

# **TIẾP CẬN SỐT VÀ PHÁT BAN DO NHIỄM TRÙNG- THS.BS TRẦN ĐĂNG KHOA**

Nguyễn Quốc Cường-Y17

## **TIẾP CẬN BN SỐT- PHÁT BAN DO NHIỄM TRÙNG**

## ĐẠI CƯƠNG

- Sốt kèm PB rất hay gặp trong nhiễm trùng
- PB do nhiều nguyên nhân gây nên
- PB có thể gặp trong NT nhẹ, tự giới hạn, nhưng cũng có thể là dấu chỉ điểm cho các NT nặng, tử vong cao hay NT dễ lây lan.

**Tình huống 1:** Bé gái 6 tuổi, đến khám vì sốt kèm sang thương da như hình ngày 4. Hãy nhận xét sang thương da và biện luận tiếp cận nguyên nhân?



Sang thương hồng ban dát sẩn

## **Các bước tiếp cận bệnh nhân sốt kèm phát ban**

Tiếp cận nguyên nhân nhiễm trùng gây sốt kèm PB một cách hệ thống cần:

- Hỏi bệnh sử
- Khai thác yếu tố dịch tễ
- Khám và xác định loại sang thương PB
- Thăm khám các cơ quan khác

### **Khám và mô tả sang thương phát ban**

Đánh giá đúng sang thương pb là điều kiện tiên quyết giúp chẩn đoán đúng nguyên nhân. Các điểm lưu ý:

- Loại sang thương: dát, sẩn, bóng nước, mụn mủ, loét...
- Màu sắc: hồng ban, tử ban
- Kích thước
- Hình dạng: tròn, bia, bản đồ...
- Phân bố: số vị trí, vùng có hay không có áo quần che, đối xứng...
- Sắp xếp: rải rác hay thành nhóm

## Tình huống 1:

- Ban màu hồng, nhỏ, hơi nổi gồ nhẹ lên mặt da, giữa các nốt ban là khoảng da lành, rải rác nhưng có dính liền nhau thành từng mảng 3 – 6 mm ở vùng mặt => đây là dạng **hồng ban dát sần** hay **ban dạng sởi**.
- Chú ý nơi khởi phát và kiểu lan tràn: nếu là sởi sẽ khởi đầu ở chân tóc hoặc sau tai rồi lan dần ra hai bên má, cổ, ngực, bụng -> toàn thân, có cả ở lòng bàn tay, bàn chân

Nếu nghi ngờ sởi: hỏi thứ tứ xuất hiện

## Hồng ban dát - sần:

Thường gặp trong sởi, rubella, HIV, EBV, HSV 6, *Parvovirus*, *Enterovirus*, *Zika virus*..., thương hàn, *Leptospira spp.*, *Mycoplasma pneumoniae*, giang mai, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, bệnh mèo cào, sốt chuột cắn, sốt ve mò. Cần chú ý thăm khám và hỏi bệnh kỹ để tìm yếu tố chỉ điểm quan trọng, như sởi tìm **dấu Koplik** trong **giai đoạn viêm long** hay “**vết rằn (hằn, vằn) da hổ**” khi ban bay; hoặc Rubella có phát ban giống sởi nhưng sốt nhẹ, nổi hạch sớm, ít viêm long, không có dấu Koplik và ban bay chỉ để lại dạng tróc vảy mịn.

Vi khuẩn ít gặp hơn ban dát sần hơn virus

Sởi, giai đoạn khởi phát là giai đoạn viêm long, dấu Koplik

## Ban dạng sởi

- Gặp trong nhiều bệnh NT, cần hỏi bệnh và thăm khám kỹ. Sởi điển hình khởi phát với sốt và viêm long (hô hấp, kết mạc mắt hay tiêu hóa), không nổi hạch, nếu tìm được **dấu Koplik** trong họng có thể chẩn đoán sởi sớm. Kế đến là giai đoạn PB và **“vết rằn (hằn, vằn) da hổ”** khi ban bay cũng giúp chẩn đoán xác định sởi. Xét nghiệm IgM đặc hiệu sởi (nên làm từ ngày thứ 3 phát ban) có thể hỗ trợ chẩn đoán. **Sởi là bệnh dễ lây qua đường hô hấp nên khi có chẩn đoán thường phải cách ly bệnh nhân.**

Giai đoạn hồi phục: vết rằn/ vết hằn da hổ

IgM đặc hiệu làm từ ngày 3

Nếu phát ban ngày 1 làm IgM đặc hiệu sởi thì tỉ lệ dương tính không cao

Sởi là bệnh lây qua đường hô hấp => dễ lây lan



**Tình huống 2:** Bệnh nhân nam, 25 tuổi, nhà ở Quận 8, TP. HCM đến khám vì sốt kèm sang thương ở chân như hình vào ngày 5.



Tử ban điểm

## Độc sang thương:

- Ban màu đỏ tím, căng da ra không nhạt màu, không gồ lên mặt da nên là dạng tử ban hay ban xuất huyết, kích thước nhỏ  $< 0,5$  mm, tức là dạng chấm hay dạng điểm, nên dạng phát ban của bệnh nhân là **tử ban điểm** hay **chấm xuất huyết**

## Biện luận

Bệnh nhân sốt cao cấp tính 5 ngày, dịch tể Q8 TP. HCM, nổi các chấm XH ở cẳng chân vào ngày 5, phù hợp nhất với diễn tiến bệnh SXH Dengue: sốt cấp tính, ngày 4-5 có tình trạng tiểu cầu máu thấp, nổi chấm xuất huyết trên da, tuy nhiên cần thăm khám kỹ tìm các dấu hiệu khác gan to, dấu hiệu ứ dịch trên lâm sàng và loại trừ ổ nhiễm trùng khác.

Ngày 5, chẩn đoán phân biệt là gì

Xét nghiệm gì giúp chẩn đoán phân biệt

## **Phát ban dạng tử ban – ban xuất huyết:**

Sốt xuất huyết Dengue, CMV bẩm sinh, *Enterovirus*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus suis*, *Neisseria meningitidis*, *S. aureus*, *Vibrio vulnificus*, *Bacillus anthracis*, *Enterbacteraceae*, vi khuẩn gram âm khác và có thể do bệnh lý không nhiễm trùng như các bệnh huyết học (xuất huyết giảm tiểu cầu, suy tủy...)

Cần đánh giá CTM (BC, HC, TC), CRP hoặc procalcitonin, nên cho bệnh nhân nhập viện theo dõi



**Tình huống 3:** Bệnh nhân nam 22 tuổi, đến khám vì sốt cao ngày 1, lạnh run kèm sang thương da như hình



## Độc sang thương:

- Ban màu đỏ tím, căng da ra không nhạt màu, không gồ lên mặt da nên là dạng tử ban hay ban xuất huyết, ban thành mảng, không có bờ rõ, có khuynh hướng kết cụm, trung tâm có hoại tử => dạng **tử ban đa dạng có hoại tử trung tâm** thường gặp ở bệnh cảnh nhiễm trùng huyết

Trung tâm đậm

## Tử ban đa dạng, hoại tử trung tâm:

Thường do nhiễm trùng *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus suis*, *Enterbacteraceae*. Trong nhóm tác nhân này có VK não mô cầu (tích tụ độc tố và vi khuẩn gây tắc mạch, hoại tử ở da), dễ lây lan bệnh, cần nhập viện, **nằm phòng riêng** tránh lây nhiễm cho BN và NVYT khác, thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán xác định và điều trị đặc hiệu

Nghi NTH làm xét nghiệm gì, điều trị gì

Độc não mô cầu

Khi chưa có xét nghiệm thì phải xem bệnh nhân như 1 TH não mô cầu => nằm phòng riêng

**Tình huống 4:** Bệnh nhân nam 19 tuổi, sốt ngày 3 và sang thường như hình



## **Mụn nước - Bọng nước nhỏ:**

Bệnh tay chân miệng, thủy đậu, zona, herpes simplex, hoặc một số vi khuẩn khác. Mụn nước thường do nhiễm siêu vi nhiều hơn là do nhiễm vi khuẩn. Các dấu hiệu quan trọng: sang thương thủy đậu là mụn nước nhiều lứa tuổi trên cùng 1 vùng da và rải rác khắp cơ thể; sang thương zona thành chùm ở 1 vùng dây thần kinh, các tác nhân vi khuẩn thường có các dạng thương khác đi kèm như ban xuất huyết, loét hoại tử...

Mụn nước- bọng nước nhỏ, nhiều lứa tuổi trên 1 vùng da, bờ bọng nước căn bóng, đều, tròn

## Độc sang thương:

Mụn nước -bóng nước nhỏ hình tròn hoặc hình giọt nước nên viền da màu hồng hoặc da bình thường, đường kính thay đổi từ 3-13 mm, đa số có kích thước < 5 mm, một số bóng nước chứa một chất dịch trong, một số đã hóa đục. Đây là kiểu mọc nhiều đợt khác nhau trên một vùng da hay còn gọi là **bóng nước có nhiều lứa tuổi khác nhau** trên một diện tích da tại một thời điểm. Vị trí mọc rải rác nhiều nơi trên cơ thể. Đây là dạng thường gặp của bệnh Thủy đậu.

Thủy đậu – có biến chứng ? Xét nghiệm ? Điều trị



**Tình huống 5:** Bệnh nhân nữ 43 tuổi, sốt ngày 2 và sang thương da như hình



### **Độc sang thương:**

- Bóng nước dịch trong trên vùng (đám, miếng) da đỏ lan rộng, vùng da này gồ lên hơn nơi khác, không có bờ rõ, thường đi kèm cảm giác đau, nóng của biểu hiện viêm  
**=> viêm mô tế bào**

## Bóng nước – viêm mô tế bào không xuất huyết bên trong:

- Thường gặp ở nhiễm trùng do vi khuẩn Gram dương như *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*...  
Thường thấy mô viêm sưng, nóng, đỏ lan rộng quanh bóng nước

**Tình huống 6:** BN nam 50 tuổi, bán hải sản ở Q3, sốt cao, lạnh run ngày 2 kèm sang thương da ở cẳng tay phải



## Độc sang thương:

- Bọng nước có xuất huyết bên trong, trên vùng da đỏ tím lan rộng, vùng da này gồ lên hơn nơi khác, không có bờ rõ, thường đi kèm cảm giác đau, nóng của biểu hiện viêm => **viêm mô tế bào có xuất huyết và ban hoại tử**

Viêm mô tế bào dạng mô viêm, xuất huyết, dịch bọng nước đục, đen

### **Bọng nước – viêm mô tế bào có xuất huyết bên trong kèm ban hoại tử:**

- Đây là dạng sang thương thường gặp của vi khuẩn Gram âm như *Vibrio vulnificus*, *Enterbacteraceae*... ít gặp ở VK Gram dương như *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus anthracis*...

Thường gặp gram âm nhiều hơn so với gram dương

NTH: cây máu, cây dịch bọng nước

*Vibrio vulnificus*

NTH nằm phòng nặng

Sốc nhiễm trùng: khoa HSTC

**Tình huống 7:** BN nữ 45 tuổi, sốt ngày 1, toàn thân có các sang thương như hình



Diễn tiến nhanh

Nếu dịch nhiễm trùng: dịch trắng, giống màu giấy A4

Bóng nước ở lớp thượng bì, thoát huyết tương, bóng nước chù

## Độc sang thương:

Ban màu đỏ hồng lan rộng toàn thân, có nơi hơi gồ lên, bóng nước dịch vàng, bờ không rõ, kích thước không đều từ vài mm đến vài cm và có khuynh hướng kết cụm lại thành bóng nước to, vùng da quanh bóng nước mỏng, nhăn nheo, dễ trợt da. Ngoài ra bệnh nhân có viêm kết mạc mắt 2 bên kèm viêm loét miệng, đây là biểu hiện viêm loét các lỗ tự nhiên => **hội chứng Stevens-Johnson** thường gặp trong các bệnh cảnh dị ứng nặng. Cần khám kỹ các cơ quan khác và khai thác tiền căn dị ứng, sử dụng thuốc, hóa chất, thức ăn... gần đây

Cả này uống Alluporinol trước đó 4 tiếng

⇒ Bên cạnh nguyên nhân nhiễm trùng, cũng có những nguyên nhân không nhiễm trùng gây sốt và phát ban