

---

# LUPUS ĐỎ

## I-THỂ MẠN TÍNH:

### **ĐẶC ĐIỂM**

- Thường bộc phát sau khi phơi nắng
- Tổ thương khu trú chủ yếu ở da, niêm mạc

### **LÂM SÀNG**

Tổn thương gồm một hay nhiều mảng đỏ, giới hạn rõ, bốp hơi đau, có ở vùng phơi bài ánh sáng (mặt, da đầu), được cấu tạo bởi 3 loại tổn thương căn bản xếp thành 1 vòng tròn đồng tâm: đỏ ở ngoài sừng ở giữa, sọc ở trung tâm

### **VỊ TRÍ**

- Da
- Niêm mạc
- Da đầu

### **CẬN LÂM SÀNG**

Mô học:

- ở lớp thượng bì
  - . Tăng sừng hình thành những nút sừng ở các lỗ nang lông.
  - . Teo thượng bì, lớp đáy là 1 đường thẳng và bị thoái hóa hốc.
- ở lớp bì
  - . Thâm nhiễm lymphô bào từng đám quanh các phần phụ
  - . Phù kèm dẫn mao mạch ở lớp bì nông
  - . Thoái hóa mô tạo keo

Miễn dịch huỳnh quang

- . Da bệnh: dương tính 75- 90% gồm chủ yếu là IgG, IgM và bổ thể
- . Da lành: âm tính.

### **ĐIỀU TRỊ**

Điều trị và phòng bệnh: tránh nắng.

#### **A-Tại chỗ :**

- Corticoid thoa, Hồ kềm, Poda Salicyle.
- Có thể sử dụng tuyết Carbonic, azote lỏng, Acide Trichloraceutique chấm tại các tổn thương tăng sừng nhiều.

---

### ***B-Toàn thân :người lớn***

- Chloroquine 200mg / ngày / 10 ngày ( Nivaquine 100mg )

Theo dõi biến chứng: viêm võng mạc, soi đáy mắt.

- DDS 1,5mg / kg / ngày.

## **II-THỂ BÁN CẤP :**

### **LÂM SÀNG**

#### ***Tổn thương da gồm 2 loại***

- Hồng ban vảy, dạng vảy nến, thường để lại một sự mất sắt tố có màu hơi xám và có dẫn mao mạch

- Hình vòng: hiếm hơn nhưng điển hình hơn, hình tròn hay hình đa cung thuộc dạng hồng ban vòng ly tâm, đôi khi có mụn nước, đóng mào ở rìa

### **VỊ TRÍ**

Số lượng nhiều thường đối xứng phân bố vùng phơi bày ánh sáng ( mặt , ngực, cổ, lưng và mặt duỗi chi trên)

### **ĐIỀU TRỊ**

#### **Tại chỗ**

- Có thể bôi Corticoide tại chỗ.

- Tránh nắng

#### **Toàn thân**

- Kháng sốt rét tổng hợp.

- Sulfones ( DDS ) 1,5mg/kg/ ngày

- Prednisolon 15 mg / ngày.

(Methotrexate 10 - 15 mg / tuần)

## **III-LUPUS ĐỎ CẤP TÍNH HAY HỆ THỐNG :**

### **CHẨN ĐOÁN**

Không đơn giản ở thời kỳ khởi phát

Trong trường hợp không đầy đủ triệu chứng, cần phải dựa ít nhất 4/11 tiêu chuẩn của hội phong thấp hoa kỳ (ARA) 1982

- Phát ban cánh bướm ở mặt( tổn thương xung huyết)
- Phát ban dạng đĩa( tổn thương teo trong thể lupus đỏ mãn hay hình vòng trong lupus đỏ bán cấp)
- Nhạy cảm ánh sáng
- Loét miệng

- 
- Viêm khớp ( ít nhất 2 khớp ngoại biên)
  - Viêm thanh mạc: viêm màng ngoài tim hay viêm màng phổi
  - Tổn thương thận: đạm niệu 0,5g/24h hay trụ niệu
  - Tổn thương thần kinh co giật, rối loạn tâm thần
  - Xáo trộn máu: thiếu máu tán huyết hay giảm bạch cầu < 4,000 hay giảm lympho bào < 1.500 hay giảm tiểu cầu < 100.000
  - Bất thường miễn dịch : tế bào LE hay kháng thể kháng AND tự nhiên hay phản ứng huyết thanh giang mai dương tính giả > 6 tháng.
  - Kháng hể kháng nhân

### **CẬN LÂM SÀNG**

#### **Xét nghiệm hướng dẫn**

- Hồng cầu giảm 3-3,5 triệu/mm<sup>3</sup>
- Bạch cầu giảm
- Tiểu cầu giảm < 100,000/mm<sup>3</sup>
- Tốc độ máu lắng tăng cao
- Phản ứng huyết thanh giang mai (VDRL) dương tính giả
- Phản ứng lao tố âm tính
- Albumin máu giảm, gama dlobolin máu tăng

#### **Xét nghiệm có giá trị hơn**

- Kháng thể kháng nhân
- Kháng thể kháng AND
- Lupus band test dương tính ở da bệnh và da lành

### **ĐIỀU TRỊ**

#### **Tại chỗ :**

- Tránh nắng.
- Theo dõi thường xuyên về lâm sàng và cận lâm sàng để phát hiện tổn thương nội tạng nặng.
- Nghỉ ngơi tuyệt đối, an lạc, nhiều đạm, cho thêm clorua Kali, tránh có thai.
- Bôi mỡ Corticoide.

#### **Toàn thân :**

- Điều trị cấp II :
  - + Kháng sốt rét tổng hợp hay DDS.

- 
- + Kháng viêm không steroid ( khi có viêm khớp ),
  - + Corticoide liều thấp 20 -30 mg / ngày.
  - Điều trị cấp III :
    - + Corticoide liều cao 1mg / kg / ngày.
    - Prednisolon 1,5 – 2 mg /kg/ ngày / 5 – 10 ngày.
    - Nếu sang thương da tốt thì giảm liều mỗi lần 5mg đến khi còn lại 10mg.
    - + Kết hợp Nivaquin 100mg / 10 ngày tiếp theo.
    - + Thuốc giảm ứng miễn dịch.
    - Cyclophosphamide liều cao tiêm TM 1 lần / ngày.
    - + Rút huyết tương.
  - Nếu có điều trị Prednisolon nên cho thêm ACTH uống trong 15 ngày để phòng suy thận

---

# CHÀM

## I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh chàm: một quá trình phản ứng của da trên một cơ địa đặc biệt dễ phản ứng với dị ứng nguyên ở trong hay ngoài cơ thể.

## II. LÂM SÀNG

\* Các giai đoạn của bệnh chàm:

- Hồng ban, sẩn, mụn nước, rịn nước, đóng mài, tróc vảy, lichen hóa.

- Giới hạn không rõ, không tẩm nhuận

Vị trí:

- Bất cứ chỗ nào trên cơ thể

- Niêm mạc: (-)

- Bán niêm mạc(+/-).

Triệu chứng cơ năng : Ngứa

## III. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu nếu có tình trạng nhiễm trùng

- Chức năng gan:(AST,ALT,GGT)

- Ion đồ

## IV. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

- Tránh gãi, chà xát.

- Tránh bôi nhiều loại thuốc (vì có thể thành dị ứng nguyên)

- Kiêng ăn một số thức ăn như : cua, trứng, tôm, cá biển. Một số thức ăn lên men như mem, tương chao, Yaourt.

## V. ĐIỀU TRỊ :

### 1-Tại chỗ :

- Cấp : đắp thuốc tím 1/10.000, dd Jarish, Milian, Eosin 2% để giảm viêm.

- Bán cấp : Bôi hồ kềm, cream Corticoide (Gentameson)

- Mãn : Pde Salicyl 5 – 10 %. Hoặc Goudron, Ichtyol, Hắc ín, dầu Cade, bôi mỡ hoặc kem Corticoide.

### 2-Toàn thân :

- Nếu bội nhiễm dùng kháng sinh : Macrolid 2g/ ngày ở người lớn, trẻ em 30-50mg/kg/ngày

---

- Corticoide toàn thân chỉ được dùng trong những trường hợp nặng, lan tràn và không đáp ứng với các điều trị khác

Prenisolone: 0,5-1 mg/kg/ngày

- Kháng Histamin

.Fexofenadine 180mg

.Hydroxyzine 25mg

.Desloratadine 5mg

- Nhuận gan : khi có rối loạn chức năng gan.

---

# BỆNH VẢY NÉN

## I. MÔ HỌC :

- Hiện tượng á sừng ( Tế bào sừng còn nhân )
- Tăng sinh chủ yếu lớp gai : hiện tượng tăng gai
- Mất lớp hạt
- Tăng sừng
- Tầm nhuận tế bào neutrophil- giãn mạch quanh chân các nhú bì

## II. YẾU TỐ THUẬN LỢI :

Nguyên nhân VN hiện nay chưa rõ, nhưng liên quang chủ yếu tố MD & gia đình, một số yếu tố thuận lợi gây khởi phát bệnh:

1. **Nhiễm trùng:** nhiều nhất là nhiễm trùng TMH do Streptococcus → VN có hình ảnh riêng biệt → điều trị bằng kháng sinh trừ nhóm cycline.
2. **Stress:** gây bùng phát vẩy nến và là yếu tố khó kiểm soát nhất → điều trị khó khăn nhất
3. **Thuốc:**
  - Corticoids uống
  - Kháng sốt rét tổng hợp
  - Ức chế men chuyển / bệnh lý tim mạch kèm theo
  - Cycline
  - Lithinium ( choongđ động kinh)
4. **Chấn thương:** hiện tượng Koebner → bệnh nhân vẩy nến tránh bị sang chấn và cào gãi
5. **Rượu bia và thuốc lá** làm tăng nặng bệnh vẩy nến

## III. PHÂN LOẠI: 5 loại

- Vẩy nến giọt
- Vẩy nến mảng
- Vẩy nến mủ
- Vẩy nến đỏ da
- Vẩy nến khớp

## IV. LÂM SÀNG

-Dát hồng ban, sẩn hồng ban có vẩy, hồng ban không tẩm nhuận, giới hạn rõ, vẩy to, dễ tróc, trắng, xếp chồng lên nhau.

---

-Nghiệm pháp Brocq: dùng Curette nạo trên mặt thương tổn sẽ có 3 dấu hiệu:  
Vết đèn cầy →dấu vảy hành →giọt sương máu.

-Vị trí chọn lọc: rìa chân tóc, gối, khủy tay,vùng xương thiêng.

-Tổn thương móng: toàn bộ, tăng sừng dưới móng, sần sùi.

-Dấu hiệu Koebner.

-Cơ năng: ngứa

## V. CẬN LÂM SÀNG

- Huyết học

- X quang khớp

- Ion đồ trong trường hợp nặng

-Chức năng gan

## VI. XỬ TRÍ

A. Loại bỏ các yếu tố thuận lợi gây tăng nặng bệnh: thuốc lá, rượu bia, tắm nhẹ nhàng không cào gãi

B. Các phương pháp điều trị vảy nến: 2 phương pháp:  
tại chỗ và toàn thân

1. Điều trị tại chỗ:

a. TCS = Topical corticosteroids ( số một trong điều trị vảy nến )

\*Chọn độ mạnh của corticosteroids →bôi cho thích hợp

- Corticosteroids tại chỗ không bôi vùng mặt và nếp

- Trường hợp da dày sừng quá → có thể phối hợp với mỡ Salicylê tác dụng tiêu sừng và giảm dày da → corticoids thấm qua da dễ dàng hơn

và tốt hơn

- Da mỏng → loại yếu, da vừa → bôi loại trung bình, da dày → bôi loại mạnh

\*Liều bôi: 1 – 2 lần / ngày ,diện tích sang thương khoảng 5% → điều trị bằng TCS

\* Đơn vị thuốc bôi:

- Đơn vị lòng bàn tay: một LBT khoảng 1%S → đo S sang thương

- Đơn vị FTU: 1 FTU = ½ long ngón tay của chính bệnh nhân đó khoảng 0,5g

- Nếu bôi thuốc toàn bộ cơ thể khoảng 30g

- Đối với corticoids loại mạnh → không quá 50g / tuần

- Đối với corticoids loại yếu → không quá 60g / tuần



- 
- Nếu da dày quá → có thể kết hợp với mỡ Salicyle + corticoids → bôi xen kẽ or bôi chung: bôi Sali trước , bôi corticoids sau

**\* Cách giảm liều:**

- Giảm số lần
- Giảm loại độ mạnh , dung loại yếu hơn
- Thời gian không quy định nhưng chỉ định bôi khoảng 1 tháng / 1 loại sau đó chuyển sang loại khác khoảng 4 tuần / 1 loại
- Tùy thuộc tình trạng sang thương để giảm độ và giảm liều

**b. D3 = Calcipotriol ( Daivonex dạng cream, ointment, solution )**

- Dạng lotion : sử dụng vùng da có lông tóc → Daivonex dạng nước : vùng da đầu
- Dạng mỡ : vùng da dày
- Dạng cream : vùng da vừa

Có thể sử dụng một mình hoặc kết hợp, D3 tác dụng kém hơn trên vùng nếp, không hiệu quả trên vùng mặt → không chỉ định trong vảy nến mặt

Daivonex + corticoids = Daivobet (calcipotriol + bethametasone)

Hoặc dùng riêng lẻ: sang bôi = Daivonex, tối bôi = TCS

Tại chỗ + toàn thân → methotrexat uống + Daivonex (bôi)

Không kết hợp các thuốc bôi có tính acid với Daivonex: Salicyle, acid Lactid ...vì làm mất tác dụng của Daivonex (Calci trong môi trường acid sẽ bị mất tác dụng )

Uree, giữ ẩm: dùng chung được với Daivonex và Daivonex có thể dùng được cho tất cả các vị trí trừ mặt vì gây kích ứng

**Cách sử dụng Daivonex:**

- Dạng cream tác dụng kém hơn mỡ
- Daivonex : bôi 2 lần / ngày ( cream, mỡ ) hoặc sáng bôi dạng cream, tối bôi dạng mỡ
- Daivonex + TCS : sáng bôi Daivonex tối bôi TCS
- Daivonex: bôi thứ 2,3,4,5,6 còn TCS bôi thứ 7,chủ nhật
- Trong giai đoạn tiến triển: TCS trong 1-2 tuần → bệnh giảm và ổn định → giảm liều TCS + Daivonex → Daivonex + TCS vào 2 ngày cuối trong tuần. Khi bệnh giảm → cắt TCS và duy trì = Daivonex → bệnh giảm → giảm liều Daivonex = dùng cách ngày + giữ ẩm

**Có thể phối hợp:**

- D3 + TCS
- D3 + Tazarotene → sang Daivonex, tối Tazarotene

- 
- Tazarotene + TCS
- c. ỨNG DỤNG MIỄN DỊCH**
- Tacrolimus( Protopic 0,03% , 0,1% ), Pimecrolimus (Elidel 1% )
  - Chỉ định trong vẩy nến mặt và vẩy nến nếp
  - Trong điều trị vẩy nến Pimecrolimus hiệu quả hơn Tacrolimus
  - Trong điều trị chàm thể tạng Tacrolimus hiệu quả hơn Pimecrolimus
  - Chỉ định: trẻ em > 2t ( 0,03% )
  - Chống chỉ định: phụ nữ có thai và trẻ em < 2t
  - Bôi 2 lần / ngày
  - Tác dụng phụ: bỏng rát
  - Ứng dụng miễn dịch có thể sử dụng lâu dài

**d. KHÁC:**

- **Tiêu sừng** = Acid salicylic:
  - Use nồng độ 2% - 10% → td tiêu sừng, giảm vẩy, để cho các thuốc khác thấm tốt hơn
  - Không bôi quá 30% S da của cơ thể
  - Có thể kết hợp với: TCI, TCS, Tazarotene, trừ D3 và dẫn xuất của D3
  - Không phối hợp với các thuốc đồng nhóm: Aspirine ( uống và bôi)
  - Thận trọng đối với bệnh nhân ĐTĐ vì thuốc gây hôn mê do ngộ độc acid gây nhiễm toan
  - TE: không bôi diện rộng vì gây ngộ độc
  - An toàn cho phụ nữ có thai
- **Giữ ẩm:** Vaseline, Uree, Acid Lactic ( Lacticare )→ không dùng chung với Daivonex

**2.Toàn thân**

- Vitamin A liều cao: 200.000 – 300.000 UI/ngày.
- Vitamin A Acide: 1mg/kg/ngày; chống chỉ định: suy gan, mang thai.
- DDS: 1.5 mg/kg/ngày.
- Các thuốc khác: cyclosporin, vitamin D, vitamin B,C.

---

# BỆNH GHỀ NGỨA

## **I.Nguyên nhân**

- + Sarcoptes scabiei
- + Bệnh lây.
- + Ở người trẻ: lây qua đường tình dục

## **II.Lâm sàng**

Thời gian ủ bệnh : 2-8 ngày.

+ Triệu chứng:

\* Cơ năng: ngứa vùng da non, nhiều người, đêm.

\* Thực thể : 10- 20% các trường hợp :

- Rãnh ghẻ :nâu, vài mm, mụn nước: cái ghẻ ôu.
- Mụn nước, sẩn cục, sẩn mụn nước : vùng da non, bìu, nách

+ Vị trí :

\* Khắp người trừ mặt và đầu ( trẻ em và bệnh nhân AIDS có thể có).

\* Vùng da non.

+ Dịch tễ học : chung quanh có nhiều người bị.

## **III.Biến chứng**

- + Chàm
- + Viêm da mủ.
- + Lichen hoá.
- + Móng.
- + Viêm vi cầu thân cấp.

## **IV.CẬN LÂM SÀNG**

+ Các kỹ thuật xét nghiệm tìm cái ghẻ :

\*Cạo da

\*Kỹ thuật dung tâm bong với chất dính cellopho

\*Thoa tetracycline rồi soi dưới đèn wood

\* Dùng kim tách cái ghẻ.

\* Sinh thiết thượng bì.

\* Mực rãnh ghẻ.

---

## V. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

1. Phải chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp để tránh biến chứng và lây lan cho cộng đồng
2. Phải điều trị cho người tiếp xúc mắc bệnh
3. Phải vệ sinh quần áo cá nhân tránh tái nhiễm và lây lan
4. Phải bôi thuốc đúng cách.

## VI. ĐIỀU TRỊ:

Chủ yếu là thuốc bôi diệt cái ghẻ.

- Dung dịch Polysulfur : dùng tốt cho trẻ em
- Dung dịch Benzoate de benzyl 25% : dùng cho trẻ em < 2 tuổi có thể gây MetHb
- Mỡ Diethylphtalate ( DEP )
- Esdepallethrine ( Spregal ) dạng xịt : sử dụng được cho phụ nữ có thai và trẻ nhỏ.
- Cream Crotamiton ( Eurax ) : Dùng cho trẻ em > 2 tuổi, có thể gây MetHb

\* Cách bôi thuốc ghẻ:

- Tắm với nước tím pha loãng 1/10.000, ấm.
- Vuốt xà bông cùng mình, nhấn mạnh ở các nếp rồi rửa nước sạch.
- Thoa thuốc trị ghẻ khắp người ( từ cổ trở xuống, trừ mặt ) vào buổi tối, rồi mặc quần áo sạch và 24 giờ sau tắm lại.
- Nếu 2-3 ngày sau chưa hết , thì thoa lại như trên.

Nếu nặng , dùng thuốc uống: Ivermectin 200 Mg / kg với liều duy nhất.

Điều trị triệu chứng: kháng histamin H1 uống vào buổi tối: Chlopheniramin, Ciproheptadine,...

## ÁP DỤNG THỰC TẾ

**Ghẻ thông thường:** bôi thuốc ghẻ + kháng histamin buổi tối

**Ghẻ bội nhiễm:**

- Khu trú: bôi dung dịch màu ( Millian, eosin,... ) và điều trị như ghẻ thông thường
- Nhiễm trùng lan tỏa: thêm kháng sinh uống

**Ghẻ chàm hóa:** Kháng histamin 2-3 lần / ngày

Trợ gan mật

Sau khi ổn định, điều trị như ghẻ thông thường.

**Ghẻ chàm hóa bội nhiễm:** xử trí ghẻ bội nhiễm và ghẻ chàm hóa

**Ghẻ Na Uy:** Nâng tổng trạng

---

Thoa mỡ salicyl 2-5 %, sau đó bôi thuốc ghê

Uống Ivermectin 0,2 mg / kg / ngày

***Diệt nguồn lây:***

- Đun sôi quần áo ở 80- 90 °C trong 5 phút.
- Để quần áo trong tủ một tuần sau đó mặc lại.
- Điều trị cả người xung quanh có ngứa.

---

# TRÚNG ĐỘC DA DO THUỐC

## I. LÂM SÀNG

1. Phát ban dạng dát sẩn.
2. Mê đay và phù Quincke.
3. Hồng ban sắc tố cố định tái phát.
4. Hồng ban đa dạng.
5. Đỏ da toàn thân tróc vảy.
6. Chàm
7. Ban xuất huyết.
8. Mụn trứng cá.
9. Sự thay đổi về sắc tố.
10. Hồng ban nút.
11. Teo và xơ teo.
12. Phát ban dạng vẩy nến, lichen
13. Hoại tử da do coumarin.

## II. ĐIỀU TRỊ

### NGUYÊN TẮC :

Rất thận trọng trên nguyên tắc dung những thuốc thật cần thiết càng ít càng tốt, nên phòng gây dị ứng thêm, hạn chế dùng các thuốc có khả năng dị ứng cao.

### TÌM NGUYÊN NHÂN :

- Cần khai thác tiền sử gây dị ứng thuốc.
- Loại thuốc hay dị ứng.
- Bệnh nhân vừa dùng thuốc gì ? Bao lâu?

### THUỐC BÔI DA :

- Rửa dịch, chảy nước : eosin 2%, xanh methylen.
- Viêm nóng đỏ, hồng ban : Hồ kẽm.
- Thương tổn tróc da : Cream, Pommade, Corticoid.

### THUỐC TOÀN THÂN :

- Ngưng ngay những thuốc nghi ngờ là tác nhân gây bệnh.
- Xử trí những vấn đề có liên quan đến tổng trạng, toàn thân. Nếu có choáng phải xử trí ngay.

- 
- Chống nhiễm khuẩn : kháng sinh nhóm ít dị ứng ( Macrolid ).
  - Vitamin C liều cao.
  - Kháng Histamin.
  - Corticoid trong trường hợp nặng ( Stevens- Johnson ).Liều 1-2mg/kg
- Hội chứng Lyell không sử dụng Corticoid.
- \* Chú ý : + Nếu dị ứng thuốc nặng thì chuyển tuyến trên.  
+ Bệnh án cần khai thác loại thuốc gì nghi ngờ gây dị ứng.

---

# MỤN TRÚNG CÁ

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh da thông thường nhất.
- Viêm mãn tính bộ nang lông bã.
- Vị trí thường gặp: mặt, thân..
- Lòng bàn tay, bàn chân(-).
- Độ nặng khác nhau giữa các bệnh nhân → điều trị thay đổi
- Mục đích điều trị: phòng ngừa sẹo thực thể và tâm lý.

## II. DỊCH TỄ HỌC

- Tuổi: 85% người lớn trẻ.
- Khởi phát:        Nam: 14- 19  
                             Nữ:  10- 17
- Giới tính: nam nặng hơn nữ. Mụn nặng liên quan hội chứng XYY.
- Di truyền: bệnh nhân bị mụn nặng → bố mẹ bị mụn nặng

## III. SINH BỆNH HỌC

- Sự tạo sừng nang lông
- Androgene
- Vi trùng *propionibacterium acnes*
- Yếu tố viêm

Thay đổi phát triển tế bào sừng miệng nang lông → tăng sừng + phát triển vi mụn còi: nguyên phát mụn viêm/ không viêm. → ngăn chặn sự tiết chất bã lên bề mặt da

Vi mụn còi lớn : Mụn còi mở - kín

\* Bịt kín nang lông, bề chất bã + P acnes → viêm

\* Vi trùng chứa lipase biến lipide → acid béo, sản xuất chất trung gian tiền viêm( interleukin 1, yếu tố hoại tử bướu)

\* Androgene kích thích tuyến bã sản xuất chất bã(+++) .

\* Acid béo, hóa chất tiền viêm gây viêm vô trùng/nanglông

\* Vách nang lông dẫn: vỡ → chất bã, lipid, acid béo, sừng, vi trùng → lớp bì gây phản ứng viêm( sẩn, mụn mủ, nốt)

\* Vỡ + viêm nhiều → sẹo

## IV. LÂM SÀNG



- 
- Comedon ( mụn còi): mở, đóng.
  - Sần, sần mụn mủ
  - Nốt
  - Nang
  - Seò

## **V. CẬN LÂM SÀNG**

- Công thức máu
- Chức năng gan:(AST,ALT,GGT)
- Bilan mỡ

## **VI. ĐIỀU TRỊ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ :**

- Cữ ngọt, béo.
- Tôn trọng cấu trúc da : Không nên thoa các loại mỹ phẩm lên da.
- Chống viêm
- Chống vi khuẩn.
- Chống chỉ định sử dụng Corticoid
- Tránh nắng.

### **THUỐC :**

#### **1- Tại chỗ :**

- Tác dụng trên tạp khuẩn và viêm nang lông.
- + DD lưu huỳnh.
- + Benzoyl peroxide : Panoxyl 5,...
- + Erythromycin 2% : Eighteen, Erygel, Erylik.
- + Clindamycin 1% : Parsavon.
- + DDS bôi.
- + Metronidazole dạng bôi.
- Tác dụng trên sừng hóa phiểu :
- + Vitamin A acid : Adapalene ( Differin ), Tretinoin ( Locacid ), Salycilee.
- + Giảm nhờn:sửa rửa mặt: Teenderm, Physiogel, Ecerin

#### **2- Toàn thân :**

##### *2.1- Tác dụng trên tạp khuẩn và viêm nang lông :*

- + Tetracycline : liều giảm dần khi có đáp ứng lâm sàng :  
1,5g / ngày x 8 ngày.  
Sau đó : 0,5g / ngày / tháng.  
0,25g / ngày x nhiều tháng.
- + Cycline thế hệ thứ hai : Doxycyclin, Minocycline

---

+ Nhóm macrolid: Erythromycin : 1 – 1,5g / ngày, Roxithromycine 150 mg x 2 v / ngày, Azithromycine 500mg/ngày uống 3 ngày nghỉ 4 ngày/tuần

+ Clindamycine : 300 – 600 mg / ngày.

+ Nhóm Quinolone : Ofloxacin, flogacin, Octacin.

+ Trong những thể nặng : Dùng DDS, Isotretinoin (Acnotin)

**\* Chỉ định Isotretinoin**

- Trứng cá nặng: Trứng cá cục nang, trứng cá cụm

- Khi những trị liệu trứng cá khác không hiệu quả sau 3 tháng điều trị (dùng kháng sinh kết hợp với thuốc thoa tại chỗ)

**\* Chống chỉ định:**

- Có thai, đang cho con bú.

- Không có thai trong thời uống thuốc và 6 tháng sau khi ngưng thuốc

- Suy thận hoặc suy gan

- Dùng quá liều vitamin A

- Tăng lipid máu

- Tăng nhạy cảm với Isotretinoin

- Dùng phối hợp với các tetracyclin

**\* Liều dùng:**

- 0,5 - 1mg / kg / ngày, dùng vào giữa bữa ăn

- Thời gian: thông thường từ 4-6 tháng

- Tổng liều: 100-150 mg/ kg

**\* Tư vấn và cam kết ( biên bản thỏa thuận điều trị tránh thai )**

2.2- Nhóm tác dụng trên tăng tiết bã nhờn :

+ Oestrogen : Ethinyl Estradiol 50 – 70 mg.

Kháng Androgen : Diane 35.

+ L-Cystin, vitamin B6, Methionin.

+ Zn Gluconate 50mg /Ngày

- Trứng cá đỏ : dùng thêm Metronidazole 250mg 4v / ngày x 6 tháng.

---

# HERPES

## I. SINH BỆNH HỌC

1. Tiếp xúc trực tiếp da-niêm mạc với người bị nhiễm
2. Nhân đôi ở vị trí nhiễm tạo mụn nước
3. nhiễm trùng nguyên phát không triệu chứng
4. Virus theo dây thần kinh vào hạch
5. Tiềm ẩn
6. Virus tái hoạt và di chuyển ra da và niêm mạc
7. Bệnh tái phát
8. Lan rộng virus không triệu chứng

## II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Khởi đầu bệnh nhân có cảm giác đau rát, kim châm, ngứa ở vùng sắp nổi hồng ban. Vài giờ sau giai đoạn hồng ban, bắt đầu xuất hiện những mụn nước nhỏ, mọc thành chùm, tạo thành bóng nước, các mụn nước nhanh chóng vỡ ra để lại vết trợt và đóng mào trong vài ngày, bệnh thường lành tự nhiên sau 1-2 tuần.

Dấu hiệu toàn thân đi kèm thường không có hoặc nhẹ

## III. CHẨN ĐOÁN

Chủ yếu dựa vào lâm sàng với những đặc điểm sau

- Mụn nước mọc thành chùm trên nền hồng ban
- Hay tái phát.

## IV. ĐIỀU TRỊ

### A-TẠI CHỖ :

- Chống bội nhiễm :
  - + Thuốc tím pha loãng 1/10.000 ngâm rửa.
  - + Bôi dd sát trùng màu : Xanh methylen.
  - + Bôi Fucidin.
  - + Bôi Acyclovir : chỉ có tác dụng giai đoạn hồng ban.
  - + Không bôi Corticoid tại chỗ.

### B-TOÀN THÂN :

- Kháng sinh nếu có bội nhiễm : phổ rộng hoặc theo kháng sinh đồ.
- Vitamin C liều cao.

---

-Thuốc chống virus : dùng trong Herpes sinh dục, Acyclovir chỉ có tác dụng tốt nhất trong giai đoạn nguyên phát :

+ Herpes sinh dục lần đầu :

Acyclovir 200mg x 5 lần / 10 ngày.

+ Herpes sinh dục tái phát :

Acyclovir 200mg x 5 lần / ngày / 5 ngày

+ Điều trị ức chế Herpes sinh dục tái phát nhiều lần :

Acyclovir 400mg x 5 lần / ngày / 3 – 6 tháng.

+ Suy giảm miễn dịch :

Acyclovir 400mg x 5 lần / ngày / 7 – 14 ngày (5mg/kg/8giờ).

+ Trẻ sơ sinh :

Acyclovir 20mg / kg / 8 giờ / 14 – 21 ngày.

---

# ZONA

## I. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

### 1. Giai đoạn tiền triệu

- Đau, dị cảm: thường vài ngày sau khi nổi sang thương, tại vùng da được chi phối bởi hạch thần kinh bị nhiễm virus. Bệnh nhân cảm thấy nóng bỏng, đau nhói, châm chích, tê rần, từng cơn hoặc liên tục. Sở vùng da thấy tăng nhạy cảm.

- Một số ít bệnh nhân (thường là trẻ em) có kèm triệu chứng nhức đầu, khó chịu, nóng sốt trong một đến hai trước khi nổi ban.

### 2. Giai đoạn phát ban

- Tổn thương nổi trên vùng da đau nhức, dị cảm. Khởi đầu là dát sẩn hồng ban phù, 12-24h sau hình thành mụn nước trên nền hồng ban, các mụn nước có khuynh hướng kết hợp thành chùm, tiến triển thành mụn mủ trước ngày thứ 3. Các sang thương tiếp tục hình thành trong 1-4 ngày nữa (đôi khi đến 7 ngày), Sau đó mụn nước khô và đóng mài lõm trung tâm rồi tróc dần trong 1-2 tuần.

- Tổn thương thường ở một bên cơ thể, không vượt qua đường giữa và trong vùng phân bố của một hạch thần kinh cảm giác.

- Vị trí thường gặp ở vùng thân mình tương ứng với vùng phân bố của hạch thần kinh T3- L2, ở mặt tương ứng với dây thần kinh sinh ba, đặc biệt là nhánh mắt.

- Hạch bạch huyết: thường sưng đau

- Bệnh tự thoái lui trong vòng 2-3 tuần. Đa số trường hợp chỉ mắc bệnh một lần, hiếm khi tái phát.

## II. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu trong trường hợp nhiễm trùng

- Chức năng thận (ure, creatinin)

- Ion đồ

## III. ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ :

- Rửa bằng thuốc tím 1/10.000 hay nước muối.

- Bôi dung dịch màu : Xanh methylen hoặc hồ kềm.

- Thương tổn hồng ban: Bôi cream Acyclovir

- Thương tổn bóng nước: đắp dung dịch Jarish

- Zona mắt : nhỏ mắt Collyre Chloramphenicol 0,4 %.

- Tuyệt đối không bôi thuốc mỡ Corticoid lên thương tổn.

---

#### **IV. ĐIỀU TRỊ TOÀN THÂN**

**1. Giảm đau:** ngoại biên hoặc trung ương, kháng viêm Non Steroid : Paracetamol, Nisidol.

#### **2. Thuốc kháng siêu vi:**

Hiệu quả tốt nhất trước 72 giờ.

- Người lớn : Acyclovir 800mg x 5 lần / ngày x 7 ngày ( u )
- Trẻ em : Acyclovir 20mg / kg x 4 lần / ngày x 7 ngày ( u ).

#### **V. ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG :**

- Kháng sinh nếu có bội nhiễm : phổ rộng hoặc theo kháng sinh đồ.
- đau sau Zona : Vitamin nhóm B (Trivimaxi 3b), vitamin C

#### **VI. ZONA ĐẦU MẶT CỔ LAN TỎA**

Dùng thêm Corticoid 1 – 2mg / kg / ngày / 4 ngày

Sau đó giảm liều. Cắt thuốc sau 2 tuần.

#### **VII. ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ:**

\* Đông y :

- + An thần : Cao lạc tiên
- + Châm cứu giảm đau:
- Vai gáy : huyết phong trì, kiên tĩnh, đại trùy
- Vùng ngực: huyết đản trung, chương môn, hợp cốc.

---

# THỦY ĐẬU

## I. TRIỆU CHỨNG

Bệnh khởi phát thường có cảm giác dị cảm, dát hồng ban sau vài giờ nổi mụn nước nhỏ to không đều, nhiều độ tuổi, triệu chứng toàn thân thường có sốt nhẹ đến vừa

## II. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu

- Ion đồ

- Chức năng gan, thận

## III. MỤC ĐÍCH ĐIỀU TRỊ :

- Giảm nguy cơ gây biến chứng.

## IV. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ :

- Tuyệt đối không bôi mỡ Corticoid lên thương tổn.

- Vệ sinh cá nhân, tránh tiếp xúc.

- Nghỉ ngơi.

## V. ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ :

- Chấm xanh methylen, bôi Fucidin, bôi hồ kẽm.

## VI. TÒAN THÂN :

- Hạ sốt: Paracetamol.

- Chống ngứa: tại chỗ hoặc toàn thân

. Fexofenadine 180mg,

. Loratadin 5mg

- Nếu có bội nhiễm: Doxycylin, Erythromycin.

- Vitamin C.

- Kháng siêu vi: Acyclovir 800mg x 5 lần / ngày x 7 – 10 ngày.

---

# BỆNH VI NẤM CẠN

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh vi nấm cạn là những bệnh do vi nấm gây bệnh ở lớp sừng.
- Có 3 loại thường gặp: vi nấm sợi tơ, vi nấm hạt men, và bệnh lang ben.

## II. BỆNH DO VI NẤM SỢI TƠ

- + Da đầu, thân, bẹn, bàn chân, bàn tay, mặt, móng.
- + Hồng ban hình vòng tròn vảy: giới hạn rõ, ly tâm, mụn nước ngoài rìa, không tắm nhuộm.
- + Nấm móng: bờ tự do dày, nhiều bột vụn, mất bóng, ít hay không có viêm quanh móng.
- \* Cận lâm sàng: cạo bột vụn, nhỏ KOH
  - Soi: soi tươi nấm có vách ngăn.
  - Nấm trên da đầu:
  - \* Microsporum, phát màu xanh dưới ánh sáng đèn Wood.
  - \* Trichophyton: không phát huỳnh quang
  - \* Cây nấm trong trường hợp nghi ngờ

## III. VI NẤM HẠT MEN

- Lâm sàng
- Da: Mảng hồng ban, sẩn, mụn mủ nhỏ hoặc cả hai.
- Ngâm nước nhiều: da mủn, nứt nẻ, rỉ dịch.
- Niêm mạc: hồng ban, vết trợt nông được bao phủ bởi chất tiết màu trắng ngà.

## IV. BỆNH LANG BEN

### \*Lâm sàng:

- Dát màu hồng, nâu, đen, giảm sắc tố.
- Vị trí: ngực, lưng. Mặt, cánh tay, vùng kẽ (+/-)
- Kích thước nhỏ, lớn dần → thành mảng lớn
- Bề mặt có vảy nhẹ, cạo → vảy rơi ra như dâm bào (đó là dấu hiệu vảy bào).
- Bình thường ít hay không ngứa,
- Ra nắng, mồ hôi nhiều ngứa như kim châm.
- Ánh sáng Wood: phát huỳnh quang xanh lá cây



---

## V. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

- Giữ vùng da bệnh khô ráo, tránh ẩm ướt.
- Loại bỏ các yếu tố thuận lợi

## VI. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ:

### A. NẤM CHÂN:

- Nếu có bội nhiễm: dùng kháng sinh:  
Tetracyclin 1g/ ngày x 7 ngày  
Erythromycin 1g/ ngày  
Bactrim 960mg x 2 lần / ngày
- Bôi dung dịch Milian, Eosin 2 % khi có bội nhiễm
- Bôi thuốc kháng nấm

Antimycose, BSI, ASA, Funga, kem hay mỡ Griseofulvine

Dẫn xuất của imidazol như: ketoconazol ( Nizoral), clotrimazol ( Canesten ), terbinafine ( Lamisil )

Sau khi lành bệnh trên lâm sàng ( hết sang thương da, cạo tìm nấm âm tính ) phải tiếp tục thoa thuốc tối thiểu 1 tuần.

- Nhiều sang thương :

Griseofulvin 1g/ ngày x 1 tháng

Ketoconazol 200 mg 1 viên/ ngày x 21 ngày hoặc 1viên x 2 lần/ ngày x 7 ngày

Itraconazol 100 mg x 2 viên/ ngày x 7 ngày

Terbinafine 250 mg 1 viên/ ngày x 7 – 14 ngày

### B. NẤM MÓNG:

- Chỉ một phần móng bị bệnh: Dũa cho hết móng bệnh, bôi thuốc kháng nấm.

- Nếu toàn bộ móng bị bệnh:

Uống Griseofulvin 1g/ ngày x 6 tháng (móng tay) Hoặc 1 năm (móng chân)

Hoặc Ketoconazol 200 mg/ ngày x 6 - 7 tháng

Terbinafine (Lamisil) 250 mg/ ngày x 1,5 – 3 tháng (móng tay)x 6 – 7 tháng (móng chân)

Itraconazol (Sporal) 200 mg x 2 lần/ ngày x 7 ngày, nghỉ 3 tuần

Móng tay : 2 đợt

Móng chân : 3 đợt

Fluconazol 150 mg/ tuần x 9 tháng

---

### C.NẤM BỆN, NẤM THÂN :

- Bôi thuốc kháng nấm. Nếu nhiều uống thuốc kháng nấm.

### D.NẤM TÓC :

#### \* *Loại không có sẹo :*

- Bôi BSI, ASA
- Uống Griseofulvin 500- 1000mg/ ngày x 1 tháng hay Terbinafine 125- 250 mg/ ngày x 2 – 4 tuần

#### \* *Loại có sẹo( bệnh Favus )*

- Tại chỗ: Bôi BSI, Antimycose, ASA,...
- Toàn thân: Griseofulvine 15 – 25 mg/kg/ ngày .

Chống chỉ định: Suy gan, có thai.

Nizoral 200mg/ngày x 4 tuần

Terbinafine 125 – 250 mg/ ngày x 2 – 4 tuần

- Nếu bội nhiễm: Dùng kháng sinh.

### E.BỆNH VI NẤM HẠT MEN :

\***NGUYÊN TẮC:** Loại bỏ các yếu tố thuận lợi như:

- Bệnh nhiễm trùng cấp hay mãn tính.
- Bệnh chuyển hóa: tiểu đường, béo phì,...
- Thiếu vitamin nhóm B ( B2, B6 ), C, PP
- Dùng kháng sinh lâu ngày: Tetracyclin, Ampicilline
- Dùng corticoid lâu ngày.
- Dùng thuốc chống ung thư: Metrotrexate, 5- fluorouracil
- Mang răng giả, khớp thái dương hàm không khớp, người già mép xệ, nước bọt tự nhiên.
- Thường xuyên ngâm tay trong nước như: nội trợ, bán trái cây, bán cá, nước giải khát, thợ giặt, làm thực phẩm đông lạnh.

#### **Đẹn:**

Rơ miệng Daktarin gel

#### **Viêm âm hộ, âm đạo:**

Đặt Mycostatin 1 viên / ngày x 7 - 14 ngày hay

Gynopevaryl 3 ngày liên tiếp.

Uống Itraconazol 100 mg x 2 viên/ ngày x 3 ngày

---

Fluconazol 150 mg liều duy nhất

**F. LANG BEN:**

Nếu ít thương tổn: Bôi thuốc kháng nấm BSI, ASA, dẫn xuất của Imidazol như: Ketoconazol, clotrimazol,...

Nếu tổn thương nhiều: Ketoconazol 200 mg/ ngày x 10 ngày

Itraconazol 100 mg x 2 viên/ ngày x 7 ngày

Fluconazol 400 mg liều duy nhất.

---

# CHỐC

## I. NGUYÊN NHÂN

### Chốc bóng nước:

- Tác nhân gây bệnh: *S. aureus* nhóm II, coagulase (+), type 71.
- Thường kháng với penicillin và các thể kháng với erythromycin.
- MRSA có thể gây chốc và 20% gây chốc bóng nước.

### Chốc lây:

- Tác nhân gây bệnh: GABHS (type 49, 52, 53, 55-57, 59, 61), *S. aureus*, và phôi hộp cả 2.
- GABHS thường ở những nước đang phát triển.
- Streptococci nhóm B, C và G hiếm gây chốc lây.
- Streptococci nhóm B có thể gây chốc ở trẻ sơ sinh

## II. LÂM SÀNG

### Chốc bóng nước:

- Tổn thương đặc trưng là mụn nước → bóng nước nông, chùn trên nền da lành, với ít hoặc không có hồng ban xung quanh. Mụn nước lúc đầu dịch trong sau hóa đục.
- Bóng nước vỡ thường để lại viền vảy tróc ở ngoại biên và mài véc-ni ở trung tâm, nếu loại bỏ mài sẽ thấy đáy màu đỏ ẩm ướt.
- Ít khi bóng nước còn nguyên do dễ vỡ.
- Dấu Nikolsky (-).
- Tổn thương có thể khu trú hoặc lan rộng rải rác.
- Tổn thương thường xuất hiện ở mặt, nhưng có thể ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể.
- Không có hạch vùng đi kèm.
- Ở trẻ nhũ nhi, tổn thương lan rộng có thể kèm sốt, yếu toàn thân, tiêu chảy. Hiếm hơn là viêm phổi, viêm khớp nhiễm trùng hoặc viêm xương tủy xương.

### Chốc lây:

- Khởi đầu là dát hoặc sẩn hồng ban, kích thước 2-5mm.
- Tổn thương đặc trưng là mụn nước hoặc mụn mủ, nhanh chóng vỡ và đóng mài vàng mặt ong, dính với ít hoặc không có hồng ban xung quanh.
- Tổn thương thường ở quanh mũi, miệng và vùng phơi bày (như tay, chân). Hiếm gặp ở lòng bàn tay, lòng bàn chân.
- Hạch vùng thường gặp và có thể đau.

- 
- Nếu không điều trị, tổn thương lây lan do tự tiêu nhiễm và giảm tự nhiên sau vài tuần.
  - Không có viêm họng đi kèm.

### **III. CẶN LÂM SÀNG**

- Chốc thường được chẩn đoán chủ yếu bằng lâm sàng.
- Cây vi trùng từ dịch tiết dưới lớp mài thường được khuyến cáo trong những trường hợp: bùng phát dịch chốc hoặc viêm vi cầu thận sau chốc.
- Tăng bạch cầu: khoảng 50% trường hợp chốc.
- Tổng phân tích nước tiểu giúp đánh giá viêm vi cầu thận sau chốc do streptococci nếu bệnh nhân xuất hiện phù hoặc tăng huyết áp gần đây.
- Caọ tìm nấm loại trừ nhiễm dermatophyte gây bóng nước.

### **IV. ĐIỀU TRỊ**

#### **Mục tiêu:**

- Giảm tần suất bệnh.
- Ngăn ngừa biến chứng.
- Ngăn ngừa lây lan.

#### **Nguyên tắc:**

- Kháng sinh là thuốc chính trong điều trị chốc.
- Kháng sinh lựa chọn phải chống được cả *S. aureus* và *S. pyogenes*.
- Vệ sinh sạch sẽ với xà phòng diệt trùng.

#### **Thuốc:**

##### **Tại chỗ:**

- Chỉ định: những trường hợp tổn thương nhỏ và ít.
- Thoa vùng tổn thương, 2-3 lần/ngày, trong 7-10 ngày.
- Thuốc: mỡ mupirocin (Bactroban®) hoặc acid fusidic (Fucidin®) hoặc retapamulin (thuốc mới).

##### **Toàn thân:**

- Chỉ định: không đáp ứng với điều trị tại chỗ hoặc bệnh lan rộng.
- Thuốc:

+ Cephalexin:

NL: 250mg x 4 lần/ngày hoặc 500mg x 2 lần/ngày x 7-14 ngày (< 4g/ngày)

TE: 25-50mg/kg/ngày, chia 2 lần (< 3g/ngày)

---

+ Nhóm lincosamid

NL: 150-300mg x 4 lần/ngày x 7-10 ngày

TE: 10-30mg/kg/ngày, chia 3-4 lần

Dự phòng: 150mg/ngày x 3 tháng

+ Erythromycin:

NL: 500mg x 2 lần/ngày x 7-14 ngày

TE: 30-50mg/kg/ngày, chia 3-4 lần

+ Nhóm quinolon

Levofloxacin:

NL: 500mg/ngày x 7-14 ngày (uống trước ăn 1 giờ hoặc sau ăn 2 giờ)

TE: không khuyến cáo

Ciprofloxacin:

NL: 500mg x 2 lần/ngày x 10 ngày (uống trước ăn 1 giờ hoặc sau ăn 2 giờ)

TE: không khuyến cáo

---

# MÀY ĐAY

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Phát ban rất thường gặp.
- Nguyên nhân: dị ứng hay không.
- 2 loại: cấp và mãn.
- Mề đay cấp thường do thức ăn, thuốc.
- Tuy nhiên có nhiều trường hợp không tìm được nguyên nhân.
- Phù mạch là phản ứng giống mề đay nhưng ở sâu hơn và có thể gây tử vong.

## II. LÂM SÀNG

- Ngứa.
- Khoảng 25% có thể bị mề đay cấp trong suốt cuộc đời.
- Mề đay mãn: >6 tuần. Cần làm nhiều xét nghiệm để tìm nguyên nhân.
- Nguyên nhân thường gặp: thức ăn, thuốc: aspirine, kháng viêm non-steroid, penicillin, sulfamide...
- Cũng có thể do nguyên nhân khác như: bệnh lupus, nhiễm trùng mãn, u lympho.
- Côn trùng cắn cũng có thể gây triệu chứng phù nề giống mề đay.
- Mề đay không phải do dị ứng được xếp vào mề đay vật lý như mề đay do gãi, tì đè, nóng, lạnh, tiếp xúc mặt trời và gọi là chứng da vẽ nổi.

## III. XÉT NGHIỆM

Mề đay cấp: không cần thiết phải làm xét nghiệm.

Mề đay mãn: làm xét nghiệm để tìm nguyên nhân.

- Sinh thiết da nếu sang thương mề đay tồn tại hơn 24 giờ.
- Công thức máu.
- Chức năng gan.
- Chức năng tuyến giáp, kháng thể kháng tuyến giáp.
- Kháng thể kháng nhân.
- C4, C1-INH, IgE

## IV. ĐIỀU TRỊ

### \*MÀY ĐAY CẤP

- Kháng Histamin H1 có hiệu quả tốt:

---

Chlopheniramin, Cyproheptadin, Hydroxyzin, Mequitazin  
Cetirizin , Levocetirizin, Loratadin, Desloratadin, Fexofenadine

- Có thể kết hợp anti H2 : Cimetidin 400 mg/ ngày
- Corticoid sử dụng trong cơn nặng
- Mày đay cholinergique : sử dụng anticholinergique hoặc antihistamin có hiệu quả kháng cholinergique ( Hydroxyzin 25mg )

**\* MÀY ĐAY MÃN**

- Nếu có căn nguyên thì cần loại trừ căn nguyên: thuốc, thức ăn, nhiễm trùng, nhiễm ký sinh trùng ( Theo phác đồ điều trị ký sinh trùng ), thức ăn lên men
- Trong mề đay do nguồn gốc thức ăn, cần giới hạn thức ăn có màu, chế độ ăn không có men nấm ( bánh mì, fromage, rượu...)
- Cần tránh rượu
- Điều trị kháng histamine ( có thể phối hợp thuốc ), điều trị ít nhất 3 tháng và ngưng thuốc từ từ.

**\* ĐÔNG Y:**

Châm cứu: huyết huyết hải, khúc trì, đại chùy.



---

# BỆNH LẬU

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Một trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục do song cầu trùng, Gram (-) ái khí *Neisseria gonorrhoeae*.
- Lậu cầu rất nhạy cảm với điều kiện lạnh cũng như khô hanh. Lớp mũ mỏng và ẩm - 1 ngày. 56°C - 5 phút, AgNO<sub>3</sub> và Phenol 1% - vài phút.
- Lịch sử: lậu là một trong những bệnh được biết sớm nhất của loài người.
- Hippocrates đã viết về bệnh này từ thế kỷ thứ 4-5 trước công nguyên. Ông gọi bệnh lậu cấp là bệnh đái són “strangury” và đến thế kỷ thứ hai người ta coi đó là bệnh đái ra tinh dịch.
- Tần suất cao ở nước đang phát triển.
- Tần suất cao mới/năm toàn thế giới: 62 triệu người.
- Mỹ: 700.000 người.
- Việt Nam theo thông báo của Viện Da liễu Quốc gia, năm 2003 lậu chiếm 4,82% trong các STD.
- **Chủng tộc:** không.
- **Giới:** tỷ lệ nam/nữ 1,5/1.

Tuổi: phụ nữ 15-19 tuổi và nam giới 20-24 tuổi

- Bệnh thường gặp ở thành thị hơn nông thôn.
- Yếu tố nguy cơ: có nhiều bạn tình hay có bạn tình mới, trẻ tuổi, cô đơn, dân tộc thiểu số, lạm dụng chất gây nghiện, tình trạng giáo dục và kinh tế xã hội kém.
- Đường lây:
  - 90% do quan hệ tình dục: sinh dục > hậu môn > miệng.
    - 70-80% và 20-30%
  - 10% qua các đường khác:

## II. LÂM SÀNG

- Có khuynh hướng gây tổn thương niêm mạc bao gồm những tế bào biểu mô hình trụ. Vị trí thường gặp: niệu đạo, cổ tử cung, hậu huyệt và kết mạc.
- Thời gian ủ bệnh: trung bình 2-5 ngày kéo dài 2-3 tuần. Thời gian ủ bệnh càng dài bệnh càng nhẹ.
- Chia làm 4 thể chính

- 
- Tại chỗ: Nam
  - Tại chỗ: Nữ
  - Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ
  - Lan tỏa

## **Nam**

- 10% nhiễm không có triệu chứng.
- Biểu hiện thường gặp nhất là viêm niệu đạo - 4 ngày đầu.
- Hơi ngứa, nhòe nhòe → chất nước trong → đục → mủ vàng trắng, dễ ra khi vuốt dọc đường tiểu
- 80%, niêm mạc đường tiểu sưng to rất đau → không dám đi tiểu → tiểu lắt nhắt nhiều lần.
- Khám lỗ tiểu sưng đỏ có mủ màu vàng đặc hay trắng đục giống như kem.
- Hạch thường không bị ảnh hưởng.
- Không điều trị, triệu chứng biến mất trong 6 tháng.
- Sưng đau tinh hoàn: viêm tinh hoàn hay mào tinh
- Viêm trực tràng (40%): triệu chứng thường nhẹ như ngứa và tiết dịch trực tràng không đau → nặng : xuất tiết dịch nhầy mủ có máu, đau khi đi cầu, buốt mót vùng hậu môn và táo bón.
- Viêm hầu họng (lên tới 10%) thường không có triệu chứng. Triệu chứng thay đổi từ hạch cổ to, họng đỏ tới loét rộng và tạo màng giả.

## **Nữ**

- 50% nhiễm không triệu chứng.
- Nội mạc cổ tử cung: vị trí I.
- Viêm cổ tử cung: tiết dịch cổ tử cung, dễ chảy máu hay dịch vàng hơi xanh.
- Viêm niệu đạo: triệu chứng nghèo nàn, xuất tiết dịch nhầy mủ, tiểu rất buốt.
- Viêm vùng chậu: 10-40% của nhiễm lậu cầu không biến chứng ở phụ nữ, đặc trưng bởi sốt, đau vùng bụng dưới, đau lưng, nôn ói, chảy máu âm đạo, giao hợp đau, đau khi thăm khám.
- Những vị trí nhiễm trùng khác: tuyến Skene, Bartholin
- 10-20% có nhiễm trùng hầu họng, >90% trường hợp không có triệu chứng hoặc nếu có bao gồm viêm họng xuất tiết hay viêm amidan.
- Hầu hết lành tự nhiên trong 12 tuần
- Viêm trực tràng (5%) : xuất tiết dịch nhầy mủ, đau khi đi cầu và cảm giác mót buốt.

---

-Thai kỳ không làm thay đổi biểu hiện nhiễm lậu cầu. Tuy nhiên viêm vùng chậu ít gặp hơn trong tam cá nguyệt 2-3 và tỉ lệ nhiễm viêm hầu họng do lậu hơi tăng cao có lẽ do thay đổi hành vi quan hệ tình dục.

### **Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ**

-Trẻ sơ sinh, viêm kết mạc mắt do lậu do tiếp xúc với dịch tiết âm đạo của mẹ trong lúc sinh. Phòng ngừa bằng nhỏ Nitrate bạc ngay sau sinh hay thoa mỡ Erythromycine hay Tetracycline.

-Trẻ em bị nhiễm lậu ở cơ quan sinh dục hay hầu họng thường là do lạm dụng tình dục.

### **III.CẬN LÂM SÀNG**

-Chủ yếu là soi trực tiếp.

-Song cầu trùng hình hạt cà phê nằm trong bạch cầu đa nhân trung tính.

-Độ nhạy và độ đặc hiệu của nhuộm Gram thay đổi: phụ thuộc vào vị trí nhiễm trùng và sự hiện diện/vắng mặt của triệu trứng lâm sàng.

- Viêm niệu đạo có TC ở nam, độ nhạy 95% và độ đặc hiệu 98%.
- Viêm niệu đạo ko có TC ở nam, độ nhạy thấp hơn
- Phụ nữ có TC, độ nhạy 40-60% khi nhuộm Gram lấy từ bệnh phẩm nội mạc tử cung, mặc dù vậy độ đặc hiệu khá cao.

-Cây là tiêu chuẩn vàng.

-Ưu điểm: độ đặc hiệu rất cao.

-Khuyết điểm: cần môi trường cấy rất khắc khe (Modified Thayer-Martin), cần có thời gian chờ lâu.

-Ít sử dụng, chỉ cấy lậu khi kháng thuốc hay ở phụ nữ mang mầm bệnh hay hình ảnh soi trực tiếp nghi ngờ.

-Nam: lấy mủ hay dịch tiết niệu đạo.

-Nữ : dịch tiết niệu đạo hay cổ tử cung thì cho kết quả chính xác hơn là dịch tiết âm đạo.

-Phản ứng miễn dịch huỳnh quang, phản ứng cố định bổ thể, phản ứng lên men để tìm kháng thể bệnh lậu, chỉ dùng trong nghiên cứu khoa học.

-Xét nghiệm khuếch đại acid nucleic như PCR, transcription-mediated amplification và strand displacement amplification

- Ưu điểm: nhanh, độ nhạy 93–99% và độ đặc hiệu 98–99.5%

---

-Lậu lan tỏa nên cấy soi tìm lậu cầu trên mẫu máu, dịch khớp và sang thương da. Tuy nhiên chẩn đoán nên dựa vào lâm sàng là chính vì xét nghiệm cận lâm sàng thường dương tính trong số ít trường hợp.

#### **IV. CHẨN ĐOÁN**

-Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

-Nam: tiết dịch niệu đạo (màu vàng trắng), tiểu gắt buốt và viêm phù nề quy đầu.

-Nữ: đau bụng dưới, tiết dịch âm đạo và cổ tử cung, “dịch tiết có dính máu”, chảy máu và đau khi giao hợp.

-Lậu lan tỏa: phát ban gồm sẩn, mụn mủ nằm trên nền hồng ban, viêm khớp ảnh hưởng lên 1 khớp hay viêm màng hoạt dịch.

-Chẩn đoán xác định dựa vào nhuộm Gram, cấy, thử nghiệm xác định phân tử (molecular probe assay) hay xét nghiệm khuếch đại acid nucleic (nucleic acid amplification testing)

#### **V. ĐIỀU TRỊ**

##### ***Nguyên tắc điều trị:***

-Chẩn đoán sớm và điều trị đúng phác đồ để tránh biến chứng và hạn chế sự kháng thuốc.

-Phải điều trị cả người có tiếp xúc sinh lý ( trong vòng 60 ngày từ lúc được chẩn đoán).

-Phải thử huyết thanh chẩn đoán giang mai (thường là VDRL) và HIV để phát hiện bệnh đi kèm.

-Điều trị kết hợp điều trị *C. trachomatis* vì tính chất dịch tế học, sự phối hợp bệnh trong điều kiện thiếu phương tiện xét nghiệm.

-Chỉ kết luận khỏi bệnh khi cấy hai lần liên tiếp (-) hay không tiết dịch niệu đạo với nghiệm pháp tái kích thích, cách nhau 3 ngày

##### ***Cụ thể***

Cefixime 400mg uống, liều duy nhất

Ceftriaxone 250mg tiêm bắp, liều duy nhất

Ciprofloxacin 500mg uống, liều duy nhất

##### ***Kết hợp điều trị C.trachomatis***

Doxycycline 100mg x2 lần uống 7 đến 10 ngày

Azithromycine 1g uống liều duy nhất

Ofloxacin 600mg/ ngày uống 7 đến 10 ngày

-----