

# NHIỄM TRÙNG HUYẾT NÃO MÔ CẦU

## I. ĐỊNH NGHĨA:

Nhiễm trùng huyết não mô cầu là bệnh nhiễm trùng huyết do vi trùng *Nisseria Meningitidis* gây ra, có hoặc không kèm viêm màng não. Bệnh có thể biểu hiện dưới bệnh cảnh tối cấp gây sốc nặng và tỷ lệ tử vong rất cao, cần điều trị tích cực. Tuổi thường gặp: 3- 6 tuổi

## II. CHẨN ĐOÁN:

### 1 Công việc chẩn đoán:

#### a) Hỏi bệnh sử – tiền sử:

- Sốt: thường khởi phát đột ngột với sốt cao 39 - 40°C.
- Tử ban: thường xuất hiện ngày đầu hay ngày thứ 2 sau sốt.

#### b) Thăm khám:

- Tử ban: thường xuất hiện trong vòng 1-2 ngày sau sốt. Tử ban màu đỏ thắm hoặc tím, kích thước từ 1-2mm đến vài cm, đôi khi có hoại tử trung tâm, bề mặt bằng phẳng, không gồ lên mặt da. Vị trí có thể phân bố khắp người nhưng thường tập trung nhiều ở vùng hông và 2 chi dưới. Đôi khi tử ban lan nhanh có dạng như hình bản đồ, hay có dạng bóng nước.
- Sốt: cần phát hiện sớm để xử trí kịp thời. Mạch nhanh, nhẹ hay không bắt được, huyết áp kẹt hay không đo được. Đôi khi sốc xuất hiện sớm và diễn tiến rầm rộ trong vòng 12 giờ đầu của bệnh (thể tối cấp).
- Dấu hiệu khác:
  - Thay đổi tri giác: vật vờ, lơ đãng, lơ mơ.
  - Đau màng não.
  - Viêm khớp...

#### c) Cận lâm sàng:

- Công thức máu.
- Phết tử ban: soi tìm vi trùng song cầu Gram(-).
- Phết họng: không có giá trị trong chẩn đoán nhiễm trùng huyết, chỉ có giá trị trong phát hiện người lành mang trùng.
- Cấy máu.
- Dịch não tủy: khi nghi ngờ có viêm màng não kèm theo.

### 2. Chẩn đoán xác định

Sốt và một trong 3 dấu hiệu sau:

- Tử ban điển hình: hình bản đồ, lan nhanh, có hoại tử trung tâm.
- Cấy máu dương tính: vi trùng *Nisseria Meningitidis*.
- Phết tử ban có song cầu Gr (-)

### 3. Chẩn đoán có thể:

Chấm xuất huyết dạng tử ban xuất hiện sớm ngày 1, ngày 2 sau khi sốt, công thức máu bạch cầu tăng đa số đa nhân: nên điều trị kháng sinh và cấy máu trước khi điều trị kháng sinh.

#### 4. Chẩn đoán phân biệt:

- Nhiễm trùng huyết do vi trùng : do *H. influenzae B*, bệnh cảnh đôi khi rất giống, dựa vào cấy máu.
- Sốt xuất huyết: chấm xuất huyết, gan to, Hct tăng, tiểu cầu giảm.
- Xuất huyết giảm tiểu cầu: chấm xuất huyết, xen kẽ mảng xuất huyết, thường không sốt, xét nghiệm tiểu cầu giảm.

### III. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Nguyên tắc điều trị:

- Kháng sinh.
- Điều trị sốc (nếu có).

#### 2. Xử trí ban đầu:

##### a) Chống sốc:

- Thở Oxy ẩm.
- Dịch truyền:
  - Dung dịch Lactate Ringer 20 ml/kg/giờ đầu nếu mạch huyết áp ổn, sau đó duy trì 10ml/kg/giờ trong những giờ sau tùy thuộc vào tình trạng mạch huyết áp.
  - Nếu sau khi truyền 20 ml/Kg/giờ đầu mà mạch huyết áp không ổn, cần thay bằng dung dịch đại phân tử (Gelatine); lượng dịch truyền tương tự như điện giải.
- Dopamine: nên sử dụng sớm trong giờ đầu bù dịch. Liều tăng dần từ 3 – 5 – 7 – 10 µg/kg/phút đến khi huyết áp ổn định.
- Dobutamine: khi đã dùng dopamine liều tối đa nhưng huyết áp chưa ổn, liều tương tự dopamine.
- Đo CVP sau khi bù Gelatine 20 ml/Kg/giờ mà tình trạng mạch, huyết áp chưa ổn: để theo dõi điều chỉnh lượng dịch nhập.
- Hydrocortison: 10 -15 mg /kg/ 1liều dùng mỗi 6 giờ khi lâm sàng có sốc hay đe dọa sốc (bệnh khởi phát cấp tính, mạch nhanh, trẻ bứt rứt vật vã) dùng trong 2 - 3 ngày.
- Cần theo dõi bảo đảm mạch, huyết áp ổn định trong 48 giờ.

#### 3. Xử trí đặc hiệu:

- Pénicilline: 300.000 - 400.000 đv/kg/ngày chia 4 lần tiêm mạch (chia 6 lần nếu có viêm màng não), nếu chẩn đoán dương tính
- Cefotaxim 200 mg/kg/ngày chia 4 lần tiêm mạch, hay Ceftriaxone 80 – 100mg/ Kg chia 2 lần nếu chẩn đoán có thể.
- Thời gian sử dụng kháng sinh: 5-7 ngày nếu chẩn đoán dương tính, 10 ngày nếu chẩn đoán có thể.

#### 4. Theo dõi:

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, lượng nước tiểu đặc biệt trong 48 giờ đầu của điều trị.

- Sản sóc vết tử ban ngứa bội nhiễm. Khi có bội nhiễm đôi khi cần phải cắt lọc.

### 5. Phòng ngừa:

Cho những người trong gia đình có tiếp xúc với trẻ bệnh.

- Rifampicine: Người lớn 600mg/ngày trong 2 -3 ngày.  
Trẻ em 20mg/Kg/ngày trong 2 -3 ngày, hay
- Ciprofloxacin: 500mg uống một liều duy nhất.

Vấn đề	Chứng cứ
Corticoid có hiệu quả trong nhiễm não mô cầu thể viêm màng não và suy thượng thận cấp.	I Conn 2000 Mandell, Text book of Infectious disease 2000