**BỆNH NẤM DA DERMATOPHYTE**

**1. ĐẠI CƯƠNG:**

Ở cơ thể người các loài vi nấm này chỉ có thể nhiễm, sống và gây bệnh ở lớp sừng của da, lông và móng ( không sống và gây bệnh được ở miệng và âm đạo là nơi thiếu lớp sừng).

**2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH:**

Nấm da do Dermatophytes thường do các giống nấm:

Microsporum (1 loài)

Trichophyton (23 loài)

Epidermophyton (18 loài)

Nguồn gốc: người, súc vật, đất.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Dịch Tễ Học**

Sự lây nhiễm bệnh do tiếp xúc với các vảy da có mang bào tử nấm từ người bệnh, đặc biệt trong môi trường sống tập thể thiếu vệ sinh và khí hậu nóng ẩm.

**3.2 Lâm Sàng:**

Nấm da Dermatophyte có thể biểu hiện ở các dạng bệnh chủ yếu sau:

**3.2.1 Nấm Da Vùng Thân ( Tinea Corporis)**

- Có hai dạng lâm sàng:

+ Dạng mảng tròn cổ điển: sang thương phẳng với mụn nước tróc vảy, bờ nổi gồ lan dần theo hướng ly tâm, dần dần có thể có các sẩn đỏ hoặc mụn nước. Vùng trung tâm chuyển màu nâu hoặc giảm sắc tố và ít vảy. Tổn thương có thể lan rộng, ngứa ít hoặc không triệu chứng.

+ Dạng tổn thương viêm sâu: tổn thương hình tròn, bộc phát dữ dội với bề mặt gồ lên và có mụn mủ, lầy, đỏ. Có thể kèm mụn mủ nang lông do sự xâm nhập của nấm vào sâu. Thường có bội nhiễm vi khuẩn, thường do tụ cầu vàng. Khi lành có tăng sắc tố màu nâu hoặc để sẹo.

**3.2.2 Nấm Bẹn ( Tinea Cruris)**

- Tổn thương thường đối xứng, bắt đầu ở nếp bẹn, là mảng có hình bán nguyệt với rìa tương đối ngoằn ngoèo tróc vảy giới hạn rõ, thỉnh thoảng có dãy mụn nước ở rìa tiến triển ly tâm từ nếp bẹn hướng ra đùi. Da bên trong vùng tổn thương chuyển màu đỏ nâu, ít vảy, và có thể nổi sẩn.

**3.2.3 Nấm Da Bàn Tay (Tinea Manuum)**

Bệnh âm thầm và tiến triển chậm trong nhiều tuần, tháng, năm.

- Ngứa vừa phải, ngứa nhẹ hoặc không ngứa.

- Nấm da mu bàn tay điển hình có rìa nhô cao, đỏ và có vảy, có thể có sẩn và mụn nước ở rìa và trung tâm.

- Nấm da lòng bàn tay có cùng biểu hiện khô da, tăng sừng lan tỏa như nấm da lòng bàn chân và thường đi kèm với nấm lòng bàn chân. Thường gặp có tổn thương ở một bàn tay kèm hai bàn chân hoặc hai bàn tay kèm một bàn chân.

- Bệnh dễ bị bỏ qua do nhầm tưởng triệu chứng da khô, dày, tróc vảy là do lao động nặng.

Nấm móng có thể đi kèm cùng nấm da bàn tay.

**3.2.4 Nấm Da Bàn Chân ( Tinea Pedis)**

- Thường gặp ở tuổi thanh niên và trung niên, nam hay gặp hơn nữ, hiếm thấy trước tuổi dậy thì.

- Việc mang giày bít kín thuận lợi cho nấm phát triển. Sàn phòng thay đồ, phòng tắm công cộng là những nơi tạo sự phơi nhiễm với nấm đáng chú ý.

- Nấm da bàn chân thể hiện ở ba dạng cổ điển:

+ Nấm kẽ ngón: Thường gặp ở kẻ ngón chân 4-5. Da kẽ ngón bị khô, tróc vảy, nứt nẻ hoặc trắng bợt, ẩm ướt và sưng mọng.

+ Dạng nấm da tróc vảy mạn tính ở bàn chân:

Lòng bàn chân dày sừng và bao phủ vảy mịn màu trắng bạc; da đỏ hồng, nhạy đau và có thể có kèm ngứa.

Có thể nhiễm nấm cả ở bàn tay đồng thời.

Thường gặp tổn thương nấm da ở một bàn tay kèm hai bàn chân hoặc hai bàn tay kèm một bàn chân.

+ Nấm da bàn chân cấp tính có mụn nước:

Các mụn nước tiến triển nhanh ở lòng bàn chân và mu chân, có khi tập hợp thành bóng nước không vỡ do nằm dưới lớp da dày của lòng bàn chân.

Thường có bội nhiễm vi khuẩn.

Có thể có nấm móng chân phối hợp.

Tìm nấm trực tiếp với dung dịch KOH từ vùng da ẩm ướt ở kẽ ngón là khó. Vì vậy cấy tìm nấm rất hữu ích trong trường hợp này.

**3.2.5 Nấm Vùng Da Đầu (Tinea Capitis)**

Bệnh thường gặp nhất ở trẻ em, do tiếp xúc mật thiết với người bệnh, thường ở chung nhà.

Bào tử nấm phát tán vào không khí, lưu lại lâu dài ở lược chải tóc, bàn chải, mền, điện thoại bàn. Nhiễm Microsporum canis từ vật nuôi (đặc biệt là mèo)

Có 4 dạng lâm sàng ;

- Nấm da đầu dạng viêm da tiết bã (thường gặp nhất): có vảy dính chặt ở da đầu lan toả hoặc loang lổ, mịn, trắng. Thường có viêm hạch

- Nấm da đầu dạng viêm (Kerion): một hoặc vài vùng da rụng tóc có mủ với viêm lầy, nhạy đau, khi lành có thể để lại sẹo. Có thể có sốt, hạch vùng chẩm, tăng bạch cầu.

- Nấm da đầu dạng “chấm đen”: có những vùng rụng tóc rộng với da không viêm. Da đầu tróc vảy ít hoặc trung bình, có thể có hạch chẩm. Do các bào tử nhân đôi làm yếu và gãy tóc sát da đầu làm xuất hiện các chấm đen.

- Nấm da đầu dạng có mủ: có những vùng có mủ hoặc vảy ở bề mặt.

**3.3 Cận Lâm Sàng**

- Cạo da tìm nấm trực tiếp với dung dịch KOH

- Cấy tìm nấm nếu việc xét nghiệm trực tiếp không xác định được.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1 Nguyên Tắc Điều Trị**

- Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, tránh lây lan.

- Điều trị đúng phác đồ, đủ liệu trình, đủ liều và liên tục.

- Áp dụng các biện pháp khử mầm bệnh trong áo quần và đồ dùng vào cuối đợt điều trị; điều trị đồng loạt nếu trong tập thể sống chung có lan tràn bệnh.

**4.2 Điều Trị Cụ Thể:**

- Khuyến cáo không dùng các dạng kem bôi có thành phần phối hợp kháng nấm/corticosteroid do tác dụng trị liệu rất kém và gây biến chứng teo da.

- Giữ khô da các vùng có nếp kẽ có tác dụng hạn chế tái phát.

**4.2.1. Kháng Nấm Dùng Tại Chỗ:**nên bôi hai lần mỗi ngày trong tối thiểu hai tuần. Tiếp tục dùng thêm một tuần sau khi sang thương biến mất:

- Imidazoles (clotrimazole, miconazole, ketoconazole, econazole, oxiconazole, sulconazole, sertaconazole).

- Allylamines (naftifine, terbinaílne).

- Naphthionates (tolnaítate).

- Substituted pyridine (ciclopirox olamine)

**4.2.2. Kháng Nấm Dùng Đường Toàn Thân:**

Nấm ben:

- Itraconazole 200mg/ ngày x 1-2 tuần

- Terbinaíine 250mg/ngày x 2 tuần

- Fluconazole 150mg tuần 1 viên x 2-4 tuần Nấm da vùng thân và măt:

- Griseoíulvin 5-7mg/kg/ngày trong 2-6 tuần.

- Itraconazole 200mg/ ngày x 2 tuần

- Terbinaíine 250mg/ ngày x 2 tuần

- Fluconazole 150 mg 1 lần mỗi tuần trong 3 đến 4 tuần Điều trị bằng kháng sinh đường uống khi có bội nhiễm vi khuẩn.

Khi có tổn thương viêm nặng có thể cho uống Prednisone liệu trình ngắn ngày để hạn chế sẹo.

**Nấm Da Bàn Tay-Bàn Chân:**

Kết hợp kháng nấm dạng uống và kháng nấm dạng bôi 2 lần mỗi ngày đối với trường hợp bệnh cấp tính và lan rộng:

- Người lớn: Griseofulvin 250mg 1-2 viên x 2 lần/ngày x 3-6 tuần.

**Thuốc Thay Thế:**

- Itraconazole 100 mg 2 viên x 1-2 lần/ngày x 1-2 tuần Hoặc :

- Terbinafine 250mg/ngày x 2-4 tuần Hoặc :

- Fluconazole 150mg tuần 1 lần trong 2-4 tuần.

Điều trị nhiễm nấm móng đi kèm đòi hỏi thời gian dài hơn.

Bội nhiễm vi khuẩn nên điều trị bằng kháng sinh uống, nếu cần nên cấy.

**Nấm Vùng Da Đầu:**

Cần điều trị đồng thời bằng cả đường uống và bôi tại chỗ:

- Griseofulvin 20-25 mg/kg/ngày (dung dịch tinh thể nhỏ) hoặc 15-20 mg/kg/ngày (viên nang tinh thể siêu nhỏ), chia làm 1-2 lần/ ngày x 6-8 tuần. Nên uống kèm thức ăn có chất béo như sữa toàn phần để tăng hấp thu.

Griseofulvin vốn luôn là lựa chọn hàng đầu, nhưng nhiều trẻ không dung nạp với liều cao và một số khác lại không đáp ứng.

Điều trị thêm 2 tuần sau khi tìm nấm trực tiếp hoặc cấy nấm âm tính.

- Terbinafine trong 4-6 tuần có thể là điều trị hiệu quả nhất:

<25 kg : 125 mg/ngày

25-35 kg : 187,5 mg/ngày > 35 kg : 250 mg/ngày

- Itraconazole 25-100 mg/ngày (2,5-5 mg/kg/ngày) x 6-8 tuần.

- Fluconazole 6-8mg/kg/ngày x 6-8 tuần. Liều đơn 150 mg mỗi tuần trong 4 tuần được áp dụng cho trẻ lớn hơn.

- Có thể ức chế phản ứng viêm của kerion bằng steroids bôi, uống hoặc trong tổn thương.

- Prednisone 1-2 mg/kg/ngày có thể đẩy nhanh sự phục hồi và ngăn việc tạo sẹo.

- Gội bằng các dầu gội làm giảm nguy cơ phóng thích bào tử và có tác dụng bảo vệ những người sống chung nhà. Dầu gội có thành phần selenium sulíide 1% hoặc ketoconazole 2% trong mỗi ngày ở 2 tuần đầu, rồi 2 lần mỗi tuần trong suốt thời gian còn lại của liệu trình uống kháng nấm.

- Các thành viên khác của gia đình cũng nên sử dụng dầu gội 2-3 lần/tuần.

Chú ý: Các kháng nấm dùng đường toàn thân không được chỉ định cho trẻ dưới 6 tuổi, riêng

Griseofulvin và Terbinafine vẫn được chỉ định cho trẻ trên 4 tuổi.

**4.3 Theo Dõi Trước, Trong Và Sau Điều Trị**

Tiêu chuẩn khỏi bệnh căn cứ trên tình trạng lâm sàng, xét nghiệm tìm nấm, và quan trọng nhất là

theo dõi sự tái phát để đánh giá.

**5. PHÒNG NGỪA**

Các biện pháp phòng ngừa nhằm giúp thời gian lành bệnh kéo dài, tránh tái phát và tái nhiễm:

- Áp dụng các biện pháp khử mầm bệnh trong áo quần và đồ dùng cá nhân (áo quần, giày vớ, khăn lau mặt và khăn tắm, chậu giặt...) bằng biện pháp nhiệt, bằng bột hay dung dịch kháng nấm.

- Không dùng chung chậu giặt, áo quần, khăn lau...

- Điều trị nguồn lây từ người bệnh và cả súc vật (thỏ, mèo .)

- Chống ẩm ướt, mặc đồ thoáng, không mang giày bít kín, giữ khô da các vùng nếp kẽ.