

NHIỄM TRÙNG DO TỤ CẦU

I. ĐẠI CƯƠNG:

Tụ cầu gây nhiễm trùng có hai loại: Staphylococcus aureus và coagulase negative staphylococci. Nhiễm trùng do coagulase negative staphylococci ít gặp và thường là nhiễm trùng liên quan đặt các dụng cụ trong lòng mạch máu. Phần lớn các tụ cầu hiện nay kháng Penicillin, còn nhạy Methicilline và Aminoglycoside ngoại trừ nhiễm tụ cầu trong bệnh viện.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán các bệnh do tụ cầu:

a) Viêm mô tế bào và nhọt da, áp xe:

Sưng đỏ nóng đau vùng da bị viêm (viêm mô tế bào) hoặc kèm theo có ổ mủ (nhọt, áp xe).

b) Viêm phổi, tràn mủ màng phổi:

Thâm nhiễm phổi hai bên dạng đám, có bóng khí, diễn tiến nhanh (viêm phổi) hay kèm tràn mủ màng phổi.

c) Viêm xương, viêm khớp:

- Sưng nóng đỏ đau phía trên xương viêm, khớp kèm giới hạn cử động
- Xquang xương: hình ảnh viêm xương thường xuất hiện sau 10-20 ngày nhiễm trùng

d) Viêm nội tâm mạc, tràn mủ màng tim:

- Bệnh nhân có bệnh tim trước, sốt cao kéo dài, sùi van tim (viêm nội tâm mạc)
- Ổ nhiễm trùng da, tràn dịch màng tim trên siêu âm.

e) Nhiễm trùng huyết:

Bệnh cảnh lâm sàng nhiễm trùng huyết trên bệnh nhân có nhọt da, viêm xương, viêm phổi có bóng khí.

Các vi khuẩn Gram (-), Chromobacterium cũng có thể có bệnh cảnh lâm sàng tương tự tụ cầu.

2. Xét nghiệm:

- CTM
- Xquang phổi khi có suy hô hấp
- Xquang xương
- Cấy máu khi có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân, nhiễm trùng huyết, viêm nội tâm mạc
- Chọc hút ổ mủ: nhuộm gram, phân lập vi khuẩn và kháng sinh đồ.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

- Phân lập vi khuẩn trước khi cho kháng sinh
- Kháng sinh chống tụ cầu
- Dẫn lưu ổ mủ

- Điều trị biến chứng

2. Điều trị:

2.1. Kháng sinh:

Bệnh nhân phải được phân lập vi khuẩn đặc biệt là nhuộm gram mũ lấy từ áp xe sẽ thấy cầu trùng gram dương dạng chùm

a) Kháng sinh ban đầu:

- Viêm mô tế bào và áp xe, nốt không có biểu hiện toàn thân: Oxacilline uống hoặc Cephalexine uống
- Các trường hợp khác có biểu hiện toàn thân hoặc nhiễm trùng nặng: Oxacilline TM + Gentamycine.
- Bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch: suy hô hấp nặng, sốc thì có thể dùng Vancomycine ngay từ đầu.

b) Sau khi có kết quả phân lập vi khuẩn và kháng sinh đồ:

- Lâm sàng đáp ứng tốt: tiếp tục kháng sinh đang điều trị cho đủ 7 ngày trong trường hợp nốt da. Các trường hợp khác tiếp tục kháng sinh trong 3-4 tuần, riêng Gentamycine chỉ cho trong 5-7 ngày đầu. Thường sau 1 tuần, khi bệnh nhân hết sốt, ăn uống được có thể đổi sang Oxacilline đường uống nếu bệnh nhân đang dùng Oxacilline chích.
- Lâm sàng xấu hơn hoặc chưa cải thiện:
 - Kháng sinh đồ còn nhạy Oxacilline: nếu bệnh nhân chỉ còn sốt nhưng các dấu hiệu khác không nặng hơn thì vẫn tiếp tục Oxacilline
 - Kháng sinh đồ kháng Oxacilline: đổi sang Vancomycine và có thể phối hợp Rifampicine uống.
 - Phân lập vi khuẩn âm tính: đánh giá lại lâm sàng, tìm ổ nhiễm trùng khác và sau khi đã loại bỏ tác nhân là trực khuẩn gram âm thì đổi sang Vancomycine. Nếu không loại bỏ được trực khuẩn gram âm hoặc viêm xương ở trẻ dưới 3 tuổi (có thể do Hemophilus type b) thì có thể dùng phối hợp một kháng sinh khác có tác dụng trên trực khuẩn gram âm như Cefotaxime.

c) Thời gian điều trị kháng sinh ít nhất

- Viêm mô tế bào: 7 ngày
- Viêm phổi, tràn mủ màng phổi: 3-4 tuần
- Viêm nội tâm mạc: 4-6 tuần
- Viêm xương: 3 - 6 tuần

2.2. Dẫn lưu ổ mủ

2.3. Điều trị biến chứng:

- Suy hô hấp: thở oxy, chọc giải áp tràn mủ màng phổi, màng tim
- Sốc: xem phác đồ điều trị sốc
- Vật lý trị liệu trong tràn mủ màng phổi
- Dẫn lưu màng phổi, màng tim hay phẫu thuật bóc tách màng phổi, màng tim.

2.4. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn
- Dấu hiệu suy hô hấp, chèn ép tim
- Diễn tiến ở áp xe để chỉ định dẫn lưu.
- Theo dõi lượng nước tiểu và TPTNT, chức năng thận ngày thứ 5 sau điều trị.