

VIÊM QUẩNG VÀ VIÊM MÔ TẾ BÀO (ERYSIPELAS AND CELLULITIS)

1. ĐẠI CƯƠNG (ĐỊNH NGHĨA)

Viêm quẩng là nhiễm trùng của lớp bì nông và mạch bạch huyết nông

Viêm mô tế bào là tình trạng nhiễm trùng ở lớp bì sâu và mô dưới da hầu hết do *Str. Pyogenes* hay *S. aureus*

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Viêm quẩng thường do streptococcus nhóm A tan huyết β (rất hiếm gặp nhóm C và nhóm G) và ít khi có liên quan đến *S. aureus*.

Viêm mô tế bào: streptococcus nhóm A tan huyết β và *S. aureus* là những tác nhân thường gặp. Nhiễm trùng ở cấn sâu và cơ do vi khuẩn kỵ khí kết hợp với các tác nhân Gr(-) và Gr(-), bao gồm cả *Clostridia*. Ở những cơ địa suy giảm miễn dịch, có thể gặp những tác nhân hội sinh, nấm, và ký sinh trùng.

3. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Lạm dụng thuốc và rượu, ung thư và đang hóa trị liệu ung thư, bệnh lý bạch huyết mãn tính, xơ gan tiểu đường, hội chứng thận hư, suy giảm miễn dịch, giảm bạch cầu, suy dinh dưỡng, suy thận, xơ cứng động mạch hệ thống.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Dịch tễ học

Mọi lứa tuổi.

Viêm mô tế bào thường gặp ở tuổi trung niên và người già, viêm quẩng thường gặp ở trẻ em và người già.

4.2. Lâm sàng

- Viêm quẩng: thường bị trên mặt hay ở chi dưới, có dấu hiệu đau báo trước, hồng ban trên bề mặt, máng phù có ranh giới rõ với mô bình thường, và hồng ban có

màu đỏ tươi. Những đặc điểm này được mô tả là hình ảnh vỏ cam. Nếu có phù trước hay những bất thường về giải phẫu, bờ có thể không rõ ràng.

Sốt có thể báo trước các dấu hiệu tại chỗ, và thỉnh thoảng, trước khi xuất hiện tổn thương ở phần xa của chi dưới, bệnh nhân có đau bẹn do phi đại hạch vùng này. Viêm hạch và abscess rất hiếm. Thỉnh thoảng, khi tổn thương lan nhanh có thể hình thành bóng nước.

- Viêm mô tế bào: mặc dù cũng có những đặc điểm của viêm quầng nhưng bờ giữa vùng da bệnh và da bình thường không rõ ràng, thỉnh thoảng có mủ. Trong một số trường hợp, lớp thượng bì có thể hình thành bóng nước hay bị hoại tử. Có thể có triệu chứng toàn thân như sốt, lạnh run và mệt mỏi, viêm bạch mạch (=).

4.3. Cận lâm sàng

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng,

Nhuộm Gram và cấy vi khuẩn

Cấy máu trong những trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng huyết.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị trong hầu hết trường hợp là tiêu diệt *Streptococci* và *S. aureus*. Những trường hợp nhẹ, điều trị 10 ngày kháng sinh bao phủ vi khuẩn Gr(+).

5.2. Điều trị cụ thể:

- Tại chỗ: bất động và nâng cao chi bị bệnh, cũng như đắp ướt có thể thực hiện.

5.3. Các chọn lựa điều trị:

- **Viêm quầng:** trường hợp đơn giản, bệnh nhân ngoại trú

Penicillin V	500mg/6 giờ	
Dicloxacillin	500mg	4 lần/ngày
Amoxicillin – clavulanic acid	25mg/kg	3 lần/ngày
Nếu dị ứng penicillin, thay bằng macrolide hay clindamycine		
Clindamycine	15mg/kg/ngày	chia làm 3 lần

Erythromycine	250-500mg	4 lần/ngày
---------------	-----------	------------

- **Viêm mô tế bào**

- Với các trường hợp nhẹ, bệnh nhân ngoại trú

Cephalexin	250-500mg	4 lần/ngày
------------	-----------	------------

Dicloxacillin	500mg	4 lần/ngày
---------------	-------	------------

Lựa chọn thay thế

Clindamycine	15mg/kg/ngày chia làm 3 lần
--------------	-----------------------------

Azithromycin	500mg ngày đầu, 250mg trong 4 ngày tiếp theo
--------------	--

- Các trường hợp nặng, bệnh nhân nội trú

Ampicillin/sulbactam (Sulbactam)	25-50mg/kg/ngày chia làm 2 lần
----------------------------------	--------------------------------

Ticarcillin/clavulanate (Timentin)	3,1g tĩnh mạch mỗi 4-6 giờ
------------------------------------	----------------------------

Imipenem/cilastatin (Primaxin)	500mg tĩnh mạch mỗi 6-8 giờ
--------------------------------	-----------------------------

Meropenem	500mg tĩnh mạch mỗi 8 giờ
-----------	---------------------------

Cephalosporin tĩnh mạch	1g mỗi 8 giờ
-------------------------	--------------

- Các trường hợp kháng trị, nghi nhiễm tụ cầu kháng methicillin (MRSA)

Vancomycin	1g tĩnh mạch	2 lần/ngày
------------	--------------	------------

Linezolid	600mg	2 lần/ngày
-----------	-------	------------

5.4. Tiêu chuẩn nhập viện

Nhập viện xem xét ở những trường hợp nặng hay những bệnh nhân cần sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch.

6. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

Viêm mô tế bào, có hay không có hình thành abscess, có khuynh hướng lan vào mạch bạch huyết và máu và làm cho tình trạng trầm trọng nếu không được điều trị. Ở những bệnh nhân phù mãn tính, tiến trình bệnh có thể lan nhanh và hồi phục chậm, mặc dù có dẫn lưu và sử dụng kháng sinh.

Viêm quầng không biến chứng tự giới hạn ở hạch bạch huyết và mô dưới da. Ngay cả trước khi điều trị, bệnh cũng tự giảm trong 7-10 ngày.

Cả viêm quầng và viêm mô tế bào có khuynh hướng tái phát lại cùng vị trí, có thể là do hậu quả của tình trạng tắc nghẽn mạch bạch huyết mãn tính và phù dai dẳng

7. PHÒNG NGỪA (GIÁO DỤC SỨC KHỎE)

Với những bệnh nhân đã có những đợt viêm mô tế bào trước đó (đặc biệt là ở vị trí phù mạch bạch huyết mãn tính): mang vớ hỗ trợ, sát khuẩn da, kháng sinh phòng ngừa (penicillin G, dicloxacillin, hay erythromycin 500mg/ngày).

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Adam D. Lipworth, Arturo P. Saavedra, Arnold N. Weinberg, và Richard Allen Johnson (2012). In *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*, 8th edition. Mc Graw Hill, pp.2169-2178.
- Christian R Millett, Analisa V Halpern, Annette C Rebolian and Warren R Heymann (2012). *Dermatology*. Bologna 2nd edition. Elsevier Limited, section 12, chapter 74.