

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC DẠNG VIÊM MÔ TẾ BÀO

TS. Nguyễn Vĩnh Thống

Phần mở đầu

- Viêm mô bào được định nghĩa như là nhiễm trùng cấp tính của da liên quan đến hạ bì và mô dưới da.
- Chẩn đoán chính xác là yêu cầu thiết yếu để điều trị, nếu việc chẩn đoán chưa đúng dễ dẫn đến việc điều trị bằng kháng sinh quá mức hoặc có khi chưa đủ
- Kháng sinh Penicillin phổ hẹp nhắm vào liên cầu và tụ cầu là mục tiêu chính
- Phục hồi tự nhiên của viêm mô tế bào thường kéo dài. Sốt và viêm thường kéo dài 72 giờ đầu (3 ngày) khi điều trị. Việc điều trị bao gồm nâng cao chi và dùng kháng khuẩn phổ hẹp đồng thời với việc điều trị bệnh nền
- Một số trường hợp viêm mô tế bào biến chuyển nặng như viêm cân mạc hoại tử hoặc nhiễm trùng huyết cần phát hiện sớm để điều trị kịp thời

Vi khuẩn gây bệnh

- Một số vi khuẩn hiện diện tự nhiên trên da nhưng không gây hại. Tuy nhiên nếu chúng xâm nhập vào da có thể gây nhiễm trùng; vi khuẩn xâm nhập vào da qua vết cắt, vết sứt hoặc vết cắn
- Cầu khuẩn gram dương như *Streptococcus* spp và *Staphylococcus aureus* được cho là nguyên nhân chủ yếu của viêm mô tế bào
- Cấy máu dương tính <10% , còn nuôi cấy lấy mẫu từ vết thương thì âm tính 70%
- Liên cầu nhóm A có thể liên quan đến sự phát triển của viêm cân mạc hoại tử, mặc dù cũng có thể là do nhiễm trùng kết hợp với vi khuẩn Gram âm và kỵ khí, đặc biệt ở người cao tuổi và bị ức chế miễn dịch

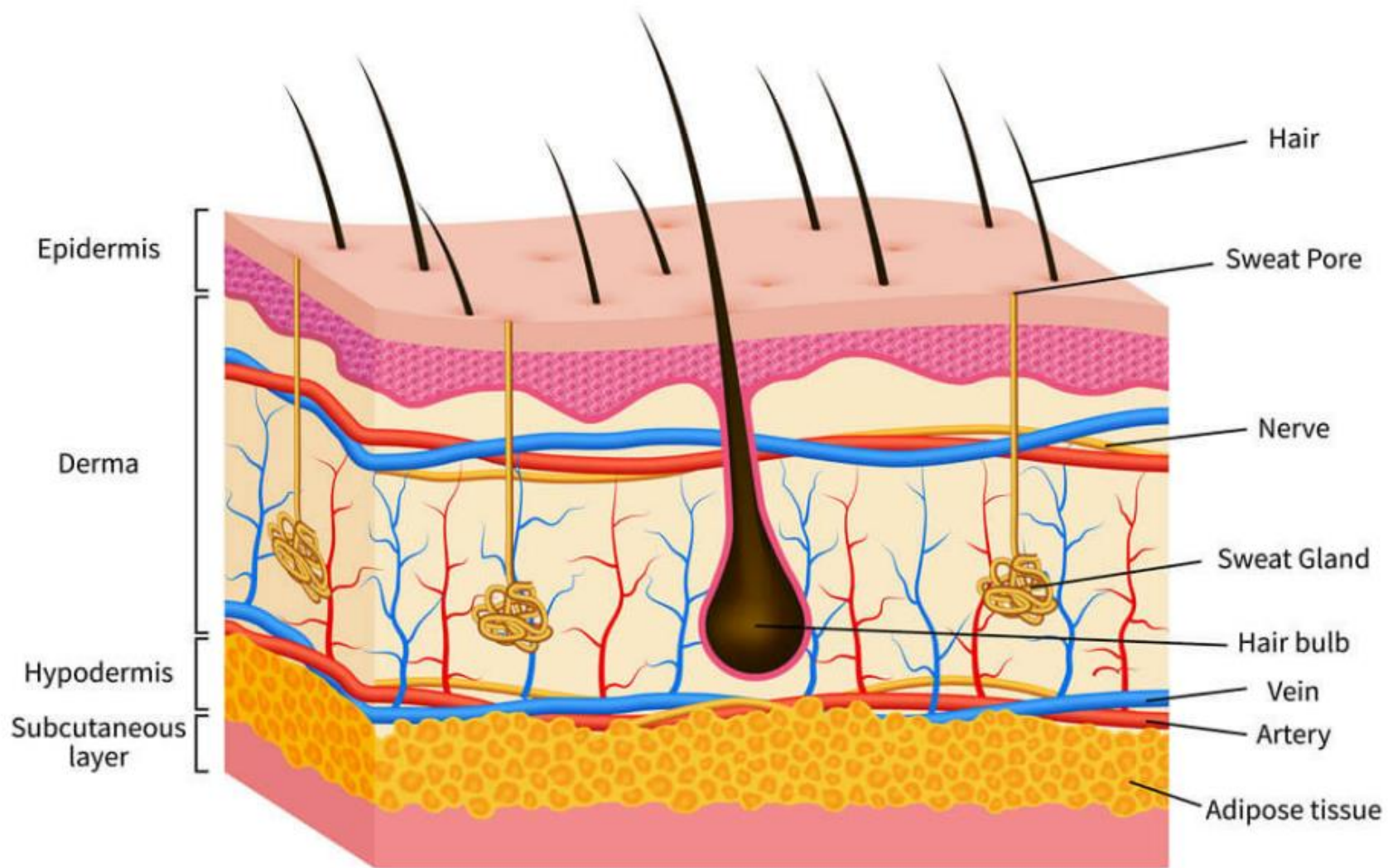
Dấu hiệu lâm sàng

- Mức độ nghiêm trọng của bệnh thay đổi
 - Từ ban đỏ khu trú ở bệnh nhân toàn trạng khỏe
 - Cho đến ban đỏ lan rộng nhanh chóng và nhiễm trùng huyết tối cấp cùng với viêm cân mạc hoại tử
- Đau không tương xứng với các dấu hiệu lâm sàng, đặc biệt, nếu bệnh tiến triển nhanh thì nên nghĩ ngay đến bệnh viêm cân mạc hoại tử
- Thời gian và diễn biến của các dấu hiệu phát hiện trên da có thể phân biệt viêm mô tế bào với một số bệnh da gần giống, tuy nhiên các bệnh này thường có diễn biến lâm sàng mãn tính hơn

Dấu hiệu lâm sàng (tiếp)

- Khám lâm sàng cẩn thận có thể phát hiện đường vào của vi khuẩn như vết loét, chấn thương, chàm hoặc nấm da
- Dấu hiệu phát ban ở 2 chân ở bệnh nhân không sốt cùng với các chỉ số viêm bình thường khi ấy chẩn đoán viêm mô bào cần được xem xét
- Trong các nghiên cứu cho thấy da bị rạn, phù bạch huyết, suy tĩnh mạch, nấm da và béo phì có liên quan đến tăng nguy cơ viêm mô tế bào chi dưới.

SKIN ANATOMY



Các dạng viêm mô bào

- Viêm mô bào có thể xảy ra mọi nơi trên cơ thể, ở người lớn thường thấy ở chân, còn trẻ em thường xuất hiện ở mặt và cổ. Một số vị trí hay gặp như:
 - Viêm mô bào quanh hốc mắt
 - Viêm mô bào vùng mặt, bao gồm quanh mắt, mũi và má
 - Viêm mô bào vùng vú
 - Viêm mô bào quanh hậu môn
 - Bệnh hoại thư Fournier nơi vùng tầng sinh môn, bìu và cơ quan sinh dục: là dạng viêm mô tế bào có viêm cân mạc hoại tử, xảy ra nhanh, nếu xử lý muộn có thể gây hoại tử các tổ chức như mạch máu, cơ và thần kinh của bộ phận sinh dục ngoài

Hình ảnh viêm mô bào



Figure 1: Fournier's Gangrene after Extensive Surgical Debridement



Các bệnh lý giống như viêm mô bào

- Các nghiên cứu cho thấy 30% viêm mô bào bị chẩn đoán nhầm
- Thường nhầm với chàm (eczema), lymphoedema và lipodermatosclerosis
- Trong những bệnh nhân được chẩn đoán nhầm, 85% không cần nhập viện và 92% được cho kháng sinh không cần thiết



Eczema



Lymphoedema



Erysipelas



Lipodermatosclerosis

Phân loại viêm mô tế bào

	Phân loại Eron/ Crest	Phân loại Dudee cải tiến
Nhóm I	Không có bệnh nền hoặc bệnh nền được kiểm soát tốt, toàn trạng khỏe	Không nhiễm trùng huyết, không bệnh lý SEWS<4
Nhóm II	Toàn trạng không tốt nhưng bệnh nền ổn (béo phì, bệnh mạch máu ngoại biên, suy van tĩnh mạch). Hoặc toàn trạng tốt nhưng bệnh nền kiểm soát không tốt	Có bệnh nền như béo phì, bệnh mạch máu ngoại biên, suy van tĩnh mạch, không nhiễm trùng huyết SEWS<4
Nhóm III	Phản ứng viêm toàn thân nặng, tình trạng tâm thần thay đổi, thở nhanh, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp. Bệnh nền không kiểm soát có thể làm việc điều trị khó khăn và nhiễm trùng nặng chi do tổn thương mạch máu	Nhiễm trùng huyết nhưng SEWS<4
Nhóm IV	Nhiễm trùng huyết và các biểu hiện đe dọa tính mạng như viêm cân mạc hoại tử cần phải xử trí khẩn cấp	Nhiễm trùng huyết và SEWS>4

SEWS: Standardised Early Warning Score

Điều trị

- Trường hợp nhiễm trùng da và mô mềm có áp xe, mụn nhọt hoặc nhọt chùm thì cần phải rạch tháo mủ và nuôi cấy và làm kháng sinh đồ
- Nhiễm trùng mô mềm và da không có mủ thì cần điều trị kháng sinh toàn thân.
 - Điều trị kháng sinh đường uống khi không có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân, không có bệnh nền,
 - Nhóm Dundee II có thể phù hợp điều trị kháng sinh đường uống hoặc có thể cho kháng sinh đường tĩnh mạch giai đoạn đầu và khi tình trạng nhiễm trùng ổn thì sau đó chuyển qua đường uống

Điều trị (tiếp)

- Trường hợp thuộc nhóm Dundee III và IV, và ngay cả nhóm Dundee I và II mà không đáp ứng kháng sinh đường uống thì phải sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch
- Trường hợp nhiễm trùng sâu hoặc nghi ngờ viêm cân mạc hoại tử thì cần hội chẩn để có điều trị phẫu thuật cắt lọc khẩn
- Dùng kháng sinh dựa vào kinh nghiệm và dựa vào kháng sinh đồ.

Điều trị (tiếp)

- Nhiễm trùng da mà không có dấu hiệu viêm nhiễm toàn thân thường do liên cầu khuẩn gam dương thì chỉ cần kháng sinh phổ hẹp như họ Penicilline.
- Trường hợp viêm nhiễm có dấu hiệu nặng thì khả năng cả liên cầu và tụ cầu vàng khi ấy cần dùng kháng sinh mạnh hơn như flucloxacillin.
- Viêm mô bào có triệu chứng thường kết hợp với huyết khối tĩnh mạch sâu nên cần thêm thuốc kháng đông như Heparin phân tử thấp (Lovenox)

Điều trị (tiếp)

- Những bệnh nhân có dấu hiệu nặng của viêm cân mạc hoại tử cần cho kháng sinh phổ rộng ngay từ đầu để điều trị tụ cầu, liên cầu khuẩn, vi khuẩn gram âm và thuốc chống lại sự sinh độc tố từ liên cầu khuẩn nhóm A như thuốc Clindamycin hoặc Linezolid
- Thời gian dùng kháng sinh kéo dài đến đến bao lâu? Tuy vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau, trường hợp không có biến chứng có thể dùng kháng sinh 1-2 tuần

Dùng kháng sinh theo kinh nghiệm

	Không dị ứng Penicilline	Dị ứng Penicilline không nặng	Dị ứng nặng Penicilline
Đường uống Khởi đầu	Flucloxacillin 0,5-1g 4 lần/ngày PO	cephalexin 500 mg 4 lần/ngày PO	Clarithromycin 500 mg bd PO or Doxycycline 100 mg 2 lần/ngày PO
Tĩnh mạch khởi đầu	Flucloxacillin 1-2g mỗi 6 giờ	Ceftriaxone 1-2 g OD	Clindamycin 600 mg – 1.2 g IV 4 lần/ngày or IV vancomycin

Biến chứng

Hầu hết bệnh nhân hồi phục sau viêm mô bào mà không gặp vấn đề gì, tuy nhiên một số biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra, bao gồm:

- Nhiễm trùng huyết
- Viêm xương
- Viêm khớp mũ
- Viêm nội tâm mạc
- Huyết khối tĩnh mạch
- Viêm cân mạc hoại tử

Minh họa hình ảnh lâm sàng

Viêm cân mạc hoại tử



Cắt lọc



Lên mô hạt tốt



Ghép da mỏng

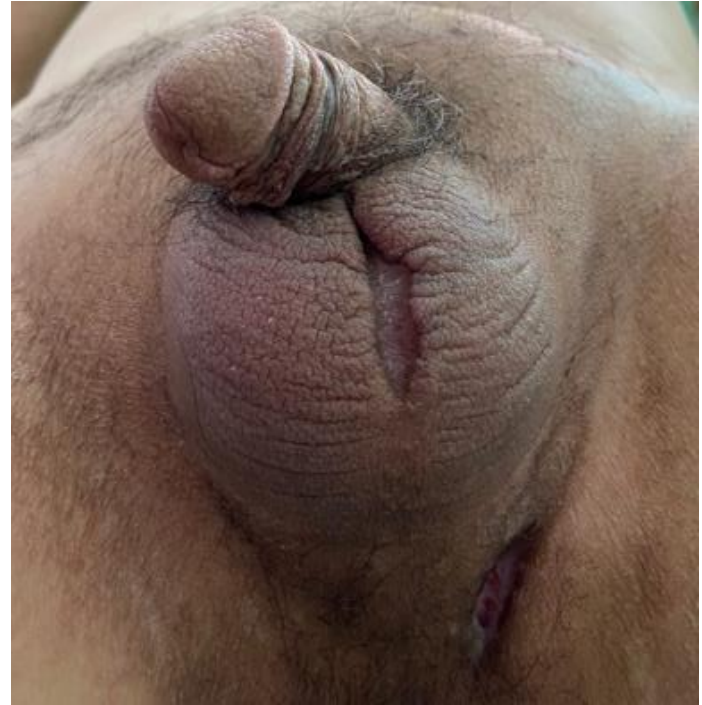
Trường hợp hoại thư Fournier (Fournier gangrene)



Bệnh được phát hiện sớm và cắt lọc kịp thời



Cắt lọc và dẫn lưu



Phục hồi tốt

Điều trị phòng ngừa

- Bệnh nhân có tiền sử viêm mô tế bào thường bị tái phát từ 8-20%, nhất là các tổn thương ở chi dưới
- Các bệnh nhân bị tái phát viêm mô bào cần được đánh giá các yếu tố gây nguy cơ như phù nề chi dưới, phù mạch bạch huyết, viêm da, viêm da nấm để tìm hướng giải quyết

Điều trị phòng ngừa (tiếp)


- Những bệnh nhân có 3-4 đợt viêm mô tế bào mỗi năm mặc dù đã giải quyết được các yếu tố gây bệnh có thể được xem xét điều trị kháng sinh dự phòng dài hạn
- Kháng sinh đường uống thông thường như Penicillin V hoặc phenoxymethylpenicillin cho thấy tỷ lệ tái phát trong nhóm điều trị giảm

Kết luận

- Nhiễm trùng da và mô mềm thường thấy trong cấp cứu. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp là *S. aureus*, *S. pyogenes*, hoặc β -hemolytic streptococci, và MRSA (methicillin-resistant *S. aureus*) hầu hết có khi có áp xe .
- Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng giúp xác định viêm mô bào hoặc áp xe. Điều trị viêm mô bào thường bao gồm penicillin hoặc cephalosporin, và áp xe được điều trị bằng cách rạch và dẫn lưu
- Phần lớn các trường hợp bệnh viêm mô tế bào ở mức độ trung bình và nhẹ, tuy nhiên nếu không được theo dõi sát sao để kịp thời xử lý thì dễ có nguy cơ chuyển biến nặng ảnh hưởng rất nặng về chức năng kể cả tử vong.

Tài liệu tham khảo

- Tadhg Sullivan (2018), Diagnosis and management of cellulitis, CME infectious diseases; clinical Medecine 2018 vol 18, No 2: 160-3
- Denis Spelman (2022), Acute cellulitis and erysipelas in adults: Treatment, jul 2022 – UpToDate
- Cleveland clinic (2021), Fournier's gangrene: causes, symptoms, diagnosis; <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22025-fourniers-gangrene>
- Alana Bigger (2022), What you need to know about cellulitis; MedicalNewsToday

A rustic autumn-themed still life. In the center, a light brown cardboard card with the words "Thank you!" written in a black, cursive script is propped up. To the left of the card, a vibrant orange and yellow daisy flower is partially visible, with a red and white checkered ribbon tied around its stem. To the right, a bright yellow daisy flower is also partially visible. The scene is set on a wooden surface, with several stalks of golden wheat and scattered wheat grains scattered around the card. The background is a soft-focus, textured surface, possibly a woven basket or a piece of burlap.