

# CHẨN ĐOÁN - ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG DA VÀ MÔ MỀM

## 1. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

- Nhiễm trùng da và mô mềm là tình trạng viêm cấp tính của da và mô mềm thường do các vi khuẩn ký sinh trên da như tụ cầu, liên cầu,... gây ra khi có các yếu tố thuận lợi với các đặc điểm sưng nóng đỏ đau vùng da và phần mềm bị tổn thương.
- Phân loại theo hiệp hội bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ ( IDSA) gồm 5 loại:
  - Nhiễm trùng bề mặt da.
  - Nhiễm trùng đơn giản: chốc, viêm quầng, viêm mô tế bào.
  - Nhiễm trùng hoại tử
  - Nhiễm trùng liên quan đến vết cắn của thú vật.
  - Nhiễm trùng liên quan đến phẫu thuật và suy giảm miễn dịch

## 2. NGUYÊN NHÂN

### 2.1. Một số tác nhân gây bệnh theo cấu trúc da và mô mềm:

Cấu trúc giải phẫu	Loại nhiễm khuẩn	Tác nhân gây bệnh
Thương bì	Thủy đậu, sởi	Varicella zoster virus, measles virus
lớp keratin	Nấm da	Microsporum Epidermophyton Trichophyton
Biểu bì	Chốc, loét	Strep.pyogenes Staphylococcus.aureus
Hạ bì	Viêm quầng	Strep.pyogenes
Nang lông	Viêm nang lông, mụn nhọt	Staphylococcus.aureus
Tuyến bã	Mụn trứng cá	Propionibacterium acnes
Mô mỡ dưới da	Viêm mô tế bào	Liên cầu tan huyết nhóm $\beta$
Cân mạc	Viêm hoại tử cân mạc	S.pyogenes và vi khuẩn kỵ khí
Lớp cơ	Viêm cơ và hoại tử cơ	S.aureus và C.perfringens

### 2.2. Đường xâm nhập của vi khuẩn:

Nhiễm trùng thường theo sau một tổn thương da: vết thương da (dập, nứt, rách, đâm xuyên, côn trùng hay thú vật cắn,...), vết thương phẫu thuật (kim tiêm, vết mổ hay thủ thuật như thông tiểu, các vật liệu thay thế,) hoặc không phát hiện được tổn thương ban đầu.

Điều kiện thuận lợi tại chỗ là tình trạng hăm do ẩm ướt, nấm da, viêm tắc tĩnh mạch hay bạch huyết, loét tì đè, béo phì.

Điều kiện thuận lợi toàn thân là cơ địa dễ bị nhiễm khuẩn như đái tháo đường, nhiễm HIV, các bệnh lý tự miễn, bệnh ác tính, người già, tình trạng suy kiệt hoặc sử dụng kéo dài một số thuốc men như glucocorticoid, methotrexate, và các thuốc ức chế miễn dịch khác...

## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Lâm sàng

- Triệu chứng tại chỗ:
  - Nhẹ: nốt, mụn mủ, bóng nước, mảng hồng ban, sau đó đóng vảy, diễn tiến ly tâm.
  - Tổn thương sâu hơn (viêm mô tế bào, hoại tử mạc-cơ) sưng nóng đỏ đau, bề mặt da giống như vỏ cam, ranh giới giữa vùng da bệnh và lành không rõ.
  - Bóng nước, xuất huyết dạng điểm hoặc mảng, vỡ ra làm cho nhiễm trùng càng lan rộng và sâu hơn.

1. Hạch vùng da tổn thương có thể có hoặc không
2. Triệu chứng toàn thân: sốt lạnh run, mệt mỏi, xanh xao, gầy sút, chán ăn...
3. Dấu hiệu nặng:

Huyết áp tâm thu < 90mmHg

Mạch > 100 lần/phút hoặc < 60 lần/phút

Nhiệt độ > 39°C hoặc < 36.5°C

4. Phân độ: (Eron)

ĐỘ	DẤU HIỆU TOÀN THÂN	BỆNH KÈM
I	(-)	(-)
II	(+/-)	(+/-)
III	Dấu hiệu nhiễm độc và triệu chứng toàn thân (sốt, mạch nhanh, HA tụt, thở nhanh)	(+/-)
IV	H/C nhiễm trùng nhiễm độc nặng đe dọa tính mạng (Sốc, truy tim mạch, nhiễm toan, suy hô hấp,...)	(+/-)

### 3.2. Cận lâm sàng

- Tế bào máu ngoại vi: tăng số lượng bạch cầu, đặc biệt là bạch cầu đa nhân
- Tăng tốc độ lắng máu (VS)
- Tăng nồng độ protein C phản ứng huyết thanh (CRP)
- Cây máu định danh vi khuẩn: có thể dương tính
- Siêu âm, CT-scanner, MRI: có thể thấy hình ảnh viêm- apxe tổ chức dưới da và mô mềm, cơ. Ngoài ra MRI còn giúp chẩn đoán phân biệt giữa viêm xương tuỷ với hoại tử cơ do vi khuẩn kỵ khí.
- Vi trùng học: soi tươi, nuôi cấy, kháng sinh đồ của các loại bệnh phẩm như máu và dịch tiết hoặc mủ tại vị trí sang thương.

### 3.3. Chẩn đoán xác định

Tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán xác định là phân lập được vi khuẩn gây bệnh, nhưng trong thực tế chỉ có khoảng 5% trường hợp cấy máu cho kết quả (+), và 20-30% từ dịch vết thương.

Chẩn đoán thường được xác lập dựa trên bệnh cảnh lâm sàng với các dấu hiệu tại chỗ, toàn thân kết hợp với cận lâm sàng và hình ảnh học.

### 3.4. Chẩn đoán phân biệt

Ung thư di căn da

Viêm da cơ tự miễn

Tình trạng phù nề phần mềm cạnh khớp trong gout cấp.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị :

Loại bỏ tình trạng nhiễm trùng bằng kháng sinh phù hợp và chăm sóc vết thương.

Phòng ngừa tình trạng nhiễm trùng lan rộng.

#### 4.2. Kháng sinh

Kháng sinh nên điều trị ngay trước khi có kết quả kháng sinh đồ, có thể dựa trên phân độ Eron

- Độ I: kháng sinh đường uống : *dicloxacillin, erythromycin, cephalexin, augmentin, clindamycin*
- Độ II và độ III : kháng sinh đường toàn thân: *nafcillin* hoặc *oxacillin* ( 1-2g/4h/ngày); *clindamycin* (600mg/8h/ngày), *vancomycin* ( 30mg/kg chia 2 lần/ngày). MRSA : *vancomycin, linezolid, daptomycin*.
- Độ III-IV : phối hợp các kháng sinh, hoặc với *meropenem, ertapenem, imipenem*
- Đánh giá đáp ứng lâm sàng sau 48-72h, sau đó điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ.

#### 4.3. Điều trị hỗ trợ

- Giảm đau: paracetamol, codein, tramadol...
- Kháng viêm không steroid khi cần.
- Tại chỗ: thay băng hay chăm sóc vết thương, phẫu thuật cắt lọc hay dẫn lưu mủ khi cần.
- Toàn thân: nâng tổng trạng, điều chỉnh nước – điện giải, bù protein, albumin, huyết tương, máu khi cần.

#### 4.4. Theo dõi

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, các triệu chứng toàn thân, triệu chứng tại chỗ để phát hiện diễn biến chuyển độ nặng đòi hỏi thay đổi chiến thuật điều trị phù hợp và kịp thời.
- Theo dõi chức năng gan, thận và bilan viêm (tế bào máu ngoại vi, tốc độ lắng máu, CRP) thường xuyên.
- Thời gian điều trị tùy dạng lâm sàng, có thể kéo dài 4-6 tuần,
- Có thể chuyển sang kháng sinh đường uống khi lâm sàng ổn định sau 10-14 ngày. Điều kiện là phải phù hợp kháng sinh đồ và kiểm soát tốt tình trạng nhiễm trùng, các bệnh đi kèm ổn định.

## 5. SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ

