

Số: 344/BVĐKVP

Bà Rịa, ngày 25 tháng 12 năm 2024

**HƯỚNG DẪN CHUẨN ĐOÀN, ĐIỀU TRỊ
VÀ PHÒNG NGỪA CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM;
SỬ DỤNG KHÁNG SINH HỢP LÝ**

(Ban hành kèm theo Kế hoạch số 342/KH-BVĐKVP ngày 24/12/2024)

I. TÌM HIỂU CHUNG VỀ CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM KHUẨN

- Bệnh truyền nhiễm là bệnh nhiễm khuẩn có khả năng lây truyền từ người bệnh sang các người xung quanh một cách trực tiếp hoặc gián tiếp.
- Nhiệm vụ của người làm mang mầm bệnh vẫn có khả năng lây bệnh cho người khác, đối tượng này rất nguy hiểm về mặt dịch tễ

1. Đặc điểm bệnh sinh, đường lây và phát bệnh

- Bệnh truyền nhiễm do vi sinh vật gây ra, gọi là mầm bệnh, Môi trường truyền nhiễm do 1 loại mầm bệnh gây nên.
- Bệnh truyền nhiễm có khả năng lây truyền từ người bệnh sang người khỏe bằng nhiều đường khác nhau tùy theo đường lây, có bệnh 2- 3 đường lây.
- Sau khi bị bệnh truyền nhiễm cơ thể có đáp ứng miễn dịch. Tùy theo bệnh và tùy theo cơ thể người mà miễn dịch được hình thành với mức độ khác nhau, thời gian tồn tại miễn dịch bảo vệ khác nhau.
- Ảnh hưởng bệnh khác nhau tùy theo loại bệnh và cơ thể bệnh nhân: có loại bệnh khi nhiễm sẽ mắc 100%, nhưng cũng có loại mầm bệnh khi cơ thể nhiễm phải mầm bệnh không nhất thiết tương hợp nào cũng mắc bệnh

2) Phân loại bệnh truyền nhiễm

2.1) Nhóm bệnh lây theo đường hô hấp

- Sở bệnh nhân mắc cao nhưng giảm nhanh.
- Khó cắt đường truyền nhiễm, người tiếp xúc dễ mắc.
- Thường mắc vào mùa lạnh.

2.2) Nhóm bệnh lây theo đường tiêu hóa

- Vụ dịch lớn, số người mắc tăng nhanh.
- Chung 1 điều kiện, nước sinh hoạt thực phẩm.
- Sau cơn bùng phát, số người mắc bệnh giảm từ từ.

2.3) Nhóm bệnh lây truyền theo đường máu

- Tỷ lệ thuộ vào còn trung gây bệnh.
- Gặp ở những người cùng điều kiện sống và làm việc như nhau.
- Điều kiện thuận lợi cho còn trung gian phát triển cũng là điều kiện phát triển.
- Chỉ xảy ra ở từng địa phương.

2.4) Nhóm bệnh lây truyền theo đường da, niêm mạc

- Do tiếp xúc trực tiếp nên số người mắc ít.
- Người tiếp xúc mới mắc bệnh do đó chỉ có khả năng truyền bệnh trong những người này.

*** Bệnh truyền nhiễm có thể lây bằng nhiều đường khác nhau..**
II. THUỐC KHÁNG VI SINH VẬT (KHÁNG SINH)

- Thuốc kháng sinh vô cùng quan trọng được sử dụng để điều trị các bệnh lây nhiễm. Sự ra đời của thuốc kháng sinh đã mở ra kỷ nguyên mới cho y học thể giới, các bệnh nhiễm trùng nam không được điều trị hiệu quả.
- Tuy nhiên, với việc sử dụng kháng sinh một cách không kiểm soát như hiện nay đã làm cho tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh ngày càng gia tăng, gây ảnh hưởng xấu tới hiệu quả điều trị.
- Tổ chức Y tế thế giới (WHO) cảnh báo, kháng kháng sinh là một trong những mối đe dọa sức khỏe công đồng trên toàn thế giới, ước tính mỗi năm trên thế giới có khoảng 700.000 người tử vong liên quan đến nhiễm trùng do kháng thuốc. Với tình hình này, WHO dự tính đến năm 2050, cứ 3 giây sẽ có 1 người tử vong do các siêu vi khuẩn kháng thuốc, tương đương với khoảng 10 triệu người mỗi năm.
- Theo WHO, Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ kháng thuốc kháng sinh cao, do tình trạng lạm dụng và tùy tiện sử dụng thuốc của người dân. Thực trạng này đặt chúng ta trước nguy cơ đối mặt với việc kháng còn thuốc kháng sinh hiệu quả để điều trị bệnh nhiễm trùng.

1. Tác dụng của kháng sinh

Kháng sinh là một trong những chất chiết xuất từ nấm, vi sinh vật và được bán tổng hợp hoặc tổng hợp. Do đó kháng sinh có tác dụng kìm hãm sự phát triển của vi khuẩn hoặc tiêu diệt chúng hoàn toàn

Kháng sinh sẽ tác động vào một phần ụng trong quá trình phát triển của vi khuẩn hoặc tác động vào một vi trí quan trọng của nó, vì vậy thuốc kháng sinh thường được sử dụng để điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn. Về phân loại, thuốc kháng sinh thường được phân loại dựa theo căn cứ vào tác dụng điều trị như sau:

- *Kháng sinh kháng khuẩn*: có thể uvac chế tổng hợp vách tế bào vi khuẩn, làm rối loạn chức năng màng bảo trong hoặc ức chế quá trình tổng hợp protein và qua trình tổng hợp acid nucleic
- *Kháng sinh trị nấm*
- *Kháng sinh chống ung thư*

2. Nguyên tắc sử dụng kháng sinh

Thuốc kháng sinh nếu không sử dụng đúng liều lượng hoặc **lạm dụng kháng sinh** thì sẽ gây ra tình trạng kháng kháng sinh và một số tác dụng phụ khác. **Kháng kháng sinh** là tình trạng nguy hiểm, bởi có thể khiến cho vi khuẩn kháng lại hiệu quả điều trị của thuốc, làm thay đổi hoặc giảm phần nào hiệu quả của thuốc kháng sinh, nhưng vì khuẩn còn sống sót sau điều trị kháng sinh sẽ có thể nhân lên và truyền các đặc tính cho thế hệ sau khiến lượng chủng loại vi khuẩn kháng thuốc ngày càng gia tăng

Hậu quả là tình trạng bệnh nặng hơn, tái đi tái lại thường xuyên, thời gian phục hồi lâu, phương pháp và chi phí điều trị cao. Đặc biệt, khi tình trạng kháng thuốc kháng sinh không có thuốc điều trị thay thế thì sẽ ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Do đó, để hạn chế những **hậu quả của việc lạm dụng kháng sinh** thì cần lưu ý các nguyên tắc sử dụng kháng sinh hợp lý sau đây:

2.1. Chỉ sử dụng kháng sinh khi mắc bệnh do vi khuẩn

Theo đó, một trong những nguyên nhân dẫn đến tình trạng lạm dụng kháng sinh ở Việt Nam đó là sử dụng kháng sinh khi chưa biết nguyên nhân chính xác gây bệnh là do vi khuẩn hay virus. Do đó chỉ nên sử dụng kháng sinh khi các bác sĩ có kết quả xét nghiệm và kết quả thăm khám do vi khuẩn gây ra. Tuyệt đối không dùng kháng sinh nếu các tác nhân gây bệnh là do virus gây ra như cúm, sởi,... hoặc do cơ thể suy nhược, dị ứng,...

2.2. Lựa chọn dùng kháng sinh và liều lượng

- Dùng kháng sinh

3. Các tác dụng phụ thường gặp khi sử dụng kháng sinh

Chị nên phối hợp kháng sinh trong những hợp như điều trị viêm màng trong tim, nguyên nhân có thể do vi sinh nào và không cho được kết quả xét nghiệm cũng như bị suy giảm chức năng đề kháng, nhiễm nhiều loại vi khuẩn khác nhau

Một trong những nguyên nhân dẫn đến tình trạng lam dùng kháng sinh ở Việt Nam đó là do phối hợp thuốc kháng sinh khi chưa thật cần thiết. Với những loại nhiễm khuẩn thông thường thì chỉ cần sử dụng kháng sinh đặc hiệu cho loại vi khuẩn đó.

2.7. Phối hợp kháng sinh khi thật cần thiết

Nếu tình trạng kháng sinh dự phòng không hợp lý, làm dùng kháng sinh thì sẽ dẫn tới tình trạng bội nhiễm và kháng thuốc. Do đó, chỉ nên sử dụng kháng sinh dự phòng khi bội nhiễm do can thiệp sau phẫu thuật, thủ thuật nha khoa hoặc ở những vùng có dịch bệnh

2.6. Sử dụng kháng sinh dự phòng hợp lý

Để sử dụng kháng sinh hợp lý cần thực hiện việc chia liều kháng sinh. Việc chia liều kháng sinh sẽ dựa trên được động học và dược lực học của thuốc. Các yếu tố quan trọng để quyết định việc chia liều kháng sinh là thời gian dùng thuốc (macrolid, clindamycin, glycopeptid, lincosamid); tác dụng diệt khuẩn của kháng sinh dựa vào nồng độ (aminoglycosid, daptomycin) và thuốc có tác dụng hầu kháng sinh PAB (aminoglycosid, quinolon)

2.5. Số lần dùng thuốc kháng sinh

Tuy nhiên, thời gian điều trị còn phải phụ thuộc vào tình trạng, vị trí nhiễm khuẩn và sức đề kháng của người bệnh. Ví dụ như những trường hợp nhiễm khuẩn như viêm màng não, viêm màng trong tim, bệnh lao thì thời gian điều trị kháng sinh sẽ kéo dài nhiều tháng.

Trong vấn đề sử dụng kháng sinh hợp lý thì việc lựa chọn thời gian sử dụng kháng sinh là một nguyên tắc sử dụng kháng sinh trong điều trị để hạn chế tình trạng kháng sinh và tác dụng phụ của thuốc. Thông thường, các trường hợp nhiễm khuẩn bình thường thì thời gian điều trị kháng sinh từ 7 - 10 ngày.

2.4. Lựa chọn thời gian dùng kháng sinh

Trước hết, cần phải chú ý thời gian dùng thuốc sát khuẩn còn với nhiễm khuẩn ngoài da thì nên dùng thuốc sát khuẩn kháng sinh hoặc dùng cho người dùng thuốc. Dùng kháng sinh tại chỗ nếu có nhiễm khuẩn ở mắt, còn đối với việc sử dụng kháng sinh tại chỗ thì cần hạn chế, vì kháng sinh tại chỗ có thể gây kháng cao nên sử dụng kháng sinh đường tiêm.

Trước hết, cần phải chú ý thời gian dùng thuốc kháng sinh đường uống. Tuy nhiên, do kháng sinh đường uống có ưu thế về kinh tế nên cũng được cân nhắc trong nhiễm khuẩn nặng. Còn đối với những bệnh nhân nhập viện, thì việc dùng kháng sinh đường tiêm cần ưu tiên, sau đó nếu có thể thì chuyển qua đường uống. Bên cạnh đó, trong các trường hợp cần nồng độ kháng sinh trong máu cao nên sử dụng kháng sinh đường tiêm.

2.3. Lựa chọn đường sử dụng thuốc kháng sinh

Một nguyên tắc sử dụng kháng sinh trong điều trị đó chính là việc cần cử vào mức độ nhiễm khuẩn cũng như vị trí nhiễm khuẩn ở người bệnh. Có 3 đường sử dụng kháng sinh, đó là kháng sinh đường tiêm, kháng sinh đường uống và kháng sinh tại chỗ

Khi sử dụng kháng sinh cần dựa và yếu tố người bệnh và tác nhân (vi khuẩn) gây bệnh. Việc tác nhân gây bệnh là do loại vi khuẩn nào, vị trí nhiễm khuẩn cũng như độ nhạy cảm của loại vi khuẩn đó với kháng sinh. Còn về yếu tố người bệnh thì cần xem xét về lứa tuổi (vi được động học và liều lượng thuốc kháng sinh dùng cho trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ và người già sẽ khác nhau); chức năng gan - thận hoặc tình trạng suy giảm miễn dịch và tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh... Đặc biệt, với phụ nữ mang thai và cho con bú thì cần phải cân nhắc lợi và hại khi sử dụng kháng sinh

III. NHỮNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM THƯỜNG GẶP, CHUẨN ĐOÀN VÀ ĐIỀU TRỊ

- Thúc kháng sinh liều cao có thể gây độc trên các tế bào của cơ thể
- Suy giảm chức năng gan-thận,...

BỆNH TIÊU CHẢY DO VI KHUẨN

1. Đại cương

Biểu hiện lâm sàng chung thường thấy là: sốt, nôn, đau bụng, và tiêu chảy nhiều lần. Tiêu chảy do vi khuẩn là bệnh phổ biến khắp thế giới, đặc biệt ở những nước đang phát triển, liên quan đến điều kiện vệ sinh môi trường, thức ăn. Trường hợp tiêu chảy nặng có thể gây mất nước hoặc nhiễm trùng nghiêm trọng toàn thân dẫn tới tử vong do, đặc biệt ở trẻ em và người già.

2. Căn nguyên thường gặp

- Tiêu chảy do độc tố vi khuẩn: *Vibrio cholerae*, *E. coli*, tụ cầu.
- Tiêu chảy do ban thân vi khuẩn (tiêu chảy xâm nhập): *Shigella*, *Salmonella*, *E. coli*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Clostridium difficile*...

3. Chuẩn đoán

3.1. Lâm sàng: biểu hiện đa dạng tùy thuộc vào căn nguyên gây bệnh.

- Nôn và buồn nôn.

- Tiêu chảy nhiều lần, tính chất phân phụ thuộc vào căn nguyên gây bệnh:

+ Tiêu chảy do độc tố vi khuẩn: phân có nhiều nước, không có bạch cầu hoặc hồng cầu trong phân.

+ Tiêu chảy do vi khuẩn xâm nhập: phân thường có nhầy, đôi khi có máu.

- Biểu hiện toàn thân:

+ Có thể sốt hoặc không sốt.

+ Tinh trạng nhiễm độc: mệt mỏi, như đau, có thể có hạ huyết áp.

+ Tinh trạng mất nước. Các mức độ mất nước:

Các dấu hiệu	Mất nước độ 1	Mất nước độ 2	Mất nước độ 3
Khát nước	Ít	Vừa	Nhiều
Tình trạng da	Bình thường	Khô	Nhanh nheo, mất đàn hồi da, mắt trũng
Mạch	> 100 lần/phút	Nhanh nhỏ (100-120 lần/phút)	Rất nhanh, khó bắt (> 120 lần/phút)
Huyết áp	Bình thường	> 90mmHg	Rất thấp, có khi không đo được
Nước tiểu	Ít	Thiếu niệu	Vô niệu
Tay chân lạnh	Bình thường	Tay chân lạnh	Lạnh toàn thân
Lượng nước mất	5-6% trọng lượng cơ thể	7-9% trọng lượng cơ thể	>10% trọng lượng cơ thể trở lên

3.2. Lâm sàng một số tiêu chảy thường gặp

- **Tiêu chảy do lý trực khuẩn:** hội chứng lý: sốt cao, đau bụng quanh vùng con, một rắn, đi ngoài phân lỏng lẫn nhầy máu.

- **Tiêu chảy do tả:** khởi phát rất nhanh trong vòng 24 giờ, tiêu chảy dữ dội và liên tục 20-50 lần/ngày, phần toàn nước như nước vo gạo. Không sốt, không một rắn, không đau quanh bụng.

- *Tiêu chảy do độc tố tụ cầu*: thời gian ủ bệnh ngắn 1-6 giờ, buồn nôn, nôn, tiêu chảy nhiều nước nhưng không sốt.

- *Tiêu chảy do E.coli*.

+ *Tiêu chảy do E.coli sinh độc tố ruột (ETEC)*: đi ngoài phân lỏng không nhầy máu, không sốt. Bệnh thường tự khỏi.

+ *Tiêu chảy do E.coli (EIEC, EPEC, EHEC)*: sốt, đau quặn bụng, mót rặn, phân lỏng có thể lẫn nhầy máu (giống hội chứng lỵ).

- *Tiêu chảy do Salmonella*: tiêu chảy, sốt cao, nôn và đau bụng.

3.3. Xét nghiệm

- Công thức máu: số lượng bạch cầu tăng hay giảm tùy thuộc loài căn nguyên.

- Xét nghiệm sinh hóa máu: có thể có rối loạn điện giải, suy thận kèm theo.

- Xét nghiệm phân:

+ Soi phân: tìm xem có hồng cầu, bạch cầu, các đơn bào ký sinh, nấm, trứng ký sinh trùng...
+ Cây phân tìm vi khuẩn gây bệnh.

3.4. Chẩn đoán xác định

- Dịch tế: nguồn lây (thức ăn, nước uống).

- Làm sang: tiêu chảy, buồn nôn, nôn, sốt.

- Xét nghiệm: cấy phân tìm vi khuẩn gây bệnh.

3.5. Chẩn đoán phân biệt

- Ngộ độc hóa chất.

- Tiêu chảy do virus, do ký sinh trùng.

- Bệnh lý đại tràng khác: viêm đại tràng mạn, ung thư đại tràng..

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Đánh giá tình trạng mất nước và bồi phụ nước điện giải.

- Điều trị kháng sinh tùy căn nguyên. Cần dự đoán căn nguyên và điều trị ngay. Điều chỉnh lại kháng sinh nếu cần sau khi có kết quả cấy phân.

- Điều trị triệu chứng.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm: trong trường hợp chưa có kết quả vi sinh, cần cân nhắc dùng kháng sinh trong những trường hợp sau:

- Cơ địa: suy giảm miễn dịch, trẻ nhỏ, người già, phụ nữ có thai.

- Toàn trạng: người bệnh có sốt, tình trạng nhiễm trùng.

- Phân: nhầy máu, mủ.

- Xét nghiệm:

+ Công thức máu có bạch cầu và/hoặc bạch cầu trung tính tăng.

+ Soi phân trực tiếp có hồng cầu, bạch cầu hoặc nghi ngờ có thấy khuẩn tả.

4.2.2. Sử dụng kháng sinh trong tiêu chảy nhiễm khuẩn do một số căn nguyên thường gặp

Kháng sinh thường hiệu quả trong trường hợp tiêu chảy xâm nhập. Thường dùng kháng sinh đường uống. Kháng sinh đường truyền chỉ dùng trong trường hợp nặng có nhiễm khuẩn toàn thân.

226
HỘI
N. N.
VIỆN
N. N.
H. H.

Liều dùng kháng sinh ở đây chủ yếu áp dụng cho người lớn. Đối với trẻ em, tham khảo thêm “Hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em”. Bộ Y tế 2009.

a. Tiêu chảy do E.coli (ETEC, EHEC), Campylobacter, Yersinia, Salmonella, Vibrio sp.

Thuốc ưu tiên: kháng sinh nhóm Quinolon (ùng hoặc truyền) x 5 ngày

– Ciprofloxacin 0,5 g x 2 lần/ngày.

– Quinolon khác: Levofloxacin 0,5 g x 1 lần/ngày (lưu ý không làm dùng).

Thuốc thay thế: ceftriaxon (TM) 50-100 mg/kg/ngày x 5 ngày.

hoặc: azithromycin 0,5 g/ngày x 5 ngày.

hoặc: doxycyclin 100 mg x2/ngày x 5 ngày.

b. Tiêu chảy do Clostridium difficile:

Metronidazol 250 mg (ùng) mỗi 6h x7-10 ngày.

Hoặc: Vancomycin 250mg (ùng) mỗi 6h x 7-10 ngày.

c. Tiêu chảy do Shigella (ly trực khuẩn)

Thuốc ưu tiên: Quinolon (ùng hoặc truyền) x 5 ngày.

– Ciprofloxacin 0,5 g x 2 lần/ngày.

– Levofloxacin 0,5 g x 1 lần/ngày.

Thuốc thay thế: Ceftriaxon (TM) 50-100 mg/kg/ngày x 5 ngày.

Hoặc azithromycin 0,5 g/ngày x 3 ngày.

d. Tiêu chảy do thương hàn (Salmonella typhi, S. paratyphi)

Thuốc ưu tiên: Quinolon (ùng hoặc truyền) x 10-14 ngày.

– Ciprofloxacin 0,5 g x 2 lần/ngày.

Thuốc thay thế: ceftriaxon (TM) 50-100 mg/kg/ngày x 10-14 ngày.

e. Tiêu chảy do vi khuẩn tả (Vibrio cholera)

Hiện nay, vi khuẩn tả đã kháng lại các kháng sinh thông thường, thuốc được lựa chọn hiện nay là:

– Nhóm Quinolon (ùng) x 3 ngày. Ciprofloxacin 0,5 g x 2 lần/ngày.

Norfloxacin 0,4 g x 2 lần/ngày.

– Azithromycin 10 mg/kg/ngày x 3 ngày. (Dùng cho trẻ em < 12 tuổi và phụ nữ có thai).

Thuốc thay thế:

– Erythromycin 1 g/ngày ụng chia 4 lần/ngày (trẻ em 40 mg/kg/ngày), dùng trong 3 ngày; hoặc

– Doxycyclin 200 mg/ngày x 3 ngày (dùng trong trường hợp vi khuẩn còn nhạy cảm)

4.2.3. Điều trị triệu chứng

a. Đanh giá và xử trí tình trạng mất nước

Phải đánh giá ngay và kịp thời xử trí tình trạng mất nước khi người bệnh đến viện và song song với việc tìm căn nguyên gây bệnh.

– Người bệnh mất nước độ I, ụng được: bù dịch bằng đường ụng, dùng dung dịch ORESOL.

– Người bệnh mất nước từ độ II trở lên, không ụng được: bù dịch bằng đường tĩnh mạch. Dung dịch được lựa chọn: Ringier lactat. Ngoài ra: NaCl 0,9%, Glucose 5% với tỷ lệ 1:1.

b. Điều trị hỗ trợ Giảm co thắt: spasmapaverin. Lâm sản niêm mạc ruột: smecta. Không làm dùng các thuốc cầm tiêu chảy như loperamide.

BỆNH LÝ TRỰC KHUẨN

1. Đại cương

Bệnh do Shigella là tình trạng viêm nhiễm cấp tính ở đường tiêu hóa do trực khuẩn Shigella gây nên với hội chứng lý điển hình là đau quặn bụng, mót rặn và đi ngoài phân lỏng như nước rửa thịt. Biểu hiện lâm sàng của bệnh do Shigella có thể thay đổi từ thể tiêu chảy nhẹ phân lỏng nước cho đến các thể nặng nề với đau bụng quặn, mót rặn, tiêu phân nhầy máu, sốt và dấu hiệu nhiễm trùng nặng nề.

Biểu hiện ở đường tiêu hóa thường tự khỏi trong vài ngày.

Dùng kháng sinh sớm có tác dụng giúp hồi phục sớm và rút ngắn thời gian thải vi khuẩn ra phân.

2. Nguyên nhân

Shigella là trực khuẩn Gram âm thuộc họ Enterobacteriaceae. Có bốn nhóm Shigella chính là Shigella dysenteriae, Shigella flexneri, Shigella boydii, và Shigella sonnei. Shigella dysenteriae I (còn gọi là trực khuẩn Shiga) hay gây dịch và tử vong cao hơn các typ khác.

3. Chẩn đoán

a. Thời kỳ ủ bệnh

– Thường kéo dài 12 - 72 giờ (trung bình 1 - 5 ngày), không có biểu hiện lâm sàng.

b. Thời kỳ khởi phát

– Khởi phát đột ngột với các triệu chứng:
– Hội chứng nhiễm trùng: sốt cao 39 - 40°C, thường kèm theo ớn lạnh, đau nhức cơ toàn thân, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn hoặc nôn, trẻ nhỏ có thể bị co giật do sốt cao.
– Triệu chứng tiêu hóa: tiêu chảy phân lỏng, toàn nước, kèm theo đau bụng.
– Thời kỳ này kéo dài 1 đến 3 ngày.

c. Thời kỳ toàn phát

Bệnh diễn tiến thành bệnh cảnh lý đầy đủ:
– Đau bụng quặn từng cơn. Thể trạng suy sụp nhanh chóng, người mệt mỏi, hốc hác, môi khô, lưỡi vàng bẩn.
– Mót rặn, đau vùng trực tràng, có thể dẫn đến sa trực tràng do rặn nhiều.
– Đi ngoài phân nhầy máu mủ, nhiều lần (có thể 20 - 40 lần/ngày), số lượng phân ít dần theo thời gian bị bệnh. Diễn hình phân như nước rửa thịt.
– Khám bụng: đau, chướng nhất là phần dưới bên trái, vùng đại tràng sigma, có thể đau toàn bộ khung đại tràng.

d. Thời kỳ lui bệnh và hồi phục

– Sốt giảm dần rồi hết, người đỡ mệt, cảm giác thèm ăn dần trở lại.
– Các cơn đau bụng thưa và nhẹ dần rồi hết.
– Giảm rồi hết cảm giác mót rặn.
– Số lần đi ngoài giảm dần, nhầy máu mủ giảm dần rồi hết, đi ngoài phân sét rồi thành khuôn trở lại.
– Đi tiêu nhiều, bụng hết đầy chướng.

3.2. Cận lâm sàng

a. Công thức máu

– Bạch cầu thường tăng, tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính.



Các kháng sinh có thể sử dụng để điều trị trực khuẩn ở những nơi vì khuẩn còn nhạy cảm với Ampicillin và Bisepitol.

– Levofloxacin 500 mg x 1 lần/ngày Thời gian điều trị: 5 ngày.

– Ofloxacin 200 mg x 2 lần/ngày hoặc

– Pefloxacin 400 mg x 2 lần/ngày hoặc

– Ciprofloxacin 500 mg x 2 lần/ngày hoặc

là:

kháng sinh có tác dụng. Các thuốc được khuyến cáo sử dụng điều trị trực khuẩn *Shigella* hiện nay cần phải dựa vào tính nhạy cảm và đề kháng kháng sinh của trực khuẩn *Shigella* để lựa chọn

b. Kháng sinh

dịch.

– Theo dõi mạch, huyết áp, số lượng nước tiểu để điều chỉnh lượng dịch cũng như tốc độ truyền

natri và kali cho đầy đủ.

Cần phải dựa vào xét nghiệm điện giải để lựa chọn chủng loại dịch cho phù hợp nhằm bổ sung

mặn ngọt, lactate ringer hoặc acetate ringer.

+ Mất nước từ trung bình tới nặng, kèm theo nôn: bù dịch đường tinh mạch với các loại dung dịch:

+ Mất nước nhẹ, không nôn: bù dịch bằng đường uống với oresol.

– Cần đánh giá mức độ mất nước, điện giải của người bệnh để bù dịch phù hợp và kịp thời.

a. Bổ sung nước điện giải

4.2. Điều trị cụ thể

– Đảm bảo phòng chống lây nhiễm và thông báo dịch theo quy định.

– Điều trị các triệu chứng khác gồm giảm đau bụng, hạ sốt, trợ tim mạch và các triệu chứng liên

quan khác đồng thời với điều trị căn nguyên và bồi phụ nước điện giải.

– Điện giải.

– Bồi phụ nước và điện giải sớm và kịp thời để tránh để xảy ra tình trạng sốc do mất nước và rối loạn

trùng.

– Dùng kháng sinh sớm và thích hợp để giảm thời gian bị bệnh và giảm tải vì khuẩn ra ngoài môi

4.1. Nguyên tắc điều trị

Phân lập được trực khuẩn *Shigella* từ phân người bệnh.

b. Cận lâm sàng

- Hội chứng lỵ: đau quặn bụng, mót rặn, phân nhày máu mủi.

- Sốt và triệu chứng toàn thân.

a. Lâm sàng

3.3. Chẩn đoán xác định

huyết chỗ loét.

Hình ảnh viêm lan tỏa cấp tính niêm mạc, có nhiều vết loét nông đường kính 3-7 mm, có thể xuất

c. Soi trực tràng

Cây phân: phân lập trực khuẩn *Shigella*.

Soi tươi: có hồng cầu, bạch cầu đa nhân.

b. Xét nghiệm phân

- Hồng cầu bình thường hoặc giảm nhẹ.

- Ampicillin 50 - 100 mg/kg/ngày, chia 4 lần, liều cho trẻ em thường là 100 mg/kg/ngày, chia 4 lần.
- Trimethoprim + sulfamethoxazol (viên TMP 80 mg + SMX 400 mg) ngày uống 2 lần, mỗi lần 2 viên (người lớn); hoặc TMP 8 mg/kg/ngày chia 2 lần (trẻ em).
- c. Điều trị triệu chứng**
- Sốt cao: sử dụng thuốc hạ nhiệt paracetamol 60 mg/kg/ngày, mỗi lần 10 mg/kg/ngày hoặc các biện pháp hạ nhiệt không dùng thuốc.
- Giảm đau: + Atropin 1/4 mg x 2 ống/1 lần (tiêm dưới da hoặc tiêm bắp) khi đau.
- + Visceralgin 40 mg (ống hoặc viên): tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm 1 ống 1 lần; hoặc uống 1 lần 2 viên (4 - 6 viên/ngày).
- + Buscopan viên 10 mg x 2 viên/1 lần, 2 - 4 lần/ngày.
- Điều hòa nhu động ruột, chống nôn: + Primperan 10 mg (ống hoặc viên): tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm, hoặc hòa nhu động ruột, chống nôn: 10 - 20 mg/1 lần, 2 - 3 lần/ngày.

BỆNH THƯƠNG HẠN

1. Đại cương

Bệnh thương hàn (Typhoid fever) là một bệnh cấp tính toàn thân do vi khuẩn *Salmonella enterica* typ huyết thanh Typhi gây nên với bệnh cảnh sốt kéo dài, có nhiều biến chứng nặng như xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, viêm cơ tim, viêm não dễ dẫn đến tử vong.

Bệnh lưu hành ở những khu vực có tình trạng vệ sinh thấp kém, đôi khi bùng phát thành dịch, lây qua đường tiêu hóa qua đồ ăn, thức uống bị nhiễm mầm bệnh hoặc qua đường phân - tay - miệng.

Bệnh thường gặp ở hầu hết các nước đang phát triển trên thế giới ở châu Á, châu Phi và Mỹ La tinh, ít gặp tại một số nước công nghiệp phát triển như: Hoa Kỳ, Canada, tây Âu, Úc và Nhật Bản.

2. Nguyên nhân

Bệnh thương hàn do **vi khuẩn *Salmonella enterica* typ huyết thanh Typhi** (gọi tắt là *Salmonella typhi*) gây nên.

Trực khuẩn thương hàn có 3 loài kháng nguyên: kháng nguyên thân (O - oligosaccharide), kháng nguyên lông (H - protein) và kháng nguyên vỏ (Vi - polysaccharide) và một phức hợp đại phân tử lipopolysaccharide gọi là nội độc tố tạo thành phần phía ngoài của thành vi khuẩn.

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng

a. Thời kỳ ủ bệnh: Thường từ 7 đến 14 ngày, có thể từ 3 tới 60 ngày. Không có triệu chứng.

b. Thời kỳ khởi phát (tuần thứ nhất): từ từ, tăng dần.

- Sốt nhẹ sau tăng dần tới 400 C trong vòng 1 tuần.

- Đau đầu, suy nhược, mất ngủ, chóng mặt.

- Buồn nôn, táo bón.

- Có thể chảy máu mũi.

- Mách nhiệt độ thường phân lỵ.

Khám lâm sàng: lưỡi bẩn, bụng chướng, lách to có thể to, nghe phổi có thể thấy rale phế quản và gõ đục đáy phổi phải (dấu hiệu Lesieur).

c. Thời kỳ toàn phát (tuần thứ hai): thường kéo dài 2 - 3 tuần trừ những trường hợp có biến chứng

Sốt hình cao nguyên 400 C.

Mách nhiệt độ phân lỵ.

- Phát hiện sớm và điều trị các biến chứng như thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa và các biến chứng khác.
- Điều trị hỗ trợ và chăm sóc tốt.
- Dùng kháng sinh thích hợp.

4.1. Nguyên tắc điều trị

4. ĐIỀU TRỊ

- Phân ứng Widal: hiệu giá kháng thể trên 1:160 trong một mẫu lần 1 hoặc hoặc hiệu giá kháng thể lần 2 tăng gấp 4 lần so với lần 1.
- Phân lập được trực khuẩn thương hàn từ các bệnh phẩm: máu, tủy xương, dịch não tủy, phân, đào ban, nước tiểu.

b. Xét nghiệm

- Đào ban ở bụng, ngực.
- Hô hấp: rale phế quản, gõ đục đáy phổi phải.
- Tim mạch: mạch chậm.
- Tâm thần kinh: có thể có li bì, thờ ơ, mê sảng hoặc hôn mê.
- Tiêu hóa: bụng chướng, ừng ực hố chậu phải, lưỡi to, phần lòng máu vàng bí ngò.
- Sốt từ từ tăng dần, nhiệt độ hình cao nguyên.
- Người bệnh thương hàn mà không đăm bao vés sinh tay.
- Sờng hoặc đến vùng cổ bệnh lưu hành, ăn uống không đăm bao vés sinh, tiếp xúc hoặc chăm sóc

a. Lâm sàng

3.3. Chẩn đoán xác định

- Phân ứng Widal: làm 2 lần để đánh giá hiệu giá kháng thể.
- Chọc dò dịch não tủy (nếu có dấu hiệu màng não): dịch đục, tăng protein và tế bào, nuôi cấy có thể phân lập được trực khuẩn thương hàn.
- Cây máu, cấy phân, cấy tủy xương, đào ban, nước tiểu tìm vi khuẩn thương hàn
- Hình ảnh tổn thương viêm phổi trên phim X-quang (Pneumotypus).
- Số lượng bạch cầu thường giảm, hiếm khi tăng. Giảm natri và kali máu. Có thể tăng nhẹ men gan AST và ALT. Protein niệu thoáng qua.

3.2. Cận lâm sàng

- Ăn ngon miệng
- Hết tiêu chảy, bụng đỡ chướng dần.
- Đờ mết, tình táo dần trở lại.
- Sốt giảm dần rồi hết.
- d. Thời kỳ lui bệnh và hồi phục (tuần thứ ba)**
- Li bì, thờ ơ với ngoại cảnh, có thể mê sảng, hôn mê.
- Loét Duguet: loét hình bầu dục ở nếp a-mi-dan trước, dài 6-8 mm, rộng 4-6 mm, thường chỉ ở 1 bên.
- Đào ban: ban máu hồng nhạt kích thước 2 - 4 mm ở ngực bụng, hết sau vài ngày, thường gặp vào cuối tuần thứ nhất, đầu tuần thứ 2.
- Trên lâm sàng, rêu lưỡi trắng dày, rìa lưỡi đỏ (hình ảnh lưỡi quay).
- Tiêu chảy phân màu vàng bí ngò hoặc đỏ nâu, mùi khắm.
- Bụng chướng, lách to, dấu hiệu ừng ực hố chậu phải.

- Dùng corticoid liều cao cho những người bệnh có biểu hiện viêm não hoặc nhiễm độc nội độc tố nặng.

4.2. Điều trị đặc hiệu

- Các kháng sinh vi khuẩn thường hạn đã kháng lại: ampicillin, amoxicillin, chloramphenicol, cotrimoxazol.

- Các kháng sinh còn hiệu lực: fluoroquinolon (ciprofloxacin, ofloxacin và pefloxacin)

hoặc: cephalosporin thế hệ III (cefotaxim, ceftriaxon).

hoặc: azithromycin.

Liều lượng thuốc:

- Ciprofloxacin hoặc ofloxacin: 15 mg/kg/ngày, có thể lên tới 20 mg/kg/ngày.

- Cephalosporin thế hệ III: 2 - 3 g/ngày.

- Azithromycin: 1 g/ngày.

Thời gian: 5 - 7 ngày hoặc 10 - 14 ngày đối với trường hợp có biến chứng.

4.3. Điều trị hỗ trợ

- Ăn thực ăn mềm, ít xơ, dễ tiêu, giàu dinh dưỡng.

- Bù đủ dịch và điều chỉnh rối loạn điện giải.

- Sử dụng corticoid cho những thể nặng (viêm não, viêm cơ tim và sốc): dexamethason liều 3 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm trong vòng 30 phút. Sau đó cứ mỗi 6 giờ lại dùng một liều dexamethason 1 mg/kg cho đến hết 8 liều.

- Điều trị các biến chứng (trụy mạch, xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột...).

4.4. Các trường hợp tái phát và người mang khuẩn

- Các trường hợp tái phát: điều trị lại theo phác đồ trên.

- Người mang vi khuẩn: Ampicillin hoặc amoxicillin 100 mg/kg/ngày kết hợp với probenecid 30 mg/kg/ngày trong 3 tháng.

hoặc Co-trimoxazol 1 viên 480 mg x 2 lần/ngày trong 3 tháng.

hoặc Ciprofloxacin 750 mg x 2 lần/ngày trong 4 tuần.

BỆNH SỐT MÒ

1. Đại cương

Sốt mò (scrub typhus) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính lưu hành ở Việt Nam. Bệnh có biểu hiện da dăng, bao gồm sốt, vết loét ngoài da, phát ban, sưng hạch, tổn thương nhiều cơ quan và phủ tạng. Có thể dẫn tới tử vong nếu không được điều trị thích hợp và kịp thời.

2. Nguyên nhân

Tác nhân gây sốt mò là *Orientia tsutsugamushi*, một loài vi khuẩn Gram (-) thuộc họ Rickettsiaceae. Ở bệnh và trung gian truyền bệnh là loài mò *Leptotrombidium*.

Mò nhiễm *Orientia tsutsugamushi* vi khuẩn cho đời sau qua trung và qua các giai đoạn phát triển, duy trì vòng lây truyền bệnh ở vùng dịch tế sốt mò. *Orientia tsutsugamushi* gây bệnh chủ yếu ở chuột và các động vật gặm nhấm khác.

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh của sốt mò kéo dài từ 6 ngày đến 21 ngày (trung bình từ 9 đến 12 ngày).

- Sốt: thường khởi phát đột ngột; người bệnh sốt cao liên tục, có thể kèm theo rét run, đau đầu, đau

mối người.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Phân ứng nhân chuỗi men polymerase (PCR).
- IgM.
- Xét nghiệm huyết thanh học: xét nghiệm kháng thể hấp phụ miễn dịch gián tiếp (ELISA), kháng thể miễn dịch huỳnh quang gián tiếp (IFA), kháng thể miễn dịch gián tiếp peroxidase (IIF) phát hiện
- Chẩn đoán sốt mò trên lâm sàng rất dễ dàng nếu người bệnh có vết loét đặc hiệu ngoài da. Các xét nghiệm chẩn đoán sốt mò thường được sử dụng:
- Xét nghiệm huyết cầu tố khi người bệnh có tiền sử sống hoặc đi đến các vùng có sốt mò lưu hành; người bệnh có bệnh cảnh sốt cấp tính với tổn thương ở nhiều cơ quan và phụ tạng.

3.3. Chẩn đoán xác định

- Trong trường hợp viêm màng não, dịch não tủy có thể biến loạn kiểu viêm màng não nước trong, tăng nhẹ tế bào và protein.
- Siêu âm: có thể phát hiện giãn gan lách to, tràn dịch màng phổi, màng bụng.
- phụ hợp.
- Chức năng thận: xét nghiệm nước tiểu có thể có protein và hồng cầu. Suy thận (tăng ure huyết và creatinin) gặp ở một số ít trường hợp, thường hồi phục nhanh chóng khi người bệnh được điều trị
- Chức năng gan: thường thấy tăng men gan; có thể tăng bilirubin; nhiều người bệnh có rối loạn protein máu (giảm albumin).
- Chức năng phổi: có thể gặp tổn thương kiểu viêm phế quản; một số người bệnh có tổn thương viêm phổi.
- Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc tăng; tỷ lệ bạch cầu lympho và monô thường tăng; tiểu cầu có thể hạ.

3.2. Cận lâm sàng

- gian một vài tuần.
- 3 - 4 tuần, sau đó người bệnh hết sốt nhưng triệu chứng mệt mỏi có thể còn kéo dài trong thời
- đầu tới biến chứng hô hấp và tim mạch gây tử vong. Các trường hợp nhẹ và vừa có thể bị sốt kéo dài
- loạn ý thức. Nếu không được điều trị kháng sinh thích hợp, người bệnh sốt mò có thể tiến triển nặng
- Viêm màng não, viêm não gặp ở một số ít các trường hợp. Người bệnh có đau đầu, có thể có rối
- sốt trường hợp.
- Tổn thương tim mạch: người bệnh sốt mò thường có tình trạng huyết áp hạ; viêm cơ tim gặp ở một
- cấp dẫn tới tử vong.
- Tổn thương phổi: người bệnh thường có triệu chứng ho; nghe phổi có thể có rales; một số người
- bệnh có biểu hiện tràn dịch màng phổi; những trường hợp sốt mò nặng có thể có khó thở, suy hô hấp
- da.
- Gan to, lách to: có thể gặp ở khoảng 40% số người bệnh sốt mò. Một số trường hợp có thể có vàng
- Kích thước 1,5-2 cm, mềm, không đau, di động bình thường.
- Sưng hạch lympho: người bệnh thường có hạch sưng tại chỗ vết loét và hạch toàn thân; hạch có
- yếu ở thân, có thể ở cả chân tay; có thể gặp ban xuất huyết.
- + Ban ngoài da: ban thường xuất hiện vào cuối tuần thứ nhất của bệnh, có dạng dát sần, phần bở chủ
- không đau, khu trú ở những vùng da mềm như nách, ngực, cổ, bẹn, bẹn, v.v...
- + Vết loét ngoài da: là dấu hiệu đặc hiệu của bệnh sốt mò; vết loét có hình bầu dục, kích thước từ
- 0,5-2 cm, có vây đen hoặc đã bong vây tạo thành vết loét có gờ, không tiết dịch; các vết loét thường
- + Da xung huyết, có thể phủ nhẹ dưới da vùng mắt và mu chân; xung huyết kết mạc mắt
- Biểu hiện da và niêm mạc:

Trong trường hợp không có vết loét, chẩn đoán gặp nhiều khó khăn do những biểu hiện của bệnh rất đa dạng, và giống với nhiều bệnh sốt cấp tính khác như thương hàn, leptospirosis, nhiễm một số loại virus, và nhiễm các rickettsia khác.

- Thương hàn cũng có các biểu hiện sốt, gan lách to, và tổn thương nhiều hệ cơ quan và phủ tạng. Khác với sốt mò, thương hàn thường khởi phát ban cấp và đi kèm với triệu chứng rối loạn tiêu hóa. Hồng ban trong thương hàn thường có số lượng ít, phần bỏ chủ yếu ở bụng và ngực. Xét nghiệm máu thường thấy bạch cầu hạ; nếu cấy máu, phần và một số bệnh phẩm khác mọc vì khuẩn thương hàn (S. typhi, S. paratyphi các loại).

- Leptospirosis có biểu hiện chính là sốt, đau cơ, có thể có phát ban, vàng da, tổn thương phổi, suy thận; xét nghiệm máu cũng có thể có hạ tiểu cầu, tăng men gan. Dầu hiệu gọi y chẩn đoán leptospirosis là đau cơ và suy thận. Nếu có điều kiện, có thể làm xét nghiệm huyết thanh học để chẩn đoán leptospirosis (ví dụ như Martin - Petit).

- Các bệnh nhiễm arbovirus: thường có diễn biến cấp tính với các triệu chứng sốt, đau đầu, mõi người, có thể có phát ban..., tương tự như sốt mò. Dầu hiệu xuất huyết đi kèm với hạ tiểu cầu và tăng hematocrit thường gặp hơn trong sốt xuất huyết dengue. Các bệnh nhiễm arbovirus thường không đi kèm với gan lách to, ít khi có biểu hiện đồng thời ở nhiều cơ quan và phủ tạng, và bệnh thường tự khỏi trong vòng 5 - 7 ngày.

- Các bệnh nhiễm trùng huyết: có sốt, tổn thương nhiều cơ quan và phủ tạng như trong sốt mò. Nhiễm trùng huyết thường ít khi đi kèm với xung huyết và phát ban trên da, tràn dịch các màng. Cần thăm khám kỹ ngoài da và phát hiện vết loét đặc hiệu để không bỏ sót bệnh sốt mò; làm xét nghiệm cấy máu để xác định vì khuẩn gây nhiễm trùng huyết.

- Sốt rét (sốt rét tiên phát): người bệnh có sốt và rét run như trong sốt mò. Cần hỏi tiền sử đi vào vùng dịch tễ và làm lam máu tìm ký sinh trùng sốt rét để chẩn đoán xác định.

4. Điều trị

4.1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

Điều trị sốt mò bao gồm điều trị kháng sinh đặc hiệu và điều trị hỗ trợ

4.2. Điều trị cụ thể

a. Điều trị kháng sinh

Các thuốc điều trị sốt mò chính là *doxycyclin* và *azithromycin*, có ưu điểm là hấp thu tốt qua đường tiêu hóa, có thời gian bán thải kéo dài và ít tác dụng phụ. Các phác đồ điều trị sốt mò cụ thể:

- Doxycyclin: liều 0,1 g x 2 viên uống chia 2 lần/ngày trong 5 ngày. Uống thuốc sau khi ăn để tránh nôn (tránh dùng các sản phẩm sữa, các thuốc giảm acid dịch vị dạ dày do có thể làm giảm hấp thu thuốc). Cho người bệnh uống bù thuốc nếu bị nôn trong vòng 2 giờ sau khi uống thuốc.

- Azithromycin 500 mg uống một lần/ngày x 1-3 ngày; chỉ định cho phụ nữ có thai, trẻ dưới 10 tuổi, và những người có chống chỉ định với các thuốc tetracyclin và chloramphenicol.

- Chloramphenicol tinh mạch hoặc uống, liều 50 mg/kg cân nặng/ngày trong 5-7 ngày. b. Điều trị hỗ trợ

- Hạ nhiệt bằng paracetamol hoặc một thuốc hạ nhiệt khác, chườm mát, khi người bệnh sốt cao.

- Bù dịch đường uống (dung dịch ORS).

- Điều trị suy hô hấp/tuần hoàn: cho người bệnh thở oxy qua sond mũi hoặc qua mặt nạ, đặt nội khí quản và thở máy nếu tình trạng suy hô hấp nặng. Chất catheter tinh mạch dưới đòn, kiểm soát áp lực tinh mạch trung tâm; bù dịch kết hợp với các thuốc vận mạch (như dopamine) trong trường hợp hạ huyết áp.

- Điều trị suy thận: bù dịch, lợi niệu.



BỆNH NHIỄM TRÙNG Ở DA VÀ MÔ MỀM

1. Đại cương

Nhiễm trùng da và mô mềm là nhiễm trùng thường gặp với biểu hiện lâm sàng đa dạng ở các mức độ khác nhau.

Tỷ lệ cần nhập viện điều trị trong số những người bệnh có nhiễm trùng da và mô mềm khoảng 29%.

Nhưng yếu tố thuận lợi dẫn tới nhiễm trùng da và mô mềm bao gồm: các tổn thương hàng rào da

niêm mạc: như vết thương, bỏng. Các bệnh lý mạn tính: đại tháo đượng, xơ gan, các bệnh lý gây suy giảm miễn dịch khác.

2. Nguyên nhân

Các vi khuẩn thường gặp gây nhiễm trùng da và mô mềm:

Staphylococcus aureus.	Các chủng Enterococcus.
Pseudomonas aeruginosa	Các chủng Enterobacter.
Escherichia coli.	Các chủng Klebsiella.
Beta-hemolytic Streptococcus.	Các chủng Serratia.
Proteus mirabilis.	Các vi khuẩn nhóm Clostridium như Clostridium
Staphylococcus không sinh Coagulase.	pertingens.

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng

— Chốc (impetigo): thường xuất hiện ở những vị trí tiếp xúc, thường gặp nhất là ở mắt và các chi. Tồn trong có ranh giới rõ ràng nhưng thường nhiều và có thể có hoặc không có bóng nước. Các tổn thương bóng nước ban đầu là các bóng nước ở bề mặt, lớn dần lên thành các bóng nước vàng, sau đó sẫm màu hơn và đôi khi có mủ.

Các tổn thương chốc không có bóng nước khởi phát là các nhú, sau đó tiến triển thành các bóng nước xung quanh là hồng ban và có sần, lớn dần lên và vỡ sau 4-6 ngày hình thành lớp vỏ dày.

— Áp xe: là các tổn thương mủ trong mủ trong hạ bì và mô da sâu hơn. Các tổn thương này thường đau, các nốt đỏ và thường nổi lên các mụn mủ và bao quanh bởi tổn thương phù nề hồng ban

— Nhọt: là các nhiễm trùng nang lông thường do *S. aureus* lan rộng qua hạ bì xuống mô dưới da.

— Viêm mô tế bào: là tình trạng nhiễm trùng da cấp tính lan tỏa, gây tổn thương lớp sâu của hạ bì cùng mô mỡ dưới da. Biểu hiện lâm sàng là tình trạng tiến triển nhanh sưng nóng, đỏ. Trên vùng da viêm có thể xuất hiện bóng nước và có thể xuất huyết da hay có các chấm xuất huyết.

— Viêm cân hoại tử là tình trạng nhiễm trùng dưới da, bao gồm cả mô da và cơ bên dưới. Bệnh biến hiện ban đầu có thể là các vết xước nhẹ hoặc các vết cắn, sau đó tiến triển thành tình trạng nhiễm độc toàn thân và sốt cao.

— Viêm cơ mủ: là tình trạng nhiễm trùng trong một nhóm cơ, thường gặp do *S. aureus*. Biểu hiện là tình trạng đau tại chỗ nhóm cơ, cơ co rút cơ và sốt cao.

— Hoại thư Fournier: là tình trạng nhiễm trùng mô mềm hoại tử ở vùng bìu, dương vật hoặc môi âm đạo. Nhiễm trùng có thể khởi phát thâm nhập nhưng tiến triển nhanh sau 1-2 ngày.

— Hoại thư hoại do Clostridium: đau rất nhiều ở vị trí tổn thương trong vòng 24 giờ tiếp sau khi nhiễm khuẩn, vùng da nhanh chóng chuyển sang màu đỏ. Vùng nhiễm trùng mềm hơn và xuất hiện các bóng nước lấp đầy bởi dung dịch hơi đỏ, có khi trong mủ và kèm theo các triệu chứng toàn thân như nhiễm độc, nhíp tìm nhanh, sốt.

<i>Hoặc dùng:</i>	
Cefotaxim (2g mỗi 6 giờ, tiêm tĩnh mạch)	Metronidazol (500mg mỗi 6 giờ, truyền tĩnh mạch) HOẶC Clindamycin (600-900mg/kg mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch)
Ampicillin-sulbactam (1,5-3,0g mỗi 6-8 giờ, tiêm tĩnh mạch) HOẶC Piperacillin-tazobactam (3,75g mỗi 6-8 giờ, truyền tĩnh mạch)	Clindamycin (600-900mg/kg mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch) HOẶC Ciprofloxacin (400mg mỗi 12 giờ, truyền tĩnh mạch)
<i>Nhóm 1</i>	<i>Nhóm 2</i>
- Phối hợp một kháng sinh nhóm 1 với một kháng sinh nhóm 2	
*Nhiệm trung hoại tử da do nhiễm vi khuẩn	
Kem mỡ Mupirocin	Bôi tồn thương 3 lần/ngày
Amoxicillin/clavulanate	875/125mg x 2 lần/ngày, uống
Clindamycin	300/400mg x 3 lần/ngày, uống
Erythromycin	250mg x 4 lần/ngày, uống
Cephalexin	250mg x 4 lần/ngày, uống
Dicloxacillin	250mg x 4 lần/ngày, uống
* Chọc và các nhiệm trung da nhẹ: có thể dùng một trong các kháng sinh sau:	

a. Lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm và theo kháng sinh đồ

4.2. Điều trị cụ thể

- Đối với các trường hợp nặng, cần phối hợp với các biện pháp hồi sức phù hợp.
- Điều trị kháng sinh kết hợp với xử trí các ổ nhiễm trùng.

4.1. Nguyên tắc điều trị

4. Điều trị

Chẩn đoán xác định nhiễm trùng da và mô mềm dựa vào biểu hiện lâm sàng và kết quả nuôi cấy và định danh vi khuẩn gây bệnh từ mẫu bệnh phẩm lấy từ ổ nhiễm trùng

3.3. Chẩn đoán xác định

- + Các xét nghiệm danh giá tồn thương cơ quan tùy theo vị trí nhiễm trùng khởi điểm như xét nghiệm cấy lớp vi tinh, X quang xương, siêu âm, xét nghiệm sinh hóa máu khác...
- + Các dấu ấn nhiễm khuẩn: • Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi: số lượng bạch cầu màu ngoài vi thường tăng cao (> 12 G/l), trường hợp nhiễm trùng nặng bạch cầu có thể giảm < 4000. • Tăng protein phản ứng C (CRP), tăng procalcitonin.
- + Cây máu xác định có nhiễm khuẩn huyết kèm theo. + Cây các bệnh phẩm lấy từ ổ nhiễm trùng da và mô mềm (được lấy vô khuẩn).
- Đối với các trường hợp nhiễm trùng da và mô mềm nặng, có biến chứng:
- Đối với các trường hợp nhiễm trùng da và mô mềm nhẹ, không bắt buộc tiến hành các xét nghiệm tham dò.

3.2. Cận lâm sàng

trông: Rửa tay kỹ lưỡng bằng xà phòng và nước sạch trong ít nhất 20 giây, đảm bảo làm sạch toàn bộ bề mặt của tay, bao gồm cả lòng bàn tay, giữa các ngón tay và dưới móng tay. Sử dụng dung dịch rửa tay còn nếu không có nước và xà phòng sẵn có.

- Sử dụng phòng tiên phòng hộ cá nhân: Đảm bảo sử dụng đầy đủ và đúng cách các trang thiết bị bảo vệ cá nhân như khẩu trang, kính bảo hộ, găng tay y tế, áo phnù hợp, giày bảo hộ, và khẩu trang nếu cần.

- Vệ sinh hô hấp và khi ho: Sử dụng khăn giấy hoặc tay áo khi ho hoặc hắt hơi, tránh việc hô hấp trực tiếp lên tay hoặc người khác.

- Sắp xếp người bệnh: Xếp người bệnh sao cho không có tiếp xúc gần gũi với những người khác, giữ khoảng cách an toàn.

- Tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn: Sử dụng kim tiêm và vật liệu y tế sắc nhọn an toàn, đảm bảo vứt bỏ chúng đúng cách sau khi sử dụng.

Quy trình vệ sinh tay và các biện pháp phòng ngừa khác là những phương tiện cơ bản để ngăn chặn sự lây lan của các bệnh truyền nhiễm trong môi trường y tế. Dưới đây là một số biện pháp quan trọng:

1. Đối với các nhân viên y tế

IV. PHÒNG NGỪA

- Chăm sóc vệ sinh vết thương, chống loét.
- Hạ sốt, dinh dưỡng năng cao thể trạng.
- Điều chỉnh cân bằng nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.
- Phòng và điều trị sốc nhiễm khuẩn.
- + Nhiệm vụ trung hoại tử: cần nhanh chóng phẫu thuật cắt lọc. c. Điều trị hỗ trợ và hồi sức - Đề + Nhiệm vụ trung vị trí phẫu thuật: cần nhắc chuyên ngoài khoa để mở rộng vết mổ và dẫn lưu.
- + Các ô áp xe quanh hậu môn lan rộng hoặc áp xe nhiều ổ cần dẫn lưu và cắt lọc.
- Chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp sau:

b. Xử trí ổ nhiễm trùng

Imipenem/cilastatin	0,5/1g mỗi 6-8 giờ, truyền tĩnh mạch
Meropenem	1g mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch
Ertapenem	1g/ngày, truyền tĩnh mạch
<i>Nhiễm S. aureus</i>	
Nafcillin	1-2g mỗi 4 giờ, tiêm tĩnh mạch
Oxacillin	1-2g mỗi 4 giờ, tiêm tĩnh mạch
Cefazolin	1g mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch
Clindamycin	600-900mg/kg mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch
Vancomycin	30mg/kg chia 2 lần, tiêm tĩnh mạch
<i>Nhiễm Clostridium</i>	
Clindamycin	600-900mg/kg mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch
Clindamycin	600-900mg/kg mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch
Penicillin	2/4MU mỗi 4-6 giờ, tiêm tĩnh mạch

- **Vệ sinh môi trường:** Dọn dẹp và vệ sinh môi trường làm việc và các khu vực tiếp xúc với bệnh nhân thường xuyên, đặc biệt là các bề mặt tiếp xúc phổ biến như cửa ra vào, bàn làm việc và vật dụng y tế.

- **Xử lý dụng cụ:** Sử dụng và bảo quản các dụng cụ y tế theo hướng dẫn của nhà sản xuất và theo quy trình vệ sinh y tế.
- **Xử lý đồ vải:** Rửa và sấy khô đồ vải y tế bằng cách sử dụng quy trình vệ sinh phù hợp, đảm bảo loại bỏ hoàn toàn vi khuẩn và vi rút.
- **Xử lý chất thải:** Loại bỏ chất thải y tế theo quy định, đảm bảo sự an toàn cho môi trường và cộng đồng.

2. Đối với bệnh nhân

Để phòng tránh bệnh lây nhiễm, mọi người dân nên thực hiện các phương pháp sau đây:

- **Xây dựng chế độ ăn uống hợp lý:** chế độ dinh dưỡng lành mạnh sẽ giúp xây dựng hệ thống miễn dịch tốt hơn
- **Gột vệ sinh môi trường sống:** Để phòng chống bệnh truyền nhiễm, bạn hãy lưu ý giữ gìn vệ sinh ở khu vực nhà bếp và phòng tắm vì đây là hai nơi có nhiều vi trùng, vi khuẩn
- **Tiền chủng đầy đủ:** vacxin làm giảm nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm bằng cách "bắt chước" qua trình gây bệnh từ nhiên của các tác nhân gây bệnh (vi-rút, vi khuẩn, nấm,...) nhằm giúp hệ miễn dịch của cơ thể chống lại căn bệnh đó khi có sự xâm nhập của tác nhân gây bệnh.
- **Rửa tay thường xuyên:** hãy xây dựng thói quen rửa tay sau khi đi vệ sinh, trước khi chế biến thực phẩm hoặc khi ăn, sau khi chăm sóc cây cảnh hoặc làm bất kỳ công việc nào gây làm bẩn. Để phòng chống lây bệnh truyền nhiễm cho người khác, bạn lưu ý rửa sạch tay sau khi xì mũi, ho, hắt hơi; vứt ve hoặc cho thú cưng ăn uống; sau khi đến thăm hoặc chăm sóc người bệnh.

- Thực hiện vệ sinh khi chế biến thực ăn

- **Giữ khoảng cách với người bệnh khác, đeo khẩu trang để phòng tránh bệnh lây nhiễm**
- **Thực hành tinh đức an toàn:** để ngăn ngừa sự lây lan của các bệnh lây truyền qua đường tình dục, bạn có thể cần nhắc hoàn toàn không quan hệ tình dục. Tuy nhiên, nếu bạn có nhu cầu quan hệ, bạn có thể giữ an toàn cho bạn thân bằng cách:

1. Đảm bảo bạn và bạn tình đều đi xét nghiệm để chắc chắn không bị nhiễm HIV hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác;
2. Hạn chế số lượng bạn tình càng nhiều thì nguy cơ mắc bệnh càng thấp;
3. Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục.

- **Kiểm tra sức khỏe định kỳ:** ngay cả khi bạn thấy mình khỏe mạnh, việc kiểm tra sức khỏe định kỳ là vẫn có vai trò quan trọng giúp bạn bảo vệ sức khỏe

TẠI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm (Ban hành kèm theo Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
2. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015)
3. Bài viết "Phòng chống bệnh truyền nhiễm hiệu quả" trong hệ thống tìm kiếm VNC

Not nhân:
- Khoa Dược;
- Lưu: Văn thư.

GIAM ĐỐC

LE NGUYEN QUÉ MINH



