

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VIỆC PHỐI HỢP KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TẮY LAN TỎA TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Xuân Phú¹, Nguyễn Hồng Lợi¹, Hoàng Lê Trọng Châu¹
Phan Thị Thu Suong¹, Phạm Thị Tuyết Hạnh¹, Huyền T.M.Tâm¹, Trần Hữu Luyện²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tấy lan tỏa (còn gọi là phlegmon) là viêm mủ cấp tính ảnh hưởng đến các mô liên kết dưới da. Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn.

Mục tiêu: Xác định vi khuẩn gây bệnh và đánh giá hiệu quả việc phối hợp kháng sinh trong điều trị viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và mô tả trên 30 hồ sơ bệnh án. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là viêm tấy lan tỏa và được điều trị kháng sinh tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 11/2003 đến 11/2013.

Kết quả nghiên cứu: Vi khuẩn phân lập được: Liên cầu khuẩn chiếm 46,7%, gồm *Streptococcus beta hemolytic* và *Streptococcus alpha hemolytic*. Nguồn gốc nhiễm trùng từ tai biến do răng khôn hàm dưới chiếm 63,3%. Kháng sinh sử dụng phối hợp: Vancomycin + Cephalosporin III + Metronidazole + Corticoid chiếm tỷ lệ cao nhất 83,3%.

Kết luận: Trên lâm sàng việc sử dụng một loại kháng sinh hầu như tiến triển và đáp ứng kém trong điều trị cho bệnh lý nhiễm trùng cấp tính này. Vì vậy chúng tôi nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sử dụng phối hợp nhiều nhóm kháng sinh là rất cần thiết.

Từ khóa: Viêm tấy tế bào lan tỏa, phối hợp kháng sinh.

ABSTRACT

ASSESSMENT THE OUTCOME OF ANTIBIOTIC COMBINATION FOR TREATING SPREADING CELLULITIS IN ORAL - MAXILLOFACIAL DEPARTMENT, HUE CENTRAL HOSPITAL

Tran Xuan Phu¹, Nguyen Hong Loi¹, Hoang Le Trong Chau¹
Phan Thi Thu Suong¹, Pham Thi Tuyet Hanh¹, Huyen T.M.Tam¹, Tran Huu Luyen²

Introduction: Spreading cellulitis (phlegmon) is acute suppurative inflammation affecting the subcutaneous connective tissue. The pathogenic bacteria are mainly *Streptococcus*, *Staphylococcus*.

1. Khoa Răng Hàm Mặt,
BVTW Huế
2. Khoa KSNK, BVTW Huế

- Ngày nhận bài (received): 4/9/2014; Ngày phản biện (revised): 20/11/2014
- Ngày đăng bài (accepted): 4/12/2014
- Người phản biện: TS Trần Thừa Nguyên; ThS Mai Văn Tuấn,
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Xuân Phú
- Email: drphu_vietnam@yahoo.com;

Đánh giá hiệu quả việc phối hợp kháng sinh trong điều trị viêm tấy lan tỏa ...

Objectives: Identify pathogenic bacteria and assess the outcome of antibiotic combination for treating spreading cellulitis in maxillofacial area.

Methods: A retrospective study on 30 documents of spreading cellulitis patients who were diagnosed and treated at Oral and Maxillofacial of Hue Central Hospital from 11/2003 to 11/2013.

Results: Bacteria isolated: Streptococcus 46.7%, including Streptococcus β hemolytic and Streptococcus α hemolytic. The origin of infection from wisdom teeth complications accounted for 63.3% of lower jaw. About antibiotics combination, Vancomycin + third generation Cephalosporin + Metronidazole + Corticoid was the highest percentage (83.3%).

Conclusion: On clinical therapy, the use of single antibiotic for treating spreading cellulitis is almost effectless, so that the antibiotic combination is very necessary.

Key words: Spreading cellulitis (phlegmon), antibiotic combination.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mô tế bào lan tỏa hay còn gọi phlegmon lan tỏa: là thể viêm tổ chức tế bào cấp, đặc điểm lan tỏa rất nhanh, không giới hạn, hoại tử tổ chức, không gây áp xe mũ rõ rệt, do độc tố mạnh của vi khuẩn tác động trên một cơ thể và tổ chức tại chỗ kém đề kháng, gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân với bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc cấp [4], [5]. Nhiễm khuẩn đi thẳng vào tổ chức hoặc qua đường lympho, bệnh dễ phát triển trên cơ thể đề kháng kém hoặc có bệnh lý như tiểu đường, tim mạch, suy chức năng gan, thận.... Các vùng thường bị viêm: sàn miệng, má, hố thái dương, dưới hàm, dưới cằm hay các vùng sâu của mặt và khoang bên hầu và hố thái dương...

Vi khuẩn gây bệnh vùng miệng mặt rất đa dạng gồm vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí. Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn và phối hợp của hai loại vi khuẩn làm tổ chức có mùi thối và hoại thư sinh hơi, tràn khí dưới da ngực cổ, chèn ép trung thất và các khoang cạnh cổ, nhiễm khuẩn máu là bệnh cảnh nặng nề sau cùng gây tử vong nhanh nhất [1], [7], [8].

Muốn điều trị thành công bệnh cảnh cấp cứu nhiễm trùng nhiễm độc này cần tiến hành sớm mở rộng ổ nhiễm khuẩn, loại bỏ tổ chức hoại tử càng

nhanh càng tốt, phối hợp kháng sinh mạnh phổ rộng liều cao, kháng viêm giảm đau, bù nước điện giải bằng dịch truyền nâng đỡ thể trạng, theo dõi toàn thân, chăm sóc tại chỗ qua ống dẫn lưu và xử trí các tai biến kịp thời.

Do vậy, bác sĩ điều trị phải có kiến thức giải phẫu vùng đầu mặt cổ, các chủng vi khuẩn gây bệnh liên quan đến tổn thương, phối hợp kháng sinh phổ rộng ngay từ đầu.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định vi khuẩn gây bệnh, đánh giá hiệu quả việc phối hợp kháng sinh trong điều trị viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu và mô tả.

- Thu thập số liệu hồi cứu 30 hồ sơ bệnh án được chẩn đoán và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 11/2003 đến 11/2013.

- Các chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, nơi ở, nguyên

Bệnh viện Trung ương Huế

nhân, tiền sử khám răng miệng, thời gian khởi phát đến lúc nhập viện, điều trị trước nhập viện, vào viện hay chuyển viện, các triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm công thức máu, cấy vi khuẩn, kết quả kháng sinh đồ, kết quả Xquang hoặc CT scanner, thuốc điều trị, số ngày điều trị.

- Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 14.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Nguồn gốc nhiễm trùng:

	n	%
Do răng	26	86,6
Tuyến nước bọt	02	6,75
Nhọt vùng mặt	01	3,33
Từ niêm mạc miệng sau hốc xương cá	01	3,33

Bảng 2. Phân bố theo tuổi:

	n	%
Dưới 18 tuổi	00	00
Từ 18 – 40 tuổi	22	73,4
Trên 40 tuổi	08	26,6

Bảng 3. Phân bố theo giới:

	n	%
Nam	27	90
Nữ	03	10

Bảng 4. Thời gian khởi phát đến lúc nhập viện:

	n	%
Từ 1-2 ngày	00	00
Từ 3 ngày	19	63,3
Từ 4 ngày	05	16,7
Trên 4 ngày	06	20

Bảng 5. Điều trị kháng sinh trước nhập viện (cephalosporin I, betalactam, quinolon):

	n	%
Sử dụng	30	100
Không sử dụng	00	00

Bảng 6. Triệu chứng lâm sàng:

	n	%
Sung đau vùng sàn miệng, dưới hàm	30	100
Khó thở	30	100
Nuốt khó đau	30	100
Sốt	19	64
Tràn khí dưới da vùng cổ ngực	04	13,4
Khít hàm	11	36,7

Cận lâm sàng (công thức máu, cấy máu, cấy mũ):

- Bạch cầu > 10.000 gồm 1 bệnh nhân (56,7%)

- Cấy máu: Âm tính (100%)

- Các chủng vi khuẩn phân lập được: từ mũ:

* *Streptococcus*: 14 (46,7%), trong đó

Streptococcus β hemolytic (11 bệnh nhân) và *Streptococcus α hemolytic* (3 bệnh nhân).

* *Staphylococcus aureus*: 07 (23,3%)

* *Pseudomonas*: 01 (3,3%)

3.2. Đánh giá điều trị

Bảng 7. Kết quả kháng sinh đồ của *Streptococcus β hemolytic* và

Streptococcus α hemolytic

	Nhạy cảm	%
Vancomycin	14/14	100
Ceftriaxone	14/14	100
Cefotaxime	14/14	100
Ampicillin	14/14	100
Chloramphenicol	14/14	100
Erythromycin	14/14	100
Ofloxacin	14/14	100
Tetracyclin	14/14	100
Clindamycin	14/14	100
Gentamycin	14/14	100

Bảng 8. Số ngày điều trị

	n	%
Dưới 10 ngày	0	00
Từ 10 đến 20 ngày	24	80
Trên 20 ngày	06	20

Bảng 9. Kháng sinh và phối hợp thuốc

	n	%
Vancomycin + Cephalosporin III + Metronidazole + Corticoid	25	83,3
Vancomycin + Cephalosporin III + Metronidazole + Gentamycin + Corticoid	05	16,7

Các thể lâm sàng: 100% là Viêm tấy lan tỏa vùng sàn miệng.

IV. BÀN LUẬN

- Nhiễm trùng vùng hàm mặt khá phổ biến chiếm tỷ lệ cao và phần lớn bệnh nhân được điều trị ngoại trú. Bệnh nhân nhập viện hoặc chuyển tuyến ở bệnh cảnh cấp cứu viêm tấy lan tỏa với nhiễm trùng nhiễm độc nặng và đe dọa tử vong.

- Tất cả bệnh nhân nhập viện được sử dụng kháng sinh 3-4 ngày và chủ yếu là kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ I hoặc nhóm beta-lactam hay nhóm Quinolon bằng đường uống, hoặc có sử dụng kháng sinh tiêm, song không có sự phối hợp kháng sinh. Kết quả phân lập vi khuẩn có kết quả dương tính khá cao, chứng tỏ việc sử dụng kháng sinh không đủ liều và đường dùng, hoặc phối hợp kháng sinh không hiệu quả cho thấy báo động về tình trạng kháng thuốc ở các nhóm kháng sinh thế hệ I, kháng sinh thường sử dụng cho các nhiễm khuẩn ở y tế cơ sở [2], [9], [10].

- Kết quả kháng sinh đồ rất quan trọng trong điều trị nhiễm trùng (nói chung), nhiễm trùng hàm mặt (nói riêng). Nguyên tắc xử trí: phẫu thuật cấp cứu ngay, phối hợp kháng sinh và sử dụng kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch kết hợp với điều trị triệu chứng lâm sàng khi chưa có kết quả kháng sinh đồ là rất quan trọng [4], [5], [6], [7]. Trên lâm sàng việc sử dụng một loại kháng sinh hầu như tiến triển và đáp ứng kém trong điều trị cho bệnh lý nhiễm trùng nhiễm độc cấp tính này [4], [5], [8]. Vì vậy chúng

tôi nhấn mạnh việc sử dụng phối hợp nhiều nhóm kháng sinh là rất cần thiết. Kết quả vi khuẩn phân lập được còn nhạy cảm với nhiều nhóm kháng sinh, đã góp phần giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và ngăn chặn quá trình nhiễm khuẩn huyết xảy ra.

- Kết quả nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ cho thấy vi khuẩn gây bệnh chủ yếu do nhóm liên cầu khuẩn, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác.

- Nguyên nhân nhiễm trùng do răng đứng đầu, đặc biệt nguyên nhân nhiễm khuẩn do các răng cối hàm dưới (63,3%) với tổn thương do bệnh lý tủy viêm không được điều trị kịp thời, tổn thương đi vào sâu lan nhanh do đặc thù cấu trúc giải phẫu vùng hàm mặt. Do đó, vấn đề đặt ra là cần nâng cao chăm sóc và dự phòng bệnh lý răng miệng: khám răng miệng định kỳ, giáo dục chăm sóc răng miệng ở nhà trường và gia đình.

- Thể bệnh trên lâm sàng nhập viện ở nghiên cứu này: Viêm tấy lan tỏa vùng sàn miệng chiếm 100%, tỷ lệ phù hợp với kết luận của các nghiên cứu trước. Có 4 bệnh nhân tràn khí dưới da vùng cổ ngực (13,4%), nguy cơ tử vong của các trường hợp này rất lớn, cần dẫn lưu rộng ở vùng cổ ngực.

Tóm lại viêm tấy lan tỏa là một cấp cứu ngoại nội khoa, có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như nhiễm khuẩn huyết, áp xe trung thất, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang... nếu không điều trị kịp thời

Bệnh viện Trung ương Huế

sẽ dẫn đến tử vong cấp [1], [4], [8]. Bác sỹ điều trị phải nắm được nguyên tắc xử trí cấp cứu, sử dụng phối hợp kháng sinh, vị trí giải phẫu của tổn thương. Ngoài ra, chế độ dinh dưỡng, chăm sóc tại chỗ đóng vai trò quan trọng trong điều trị, nhằm hỗ trợ quá trình tạo kháng thể chống lại vi khuẩn và ngăn chặn vi khuẩn kỵ khí phát triển, dẫn lưu mủ đạt hiệu quả [5], [6].

V. KẾT LUẬN

Qua hồi cứu 30 hồ sơ bệnh án được chẩn đoán viêm tấy lan tỏa điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 11/2003 đến 11/2013, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

- Nguồn gốc nhiễm trùng bao gồm: Do răng, tuyến nước bọt, nốt vùng mặt, từ niêm mạc miệng, trong đó nhóm răng khôn hàm dưới chiếm 63,3%.

- Lứa tuổi từ 18 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao (73,4%).

- Bệnh xảy ra ở nam (90%) nhiều hơn nữ (10%).
- Thời gian khởi phát trước khi nhập viện: Bệnh thường nhập viện trong vòng 3 ngày đầu sau khi bệnh khởi phát (63,3%).

- Các triệu chứng lâm sàng: Tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng khó thở, sưng đau, nuốt khó và một số bệnh nhân có tràn khí dưới da vùng cổ ngực (13,4%).

- Công thức máu: 56,7% bệnh nhân có bạch cầu > 10.000 và 100% cấy máu âm tính .

- Số ngày điều trị từ 10 đến 20 ngày (80%).

- Các chủng vi khuẩn phân lập được: Liên cầu khuẩn chiếm 46,7%, gồm: *Streptococcus β hemolytic* và *Streptococcus α hemolytic*.

- Kháng sinh sử dụng phối hợp: Vancomycin + Cephalosporin III + Metronidazole + Corticoid chiếm tỷ lệ cao nhất 83,3% và Vancomycin + Cephalosporin III + Metronidazole + Gentamycin + Corticoid gồm 05 bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (1999), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện*, tập I, Nxb Y học, Hà Nội.
2. Đỗ Thị Thu Hương (2002), “Khảo sát sự phân bố và mức độ kháng sinh của các vi khuẩn *Staphylococcus aureus* và coagulase negative staphylococci tại bệnh viện Đà Nẵng”, *Tạp chí Y học thực hành*, 7, tr. 5- 11.
3. Nguyễn Hứa Phục, Trần Hữu Luyện, Đỗ Thị Ngọc Mai, “Kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 1994 – 1996”, *Kỷ yếu Nghiên cứu khoa học kỷ niệm 110 năm thành lập BVTW Huế*.
4. Võ Thế Quang (1992), *Cấp cứu hàm mặt*, Nxb Y học, Hà Nội.
5. Lê Văn Sơn (2013), *Răng hàm mặt*, tập II, Nxb Y học, Hà Nội.
6. Trần Văn Trường (1988), *Viêm nhiễm miệng hàm mặt*, Nxb Y học, Hà Nội.
7. Trần Văn Trường (2002), *Giáo trình bệnh lý miệng hàm mặt* (Đại học và sau Đại học), Hà Nội.
8. Hoàng Văn Thụ (2007), *Lâm sàng hàm mặt*, Viện Răng Hàm Mặt TPHCM - Bộ Y tế.
9. Bùi Thị Vĩnh (1989), *Kháng sinh và cách sử dụng*, Nxb Y học, Hà Nội.
10. Viện thông tin thư viện y học Trung ương Hà Nội (1994), *Một số công trình nghiên cứu về độ nhạy cảm của vi khuẩn với thuốc kháng sinh*, Nxb Y học Hà Nội.