

NẤM DA (SUPERFICIAL FUNGAL INFECTION)

Bệnh vi nấm cạn do các vi nấm có khả năng xâm nhập, sinh sống trên da và niêm mạc gây nên, gồm có các loài:

- Dermatophytes
- *Candida* species
- *Malassezia* species

Nhiễm vi nấm cạn là bệnh da thường gặp, bệnh phát triển trong các điều kiện nóng, ẩm và vệ sinh kém.

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, bọc phát dữ dội với bề mặt gồ lên và có mụn mủ, lây, 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 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 kẽ ngón chân 4-5. Da kẽ ngón bị khô, tróc vảy, nứt nẻ hoặc trắng bọt, 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.

Tim nấm trực tiếp với dung dịch KOH từ vùng da ẩm ướt ở kẽ ngón là khó. Vì vậy cấy tim 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 mũ với viêm lây, 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 mũ**: có những vùng có mũ hoặc vảy ở bề mặt.

3.3 Cận lâm sàng

- Cao da tim nấm trực tiếp với dung dịch KOH
- Cấy tim 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 nấm 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, terbinafine).
- Naphthionates (tolnaftate).
- Substituted pyridine (ciclopirox olamine)

4.2.2. Kháng nấm dùng đường toàn thân:

Nấm ben:

- Itraconazole 200mg/ ngày x 1-2 tuần
- Terbinafine 250mg/ngày x 2 tuần
- Fluconazole 150mg tuần 1 viên x 2-4 tuần

Nấm da vùng thân và mặt:

- Griseofulvin 5-7mg/kg/ngày trong 2-6 tuần.
- Itraconazole 200mg/ ngày x 2 tuần
- Terbinafine 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:

Ket 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.

Bộ 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 sulfide 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, bột 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.

NẤM MÓNG (ONYCHOMYCOSIS)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Nấm móng là nhiễm nấm ở phần bản móng của ngón tay, ngón chân được gây bởi nhiều loài vi nấm khác nhau.

Khi đã nhiễm nấm, bệnh có xu hướng diễn biến mạn tính và âm thầm.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH:

Nhóm Dermatophyte là nguyên nhân chủ yếu gây tổn thương móng trong đó *Trichophyton rubrum* chiếm 71% và *Trichophyton mentagrophytes* chiếm 20%.

Aspergillus, *Cephalosporium*, *Fusarium* và *Scopulariopsis* chiếm 4% được coi là tạp nhiễm hoặc không gây bệnh, nhưng cũng có khả năng gây nhiễm nấm ở bản móng.

Nấm men, đại diện là *Candida albicans*, chiếm 5%

Nhiều tác nhân vi nấm có thể cùng hiện diện trên cùng một móng.

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

Chấn thương, đặc biệt do mang giày chật làm tăng việc nhiễm nấm

Làm việc trong môi trường ẩm ướt

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Dịch tễ học:

Tần suất gia tăng theo tuổi.

Bệnh chiếm tỷ lệ 15-20% ở lứa tuổi từ 40 đến 60.

Bệnh kéo dài mà không có thời gian tự thuyên giảm.

4.2. Lâm sàng:

Nấm móng có bốn dạng lâm sàng chính, các dạng này không đơn độc mà có thể cùng xảy ra hoặc ở bản móng kế cận.

Nấm móng có thể đồng thời với nấm da tay hoặc chân hoặc chỉ đơn độc.

Bản móng dày thành khối với các mảnh vỡ bên dưới gây khó chịu lúc mang giày vớ.

- **Nấm móng dưới móng xa (ngoại vi):** thường gặp nhất. Nấm xâm nhập phần xa của giường móng. Bản móng xa trở nên vàng hoặc trắng do tích tụ các mảnh vỡ tầng sừng làm cho móng dày lên và tách khỏi giường móng bên dưới.
- **Nấm móng bề ngoài trắng:** gây ra do sự xâm nhập bề mặt của bản móng. Bề mặt móng mềm, khô, giống bột phấn và dễ vỡ. Bản móng không dày và vẫn dính chặt vào giường móng
- **Nấm móng dưới móng gần:** vi nấm đi vào phần sau khu vực biểu bì của nếp móng và xâm nhập bản móng từ bên dưới. Bề mặt của bản móng vẫn còn nguyên vẹn. Các mảnh sừng vỡ làm tách móng.

- **Nấm móng Candida:** có thể tổn thương tất cả các móng tay. Bản móng trở nên dày và chuyển màu vàng hoặc nâu.

4.3. Chẩn đoán:

Xét nghiệm để loại trừ tất cả các bệnh khác có biểu hiện giống với nấm móng.

Để chẩn đoán nấm móng nên dựa vào xét nghiệm soi tìm nấm trực tiếp với dung dịch KOH.

Nếu chưa chắc chắn, việc chẩn đoán cần xác định bằng cấy tìm nấm hoặc gửi mẫu cắt bản móng đi nhuộm mô với Grocott's methenamine silver hoặc với phản ứng Periodic acid-schiff.

4.3 Cận lâm sàng

- Xét nghiệm với dung dịch KOH mảnh cắt của phần dưới móng hoặc bản móng để phát hiện nấm.
- Cấy để xác định loài nấm và kháng nấm đồ.
- Nên thử công thức máu toàn phần và chức năng gan trước điều trị và trong thời gian điều trị.

5. ĐIỀU TRỊ:

5.1 Tại chỗ:

- Các kháng nấm bôi tại chỗ chỉ có tác dụng ở vùng rìa. Sử dụng kéo dài kháng nấm bôi sau khi đã đáp ứng với kháng nấm dùng đường uống sẽ có tác dụng ngăn ngừa sự tái nhiễm nấm.

5.2 Toàn thân:

- Thuốc:

.Terbinafine 250 mg/ngày x 6 tuần đối với nấm móng tay và 12 tuần đối với nấm móng chân.

.Itraconazole 200 mg/ ngày x 6 tuần với nấm móng tay và 12 tuần với nấm móng chân. Có thể điều trị theo liều nhịp: mỗi nhịp gồm Itraconazole 200 mg x 2 lần/ ngày x 7 ngày, mỗi tháng dùng một nhịp (nấm móng tay dùng trong 2-3 nhịp, nấm móng chân dùng trong 3-4 nhịp)

.Fluconazole 300mg mỗi tuần 1 lần trong 6-9 tháng cho đến khi móng hồi phục bình thường.

-Theo dõi bệnh nhân sau 6 tuần và ở cuối đợt uống thuốc.

-Nếu có thể nên mở ổ móng ở mỗi lần đến thăm khám:

- Cắt móng bằng kim để lấy đi phần lớn các mảnh vỡ dày và cứng.

- Dùng dụng cụ lách dưới móng để tách phần móng bị bệnh và giường móng ở mức tối đa có thể.

+ Việc loại bỏ phần bản móng bị bệnh giúp tỷ lệ lành cao hơn và chậm tái phát hơn.

-Chú ý: Trong hầu hết trường hợp sự hồi phục sẽ chưa thấy rõ sau 12 tuần và cần dặn bệnh nhân nên bôi giữ thuốc tại bản móng trong nhiều tháng để tiếp tục tiêu diệt vi nấm.

6. THEO DÕI:

Tiền 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.

7. DIỄN BIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

Điều trị đường toàn thân cho tỷ lệ hiệu quả từ 50% đến hơn 80%, với tỷ lệ tái phát khoảng 15-20% trong một năm.

BỆNH LANG BEN (TINEA VERSICOLOR)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Là bệnh nấm da thường gặp, gây ra bởi vi nấm *Pityrosporum orbiculare* (*Malassezia furfur*), là một thành phần của quần thể vi sinh vật của da bình thường. Bệnh dễ lây, nhất là với người có da nhờn. Khí hậu nóng và ẩm làm da dễ nhiễm bệnh.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ

Bệnh thường gặp ở độ tuổi tuyến bã nhờn hoạt động mạnh (thanh thiếu niên), giảm hoặc biến mất khi lớn tuổi.

Bệnh đặc biệt hay gặp ở vùng khí hậu nhiệt đới và bán nhiệt đới.

Có thể gây ngứa nhất là khi ra nhiều mồ hôi, nhưng thường không có triệu chứng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng:

Nhiều sẩn vảy trắng, tròn, nhỏ ở nửa trên thân mình. Có thể lan đến phần trên cánh tay, cổ, và bụng.

Tồn thương ở mặt thường gặp ở trẻ em và người da đen.

Vảy bột có thể không thấy rõ lúc khám nhưng sẽ dễ thấy khi cạo nhẹ bằng lưỡi dao mổ số 15.

Tổn thương gây giảm sắc tố ở người da nâu và có màu hồng hoặc nâu vàng ở người có màu da khác. Màu sắc thay đổi đồng bộ trên mỗi bệnh nhân, nhưng rất khác nhau giữa các trường hợp bệnh.

Tổn thương có thể kín đáo ở người da sáng màu trong mùa lạnh.

3.2 Cận lâm sàng:

Soi trực tiếp vảy da với dung dịch KOH thấy nhiều sợi nấm có xu hướng vỡ thành các mảnh hình que ngắn trộn lẫn với cụm bào tử hình chùm nho, cho hình ảnh gọi là “thịt trong mỹ” (spaghetti and meatballs).

Soi đèn Wood thấy các vùng giảm sắc tố do nhiễm nấm và phát huỳnh quang màu xanh lá cây nhạt.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Tại chỗ:

Được chỉ định để giới hạn bệnh:

- BSI thoa ngày 2 lần trong 2 tuần.
- Selenium sulfide lotion 2,5% toàn bộ bề mặt da từ gáy xuống đến đùi, để 20 phút rồi tắm sạch. Mỗi ngày đắp một lần trong 7 ngày liền.
- Dầu gội có thành phần Ketoconazole 2% thoa lên da ướt, để bột trong 5 phút rồi rửa sạch
- Xà bông Zinc pyrithione (ZNP bar) dùng để tắm, để bột trong 5 phút rồi rửa sạch.
- Các loại kem Miconazole, Clotrimazole, Econazole hoặc Ketoconazole thoa trong 2-4 tuần.

4.2 Toàn thân: áp dụng cho các bệnh nhân có vùng tổn thương rộng, không đáp ứng với thuốc bôi hoặc hay tái phát.

Itraconazole 200mg/ngày x 5 ngày.

Ketoconazole 200mg ngày x 5 ngày. Cần chú ý kiểm tra chức năng gan trước khi điều trị. Thận trọng cân nhắc giữa lợi ích - nguy cơ khi sử dụng Ketoconazole đường uống, nhất là bệnh nhân có tiền sử bệnh gan.

Fluconazole 150 mg (2 viên nang/ tuần x 2 tuần).

Terbinafine uống không có tác dụng đối với *Pityrosporum orbiculare*.

5. DIỄN BIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

Các loại thuốc bôi và uống sẽ loại trừ vi nấm, nhưng sự giảm bệnh thường chỉ tạm thời và thường dễ tái phát (40-60%)

Giảm sắc tố sẽ tồn tại trong nhiều tuần sau khi diệt hết nấm cùng với sự giảm vảy.

Phơi nắng giúp phục hồi sắc tố sau điều trị.

6. PHÒNG NGỪA

-Nên mặc áo quần thoáng, tắm rửa và thay áo quần mỗi ngày nhất là vào mùa nóng.

-Không dùng chung các đồ dùng cá nhân như khăn lau, quần áo...

BỆNH NẤM CANDIDA (CUTANEOUS CANDIDIASIS)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Là nhóm bệnh gây ra do *Candida albicans* hoặc các thành viên khác trong nhóm *Candida*. Các chủng vi nấm này ký sinh thường xuyên trên cơ thể, khi gặp điều kiện thuận lợi sẽ làm làm tổn thương da, móng, niêm mạc và đường tiêu hóa hoặc cũng có thể gây bệnh toàn thân. Bệnh dễ phát triển trong các điều kiện nóng, ẩm và vệ sinh kém.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH:

- *Candida albicans* chiếm 70-80%, là nguyên nhân phổ biến nhất của nhiễm *Candida* nông và toàn thân.

- Các chủng như *C.tropicalis*, *C.parapsilosis*, *C.guilliermondii*, *C.krusei*, *C.pseudotropicalis*, *C.lusitaniae*, *C. glabrata* gây bệnh với tỷ lệ thấp hơn.

3. YẾU TỐ NGUY CƠ:

- Yếu tố cơ học: chấn thương, ẩm ướt, béo phì

- Yếu tố dinh dưỡng: thiếu vitamine, thiếu sắt, suy dinh dưỡng

- Thay đổi sinh lý: tuổi già, có thai

- Bệnh toàn thân: tiểu đường, suy giảm miễn dịch, bệnh ác tính, dùng thuốc như glucocorticoid, ức chế miễn dịch, kháng sinh...

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Dịch tễ học

- Khoảng 20% người lớn khỏe mạnh có mang vi nấm ở vùng mũi-họng, tỷ lệ này tăng cao ở bệnh nhân nằm viện.
- 10% phụ nữ có *Candida* thường trú ở âm đạo.
- *Candida albicans* có thể hiện diện thoáng qua ở da nhưng không cư trú thường xuyên và hiếm khi tìm thấy trên da người khỏe mạnh .
- Khi gây viêm quy đầu *Candida* có thể lây truyền qua bạn tình.
- Tỷ lệ nhiễm không khác nhau giữa người già và trẻ.
- Bệnh thường gặp ở những người làm việc trong môi trường ẩm ướt kéo dài.

4.2 Lâm sàng

Các dạng biểu hiện lâm sàng chủ yếu:

- Hăm kẽ do *Candida*: ngứa, nhạy cảm, đau. Mụn mủ trên nền hồng ban gây các vết trầy xước có ranh giới khá rõ, nhiều vòng, ban đỏ, các sang thương mủ nhỏ bao quanh bên cạnh.
- Nấm *Candida* kẽ ngón: các mụn mủ bị xói mòn, loét nứt ở bề mặt thường ở kẽ ngón tay 3-4, kẽ các ngón chân. Bệnh có thể kết hợp với viêm khóe móng *Candida*.
- Viêm da tã lót: đỏ, phù với các sẩn, mụn mủ; trợt da, tróc vảy tạo hình ảnh như cổ áo lông ở bờ sang thương. Bệnh làm tăng nhạy cảm, gây khó chịu khi dính nước tiểu hoặc phân, khi thay tã. Thường gặp ở da vùng sinh dục và quanh hậu môn, mặt trong của đùi và mông.
- Nấm da *Candida*: ở vùng quần áo ẩm ướt, vùng lưng bệnh nhân phải nằm dài ngày.
- Viêm nang lông *Candida*: các mụn mủ nhỏ rời rạc ở lỗ nang lông. Thường ở da vùng kín.

4.3 Cận lâm sàng

- Tìm nấm trực tiếp: soi trực tiếp với dung dịch KOH, thấy hình ảnh tế bào hạt men và sợi tơ nấm già.
- Nuôi cấy: nhận dạng các loài *Candida*; tuy nhiên việc cấy ra *Candida* không xác định chẩn đoán nhiễm *Candida*. Kháng sinh đồ nên được làm trong các trường hợp tái phát. Cần phát hiện bội nhiễm vi khuẩn để xử lý.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1 Tại chỗ:

- Các loại kem bôi Castellanie, Nystatin, Clotrimazole, Miconazole, Ketoconazole, econazole, Sertaconazole, Oxiconazole bôi mỗi ngày 2 lần trong 10 ngày.

- Không nên dùng các dạng kem bôi có thành phần phối hợp kháng nấm/corticosteroid dù chúng cho đáp ứng ngay do tác dụng kháng viêm nhưng sẽ làm bệnh nặng hơn .

5.2 Toàn thân:

+ Nystatin (dịch treo, viên nén, viên nang) để diệt *Candida* đường ruột. Thuốc có thể tác dụng với sự tái phát ở vùng mang tã, vùng sinh dục. Viên 100.000 đơn vị, uống 4 lần/ngày

- Itraconazole dạng nang 100 mg, 100mg uống mỗi ngày hoặc hai lần / ngày trong 2 tuần

- Fluconazole dạng viên 150 mg/ ngày x 1-3 ngày

- Ketoconazole dạng viên nén 200 mg, 200mg uống mỗi ngày hoặc hai lần /ngày trong-2 tuần

- Amphotericine B đối với trường hợp bệnh nghiêm trọng.

6. DIỄN BIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

Bệnh dễ tái phát nếu chưa khắc phục một cách hiệu quả các yếu tố thuận lợi: tiểu đường, béo phì, tăng tiết mồ hôi, thời tiết nóng, ẩm ướt, đa bệnh nội tiết, sử dụng glucocorticoids kéo dài...

7. PHÒNG NGỪA

Giữ khô vùng kín, rửa bằng benzoyl peroxide bar và dùng bột imidazole.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Stephen M.Schieke, Amit Garg (2012). "Superficial fungal infection". In *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*, 8th edition. Mc Graw Hill (pp. 2277-2297).
- Roopal V.Kundu, Amit Garg (2012). "Yeast infections: Candidiasis, Tinea (Pityriasis) Versicolor, and Malassezia (Pityrosporum) Folliculitis". In *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*, 8th edition, Mc Graw Hill (pp. 2298-2311).