4. Một bệnh nhân nữ 28 tuổi, có nhiều mụn nước, vết tích mụn nước ở mặt dưới 2 tay, 2 chân, mảng da dày lichen hóa ở 2 cổ chân, bệnh tái đi tái lại nhiều lần, ngứa nhiều (ngày cũng như đêm). Chẩn đoán đúng nhất là:

a. Ghẻ ngứa
b. Chàm thể tạng
c. Viêm da thần kinh khu trú
d. Chàm tiết bã

5. Chàm sữa có đặc điểm

a. Xảy ra ở trẻ còn bú
b. Chừa các lỗ thiên nhiên
c. Đối xứng
d. Tất cả đều đúng

6. Phản ứng tăng cảm miễn dịch tế bào chủ yếu thấy ở:

a. Chàm tiết bã
b. Chàm tiếp xúc
c. Chàm do ứ đọng
d. Chàm thể tạng

7. Một người có tạng dị ứng khi mắc bệnh:

a. Chàm thể tạng
b. Viêm kết mạc dị ứng
c. Suyễn
d. Viêm mũi dị ứng
e. Tất cả đều đúng

8. Về mô học, chàm có hiện tượng:

a. Tăng gai (acanthose)
b. Á sừng (parakératose)
c. Xốp (spongiose)
d. Tiêu gai (acan tholyse)

9. Bệnh nào sau đây là bệnh chàm có nguồn gốc bên trong ?

a. Chàm thể tạng
b. Chàm kỳ sinh trùng
c. Chàm tiết bã
d. Chàm đồng tiền
e. a,c,d, đúng

10. Các giai đoạn của bệnh chàm:

a. Giai đoạn hồng ban - rịn nước đóng mài - mụn nước - thượng bì lâng nhẫn - dày da - tróc vẩy.

b. Giai đoạn rịn nước đóng mài - thượng bì lâng nhẫn - hồng ban - mụn nước - tróc vẩy - dày da.

c. Giai đoạn hồng ban - mụn nước - rịn nước - đóng mài - thượng bì lâng nhẫn - tróc vẩy - dày da.

d. Giai đoạn dày da - tróc vẩy - thượng bì lâng nhẫn - rịn nước - đóng mài - mụn nước - hồng ban.

11. Trong giai đoạn cấp của bệnh chàm nên dùng:

a. Huile de cade
b. Goudron
c. Dung dịch Milian
d. Dầu kẽm

12. Bệnh nào dưới đây là bệnh chàm có nguồn gốc bên ngoài?

a. Chàm dạng đồng tiền
b. Chàm dạng tổ đỉa
c. Chàm do ứ đọng
d. Chàm do ký sinh trùng

Chàm thể tạng bán cấp

Chàm tiếp xúc

Chàm tiếp xúc
(bôi thuốc tê)

Chàm mãn

Chàm bội nhiễm

Chàm

Vẩy nến

Vẩy nến

Vẩy nến

Vẩy nến biến chứng khớp

VẨY NẾN

13. Chàm tiếp xúc có đặc điểm:

a. Không tái phát nếu không tiếp xúc lại với vật gây dị ứng

b. Giới hạn rất rõ

c. Có tính viêm nhiều

d. Tất cả đều đúng

Trả lời đúng hoặc sai

14. Đỏ da toàn thân là biến chứng thường gặp trong bệnh chàm:

a. Đúng

b. Sai

15. Chàm do dinh dưỡng hay chuyển hóa thuộc nhóm bệnh chàm có nguồn gốc bên ngoài?

a. Đúng

b. Sai

16. Chàm cấp nên dùng dung dịch để dịu da giảm viêm?

a. Đúng

b. Sai

17. Không nên dùng pommade trong điều trị các tổn thương đang chảy nước?

a. Đúng

b. Sai

18. Viêm vi cầu thận cấp là biến chứng thường gặp trong bệnh chàm?

a. Đúng

b. Sai

Đáp án

1.d	2.d	3.d	4.b	5.d	6.b	7.c	8.c
9.e	10.c	11.c	12.d	13.d	14.b	15.b	16.a
17.a	18.b						

BỆNH VẨY NẾN

BS. Nguyễn Thanh Minh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng bệnh vẩy nến và ba dấu hiệu của nghiệm pháp Brocq.
2. Nêu được bốn yếu tố chính trong nguyên nhân sinh bệnh của vẩy nến.
3. Nêu được các dạng lâm sàng của vẩy nến.
4. Nêu được hai biến chứng thường gặp của vẩy nến.
5. Nêu được chỉ định và chống chỉ định trong điều trị bệnh vẩy nến.
6. Trình bày được dịch tễ học và phòng bệnh của bệnh vẩy nến.

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh vẩy nến là bệnh da thường gặp, chiếm khoảng 1,5 – 2% dân số. Bệnh này có tính di truyền, không còn bàn cãi.
- Di truyền bởi nhiều gien. Nếu chỉ có cha hoặc mẹ bị vẩy nến thì 8,1% con bị bệnh, nếu cha và mẹ đều bị thì 41% con bị bệnh.
- Khởi phát bệnh ở mọi lứa tuổi, từ mới sinh (vẩy nến tã lót) cho đến 108 tuổi (theo Fitzpatrick) nhưng đa số là 20 đến 30 tuổi.

- Gặp ở cả hai phái tương đương nhau.
- Chủng tộc: cũng tham gia vào yếu tố sinh bệnh. Người Nhật Bản, Tây Ấn và Eskimo có tần suất bệnh thấp. Người da đỏ Bắc và Nam Mỹ hầu như không bị bệnh hoặc tần suất rất thấp.
- Một số yếu tố tham gia gây bệnh: chấn thương tâm lý, chấn thương vật lý, nhiễm trùng, thuốc.

II. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

Nguyên nhân sinh bệnh của vẩy nến vẫn chưa được rõ ràng, vì phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố:

Yếu tố di truyền

Đã được xác định rõ ràng, gặp trong 30 – 40% bệnh vẩy nến. Người bị vẩy nến thường có các kháng nguyên phù hợp tổ chức (antigens of the histocompatibility: HLA) sau: HLA-B13, HLA-B17, HLA-B27, HLA-Bw57 và HLA-Cw6.

Yếu tố tâm thần

Chấn thương tâm lý có thể khởi phát bệnh, gây tái phát hoặc làm bệnh nặng thêm.

Yếu tố sinh hóa

Có bất thường về biến dưỡng của acide arachidonique, thay đổi về số lượng của các nucleotide vòng (AMP vòng, GMP vòng).

Do thuốc

Một số thuốc có thể gây ra bệnh vẩy nến như: bêta-bloquants, lithium, kháng sốt rét tổng hợp, một số kháng viêm không steroid.

Các nguyên nhân khác

Vi trùng (Streptococcus), siêu vi trùng, miễn dịch.... cũng tham gia vào.

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Tổn thương căn bản

Là những dát, mảng hồng ban tróc vẩy (đôi khi là sẩn có vẩy) với các đặc điểm sau đây:

- Hồng ban: màu đỏ tươi, không tẩm nhuận, giới hạn rõ, hình tròn hay đa cung, khô láng.
- Vẩy: gồm những phiến mỏng, xếp chồng chất lên nhau, dễ tróc và bể vụn, có màu trắng như xà cừ hay lấp lánh như mica.
- Kích thước: rất thay đổi, từ vài mm đến vài chục cm.
- Số lượng: từ vài mảng đến vài chục mảng.

2. Nghiệm pháp BROCQ

Dùng cái nạo (curette) cạo nhẹ trên bề mặt tổn thương từ 30 – 160 lần, nghiệm pháp Brocq (+) khi lần lượt thấy ba dấu hiệu sau đây:

Phết đèn cầy → dấu vẩy hành → giọt sương máu.

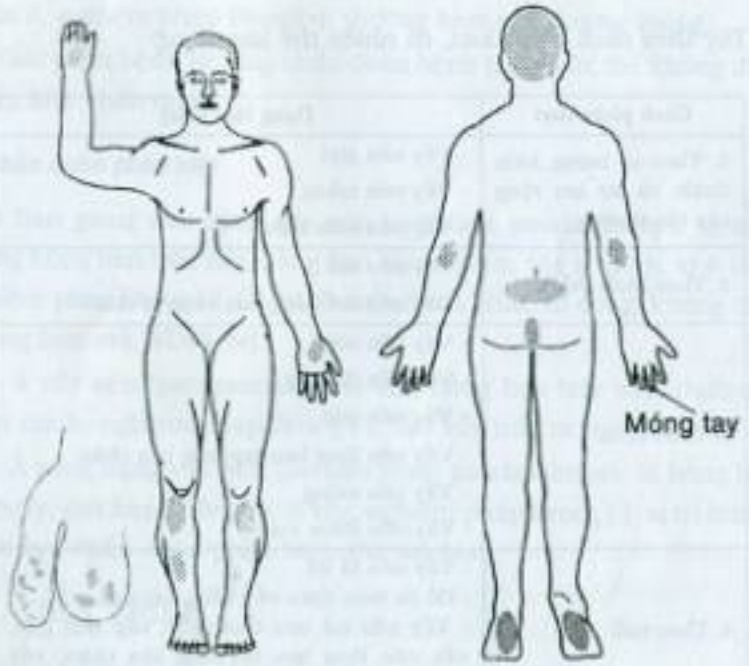
- Phết đèn cầy: các lớp vẩy mỏng trên tổn thương sẽ lần lượt tróc ra, rải rác như đèn cầy.
- Dấu vẩy hành: lớp vẩy sau cùng sẽ tróc thành mảng nguyên duy nhất hoặc rách thành miếng lớn, mép còn dính vào tổn thương.
- Giọt sương máu (rosée sanglante): sau khi lớp vẩy sau cùng tróc ra, trên bề mặt tổn thương từ từ có các giọt máu nhỏ li ti đọng lại.

Nghiệm pháp này là đặc trưng của bệnh vẩy nến, nhưng thường chỉ (+) khi chưa điều trị (cả thuốc uống và thuốc bôi).

3. Vị trí tổn thương

Có tính đối xứng, vị trí chọn lọc là da đầu, rìa chân tóc, đầu gối, cùi chỏ, vùng xương thiêng, mặt duỗi cẳng chân, cẳng tay.

Sang thương vẩy nến có thể xuất hiện ở những chỗ da bị chấn thương, kích thích, cọ xát (như vết gãi, trầy xước, tiêm chích) đó gọi là hiện tượng Koebner.



Sơ đồ vị trí thường gặp của vẩy nến

Tổn thương móng: khá thường gặp (khoảng 30 – 50% trường hợp), tổn thương toàn bộ hoặc nhiều móng, đối xứng. Móng dày lên, tăng sừng dưới móng, bề mặt móng không còn bóng láng, mà có những điểm lõm nhỏ hoặc có những sọc nằm ngang.

Tổn thương niêm mạc: rất hiếm gặp, thường bị là ở qui đầu.

4. Triệu chứng phụ

Thường vẩy nến không có triệu chứng tổng quát nào, đôi khi có ngứa ít.

IV. CÁC THỂ LÂM SÀNG

Tùy theo cách phân loại, có nhiều thể lâm sàng:

Cách phân loại	Dạng lâm sàng
1. Theo số lượng, kích thước và sự lan rộng của tổn thương	- Vẩy nến giọt - Vẩy nến mảng - Vẩy nến toàn thân
2. Theo hình thể	- Vẩy nến mủ - Vẩy nến thể hồng ban vòng ly tâm
3. Theo vị trí	- Vẩy nến nếp - Vẩy nến da đầu - Vẩy nến mặt - Vẩy nến lòng bàn tay-lòng bàn chân - Vẩy nến móng - Vẩy nến niêm mạc
4. Theo tuổi	- Vẩy nến tã lót - Đỏ da toàn thân vẩy nến bẩm sinh - Vẩy nến trẻ em: thường là vẩy nến giọt, vẩy nến lòng bàn tay-lòng bàn chân, vẩy nến ở mặt.

Bảng 1: *Thể lâm sàng bệnh vẩy nến tùy theo cách phân loại*

V. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

Thượng bì có hiện tượng tăng sừng, á sừng tăng gai, lớp hạt biến mất, có những vi áp xe (micro-abcès) ở dưới lớp sừng chứa nhiều bạch cầu đa nhân, các nhú bì bị kéo dài ra. Trong mô bì nông có nhiều tế bào đơn nhân, đa nhân và các mạch máu dãn nở.

VI. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng là chính: mảng, sẩn hồng ban tróc vẩy, màu đỏ tươi, không tẩm nhuận, đối xứng, có vị trí chọn lọc, không ngứa hoặc ngứa ít, nghiệm pháp Brocq(+), thường kèm tổn thương móng.

Giải phẫu bệnh lý: giúp chẩn đoán bệnh trong các thể không điển hình, khó chẩn đoán.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Ban giang mai dạng vẩy nến (syphilide psoriasiforme): là sẩn, mảng hồng ban tróc vẩy, hồng ban tẩm nhuận, vẩy ít, dính, khó tróc, nghiệm pháp Brocq (-). Có hạch toàn thân, chắc, di động, không đau, không làm mủ, VDRL (+).

- Á vẩy nến (parapsoriasis): là sẩn hồng ban tróc vẩy, thường ở thân mình, nghiệm pháp Brocq (-), cạo vẩy tróc ra nguyên khối.

- Á sừng dạng vẩy nến (parakératose psoriasiforme): là hồng ban tróc vẩy, giới hạn không rõ, ít vẩy, nghiệm pháp Brocq (-), vị trí không chọn lọc, chẩn đoán phân biệt nhờ mô học.

VII. TIẾN TRIỂN

Rất khó dự đoán tiến triển của bệnh vẩy nến:

- Một số trường hợp bệnh ổn định, sang thương khu trú một số vùng.

- Một số trường hợp bệnh lan rộng từ từ, có lúc giảm rồi tái phát. Nhiều cơn bộc phát liên tục, sang thương lan tràn, dễ đưa đến đỏ da toàn thân.
- Một số trường hợp bệnh tự nhiên hết, nhưng rồi lại tái phát.
- Hiếm khi bệnh khỏi hẳn hoàn toàn.

VIII. BIẾN CHỨNG

Thường gặp là viêm khớp và đỏ da toàn thân.

1. Viêm khớp

Xảy ra ở tất cả các khớp. Các cơn kịch phát của khớp và của da thường xảy ra cùng lúc. Biểu hiện là viêm cứng cột sống, viêm đa khớp (nhất là khớp liên đốt xa các ngón), xét nghiệm Waaler Rose (-). Tiến triển kéo dài, đưa đến cứng khớp, biến dạng khớp.

2. Đỏ da toàn thân

Là hồng ban tróc vẩy chiếm toàn bộ hay gần hết diện tích da, không chứa da lành, vẩy ít, dính, nghiệm pháp Brocq (-), thường ngứa.

3. Các biến chứng khác

Ít gặp hơn như chàm hóa, bội nhiễm và ung thư da (hiếm gặp).

IX. ĐIỀU TRỊ

Rất khó khăn, dễ gây chán nản vì không có thuốc đặc hiệu và kết quả không chắc chắn, bệnh hay tái phát. Cả thầy thuốc và bệnh nhân đều cần phải kiên nhẫn trong trị liệu.

1. Điều trị tại chỗ

Các loại thuốc thường hay sử dụng là:

Các chất	Chế phẩm
Chất tiêu sừng (keratolytique)	Vaseline salicylée 3%, 5% và 10%, ở trẻ em chỉ nên dùng loại 0,5% hoặc 1%
Các chất khử (reducteurs)	Hắc ín (goudron), dầu cade (huile de Cade) dưới dạng thuốc bôi, xà bông hoặc dầu gội đầu
Tia cực tím (ultraviolet: UV)	- UVB phối hợp bôi hắc ín (goudron): phương pháp điều trị của Goeckermann - PUVA liệu pháp (PUVA thérapie): psoralène + UVA. Uống 8-methoxypsoralène (Melaninine®) 0,6mg/kg 1 – 3 giờ trước khi chiếu UVA. Chiếu 3 lần/tuần
Phối hợp Rétinoïd + PUVA (Ré-PUVA thérapie)	Uống etretinate hoặc acitretine 20mg/ngày và dùng PUVA liệu pháp
Dẫn xuất Vitamine D3: - Calcipotriol - Tacalcitol	Bôi 1 – 2 lần/ngày. Có 3 dạng: - Dung dịch: dùng trên da đầu - Kem: các nếp gấp da - Mỡ: vùng da trơn, nhiều vẩy Tác dụng: ức chế sự tăng sinh của tế bào và chống viêm. Tai biến : tăng calci/máu, ít gặp Tác dụng phụ: đỏ và rát bỏng da, nhất là mặt, nếp gấp Dùng ở vẩy nến mảng. Nên bôi giới hạn vùng da và thời gian dùng thuốc
Corticosteroïds	Rất nhiều loại: betamethasone, hydrocortisone Không nên dùng, vì dễ đưa đến biến chứng và tác dụng phụ (một số ít tác giả vẫn dùng)

Bảng 2: *Các loại thuốc bôi tại chỗ trong điều trị bệnh vẩy nến*

2. Điều trị toàn thân

Có rất nhiều thuốc được dùng trong điều trị vẩy nến nhưng không loại nào là đặc trị. Các thuốc thường dùng là:

- Vitamine A : liều cao 200.000 – 300.000 đơn vị/ngày.
- Etretinate (Tigason®): là một retinoide (dẫn xuất của vitamine A). Nay nó được thay thế bằng acitretin (Soriatane®), liều dùng là 0,3 – 0,5mg/kg/ngày rồi tăng dần 0,75mg/kg/ngày, khoảng 30 – 50mg/ngày, tác dụng tốt trong đỏ da toàn thân vẩy nến mủ và vẩy nến thường nhiều mảng. Với vẩy nến mủ, dùng liều 1mg/kg/ngày, khi có cải thiện lâm sàng thì giảm liều còn 0,5mg/kg/ngày. Có nhiều tác dụng phụ như khô da và niêm mạc, rụng tóc, sinh bướu quái (teratogène). Chống chỉ định: thai nghén và suy gan.
- Dapsone (DDS): liều dùng 1,5mg/kg/ngày, thường là 100mg/ngày, dùng liên tục một đến vài tháng. Tác dụng phụ: thiếu máu tán huyết, dị ứng, hội chứng quá mẫn DDS.
- Methotrexate: có tác dụng ức chế tổng hợp ADN của tế bào. Tác dụng tốt trên vẩy nến mủ và vẩy nến khớp, ít tác dụng hơn trên vẩy nến mảng. Liều 15mg/tuần (tiêm bắp hay uống), chia làm 3 liều cách nhau mỗi 12 giờ. Thuốc này gây nhiều tác dụng phụ ở gan (ngộ độc gan), máu, xương, phổi. Cần xét nghiệm toàn bộ trước khi điều trị, theo dõi kỹ càng bệnh nhân khi dùng thuốc, nhất là ở người uống rượu nhiều hay có tiền căn viêm gan.
- Cyclosporine (Néoral®): là thuốc ức chế miễn dịch, chống thải mảnh ghép. Nó cũng tác dụng trên các dạng vẩy nến. Khởi đầu với liều 2,5mg/kg/ngày, rồi tăng dần nhưng không quá 5mg/kg/ngày. Đạt kết quả sau nhiều tuần điều trị. Tác dụng phụ: độc cho thận, rậm lông tóc, phì đại nướu răng, cao huyết áp, mệt mỏi, tăng cholesterol và triglycerides máu.

- Corticosteroid: chống chỉ định vì dễ đưa đến đỏ da toàn thân, vẩy nến mủ khi ngưng thuốc. Do đó, nó không thích hợp với vẩy nến là một bệnh mãn tính, lành tính.
- Vitamine D_3 (Sterogyl®): có thể tốt trong vẩy nến mủ.
- Đông y: hạ khô thảo, thổ phục linh, phác ấu trí uống liên tục 3 tháng cũng có một số kết quả, nhưng cần nghiên cứu thêm.

X. PHÒNG BỆNH

1. Phòng bệnh cấp I: (người lành)

Đối với người lành, phòng bệnh không có ý nghĩa nhiều, ngoại trừ thông báo về vấn đề anh, em, con,... của bệnh nhân có thể mắc bệnh như bệnh nhân (do có tính di truyền).

2. Phòng bệnh cấp II: (người bệnh)

- Luôn giữ gìn tinh thần thoải mái, tránh các chấn thương tâm lý.
- Chế độ ăn uống giảm chất béo.
- Tránh dùng các chất kích thích như rượu, bia, cà phê, thuốc lá.
- Không dùng thuốc ức chế miễn dịch như corticosteroids (có thể gây đỏ da toàn thân).
- Tránh chấn thương, trầy xước da.

3. Phòng bệnh cấp III: (có biến chứng)

Cần nhập viện điều trị, nhất là đau khớp, để tránh cứng khớp, mất khả năng lao động.

XI. KẾT LUẬN

Vẩy nến là bệnh ngoài da thường gặp, mãn tính, biểu hiện lâm sàng khá đa dạng, không phải luôn dễ chẩn đoán. Bệnh cần chẩn

đoán và điều trị sớm, mặc dù bệnh có nguyên nhân phức tạp, nên điều trị cũng gặp một số khó khăn. Có khi bệnh lành tự nhiên, nhưng thường tái phát. Cần tránh những kích thích thần kinh, vì nó thường là yếu tố gây tái phát bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Arnold H.L, Odom R.B, James W.D. Andrew's Diseases of the Skin, 8th edition, 1990, p.198- 212.
2. Bondi E.E, Jegasothy B.V, Lazarus G.S. Dermatology: diagnosis and therapy, 1989, p.9-20.
3. Freedberd I.M, Eisen A.Z, Wolff K, Austen K.F, Goldsmith L.A, Katz S.I, Fitzpatrick T.B. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5th edition, 1999, p.486-533.
4. Nguyễn Văn Ût: Da liễu thực hành, 1990, tr.153-59.
5. Nguyễn Văn Ût: Da liễu thực hành, 1999, tr.280-92.
6. Saurat J.H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J.M. Dermatologie et Vénéréologie, 1991, p.197-207.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn câu đúng

1. Bệnh vẩy nến là:
   - a. Bệnh da khá thường gặp, chiếm tỷ lệ 1,5- 2% dân số
   - b. Tiến triển mãn tính, lành tính và hay tái phát
   - c. Nguyên nhân đã được xác định rõ ràng
   - d. a và b đều đúng
   - e. a, b và c đều đúng

2. Sang thương căn bản của vẩy nến là:
   - a. Dát, mảng hồng ban tróc vẩy, giới hạn rõ, không tẩm nhuận, vẩy nhiều, dễ tróc
   - b. Mảng hồng ban mụn nước, giới hạn không rõ
   - c. Mảng hồng ban mụn nước, giới hạn rõ, tiến triển ly tâm, ngứa ít
   - d. Sẩn hồng ban mụn nước, không tẩm nhuận, ngứa nhiều
   - e. Tất cả đều sai

3. Nghiệm pháp Brocq có 3 dấu hiệu theo thứ tự là:
   - a. Dấu vẩy hành – vết đèn cầy – giọt sương máu
   - b. Vết đèn cầy – giọt sương máu – dấu vẩy hành
   - c. Vết đèn cầy – dấu vẩy hành – giọt sương máu
   - d. Dấu vẩy hành – giọt sương máu – vết đèn cầy
   - e. Tất cả đều sai

4. Các biến chứng thường gặp của vẩy nến là:
   - a. Đỏ da toàn thân
   - b. Viêm khớp
   - c. Ung thư da
   - d. a và b đều đúng
   - e. a, b và c đều đúng

Chọn câu sai

5. Đỏ da toàn thân do vẩy nến là:
   - a. Hồng ban tróc vẩy chiếm toàn bộ hay đa số diện tích da
   - b. Giới hạn sang thương không rõ
   - c. Vẩy ít, dính
   - d. Nghiệm pháp Brocq (+)
   - e. Một biến chứng của vẩy nến

6. Bệnh vẩy nến là:
   - a. Bệnh mãn tính, lành tính
   - b. Đa số gặp ở lứa tuổi 20 – 30
   - c. Nghiệm pháp Brocq (+)
   - d. Bệnh dễ tái phát
   - e. Có triệu chứng tổng quát nặng

7. Sang thương căn bản của vẩy nến là dát, mảng hồng ban tróc vẩy với các tính chất sau:
   - a. Hồng ban màu đỏ tươi, không tẩm nhuận
   - b. Vẩy nhiều, dễ tróc, lấp lánh như mi ca, xà cừ
   - c. Bóp đau
   - d. Giới hạn rõ
   - e. Vị trí thường ở: da đầu, cùi chỏ, đầu gối, vùng xương thiêng

8. Điều trị vẩy nến:

a. Chưa có thuốc đặc hiệu

b. Thường gặp nhiều khó khăn, dễ chán nản, thất vọng

c. Corticoid toàn thân không nên dùng vì dễ đưa đến các biến chứng nặng

d. Đỏ da toàn thân, viêm khớp là biến chứng thường gặp

e. Đỏ da toàn thân, viêm khớp là biến chứng hiếm gặp

9. Trong đỏ da toàn thân vẩy nến:

a. Hồng ban chiếm toàn bộ hoặc gần hết diện tích da

b. Vẩy ít, dính

c. Là một biến chứng của vẩy nến

d. Nghiệm pháp Brocq (+)

Điền vào khoảng trống

10. Hiện tượng ..... là hiện tượng mà sang thương vẩy nến có thể xuất hiện ở những chỗ da bị chấn thương, kích thích, cọ xát (như vết gãi, trầy xước, chỗ tiêm chích,...).

11. Vết đèn cầy, dấu vẩy hành và giọt sương máu là 3 dấu hiệu của nghiệm pháp .....

12. PUVA liệu pháp gồm có uống ..... với liều ....., sau đó chiếu tia .....

13. Biến chứng thường gặp của vẩy nến là ..... và .....

14. Calcipotriol là một dẫn xuất của ....., điều trị vẩy nến.

Đáp án

1.d	2.a	3.c	4.d	5.d	6.c	7.c
8.c	9. d	10. Koebner		11. Brocq		

12. 8-methoxy psoralène (Meladinine®), 0,6mg/kg, - tia cực tím A (UVA)

13. Viêm khớp, đỏ da toàn thân

14. vitamine D_3

TRÚNG ĐỘC DA DO THUỐC

BS. Phạm Thị Tiếng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài học này, sinh viên có khả năng:

1. Nêu được hai yếu tố chính để chẩn đoán trúng độc da do thuốc.
2. Kể tên mười ba dạng lâm sàng của trúng độc da do thuốc.
3. Mô tả triệu chứng lâm sàng của phát ban dạng sẩn, hồng ban đa dạng, hồng ban sắc tố cố định tái phát.
4. Mô tả triệu chứng lâm sàng và cách xử trí đối với ban brôm.
5. Mô tả triệu chứng lâm sàng và cách xử trí với ban iode.
6. Nêu những đặc điểm và cách xử trí của ngộ độc thạch tín cấp và mãn.
7. Nêu được sáu nguyên tắc xử trí khi trúng độc da do thuốc.
8. Nêu được dịch tễ học và các nội dung chủ yếu trong việc phòng ngừa trúng độc da do thuốc.

I. ĐẠI CƯƠNG

Trúng độc da do thuốc là những biểu hiện rất thường gặp, không phải lúc nào cũng nhẹ vì có thể gây chết người.

Ở nước ta, hiện tượng này khá phổ biến do dùng thuốc bừa bãi, vì kém hiểu biết về y học của nhân dân ta.

Sự đa dạng của phản ứng da này phụ thuộc nhiều cơ chế: sự tích lũy, tác dụng phụ, tác dụng dược lực học, sự bất thường sinh học, men học của bệnh nhân (như khiếm khuyết men G6PD), và nhất là phản ứng miễn dịch dị ứng. Dị ứng thường gây ra tai biến cấp tính, nghiêm trọng.

Có nhiều cơ chế khác nhau như sự quá mẫn (hypersensibilité), phản vệ (anaphylaxie), độc tố tế bào (cytotoxicité), hiện tượng Arthus (phenomene d'Arthus), quá mẫn muộn thường được đề cập tới bằng cách hỏi bệnh, luôn luôn phải cố gắng tìm một dị ứng nguyên trước khi điều trị để tránh tai biến mới.

II. DỊCH TỄ HỌC

Là biểu hiện thông thường chiếm 2 - 3% bệnh nhân nhập viện.

Biểu hiện trúng độc da thường gặp nhất là hồng ban (45%), mề đay, phù mạch (23%), hồng ban sắc tố cố định tái phát (5,4%), hội chứng Stevens-Johnson (4%), viêm da tróc vẩy (4%), nhạy cảm ánh sáng (3%).

Thường xảy ra ở người lớn tuổi, nhất là phụ nữ: do chuyển hóa thuốc giảm, chậm đào thải.

Đa số phản ứng nhẹ, thường kèm ngứa. Triệu chứng giảm nhanh sau khi ngưng thuốc. Tuy nhiên, có thể nặng, đe dọa tính mạng bệnh nhân và không tiên đoán được.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và bệnh sử. Các xét nghiệm trên cơ thể sống đa số khó thực hiện, không chính xác và có thể gây nguy hiểm. Chẩn đoán nguyên nhân thường khó vì bệnh nhân thường dùng nhiều thứ thuốc một lúc hoặc không biết mình đã uống thuốc gì.

III. LÂM SÀNG

1. PHÁT BAN DẠNG DÁT SẦN *(exanthèmes maculo-papuleux)*

- Thường gặp nhất.
- Sang thương là những dát hồng ban, sẩn hồng ban biến mất dưới kính đè, kích thước thay đổi, thường đối xứng, có thể kết hợp thành mảng.
- Đôi khi đi kèm với mề đay, xuất huyết nhẹ, có thể là hồng ban xuất huyết dạng sởi (morbiliforme), dạng rubeon (rubéoliforme) hoặc dạng tính hồng nhiệt (scarlatiniforme).
- Vị trí: khởi đầu ở thân mình, vùng tì đè hoặc chấn thương, lòng bàn tay, lòng bàn chân có thể bị.
- Triệu chứng cơ năng: ngứa trung bình hay nặng, sốt.
- Nguyên nhân: hầu hết những loại thuốc đều có thể gây ra phát ban này, nhưng thường nhất là sulfamides và ampicilline. Phát ban ampicilline thường xuất hiện ngày thứ 5 sau điều trị (nhưng cũng có thể sớm hơn hoặc muộn hơn), tần suất khoảng 5% và tăng hơn khi có những yếu tố thuận lợi như:
  + Nhiễm bạch cầu đơn nhân (50 – 100%).
  + Lymphome (50 – 80%).
  + Nhiễm virus (15%).
- Phát ban dát sẩn lành tính gặp 1-4% bệnh nhân điều trị với sulfamide.
- Một vài phát ban có thể tiến triển thành hoại tử thượng bì độc tính (nécrose epidermique toxique) hoặc đỏ da.

2. MỀ ĐAY VÀ PHÙ QUINCKE

- Mề đay là một phản ứng mạch máu của da.

- Lâm sàng: sang thương là sẩn hay mảng, ngứa dữ dội, có cảm giác như ong chích, bờ tròn hay không đều, giới hạn rõ. Màu sắc hồng nhưng trung tâm đôi khi trắng. Kích thước: điểm nhỏ đến mảng lớn, số lượng thay đổi.
- Vị trí: khu trú ở một vùng hay lan tỏa.
- Trong vùng mô tế bào dưới da lỏng lẻo như mi mắt, môi, cơ quan sinh dục ngoài: sự sưng phù dưới da có thể đi cùng với mề đay hoặc một mình.
- Diễn tiến: sang thương xuất hiện dữ dội, kéo dài vài phút hoặc vài giờ, và biến mất không để lại dấu vết.
- Thuốc: penicilline, aspirin, allopurinol, aminoglycosides, barbiturate, chlorpromazine, griseofulvine, hydantoine.

3. HỒNG BAN SẮC TỐ CỐ ĐỊNH TÁI PHÁT: *(fixed drug eruptions hoặc erythème pigmenté fixe)*

- Lâm sàng: sau khi uống thuốc, trên một hay nhiều vùng da của cơ thể xuất hiện một hay nhiều dát màu đỏ thẫm. Lúc đầu: ngứa, sau đó nổi những dát hồng ban hình tròn hoặc bầu dục, giới hạn rõ. Có thể trở thành sẩn phù màu tím hơi đen, hoặc nổi bóng nước chứa dịch trong.
- Vị trí chọn lọc: bàn tay, cổ tay, vùng hậu môn sinh dục và niêm mạc (những vết trợt).
- Diễn tiến: hồng ban sẽ biến mất sau vài ngày và để lại dát sắc tố tồn tại lâu dài. Nếu dùng thuốc đó lại: hồng ban sẽ tái phát lại ngay vị trí cũ mặc dù có thể có thêm những chỗ khác.
- Thuốc: đôi khi không rõ loại, đa số thuốc hạ nhiệt, barbiturique, phenolphtaleine, sulfamide, tetracycline.

4. HỒNG BAN ĐA DẠNG *(erythème polymorphe)*

- Tổn thương có tính chất viêm, cấp tính.
- Lâm sàng: thường có 2 dạng: hồng ban dát sẩn hoặc mụn nước, bóng nước. Sang thương gồm có: sẩn, mụn nước, bóng nước, ban xuất huyết. Sang thương đặc hiệu: hình tròn và nhiều vòng ly tâm. Ở trung tâm: lõm và có màu xanh tím. Ngoài ra có thể có 3 vòng: trung tâm là một mụn nước lớn, ở giữa là một vùng đỏ thẫm, và ngoài cùng là mụn nước nhỏ. Hình ảnh này được gọi là mụn rộp đồng tử (herpes iris). Sang thương thường không ngứa nhưng có cảm giác rát, phỏng.

Hồng ban đa dạng

- Vị trí thường đối xứng, ở mặt duỗi tứ chi như khuỷu, đầu gối, cổ tay, bàn tay. Lòng bàn tay: hiếm khi bị.
- Thể có sốt (hội chứng Stevens-Johnson): trong trường hợp này bệnh nhân có những dấu hiệu tổng quát và những tổn thương ở da, niêm mạc nặng. Những vết trợt ở kết mạc – mi mắt có thể để lại di chứng nặng.
- Thể có tổn thương niêm mạc trước: (bệnh ngoại bì nhiều lỗ của Fissinger Rendu: ectodermose pluri-orificielle de Fissinger Rendu).
- Thuốc: pyrazolés và thuốc chống viêm không stéroide khác, sulfamide, barbituriques, hydantoines, penicilline.

5. ĐỎ DA TOÀN THÂN TRÓC VẢY *(exfolitive dermatitis)*

- Mặc dù hầu hết các bệnh nhân đều có những triệu chứng lâm sàng giống nhau, nhưng yếu tố gây bệnh này thì rất nhiều.
- Lâm sàng: đỏ da tróc vảy toàn thân và rất ngứa. Bệnh khởi phát bằng những hồng ban sưng phù, lan tràn toàn thân rất nhanh và thường có những triệu chứng ngộ độc kèm theo. Da trở nên đỏ, sưng phù và có thể tiết dịch. Sự tróc vảy được biểu hiện rõ sau vài ngày. Kết mạc và niêm mạc đường hô hấp trên có thể bị ảnh hưởng do sự tróc vảy. Ngứa là triệu chứng rất thường gặp. Bệnh nhân thường có triệu chứng ớn lạnh do không có khả năng co mạch máu ngoài da. Nếu không điều trị, nhiễm trùng thứ phát có thể xảy ra.
- Thuốc: nhiều loại thuốc có thể gây ra đỏ da toàn thân. Rất khó có thể xác định được nguyên nhân gây bệnh vì không có thử nghiệm cận lâm sàng, còn thử nghiệm gây ra phản ứng lại thì có chống chỉ định. Thuốc thường gây ra bệnh là: barbituriques, sulfamides, kháng sốt rét tổng hợp.

6. CHÀM

Thuốc gây ra phát ban dạng chàm thì rất nhiều, một vài loại có thể được gợi ý như: penicilline, streptomycine, sulfamides, thuốc chống sốt rét,... và nhất là thuốc kháng histamin.

7. BAN XUẤT HUYẾT

- Có thể là dạng bầm máu (ecchymose) hay điểm xuất huyết (petechie).
- Kiểm tra hội chứng xuất huyết: đếm tiểu cầu, hồng cầu, bạch cầu. Tiểu cầu thường giảm, dấu hiệu Lacet (+), thời gian chảy máu tăng, tìm kháng thể kháng tiểu cầu.

- Thuốc: ACTH, allopurinol, barbituriques, chloroform, chlorothiazide, corticosteroides, coumarin, penicilline, quinidine, sulfamides.

8. MỤN TRỨNG CÁ

Nguyên nhân thường gây ra phát ban mụn trứng cá là do sử dụng thuốc corticoides. Phản ứng này có thể do thoa thuốc tại chỗ, dưới da hoặc toàn thân.

Tại chỗ

Sự sử dụng lâu dài những sản phẩm có chứa corticoides sẽ gây ra sự thay đổi ngoài da rất rõ ràng như: teo da (atrophy), vết rạn (vergeture), ban xuất huyết, dãn mạch, giảm sắc tố.

Chích dưới da

Tại chỗ chích: mô dưới da sẽ bị teo lại, dãn mạch, lõm xuống và mất sắc tố. Bệnh nhân không bị đau nhưng gây mất thẩm mỹ.

Corticoides toàn thân

- Bên cạnh những thay đổi như: ban xuất huyết, Cushing, vết rạn, da trở nên mỏng và dòn, rậm lông, tăng huyết áp, cườm mắt, loãng xương,... thì mụn trứng cá cũng là một biểu hiện thường gặp.
- Vị trí mụn trứng cá do thuốc: ngoài những vị trí tiết bã, còn có những nơi khác như cổ, chi trên. Sang thương có tính đơn dạng: sẩn nang lông chắc, nhỏ, có thể có mụn mủ.
- Tuổi: có thể ngoài tuổi thông thường của mụn trứng cá thiếu niên.
- Thuốc: corticoide, Vit B12, bromure, iodure, INH,...

9. SỰ THAY ĐỔI VỀ SẮC TỐ *(pigmentation changes)*

- Thuốc có thể làm thay sắc tố của da do nhiều cơ chế khác nhau:
  - Một số thuốc kích thích hoạt tính của hắc tố bào gây tăng sắc tố
  - Sự lắng đọng của thuốc cũng có thể gây tăng sắc tố nhất là đối với kim loại nặng như bạc, vàng, bismuth, thủy ngân.
  - Thuốc kháng sốt rét gây vàng da hay xám đen.
  - Thạch tín vô cơ tạo những sắc tố lan tỏa.
  - Zidovudine (điều trị AIDS) làm tăng sắc tố da và móng.
- Sự tăng sắc tố có còn do sự nhạy cảm ánh sáng. Bệnh viêm da dị ứng ánh sáng (photoallergic dermatitis) là một bệnh viêm da dị ứng do một chất nhạy cảm ánh sáng cùng với sự phơi bày ra ánh sáng ở một bệnh nhân nhạy cảm. Nếu chất gây nhạy cảm ánh sáng tác động bên trong: được gọi là photodrug dermatitis; nếu tác động bên ngoài: được gọi là photocontact dermatitis. Thuốc: thuốc kháng sốt rét tổng hợp, phenothiazine, sulfamides, hydantoine, thuốc ngừa thai, psoralene, minocycline, tetracycline.

10. HỒNG BAN NÚT

Hồng ban nút có 3 giai đoạn:

- Giai đoạn tiền triệu: không đặc hiệu 3 – 6 ngày với sốt, đau khớp, đôi khi kèm theo đau bụng hoặc trong bệnh cảnh nhiễm trùng mũi họng.
- Giai đoạn toàn phát: nốt đỏ ở cẳng chân, đầu gối, đùi hay cẳng tay. Số lượng ít từ 3 – 6 nốt hay nhiều hơn. Vị trí: ở 2 bên nhưng không bắt buộc đối xứng.
- Giai đoạn lui bệnh: tự nhiên và nhanh khi nghỉ ngơi hoặc điều trị triệu chứng.

Thuốc gây ra hồng ban nút cũng có thể rất nhiều, ví dụ như aspirine, kháng viêm không steroides, sulfamides,...

11. TEO VÀ XƠ TEO

- Tổn thương thường tại chỗ: do corticoides tại chỗ, insuline tại chỗ, vitamin K_1.
- Tổn thương toàn thân: bêta bloquants, lithium.

12. PHÁT BAN DẠNG VẢY NẾN, LICHEN

Một vài loại thuốc có thể làm khởi phát hoặc làm nặng thêm bệnh vảy nến như thuốc chống viêm không steroides, bêtabloquants, lithium,... do làm giảm hoạt tính của adenylcyclase và làm nặng thêm sự mất thăng bằng của nucléotides vòng ở lớp thượng bì vảy nến.

13. HOẠI TỬ DA DO COUMARIN *(coumarin necrosis of the skin)*

- Hiếm và là biến chứng nặng do sử dụng chất chống đông như coumarine. Thường xảy ra ở phụ nữ.
- Lâm sàng: khởi đầu đau tại chỗ, sau đó xuất hiện hồng ban trở thành màu đen xanh, tiến triển thành những mảng bầm máu, mảng hoại tử. Vị trí: đùi, vú, mông, tứ chi, bụng. Số lượng: một hoặc nhiều.
- Bệnh xảy ra ngay lúc đầu điều trị do giảm nhanh tỉ lệ protein C hay S.

14. MỘT VÀI PHÁT BAN ĐẶC BIỆT

Ban brôm

- Có trong thuốc ho, an thần, chống ngứa.
- Lâm sàng: phát ban đa dạng với mụn trứng cá, mề đay, hồng

ban, mụn mủ, tăng sản thượng bì (ban brôm sùi), sang thương loét, có mài, làm mủ (rất đau và có mùi hôi thối). Có thể có những nốt màu tím, dễ chẩn đoán lầm với u bạch huyết ác tính ngoài da. Có những mảng viêm dày và có nhiều mụn mủ ở bờ tương tự như nấm blastomycosis.

- Vị trí: khắp nơi, mặt (mũi, trán, thái dương), cẳng chân, móng.
- Tuổi: thường gặp ở trẻ em.
- Trong quá trình tiến triển có thể thêm tụ cầu vàng. Dự hậu: tốt nhưng để lại sẹo xấu.
- Chẩn đoán: tìm brôm trong huyết tương: thay đổi từ 25 – 400 mg/100ml. Nếu tìm thấy 75 mg/100ml: gợi ý nhiễm brôm nhưng mức độ nặng của da và độ brôm trong huyết tương không liên quan với nhau.
- Điều trị:
  - Ngưng thuốc có chất brôm.
  - Trong ngộ độc cấp: 2 – 4 g NaCl uống hàng ngày.
  - Trong những trường hợp nặng: ethacrynic acide làm giảm nhanh brôm và làm sạch sang thương da.

Ban iode (iododerma)

- Có trong thuốc bướu cổ, cản quang, suyễn, xơ cứng động mạch.
- Lâm sàng

Cơ năng: ói mửa, chảy nước mắt, nước mũi, buồn nôn.

Phát ban đa dạng:

  - Dạng thông thường nhất là mụn trứng cá gồm nhiều mụn mủ nang lông cấp tính bao quanh là 1 vùng xung huyết.
  - Bóng nước: đưa đến loét và đóng mài.
  - Nốt sùi hay dạng nấm. Chẩn đoán lầm với lymphoma ác tính hoặc ung thư tế bào đáy.

  - Ngứa, mề đay gặp trong thể nhẹ.
  - Ban xuất huyết, hồng ban đa dạng, hồng ban nút có thể gặp.
- Vị trí: vùng phơi bày ra ánh sáng (cổ, mặt, tay), nếp gấp, niêm mạc (miệng,sinh dục).
- Điều trị: tương tự ban brôm.

Nhiễm Arsenic

Cấp:

Do sự tăng nhạy cảm, có thể xảy ra trong một thời gian ngắn và chỉ có một liều rất thấp.

- Lâm sàng:
- Toàn thân: đau bụng, tiêu chảy, đau tứ chi, sốt, phù mi mắt, bàn tay và bàn chân.
- Da: hồng ban sẩn, mụn mủ và những phát ban bóng nước: hồng ban đa dạng bóng nước hoặc viêm da tróc vẩy.
- Diễn tiến:
- Lành bệnh lâu, da tróc thành mảng to, đôi khi để lại các đốm tăng sắc tố. Tử vong 10% do tổn thương phổi, thận.
- Chống chỉ định tuyệt đối: không sử dụng lại thạch tín

Mãn:

Dùng liều nhỏ nhưng thời gian sử dụng lâu sẽ gây tổn thương da vĩnh viễn dù ngưng thuốc.

- Nguyên nhân:
- Uống thuốc viên Asiatic, uống dung dịch Fowler (Fowler solution) để điều trị vẩy nến, động kinh, suyễn, sốt cao, viêm da; uống nước có hượng lớn Arsenic: thợ thuyền làm trong xí nghiệp phân bón, thuốc diệt côn trùng.

• Lâm sàng:

- Triệu chứng ít đặc hiệu: hồng ban dạng Pellagre, dạng vẩy nến, tổn thương móng với những sọc ngang.
- Triệu chứng đặc hiệu hơn: tăng sắc tố ở da với những dát giảm sắc tố rải rác ở thân mình giống như giọt mưa rơi.
- Triệu chứng đặc hiệu: dày sừng arsenic (arsenical keratoses) chủ yếu ở lòng bàn tay, lòng bàn chân nhưng có thể gặp ở vị trí khác.
- Ung thư tế bào gai và ung thư tế bào đáy có thể phát triển trên những cục sừng hoặc da lành. Những cục tăng sừng có thể xuất hiện chủ yếu ở những lỗ nang lông.
- Triệu chứng khác: ung thư do thạch tín (carcinoma arsenic) có thể có ở ống tiêu hóa, thanh quản, niệu sinh dục.

• Chẩn đoán xác định:

- Tìm thạch tín trong nước tiểu, tóc, móng. Bình thường trong nước tiểu có 0,005 – 0,04 mg/ngày. Trong ngộ độc cấp hoặc bán cấp: 0,1mg/ngày. Bình thường trong tóc có 0,008 – 0,025mg/100g. Bệnh lý: 0,1mg.

• Điều trị:

- Chất làm tiêu sừng: Vitamin A và theo dõi sang thương thường xuyên để phát hiện sự hóa ác.

IV. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào bệnh sử và lâm sàng.

- Dạng trúng thuốc: hồng ban sắc tố cố định tái phát rất dễ chẩn đoán, còn các dạng trúng thuốc khác cần phải chẩn đoán phân biệt với các bệnh da khác.

V. DIỄN TIẾN VÀ DỰ HẬU

Tùy theo dạng lâm sàng, hầu hết dự hậu đều khả quan, ngoại trừ trường hợp trúng thuốc dạng Stevens – Johnson.

VI. ĐIỀU TRỊ

- Ngưng tất cả những thuốc nghi ngờ là tác nhân gây ra bệnh.
- Xử trí các vấn đề có liên quan đến tổng trạng, toàn thân. Nếu có choáng phải xử trí ngay.
- Chống nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân.
- Vitamin C liều cao cần thiết cho mọi trường hợp.
- Dùng kháng Histamin uống nếu ngứa nhiều.
- Corticoides trong trường hợp nặng (Stevens - Johnson).

VII. PHÒNG BỆNH

PHÒNG BỆNH CẤP 1

- Những đối tượng trong gia đình có người bị trúng thuốc nên cẩn thận khi dùng thuốc dù mới lần đầu.
- Nếu dùng thuốc có chỉ định: cần kiểm tra huyết đồ, chức năng gan, G6PD.

PHÒNG BỆNH CẤP 2

Khi bệnh nhân bị trúng thuốc:

- Ngưng ngay những thuốc nghi ngờ.
- Thận trọng khi dùng thuốc.
- Dùng những thuốc thật cần thiết.

PHÒNG BỆNH CẤP 3

Trường hợp nặng, tỏa lan và biến chứng vào nội tạng → chuyển lên chuyên khoa da liễu.

VIII. KẾT LUẬN

Không nên dùng thuốc bừa bãi vì ngoài tác dụng trị bệnh, thuốc còn có tác dụng độc hại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Domonkos A. Diseases of the Skin 1990, tr.114-28.
2. Fitz patrick's: Dermatology in General Medicine 1999, p.1633-39.
3. Nguyễn Văn Ứt: Da Liễu thực hành 1991, tr.198-205.
4. Saurat J.H. Dermatologie et Vénéréologie 1999, P.345-53.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn câu đúng

1. Dạng trứng độc da do thuốc:teo và xơ teo thường gặp khi sử dụng:
   - a. Sulfamide
   - b. Tetracycline
   - c. Becozyme chích
   - d. Corticoides tại chỗ
   - e. Peniciline chích

2. Corticoides xử trí trong trường hợp:
   - a.Bất cứ dạng trứng thuốc nào
   - b.Ngộ độc Arsenic mãn
   - c.Hồng ban sắc tố cố định tái phát
   - d.Teo và xơ teo
   - e.Hội chứng Steven Johnson

3. Mề đay:
   - a. Biến mất không để lại vết tích
   - b. Tồn tại vĩnh viễn
   - c. Không ngứa
   - d. Có mụn nước ở giữa
   - e. Thường xuất hiện ở chi

4. Vị trí của hồng ban đa dạng:
   - a. Chỉ gặp ở vùng niêm mạc
   - b. Thường gặp ở lòng bàn tay, lòng bàn chân
   - c. Thường gặp ở tứ chi, lưng bàn tay, lưng bàn chân
   - d. Mặt trước cổ tay, kẽ ngón
   - e. Bẹn và nách

5. Đặc tính nào sau đây không phải là của hồng ban sắc tố cố định tái phát:
   - a. Dát hồng ban
   - b. Bóng nước
   - c. Sẩn phù
   - d. Vết sướt
   - e. Dát sắc tố tồn tại sau khi bệnh hết

6. Đặc tính nào không gặp trong ban bròm:
   - a. Mụn trứng cá
   - b. Mề đay
   - c. Mụn mủ
   - d. Loét
   - e. Ban xuất huyết

7. Ban bròm có thể bị chẩn đoán lầm với:
   - a. Ung thư tế bào gai
   - b. Lao sùi
   - c. Lympho ác tính ngoài da
   - d. Giang mai sùi
   - e. Ung thư tế bào đáy

8. Để chẩn đoán xác định ngộ độc Arsenic, ta phải tìm Arsenic trong:
   - a. Máu
   - b. Sinh thiết da
   - c. Trong nước tiểu
   - d. Trong tóc và móng
   - e. c và d đúng

9. Triệu chứng "giọt mưa rơi" thường gặp trong:
   - a. Ngộ độc Brom
   - b. Ngộ độc Arsenic cấp
   - c. Ngộ độc Arsenic mãn
   - d. Ngộ độc Sulfamide
   - e. Tất cả đều sai

10. Diễn tiến của trúng thuốc hồng ban nút:

a. Nốt kết dính thành mảng

b. Tồn tại vĩnh viễn,phải cắt bỏ mới hết

c. Vỡ ra tạo ổ loét sâu

d. Vỡ ra tạo các nốt sùi,có mùi hôi thối

e. Biến mất tự nhiên và nhanh khi nghỉ ngơi và điều trị triệu chứng

11. Trúng thuốc dạng hoại tử da do chất chống đông "Coumarin"là:

a. Dạng trúng thuốc thường gặp

b. Biến mất nhanh khi ngưng thuốc

c. Sang thương là gôm, tạo thành cầu sẹo

d. Do giảm nhanh Protein C hay S

e. Thường gây tổn thương quanh lỗ thiên nhiên

12. Thuốc Tetracycline thường gây dạng trúng thuốc nào:

a. Hồng ban nút

b. Ban xuất huyết

c. Xạm da do nhạy cảm ánh sáng

d. Đỏ da toàn thân tróc vảy

e. Phát ban dạng Lichen

13. Triệu chứng nào là của mụn trứng cá do thuốc:

a. Vị trí vùng tiết bã

b. Sang thương đa dạng

c. Thường gặp tuổi dậy thì

d. Không có tổn thương còi

e. Tất cả các câu trên đều đúng

14. Sang thương mụn dộp đồng tử thường gặp trong:

a. Bệnh bóng nước Pemphigus

b. Bệnh Duhring

c. Bệnh chốc

d. Bệnh mụn rộp (herpes)

e. Hồng ban đa dạng

Chọn câu sai

15. Triệu chứng Stevens – Johnson:

a. Sốt

b. Tổn thương quanh lỗ thiên nhiên

c. Bóng nước ở thân mình

d. Ban xuất huyết

e. Dày sừng lòng bàn tay, lòng bàn chân.

16. Chẩn đoán trúng độc da do thuốc dựa vào:

a. Bệnh sử

b. Triệu chứng lâm sàng

c. Triệu chứng cận lâm sàng

d. Có thể có tiền sử trúng thuốc cùng loại

e. Triệu chứng lâm sàng có thể tốt hơn khi ngưng nguyên nhân gây ra bệnh

17. Mụn trứng cá do thuốc:

a. Xuất hiện ở mọi lứa tuổi

b. Chỉ xuất hiện ở vùng tiết bã

c. Sang thương có tính đơn dạng

d. Nguyên nhân có thể do thuốc Corticoides

e. Nguyên nhân có thể do thuốc sinh tố B12

Đối chiếu

18.

A. Sang thương nhiều vòng ly tâm	a. Nhiễm Arsenic mãn
B. Sẩn phù	b. Hồng ban sắc tố cố định tái phát
C. Dát giảm sắc tố tương tự giọt mưa rơi	c. Hồng ban đa dạng
D. Dát sắc tố tồn tại lâu	d. Mề đay, phù Quincke
E. Sẩn,mụn mủ	e. Mụn trứng cá do thuốc

Đáp án

1.d	2.e	3.a	4.c	5.d	6.e	7.c	8.e
9.c	10.e	11.d	12.c	13.d	14.e	15.e	16.c
17.b	18. A-c, B-d, C-a, D-b, E-e						

ĐỎ DA TOÀN THÂN

BS. Trần Thị Thanh Mai

MỤC TIÊU

1. Mô tả được ba nhóm triệu chứng: da, toàn thân, cơ năng.
2. Nêu được bốn dạng lâm sàng của đỏ da toàn thân.
3. Nêu được năm xét nghiệm cần thực hiện trong hội chứng đỏ da toàn thân.
4. Nêu được bốn loại biến chứng có thể gặp trong hội chứng đỏ da toàn thân.
5. Nêu được năm nhóm nguyên nhân của hội chứng đỏ da toàn thân.
6. Nêu được hai nguyên tắc điều trị hội chứng đỏ da toàn thân.

I. ĐẠI CƯƠNG

Người ta gọi đỏ da toàn thân khi toàn bộ hoặc phần lớn diện tích da trở nên đỏ và tróc vẩy.

Đỏ da toàn thân là một hội chứng chứ không phải là một bệnh, có 3 đặc điểm chính sau:

- Toàn thể (> 90% diện tích da)
- Trầm trọng
- Tiến triển kéo dài (vài tuần đến vài tháng)

Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, từ trẻ sơ sinh đến người cao

tuổi. Theo Saurat, tỷ lệ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ. Tần suất từ 1 – 2 ca/100.000 dân và thay đổi theo vùng địa lý.

Bệnh có thể nguyên hoặc thứ phát sau một bệnh da có sẵn. Có rất nhiều nguyên nhân gây bệnh, trong đó trúng độc da do thuốc và thứ phát sau một bệnh da là thường gặp nhất.

II. LÂM SÀNG

1. TRIỆU CHỨNG Ở DA

- Hồng ban: toàn thân, chiếm hơn 90% diện tích da, màu đỏ, cường độ thay đổi theo thời gian.
- Vẩy: có thể sớm hoặc muộn, ở bất cứ giai đoạn nào của hồng ban, vẩy có thể mỏng và vụn như cám, hoặc tróc thành phiến lớn.

Ngoài ra, còn có thể gặp các sang thương sau:

- Phù nề: ở hai chi dưới hoặc toàn thân, phù nề ở mặt có thể làm biến dạng mặt: mặt có các nếp cuộn tròn, dày giống như mặt sư tử kèm theo lộn mi.
- Mụn nước: trên bề mặt hồng ban, có thể phát hiện được bằng nhìn hoặc sờ; có tiết dịch hoặc không tiết dịch.
- Rối loạn sắc tố: kiểu tăng sắc tố lan tỏa hoặc giảm sắc tố.
- Tăng sừng: lòng bàn tay, bàn chân, bong vẩy thành phiến, các ngón tay như mang găng, nứt, đau đớn, hạn chế cử động gập, duỗi ngón.
- Niêm mạc cũng có thể tổn thương biểu hiện bằng: viêm lưỡi, viêm kết mạc, viêm miệng.
- Trong trường hợp nặng, có thể gây rụng tóc, lông mi, lông mày và tổn thương móng.

2. TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN

- Sốt cao hoặc hạ nhiệt độ do rối loạn thân nhiệt, nhất là về đêm gần sáng.
- Có thể có gan lách to hoặc chứng vú to.

3. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

- Ngứa: thay đổi tùy cơ địa bệnh nhân, gây mất ngủ và các tổn thương do cào gãi dẫn đến bội nhiễm.
- Rùng mình ớn lạnh.
- Giới hạn vận động do da trở nên "quá chật".

III. DẠNG LÂM SÀNG

Tùy theo triệu chứng nào chiếm ưu thế mà người ta phân ra 4 dạng lâm sàng của đỏ da toàn thân:

- Toàn thân tróc vẩy, mụn nước, phù nề: trong đó có sự bong vẩy thứ phát
- Đỏ da toàn thân tróc vẩy khô với vẩy lớn dạng vẩy nến, kiểu Wilson-Brocq (1882) hoặc vẩy nhỏ dạng phấn kiểu Hebra-Kaposi (1862)
- Đỏ da toàn thân dạng sốt tinh hồng nhiệt
- Đỏ da toàn thân kiểu Ofuji gặp ở nam, lớn tuổi, biểu hiện bằng các sẩn và sang thương chứa các nếp lớn

Dựa vào tiền sử bệnh và triệu chứng học giúp chẩn đoán căn nguyên của hội chứng đỏ da toàn thân, tuy nhiên không có sự tương ứng hoàn toàn giữa dạng lâm sàng và căn nguyên, hơn nữa những dạng lâm sàng khác nhau có thể xảy ra trên cùng một bệnh nhân.

IV. NGUYÊN NHÂN

Có năm nhóm nguyên nhân chính.

A. MẮC PHẢI Ở NGƯỜI LỚN

1. Bệnh lý da dẫn đến đỏ da toàn thân (27 – 66%)
- Chàm
- Viêm da tiết bã
- Vẩy nến
- Lichen phẳng
- Pemphigus lá
- Vẩy phấn đỏ nang lông
- U lymphô quang hóa

2. Đỏ da toàn thân do thuốc (5 – 40%)

3. Bệnh lý máu có biểu hiện da (2 – 48%)
- Mycosis fungoide
- Hội chứng Sézary

4. Đỏ da toàn thân do các nguyên nhân khác (0 – 13%)
- Nhiễm khuẩn: vi khuẩn, nấm và ký sinh trùng (ghẻ Nauy)
- Đỏ da toàn thân do AIDS
- Phản ứng loại mảnh ghép
- Cận tăng sinh

5. Đỏ da toàn thân nguyên phát (10 – 46%)

B. TRẺ SƠ SINH VÀ NHŨ NHI
- Vẩy cá
- Viêm da tiết bã (bệnh Leiner – Moussous)
- Nhiễm tụ cầu (ly thượng bì do tụ cầu cấp)
- Chàm
- Bệnh mô bào
- Các nguyên nhân gây đỏ da ở người lớn

Bảng 1: *Các nguyên nhân của hội chứng đỏ da toàn thân*

1. ĐỎ DA TOÀN THÂN THỨ PHÁT SAU BỆNH DA CÓ SẨN

• *Chàm*

- Có thể lan rộng toàn thân để trở thành đỏ da toàn thân tróc vẩy ướt ở giai đoạn cấp. Ở giai đoạn bán cấp gây đỏ da toàn thân tróc vẩy khô.
- Lâm sàng: ngoài sang thương hồng ban tróc vẩy còn có mụn nước, mảng da dày lichen hóa.

• *Vẩy nến*

- Thường do sử dụng corticoid uống hoặc bôi, cũng có thể sau khi sử dụng các loại thuốc khác như muối vàng, kháng sốt rét tổng hợp, kháng viêm không steroid.
- Da đỏ tươi không còn vùng da lành, nghiệm pháp Brocq âm tính, tổng trạng suy giảm, da khó trở lại bình thường.

• *Lichen phẳng*

- Ngoài sang thương hồng ban tróc vẩy còn có các sẩn phẳng đa giác màu tím, lâng bông, rất ngứa.
- Vị trí đặc hiệu như nếp gấp của cổ tay, cẳng tay, mặt trước và trong đùi.

• *Pemphigus lá*

- Gây đỏ da toàn thân tróc vẩy tiết dịch.
- Chẩn đoán dựa vào: bóng nước và vết tích bóng nước, Nikolsky dương tính.
- Giải phẫu bệnh và miễn dịch huỳnh quang (kháng thể chống cầu nối liên bào qua phương pháp miễn dịch huỳnh quang gián tiếp và phát quang hình tổ ong qua phương pháp miễn dịch huỳnh quang trực tiếp).

• *Vẩy phấn đỏ nang lông*

- Sang thương hồng ban, tróc vẩy, các sẩn nang lông ở vị trí đặc biệt: gối, khủy, mặt lưng các ngón tay.

2. ĐỎ DA TOÀN THÂN DO THUỐC

Các thuốc có thể gây đỏ da toàn thân:

- Thuốc kháng sinh: bêta-lactam, INH, Minocycline, Streptomycine, Neomycine.
- Thuốc chống động kinh: Carbamazepin, Phenobarbital, Oxacarbamazepin, Phenytoin.
- Các thuốc kháng viêm không steroid: Piroxicam, Phenylbutazon, Paracetamol.
- Thuốc kháng sốt rét tổng hợp: Hydroxychloroquin, Mefloquin.
- Thuốc chống loét dạ dày: Cimetidin, Ranitidin, Omeprazol.
- Allopurinol
- Clodronal
- Codein
- Corticoid: Budenosid, Metylprednisolon
- Cytokine: GMCSF, MCSF, IFN-g, INF-a, IL-2
- Dapson.
- Thuốc hạ huyết áp: Captopril, ức chế calci (Nifedipin, Diltiazem)
- Phenothiazin
- Salazosulfapyridin
- Muối vàng
- Sulfamide
- Thalidomide
- Trimethoprim
- Zidovudin

Có nhiều loại thuốc có thể gây đỏ da toàn thân nhưng thường gặp nhất là kháng sinh (bêta-lactam, INH, streptomycin, sulfamide), thuốc chống động kinh (carbamazepin, oxacarbamazepin, phenobarbital), thuốc chống viêm không steroid (piroxicam, phenylbutazon), thuốc chống sốt rét tổng hợp (hydroxyxhloroquin, mefloquin) thường gây đỏ da toàn thân tróc vẩy khô.

Chẩn đoán dựa vào sự bộc phát của các bệnh sau khi dùng thuốc.

3. ĐỎ DA TOÀN THÂN DO CÁC BỆNH LÝ CỦA MÁU

- Đỏ da toàn thân mãn kháng trị với các điều trị triệu chứng.
- Chẩn đoán dự vào mô học, với sự hiện diện của tế bào Sézary, tìm thấy tế bào Sézary trong máu.
- Các bệnh lý như Hodgkin, u lymphô da nguyên phát, bệnh bạch cầu, mycosis fongoide.... cũng gây đỏ da toàn thân. Sang thương gồm các vùng da tấm nhuận, hạch to toàn thân, ngứa dữ dội, liên tục, không đáp ứng với thuốc kháng histamin.

4. ĐỎ DA TOÀN THÂN DO CÁC NGUYÊN NHÂN KHÁC

• *Nhiễm trùng*

- Vi khuẩn: do các loại vi khuẩn sinh mủ như liên cầu khuẩn và tụ cầu khuẩn có thể gây đỏ da toàn thân tróc vẩy và còn tìm thấy các ổ nhiễm khuẩn như: amiđan, viêm da mủ, nhiễm khuẩn huyết.
- Nấm: đỏ da toàn thân do candida và dermatophyte có thể gặp ở những người suy giảm miễn dịch.
- Ký sinh trùng: ghẻ Nauy
  + Gặp trên cơ địa suy nhược, giảm miễn dịch.
  + Sang thương gồm: hồng ban tróc vẩy, mụn nước, vết tích mụn nước ở các vị trí đặc biệt: xung quanh rốn, mặt trong đùi, kẽ tay, rãnh liên móng. Dày sừng lòng bàn tay, bàn chân.

• *Đỏ da toàn thân do AIDS*

• *Đỏ da toàn thân do phản ứng với các mảnh ghép*

• *Bệnh lý cận tân sinh*

Ngoài các bệnh lý về máu nói trên, các loại ung thư cũng gây đỏ da toàn thân như ung thư biểu mô (phổi, thực quản), ung thư biểu mô tuyến (tuyến tiền liệt, tuyến giáp), u sắc tố ác tính.

5. ĐỎ DA TOÀN THÂN NGUYÊN PHÁT

Thường nam nhiều hơn nữ tỷ lệ nam/nữ = 6,6/1, kết hợp dày sừng lòng bàn tay, bàn chân.

6. Ở TRẺ SƠ SINH VÀ NHŨ NHI

Ngoài bệnh đỏ da toàn thân vẩy cá bẩm sinh di truyền theo thể lặn và bệnh Leiner Moussous, các nguyên nhân gây bệnh đỏ da toàn thân khác cũng giống như ở người lớn.

CẬN LÂM SÀNG

1. Huyết đồ

- Thiếu máu: 12% trường hợp, đẳng sắc hoặc nhược sắc với giảm sắt (Fe) trong huyết thanh. Có thể thiếu máu nguyên hồng cầu khổng lồ do không hấp thụ được axit folic.
- Bạch cầu tăng, chủ yếu là bạch cầu ưa eosin.
- Có thể tìm thấy tế bào Sézary.

2. Tốc độ lắng máu

- Tăng cao.

3. Đạm máu

- Albumin giảm và globulin đa dòng tăng.
- Albumin giảm do mất qua da hoặc phối hợp với bệnh lý đường tiêu hóa hoặc không rõ cơ chế.

4. Ion đồ máu

- Giúp đánh giá tình trạng mất nước và suy thận do giảm thể tích.

5. Mô học: da và hạch

• *Da:*

Trong đa số trường hợp không có dấu hiệu đặc biệt, ngay cả trong trường hợp có bệnh lý da trước khi đỏ da toàn thân.

- Thượng bì: lớp gai dày, hiện tượng tăng sừng và á sừng, hiện tượng xốp bào hình thành mụn nước.
- Bì: thâm nhiễm tế bào lymphô và bạch cầu đa nhân, xung quanh mạch máu có thể có sự thâm nhiễm của tế bào bón.

• *Hạch:*

- Viêm hạch bạch huyết do bệnh lý da, thâm nhiễm tế bào mô bào xung quanh nang, mô bào chứa sắt, sắc tố melanin và mỡ.

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Bệnh tiến triển kéo dài từ hàng tuần đến hàng tháng, hoặc tái phát trong đỏ da toàn thân do châm, dai dẳng trong đỏ da toàn thân vẩy nến. Nếu điều trị không kịp thời, đúng đắn sẽ dẫn đến các biến chứng sau:

- Bội nhiễm da: nhất là tụ cầu khuẩn có thể gây nhiễm trùng toàn thân.
- Các biến chứng do bệnh nhân nằm lâu: mảng mô hoại tử do nằm, bội nhiễm phổi, huyết khối nghẽn mạch.
- Các biến chứng do: bệnh nhân lớn tuổi hoặc bệnh lý tim mạch từ trước gây suy tim.
- Các biến chứng khác: châm hóa hoặc bị kích thích thuốc do bôi, các biến chứng do sử dụng corticoid, thuốc giảm miễn dịch.

VI. PHÒNG BỆNH

Chỉ sử dụng thuốc khi thật cần thiết (đúng chỉ định), để tránh các tai biến do thuốc (đỏ da toàn thân do thuốc) và cần theo dõi sát nhằm phát hiện kịp thời các tai biến do thuốc để xử lý kịp thời, hiệu quả.

Khi có bệnh về da, cần được chẩn đoán sớm và điều trị đúng đắn để không bị biến chứng đỏ da toàn thân vẩy nến, không được sử dụng corticoid bừa bãi vì có thể dẫn đến biến chứng đỏ da toàn thân.

Đối với các bệnh nhân đỏ da toàn thân, việc điều trị cần tiến hành đầy đủ (điều trị triệu chứng và căn nguyên nếu có thể) để không dẫn đến những biến chứng nặng nề.

VII. ĐIỀU TRỊ

Điều trị đỏ da toàn thân bao gồm điều trị triệu chứng và điều trị nguyên nhân, việc điều trị triệu chứng nhằm làm giảm các triệu chứng viêm ở da và phòng ngừa các biến chứng.

1. Điều trị tại chỗ

- Đối với đỏ da toàn thân tróc vẩy khô, dùng thuốc làm mềm da: dầu kẽm, hồ nước, pommade salicylé.

- Đối với đỏ da toàn thân tróc vẩy ướt (mụn nước, phù nề, tiết dịch), cần được săn sóc như với bệnh nhân bỏng.

2. Điều trị toàn thân

- Kháng histamin
- Kháng sinh thích hợp, chống nhiễm khuẩn
- Điều trị hỗ trợ: bù nước, điện giải, chế độ dinh dưỡng nuôi ăn bằng sonde hoặc dịch truyền (cần hạn chế vì có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn)
- Đối với đỏ da toàn thân do vẩy nến, có thể sử dụng methotrexate, etretinate, liệu pháp PUVA.
- Trong trường hợp đỏ da toàn thân do bệnh vẩy phấn đỏ nang lông, có thể sử dụng isotretinoin hoặc methotrexate.
- Corticoid: chỉ mang lại lợi ích tức thời nhưng có thể gây bùng phát bệnh vẩy nến hoặc vẩy nến mủ do đó cần cẩn thận khi sử dụng.

VIII. TIÊN LƯỢNG

- Tiên lượng phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh.
- Tiên lượng tốt ở bệnh chàm nhưng thường tái phát.
- Dai dẳng và khó trị ở bệnh vẩy nến.
- Tiên lượng xấu ở bệnh ung thư gây đỏ da toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arnol H.L. Andrew's Diseases of the skin. Clinical Dermatology – 8th edition W.B Saunders company, 1990, p.223-36.
2. Boserandi J.J: Erythrodermie, Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles, Saurat J.H et col, 3rd edition, Masson, 1999, p.75-79.

3. Degoe R. Dermatologie 1977, T.1, p.209-15.
4. Harrison's Principles of Internal Medicine, Vol.1, p.312-13, 14th edition, 1998.
5. Irvin M.F. Exfoliative Dermatitis. Dermatology in General Medicin, 5th edition, Vol.1, p.534-37.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Chọn câu đúng

1. Đỏ da toàn thân là một hội chứng có hai sang thương da chính sau:
   a. Hồng ban, mụn nước
   b. Hồng ban, tróc vẩy
   c. Hồng ban, phù nề
   d. Hồng ban tăng sắc tố
   e. Hồng ban, dày sừng lòng bàn tay, bàn chân

2. Đỏ da toàn thân là hội chứng của nhiều nguyên nhân hay gặp là:
   a. Thuốc
   b. Bệnh chàm
   c. Bệnh vẩy nến
   d. a, b, c đúng
   e. a, b đúng

3. Các thuốc có thể gây bệnh đỏ da toàn thân là:
   a. Carbamazepin
   b. Piroxycam
   c. Captopril
   d. a, b đúng
   e. a, b, c đúng

4. Các nguyên nhân gây bệnh đỏ da toàn thân ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi là:
   a. Bệnh vẩy cá bẩm sinh
   b. Bệnh Leiner – Moussous
   c. Ly thượng bì do tụ cầu
   d. a, b, c đúng
   e. a, b đúng

5. Trong hội chứng đỏ da toàn thân, loại thiếu máu có thể gặp là:
   a. Thiếu máu đẳng sắc
   b. Thiếu máu nguyên hồng cầu khổng lồ
   c. Thiếu máu nhược sắc
   d. Thiếu máu tăng sắc
   e. a, b, c đúng

6. Trong hội chứng đỏ da toàn thân, albumin trong máu giảm do:

a. Mất qua da
b. Không rõ cơ chế
c. Phối hợp bệnh lý đường tiêu hóa
d. a, b, c đúng
e. a, b đúng

7. Việc điều trị đỏ da toàn thân bao gồm:

a. Điều trị giảm triệu chứng viêm ở da
b. Phòng ngừa các biến chứng
c. Điều trị căn nguyên nếu có thể
d. a, b, c đúng
e. a, b đúng

8. Các thuốc sau đây có thể sử dụng trong điều trị hội chứng đỏ da toàn thân:

a. Kháng sinh
. Kháng histamin
c. Liệu pháp PU VA
. Liệu pháp Re-PUVA
e. a, b, c đúng

9. Các phương pháp điều trị sau cần thận trọng trong điều trị hội chứng đỏ da toàn thân:

a. Sử dụng kháng sinh kéo dài
b. Truyền dịch tĩnh mạch
c. Nuôi ăn bằng sonde
d. a, b đúng
e. a, b, c đúng

10. Triệu chứng sau có thể gặp trong hội chứng đỏ da toàn thân:

a. Rụng tóc, lông mi, lông mày
b. Rối loạn sắc tố
c. Rối loạn cảm giác
d. a, c đúng
e. a, b đúng

Chọn câu sai

11. Các sang thương sau đây có thể gặp trong hội chứng đỏ da toàn thân:

a. Hồng ban mụn nước, phù nề
b. Hồng ban, tăng sừng lòng bàn tay bàn chân
c. Tăng sắc tố lan tỏa

d. Hồng ban tăng sừng điểm
e. Rụng tóc, lông mi, lông mày

12. Các biến chứng sau đây có thể gặp trong hội chứng đỏ da toàn thân:

a. Suy tim
b. Bội nhiễm
c. Suy gan
d. Chàm hóa, kích ứng da do thuốc bôi
e. Huyết khối

13. Các thuốc sau đây có thể sử dụng trong điều trị hội chứng đỏ da toàn thân:

a. Disulone
b. Isotretinoin
c. Lamprene
d. Methotrexate
e. a, c đúng

14. Các loại thuốc bôi có thể sử dụng trong điều trị hội chứng đỏ da toàn thân:

a. Cortibion
b. Dầu kẽm
c. Hồ nước
d. Pommade Salicylé
e. Dung dịch Millian

15. Xét nghiệm sau đây được thực hiện trong đỏ da toàn thân:

a. Công thức máu (huyết đồ)
b. Đạm máu
c. Ion đồ/nước tiểu
d. Sinh thiết da
e. Ion đồ máu

Đáp án

1.b	2.d	3.e	4.d	5.e	6.d	7.d	8.e
9.d	10.e	11.d	12.c	13.e	14.a	15.c	

BỆNH PEMPHIGUS

BS. Nguyễn Thị Ngọc Mỹ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài học này, sinh viên có khả năng:

1. Nêu được những dấu hiệu chính (lâm sàng và cận lâm sàng) để chẩn đoán bệnh pemphigus thông thường.
2. Phân biệt được bốn thể lâm sàng khác của bệnh pemphigus.
3. Lập được bảng so sánh về lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh pemphigus thông thường với các bệnh da bóng nước thường gặp (viêm da dạng herpes, bóng nước dạng pemphigus, hồng ban đa dạng bóng nước).
4. Nêu được dịch tễ học, biện pháp phòng bệnh và cách xử trí bệnh pemphigus thông thường.

I. ĐẠI CƯƠNG

Danh từ "pemphigus" trước đây đồng nghĩa với bóng nước (bulle) hay phỏng nước (phlyctène). Ngày nay, nó được dành riêng cho một nhóm bệnh có đặc điểm là: mất sự kết dính giữa các tế bào thượng bì, được biểu hiện trên lâm sàng là hình ảnh bóng nước và trên mô học là hiện tượng tiêu gai (acantholyse).

Trong bệnh pemphigus, sự hình thành bóng nước trong thượng bì

là do sự gắn kết tự kháng thể. Nhóm bệnh da có tiêu gai này là do một cơ chế tự miễn điển hình trong miễn dịch bệnh lý ở người.

Phân loại:

Dựa trên mô học, người ta phân biệt 2 nhóm bệnh pemphigus chính:

- Pemphigus "sâu" (pemphigus "profonds"): sự tách (clivage) xảy ra ở sâu trên màng đáy, gồm có:
  - Pemphigus thông thường (pemphigus vulgaire)
  - Pemphigus sùi (pemphigus végétant)
- Pemphigus "nông" (pemphigus "superficiels"): sự tách xảy ra ở nông, dưới lớp sừng, ở lớp hạt, gồm có:
  - Pemphigus đỏ da (pemphigus érythémateux) hay pemphigus tiết bã (pemphigus séborrhéique)
  - Pemphigus lá (pemphigus foliacé)
- Thể đặc biệt: pemphigus do thuốc

DỊCH TỄ HỌC

- Tỉ lệ bệnh hiện mắc (prévalence) của cả 2 thể (pemphigus thông thường và pemphigus lá) ở nam và nữ gần ngang nhau.
- Tuổi trung bình lúc khởi bệnh là khoảng 50 – 60 tuổi, tuy nhiên có thể gặp ở người già và trẻ em.
- Pemphigus thông thường thường gặp ở người Do Thái và người có nguồn gốc từ Địa Trung Hải.
- Do đó tỉ lệ bệnh mới mắc (incidence) có khuynh hướng cao hơn ở nơi có nhiều người Do Thái và người có nguồn gốc Địa Trung Hải:
  + Jérusalem: 1,6 cho 100.000 dân.
  + Connecticut: 0,42 cho 100.000 dân.
- Tỉ lệ bệnh mới mắc thấp hơn nhiều ở nơi có rất ít người Do thái

và người có nguồn gốc Địa Trung Hải. Ở Phần Lan: 0,76 cho 1.000.000 dân.

- Ở New York và Los Angeles, tỉ lệ giữa pemphigus thông thường và pemphigus lá là khoảng 5/1, còn ở Phần Lan là khoảng 0,5/1.
- Tỉ lệ bệnh hiện mắc ở những người dùng pénicillamine là khoảng 5%.

II. PEMPHIGUS THÔNG THƯỜNG: (Pemphigus vulgaire)

Bệnh pemphigus thông thường là một bệnh da có bóng nước tự miễn, khá phổ biến ở nước ta. Bệnh gặp ở cả hai phái trong độ tuổi từ 40 – 60, có diễn tiến mãn tính với những cơn bộc phát liên tục, cho tử vong cao trước khi có thuốc corticoides.

Một số thuốc có thể gây ra bệnh pemphigus thông thường: D-pénicillamine, phenylbutazone, captopril, piritinol, thioprine, pénicilline, ampicilline, rifampicine, piroxicam, heroine, b-bloquants.

Bệnh pemphigus thông thường có thể kết hợp với:

+ Bệnh tự miễn: u tuyến ức có hay không có nhược cơ, viêm đa khớp dạng thấp, bệnh lupút đỏ,...
+ Bệnh tân sinh dạng lymphô (néoplasies lymphoides).

Đây là một bệnh tự miễn nặng cần được chẩn đoán và điều trị sớm.

1. LÂM SÀNG

• ***Khởi phát***

Bệnh khởi phát không tiền chứng. Hơn phân nửa các trường hợp khởi đầu ở niêm mạc miệng.

Ở niêm mạc miệng, bóng nước bể nhanh cho những vết trợt giới hạn rõ, hình tròn hay đa cung, rất đau, gây khó khăn trong vấn đề ăn uống.

Tổn thương có thể khu trú ở niêm mạc miệng trong nhiều tháng. Trong giai đoạn này, thường hay chẩn đoán lầm với một viêm miệng thông thường hay bệnh aphte.

Ngoài ra, bệnh có thể khởi phát với những vết trợt ở niêm mạc sinh dục, đôi khi ở kết mạc mắt hay bằng những tổn thương rỉ nước, đóng mài ở da đầu, rốn, vùng nách, kẽ của một hay nhiều móng.

• ***Toàn phát***

Phát ban bóng nước toàn thân đôi khi xảy ra đột ngột vài tuần hay vài tháng sau một khởi phát khu trú.

Bóng nước có kích thước lớn, thường chùng, nằm rời rạc trên nền da bình thường, không viêm, rất dễ bể, để lại những mảng trợt da, rịn nước, có hình tròn hay bầu dục, được bao quanh bởi một viền thượng bì bong tróc. Lành sẹo chậm. Dấu hiệu Nikolsky dương tính.

Tổn thương được phân bố khắp nơi, tập trung nhiều ở điểm tì đè, nách, vùng chậu. Âm đạo, cổ tử cung, trực tràng, thực quản,... cũng có thể bị tổn thương.

Dấu hiệu Nikolsky dương tính

• ***Tổng trạng bệnh nhân***

Sớm bị ảnh hưởng, suy kém dần (do những cơn bộc phát liên tục). Bệnh nhân có thể có nóng sốt, rối loạn tiêu hóa, gầy ốm dần. Khi phát ban nhiều, bệnh nhân giống như người bị phỏng nặng.

2. CẬN LÂM SÀNG

Chẩn đoán tế bào học của sàn bóng nước: (TZANCK,1947)

Cạo nhẹ sàn bóng nước với ngòi bút trống trái, phết lên kính rồi đem nhuộm Giemsa. Dưới kính hiển vi, ta thấy những tế bào tiêu gai: là những tế bào thượng mô to, hình tròn hay đa cung, rất ưa kiềm, có nhân quái, phù nề, phì đại với chất nhiễm sắc sậm màu có nhiều hạt nhân.

Mô học: (sinh thiết lấy nguyên một bóng nước không cho bể)

Bóng nước trong thượng bì kèm tiêu gai sâu trên màng đáy. Trong dịch bóng nước chứa bạch cầu đa nhân trung tính, lymphô bào. Ở lớp bì, có đám thâm nhiễm kín đáo.

Miễn dịch huỳnh quang

Trực tiếp (ở da bên cạnh bóng nước): lắng đọng IgG hình mạng lưới trên các màng bào tương của các tế bào sừng (kératinocytes).

Gián tiếp: Kháng thể lưu thông IgG kháng màng bào tương của các tế bào sừng.

3. DIỄN TIẾN VÀ DỰ HẬU

Bệnh diễn tiến mãn tính, xen kẽ với các cơn bộc phát liên tục. Nếu không điều trị, tử vong cao do nhiễm trùng toàn thân, suy dinh dưỡng, mất đạm, mất nước và điện giải.

Từ khi có thuốc corticoide và thuốc giảm ứng miễn dịch, tỉ lệ tử vong giảm rất đáng kể. Diễn tiến bệnh có tốt hơn, sang thương da

lành nhanh, bệnh nhân khỏe hơn nhưng bệnh thường hay tái phát. Do đó dự hậu luôn dè dặt. Thường ở giai đoạn cuối, sang thương da lành nhưng lại có biến chứng nội tạng làm bệnh nhân tử vong.

4. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán dương tính:

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng (xét nghiệm tế bào học, mô học, miễn dịch huỳnh quang).

Chẩn đoán phân biệt:

Với các bệnh da có bóng nước (xem bảng).

5. PHÒNG BỆNH: (CẤP I)

Tránh sử dụng những thuốc có thể gây bệnh pemphigus (đã nêu trong phần đại cương).

Trường hợp phải dùng thuốc, cần theo dõi những biểu hiện ngoài da (nếu có).

6. ĐIỀU TRỊ: (CẤP II, CẤP III)

Bệnh pemphigus thông thường là một bệnh tự miễn nặng nên cần phải được nhập viện để điều trị.

Tại chỗ

- Tắm thuốc tím (1/10.000), thoa dung dịch màu (milian, eosine 2%).
- Đặt bệnh nhân nằm trên vải trải giường (drap) sát trùng.

Toàn thân

• *Cortico liệu pháp*

- Điều trị tấn công:

Đặc điểm	Pemphigus Thông thường	Viêm da dạng herpes	Bóng nước dạng pemphigus	Hồng ban đa dạng bóng nước
Tuổi	Thường ở người lớn	Trẻ em, thanh thiếu niên	Người già > 60	Thường ở người trẻ
Tiền chứng	(-)	(+) ngứa, rát bỏng..	(+)	(±)
Phát ban	Đơn dạng: bóng nước	Đa dạng: hồng ban, mụn nước, bóng nước, sẩn, mề đay	Đa dạng	Đa dạng. Tổn thương hình bia
Bóng nước ở da	Nổi trên da bình thường, kích thước lớn, chùng nhiều hơn căng	Nổi trên nền hồng ban, kích thước nhỏ, căng	Nổi trên nền hồng ban hay da lành, căng, kích thước lớn (0,5 - 5 cm)	Nổi trên nền hồng ban
Cách sắp xếp	Nằm rời rạc, khó lành	Kết hợp thành chùm, vòng, dễ lành	Có khuynh hướng hợp lại với nhau.	Nhanh chóng bị hoại tử
Dấu Nikol-sky	(++)	(-)	(-)	(-)
Niêm mạc	(+)	(-)	(±)	(+)

Tế bào học	Tế bào tiêu gai	Không	Không	Không
Mô học	Bóng nước trong thượng bì kèm tiêu gai	Bóng nước dưới thượng bì Nóc bóng nước không bị hoại tử. BC ái toan, BC đa nhân trung tính trong dịch bóng nước	Bóng nước dưới thượng bì BC ái toan tụ thành vi áp xe ở đỉnh nhú bì	Bóng nước dưới thượng bì Nóc bóng nước bị hoại tử
MD HQ trực tiếp	IgG hình mạng lưới màng bào tương/tế bào sừng	IgA đỉnh nhú bì	IgG (đường dài) vùng màng đáy	(-)
MD HQ gián tiếp	KT lưu thông IgG kháng màng bào tương/tế bào sừng	(-)	KT IgG kháng màng đáy (+).	(-)

Bảng phân biệt các bệnh bóng nước thường gặp.

Prednisone liều cao 1mg/kg/ngày (uống).

Hoặc Methylprednisolone: 1g/ngày (tiêm tĩnh mạch) trong 3 – 5 ngày sau đó cho corticoides uống.

- Điều trị duy trì:

Kéo dài với liều giảm dần trong nhiều tháng, có khi suốt đời bệnh nhân với sự theo dõi thường xuyên về tổng trạng, máu, nước tiểu.... Đôi khi phải tăng liều cao trở lại trong trường hợp có cơn bộc phát mới.

• *Thuốc giảm ứng miễn dịch: (immunosuppresseurs)*

Có thể dùng:

- Phối hợp với corticoides để có thể giảm liều corticoides nhanh hơn, hạn chế những tai biến do corticoides gây ra.
- Hay trong trường hợp đề kháng hay chống chỉ định dùng corticoides.
- Thuốc:

  Azathioprine 100 – 150mg/ngày

  Cyclophosphamide 50 – 200mg/ngày

Điều trị triệu chứng

- Giữ thăng bằng nước, điện giải và dinh dưỡng (truyền dịch, truyền máu).
- Ngăn ngừa các tai biến do corticoide toàn thân (loét dạ dày, tá tràng, tiểu đường, cao huyết áp).
- Ngăn ngừa hằng ngày nguy cơ nhiễm trùng (tại chỗ, toàn thân): thuốc sát trùng tại chỗ, kháng sinh (uống, chích).

III. CÁC THỂ PEMPHIGUS KHÁC

1. Pemphigus sùi: (pemphigus végétant)

- Thể này tương đối hiếm gặp.
- Lâm sàng: bóng nước bể nhanh để lại những mảng trợt da sau đó sùi lên hình thành những mảng u nhú có mủ, đóng mài, bốc mùi hôi thối, có vị trí chọn lọc ở niêm mạc và các nếp lớn (nách, dưới vú, bẹn, mông).
- Mô học: tiêu gai sâu trên màng đáy (giống pemphigus thông thường) kèm tăng sản thượng bì với các áp xe chứa bạch cầu đa nhân trung tính và ái toan.

- Miễn dịch huỳnh quang (trực tiếp và gián tiếp): giống trong pemphigus thông thường.
- Chẩn đoán dương tính: dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.
- Chẩn đoán phân biệt: với:

  + Viêm da mủ sùi

  + Ban giang mai dạng sùi

  + Ban Brôm, ban Iode.
- Điều trị: giống pemphigus thông thường.

2. PEMPHIGUS ĐỎ DA: (PEMPHIGUS ÉRYTHÉMATEUX)

- Còn gọi là pemphigus tiết bã (pemphigus séborrhéique) hay pemphigus của Senear – Usher.
- Ít nặng hơn pemphigus thông thường.
- Lâm sàng: phát ban mụn nước, bóng nước bể nhanh để lại những mảng hồng ban đóng mài, vẩy tròn, dày, màu vàng có tính chất nhờn ở các vùng tiết bã: mặt, vùng trước xương ức, rãnh lưng, thắt lưng. Có thể thấy các tổn thương hồng ban vẩy hình cánh bướm đối xứng ở mặt, có khuynh hướng teo da (giống như trong bệnh lupus đỏ mãn tính). Các niêm mạc không bị tổn thương. Tổng trạng bệnh nhân tương đối tốt, ít bị ảnh hưởng.
- Mô học: sự tách xảy ra ở phần cao của thượng bì, ở lớp hạt với sự hình thành một bóng nước dưới lớp sừng, hiện tượng tiêu gai kín đáo.
- Chẩn đoán phân biệt:

  + Ban chàm tiết bã

  + Lupus đỏ.
- Điều trị: sulfones (DDS): 50 – 100 mg/ngày hay corticoides (prednisone) liều thấp.

3. PEMPHIGUS LÁ: (PEMPHIGUS FOLIACÉ)

- Thể này rất hiếm gặp.
- Lâm sàng: 2 giai đoạn:
  - Giai đoạn bóng nước khởi đầu: bóng nước nhỏ, chùng. Vị trí ở mặt, ngực, lưng. Dấu Nikolsky (+). Niêm mạc không bị tổn thương. Tổn thương có thể xuất hiện trên da lành hay mảng hồng ban.
  - Giai đoạn đỏ da: bóng nước biến mất khá nhanh, được thay thế bằng những mảng hồng ban tróc vẩy, rịn nước rất lớn, chiếm toàn bộ cơ thể hình thành bệnh cảnh đỏ da toàn thân.
- Mô học: tiêu gai rất nông ở phần cao của lớp gai hay dưới lớp sừng đi kèm với cận sừng, tăng nhủ, phù lớp gai.
- Chẩn đoán phân biệt:
  - Giai đoạn bóng nước với: trùng độc da bóng nước, bóng nước dạng pemphigus.
  - Giai đoạn đỏ da với: chàm, bệnh máu có biểu hiện da (hématodermies).
- Điều trị: giống như pemphigus thông thường.

4. PEMPHIGUS DO THUỐC

- Hình ảnh lâm sàng thường gặp nhất là hình ảnh của pemphigus "nông" (đỏ da hay lá). Tổn thương niêm mạc hiếm.
- Pemphigus do thuốc biến mất tự nhiên trong vòng vài tháng trong đa số các trường hợp sau khi ngưng thuốc và dưới điều trị bằng corticoide.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh pemphigus là một bệnh da có bóng nước tự miễn. Bệnh gồm

nhiều thể lâm sàng khác nhau trong đó thể thường gặp và nặng nhất cần được chẩn đoán và điều trị sớm là thể pemphigus thông thường.

Ngoài ra, cần phải lưu ý tới một số thuốc khi sử dụng vì có thể gây bệnh pemphigus.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Út. Bệnh Pemphigus. Da Liễu Thực Hành,1996, tr.191-97.
2. Saurat J.H. Les Pemphigus. Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles, 1999, p.265-72.
3. T.B Fitzpatrick. Pemphigus. Dermatology in General Medicine (Fourth edition), Vol.I, p.654-59.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Bóng nước trong bệnh pemphigus thông thường có đặc điểm như sau, ngoại trừ:
   a. Nổi trên nền hồng ban hoặc da lành.
   b. Nằm rời rạc, không hợp thành chùm.
   c. Có kích thước lớn, chùn nhiều hơn căng.
   d. Khó lành sẹo.
   e. Dấu hiệu Nikolski (+) tính.

2. Tế bào tiêu gai gặp trong bệnh bóng nước nào sau đây:
   a. Trùng độc da bóng nước
   b. Bóng nước dạng pemphigus
   c. Bệnh Duhring-Brocq
   d. Pemphigus thông thường
   e. Ly thượng bì bóng nước

3. Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp trong bệnh Pemphigus thông thường cho thấy:
   a. Lắng đọng IgG dọc màng đáy của thượng bì
   b. Lắng đọng IgG dọc ranh giới bì – thượng bì

c. Lắng đọng IgA dọc màng đáy của thượng bì
d. Lắng đọng IgA ở đỉnh các nhú bì
e. Lắng đọng IgG (hình mạng lưới) trên màng bào tương của tế bào sừng

4. Thuốc nào sau đây là thuốc được chọn lựa đầu tiên trong điều trị bệnh pemphigus thông thường:

a. Cyclophosphamide b. Prednisone
c. DDS d. Cyclosporine e. Miễn dịch globulin

5. Thuốc Sulfones (DDS) được chỉ định trong điều trị thể bệnh pemphigus nào sau đây:

a. Pemphigus thông thường b. Pemphigus sùi
c. Pemphigus đỏ da d. Pemphigus lá
e. Pemphigus do thuốc

6. Các bệnh da bóng nước nào sau đây cho hình ảnh mô học là bóng nước dưới thượng bì:

a. Pemphigus b. Viêm da dạng herpes (Duhring-Brocq)
c. Hồng ban đa dạng bóng nước d. Bóng nước dạng pemphigus
e. Câu b, c, d

7. Dấu hiệu Nikolsky luôn (+) tính trong bệnh bóng nước nào sau đây:

a. Pemphigus b. Bóng nước dạng Pemphigus
c. Viêm da dạng herpes d. Ly thượng bì bóng nước
e. Hồng ban đa dạng bóng nước

8. "Pemphigus sâu" dùng để chỉ các thể pemphigus nào sau đây:

a. Pemphigus thông thường và pemphigus đỏ da
b. Pemphigus thông thường và pemphigus sùi
c. Pemphigus đỏ da và pemphigus lá
d. Pemphigus sùi và pemphigus lá
e. Pemphigus thông thường và pemphigus lá

Đáp án

1.a 2.d 3.e 4.b 5.c 6.e 7.a 8.b

Hội chứng Lyell

Hồng ban sắc tố cố định tái phát

Tai biến da do tiêm Corticosteroid

TRÚNG ĐỘC DA DO THUỐC

Lupus đỏ

Lupus đỏ bán cấp

Lupus đỏ mãn tính

Lupus đỏ mãn tính

BỆNH LUPUS ĐỎ

BỆNH LUPUS ĐỎ

BS. Nguyễn Thị Ngọc Mỹ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau bài học này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được những dấu hiệu chính để chẩn đoán bệnh lupus đỏ (mãn, bán cấp, cấp).
2. Kể được mười một tiêu chuẩn của Hội Phong Thấp Hoa Kỳ (ARA) trong chẩn đoán bệnh lupus đỏ cấp.
3. Nêu được một số đặc điểm về dịch tễ học bệnh lupus đỏ và cách phòng bệnh.
4. Nêu được chỉ định trong điều trị bệnh lupus đỏ.

I. ĐẠI CƯƠNG

Đứng hàng đầu các bệnh tạo keo, bệnh lupus đỏ tương đối khá phổ biến, chiếm tỷ lệ 1,9% trên tổng số các bệnh da tại BVDL.

Là bệnh hệ thống có thể gây biến chứng đa cơ quan.

Hiện nay, bệnh này được xem như một viêm mạch (vascularite), có tính tự miễn.

Nguyên nhân chưa rõ, trong đó có sự can thiệp và thúc đẩy của nhiều yếu tố như di truyền, miễn dịch, môi trường....

Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường ở nữ 30 tuổi và nam 40 tuổi.

Về phái: phái nữ mặc bệnh nhiều hơn phái nam (tỷ lệ nam/nữ là 1/8).

Chủng tộc: bệnh lupus đỏ thường gặp ở người da đen.

Ngoài ra, còn có các yếu tố khác như:

- Bệnh sử gia đình: < 5 %.
- Một số thuốc cũng có thể gây hội chứng lupus đỏ hệ thống như hydralazine, một số thuốc chống co giật và procainamide,... nhưng phát ban do thuốc không phải là một bệnh cảnh thường gặp.
- Ánh sáng mặt trời có thể gây cơn bùng phát lupus đỏ hệ thống: 36%.

Bệnh gồm nhiều thể: mãn tính, bán cấp và cấp tính. Chẩn đoán không luôn dễ dàng, nhất là trong thời kỳ khởi phát với biểu hiện đa dạng, không điển hình.

Dự hậu thường nghiêm trọng nhưng có thể được cải thiện nếu được chẩn đoán sớm trước khi bệnh có biến chứng nội tạng, điều trị sớm, đúng chỉ định và đúng kỹ thuật, chủ yếu với thuốc kháng sốt rét tổng hợp hay corticoide trong trường hợp nặng, đồng thời với sự theo dõi thường xuyên về lâm sàng và sinh học nhằm can thiệp kịp thời khi tái phát hay có biến chứng.

Chế độ nghỉ ngơi trong mát, tránh nắng và ăn uống dễ tiêu đủ chất bổ không kém phần quan trọng trong nguyên tắc điều trị bệnh lupus đỏ.

II. PHÂN LOẠI

Có 3 thể:

1. Lupus đỏ mãn tính (lupus érythémateux chronique)
2. Lupus đỏ bán cấp (lupus érythémateux subaigu): chưa được tất cả các tác giả chấp thuận, theo các tác giả này đó cũng là lupus đỏ cấp.
3. Lupus đỏ cấp tính hay hệ thống (lupus érythémateux aigu, systémique).

III. BỆNH LUPUS ĐỎ MÃN TÍNH

- Bệnh lupus đỏ mãn tính không phải là một bệnh hiếm, nhưng tỉ lệ bệnh hiện mắc (prévalence) chưa được biết.
- Đa số trường hợp, bệnh gặp ở người trưởng thành, độ tuổi từ 24 – 25, đôi khi có thể gặp ở trẻ em và người lớn tuổi.
- Phụ nữ thường mắc bệnh gấp hai lần nhiều hơn đàn ông và bệnh xảy ra ở mọi chủng tộc.

1. ĐẶC ĐIỂM

- Thường bộc phát sau khi phơi nắng.
- Tổn thương khu trú chủ yếu ở da, niêm mạc.

2. HÌNH ẢNH LÂM SÀNG

Thể điển hình

Tổn thương gồm một hay nhiều mảng đỏ, giới hạn rõ, bỏng hơi đau, có vị trí ở các vùng phơi bày ánh sáng (mặt, da đầu), được cấu tạo bởi 3 loại tổn thương căn bản sắp xếp thành một vòng đồng tâm: đỏ ở ngoài, sừng ở giữa, sẹo ở trung tâm.

- Hồng ban: dát đỏ sung huyết, biến mất dưới kính đè, trên bề mặt rải rác có những dãn mao mạch nhỏ.
- Tăng sừng: khu trú ở các lỗ nang lông cho cảm giác nhám khi sờ, gồm những vẩy khô mà sau khi cạo lên, mặt dưới để lộ những đinh sừng (crampons kératosiques) rất điển hình.
- Sẹo teo: phát hiện sau nhiều tháng, nhiều năm tiến triển: trung tâm bị lõm, có màu trắng xám, có lẫn sắc tố và dãn mao mạch.

Thể lâm sàng khác

- Thể hồng ban đơn thuần (forme érythémateuse pure)
- Thể hồng ban phù nề (lupus érythémateux tumidus)

- Thể mũi đỏ (lupus érythématheux couperosique)
- Thể tăng sừng (lupus érythémateux crétacé)

Vị trí

• *Da*

- Thông thường chỉ thấy một vài tổn thương nằm ở sống mũi, gò má, vùng thái dương, vành tai, phần trước ngực, lưng bàn tay, cổ tay hay cẳng tay.
- Khi tổn thương có số lượng nhiều, nằm rải rác ở mặt, chi trên, thân mình sẽ hình thành bệnh lupus đỏ mãn tính lan tỏa hay toàn thân (lupus érythémateux chronique généralisé ou disséminé).

• *Niêm mạc*

- Môi: thường gặp ở môi dưới, dưới dạng một viền nhỏ, màu trắng trên một sẹo teo, đôi khi rải rác có những vẩy trắng.
- Miệng: mặt trong má, phần sau niêm mạc má có những mảng hồng ban rải rác những chấm trắng giới hạn bằng một viền nhỏ tăng sừng.

Lupus đỏ mãn tính

• *Da đầu*

- Thường cho mảng rụng tóc có sẹo vĩnh viễn (dạng trụi tóc giả: pseudopelade) hay những mảng rụng tóc màu hồng rải rác có những nón sừng (cônes kératosiques).

3. CẬN LÂM SÀNG

Sinh học: thường không bị xáo trộn trong lupus đỏ mãn tính thể đơn thuần.

Mô học cho thấy:

• *Ở lớp thượng bì có:*

- Tăng sừng hình thành những nút sừng ở các lỗ nang lông.
- Teo thượng bì, lớp đáy là một đường thẳng và bị thoái hóa hốc.

• *Ở lớp bì có:*

- Thâm nhiễm lymphô bào từng đám quanh các phần phụ.
- Phù kèm dãn mao mạch ở bì nông.
- Thoái hóa mô tạo keo (collagen).
- Miễn dịch huỳnh quang (band lupus test):
- Da bệnh: dương tính (75 – 90%) gồm chủ yếu là IgG, IgM và bổ thể.
- Da lành: âm tính.

Kháng thể kháng ADN: âm tính.

Kháng thể kháng nhân: đôi khi dương tính với tỉ lệ thấp.

4. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán dương tính: ***4 triệu chứng***

- Dát hồng ban giới hạn rõ,biến mất dưới kính đè
- Tăng sừng điểm ở rìa
- Sẹo ở trung tâm
- Bóp đau

Chẩn đoán phân biệt: (trong các thể không điển hình)

- Thể hồng ban đơn thuần với: lupus đỏ cấp, vẩy nến, viêm da tiết bã, pemphigus tiết bã, ung thư tế bào đáy,...
- Thể hồng ban phủ nề với: bệnh sarcoidose, trúng độc da do thuốc, lupus lao,...
- Thể mũi đỏ với: mụn trứng cá, viêm da do corticoide thoa.
- Thể tăng sừng với: lichen phẳng, lao cóc.

5. DIỄN TIẾN

- Bệnh diễn tiến mãn tính, thường bộc phát bởi ánh sáng mặt trời. Một số tổn thương da lành, không để sẹo (loại sung huyết, ít tăng sừng), một số khác (loại tăng sừng nhiều) để lại sẹo teo, da lang trắng đen và dãn mạch làm mất thẩm mỹ, đôi khi có tính chất hủy hoại.
- Có 5 – 10% các trường hợp lupus đỏ mãn tính (có tổn thương lan tỏa) chuyển sang thể cấp tính.
- Về lâu dài có thể phát triển một ung thư tế bào gai (ESC) trên các tổn thương sẹo teo. Biến chứng này thường gặp ở các bệnh nhân được điều trị bằng X quang liệu pháp và người lớn tuổi.

6. ĐIỀU TRỊ

Điều trị và phòng bệnh: tránh nắng.

Tại chỗ

- Tuyết carbonic, azote lỏng, acide trichloracétique chấm tại các tổn thương tăng sừng nhiều.
- Corticoides thoa: có thể sử dụng khi tổn thương ít, còn mới (chỉ có hồng ban). Thường tái phát sau khi thoa. Sử dụng phải cẩn thận vì dùng lâu ngày sẽ cho biến chứng thứ phát (teo da, dãn mạch).

Toàn thân

- Thuốc kháng sốt rét tổng hợp: sulfate de chloroquine (Nivaquine® 100 mg): 200mg/ngày. Kiểm tra đáy mắt trước và sau khi sử dụng thuốc kháng sốt rét tổng hợp vì có thể cho biến chứng viêm võng mạc.
- Sulfones (DDS): 1,5mg/kg/ngày.

7. KẾT LUẬN

Mặc dù bệnh lupus đỏ mãn tính chẩn đoán tương đối dễ, nhưng diễn tiến không luôn cục bộ, có thể tỏa lan và trong 1/10 các trường hợp chuyển sang cấp tính. Vì lý do đó không nên xem thường bệnh này, cần phải được chẩn đoán và điều trị sớm.

IV. BỆNH LUPUS ĐỎ BÁN CẤP

1. Định nghĩa

Đây là một biểu hiện giải phẫu – lâm sàng của bệnh lupus đỏ, đứng trung gian giữa bệnh lupus đỏ mãn và bệnh lupus đỏ cấp. Gặp ở bệnh nhân có đặc tính di truyền (HLADR3) và huyết thanh học (kháng thể kháng Ro) đặc biệt (Sontheimer 1979).

2. Lâm sàng

- Tổn thương da gồm 2 loại:
  + Hồng ban vẩy, dạng vẩy nến: thường để lại một sự mất sắc tố có màu hơi xám và có dãn mao mạch.
  + Hình vòng: hiếm hơn nhưng điển hình hơn, hình tròn hay đa cung thuộc dạng hồng ban vòng ly tâm, đôi khi có mụn nước, đóng mài ở rìa.
- Vị trí: số lượng nhiều, thường đối xứng, phân bố ở vùng phơi bày

ánh sáng (mặt, vùng hở cổ trước ngực, lưng và mặt duỗi của chi trên).

- Khác với bệnh lupus đỏ mãn tính: không có tăng sừng nang lông và teo da tại tổn thương.
- Đa số các bệnh nhân này rất nhạy cảm ánh sáng, có thể có hội chứng Raynaud và đau khớp.
- Một số trường hợp dường như là bộc phát do các thuốc: spironolactone, hydrochlorothiazide, triamtérène, piroxicam, naproxen, procainamide, diltiazem, vérapamil, nifédipine, captopril, d-pénicillamine, muối vàng.

3. Cận lâm sàng

- Mô học: (so với bệnh lupus đỏ mãn)
  - + Tăng sừng nang lông ít hơn.
  - + Thâm nhiễm tế bào nông hơn, dưới thượng bì hơn là quanh phần phụ.
- Miễn dịch huỳnh quang
  - • Band lupus test dương tính:
    - 60% ở da bệnh.
    - 46% ở da lành phơi bày ánh sáng (lưng cổ tay).
    - 26% ở da lành được che chở (mông).

  Do đó, một băng lupus âm tính không loại được bệnh lupus đỏ bán cấp.
- Huyết thanh học: kháng thể kháng Ro (SSA) (60-80%).
- Phenotip HLA-A1, B8, DR3 (60-80%).

4. Diễn tiến và dự hậu

- 56% các bệnh nhân bị bệnh lupus đỏ bán cấp có ít nhất 4 tiêu chuẩn của bệnh lupus đỏ hệ thống (theo phân loại của Hội Phong Thấp Hoa Kỳ).

- 74% có kháng thể kháng nhân với tỷ lệ có ý nghĩa và trên 63% có kháng thể kháng Ro (tần suất này còn cao hơn nữa nếu chỉ xem các thể hình vòng).
- Tuy nhiên, mặc dù có sự hiện diện của những dấu hiệu lâm sàng và sinh học của sự hệ thống hóa nhưng nguy cơ biểu hiện hệ thống nặng (thận và thần kinh) ít thấy trong bệnh lupus đỏ bán cấp hơn là bệnh lupus đỏ hệ thống.

5. Phòng bệnh

- Bảo vệ da thật kỹ chống ánh sáng mặt trời.
- Tránh sử dụng một số thuốc có thể làm bộc phát bệnh như hydrochlorothiazide.
- Tránh có thai vì phụ nữ có thai mang kháng thể kháng Ro/SSA có nguy cơ cho bệnh lupus sơ sinh.

6. Điều trị

- Kháng sốt rét tổng hợp ± corticoides tại chỗ
- Sulfones (DDS)

Trong các thể lan rộng, khó trị, có thể thử dùng:

- Prednisone 15mg/ngày
- Methotrexate 10 – 15mg/tuần

V. LUPUS ĐỎ CẤP TÍNH HAY HỆ THỐNG

- Lupus đỏ hệ thống là một bệnh mô liên kết phổ biến nhất.
- Tỉ lệ bệnh hiện mắc là 50,8/100.000 dân trên 17 tuổi.
- Tỉ lệ bệnh hiện mắc ở phụ nữ da trắng tuổi từ 18 – 65 là khoảng 1/1.000 và ở phụ nữ da đen là 1/250.
- Cũng ở độ tuổi này, bệnh thường gặp ở nữ gần 10 lần hơn ở nam.
- Trong số trẻ em và người già, bệnh cũng thường gặp ở nữ gấp 2 lần hơn ở nam.

1. Đặc điểm

- Bệnh có biểu hiện ở da, niêm mạc, nội tạng (khớp, tim, thận, phổi, thần kinh) và tổng quát.
- Diễn tiến bất ổn, thường nặng, đưa tới tử vong nếu không được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và đúng chỉ định.
- Chẩn đoán không luôn luôn dễ dàng, nhất là trong thời kỳ khởi phát.

2. Lâm sàng

Thời kỳ khởi phát

Với triệu chứng phức tạp, biểu hiện lâm sàng đa dạng, không điển hình:

- Phù mặt nhất là phù mí mắt dưới hay phù chân, cẳng chân
- Hoặc đau khớp vai, khớp gối
- Nổi ban xuất huyết
- Nóng sốt với viêm khớp không rõ nguyên nhân
- Nổi dát hồng ban hơi đau ở da đầu có hay không kèm theo rụng tóc.

Thời kỳ toàn phát

• *Da niêm:*

- Dấu hiệu đặc trưng: tổn thương sung huyết gồm những dát hay mảng hồng ban hơi phù nề, không teo, không tăng sừng ở lỗ nang lông, ở các vùng phơi bày ánh sáng: sống mũi, gò má (tạo hình cánh bướm), vùng hở ngực, lòng bàn tay, lòng bàn chân (đầu mút các ngón). Các tổn thương này không ngứa, không để sẹo sau khi biến mất.

• ***Dấu hiệu không đặc trưng:***

- Bệnh mạch máu (vasculopathies): các tổn thương da do tổn thương mạch máu thường gặp và chồng lên các tổn thương sung huyết. Chúng có thể gặp trong các bệnh chất tạo keo khác và các bệnh viêm mạch da hệ thống.
- Hội chứng Raynaud: thường gặp hơn trong bệnh lupus đỏ cấp với tỷ lệ kháng thể kháng RNP cao.
- Dãn mao mạch (télangiectasies): quanh móng, đầu mút ngón tay, gò lớn, gò nhỏ bàn tay.
- Cước (engelures) ở các ngón tay, ngón chân, mũi, xuất hiện khi trời lạnh.
- Tổn thương mề đay, nốt, điểm xuất huyết, loét chân, hoại tử, hoại thư ngoại biên.

• *Dấu hiệu khác:*

- Rụng tóc: vùng trán hay lan tỏa (không sẹo).
- Bóng nước.
- Tổn thương ở niêm mạc miệng: cho hình ảnh giống trong bệnh lupus đỏ mãn hay là mảng hồng ban đôi khi đi kèm với bóng nước, tổn thương dạng áptơ và những điểm xuất huyết ở niêm mạc má phía sau đối diện răng hàm.

• *Tổng quát và nội tạng*

- Triệu chứng tổng quát: sốt, suy nhược, gầy ốm, thiếu máu,...
- Khớp: viêm khớp thường gặp trong 90 – 95% các trường hợp.
- Tổn thương nội tạng: thận, tim, thần kinh, phổi – màng phổi, tiêu hóa, gan, máu.

3. Cận lâm sàng

Rất phức tạp, giá trị không đồng đều và không tuyệt đối nhưng rất có ích cho hướng chẩn đoán.

Xét nghiệm hướng dẫn

- Hồng cầu ↓ ôn hòa (3 – 3,5 triệu/mm^3)

- Bạch cầu ↓
- Tiểu cầu ↓ (< 100.000/mm³)
- Tốc độ máu lắng (VS) ↑ cao
- Phản ứng huyết thanh giang mai (VDRL) dương tính giả
- Phản ứng lao tố âm tính
- Albumin/máu ↓ γ-Globulin/máu ↓

Xét nghiệm có giá trị hơn

- Kháng thể kháng nhân.
- Kháng thể kháng ADN.
- Lupus band test dương tính ở da bệnh và da lành

4. Chẩn đoán

- Không đơn giản ở thời kỳ khởi phát.
- Trong trường hợp không đầy đủ triệu chứng, cần phải dựa ít nhất 4/11 tiêu chuẩn của Hội Phong Thấp Hoa Kỳ (ARA) 1982.
  1. Phát ban cánh bướm ở mặt (tổn thương sung huyết)
  2. Phát ban dạng đĩa (tổn thương teo trong thể lupus đỏ mãn hay hình vòng trong thể lupus đỏ bán cấp)
  3. Nhạy cảm ánh sáng (photosensibilité)
  4. Loét miệng
  5. Viêm khớp (ít nhất 2 khớp ngoại biên)
  6. Viêm thanh mạc (sérite): viêm màng ngoài tim hay viêm màng phổi
  7. Tổn thương thận: đạm/niệu 0,5g/24giờ hay trụ niệu
  8. Tổn thương thần kinh: co giật, rối loạn tâm thần
  9. Xáo trộn máu: thiếu máu tán huyết hay giảm bạch cầu < 4.000 hay giảm lymphô bào < 1.500 hay giảm tiểu cầu < 100.000.

10. Bất thường miễn dịch: tế bào LE hay kháng thể kháng ADN tự nhiên hay phản ứng huyết thanh giang mai dương tính giả > 6 tháng.
11. Kháng thể kháng nhân

5. Dự hậu và diễn tiến

Tùy thuộc vào loại tổn thương nội tạng phối hợp và kết quả điều trị. Sự hiện diện các dấu hiệu của bệnh mạch máu chỉ khả năng có tổn thương nội tạng nặng (thận, thần kinh trung ương).

6. Phòng bệnh: (cấp I)

- Bảo vệ tránh ánh sáng mặt trời: đội nón rộng vành, đeo khẩu trang, mặc áo quần dài,... mỗi khi ra đường.
- Tránh sử dụng những thuốc có thể gây bệnh lupus đỏ hệ thống như hydralazine, procainamide, d-pénicillamine, các thuốc chống co giật,...

7. Điều trị

- *Cấp II: bệnh có tổn thương da chủ yếu:*
- Tránh nắng
- Theo dõi thường xuyên về lâm sàng và cận lâm sàng để phát hiện tổn thương nội tạng nặng
- Thuốc:
  + Kháng sốt rét tổng hợp (hay DDS).
  + Kháng viêm không steroit (trường hợp có viêm khớp).
  + Corticoides (Prednisone) liều thấp (20 – 30 mg/ngày).

- *Cấp III: bệnh có tổn thương nội tạng nặng, đe dọa tính mạng* (chuyển lên bệnh viện chuyên khoa)
- Tránh nắng, nghỉ ngơi tuyệt đối, chế độ ăn lạt nhiều đạm

- Chống chỉ định có thai
- Thuốc
  + Corticoides (Prednisone) liều cao (1mg/kg/ngày) ± thuốc giảm ứng miễn dịch (cyclophosphamide liều cao tiêm tĩnh mạch một lần/ngày)
  + Corticoides hoặc cyclophosphamide liều cao tiêm tĩnh mạch một lần/ngày (bolus).

8. Kết luận

Bệnh lupus đỏ hệ thống là một bệnh có tính chất nghiêm trọng vì cho tỉ lệ tử vong cao. Dự hậu chỉ được cải thiện khi được chẩn đoán sớm, điều trị sớm, đúng chỉ định và đúng kỹ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J.H.Saurat: Signes cutanés du Lupus érythémateux. Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles 1999, p.313-19.
2. Nguyễn Văn Ứt: Bệnh Lupus đỏ. Da Liễu Thực Hành (tái bản lần 2), 1990-1991, tr.215-21.
3. T.B Fitzpatrick, Lupus erythematosus, Dermatology in General Medicine (Fourth edition), vol.II, p.2137- 48.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Tổn thương da trong bệnh lupus đỏ bán cấp có những đặc điểm sau đây ngoại trừ:
   a. Có số lượng nhiều b. Thường có tính chất đối xứng
   c. Ở vùng phơi bày ánh sáng d. Có tăng sừng ở các lỗ nang lông
   e. Không để lại sẹo teo

2. Dấu hiệu sinh học nào có thể gặp trong bệnh lupus đỏ mãn tính thể thuần túy:
   a. Tốc độ máu lắng (VS) tăng cao
   b. Kháng thể kháng nhân dương tính

   c. Kháng thể kháng ADN dương tính
   d. Đạm niệu (+) tính
   e. Band lupus test dương tính ở da lành

3. Kháng thể kháng Ro (SSA) chủ yếu gặp trong thể lupus đỏ nào sau đây:
   a. Lupus đỏ cấp tính b. Lupus đỏ mãn tính
   c. Lupus đỏ bán cấp d. Lupus đỏ do thuốc
   e. Lupus đỏ sâu (viêm mô mỡ lupus)

4. Trong điều trị bệnh lupus đỏ mãn tính, thuốc nào sau đây là thuốc được chọn lựa đầu tiên:
   a. DDS b. Kháng sốt rét tổng hợp
   c. Corticoides d. Methotrexate e. Thalidomide

5. Dấu hiệu sinh học nào sau đây chứng tỏ bệnh lupus đỏ mãn có nguy cơ chuyển sang lupus đỏ hệ thống, ngoại trừ:
   a. VS > 40 mm giờ thứ nhất b. Đạm/ niệu: 1g/ 24 giờ
   c. Kháng thể kháng ADN dương tính
   d. Band lupus test dương tính ở da lành
   e. Kháng thể kháng nhân dương tính với tỷ lệ thấp

6. Dấu hiệu đặc trưng trong bệnh lupus đỏ hệ thống là:
   a. Rụng tóc lan tỏa b. Ban xuất huyết
   c. Dãn mao mạch quanh móng d. Hội chứng Raynaud
   e. Mảng hồng ban hình cánh bướm ở mặt

Đáp án

1.d 2.b 3.c 4.b 5.e 6.e