



NHIỄM TRÙNG DA Ở TRẺ SƠ SINH

BS. Nguyễn An Nghĩa

Bộ môn Nhi, Đại học Y Dược TPHCM

Nhiễm trùng da sơ sinh được xếp vào một trong các nhóm bệnh nguy hiểm nhưng có thể điều trị dễ dàng nếu phát hiện sớm. Việc nhận diện một số sang thương đặc trưng, kết hợp cùng một vài xét nghiệm cận lâm sàng đơn giản, có thể giúp chẩn đoán chính xác và điều trị phù hợp cho nhóm bệnh lý này.

NHIỄM TRÙNG DO STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Staphylococcus aureus (S. aureus) hiện diện ở khắp nơi, sống hội sinh trên hơn 30% dân số chung. Vi khuẩn có thể lây sang trẻ từ vùng đáy chậu của mẹ trong lúc sinh hoặc qua bàn tay của người chăm sóc trẻ.

Chốc bóng nước (bullous impetigo)

Impetigo là một nhóm sang thương nhiễm trùng da nồng gây ra bởi Streptococcus nhóm A hoặc S. aureus, hoặc cả hai. Sang thương ban đầu chủ yếu là bóng nước nên được đặt tên là chốc bóng nước. Bệnh thường xảy ra ở phòng chăm sóc trẻ sơ sinh, xuất hiện hàng loạt ca do lây lan qua dịch tiết từ mũi.

Impetigo là một dạng nhiễm trùng da sơ sinh thường gặp nhất, xảy ra vào cuối tuần đầu hoặc vào tuần thứ hai sau sinh, biểu hiện bằng những mụn nước hoặc mụn mủ trên nền hồng ban, thường thấy ở vùng quanh rốn, vùng mang tã, nếp nhăn da. Do sang thương nằm nồng nên đường kính sang thương thường bé hơn 1cm. Các



Hình 1. Chốc bóng nước

sang thương lớn hơn thường mềm và vỡ rồi để lại các vết lở với đáy ướt và đỏ, sau đó sẽ hình thành vảy mỏng bên ngoài. Các sang thương này thường lành nhanh không để lại sẹo. Mặt khác, các mụn nước không mọc thành nhóm, giúp phân biệt chúng với sang thương do Herpes simplex virus.

S. aureus là nguyên nhân hàng đầu gây cả chốc bóng nước và chốc không bóng nước. Chốc bóng nước gây ra bởi dòng S. aureus sản xuất coagulase (+) sinh độc tố. Thời gian ủ bệnh khoảng 1-10 ngày. Các sang thương da là kết quả của ngoại độc tố ly giải biểu bì, có vai trò ly giải protein liên kết trong lớp hạt của biểu bì da, tạo ra những sang thương rộp da nóng. Độc tố này tương tự với loại gây ra hội chứng bong da do tụ cầu.

Bệnh nhi với các sang thương da như trên có khả năng lây nhiễm cao, nhưng bệnh cũng có thể lây từ những người lành mang mầm bệnh. 30% dân số chung mang S. aureus ở vùng mũi trước. Các dòng cư trú ở nhân viên y tế thường là các dòng kháng methicillin. Mặt khác, các nghiên cứu trong cộng đồng hiện tại cũng đã ghi nhận sự lưu hành của một số dòng kháng methicillin.

Các ca bệnh impetigo đơn lẻ khá thường gặp, nhưng nhiều đợt dịch bệnh cũng đã được ghi nhận ở các đơn vị chăm sóc trẻ sơ sinh và cần được điều trị tích cực. Trẻ bệnh có thể chỉ biểu hiện sang thương bóng nước sau khi xuất viện, do đó, việc giám sát bệnh cần phải được

tiến hành trên tất cả đối tượng có tiếp xúc với bệnh nhân. Khi dịch bệnh xảy ra, các nhân viên chăm sóc tại nơi xảy ra dịch cần phải được khảo sát tác nhân gây bệnh cư trú ở tay và mũi.

Chẩn đoán nhiễm trùng da do S. aureus dựa trên sự hiện diện các cụm cầu trùng Gram dương qua nhuộm Gram và kết quả cấy bệnh phẩm thu được từ các mụn mủ chưa vỡ.

Chốc bóng nước khá lành tính nếu được điều trị sớm, tuy nhiên, bệnh sẽ diễn tiến nặng nề, thậm chí tử vong, nếu để vi khuẩn nhân lên tại chỗ kèm sản xuất ngoại độc tố, hoặc để vi khuẩn gây tổn thương lan tỏa. Điều trị cần được khởi đầu sớm, bệnh nhi cần được cách ly chặt chẽ cho đến khi giải quyết ổn các sang thương. Với sang thương khu trú, có thể điều trị bằng mupirocin dạng thoa, tuy nhiên, cần phải thật thận trọng khi sử dụng dạng này ở trẻ sơ sinh. Có thể đắp gạc tẩm nước tiệt trùng, nước muối sinh lý mỗi vài giờ trên sang thương. Các trường hợp có tổn thương lan tỏa cần được điều trị bằng các kháng sinh kháng penicillinase 7-10 ngày. Kết quả kháng sinh đó có thể giúp quyết định trong việc chọn lựa kháng sinh sau đó, nhất là trong các trường hợp kháng thuốc.

Hội chứng bong da do tụ cầu

Hội chứng bong da do tụ cầu (Staphylococcal scaled skin syndrome – SSSS) là thể tổn thương lan tỏa do độc tố ly giải lớp biểu bì của tụ cầu làm tách protein liên kết các tế bào này.

Trẻ bệnh thường thay đổi thân nhiệt đột ngột, bứt rứt, đỏ da kèm tăng nhẹ cảm da, thường khởi phát từ mặt rồi lan toàn thân nhanh chóng. Đỏ da thường nặng ở các nếp gấp. Đỏ da mặt, viêm kết mạc, da bong vảy quanh mắt, mũi, miệng làm cho trẻ có khuôn mặt "mặt nạ buồn". Có thể xuất hiện các bóng nước tiếp sau bởi tình trạng bong tróc da lan rộng toàn thân trong vài giờ đến vài ngày. Những chỗ rộp da rất dễ bong khi cào nhẹ (dấu hiệu Nikolsky). Da bong thành từng mảng, để

lại nền ẩm, đỏ, đau. Tình trạng lan rộng toàn thân của sang thương có thể làm nặng thêm các vấn đề về nước và điện giải ở trẻ.

Điều trị chọn lựa thường sử dụng penicillin kháng penicillinase đường toàn thân kèm các điều trị hỗ trợ.

NHIỄM STREPTOCOCCUS SPP

Nhiễm trùng da do Streptococcus ở trẻ sơ sinh thường ít gặp hơn tụ cầu. Liên cầu nhóm A cũng đã gây một số đợt dịch ở trẻ. Rốn là vị trí tổn thương thường gặp, có thể kèm viêm kết mạc, viêm âm đạo, phát ban da. Do tác nhân này có thể gây viêm màng não và nhiễm trùng huyết, trẻ bệnh cần được điều trị đúng và kịp thời, thường dùng penicillin với thời gian trên 10 ngày, trẻ bệnh cần được cách ly. Mặt khác, người chăm sóc trẻ bệnh và các trẻ khác có tiếp xúc với bệnh nhi cũng cần được điều trị penicillin dự phòng.

Liên cầu nhóm B hiện là một trong các tác nhân thường gặp nhất tại đơn vị chăm sóc trẻ sơ sinh. Bệnh do tác nhân này có thể biểu hiện bằng hai thể. Thể khởi phát sớm khởi phát trong tuần đầu sau sinh, do lây nhiễm từ trong tử cung hoặc trong lúc sinh, thường có biểu hiện nặng nề với nhiễm trùng huyết, suy hô hấp, sốc. Thể khởi phát muộn (sau tuần đầu) thường biểu hiện bằng viêm màng não. Liên cầu nhóm B cũng có thể gây ra sang thương da, mặc dù không thường gặp, với biểu hiện mụn mủ, viêm mô tế bào, các khối áp-xe nhỏ. Điều trị



Hình 2. Nhiễm nấm Candida albicans bẩm sinh

được chọn lựa thường là procaine penicillin kéo dài không dưới 10 ngày.

NHIỄM CANDIDA ALBICANS

Candida albicans (C. albicans) là một tác nhân sinh bệnh thường gặp ở đường sinh dục nữ, đặc biệt trong thời gian mang thai. Trẻ có thể nhiễm từ trong tử cung, trong lúc sinh, hoặc sau sinh.

Tưa miệng

C. albicans cư trú tại khoang miệng và đường tiêu hóa ở phần lớn trẻ sơ sinh, với đỉnh mắc mới vào khoảng 4 tuần tuổi. Sang thương có thể thay đổi từ không triệu chứng đến những mảng trắng, đau, dễ vụn nấm trên nền hồng ban xuất hiện ở lưỡi, vòm khẩu cái, má, nướu răng. Nhiễm nấm ở trẻ bú mẹ thường có biểu hiện khá đặc trưng khi nấm sẽ nhiễm cho cả mẹ và gây cảm giác đau khi cho trẻ bú, dẫn đến quyết định cho trẻ cai sữa sớm. Bệnh có thể tái đi tái lại, dẫn đến thẻ mạn tính.

Chẩn đoán thường chỉ cần dựa vào khám lâm sàng và hỏi bệnh sử. Tuy nhiên, có thể cung cấp thêm nhờ vào quan sát thấy dạng sợi tơ nấm già ở bệnh phẩm với kính hiển vi hoặc cấy bệnh phẩm.

Sang thương miệng thường đáp ứng tốt với rơ miệng bằng nystatin 100.000-200.000 đơn vị pha loãng trong nước, 4 lần trong ngày, kéo dài 14-21 ngày. Những trường hợp kháng trị có thể tăng liều nystatin hoặc điều trị bằng đường toàn thân. Nếu mẹ cũng bị nhiễm, mẹ có thể điều trị với nystatin dạng kem, hoặc fluconazole đường uống. Tím gentian 0,5-1% cũng là một chọn lựa hiệu quả, an toàn và rẻ tiền cho trẻ. Tuy nhiên, dùng tím gentian kéo dài có thể dẫn đến tác dụng phụ như buồn nôn, nôn, tiêu chảy, loét niêm mạc.

Nhiễm nấm da sơ sinh

Nhiễm nấm da sơ sinh thường biểu hiện 3-7 ngày sau sinh với các sang thương da niêm. Sang thương có thể



khu trú hoặc lan tỏa với nguồn nhiễm đa phần từ âm đạo mẹ. Thể này thường lành tính ở trẻ đủ tháng khỏe mạnh.

Bệnh gây sang thương da khu trú, biểu hiện bằng những vùng hăm da, đặc biệt ở nếp gấp cổ, nách, vùng mang tã, móng và vùng quanh móng. Sang thương nguyên phát là những mụn mủ nhỏ, sau đó loét và hòa vào nhau tạo nên những mảng bong vảy, đỏ, thường có viền dạng vỏ sò. Các mụn mủ “vệ tinh” cũng có thể được ghi nhận nhưng không phải là biểu hiện đặc trưng của bệnh, trẻ có thể kèm thêm tua miệng.

Nếu không điều trị, bệnh có thể diễn tiến thành thể nhiễm nấm sơ sinh lan tỏa, biểu hiện bằng bong vảy toàn thân, quan sát kỹ sẽ thấy những mụn mủ nhỏ và sang thương liên quan móng và vùng quanh móng. Các sang thương này thường sờ bong sau 1-2 tuần.

Chẩn đoán có thể được hỗ trợ bằng quan sát bệnh phẩm mụn mủ dưới kính hiển vi (sau khi đã xử lý với KOH), hoặc nhuộm calcofluor và quan sát bằng kính hiển vi miễn dịch huỳnh quang. Cấy bệnh phẩm mụn mủ, mảnh nạo từ sang thương, sinh thiết da cũng hỗ trợ chẩn đoán. Cấy máu, nước tiểu, dịch não tủy thường cho kết quả âm tính, tuy nhiên, vẫn được chỉ định khi nghi ngờ bệnh lan tỏa hệ thống, cũng như cho tất cả các trẻ sinh non mắc bệnh.

Các sang thương da có thể tự hết hoặc trở nên lan rộng hơn nếu không điều trị. Sang thương khu trú ở trẻ khỏe mạnh có thể điều trị bằng các thuốc kháng nấm dạng thoa tại chỗ như nystatin, hoặc imadazoles (miconazole, clotrimazole, ketoconazole), hoặc ciclopirox olamine.

Nhiễm nấm Candida bẩm sinh và lan tỏa

Thể bệnh này thường do nhiễm trong tử cung và thường được nhận biết ngay sau sinh, tuy nhiên, cũng có thể mắc phải trong giai đoạn sơ sinh, nhất là đối với trẻ điều trị tại NICU. Đây là một bệnh lý nặng với tỉ lệ tử vong cao ở trẻ non tháng.

Sang thương có thể quan sát thấy ở nhau thai và các màng của bào thai, bao gồm cả các sang thương u hạt điển hình ở dây rốn. Các sang thương này có dạng các nốt sần trắng-vàng kích thước 1-3mm. Sang thương da thường lan rộng, nấm rải rác bao gồm sần, mụn mủ trên nền hồng ban. Các mụn mủ lòng bàn tay chân, viêm mủ quanh móng, loạn dưỡng móng là những đặc điểm giúp phân biệt với các bệnh lý da lành tính thường gặp khác ở trẻ sơ sinh. Bóng nước và bong da thường gặp ở giai đoạn muộn của bệnh.

Candida có thể theo đường bạch huyết hoặc máu lan tỏa gây tổn thương thận, hệ cơ xương, hệ thần kinh trung ương. Viêm phổi cũng có thể xảy ra do trẻ hít nước ối và biểu hiện bằng tình trạng suy hô hấp.

Công thức máu thường thể hiện sự gia tăng số lượng bạch cầu máu và công thức bạch cầu chuyển trái ở mức khá cao, thậm chí có thể lâm với bạch huyết cấp ($120.000/mm^3$). Ngoài ra, đường huyết và đường niệu có thể tăng kéo dài.

Các yếu tố nguy cơ dẫn đến tổn thương hệ thống bao gồm cân nặng lúc sinh $<1.500g$, có đặt catheter mạch máu, điều trị kháng sinh kéo dài, điều trị steroid, cung cấp dinh dưỡng quá mức cần thiết.

Chẩn đoán dựa vào các sang thương sần mụn mủ trên nền hồng ban, có thể thay đổi từ lành tính, tự giới hạn đến tiến triển nhanh và đe dọa tử vong. Bệnh phẩm từ da có thể hỗ trợ chẩn đoán tương tự thể nhiễm nấm da sơ sinh. Ngoài ra, tùy tình huống cụ thể, các xét nghiệm X-quang ngực, cấy máu, dịch não tủy, nước tiểu, khảo sát mô nhau và dây rốn cũng có thể giúp ích.

Điều trị với thuốc kháng nấm (như amphotericin B).

NHIỄM HERPES SIMPLEX VIRUS (HSV)

Nhận biết sớm và điều trị đúng Herpes sơ sinh có ý nghĩa rất quan trọng, việc điều trị trẻ có thể dẫn đến những hậu quả cực kỳ tai hại.

Bệnh thường khởi phát ở thời điểm 1-2 tuần sau sinh với đa tổn thương ở da, niêm, mắt, hệ thần kinh trung ương. Chỉ 1/3 trẻ có biểu hiện sang thương da lúc khởi đầu, mặc dù đến 80% sẽ xuất hiện sang thương da điển hình trong quá trình diễn tiến bệnh. Sang thương da bao gồm các mụn nước mọc thành nhóm trên nền hồng

ban và biến đổi dần thành mụn mủ, đóng vảy, hoặc các vết loét nhỏ sau vài ngày. 1/4 trẻ bệnh sẽ có biểu hiện tổn thương lan tỏa (nhiễm trùng huyết, rối loạn chức năng gan, rối loạn đông máu, suy hô hấp).

Bệnh nhi, nếu nhiễm HSV từ trong tử cung, phần lớn sẽ có biểu hiện sang thương da ngay khi sinh, bao gồm các vết loét, bóng nước, sẹo tương tự sang thương trong bất kỳ da. Các dấu hiệu khác có thể đi kèm bao gồm viêm mống mắt-kết mạc, tật đầu nhỏ, não úng thủy, teo nhãn cầu.

Điều trị chủ yếu bằng các thuốc kháng virus kèm điều trị hỗ trợ. Acyclovir đường tĩnh mạch liều cao (60 mg/kg/ngày) x21 ngày thường được chọn lựa.

Tài liệu tham khảo

1. Amagi M, et al. (2002). Staphylococcal exfoliative toxin B specifically cleaves desmoglein 1. J Invest Dermatol. 118, p.845-850.
2. Kimberlin DW (2001). Advances in the treatment of neonatal herpes simplex infections. Rev Med Virol. 11, p.157-163.
3. Taeusch BG (2005). Avery's diseases of the newborn, 8th edn, p.1503-1510.

gia đình hạnh phúc
IVF
ivfvietnam.net

