**BỆNH CHỐC (Impetigo)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chốc là một bệnh nhiễm khuẩn da rất phổ biến, đặc trưng bởi các thương tổn cơ bản là bọng nước nông, rải rác, nhanh chóng hoá mủ, dập vỡ đóng vảy tiết. Bệnh hay gặp ở trẻ nhỏ. Tuy nhiên, người lớn cũng có thể bị. Bệnh có thể gây các biến chứng tại chỗ và toàn thân nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời.

**II. NGUYÊN NHÂN**

- Do tụ cầu vàng, liên cầu hoặc phối hợp cả hai hoặc do các loại vi khuẩn khác.

- Yếu tố thuận lợi: tuổi nhỏ, thời tiết nóng ẩm, mùa hè, điều kiện vệ sinh kém hoặc có bệnh da phối hợp như: chấy rận, ghẻ, côn trùng cắn, viêm da cơ địa….

**III. CHẨN ĐOÁN**

**1. Chẩn đoán xác định**

**a. Lâm sàng**

+ Khởi phát là dát đỏ xung huyết, ấn kính hoặc căng da mất màu, kích thước 0,5-1cm đường kính; sau đó bọng nƣớc nhanh chóng phát triển trên dát đỏ.

+ Bọng nước kích thước 0,5-1cm đường kính, nhăn nheo, xung quanh có quầng đỏ viêm, hoá mủ nhanh sau vài giờ thành bọng mủ.

+ Bọng nước nhanh chóng dập vỡ, đóng vảy tiết màu vàng nâu hoặc nâu nhạt giống màu mật ong. Nếu cạy vảy sẽ thấy ở dưới là vết trợt nông màu đỏ, bề mặt ẩm ướt. Ở đầu, vảy tiết làm bết tóc.

+ Khoảng 7-10 ngày sau, vảy tiết bong đi để lại dát hồng, ẩm ướt, nhẵn, ít lâu sau lành hẳn, không để lại sẹo hoặc chỉ để lại dát tăng sắc tố.

+ Vị trí: tổn thương thường ở vùng da hở như tay, mặt, cổ, chi dưới; đặc biệt chốc ở đầu thường kèm theo chấy.

+ Tổn thương phối hợp khác như: viêm bờ mi, chốc mép hoặc viêm cầu thận nhất là ở trẻ em nhưng tiên lượng lành tính

+ Triệu chứng toàn thân: thường không sốt, đôi khi có hạch viêm do phản ứng.

+ Triệu chứng cơ năng: ngứa nhiều hoặc ít.

+ Tiến triển: các bọng nước lành sau 1-2 tuần, nhưng bệnh có thể dai dẳng do tự lây truyền, vệ sinh kém.

**b. Cận lâm sàng:**

+ Nhuộm Gram dịch hoặc mủ tại tổn thương thấy cầu khuẩn Gram dương xếp thành chuỗi hoặc từng đám, kèm theo là bạch cầu đa nhân trung tính.

+ Nuôi cấy dịch hoặc mủ xác định chủng gây bệnh và làm kháng sinh đồ giúp điều trị những trường hợp khó.

**2. Chẩn đoán phân biệt**:

**a. Nấm da**: rất dễ nhầm trong trường hợp chốc không có bọng nƣớc.

+ Tổn thương hình đa cung, có các mụn nước nhỏ và vảy da ở bờ

+ Ngứa nhiều.

+ Xét nghiệm nấm dương tính.

**Thuỷ đậu**: Do vi rút Varicella - Zoster gây nên.

+ Lây qua đường hô hấp và tiếp xúc trực tiếp với tổn thương.

+ Gặp ở trẻ trong độ tuổi học cấp 1, cấp 2, có thể gặp ở người lớn.

+ Có yếu tố dịch tễ, hay xảy ra vào mùa đông, xuân.

+ Thời kì lây bệnh: cả trước và sau khi có tổn thương da 4-5 ngày.

+ Thời gian ủ bệnh: 2 tuần.

+ Có triệu chứng viêm long: hắt hơi, sổ mũi, đỏ mắt, sốt nhẹ, mệt, nhức đầu.

+ Tổn thương cơ bản: các mụn nước và mụn mủ kích thước 1-3mm, tương đối đồng đều, trên nền da đỏ, xuất hiện đồng loạt ở mặt, thân mình, sau đó lõm giữa, có thể hoá mủ, đóng vảy tiết. Người bệnh có thể có ngứa, nhất là ở trẻ nhỏ. Tổn thương lành sau 1 tuần đến 10 ngày, không để lại sẹo trừ khi có bội nhiễm.

**b. Herpes simplex**: Bệnh hay gặp, do Herpes simplex vi rút (HSV) gây ra

+ Tổn thương là các mụn nước nhỏ chứa dịch trong, xếp thành chùm, khi vỡ tạo vết trợt nông, hình đa cung, đau rát.

+ Vị trí hay gặp ở vùng bán niêm mạc như môi (thường do HSV-1), sinh dục (thường do HSV-2).

**c. Hội chứng bong vảy da** do tụ cầu (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome)

+ Xảy ra chủ yếu ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ. Trước đây được gọi là bệnh Ritter (đỏ da bong vảy ở trẻ sơ sinh).

+ Rất hiếm gặp ở người lớn, nếu có thì thường ở người có suy giảm miễn dịch.

+ Do ngoại độc tố của tụ cầu vàng nhóm 2 phage type 71.

+ Biểu hiện: sốt, da đỏ và nhạy cảm xuất hiện từ cổ, nách, bẹn, sau vài giờ hoặc vài ngày, tổn thương lan rộng, bong vảy da lan toả thành mảng lớn. Dấu hiệu Nikolsky dương tính. Không có tổn thương ở bàn tay, bàn chân, niêm mạc.

+ Tổn thương nông, ngay dưới lớp hạt nên lành rất nhanh.

+ Nuôi cấy không phân lập được tụ cầu vàng tại tổn thương. Thường có tụ cầu ở mũi, họng, tai, kết mạc. Vì vậy, nên lấy bệnh phẩm ở niêm mạc vì tổn thương da là do ngoại độc tố của tụ cầu.

**c. Ở người lớn có thể chẩn đoán phân biệt với một số bệnh sau:**

+ Bệnh zona (Herpes Zoster): tổn thương là các mụn nước, bọng nước xếp thành đám, thành chùm phân bố dọc theo đường đi của dây thần kinh ngoại biên. Bệnh nhân đau rát nhiều, nhất là những người bệnh tuổi trên 65, nếu không điều trị sớm và thích hợp sẽ có nguy cơ đau sau Zona.

+ Pemphigus vulgaris (pemphigus thông thường): là bệnh tự miễn, xuất hiện đột ngột, gặp ở tuổi 40-60. Tổn thương cơ bản là bọng nước đơn dạng, nhăn nheo, trên nền da lành, dễ vỡ để lại vết trợt đỏ ướt, dấu hiệu Nikolsky dương tính, mùi hôi. Kèm theo có tổn thương niêm mạc miệng, mắt hoặc sinh dục

Mô bệnh học cho thấy: bọng nước nằm ở thượng bì, giữa lớp tế bào Malpighi.

Miễn dịch huỳnh quang có lắng đọng IgG và bổ thể C3 thành dải ở màng tế bào Malpighi.

+ Bệnh bọng nước dạng pemphigus (pemphigoid): là bệnh mạn tính, tự miễn, gặp chủ yếu ở tuổi trên 60. Tổn thương cơ bản có nhiều dạng khác nhau như bọng nước, mụn nước, sẩn mày đay…, nhưng hay gặp nhất là bọng nước căng trên nền da đỏ hoặc bình thường, kích thước lớn, thường phân bố ở mặt gấp của cơ thể, ngứa nhiều, dấu hiệu Nikolsky dương tính hoặc âm tính. Bọng nước khi lành thường không để lại sẹo.

Mô bệnh học: bọng nước ở dưới thượng bì, có thể ở dưới lớp tế bào sinh sản hoặc giữa màng đáy.

+ Viêm da dạng herpes của Duhring-Brocq: bệnh gặp ở tuổi 20-40. Tổn thương đa dạng, bọng nước, mụn nước, dát đỏ, sẩn phù. Bọng nước căng bóng, hình bán cầu, chứa dịch trong, khó vỡ, khó nhiễm trùng, xếp thành chùm, phân bố ở mặt duỗi của cơ thể. Tiến triển từng đợt, toàn trạng ít bị ảnh hưởng.

Mô bệnh học: bọng nước nằm dưới thượng bì, ở lớp lá trong của màng đáy (lamina lucida).

Miễn dịch huỳnh quang: lắng đọng IgA dạng hạt ở màng đáy (dermal-epidermal junction).

**IV. ĐIỀU TRỊ** :

**1. Nguyên tắc**

- Kết hợp thuốc điều trị tại chỗ và toàn thân.

- Chống ngứa: tránh tự lây truyền.

- Điều trị biến chứng nếu có.

**2. Điều trị cụ thể**

**a. Tại chỗ**:

+ Ngâm tắm ngày một lần bằng nước thuốc tím loãng 1/10.000 hoặc các dung dịch sát khuẩn khác như: Cloramin T (Na-p-toluen sulfon cloramid), dung dịch 1-2%, Halazon (acid p-dicloro sulfamidobenzoic): viên 4mg đủ sát khuẩn cho 1 lít nước

+ Bọng nước, bọng mủ: chấm dung dịch màu vào buổi sáng (milian, castellani, dung dịch eosin 2%...)

+ Trường hợp nhiều vảy tiết: đắp nước muối sinh lý 9‰, nước thuốc tím 1/10.000 hoặc dung dịch Jarish lên tổn thương, đắp liên tục đến khi bong hết vảy, rửa sạch mủ bên dưới (nếu có),sau đó bôi các dung dịch màu sát khuẩn (như trên), hoặc bôi mỡ kháng sinh như mỡ mupirocin hoặc kem axít fucidic, erythromycin, Baneocin…ngày hai đến ba lần.

**b. Toàn thân:**

b1. chỉ định dùng kháng sinh khi tổn thương da nhiều, lan tỏa hoặc điều trị tại chổ không đáp ứng sau vài ngày, dùng kháng sinh với liều lượng như sau:

+ Người lớn:

Cephalexin 250m gx 4 lần/ ngày, uống, TE: 25 mg/kg/ngày chia 4 lần, uống

Docloxacin 250m gx 4 lần/ ngày, uống , TE:12 mg/kg/ngày chia 4 lần, uống

Clindamycin 300-400mg x 3 lần/ ngày, uống,TE: 10-20mg/kg/ngày chia ba lần, uống

Amoxicillin/ clavulanic 875/125mg x2 lần/ ngày, uống, TE: 25 mg/kg/ngày chia hai lần, uống

Cefuroxime 500mg x 2 lần/ngày uống, TE: 15mg/kg chia 2 lần uống

Ciprofloxacin 500mg x lần/ngày uống.Không sử dụng cho trẻ em và phụ nữ có thai.

Nhóm Macrolid như Erythromycin… với liều từ 25-50 mg/kg/ngày tùy mức độ nhiễm khuẩn

Trường hợp do tụ cầu vàng kháng methicillin: Trimetroprim sulfamethoxaxol 30mg/kg/ngày, chia hai lần, uống 8-12mg/kg, chia 2 lần, uống hoặc Vancomycin 30 mg/kg/ngày, chia 4 lần (không dùng quá 2g/ngày), pha loãng truyền tĩnh mạch chậm 40mg/ngày chia 4 lần (cứ 6 giờ tiêm TM chậm hoặc truyền TM 10 mg/kg)

Thời gian dùng kháng sinh: 5-7 ngày. Sau đó tái khám để đánh giá kết quả điều trị.

- Nếu chốc kháng thuốc hoặc chốc loét phải điều trị theo kháng sinh đồ

- Nếu có biến chứng: chú trọng điều trị các biến chứng.

b.2. Kháng histamine tổng hợp nếu có ngứa.:

Thế hệ 1 như: chlorpheniramin…

Thế hệ 2 như: Cetirizin, Loratadin, Telfast….

b.3. Uống bổ sung các vitamin (nếu cần thiết: : vitamin C, vitamin 3B….

Nếu điều trị theo các phác đồ trên nhưng bệnh Chốc vẫn không thuyên giảm thì bệnh nhân cần nhập viện điều trị nội trú

**V. BIẾN CHỨNG**

**1. Tại chỗ:**

**a. Chàm hoá**: ngoài tổn thương của chốc còn xuất hiện thêm các tổn thương của chàm. Đó là các mụn nước tập trung thành từng đám, phân bố quanh tổn thương chốc hoặc rải rác khắp cơ thể, ngứa nhiều.

Khi điều trị cần phối hợp điều trị chàm: bôi dung dịch sát khuẩn (như: Milian, , dung dịch Castellani, dung dịch Eosin 2%...) bôi vùng mụn nước: sáng, trưa và chiều, sau rửa sạch.

**b. Chốc loét**:

+ Điều kiện thuận lợi: vệ sinh kém, tiểu đường, giảm bạch cầu, trẻ suy dinh dưỡng hoặc sau sởi do giảm sức đề kháng. -> cẩn cải thiện điều kiện vệ sinh, điều trị tiểu đường (nếu có), nâng cao thể trạng…

+ Lúc đầu là chốc thông thường, nếu không được điều trị bọng nước sẽ lan rộng, sau khi vỡ để lại vết loét sâu xuống trung bì với dấu hiệu “đục lỗ: punchedout” trên phủ vảy tiết màu vàng xám bẩn, bờ rắn, gờ cao, màu tím. Vị trí hay gặp ở chi dưới. Nếu không điều trị, loét có thể rộng trên 2-3cm. Tổn thương lâu lành, để lại sẹo xấu.Bệnh nhân cần nhập viện điều trị nội trú nếu điều trị ngoại trú không đáp ứng hoặc tiến triển nặng dần

**c. Viêm quầng**,: viêm mô bào: tổn thương cơ bản là mảng đỏ, phù nề, cứng, đau, giới hạn rõ, bờ nổi cao, có thể có bọng nước hoặc hoại tử. Bệnh nhân cần nhập viện điều trị nếu điều trị ngoại trú không đáp ứng hoặc tổn thương tiến triển nặng dần

**d. Toàn thân**

- Viêm đường hô hấp

- Nhiễm khuẩn huyết

- Viêm màng não

- Viêm cơ

- Viêm cầu thận cấp…: chiếm 2-5% các trường hợp chốc, chủ yếu ở trẻ dưới 6 tuổi nhưng tiên lượng tốt hơn ở người lớn. Thời gian trung bình từ lúc có bệnh chốc đến khi có biến chứng khoảng 2 - 3 tuần -> bệnh nhân cần nhập viện điều trị tại khoa Nội (với người lớn), khoa Nhi (với trẻ em) hoặc khoa Hồi sức cấp cứu đối với các bệnh nặng và cần theo dõi sát.

**VI. PHÕNG BỆNH**

- Chú ý phòng bệnh cho trẻ nhỏ, nhất là sau khi mắc bệnh do vi rút như sởi…

- Tắm rửa vệ sinh ngoài da, cắt tóc, cắt móng tay.

- Tránh ở lâu những nơi ẩm thấp, thiếu ánh sáng.

- Điều trị sớm và tích cực, tránh chà xát, gãi nhiều gây biến chứng.

- Xét nghiệm nước tiểu cho bệnh nhi vào tuần thứ 3 sau khi khởi phát bệnh để phát hiện biến chứng viêm cầu thận cấp.

- Tránh côn trùng đốt.