

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, BẠCH CẦU, CRP, VI KHUẨN HỌC VÀ KHÁNG SINH ĐỒ CỦA BỆNH NHÂN VIÊM MÔ TẾ BÀO TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022**

*Nguyễn Hoàng Khiêm, Huỳnh Văn Bá, Nguyễn Thị Thùy Trang, Nguyễn Hải Đăng*

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: nhkhiem@ctump.edu.vn*

*Ngày nhận bài: 03/02/2023*

*Ngày phản biện: 13/4/2023*

*Ngày duyệt đăng: 29/5/2023*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Việc hiểu rõ đặc điểm lâm sàng và các cận lâm sàng của bệnh có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán sớm và điều trị bệnh viêm mô tế bào hiệu quả. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, bạch cầu, CRP, vi khuẩn học và kháng sinh đồ của bệnh nhân viêm mô tế bào tại Bệnh viện Da Liễu thành phố Cần Thơ năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35 bệnh nhân viêm mô tế bào. **Kết quả:** Sang thương đa số có các đặc điểm sau: vị trí ở tứ chi (62,9%), có mủ (82,9%) và đã vỡ mủ (71,4%). Đa số các bệnh nhân có tăng bạch cầu (82,9%), tăng CRP (71,4%). Cây mủ âm tính chiếm đa số (42,9%), trong các trường hợp cây mủ dương tính vi khuẩn thường gặp nhất là tụ cầu vàng (37,1%). Kết quả kháng sinh đồ cho thấy: các loại kháng sinh mà vi khuẩn trong viêm mô tế bào còn nhạy cảm cao là linezolid (83,3%), moxifloxacin (83,3%), ciprofloxacin (80%) và levofloxacin (75%). **Kết luận:** Bệnh viêm mô tế bào chủ yếu gặp ở vị trí tứ chi, đa số có mủ tuy nhiên tỷ lệ cây mủ âm tính cao. Đa số các bệnh nhân tăng bạch cầu và CRP. Tụ cầu vàng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các trường hợp cây mủ dương tính. Các kháng sinh linezolid, ciprofloxacin, levofloxacin và moxifloxacin có độ nhạy cảm của vi khuẩn trong viêm mô tế bào cao.

**Từ khóa:** Bạch cầu, CRP, vi khuẩn học, kháng sinh đồ, viêm mô tế bào.

**ABSTRACT**

**CLINICAL CHARACTERISTICS, WHITE BLOOD CELLS, CRP, BACTERIOLOGY, AND ANTIBIOGRAM OF CELLULITIS PATIENTS AT CAN THO DERMATO-VENERELOGY HOSPITAL IN 2022**

*Nguyen Hoang Khiem, Huynh Van Ba, Nguyen Thi Thuy Trang, Nguyen Hai Dang*

*Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

**Background:** Understanding the clinical and paraclinical characteristics of cellulitis plays an important role in early diagnosis and effective treatment. **Objectives:** To describe the clinical characteristics, white blood cells, CRP, bacteriology and antibiogram of patients with cellulitis at Can Tho Dermato-Venereology Hospital in 2022. **Material and methods:** Cross-sectional descriptive study on 35 patients with cellulitis. **Results:** The majority of lesions have the following characteristics: located in extremities (62.9%), pus (82.9%) and purulent exudate (71.4%). Most of the patients had leukocytosis (82.9%), increased CRP (71.4%). The majority of patients had negative pus cultures (42.9%), in the cases of positive pus cultures, the most common bacteria was *Staphylococcus aureus* (37.1%). Antibiogram results show that: the antibiotics that bacteria in cellulitis remain highly sensitive are linezolid (83.3%), moxifloxacin (83.3%), ciprofloxacin (80%), and levofloxacin (75%). **Conclusion:** Cellulitis mainly occurs in extremities, most of them have pus but the rate of negative pus culture is high. Most of the patients had elevated white blood cell count and CRP. *Staphylococci*

*accounted for the highest percentage of positive pus cultures. The antibiotics linezolid, ciprofloxacin, levofloxacin and moxifloxacin have high bacterial susceptibility in cellulitis.*

**Keywords:** *White blood cells, CRP, bacteriology, antibiogram, cellulitis.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mô tế bào là một bệnh nhiễm trùng bì, hạ bì không hoại tử cấp tính do vi khuẩn, thường gặp ở tuổi trung niên và người già. Viêm mô tế bào biểu hiện bằng các vùng da hồng ban, phù nề, nóng; sốt và các biểu hiện toàn thân khác của nhiễm trùng cũng có thể có [1]. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và thường hay tái phát [2]. Hiện nay có các cận lâm sàng hỗ trợ như cấy máu hoặc cấy bệnh phẩm từ vết loét, nứt nhám xác định nguyên nhân gây bệnh và độ nhạy cảm với kháng sinh; các yếu tố chỉ điểm viêm trong máu tăng như bạch cầu, CRP.

Việc hiểu rõ đặc điểm lâm sàng và các cận lâm sàng của bệnh (bạch cầu, CRP, vi khuẩn học và kháng sinh đồ) có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán sớm và điều trị bệnh hiệu quả. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài: “Đặc điểm lâm sàng, bạch cầu, CRP, vi khuẩn học và kháng sinh đồ của bệnh nhân viêm mô tế bào tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ năm 2022” với mục tiêu sau: Mô tả đặc điểm lâm sàng, bạch cầu, CRP, vi khuẩn học và kháng sinh đồ của bệnh nhân viêm mô tế bào tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ năm 2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

35 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mô tế bào và điều trị nội trú tại Bệnh viện Da Liễu thành phố Cần Thơ năm 2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh viêm mô tế bào tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ từ 06/2022 đến 12/2022. Điều trị nội trú. Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân không tuân thủ nghiên cứu. Tiền sử dị ứng thuốc. Bệnh nhân không đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

- **Cỡ mẫu:** Ước lượng cỡ mẫu lấy 35 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện phù hợp với đối tượng nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm chung của bệnh nhân: phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới tính.

Tiền sử bệnh viêm mô tế bào: Đã từng bị viêm mô tế bào chưa, gồm 2 giá trị là chưa từng mắc bệnh và đã từng mắc bệnh.

Tiền sử bệnh đái tháo đường: Đã từng bị đái tháo đường chưa, gồm 2 giá trị là chưa từng mắc bệnh và đã từng mắc bệnh.

Vị trí viêm mô tế bào: được xác định bởi sự hiện diện của viêm mô tế bào tại các vị trí trên cơ thể bao gồm: Vùng mặt; Vùng thân mình; Vùng chi.

Số lượng sang thương: được chia thành 2 nhóm một sang thương, nhiều hơn một sang thương.

Kích thước sang thương: được chia thành 4 nhóm: < 2cm; 2 – 5 cm; 6 - 10 cm; > 10 cm.

Tính kích thước sảng thương trung bình (trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn đơn vị cm)

Tính chất mũ: được chia thành 2 nhóm có mũ và không mũ

Tình trạng vỡ mũ: được chia thành 2 nhóm chưa vỡ và đã vỡ

Tình trạng sốt: được chia thành 2 nhóm không sốt ( $<38,5$  độ C) và sốt ( $\geq 38,5$  độ C)

Bạch cầu lúc nhập viện: được chia thành 3 nhóm:

+ Giảm (bạch cầu ít hơn  $4 \times 10^9/L$ )

+ Bình thường (bạch cầu từ  $4-10 \times 10^9/L$ )

+ Tăng (bạch cầu  $> 10 \times 10^9/L$ )

CRP lúc nhập viện: được chia thành 2 nhóm: không tăng ( $0-10$  mg/L) và tăng ( $>10$  mg/L)

Xét nghiệm vi trùng học: được chia thành 3 nhóm: Tụ cầu (*Staphylococcus*); Liên cầu (*Streptococcus*); Khác.

Kết quả kháng sinh đồ: Dựa trên độ nhạy của vi khuẩn đối với các nhóm kháng sinh thường được sử dụng trên lâm sàng bao gồm amoxicilin/acid clavulanic, ampicilin/sulbactam, ampicillin, cefoxitin, ceftriaxone, ciprofloxacin, clindamycin, daptomycin, erythromycin, gentamycin, levofloxacin, linezolid, moxifloxacin, nitrofurantoin, oxacillin, penicillin, rifampin, synergid, tetracycline, trimethoprim/sulfamethoxazole, vancomycin với 4 mức độ nhạy cảm: Kháng (R); Nhạy (S); Trung gian (I); Khác.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Phòng vấn trực tiếp bệnh nhân, theo dõi và khám lâm sàng để đánh giá kết quả điều trị. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6/2022 đến 12/2022 tại Bệnh viện Da liễu thành Phố Cần Thơ, thu thập 35 bệnh nhân viêm mô tế bào

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới tính của bệnh nhân

Biến số	Phân loại	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	$\leq 20$ tuổi	6	17,1
	21-30 tuổi	5	14,3
	31-40 tuổi	3	8,6
	$> 40$ tuổi	21	66
Giới tính	Nam	15	42,9
	Nữ	20	52,1
Tổng		74	100

Nhận xét: Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên nhóm tuổi trên 40 thường gặp nhất chiếm 66%. Bệnh gặp ở cả nam và nữ, với tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn (52,1%).

#### 3.2. Đặc điểm về tiền sử bệnh

Bảng 2. Tiền sử mắc bệnh viêm mô tế bào và đái tháo đường của bệnh nhân

Biến số	Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm mô tế bào	Đã từng mắc bệnh	3	8,6
	Chưa từng mắc bệnh	32	91,4
Đái tháo đường	Có đái tháo đường	13	37,1
	Không đái tháo đường	22	62,9
Tổng		35	100

Nhận xét: Những bệnh nhân mới mắc bệnh viêm mô tế bào lần đầu chiếm cao nhất (91,4%), phần lớn không có bệnh đái tháo đường đi kèm (62,9%).

### 3.3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của bệnh

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm mô bào

Biến số	Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	Sốt	1	2,9
	Không sốt	34	97,1
Vị trí sang thương	Vùng mặt	5	14,3
	Vùng thân mình	8	22,9
	Vùng chi	22	62,9
Số lượng sang thương	1 sang thương	34	97,1
	>1 sang thương	1	2,9
Kích thước sang thương	<2 cm	2	5,7
	2-5 cm	17	48,6
	6-10 cm	10	28,6
	>10 cm	6	17,1
	Trung bình	6,73±4,60 cm	
Tình trạng mũ	Có mũ	29	82,9
	Không có mũ	6	17,1
Vỡ mũ	Đã vỡ	25	71,4
	Chưa vỡ	10	28,6
Tổng		35	100

Nhận xét: đa số các bệnh nhân viêm mô bào đều không sốt (chiếm 97,1%), thương tổn ở vùng tứ chi chiếm cao nhất (62,9%). Một sang thương chiếm đa số (97,1%). Kích thước sang thương từ 2-5 cm chiếm đa số (48,6%), kích thước trung bình là 6,73±4,60 cm. Sang thương viêm mô bào đa số có mũ (82,9%) và đã vỡ mũ (71,4%).

### 3.4. Đặc điểm bạch cầu và CRP

Bảng 4. Đặc điểm bạch cầu và CRP

Biến số	Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu	Giảm	1	2,9
	Bình thường	5	14,3
	Tăng	29	82,9
CRP	Bình thường	10	28,6
	Tăng	25	71,4
Tổng		35	100

Nhận xét: đa số các bệnh nhân có tăng bạch cầu (82,9%) và tăng CRP (71,4%).

### 3.5. Vi trùng học

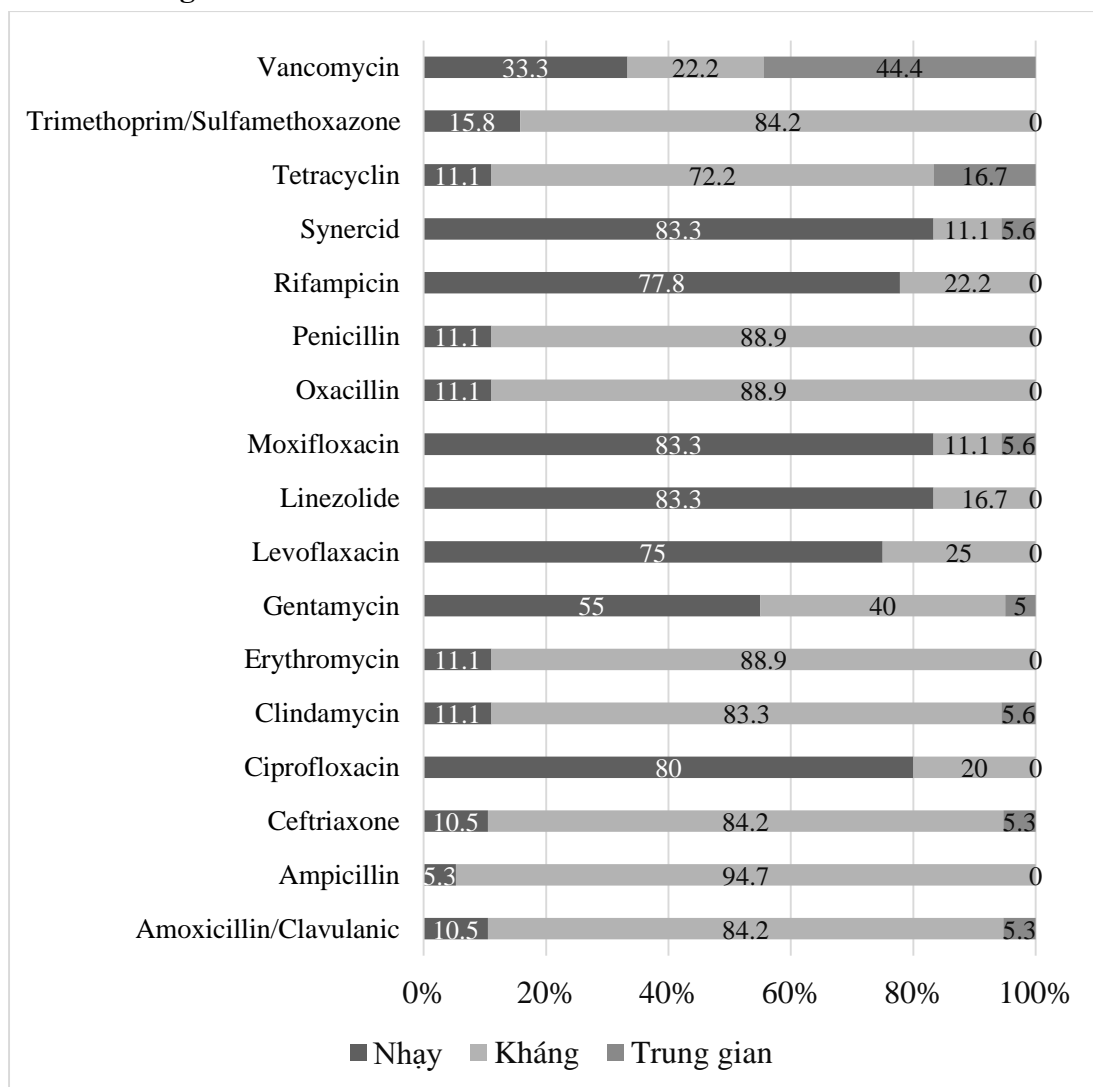
Bảng 5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo vi trùng học

Vi trùng học	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tụ cầu vàng	13	37,1
Tụ cầu khác	5	14,3
Liên cầu	0	0
Vi trùng khác	2	5,7
Âm tính	15	42,9

Vi trùng học	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tổng	35	100

Nhận xét: cây mũ âm tính chiếm đa số (42,9%), đối với các trường hợp cây mũ dương tính thì tụ cầu vàng chiếm cao nhất (37,1% trên tổng số bệnh nhân).

### 3.6. Kháng sinh đồ



Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo kháng sinh đồ

Nhận xét: các loại kháng sinh nhạy với vi khuẩn trong viêm mô bào là linezolid (chiếm 83,3%), moxifloxacin (chiếm 83,3%), synercid (chiếm 83,3%) và ciprofloxacin (chiếm 80%), levofloxacin (chiếm 75%). Các kháng sinh bị kháng trong viêm mô bào là amoxicillin/acid clavulanic (chiếm 84,2%), ampicillin (chiếm 94,7%), ceftriaxone (chiếm 84,2%), clindamycin (83,3%), erythromycin (chiếm 88,9%), oxacillin (chiếm 88,9%), penicillin (chiếm 88,9%) và trimethoprim (chiếm 84,2%) và tetracyclin (chiếm 72,2%).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi có số bệnh nhân nhiều nhất là nhóm trên 40 tuổi. Bệnh nhân ở lứa tuổi này là lứa tuổi trung niên và già, sức đề kháng và hệ thống miễn dịch của cơ thể ngày càng suy yếu dần, bị nhiều bệnh đồng mắc (đái tháo đường, suy giãn tĩnh mạch chi dưới...) tăng dần dẫn đến tăng khả năng xâm nhập của vi khuẩn vào cơ thể gây nên tình trạng viêm mô tế bào. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Đức năm 2016 về viêm mô tế bào vùng mặt có sự khác biệt với chúng tôi: nhóm tuổi thường gặp nhất là 21-40 tuổi [3].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ số nam và nữ gần bằng 1:1, tương tự với nghiên cứu trên 606 bệnh nhân viêm mô tế bào nhập viện Tây Ban Nha ghi nhận: 314 (51,8%) là nam và 292 (48,2%) là nữ, tỉ số nam:nữ cũng xấp xỉ 1:1.

### 4.2. Đặc điểm về tiền sử bệnh

Trong nghiên cứu chúng tôi, tiền sử chưa từng mắc viêm mô bào chiếm tỷ lệ cao nhất (91,4%), thấp hơn so với nghiên cứu của Collazos J vào năm 2021 là 25,7% có tiền sử đã từng mắc viêm mô bào trước đó [4] và nghiên cứu của Norazirah năm 2020 là 23,9% có tiền sử đã từng mắc viêm mô bào trước đó [5]. Tiền sử đã mắc đái tháo đường ở bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi chiếm tỷ lệ 37,1%, cao hơn nghiên cứu của Collazos J năm 2021 (25,2%) [4] và Tripta S. Bhagat năm 2021 trên bệnh nhân bị viêm mô tế bào ở chi dưới (28,33%) [6].

### 4.3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của bệnh

Bệnh nhân có sốt chiếm 2,9%, thấp hơn so với nghiên cứu của Adam B. Raff năm 2016 (22,5% - 77,3%) [7]. Về vị trí sang thương, vùng chi chiếm tỷ lệ cao nhất (62,9%), tương tự với nghiên cứu của Meliha Hadzovic-Cengic năm 2012, trong đó phân bố ở chi chiếm 83,75% [8]. Đa số bệnh nhân có một sang thương (97,1%), có thể do viêm mô tế bào thường có thương tổn khu trú, không có xu hướng lan tỏa hay nhiều vị trí như các bệnh lý da liễu khác trừ những trường hợp nghiêm trọng. Sang thương có kích thước từ 2-5 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,6%), kích thước trung bình là  $6,73 \pm 4,60$  cm, thấp hơn nghiên cứu của Collazos J năm 2021 là 20,1 cm (18,8 – 21,5 cm) [4]. Về tình trạng mũ của sang thương, đa số bệnh nhân có thương tổn có mũ (82,9%), cao hơn nghiên cứu của Collazos J năm 2021 (27,1%) [4]. Đa số bệnh nhân có sang thương đã vỡ (271,4%), có nhiều yếu tố ảnh hưởng như đường ra da qua đầu mũ ở trên bề mặt da và việc điều trị trước đó có thể khiến khối áp xe thu nhỏ lại trước khi chúng có thể phát triển và vỡ ra.

### 4.4. Đặc điểm bạch cầu, CRP

Trong nghiên cứu đa số bệnh nhân có xét nghiệm bạch cầu máu ngoại vi tăng (82,9%), tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Trọng Đức trên đối tượng viêm mô tế bào vùng mặt (64,2%) [3]. Giá trị CRP của đối tượng nghiên cứu đa số tăng (71,4%), đây cũng là một xét nghiệm có độ nhạy cao trong tình trạng viêm.

### 4.5. Đặc điểm vi khuẩn học

Vi khuẩn thường gặp nhất trong các mẫu cấy mũ từ sang thương của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là tụ cầu vàng (13 bệnh nhân chiếm 37,1%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Collazos J và cộng sự vào năm 2021 [4] cho thấy tác nhân thường gặp nhất trong mẫu cấy mũ là tụ cầu vàng (30% trong các mẫu cấy chỉ ra 1 vi khuẩn và 37,3%

trong các mẫu cấy ra nhiều vi khuẩn), cũng tương tự như nghiên cứu của Tripta S. Bhagat và cộng sự năm 2021 thì tụ cầu vàng chiếm tỷ lệ cao nhất (20%) [6].

#### 4.6. Kháng sinh đồ

Kết quả kháng sinh đồ cho thấy các loại kháng sinh còn được vi khuẩn trong viêm mô tế bào nhạy là linezolid (chiếm 83,3%), moxifloxacin (chiếm 83,3%), synergid (chiếm 83,3%) và ciprofloxacin (chiếm 80%); tương tự với nghiên cứu của Chun-Yuan Lee năm 2015 tại Đài Loan với tỷ lệ MRSA mắc phải từ cộng đồng (CA-MRSA) nhạy với levofloxacin đạt đến 81,8% và MRSA không phải mắc từ cộng đồng (non CA-MRSA) đạt 50%; trong khi đó clindamycin đã bị kháng (tỷ lệ nhạy ở CA-MRSA là 19%, non CA-MRSA là 0%) [9]. Đây có thể sẽ là những lựa chọn tiềm năng cho điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm trong điều trị bệnh lý viêm mô tế bào.

### V. KẾT LUẬN

Bệnh viêm mô tế bào chủ yếu gặp ở vị trí tứ chi, không sốt, đa số có mũ tuy nhiên tỷ lệ cấy mũ âm tính cao. Đa số các bệnh nhân tăng bạch cầu và tăng CRP. Tụ cầu vàng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các trường hợp cấy mũ dương tính. Các kháng sinh linezolid, ciprofloxacin, levofloxacin và synergid có độ nhạy cảm của vi khuẩn trong viêm mô tế bào cao.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trọng Hào. Bệnh da nhiễm trùng. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu, Nhà xuất bản y học. 2019. 228-232.
2. Blum C. L., Menzinger S., Genne D., et al. Cellulitis: clinical manifestations and management. *Rev Med Suisse*. 2013. 9(401), 1812-1815.
3. Nguyễn Trọng Đức. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị viêm mô tế bào vùng hàm mặt. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2. Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh. 2016.
4. Collazos J., de la Fuente B., de la Fuente J., et al. Sex differences in hospitalized adult patients with cellulitis: A prospective, multicenter study. *Int J Infect Dis*. 2021. 104, 584-591, doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.044.
5. Norazirah M. N., Khor I. S., Adawiyah J., et al. The risk factors of lower limb cellulitis: A case-control study in a tertiary centre. *Malays Fam Physician*. 2020. 15(1), 23-29.
6. Bhagat T. S., Kumar L., Garg P., et al. To Study the Clinical Profile and Management of Cellulitis of Lower Limb in Northern India. *Int J Low Extrem Wounds*. 2021. 22(1), 44-47, doi: 10.1177/1534734620986679.
7. Raff A. B., Cellulitis: A Review. *Jama*. 2016. 316(3), 325-37, doi: 10.1001/jama.2016.8825.
8. Hadzovic-Cengic M., Sejtarija-Memisevic A., Koluder-Cimic N. Cellulitis-epidemiological and clinical characteristics. *Med Arch*. 2012. 66 (3 Suppl 1), 51-3.
9. Lee C. Y., Tsai H. C., Kunin C. M., et al. Clinical and microbiological characteristics of purulent and non-purulent cellulitis in hospitalized Taiwanese adults in the era of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *BMC Infect Dis*, 2015. 15, 311, doi: 10.1186/s12879-015-1064-z.