

Bs Phạm Thị Mỹ Na- Khoa Nội thận nội tiết

Nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường (Diabetic foot infections - DFIs) là một vấn đề thường gặp và khá trầm trọng ở những bệnh nhân đái tháo đường. Nhiễm trùng thường phát triển từ một tổn thương loét da thấy phát biểu bệnh lý thần kinh ngoại biên đái tháo đường hoặc từ một vết thương do chấn thương, thường gặp hơn là do nhiễm khuẩn và có thể lan rộng ra các mô lân cận bao gồm cơ xương, gây viêm tấy xương.



DFIs là nguyên nhân vào viện phổ biến nhất của bệnh nhân đái tháo đường, chiếm khoảng 20%

Nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ bảy, 09 Tháng 9 2017 20:07 - Lần cập nhật cuối Thứ bảy, 09 Tháng 9 2017 20:15

3: Giai đoạn 2 với áp xe, viêm tấy xung quanh ổ nhiễm trùng khớp

4: Hội chứng toe

5: Hội chứng toàn bộ bàn chân

Nguyên nhân: hầu hết DFIs gồm nhiều loại vi khuẩn (có thể 5-7 loại vi khuẩn khác nhau).

1. Nhiễm trùng nông có thể do vi khuẩn gram dương da: tụ cầu vàng, liên cầu B và liên cầu A, tụ cầu coagulase (+).

2. Nhiễm trùng sâu, mức tính hoại tử đã được điều trị trước đó có thể do nhiều loại vi khuẩn: gồm nhiều vi khuẩn kể trên cộng với vi khuẩn đường ruột, trực khuẩn gram (-) gồm cả trực khuẩn màu xanh. Với tổn thương hoại tử có thể xuất hiện thêm các vi khuẩn kỵ khí như các chủng Clostridia và Bacteroides. Bệnh nhân nhập viện nhiều lần có thể có các vi khuẩn kháng thuốc như trực khuẩn gram (-) đa kháng tuýp ESBL, MRSA, Acinetobacter.

Chẩn đoán phân biệt: Tình trạng nhiễm trùng khác mà có thể tiếp tục DFIs, bao gồm:

- Viêm khớp do tinh thể khớp gút
- Chẩn thương
- Bệnh khớp Charcot cấp trên bệnh nhân đái tháo đường lâu năm
- Loét chân do suy tĩnh mạch
- Huyết khối tĩnh mạch sâu

Đánh giá bệnh nhân DFIs bao gồm xác định phạm vi và mức độ của nhiễm trùng, nhận biết các yếu tố dẫn tới nhiễm trùng, và xác định nguyên nhân vi khuẩn học: Dùng history sống: sốt, huyết áp, nhịp tim nhanh có thể có. Mô tổn thương chỉ tiêu: chiều dài, rộng và độ sâu của tổn thương, tính chất tổn thương. Xác định viêm tấy xung: khả năng cao nhìn thấy đỏ xung. Thăm dò bằng que (probe to bone test) có độ nhạy 66%, độ đặc hiệu 85% trong chẩn đoán nhiễm trùng xương. Hội chứng toe biểu hiện với bọng nước da, hồng mô mềm, mùi hôi, thay đổi

Nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ bảy, 09 Tháng 9 2017 20:07 - Lần cập nhật cuối Thứ bảy, 09 Tháng 9 2017 20:15

màu sắc da. Nhiễm trùng nặng có thể hoại tử, thiêu u máu mô, đe dọa cắt cụt chi.

Đánh giá mạch máu không xâm nhập: ABI (Ankle brachial index): <0.90 hoặc >1.30 gợi ý bệnh lý động mạch ngoại biên.

Đo áp lực oxy qua da (TcPO₂): đánh giá khả năng lành vết thương (kém khi thấp hơn 25mmHg).

Clin lâm sàng:

- Dự kiến 50% bệnh nhân có tăng bạch cầu.
- Xác định test BUN/Cr, HbA1C, đường huyết.
- Phấn công trong pha cấp: tốc độ lắng máu (ESR), CRP. Nếu ESR >70, khả năng cao có nhiễm trùng xương.
- Albumin máu là marker đánh giá tình trạng dinh dưỡng và khả năng lành vết thương.
- Loét có kích thước lớn hơn 2cm² biểu hiện thường khả năng cao viêm tấy xương.
- Nhuộm gram và nuôi cấy: nuôi cấy bệnh phẩm không nên sử dụng vì có thể chứa vi khuẩn tểi chấy, nên thực hiện cấy mô sâu.
- X-quang: đánh giá xương và mô mềm, có thể phát hiện khí trong mô, điều này thường hiện bệnh tình trạng cấp cứu. Viêm tấy xương đặc biệt biểu hiện với hình ảnh tiêu xương, phồng nang màng xương (đặc biệt hiện 67%, đặc biệt 60%).
- Xét hình xương với Indium-111 hoặc technetium-99 có thể phân biệt nhiễm trùng cấp hoặc mãn.
- CT và MRI: MRI là kỹ thuật có độ nhạy và đặc biệt hiện cao nhất trong phát hiện viêm xương tủy xương và áp xe.

Điều trị: Kháng sinh theo kinh nghiệm nên được bắt đầu dựa trên khả năng nguồn bệnh nghi ngờ và đặc điểm truyền nhiễm của bệnh. Chăm sóc tổn thương và cắt lọc, bao gồm cắt bỏ vụn phẩu thuật khi cần thiết.

Dinh dưỡng đảm bảo, kiểm soát đường huyết, cân bằng dịch và điện giải sẽ đẩy nhanh quá trình lành vết thương.

Nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ bảy, 09 Tháng 9 2017 20:07 - Lần cập nhật cuối Thứ bảy, 09 Tháng 9 2017 20:15

Cắt bỏ phần chai da và mô hoại tử.

Làm sạch tổn thương: nếu u sưng phồng có thể dùng nước rửa vết thương rửa sạch để vết thương khô ráo có thể nào dùng chất dưỡng da để vết thương khô ráo, bao gồm: enzymes, Vaseline, keo hydrocolloids, kháng viêm chứa iod, muối bạc, mủ ong, ...

Cắt bỏ hoại tử nên hành tái phân bổ mạch máu như nông hoại tử mô chết.

Liều pháp kháng sinh: trước khi có kết quả nuôi cấy, nên tiến hành điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm càng sớm càng tốt bao phủ các vi khuẩn trên da, trừ khuẩn gram(-), vi khuẩn kỵ khí. Các lựa chọn kháng sinh tĩnh mạch gồm:

- Piperacillin-tazobactam: 3.375g TM mỗi 6 giờ với chức năng thanh toán bình thường, tác dụng đối với vi khuẩn gram (-), liên cầu, tụ cầu vàng, chủng liên cầu vào đường thanh toán của thận.

- Meropenem: 1g TM mỗi 8 giờ với chức năng thanh toán bình thường, phổ kháng khuẩn rộng hơn so với piperacillin-tazobactam, các thuốc có tác dụng bao gồm imipenem, doripenem.

- Cephalosporin thế hệ 3 như cefepime 2g TM mỗi 8 giờ, ceftriaxone 2g TM hàng ngày, để tăng hiệu quả trên gram (-) và kỵ khí thêm metronidazole 500mg TM mỗi 8 giờ hoặc clindamycin 900mg TM mỗi 8 giờ. Cefepim tác dụng trên khuẩn gram (-) như ceftriaxone thì không.

- Bệnh nhân dùng penicillin: phải dùng ciprofloxacin 400mg TM mỗi 12 giờ và metronidazole hoặc clindamycin. Aztreonam 2g TM mỗi 8 giờ là lựa chọn khác đối với vi khuẩn gram (-).

- Nếu nghi ngờ MRSA cần thêm vancomycin TM 15-20mg/kg mỗi 8-12 giờ, phải thu vào tuỷ và mô cấy của thận. Có thể thay bằng Daptomycin 4mg/kg TM hàng ngày, không cần phải cấy khuẩn theo mô cấy của thận, hoặc linezolid, 400-600mg TM mỗi 12 giờ.

Nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường

Viết bởi Biên tập viên

Thủ bút, 09 Tháng 9 2017 20:07 - Lần cập nhật cuối: Thủ bút, 09 Tháng 9 2017 20:15

- VRE: Tigecycline 100mg TM liều đầu tiên, sau đó 50mg TM mỗi 12 giờ, có thể tác dụng với MRSA và trực khuẩn gram (-) nhưng không tác dụng với trực khuẩn mủ xanh, hoặc có thể dùng daptomycin hay linezolid.

- Vi khuẩn gram (+) ESBL: meropenem hoặc ertapenem 1g TM hàng ngày hoặc tigecycline.

- Sau khi có kết quả cấy vi khuẩn thì thay đổi kháng sinh phù hợp.

- Kháng sinh uống đầu tiên sẽ dùng trong nhiễm trùng nhẹ: amoxicillin-clavulanate, 875mg tác dụng trên trực khuẩn gram (-), liên cầu, vi khuẩn kỵ khí, hoặc ciprofloxacin kết hợp metronidazole hay clindamycin. Bactrim sẽ tác dụng với MRSA và MSSA và một số trực khuẩn gram (-).

Thời gian điều trị: phụ thuộc vào độ nặng của tổn thương nhiễm trùng. Thời gian 2-4 tuần kháng sinh là hiệu quả. Nếu nghi ngờ hoặc có chứng cứ cho thấy nhiễm trùng xương có thể 4-8 tuần kháng sinh, tốt nhất là điều trị tĩnh mạch qua PICC (peripherally inserted central).

Một nghiên cứu ngẫu nhiên, hồi cứu trong tiền lâm sàng nhiễm trùng bàn chân đái tháo đường cho thấy tỷ lệ 22,7% thất bại điều trị.

Bệnh nhân nên được chăm sóc, theo dõi y khoa kỹ vì nhiễm tổn thương nhiễm trùng có thể nhanh chóng hoại tử.

Tài liệu tham khảo

1. Ferri F.F., Hall H.A., Alvero R., et al., *Diabetic foot infections, Ferri's clinical advisor, 2015.*
2. Hobizal K., Wukich D., *Diabetic foot infections: current concept review, Diabet Foot Ankle, 2012.*
3. Lipsky B.A., et al., *Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline*

Nhiệm vụ trung tâm chân và bệnh nhân đái tháo đường

Viết bởi Biên tập viên

Thủ bản, 09 Tháng 9 2017 20:07 - Lần cập nhật cuối Thủ bản, 09 Tháng 9 2017 20:15

for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections, 2012.