

SỞ Y TẾ AN GIANG CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
BỆNH VIỆN ĐA KHOA Độc lập–Tự do–Hạnh phúc
TRUNG TÂM AN GIANG _____



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
KHOA DA LIỄU

MỤC LỤC

STT		Trang
1.	Điều trị Chàm	3
2.	Điều trị zona	5
3.	Điều trị trúng độc da do thuốc	8
4.	Điều trị Sùi mào gà	10
5.	Điều trị Herpes	13
6.	Điều trị Viêm da tiếp xúc dị ứng	15
7.	Điều trị Viêm nang lông	18
8.	Điều trị Mề đay	20
9.	Điều trị Mụn trứng cá	24

ĐIỀU TRỊ CHÀM

(Eczema)

I- Định nghĩa:

Chàm là một bệnh thường gặp do nhiều nguyên nhân gây ra. Có thể xem chàm là một hội chứng hơn là một bệnh.

II- Chẩn đoán:

1/ Chẩn đoán xác định thường là:

- Mụn nước trên nền hồng ban, giới hạn có thể rõ hay không rõ, ngứa.
- Hoặc màng da dày, lichen hóa, giới hạn không rõ.
- Thương tổn thường có tính đối xứng.

2/ Chẩn đoán nguyên nhân: rất khó tìm dị ứng nguyên

3/ Chẩn đoán phân biệt:

- Tổ đũa: không có hồng ban, có mụn nước sâu trong da. Thường ở mặt bên của ngón tay, lòng bàn tay, bàn chân.
- Herpes môi hay sinh dục: mụn nước dính chum trên nền hồng ban, khởi sự ngứa sau thì hơi rất.
- Zona: chum mụn nước trên nền hồng ban hơi phù nề, đau rất nhiều, thương tổn chạy dọc theo thần kinh nửa bên thân mình.

III-Điều trị:

1/ Nguyên tắc:

- Tìm dị ứng nguyên gây bệnh.
- Tránh bôi nhiều loại thuốc vì có thể là dị ứng nguyên.
- Vì chàm cũng là một phản ứng viêm nên có thể dùng thuốc kháng viêm thoa trực tiếp lên thương tổn, đó là corticoid dùng tại chỗ. Nhưng cần lưu ý đến vị trí, thể bệnh và nguyên nhân của bệnh chàm để lựa chọn thuốc bôi thích hợp.

2/ Điều trị cục bộ:

- a) *Giới đoạn cấp:* Rửa dịch rất nhiều vì thế không nên dùng các loại thuốc mỡ, nó sẽ làm bít kín mặt da. Nên dùng dung dịch sát khuẩn nhẹ: như hexamidine, chlohexidine, thuốc tím 1/20.000 để rửa thương tổn. Sau khi rửa sạch thương tổn, có thể thoa: hồ nước hay nitrate bạc 1 – 5% để làm khô dịch tiết.

- b) *Giai đoạn bán cấp*: Có thể thoa dung dịch eosin 2% hay Milian.
- c) *Giai đoạn mạn*: Giai đoạn này thường tổn thương dày sừng da và khô, nên có thể dùng corticoid tại chỗ dạng mỡ, hay dạng kem hay dạng phối hợp với acid salicylic để tiêu sừng nhiều hơn.

3/ Điều trị toàn thân:

- Thuốc kháng histamine nhóm I để chống ngứa, thuốc histamine nhóm I và nhóm 2 thường được phối hợp trong mày đay cơ học.
- Kháng sinh: dùng khi có bội nhiễm, thường là nhiễm khuẩn do *Staphylococcus aureus*.
- Corticoid toàn thân: nên cân nhắc điều trị vì thuốc có thể gây biến chứng nặng nề. Thường chỉ dùng trong trường hợp chàm cấp ở mặt hay bàn tay. Thuốc thường dùng là prednisolone với liều 0,5mg/kg/ngày x 3 ngày.
- Chàm mạn không nên dùng corticoid liều thấp kéo dài vì khi ngưng thuốc sẽ làm cho bệnh bùng phát lại. Trong trường hợp đặc biệt khi chàm lan tỏa thì dùng methyl-prednisolone liều ngắt quãng và được thực hiện tại bệnh viện.
- PUVA liệu pháp và chiếu tia UV: dùng cho chàm lòng bàn tay, bàn chân hay chàm mạn lan tỏa.
- Thuốc ức chế miễn dịch: mặc dầu có thể hiệu quả trên một vài ca chàm mạn lan tỏa, nhưng vì các biến chứng nặng nề của nó khiến người ta không thể chấp nhận đưa vào phác đồ điều trị.
- Giải dị ứng không đặc hiệu: chích histaglobin, có tác dụng làm giảm lượng kháng thể và giảm phóng thích histamine.

4/ Nguyên nhân:

- Vi khuẩn: dùng kháng sinh.
- Nấm: dùng griseofulvin, ketoconazole, itraconazole.
- Giải dị ứng đặc hiệu: tiêm trong da dị ứng nguyên liều nhỏ tăng dần.
- Thiếu sinh tố: tùy trường hợp sử dụng thêm các vitamins: F, B1, B6, B12, C...

ĐIỀU TRỊ ZONA

I- Đại cương:

Bệnh Zona do Varicella Zoster (VZV) gây ra. Thương tổn liên quan đến hạch, rễ thần kinh và da. Đây cũng là tác nhân gây bệnh Thủy đậu. Virus này có khả năng nằm trong hạch cảm giác của người sau khi mắc bệnh Thủy đậu và sau đó được tái hoạt để gây bệnh Zona. Nguyên nhân của sự tái hoạt này chưa được biết rõ.

II- Chẩn đoán:

1/ Chẩn đoán xác định: Dễ, dựa vào lâm sàng là chính.

Triệu chứng lâm sàng:

- Thời kỳ ủ bệnh từ 7 – 12 ngày.
- Bắt đầu bằng cảm giác rát bỏng và đau ở vùng da sẽ nổi mụn nước, có thể sốt, đau đầu, ớn lạnh. Sau đó xuất hiện những mụn nước nổi thành chùm trên nền hồng ban. Mụn nước lúc đầu trong sau đó đục rất nhanh, có lõm ở trung tâm. Có khi các mụn nước gom lại thành bóng nước, bóng mù và vỡ ra đóng mài. Có thể có xuất huyết, hoại tử, loét nơi có mụn, bóng nước. Vết loét này lành sau vài tuần, để lại sẹo tăng hắc tố.
- Tình trạng bóng nước xuất huyết hoại tử thường gặp ở người già suy dinh dưỡng.
- Khi thương tổn xuất hiện thì triệu chứng đau và các triệu chứng khác như nóng sốt giảm dần, niêm mạc cũng có thể bị như bên trong miệng âm hộ, thương tổn thường ở một bên cơ thể không vượt quá đường giữa, trường hợp hiếm bệnh có thể ở 2 bên do các nhánh nổi thần kinh.
- Hạch lân cận thường to và đau.
- Vị trí: gặp nhiều nhất ở ngực (theo dây thần kinh Liên sườn) sau đó là cổ, mặt (theo dây thần kinh sọ số V), vùng lưng thiêng theo dây thần kinh Tọa).

Thể lâm sàng:

a) Theo vị trí:

- Zona trán.
- Zona mắt: đây là bệnh nặng vì mọc mụn nước ở giác mạc, có thể đưa đến loét giác mạc gây mù.
- Zona ngực: dọc theo các khoảng liên sườn.
- Zona cổ.
- Zona thắt lưng: ở bụng, sinh dục, đùi hay dọc theo thần kinh Tọa.

- Zona xương cồng: ở mông, hội âm hay cơ quan sinh dục ngoài.
- Zona miệng-hầu: ở thành sau lưỡi, amygdale, cột trụ hay thành sau bên của hầu, gây khó nuốt.

b) Theo hình thái học:

- Zona xuất huyết.
- Zona hoại thư.
- Zona lan tỏa: thường gặp ở người suy giảm miễn dịch, thương tổn gần giống bệnh Thủy đậu và có xuất huyết hoại tử, nội tạng có thể bị ảnh hưởng, nhất là phổi đôi khi gây tử vong.

Di chứng và biến chứng:

- Đau nhức dữ dội thường xảy ra ở người già, đau lưng cơn hay liên tục và rất dai dẳng, khó điều trị.
- Mắt: trong trường hợp zona mắt, vùng phân bố dây thần kinh sinh ba có mí 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.

2/ Chẩn đoán phân biệt:

- Herpes: chum mụn nước nhỏ, thường ở quanh lỗ thiên nhiên, ít đau hơn và hay tái phát.
- Chốc: bóng nước vỡ nhanh, đóng mủi mặt ong, rải rác ở đầu, mặt, cổ.
- Đau do bệnh lý ở tim: zona liên sườn trái ở người lớn tuổi, nhất là giai đoạn đầu chưa nổi thương tổn da, cần phân biệt với cơn đau do bệnh lý mạch vành.

III-Điều trị:

- *Tại chỗ:* Rửa bằng thuốc tím pha loãng 1/10.000 hay nước muối, bôi dung dịch màu (eosin 2% milian).
- *Giảm đau:* thuốc giảm đau acetaminophen, kháng viêm không steroid, thuốc giảm đau ngoại biên kết hợp giảm đau trung ương.
- *Thuốc kháng siêu vi:*
 - + Người lớn: acyclovir 800mg x 5 lần/ngày x 7 ngày, uống.
 - + Trẻ em: acyclovir 200mg x 4 lần/ngày x 7 ngày, uống.
- *Điều trị biến chứng:*
 - + Bội nhiễm: chăm sóc tại chỗ kết hợp với kháng sinh uống phổ rộng hoặc theo kháng sinh đồ.
 - + Đau sau zona:

- Gabapetin: 300mg – 900mg/ngày.
 - Carbamazepin: dễ gây nhiễm độc da do thuốc.
 - Thuốc giảm đau khác: idarac, dıantalvic.
- + Thương tổn mắt: nên khám chuyên khoa mắt ở bệnh nhân zona thần kinh sinh ba (V) để phát hiện tổn thương mắt để xử trí kịp thời.
- *Phòng ngừa những cơn đau nhức:*
- + Acyclovir ngay từ những giờ đầu.
 - + Dùng corticoid sớm và ngắn hạn, đặc biệt ở người lớn tuổi. Chống chỉ định nhiễm khuẩn cấp hay bán cấp, cao huyết áp, tiểu đường, bệnh về máu.

ĐIỀU TRỊ TRÚNG ĐỘC DA DO THUỐC

I- Đại cương:

Trúng độc da do thuốc là một tình trạng bệnh lý thường gặp, do cơ thể phản ứng khác thường với một hoặc nhiều loại thuốc được đưa vào bằng đường uống hoặc đường tiêm hoặc sử dụng tại chỗ. Dị ứng có thể từ mức độ nhẹ, thoáng qua, dễ khỏi nên dễ bị bỏ qua cho đến mức độ nặng như hội chứng Stevens – Jonhson, hội chứng hoại tử thượng bì nhiễm độc, có thể gây tử vong. Hiện nay khi các thuốc mới được sử dụng ngày càng nhiều, việc mua bán thuốc quá dễ dàng càng làm cho nguy cơ dị ứng thuốc dễ xảy ra.

Các thuốc gây dị ứng có tỉ lệ cao như kháng sinh, giảm đau, hạ sốt, kháng viêm.

Một số yếu tố nguy cơ như: Cơ địa dị ứng, tiền định gia đình, đường sử dụng thuốc ... làm gia tăng khả năng dị ứng thuốc.

II- Chẩn đoán: Dựa vào

- Bệnh xuất hiện đột ngột, tiền sử có tiếp xúc hoặc sử dụng thuốc.
- Triệu chứng lâm sàng:
 - Phát ban dát sần
 - Mày đay
 - Hồng ban đa dạng.
 - Hội chứng Stevens-Jonhson
 - Hội chứng Lyell
 - Hồng ban nút.
 - Hồng ban sắc tố cố định tái phát.
 - Phát ban nhạy cảm ánh sáng.
 - Ban xuất huyết.
 - Đỏ da toàn thân
 - Sạm da.
 - Phát ban dạng mụn trứng cá
 - Rụng tóc.
 - Chàm.
- Cần chẩn đoán phân biệt tùy theo bệnh cảnh lâm sàng.

III-Điều trị:

1/ Nguyên tắc:

- Ngưng ngay các thuốc nghi ngờ.
- Xử trí các vấn đề có liên quan đến tổng trạng.
- Chống nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân.
- Vitamin C liều cao.
- Kháng Histamin nếu ngứa.
- Corticoid chỉ nên sử dụng trong những ngày đầu và khi cần thiết.

2/ Chăm sóc một bệnh nhân dị ứng thuốc nặng:

- Nằm phòng vô khuẩn, drap hấp, rắc bột Tale hấp.
- Xoay trở chống loét, hút đàm nhớt để thông đường thở, chăm sóc mắt tránh loét kết giác mạc gây dính khi bệnh lành. Nếu thương tổn tiết dịch nhiều có thể sử dụng các Tulgas đắp để giảm đau, giảm mắt nước.
- Điều chỉnh thăng bằng điện giải, cung cấp đủ lượng nước hằng ngày qua đường truyền và uống.
- Nuôi ăn qua đường miệng, dịch truyền hoặc đặt sonde nếu cần.
- Thuốc: Kháng sinh, dịch truyền, vitamin C, kháng histamine, corticoid nếu cần.
- Theo dõi: dấu hiệu sinh tồn, lượng nước xuất nhập mỗi ngày, tình trạng tiết dịch, theo dõi sát để phát hiện các dấu hiệu lâm sàng mới của dị ứng thuốc.

IV-Phòng ngừa:

Phải sử dụng thuốc đúng chỉ định, đúng liều, tránh tương tác thuốc có hại. Cần hết sức thận trọng khi người bệnh có tiền sử dị ứng trước đó ngay trong lần kê toa đầu tiên.

ĐIỀU TRỊ BỆNH SÙI MÀO GÀ (MÔNG GÀ)

I- Định nghĩa:

Bệnh sùi mào gà (mông gà) là một bệnh lây truyền qua đường tình dục, do siêu vi Papilloma ở người (Human Papilloma Virus-HPV) gây ra.

II- Chẩn đoán:

1/ Chẩn đoán xác định: Dựa vào lâm sàng, tế bào học, PCR.

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng.

Lâm sàng:

❖ *Thời gian ủ bệnh:* Từ 3 tuần đến 8 tháng, thường là 3 tháng. Tuy nhiên có những trường hợp thời gian ủ bệnh có thể lâu hơn

❖ *Thương tổn căn bản:*

- Sần sùi màu hồng, bề mặt ẩm ướt, mềm, có chân hoặc có cuống.
- Không đau, không ngứa, dễ chảy máu.

Có 4 dạng:

- Sần, màu da bình thường, nhỏ, mềm.
- Sùi màu gà điên hình (Condyloma acuminata). Thương tổn nhiều, có thể lớn, phát triển thành khối như bắp cải.
- Những mụn cóc tăng sừng với lớp sừng dày.
- Những sần phẳng hơi gồ cao.

❖ *Vị trí:* Da, niêm mạc vùng sinh dục và hậu môn.

- Phải xét nghiệm tế bào học với Mào gà cổ tử cung để phát hiện sớm ung thư.

2/ Chẩn đoán phân biệt:

- Sần ướt Giang mai II: thương tổn ẩm ướt hơn, bề mặt bằng phẳng hơn, rất lây, phản ứng huyết thanh (+).
- Ung thư tế bào gai thể sùi: cứng, cô, dễ chảy máu hơn, hạch di căn.
- Gai sinh dục: ở 2 bên đối xứng, đụng vào không chảy máu.
- Nevus sùi, dạng cóc: thường có từ nhỏ.

III-Điều trị:

1/ Mục đích điều trị:

– HPV tự nó sẽ không khỏi bệnh, tuy nhiên những triệu chứng của nó có thể điều trị được và có khi tự làm. Điều trị chủ yếu là phá hủy bằng phương pháp tại chỗ (đốt lạnh, đốt điện, đốt laser CO2, cắt bỏ, bôi thuốc), loại bỏ yếu tố thuận lợi, tăng sức đề kháng và điều trị người tiếp xúc.

2/ Phương pháp: Không có phương pháp điều trị nào hoàn toàn thỏa mãn.

a) Sùi mào gà ở sinh dục ngoài và hậu môn:

– Bệnh nhận: có thể tự bôi bằng dung dịch hoặc gel podophyllotoxin 0,5% hoặc cream imiquimod 5%. Cả hai chất này không dùng cho phụ nữ có thai.

– Thầy thuốc:

+ Đốt lạnh (nitơ lỏng, tuyết CO2) mỗi tuần/lần x 1-2 tuần (*BV AG chưa làm*).

+ Chấm trichlor acetic acid (TCA) 80-90%. Mỗi tuần chấm 1 lần lên thương tổn.

+ Chấm podophyllin 10-25% 1 tuần 1 lần.

(không dùng cho phụ nữ có thai, mỗi lần bôi không quá 10cm², rửa sạch bằng nước ấm và xà phòng sau 2-4 giờ).

+ Đốt điện.

+ Phẫu thuật: trường hợp mào gà có kích thước lớn (*BV AG chưa làm, thường chuyển BV DL TP.HCM*).

b) Sùi mào gà trong âm đạo:

– Đốt lạnh (*BV AG chưa làm*).

– Chấm TCA 80-90% (trichlor acetic acid).

– Chấm podophyllin 10-25% (để khô trước khi lấy mô vệt ra).

c) Sùi mào gà ở cổ tử cung: phải làm phiên đồ cổ tử cung (pap's smear) trước khi điều trị. Không dùng TCA và podophyllin, chỉ đốt lạnh, đốt điện hay đốt laser CO2.

d) Sùi mào gà miệng sáo: chấm TCA hoặc đốt.

Theo dõi: Chưa có bằng chứng nào cho thấy chữa các sùi thấy được sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển ung thư cổ tử cung. Phụ nữ nhiễm HIV cần thực hiện phiên đồ cổ tử cung 6 tháng hoặc 1 năm/lần khi có bất thường thì soi cổ tử cung, sinh thiết phát hiện sớm ung thư.

IV-Vaccine:

- 90% sùi mào gà gây ra do HPV type 6,11.
- 70% ung thư cổ tử cung là type 16,18.
- Một loại vaccine (gardasil) đang được thử nghiệm có khả năng bảo vệ cơ thể chống lại HPV của cả 4 type 6,11, 16,18 cho những người chưa có nhiễm HPV.

ĐIỀU TRỊ BỆNH HERPES SINH DỤC

I- Định nghĩa:

Bệnh Herpes sinh dục (còn gọi là bệnh mụn giộp sinh dục) là một bệnh lây truyền qua đường tình dục do herpes simplex gây nên.

II- Chẩn đoán:

1/ Chẩn đoán xác định:

– Hiện nay ở Việt Nam chưa có cách xét nghiệm xác định, vì vậy chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng: chum mụn nước trên nền hồng ban hay tái phát.

2/ Chẩn đoán phân biệt:

- Loét sinh dục: với săng giang mai, săng hạ cam mềm, aphte sinh dục.
- Viêm cổ tử cung nhầy-mủ: với C.trachomatis, lậu.
- Viêm trực tràng: với C.trachomatis, lậu, giang mai.

III-Điều trị:

Nếu không bị bội nhiễm và không điều trị sẽ tự lành trong 7-10 ngày.

1/ Tại chỗ:

– Chống bội nhiễm: rửa thuốc tím pha loãng 1/10.000, bôi dung dịch màu (milian, eosin).

– Thuốc kháng virus tại chỗ (acyclovir, idoxuridine) chỉ có tác dụng trong giai đoạn hồng ban.

- Chống chỉ định thoa corticoids.

2/ Toàn thân:

- Nâng sức đề kháng.
- Kháng sinh nếu có bội nhiễm.
- Thuốc chống siêu vi: tác dụng tương đối.

a) Điều trị cắt cơn:

❖ *Herpes sinh dục nguyên phát:* chọn một trong các phác đồ sau:

- Acyclovir 400mg x 3 lần/ngày x 1-10 ngày.
- Acyclovir 200mg x 5 lần/ngày x 7-10 ngày.
- Famciclovir 250mg x 3 lần/ngày x 7-10 ngày.
- Valacyclovir 1g x 2 lần/ngày x 7-10 ngày.

❖ *Herpes sinh dục tái phát*: chọn một trong các phác đồ sau:

- Acyclovir 400mg x 3 lần/ngày x 5 ngày.
- Acyclovir 200mg x 5 lần/ngày x 5 ngày.
- Acyclovir 800mg x 2 lần/ngày x 5 ngày.
- Famciclovir 125mg x 2 lần/ngày x 5 ngày.
- Valacyclovir 500mg x 2 lần/ngày x 3-5 ngày.

b) Điều trị ức chế: giảm tần suất cơn tái phát và sự lây lan virus không triệu chứng.

Chọn lựa khi:

- Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.
 - Xáo trộn tâm lý, tâm lý sinh dục, tâm lý xã hội.
 - Cơn tái phát thường xuyên hay nặng:
 - + Acyclovir 400mg x 2 lần/ngày.
 - + Famciclovir 250mg x 2 lần/ngày.
 - + Valacyclovir 500mg x 2 lần/ngày.
- (3 – 6 tháng, có thể kéo dài 1 năm).

3/ Dự phòng bằng bao cao su:

- Giảm lây truyền trong giai đoạn bài tiết virus không triệu chứng.
- Vẫn có thể lây truyền nếu đang có thương tổn, vì vậy tránh sinh hoạt tình dục khi đang có thương tổn sinh dục.

VIÊM DA TIẾP XÚC DỊ ỨNG

I- Định nghĩa:

Là phản ứng viêm da cấp hay mạn do tiếp xúc với tác nhân hóa học hay vật lý. Các chất kích ứng này gây phản ứng “độc” ngay sau khi tiếp xúc một thời gian ngắn. Tuy nhiên đa số trường hợp là do tiếp xúc lâu dài với một hoặc nhiều chất kích ứng.

II- Lâm sàng:

❖ *Dạng cấp:*

– *Triệu chứng cơ năng:*

- Một số bệnh nhân có cảm giác châm chích, rất bỏng, đau.
- Đau thường xuất hiện vài giây sau tiếp xúc.
- Cảm giác châm chích xuất hiện sau 1-2 phút và kéo dài khoảng 30

phút.

– *Sang thương da:*

- Xuất hiện sau vài phút, có thể sau 24 giờ.
- Hồng ban, phù nề.
- Mụn nước, bóng nước.
- Hoại tử (nặng).
- Không có sẵn.
- Hình dạng kỳ dị hay theo đường thẳng.
- Sang thương không vượt quá vị trí tiếp xúc.
- Vị trí tùy thuộc nơi tiếp xúc.

➢ Diễn biến: hồng ban phù nề → mụn nước (hoặc bóng nước) → trợt → mủ và tróc vảy hoặc hồng ban → hoại tử → loét → lành.

➢ Thời gian kéo dài nhiều ngày hoặc nhiều tuần tùy theo mức độ tổn thương.

❖ *Dạng mạn:*

– *Phân loại:*

➢ Viêm da kích ứng tích lũy: thường gặp nhất, xảy ra do quá trình tiếp xúc lâu dài với chất kích thích (như nước, xà phòng, chất tẩy rửa ...).

➢ Viêm da kích ứng phản ứng: thường xảy ra ở bàn tay của người tiếp xúc môi trường ẩm ướt.

- *Triệu chứng cơ năng:*
 - Cảm giác châm chích, ngứa.
 - Đau khi bị nứt da.
- *Sang thương da:*
 - Khô → nứt → hồng ban → tăng sừng và tróc vảy → nứt và đóng mủ.
 - Giới hạn thường không rõ.
 - Lichen hóa.
 - Một số trường hợp viêm da kích ứng phản ứng có thể có mụn nước, mụn mủ và trợt.
 - Vị trí: thường ở bàn tay, thường bắt đầu ở kẽ ngón tay, lan lên mặt bên và mặt lưng bàn tay, lòng bàn tay.
 - Bệnh thường mạn tính, kéo dài nhiều tháng hoặc nhiều năm.

III-Điều trị:

Dạng cấp: Nhận biết và loại bỏ tác nhân gây bệnh.

➢ *Tại chỗ:*

- Đắp gạc ướt ngâm trong thuốc tím pha loãng 1/10.000 với nước ấm hoặc dung dịch Burrow mỗi giờ.
- Có thể chọc dịch đối với bóng nước lớn, tránh làm lây nóc bóng nước.
- Thoa dung dịch sát trùng tại chỗ ngày 2-3 lần như Milian, Eosin 2%.
- Có thể thoa Glucocorticoid nhóm I.

➢ *Toàn thân:*

- Kháng sinh toàn thân nếu có bội nhiễm.
- Kháng Histamine nếu ngứa.
- Trường hợp nặng: Prednison 1mg/kg/ngày, giảm liều nhanh trong 2 tuần.

Dạng mạn: Nhận biết và loại bỏ tác nhân gây bệnh.

➢ *Tại chỗ:*

- Thoa Corticosteroid nhóm I-II.
- Thoa kem hoặc mỡ giữ ẩm khi sang thương da lành.
- Trong trường hợp kéo dài dai dẳng có thể dùng những thuốc kháng viêm tại chỗ mới như: Tacrolimus, Pimecrolimus.

➢ *Toàn thân:*

- Kháng Histamine nếu ngứa.

IV-Phòng ngừa:

- Tránh tiếp xúc với chất kích ứng hay chất gây cháy.
- Trong trường hợp nếu tiếp xúc, cần rửa tay ngay bằng nước hay dung dịch trung tính yếu.
- Nên thay đổi công việc trong những trường hợp viêm da tiếp xúc do nghề nghiệp.

VIÊM NANG LÔNG

I- Đại cương:

- Viêm nang lông là bệnh da thường gặp, là nhiễm trùng da tại nang lông.
- Gặp ở nam nhiều hơn nữ.
- Mọi chủng tộc, hay gặp hơn ở người Mỹ - Phi. Riêng viêm nang lông ái toan hay gặp ở người Nhật.

II- 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 dưới 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.

III-Dạng lâm sàng:

1/ Viêm nang lông ở da đầu và mặt:

- Là các sẩn viêm, khởi đầu ở vùng ót, rồi lan khắp đầu, tới mặt, nách và mu.
- Ngứa nhiều, dễ chàm hóa.

2/ Viêm nang lông ở tứ chi:

- Hay gặp ở mặt dưới hai cẳng chân.
- Các mụn mủ nang lông chiếm ưu thế.

3/ Viêm nang lông thông thường:

- Xảy ra ở vùng có râu.
- Thường ở râu mép.
- Hay gặp ở các đối tượng có mang Staphylococcus ở vùng mũi

4/ Viêm nang lông mụn mủ nông (chốc Bockhart)

- Mụn mủ nang lông, hình vòm, màu trắng vàng, dễ bể, dễ lành, tiến triển từng đợt.

IV-Nguyên nhân:

Thường do tụ cầu khuẩn vàng.

V- Điều trị:

** Nếu có biến chứng chàm hóa phải điều trị chàm trước.*

** Tại chỗ:*

– Rửa hoặc đắp với thuốc tím pha loãng 1/10.000, hoặc các loại khác: Lactacid (pha loãng 1/3), Povidine 4% (pha loãng 1/3) ... Cần rửa lại thật nhiều nước.

– Thoa mỡ kháng sinh như: Mupirocine (Bactroban), Bacitracin và Neomycin (Banecocin) hoặc Acid fusidic (Fucidin).

– Ở da đầu, mặt và nách có thể thoa dung dịch lưu huỳnh 5%.

** Toàn thân:*

– Kháng sinh họ Macrolids hoặc Dicloxacilline (25-50mg/kg/ngày).

– Nhóm Sulfamides cũng có tác dụng tốt, nguy cơ dị ứng thuốc.

– Cho thêm kháng Histamine, các sinh tố C và nhóm B.

** Các biện pháp hỗ trợ:*

– Loại bỏ yếu tố thuận lợi (đồ mồ hôi, chấn thương, cọ xát ...)

– Điều trị bệnh phối hợp (tiểu đường, giảm miễn dịch ...)

– Thực hiện vệ sinh đúng cách vùng da bị bệnh hoặc ổ vi khuẩn gốc, dụng cụ cá nhân (giày, vớ ...).

– Cắt ngắn râu bằng kéo thay dao cạo, triệt lông vĩnh viễn bằng Laser, IPL nếu tái phát nhiều lần, thất bại với điều trị thông thường.

ĐIỀU TRỊ MÈ ĐAY

I- Đại cương:

- Mề đay là một bệnh da phổ biến, 20% dân số, gặp ở mọi lứa tuổi.
- Mề đay là một phản ứng da viêm với cơ chế phức tạp xoay quanh chất trung gian chủ yếu: Histamine. Nguyên nhân của bệnh rất nhiều, có khi dễ dàng nhận biết, đôi khi rất khó tìm ra. Việc điều trị dựa vào dung dntihistamine và loại bỏ nguyên nhân.
- Lâm sàng: ngứa, sẩn phù, xuất hiện đột ngột và biến mất trong vài phút → vài giờ. Phát ban mề đay trên da thường và niêm mạc.

II- Lâm Sàng:

- Phát ban biểu hiện bằng các sẩn hay mảng, bờ tròn hay giới hạn không đều, rõ. Kích thước thay đổi từ vài mm đến 10-20cm hoặc lớn hơn nữa. Màu hồng, trung tâm trắng đục, sờ chắc. Sang thương khu trú ở một vùng hay lan tỏa khắp cơ thể. Ở các vùng mô dưới da chùng (mi mắt, môi, cơ quan sinh dục ngoài ..) sang thương là mảng nông kết hợp với phù dưới da quan trọng.
- Ngứa thì hằng định, thường trước phát ban và lan tỏa ra ngoài vùng phát ban
- Các sang thương xuất hiện thỉnh thoảng, tồn tại vài phút hay vài giờ và biến mất không để lại dấu vết. Có trường hợp sang thương kéo dài vài ngày (cấp) hay vài tuần, tháng, năm (dạng mãn trên 6 tuần). Tái phát không phải là hiếm, dạng tái phát thường xuyên cần đặt vấn đề tương tự như dạng mãn.

III-Dạng lâm sàng:

Theo hình thái học có nhiều dạng lâm sàng khác nhau:

- 1- Mề đay hình vòng, đường dài.
- 2- Mề đay xuất huyết.
- 3- Mề đay sắc tố.
- 4- Mề đay sần.
- 5- Mề đay mụn nước, bóng nước.
- 6- Mề đay không lồ hay phù Quincke.
- 7- Hồng ban vòng bờ không đều của Marfant.
- 8- Mề đay hoại thư.
- 9- Mề đay giả viêm tấy.
- 10- Chứng da vảy nổi.
- 11- Mề đay mãn tính.

IV-Nguyên nhân:

1/ Các tác nhân có nguồn gốc động vật hay thực vật:

- * Thực vật: cây tầm ma, phong lữ thảo, trường xuân ...
- * Động vật: sâu, sữa, nhện, côn trùng (ong, muỗi, rệp, bọ chét).
 - Mề đay thường chỉ ở nơi tiếp xúc nhưng ở vài bệnh nhân tăng cảm, mề đay có thể phát triển toàn thân kèm rối loạn E6.
 - Rất hiếm khi mề đay là hậu quả của sự hút bụi nhà từ động vật – thực vật (len, lông gà ...). Các dị ứng nguyên này chủ yếu gây sưng.

2/ Tác nhân vật lý:

- Rất hiếm, giữ vai trò dị ứng nguyên ở vài thể tạng.
- * *Mề đay do lạnh:*
 - Xảy ra sau khi tiếp xúc với lạnh (tắm nước lạnh, uống nước lạnh, gió lạnh ...)
 - Mề đay thường ở chỗ tiếp xúc hay lan ra toàn thân, có thể gây phù Quincke.
- * *Mề đay do nóng:*
 - Xảy ra sau khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, tia cực tím, tia xạ ...
 - Mề đay ở nơi phơi bày hay tiếp xúc tia.

3/ Tác nhân cơ học:

- Sức ép (quần áo chật), chà xát là yếu tố thuận lợi để khởi đầu cơn mề đay. Chứng da vẽ nổi là hiện tượng lân cận.

4/ Thức ăn:

- Là nguyên nhân thường gặp. Tất cả các loại thức ăn đều có thể gây mề đay như: tôm, cua, hến, cá, trứng, trái cây, chocolate, thịt, sữa, fromage, bánh mì, rượu.

5/ Thuốc:

- Dùng đường toàn thân hay bôi đều có thể gây mề đay.
- Các thuốc có thể kể đến như sau: Pyramidon, Barbiturique, Quinine, Insulin, PNC ...

6/ Tác nhân vi trùng hay ký sinh trùng:

- Ký sinh trùng: giun sán, amibe, u nang bào sán.
- Vi trùng: nhiễm trùng TMH, RHM, Tiêu hóa, Niệu-sinh dục.

7/ Tác nhân tâm lý-sinh lý:

- Chấn động tâm lý mạnh, gắng sức, mệt, xúc động.

8/ Bệnh hệ thống:

- Reticulose, Collagenose, Amyloidose.

V- Chẩn đoán:

1/ Chẩn đoán xác định:

- * Ngứa.
- * Sẩn phù.
- * Xuất hiện và biến mất đột ngột trong vài phút hay vài giờ, không để lại dấu vết.

2/ Chẩn đoán nguyên nhân:

- * Tiền sử cá nhân: sử dụng thuốc, thức ăn, nhiễm vi trùng – ký sinh trùng, tiếp xúc nóng lạnh ...
- * Tiền sử gia đình, tạng dị ứng.
- * CLS: + CTM, TPTNT.
 - + Tìm Cryoglobulin (mề đay do lạnh).
 - + Tìm ký sinh trùng và trứng/phân.
 - + Cây dịch chất (mề đay/nhiễm trùng).
 - + Đếm Eosin, IgE.
 - + Huyết thanh chẩn đoán ký sinh trùng.

3/ Chẩn đoán phân biệt:

- * Prurigo Strophulus: dễ lầm với mề đay sẩn.
- * Duhring, ghê, tổ đũa: dễ lầm với mề đay dạng mụn nước – bóng nước.

VI-Điều trị:

Đối với cơn cấp việc điều trị tương đối dễ dàng. Ngược lại mề đay mãn hay tái phát cần một biện pháp điều trị lâu dài.

1/ Mề đay cấp:

Trong mọi ca cần loại trừ yếu tố căn nguyên (nếu biết). Thuốc dùng sẽ thay đổi tùy dạng lâm sàng.

- * Điều trị tại chỗ chống ngứa:
 - Methol, giảm.
 - Kháng Histamine tại chỗ ít hiệu quả và dễ gây nhạy cảm. Vì vậy, ít được sử dụng.
- * Điều trị toàn thân:
 - Kháng Histamine (anti H1) cổ điển cho hiệu quả tốt. Có thể sử dụng Chlohydrate de hydroxyzine, Cyproheptadine, Chlopheniramine hoặc loại ít hay không gây buồn ngủ: Melquitazine, Fexofenadine, Cetirizine, Levocetirizine, Loratadine, Desloratadine.
 - Có thể kết hợp anti H2 vì qua trung gian thụ thể H2 mà Histamine được giải phóng.

- Một vài tác giả kết hợp Cimetidine 400mg/ngày với một hoặc hai loại Histamine cho kết quả tốt.
- Corticoid sử dụng trong cơn nặng, kết quả hạn chế.
- Anticholinergique hoặc antihistamine có hiệu quả kháng Cholinergique (Atarax) → điều trị mê đay Cholinergique.

2/ Mê đay mãn hay tái phát:

- Khi biết căn nguyên thì cần loại trừ: thuốc, thức ăn, nhiễm trùng. Trong mê đay do nguồn gốc thức ăn Cromoglycate disodique cho kết quả thuận lợi, cần giới hạn thức ăn có màu. Ngay cả cần loại trừ thức ăn không có men nấm (bánh mì, fromage, rượu ...)
- Trong tất cả các trường hợp cần tránh rượu và điều trị kháng Histamine, điều trị ít nhất 3 tháng và ngưng thuốc từ từ.

ĐIỀU TRỊ MỤN TRÚNG CÁ

I- Đại cương :

Mụn trứng cá là bệnh tổn thương nang lông xuất hiện ở tuổi thanh niên có liên quan đến tăng tiết bã nhờn và hình thành nhân trứng cá.

Bệnh rất phổ biến, gặp 90% ở thanh niên với mức độ nặng nhẹ khác nhau.

II- Lâm sàng :

1. Mụn trứng cá thông thường :

1.1. Lâm sàng :

- Phát ban đa dạng gồm : nhân trứng cá, nang nhỏ, sẩn, mụn mủ, nốt, sẹo.
- Vị trí : Vùng tiết bã nhờn nhiều như :
 - + Mặt : nhiều nhất 2 bên má.
 - + Mũi, trán, cằm ít bị hơn.
 - + Tai : nang ở da tai.
 - + Ở nam giới : vai, vùng trước ngực, lưng có thể bị.
- Thương tổn da : Có 2 loại thương tổn là viêm và không viêm
 - + Thương tổn viêm :
 - * Sẩn nhỏ có quầng viêm xung quanh.
 - * Nốt: cục sưng, mềm, lớn. Một vài nốt tạo thành nang ở sâu. Các cục sâu này có thể hóa mủ tạo ra áp-xe, sau đó để lại sẹo rất xấu.
 - + Thương tổn không viêm :
 - * Nhân trứng cá mở hay mụn đầu đen : tương ứng với sự tích tụ chất sừng bên trong. Những điểm đen do sự hiện diện của các hạt sẫm màu trên bề mặt.
 - * Nhân trứng cá đóng hay mụn đầu trắng hay nang nhỏ : là những chấm nhỏ màu trắng ngà, dưới da, đường kính vài mm.

1.2. 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, brom, corticoids.

1.3. Diễn biến :

Có nhiều cơn bộc phát kéo dài nhiều năm. Bệnh lành tính nhưng gây sẹo, mất thẩm mỹ.

2. Một vài dạng lâm sàng khác :

- Mụn trứng cá cục.
- Mụn trứng cá kết cục.
- Mụn trứng cá do thuốc hay phát ban dạng trứng cá.
- Mụn trứng cá đỏ.

III- Điều trị :

1. Trường hợp nhẹ : vài cho đến nhiều comedon.

- Benzoyl peroxide : thoa ngày 2 lần.
- Kháng sinh tại chỗ :
 - + Clindamycine phosphate 1%.
 - + Erythromycine : hiệu quả, ít gây kích ứng.

2. Trường hợp trung bình : từ vài đến nhiều comedon, vài sần, mụn mủ.

- Benzoyl peroxide gel bôi ngày 2 lần.
- Retinoids.
- Kết hợp Tretinoin kiềm khuẩn :
 - + Tỏi bôi Tretinoin.
 - + Sáng bôi benzoyl peroxide
- Adapalen (Diffirin 0,1% gel).

3. Trường hợp nặng : sần viêm, mụn mủ, nang, áp-xe.

Dùng các thuốc bôi như trình bày ở trên, kết hợp với kháng sinh.

* *Cyclines :*

– Tetracycline là kháng sinh được chọn lựa đầu tiên, có vài tác dụng phụ, dung nạp tốt, thích hợp cho việc sử dụng lâu dài. Tetracycline có hiệu quả ở liều thấp vì nhiệt độ tập trung cao trong nang lông tuyến bã nhất là khi có viêm.

Không dùng cho trẻ dưới 12 tuổi, phụ nữ có thai.

Thời gian điều trị từ 2 tuần đến 10 tháng.

Liều khởi đầu 1g/ngày uống khi bụng đói cho đến khi hết mụn. Nếu thương tổn viêm không giảm sau 4 đến 6 tuần thì tăng liều lên 1,5g/ngày trong nhiều tuần, khi bệnh giảm thì giảm liều xuống mức thấp (0,25mg/ngày).

– Cycline thế hệ thứ 2 : Liều 100 – 200 mg/ngày.

+ Minocyclin thường được dùng (nhưng đắt tiền) đối với những bệnh nhân không đáp ứng với các kháng sinh khác. Thuốc hấp thu tốt ngay cả khi uống trong bữa ăn.

+ Doxycycline : người bệnh cần được khuyên tránh nắng vì da dễ bị nhạy cảm với ánh sáng.

** Kháng sinh khác :*

– Erythromycine : 1,5 – 2g/ngày.

Dùng cho phụ nữ có thai, trẻ em.

Trong khi điều trị thường làm men gan tăng cao nhưng đây là nhiễm độ gan hồi phục được.

– Clindamycine : 300 – 600 mg/ngày.

– Trimethoprim – Sulfamethoxazole : 960 mg x 2 lần/ngày.

– Azithomycin 250 mg (1 – 2 viên ngày uống 3 lần/tuần).

4. Trường hợp đặc biệt :

– Trứng cá cum :

+ DDS 50 -100 mg/ngày (1 – 2 mg/kg/ngày)

+ Isotretinone.

– Trứng cá ác tính : Corticoides toàn thân sau đó Isotretinoine.

– Trứng cá xảy ra trong thai kỳ : Cắt các trị liệu trên. Gluconate de zine 2000 mg/ngày.

5. Các phương pháp điều trị khác :

** Các thuốc tác dụng trên sự tăng tiết bã nhờn :*

– Estrgen :

- + Ethinyl estradiol 50 – 70 mg.
- + Kháng androgen : Diane 35.
- Retinoic Acid 13 – cis :
 - + Liều tiền công : 0,5 mg/kg/ngày.
 - + Liều duy trì : 0,2 – 0,3 mg/kg/ngày.
- Spironolactone :
 - + Liều tiền công : 200 mg/ngày.
 - + Liều duy trì : 50 – 175 mg/ngày.
- * *Phẫu thuật* (nốt, u nang, lõi, cụm, ...). Bào da.
- * *Tâm lý liệu pháp* : tranh lo âu, stress ...