

VIÊM MÔ TẾ BÀO (L03.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Viêm mô tế bào là nhiễm trùng da và dưới da. Các vùng giải phẫu liên quan được chia làm hai vùng:

- Vùng mặt: miệng, quanh mắt, hốc mắt.
- Vùng không phải mặt: da đầu, cổ, thân và chi

2. Nguyên nhân

- Tác nhân thông thường là *Streptococcus pyogenes* và *S.aureus*
- *H. influenzae* (trẻ 3-5 tuổi, viêm mô tế bào mặt)
- *Escherichia coli* (trẻ hội chứng thận hư)
- *S.aureus*
- *Streptococcus A*
- *Streptococcus pneumonia*

II. LÂM SÀNG

- Đáp ứng viêm khu trú tại nơi nhiễm trùng: hồng ban, phù, ấm, đau, hạn chế cử động, bờ không rõ.
- Tiền sử: vết thương hoặc côn trùng cắn trước đó.
- Sốt: thường gặp khi tổn thương lan rộng hoặc khi có biểu hiện nhiễm trùng huyết.
- Hạch vùng thường lớn.
- Viêm mô tế bào kèm nhiễm trùng huyết: thường do *H.influenzae*, *Streptococcus pneumonia*, cấy máu: dương 90%.
- Viêm mô tế bào hiếm xảy ra ở trẻ suy giảm miễn dịch, trong những trường hợp này tác nhân thường gặp là *Pseudomonas aeruginosa*, trực khuẩn ruột gram âm, vi khuẩn kỵ khí.

III. CHẨN ĐOÁN

Hút dịch tại nơi viêm, sinh thiết da, cấy máu có thể tìm thấy tác nhân gây bệnh 25% trường hợp viêm mô tế bào.

IV. BIẾN CHỨNG

- Viêm khớp
- Viêm xương tủy
- Viêm màng não
- Viêm màng tim
- Viêm bao hoạt dịch

V. ĐIỀU TRỊ

- Tại chỗ
 - + Giảm triệu chứng tại chỗ: đắp với gạc ấm 10 - 20 phút, ngày 3 lần
 - + Bất động vùng da bị ảnh hưởng

- + Rạch và dẫn lưu ổ mủ
- **Toàn thân**
 - + Kháng sinh:
 - Dicloxacillin 50 mg/kg/ngày
 - Cephalexin 50 mg/kg/ngày
 - Amoxicillin - clavulanic acid 50 mg/kg/ngày
 - Trẻ không sốt, bạch cầu < 15.000: có thể điều trị ngoại trú với kháng sinh uống.
 - Trẻ sốt > 39°C và bạch cầu tăng > 15.000, nên nhập viện điều trị kháng sinh chích:
 - + Oxacillin 150 mg/kg/ngày, chia 4 lần
 - + Cephazolin 100 mg/kg/ngày, chia 3 lần
 - + Cefotaxim 200 mg/kg/ngày, chia 4 lần
 - + Ceftriaxon 100 mg/kg/ngày, 1 lần
 - + Thời gian điều trị: 7-10 ngày