



**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**
CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ :

BỆNH DA LIỄU



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

CHUYÊN ĐỀ
BỆNH DA LIỄU

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH
CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ
BỆNH DA LIỄU

LOẠI SÁCH PHỔ BIẾN KIẾN THỨC KHOA HỌC

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Lời nói đầu

Câu lạc bộ Y Học và Đời Sống Trường Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh ra đời năm 2000 với buổi sinh hoạt đầu tiên ngày 08 – 01.

Trong mỗi buổi, ngoài phần trình bày và trả lời các câu hỏi, báo cáo viên còn cung cấp cho người tham dự những bài viết tương đối đầy đủ về những thông tin có liên quan.

Sau 3 năm, với 150 buổi sinh hoạt, Câu lạc bộ đã tích lũy được hơn 100 bài viết về nhiều đề tài. Để góp phần phổ biến một cách có hệ thống những thông tin bổ ích này, chúng tôi tập hợp các bài viết trong một bộ sách chuyên đề.

Chúng tôi xin cảm ơn các giảng viên của trường, các bác sĩ ở các bệnh viện đã giúp cho Câu lạc bộ thực hiện nhiệm vụ đưa thông tin y học đến nhiều người. Chúng tôi cũng cảm ơn những người tham dự đã giúp Câu lạc bộ hoạt động có hiệu quả. Mong rằng những quyển sách này có ích cho bạn đọc.

Trong lần xuất bản đầu tiên này, chắc chắn bộ sách không tránh khỏi thiếu sót. Chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc gần xa.

Hiệu Trưởng,
GS. TS. NGUYỄN ĐÌNH HỐI

BỆNH CHÀM

Thạc sĩ ĐẶNG THỊ TỐN

Bộ môn Da liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh chàm hay eczema là từ có nguồn gốc Hy Lạp có nghĩa là rỉ nước. Đây là một bệnh rất phổ biến, chiếm khoảng 10% dân số, là hiện tượng viêm nông ở da thường gặp. Triệu chứng đầu tiên và nhẹ nhất là da đỏ và sưng nề kèm theo ngứa dữ dội. Những triệu chứng này có thể tiến triển tạo thành mụn nước. Các mụn nước sẽ vỡ ra, rỉ dịch, đóng vảy, sau đó tróc vảy rồi lành.

Trường hợp bệnh kéo dài, da vùng bệnh trở nên dày, nếp nhăn da hằn rõ, da sạm màu hơn (có khi lại nhạt màu hơn), trên mặt da có nhiều vết trầy xước do ngứa gãi, gọi là lằn cổ trâu.

Có rất nhiều yếu tố gây bệnh, chúng có thể đơn độc hay phối hợp với nhau gây bệnh.

II. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

Nói chung chàm là một phản ứng dị ứng và cần phải có 2 yếu tố:

- Trên một cơ địa dị ứng.

- Chất gây dị ứng.

1. Về cơ địa dị ứng :

50 → 70% bệnh nhân bị bệnh chàm có cha, mẹ hoặc ông, bà đã bị chàm, hen, viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc dị ứng, đồng thời khoảng 50% con cái của họ cũng bị chàm thể tạng vì tạng dị ứng có khuynh hướng di truyền. Những rối loạn chức năng của một số nội tạng như gan, mật, nội tiết, thiếu vitamin, thần kinh tâm lý... đưa đến thay đổi nội môi trường, làm bệnh nhân bị chàm.

2. Về chất gây dị ứng :

Có thể do hít vào, bị chiếu vào hoặc đắp, dán trực tiếp trên da hay có thể do ăn, uống, tiêm chích, cấy vào da.

Nói chung chất gây dị ứng có thể là yếu tố hóa học, vật lý hoặc sinh học (như vi trùng, vi nấm v.v ...)

III. VỊ TRÍ GÂY BỆNH

Bất cứ nơi nào trên cơ thể đều có thể bị chàm, thường là: da đầu, mặt, bàn tay, bàn chân, bẹn, âm hộ, thân mình.

Niêm mạc (lưỡi, khoang miệng, lỗ mũi, lỗ tiểu...) không bao giờ bị chàm.

Bán niêm mạc (môi, quai đầu...) có thể bị chàm.

IV. TIẾN TRIỂN CỦA BỆNH

Trường hợp thuận lợi, bệnh chàm sẽ khỏi trong vòng vài ngày hay vài tuần.

Trường hợp không thuận lợi, bệnh hay tái phát (tại chỗ hay lan rộng) đưa đến biến chứng đỏ da toàn thân.

Bệnh chàm có thể bị bội nhiễm gây mụn mủ, nóng sốt, nổi hạch. Trường hợp nặng có thể bị viêm cầu thận cấp.

Nếu điều trị đúng cách, bệnh sẽ mau khỏi. Ngược lại, dùng thuốc không đúng có thể làm bệnh lan rộng thêm (do dị ứng với thuốc bôi, thuốc uống).

V. PHÂN LOẠI BỆNH CHÂM.

Có nhiều cách phân loại

1. Theo tiến triển:

a. *Chàm cấp*: Da đỏ, sưng phù, nổi mụn nước, rỉ nước.

b. *Chàm bán cấp*: Rỉ nước, đóng vảy, tróc vảy.

c. *Chàm mạn tính*: Da dày, sạm màu.

Trên thực tế, ba giai đoạn cấp, bán cấp, mạn tính không phải luôn luôn rõ ràng, chúng có thể xen kẽ nhau. Trên nền mạn tính da dày, sạm màu có thể có mụn nước, rỉ nước, đóng vảy, tróc vảy của cấp và bán cấp.

2. Theo thể bệnh:

a. Chàm có nguồn gốc bên ngoài: Chàm tiếp xúc.

b. Chàm có nguồn gốc bên trong: Chàm thể tạng, tổ đỉa, chàm bã nhờn (chàm tiết bã), chàm dạng đồng tiền.

VI. CÁC DẠNG BỆNH CHÍNH.

1. Chàm tiếp xúc :

Do các chất gây dị ứng ở môi trường bên ngoài cơ thể tiếp xúc trực tiếp với da, vì vậy vùng da bệnh sẽ có hình dạng của vật tiếp xúc (*ví dụ:* quai dép, dây đeo đồng hồ, nhẫn ...)

Nguyên nhân gây bệnh rất nhiều: Thường là thuốc bôi như kem Phenergan, thuốc dán, băng cá nhân, dầu gió xanh, đắp lá cây... Ngoài ra còn có quần áo, phấn son v.v ...

Đặc điểm của bệnh là mau lành nếu chấm dứt tiếp xúc với chất gây dị ứng, ngược lại sẽ tái phát nếu tiếp xúc lại với chất gây dị ứng.

Vì vậy trong điều trị bệnh, dứt khoát phải loại bỏ nguyên nhân gây dị ứng.

2. Chàm thể tạng :

Có tính gia đình, 70% bệnh nhân có người trong gia đình hay bản thân bị bệnh dị ứng như hen, viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc dị ứng.

a. Chàm sữa :

Xảy ra ở trẻ trong giai đoạn còn bú (< 2 tuổi), khởi phát từ những tháng tuổi đầu tiên (thường là tháng thứ ba).

Vị trí: ở mặt, hai má, đối xứng có thể lan ra da đầu, thân mình, tứ chi, nhưng bao giờ cũng chừa những lỗ thiên nhiên như mắt, mũi, miệng.

Khởi phát : Da đỏ, sau đó nổi mụn nước, rịn nước, đóng vảy và tróc vảy. Dễ bị nhiễm trùng. Bệnh thường biến mất trước 5 tuổi. Sau 5 tuổi mà chưa hết, bệnh sẽ chuyển thành chàm thể tạng ở người lớn.

b. Chàm thể tạng ở người lớn :

70% trường hợp là do tiến triển tiếp tục của chàm sữa. Bệnh có đặc điểm:

- Vị trí vùng da bệnh: Đối xứng, chủ yếu ở các nếp gấp hay mặt duỗi của tứ chi.
- Bệnh tái đi tái lại nhiều lần.
- Ngứa nhiều (móng tay bệnh nhân bóng loáng vì gãi).
- Thường kèm da vảy cá ở 2 cẳng chân, khô da, vảy phấn trắng.

3. Bệnh tổ đũa :

Là một biến thể của bệnh chàm, đặc trưng bởi các mụn nước sâu ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, mặt bên các ngón. Rất ngứa.

4. Chàm tiết bã nhờn :

Vị trí ở những vùng nhiều tuyến bã nhờn như da đầu, nếp sau tai, mặt, ngực (trên xương ức), lưng (giữa hai xương bả vai). Da đỏ, đóng vảy vàng nhạt.

5. Chàm dạng đồng tiền :

Da đỏ hình tròn hay bầu dục, đường kính vài cm, nằm rải rác, thường số lượng nhiều. Trên đó, khi có mụn nước rải rác, khi đóng mào, phủ vảy mịn.

VII. ĐIỀU TRỊ BỆNH.

Mục đích: Loại bỏ nguyên nhân gây bệnh, làm giảm ngứa, giảm viêm, giúp cho da trở lại bình thường.

– Thuốc bôi:

Tùy theo giai đoạn mà sử dụng thuốc nước, kem hay thuốc mỡ. Các thuốc bôi có chứa corticoid như *Cortibion, Flucinar, Synalar...* có thể được dùng dưới sự hướng dẫn của bác sĩ.

– Thuốc uống:

Uống kháng sinh khi có hay nghi ngờ bội nhiễm. Uống thuốc làm giảm ngứa. Có loại gây ngủ như pheniram, polaramin... không dùng cho người lao động sử dụng máy móc, lái xe... Có loại không gây ngủ như *Clarytin, Telfast, Zyrtec* nhưng không được dùng cho trẻ em dưới 12 tuổi.

Tóm lại cần dùng thuốc theo sự chỉ dẫn của bác sĩ.

Trường hợp nặng cần được nhập viện để điều trị ngay.

VIII. PHÒNG NGỪA.

Bệnh chàm là một bệnh liên quan đến sức khỏe cộng đồng, cần chú ý đến vấn đề chăm sóc sức khỏe ban đầu:

1. Ở những gia đình có cơ địa dị ứng :

Trẻ còn bú cần được bú sữa mẹ, nếu phải bú sữa ngoài thì nên dùng sữa thực vật (sữa đậu nành, prosobee).

Phải vệ sinh nhà cửa, mùng mền, drap giường... để giảm bớt bụi, lông chó mèo.

2. Ở những người bị chàm tiếp xúc :

Tránh tiếp xúc với các chất có mùi thơm, *Neomycine*, chất bảo quản, kim loại nhất là nickel (thường có trong nữ trang như bông tai, nhẫn...).

IX. KẾT LUẬN.

Bệnh chàm là một bệnh da rất phổ biến, chiếm tỷ lệ cao trong dân chúng.

Bệnh ngày có khuynh hướng tăng cao do xã hội không ngừng phát triển, con người còn tiếp xúc nhiều với các chất thải công nghiệp và tiêu dùng như

khói nhà máy, khí thải của xe hơi, xe gắn máy v.v... Giao thông vận tải thuận lợi giúp con người có nhiều cơ hội đi du lịch cũng làm tăng tần suất bệnh chàm vì dễ tiếp xúc với các chất gây dị ứng dạng hít. Ngoài ra thói quen tắm rửa, chà xát nhiều bằng các loại xà bông thơm cũng làm tăng tần suất bệnh... Vì vậy việc phổ biến kiến thức về bệnh chàm trong cộng đồng là cần thiết, nhằm giúp mọi người hiểu và biết cách phòng ngừa cũng như xử trí đúng khi mắc bệnh.



ĐIỀU TRỊ CHÀM BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Phó Giáo sư, Tiến sĩ NGUYỄN THỊ BAY
*Bộ môn Bệnh học - Khoa Y học cổ truyền
Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

I. ĐẠI CƯƠNG

Chàm là loại bệnh tổn thương ngoài da có căn nguyên phức tạp, bao gồm 2 yếu tố: một là do cơ địa dị ứng sẵn có trong cơ thể và hai là tác nhân bên trong hoặc bên ngoài tác động vào yếu tố cơ địa gây nên bệnh.

Tổn thương cơ bản trên da của chàm là mụn nước và rất ngứa.

Bệnh thường tiến triển qua 5 giai đoạn, nếu không có biến chứng:

1. Đỏ da
2. Nhiều mụn nước lấm tấm
3. Chảy nước vàng do mụn nước vỡ ra để lại lỗ nhỏ lõm xuống.
4. Huyết tương rỉ ra đóng thành vảy màu vàng rồi thâm dần, vài ngày sau bong vảy
5. Vảy bong để lại lớp da non màu đỏ, không để lại sẹo

Nếu có biến chứng, thường gặp là:

1. Bội nhiễm: nhiễm thêm các vi khuẩn khác làm cho tổn thương lây thêm do tăng tiết, vùng tổn thương sưng đỏ, tổng trạng sốt.

2. Dày da vùng tổn thương, sừng hóa và da trên tổn thương khô nám.

II. PHÂN LOẠI CHÀM.

1. Phân loại theo hình thể:

a. Chàm dạng nám: Thương tổn khu trú ở chân, màu đỏ sẫm, trên có mụn nước lấm tấm.

b. Chàm dạng viêm quầng: Thương tổn khu trú ở mặt, mi mắt.

c. Chàm tổ đĩa: Thương tổn khu trú ở rìa các ngón chân, có thể cả lòng bàn tay và chân, mụn nước từ sâu dội lên da, rất ngứa.

d. Chàm sừng: Thương tổn khu trú ở lòng bàn tay chân, vảy dày trắng nứt nẻ, sưng đau, dưới vảy có mụn nước.

e. Chàm thể đồng xu: Hình tròn hoặc bầu dục, màu đỏ hồng, trên có mụn nước, vảy tiết, khô dần từ chính giữa, khu trú ở tay chân.

2. Phân loại theo nguyên nhân.

a. Chàm tiếp xúc: Do tiếp xúc với một số chất khác trên cơ địa dị ứng, các loại gây dị ứng như: sơn, savon, nilon, kem, phấn, giày dép cao su, dây đồng hồ đeo tay, một số cây, cỏ, lá, hoa ...

b. Chàm vi khuẩn: Viêm nhiễm do vi khuẩn ở đầu đó trên cơ thể như viêm răng, hàm, mặt, tai mũi họng, viêm đường tiêu hóa hoặc một số cơ quan khác. Tổn thương nhiều mụn nước, dễ lan tràn đi nơi khác, sưng đỏ, chảy nước, ngứa dữ dội.

c. Chàm trẻ em: Do cơ địa, nội tiết, rối loạn chuyển hóa nước, một số bệnh nhiễm khuẩn, dị ứng một số chất, thần kinh ...

Thường gặp ở trẻ em trên 2 tháng tuổi, thường tới 3 tuổi sẽ tự khỏi, cá biệt sẽ dai dẳng tới khi lớn tuổi. Thương tổn cơ bản là những mụn nước khu trú hai bên má và trán, trừ mũi và miệng tạo thành hình móng ngựa, giới hạn rõ rệt, đôi khi lan lên đầu, ngứa dữ dội, tiến triển qua 5 giai đoạn như chàm nói chung, bệnh lúc giảm, lúc tăng, đôi khi kèm theo sốt cao và thường dễ bị viêm tai giữa.

d. Chàm nội tạng: Thương tổn bị biến đổi, mụn nước chuyển thành sẩn lẩn mụn nước, rải rác khắp người.

e. Chàm khô: Căn nguyên do cả bên ngoài lẫn bên trong: do hóa chất, do sinh vật, do nội tạng...

III. ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Phân loại theo các thể bệnh và điều trị như sau:

1. Thể cấp tính :

Lúc đầu da hơi đỏ, ngứa sau một thời gian ngứa nổi cục, mụn nước nhiều, rất ngứa, loét, chảy ra nước vàng.

a. Thuốc uống trong:

- Thổ phục linh	16g	Nhân trần	20g
- Khổ sâm	12g	Kim ngân	16g
- Hoàng bá	12g	Ké đầu ngựa	12g
- Hạ khô thảo	12g	Hoạt thạch	8g

Nếu mụn nước lan ra toàn thân, ngứa, nhưng chảy nước ít. Dùng bài thuốc:

- Kinh giới	12g	Sinh địa	16g
- Phòng phong	12g	Thạch cao	20g
- Thuyền thoái	6g	Tri mẫu	8g
- Ngưu bàng tử	12g	Mộc thông	12g
- Khổ sâm	12g		

b. Thuốc rửa ngoài:

- Tô mộc	30g	Lá trầu	20g
----------	-----	---------	-----

Đun sôi với 1 lít nước, và một ít muối, thấm rửa tổn thương rồi hong cho khô ngay

- Lá khế	100g	Lá kinh giới	100g
----------	------	--------------	------

Đun sôi trong nước rồi tắm

c. Thuốc bôi:

- Hùng hoàng	5g	Thạch cao	5g
--------------	----	-----------	----

Ngâm với giấm, rồi trộn đều, bôi lên chàm

2. Thể mạn tính :

Da dày, thô, khô, ngứa, và trên vùng tổn thương có nhiều mụn nước, hay gặp ở cổ chân, cổ tay, khuỷu tay và nhượng chân.

a. Thuốc uống:

- Hoàng bá	12g	Thương truật	8g
- Ké đầu ngựa	12g	Phù bình	12g
- Phòng phong	8g	Bạch tiểu bì	12g
- Hy thiêm thảo	12g		

b. Thuốc rửa:

- Lá khế	100g	Lá kinh giới	100g
Đun sôi, rửa vết chàm loét			

c. Thuốc mỡ:

- Xuyên hoàng liên	4g	Hồng hoa	4g
- Hồng đơn	4g	Chu sa	4g

Tán thành bột hòa với mỡ trăn, bôi vào tổn thương, sau đó rửa sạch bằng thuốc rửa trên.

3. Châm cứu:

Tùy thuộc vào vị trí tổn thương, chọn huyệt tại chỗ và lân cận như :

- Ở tay : châm huyệt Khúc trì, Hợp cốc.

- Ở chân : châm huyệt Tam âm giao, Dương lăng tuyền...

- Toàn thân: châm huyệt Hợp cốc, Túc tam lý, Huyệt hải.



ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ BỆNH NẤM DA

Bác sĩ HOÀNG VĂN MINH

Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Bệnh ngoài da do vi nấm là một bệnh thường gặp tại Việt Nam. Bệnh có bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, tùy thuộc vào các yếu tố như thời gian mắc bệnh, thuốc dùng trước đó, bội nhiễm, bệnh nhân ngứa nhiều hay ít... có thể chia làm 3 dạng như sau:

1. Nấm đơn thuần :

Biểu hiện trên da là mảng có màu hồng, ngoài rìa có nhiều mụn nước (diễn tiến ly tâm) và trung tâm thường nhẵn nhéo, theo thời gian nếu không điều trị mảng lớn dần ra ngoài. Bệnh nhân ngứa nhiều lúc trời nóng, ra mồ hôi hoặc về đêm.

2. Nấm chàm hóa :

Thường do bôi thuốc không đúng hoặc gãi nhiều. Tổn thương da lúc này thường chảy nước nhiều và diễn tiến ly tâm không còn rõ. Bệnh nhân ngứa nhiều và rất thường xuyên trong ngày, tăng lên khi nóng hoặc khi bôi thuốc (nếu bôi không đúng).

3. Nấm chàm hóa bội nhiễm :

Hình ảnh như nấm chàm hóa kèm theo các mụn hoặc sưng đau. Nếu nặng có thể có hạch vùng, nóng

sốt gây đi lại khó khăn nếu ở vùng bẹn hoặc chi dưới.



Để điều trị nấm da thông thường có thể dùng thuốc bôi hoặc uống. Đối với thuốc bôi, trên thị trường có sẵn các loại thuốc đóng ống hơn là pha chế theo công thức của thầy thuốc như trước đây. Thuốc thường được sử dụng thuộc nhóm *Imidazole* (bảng).

Thường có 3 nhóm thuốc:

- Thuốc chống nấm đơn thuần.
- Thuốc chống nấm + corticoides
- Thuốc chống nấm + corticoides + kháng sinh

THUỐC BÔI TẠI CHỖ ĐIỀU TRỊ NẤM DA

1. Thuốc bôi kháng nấm đơn thuần

Họ thuốc	Tên khoa học	Số lần thoa/ngày
Imidazol	Tioconazole	2
	Clotrimazole	2
	Miconazole	2
	Ketoconazole (Nizoral)	1
	Econazole	2
	Oxiconazole	2
	Sulconazole	2
Allylamines	Naftifine	2
Naphthionates	Tolnaftate	2
Substituted pyridone	Ciclopiroxalamine	2
Các thuốc chống nấm khác	BSI	2
	ASA	2
	Castellani (mỡ)	2
	Withfield	2

2. Thuốc kháng nấm + corticoids.

Một số thuốc kháng nấm như Clotrimazole, Econazole, Miconazole... có thể được một số hãng được phối hợp với corticoid.

Thí dụ: Econazol + Triamcinol

Miconazol + Hydrocortison

3. Thuốc kháng nấm + corticoid + kháng sinh

Thí dụ: Clotrimazol + betamethason + gentamycin.

Nếu sử dụng thuốc chống nấm đơn thuần, một số ít trường hợp xảy ra dị ứng gây ngứa nhiều lên hoặc là tổn thương đỏ và lan rộng.

Nếu có thêm các corticoides cần lưu ý vì corticoides ngoài tác dụng chống viêm (giảm sưng, ngứa) thì còn có nhiều tác dụng phụ khác không có lợi như giảm miễn dịch (dễ bị bội nhiễm vi khuẩn hoặc loại nấm khác), chống phân bào (teo da, giảm sắc tố), giãn mạch. Cần phải thận trọng khi dùng vào các vị trí da non: bẹn, đùi, nếp gấp hoặc trên mặt. Tai biến càng nặng nếu sử dụng các loại thuốc Corticoides thuộc nhóm fluocorticoid có 1 hay 2 nguyên tố fluor.

Nếu có thêm kháng sinh cần lưu ý tác dụng dị ứng nhiều hơn.

Nhìn chung nếu càng có nhiều thuốc thì bên cạnh tác dụng có lợi còn có thêm các tác dụng phụ có hại. Do đó tốt nhất trong trường hợp bị nhiễm nấm da với kích thước nhỏ không có chàm hóa hoặc nhiễm trùng thì có thể bôi thuốc có chất chống nấm đơn thuần. Nếu có biến chứng thì không nên sử dụng thuốc bôi bừa bãi nhất là nhóm thuốc có phối hợp corticoides, kháng sinh mà cách giải quyết tốt nhất là nên đến khám tại một bác sĩ chuyên khoa.



HẮC LÀO (LÁC)

Bác sĩ HOÀNG VĂN MINH

Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Hắc lao (lác) là từ dân gian được dùng để chỉ bệnh ngoài da do vi nấm gây nên. Tác nhân gây bệnh thuộc nhóm Dermatophytes và thường gặp nhất là hai loại: Trichophyton và Epidermophyton. Đây là một bệnh da phổ biến. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên thường gặp hơn ở tuổi thanh thiếu niên và tuổi trung niên, nam nhiều hơn nữ, ở những người làm việc trong môi trường ẩm ướt, ra mồ hôi nhiều, bơi lội, vệ sinh kém. Đường lây truyền chính thường từ người; ngoài ra có thể từ gia súc (chó, mèo...), đất ...

LÀM THẾ NÀO ĐỂ NHẬN BIẾT HẮC LÀO ?

Hai dấu hiệu nổi bật là ngứa và nổi mẩn đỏ, mụn nước. Ngứa ở vùng có tổn thương da, cả ngày lẫn đêm, tăng nhiều khi ra mồ hôi, trời nóng nực hay về đêm. Nổi mẩn đỏ một vùng có giới hạn rõ, trên bề mặt thường có nổi những mụn nước như phỏng tập trung ở rìa của tổn thương (diễn tiến ly tâm tương tự như đồng tiền nên còn được gọi là lác đồng tiền). Bệnh thường khởi đầu ở một bên ben,

sau đó có thể lan sang bên kia và ra sau mông. Ngoài ra, bệnh có thể gặp ở bụng, chi và mặt.

Nếu không chữa trị kịp thời bệnh sẽ lan thêm ra những vị trí khác, tăng kích thước, chàm hóa hoặc lây sang người khác do tiếp xúc trực tiếp hay lây qua quần áo. Nếu bôi thuốc không đúng (thuốc quá mạnh, bôi dày sang da lành hay da non, thuốc không đúng bệnh...) có thể gây ra tình trạng phỏng, chảy nước nhiều, ngứa dữ dội... Trong một số ít trường hợp có thể gây nhiễm trùng, đi lại khó khăn.

Điều trị hắc lao có rất nhiều loại thuốc. Trong dân gian thường dùng lá Muồng, Ô môi, Xương rồng bôi cũng có tác dụng nhưng có thể gây biến chứng nhiễm trùng, viêm tấy... nếu dày vào vùng da non, bều. Nhiều loại thuốc bôi cổ điển được pha chế sẵn như Antimycosé, BSA, ASA, BSL... có tác dụng tốt nhưng gây lột da nhiều, đau rát, để lại màu đen trên da như sạm da hoặc gây biến chứng tương tự thuốc dân gian.

Gần đây có nhiều loại thuốc kháng nấm mới có thể dùng tại chỗ hay uống. Thuốc bôi có dẫn xuất của Imidazol như Ecoconazol, Miconazol, Clortrimazol... bôi 2 lần trong ngày. Đặc biệt Ketoconazol (Nizoral) chỉ cần bôi 1 lần trong ngày. Những thuốc này có ưu điểm là không có màu, mùi thơm, không gây lột da, viêm tấy nhưng có thể gây dị ứng nhẹ. Tuy nhiên, dị ứng này sẽ giảm và hết khi ngưng bôi thuốc hay

dùng thuốc chống dị ứng. Trong trường hợp nấm tái phát nhiều lần hay nhiều vị trí, thường sử dụng thuốc uống như Griseofulvin, Ketoconazol (Nizoral), Itraconazol (Sporal), Fuconazol... Tuy nhiên cần thận trọng khi dùng thuốc chống nấm toàn thân do thuốc có tác dụng phụ. Thuốc được sử dụng hạn chế ở những người có bệnh nội khoa mạn tính như gan, thận... Khi phối hợp với thuốc khác cần phải thận trọng có sự hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa, do có thể có những biến chứng nặng nề.

Hắc bào thường hay tái phát do dùng thuốc không đúng hay do không diệt nguồn lây. Để hạn chế tái phát, bên cạnh dùng thuốc đúng chỉ định cần phải diệt nấm ở những vật dụng cá nhân như áo quần, mùng mền, chiếu gối ... bằng cách luộc nước sôi 100°C trong 15 phút, rắc bột chống nấm hay bôi iod 2% hai ngày một lần. Đối với người lành chưa mắc bệnh, không nên mặc chung quần áo người khác, không giao hợp với người lạ, tránh làm việc ở những nơi ẩm ướt, ra mồ hôi nhiều, nếu có cần phải giữ khô nhất là nếp gấp. Khi đã bị bệnh, nếu nhẹ chỉ cần bôi thuốc đúng chỉ định, lựa chọn thuốc thích hợp tùy theo điều kiện địa phương và bệnh nhân. Nếu tái phát hay có biến chứng nên đến bác sĩ chuyên khoa. Điều quan trọng là không quên diệt nguồn lây.



BỆNH LANG BEN

Bác sĩ **VĂN THẾ TRUNG**

Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. BỆNH LANG BEN LÀ GÌ ?

Bệnh lang ben là một trong những bệnh ngoài da phổ biến, nhất là ở vùng nhiệt đới nóng ẩm như nước ta. Bệnh gặp chủ yếu ở người trẻ, ít gặp ở người già và trẻ nhỏ.



Bệnh do vi nấm *Malassazia furfur* gây ra. Trong bệnh lang ben, vi nấm này chỉ gây tổn thương trên bề mặt của da.

Sự nhiễm vi nấm này có thể do lây trực tiếp qua tiếp xúc thân mật hay qua vật dụng như quần áo, khăn lau... Vi nấm này có thể có trên da bình thường, khi gặp điều kiện thuận lợi sẽ gây bệnh.

II. ĐIỀU KIỆN THUẬN LỢI CHO VI NẤM GÂY BỆNH

- Da nóng ẩm: mùa hè, hoạt động thể lực, mặc quần áo bít kín, tiết nhiều mồ hôi nhờn.
- Bệnh Cushing (một loại bệnh nội tiết).
- Giảm miễn dịch (cơ thể giảm khả năng chống lại bệnh tật, ví dụ AIDS)
- Yếu tố di truyền
- Suy dinh dưỡng

III. BIỂU HIỆN CỦA BỆNH

Thông thường là các dát giảm sắc tố (vết trắng hơn da bình thường), đôi khi là các dát tăng sắc tố (vết sậm hơn da bình thường) hoặc dát hồng ban (vết hồng đỏ). Bề mặt các thương tổn có vảy mịn như phấn.

Dát hình tròn hay hình bầu dục. Kích thước từ nhỏ li ti đến vài centimét, có thể kết hợp lại thành những đám lớn hơn có viền ngoằn ngoèo như bản đồ.

Vị trí thương tổn thường ở những vùng da che kín, tiết nhiều mồ hôi nhờn, như vùng giữa lưng, giữa ngực, mạn sườn, bụng, mặt trong cánh tay, đùi, vùng mặt (trước tai, hàm dưới)...

IV. BỆNH LANG BEN ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHOẺ.

Thường chỉ gây cảm giác châm chích khi nóng nực, ngứa ít hoặc không ngứa. Do đó, người bệnh ít

khi đi chữa trị sớm, nhất là khi tổn thương ở vùng da khó nhìn thấy (vùng lưng).

Thương tổn da làm mất thẩm mỹ, nhưng đối với người lao động nghèo, nhất là phái nam, điều này có thể là không quan trọng. Do vậy, có những bệnh nhân mang bệnh dai dẳng với tổn thương lan rộng, làm bệnh trở nên khó trị và là nguồn lây cho người khác.

Điều quan trọng là bệnh rất hay tái phát, nhất là khi bệnh nhân không biết cách phòng ngừa và không điều trị đúng.

V. PHÁT HIỆN BỆNH NHƯ THẾ NÀO ?

Người bệnh hoặc người xung quanh có thể nhận biết được bệnh.

Cần lưu ý là có nhiều bệnh có thương tổn tương tự như lang ben. Do đó tốt nhất là đến khám ở bác sĩ chuyên khoa.

Khi đến thầy thuốc thường chỉ khám lâm sàng là đủ. Một số trường hợp cần phải làm thêm xét nghiệm tìm vi nấm (thường là soi trực tiếp dưới kính hiển vi).

VI. CÁCH PHÒNG NGỪA VÀ ĐIỀU TRỊ

Loại bỏ điều kiện thuận lợi cho vi nấm gây bệnh là điều quan trọng nhất.

– Mặc đồ thông thoáng, nhất là mùa nóng. Người hoạt động thể lực nhiều thì càng phải chú ý hơn.

- Vệ sinh cơ thể: tắm rửa, thay đồ hằng ngày.
- Không dùng chung đồ cá nhân: khăn lau, quần áo...

- Quần áo phải phơi nắng cho khô. Trong lúc đang bị bệnh thì cần phải ủi nóng trước khi mặc lại.

Giữ vệ sinh thân thể sạch sẽ, mát mẻ không những phòng ngừa bệnh lang ben mà còn nhiều bệnh da nhiễm trùng khác (nấm da, viêm da mủ...). Khi mắc bệnh thì sẽ dễ điều trị hơn và ít tái phát hơn. Đôi khi bệnh tự lành sau những biện pháp trên.

* Dùng thuốc

- *Thuốc dùng tại chỗ* (ngoài da): Có các dạng nước (ASA, Antimycose, BSI), dạng kem (các azole), dạng dầu gội (ketoconazol, selenium), dạng xịt. Khi bệnh mới phát, tổn thương ít thì chỉ cần điều trị tại chỗ là đủ. Khi bôi thuốc, nên bôi cả vùng da xung quanh tổn thương, 1 – 2 lần/ngày trong 1 – 3 tuần. Khi tổn thương lành thì nên tiếp tục bôi thuốc thêm một thời gian nữa (khoảng 1 tuần) để tránh tái phát.

- *Thuốc dùng toàn thân* (thuốc viên uống): Gồm Ketoconazole, Itraconazole, Fluconazole... dùng trong trường hợp tổn thương lan rộng, nhiều vị trí.

- Đôi khi cần dùng phối hợp cả thuốc bôi ngoài da và thuốc uống.

- Khi tổn thương lan rộng, dai dẳng khó trị thì có thể kèm theo những bệnh lý toàn thân khác (nêu trên)

Lưu ý:

+ Thuốc dùng tại chỗ có gây kích thích da (ngứa, rát, nổi mẩn ... nhiều ít tùy từng loại, tùy từng bệnh nhân).

+ Thuốc uống có thể gây rối loạn tiêu hóa, dị ứng, độc gan, độc thận, tương tác với thuốc khác... Thuốc này không nên dùng cho phụ nữ có thai, người mẹ cho con bú ...

Do đó tốt nhất là phòng bệnh. Khi mắc bệnh thì nên đi khám sớm để điều trị đúng, kịp thời vì như thế sẽ dễ trị hơn, chi phí điều trị sẽ rẻ hơn. Không nên tự dùng thuốc, nhất là thuốc uống.

TÓM LẠI:

Bệnh lang ben là bệnh da do vi nấm.

Bệnh khá phổ biến. Cần phải giữ vệ sinh thân thể để hạn chế mắc bệnh

Khi mắc bệnh cần đi khám sớm để được điều trị đúng. Không nên tự điều trị.

Để điều trị mau khỏi và tránh tái phát, bệnh nhân cần thực hiện những biện pháp phòng ngừa và không nên tự ngừng thuốc khi tổn thương da vừa lành mà phải theo sự hướng dẫn của bác sĩ.



NỔI MÀY ĐAY

Bác sĩ NGUYỄN THỊ NGỌC MỸ

Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Mày đay là một phản ứng viêm của da, có cơ chế phức tạp trong đó có sự can thiệp của chất trung gian hóa học chính là histamin. Mày đay là một bệnh da phổ biến, rất dễ nhận biết nhưng cũng là bệnh khó phát hiện nguyên nhân.

Có rất nhiều nguyên nhân gây mày đay (bên trong, bên ngoài cơ thể, cơ địa) một số thì đơn giản, dễ nhận biết, một số khác thì rất khó phát hiện dù có đầy đủ các loại xét nghiệm. Trên một bệnh nhân nhiều khi không phải chỉ có một mà có nhiều yếu tố gây bệnh.

I. MÀY ĐAY CÓ THỂ DIỄN TIẾN:

– **Cấp tính:** Xảy ra đột ngột và biến mất nhanh trong vài giờ hoặc vài ngày, thường gặp ở người trẻ hơn và nguyên nhân thường gặp là do thức ăn hay thuốc.

– **Mạn tính:** Kéo dài trên 6 tuần, đa số là tự phát (vô căn), trường hợp này cần phải dựa vào chiến lược nghiên cứu thật công phu, tỉ mỉ thì mới có thể tìm ra được nguyên nhân.

Thuốc chống dị ứng chỉ giải quyết được triệu chứng tạm thời. Muốn điều trị có hiệu quả thì cái chính là phải tìm cho ra nguyên nhân, đôi khi không luôn dễ dàng.

II. MÀY ĐAY CÓ NHỮNG DẠNG SAU ĐÂY

1. Mày đay thông thường:

Cơn bệnh bắt đầu đột ngột, rầm rộ ở bất kỳ vùng da nào trên cơ thể với những sẩn phù có màu hồng, đặc biệt rất ngứa và có thể hợp lại thành mảng có giới hạn rõ lan rộng khắp người. Sau vài phút hay vài giờ thì lặn mất không để lại dấu vết. Phát ban có thể lặn ở chỗ này và nổi ở chỗ khác.

2. Phù mạch (còn gọi là phù Quincke).

Nổi ban đột ngột làm sưng to cả một vùng (mí mắt, môi, bộ phận sinh dục ngoài, niêm mạc...) cho cảm giác căng nhiều hơn ngứa. Có thể kèm theo nổi mày đay hay không. Nếu phù ở lưỡi, thanh quản, hầu sẽ gây ra suy hô hấp, phải xử trí cấp cứu.

3. Da vẽ nổi.

Còn gọi là mày đay giả. Sát nhẹ lên da bằng một vật đầu tù, vài phút sau sẽ nổi gồ lên trên mặt da một vết màu hồng. Có thể đi kèm nổi mày đay hay không.

4. Ngoài ra mày đay còn có những dạng khác như sẩn nhỏ, sẩn - mụn nước hay xuất huyết.

Mày đay hay phù Quincke có thể đi kèm với những triệu chứng toàn thân như sốt, đau khớp, rối loạn tiêu hóa, nhức đầu và nặng nhất là truy tìm mạch (sốc phản vệ) cần phải xử trí cấp cứu.

III. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY NỔI MÀY ĐAY

1. Mày đay thông thường

a. Thức ăn: Có thể gây dị ứng như sữa, trứng, cá biển, tôm cua, sò, ốc, phô mai, đồ hộp, mắm, tương, chao, sôcôla, rượu, bia. Các chất tạo màu thực phẩm, các chất bảo quản thực phẩm.

b. Thuốc: Có thể xảy ra ngay sau khi dùng lần đầu hoặc từ 5 – 10 ngày sau. Nổi mày đay đơn thuần hay có kèm với sốt, đau khớp, nổi hạch ... Các thuốc thường gây dị ứng nổi mày đay là Penicillin (nguy hiểm nhất), Aspirin, thuốc hạ nhiệt, các chất cản quang có chứa iod (trong chụp X quang), thuốc ức chế men chuyển (điều trị cao huyết áp, suy tim), thuốc gây mê, huyết thanh, vaccin v.v...

c. Nọc độc: Ong, kiến, sâu bọ ...

d. Kháng nguyên hô hấp: Rơm rạ, phấn hoa, bụi nhà, lông vũ, men mốc ...

e. Nhiễm:

– Virus (viêm gan siêu vi B, C)

– Vi khuẩn (ở tai mũi họng, tiêu hóa, răng, miệng, niệu sinh dục).

- Ký sinh trùng đường ruột (giun, sán, giun kim).
- Nấm (candida ở da, nội tạng).

2. Mày đay do tiếp xúc (với chất hữu cơ hay hóa học).

3. Mày đay vật lý.

- a. Da vẽ nổi.
- b. Mày đay do vận động xúc cảm.
- c. Mày đay do chèn ép, chấn động.
- d. Mày đay do lạnh, nóng, nước, ánh sáng mặt trời.

4. Mày đay hệ thống.

- a. Bệnh chất tạo keo (luput đỏ...).
- b. Viêm mạch.
- c. Bệnh nội tiết (tiểu đường, cường giáp).
- d. Bệnh ung thư.

5. Mày đay do di truyền.

6. Mày đay tự phát (vô căn).

IV. ĐIỀU TRỊ MÀY ĐAY.

- Tốt nhất là loại bỏ yếu tố gây bệnh (nếu biết được)

- Tránh một số thức ăn, một số thuốc có thể gây dị ứng, tránh các chất kích thích như gia vị, rượu, trà, cà phê ...

- Trong cơn cấp:

- + Ăn nhẹ, giảm muối.

- + Trường hợp gây ngứa, khó chịu nhiều, có thể dùng giấm thanh pha trong nước ấm (một phần giấm hai phần nước) để thoa hay tắm.
- + Tránh dùng mỡ kháng histamine (phenegan) thoa vì dễ gây viêm da dị ứng. Mỡ corticoides ít hiệu quả, có thể có các tác dụng phụ của nó (nhất là khi thoa diện tích quá lớn).

Hiện nay có một số thuốc chống dị ứng (thuốc kháng histamin) thế hệ mới không gây buồn ngủ, có thể uống như:

<i>Tên thuốc</i>	<i>Liều dùng/ ngày</i>
Loratadine (Clarityne)	10mg x 1 viên
Cetirizine (Zyrtec)	10mg x 1 viên
Acrivastine (Semprex)	8mg x 3 viên
Astemizole (Hismanal)	10mg x 1 viên

Thuốc corticoides (uống hay tiêm) chỉ nên dùng trong mày đay cấp nặng kèm phù thanh quản, một số mày đay do viêm mạch, mày đay do chèn ép không đáp ứng với thuốc kháng histamin thông thường; không nên dùng để điều trị mày đay mạn tính tự phát.

Đối với mày đay mạn tính: vì thường có liên quan tới các bệnh lý bên trong nên bệnh nhân cần phải đến bác sĩ chuyên khoa khám bệnh, làm thêm các xét nghiệm cần thiết để có thể tìm ra đúng nguyên nhân, điều trị mới có hiệu quả.

ZONA

Thạc sĩ, Bác sĩ TRẦN THỊ THANH MAI

Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

Bệnh nhiễm virus hướng thần kinh và da, tổn thương đầu tiên là viêm cấp tính hạch tủy sống và rễ sau của tủy sống.

2. Tác nhân gây bệnh (Virus Herpes varicellae)

Virus này có khả năng nằm yên hàng chục năm trong hạch cảm giác của người sau khi mắc bệnh thủy đậu và sau đó được tái hoạt lại để gây bệnh zona. Nguyên nhân gây tái hoạt chưa rõ.

3. Hoàn cảnh xuất hiện.

Bệnh có thể gặp ở người khỏe mạnh nhưng thường ở người già. Ngoài ra, một số bệnh có sẵn từ trước có thể là yếu tố thuận lợi và đáng được quan tâm như:

- Bệnh về máu: u lympho mạn, Hodgkin.
- Đái tháo đường, ung thư, điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch.

- Viêm màng não hoặc viêm não - màng não do vi trùng

- Chèn ép rễ hạch do bướu hoặc nhiễm trùng, chấn thương hoặc điều trị bằng xạ trị.

- Bệnh hệ tạo keo (đặc biệt LEA).

II. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ tiền phát ban.

Những cơn đau nhức, đau dây thần kinh, cảm giác nóng bỏng, căng rát ở da vùng sắp nổi ban.

Sốt nhẹ $37^{\circ}5 - 38^{\circ}C$, khó chịu, nhức đầu, đau xương sống.

Các triệu chứng trên có thể không có.

2. Thời kỳ phát ban.

Đầu tiên là các dát hồng ban đứng riêng rẽ, sau đó hợp lại thành mảng lớn. 24 giờ sau xuất hiện các mụn nước hợp hành chùm ở trung tâm mảng hồng ban.

Các mụn nước này có thể hợp lại thành bọt nước chứa dịch trong, có thể lõm ở trung tâm.

Sau đó mụn nước hóa đục, vỡ ra, khô lại và đóng vảy.

Có thể thấy tổn thương với nhiều lứa tuổi khác nhau tương ứng với sự bộc phát của nhiều cơn liên tiếp (thường ở người lớn).

Vị trí rất đặc trưng: Ở một bên cơ thể và không vượt quá đường giữa. Đôi khi có thể thấy một vài tổn thương ở bên đối diện do những nhánh thần kinh nhỏ chạy ngang.

Diễn tiến: Lành trong vòng 2 – 3 tuần.

Để lại sẹo mất sắc tố.

*** Triệu chứng đi kèm:**

– Cảm giác nóng rát (có khi không chịu nổi) nhất là về đêm. Rối loạn thần kinh giao cảm về vận mạch bài tiết mồ hôi, nhiệt độ ở vùng phát ban.

– Hạch phụ thuộc sưng đau.

– Dấu màng não (hiếm). Nhức đầu sốt, tăng limphô trong dịch não tủy.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG

1. Theo vị trí.

– **Zona liên sườn:** Thường gặp nhất và điển hình nhất.

– **Zona mắt:** Nặng nhất, có thể toàn bộ dây thần kinh mắt hay một trong 3 nhánh bị tổn thương. Nhánh trán, lệ, mũi trong hoặc ngoài. Đáng sợ nhất là tổn thương nhánh mũi ngoài (thần kinh giác mạc) vì gây biến chứng ở mắt.

– **Zona cổ:** Tổn thương nhiều rễ: Cổ chẩm ($C_1 - C_3$), cổ – trên đầu ($C_3 - C_4$), cổ – cánh tay ($C_5 - C_6$).

– **Zona thắt lưng:** Bụng – sinh dục, đùi – thần kinh tọa.

- **Zona xương cùg:** mông - hội âm - cơ quan sinh dục ngoài.

- **Zona sọ - đầu:**

+ **Zona hạch gối:** Do tổn thương dây VII và VIII, biểu hiện: đau tai, giảm thính lực, liệt mặt ngoại biên và mất cảm giác vị giác nửa bên, phát ban vùng Ramsay - Hunt (màng nhĩ, lỗ tai ngoài, xoắn vành tai) và ở dây nhĩ (2/3 trước lưỡi).

+ **Zona miệng hầu:** Gây khó nuốt. Phát ban thành sau lưỡi, amidan, cột trụ hoặc thành sau-bên của hầu (dây IX hoặc X bị tổn thương)

2. Theo hình thái học.

- **Zona xuất huyết:** Bọng nước chứa máu

- **Zona hoại thư:** Gây ra loét sâu, khó và lâu thành sẹo, gặp ở người già

- **Zona lan toả:** Ở người giảm miễn dịch. Giống bệnh thuỷ đậu (lốm ở giữa và thường có xuất huyết, hoại tử).

Nội tạng có thể bị tổn thương, đặc biệt là phổi có thể gây tử vong.

IV. DI CHỨNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Di chứng

- **Đau nhức:** Nhiều khi xuất hiện sau phát ban, giảm dần và hết sau vài tuần. Ở người già, tổn thương dây thần kinh sinh ba thường gây đau nhức

dữ dội (liên tục hoặc từng cơn) và thường kéo dài, khó điều trị.

– *Loạn dưỡng*: Chủ yếu ngoài da, gây teo da, mất lông, không bài tiết mồ hôi, hội chứng đau – loạn dưỡng có thể xuất hiện nhưng hiếm.

2. Biến chứng.

Ngoài tổn thương ở mắt (trong zona mắt) có thể bội nhiễm trong quá trình tiến triển. Bệnh zona có thể gây ra những biến chứng thần kinh sau:

– Viêm não – màng não tăng limpho bào.

– Liệt dây thần kinh sọ: chủ yếu là dây thần kinh mắt và dây vận nhãn chung cũng có thể xảy ra khi phát ban vùng tuỷ. Thường khôi phục lại hoàn toàn.

*** *Biến chứng khác* :**

– Rối loạn co thắt: xảy ra ở vùng xương cụt.

– Rối loạn tiêu hóa.

– Dị dạng màng phổi – tim có thể đi kèm với zona thất lưng (phần trên).

– Dị dạng đồng tử và sa mi mắt có thể xảy ra sau zona thần kinh sọ não.

– Viêm rãnh thần kinh, viêm tuỷ hoặc viêm não rất hiếm gặp.

Zona trên nguyên tắc không tái phát.

V. CHẨN ĐOÁN

Đối một số thể không điển hình cần phân biệt với:

1. Thể không có mụn nước: Chỉ có mảng hồng ban, cần tìm các triệu chứng khác như cơn đau rễ hoặc dấu hiệu liệt một dây thần kinh sọ. Cần chẩn đoán phân biệt với chàm tiếp xúc, viêm quầng (nếu ở mặt).

2. Phát ban chỉ gồm vài mụn nước hợp thành chùm. Cần chẩn đoán phân biệt với Herpes (đau ít hơn và tái phát)

3. Những người giảm miễn dịch. Zona lan toả và kéo dài cần chẩn đoán phân biệt những bệnh nhiễm virus lan toả ở da khác như Herpes.

Chẩn đoán xác định thể không điển hình nên dựa vào:

– Sự tăng cao có ý nghĩa của kháng thể IgG kháng zona, trong 2 lần kế tiếp.

– Các xét nghiệm virus học.

Khó thực hiện và không cho phép loại trừ Herpes.

VI. ĐIỀU TRỊ

Tuỳ theo triệu chứng cơ năng, vị trí và triệu chứng toàn thân.

1. Tại chỗ:

Thuốc sát trùng tại chỗ, ví dụ: Milian, Eosin.

2. Toàn thân.

* *Cổ điển:*

- Vitamin nhóm B (B_1 , B_6 , B_{12}).
- Kháng sinh (Tetra, Rifampicine, PNC).
- Giảm đau (Aspirin, Emétin, Salicylat, châm cứu).
- Giảm nhiệt (Paracétamol, Glyfanan, Lysosyme).

* *Hiện đại:*

- Phòng các cơn đau nhức bằng liệu pháp corticoid sớm (trong vòng 5 ngày sau khi xuất hiện phát ban) và ngăn ngừa.

- Prednisolone: 1/2 mg/kg/ngày trong 1 - 2 tuần. Sau đó giảm liều và ngừng hẳn trong 2 hai tuần kế tiếp.

Chỉ dùng cho những trường hợp có nguy cơ như zona dây thần kinh sinh ba, người già, zona rễ lan tỏa sau khi loại trừ các chống chỉ định: nhiễm trùng cấp, bán cấp, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh về máu.

- Điều trị di chứng đau với thuốc giảm đau thông thường, nếu thất bại có thể dùng: Carbamazépin (Tegretol) hoặc thuốc an thần kinh (Levomepromazin/Nozinan) có thể rất công hiệu nhất là khi phối hợp thuốc chống trầm cảm.

Tác dụng phụ: ngủ gà, li bì (Nozinan), giảm huyết áp tư thế đứng (hai thứ phối hợp)

- Người giảm miễn dịch: thuốc chống virus
- ♦ Vidarabine 10mg/kg/12g tiêm bắp trong 5 ngày.
 - ♦ Acyclovir 30mg/kg/12g trong 7 ngày
 - ♦ Interferon trong 5 ngày.



BỆNH GHẺ

Bác sĩ VÕ QUANG ĐỈNH

Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

1. ĐẠI CƯƠNG:

– Ghẻ là bệnh ngoài da phổ biến tại Việt Nam, chiếm tỷ lệ 3,9% số bệnh nhân đến khám tại BV Da liễu TP.HCM.

– Bệnh do cái ghẻ có tên khoa học là *Sarcoptes scabiei* gây ra và bệnh rất lây.

– Bệnh lây chủ yếu qua tiếp xúc trực tiếp từ người sang người, một số trường hợp lây qua vật dụng cá nhân hay sinh hoạt hằng ngày.

2. BIỂU HIỆN CỦA BỆNH GHẺ:

Thời gian ủ bệnh: trung bình từ 2 – 8 ngày.

** Các triệu chứng của bệnh:*

a. Ngứa :

- Thường ngứa nhiều về ban đêm.
- Ngứa nhiều ở vùng da non.
- Mức độ ngứa tùy mỗi người.

b. Tổn thương ngoài da:

– *Rãnh ghẻ*: là đường hầm do cái ghẻ đào dưới da, dài vài mm, thường ở kẽ ngón tay. Tuy nhiên, rãnh ghẻ rất ít gặp.

– *Mụn nước*: gặp trong 100% trường hợp. Vị trí đa số ở vùng da non như kẽ ngón tay, mặt trước cổ tay, nách, quanh rốn, mặt trong đùi, bộ phận sinh dục ngoài, mông.

– *Sẩn cục*: là những cục cứng ở da, ngứa, vị trí ở nách hay bẹn. Thường gặp ở trẻ em.

Bệnh rất lây nên có nhiều người xung quanh cùng mắc bệnh.

3. BIẾN CHỨNG KHI KHÔNG ĐIỀU TRỊ

– Nhiễm trùng ngoài da do vệ sinh kém.

– Chàm hóa.

– Tổn thương thận: do độc tố của ghẻ hoặc do vi trùng.

4. LÀM GÌ NGHI NGỜ BỊ GHE

– Phải đến bác sĩ da liễu khám và điều trị ngay tránh lây lan cho người khác.

– Điều trị cả người xung quanh nếu cũng bị mắc bệnh tránh bị lây lại.

– Vệ sinh quần áo và vật dụng cá nhân (luộc trong nước > 60°C) để tránh lây lan và mắc bệnh lại.

– Bôi thuốc đúng cách.

– Không được tự mua thuốc bôi bừa bãi nhất là thuốc có chứa corticoides.

5. CÁCH BÔI THUỐC TRỊ GHE:

– Tắm sạch với thuốc tím pha loãng 1/10.000 và ấm, sau đó lau thật khô.

– Bôi thuốc khắp người từ cổ xuống (trừ mặt).
Bôi một lần vào buổi tối và chỉ tắm lại sau 8 – 12 giờ.

– Tùy theo loại thuốc có thể chỉ bôi một lần duy nhất hoặc bôi từ 2 – 3 lần.

6. CÁCH PHÒNG NGỪA

– Vệ sinh cá nhân mỗi ngày .

– Tránh tiếp xúc với người bị ghẻ.

– Nếu bị ghẻ: cần tránh tiếp xúc với người xung quanh, dùng vật dụng sinh hoạt riêng, ngủ riêng và đi khám ngay để được điều trị sớm tránh biến chứng và lây lan cho người khác.



BỆNH PHONG

Bác sĩ BÙI VĂN ĐỨC

Phó trưởng Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa.

Bệnh phong là một bệnh nhiễm trùng hệ thống mạn tính do trực khuẩn phong 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 cơ quan khác như mắt, mũi, họng, thanh quản, viêm tinh hoàn, tổn thương xương, khớp.

2. Dịch tễ học bệnh phong.

Bệnh phong là bệnh lây truyền chứ không phải là do di truyền, tuy nhiên bệnh thường khó lây. Tỷ 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.

Vào năm 1989 trên thế giới có khoảng 10 đến 12 triệu người bị bệnh phong, trong đó tỷ lệ bệnh phong cao nhất là ở Đông Nam Á, Trung Phi, Ấn Độ, Trung và Nam Mỹ. Trên toàn cầu Ấn Độ là nước có số người mắc bệnh phong cao nhất, vào năm 1981 tại

Ấn Độ có khoảng 3,9 triệu trường hợp bệnh phong. Sau gần hai mươi năm thực hiện đa hóa trị liệu (bắt đầu từ 1981), nhất là từ năm 1989 trở lại đây số người bị bệnh phong đã giảm rất nhiều.

Hiện nay trên thế giới có khoảng 800.000 trường hợp mắc bệnh phong được ghi nhận, và hầu hết các nước đều hạ được tỉ lệ hiện mắc bệnh phong xuống dưới 1/10.000, tức là đã làm cho bệnh phong không còn là vấn đề của sức khoẻ cộng đồng.

Tại Việt Nam, hiện nay có khoảng 3.500 trường hợp bệnh phong, tỉ lệ hiện mắc bình quân dưới 1/10.000, tức là chưa đến 1 người bệnh trên 10.000 người dân.

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

Đường bài xuất trực khuẩn phong: Có 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 tiết ở mũi. Trực khuẩn phong có thể sống được ở môi trường ngoài cơ thể khoảng 1 – 2 tuần, đặc biệt là trong môi trường tối và ẩm thấp. Trực khuẩn phong rất nhạy cảm với ánh nắng và môi trường khô nóng.

Đường xâm nhập của đường 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 mọi người đều 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 người không có hoặc chỉ có miễn dịch tế bào yếu thì dễ mắc bệnh hơn và dễ bị thể phong nặng.

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 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 khuẩn học.

Trực khuẩn phong *Mycobacterium 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, dài 1 – 8 μm , đường kính 0,3 μm , kháng acid và cồn.

- Không cấy được trên môi trường nhân tạo.

- Trực khuẩn phong là vi khuẩn ký sinh bắt buộc trong tế bào. Nhiệt độ tối ưu cho sự phát triển của trực khuẩn, phong là 30 – 33°C. Thời gian phân chia của *M.leprae* là 13 – 15 ngày, so với của *M.tuberculosis* là 20 giờ, của *E.coli* là 20 phút.

II. PHÂN LOẠI BỆNH PHONG

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).

2. Phân loại theo miễn dịch học của Ridley và Joplin.

Hiện nay phân loại được Ridley khuyến cáo gồm 6 nhóm (1988).

- a. Nhóm bất định (I, indeterminate).
- b. Nhóm phong củ (TT, tuberculoid).
- c. Nhóm phong trung gian gần củ (BT, borderline, tuberculoid).
- d. Nhóm phong trung gian (BB, mid-borderline).
- đ. Nhóm phong trung gian gần u (BL, borderline lepromatous).
- e. Nhóm phong u (LL, lepromatous leprosy).

3. Phân loại theo vi khuẩn (theo WHO 1988).

Phân loại này gồm 2 nhóm:

a. Nhóm ít khuẩn (PB - Paucibacillary).

Thường là các thể: phong bất định, phong củ, phong trung gian gần củ.

Tuy nhiên nếu các thể phong này xét nghiệm vi khuẩn dương tính sẽ được điều trị theo phác đồ nhiều khuẩn.

b. Nhóm nhiều khuẩn (MB = multibacillary).

Thường là các thể: phong trung gian, phong trung gian gần u, phong u.

III. TRIỆU CHỨNG BỆNH PHONG

Sau thời kỳ ủ bệnh trung bình 2 – 5 năm, bệnh phong có thể bộc phát với các triệu chứng sau:

1. Triệu chứng da.

- Các dát bạc màu hoặc màu nâu hoặc màu đỏ.
- Mảng đỏ.
- Sẩn, cục, u phong: đỏ hoặc đỏ đồng.
- Thâm nhiễm lan toả: sưng.

Đặc trưng nhất là các thương tổn da có dấu hiệu mất cảm giác.

2. Triệu chứng thần kinh.

- Mất cảm giác.
- Dây thần kinh phì đại.
- Đau nhức.
- Teo liệt cơ.
- Triệu chứng do tổn thương thần kinh giao cảm: khô da, lông rụng, giòn móng, teo da.

3. Triệu chứng tổn hại các cơ quan khác.

- Mũi họng: sụn mũi, nói khàn.
- Mắt: mất phản xạ giác mạc, mắt nhắm không kín, viêm giác mạc.
- Xương: viêm xương, tiêu xương gây rứt và cụt ngón tay, ngón chân, bàn tay, bàn chân.
- Loét bàn tay, bàn chân.
- Viêm tinh hoàn.
- Viêm hạch bạch huyết.

IV. CÁC DẤU HIỆU CHÍNH ĐỂ CHẨN ĐOÁN BỆNH PHONG

Có 3 dấu hiệu chính là:

1. Mất hoặc giảm giác ở tổn thương da hoặc ở vùng da bị bệnh.

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. Tìm thấy trực khuẩn phong ở tổn thương.

Tuy nhiên, chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng là chính.

V. ĐIỀU TRỊ 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 trị này có ý nghĩa lớn hơn việc chữa khỏi bệnh cho từng cá nhân.

2. Nguyên tắc điều trị:

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

b. 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 nhiều khuẩn bị kháng

DDS thứ phát, và theo tổ chức WHO (năm 1988) có 70% các ca mới phát hiện bị kháng DDS tiên phát.

c. *Kết hợp với vật lý trị liệu và giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân.*

d. 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.

a. DDS (Dapson, Disulon)

b. Rifampicin (Rimactan, Rifadine)

c. Lamprene (Clofazimine, B663)

d. Các thuốc mới:

- ♦ Các Quinolon: Pefloxacin, nhất là Ofloxacin.
- ♦ Các thuốc khác: Roxithromycine, Clarithromycine, Minocycline.

4. Phác đồ điều trị bệnh phong.

	DDS	Rifampicine	Lamprence	Thời gian điều trị	Giám sát sau điều trị
MB (nhiều khuẩn)	100mg/ ngày/ tự uống	600mg/ tháng/lần có kiểm soát	300mg / tháng / lần có kiểm soát và 50mg/ngày/tự uống	24 tháng	5 năm
PB (ít khuẩn)	Như trên	Như trên		6 tháng	2 năm

5. Điều trị tàn phế:

– Một số bệnh nhân có thể bị tàn phế trước, trong hoặc sau khi áp dụng đa hóa trị liệu. Những tàn phế thông thường là mất cảm giác, loét, cụt ngón, bàn chân.

– 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.

VI. 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.

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 bệnh nan y và đáng sợ nữa,

mà là 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, thì 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 qui 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 cần được điều trị ở chuyên khoa da liễu tuyến trên.

Ví dụ những trường hợp bị phản ứng phong nặng, bị loét lở loét, tổn thương mắt.



DỊ ỨNG THUỐC

Bác sĩ chuyên khoa II, Thạc sĩ NGUYỄN TẮT THẮNG

Trưởng Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. LỜI NÓI ĐẦU

Hiện nay thuốc dùng để chữa bệnh có rất nhiều chủng loại và rất đa dạng. Bên cạnh mặt tích cực là thuốc đã chữa được bệnh và giúp một số lớn bệnh nhân thoát khỏi tay tử thần, còn có một mặt khác do thuốc gây ra là dị ứng thuốc. Đó là tác dụng không mong muốn. Ở nước ta, nhiều người bệnh có thói quen tự ý dùng thuốc không có ý kiến của bác sĩ chuyên môn. Điều này góp phần gây hậu quả nghiêm trọng vì dị ứng thuốc rất thường gặp, không phải lúc nào cũng nhẹ, một số trường hợp gây chết người.

Bài này nhằm mục đích giới thiệu với quý độc giả một số biểu hiện ngoài da thường gặp do dị ứng thuốc gây ra (còn gọi là ngộ độc da do thuốc).

II. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

Nhiều yếu tố liên quan như:

- Dùng quá liều
- Tác dụng phụ của thuốc

- Uống quá nhiều loại thuốc khác nhau cùng một lúc.

- Mất cân bằng sinh thái.

- Phản ứng miễn dịch của cơ thể.

- Bất thường sinh học, men của bệnh nhân (như khiếm khuyết men G6PD).

III. LÂM SÀNG

1. Phát ban do thuốc.

a. Phát ban dạng dát sần:

Thường đột ngột, là những dát sung huyết; đối xứng

Thuốc gây ra: Sulfamid (Bactrim), Ampicillin, Phénylbutazop, Phenobarbitale, Diazepam.

b. Mày đay và phù Quincke:

Sẩn phù hay những mảng, ngứa dữ dội, kéo dài vài phút hoặc vài giờ

Thuốc gây ra: Penicillin, Aspirin, Allopurinol, Barbiturat, Chlorpromazine, Griseofulvin, Hydantoine...

c. Hồng ban sắc tố cố định tái phát:

Ngứa trước rồi nổi hồng ban, giới hạn rõ sau đó tím đen, có khi nổi bóng nước, ở bên trong cổ tay, quai đầu, âm hộ, miệng ...

Thuốc gây ra: đôi khi không rõ, đa số do thuốc hạ nhiệt Optalidon, Antipyrin, Pyramidon, Phénol-Phtaléin, Tetracycline, Sulfamide (Bactrim).

d. Hồng ban đa dạng:

– Hồng ban dát sần: dát đỏ giới hạn rõ. Trung tâm lõm có màu tím, chung quanh có màu đỏ. Diễn hình khi trung tâm có một mụn nước.

– Hồng ban đa dạng mụn bóng nước: hình tròn có nhiều vòng đồng tâm. Trung tâm là mụn nước bao quanh là vành đỏ thẫm, vành trắng, vành đỏ tươi, quầng hồng. Có bọt xuất huyết.

• Hội chứng *FIESSINGER – RENDU* và hội chứng *STEVENS – JOHNSON*

– Dạng nặng của hồng ban đa dạng, cấp tính, biểu hiện bằng trợt ngoại bì nhiều chỗ. Nhưng hội chứng *STEVENS – JOHNSON* nặng hơn bởi có tổn thương nội tạng.

– Thuốc gây ra: APC, Promethazine, Tétracycline, kháng viêm không Steroide, Bactrim, Pénicilline, Barbiturate.

– Bọng nước có máu ở:

- ◆ Miệng và quanh miệng
- ◆ Mắt
- ◆ Niêm mạc sinh dục
- ◆ Hậu môn và quanh hậu môn.
- ◆ Móng tóc: rụng tóc, viêm quanh móng, rụng móng
- ◆ Tổn thương nội tạng: viêm phổi, thận, thần kinh.



● *Hội chứng LYELL*

Rất nặng, biểu hiện bằng sự bóc tách đột ngột và toàn bộ lớp bì. Tiên lượng xấu, nguồn gốc thuốc không luôn xác định được rõ ràng.

Tiên lượng: STEVENS – JOHNSON và hội chứng LYELL rất nặng có thể đưa đến tử vong nếu không can thiệp tích cực, kịp thời.

d. Đỏ da toàn thân tróc vảy:

Toàn thân da đều đỏ, tróc vảy, rất ngứa. Hay bị ớn lạnh.

Thuốc thường gây ra: Barbituriques, Sulfamide, kháng sốt rét tổng hợp.

e. Chàm:

Tổn thương là hồng ban trên có mụn nước, ngứa. Tổn thương có thể kéo dài

Thuốc gây ra chàm rất nhiều loại: Penicilline Streptomycine, Sulfamide. Thuốc kháng sốt rét tổng hợp, một số kem bôi, mỹ phẩm.

f. Ban xuất huyết:

Dạng bầm máu hay điểm xuất huyết ngoài da.

Thuốc: ACTH, Allopurinol, Barbiturates, Chloroforme, Chlorothiazide, các Corticosteroides, Coumarine, Penicilline, Quinidine, các Sulfamides.

g. Mụn trứng cá:

Thường do các corticoid bôi tại chỗ, tiêm dưới da hoặc uống và tiêm.

h. Xạm da khu trú hay toàn thân:

Những mảng tăng sắc tố màu đen xanh xuất hiện ở vùng xương chày, vòm khẩu cái cứng, mặt, dưới móng ... còn có thể do nhạy cảm ánh sáng.

Thuốc: chống sốt rét, Phenothiazine, thuốc ngừa thai, các Sulfamides, Hydantoine, Psoralene, Minocycline...

i. Hồng ban nút:

Nốt đỏ ở cẳng chân, đùi, đầu gối, cẳng tay, thân mình. Có thể sốt, đau khớp.

Thuốc gây ra: Aspirin, kháng viêm không Steroid, các Sulfamides ...

k. Teo và xơ teo:

Tổn thương thường tại chỗ do các Corticoid tại chỗ, Insulin tại chỗ, vitamin K₁. Tổn thương toàn thân do các thuốc chẹn beta, Lithium

l. Phát ban dạng vảy nến, Lichen:

m. Hoại tử xuất huyết:

Do sử dụng chất chống đông như Dicoumarin: những mảng viêm, tiến triển thành mảng bầm máu, mảng hoại tử.

Vị trí: hông – bụng

2. Viêm da tiếp xúc do nguồn gốc bên ngoài.

Các thuốc bôi da, hóa chất tiếp xúc với da, chiếu tia...

- Thuốc tê, thuốc mê gây chàm móng tay.
- Sulfamide (bột, mỡ) gây viêm tại chỗ, đỏ da toàn thân.
- Dị ứng băng keo.

- Diễn tiến cấp hay bán cấp.
- Giới hạn rõ.
- Vị trí bôi thuốc hay tiếp xúc.

IV. HƯỚNG XỬ TRÍ

Các biểu hiện ngoài da của dị ứng rất đa dạng, có những trường hợp nhẹ có thể qua khỏi nhưng có trường hợp nặng gây tử vong. Do đó chúng ta phải rất cẩn thận khi dùng thuốc.

Đối với trường hợp nhẹ chỉ có ngứa, phát ban, chưa ảnh hưởng đến sức khoẻ chung:

- Cần ngưng ngay các thuốc đang sử dụng.

- Đến các cơ sở chuyên khoa da liễu để được khám, chẩn đoán và xử lý thích hợp. Nên mang theo các thuốc nghi ngờ để các bác sĩ chuyên khoa tìm hiểu thêm.

Đối với trường hợp nặng: sốt, mệt mỏi, bứt rứt, khó thở, nổi ban, có bóng nước quanh miệng, mắt, cơ quan sinh dục v.v... cần ngưng ngay thuốc đang sử dụng và nhập viện ngay để được theo dõi, nâng cao tổng trạng và điều trị dị ứng thuốc.

V. PHÒNG BỆNH:

Chúng ta cần phải hết sức cẩn thận khi dùng thuốc. Khi bị bệnh không nên tự ý mua thuốc uống. Cần thiết đi khám bệnh tại các cơ sở y tế để được chẩn đoán bệnh, dùng thuốc đúng chỉ định, đúng liều lượng, đúng chuyên khoa. *Nếu có tiền sử bị dị ứng*

thuốc, khi khám bệnh cần báo ngay cho bác sĩ biết là đã bị dị ứng với các thuốc nào để bác sĩ tránh các loại thuốc đó và sử dụng những loại thuốc hợp lý an toàn.

VI. KẾT LUẬN

Trên đây là một số biểu hiện ngoài da thường gặp trong dị ứng thuốc. Do vấn đề sử dụng thuốc là rất khó, cho nên khi bị bệnh chúng ta không nên tùy tiện mua thuốc uống bừa bãi mà nên đi khám bệnh tại các cơ sở y tế. Tại đây chúng ta sẽ được chẩn đoán chính xác và dùng thuốc đúng bệnh để chóng khỏi bệnh và tránh những phản ứng thuốc không tốt cho cơ thể.



BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

Bác sĩ HOÀNG VĂN MINH

Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD) là bệnh nhiễm trùng do mắc phải qua tiếp xúc tình dục.

- Bệnh có thể do vi khuẩn, virus, ký sinh trùng hay ngoại ký sinh trùng gây ra.

- BLTQĐTD gồm nhiều bệnh như giang mai, lậu, hạ cam mềm, hột xoài, u hạt bẹn, ghẻ, mồng gà, herpes sinh dục, u mềm lây, nhiễm HIV.

II. ĐƯỜNG LÂY TRUYỀN

- Bệnh lây qua quan hệ tình dục như sinh dục - sinh dục, miệng - sinh dục, hậu môn - sinh dục.

- Ngoài ra, bệnh có thể lây theo đường máu như nhiễm HIV(AIDS).

III. TÌNH HÌNH BLTQĐTD Ở VIỆT NAM:

- Tỷ lệ nhiễm HIV ngày càng gia tăng. Hiện nay, các tỉnh thành cả nước đều có người bị nhiễm HIV được báo cáo.

- Tỷ lệ các BLTQĐTD khác tại TP.HCM từ 1995-1998: (theo số liệu của BV Da liễu TP.HCM).

- ♦ Mông gà: 21,2% (nữ > nam).
- ♦ Giang mai: 7,7 % (nam/nữ là 2/1 – 4/1).
- ♦ Lậu: 6,3% (nam > nữ).
- ♦ Herpes sinh dục : 3% (nam > nữ).
- ♦ Hạ cam mềm: 0,7% (nam/nữ là 3/1).
- ♦ Hột xoài : 0,2 % (nam/nữ là 1,5/1).
- ♦ U hạt bẹn: hiếm gặp.

IV. CÁC TRIỆU CHỨNG VÀ HỘI CHỨNG CỦA BLTQĐTD

Hội chứng	Bệnh	Tác nhân gây bệnh
Tiết dịch niệu đạo	Viêm niệu đạo	Lậu, Chlamydia, Mycoplasma, Ureaplasma, Trichomonas, nấm men
Huyết trắng	Viêm âm đạo - cổ tử cung	Lậu, Chlamydia, Trichomonas, nấm men, tạp trùng
Loét sinh dục	Giang mai Herpes sinh dục Hạ cam mềm Hột xoài U hạt bẹn	<i>Treponema pallidum</i> Herpes simplex virus (HSV) <i>Haemophilus ducreyi</i> Chlamydia <i>Calymmatobacterium granulomatis</i>
Hạch bẹn	Hạ cam mềm Hột xoài Giang mai U hạt bẹn	<i>Haemophilus ducreyi</i> Chlamydia <i>Treponema pallidum</i> <i>Calymmatobacterium granulomatis</i>

Đau vùng bụng dưới (nữ)	Viêm vùng chậu	Lậu, Chlamydia
Đau sưng biu (nam)	Viêm mào tinh	Lậu, Chlamydia
Sùi sinh dục	Mồng gà Giang mai U mềm lây	Human papilloma virus (HPV) <i>Treponema pallidum</i> <i>Moluscum contagiosum virus</i>
Mụn nước	Herpes sinh dục Ghẻ ngứa	Herpes simplex virus <i>Sarcoptes scabiei</i>

V. CẦN LÀM GÌ KHI PHÁT HIỆN TRIỆU CHỨNG

– Đến khám ngay tại các trung tâm da liễu quận huyện, khoa da liễu của các cơ sở y tế và bệnh viện da liễu để được chẩn đoán và điều trị sớm.

– Không được tự mua thuốc điều trị vì dễ gây biến chứng nặng và lờn thuốc

– Khám và điều trị cả người bạn tình.

VI. CÁCH PHÒNG NGỪA:

– Không quan hệ tình dục bừa bãi.

– Sử dụng bao cao su khi quan hệ với người lạ.

– Sử dụng bao cao su đúng cách.

– Sống lành mạnh và chung thủy một chồng một vợ.



VIÊM NANG LÔNG (FOLLICULITIS)

Bác sĩ NGUYỄN THANH MINH

Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG

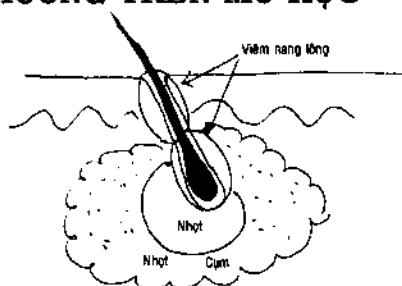
- Viêm nang lông là bệnh da thường gặp.
- Gặp ở nam nhiều hơn nữ.

II. NGUYÊN NHÂN

Đa số là do vi khuẩn như tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) và một số ít trường hợp do nấm, gây viêm nang lông cấp tính. Ở đây chúng tôi chỉ đề cập đến nguyên nhân do tụ cầu vàng.

Ngoài ra còn có các yếu tố thuận lợi cho bệnh xảy ra là : mắc bệnh tiểu đường, dinh dưỡng kém, suy giảm miễn dịch, nghiện rượu, chấn thương, môi trường làm việc kém vệ sinh, bụi bặm.

III. TỔN THƯƠNG TRÊN MÔ HỌC



IV. CÁC NHIỆM TRÙNG NANG LÔNG THƯỜNG GẶP

1. Viêm nang lông (Folliculitis).

a. Lâm sàng.

- Tổn thương là mụn mủ hoặc sẩn - mụn mủ ở nang lông, xung quanh có quầng viêm đỏ và nhìn kỹ sẽ thấy sợi lông xuyên qua ở giữa.

- *Vị trí:* Thường gặp ở da đầu, mặt, nách, vùng mu và mặt duỗi của tay chân. Ở mặt thì tập trung nhiều theo lông mày, má, thái dương, cằm... Nhưng có thể ở bất cứ vùng nào có lông.

- Có ngứa kèm theo, nhất là khi ra mồ hôi nhiều và bệnh hay tái phát.

b. Dạng lâm sàng.

- Viêm nang lông ở da đầu và mặt: là các sẩn-mụn mủ đỏ, khởi đầu ở vùng cằm, rồi lan khắp đầu tới mặt, nách và mu. Nếu bôi thuốc không đúng sẽ gây chàm hóa, ngứa nhiều.

- Viêm nang lông vùng có râu (sycosis): hay tái phát, nặng thêm sau khi cạo râu.

- Viêm nang lông ở tứ chi : là mụn mủ nang lông, ở mặt duỗi tay chân

c. Nguyên nhân.

Do tụ cầu vàng.

d. Điều trị.

♦ Tại chỗ.

- Rửa hoặc đắp ẩm bằng thuốc tím pha loãng 1/10.000. Có thể dùng các loại khác như Lactacyd (pha loãng 1/3), Povidine 4% (pha loãng 1/3), Mercryl Lauryle (pha loãng 1/10)... Cần rửa lại bằng nước thật sạch.

- Bôi: Dung dịch lưu huỳnh kết tủa 5% (ở da đầu, mặt và nách). Mỡ kháng sinh như : Fucidin (acid fucidique), Bactroban (mupirocin 2%), Bancocin (Bacitracine và Neomycine).

♦ Toàn thân.

- Kháng sinh (uống) như:

Oxacilline 25-50mg/kg/ngày (tức 500mg x 3-4 lần/ngày) hoặc Amoxicilline + acide clavulanique (Augmentine) 625mg x 3 lần/ngày, hoặc Sulfamethoxazol + Trimethoprim (Bactrim) 960mg x 2 lần/ngày.

- Kháng histamin (chống ngứa) như :

Chlorpheniramine 4mg x 2 lần/ngày hoặc Loratadine 10mg/ngày.

- Có thể dùng các vitamin C, B...

2. Nhọt (Furuncle) và nhọt cụm (carbuncle).

a. Nhọt (Furuncle).

Là tổn thương viêm sâu quanh nang lông, đầu tiên là sưng cứng đau, sờ nóng, sau vài ngày thì dẫn

đến nung mủ do hoại tử nang lông tạo thành một
ngòi màu vàng ở giữa, xung quanh có màu đỏ.

♦ *Vị trí*: Có thể gặp ở bất kì vị trí nào, nhưng
thường là ở da đầu, mặt, cổ và mông.

♦ *Nguyên nhân*: Do tụ cầu vàng gây ra.

Đặc biệt chú ý, nếu nhọt ở vùng mũi và môi thì
có thể gây nên bệnh nhiễm tụ cầu ác tính ở mắt rồi
đưa đến các biến chứng nặng như viêm màng não,
nhiễm trùng huyết rất nguy hiểm.

♦ *Nhọt tái phát*: Nhọt tái đi tái lại nhiều lần, thì
cần tìm xem bệnh nhân có bị bệnh tiểu đường hoặc
bị suy giảm miễn dịch hay không

b. Nhọt cụm (*carbuncle*):

Là tập trung nhiều nhọt và có thể tập hợp mủ
bên dưới các nhọt với nhau, nhưng các ngòi màu
vàng trên da vẫn đứng riêng rẽ.

♦ *Vị trí* : thường ở vùng gáy và lưng.

Nhọt cụm thường dễ chẩn đoán, tuy nhiên có thể
cần phân biệt với bệnh than (*anthrax*) (còn được gọi
là hậu bối): là bệnh hiếm gặp, do vi khuẩn *Bacillus anthracis*, tổn thương là mụn nước - mụn mủ với viêm
phù nề xung quanh, rồi hoại tử đen vùng trung tâm và
xuất hiện thêm các mụn nước ở ngoại biên, thương
tổn da thường không đau, có kèm theo sốt cao và
viêm hạch nung mủ. Bệnh này thường xảy ra ở người
làm nghề nuôi súc vật, làm hàng thịt, lột da súc vật...
Bị trầy xước da, vi khuẩn xâm nhập vào, gây ra bệnh.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị tại chỗ.

– Rửa bằng thuốc tím pha loãng 1/10.000 với nước ấm.

– Bôi kem hoặc mỡ kháng sinh như Bactroban, Baneocin ...

– Không được nặn hoặc rạch sớm, khi nhọt còn cứng, chắc.

– Khi nhọt đã làm mũ, gom lại và mềm, thì cần rạch tháo mũ, dẫn lưu và rửa sạch.

2. Điều trị toàn thân:

Có thể dùng một trong các loại kháng sinh như sau:

– Oxacilline 25 – 50 mg/kg/ngày, tức là 500mg x 4 lần/ ngày (uống) hoặc 1gr x 2 lần/ngày (tiêm bắp hoặc tĩnh mạch).

– Erythromycine 500mg x 4 lần/ngày (uống)

– Clindamycine 300mg x 3-4 lần/ngày (uống).

– Vancomycine 1gr x 2 lần/ngày truyền tĩnh mạch chậm (ít nhất là 30 phút).

– Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày (uống).

– Ngoài ra, Sulfamethoxazole – Trimethoprim (Bactrim) 960 mg x 2 lần/ngày cũng có thể có kết quả.

Dùng kháng sinh liên tục ít nhất là một tuần, cho đến khi hoàn toàn hết triệu chứng viêm (sưng,

nóng, đỏ, đau) ở tổn thương da. Đối với những trường hợp nhiễm trùng nặng hoặc ở vị trí nguy hiểm (mũi, môi trên) thì nên dùng liều cao và đường tiêm, bệnh nhân nên nằm tại giường.

3. Điều trị kèm theo.

– Cần điều trị các bệnh nội khoa kèm theo như tiểu đường ... nếu có.

– Loại bỏ các yếu tố thuận lợi (như vệ sinh kém, tăng tiết mồ hôi, tiếp xúc hóa chất công nghiệp...).

– Nên mặc áo quần rộng rãi, mỏng, nhẹ.

– Chú ý, khăn trải giường và đồ lót của bệnh nhân có rất nhiều vi khuẩn, có thể làm tái nhiễm bệnh hoặc lây cho người khác, vì thế nên thay đổi mỗi ngày và giặt riêng, bằng nước sôi là tốt nhất.

VI. KẾT LUẬN

Viêm nang lông là bệnh da khá thường gặp, dễ chẩn đoán và điều trị. Vì thế, cần chẩn đoán và điều trị sớm để tránh các biến chứng nặng nguy hiểm. Song cần chú ý phòng bệnh như tránh chấn thương, tẩy lột da, giữ vệ sinh tốt, nhất là ở người có sức đề kháng kém, suy nhược.



NÁM DA

Bác sĩ **VÕ THỊ BẠCH SƯƠNG**

Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG:

Với danh từ sạm da, người ta muốn chỉ một tình trạng tăng sắc tố bất thường trên cơ thể. Nó có thể khu trú từng vùng hoặc lan toả toàn thân.

Trong phạm vi bài này, chúng tôi nói đến nám da – thường được nghĩ là nám mặt – một bệnh gây mặc cảm cho nhiều phụ nữ và gặp nhiều khó khăn trong điều trị.

– Nám mặt: được dịch từ chữ *Melasma*. *Melas* – theo từ Hy Lạp có nghĩa là đen. Nám được định nghĩa là tình trạng tăng sắc tố bất thường với những mức độ khác nhau, phát triển một cách chậm chạp và có tính chất đối xứng trên trán, thái dương, má, môi trên và cằm.

– Nám da có thể xảy đến trong lúc có thai, uống thuốc ngừa thai hoặc các hormon sinh dục khác và với những bệnh khác nhau về sinh dục, tuyến nội tiết và khối u.

– Nám da thường gia tăng sau tiếp xúc với ánh sáng mặt trời và đôi khi tăng đậm đồng thời với kỳ kinh.

II. VÌ SAO BỊ NÁM DA ?

Do sự tăng tổng hợp chất sắc tố Melanin.

Phần ngoài cùng của da được gọi là thượng bì. Từ trên xuống, thượng bì bao gồm lớp sừng, lớp hạt, lớp gai và lớp đáy. Ở lớp đáy có những hắc tố bào, chúng sẽ sản sinh ra chất Melanin.

♦ *Khi nào sự tổng hợp sắc tố melanin gia tăng ?*

- Khi chiếu tia cực tím, khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời.
- Khi có rối loạn nội tiết và thần kinh.
- Sử dụng mỹ phẩm bừa bãi.
- Sau sử dụng một số thuốc ...

III. ĐIỀU TRỊ NÁM DA RA SAO ?

1. Ba nguyên tắc chính rất quan trọng trong điều trị nám da.

- Chống nắng tích cực.
- Dùng các hóa chất làm nhạt màu vết nám.
- Nhấn nặn.

2. Chống nắng.

a. *Biện pháp vật lý:*

Đội nón rộng vành, che khẩu trang, mặc quần áo dài, mang găng, vớ.

b. *Biện pháp hóa học:*

Sử dụng chất chống nắng.

– Các chế phẩm có chất chống nắng thường có in chữ SUNBLOCK, SUNSCREEN trên bao bì và hay kèm chỉ số chống nắng (SPF: Sun Protection Factor). Chỉ số chống nắng càng cao, sự bảo vệ da với nắng càng tốt. Là người da vàng, chúng ta có thể dùng loại có SPF 15 trở lên là được.

– Thuốc chống nắng được dùng tối thiểu 30 phút trước khi đi nắng và được thoa lại khi ra mồ hôi nhiều hoặc bơi lội làm trôi thuốc.

– Ngày nay, ngoài các loại thuốc không màu dùng trên cơ thể, cho đàn ông và trẻ em, người ta còn để thuốc chống nắng vào các loại kem phấn trang điểm, son và cho kết hợp với các chất chất tẩy nám tạo thuận lợi khi sử dụng.

3. Các biện pháp làm nhạt màu vết nám.

a. Hydroquinone và các dẫn xuất:

– Được dùng với nồng độ 2 – 5%.

– Dùng 2 lần/ngày, thường cho kết quả sau 8 – 12 tuần.

– Tên biệt dược: Procelana, Eldopaque, Eldoquine, Esoterica, Melanex, Domina, Crème des 3 Fleurs, Drula, Skin Success, Fade Out ...

*** Lưu ý :** Có thể gây hại cho cơ thể, không nên dùng quá 6 tháng.

b. Acid Azélaic.

– Dùng dưới dạng kem 20%.

- Có công dụng vừa trị mụn vừa trị nám.
- Tên biệt dược: Azelin, Skinoren.
- Không độc.

c. *Acid Kojic*: Clairsilante, Mela-C, Thiospot

d. *Acid Ascorbic* (vitamin C): Mela-C.

e. *Licorice*: Trio-D.

f. *Bêta Carotène*: Unitone.

g. *Retinaldehyde*: Ystheal.

*** Cần lưu ý:**

– Nên đi khám để thấy thuốc da liễu kê toa, không được tự ý dùng thuốc.

– Ngoài thị trường có những thuốc không phải là thuốc trị nám, cho sự trắng nhanh giả tạo, có thể làm hại cho làn da nói riêng và cơ thể nói chung.

4. Thời gian điều trị: lâu dài.

Với mỗi loại hoạt chất, các chị em đều phải sử dụng từ hai tháng trở lên mới có thể có kết quả.

IV. KẾT LUẬN:

Nám là nỗi quan tâm của nhiều phụ nữ và gặp nhiều khó khăn trong điều trị vì cơ chế sinh bệnh phức tạp.

Khi có bệnh, bạn nên đi khám ở các thầy thuốc chuyên khoa da liễu và kiên trì dùng thuốc theo chỉ định của thầy thuốc.

RỤNG TÓC

Bác sĩ PHẠM THỊ TIẾNG

Bộ môn Da Liễu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG

Sợi tóc bình thường có 3 giai đoạn: giai đoạn phát triển, chuyển tiếp và nghỉ.

Giai đoạn phát triển: kéo dài khoảng 3 năm (giới hạn từ 3-6 năm), chiếm tỷ lệ 90%.

Giai đoạn chuyển tiếp kéo dài 1-2 tuần.

Giai đoạn nghỉ: thời gian 3-4 tháng. Sau đó chúng bị đẩy ra khỏi da đầu bằng những sợi tóc phát triển bên dưới.

Hai giai đoạn cuối chiếm tỷ lệ 10%.

Trung bình người bình thường có khoảng 100.000 sợi tóc. Vì thế, theo một số tác giả trung bình mỗi ngày rụng tới 100 sợi. Tốc độ phát triển mỗi ngày là 0,37 mm.

Lông tóc phủ trên toàn bộ bề mặt da ngoại trừ lòng bàn tay, lòng bàn chân.

II. ĐỊNH NGHĨA

Có hai loại rụng tóc:

– Bẩm sinh không có lông tóc.

– Da đầu có tóc nhưng sau đó bị rụng đi vì một lí do nào đó.

Trong dạng rụng tóc này, ta phân biệt hai loại:

– Tóc rụng từng vùng giới hạn.

– Lan tỏa khắp da đầu, không xác định được hình dạng hoặc kích thước của vùng tóc rụng.

Trong bệnh rụng tóc: đặc tính của da đầu giúp ích rất nhiều trong việc chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh. Ví dụ:

– Bình thường.

– Có vảy là những phiến mỏng, nhuyển, màu trắng, có thể dính chặt với da đầu hoặc dễ bong tróc.

– Da đầu trơn láng, không còn những lỗ nhỏ li ti.

– Da đầu có những nốt nhỏ nổi lên bề mặt da, sờ nhám.

III. RỤNG TÓC LAN TỎA CẤP TÍNH (Thời gian xảy ra nhanh).

Có một số nguyên nhân gây dạng rụng tóc này:

1. Bệnh nhân mắc bệnh nhiễm trùng nặng như thương hàn, cảm cúm nặng... trong một số trường hợp rụng tóc có thể xảy ra sau thời gian khỏi bệnh 2 tháng.

2. Bệnh nhân sốt cao: 39 – 40°C kéo dài vài ngày do một bệnh lý nhiễm trùng cấp tính.

3. Thời gian sinh con và cho con bú.

4. Sau một cuộc phẫu thuật 2 tháng.

5. Bệnh nhân trải qua xúc cảm hoặc lo lắng thái quá.

6. Trong một số trường hợp, tia xạ được dùng để điều trị một số bệnh lý ở da đầu. Trong trường hợp này tóc rụng rất nhanh: 15 – 20 ngày sau chiếu tia. Tóc sẽ mọc lại sau khi ngừng chiếu 3 tháng. Trong một số trường hợp tóc sẽ rụng vĩnh viễn.

IV. RỤNG TÓC LAN TỎA DIỄN TIẾN CHẬM, KÉO DÀI

1. Rụng tóc do da tiết ra nhiều chất nhờn hoặc chất dầu.

Dạng này thường đưa đến hói nếu gặp ở người nam.

Thường bắt đầu rụng ở vùng thái dương, lan ra xung quanh, cuối cùng chỉ còn vành tóc trên gáy. Thường sau 70 ngày, tóc mới sẽ mọc lại nhưng nhuyển như lông măng, rất khó thấy. Tóc sẽ rụng từng đợt, liên quan nhiều đến yếu tố tâm lý và thần kinh của bệnh nhân.

Da đầu: sờ thấy trơn, bóng láng.

2. Rụng tóc do tuổi già.

Da teo lại do tuổi già và tóc sẽ bị rụng. Tóc rụng chậm. Da đầu khô, những điểm nhỏ li ti là điểm xuất

phát của sợi tóc biến mất. Da đầu trở nên láng, mịn, dễ nhẵn. Tóc rụng, và không mọc lại.

3. Rụng tóc do chấn thương:

Ở trẻ em: xảy ra ở vùng xương chẩm do sự cọ xát thường xuyên vào chiếu, gối. Dân gian còn gọi là chiếu liếm.

Ở phụ nữ: xảy ra ở vùng thái dương hay vùng gáy do thói quen kẹp tóc.

Do thói quen: một số bệnh nhân có thói quen hay nhổ tóc.

Do một số bệnh nhiễm trùng ở da đầu như viêm nang lông, bệnh gàu... Các bệnh này thường ngứa, bệnh nhân gãi nhiều và lập đi lập lại nhiều lần. Sau một thời gian tóc sẽ rụng dần và ngày càng nhiều nếu nguyên nhân không được loại bỏ.

4. Rụng tóc trong một số bệnh cảnh đặc biệt.

– Bệnh nhân bị bệnh lao một cơ quan nào đó của cơ thể.

– Bệnh nhân bị thiếu máu lâu ngày: Ví dụ ung thư máu, giun móc hoặc một số bệnh lý về máu.

– Bệnh nhân bị tiểu đường lâu ngày, sức khỏe kém dần cũng gây rụng tóc.

– Tình trạng suy dinh dưỡng ...

V. RỤNG TÓC TỪNG VÙNG.

Chỉ có một hoặc vài vùng nào đó trên da đầu bị rụng.

Trong trường hợp này, ta phải phân biệt thành hai nhóm dựa vào đặc tính của da đầu:

Những lỗ nhỏ li ti (điểm xuất phát của sợi tóc) trên da đầu còn: có nghĩa là lỗ nang lông không bị tổn thương: tiên lượng tốt, tóc sẽ mọc lại. Dạng này trong y học gọi là rụng tóc từng vùng không có sẹo.

Những lỗ nhỏ li ti trên da đầu biến mất, da đầu trở nên trơn láng, teo và tóc sẽ không mọc lại. Dạng này trong y học gọi là rụng tóc từng vùng có sẹo.

1. Rụng tóc từng vùng không có sẹo.

Có một số bệnh gây rụng tóc dạng này:

a. Bệnh trụi tóc (Pelade).

- Số lượng: một hoặc hơn.
- Hình dạng: tròn.
- Giới hạn: rõ.
- Vị trí: bất cứ vị trí nào trên da đầu.

- Diễn tiến: Lúc bắt đầu rụng thường chậm, bệnh nhân không quan tâm và đôi khi bệnh được nhận biết bởi người thân của họ. Sau đó tóc rụng nhanh, sau vài tuần thì dừng lại. Tóc sẽ mọc lại sau vài tháng. Tuy nhiên sợi tóc mới mọc thường nhuyển, nhợt màu, sau một thời gian trở nên cứng và đậm màu dần.

- Da đầu: thường sạch và không có vảy.

Nguyên nhân:

- Nhiễm trùng: viêm màng não, sâu răng, viêm xoang.
- Tinh thần lo lắng thoái quá
- Bệnh rối loạn về nội tiết như bướu cổ ...

b. Nấm tóc.

Tuổi: thường gặp ở trẻ em, rất lây, phải phòng bệnh kỹ ở học đường.

Lây bệnh qua trung gian: lược, nón.

Số lượng: một hoặc vài đám rụng tóc.

Triệu chứng: ngứa nhiều.

Da đầu: có vảy trắng, xám.

2. Rụng tóc từng vùng có sẹo.

Trong trường hợp này: những lỗ nhỏ li ti trên da đầu biến mất, da đầu trở nên trơn láng và tóc sẽ không mọc lại. Dạng này trong y khoa gọi là rụng tóc từng vùng có sẹo.

Một số nguyên nhân gây rụng tóc dạng này như:

1. Phỏng.
2. Nhọt.
3. Viêm da mũ.
4. Chấn thương về vật lý hoặc hóa học.

5. Một số bệnh về da như:

- ♦ Bệnh lupus ban đỏ
- ♦ Bệnh xơ cứng bì
- ♦ Bệnh giả trụi tóc
- ♦ Bệnh lichen phẳng ...

VI. ĐIỀU TRỊ

Rụng tóc có rất nhiều nguyên nhân. Do đó ta phải xác định nguyên nhân rụng tóc của từng bệnh nhân và điều trị đúng thì bệnh mới hết. Tuy nhiên thời gian điều trị rất lâu, bệnh nhân phải kiên nhẫn, yên tâm, tin tưởng bác sĩ thì mới có kết quả tốt.

1. Một số thuốc bôi được dùng để trị bệnh rụng tóc.

- ♦ Minoxidil (Neoxidil 2%)
- ♦ Balmin (Minoxidil + Dexpanthenol)
- ♦ Foltene
- ♦ L-Cysteine
- ♦ Petrohalne

2. Một số thuốc uống:

- ♦ Lobamincysteine
- ♦ Cystein B6
- ♦ Gelulecysteine
- ♦ L-Cysteine

- ♦ Blooming
- ♦ Elbas
- ♦ Các vitamin



MỤC LỤC



• Lời nói đầu.....	5
• Bệnh chàm.....	7
• Điều trị chàm bằng y học cổ truyền	15
• Điều trị tại chỗ bệnh nấm da.....	20
• Hắc lao (lác).....	24
• Bệnh lang ben	27
• Mày đay	32
• Zona	37
• Bệnh ghẻ	45
• Bệnh phong	48
• Di ứng thuốc	58
• Bệnh lây truyền qua đường tình dục	66
• Viêm nang lông	69
• Nấm da	75
• Rụng tóc	79



CHUYÊN ĐỀ BỆNH DA LIỄU

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

CÁU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Chịu trách nhiệm xuất bản :

HOÀNG TRỌNG QUANG

NGUYỄN THỊ KIM LIÊN

<i>Biên tập</i>	:	NGUYỄN HẢI YẾN
<i>Bìa</i>	:	QUANG MINH Design
<i>Sửa bản in</i>	:	CLB Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG ĐHYD TP.HCM
<i>Trình bày</i>	:	ÁI THU

Thực hiện liên doanh : **CÔNG TY VĂN HÓA HƯƠNG TRANG**



Phát hành tại nhà sách

QUANG MINH

416 Nguyễn Thị Minh Khai - Q.3 - Tp.HCM

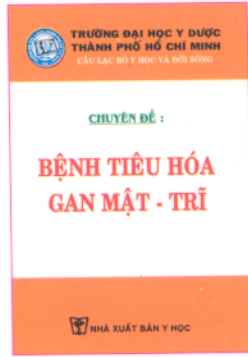
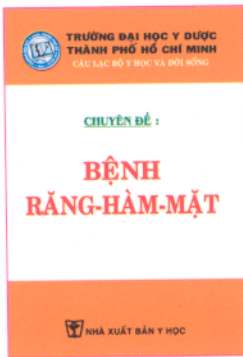
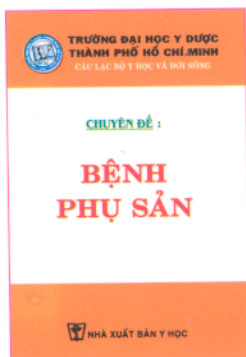
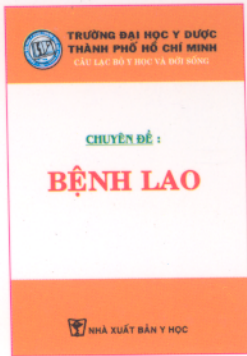
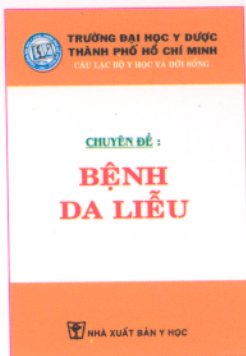
ĐT : 8322386 - 8340990 - Fax : 84.8.8342457 - 8340990

E.mail : quangminhbooksh@hcm.vnn.vn

In 1.500 cuốn, khổ 13 x 19cm tại Xí nghiệp In Số 5 (PX3). Giấy phép xuất bản số 36-1522/XB-QLXB do Cục Xuất Bản cấp ngày 20.12.2002. Giấy trích ngang KHXB số 48/XBYH do Nhà Xuất Bản Y Học cấp ngày 24.2.2003. In xong và nộp lưu chiểu Quý III năm 2003.

MỜI BẠN TÌM ĐỌC SÁCH CHUYÊN ĐỀ

Của **CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG**



Phát hành tại nhà sách
QUANG M

416 Nguyễn Thị Minh Khai - Q.3 - TP. HCM
ĐT: 8322386 - 8340990 - Fax: 84.8.8342
E.mail: quangminhbooksh@hcm

chuyên đề bệnh da liễu



9.000 VND

Giá: 9.000đ