

BS Huân Thạc Sĩ Nguyễn

1. Giới thiệu:

Nhiễm trùng máu do nấm Candida được định nghĩa là sự hiện diện của loài Candida trong máu, được xác định bằng ít nhất một lần cấy máu dương tính từ bệnh nhân bất tỉnh và có dấu hiệu nhiễm trùng huyết. Đây là bệnh có tỷ lệ tử vong rất cao, có thể lên tới 50% . Mặc dù Candida albicans vẫn là loài Candida phổ biến nhất gây ra bệnh nhiễm trùng máu do nấm Candida, nhưng trong những năm gần đây đã có sự gia tăng các loài Candida không phải albicans , điều này có thể là một thách thức trong điều trị do tính nhạy cảm với kháng sinh khác nhau của các loài Candida khác nhau.



2. Nguyên nhân:

Candida albicans là nguyên nhân phổ biến nhất gây bệnh nhiễm trùng huyết do nấm candida, chiếm 35% đến 60% các trường hợp phân lập.

Candida parapsilosis, *Candida tropicalis*, *Candida glabrata* và *Candida krusei* là những loài *Candida* không phải *albicans* phổ biến nhất được xác định. *glabrata* và *Candida krusei* thường kháng với thuốc chống nấm nhóm azole.

Candida albicans, *Candida tropicalis* và *Candida glabrata* là những loài đặc biệt cao, nhiễm trùng do chúng có nguy cơ tử vong cao hơn.

3. Dịch tễ học:

Nhiễm trùng máu do nấm *Candida* là bệnh nhiễm trùng máu do nấm phổ biến nhất và có thể là bệnh nhiễm trùng máu phổ biến thứ ba được thấy trong môi trường chăm sóc đặc biệt.

Người già và trẻ em có nguy cơ mắc bệnh này cao nhất.

Các yếu tố nguy cơ bao gồm bệnh nặng, nằm trong phòng chăm sóc đặc biệt kéo dài. Sử dụng đường thông tĩnh mạch trung tâm, tiếp xúc với kháng sinh, phẫu thuật bụng (đặc biệt nếu có nhiễm trùng phẫu thuật hoặc rò rỉ niệu), viêm tiểu ruột cấp tính, ngừng hoặc ghép tạng và dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch hoàn toàn là các yếu tố nguy cơ chính khác.

4. Sinh lý bệnh:

Các loài Candida là một phần của hệ vi sinh đường tiêu hóa bình thường. Chúng phổ biến nhất gây nhiễm trùng máu Candida được cho là thông qua sự chuyển vận qua niêm mạc ruột sau một số tổn thương. Đây là lý do tại sao phẫu thuật bụng, rò rỉ thông nối, tiếp xúc với kháng sinh và viêm tụy làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Tiếp cận thông qua ống thông tĩnh mạch, đặc biệt là nhiễm trùng bệnh nhân có đường truyền tĩnh mạch trung tâm, cũng là một cơ chế nhiễm trùng phổ biến. Điều này được biết đến đúng trong trường hợp bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch (TPN) vì nồng độ lipid đã được chứng minh là làm tăng số lượng và hình thái màng sinh học của Candida, có thể làm tăng đặc tính của nó. Ngoài ra cũng đã đưa ra giả thuyết rằng nhiễm trùng nội tạng TPN đã thay đổi chức năng ruột thành Candida, khiến sự chuyển vận xảy ra dễ dàng hơn.

Một cơ chế nhiễm trùng ít gặp hơn là sự xâm nhập trực tiếp của Candida từ một vị trí vô trùng, chẳng hạn như trong bệnh nấm candida thận tăng dần. Có khả năng một số yếu tố di truyền có liên quan đến tình trạng dễ mắc bệnh nhiễm nấm candida máu.

5. Lâm sàng:

Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhiễm trùng huyết do nấm candida không đặc hiệu. Bệnh biểu hiện giống như bất kỳ bệnh nhiễm trùng huyết nào khác với lâm sàng thường gặp như, rét run và sốt, đôi khi nhiễm trùng huyết nặng và sốc nhiễm trùng huyết với các dấu hiệu tổn thương cơ quan đích.

6. Chẩn đoán:

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh nhiễm nấm candida máu dựa trên phát hiện nấm trực tiếp trong nuôi cấy máu. Ưu điểm của nuôi cấy là khả năng thực hiện xét nghiệm nhanh chóng. Tuy nhiên, độ nhạy thấp, chỉ đạt 21% đến 71% trong một số nghiên cứu. Nuôi cấy có nhược điểm khác là mất nhiều thời gian để phát triển và cho kết quả âm tính trong những trường hợp bệnh đã thuyên giảm nhưng vẫn gây ra tình trạng nhiễm trùng mô sâu dai dẳng mà không có nhiễm trùng máu.

Những bệnh nhân có phát hiện tại chỗ, cần phải sinh thiết và gửi đi nuôi cấy và nhuộm Gram.

Các dấu hiệu nhiễm trùng khác nhau kháng nguyên Candida mannan và kháng thể anti-mannan và Bd-glucan có thể dùng là cho kết quả nhanh hơn nhưng có thể có thể độ nhạy tính giá cao

Các xét nghiệm phân tích chuỗi polymerase đang được phát triển và đánh giá trong các thử nghiệm lâm sàng. Chúng cho thấy kết quả khá quan.

Khi đánh giá mức độ bệnh nhân nhiễm nấm candida xâm lấn, cần cân nhắc chỉ định hai phương pháp nuôi cấy máu và một phương pháp không nuôi cấy như Bd-glucan.

7. Điều trị :

Liều pháp chọn theo kinh nghiệm nên được cân nhắc mức độ bệnh nhân nhiễm nấm candida xâm lấn có các yếu tố nguy cơ mức độ bệnh nhân nhiễm nấm candida xâm lấn mà nhiễm nấm candida, vì một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng chỉ định liều này giúp giảm tỷ lệ tử vong. Quyết định bắt đầu liều pháp nên dựa trên nhiễm nấm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ và các dấu hiệu thay thế của bệnh nhiễm nấm candida (ví dụ : Bd-glucan). Liều pháp theo kinh nghiệm nên bắt đầu bằng echinocandin (caspofungin, micafungin, anidulafungin) làm liều pháp đầu tiên. Fluconazole có thể được cân nhắc nếu mức độ bệnh nhân không bệnh nhân và có khả năng nhạy cảm với fluconazole. Amphotericin B có thể được dùng cho bệnh nhân không dung nạp hoặc chống chỉ định với các phương pháp điều trị khác.

Khi nuôi cấy máu xác nhận nhiễm nấm candida máu, điều trị bằng echinocandin và tháo ống thông tĩnh mạch trung tâm nên là bước đầu tiên cần thực hiện. Chuyển sang fluconazole được khuyến cáo cho bệnh nhân bệnh nhân điều trị mà nuôi cấy cho kết quả là các loài Candida nhạy cảm, chứng bệnh như C. albicans. Nuôi cấy máu lặp lại sẽ cho thấy tình trạng nhiễm trùng máu đã được loại bỏ. Amphotericin B được dùng trong trường hợp nhiễm nấm kháng azole và echinocandin.

Điều trị ban đầu bằng azole nên được cân nhắc ở bệnh nhân bệnh viêm màng não, viêm não nhãn, nhiễm trùng đường tiết niệu (do khả năng thâm nhập của echinocandin vào các khu vực này thấp) cũng như bệnh nhân đã tiếp xúc với echinocandin trước đó.

Thời gian điều trị được khuyến cáo là ít nhất hai tuần sau khi đã ghi nhận tình trạng nhiễm

trùng đã được loại bỏ và lâu hơn (tức là bệnh tuần) để với các bệnh nhiễm trùng phổ biến, chẳng hạn như viêm nội nhãn, viêm nội tâm mạc hoặc viêm tủy xương.

Một số loài *Candida* có đặc điểm nhậy cảm đặc biệt. Ví dụ, *C. parapsilosis* ít nhạy cảm với echinocandin hơn. Điều này cần được cân nhắc khi bắt đầu điều trị và khi chuyển đổi kết quả nuôi cấy. Kháng thuốc mới nổi với các loài thuốc chống nấm khác nhau thường do lỗi của chính các loài có khả năng kháng thuốc nội tại khi sử dụng một số loài thuốc nhất định, trái ngược với việc phát triển khả năng kháng thuốc mới chống lại nhậy cảm trước đó (mặc dù điều này cũng đã được báo cáo).

8. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm đường mật tăng dần
- Viêm túi mật không do sỏi
- Viêm màng não do vi khuẩn
- Nhiễm trùng huyết do vi khuẩn
- Viêm nội tâm mạc do vi khuẩn
- Bệnh u hạt mạn tính
- Viêm túi mật
- Bệnh ghép chống vật chủ
- Viêm gan hạt
- Tình trạng huyết thanh đường tính với HIV
- Áp xe gan
- Bệnh ác tính tái phát
- Bệnh lao

Không có vai trò nào để với việc phòng ngừa thường quy để với bệnh nhiễm nấm candida. Nên cân nhắc phòng ngừa trong ICU để với những bệnh nhân có nguy cơ cao của bệnh nhiễm nấm candida như những cá nhân bị thương nặng tiêu hóa tái phát, rò rỉ nội thông và ghép ruột non hoặc tụy. Khi được chẩn đoán, phòng ngừa được thực hiện bằng fluconazole.

Tất cả bệnh nhân bị nhiễm nấm candida nên được đánh giá nhãn khoa để loại trừ viêm nội nhãn.

Nguồn: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436012/>