

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH THANH HÓA
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: BỆNH HỌC CHUYÊN KHOA HỆ NỘI
NGÀNH/NGHỀ: Y SỸ ĐA KHOA
TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

*Ban hành kèm theo Quyết định số: 686/QĐ-CDYT ngày 25 tháng 09 năm 2023
của Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Thanh Hóa*

Thanh Hoá, năm 2023

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

TaiLieu.vn

LỜI GIỚI THIỆU

Trường Cao đẳng Y tế Thanh Hoá có bề dày lịch sử đào tạo các thế hệ cán bộ Y - Dược, xây dựng và phát triển hơn 60 năm. Hiện nay, Nhà trường đã và đang đổi mới về nội dung, phương pháp và lượng giá học tập của học sinh, sinh viên nhằm không ngừng nâng cao chất lượng đào tạo.

Để có tài liệu giảng dạy thống nhất cho giảng viên và tài liệu học tập cho người học; Đảng uỷ - Ban Giám hiệu Nhà trường chủ trương biên soạn tập bài giảng của các chuyên ngành mà Nhà trường đã được cấp phép đào tạo.

Tập bài giảng Bệnh học Chuyên khoa hệ nội được các giảng viên Bộ môn Nội - Truyền Nhiễm biên soạn dùng cho hệ cao đẳng y sỹ đa khoa dựa trên chương trình đào tạo của Trường ban hành năm 2023, Thông tư 03/2017/BLDTBXH ngày 01 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Lao động thương binh xã hội.

Vì vậy môn học Bệnh học Chuyên khoa hệ nội giúp cho người học nắm được những triệu chứng lâm sàng, điều trị một số bệnh da liễu, tâm thần, thần kinh, lao thường gặp.

Môn “Bệnh học Chuyên khoa hệ nội” giúp học viên sau khi ra trường có thể vận dụng tốt các kiến thức về bệnh học chuyên khoa hệ nội đã học vào hoạt động nghề nghiệp.

Tuy nhiên trong quá trình biên soạn tập bài giảng không thể tránh khỏi những thiếu sót. Tập thể biên soạn xin ghi nhận các ý kiến đóng góp xây dựng của các nhà quản lý, đồng nghiệp, độc giả và học sinh, những người sử dụng cuốn sách này để nghiên cứu bổ sung cho tập bài giảng ngày càng hoàn thiện hơn.

Thanh Hóa, ngày 30 tháng 9 năm 2023

Tham gia biên soạn

1. TS. BS. Mai Văn Bảy Chủ biên
2. ThS. BS. Nguyễn Thị Nhung
3. ThS. BS. Tạ Thị Hoa
4. ThS. BS. Đỗ Thị Vân Anh
5. BS. Lê Thị Thúy
6. BS. Phạm Thị Vân Anh

MỤC LỤC

LỜI GIỚI THIỆU

PHẦN DA LIỄU	2
Bài 1: Các tổn thương cơ bản ở da	2
Bài 2: Nhiễm độc da do dị ứng thuốc	6
Bài 3: Bệnh viêm da nhiễm khuẩn.....	11
Bài 4: Bệnh Chàm (Eczema)	15
Bài 5: Bệnh Vẩy Nén (Psoriasis)	19
Bài 6: Bệnh Hắc Lào	24
Bài 7: Bệnh Ghẻ.....	28
Bài 8: Bệnh Giang Mai	32
Bài 9: Bệnh Lậu	39
Bài 10: Bệnh Zona	45
PHẦN TÂM THẦN.....	49
Bài 11: Sức khỏe tâm thần.....	49
Bài 12: Khám và làm liệu pháp chữa bệnh tâm thần	57
Bài 13: Tâm thần phân liệt	70
Bài 14: Rối loạn phân ly	75
Bài 15: Cấp cứu bệnh tâm thần	80
Bài 16: Trầm cảm	85
Bài 17: Vệ sinh và phòng bệnh tâm thần	90
PHẦN THẦN KINH.....	94
Bài 18: Khám lâm sàng hệ thần kinh	94
Bài 19: Liệt nửa người	103
Bài 20: Liệt hai chi dưới	107
Bài 21: Động kinh	111
Bài 22: Viêm đa dây thần kinh.....	115
Bài 23: Một số thăm dò chức năng thần kinh - tâm thần.....	118
PHẦN LAO.....	129
Bài 24: Đại cương về bệnh lao.....	129
Bài 25: Lao phổi.....	137
Bài 26: Lao màng phổi.....	142
Bài 27: Lao màng bụng.....	146
Bài 28: Lao hạch.....	151
Bài 29: Cấp cứu ho ra máu	156
TÀI LIỆU THAM KHẢO	160

GIÁO TRÌNH MÔN HỌC

Tên môn: BỆNH HỌC CHUYÊN KHOA HỆ NỘI

Mã môn học: MD 42

Vị trí, tính chất, ý nghĩa và vai trò của môn học:

- Vị trí: Môn “Bệnh học chuyên khoa hệ nội” là môn học được bố trí học sau các môn học thuộc khối kiến thức giáo dục đại cương và kiến thức cơ sở khối ngành.
- Tính chất: Môn “Bệnh học chuyên khoa hệ nội” là môn cơ sở ngành. Môn học cung cấp kiến thức về khái niệm, nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, biểu hiện lâm sàng, biến chứng, điều trị,... một số bệnh lý chuyên khoa hệ nội thường gặp.
- Ý nghĩa và vai trò của môn học: Môn học cung cấp cho người học kiến thức cơ sở về khái niệm, nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, biểu hiện lâm sàng, biến chứng, điều trị một số bệnh lý chuyên khoa hệ nội thường gặp. Từ đó người học vận dụng trong thực hành khám, chữa bệnh cho người bệnh.

Mục tiêu của môn học:

- Về kiến thức:
 - + Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, triệu chứng, biến chứng các bệnh Da liễu, Tâm thần, Thần kinh, Lao thường gặp.
 - + Trình bày được chẩn đoán, phương pháp điều trị các bệnh Da liễu, Tâm thần, Thần kinh, Lao thường gặp.
- Về kỹ năng:
 - + Vận dụng kiến thức để chẩn đoán, xử trí và điều trị phù hợp tại tuyến y tế cơ sở.
 - + Vận dụng kiến thức phục vụ hoạt động giao tiếp, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh, gia đình người bệnh.
- Về năng lực tự chủ và trách nhiệm:
 - + Nhận thức được tầm quan trọng, mối liên quan giữa kiến thức Bệnh học và kiến thức chuyên ngành để đạt hiệu quả trong hoạt động nghề nghiệp.
 - + Tự giác, tích cực học tập và phát huy tính sáng tạo, gắn kết với nghề nghiệp trong quá trình học tập.
 - + Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm.

Nội dung của môn học:

PHẦN DA LIỄU

BÀI 1: CÁC TỔN THƯƠNG CƠ BẢN Ở DA (1 giờ)

GIỚI THIỆU: Trong thực hành khám chữa bệnh ngoài da, các tổn thương cơ bản được xem như triệu chứng học thực thể. Dựa vào đó để chẩn đoán xác định một bệnh ngoài da, đồng thời để phân loại, phân biệt những bệnh ngoài da có dấu hiệu thực thể giống nhau hoặc gần giống nhau. Bài học này cung cấp kiến thức về một số tổn thương cơ bản thường gặp ở da.

MỤC TIÊU: *Sau khi học xong bài học này sinh viên phải:*

- Trình bày được các loại tổn thương tiên phát.
- Trình bày được các loại tổn thương thứ phát.

NỘI DUNG CHÍNH:

1. Đại cương

Tổn thương cơ bản là các tổn thương xuất hiện trên da và niêm mạc ngay từ đầu hoặc xuất hiện trong quá trình tiến triển một bệnh da liễu, là triệu chứng mà ta phải dựa vào đó để chẩn đoán bệnh. Tổn thương cơ bản là những tổn thương đặc hiệu của mỗi bệnh da liễu. Nghiên cứu các tổn thương cơ bản là một phần rất quan trọng trong việc chẩn đoán các bệnh da liễu.

2. Các tổn thương cơ bản tiên phát:

2.1. Dát:

Là các tổn thương bằng phẳng với mặt da chỉ làm thay đổi màu sắc trên da, có nhiều kích thước và hình dạng khác nhau.

2.1.1. Dát đỏ

Dát đỏ là tổn thương có màu hồng hoặc màu đỏ, có hình tròn bầu dục hoặc hình đa diện, mất đi khi ấn kính, bằng phẳng với da.

Dát đỏ gồm dát xung huyết và dát xuất huyết.

Ví dụ: Đào ban giang mai II, Rubella, ban đỏ do dị ứng thuốc...

2.1.2. Dát thâm

Là tổn thương da thâm màu: màu nâu (tàn nhang, phong), màu xanh đen (bớt sắc tố bẩm sinh, hồng ban cố định nhiễm sắc).

2.1.3. Dát trắng

Tổn thương xuất hiện do giảm hoặc mất sắc tố melanin như trong bệnh bạch biến, bạch tạng.

2.2. Sẩn:

Là loại tổn thương chắc nổi gờ lên mặt da, kích thước $< 1\text{cm}$. Sẩn có thể nằm ở thượng bì như hạt cơm phẳng, bệnh phấn đỏ nang lông. Sẩn nằm ở trung bì như

sẩn mề đay, sẩn giang mai II,... Sẩn có thể nằm ở cả trung bì và thượng bì như trong bệnh Lichen phẳng.

2.3. Củ:

Là tổn thương hình thành do sự tập trung thâm nhiễm tế bào ở lớp sâu của trung bì tạo thành tổn thương chắc nổi cao, trong quá trình tiến triển có hiện tượng hoại tử nên có loét và để lại sẹo khi khỏi.

2.4. Cục:

Là tổn thương chắc hình tròn nổi gờ lên mặt da, kích thước <1cm, nằm ở trung bì, hạ bì. Nhiều bệnh ngoài da có tổn thương là cục như: u xơ, u hắc tố.

2.5. U:

Là khối tăng sản mềm hoặc chắc cứng, có nhiều kích thước và đa dạng, có thể u lành hoặc ác tính (U lành: U xơ da thần kinh, u ác tính như ung thư tế bào gai, ung thư tế bào đáy).

2.6. Sùi:

Là u của tổ chức nhú. Tổn thương sùi xuất hiện do tăng sinh lớp nhú của thượng bì và thâm nhiễm bạch cầu đa nhân ở trung bì. Ví dụ: sùi mào gà do HPV, hạt cơm,...

2.7. Gôm:

Là một tổn thương chắc nổi gờ lên mặt da kích thước bằng quả táo hoặc lớn hơn. Gôm là kết quả thâm nhiễm tế bào ở lớp trung bì, hạ bì. Gôm tiến triển theo các giai đoạn: cứng, mềm, vỡ mủ, loét, lên sẹo. Ví dụ: gôm giang mai III, gôm lao...

2.8. Mụn nước:

Là tổn thương lỏng hình bán cầu nhỏ bằng đầu đinh ghim, kích thước 1-2mm, bên trong chứa nước, nằm ở lớp tế bào gai của thượng bì, khi dập vỡ sẽ đóng vảy tiết trong, khi lành không để lại sẹo.

Ví dụ: mụn nước trong bệnh chàm, ghẻ, nấm...

2.9. Bọng nước:

Là tổn thương lỏng, hình bán cầu, kích thước lớn hơn mụn nước, thường bằng hạt đỗ, hạt ngô, kích thước 1-2cm. Bọng nước có thể chứa huyết thanh, huyết thanh lẫn mủ hoặc máu. Bọng nước dập vỡ sẽ đóng vảy tiết, khi lành có thể để lại sẹo hoặc không.

Ví dụ: bọng nước trong bệnh chốc, bệnh Dühring, Pemphigus...

2.10. Mụn mủ:

Là tổn thương lỏng, hình bán cầu nổi cao trên da, giống mụn nước hoặc bọng nước nhưng chứa mủ. Mụn mủ có thể ở nang lông như viêm nang lông hoặc nhọt. tổn thương có thể ở thượng bì hoặc trung bì.

3. Tổn thương cơ bản thứ phát:

Là những tổn thương đã bị biến dạng trong quá trình bệnh lý do hậu quả của bệnh hoặc do điều trị tạo nên.

3.1. Vảy da:

Là tổn thương do những phiến sừng mất liên kết với nhau bong ra tạo thành vảy, bong vảy sinh lý không nhìn thấy được, bong vảy bệnh lý vảy to nhìn thấy được.

Ví dụ: Vảy da trong các bệnh vảy phấn, vảy nến, vảy rồng...

3.2. Vảy tiết:

Là tổn thương được hình thành do chất dịch, huyết thanh khô lại, tùy theo loại dịch mà vảy có màu sắc khác nhau: màu trong do huyết thanh, vàng chanh do mủ, đỏ do lẫn máu.

Ví dụ: vảy tiết trong bệnh chàm, bệnh chốc,...

3.3. Vết xước:

Tổn thương do cào gãi hoặc sau một chấn thương nông mất đi một phần thượng bì. Khi khỏi vết xước không để lại sẹo, thường để lại vết thâm hoặc đậm sắc tố.

3.4. Vết trợt:

Tổn thương mất một phần thượng bì hoặc một phần niêm mạc, rất nông màu đỏ, rỉ dịch huyết thanh, khi lành không để lại sẹo.

Ví dụ: trợt trong giang mai I, trợt do mụn nước, bỏng nước vôi...

3.5. Vết loét:

Tổn thương sâu đến tận trung bì, hạ bì hoặc sâu hơn, làm mất một phần da, niêm mạc, đáy có mủ hoặc máu, khi lành để lại sẹo.

3.6. Vết nứt:

Thương tổn dài có vách dựng đứng để lộ đáy khô hoặc ướt. Thường gặp ở nếp gấp cổ chân, kẽ tay, núm vú, hậu môn.

3.7. Lichen hóa:

Do cọ xát hoặc gãi thường xuyên kích thích làm cho da phản ứng dày lên có màu nâu, có các rãnh hằn sâu tạo thành các ô tương tự như sần (chàm mạn).

3.8. Sẹo:

Là tổ chức liên kết thay thế lớp tế bào đã mất ở vết loét, vết nứt sâu. Nó thể hiện sự ổn định ở tổn thương, sẹo có thể bằng phẳng hoặc lồi cao trên da.

3.9. Teo da:

Xuất hiện do da mất đàn hồi, làm tổn thương thấp hơn mặt da gặp trong bệnh teo da bẩm sinh, tự phát hoặc ở thanh niên lớn nhanh, da bụng phụ nữ sau sinh...

3.10. Sạm da:

Da có màu sạm do xuất huyết, do sắc tố Melanin, do nhiễm chất độc hại từ môi trường.

GHI NHỚ:

- + Tổn thương cơ bản là những tổn thương đặc hiệu của mỗi bệnh da liễu.
- + Tổn thương cơ bản gồm tổn thương tiên phát và tổn thương thứ phát.

LƯỢNG GIÁ: *Chọn câu trả lời đúng cho các câu sau*

Câu 1: Tổn thương là những tổn thương da biểu hiện tình trạng bệnh lý của da với những đặc trưng riêng.

- A. cơ bản.
- B. nguyên phát.
- C. thứ phát.

Câu 2: Mụn nước là tổn thương lỏng nổi cao hơn mặt da, kích thước....., bên trong chứa dịch trong.

- A. > 10mm
- B. < 10mm
- C. = 10mm

Câu 3: Vảy tiết do các chất xuất tiết (mủ, huyết thanh, máu) khô lại mà thành.

- A. Đúng
- B. Sai

Câu 4: Những đám da thay đổi màu sắc, bằng phẳng với mặt da có nhiều kích thước và hình dạng khác nhau là?

- A. Sần
- B. Dát
- C. Sùi
- D. Củ
- E. Gôm

Câu 5: Tổn thương thứ phát là tổn thương được tạo thành sau các tổn thương nguyên phát?

- A. Đúng
- B. Sai

BÀI 2: NHIỄM ĐỘC DA DO DỊ ỨNG THUỐC (1 GIỜ)

GIỚI THIỆU: Nhiễm độc da do dị ứng thuốc là những phản ứng, những hội chứng, những bệnh xuất hiện trong hoặc sau khi dùng thuốc qua đường tiêm, uống, khí dung, bôi và tiếp xúc... với những mức độ biểu hiện khác nhau của da và phủ tạng có thể gây tử vong cho người bệnh. Bệnh nhân cần được xử trí ngay càng sớm càng tốt. Bài học này cung cấp kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng và điều trị nhiễm độc da do dị ứng thuốc.

MỤC TIÊU: *Sau khi học xong bài học này sinh viên phải:*

- Liệt kê được các thể lâm sàng thường gặp của nhiễm độc da do dị ứng thuốc.
- Trình bày được điều trị nhiễm độc da do dị ứng thuốc.

NỘI DUNG CHÍNH:

1. Đại cương

Nhiễm độc da do thuốc là những phản ứng, những hội chứng, những bệnh xuất hiện trong hoặc sau khi dùng thuốc qua đường tiêm, uống, bôi, tiếp xúc... với những biểu hiện mức độ khác nhau của da và phủ tạng có thể gây tử vong cho người bệnh.

Bệnh nhân nhiễm độc da do dị ứng thuốc ngày càng phổ biến và trở thành mối lo chung cho bệnh nhân và thầy thuốc ở mọi chuyên khoa. Danh mục thuốc có khả năng gây dị ứng ngày càng nhiều. Nhiều nhóm thuốc có khả năng gây dị ứng.

2. Nguyên nhân

2.1. Nhóm kháng sinh:

Penicillin, Streptomycin, Amikacin, Gentamycin, Ampinocillin, Tetracycline, Amoxycillin, Rifampicin, Cefazolin v.v.

2.2. Nhóm hạ nhiệt giảm đau:

APC, Aspirin, Seda, Paracetamol, Decolgen, Anadin, Alkan.

2.3. Nhóm thuốc ngủ và an thần:

Glaxone, Luminal, Diazepam, Tegretol v.v.

2.4. Nhóm thuốc gây tê:

Lidocaine, Novocaine, Dicaine v.v.

2.5. Nhóm thuốc chống sốt rét:

Quinine, Chloroquine, Quinacrine...

2.6. Thuốc bổ:

B1, B6, C, Sirepar, Filatob, Phaxmaton...

Thậm chí một số Corticoid và kháng Histamin cũng có khả năng gây tai biến.

3. Triệu chứng lâm sàng thường gặp:

3.1. Thể ban đỏ:

- Tổn thương cơ bản:
 - + Dát đỏ: Bằng phẳng với mặt da, tổn thương màu hồng, ấn kính mất màu.
 - + Sẩn phù: Hình bán cầu, cao hơn mặt da, ấn kính mất màu.
- Triệu chứng cơ năng: Ngứa nhiều.
- Vị trí tổn thương: Thường ở vùng mặt, tứ chi và thân mình.

3.2. Thể mề đay và phù Quincke:

- Thường xuất hiện sớm sau khi dùng thuốc: Thường là sau vài giờ hoặc vài ngày.
- Tổn thương cơ bản: Là sẩn phù, hình bán cầu cao hơn mặt da có ánh hào quang vùng ngoại vi, ấn kính mất màu.
- Vị trí: Rải rác toàn thân.
- Triệu chứng cơ năng: Ngứa dữ dội từng cơn.

3.3. Thể hồng ban cố định nhiễm sắc:

- Thường gặp và rất điển hình.
- Tổn thương cơ bản: Là những ban màu hồng, hình tròn hoặc bầu dục, danh giới rõ ràng. Nếu bị tái phát nhiều lần, hồng ban trở lên tím sẫm có khi nổi bong nước.
- Vị trí: Thường gặp ở vùng niêm mạc và bán niêm mạc như quanh môi, quanh mũi, quanh hốc mắt, bộ phận dinh dục và có thể ở ngoài da.
- Thường do thuốc: Tetracycline, Ampicillin, Biceptol, Trimazon, Seda.

3.4. Thể hồng ban đa dạng:

- Tổn thương cơ bản: bao gồm nền là một sẩn phù, trên sẩn phù là mụn nước hoặc bong nước sắp xếp theo những vòng tròn đồng tâm hoặc mọc ở rìa sẩn phù (hình huy hiệu). Các đám tổn thương có thể rải rác khắp người, đối xứng hoặc khu trú ở hai chi trên, chi dưới, niêm mạc.

3.5. Thể đỏ da toàn thân do thuốc:

- Các ban đỏ đầu tiên rải rác chủ yếu ở vùng mặt, tứ chi, sau đó đưa đến chàm đỏ da toàn thân. Các ban đỏ kết thành mảng lớn.
- Có rối loạn toàn thân kèm theo sốt cao 30-40⁰C. Có rối loạn thần kinh, rối loạn tiêu hóa.

3.6. Thể viêm da tiếp xúc:

- Có nguồn gốc từ bên ngoài diễn biến cấp tính hoặc bán cấp.
- Tổn thương cơ bản biểu hiện như:
 - Có ban đỏ, ranh giới rõ và là diện tích tiếp xúc với thuốc đắp, thuốc bôi, với các dấu hiệu chính.

- Nóng vùng tổn thương, đỏ da vùng tổn thương, ngứa nhiều vùng tổn thương.

3.7. Hội chứng Stevens Johnson:

- Là dị ứng thuốc thể bong nước. Bong nước khu trú xung quanh hốc tự nhiên: mắt, mũi, miệng, tai, bộ phận sinh dục, hậu môn. Các bong nước có thể trợt loét và bội nhiễm.
- Sốt cao, có thể có viêm phổi, rối loạn chức năng gan, thận.
- Tiên lượng thể này rất nặng nề.

3.8. Hội chứng Lyell:

Đây là thể dị ứng thuốc nặng nhất. Là hội chứng hoại tử thượng bì nhiễm độc.

- Các biểu hiện lâm sàng:
 - + Dấu hiệu báo trước: như giả cúm, mệt mỏi, viêm đường hô hấp, đau họng, sốt.
 - + Tổn thương da có thể giống ban dạng sởi, các bong nước bồng nhùng. Các tổn thương nhanh chóng lan khắp người trên nền da đỏ tươi, đỏ sẫm và có thể tiết dịch. Chỉ cần va chạm nhỏ cũng làm da bị trợt, bệnh nhân cảm giác đau, rát.
 - + Tổn thương niêm mạc: viêm loét giác mạc, kết mạc, viêm trợt niêm mạc miệng, loét họng, hầu, thực quản...
 - + Dấu hiệu toàn thân: sốt, xuất huyết tiêu hóa, viêm phổi, viêm cầu thận, viêm gan, rối loạn nước điện giải,...
 - Tỷ lệ tử vong cao từ 15 - 30%.

4. Tiến triển- tiên lượng:

- Nếu phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh tiến triển tốt.
- Biến chứng: viêm gan, rối loạn chức năng gan; viêm cầu thận cấp, suy thận; hạ bạch cầu, tiểu cầu, suy tủy; nhiễm khuẩn da thứ phát, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, viêm phế quản phổi; viêm loét kết mạc, giác mạc; tăng sắc tố hoặc rối loạn sắc tố.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định: cần dựa vào:

- Tiền sử dùng thuốc phù hợp với thời gian diễn biến của bệnh.
- Triệu chứng lâm sàng của từng thể dị ứng thuốc.
- Xét nghiệm tìm thuốc gây dị ứng.

5.1. Chẩn đoán phân biệt

- Thể mày đay (ban đỏ): phân biệt với dị ứng do thức ăn hoặc dị ứng thời tiết: bệnh xuất hiện nhanh có liên quan đến chế độ ăn và thời tiết, khí hậu.
- Thể đỏ da toàn thân phân biệt với:

+ Đỏ da toàn thân thứ phát sau một bệnh da có từ trước: vảy nến, chàm: bệnh nhân bị bệnh da trước khi đỏ da toàn thân.

+ Đỏ da toàn thân do bệnh máu ác tính: da đỏ từ từ, trên da có u, cục thâm nhiễm, bệnh nhân ngứa nhiều.

+ Đỏ da toàn thân do liên cầu: da dày liken hóa, màu đỏ thẫm, ngứa, rất nhiều vảy da. Vị trí tổn thương ở các nếp gấp. Bệnh thường gặp ở nam giới tuổi 50- 60.

- Thể bong nước cần phân biệt với Duhring- Brocq, Pemphigus, Pemphigoide...

- Hội chứng Lyell phân biệt với 4S (Hội chứng bong vảy da do tụ cầu)

6. Điều trị:

6.1. Nguyên tắc điều trị

- Ngừng ngay các thuốc đang dùng và các thuốc có nghi ngờ gây dị ứng.
- Hạn chế tối đa sử dụng thuốc, nếu cần thiết thì sử dụng các thuốc ít gây dị ứng.
- Giải độc, chống dị ứng.
- Chống rối loạn chức năng gan, thận.
- Chống nhiễm trùng.
- Bồi phụ nước và điện giải.
- Chăm sóc da tại chỗ và các hốc tự nhiên.

6.2. Điều trị cụ thể

6.2.1. Tại chỗ

- Xoa bột Talc hoặc cởi bỏ quần áo nằm trên giường bột talc.
- Những chỗ loét, chảy nước bôi dung dịch màu có tính chất sát khuẩn như: Milian, xanh Methylen, tím Gentian.
- Những chỗ bong vảy da dùng mỡ Oxyt kẽm, mỡ Salicylic 2%.
- Nếu có tổn thương loét ở niêm mạc miệng thì bôi Glycerin borete hoặc súc miệng bằng nước muối sinh lý.
- Nhỏ mắt liên tục bằng thuốc nhỏ mắt thông thường.

6.2.2. Toàn thân

- Lợi niệu.
- Bảo vệ chức năng gan thận.
- Chống dị ứng: kháng histamin tổng hợp, corticoid (liều 1-2mg/kg trọng lượng cơ thể), vitamin C hoặc truyền tĩnh mạch chậm:
 - + Dung dịch mặn đẳng trương 500ml.
 - + Dung dịch ngọt đẳng trương 500ml.
 - + Depersolon 30mg x 1-2 ống.

+ Vitamin C 0,5g x 1-2 ống.

- Chống bội nhiễm: dùng kháng sinh nếu cần (nên thận trọng).

6.2.3. Chế độ ăn uống

- Ăn nhạt nếu bệnh nhân có tổn thương thận.

- Ăn thức ăn không có protein nếu bệnh nhân có ure huyết cao.

- Theo dõi bệnh nhân và chăm sóc cấp I.

GHI NHỚ:

+ Chẩn đoán nhiễm độc da do dị ứng thuốc cần dựa vào:

- Tiền sử dùng thuốc phù hợp với thời gian diễn biến của bệnh.

- Triệu chứng lâm sàng của từng thể dị ứng thuốc.

- Xét nghiệm tìm thuốc gây dị ứng.

+ Nguyên tắc điều trị nhiễm độc da do dị ứng thuốc.

LƯỠNG GIÁ: Chọn câu trả lời đúng cho các câu sau

Câu 1: Nhiễm độc da do dị ứng thuốc là trạng thái phản ứng của cơ thể khi tiếp xúc với thuốc lần thứ 2 và các lần sau

A. bình thường

B. khác thường

C. cấp tính

Câu 2: Thể đỏ da toàn thân do thuốc có tổn thương cơ bản là các dát đỏ và sẩn phù.

A. Đúng

B. Sai

Câu 3: Trong bệnh nhiễm độc da do dị ứng thuốc, sẩn phù là tổn thương cơ bản của thể ?

A. Ban đỏ

B. Mày đay và phù quinke

C. Hồng ban cố định sắc tố

D. Hồng ban đa dạng

E. Steven Jonhson.

Câu 4: Hội chứng Lyell là thể dị ứng thuốc nặng nhất, gây tử vong cao.

A. Đúng

B. Sai

Câu 5: Thuốc kháng sinh là một trong những nguyên nhân gây nhiễm độc da do dị ứng thuốc.

A. Đúng

B. Sai

BÀI 3: BỆNH VIÊM DA NHIỄM KHUẨN **(1 giờ)**

GIỚI THIỆU: Viêm da nhiễm khuẩn là nhóm bệnh lý thường gặp. Nguyên nhân do vi khuẩn, virus, nấm hoặc ký sinh trùng. Mức độ bệnh có thể từ nhẹ đến nặng, thậm chí ảnh hưởng đến tính mạng. Chính vì vậy việc trang bị kiến thức để phòng bệnh là hết sức quan trọng.

MỤC TIÊU: *Sau khi học xong bài học này sinh viên phải:*

- Trình bày được triệu chứng lâm sàng và điều trị bệnh chốc.
- Trình bày được triệu chứng và điều trị bệnh viêm nang lông.

NỘI DUNG CHÍNH:

1. Đại cương:

Viêm da nhiễm khuẩn là tình trạng viêm cấp tính của da do các vi khuẩn ký sinh trên da gây nên khi gặp các điều kiện thuận lợi với các đặc điểm: sưng, nóng, đỏ, đau vùng da bị tổn thương.

2. Bệnh Chốc

2.1. Đại cương

Chốc là một bệnh nhiễm khuẩn da rất phổ biến, thuộc nhóm bệnh da có bọt nước, nguyên nhân do vi khuẩn gây nên, bệnh tiến triển lành tính, nếu được phát hiện và điều trị sớm bệnh khỏi nhanh không gây biến chứng.

Bệnh gặp ở cả nam và nữ, mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất là trẻ em độ tuổi mẫu giáo và người lớn hay gặp ở những người suy giảm miễn dịch, người béo phì hoặc mắc các bệnh mạn tính.

2.2. Nguyên nhân gây bệnh chốc:

Nguyên nhân thường gặp do liên cầu khuẩn.

50% các trường hợp có sự kết hợp của cả liên cầu và tụ cầu.

2.3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh chốc:

- Tổn thương cơ bản khởi phát bởi những bọt nước, trong chứa nước, mềm, chứa dịch trong, bờ không đều và có quầng đỏ xung quanh.
- Cũng có khi bọt nước xuất hiện trong một nền da đỏ từ trước.
- Vài giờ sau bọt nước vỡ đục, biến dần thành bọt mủ thứ phát rồi nhanh chóng khô đóng thành vảy tiết. Chừng sau 6 đến 10 ngày sau vảy sẽ từ từ bong ra để lại một dát đỏ, dát này sau một thời gian sẽ nhạt dần, không để lại sẹo.
- Thương tổn thường khu trú ở đầu mặt, sau đó đến vùng da hở có khi lan khắp người, không có tổn thương ở niêm mạc, tổn thương ngứa. Bọt nước trong bệnh chốc thương hay kèm theo tổn thương khác của liên cầu như nét mép, viêm kẽ tai, danh mũi má.

2.4. Tiến triển- biến chứng:

- Bệnh chốc tiến triển lành tính nếu được điều trị tốt thường khỏi trong 7-10 ngày điều trị.

- Trường hợp nặng có thể sốt dai dẳng, tổn thương lan rộng đôi khi có tái phát.

- Có thể có một số biến chứng như: Chốc chàm hóa, chốc loét, viêm bạch mạch, viêm cầu thận cấp, nhiễm trùng máu.

2.5. Điều trị:

2.5.1. Điều trị tại chỗ

- Làm mềm vảy bằng dung dịch thuốc tím 1/10.000. Bôi các dung dịch màu như xanh Methylen, Castellani, hoặc mỡ kháng sinh: Gentamycin, mỡ Tetracyclin, mỡ Phoban hoặc Phobancor v.v.

- Có thể kết hợp phương pháp vật lý trị liệu như chiếu tia tím, điện phân bằng Sulfat đồng 2%...

2.5.2. Điều trị toàn thân

Bằng các loại kháng sinh, kháng Histamin, các loại vitamin:

- * Dùng kháng sinh toàn thân, có thể dùng một hoặc hai loại kháng sinh như sau: Lincomycin, Gentamycin, Penicillin, Ampicillin, Erythromycin, Cefalecin, Bristopen v.v.

- Kháng Histamin như Sirô: Phenexgan, Histalon, Clorpheniramin, Loratadin, Clarityl hoặc Clatin v.v.

- Dùng các loại Vitamin C, Vitamin B2, Vitamin E.

3. Viêm nang lông

3.1. Đại cương

Viêm nang lông là tình trạng viêm nông một hoặc nhiều nang lông.

Bệnh gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhất là thanh thiếu niên và người trẻ.

Nguyên nhân chủ yếu là tụ cầu vàng.

Gặp ở nam nhiều hơn nữ.

3.2. Triệu chứng lâm sàng của viêm nang lông

3.2.1. Viêm nang lông nông:

Bắt đầu là lỗ chân lông xung đỏ, ngứa đau nhẹ, sưng nhẹ vài ngày sau đó thành mụn mủ ngay lỗ chân lông, mụn mủ khô tạo thành vảy tiết màu nâu, khi bong vảy không để lại sẹo.

- Vị trí tổn thương thường gặp ở vùng da đầu, trán, cằm, mi mắt, lưng, chân tay.

- Triệu chứng cơ năng: Ngứa ở vùng tổn thương.

3.2.2. Viêm nang lông sâu:

Ngoài viêm ở lỗ chân lông còn có một số ổ viêm lưng chừng ở nang lông. Ban đầu là mụn mủ quanh lỗ chân lông, về sau tổn thương lan rộng và lan sâu xuống da trở thành một nút cộm, đau nhức như một cái nhọt nhỏ dẫn đến một áp xe thực sự ở trung bì và hạ bì của da.

Một thể viêm nang lông sâu đặc biệt gọi là Sycosis do tụ cầu vàng gây nên. Tiến triển dai dẳng, mạn tính ở các vùng nhiều lông như: Tóc, râu, lông nách, lông sinh dục. Đối tượng chủ yếu là người lớn, nam giới bị mắc bệnh nhiều hơn nữ giới.

3.3. Điều trị viêm nang lông

3.3.1. Thể viêm nang lông nông:

Chấm cồn Iod 1- 3% hoặc chấm dung dịch Betadin hoặc dung dịch Castellani, dung dịch Milian, Eosin.

Làm sạch tổn thương bằng nước muối sinh lý 0,9% hoặc dung dịch thuốc tím 1/1000 và các loại nước lá có tanin như: Nước lá bàng hoặc nước chè xanh.

3.3.2. Thể viêm nang lông sâu:

Điều trị vùng tổn thương hàng ngày đắp dung dịch thuốc tím 1.10.000.

Làm bong bết vảy sau đó chấm dung dịch Betadin 5 – 10% hoặc dung dịch Castellani, dung dịch Milian, Eosin. Khi tổn thương khô bôi thuốc mỡ kháng sinh như: Neomycin, Gentamycin, Tetracyclin, Phoban hoặc Phobancor, kem Cymicin.

Trường hợp nặng có thể điều trị tại chỗ kết hợp với điều trị toàn thân bằng các loại kháng sinh như: Lincomycin, Gentamycin, Bristopen hoặc Ciprocín, Cephalosporin kết hợp với kháng Histamin và các loại Vitamin.

4. Phòng bệnh chốc và viêm nang lông

- Giữ vệ sinh da sạch sẽ, tránh chấn thương da.
- Tiêm vaccin tụ cầu.
- Cần ăn uống đầy đủ, đặc biệt nhiều rau xanh, hoa quả tươi, tránh ăn nhiều chất béo, chất ngọt.

GHI NHỚ:

- Triệu chứng lâm sàng và điều trị bệnh chốc.
- Triệu chứng và điều trị viêm nang lông.

LƯỢNG GIÁ: Chọn câu trả lời đúng cho các câu sau:

Câu 1: Viêm da nhiễm khuẩn là tình trạng viêm cấp tính của da thường do các ký sinh trên da như tụ cầu, liên cầu gây ra khi có các yếu tố thuận lợi với các đặc điểm: sưng, nóng, đỏ, đau vùng da bị tổn thương.

- A. vi khuẩn
- B. virus
- C. ký sinh trùng

Câu 2: Chốc là bệnh nhiễm khuẩn gây nên do tụ cầu hoặc liên cầu?

A. Đúng

B. Sai

Câu 3: Trong bệnh chốc, người ta có thể quan sát tổn thương nào sau đây

A. Mảng đỏ da có vảy.

B. Các cục.

C. Mụn nước, bọt nước hóa mủ nhanh.

D. Dày da.

E. Lichen hóa.

Câu 4: Bệnh viêm da mủ do tụ cầu vàng thường gây tổn thương rải rác ở nang lông hoặc tập trung thành cụm?

A. Đúng

B. Sai

Câu 5: Viêm da mủ do tụ cầu khuẩn gồm có viêm nang lông nông và viêm nang lông sâu.

A. Đúng

B. Sai

BÀI 4: BỆNH CHÀM (ECZEMA)

(1 giờ)

GIỚI THIỆU: Bệnh chàm là một bệnh da rất hay gặp. Bệnh xuất hiện ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất là trẻ em dưới 2 tuổi. Tiến triển của bệnh rất dai dẳng và có thể kéo dài tới tuổi trưởng thành. Hình ảnh lâm sàng của bệnh chàm thay đổi theo từng giai đoạn bệnh, từng thời kỳ, lứa tuổi. Bài này cung cấp kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng và điều trị bệnh chàm.

MỤC TIÊU: *Sau khi học xong bài học này sinh viên phải:*

- Trình bày được triệu chứng lâm sàng của bệnh chàm.
- Trình bày được điều trị bệnh chàm.

NỘI DUNG CHÍNH:

1. Đại cương

Bệnh chàm là một trong những bệnh da phổ biến, có thể tiên phát hoặc thứ phát, chiếm khoảng 15-20% so với bệnh ngoài da đến khám và điều trị tại phòng khám da liễu. Bệnh ngày một tăng, nhất là trong giai đoạn hiện nay nền công nghiệp nước ta đang phát triển, cùng với đó là việc sử dụng hóa chất ngày càng nhiều trong công nghiệp, nông nghiệp và trong sinh hoạt.

Bệnh chàm là một hiện tượng viêm bì, thượng bì, nguyên nhân phức tạp, thường phát sinh do một quá trình phản ứng của da trên một cơ địa đặc biệt dễ phản ứng với dị nguyên ở trong và ngoài cơ thể với biểu hiện lâm sàng đa dạng tiến triển dai dẳng hay tái phát.

2. Nguyên nhân:

Bệnh chàm thường phát sinh do 2 yếu tố cơ địa và phản ứng với dị nguyên.

2.1. Yếu tố cơ địa: Bệnh chàm thường gặp ở những người có cơ địa đặc biệt dễ nhạy cảm với các dị nguyên.

Ví dụ: Có những người có cơ địa hay cảm với cao su, với lông vũ, với sơn tay “sơn ăn tùy mặt v.v.”

2.2. Phản ứng với kháng nguyên, dị nguyên gồm: Các yếu tố từ bên ngoài hoặc trong cơ thể.

- Yếu tố từ bên ngoài như: Hóa chất, ánh sáng, nước, xà phòng, thực phẩm cây cỏ, thuốc men.

- Yếu tố từ bên trong như: Bệnh ở gan, bệnh giun sán, các ổ nhiễm khuẩn kinh điển ở đường tiêu hóa và tai mũi họng v.v.

3. Triệu chứng lâm sàng

* **Tổn thương cơ bản:** Là mụn nước tiến triển qua 5 giai đoạn.

3.1. Giai đoạn tấy đỏ:

Do đổ hơi gợn ngứa và có thể phù nề.

2.2. Giai đoạn mụn nước:

Trên nền hồng ban, bài giờ hoặc vài ngày sau sẽ xuất hiện những mụn nước nông, nhỏ sắp xếp thành mảng, mụn nước rất ngứa.

2.3. Giai đoạn chảy nước:

Các mụn nước có thể dập vỡ tự nhiên hoặc do gãi mà vỡ làm rỉ nước vàng, ở chỗ mụn nước trọt ra, nước liên tục đùn lên gọi là giềng chàm.

2.4. Giai đoạn da nhẵn:

Khi nước bớt chảy tổn thương đóng vảy tiết, vảy tiết khô rồi bong để lại một nền da nhẵn, bóng, mỏng, màu đỏ tím như vỏ hành.

2.5. Giai đoạn bong vảy và thành lập lớp da mới:

Lớp da nhẵn tồn tại không được bao lâu, nó tự rạn nứt và bong thành từng mảng dày, hoặc vụn như cám để thành lập da mới trường hợp bệnh dai dẳng lâu ngày trên 2 tháng với nhiều đợt mụn nước bệnh sẽ thành mạn tính, da dày thâm.

*** Triệu chứng cơ năng:** người bệnh ngứa dữ dội, ngứa thành từng cơn hoặc ngứa liên tục.

4. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm tìm dị nguyên:

- Test áp bì.
- Phản ứng kết tủa trên thạch.
- Các xét nghiệm miễn dịch.
- Tăng IgE toàn phần.
- Tăng số lượng lympho B
- Công thức máu: Bạch cầu ái toan tăng cao.

5. Phân loại:

5.1. Phân loại theo giai đoạn của bệnh:

- * Chàm cấp: Ngoài mụn nước còn có phù nề, tẩy đỏ, chảy nước nhiều.
- * Chàm bán cấp: Da hết phù nề, còn tẩy đỏ, còn chảy nước nhưng đã giảm nhiều, có nhiều chỗ đã đóng vảy tiết.
- * Chàm mạn tính: Thời gian trên 2 tháng tổn thương hết phù nề, hết tẩy đỏ, da bắt đầu dày dần, thâm nhiễm. thỉnh thoảng có những đợt nước nổi lên (đợt cấp ở chàm mạn).

5.2. Phân loại theo căn nguyên:

- * Chàm vi trùng: Do tác dụng của vi trùng, tổn thương, giới hạn rõ, đôi khi có phản ứng thứ phát do phản ứng với thuốc bôi, thuốc đắp.
- * Chàm thể tạng: Bệnh từ bé, hay tái phát, tiến triển có tính chất chu kỳ hàng tháng (tuần trăng). Thường đối xứng hai bên cơ thể.